

**Universidad de Oviedo**

**Centro Internacional de Postgrado**

**Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos**

**"Triage en Atención Continuada"**

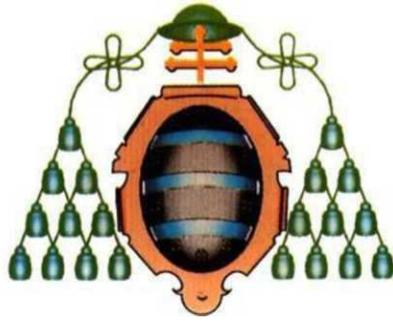
**"TAC"**

**Noelia Suárez Martínez**

**Oviedo, 30 de Mayo de 2012**

**Trabajo Fin De Master**





**Universidad de Oviedo**

**Centro Internacional de Postgrado**

**Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos**

**"Triage en Atención Continuada"**

**"TAC"**

**Trabajo Fin De Master**

**Nombre del Autor**

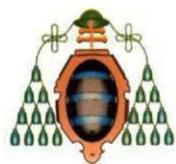
Noelia Suárez Martínez

**Nombre del Tutor**

Andrés F. Llavota Fernández

**Nombre del Cotutor**

M<sup>a</sup> Pilar Mosteiro Díaz



## MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

Andrés Francisco Llavona Fernández, Doctor por la Universidad de Oviedo, profesor colaborador del Departamento de Medicina, Área de conocimiento Enfermería.

M<sup>a</sup> Pilar Mosteiro Díaz, Doctora en Psicología por la Universidad de Oviedo, profesora titular de la Universidad, del Departamento de Medicina, Área de Enfermería, Coordinadora del Máster de Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo.

### CERTIFICAN:

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por D/Dña. **Noelia Suárez Martínez**, titulado "**Triage en Atención Continuada**", realizado bajo la dirección del Dr. Andrés Francisco Llavona Fernández, dentro del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo, reúne a nuestro juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Máster en la Universidad de Oviedo.

Y para que así conste dónde convenga, firman la presente certificación en Oviedo a 30 de Mayo de 2012.

V<sup>o</sup>B<sup>o</sup>

V<sup>a</sup>B<sup>a</sup>

Francisco Andrés Llavona Fernández

M<sup>a</sup> del Pilar Mosteiro Díaz

Director/Tutor del Proyecto

Cotutor del Proyecto

# INDICE

1. Resumen.....	1
2. Introducción.....	2
2.1. Historia.....	3
2.2. Estado actual.....	4
3. Objetivos.....	8
4. Material y métodos.....	10
4.1. Definición.....	12
4.2. Nuestra comunidad.....	17
4.3. Quién lleva a cavo el triaje.....	19
4.4. Indicadores de calidad.....	20
4.5. Fases del estudio.....	22
4.5.1. Diseño de la escala de triaje.....	22
4.5.2. Formación de profesionales y estudio de concordancia.....	27
4.5.3. Información a los pacientes.....	28
4.5.4. Estudio descriptivo de la implantación del triaje y comparación con los indicadores de calidad.....	29
5. Resultados y discusión.....	30
6. Bibliografía.....	33

# TRIAJE EN ATENCIÓN CONTINUADA “TAC”

## RESUMEN

El Triage pretende ayudar tanto al tratamiento clínico del paciente como a la organización del servicio, y esto se consigue mediante la asignación de una prioridad clínica adecuada. Estos métodos de clasificación comenzaron a usarse en las emergencias con múltiples víctimas, posteriormente en las urgencias hospitalarias, y actualmente se está implantando en Atención Primaria. Esta implantación se está desarrollando lentamente, quizás por la novedad, la falta de una herramienta útil para ello o el desconocimiento de los profesionales. Por lo que nos planteamos una revisión bibliográfica cuyo objetivo principal será describir la creciente importancia del uso de herramientas para la clasificación del paciente en Atención Continuada, demostrando que su implantación mejora la calidad y eficacia de los servicios, optimiza recursos, satisface a los usuarios y promueve la profesión enfermera.

Palabras clave: triaje, atención primaria.

## INTRODUCCIÓN

## HISTORIA

El término *triage* o *triaje* es un neologismo que proviene de la palabra francesa *trier* que se define como escoger, separar o clasificar. Este término no ha sido aprobado aún por la Real Academia de la lengua Española (RAE) pero dado que en nuestra lengua las palabras terminadas en -aje se escriben con “j”, utilizaremos esta versión.

El triaje nació en el mundo militar, concretamente fue el barón Dominique-Jean Larrea (1766-1842), prestigioso médico cirujano militar francés y jefe de los servicios sanitarios del ejército de Napoleón, quien lo diseñó para mejorar y agilizar el trato a los heridos en el campo de batalla. Este sistema se aplicó de nuevo en las guerras; en la primera Guerra Mundial el triaje se utilizó con puntos de distribución, donde los heridos eran enviados a hospitales apropiados en ambulancias motorizadas. En la segunda Guerra Mundial el adelanto en el triaje se realizó al establecer una división médica en el ejército, con actividades específicas de selección y con la utilización de hospitales móviles de campo. En la guerra de Corea la mejoría del triaje se basó en los principios de evacuación, al introducir helicópteros y, por último, durante la guerra de Vietnam se mejoró el sistema de triaje y la pronta evacuación del herido vía helicóptero, con mejores técnicas de soporte vital. Esta experiencia se aprovechó después para su aplicación en la población civil; más recientemente se ha intentado aplicar en los servicios de urgencias, como proceso de asistencia estructurado. A partir de la década de 1990 se iniciaron los trabajos para establecer escalas de triaje más o menos universales (1).

