



TRABAJO FIN DE GRADO

Reflexión sobre los sistemas de triaje en
las urgencias hospitalarias españolas.
Revisión bibliográfica

Reflection on triage systems in Spanish hospital
emergencies. Bibliographic review

Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca
Grado de Enfermería

Curso académico 2018/2019

Autora: Carmen Navascués Cajal

Directora: M^a Luisa Pueyo Til

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 1 |
| ABSTRAC..... | 2 |
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| MARCO CONCEPTUAL | 3 |
| JUSTIFICACIÓN | 8 |
| OBJETIVOS..... | 8 |
| METODOLOGÍA..... | 9 |
| ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA | 9 |
| SELECCIÓN DE ESTUDIOS | 10 |
| DESARROLLO | 16 |
| SISTEMAS DE TRIAJE A NIVEL MUNDIAL | 16 |
| SISTEMAS DE TRIAJE EN ESPAÑA | 20 |
| DISCUSIÓN..... | 24 |
| CONCLUSIONES | 26 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 27 |
| ANEXOS | 33 |

RESUMEN

Introducción/justificación: Existe un uso excesivo de los servicios de urgencias por parte de los usuarios, lo que conlleva la necesidad de un sistema de triaje para la clasificación de pacientes, asegurando que los más graves sean atendidos con prioridad. La disponibilidad de esta herramienta, es fundamental para mejorar la calidad de los servicios de urgencias proteger a los pacientes y optimizar recursos.

Objetivos: Estudiar los sistemas de triaje en los servicios de urgencias hospitalarias españolas para conocer su funcionamiento y sus principales características.

Metodología: Una búsqueda en diversas bases de datos, revistas, etc. La información obtenida ha sido valorada en relación a los criterios de inclusión y exclusión.

Desarrollo: Encontramos cinco modelos de triaje en uso en los servicios de urgencias, los cuales son sistemas de niveles de priorización. Cada uno tiene sus características propias. Los sistemas más utilizados en España son el Sistema Español de triaje/Modelo andorrano de triaje (SET/MAT) y Manchester triage System (MTS).

Discusión: Ambos sistemas presentan una buena calidad asistencial. Se asemejan en que son modelos con cinco niveles de priorización, pero presentan diferencias: en los tiempos de espera y los colores de los niveles, la nomenclatura usada, los discriminantes claves, etc.

Conclusiones: El triaje es una herramienta imprescindible en los servicios de urgencias, sobre todo cuando hay saturación de estos.

Palabras clave: triaje, enfermeros, urgencias médicas, servicio de urgencias en hospital, rol de la enfermera.

ABSTRAC

Introduction / justification: There is an excessive use of emergency services by users, which entails the need for a triage system for the classification of patients, ensuring that the most serious patients are taken care with priority. The availability of this tool is essential to improve the quality of emergency services, to protect patients and to optimize resources.

Objectives: Study the triage systems in the Spanish Hospital Emergency Services to know their operation and their main characteristics.

Methodology: A search in various databases, journals, etc. The information obtained has been assessed in relation to the inclusion and exclusion criteria.

Development: Five models of triage are used in the emergency services, which are based on prioritization levels. Each one has their own characteristics. The Spanish Triage System / Andorran triage model (SET / MAT) and Manchester triage System (MTS) are the most used systems in Spain.

Discussion: Both systems present a good quality of care. They are similar in that they are models with five levels of prioritization, but present differences: in the waiting times and the colors of the levels, the nomenclature used, the key discriminants, etc.

Conclusions: Triage is an essential tool in emergency services, especially when there is saturation of them.

Keywords: triage, nurses, medical emergencies, emergency service hospital, nurse's role.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS) define urgencia como la aparición fortuita, en cualquier lugar o actividad, de un problema de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención médica por parte del sujeto que lo sufre o de su familia. Considerando, emergencia como aquel caso en el que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos, por lo que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital.

Los Servicios de urgencias hospitalarias (SUH) son el primer punto de contacto del paciente con el centro sanitario. El objetivo principal de estos es la asistencia de las personas que acuden con problemas de salud que generan en ellos la necesidad de una atención inminente (1).

En los últimos años, estos servicios han sufrido un aumento de la demanda de atención por parte de los usuarios, producida por el envejecimiento de la población, sus patologías crónicas, y por los cambios que se ha producido en la población con respecto a la percepción y necesidad de asistencia. Este último hecho hace destacar la inadecuada utilización de este servicio realizada por el usuario (2).

Priorizar la asistencia que requiere atención inmediata es parte fundamental del funcionamiento de las urgencias hospitalarias. Cuando la demanda asistencial es mayor que los recursos disponibles se dificulta la rapidez deseada de atención al paciente.

Una herramienta indispensable para la priorización de la atención de los usuarios de los SUH, es el Triage (3,4).

MARCO CONCEPTUAL

CONCEPTO TRIAJE

El término "traje" o "triage" es un neologismo que deriva de la palabra francesa trier definida como clasificar, escoger o separar.

Se entiende como un proceso de valoración clínica que ordena a los usuarios en función de su urgencia/gravedad antes de una valoración diagnóstica y terapéutica completa, con el fin de que sean atendidos según

el nivel de urgencia y no por el orden de llegada. También, permite controlar de forma apropiada y segura el flujo de pacientes cuando la demanda y la necesidad superan los recursos (5).

Según la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE), este sistema engloba tres actividades fundamentales (6): recepción, acogida y clasificación del paciente, conocidas como RAC (Anexo I).

El sistema de triaje garantiza la clasificación de los pacientes según el grado y nivel de urgencia de acuerdo con los síntomas y signos que presentan, asegurando que los valorados como más urgentes sean atendidos con mayor urgencia cuando la situación del servicio este desbordada (7).

Tabla I Niveles de urgencia del triaje.

| | |
|-----------|---|
| Nivel I | Prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora. Son situaciones que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato o inminente de deterioro. |
| Nivel II | Situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Situaciones con riesgo inminente para la vida o la función. El estado del paciente es serio y de no ser tratado en los siguientes minutos puede haber disfunción orgánica o riesgo para la vida. Los tratamientos, como la trombólisis o antídotos, quedan englobados en este nivel. |
| Nivel III | Urgente pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. |
| Nivel IV | Urgencia menor. Situaciones menos urgentes, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. |
| Nivel V | No urgencia. Son situaciones menos urgentes o no urgentes, a veces son problemas clínico - administrativos que no requieren ninguna exploración diagnóstica o terapéutica. Permite la espera incluso hasta de 4 horas. |

Fuente: Elaboración propia según los datos (8).

Las principales funciones del triaje son: priorizar la atención del paciente grave, organizar el flujo de pacientes que acuden a los servicios de urgencias y gestionar la atención de la manera más eficaz posible, con el fin de proporcionar la mejor calidad asistencial.

ANTECEDENTES

El triaje surgió y se instauró en las guerras del imperio francés de Napoleón. El fundador fue el barón Dominique-Jean Larrey (1766-1842), quien ejerció como cirujano en el ejército creando un sistema para atender más rápido a los heridos de gravedad durante el transcurso de la batalla.

E. Richard Weirnerman en 1964 incorporó una descripción sistemática del triaje en las urgencias en Baltimore, que permitió durante los años 60 en los Estados Unidos la realización de un método de clasificación basado en tres niveles de categorización (emergente, urgente y no urgente) dentro del ámbito hospitalario de las urgencias. Posteriormente fue sustituido por un nuevo modelo americano de cuatro categorías. Sin embargo, los sistemas anteriores no se consideran estándares del triaje moderno en la actualidad ya que no han logrado una evidencia científica idónea. Este hecho permitió el inicio de nuevas investigaciones con el objetivo de desarrollar escalas universales, determinando como base general los sistemas de cinco niveles de clasificación (8).

