

TRIAJE, HISTORIA Y PERSPECTIVA ACTUAL

Leticia Verona Suárez, Carmelo Hernández
Castellano, Omayra Déniz Montesdeoca

¹Enfermeras especialistas de Familia y Comunitaria
(Servicio Canario de Salud, España)

Recibido: 12/02/2019

Aceptado: 22/04/2019

Correspondencia a: juanjosuasa@gmail.com

Resumen

El triaje es un método de selección y clasificación de pacientes ante una urgencia, según sus necesidades y los recursos disponibles. Su evolución a lo largo de la historia abarca desde sus comienzos en los campos de batalla hasta la actualidad, con su uso predominante en el medio hospitalario y en menor medida, en el entorno de la atención primaria. Teniendo en cuenta su desarrollo, el objetivo que nos hemos propuesto es conocer la historia del triaje desde sus orígenes, además de analizar la percepción que tiene el personal sanitario ante esta herramienta. Se trata de un estudio cualitativo de tipo participativo con técnica de grupo focal. Los profesionales consideran el triaje una herramienta útil que mejoraría la calidad asistencial e identifican la falta de recursos, de formación en el tema y de unos protocolos unificados las principales barreras para su implementación. Como conclusión, se aprecia que, aunque el triaje surgió hace aproximadamente tres siglos, el concepto moderno del mismo ha tenido una evolución importante en los últimos veinte años. A esto se le suma el

reconocimiento por parte de los profesionales de la utilidad y aplicabilidad de la herramienta en el ámbito de la urgencia.

Palabras clave: Historia, triaje, enfermería, urgencias, atención primaria de salud.

Abstract

Triage, history and current perspective

Triage is a method used to rank the emergency level of patients at the emergency room according to their needs and the available resources. This method has been constantly evolving over the years and it is currently used in hospitals and in a lesser degree at health centres. Based on this, the aim of this study is to evaluate the perception that the staff at health centre has about this method. It is a qualitative study of participatory type with focus group technique. Our results showed that the health centres staff considered triage a useful tool to improve the assistant provided to the patients. Thus, the staff also identified the lack of resources, formation and unified protocols as the main barriers for its implementation. Besides triage was developed more than 300 years ago, its modern implementation has been enormously evolved over the last 20 years. In addition, this tool seems to be a recognized and applicable by the health centres staff at the emergency level.

Keywords: History, triage, nursing, emergency, primary healthcare.

Introducción.

El “*triage*” o “*triaje*” es un método de la medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo con las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. En circunstancias normales, se prioriza la atención del paciente más grave, mientras que, en situaciones de demanda masiva, atención de múltiples víctimas o desastre se privilegia a la víctima con mayores posibilidades de supervivencia según gravedad y la disponibilidad de recursos ¹.

La palabra “*triaje*” procede del francés “*trià*” y “*eur*”, y significa “*categorizar*” en inglés ^{1,2}. Para entender el presente del triaje y avanzar hacia el futuro es imprescindible conocer cómo ha sido su evolución histórica desde sus comienzos. El origen del triaje no está muy bien claro hoy en día. Estudios sugieren que el concepto de triaje se describe por primera vez en un manual de asistencia médica militar francesa, como muy pronto, en 1792 ². Por un lado, se cree que el concepto surge durante el periodo 1797-1801 en la batalla napoleónica contra Egipto y Siria, lo que algunos denominan “*triaje napoleónico*” ², donde se priorizó la atención a los soldados enfermos y heridos para que volvieran al campo de batalla. De este modo, el tratamiento se dio desde una perspectiva militar y no desde el punto de vista de priorizar el ahorro de vidas, como en la medicina moderna ². Autores sugieren que este tipo de “*triaje napoleónico*” se le atribuye al cirujano militar Pierre-François Percy, dado que fue el responsable de la atención médica durante esta batalla y existe registro de este término en su propio diario ². Por otro lado, sin embargo, los historiadores consideran a Dominique Jean Larrey (cirujano jefe de la

Guardia Imperial de Napoleón) como el primero en utilizar el “*triaje formal*” al distinguirlo del militar francés ¹.