## ESTADO ACTUAL

Los servicios de urgencias en España vienen padeciendo un aumento permanente de la demanda, de tal forma que hemos pasado de los 18 millones de urgencias en 1977 a 26,2 en 2007 (2), hecho que dificulta la atención rápida y eficaz que se les exige. Esto es debido, al menos en parte, a la elevada utilización de los servicios de urgencias para la atención de situaciones no urgentes y patologías banales, según estudios hasta el 70% (3), que pueden condicionar demoras en la asistencia de pacientes graves además de generar consecuencias negativas para el conjunto del centro sanitario, incluyendo el incremento de costes asistenciales (4).

Tanto en los servicios de urgencias hospitalarios como en los servicios de emergencias extra-hospitalarios los sistemas de triaje están claramente implantados. Sin embargo en los servicios de urgencias de atención primaria este proceso está siendo más lento, en parte por no existir herramientas propias y tener que utilizar sistemas creados para los servicios hospitalarios. Un estudio realizado por Rancaño I. del Servicio de Gestión Clínica y Calidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) junto con otros (5) muestra la aceptación de la implantación de una herramienta de triaje en Atención Primaria por los profesionales participantes, consiguiendo clasificar a los pacientes más leves, diferenciándolos de aquellos en los que su patología es más importante.

En este estudio fueron triados un total 19.374 pacientes de los cuales el 25,2% fueron estudiados en Avilés, el 30,7% en Oviedo y el 44,2% en Gijón. Los pacientes permanecieron en el centro de salud una media de 34,78 minutos antes del alta siendo el tiempo de triaje de 91,99 segundos.

Se utilizó un sistema de clasificación de 5 niveles, la distribución por tiempos de triaje fue del 7,1% nivel V, 62,6% nivel IV, 18,6% nivel III, 11,3% nivel II, y 0,3% nivel I. Respecto al porcentaje de derivaciones fue

según los niveles de triaje fue del 50% para el nivel I, 14,6% para el nivel II, 6,4% en el nivel III, 3,3% en el nivel IV y 2,2% en el nivel V.

Finalmente de los 19.374 pacientes atendidos, los profesionales que intervinieron solo recomendaron modificaciones en el nivel de triaje en 34 ocasiones, siendo estas recomendaciones en el 53% de los casos "bajar triaje" y en el 47% "subir triaje". En las recomendaciones de cambios de triaje en función de los algoritmos, no se encontraron agregaciones en un algoritmo concreto sino una distribución uniforme entre varios de ellos.

En un área básica de salud urbana de Santa Coloma de Gramenet (Barcelona), también se logró con éxito la implantación del sistema de triaje en manos de enfermería. En el estudio realizado por Fernández Valdivieso E, Montesinos Sanz S. y otros (6) evalúan a todos los usuarios mayores de 15 años que solicitaban atención urgente durante el período comprendido entre el 16-12-2005 y el 30-1-2006. Todas las visitas de urgencia eran atendidas por el personal de enfermería.

Atendieron un total de 2.015 visitas. La media de visitas diarias en el turno de mañana fue de 38 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 24-58) y de 29 por la tarde (IC del 95%, 16-47). Del total de visitas, 610 (30,27%) fueron resueltas por el personal de enfermería y 1.405 (69,72%) por el médico de guardia. De las 610, 536 se resolvieron en el acto, de las cuales, el 46,1% eran afecciones médicas agudas, el 1,7% descompensaciones de una enfermedad crónica, el 49,6% problemas administrativos y en el 2,4% se desconocía el motivo; 74 fueron reprogramadas a su médico de familia y 1 fue remitida al hospital. El trabajo desarrollado por el personal de enfermería fue el siguiente: el 21,5% de educación sanitaria, el 3,7% de información general sobre el funcionamiento del centro, el 1,9% de curas, el 24,9% fue dar altas o bajas médicas y el 48% correspondió a otros procesos o controles. Un 30% de las visitas de urgencias fueron solucionadas por el personal de enfermería, de las cuales, el 50% aproximadamente se habían realizado por motivos administrativos. La

enfermera de *triaje* desempeña un papel importante en el servicio de urgencias de atención primaria porque, con su valoración inicial, clasifica el grado de urgencia, agiliza la actuación ante situaciones de urgencia grave, soluciona parte de las visitas urgentes y mejora la educación sanitaria de los usuarios, optimizando, por tanto, la calidad asistencial.

En cuanto a la aceptación de los pacientes, un estudio realizado en el Andalucía muestra que los principales motivos de reclamación antes de la implantación del sistema de clasificación eran la demora en la primera asistencia (57.2%) y la ausencia de respeto al orden de llegada al dispositivo de urgencias (7.7%), constituyendo el resto de motivos el 33.9%. Una vez comenzó a funcionar el Triage de enfermería, apreciaron una disminución del número de reclamaciones del 20%. Analizando los motivos de consulta, la demora en la primera asistencia constituye menos del 50% de las reclamaciones, no existiendo quejas en el orden de atención (7).

En su estudio concluyeron que la implantación de un sistema de clasificación de pacientes, mejora de manera notable la atención inicial al usuario que acude a un dispositivo de urgencias, tanto en demora como en calidad. Esto queda reflejado en la disminución y motivo de las reclamaciones realizadas por los pacientes, lo que parece indicar que el ciudadano percibe una mejor asistencia. Todo esto nos debe obligar a fomentar el Triage en todos los dispositivos de urgencias, y a mejorarlo aún más con la implantación de la consulta enfermera de urgencias.

Esto se apoya con el estudio de Puigblanqué E. (8) donde demuestra que una correcta clasificación evitara el perjuicio de tiempos de espera prolongados para las urgencias reales en beneficio de patologías banales permitiendo una actuación más adecuada en relación a la urgencia del paciente, teniendo en cuenta que todo este proceso se ve influenciado por los recursos humanos, materiales y organizativos del propio servicio.