MODELOS DE TRIAGE

En la actualidad, en las urgencias del medio hospitalario a nivel universal existen 5 escalas o modelos de triaje como se puede ver en la tabla II (9).

Tabla II: Modelos de triaje

| |
|---|
| Australasian Triage Scale (ATS) |
| Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) |
| El Emergency Severity Index (ESI) |
| Manchester Triage System (MTS) |
| El Sistema Español de Triage (SET) / Modelo Andorrano de Triage (MAT) |

Fuente: Elaboración propia según los datos (8).

Cada una de estos modelos presenta 5 niveles de prioridad comunes aunque en cada uno presenta su propia idiosincrasia (Tabla III).

Tabla III: Comparativa entre los diferentes modelos.

| SISTEMA DE TRIAGE | | | | | |
|---|---------------------------------------|---|--|-------------------------|--|
| Criterios | ATS | CTAS | MTS | ESI | SET |
| ↓ ↓ | I: inmediato | I: inmediato | I: inmediato | | I: inmediato |
| Niveles de prioridad/ tiempo de espera | II: 10 min | II: 15 min | II: 10 min | | II: 15 min |
| | III: 30 min | III: 30 min | III: 60 min | | III: 30 min |
| | IV: 60 min | IV: 60 min | IV: 120 min | | IV: 60 min |
| | V:120 min | V: 120 min | V: 240 min | | V:120 min |
| | Basados en motivos de consulta | No | Sí | Sí | No |
| Relevancia experiencia del personal | Alta | Moderada | Baja | Moderada | Alta |
| Validez | Tasas de hospitalización y mortalidad | Mortalidad hospitalaria y utilización de recursos | Mortalidad en el servicio de urgencias y tiempo en box | Mortalidad hospitalaria | Mortalidad hospitalaria, tiempos en box y utilización de recursos. |

Fuente: Elaboración propia según los datos (5).

El modelo de clasificación debe ser estandarizado, normalizado y tener un alto nivel de concordancia interobservador válido al clasificar los pacientes según su nivel real de urgencia. El objetivo primario de esta selección es optimizar el tiempo desde que el paciente llega a urgencias hasta que es valorado por el médico.

La prioridad que se le asigne dependerá del motivo de consulta, de la valoración clínica, de los signos y síntomas objetivos y subjetivos de los pacientes.

Durante este proceso, se pone de manifiesto el principio de beneficencia, es decir: conseguir lo mejor para el paciente con uso racional de los recursos existentes; así como el principio de justicia con asignación de dichos recursos a los que tengan mayor posibilidad de supervivencia (8).

PERSONAL QUE REALIZA EL TRIAJE

El buen funcionamiento del SUH depende prioritariamente del profesional que realiza el triaje. Inicialmente era realizado por los médicos, a partir de 1999 en la mayoría de los servicios de urgencias es enfermería quien realiza esta función (10).

Teniendo en cuenta la importancia del triaje en los servicios de urgencias y las consecuencias de una incorrecta realización, es fundamental que éste sea realizado por profesionales que reúnan las características que garanticen la calidad de la intervención (11).

En la disciplina de la enfermería podemos identificar diferentes paradigmas, los cuales sirven como referencia para la práctica actual de esta profesión. Estos modelos adquieren un verdadero significado cuando se traslada a la práctica, visualizando la forma de llevar a cabo el proceso de cuidar.

El Modelo de Virginia Henderson, considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible (12).

El enfermero/a especialista en el triaje deberá integrar las siguientes características: empatía, tacto y paciencia, organización, juicio clínico, capacidad de tomar decisiones y buena comunicación. También una formación específica en urgencias, emergencias y atención al paciente crítico, formación teórico-práctica del modelo a utilizar y experiencia mínima de 6 meses en SUH (10).

Diversos estudios (11,13) indican que los enfermeros/as reúnen las condiciones necesarias para la clasificación de los pacientes por los signos y síntomas que presentan (valoración) y no por los diagnósticos médicos.

JUSTIFICACIÓN

Es un hecho que en los últimos años los Servicios de urgencias han sufrido un incremento de la demanda por parte del usuario hasta el punto de producir problemas de saturación. Por ello surge la necesidad de elegir el mejor método de triaje con el objeto de proporcionar la mejor atención, optimizando los recursos disponibles y reduciendo los errores y el coste. Es decir, conseguir la mayor eficiencia, mayor beneficio con el menor consumo de recursos (14).

Además de clasificar a los usuarios según gravedad, permite distribuir el flujo de pacientes en los servicios y optimizar su organización. La elección del triaje como tema para este trabajo surge a raíz de mi periodo de prácticas en el servicio de urgencias, que promovió en mí la necesidad de indagar y conocer más sobre este tema, dado que en un futuro próximo estaría interesada en especializarme y formarme en este ámbito.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Estudiar los sistemas de triaje en los SUH españoles para conocer su funcionamiento y sus principales características.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar los modelos de triaje hospitalario.
- Identificar y compara los más utilizados en España.
- Determinar quién es el personal idóneo para la realización del triaje.

METODOLOGÍA

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la mejor evidencia científica sobre sistemas de Triage en el ámbito de las urgencias hospitalarias. Ésta se ha llevado a cabo durante los meses de Enero y Febrero mediante la búsqueda de información en las siguientes bases de datos/buscadores: Pubmed, Dialnet, Cuiden, Scielo, Enfispo y Science Direct.

También se han realizado consultas en páginas webs oficiales como: Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE), Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Organización Mundial de la Salud (OMS), y revistas electrónicas y físicas como: rol de enfermería, revista de emergencias, etc.

Los términos de búsqueda DeCs y MeSH utilizados aparecen reflejados en la tabla IV. Todos ellos se han combinado con el operador booleano AND. Además, durante toda la búsqueda se aplicaron filtros para concretar la información requerida.

Tabla IV: Términos de búsqueda DeCs y MeSH.

| Términos DeCs | Términos MeSH |
|-----------------------------------|------------------------------|
| Triage | Triage |
| Enfermeros | Nurses |
| Urgencias medicas | Emergencias |
| Servicio de urgencias en hospital | Emergency service , Hospital |
| Rol de la enfermera | Nurse's role |

Fuente: Elaboración propia

SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Tabla V: Criterios de inclusión y exclusión.

| <u>Criterios de Inclusión</u> | <u>Criterios de exclusión</u> |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Idioma: Aquellos publicados en inglés y español. • Contenido: Relacionados los sistemas de triaje en los servicios de urgencias hospitalarias, rol de la enfermera en emergencias y el uso de triaje, etc. • Tiempo: Artículos publicados en los últimos 5 años. • Disponibilidad: Artículos de acceso gratuito | <ul style="list-style-type: none"> • Contenido: Triage hospitalario en urgencias pediátricas, clasificación según patologías, triaje extrahospitalario, etc. • Disponibilidad: Artículos sin acceso a texto completo |

