

Triaje Estructurado en los Servicios de Urgencias. Documento de Posición de la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències (SCMU-ACMES).

J. Gómez Jimenez (2), M. R. Chanovas Borràs (1), O. Miró (1), M. Daza López (1), F. Roqueta Ejea (1), J. L. Echarte Pazos (1), S. Tomás Vecina (1), J. Rovira Coromina (1), R. Ciurana Roca (1), G. Martinez Estalella (1), R. Nogué i Bou (1), J. M. Soto Ejarque (1), X. Escalada Roig (1), A. Senent Llorens (1), Dr. Fernando Garcia Alfranca (1). Junta directiva (1) i Grup de Treball de Triatge (2) SCMU – ACMES

Document aprovat per la Junta directiva de SCMU-ACMES el 31 de gener de 2008

La Societat Catalana de Medicina d'Urgència (SCMU) i l'Associació Catalana de Medicina d'Emergències (ACMES) consideran que:

1. La disponibilidad de un sistema de triaje estructurado es una medida fundamental para mejorar la calidad de los Servicios de urgencias y Emergencias.

- La disponibilidad de un sistema de triaje de cinco niveles, válido, útil, relevante y reproducible, y de una estructura física, profesional y tecnológica en los servicios, dispositivos y centros donde se atienden las urgencias y emergencias, que permitan hacer el triaje de los pacientes según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable, es una medida fundamental para mejorar la eficiencia de los Servicios de Urgencias y Emergencias, proteger a los pacientes, aumentar la satisfacción de los usuarios y optimizar recursos.

2. El sistema de triaje estructurado ha de definir un estándar de motivos de consulta a Urgencias y ha de tener suficiente solidez científica para ser aplicado tanto a los niños como a los adultos, independientemente del tipo de hospital o servicio de Urgencias hospitalarias, centro de Urgencias de atención primaria, servicio de Emergencias extra hospitalarias y centros de coordinación de Emergencias.

3. El triaje estructurado ha de permitir identificar rápidamente a los pacientes que padecen una enfermedad que posa en peligro la su vida, con el objetivo de priorizar su asistencia, para disminuir su riesgo.

4. El triaje estructurado permite mejorar la seguridad de los pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias y Emergencias.

- El sistema de triaje ha de permitir controlar de forma continua todo lo que pasa dentro y fuera del servicio de Urgencias y en las áreas de espera, evaluando los pacientes mediante reevaluaciones predicas que garanticen que sus necesidades de atención son satisfechas, controlando los tiempos de espera, activando procesos de sobre triaje automático y dando información fluida a los pacientes y a sus familiares sobre los tratamientos a realizar y el tiempo de espera y permitiendo la gestión ordenada de la actividad de los diferentes equipos asistenciales.

5. El sistema de triaje estructurado ha de ser realizado por profesionales los sanitarios y ha de tener un carácter multidisciplinario.

- El triaje estructurado es un triaje de enfermería no excluyente, integrado en una dinámica de servicio donde se prioriza la urgencia del paciente, sobre cualquier otro planteamiento estructural o profesional, dentro de un modelo de especialización de Urgencias.
- La multidisciplinariedad del triaje estructurado de enfermería con implicación médica permite implementar dinámicas multidisciplinarias como son el triaje avanzado, el triaje multidisciplinario, las visitas rápidas y la derivación.

6. El triaje estructurado se ha de implementar como a parte de un sistema de control de pacientes en tiempo real, dentro de un sistema de registre informático

- El control de pacientes en tiempo real permite mejorar la eficiencia y la seguridad de los pacientes.
- La informatización del triaje permite reducir la variabilidad en la aplicación de la escala de triaje, favoreciendo el manejo clínico de los pacientes, el análisis de la casuística y la comparación de cargas de trabajo, como a base para la auditoria y la mejora de la calidad de los Servicios de Urgencias y Emergencias.

7. El triaje estructurado se ha de realizar les 24 horas del día, con independencia del tipo de paciente o del centro o servicio de Urgencias donde se aplique.

- A pesar de que la importancia del triaje estructurado se muestra más aparente a medida que los Servicios de Urgencias se saturan, aumenta su frecuentación y los recursos disminuyen, este se ha de realizar las 24 horas del día, tanto en situaciones de saturación como en ausencia de la misma. La priorización de los pacientes solo se aplicará en situaciones de saturación o colapso.
- Se ha de hacer triaje a todos los pacientes que acuden a un servicio o centro de Urgencias, tanto a niños como a adultos con independencia del motivo de consulta o del tipo de Servicio de Urgencias y Emergencias al que se aplique, y su funcionamiento ha de ser monitorizado de forma continua mediante la evaluación de los indicadores de calidad del triaje.

