

TÍTULO:

TRIAJE, OPINIÓN PROFESIONAL

Autores: Grupo nacional de Triage SEMES.

Raúl Sánchez-Bermejo. Responsable del Grupo nacional de Triage de SEMES. Instructor de Triage. Enfermero. Supervisor de enfermería. Hospital General Nuestra Señora del Prado

Resumen: El Triage es un proceso crítico para la efectiva gestión de los servicios de urgencias. Es un elemento fundamental, debido a los escasos y esenciales recursos. El propósito principal es asegurarse de que el paciente recibe el nivel y la calidad de la atención. Se requiere la realización del triaje con información limitada con respecto al paciente y el proceso ocurre a menudo bajo presión de tiempo y en un ambiente estresante. Las enfermeras tienden a descartar los síntomas físicos del paciente a favor de condiciones menos graves que pueden estar presentes. Los objetivos del estudio son determinar los sistemas de Triage con mayor implantación en los hospitales nacionales así como describir la opinión de los profesionales de enfermería en cuanto al Triage. **METODOLOGÍA:** Estudio multicéntrico descriptivo transversal a nivel nacional, en el que se han incluido encuestas de auto cumplimentación. **RESULTADOS:** Han contestado al cuestionario un total de 857 profesionales. En 140 (87%) de los centros el Triage es realizado por enfermería. El SET-MAT se encuentra implantado en el 49,7% de los centros hospitalarios representados en el estudio y el MTS en el 30,4%. 48,8% de los profesionales encuestados considera que el Triage es una función que deberían de realizar de forma conjunta enfermero/a y médico. **CONCLUSIÓN:** El rechazo de la autonomía de la enfermería para realizar el triaje puede ser debido, como se evidencia en algunos de los comentarios realizados a que no todo el mundo apoya al triaje, el que se encuentra en el triaje es el foco de atención, no se le respeta, no se le valora y no se cree en su valía.

PALABRAS CLAVES: Triage, enfermería, urgencias, autonomía enfermera.

• INTRODUCCIÓN

En los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) se han producido cambios importantes en los últimos años. Estos cambios se han extendido a la comunidad, al paciente, al hospital y a los profesionales dedicados al cuidado de la salud.(1)

El triaje ha sido definido por la propia Organización Mundial de la Salud como la clasificación de los pacientes en grupos prioritarios, de

acuerdo a sus necesidades y a los recursos disponibles, siendo un elemento clave en los servicios de urgencias (2,3).

El triaje ha evolucionado mucho desde que fuera utilizado por primera vez por el barón Dominique-Jean Larrey en las guerras de Napoleón, pasando por diferentes sistemas tripolares o tetrapolares, hasta los sistemas de triaje actuales de cinco niveles de prioridad (4).

En los SUH comenzó a utilizarse el triaje en los años sesenta en los hospitales de los EE.UU. (Haven Medical Center) y entre finales de los ochenta y principios de los noventa en España.(1) Cuatro son los sistemas más conocidos internacionalmente (5): el Sistema de Triage Manchester (MTS) (6), La Australasian Triage Scale (ATS) (7), la Canadian Triage y Acuity Scale (CTAS) (8-10), Índice de Severidad de emergencia (ESI) (11), a estos hemos de añadir el Sistema Español de Triage (SET)-Model Andorrà de Triage (MAT) (12), que junto con el MTS son los de mayor difusión nacional. Todos ellos son instrumentos fiables y validados.

Conviviendo con ellos existen otros sistemas dentro del territorio nacional además coexisten sistemas de "ámbito local" como: Sistema Donostiarra de Triage (Donostia)(13), Sistema de Triage Hospitalario de Navarra (13,14) o el sistema de clasificación del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE) (14,15).

El triaje es el proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su urgencia/gravedad, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa (2,3,4) cuyo fin último es garantizar la seguridad clínica del paciente ante una eventual espera a ser atendido. Su objetivo no es la disminución de los tiempos de espera, sino la mejora de la asistencia en dichos servicios (18).

Lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente (19). La urgencia viene condicionada por el tiempo hasta la atención definitiva mientras que la gravedad tiene más que ver con el pronóstico final. Una vez efectuada la valoración del paciente, la enfermera/o establece las prioridades asistenciales acordes con el nivel de URGENCIAS del mismo según guías o algoritmos de actuación.

El triaje es un proceso crítico para la efectiva gestión de los SUH. Es un elemento fundamental, debido a los escasos y esenciales recursos, es un proceso continuo. El propósito

principal es asegurarse de que el paciente recibe el nivel y la calidad de la atención, adecuada a las necesidades clínicas y que los recursos de los servicios se utilizan de forma eficiente, optimizando así los mismos.

Las funciones de la enfermería en triaje consisten, a través de la intervención Triage (NIC 6364) el poder preservar la seguridad del paciente (NOC 3010) con el fin de detectar el riesgo (NOC 1908), optimizando así su calidad de vida (NOC 2000) mediante la vigilancia del riesgo (NANDA 0035) pudiendo de este modo tener elementos de juicio claves para asignarle el nivel de prioridad que en cada caso precisa, determinar el área de tratamiento más adecuada y una evaluación continua(20).