Fuente: Elaboración propia

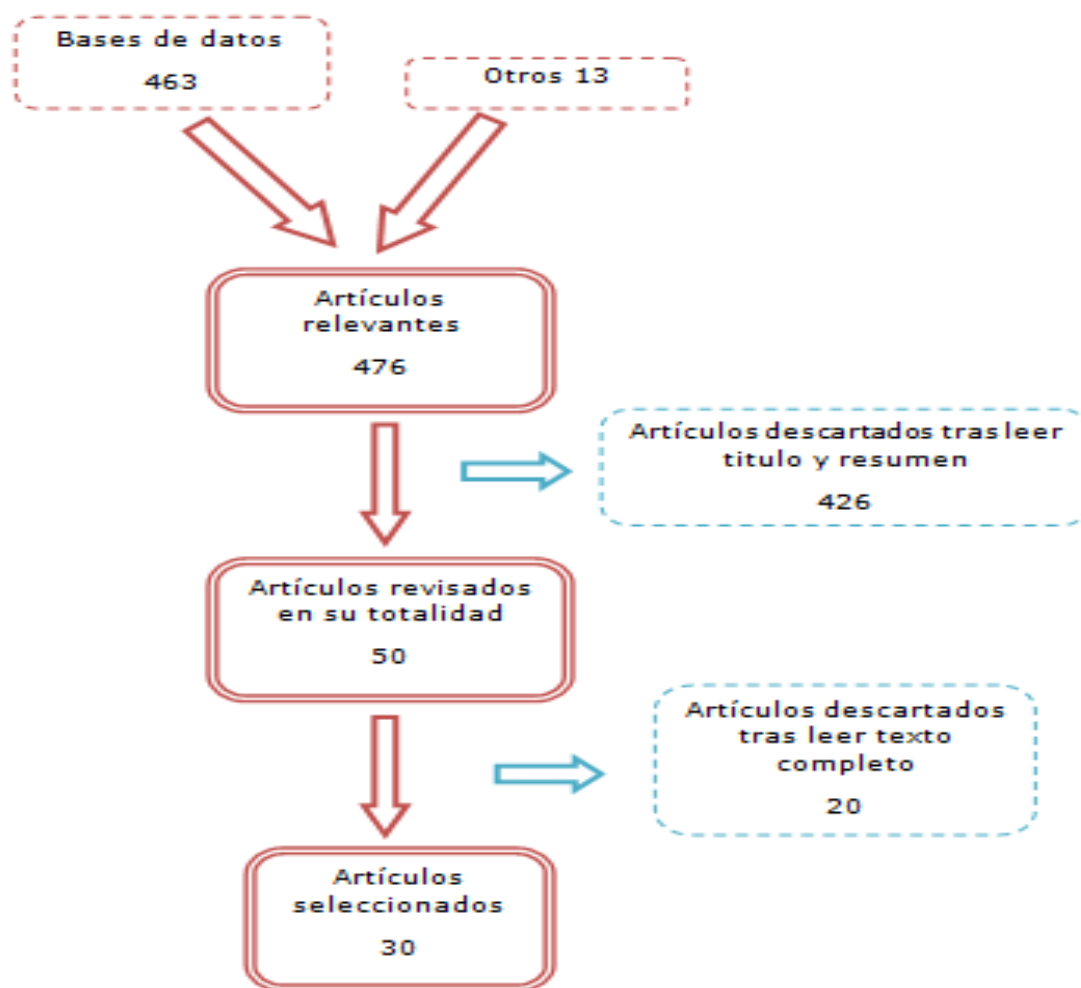
La selección inicial se realizó a partir de los títulos y resumen de los artículos resultantes de la primera búsqueda (Tabla VI). Si en el resumen se incluía información necesaria para el desarrollo del trabajo se recuperaba el texto completo para su análisis.

Tabla VI: Resultados de la Búsqueda inicial.

| Bases de datos | Estrategias de búsqueda | Artículos encontrados | Artículos seleccionados |
|----------------|---|-----------------------|-------------------------|
| Pubmed | "Triage "AND "Emergencias" | 56 | 7 |
| | "Triage" AND "Nurse´s role" | 4 | |
| | "Triage" AND "emergency service,hospital" | 43 | |
| Dialnet | "traje" AND "enfermeros" | 48 | 6 |
| | "traje" AND "Servicio de urgencias en hospital" | 12 | |
| | "traje" AND "urgencias medicas" | 56 | |
| Cuiden | "triage "AND "emergencias" | 18 | 4 |
| | "triage" AND "nurses" | 86 | |
| Scielo | "traje AND enfermeros" | 10 | 2 |
| | "Triage" AND "urgencias medicas" | 14 | |
| Science direct | "triage" AND "emergency service hospital" | 37 | 3 |
| | "triage" AND "nurse's role" | 76 | |
| Enfispo | "traje" AND "enfermeros" | 7 | 1 |
| | "traje" AND "urgencias medicas" | 6 | |

Fuente: Elaboración propia.

Figura I: Diagrama resume de la búsqueda bibliográfica



Fuente: Elaboración propia.

Tabla VII: Artículos seleccionados.

| Autores/Año | Título | Tipo de estudio | Idea principal |
|--|--|---|--|
| Molano Gutiérrez FR, Escobar Grisales CM, García Vargas MA, Salazar Molina PA, Mejía Venegas LC, Jiménez Barbosa WG (1). 2016 | Motivos de uso de los servicios de urgencias | Revisión de literatura. | Principales motivos por los que los usuarios usan el servicio de urgencias. |
| Tudela P, Mòdol JM (2). 2015 | La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios | Revisión. | Causas que ocasionan la saturación de urgencias, y las consecuencias que origina este colapso en la atención del paciente. |
| Instituciones españolas de Defensores del pueblo (3). 2015 | Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de salud: derechos y garantías de los pacientes | Estudio analítico. | Cómo funcionan los Servicios de urgencias hospitalarias y la como es la atención de los pacientes |
| Cubero Alpízar Consuelo (4). 2014 | Los sistemas de triage: respuesta a la saturación en las salas de urgencias | Revisión bibliográfica. | El triaje como la mejor alternativa para el colapso de los servicios de urgencias. |
| Serrano Benavente RA (5). 2014 | Sistema de triaje en urgencias generales | Proyecto final de curso de urgencias y emergencias. Revisión | Que es el triaje, y los diferentes modelos que existen. |

| Autores/Año | Título | Tipo de estudio | Idea principal |
|---|--|---------------------------------------|--|
| Manzanares Zaldivar Borja (7). 2014 | La práctica clínica del triaje. Aplicación de los diferentes sistemas de triaje | Revisión bibliográfica. | Aplicaciones y funciones en el servicio de urgencias de los diferentes sistemas de triaje. |
| Vásquez Alva R, Luna Muñoz C, Ramos Garay C (8). 2019 | El triage hospitalario en los servicios de emergencia | Revisión. | Que es el triaje, funciones, objetivos, tipos y calidad de la asistencia de los pacientes en los servicios de urgencias. |
| Molina Álvarez RA, Zavala Suárez E (9). 2014 | Conocimiento de la Guía práctica clínica de triaje por personal de enfermería | Estudio descriptivo y transversal. | Modelos de triaje que existen, y la importancia de la formación continua de los profesionales que lo realizan. |
| Martínez Segura E, Lleixa Fortuño M, Salvadó Usach T, Solá Miravete E, Adell Lleixa M, Chanovas Borrás MR, et al (10). 2017 | Perfil competencial en los profesionales de triaje de los servicios de urgencias hospitalarios | Estudio descriptivo, transversal. | Personal ideal para realizar el traje, así como la formación y experiencia necesaria. |
| Sánchez Bermejo Raúl (11). 2015 | Encuesta a los profesionales de enfermería españoles sobre el traje en los servicios de urgencias hospitalarios | Estudio descriptivo | Profesionales de enfermería creen que el triaje debería realizarse de forma conjunta con los facultativos. |
| Cañizares Sánchez Rubén (13). 2018 | Enfermería en la clasificación de los pacientes de urgencias: Dificultades y propuestas de mejora | Revisión bibliográfica. | El uso de urgencias por los pacientes, y las dificultades y mejoras que encuentre enfermería en la clasificación de pacientes. |