Por todo ello, considero de vital importancia establecer un sistema que permita identificar y discriminar a los pacientes desde el momento de su llegada para darle a cada cual el circuito asistencial que precise, priorizando las atenciones, asignando las esperas y distribuyendo los recursos de la forma más justa y eficaz.

La disponibilidad de un sistema de triaje estructurado en Atención Primaria es una medida fundamental para fomentar la calidad del servicio, mejorando la asistencia al paciente y distribuyendo los recursos disponibles.

Además de promover la profesión enfermera como protagonista del triaje, ya que desde su comienzo en el campo sanitario es reivindicado por nuestra profesión, consiguiendo buenos resultados. El triaje también contribuye a fomentar el desarrollo de nuestra profesión, una vez que consigamos un triaje de calidad, el profesional de enfermería puede ejecutar unos procedimientos o administrar una medicación en base a directrices médicas con protocolos, circuitos y órdenes médicas preestablecidas.

## OBJETIVOS

Dado la poca bibliografía relacionada con el triaje en Atención Continuada, nos planteamos una revisión bibliográfica cuyos objetivos son:

Objetivo general:

- Describir la creciente importancia del uso de herramientas para la clasificación del paciente en Atención Continuada.

Objetivos específicos:

- Establecer criterios de unificación en los sistemas de triaje de Atención Continuada.
- Formar al personal de enfermería perteneciente al equipo de Atención Continuada del Área VII del SESPA.
- Informar a los pacientes de la zona en el momento de implantación del triaje.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha hecho una búsqueda y recopilación de información sobre el triaje en Atención Primaria, identificando, localizando, evaluando y asimilando las propuestas de otros autores sobre el tema, para ver si su implantación mejoraría la calidad y eficacia de la atención urgente planteada en los Servicios de Atención Continuada, para la mejor respuesta de los usuarios, estableciendo criterios homogéneos sobre la necesidad de atención que un paciente presenta respecto a su demanda de asistencia.

Esta búsqueda ha permitido conocer el estado actual del tema, identificar el marco de referencia y las definiciones conceptuales, descubrir los métodos para la recogida y análisis de los datos, contar con elementos para la discusión comparando los resultados obtenidos y ahondar en la explicación de las razones por las que se ha elegido este tema de investigación.

Para ello, se ha utilizado información accesible en Internet tanto gratuita como de pago, comenzando con las palabras claves “trriage in primary care” en Pubmed, limitándolo a los últimos diez años y con texto libre han salido 176 artículos, de los cuales la mayoría hacen referencia a la primera atención en la emergencia extra-hospitalaria, urgencias en el servicio de urgencias, triaje pediátrico, telefónico... de todos estos artículos han sido seleccionados dos, ambos publicados en revistas españolas, Atención Primaria y Medicina Clínica.

Otro artículos de gran importancia ha sido encontrado a través de Enfispo, donde utilizando solo la palabra clave “trriage” ha encontrado 6 artículos, seleccionando uno que está publicado en la revista Enfermería Clínica.

En SEMES (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias) se ha utilizado la información publicada para un congreso en Andalucía.

A través de Fisterra no se ha obtenido ninguna información a cerca del triaje.

El resto de artículos seleccionados se han obtenido a través de google académico.

Obteniendo información también a través de páginas de Internet como la del Ministerio de Sanidad, Grupo Español de Triage Manchester, Programa de ayuda al Triage SET, etc

Los artículos destacados para esta búsqueda han sido tres “Triage en Atención Primaria: sistema TAP” realizado en Asturias, “Papel de Enfermería en el triaje de urgencias de Atención Primaria” realizado en Barcelona y “Implantación del triaje en un dispositivo de Atención Primaria: su repercusión en las reclamaciones de los usuarios” publicado en un congreso del SEMES Andalucía. Los tres muy útiles por estar en contexto similar.

## DEFINICIÓN

El Triage es un proceso que nos permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, y por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además poseen un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos (9).

El triaje estructurado se basa en la aplicación unas escalas de colores, que parten de un concepto básico en *triaje: lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente* (10). Ello hace posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico. Esta escala de color es la siguiente:

- **Nivel 1** o **rojo**: precisa de la atención por el médico de forma inmediata.
- **Nivel 2** o **naranja**: la atención por el médico puede demorarse hasta 10 minutos.
- **Nivel 3** o **amarillo**: la atención por el médico puede demorarse hasta 60 minutos.
- **Nivel 4** o **verde**: la atención por el médico puede demorarse hasta 2 horas.
- **Nivel 5** o **azul**: la atención por el médico puede demorarse hasta 4 horas.

Se acepta, en consecuencia, que las funciones del triaje deben ser (11):

1. Identificación de pacientes en situación de riesgo vital.
2. Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
3. Asegurar la reevaluación de los pacientes que deben esperar.
4. Decidir el área más apropiada para atender a los pacientes.
5. Aportar información sobre el proceso asistencial.
6. Disponer de información para familiares.
7. Mejorar el flujo de pacientes y la congestión del servicio.
8. Aportar información de mejora para el funcionamiento del servicio.

Actualmente se reconocen cinco modelos de *triaje* estructurado con una amplia implantación:

1. La *Australian Triage Scale* (ATS)
2. La *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale* (CTAS)
3. El *Manchester Triage System* (MTS)
4. El *Emergency Severity Index* (ESI)
5. El Sistema Español de *Triage* (SET) adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES) a partir del *Model Andorrà de Triage*: MAT.

A nivel del estado español, el MTS y el SET son los dos sistemas que han alcanzado mayor difusión.

