

Triage: cómo categorizar mejor a los pacientes en un departamento de urgencias pediátrico

DR. DOMINGO CIALZETA^a

Literalmente la palabra *Triage* es un término de origen francés, actualmente aceptado por toda la comunidad médica mundial y que significa: **Clasificación de pacientes según su estado de salud.**

Genéricamente consiste en un “conjunto de procedimientos sencillos, rápidos y repetitivos, efectuados sobre cada uno de los pacientes que en ese momento demandan asistencia y que orientan sobre sus *posibilidades de tratamiento* como consecuencia del proceso que le afecta”.¹

El *Triage* es una toma de decisión concreta, basada en una información incompleta, y ejecutada en medio hostil y a veces inseguro, bajo presión emocional, ante un número indeterminado de pacientes con diversas patologías y motivos de consulta ilimitados.

La valoración resulta incompleta porque el análisis sistemático es estandarizado, rápido, objetivo, conciso y dirigido a valorar las capacidades de supervivencia inmediata. No se contemplan patologías previas, no existen datos complementarios ni apoyos al diagnóstico.

Por eso debiera ser siempre ejecutado por un profesional con un perfil específico, y con experiencia¹⁻²

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo de actualización y revisión, es brindar una guía para instrumentar el mejor método de selección o categorización de pacientes que consultan a un departamento de emergencias pediátricas.

Un poco de historia.....

La práctica del *Triage* fue concebida desde la época de Napoleón Bonaparte, cuando su cirujano principal *Dominique-Jean Larrey*¹ en pleno campo de batalla, con el objetivo de salvar a aquellos soldados cuyas heridas o traumas eran severos, los retiraba de la esce-

na y los atendía, posponiendo la atención para aquellos con lesiones menores. La Primera Guerra Mundial aplicó criterios de uso de ambulancias motorizadas para desplazar a los heridos más graves hacia los denominados “escalones retrasados” para referirse a las posiciones de retaguardia; el orden en el que debían transportarse las víctimas era marcado por una clasificación previa en el lugar. A partir de este momento la práctica del *Triage* se hizo extensiva al resto de los ejércitos y guerras desarrolladas en todo del mundo; sin embargo, no fue instaurado en los servicios de urgencias de los hospitales civiles hasta la segunda mitad del siglo XX.²

Genéricamente el concepto de **clasificar o categorizar** requiere de ciertas premisas básicas generales válidas para pacientes pediátricos como adultos:

- Paciente clasificado–paciente atendido–paciente derivado.
- Consideración de aspectos anatómicos y fisiológicos así como de mecanismos de injuria.
- Revaloración continua del paciente.
- Hacer lo mejor en la atención para la mejor recuperación del paciente.
- Que el tratamiento este a cargo de personal idóneo y experimentado para evitar la sobre o sub-valoración del motivo de consulta.

El principal propósito es siempre identificar aquellos pacientes con mayor compromiso vital.

a. Médico Pediatra. Departamento de Urgencias.
Mail: dcialze@gmail.com

Existen distintos sistemas de clasificación, algunos de ellos muestran una alta proporción de pacientes sub-valorados (pacientes graves asumidos como leves), lo que los convierte en sistemas de clasificación inseguros.^{3,4}

Características del Triage

Es evidente que el Triage aporta una información fundamental: permite conocer el grado de urgencia.

Es importante definir el concepto de lo **urgente: Urgencia** es aquella situación clínica en la que es necesario actuar en un período limitado corto de tiempo (minutos, horas...) dado que existe grave riesgo para la salud o para la vida del paciente.²

Emergencia es aquella situación clínica donde hay **riesgo de vida**, pues se relaciona con la gravedad y la complejidad del cuadro, que afecta al paciente.²⁻³

El concepto de **Categorización o Clasificación** de los pacientes es el proceso de valoración clínica básica que guía el modo de asistir en la urgencia/emergencia, y por consiguiente qué terapéutica deberá ser instaurada.