| Autores/Año | Título | Tipo de estudio | Idea principal |
|--|---|---|--|
| Ebrahimi M, Heydari A, MAzlom R, Mirhaghi A (15). 2015 | The reliability of the Australasian triage Scale | Meta-análisis. | En qué consiste la escala ATS y revela la confiabilidad que presenta dicho modelo. |
| Mirhaghi A, Ebrahimi M (16). 2017 | The Australasian Triage Scale level 5 criteria May need to be revised | | Generalidades de la escala ATS. |
| Mirhaghi A, Heydari A, Mazlom R, Ebrahimi M (17). 2019 | The reliability of the Canadian triage and acuity scale | Meta-análisis. | Revela la confiabilidad de esta escala. |
| Bullard MJ, Chan T, Brayman C, Warren D, Musgrave E, Unger B, et al (18). 2014 | Revisions to the Canadian emergency department triage and acuity scale (CATS) guidelines | Revisión. | Actualización de los conocimientos sobre la escala CATS. |
| Mirhaghi A, Heydari A, Mazlom R, Hasanzadeh F (19). 2015 | Reliability of the emergency severity index | Meta-análisis. | Grado de fiabilidad de la escala ESI en la clasificación de los pacientes. |
| Hernández Ruipérez T, Leal Costa C, Adánez Martínez MG, García Pérez B, Nova López D, Díaz Agea JL (20). 2015 | Evidencias de validez del sistema de triaje Emergency Severity Index en un servicio de urgencias de un hospital general | Estudio observacional, descriptivo y transversal. | Validez del ESI en un servicio de urgencias de un hospital. |
| Álvarez Baza Ma del Carmen (21). 2017 | La actividad del triaje en un servicio de urgencia hospitalario, tras la implantación del "traje Manchester" | Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. | Evaluar la calidad del triaje MTS Gijón, después de un año trabajando con este modelo. |
| Mirhaghi A, Mazlom R, Heydari A, Ebrahimi M (22). 2017 | The reliability of the manchester triage system (MTS) | Meta-análisis. | Determina la fiabilidad del modelo MTS. |

| Autores/Año | Título | Tipo de estudio | Idea principal |
|--|---|--|--|
| Martín Muñoz P, Cayalán Piris J (23). 2015 | Revisión bibliográfica: aplicación del sistema de triaje Manchester en el área de urgencias hospitalaria. | Revisión Bibliográfica. | Analizar el sistema de triaje Manchester en el área de urgencias hospitalarias. |
| Romero Hernández ME, Sánchez Carrillo R, Alonso Flores M, Guerra González JE, Medina Castaño F, Quer Guillamón JL (24). 2016 | Implantación del sistema de clasificación Manchester en el servicio de urgencias del hospital de Valme. Valoración de los profesionales | Estudio piloto. | Valoración por los profesionales sanitarios del sistema Manchester en los servicios de urgencias. |
| Ibáñez Berlanga ML, García Casado AJ (25). 2016 | Enfermería y triaje en el servicio de urgencias. II congreso virtual internacional SEEUE | Congreso | Papel de la enfermera en el triaje de los servicios de urgencias. |
| Gómez Angelats E, Miro O, Bragular Baur E, Antolín Santaliestra A, Sánchez Sánchez M (26). 2018 | Relación entre la asignación del nivel de triaje y las características y experiencia del personal de enfermería | Estudio observacional retrospectivo. | Analizar la experiencia de los enfermeros tras un periodo de trabajo con el programa de trabajo MAT/SET. |
| Chaves de Souza C, Aparecida Araújo F, Machado Chianca TC (27). 2015 | Scientific literature on the reliability and validity of the manchester triage system | Estudio descriptivo. | Sobre la validez y confiabilidad del MTS. |
| Zachariasse JM, Seiger N, Rood P, Alves C, Freitas P, Smit F, et al (28). 2017 | VALIDITY Of the Manchester triage system in emergency care | Estudio observacional prospectivo. | Determinar la validez del sistema MTS en la atención de los pacientes en urgencias. |
| Sanchez Bermejo R, Ramos Miranda N, Sánchez Paniagua AB, Barrios Vicente, Fernández Centeno E, Diáz Chaves MA, et al (29). 2016 | Comparación de la capacidad de predecir hospitalización y consumo de recursos del programa de ayuda al triaje 3M TAS y el sistema español de triaje- model andorra de triaje. | Estudio observacional de cohortes prospectivo. | Determinar el grado de validez del sistema MAT/SET, comparado con el programa de ayuda al triaje 3M TAS. |

Fuente: Elaboración propia.

DESARROLLO

SISTEMAS DE TRIAJE A NIVEL MUNDIAL

Australasian Triage Scale (ATS)

Esta escala fue sugerida por primera vez por el Colegio Australiano de Medicina de emergencias en Australia en el 1993, ha sido revisada en numerosas ocasiones hasta 2003 cuando se considero como un modelo oficial.

La ATS se clasifica en cinco niveles de priorización, cada uno de ellos con un tiempo de espera máximo. En caso de sobrepasar dicho tiempo se deberá realizar una nueva valoración del paciente (Tabla VIII).

Tabla VIII: Tiempo de espera según el nivel.

| Nivel de prioridad | Tiempo de espera |
|--|-------------------------|
| Nivel 1: Riesgo vital inmediato | Inmediato |
| Nivel 2: Riesgo vital inmediato: la intervención depende críticamente del tiempo | 10 minutos |
| Nivel 3: Riesgo vital potencial: situación urgente | 30 minutos |
| Nivel 4: Potencialmente serio: situación urgente o de gravedad | 60 minutos |
| Nivel 5: Menos urgente: problemas clínico-administrativos | 120 minutos |

Fuente: Elaboración propia según los datos (5).

Cada nivel tiene unas características representadas en 66 categorías sintomáticas (signos y síntomas) para determinar la prioridad de cada paciente. Se incluyen algunos aspectos fisiológicos que la diferencian de otras escalas como son: el estado mental, la respiración, incapacidad funcional, situación de la vía aérea, etc. Además se añaden modificaciones del nivel de prioridad por la presencia de antecedentes (15) presentes en la historia clínica (patologías, factores de riesgo coronarios, etc.)

Aunque frecuentemente es responsabilidad de enfermería, el triaje puede ser función del médico o de ámbos. Estos deben tener una formación específica así como una experiencia mínima en los servicios de urgencias (5).

La valoración debe realizarse entre 2-5 minutos, obteniendo la información mediante una entrevista al paciente con el fin de recaudar la información necesaria para determinar el nivel adecuado de prioridad a la urgencia (16).

Este modelo también se utiliza para medir el rendimiento de los servicios de urgencias, las necesidades de recursos económicos y para determinar la calidad asistencial (5).

Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)

Es un modelo de triaje Canadiense, que fue desarrollado por médicos de urgencias en Canadá en la década de los 90, e introducida en los servicios de urgencias en 1995.

Dispone de cinco niveles de priorización, a los cuales se les asigna unos colores y unos tiempos de espera máximos (Tabla IX). Superados estos tiempos, se reevaluará al paciente porque puede haber sufrido cambios en el estado de salud y en su nivel de urgencia (17).