Imagen 1. Sistema de triaje en Atención Primaria.

Ya en 1792, en la campaña del Rin, Larrey había reconocido la necesidad de evaluar y clasificar a los soldados heridos durante una batalla con prontitud. Su sistema se basaba en tratar y evacuar en su “*ambulancia veloz*” a aquellos que requirieron atención médica más urgente, en lugar de esperar horas o días a que la batalla terminara, como ocurría hasta entonces. Su sistema clasificaba a los soldados en tres grados de gravedad: heridos peligrosos, heridos menos peligrosos y heridos leves ^{1,2}. De esta forma, Napoleón quedó muy impresionado con la capacidad de Larrey para reducir la mortalidad en el campo de batalla ². Más tarde, en 1806, el ejército francés incorporó el sistema de triaje creado por Larrey para combatir en la batalla de Jena ². No obstante, la palabra “*triaje*” no aparecía

en los escritos de Larrey². Aunque Larrey no llegó a utilizar este término, se puede considerar que fue el primero en actuar y atender a los soldados heridos antes de que la batalla terminase³. La historia de la medicina considera que Dominique Jean Larrey, con su sistema de auxilio a los heridos en plena batalla, y su humanística percepción de la atención en virtud de la gravedad de sus lesiones, y no de su condición social, rango militar, nacionalidad o de prisionero, es el origen de lo que hoy conocemos como Triage¹. A pesar de todo esto, de lo que no cabe duda es que el logro de los cirujanos del ejército, Percy y Larrey, fue modernizar el triunfo napoleónico para ayudar a salvar vidas². Años más tarde, los cirujanos John Wilson y Jonathan Letterman contribuyeron también en el desarrollo del triaje en el campo de batalla¹.

El triaje en los servicios de urgencias hospitalarios empieza a introducirse durante el siglo XX, un pionero en la introducción de una sistematización del triaje en urgencias y emergencias fue E. Richard Weinerman en el año 1964 en Baltimore³. En el año 1960, se desarrolla en EE. UU. un sistema de clasificación en tres niveles de gravedad, que fue superado en 1995 por un modelo de cuatro niveles. Estos sistemas no consiguieron un grado de validez, utilidad y reproducibilidad aceptable para ser considerados sistemas de triaje estructurado^{1,3}. Paralelamente en Australia, se creaba la primera escala basada en un sistema de clasificación de 5 niveles denominado *Escala Nacional Australiana para los Servicios de Urgencias (National Triage Scale for Australasian Emergency Departments NTS)* que fue revisada y recomendada su uso en el año 2000 como *Escala Australiana de Triage (Australasian Triage Scale ATS)*^{1,3}. Posteriormente, influenciados por esta escala se implantaron en otros países otros sistemas de triaje también de cinco niveles: en Canadá, en 1995 (*Canadian Emergency*

Department Triage and Acuity Scale CTAS); en Manchester, en 1996 (*Manchester Triage System MTS*), en América en 1996 (*Emergency Severity Index ESI*), en Andorra en el año 2000 (*Modelo Andorrano de Triage MAT*) y en España en el 2003 (*El Sistema de Triage Español SET*)^{1,3}. En el ámbito extrahospitalario, el sistema más ampliamente utilizado es el triaje *START*, creado en 1983 para la atención de un incidente de múltiples víctimas.

En España, en el medio hospitalario los sistemas de triaje estructurado más ampliamente utilizados son el MAT, SET y MTS, aunque algunos hospitales han optado por adaptar estos sistemas a sus propias necesidades³. Por otro lado, dentro de la atención primaria actualmente no está integrado este método de clasificación de pacientes, siendo la asistencia dada por el orden de llegada. Hasta el momento, existe un estudio que evalúa la eficacia de un sistema de triaje estructurado de elaboración propia adaptado a Atención Primaria y que ya está implantado en algunas consejerías de salud con muy buenos resultados¹.