Es necesario por lo tanto, que criterios consensuados y universales se apliquen uniformemente a todos los pacientes³⁻⁴⁻⁵

Guía de procedimientos en la ejecución del Triage

1. Identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado o normatizado de clasificación.
2. Asegurar la prioridad en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente.⁵⁻⁶
3. Asegurar la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital.
4. Determinar el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta en el servicio de urgencias.
5. Informar a los pacientes y sus familias sobre el tipo de servicio que necesita el paciente y el tiempo de espera probable.
6. Disminuir la congestión del servicio, mejorando el flujo de pacientes dentro del mismo.
7. Proporcionar información a los profesionales que ayude a definir y monitorizar la complejidad de su servicio.⁶⁻⁷

COMPONENTES DEL TRIAGE

Recurso humano

Es evidente que tanto el personal médico como el de enfermería, deben estar capacitados para realizar esta rápida selección, siendo el perfil de enfermería el más adecuado y así lo demuestra el mayor grado de concordancia que suelen obtenerse en los estudios de reproducibilidad de diversos modelos de Triage. Una opción adecuada considera que el Triage puede ser realizado por el personal de enfermería capacitado con apoyo médico para casos de dudosa clasificación al ingreso al Departamento de Urgencias. Son prioritarias la capacitación teórico-práctica y la experiencia adquirida del profesional médico y de enfermería.^{2,5,8}

Sala de Triage

Se requiere para ello de una planta física, con un consultorio específico, e independiente, con tamaño adecuado, y suficientemente equipado, de fácil acceso y en el Ingreso Inmediato a la Institución de Salud, con fácil comunicación con el Sector de Guardia, (zona de atención inmediata), y hacia el sector de Sala de Espera, para aquellos pacientes que pueden aguardar a ser atendidos (ver *Figura 1*).^{4,6,8}

Sala de espera

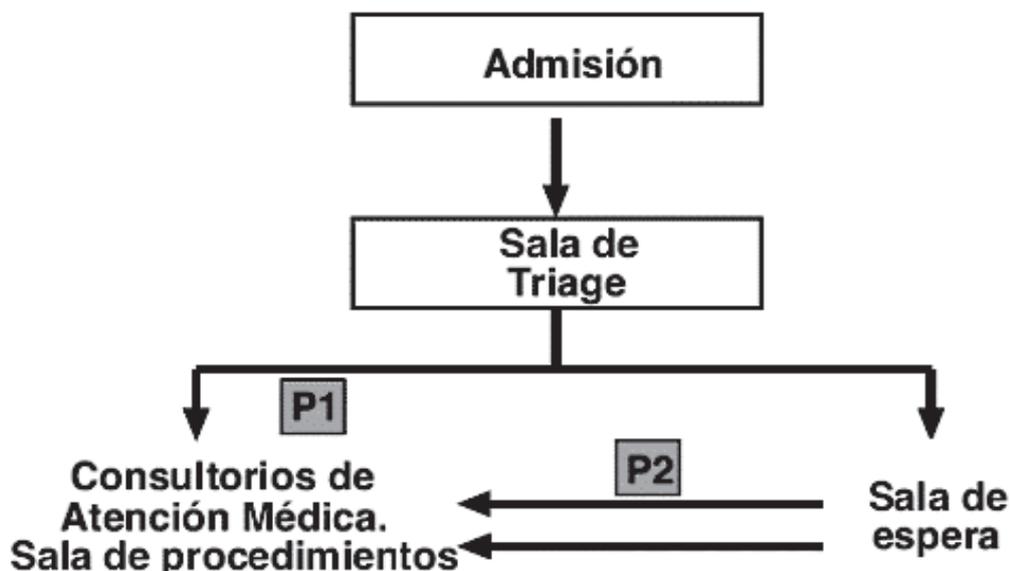
Como su nombre lo indica se refiere al lugar donde los pacientes aguardan para ser atendidos. En este sitio deberán colocarse carteles orientadores según los signos y síntomas o las patologías en términos sencillos, como forma de organizar la guardia y así facilitar el proceso de la atención para los más urgentes.^{8,9}

Consultorios de Guardia

Lugar donde los pacientes reciben la atención global del motivo de consulta, siendo convocados según prioridad. Posteriormente serán observados, hospitalizados o se les otorgará el alta hospitalaria.^{10,11}

La categorización de pacientes desde el ingreso al Sector de Urgencias, en casos leves, moderados, graves o muy graves, y la toma de decisiones, son de importancia clave, y el punto de partida de la organización de la asistencia es fundamental al momento de organizar nuestra tarea tanto en el ámbito hospitalario como en el extrahospitalario (centro de salud, médico de cabecera, etc.).

Figura 1.



P1. Patologías de atención inmediatas - Emergencia.

P2. Patologías que no requieren atención inmediata.

Es por ello que se debe considerar en base a parámetros clínicos, y sobre estos, poder clasificar a nuestros pacientes en un Servicio de Urgencias, por niveles de atención desde el Nivel I (graves-atención inmediata) a Nivel V (diferibles).¹²⁻¹⁴

PARAMETROS CLÍNICOS NIVELES DE CATEGORIZACIÓN

Los parámetros clínicos para definir valoración y clasificación por niveles son:¹⁻⁶

1. Frecuencia y esfuerzo respiratorio.
2. Frecuencia cardíaca.
3. Relleno capilar.
4. Escala de Glasgow.
5. Herida penetrante.
6. Sospecha de fractura ósea.
7. Quemadura.
8. Sospecha de ingestión de tóxico o cáustico.
9. Dolor intenso.
10. Impresión del clasificador.