Tabla IX: Niveles de priorización y tiempos de actuación escala CTAS

| Niveles de priorización | Tiempo de actuación |
|--------------------------------|----------------------------|
| Nivel 1: Resucitación | Inmediato |
| Nivel 2: Emergencia | 15 minutos |
| Nivel 3: Urgencia | 30 minutos |
| Nivel 4: Urgencia menor | 60 minutos |
| Nivel 5: No urgencia | 120 minutos |

Fuente: Elaboración propia según los datos (5).

La asignación del nivel se realiza mediante la utilización de una lista de quejas del paciente, constantes vitales, síntomas y signos clínicos, creando así un modelo de alta validez predictiva, basado en síntomas y diagnósticos centinela.

La evaluación mediante este sistema debe realizarse por una enfermera/o con una formación específica y experiencia mínima en un tiempo inferior a 10 minutos. Todo el paciente que no sea atendido en el tiempo de actuación, debe volver a ser valorado porque su estado de salud podría haber cambiado, lo que cambiaría también su nivel de priorización.

La enfermera realiza esta función a través de una entrevista con el paciente, por ello es importante que disponga de habilidades como empatía, buena actitud, etc. para facilitar la valoración del paciente registrando toda la información obtenida (5,18).

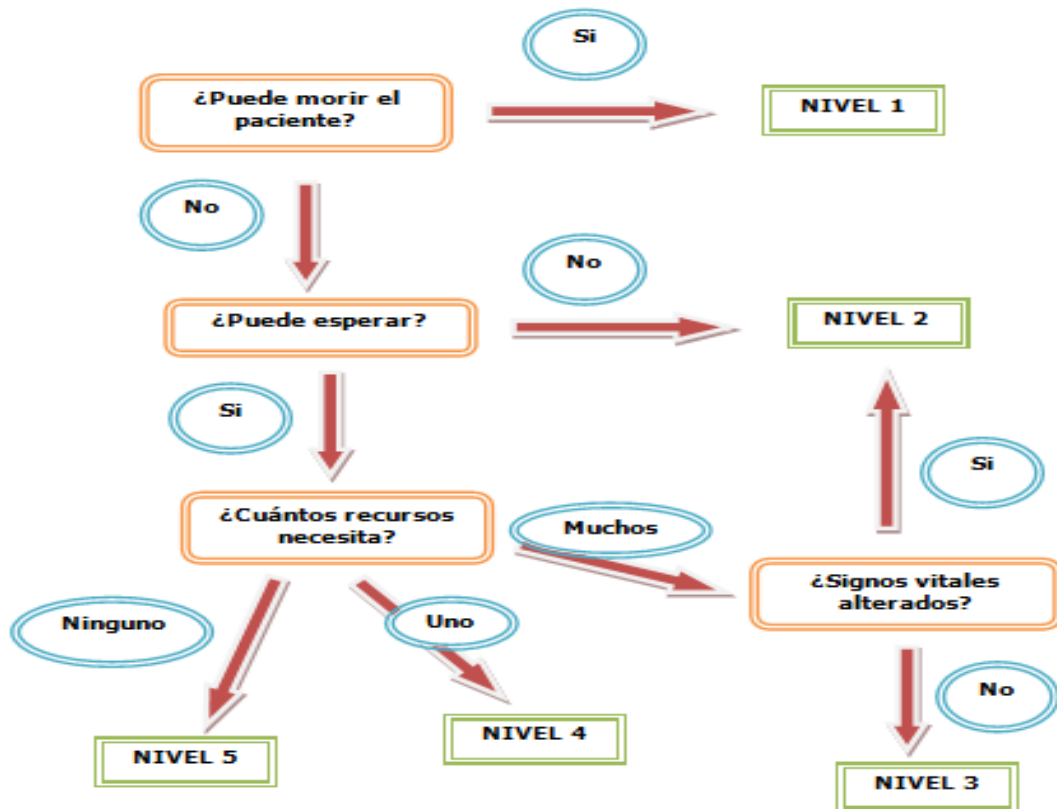
Emergenci Sverity Index (ESI)

El índice de Severidad de urgencias americano que fue desarrollado por RC Wuerz y el grupo de trabajo del ESI en 1999. Este sistema uso como referencia el modelo de triaje MTS.

Su funcionamiento se basa en un algoritmo muy simple de clasificación de los pacientes en cinco niveles como en las otras escalas (Figura II), pero en esta no se dispone de tiempos máximos de atención definidos. La clasificación de este modelo es mediante los recursos que precise en uno u otro nivel.

Esta escala (19) introduce el concepto de consumo de recursos junto con los discriminantes clave (factor que permite diferenciar el grado de urgencia, como por ejemplo; dolor, Glasgow, signos vitales, etc).

Figura II: Algoritmo de clasificación ESI



Fuente: Elaboración propia según los datos (8).

Tabla X: Niveles clasificación ESI

| |
|--|
| ESI 1: riesgo vital, inmediato |
| ESI 2: Situación de alto riesgo, inestabilidad fisiológica, dolor intenso. |
| ESI 3: necesidad de múltiples exploraciones diagnosticas y/o terapéuticas y estabilidad fisiológica. |
| ESI 4: Necesidad de exploración diagnostica y/o terapéutica. |
| ESI 5: Necesidad de exploración diagnostica y/o terapéutica. |

Fuente: Elaboración propia según los datos (8).

La valoración de los pacientes puede ser realizada por médico o enfermeras/os, pero mayoritariamente es realizado por enfermería. Esta evaluación se efectúa a través de una entrevista al paciente, siguiendo un esquema de preguntas específicas que aparecen en el algoritmo, junto con la observación del estado del paciente, motivo de consulta y constantes vitales (5).

Dicho modelo evidencia un intento de mejorar la calidad de los servicios de urgencias, además de la clasificación de los usuarios (20).

SISTEMAS DE TRIAJE EN ESPAÑA

En España conviven diversos modelos de triaje tanto nacionales como internacionales entre las diferentes comunidades autónomas (Tabla XI). Los más empleados son el SET-MAT como modelo nacional y el MTS como internacional, junto a estos también coexisten otros sistemas (5).

Tabla XI: Modelo usado en cada comunidad autónoma.

| |
|--|
| SET/MAT: Aragón, Cataluña, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Islas Baleares y País Vasco. |
| MTS: Andalucía, Asturias, Galicia, Madrid y Comunidad Valenciana. |
| CTAS y ESI: Islas Canarias. |
| Plan Andaluz de urgencias y emergencias: Andalucía. |
| Sistema de triaje hospitalario de Navarra: Navarra. |
| Sistema Donostiarra de triaje: Donostia |

Fuente: Elaboración propia según los datos (8).

Manchester Triage System (MTS)

Fue creado por el Grupo de triaje Manchester en 1994, con la intención de elaborar una escala que cumpliera 5 objetivos: diseñar una terminología mundial, utilizar definiciones generales, crear una metodología adecuada para la realización de este procedimiento, implantar un modelo de formación universal y facilitar la auditoría del sistema de triaje desarrollado. Finalmente fue introducido en el Reino Unido en 1996. Es el más utilizado en la mayoría de países europeos (21).

Dicho modelo clasifica al paciente que llega al servicio de urgencias en 52 motivos diferentes según signos y síntomas, por cada motivo se van abriendo desplegables con preguntas en las cuales la respuesta es SI/NO.