Hablamos de triaje estructurado cuando cumple las premisas de fiabilidad, validez y utilidad,(13,16,17) dentro del mismo podemos destacar algunos modelos que están evolucionando a partir de éste como son, el triaje avanzado, donde de acuerdo a la priorización asignada y a protocolos específicos especialmente elaborados para enfermería, permite realizar, antes de la visita académica, determinadas pruebas complementarias, básicamente analíticas y radiología simple o, incluso, acciones terapéuticas como canalizar vías periféricas, administrar analgesia, inmovilizaciones... Bajo estas premisas es fácil suponer que determinados pacientes de baja gravedad se visitan con mayor rapidez(19).

Las funciones del personal de enfermería en triaje podríamos resumirlas en: recepción del paciente, valoración (inspección del estado general, toma de constantes, realización de EKG) evaluación, información a pacientes y familiares, asignación del facultativo y coordinación con el resto del personal.(20)

La realización del triaje por parte de enfermería supone cumplir

con todos los objetivos fijados en la definición de Triage:

- Clasificar los pacientes según la gravedad
- Ordenar de manera eficiente mediante la valoración enfermera inicial
- Mejorar la calidad y la eficacia
- Determinar el área de tratamiento adecuada
- Iniciar pautas terapéuticas iniciales protocolizadas
- Disminuir la congestión de las áreas de tratamiento y determinar el área más adecuada
- Garantizar que las necesidades de atención del paciente son reevaluadas durante su espera.
- Informar a los pacientes y familiares acerca de la asistencia y el tiempo aproximado de espera.
- Orientar a los pacientes a otros niveles de asistencia de la institución si lo requieren.
- Actuar de interlocutor con los miembros de los equipos de transporte sanitario.
- Proporcionar información acerca del proceso de acogida, clasificación y demoras en la atención médica que permita analizar y mejorar la gestión del servicio (12,16,18,19,21)

Se requiere la realización del triaje con información limitada con respecto al paciente y el proceso ocurre a menudo bajo presión de tiempo y en un ambiente estresante. Una decisión incorrecta tiene el potencial de afectar negativamente a la salud del paciente si un estado urgente/ grave se pasa por alto (22)

Algunos estudios han demostrado que las estrategias de enfermería en la toma de decisiones de triaje son complejas y no sólo el resultado de una evaluación basada en fundamentos profesionales, bien pensados y con datos relevantes para la asignación del nivel, sugiere que la información contextual puede incurrir en sesgos de una manera que podría llevar a las enfermeras a no explorar correctamente las condiciones físicas de sus pacientes. En los procesos de toma de decisiones las enfermeras tienden a descartar los síntomas

físicos del paciente a favor de condiciones menos graves que pueden estar presentes. (23)

La experiencia es una característica esencial repetidamente identificada y esta experiencia clínica no necesariamente tiene que estar en el servicio de urgencias, la toma de decisiones en la incertidumbre y situaciones de emergencia, así como en el uso de la heurística (22) entre las enfermeras con diferentes niveles de experiencia. La heurística se describe como estrategias para hacer inferencias que son influenciados por las experiencias pasadas. La experiencia y el uso de la intuición son un tema con gran peso en la toma de decisiones (24).

Los profesionales de triaje se hallan, con frecuencia, con la sensación de estar en una especie de "escaparate" donde son observados. Esta cultura de evaluación exterior y autoevaluación continua, lejos de representar una dificultad, constituye una oportunidad única para la puesta en marcha de programas de evaluación de la calidad de la asistencia que se hace en estos servicios.

El profesional encuentra en el triaje un abanico de posibilidades para aplicar sus conocimientos teniendo en cuenta que no se trata de un manual.

Algunos autores han encontrado que el estado emocional, el malestar psicosomático y la falta de satisfacción llevan a un sesgo en la toma de decisiones. Así como que el uso de directrices, procedimientos de trabajo tienen un efecto positivo sobre la satisfacción laboral y el compromiso en el trabajo. (10)

• **OBJETIVOS**

a) Determinar los sistemas de triaje con mayor implantación en los hospitales nacionales.

b) Describir la opinión profesional del enfermero/a del SUH con relación al triaje.

c) Definir el perfil del profesional del enfermero/a de triaje.

d) Comparar la satisfacción profesional en relación con el sistema de triaje que utilizan.

e) Establecer las consideraciones del profesional para la toma de constantes vitales y la realización de electrocardiograma (EKG) en la sala de triaje.