NIVEL I. Asistencia inmediata

Pacientes con riesgo vital inmediato que requieren resucitación porque tienen alteradas sus funciones vitales. El ejemplo más frecuente en pediatría es el niño que llega convulsivando

Pacientes con:

- Paro cardíaco, paro respiratorio actual o inminente.
- Pérdida de conciencia.
- Politraumatizados y traumatismos craneoencefálicos graves.
- Convulsiones.
- Necesidad de soporte vital o tratamiento activo.

NIVEL II. Asistencia menor a 15 minutos

Situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital real si no se actúa en un tiempo breve. Son pacientes con signos y/o constantes vitales alterados. También se incluyen en este grupo pacientes con situaciones concretas que merecen una atención en un tiempo muy corto aunque no tengan riesgo vital, por ejemplo pacientes con dolor intenso en el momento de su llegada a urgencias, sospecha de enfermedades muy graves y con riesgo de deterioro rápido (fiebre + petequias), etc., o pacientes que tienen riesgo real si permanecen en la sala de espera (inmunocomprometidos, etc.).

Pacientes:

- Remitidos por equipo de emergencias.
- Traslados desde una unidad de cuidados

intensivos y/o urgencias, acompañados por médicos.

- Trasladados en ambulancia.
- Remitidos por otro médico con carácter urgente.
- Menores de tres meses con fiebre.
- Fiebre y lesiones cutáneas.
- Fiebre alta y afectación del estado general.
- Mareo, palidez, y sudoración.
- Dolor y afectación del estado general/dolor torácico.
- Traumatismo craneoencefálico leve.
- Dificultad respiratoria.
- Alteración del nivel de conciencia (tendencia al sueño, post-pérdida de conciencia).
- Estados post-críticos o externaciones recientes.
- Hematemesis/melenas/sangrado con compromiso hemodinámico.
- Alergias / edema de cara.
- Vómitos / diarrea con afectación del estado general.
- Diabetes u otra enfermedad crónica descompensada.
- Ingesta o contacto con tóxicos o cuerpo extraños.

NIVEL III. Asistencia menor a 30 minutos

Situaciones urgentes, de riesgo vital potencial, que generalmente requieren múltiples exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas, en pacientes con estabilidad fisiológica (constantes vitales normales o sólo ligeramente alteradas), aunque existe riesgo de que se alteren los parámetros con el tiempo. También se incluyen pacientes que merecen ser atendidos en un tiempo no muy largo por aspectos epidemiológicos o por la intensidad de su dolor.

Pacientes:

- Remitidos por otro médico SIN CARACTER DE URGENCIA.
- Menores de un mes con consulta no urgente.
- Con enfermedad previa: cáncer, cardiopatía, enfermedad psiquiátrica, discapacitado motor, diabetes.
- Fiebre sin compromiso del estado general.
- *Dolor* cólico, cefalea, dolor de espalda, dolor abdominal agudos (escala 7-10).
- Vómitos y/o diarrea sin afectación del estado general.
- Cuadros respiratorios agudos sin dificultad respiratoria.

- Hemorragia gastrointestinal o ginecológica sin compromiso hemodinámico.
- Situaciones de Maltrato y / o Abuso.

NIVEL IV. Asistencia menor a 60 minutos

Situaciones poco urgentes, sin riesgo vital pero que son potencialmente complejas, que pueden requerir recursos como exploraciones complementarias y pueden beneficiarse de ser asistidos en urgencias sin esperar a una posible visita programada en atención primaria.

Pacientes con:

- Traumatismo craneal, vigil, sin vómitos.
- Traumatismo menor.
- Dolor abdominal (agudo).
- Dolor torácico, trauma menor o músculo-esquelético.
- Vómitos y/o diarrea (mayor de 2 años sin deshidratación).
- Intento de suicidio/ depresión.
- Reacción alérgica (menor).
- Cuerpo extraño en córnea.
- Dolor de espalda (crónico).
- Síntomas de infección de orina.
- Escala de dolor 4-7.
- Dolor de cabeza (no migraña, no súbito).

NIVEL V. Asistencia mayor a 60 minutos

Situaciones que pueden ser agudas pero no son urgentes o que forman parte de un proceso crónico. En cualquier caso, su atención podría ser retrasada y referida al equipo de consultorio externo. Tiempo de atención: puede diferirse hasta 120 minutos.