Tras finalizar esta batería de preguntas se clasifica al paciente en una de las cinco categorías, las cuales tienen un color y un tiempo de espera que establece la prioridad de atención que necesita el paciente.

Tabla XII: Niveles de prioridad y tiempos de actuación MTS

| Niveles de prioridad | Tiempos de actuación |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Nivel 1: Atención inmediata | Inmediata |
| Nivel 2: Muy urgente | 10 minutos |
| Nivel 3: Urgente | 60 minutos |
| Nivel 4: Normal | 120 minutos |
| Nivel 5: No urgente | 240 minutos |

Fuente: Elaboración propia según los datos (5).

La valoración del paciente es ejecutada por enfermería, es necesario que dispongan de una formación específica. Ésta se realiza mediante una entrevista al paciente (identifica una serie de signos y síntomas) valorando su estado, las constantes vitales y el motivo de consulta, teniendo en cuenta los desplegables que se van abriendo con el objetivo de asignar el nivel de prioridad adecuado (5).

Este método ayuda a la enfermera a reorganizar el flujo de los pacientes, a la vez que gestiona los recursos del servicio y nos da una respuesta eficaz, permitiendo controlar la calidad de los tiempos de espera. Identifica los pacientes críticos, y es aplicable tanto a pacientes adultos como pediátricos (22).

Sistema Español de triaje (SET)/ Modelo Andorrano de Triage (MAT)

El Modelo Andorrano fue desarrollado por Josep Gómez Jiménez y la comisión del Consejo Directivo del Servicio Andorrano de Atención Sanitaria (SAAS) en el 2000. Este sistema nace de una adaptación del modelo CTAS con algunas modificaciones, convirtiéndose en una escala basada en categorías sintomáticas o de presentación, con discriminantes clave y con algoritmos en formato electrónico para seguir el proceso (8).

La sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias en 2003 eligió el MAT como modelo estándar de triaje Español, y se le denominó Sistema Español de Triage.

Es un sistema estructurado con cinco niveles de priorización, a cada uno se le asigna un color específico y unos tiempos de actuación (Tabla XIII). Si se diera el caso de que los tiempos se sobrepasaran, sería necesaria la reevaluación del usuario por posibles cambios en su estado de salud.

Tabla XIII: Niveles y tiempos de actuación escala SET/MAT

| Niveles | Tiempo de actuación |
|------------------------|--|
| Nivel 1: Resucitación | Inmediato |
| Nivel 2: Emergencia | Inmediato enfermería, 7 minutos médico |
| Nivel 3: Urgente | 30 minutos |
| Nivel 4: Menos urgente | 45 minutos |
| Nivel 5: No urgente | 60 minutos |

Fuente: Elaboración propia según los datos (5).

Dispone de un programa informático para la gestión del triaje, y otro de ayuda en la decisión clínica (PAT), con el objetivo de que los pacientes sean clasificados de la misma forma.

Se basa en categorías sintomáticas (conjunto de signos y síntomas), mediante una serie de algoritmos que el profesional sanitario interpretará mediante la entrevista realizada al paciente con el objetivo de clasificarlo en el nivel adecuado con ayuda del PAT. Tiene 32 categorías sintomáticas y 14 subcategorías, distribuidas en 650 motivos de consulta. Además de todos estos datos, se tiene en cuenta la Escala de Glasgow, las constantes, signos vitales anormales y dolor.

Dicho modelo ha sido diseñado para ser usado por enfermería, con una formación específica y una experiencia mínima cumpliendo un perfil adecuado. Aunque no es excluyente (5).

Tabla XIV Resumen de las características principales de cada modelo

| | ATS | CTAS | MTS | ESI | MAT/SET |
|--------------------------------------|----------------|------|-----|-----|----------------|
| Cinco niveles de priorización | Si | Si | Si | Si | Si |
| Tiempos de actuación | Si | Si | Si | No | Si |
| Colores | No | Si | Si | No | Si |
| Categoría sintomáticas | Si | Si | Si | No | Si |
| Discriminantes clave | Si | Si | Si | Si | Si |
| Formato electrónico | No | Si | Si | No | Si |
| Profesional sanitario | E o M / E+M | E | E | E | E o M / E+M |

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

La bibliografía consultada concluye que los sistemas de triaje de cinco niveles son los más seguros, eficaces y fiables a la hora de realizar la clasificación de los pacientes.

En primer lugar, destacar que se han encontrado más artículos del sistema MTS que del SET/MAT. Puede deberse a la distribución geográfica de estos modelos, dado que el MTS es utilizado también a nivel internacional mientras que el SET/MAT solo es empleado en algunas comunidades autónomas de España.

Las principales similitudes que podemos observar entre los dos modelos, como nos dicen Martín et al (2015), son que ambos sistemas tienen cinco niveles de priorización, están basados en signos y síntomas clínicos y no en diagnósticos, atienden a los pacientes según la prioridad y no por orden de llegada, incorporan elemento de monitorización de la calidad del servicio, son llevados a cabo por la enfermera y son capaces de medir una serie de parámetros, además del nivel de gravedad, como el tiempo de estancia de urgencias y necesidades de recursos. Pero difieren, en los colores de asignación a cada nivel, en los tiempos de espera máximos, así como en la nomenclatura utilizada (23).

Según el estudio de Romero et al (2016), el MTS utiliza tiempos máximos de espera más largos que el SET/MAT, siendo el tiempo de espera máximo del MTS de 4 horas y en el otro de 1 hora (24).

Por otro lado, como ya hemos mencionado, estos modelos no se basan en diagnósticos. El MTS se asienta en los signos observados por el profesional y los síntomas expresado por el paciente, mientras que el SET/MAT se basa en categorías sintomáticas (síntomas o síndromes) que el profesional reconoce a partir del motivo de consulta (7).

Como muestra el trabajo de Serrano (2014), el SET/MAT reconoce 32 categorías sintomáticas y 14 subcategorías que agrupan 650 motivos clínicos de consulta. Mientras que el MTS, clasifica al paciente en uno de los 52 posibles motivos de consulta que despliegan con un árbol de flujo y que se pueden agrupar en cinco categorías (5).

Con respecto a la experiencia, nos encontramos con que el MAT/SET se creó hace 16 años, tal como indica Vásquez et al (2019) y el MTS hace 22 años (8).

El MTS debe ser efectuado por enfermería como indica la SEEUE según la ley vigente señalada en el artículo de Ibañez et al (2016). Mientras el SET/MAT prioriza al profesional de enfermería pero no es excluyente, lo que indica que se puede prestar la participación médica si se diese el caso (25).

El SET/MAT determina que enfermería debe disponer de una formación específica y una experiencia mínima en el servicio de urgencias. Sin embargo, el MTS considera más importante que enfermería posea un perfil de aptitud y actitud como: capacidad de toma de decisiones y gestionar situaciones difíciles, comunicación, empatía, tacto, capacidad organizativa y paciencia (25,26).

Según los autores Chaves de Souza et al (2015) y Zachariasse et al (2017) los parámetros de validez y fiabilidad de estas escalas son calificados como buenos o muy buenos. Por otro lado, en el MAT/SET estos parámetros han sido difíciles de valorar por la escasa investigación que se ha realizado (27,28).

Zachariasse et al (2017) dice que el MTS presta mayor calidad asistencial porque clasifica con mayor precisión al paciente crítico (28).

El SET, como expone Serrano (2014), utiliza las constantes vitales, los signos vitales y el dolor, como discriminantes claves. Mientras que el MTS emplea el riesgo vital, el dolor, hemorragia, nivel de conciencia, temperatura y el tiempo de evolución de los síntomas (5).