• **MATERIAL Y MÉTODO:**

Estudio multicéntrico a nivel nacional, descriptivo transversal y analítico de Octubre 2013 a Enero 2014, en el que se han incluido encuestas de auto cumplimentación. Para ello se ha realizado un cuestionario al que se accedía por medio de una plataforma on-line. Previamente se les remitió el link correspondiente para acceder al mismo, donde se les realizó un pequeño resumen de cuál es el objetivo del estudio y que su cumplimentación y posterior envío garantizaba el total anonimato.

El cuestionario recoge datos que incluyen tanto variables socio-demográficas así como sistema de triaje utilizado, formación en triaje, valoración profesional con relación al triaje, satisfacción con el sistema de triaje utilizado, valoración del perfil del profesional para hacer triaje, necesidad de toma de constantes y realización de EKG en triaje. Dicho cuestionario ha sido elaborado para los efectos de este estudio.

Se realizó una selección por conveniencia de la muestra, enviando el cuestionario a diferentes profesionales de enfermería que trabajan en servicios de urgencias hospitalarios así como a través redes sociales, web de SEMES tanto nacional como autonómicas y por medio de nota informativa enviada a todos los socios de SEMES.

El análisis estadístico realizado consistió en un análisis descriptivo

expresado como media, desviación estándar, rango y moda para variables cuantitativas y como valor absoluto y porcentajes para variables cualitativas. Se realizó un análisis bivalente para contrastar las diferencias en las variables recogidas entre los grupos. Previo al análisis bivalente se comprobó los supuestos de normalidad mediante prueba no paramétrica (test de Kolmogorov-Sminorv). Para variables cuantitativas se contrastaron las diferencias de medidas a través de t de Student en los supuestos de normalidad. Para valorar la asociación entre variables cualitativas se utilizó el test de ji al cuadrado. Se consideró un nivel de significación estadística para un valor de $p < 0,05$ (IC 95%). El tratamiento y análisis de los datos se realizó con la hoja de cálculo Microsoft Excel 2007 y el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

Se han excluido aquellos cuestionarios que han sido contestados desde la misma IP, en los que coincidían centro de trabajo, edad y sexo así como los mismos tiempos de experiencia.

• **RESULTADOS:**

Han contestado al cuestionario un total de 857 profesionales, considerando válidas 833 encuestas según los criterios de inclusión de 161 centros hospitalarios diferentes distribuidos por todo el territorio nacional (**Figura 1**).

En 140 (87%) de los centros el Triaje es realizado por enfermero/a, en 10 (6,2%) de forma conjunta con el médico y en 4 (2,5%) realizado sólo por el médico.

El SET-MAT se encuentra implantado en el 49,7% de los centros hospitalarios representados en el estudio (significando al 59,1% de los profesionales encuestados) y el MTS en el 30,4% (28,5%) distribuidos por el territorio nacional según la **tabla 1**. De estos 181 (21,7%) han sido hombres y 652 (78,3%) mujeres. La edad media de los profesionales es de 38,5 años (D.E. 7,8 años, rango 22-66 años) la experiencia media como DUE es de 15,4 años (D.E. 7,6 años,

rango 0,1-39 años) y la experiencia en el servicio de urgencias es de 9,9 años (D.E. 7 años, rango 0,1-36 años), con relación a cuánto tiempo llevaban en el servicio de urgencias cuando empezaron a realizar el Triage, observamos una moda de 1 mes y una mediana de 10 meses.

400 (48,8%) de los profesionales encuestados considera que el Triage es una función que deberían de realizar de forma conjunta enfermero/a y médico, por el contrario 367 (44,8%) refiere que es una función de enfermería y 44 (5,4%) creen que es una función que correspondería los médicos.

643 (78,5%) de los encuestados ha realizado algún tipo de formación en relación con el Triage, bien como curso específico 510 (62,3%) o 100 (12,2%) como parte de otro curso de formación.

La valoración realizada por los profesionales con relación algunos aspectos a tener en cuenta con relación al Triage son las que se definen en la **tabla 2**.

Con relación al orden de atención en la primera visita académica por parte del facultativo 686 (82,4%) profesionales consideran que habitualmente los pacientes son atendidos por el facultativo según el nivel de urgencia que presenta, no siendo esta la única causa a tener en cuenta, como se observa en que el 35,6% considera que sólo se tienen en cuenta esta causa, 25,8% refiere que además depende del orden de llegada, un 21,2% que se atienden según "ruedas" de trabajo, el 21,7% depende de la especialidad y un 22,7% indica que depende de la ubicación inicial del paciente.

En la **tabla 3** se representa la valoración realizada por los profesionales con relación a la satisfacción obtenida sobre los parámetros que se detallan expresados según cada uno de los ítems valorados (valorados según escala Likert del 1 al 7, siendo uno en total desacuerdo y 7 muy de acuerdo).

Se considera necesario presentar un perfil profesional determinado para

poder llevar a cabo la realización del triaje y ésta es definida tal y como se refleja en la **tabla 4**.

En cuanto al apoyo/ respeto que se otorga a los profesionales de triaje este se hace patente según se indica en la **tabla 5**.