Pacientes con:

- Traumatismo menor. No necesariamente agudo.
- Dolor de garganta, sin síntomas respiratorios.
- Diarrea (sin deshidratación).
- Vómitos, estado mental normal, sin deshidratación.
- Alteraciones menstruales.
- Síntomas menores.
- Dolor abdominal (crónico).
- Dolor psiquiátrico.
- Escala de dolor <4.

SISTEMAS DE TRIAGE EN LA EMERGENCIA PEDIÁTRICA

Desde los años sesenta se han venido creando sistemas de *Triage*, pero recién en la década de los noventa es cuando se desarrollan con suficiente calidad y aceptación

logrando la evidencia científica necesaria en cuanto a validez, utilidad y reproducibilidad.^{2,10,11}

En la actualidad existen 5 escalas con adecuada validez científica para ser consideradas como de *Triage* estructurado: la *Australasian Triage Scale* (ATS) publicada inicialmente en 1993 y revisada en el año 2000; la *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale* (CTAS) de 1995; el *Manchester Triage System* (MTS) introducido en 1996; el *Emergency Severity Index* (ESI) desarrollado en EE.UU. en 1999; el Modelo Andorrano de *Triage* (MAT), aprobado por el Servicio Andorrano de Atención Sanitaria en el año 2000.^{12,13}

Todas ellas tienen en común el clasificar a los pacientes en 5 niveles de urgencia. El nivel I se reserva para los pacientes que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato. El nivel II se adjudica a las situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital inmediato y cuya intervención depende radicalmente del tiempo. Generalmente son situaciones de alto riesgo, con inestabilidad fisiológica o dolor intenso. El nivel III lo constituyen las situaciones urgentes, de riesgo vital potencial, que generalmente requieren múltiples exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas en pacientes con estabilidad fisiológica. El nivel IV son situaciones menos urgentes, potencialmente serias y de complejidad-urgencia significativa, constituyéndose en estándares de la atención en los servicios de urgencias. Generalmente los pacientes con un nivel IV de urgencia necesitan una exploración diagnóstica y/o terapéutica. Por último, el nivel V son las situaciones menos urgentes o no urgentes. Son en general problemas clínico-administrativos, que no requieren ninguna exploración diagnóstica y/o terapéutica y que nos pueden permitir una espera de hasta 4 horas para ser atendidas sin riesgo para el paciente.^{13,14}

Actualmente sólo la escala canadiense tiene una versión pediátrica (PaedCPTAS) que en realidad difiere en muy pocos aspectos de la de los adultos. De esta versión pediátrica no se ha publicado hasta la fecha ningún estudio de validación, sino únicamente un estudio de concordancia, con resultados bastante discretos.¹³

De los trabajos publicados con las diferentes escalas, el MAT es el que ha obtenido mejores resultados y ha sido el recomendado para utilizarse en los hospitales catalanes

y españoles. Además dispone de un software para su aplicación práctica, el Programa de Ayuda al *Triage* (PAT) cuya validación ha sido ya publicada.^{2,3,5}

El MAT está diseñado para su uso en pacientes adultos y está pendiente de adaptarlo al paciente pediátrico.^{13,14}

A continuación se describen algunas consideraciones de cada escala:

Australasian Triage scale (ATS): Es un modelo formalmente conocido como la Escala Nacional de Triage, provee criterios para la emergencia. Se puede adaptar a pacientes de diferentes edades, siendo destacables al menos 3 criterios pediátricos: el niño en shock (nivel 1), recién nacidos (nivel 2), y niños en / o con factores de riesgo (nivel 3).^{15,16}

Canadian Triage and Acute Scale (CTAS): Desde el año 2001 instrumentado este sistema de Triage,¹⁷⁻¹⁹ considera 5 niveles de categorización, jerarquizando en la emergencia los pacientes en virtud de los síntomas respiratorios, siendo el nivel 1 el que corresponde a los pacientes hiperagudos: distress respiratorios, hipoxemias, etc. El nivel 2 agrupa a aquellos con síntomas respiratorios moderados: tos, taquipnea, distress intermitente, etc. El nivel 3 agrupa a aquellos con compromiso respiratorio menor tales como: neumonías, bronquiolitis o crup laríngeos. Los niveles 4 y 5 corresponden a pacientes sin cuadros respiratorios significativos.²⁰⁻²⁵