8. El triaje estructurado permite disminuir la congestión de las áreas de tratamiento de los Servicios de Urgencias, determinando el área asistencial más adecuada para los pacientes.

- La organización de la asistencia en base a los niveles de urgencia determinados por el sistema de triaje estructurado se ha mostrado efectiva para combatir la saturación de los Servicios de Urgencias y Emergencias.

9. La implantación del triaje estructurado se ha de realizar siguiendo un procedimiento estandarizado.

- La implantación del sistema de triaje estructurado ha de contar con la adhesión de los responsables sanitarios, gestores y profesionales a las recomendaciones científicas propuestas, adecuando la estructuración física y tecnológica operativa y la dotación de personal en los Servicios de Urgencias y Emergencias a las recomendaciones propuestas.
- El éxito de la implantación estará garantizado por la creación de la Comisión de triaje en los Servicios de Urgencias y Emergencias, la formación y acreditación de los usuarios en base a un programa homologado de formación en triaje estructurado de Urgencias y Emergencias y la instauración de un programa de evaluación de la calidad de la actividad del triaje, según un modelo de mejora continua de la calidad.

10. El triaje estructurado introduce un lenguaje común para todos los profesionales que asisten las Urgencias y Emergencias, independientemente de la medida, estructura o ubicación de los centros asistenciales.

- Este punto es fundamental para mejorar la gestión de les Urgencias y Emergencias, en el lugar donde se producen y mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

DEFINICIONES:

TRIAJE DE URGENCIAS: Proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en base a su grado de urgencia, de forma que en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos, los pacientes más urgentes son tratados los primeros, y el resto son controlados continuamente y reevaluados hasta que los pueda visitar el equipo médico. Este concepto es aplicable a los Servicios de Urgencias hospitalarios (SUH) y a los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP). El triaje de los pacientes en los Servicios, dispositivos y centros donde se atienden las Urgencias se ha de realizar en un ambiente adecuado y por profesionales cualificados y entrenados. Este proceso se ha de realizar en un tiempo corto, de forma ágil y efectiva.

TRIAJE TELEFONICO DE EMERGENCIAS: Proceso de clasificación de los pacientes por el Centro Coordinador de Emergencias, en base a la valoración protocolizada del su grado de urgencia, de forma que se establezcan los tiempos de espera razonables para ser atendidos y tratados por el equipo sanitario y se active el mejor recurso de atención para su caso y/o el mejor medio de transporte sanitario al centro sanitario más adecuado, independientemente del orden de la demanda asistencial.

TRIAJE DE EMERGENCIAS: Proceso de clasificación de los pacientes por un equipo sanitario de atención pre hospitalaria, en base a la valoración protocolizada de su grado de urgencia, de forma que se establezca los tiempos de espera razonables para ser atendidos y tratados por el equipo sanitario y el mejor medio de transporte sanitario al centro sanitario más adecuado.

TRIAJE DE CATÁSTROFE: Sistema utilizado para establecer las prioridades de atención i/o evacuación de las víctimas en caso de catástrofe, según su grado de urgencia.

URGENCIA: Situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo, que condiciona un episodio asistencial con importantes necesidades de intervención, en un corto período de tiempo. Este concepto lleva implícita la necesidad de ajustar la respuesta asistencial al grado de urgencia, de forma que los pacientes más urgentes sean atendidos más rápidamente, y la necesidad de adecuación entre el grado de urgencia y los recursos necesarios para solucionarla.

GRAVEDAD: Calidad relacionada con el grado de descompensación fisiológica y/o pérdida de función de uno o más sistemas orgánicos (gravedad de la enfermedad) y con la probabilidad de muerte (riesgo de mortalidad).

COMPLEJIDAD: Calidad relacionada con el grado de dificultad diagnóstica y/o terapéutica debida a la presencia de complicaciones y/o co-morbilidades (diagnósticos secundarios) añadidos al diagnóstico principal que nos permite prever un tiempo de estancia i/o un coste determinado.

FIABILIDAD: Alto nivel de concordancia interobservador e intraobservador.

VALIDEZ: Asigna el nivel de prioridad a los pacientes que realmente están en este nivel.

RELEVANCIA: Aporta una información con valor para paciente y para el servicio.

UTILIDAD: Relaciona el grado de urgencia con la gravedad y complejidad real del paciente de una forma fácil y ágil.

TRIAJE MULTIDISCIPLINAR: Después del triaje inicial todos los pacientes son visitados por un médico sénior que resuelve los pacientes de nivel IV y V, activando la asistencia de los pacientes de nivel III y II.

TRIAJE AVANZADO y DIRECTRICE MÉDICAS ESPECÍFICAS: Después del triaje inicial, enfermería continúa el proceso asistencial protocolizado, anticipando la ejecución de intervenciones delegadas.