La toma de constantes en triaje (**tabla 6**) considera que dependerá del motivo de consulta (59,6%) y así como la realización del electrocardiograma (**Tabla 7**) depende de más factores, considerando en un 29,9% que se debería realizar en otra sala que no fuera Triage.

De los 833 profesionales encuestados 230 (26,7%) cambiaría el sistema de triaje que utilizan, 139 (60,4%) de ellos utilizan MAT-SET (un 16,7% de los encuestados y un 28,3% del total de encuestados que utilizan MAT-SET) y 40 (17,4%) utilizan MTS (un 4,8% de los encuestados y un 16,9% del total de encuestados que utilizan MTS). De ellos, 41 (25,9%) cambiarían al MAT-SET, 40 (24,8%) lo haría al MTS y 54 (33,5%) lo harían a otro sin especificar cuál. Los sistemas a los que cambiarían son conocidos por el 48,3% (100) de los profesionales que realizarían el cambio.

Con relación a algunos comentarios (246; un 29,5%) vertidos por los encuestados en el campo libre de opinión personal nos gustaría resaltar algunos de los más significativos, en cuanto a las demandas realizadas tanto por número de reclamantes como por su relevancia como son:

- CREER en el triaje, RESPETO, cooperación, pánico al triaje, menosprecio, el enfermero no es el enemigo, presión, poca VALORACIÓN al profesional, mayor reconocimiento.
- Mas formación, más protocolos consensuados, sesiones clínicas para tratar casos.
- Los Sistemas: actualizaciones, revisiones, versiones obsoletas, mala traducción del programa, son muy mejorables, nadie nos escucha, buzón de sugerencias, al sistema se le "engaña", fácil de manipular, libre

interpretación, se le trampea, más objetivo, faltan muchos motivos de consulta y algunos se "meten con calzador", agilidad en el sistema, el sistema no se adapta al paciente si no que el paciente a de adaptarse al sistema.

- Organización, tiempo para REEVALUACIONES, autonomía.

• **DISCUSIÓN:**

Nos gustaría resaltar la experiencia de los profesionales en los servicios de urgencias así como el tiempo que llevaban en la unidad antes de realizar el triaje, acorde éste con las recomendaciones de algunos autores (12,16,17).

Los sistemas de triaje con mayor implantación son el MAT-SET y el MTS, con evidente compromiso dependiente de las comunidades autónomas. Es de resaltar que todavía existen centros que disponen de sistemas de triaje no estructurado, con los posibles riesgos que conlleva.

La realización del triaje por profesionales de enfermería está presente en casi la totalidad de los centros encuestados, muy por encima de lo que recogen otros estudios (4,21). A pesar de la controversia existente sobre si el personal está capacitado o no para llevar a cabo esta función de triaje (1,25), se puede afirmar que sí, puesto que dispone de todas las cualidades necesarias para realizar esta función de la forma más eficiente y segura. A pesar de lo anterior, no todos los profesionales de enfermería, como se evidencia en los resultados, consideran que esta actividad se deba de realizar de forma aislada, sino que ha de realizarse de forma conjunta con el facultativo, rechazando de este modo la autonomía del profesional de enfermería para llevar a cabo de forma autónoma el triaje, como refuerzan algunos estudios (13,25)(26).

La formación es un pilar fundamental, tal y como se evidencia en que algo más de 2/3 de los encuestados han realizado formación relacionada con el

traje. Del mismo modo resaltar que no todos los profesionales tienen las condiciones inherentes para llevar a cabo el triaje, como se evidencia en la necesidad de disponer de un perfil profesional donde se engloben cualidades como empatía, paciencia, experiencia, juicio clínico, capacidad de comunicación (4,7,12,27)(28)(24)

Los resultados muestran que gran parte de los profesionales de triaje se consideran capacitados para realizar un triaje avanzando, incluso ir algún paso más allá, como puede ser un triaje de "alta resolución" donde enfermería, antes de que se produzca la "visita académica" por parte del facultativo, siguiendo protocolos consensuados podría iniciar el proceso asistencia, donde realizaría petición de pruebas diagnósticas básicas (29), actividades terapéuticas e incluso derivaciones a otros niveles asistenciales, esto permitiría reducir los tiempos medios de estancia en urgencias y aumentaría la satisfacción percibida por el paciente y familiares (26), puesto que de este modo sentirán que ya se encuentran dentro del proceso asistencial y no tendrán la sensación de "tiempo perdido en sala de esperas". Esta práctica o prácticas similares se vienen desarrollando en hospitales internacionales Inova Fairfax Hospital en Washington DC (USA) y Melbourne (Australia) y nacionales (19,30) con grandes resultados. Además de la existencia de algunos estudios donde se demuestra que esos procedimientos se realizarían con posterioridad y consideran poco probable que estos influyan negativamente en el tiempo de tratamiento para el paciente (25,29,31,32).