Manchester Triage System (MIT): Consiste en una escala de 52 ítems de diferentes planteos médicos en 5 niveles de clasificación²⁶. Algunos de ellos específicamente pediátricos como: niño irritable, niño en regular estado general, taquipnea, dolor abdominal en niños, dificultad respiratoria o síntomas gastrointestinales, padres desequilibrados emocionalmente ante la situación del niño enfermo. El sistema plantea 5 niveles de categorización. La última actualización del método se realizó en el año 2006 con adaptación a una emergencia pediátrica.^{27,28}

Emergency Severity Index (ESI): Sistema de Triage de 5 niveles desarrollado en los Estados Unidos en 1999.²⁹ El nivel 1 corresponde a pacientes con riesgo de vida y el nivel 5 a aquellos que permiten demorar su atención. El sistema tiene en cuenta los recursos diagnósticos en la Sala de Emergencia, a saber: laboratorio, rayos X, ecografías, tomografías etc. O bien de tratamiento, a saber: venoclisis, fluidos, suturas, etc. Los pacientes que categorizan en nivel 4 y 5 a menudo

no requieren sistemas de diagnósticos. En la cuarta actualización del método se adicionó una grilla especial referida a la fiebre en los niños, ubicando a los mismos en los niveles 2 o 3 según edad y estado general.^{30,31}

Modelo Andorrano de Triage (MAT): El Modelo Andorrano de Triage se desarrolló a partir del año 2003, categorizando los pacientes en 5 niveles de emergencia, siendo los niveles 4 y 5 de baja complejidad y diferibles, mientras que los niveles 1, 2 y 3 corresponde a los que requieren atención prioritaria en la Urgencia.^{32,33}

Debe considerarse que el **dolor**, como motivo de consulta es jerarquizado como tal solo en las Escalas Canadiense y de Manchester.^{22,23,26}

Una escala de valoración, deberá cumplir con los criterios de:

- **Reproducibilidad:** Grado de concordancia entre distintos observadores y entre el mismo observador en situaciones similares.¹
- **Utilidad:** Relacionar el grado de urgencia con la gravedad real del paciente.²⁻³
- **Validez:** indica cómo asignar un nivel de prioridad a los pacientes a asistir.⁷⁻⁸

En el ámbito pediátrico, las distintas escalas tienen mayor o menor aplicabilidad⁸⁻¹⁴.

La Australiana (ATS) y la de Manchester (MIT) tienen algunos criterios y algoritmos específicos para pediatría pero no una versión pediátrica completa¹²⁻¹³. El *Emergency Severity Index* (ESI) incluye particularidades específicas a nivel de constantes vitales categorizadas por edad y de criterios para el niño febril. La escala Canadiense tiene una versión pediátrica (CPTAS) que conserva ítems de la escala de adultos (en realidad difiere muy poco ésta, añadiendo algunas cuestiones aplicables al niño).^{24,25,30} El Método Andorrano ha desarrollado recientemente una versión específicamente pediátrica (2006), aportando una revisión exhaustiva de todo su contenido para adaptarla al niño.³² **De todas ellas sólo el ESI y el MAT han demostrado en un solo estudio su validación para pediatría.**^{11,13,31} La ATS y la CPTAS tienen una concordancia mucho menor en el niño que en el adulto y sus mismos autores concluyen que es necesario perfeccionarlas para su aplicación universal.^{11,12}

Resulta difícil alcanzar un nivel del 100% de sensibilidad y especificidad. Una alta sensibilidad puede resultar en una baja especi-

ficidad cuando los pacientes con problemas banales son asumidos como urgentes. Esto trae como consecuencia un tiempo de espera prolongado, que demora la atención de los más graves.

Actualmente la inadecuada utilización de los servicios de urgencias pediátricos por parte de la población provoca una asistencia masiva y un incremento de la demanda asistencial que es extrema sobre todo en ciertos periodos estacionales como otoño-invierno.^{9,13}

RECOMENDACIONES EN LA ORGANIZACIÓN DE UN SISTEMA DE TRIAGE

Todos los sistemas de clasificación pueden verse influidos por una serie de factores que deben de ser tenidos en cuenta a la hora de planificar la implementación de un sistema de clasificación de pacientes.³²⁻³⁴

Es necesario poder contar con una estructura funcional del servicio de Guardia, ya que el diseño arquitectónico juega un papel fundamental en la atención sanitaria de calidad a los pacientes que acuden a una unidad de urgencia hospitalaria.