En Canarias, el programa informático *Drago-AP* incorpora un sistema de triaje adaptado del andorrano para atención primaria pero que, en la realidad, no se utiliza por el personal sanitario ya que el “traje” no está implantado en esta comunidad. Sin embargo, como consecuencia de la saturación y mal uso de los servicios de urgencias de atención primaria, se ha impulsado recientemente el *Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias (PLUSCAN)*, que establece como objetivo a corto plazo la implementación de los sistemas estructurados de triaje en los servicios de urgencias de atención primaria en función de la demanda asistencial, realizado por enfermería⁴.

Objetivos.

1. Conocer la evolución del triaje a lo largo de los años hasta nuestros días.
2. Analizar la perspectiva actual del triaje por el profesional sanitario.

Metodología.

Para analizar la perspectiva actual del triaje se realizó un estudio cualitativo de tipo participativo en el que se usó como herramienta para la obtención de los datos la técnica de grupo focal. Los grupos focales se constituyeron en marzo de 2018, en los centros de salud de Escaleritas y Cueva-torres (Gran Canaria, España). Se llevó a cabo una captación oportunista del personal en ambos centros, formándose grupos focales de 8-9 profesionales entre personal médico y de enfermería, con distinta experiencia en el ámbito de las urgencias tanto hospitalarias como extrahospitalarias.

Resultados.

El grupo focal giró en torno a las siguientes preguntas, extrayéndose las expresiones más utilizadas (tabla 1):

Pregunta 1: ¿Han utilizado o conocen la herramienta de triaje del sistema Drago AP? ¿Qué piensan de la herramienta de triaje en general?

Las enfermeras conocían más la herramienta de forma general que los médicos. En el colectivo médico decían que incluso eran ellos los que tenían que poner el nivel de urgencia a la vez que atendían a los pacientes. Sin embargo, hacían referencia a que ese conocimiento era deficiente y opinaban de forma unánime que necesitaban más formación. Además, decían que la herramienta se está utilizando mal porque se sigue atendiendo por orden de llegada, pese al nivel asignado. Apuntan a que la

herramienta no contempla algunas situaciones o motivos de consulta y lo ven deficiente en este aspecto.

<p>CONOCIMIENTO DE HERRAMIENTA DE TRIAJE DE DRAGO AP Y SU IMPORTANCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“Creo que se podría sacar más partido...”</i> - <i>“En el nivel III y IV que es lo más te vienen faltan montón de apartados...”</i> - <i>“...es una herramienta que se infrutiliza por lo que veo...”</i> - <i>“...me llama la atención que incluso los compañeros que están en triaje tengan esa dificultad...que no haya periodo formativo...”</i> - <i>“ El sistema es útil porque quita la subjetividad...”</i> - <i>“Es muy tediosa”.</i> - <i>“ Se mantiene el orden de llegada más que la prioridad que se le asigna.”.</i> - <i>“...por el sistema que se lleva a cabo es el celador el que toma los datos y pone los motivos de consulta a grosso modo...”</i>.
<p>UTILIDAD DEL TRIAJE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE AP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“ En centros muy grandes pues claro...”</i>. - <i>“Faltan recursos y personal”.</i> - <i>“...la primera barrera se llama Gerencia...¿seguimos haciendo el triaje por el celador que es el que escribe o va a haber una enfermera que es la que va a valorar?”</i>. - <i>“Actuar con protocolos unificados”.</i> - <i>“Ahora los servicios necesitan de un profesional sanitario que directamente de un nivel de prioridad...”</i>. - <i>“El triaje es útil pero no estamos preparados para un triaje adecuado”.</i> - <i>“Haría falta más formación en la herramienta Drago y adecuar los equipos de salud a la realidad”.</i> - <i>“Habría que mirar si es viable poner un enfermero más en cada servicio...”</i>.

Tabla 1. Recopilación de las frases más destacadas.

Pregunta 2: Posibilidad y utilidad de su implantación en los SUAP de Gran Canaria y sus dificultades.

Los profesionales en general lo ven útil, porque elimina la subjetividad entre otras cosas, pero lo ven tedioso a veces y poco práctico. Además, refieren que sería útil, pero con formación previa.

Discusión.