Nuestros resultados reflejan el predominante hecho de que más de la mitad de los profesionales no realizan reevaluaciones a los pacientes cuando estos han superado los tiempos máximos de espera recomendados, tal y como se constata en la literatura consultada (4,9,10,12,16), por lo que nos preocupa enormemente el riesgo que se asume y que depende fundamentalmente de organización y en algunos casos de no disponer de

los recursos necesarios, tanto de sistema como humanos.

Desde el punto de vista de atención a los pacientes, no se tiene en cuenta, según muestran los resultados, que estos sean atendidos según el nivel de urgencia/ gravedad (16), si no que el orden de atención depende de otros factores, fuera de toda coherencia con el "espíritu" inherente al triaje, cuya finalidad principal es que los pacientes sean atendidos según el nivel de urgencia y no como en algunos casos, que dependen de "ruedas de trabajo", ubicaciones, especialistas...

Respecto a la satisfacción mostrada por los profesionales en cuanto al triaje, resulta representativo que a diferencia del alto grado de valoración que esto realizan en cuanto a la utilidad del triaje para garantizar la calidad de un servicio de urgencias, esta nota disminuye considerablemente en cuanto al triaje utilizado en su centro en el caso de la fiabilidad del sistema, utilidad del mismo. Si bien es importante destacar que la existencia de diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los sistemas de triaje utilizados.

Tras evaluar el apoyo/ respeto que se siente hacia el profesional de triaje, se consideran más respaldados por el resto de enfermeros y supervisor/a de enfermería y no siempre encuentran ese apoyo en los facultativos, jefe de servicios. Mención aparte tienen los pacientes- familiares, quienes representan el menor respeto hacia el profesional de triaje.

En cuanto a la necesidad de toma de constantes y realización del electrocardiograma en triaje, no podemos establecer un consenso entre los profesionales, por la disparidad de opiniones. Aunque debemos subrayar, que en cuanto a los factores destacados para la toma de constantes casi 3/4 parte de los encuestados considera que la toma de esta dependerá del motivo de consulta. Lo que podría estar en consonancia con la bibliografía consultada, donde algunos estudios indican que las constantes vitales se ignoran o desconoce como base para

la toma de decisiones en la práctica de enfermería (23), lo que podría suponer que una decisión inexacta de triaje pueda causar el uso inadecuado de los recursos o retrasos potencialmente peligrosos para los pacientes (11,33).

En cuanto al grado de satisfacción con relación al sistema de triaje que utilizan en su centro, 1/4 de los encuestados cambiaría su sistema de triaje, y que esto se debe en gran parte, en opinión del profesional a una serie de consideraciones como son la existencia de versiones obsoletas, que no se adapta a sus necesidades, no tienen acceso a sugerencias para el sistema, malas traducciones...Por lo que la retroalimentación del sistema por parte de los usuarios es un punto fundamental, tal y como sucede en algunos sistemas (8).

Dentro de las limitaciones del estudio consideramos que puede existir sesgo de selección de los profesionales que participan ya que su participación es voluntaria, lo que dificulta la generalización de los resultados. Los profesionales que participan en el estudio pueden haber estado influenciados por la participación en el mismo. La principal fortaleza a reseñar es un alto índice de participación así como la representación de números centros hospitalarios, que algunas comunidades autónomas supone el 100% de los mismos.

Como futuras líneas de trabajo, desde grupo nacional de triaje de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias, queremos dar cabida a todo los sistemas de triaje y a los profesionales que los utilizan en el quehacer diario, por lo que estamos disponibles para cualquier colaboración tanto de profesionales como de sistemas, que puedan mejorar todo lo que engloba al triaje.

• **CONCLUSIONES:**

El rechazo de la autonomía de la enfermería para realizar el triaje puede ser debido, como se evidencia en algunos de los comentarios realizados a que no todo el mundo apoya al triaje, el que se encuentra en

el triaje es el foco de atención, no se le respeta, no se le valora y no se cree en su valía.

Para llevar a cabo un triaje de "alta resolución" consideramos imprescindible la integración de los protocolos en los propios sistemas de ayuda al triaje, con suficiente evidencia científica, para de este modo asegurar la seguridad clínica del paciente.