#### Escala de Triage Manchester (12):

El Grupo de Triage Manchester nació en 1996 dirigido por el Dr. Kevin Mackway-Jones con el propósito de unificar los diferentes sistemas de triaje existentes en todo el país. De este trabajo multidisciplinar nació el Sistema de Triage Manchester (MTS).

El proceso de decisión que rodea al triaje de un paciente, sigue los siguientes pasos:

- Identificar el problema.
- Reunir y analizar la información.
- Evaluar todas las alternativas y seleccionar una para su aplicación.
- Aplicar la alternativa seleccionada.
- Comprobar la aplicación y evaluar los resultados.

La escala MTS clasifica al paciente que llega a un área de urgencias en 52 motivos diferentes. Dentro de cada motivo se despliega un árbol de flujo de preguntas o discriminadores, generales o específicos, cuya contestación es siempre Sí/No.

En cada caso los discriminadores generales llevarán al profesional de triaje a asignar la misma prioridad clínica. Los discriminadores específicos son aplicables a formas de presentación concretas o a pequeños grupos y se relaciona con aspectos clave de las condiciones particulares de los pacientes.

Después de tres o cuatro preguntas clasifica al paciente en cinco categorías, cada una de las cuales se traduce en un código de color y un tiempo máximo de atención, lo que permite priorizar al paciente en función de la gravedad y, sobre todo, objetivar clínicamente la decisión de priorización.

ESTADO	TIEMPO MÁXIMO	COLOR
Crítico	0 minutos	Rojo
Emergencia	10 minutos	Naranja
Urgencia	60 minutos	Amarillo
Estándar	120 minutos	Verde
No urgente	240 minutos	Azul

### El Sistema Español de Triage (SET) (13):

En el año 2000, SEMES (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias) crea el SET (Sistema Español de Triage), fundamentado en el MAT (Modelo Andorrano de Triage) e informatizado, y con un programa de ayuda informática, el PAT, para el que realiza el Triage y distribuye los circuitos de urgencias y adaptados a cada hospital, para conseguir una máxima optimización de sus recursos.

El MAT y el SET son modelos de triaje de enfermería no excluyentes, que integran los aspectos más relevantes de los modelos actuales de triaje de 5 categorías, aportando aspectos de revisión y adaptación a nuestro entorno sanitario.

Con el MAT-SET se prioriza la urgencia del paciente, sobre cualquier otro planteamiento estructural o profesional, dentro de un modelo de especialización de urgencias.

Es un modelo de triaje estructurado holístico, aplicable tanto a niños como a adultos y con independencia del tipo de hospital, dispositivo o centro de asistencia.

Se consigue así un sistema de mejora continua de la calidad, que define un estándar de motivos de consulta a urgencias y permite entre otros, evaluar la casemix o casuística del servicio.

Basado en 5 niveles de priorización, está dotado de un programa informático de ayuda a la decisión clínica en el triaje (web\_e-PAT) tanto para adultos, como para niños.

**Tabla I.** Relación entre escalas y niveles de gravedad en el SET.

Nivel	Color	Categoría	Tiempo de atención
I	Azul	Reanimación	Inmediato
II	Rojo	Emergencia	Inmediato enfermería/ Médicos 7 minutos
III	Naranja	Urgente	30 minutos
IV	Verde	Menos urgente	45 minutos
V	Negro	No urgente	60 minutos

SET: Sistema español de *triaje*.

Tanto el MTS como el SET coexisten con otros de implantación local, más adaptados a su propia realidad, el Sistema Donostiarra de *triaje*, el Sistema de *triaje* de la red pública de hospitales de Navarra, o el sistema de clasificación en base a escalas de cuatro niveles de priorización (Plan Andaluz de urgencias y Emergencias de la Consejería de Salud).

## NUESTRA COMUNIDAD

En los hospitales de del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) se utilizan diferentes modelos y programas informáticos para la realización del *triaje*, siendo el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) pionero con la aplicación informática del programa de *Triaje SET-MAT*.

En Atención Primaria, dada la incidencia de patología menos grave que en otros niveles de atención, deberán tener en cuenta las patologías potencialmente importantes, aunque su gravedad real en el momento de atención sea menor. De otro modo, las herramientas clásicas de *triaje* no clasificarían pacientes, sino que todos los pacientes serían de gravedad

leve, y solo en excepcionales ocasiones los pacientes conseguirán niveles naranjas o rojos. La herramienta de triaje "TAP" ha conseguido uno de sus principales objetivos que consiste en clasificar a los pacientes más "leves", diferenciándolos de aquellos en los que su patología es potencialmente más importante (5).

Basándose en eso, el Servicio de Gestión Clínica y Calidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias implanto sin incidencias en Atención Primaria la herramienta "TAP" (Triage en Atención Primaria), en los principales puntos de la Asturias, Oviedo, Gijón y Avilés, desde el 1 de Octubre de 2010 hasta el 30 de Noviembre del 2010, utilizando el sistema de clasificación de cinco niveles de gravedad y mediante la clasificación CIAP-2 diseñada por WONCA (World family doctors caring for people), estando de acuerdo en la forma de triaje un 99,83% (12). CIAP-2:

- A. Problemas generales inespecíficos.
- B. Problemas sanguíneos e inmunitarios.
- D. Problemas digestivos.
- F. Ojos y anejos.
- H. Patología OTR.
- K. Aparato circulatorio.
- L. Aparato locomotor.
- N. Aparato nervioso.
- P. Problemas psicológicos y psicosociales.
- R. Aparato respiratorio.
- S. Piel y faneras.
- T. Aparato endocrino, metabólico y nutrición.
- U. Aparato urinario.
- WX. Aparato genital femenino.
- Y. Aparato genital masculino.
- Z. Problemas sociales.