La frecuencia de consultas en la misma permite, por un lado hacer un cálculo de las necesidades estructurales y por otro una distribución de recursos en función del flujo variable de pacientes en las diferentes franjas horarias, días de la semana y meses del año teniendo en cuenta épocas de alta frecuencia de consultas: bronquiolitis, enfermedad respiratoria, etc.^{35,36}

Igualmente interesa la disponibilidad de personal sanitario idóneo suficiente, de sistemas informáticos (administrativo y asistencial) entre otros recursos, dado que son factores de importancia fundamental para un buen funcionamiento del sistema de clasificación en urgencias.

Los tiempos de espera deberían correlacionarse con la prioridad correspondiente: un tiempo de espera prolongado en el nivel I o II, reflejarían falencias en el sistema.

No es menos significativo el tiempo de espera para la derivación de pacientes de niveles I o II a otros centros asistenciales de mayor complejidad, que se agudiza sobre todo en los periodos de mayor demanda de camas para internación como son los meses de invierno. Asimismo, la demora en la atención de los niveles superiores, de menor gravedad, a saber IV o V, hablaría de una falencia por parte del Departamento de Urgencias de

la institución en agilizar la respuesta a la demanda de los menos graves.

La construcción del nuevo Edificio del Departamento de Urgencias y la nueva Guardia Externa en nuestro Hospital persigue la adaptación del sistema a la demanda creciente en un Hospital de tercer nivel.

CONSIDERACIONES DEL TRIAGE EN PEDIATRÍA

Los servicios de urgencias pediátricos con frecuencia reciben una elevada afluencia de pacientes, por lo cual es preciso realizar una valoración previa de los mismos para establecer prioridades en la atención.^{1,2} En nuestro Hospital "Ricardo Gutiérrez", como ocurre en la especialidad, en todos los ámbitos, la frecuencia y demanda de pacientes que asisten al Departamento de Urgencias es estacional.

Es imprescindible que en nuestros Servicios de Urgencias Pediátricos se instauren áreas de prioridad asistencial, donde se pueda establecer. Nuestra experiencia nos dice que un primer contacto inmediato al ingreso del paciente, con el fin de que sea evaluado con criterios de valoración, permite un ordenamiento del trabajo asistencial, evitando el retraso de la atención a determinados pacientes a los que es imperioso asistir con prioridad.^{6,7}

La Orientación cumple un rol significativo en esta etapa.

La mayoría de las consultas pediátricas en un servicio de Guardia son afecciones auto-limitadas, muchas de ellas requerirán de observación, la mayoría de ellos serán dados de alta luego de su evaluación.⁸

Las consultas no urgentes muchas veces hacen uso sustitutivo de un Servicio de Consultorios Externos por el Departamento de Urgencias.^{35,36}

El desempeño de los servicios de urgencias pediátricas, se deben estructurar entonces sobre un eje conductor, que es la **gravedad del niño**.^{1,12} La consulta se inicia en el área de urgencias y puede de acuerdo al diagnóstico terminar en internación en cuidados intensivos, en salas de clínica o permanecer en observación en guardia, o bien ser derivados a consultorio ambulatorio para seguimiento.^{3,9,12}

CONCLUSIONES

El Departamento de Urgencias atiende una demanda constante de pacientes y suele ser muchas veces el principal acceso al sis-

tema de salud de la población cualquiera sea su carácter, público o privado, lo que lo convierte en una variable fundamental en la percepción de **calidad**.^{33,34}

Esto es un tema de permanente evaluación en el día a día de nuestro sistema de Selección en Guardia.

Para garantizar la mejora en la eficiencia que aportan los sistemas de clasificación, es necesario evaluar y relacionar los niveles establecidos con otros indicadores de calidad y con otras variables de actividad asistencial como son:^{3,4,36}

1. **Tiempo de clasificación:** la diferencia en tiempo no debe ser mayor de 5 minutos, para evitar que enfermos potencialmente graves estén esperando en la sala de espera.
2. **Tiempo de respuesta** en la primera asistencia médica. La espera máxima para la consulta inicial está en función de la clasificación que se haya efectuado según el nivel de gravedad del paciente.

Es importante, asimismo, evaluar en forma periódica el grado de satisfacción de los pacientes mediante la realización de una encuesta breve, autoadministrada y anónima, preferentemente en sala de espera, dirigida no sólo a conocer la opinión respecto a la calidad científica-técnica de la institución, sino también a otras variables de la atención médica, como ser, orientación, tiempo de espera, comunicación, relación médico-paciente etc.^{35,36}

Reflexiones finales

- Los sistemas de *Triage* son sistemas de organización útiles y efectivos.
- Se recomienda la implementación de este tipo de criterios de selección en los servicios de urgencia. Estos deben basarse en protocolos preestablecidos de acuerdo a las características de la población atendida.
- El sistema determina en función de las diferentes prioridades los tiempos de espera diferenciales, siendo significativamente menor en las más graves (*Triage* efectivo).
- El mismo reduce el tiempo de derivación de los pacientes a otros servicios en forma significativa.
- Estos sistemas deben ser constantemente reevaluados para disminuir los falsos negativos.
- Debería existir un sistema de *Triage* único

a nivel nacional, que permita no sólo atender en menor tiempo a los más graves, disminuyendo su mortalidad y/o secuelas, sino además, permitir la integración e interacción entre distintos servicios de salud y aumentar la satisfacción de los usuarios.