• **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Álvarez-Baza MDC. El triaje en los servicios de urgencias hospitalarios: papel de la enfermera. *Enfermería Clínica*. 2001;11(5):230-8.
2. Development WHOD of C and AH and. Emergency triage assessment and treatment (ETAT). *Triage, évaluation et traitement d'urgence (TETU)* [Internet]. 2005 [cited 2014 May 4]; Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43386>
3. Organization WH. *Triage, évaluation et traitement d'urgence (TETU). Emergency triage assessment and treatment (ETAT)* [Internet]. 2010 [cited 2014 May 4]; Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44283>
4. Sánchez-Bermejo R, Cortés-Fadrique C, Rincón-Fraile B, Fernández-Centeno E, Peña-Cueva S, Heras-Castro EMD las. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias*. 2013;25(1):66-70.
5. Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern triage in the emergency department. *Deutsches Ärzteblatt international*. 2010;107(50):892.
6. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. *Emergency Triage*. Wiley; 2006. 193 p.
7. Ageing AGD of H and. *Emergency Triage Education Kit* [Internet]. Australian Government Department of Health and Ageing; [cited 2014 Apr 17]. Available from: <https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/casemix-ED-Triage+Review+Fact+Sheet+Documents>
8. Bullard MJ, Unger B, Spence J, Grafstein E. Revisions to the Canadian emergency department triage and acuity scale (CTAS) adult guidelines. *CJEM*. 2008;10(2):136-51.
9. Murray M, Bullard M, Grafstein E. Revisions to the Canadian emergency department triage and acuity scale implementation guidelines. *Cjem*. 2004;6(6):421.
10. Canadian Triage Y Acuity Scale (CTAS) | CAEP [Internet]. [cited 2014 Apr 17]. Available from: <http://caep.ca/resources/ctas#guidelines>
11. Gilboy N, Tanabe T, Travers D, Rosenau AM. *Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department* [Internet]. 4th ed. Rockville: AHRQ Publication; [cited 2014 Apr 9]. Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/esi/index.html>
12. Gomez Jimenez J, Torres Trillo M, Lopez Pérez J, Jimenez Murillo L. *Sistema Español de Triage (SET)*. Madrid: Edicomplet; 2004. 127 p.
13. Soler W, Muñoz MG, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias Triage: a key tool in emergency care. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33(Suplemento 1):55.
14. Aranguren E, Capel JA, Solano M, Jean Louis C, Larumbe JC, Elejalde JI. Estudio de la validez pronóstica de la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el área de urgencias en un hospital terciario. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2005 Aug;28(2):177-88.

15. Documentos técnicos - Servicio Andaluz de Salud [Internet]. [cited 2014 Apr 14]. Available from: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=pr_ges_cal_PlanAndUrgEmerg2&file=/contenidos/gestioncalidad/PlanAndUrgenciasEmergencias\Plan_Func_Urgencias_SCCU/Indice.htm
16. Gómez-Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias*. 2003;15:165-74.
17. Gómez-Jiménez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias*. 2006;18(3):156-64.
18. Puigblanqué E, Noheras M, Nogueras M, Perapoch N. El triaje en el servicio de urgencias. *Enfermería Clínica*. 2008 Jan;18(1):3-4.
19. Sánchez M, Salgado E, Miró O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia. *Emergencias*. 2008;20:48-53.
20. Vazquez Chozas JM, Muñoz González A. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA. TEORIA Y PRACTICA. 2ª ed. Editorial Mad, S. L.; 2008.
21. Martínez Veny S. Procedimiento de Triage en la urgencia hospitalaria. *Metas de Enfermería*. 2003;59:57-60.
22. Reay G, Rankin JA. The application of theory to triage decision-making. *International emergency nursing*. 2013;21(2):97-102.
23. Vatnøy TK, Fossum M, Smith N, Slettebø AAshild. Triage assessment of registered nurses in the emergency department. *International emergency nursing*. 2013;21(2):89-96.
24. Smith A. Using a theory to understand triage decision making. *International emergency nursing*. 2013;21(2):113-7.
25. Martín-Sánchez FJ, González del Castillo J, Zamorano J, Candel FJ, González-Armengol JJ, Villarroel P, et al. El facultativo, un elemento necesario en el triaje de un Servicio de Urgencias en un hospital terciario. *Emergencias*. 2008;20:41-7.
26. Hegazy SM, Lamiaa A, El-Sayed TYA. Avoiding pitfalls in trauma triage: effect of nursing staff development. *Life Sci J*. 2012;9(1):1006-14.
27. FitzGerald G, Jelinek GA, Scott D, Gerdtz MF. Emergency department triage revisited. *Emerg Med J*. 2010 Feb 1;27(2):86-92.
28. Acosta AM, Duro CLM, Lima MAD da S. Activities of the nurse involved in triage/risk classification assessment in emergency services: an integrative review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2012;33(4):181-90.
29. Soremekun OA, Datner EM, Banh S, Becker LB, Pines JM. Utility of point-of-care testing in ED triage. *The American journal of emergency medicine*. 2013;31(2):291-6.
30. Salmerón JM, Jiménez L, Miró-Andreu O, Sánchez M. Análisis de la efectividad y seguridad de la derivación sin visita médica desde el "traje" del servicio de urgencias hospitalario por personal de enfermería acreditado utilizando el Programa de Ayuda al "Triage" del Sistema Español de "Triage". *Emergencias*. 2011;23(5):346-55.
31. Retezar R, Bessman E, Ding R, Zeger SL, McCarthy ML. The effect of triage diagnostic standing orders on emergency department treatment time. *Annals of emergency medicine*. 2011;57(2):89-99.
32. Vance J, Sprivulis P. Triage nurses validly and reliably estimate emergency department patient complexity. *Emergency*

- Medicine Australasia. 2005 Aug;17(4):382-6.
33. Rutschmann OT, Kossovsky M, Geissbühler A, Perneger TV, Vermeulen B, Simon J, et al. Interactive triage simulator revealed important variability in both process and outcome of emergency triage. Journal of clinical epidemiology. 2006;59(6):615-21.