El Centro de Salud del Llano implantó en el sistema informático OMI un protocolo de triaje con 8 apartados: dolor, disnea, mareo, diarrea, exantema, vómitos, fiebre y disuria.

Valorando cada uno con signos y síntomas, y marcando un escala de 4 colores: rojo, amarillo, verde y blanco (para tareas administrativas).

### ¿QUIÉN LLEVA A CABO EL TRIAJE?

Dado que el triaje no se fundamenta en diagnósticos, el triaje es reivindicado desde sus inicios por enfermería, que consigue muy buenos resultados incluso con escalas de 4 niveles de prioridad, además de obtener una concordancia interobservador satisfactoria en diferentes escalas (14). Hay, sin embargo, sistemas que defienden que debe ser un médico experimentado de urgencias el encargado de realizarlo (sistema donosita de triaje)

Actualmente es el personal de enfermería el que con más frecuencia lo realiza, con o sin ayuda del facultativo. En este sentido algunos estudios concluyen que el triaje de enfermería con apoyo médico es más eficiente que el triaje de enfermería aislado sobre todo para los casos de alta urgencia y complejidad. No obstante, otros modelos definen el «traje avanzado», en el que el profesional de enfermería ejecuta un procedimiento o administra una medicación en base a directrices médicas con protocolos, circuitos y órdenes médicas preestablecidas. Estos protocolos se han de poner en práctica una vez consensuados y establecidos y después de que la mayoría de los profesionales de enfermería hayan recibido la formación adecuada y se haya verificado su capacitación. También deben ser aprobados por la estructura sanitaria competente (14).

## INDICADORES DE CALIDAD:

La disponibilidad de un sistema de triaje estructurado en los servicios de urgencias ha sido considerado como un índice de calidad básico y relevante de la relación riesgo-eficiencia aceptándose que el porcentaje de pacientes dentro de cada nivel de triaje es como la “huella digital” del servicio de urgencias, de tal forma que se puede establecer cuál es el perfil del servicio de urgencias en función del nivel de urgencia y la intensidad del servicio que presta.

Podemos valorar los siguientes indicadores (15):

### 1. TIEMPOS

- Tiempo de llegada-triaje: es el tiempo que transcurre desde que el enfermo demanda la asistencia hasta que toma contacto con la enfermera. Procedimiento: cuando un usuario acuda a cualquier dispositivo demandando asistencia urgente, se anotará en la hoja de registro del triaje la hora de llegada al Centro de Salud y la hora del momento en la que toma el primer contacto personal con la enfermera de triaje.
- Tiempo de duración del triaje: es el tiempo transcurrido durante el proceso de clasificación. Es recomendable que no sea superior a 5 minutos. Procedimiento: cuando un usuario acuda a cualquier dispositivo demandando asistencia urgente, se anotará la hora de entrada así como de salida de la consulta de triaje.
- Tiempo de respuesta en la primera asistencia facultativa: es el tiempo transcurrido desde la hora de llegada del usuario al Centro Sanitario, hasta que toma contacto personal con el médico del equipo asistencial. Procedimiento: cuando un usuario acuda demandando asistencia urgente a cualquier centro sanitario, se anotará en el registro la hora de llegada al mismo, la del momento

en la que toma el primer contacto personal con algún médico del equipo asistencial.

## 2. NIVEL DE CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO DEL TRIAJE

Porcentaje de cumplimentación de manera legible del conjunto de apartados considerados básicos.

Procedimiento: los siguientes apartados se consideran básicos en todo el registro de triaje:

- Identificación del paciente: datos de filiación, edad, etc.
- Hora de toma de contacto con la enfermera de triaje.
- Motivo de consulta.
- Prioridad: debe recogerse la prioridad en la asistencia sobre los 4 grados de severidad: roja, amarillo, verde o blanco.
- Derivación según el grado de prioridad.
- Valoración del motivo de consulta.
- Evaluación objetiva.
- Pruebas complementarias.
- Otras intervenciones.
- Reevaluaciones (si las hay).
- Identificación del enfermero responsable del triaje.

## 3. ACONTECIMIENTOS CENTINELA.

Se considerarán acontecimientos centinelas todos aquellos eventos que, aún ocurriendo excepcionalmente, indican u orientas hacia un posible error en la asistencia a un paciente determinado y que, por su gravedad, debe ser siempre analizado por el equipos asistencial. Son ejemplos:

- Pacientes que sufren una parada cardiorrespiratoria fuera de las zonas específicamente identificadas como asistenciales.
- Errores en la identificación del paciente.
- Errores en la administración de fármacos o terapias diversas.
- Retraso en la realización de ECG en pacientes que acude por dolor precordial.

**El estudio se realizará en varias fases que se detallan a continuación:**

**Diseño de la escala de triaje:**

Se realizará junto con el informático del Área VII una modificación del protocolo de triaje introducido en el programa OMI, que llamaremos OMI-TAC (Triage en Atención Continuada)

Este protocolo utilizará un sistema de clasificación estructurado en 5 niveles de gravedad, fundamentado en la MTS:

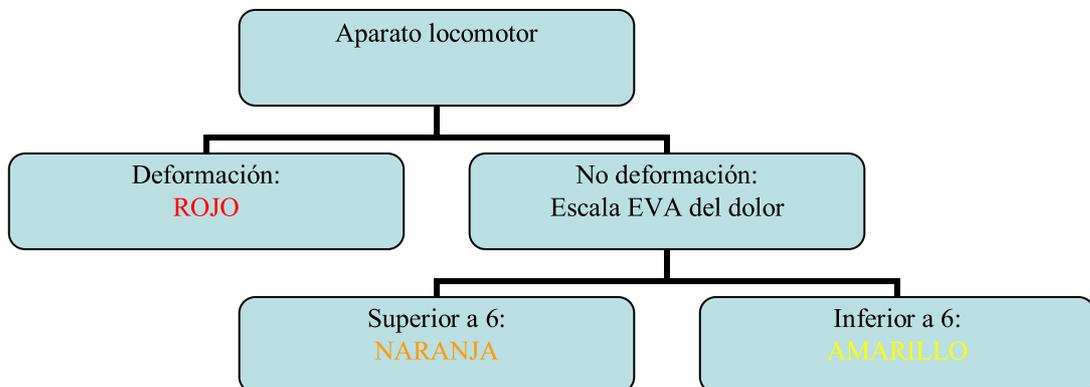
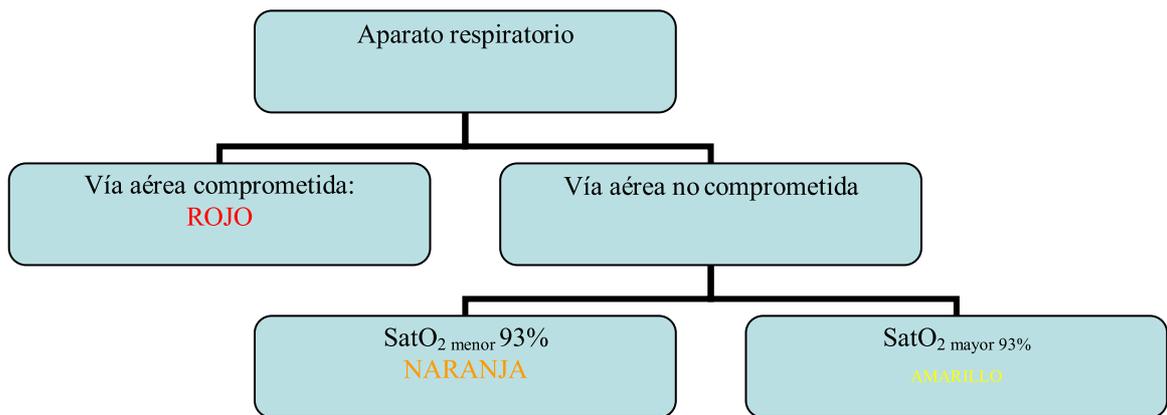
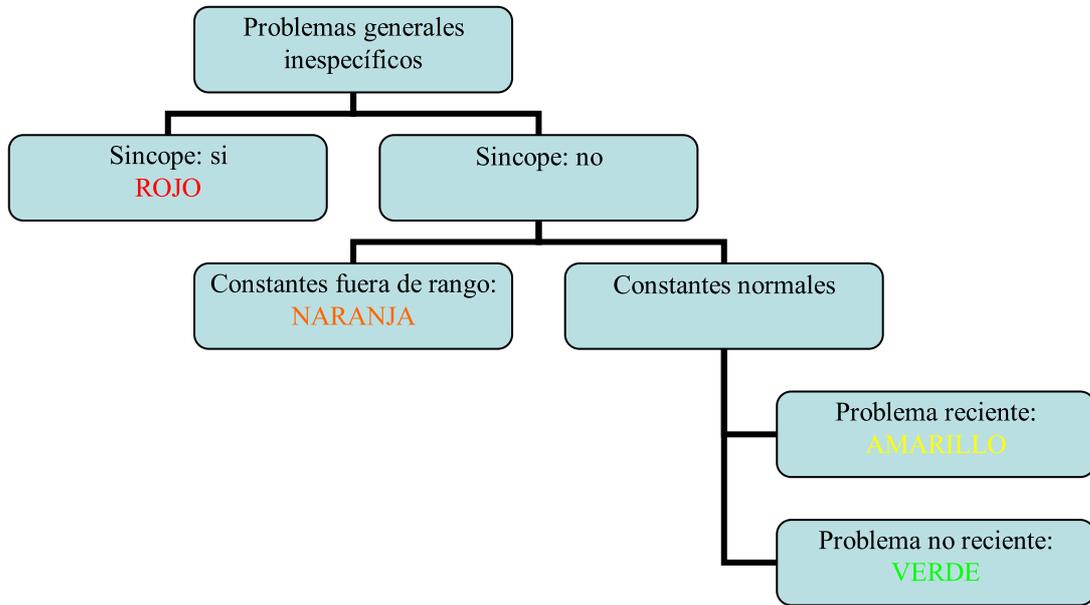
- **Nivel 1** o **rojo**: precisa de la atención por el médico de forma inmediata.
- **Nivel 2** o **naranja**: la atención por el médico puede demorarse hasta 10 minutos.
- **Nivel 3** o **amarillo**: la atención por el médico puede demorarse hasta 60 minutos.
- **Nivel 4** o **verde**: la atención por el médico puede demorarse hasta 2 horas.
- **Nivel 5** o **azul**: la atención por el médico puede demorarse hasta 4 horas.

Se partirá de una pantalla donde salgan los 17 apartados, los 16 CIAP-2, ya que recogen todos los motivos de consulta, más un extra para asuntos administrativos:

- A. Problemas generales inespecíficos.
- B. Problemas sanguíneos e inmunitarios.
- D. Problemas digestivos.
- F. Ojos y anejos.
- H. Patología OTR.
- K. Aparato circulatorio.
- L. Aparato locomotor.
- N. Aparato nervioso.
- P. Problemas psicológicos y psicosociales.
- R. Aparato respiratorio.
- S. Piel y faneras.
- T. Aparato endocrino, metabólico y nutrición.
- U. Aparato urinario.
- WX. Aparato genital femenino.
- Y. Aparato genital masculino.
- Z. Problemas sociales.
- #. Administrativo: burocracia, recetas, IT, .. (nivel 5 o azul)

Entrando en cada apartado aparecerán ciertos discriminadores, diferentes en cada uno que con una rápida respuesta nos llevará a un nivel de clasificación.