Por último, ambos modelos poseen una plataforma informática que ayuda a facilitar el proceso de triaje, a la vez que posibilita obtener estadísticas sobre el funcionamiento del sistema y de la unidad, para adecuar los medios y los recursos a las necesidades del servicio (28, 29).

CONCLUSIONES

El aumento de la demanda en los servicios de urgencias ha causado la saturación de éstos, afectando tanto a la seguridad de los pacientes como la calidad del servicio. Por ello, el sistema de triaje se ha convertido en una herramienta necesaria.

Existen cinco modelos de triaje estructurados, de cinco niveles implantados en las áreas de urgencias hospitalarias. Los más utilizados en España son el SET/MAT y el MTS.

Ambos modelos difieren en: la asignación de los colores a los niveles de priorización, tiempos de espera máximos, nomenclatura utilizada, discriminantes claves, años de experiencia.

Serán necesarios más estudios sobre cada uno de los aspectos de estos modelos para decidir cual presta mayor calidad asistencial.

Con respecto al profesional idóneo para la realización del triaje, nos encontramos que es enfermería por las capacidades que disponen, junto con una formación específica y una experiencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Molano Gutiérrez FR, Escobar Grisales CM, García Vargas MA, Salazar Molina PA, Mejía Venegas LC, Jiménez Barbosa WG. Motivos de uso de los servicios de urgencias. Acta Odontológica Colomb [Internet]. 2016 Jun [Consultado 12 Ene 2019];6(1):123-136. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/58854>
2. Tudela P, Mòdol JM. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. Emergencias[Internet]. 2015 [Consultado 12 Ene 2019];27(2):113-20. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5388440>
3. Los ECDE, Pueblo DDEL. Estudio Conjunto De Los Defensores Del Pueblo[Internet].Madrid 2015 [Consultado 15 Ene 2019]. Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2015-Las-urgencias-hospitalarias-en-el-Sistema-Nacional-de-Salud-derechos-y-garant%C3%ADas-de-los-paciente-ESP.pdf>
4. Cubero Alpízar C. Los sistemas de triage: respuesta a la saturación en las salas de urgencias. Rev Enferm actual en Costa Rica [Internet]. 2014 May [Consultado 12 Ene 2019];27:1-11. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4895864>
5. Serrano Benavente RA. Sistema de triaje en urgencias generales [Internet].Universidad Internacional de Andalucía 2014 [Consultado 20 Ene 2019]. Disponible en: https://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2764/0561_Serrano.pdf?sequence=1

6. Sociedad Española de enfermería de urgencias y emergencias [Internet]. Madrid: SEEUE; 2017[consultado 15 Enero 2019]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos.html>
7. Manzanares Zaldivar B. La práctica clínica del triaje. Aplicación de los diferentes sistemas de triaje. Rol de enfermería. 2014 Mar; 37(3): 169-174.
8. Vásquez Alva R, Luna Muñoz C, Ramos Garay C. El triaje hospitalario en los servicios de emergencia. Rev Fac Med Hum [Internet]. 2019 Ene [Consultado 20 Ene 2019];19(1):90-100. Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1797/1901>
9. Molina Álvarez RA, Zavala Suárez E. Conocimiento de la guía clínica de triaje por personal de enfermería. Rev CONAMED [Internet]. 2014 Ene-Mar [Consultado 12 Ene 2019];19(1):11-16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4730738>
10. Martínez Segura E, Lleixa Fortuño M, Salvadó Usach T, Solá Miravete E, Adell Lleixa M, Chanovas Borrás MR, et al. Perfil competencial en los profesionales de triaje de los servicios de urgencias hospitalarios. Emergencias [internet]. 2017 [Consultado 12 Ene 2019];29:173-177. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6004141>
11. Sánchez bermejo R. Encuesta a los profesionales de enfermería españoles sobre el triaje en los servicios de urgencias hospitalarios. Emergencias [Internet]. 2015 [Consultado 12 Ene 2019];27(2):103-108. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/encuesta-a-los-profesionales-de-enfermeria-espanoles-sobre-el-triaje-en-los-servicios-de-urgencias-hospitalarios/>

12. Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson. 3ª edición. Barcelona: Elsevier/ Masson. 2007.
13. Cañizares Sánchez R. Enfermería en la clasificación de pacientes en urgencias: dificultades y propuestas de mejora. Rev enferm CyL [Internet]. 2018 [Consultado 21 Ene 2019];10 (2):17-27. Disponible en:
<http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/213>
14. Rubio Soriano C. Planificación y economía de la salud. Administración y gestión de enfermería 2018/19 [Internet]. 2018. Huesca [Consultado 25 Mar 2019]. Disponible en:
<https://moodle2.unizar.es/add/course/view.php?id=24435§ion=21>
15. Ebrarhimi M, Heydari A, Mazlom R, Mirhaghi A. The reliability of the Australasian Triage Scale: a meta-analysis. World Emerg Med [Internet]. 2015 [Consultado 22 Feb 2019];6(2):94-99. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4458479/pdf/WJEM-6-94.pdf>
16. Mirhaghi A, Ebrahimi M. The Australasian triage scale level 5 criteria may need to be revised. Emergency [Internet]. 2017 [Consultado 25 Feb 2019];5(1):50-51. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5325922/pdf/emerg-5-e50.pdf>
17. Mirhaghi A, Heydari A, Mazlom R, Ebrahimi M. The reliability of the Canadian triage and acuity scale. N Am J Med Sci [Internet]. 2015 [Consultado 22 Feb 2019];7(7):299-305. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26258076>

18. Bullard MJ, Chan T, Brayman C, Warren D, Musgrave E, Unger B, et al. Revisions to the Canadian Emergency department triage and acuity scale (CTAS) guidelines. CJEM [Internet]. 2014 [Consultado 25 Feb 2019];16(6):485-489. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/0385B8FBE67B7B94FFEA5516FEC64280/S148180350000350Xa.pdf/revisions_to_the_canadian_emergency_department_triage_and_acuity_scale_ctas_guidelines.pdf
19. Mirhaghi A, Heydari A, Mazlom R, Hasanzadeh F. Reliability of the emergency severity index. SQU medical journal [Internet]. 2015 [Consultado 28 Feb 2019];15(1):71-77. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25685389>
20. Hernández Ruipérez T, Leal Costa C, Adánez Martínez MG, García Pérez B, Nova López D, Díaz Agea JL. Evidencias de validez del sistema de triaje emergency severity index en un servicio de urgencias de un hospital general. Emergencias [Internet]. 2015 [Consultado 26 Feb 2019];27(5):301-306. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5381863>
21. Álvarez Baza MC. La actividad del triaje en un servicio de urgencia hospitalario, tras la implantación del "Triage Manchester". Hygia [Internet]. 2017 [Consultado 23 Feb 2019]; 95: 10-18. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/wp-content/uploads/Hygia95.pdf>
22. Mirhaghi A, Mazlom R, Heydari A, Ebrahimi M. The reliability of the Manchester triage system (MTS). JEEM [Internet]. 2017 [Consultado 25 Feb 2019];10(2):129-135. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27792290>
23. Martín Muñoz P, Cayalán Piris J. Revisión bibliográfica: aplicación del sistema de triaje Manchester en el área de urgencias hospitalaria. Paraninfo digital [Internet]. 2015 [Consultado 25 Feb 2019]; 22:1-8. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/261.pdf>