El triaje surge en tiempos de guerra durante la época napoleónica como necesidad para evacuar a los soldados de los campos de batalla para ser tratados con prontitud y mejorar así su supervivencia. Con el paso del tiempo, la idea del triaje se ha ido reformando hasta lo que conocemos hoy en día. Teniendo en cuenta esta visión, podemos entender la situación actual del triaje y su principal uso como herramienta y método para evaluar la gravedad de las personas que acuden a un servicio de urgencia.

El triaje estructurado como método de priorización de la urgencia en los servicios sanitarios lleva usándose relativamente desde hace pocos años si tenemos en cuenta que fue a partir de la década de los 90 cuando varios países comenzaron a implantar este sistema. No fue hasta el año 2000 cuando España lo adoptase. Sin embargo, su aplicación no se extiende en todos los ámbitos, ya que la experiencia en atención primaria es prácticamente nula, quizás debido a que hasta el momento no ha habido necesidad de ello. Parece ser que el colapso de los servicios de urgencias hospitalarios ha hecho que los servicios de urgencias de atención primaria empiecen a notar un aumento de las visitas y, con ello, la necesidad de valorar la urgencia. En este sentido, Rancaño ¹ puso a prueba la viabilidad de un sistema de triaje estructurado de elaboración propia en los servicios de urgencias de Atención Primaria de Asturias. Se convirtió así en el primer

estudio que intenta aplicar un nuevo sistema de triaje adaptado a las necesidades y características de atención primaria, diferenciándose de los instaurados en hospitalaria. Actualmente este sistema de triaje está implantado en varias consejerías de salud, con unos muy buenos resultados tanto en la atención a los pacientes como en la satisfacción de los profesionales que lo realizan ¹.

No obstante, es posible que el triaje estructurado que se limita a clasificar el nivel de urgencia en cinco niveles se haya quedado “corto”, ya que los tiempos de espera continúan siendo excesivos. En este sentido se postulan como realidades de futuro los *triaje avanzados* ¹. El triaje debe ser considerado algo más que una mera herramienta de clasificación y ubicación de pacientes ⁵. Hay protocolos avalados en la literatura científica que indican que la petición precoz desde *triaje* de pruebas complementarias bajo protocolos consensuados puede suponer importantes diferencias en la práctica clínica además de mejorar la satisfacción del paciente ⁵. Incluso, hay patologías y signos clínicos bien definidos en las guías clínicas que pueden ser tratados inicialmente antes de una primera valoración médica. Todo ello indica que el *triaje avanzado* otorga a la enfermería un papel crucial no solo en la clasificación, sino también en la recepción y primer tratamiento del paciente ⁵. En nuestro estudio, se valora positivamente al personal de enfermería como figura responsable del triaje, ya que tiene capacitación y cualidades para asumir tal competencia. La factibilidad en esta tarea, apoyada por la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias ⁶, ha sido descrita por otros autores ^{7,8}, que afirmaban que la recepción y clasificación en Urgencias debe ser propia de enfermería. Esto último difiere con una encuesta ⁹ realizada en

ámbito hospitalario que considera que esta función debe ser compartida con el médico, a pesar de haber sido demostrado que no existe diferencia significativa entre las valoraciones de ambos profesionales ⁷.

Nuestro estudio nos ha permitido conocer la posición del personal sanitario de atención primaria en relación con la implementación de una sistemática de triaje, ya que en la realidad no se realiza, y la importancia de la figura de la enfermera como responsable del mismo.

En cuanto a la posibilidad de implantar el triaje en atención primaria, nuestro estudio coincide mayormente con el realizado por Ayuso MC et al ¹⁰, en el cual el colectivo de enfermería habla de desconocimiento, miedo al cambio, rutinas asumibles y necesidades formativas como factores asociados al fracaso actual de la implantación del triaje. Creen en la factibilidad de implantar un sistema de triaje para pacientes que requieren atención inmediata en un centro de salud, lo que supondría una mejora en la calidad, la eficacia de los servicios y la gestión adecuada de la demanda y, todo ello, desde una perspectiva integradora, humana y profesional ¹⁰. Por ello, Rancaño et al ¹ elaboraron una herramienta de triaje demostrando que era válida, ágil y orientada hacia atención primaria y que clasifica a los pacientes más “leves”, diferenciándolos de aquellos en los que su patología es potencialmente más importante. Nuestros profesionales opinan, además, que el triaje resulta útil pero que habría que mejorar la herramienta que tienen instaurada (Drago AP), ya que la ven incompleta, tediosa y poco práctica. Asimismo, existe unanimidad con los estudios en la afirmación referente a las necesidades formativas para asumir esta tarea que consideran de alta especialización ^{9,10}.