Ejemplos:



Se dejará siempre una casilla para comentarios. También un apartado para las pruebas realizadas y constantes que no se hayan introducido en los algoritmos anteriores.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TA:                 | <input type="checkbox"/> ECG:                    |
| <input type="checkbox"/> FC:                 | <input type="checkbox"/> Combur Test:            |
| <input type="checkbox"/> FR:                 | <input type="checkbox"/> Test de gestación:      |
| <input type="checkbox"/> T <sup>a</sup> :    | <input type="checkbox"/> Peak Flor:              |
| <input type="checkbox"/> SatO <sub>2</sub> : | <input type="checkbox"/> Escala de Coma Glasgow: |
| <input type="checkbox"/> Glucemia:           |  |

Al final aparecerá el nivel de prioridad y una casilla para el destino:

- Sala de espera.
- Consulta del médico.
- Consulta de enfermería.
- Sala de urgencias (donde esté el carro de paradas).
- Derivación a urgencias hospitalarias. Medio de traslado:
- Domicilio.

Se creará también un documento en papel con una valoración rápida para los pacientes desplazados a los cuales no podemos acceder al historial a través de OMI. (Anexo I).

Este documento constara principalmente de:

1. Datos identificativos del paciente:
  - Nombre y apellidos.
  - N° de la seguridad social.
  - Fecha de nacimiento.
  - Centro de Salud de referencia.
2. Fecha, hora de llegada, hora de comienzo del triaje, hora de finalización de triaje y hora de contacto con el primer sanitario asistencial.
3. Motivo de consulta.
4. Valoración del motivo de consulta: cronología, localización, desencadenantes,...
5. Alergias.
6. Antecedentes de importancia: hipertensión arterial, anticoagulación oral, diabetes,...
7. Evolución objetiva: constantes y pruebas adicionales.
8. Comentarios.
9. Derivación del paciente.
10. Nivel de priorización.
11. Reevaluación: hora de reevaluación, enfermera, prioridad y observaciones.
12. Firma de la enfermera/o de triaje.

En cuanto a los avisos telefónicos también se hará cargo la enfermera entrenada para triaje. Recogiendo datos y asignándolos una prioridad, que en caso de no ser inmediata, se volverá a llamar para la reevaluación.

También se encargará de seleccionar el medio de traslado adecuado para el domicilio:

- Taxi.
- Ambulancia convencional.
- Ambulancia medicalizada.
- UVI-móvil.

### **Fase de formación de profesionales y estudio de concordancia**

Dado que el triaje es una función propia de enfermería, se formará a los enfermeros del Servicio de Atención Continuada del Área VII del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Pertenecientes a los Centros de Salud de:

- Cabañaquinta.
- Moreda.
- Campomanes.
- Pola de Lena.
- Figaredo.
- Turon.

Dicha formación incluirá una vertiente teórica y una vertiente práctica, en la que los profesionales establecerán el nivel de triaje en una serie de casos simulados.

La formación se impartirá una mañana en el salón de actos de la Gerencia del Área VII con la colaboración del informático del área, dejando los simulacros para la tarde.

El temario constará:

- Definición.
- Escala de Triage Manchester (MTS).
- Perfil profesional de la enfermera/o de triaje.
- Unidad de clasificación.
- Entrevista.
- Manejo del paciente.
- Indicadores de calidad.
- Guía clínica

Se realizará un pequeño estudio de concordancia, es decir, se estudiará la reproducibilidad de la escala de triaje diseñada para OMI, para que al ser aplicada por diferentes profesionales, en los mismos casos y momentos diferentes, se obtengan resultados similares.

### **Fase de información a los pacientes**

Elaborar un folleto informativo (Anexo II) y un póster (Anexo III) para los usuarios del centro de salud, explicando que es el triaje, cual es su objetivo y como pueden colaborar.

## **Estudio descriptivo de la implantación del triaje y comparación con indicadores de calidad**

Una vez realizado el programa OMI-TAC (Triage en Atención continuada), realizada la formación a los profesionales de enfermería del SAC del Área VII, demostrada la concordancia de la escala de triaje y distribuidos los folletos de información en los Centros de Salud del Estudio, contando con la aprobación de la Gerencia de dicha Área, se procederá a la implantación del programa.

Esta se realizará durante un periodo de tres meses, realizando el triaje a todos los pacientes que acudan a la guardia los fines de semana.

Finalizados los tres meses se recogerán los datos para realizar la comparación con los indicadores de calidad:

- Número de pacientes en cada categoría.
- Tiempo de llegada-triaje.
- Tiempo de duración del triaje.
- Tiempo de respuesta en la primera asistencia facultativa.
- Pacientes que se van sin ser atendidos.
- CIAP-2.
- Diagnósticos finales.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

El triaje esta perfectamente desarrollado e implantado en los servicios de urgencias tanto intra como extra-hospitalarios, siendo un indicador de calidad relevante. De tal manera que el triaje se ha convertido en el sello de identidad del servicio de urgencias que lo aplica.

Sin embargo en Atención Primaria no se comenzó a hablar de triaje hasta muy recientemente, encontrando los primeros artículos publicados al respecto en el 2008, todos en lengua española, ya que en lengua extranjera no se ha encontrado ninguna publicación referente al triaje en Atención Primaria, solo del triaje en catástrofes, urgencias extra-hospitalarias, intra-hospitalaria, pediátrico,...

Está demostrado que su implantación mejoraría la calidad y eficacia de la atención en Atención Primaria, además de aumentar la satisfacción de los usuarios y optimizar recursos, pero quizás la falta de información o de una herramienta adecuada a las patologías de este servicio, hace que su implantación en Primaria sea un proceso más lento.