- Cada hospital organiza su servicio de urgencias pediátricas. No existen en los distintos niveles unanimidad de criterios respecto a qué modelo de *Triage* utilizar.
- En el HNRG no está estandarizado un sistema de selección de los pacientes que ingresan a la guardia. Si bien desde la implementación del Sistema de Orientación Médica, hay un intento de seleccionar los pacientes diferibles ambulatorios de los urgentes, esto se agota en parte de la jornada de atención que hasta el momento sólo se realiza en horarios centrales.
- Contando con el recurso humano, una Institución como la nuestra, el otro recurso es el edificio-operativo-organizacional del pabellón de Guardia Externa. El espacio físico del Departamento de Urgencias, abocado a la atención de pacientes, debe ser adaptado a la evolución de la demanda. Ello colabora con la dinámica del *Triage* y la operatividad del sistema de selección.
- El mecanismo orientación–categorización–atención presente en los consultorios agiliza la atención, priorizando la emergencia-urgencia, respondiendo mejor a la demanda creciente de consultas.

BIBLIOGRAFIA

1. Concheiro Guisán A., García García J.J., Díaz González E.P., et al. Aplicación de criterios de atención preferente (*triage*) en un servicio de urgencias Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. *An Esp Pediatr* 2001; 54: 233-237.
2. Berges Casas E., Hierro Guilmain F.J. et al. Estudio para la aplicación de una escala pediátrica de *Triage* (EPT) en un servicio de urgencias hospitalario. Hospital Infanta Elena, Huelva. Hospital Naval de San Carlos, San Fernando, Cádiz. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. *Vox paediatrica*, 10,1(29-32), 2002.
3. Loscertales Abril M., Alonso Salas M. et al. "Controversias en urgencias pediátricas en atención primaria y hospitalaria". Hospital Infantil HHU-VR, Sevilla, España. *Vox paediatrica*, 12, 2(7-14), 2004.
4. Sandell J. M., Maconochie I. K. and Jewkes F. Paediatric triage Prehospital Paediatric Emergency Care: *Emerg Med J* 2009;26:767-8; doi: 10.1136/emj.2008.061556.
5. Thompson T, MD, Stanford K., MD et al. Triage Assessment in Pediatric Emergency Departments A National Survey. *Pediatr Emerg Care* 2010; 26: 544Y548. www.pec-online.com
6. Thompson T, Stanford K, Dick R, Graham J. Triage assessment in pediatric emergency departments a national survey. *Pediatric emergency care*; Vol 26, Number 8, August 2010.
7. Guerrero, G. Triage Infantil en el Hospital Gregorio Marañón. Madrid. España XII Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas. Ponencia. San Sebastián. Abril de 2007.
8. Quintillá JM. El Triage en los servicios de urgencias pediátricos Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. España XII Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas. Ponencia. San Sebastián. Abril de 2007.
9. Medina J, Ghezzi C, et al. Triage: Experiencia en un Servicio de urgencias Pediátricas. *Arch Pediatr Urug* 2007;78(4).
10. Pacheco Sánchez FJ. Triage en Urgencias Pediátricas. Mesa Redonda: Actualización en Urgencias Pediátricas. Hospital Virgen de las Nieves (Granada). España. Bol. SPAO 2008; 2(1).
11. Hohenhaus S, Travers D. Pediatric Triage: A review of emergency education literature. *J Emerg Nurs* 2008;34:308-13.
12. Concheiro Guisán A, García García JJ, et al. Aplicación de criterios de atención preferente (*Triage*) en un servicio de urgencias. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. *An Esp Pediatr* 2001;54:233-7.
13. Sandell J M, Maconochie IK. Prehospital paediatric emergency care: paediatric triage. *Emerg Med J* 2009;26:767-8.
14. Galaz TC, Valladares G. Yanett, Sánchez GG, Fuente H María de la, Yentzen MG. *Triage* pediátrico: un sistema efectivo de priorización en los servicios de urgencia. *Rev. chil. pediatr.* [revista en la Internet]. 2005 Ene [citado Septiembre de 2009];76(1): 25-33. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062005000100003&lng=es
15. Sánchez Cabrera YJ, Hernández García S et al. Metodología de evaluación pediátrica en los Departamentos de Urgencias y Emergencias Médicas Revista Pediatría, 2009. Cuba.
16. Australasian College for Emergency medicine. Policy document. National Triage Scale. *Emerg Med* 1994;6:145-6.
17. Australian College for Emergency Medicine. Guidelines on the implementation of the australasian triage scale in Emergency departments [http://www.acem.org.au/media/Polices_and_guidelines/G24_Implementation__ATS.pdf].
18. Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale; Implementation Guidelines for Emergency Departments. *Can J Emerg Med* 2001;3 (4 suppl.).