1. TABLAS-GRAFICOS

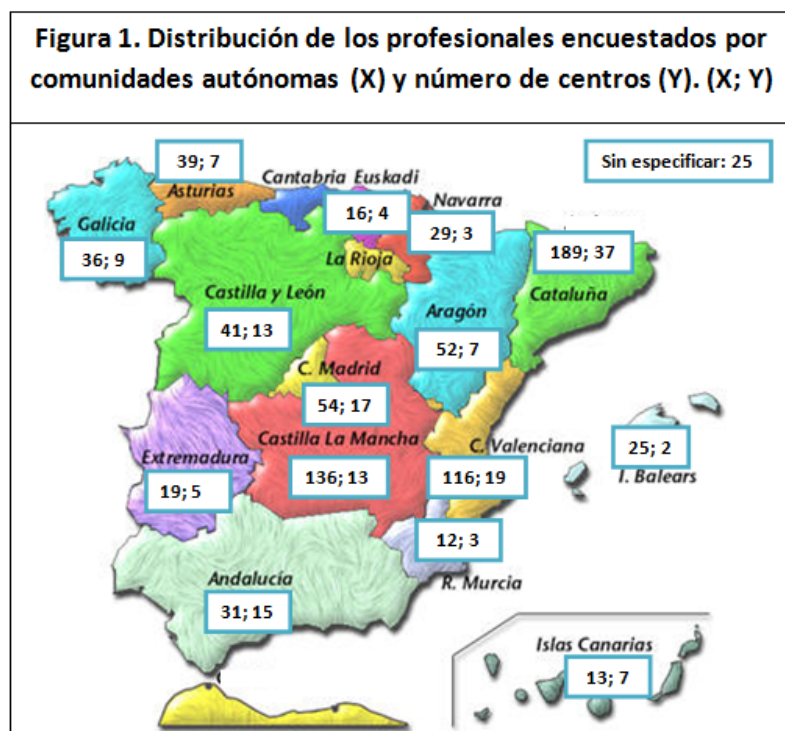


Tabla 1. Distribución de sistema de Triage por CCAA según centros hospitalarios.

	Sistema Español de Triage (SET)-Model Andorra de Tratge (MAT)	Manchester Triage System (MTS)	Otro (CON soporte informático)	Otro (SIN soporte informático)	Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)	Emergency Severity Index (ESI)
ANDALUCIA	6	6	3			
ARAGON	7					
ASTURIAS		5	1	1		
CANARIAS				2	2	3
CATALUÑA	37					
CLM	13					
CYL	8	2	3			
EXTREMADURA			5			
GALICIA		9				
I BALEARES	2					
MADRID	1	10	6			
MURCIA		1	2			
NAVARRA	1		2			
PAIS VASCO	4					
VALENCIA	1	16	2			
TOTAL CENTROS	80 (49,7%)	49 (30,4%)	24 (14,9%)	3 (1,9%)	2 (1,2%)	3 (1,9%)
TOTAL PROFESIONALES	492 (59,1%)	237 (28,5%)	84 (10,1%)	6 (0,7%)	2 (0,2%)	8 (1%)

Tabla 2. Valoración de los siguientes apartados (%)					
	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
Consideras que el criterio del DUE de triaje es tenido en cuenta.	8,4	41	32,3	13,7	4,7
Los pacientes son atendidos por el Médico según el orden de prioridad establecido en triaje.	16,4	42,2	21	11,8	8,5
El sistema de triaje garantiza una mejor asistencia a los pacientes más urgentes.	48,8	36,3	9,4	4,2	1,2
Te consideras capacitado para derivar a Atención Primaria pacientes con nivel de prioridad 5, bajo protocolos consensuados de actuación desde Triaje.	25,6	28,7	14,2	13,2	9,6
Consideras que desde triaje y con protocolos consensuados, agilizaría la atención de los pacientes la petición de pruebas complementarias básicas.	39,6	26,8	13,3	12,2	4,8
Realizas reevaluaciones cuando el paciente supera los tiempos máximo de espera recomendados para la asistencia médica.	10,9	15,9	12	24,8	34,6
Te genera tensión/ ansiedad tener que realizar la función del triaje.	9,4	9,7	8	38,2	34,2
Te consideras menospreciado, intimidado, presionado por los pacientes.	2,1	5,7	7	44,2	38,5