SALAS RÁPIDAS (FAST TRACK): Tienen como objetivo la rápida resolución protocolizada de pacientes de nivel IV y V.

DERIVACIÓN: Pacientes de nivel V y IV son derivados de forma protocolizada a otros niveles asistenciales desde el triaje inicial.

BIBLIOGRAFIA:

- 1- Bullard M.J, Unger B., Spence J., Grafstein E., and the CTAS National Working Group. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines. *Can. J Emerg Med* 2008;10(2):136-42
- 2- Warren, D.W., Jarvis A., LeBlanc L., Gravel J., and the CTAS National Working Group (NWG). Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines (PaedCTAS). *Can. J Emerg Med* 2008;10(3):224-32
- 3- American College of Emergency Physicians. Policy Statements :Triage Scale Standardization. *Ann Emerg Med.* 2004;43: 154.
- 4- Gilboy N, Tanabe P, Travers DA, Rosenau AM, Eitel DR. *Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook.* AHRQ Publication No. 05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2005.
- 5- Policy on the Australasian Triage Scale. <http://www.medeserv.com.au/acem/open/documents/triage.htm> (pagina consultada el dia 01-02-2008)

- 6- Fernandes C., Tanabe P., Gilboy N., Johnson L., McNair R., Rosenau A., Sawchuk P., Thompson D., Travers D., Bonalumi N., Suter R. Five-Level Triage: A Report from the ACEP/ENA Five-Level Triage Task Force. *J Emerg Nurs* 2005;31:39-50.
- 7- Gómez Jiménez J, Murray M.J., Beveridge R., et al. Implementation of the Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) in the Principality of Andorra: Can triage parameters be used as Emergency Department Quality Indicators? *Can J Emerg Med* 2003; 5(5): 315-22
- 8- Gómez Jiménez J, Ferrando Garrigós JB, Vega García JL, Tomás Vecina S, Roqueta Egea F, Chanovas Borràs M. Model Andorrà de Triatge: Bases conceptuals i manual de formació. Principat d'Andorra: Ed. Gómez Jiménez J. Servei Andorrà d'Atenció Sanitària; 2004.
- 9- 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; 15:165-174.
- 10- Gómez Jiménez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias* 2006; 18: 156-164
- 11- Gómez Jiménez J, Segarra X, Prat J, Ferrando J.B., Albert E, Borràs M. Concordancia, validez y utilidad del programa informático de ayuda al triaje (PAT) del Modelo andorrano de triaje (MAT). *Emergencias* 2003; 15: 339-344.
- 12- Gómez Jiménez J, Faura J, Burgues L, Pàmies S. Gestión clínica de un servicio de urgencias hospitalario: Indicadores de calidad, benchmarking y análisis de la casuística (case-mix). *Gestión Hospitalaria* 2004; 15 (1): 3-12.
- 13- Gómez Jiménez J. Triaje estructurado y análisis de casuística (case mix) en base a la urgencia. Un nuevo modelo de gestión para los servicios de urgencias (SU). *Gac Sanit* 2004; 18: 410 – 411.
- 14- Gómez Jiménez J, Becerra O, Boneu F, Burgués LL, Pàmies S. Análisis de la casuística de los pacientes derivables desde urgencias a atención primaria. *Gac Sanit* 2006; 20: 40 – 46.
- 15- Gómez Jiménez J, Boneu F, Becerra O, Albert E, Ferrando JB, Medina M. Validación clínica de la nueva versión del Programa de Ayuda al Triaje (web_e-PAT v3) del Modelo Andorrano de Triaje (MAT) y Sistema Español de Triaje (SET). Fiabilidad, utilidad y validez en la población pediátrica y adulta. *Emergencias* 2006; 18: 207-214.



- 16- Quintillá JM, Martínez L, Benítez M, Segura A, Gómez Jiménez J, Luaces C and Andorran-Catalonian Pediatric Triage Group. Validation of a 5-level paediatric triage scale. EuSEM Congress. 4th-8th October 2006. Crete, Greece.
- 17- Benítez M, Martínez L, Quintillá JM, Segura A, Gómez-Jiménez J, Luaces C. Estudio de concordancia del Sistema Español de Triage en pacientes pediátricos. XIII reunión anual de la SEUP. Murcia, 19 de abril de 2008.
- 18- Torres R., Bertrán X, Sinfreu J, Torres E, Fabra J, Gómez Jiménez J. Estudio preliminar de fiabilidad del Programa de Ayuda al triaje (web_e-PAT v3.5) utilizado por Técnicos de Transporte Sanitario (TTS). XIX Congreso Nacional. Urgencias. 6 a 9 de junio de 2007. Tarragona.