24. Romero Hernández ME, Sánchez Carrillo R, Alonso Flores M, Guerra Gonzalez JE, Medina Castaño F, Quer Guillamón JL. Implantación del sistema de clasificación Manchester en el servicio de urgencias del hospital de Valme. Valoración de los profesionales. Hygia [Internet]. 2016 [Consultado 25 Feb 2019];91:25-29. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/wp-content/uploads/Hygia91.pdf>
25. Ibáñez Berlanga ML, García Casado AJ. Enfermería y triaje en el servicio de urgencias. SEEUE [Internet]. 2016 [Consultado 1 Mar 2019]. Disponible en: <http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2016/11/177.pdf>
26. Gómez Angelats E, Miro O, Bragular Baur E, Antolín Dantaliestra A, Sánchez Sánchez M. Relación entre la asignación del nivel de triaje y las características y experiencia del personal de enfermería. Emergencias [Internet]. 2018 [Consultado 1 Mar 2019];30:163-168. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6380387>
27. Chaves de Souza C, Aparecida Araújo F, Machado Chianca TC. Scientific literature on the reliability and validity of the Manchester triage system. Esc Enferm USP [Internet]. 2015 [Consultado 1 Mar 2019];49(1):142-149. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/0080-6234-reeusp-49-01-0144.pdf>
28. Zachariasse JM, Seiger N, Rood P, Alves C, Freitas P, Smit F, et al. Validity of the Manchester triage system in emergency care. Plos One [Internet]. 2017 [Consultado 28 Feb 2019];12(2):1-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5289484/pdf/pone.0170811.pdf>

29. Sánchez Bermejo R, Ramos Miranda N, Sánchez Paniagua AB, Barrios Vicente, Fernández Centeno E, Díaz Chaves MA, et al. Comparación de la capacidad de predecir hospitalización y consumo de recursos del programa de ayuda al triaje 3m TAS y el sistema español de triaje- model andorra de triaje (SET/MAT). Emergencias [Internet]. 2016 [Consultado 1 Mar 2019]; 28:21-25. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/comparacin-de-la-capacidad-de-predecir-hospitalizacin-y-consumo-de-recursos-del-programa-de-ayuda-al-triaje-3m-tas-y-el-sistema-espaol-de-triaje-model-andorr-de-triaje-setmat/>

ANEXOS

ANEXO I

Que es la RAC según la SEEUE

La RAC es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes y su ecosistema, entorno y familia, desde la óptica asistencial por niveles de gravedad y su correspondiente clasificación y adecuación a la estructura del medio asistencial de urgencias en el que nos encontremos, realizado todo ello en un contexto de relaciones interpersonales, inherentes y básicas en cualquier relación humana de respeto, atención y cuidado, que enmarcamos en la acción fundamental de recibir y acoger al demandante y su ecosistema.

La RAC no puede entenderse sólo como un proceso exclusivo del ámbito de la atención urgente hospitalaria. Superado el instante del triaje en situaciones de catástrofes, desastres o accidentes con múltiples víctimas, se mantienen y refuerza la relación interpersonal, inevitable de otro modo, entre víctima-paciente/profesional sanitario. En esta relación hay que establecer conexiones empáticas y éstas se enmarcan en el continuo del proceso RAC.

Fases

Consta de tres fases íntimamente relacionadas, aunque podemos hacer un intento por describir cada una de ellas.

1ª Fase: RECEPCIÓN La recepción es el momento en el cual se establece la relación sanitario-paciente. Identificación, valoración primaria y medidas asistenciales de emergencia.

Valoración primaria: declaración del problema, reconocimiento inmediato de signos vitales, valoración riesgo vital y actuación inmediata.

2ª Fase: ACOGIDA La acogida se realiza una vez descartada la emergencia, seguida de una valoración secundaria, sistemática, realización de pruebas diagnósticas, medidas asistenciales de urgencias y una relación terapéutica que determina la toma de decisiones en cuanto a la asistencia del paciente en relación a su estado de salud. **Valoración secundaria:** valoración del

paciente por sistemas, análisis e interpretación de datos obtenidos, toma de decisiones clínicas, actuación in situ- traslado a otro nivel asistencial o a área asistencial concreta- y valoración de nivel de gravedad y nivel de prioridad.

3ª Fase: CLASIFICACION La clasificación es el momento en el que siguiendo criterios homogéneos se establece un nivel de asistencia al paciente y que deriva en una actuación concreta. Cada una de las etapas de la RAC se corresponderá en mayor o menor medida con una de las etapas del proceso enfermero. El método de intervención más eficaz para la satisfacción de los propósitos de la asistencia sanitaria a través de la práctica enfermera, de manera que pueda ser aplicada en cualquier ámbito de urgencias y emergencias por un profesional de enfermería capacitado para dicho fin (recogida de datos/juicio clínico/acción/evaluación).

Objetivos de la R.A.C.

- Mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de urgencias y emergencias, mediante una respuesta adecuada a las necesidades de los usuarios, estableciendo criterios homogéneos, científicos y coherentes sobre la necesidad de atención, que el paciente presenta con respecto a su demanda de asistencia y sobre la base de ello, aplicar las intervenciones enfermeras para garantizar su seguridad.
- Ordenar de manera eficaz la demanda mediante valoración enfermera inicial.
- Clasificar y distribuir los pacientes en base a sus necesidades asistenciales según la organización y estructura de la Unidad.
- Aplicar, si procede, ciertas técnicas, iniciales y básicas, propias del ejercicio profesional.
- Prestar a los pacientes, y a sus familiares o acompañantes, una aproximación humana y profesional al problema planteado como demanda asistencial en todo su contexto.
- Facilitar estabilidad y confort en la medida de lo posible.
- Prestar apoyo emocional y ayuda psicológica, para disponer al paciente hacia una actitud terapéutica positiva, obteniendo así el más alto índice de calidad posible en el conjunto de las prestaciones

sanitarias.

Funciones profesional de enfermería de la RAC

- Ordenación eficaz de la demanda mediante entrevista rápida, observación y exploración, distribución si fuera preciso según la situación de la estructura y organización de la unidad.
- La aplicación de ciertas técnicas propias del ejercicio profesional.
- No menos importante, ofertar a los pacientes y a sus familiares o acompañantes, una aproximación humana y profesional al problema planteado como demanda asistencial en todo su contexto.
- Facilitar estabilidad, confort y prestar apoyo emocional y ayuda psicológica, para disponer al paciente en una actitud terapéutica positiva, obteniendo así el más alto índice de calidad posible en el conjunto de las prestaciones sanitarias.
- La enfermera evaluará la situación del usuario a su llegada y determinará el grado de prioridad.
- Derivará al usuario que precisa cuidados inmediatos hacia el área de tratamiento y cuidados apropiados. Procediendo a una evaluación más detenida, al usuario que no precisa cuidados inmediatos.
- La enfermera iniciará los cuidados necesarios, según los protocolos establecidos, en función de las alteraciones de salud manifestadas y las necesidades identificadas.
- En el caso de urgencias "menores", se encargará del seguimiento del usuario y de los cuidados mínimos requeridos.
- Además, en Atención Primaria, la enfermera podrá dirigir al usuario hacia otros recursos del sistema de salud.
- Si el paciente y/o familiar presentan déficit de conocimientos relacionado con el motivo de consulta el enfermero/a les orientará adecuadamente, aclarando cualquier duda que expresen.

Fuente: SEEUE. RAC de enfermería en urgencias y emergencias [Internet].2014 [Consultado 1 Marzo 2019]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/RAC.pdf>