Los actuales sistemas de triaje deben ser estructurados y basados en escalas de clasificación de cinco niveles. La asignación de dichos niveles debe fundamentarse en decisiones objetivas, apoyándose en sistemas informáticos que automaticen estas decisiones y permitir al mismo tiempo ajustes por parte del profesional que lo realiza.

Los profesionales de enfermería son los responsables del triaje, demostrado capacidad para llevarlo a cabo así como una buena concordancia interobservador. Hay otros estudios que promocionan el triaje médico o multidisciplinar, siendo estos los más escasos.

El triaje debe extenderse a todos los ámbitos de la asistencia urgente y su desarrollo debe ir de la mano con el de los sistemas informáticos y con la

tecnología, además de un adecuada formación profesional e informando de su implantación a la población.

## BIBLIOGRAFÍA

1. López Resendiz J, Montiel Estrada MD, Licona Quezada R. Triage en el servicio de urgencias. *Medicina interna de México*. 2006; 22(4):310-314.
2. Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado, 2007. Instituto de Información sanitaria, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
3. Millá J. Urgencias médicas: algo más que una serie televisiva. *Med Clín*; 2001; 117: 295-296.
4. Zaragoza M, Calvo C, Saad T, Morán FJ, San José S, Hernández P. Evolución de la frecuentación en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2009; 21: 339-345.
5. Rancaño García I, Cobo Baquín JC, Cachero Fernández R, Hernández Mejía R. Triage en Atención Primaria: sistema "TAP". *Reseñas de investigación*. [Revista en línea] 2011 noviembre. [Acceso el 30 de Mayo de 2012]; 32.011. Disponible en: <http://www.enotas.es/?resena-investigacion=traje-en-atencion-primaria-sistema-tap>
6. Fernández Valdieso E, Montesinos Sanz S, de Miguel Peláez MJ, Alié Xufre M. Papel de Enfermería en el triage de urgencias en Atención Primaria. *Atención Primaria*. 2008; 40 (12): 641.
7. Tibos F, Valencia A, Pérez P, Bolet R, Aguilar N, Antoñano A. Implantación del triage en un dispositivo de Atención Primaria: su repercusión en las reclamaciones de los usuarios: Urgencias, desarrollando nuestro espacio. En: XVII Congreso Regional de SEMES Andalucía. Málaga. 2011

8. Puigblanqué Reyes E, Noheras M, Perapocho N. El triaje en el servicio de urgencias. *Enf Clin.* 2008; 18(1): 3-4.
9. Gómez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el *triaje* estructurado. *Emergencias* 2006; 18: 156-164.
10. Tudela P, Módol JM. Urgencias hospitalarias. *Med Clin*; 2003; 120: 711-716.
11. Gómez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de *triaje* estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2003; 15: 165-174.
12. Grupo Español de Triage Manchester. [Acceso el 30 de Mayo de 2012]. <http://www.triagemanchester.com/>
13. Programa de ayuda al triaje. [Acceso el 30 de Mayo de 2012] <http://www.triajeset.com/>
14. Soler W, Gomez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An. Sistema Sanitario de Navarra.* 2010. 33(1): 55-68.
15. Gerencia del Área de Salud de Plasencia .Recepción, acogida y clasificación de los pacientes en urgentes en atención primaria. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. 2008

ANEXOS

## ANEXO I



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS  
Gerencia AP Área VII

Nombre:

Apellidos:

Nº de la Seguridad Social:

Fecha de nacimiento:

Centro de Salud de Referencia:

Fecha:

Hora de llegada:

Hora de comienzo del triaje:

Hora de primer contacto con sanitario  
asistencial:

Motivo de Consulta:

Características:

Alergias:

Antecedentes de importancias:

Constantes y pruebas complementarias:

• TA: •

• FC: •

• SatO2: •

• Tª: •

• Glucemia: •

ECG:

Combur test:

Test de gestación:

Peak Flor:

Escala de Coma Glasgow:

Escala de dolor EVA:

Comentarios:

Derivación:

Sala de espera

Consulta del médico.

Consulta de enfermería.

Sala de paradas.

Urgencias hospitalarias. Medio de traslado:

Domicilio

Nivel de priorización:

Enfermera de triaje:

Reevaluación:

• Enfermera: •

• Prioridad:

• Comentarios: •

Enfermera:

Prioridad:

Comentarios:

# Triaje

*Lo urgente no  
siempre es grave  
y lo grave no  
siempre es urgente*



*Servicio de Salud  
del Principado de Asturias  
Gerencia de AP del Área VII*

## **1. ¿Qué es el triaje?**

El Triage es un proceso que nos permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos.

## **2. ¿Cuál es el objetivo del triaje?**

Mejorar la calidad y la eficacia de la atención a la urgencia dentro del ámbito de la Atención Continuada, atendiendo lo antes posible los casos más graves.

## **3. ¿En que consiste el triaje?**

Los pacientes que soliciten atención urgente en Atención Continuada serán recibidos y valorados por una enfermera/o, quien le asignara un orden de priorización.

## **4. ¿Cómo puede usted ayudar?**

Acudiendo en horario de Atención Continuada sólo cuando crea que no puede esperar a la consulta de su médico de familia/pediatra (su médico es quien mejor conoce y puede valorar sus problemas de salud).

**Atendiendo las indicaciones del personal del centro sanitario.**

**Entendiendo que no necesariamente será atendido según el orden de llegada, ya que podría haber pacientes más graves que por tanto requerirán atención prioritaria, para más información consulte en su centro médico.**

# Triaje:

un proceso que nos permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de los pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan los recursos.

*Para más información consulte en su centro de salud.*



***Lo urgente no siempre es grave***

***y lo grave no siempre es urgente***