Tabla 4. Satisfacción con relación a los parámetros expresados							
	MEDIA (DES. EST)				T	T	T
	TOTAL	SET	MTS	OTRO	Student (*) (1)	Student (*) (2)	Student (*) (3)
Consideras FIABLE TU sistema de triaje (rinde los mismos resultados independientemente de quien realiza el triaje)	4,51 (1,47)	4,44 (1,47)	4,80 (1,32)	4,30 (0,97)	0,0016	0,4115	0,0058
Consideras el triaje útil para garantizar la calidad de UN SERVICIO DE URGENCIAS.	6,07 (1,20)	6,03 (1,21)	6,10 (1,24)	6,26 (1,59)	0,4634	0,1032	0,2976
Consideras TU SISTEMA de triaje como una herramienta útil en TU Servicio de urgencias.	3,85 (1,41)	3,80 (1,45)	3,86 (1,20)	3,99 (1,59)	0,5455	0,2801	0,4605
Existen protocolos adecuados y consensuados con relación al triaje en tu Servicio de urgencias.	4,05 (1,82)	3,89 (1,81)	4,49 (1,73)	3,85 (1,93)	0,0000	0,8733	0,0060
Creas que todo el mundo cree en la importancia del triaje.	4,03 (1,61)	3,85 (1,59)	4,28 (1,60)	4,21 (1,63)	0,0008	0,0631	0,7267
Consideras TU sistema de ayuda al triaje sencillo, rápido, apropiado.	4,45 (1,64)	4,22 (1,64)	4,97 (1,42)	4,42 (1,77)	0,0000	0,3284	0,0052
TU sistema de triaje aporta información relevante.	4,67 (1,55)	4,46 (1,54)	5,13 (1,41)	4,72 (1,68)	0,0000	0,1724	0,0335

Consideras VÁLIDO TU sistema de triaje (asigna el nivel de prioridad a los pacientes que están en ese nivel)	4,90 (1,49)	4,79 (1,50)	5,24 (1,29)	4,65 (1,67)	0,0001	0,4284	0,0011
<i>(*) p < 0,05 (negrita) Existen diferencias estadísticamente significativas.</i>							
<i>(1) Comparación con T de Student entre profesionales que utilizan SET-MAT y profesionales que utilizan MTS.</i>							
<i>(2) Comparación con T de Student entre profesionales que utilizan SET-MAT y profesionales que utilizan otro sistema informático.</i>							
<i>(3) Comparación con T de Student entre profesionales que utilizan MTS y profesionales que utilizan otro sistema informático.</i>							

Tabla 4. En cuanto al perfil que debe presentar el profesional que realiza el triaje, ¿cómo valoras los siguientes aspectos? (Siendo 1 NADA necesarios y 7 MUY necesarios)			
	MEDIA	DES. EST.	MEDIANA
Empatía, tacto, paciencia.	6,28	1,014	7
Capacidad organizadora.	6,47	0,806	7
Experiencia y juicio clínico.	6,63	0,671	7
Capacidad para tomar decisiones.	6,61	0,636	7
Capacidad de comunicación.	6,36	0,891	7
Formación específica en triaje.	6,37	0,912	7
Formación general en Urgencias.	6,54	0,742	7
Experiencia mínima en urgencias de 6 meses.	6,37	0,869	7

Tabla 5. Apoyo/ respeto al profesional que realiza el triaje										
	Siempre		Casi siempre		A veces		Casi nunca		Nunca	
	n	%	n	%	N	%	n	%	N	%
Por parte de Enfermeros/as-	334	41,1	351	43,2	85	10,5	33	4,1	10	1,2
Por parte de Facultativos-	41	5	216	26,5	311	38,2	184	22,6	63	7,7
Por parte de Supervisor/as de Enfermería-	357	44,2	252	31,2	102	12,6	42	6,7	42	5,2
Por parte de Jefe/a del Servicio-	151	18,7	247	30,6	186	23	127	15,7	96	11,9
Por parte de pacientes/familiares-	22	2,6	204	23,8	200	23,3	313	36,5	73	8,5

Tabla 6. Con relación a la TOMA DE CONSTANTES, consideras que es necesario realizarla EN EL MOMENTO DEL TRIAJE: (puedes contestar varias opciones)		
	N	%
Siempre, a todo paciente.	95	11,4
Siempre, a todo pacientes excepto traumatismos en miembros.	112	13,4
Sólo aquellos pacientes que planten dudas en cuanto al nivel de prioridad.	253	30,4
Dependerá del motivo de consulta (fiebre, mareo, HTA, DM, disnea...)	623	74,8

A todos los pacientes con nivel de prioridad urgente.	160	19,2
En ningún caso se han de tomar las constantes en triaje.	2	0,2

Tabla 7. Consideras que un ELECTROCARDIOGRAMA se ha de realizar en TRIAJE a pacientes con dolor torácico: (puedes contestar varias opciones)

	N	%
Siempre	213	25,6
Con características típicas.	288	34,6
Con antecedentes personales.	202	24,2
Con síntomas acompañantes.	212	25,5
Siempre que me planteo dudas.	214	25,7
Siempre que me planteo dudas en cuanto al nivel de prioridad, pero nunca en la sala de triaje.	256	30,7