Para que todo esto fuese una realidad, detectan la necesidad de aumentar la plantilla y de crear protocolos unificados que ayude a los profesionales a

actuar en una misma línea, así como enfrentarse a la posible reticencia que esto pudiera ocasionar. Esto mismo apunta Ayuso MC et al ¹⁰ en su estudio, concluyendo que posiblemente se deba establecer un escenario propicio, unos protocolos bien definidos y un mayor respaldo médico e institucional para que estas competencias profesionales adquieran un papel relevante en una atención de excelencia.

En nuestra comunidad, la historia reciente del triaje se encuentra ligada al Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias (PLUSCAN) este plan supone un cambio en la gestión de las urgencias y propone a la enfermera como personal encargado del triaje ⁴. Con la llegada de este nuevo plan, podemos verlo como una oportunidad para el cambio, ya que como se ha visto en este grupo focal, el personal ha demandado formación, nuevos protocolos y guías que estandaricen la actuación, todo esto con el fin de aumentar la visibilidad de la enfermera como profesional que guíe el triaje en los centros hospitalarios y extrahospitalarios de Canarias. Sin embargo, este plan es nuevo y carece hoy en día de fuentes fiables para conocer su efectividad, incluso a la hora de su implementación. Por lo tanto, habrá que esperar para ver si se ha producido el cambio esperado.

Conclusiones

- La evolución del triaje en nuestro sistema sanitario ha sido rápida en pocos años, sin embargo, queda un largo camino que recorrer en su desarrollo en la Atención Primaria.
- El triaje como tal es considerado útil por parte de los profesionales y su aplicación mejoraría la calidad asistencial.

Referencias bibliográficas.

1. Cobo Barquín JC. Validación del sistema de triaje “TAP” en urgencias de Atención Primaria. [Tesis doctoral]. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2012.
2. Nakao H, Ukai I, Kotani J. A review of the history of the origin of triage from a disaster medicine perspective. *Acute Med Surg*. 2017;4(4):379-84.
3. González Rodríguez EM, Gutiérrez Benito A, Molina Raya L, Otero Romero M, Posa Val V. Pasado, presente y futuro: los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias. [Tesis de máster]. Santa Madrona: Escuela universitaria de enfermería Santa Madrona de la fundación “La Caixa”; 2008.
4. Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias. Gobierno de Canarias: Servicio Canario de Salud; 2017.
5. Carballo Cardona C. Triaje avanzado: es la hora de dar un paso adelante. *Emergencias* 2015; 27:332-5.
6. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias (SEEU). De las funciones y tareas propias de los diplomados de enfermería en la recepción, acogida y clasificación de los pacientes en el área de urgencias. Recomendación científica 99/01/01 de 15 de junio de 1999. <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/triage%20enfermeria.pdf>.
7. Larrumbide H. La recepción y clasificación en urgencias debe ser propia de enfermeras. *Enfermería de Actualidad*. 1999; 36:8.
8. Rao GP, Hughes A. Nurse triage may reduce workload in accident department. *Br Med J*. 1995; 311: 1575.

9. Sánchez Bermejo, R. Encuesta a los profesionales de enfermería españoles sobre el triaje en los servicios de urgencias hospitalarios. Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2015;27(2):103-8.
10. Ayuso MC, Pérez N, Simarro MJ, Escobar F. Valoración de un proyecto de " triaje" de urgencias por enfermería en atención primaria. Revista Clínica de Medicina de Familia. 2013;6(3):144-51.