



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**MEDICINA HUMANA**

**URGENCIAS MÉDICAS**

**DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ**

**ALUMNO: MARCO ANTONIO DOMÍNGUEZ MORALES**

**8 SEMESTRE**

# TRIAGE

## DEFINICIÓN

La palabra “Triage” es un neologismo que procede del vocablo francés (trier) que significa “elegir o seleccionar” y se ha aceptado para la acción de clasificación de los enfermos. En la actualidad se utiliza en el proceso para determinar la severidad de los pacientes y priorizarlos de acuerdo a su urgencia médica.

La meta del triage es identificar rápidamente las condiciones serias y con compromiso de vida y ajustarlas para el área mas apropiada de tratamiento reduciendo la congestión en la sala de urgencias. Cuando se visualiza desde el punto administrativo el proceso de triage permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan los recursos.

## OBJETIVOS DE LOS SISTEMAS DE TRIAGE

- 1) Identificar a los pacientes en situación de riesgo de vida.
- 2) Asegurar la priorización en función de un nivel de clasificación.
- 3) Decidir el área mas apropiada para la atención de los pacientes.
- 4) Disponer información sobre el proceso asistencial.
- 5) Mejorar el flujo de pacientes y la congestión del servicio.

## MODELOS ACTUALES DE TRIAGE ESTRUCTURADO

### 1. SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAGE

En 2003 es asumido por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) como modelo estandar en castellano para todo el territorio español y se denominó como “Sistema Español de Triage (SET).

### 2. PROTOCOLO MANCHESTER

Nace durante 1994 para establecer una nomenclatura común, y desarrollar una metodología sólida de Triage, así como permitir la auditoria del método de Triage estructurado. Clasifica al paciente en 5 niveles de prioridad. La validez y la confiabilidad

del protocolo Manchester en latinomericas es escasa, Souza en su revisión del 2015, encontró solo dos estudios desarrollados en latinoamerica sobre la confiabilidad y la validez del Protocolo Manchester en población latinoamericana. Concluye que el protocolo Manchester es más inclusivo significando un mayor nivel de priorización para los pacientes cuando se compara con el Sistema Español de Triage y el protocolo de búsqueda/Triage Aleman.

### **3. ESCALA CANADIENSE DE TRIAGE Y AGUDEZA**

### **4. ESCALA AUSTRALIANA DE TRIAGE**

## **TRIAJE EN MEXICO**

Los estándares de calidad para la atención de los servicios de urgencias en México sugieren que la valoración de urgencia sea dentro de los primeros 10 minutos, el tiempo de duración de Triage sea menor de cinco minutos, el porcentaje de pacientes que dejen el servicio sin atención médica menor del 2% del total de consultas. La Norma Oficial Mexicana de los servicios de urgencias menciona que para la recepción del paciente en el servicio de urgencias se requiere que un médico valore y establezca las prioridades de atención del mismo, pero deja un vacío al momento de establecer un sistema para la atención de esas necesidades y excluye del proceso al personal de enfermería. A pesar que varias de las instituciones de Salud del país, en especial aquellas que cuentan con la especialidad de urgencias médico quirúrgicas, han realizado modelos de Triage empíricos, la realidad es que la sistematización del proceso cae en la mayoría de las ocasiones en terrenos basados en la experiencia de aquel que aplica el proceso de mejora de calidad sin existir una verdadera sistematización con resultados que prometen pero en realidad dudosos en cuanto a la seguridad para el paciente a través de los métodos empleados. La presencia de normativas poco flexibles de las instituciones y la carencia de insumos que permitan invertir en los sistemas de Triage establecidos y avalados en forma internacional complican la aplicación de los modelos internacionales validados.

De las experiencias realizadas en el país pocas se encuentran difundidas en medios científicos, entre ellas se encuentra la del Hospital Juárez de México que publicó su experiencia en el desarrollo de un proceso de Triage en 2006 basado en las guías de la asociación Canadiense de Urgencias (CAEP) con un proceso estructurado en 5 niveles de prioridad basado en signos vitales, escala de dolor y escala de coma de glasgow. Durante el 2006, el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), publica la experiencia

con su protocolo de clasificación de tres colores realizado de manera empírica, reportando una sensibilidad del mismo del 60.2%.

Durante el 2008, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica de la Secretaría de Salud publica la Guía de Práctica Clínica (GPC) de Triage Hospitalario de Primer Contacto en Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y primer Nivel y su actualización durante 2010, grupo encabezado por la Dra. Greta Miranda del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). El objetivo fue homologar los criterios en el Sistema Nacional de salud para que todas las instituciones manejen la misma escala de prioridad procurando proporcionar atención eficaz, oportuna y adecuada para limitar el daño y disminuir las secuelas y acortar el tiempo de convalecencia. Esta guía aceptada por la Secretaría de Salud propone el modelo implementado por el ISSSTE como referente nacional, sin embargo, la mayoría de las recomendaciones vertidas en el documento se encuentran avaladas por la opinión de expertos.

Recientemente se ha retomado el proyecto SUMAR tendiente a actualizar tanto la GPC de Triage como ver la factibilidad de su inclusión en la Normatividad vigente.

La implementación de los sistemas de Triage es una necesidad en los servicios de urgencias y es un buen parámetro para indicar sobre la gestión de los mismos.

En la actualidad no existe un sistema aceptado universalmente, y aunque los sistemas de Triage de 5 colores han demostrado una aparente mayor utilidad que los sistemas de tres y cuatro color, la realidad es que su implementación deberá adecuarse a las necesidades y características específicas de cada país; siempre promoviendo tanto una elevada confiabilidad como un buen acuerdo inter e intra observador.

Para la implementación de esos sistemas se ha demostrado adecuada aplicabilidad por parte del personal de enfermería que en los sistemas actuales del país pudiera ser una respuesta ante la situación de los servicios de urgencias.

Finalmente, la implementación de los sistemas ha demostrado variabilidad si se aplica fuera de la zona geográfica donde inicialmente se utilizó por lo que existen grandes áreas de oportunidad en México para la implementación de los servicios y estudios sobre su utilidad en nuestro medio.

## **BIBLIOGRAFÍA**

García, J., Arellano, N., Loria, J. (2016). Triage hospitalario. Revisión de la literatura y experiencia en México, Vol. 102 - No 4 23...3-241