19. Van Veen M, Moll HM. "Reliability and validity of triage systems in pediatric emergency" Care. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2009, 17:38 doi: 10.1186/1757-7241-17-38.
20. Gravel J., M.D.; Manzano S. ,M.D.; Validity of the Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale in a tertiary care Hospital. Division of Emergency Medicine, Department of Pediatrics, CHU Sainte-Justine, Université de Montréal, Montréal, Quebec, Canada. *CJEM* 2009; 11(1):23-8.
21. Warren DW, Jarvis A, et al. Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines (PaedCTAS). *CJEM* 2008; 10(3):224-32.
22. Warren Ma, Amiram Gafni. Correlation of the Canadian Pediatric Emergency Triage and Acuity Scale to ED resource utilization. *American Journal of Emergency Medicine* (2008) 26,893-7.
23. Gouin S, Gravel J, Amre DK, et al. Evaluation of the pediatric Canadian Triage and Acuity Scale in a pediatric ED. *Am J Emerg Med* 2005; 23:243-7.
24. Vertesi L. Does the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale identify non-urgent patients who can be triaged away from the emergency department? *Cjem* 2004, 6(5):337-342.
25. Gravel J, Manzano S, et al. Validity of the Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale in a tertiary care hospital. *CJEM* 2009; 11(1):23-8 janvier 2009.
26. Van Veen M, Zetterberg EW, Pediatrician et al. Manchester triage system in pediatric emergency care: prospective observational study. *BMJ* 4 october 2008; 337:a1501; Volume 337.
27. Lyon F, Boyd R, Mackway-Jones K. The convergent validity of the Manchester Pain Scale. *Emerg Nurse* 2005,13(1):34-38.
28. Durani Y, Brecher D, et al. The emergency severity index version 4 reliability in pediatric patients. *Pediatric Emergency Care* 25(11)November 2009.
29. Baumann MR, Strout TD. Evaluation of the Emergency Severity Index (version 3) triage algorithm in pediatric patients. *Acad Emerg Med* 2005;12:219Y224.
30. Storm-Versloot MN, Ubbink DT, Chin a Choi V, Luitse JS. Observer agreement of the Manchester Triage System and the Emergency Severity Index: a simulation study. *Emerg Med J* 2009,26(8):556-60.
31. Gómez Jiménez J, Boneu Olaya F, et al. Validación clínica de la nueva versión del Programa de Ayuda al Triage del Modelo Andorrano de Triage (MAT) y Sistema Español de Triage (SET). Fiabilidad, utilidad y validez en la población pediátrica y adulta. Servicio de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Nuestra Señora de Meritxell. Servei Andorrà D'atenció Sanitaria (SAAS). *Emergencias* 2006;18:207-214.
32. Grupo de Trabajo de Codificación Diagnóstica de la Sociedad de Urgencias de Pediatría de la Asociación Española de Pediatría. Codificación diagnóstica en Urgencias de pediatría. *An Esp Pediatr* 2000; 53: 263-274.
33. Thomas D. Special considerations for pediatric Triage in the emergency department. *Nurs Clin North Am.* 2004;37:145-59.
34. Sansa Perez J, Juncosa Font S y cols. Frequentación de los servicios de urgencias hospitalarias: Motivaciones y características de las urgencias pediátricas. *Arch Esp Pediatr* 1996; 46:97-104.
35. Maldonado T, Avner JR: Triage of the Pediatric Patient in the Emergency Department: Are We All in Agreement? *Pediatrics* 2004,114(2):356-60.
36. Gausche-Hill M, Schmitz C, Lewis R. Pediatric Preparedness of US Emergency Departments 2003 Survey. *Pediatrics* 2007; 120:1229-37.

Reanudar el cuestionamiento significa dar un paso muy grande hacia la cura.

Z. Bauman
Modernidad líquida