

Marina Herraiz Felipe

**LA IMPORTÀNCIA D'UN BON TRIATGE EN LA UNITAT
D'URGÈNCIES.**

TREBALL FI DE GRAU

Dirigit per: Sra. Estrella Martínez Segura



**CAMPUS TERRES DE L'EBRE
Universitat Rovira i Virgili**

Facultat d'Infermeria

TORTOSA 2017

“Lo urgente no siempre es grave y lo grave no siempre es urgente.”
Anònim

“L’observació indica com està el pacient; la reflexió indica què hi ha que fer; la destresa pràctica indica com hi ha que fer-ho. La formació i l’experiència son necessàries per saber com observar i què observar; com pensar i què pensar.”

Florence Nightingale (1820-1910)

Agraïments:

Agrair en primer lloc a la meua tutora, Estrella Martínez; pel seu temps i la seva dedicació. Sempre ha estat disposta a ajudar-me i així donar-me els seus millors consells que m'han ajudat i guiat en la realització d'aquest treball. **GRÀCIES!!** També a la meua família, per animar-me sempre a seguir endavant i suportar-me, sobretot als meus pares per ser el motor i guia durant el meu camí, vos vull molt!

INDEX

Llistat de abreviacions	Pag. 5
Resum	Pag. 6
1. Introducció	Pag. 7
2. Justificació del tema	Pag. 9
3. Marc conceptual	Pag. 10
3.1. Història	Pag. 10
3.2. Definició	Pag. 12
3.3. Models	Pag. 15
3.3.1. Australian Triage Scale (ATS)	Pag. 16
3.3.2. Canadian Emergency Department Triage&Acuity Scale (CTAS).	Pag. 18
3.3.3. Manchester Triage System (MTS)	Pag. 19
3.3.4. Emergency Severity Index (ESI)	Pag. 21
3.3.5. Sistema Español de Triage (SET)	Pag. 24
3.4. Competències (Skills)	Pag. 27
3.5. Model d'Infermeria segons Patricia Benner	Pag. 31
4. Objectius	Pag. 37
5. Metodologia	Pag. 38
6. Resultats	Pag. 39
7. Anàlisi	Pag. 47
8. Conclusió	Pag. 55
9. Implicacions per a la pràctica clínica	Pag. 57
10. Implicacions per a la investigació	Pag. 58
11. Limitacions	Pag. 59
14. Bibliografia	Pag. 60

Llistat d'abreviacions

- **SEMES:** Societat Espanyola de Medicina d'Urgències i Emergències.
- **EEUU:** Estats Units.
- **MAT:** Model Andorrà de Triage.
- **CTAS:** Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale.
- **SET:** Sistema Espanyol de Triage.
- **SET-MAT:** Sistema Espanyol de Triage a partir del Model Andorrà de Triage.
- **RAE:** Reial Acadèmia de la Llengua Espanyola.
- **SEEUE:** Societat Espanyola d'Infermeria d'Urgències i Emergències.
- **SIE:** Sistemes Integrals d'Emergències.
- **OMS:** Organització Mundial de la Salut.
- **AMA:** Associació Mèdica Americana.
- **ATS:** Australian Triage Scale.
- **MTS:** Manchester Triage System.
- **ESI:** Emergency Severity Index.
- **CAEP:** Asociación Canadense de Metges d'Urgències.
- **NENA:** Asociación Nacional d'Infermers d'Urgències.
- **NTS:** Grupo Nacional de Trabajo
- **GET-M:** Grupo Nacional de Triage Manchester.
- **PAT:** Programa d'Ajuda al Triage.
- **SCMU:** Societat Catalana de Medicina d'Urgències.
- **SU:** Servicios d'Urgències.
- **SUH:** Serveix d'Urgències Hospitalàries.
- **SUH-CAT:** Serveis d'Urgències Hospitalaris.
- **NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association.
- **NIC:** Nursing Interventions Classification.
- **NOC:** Nursing Outcomes Classification.
- **RAC:** Recepció, Acolliment i Classificació.
- **EVA:** Escala Visual Analògica.
- **EVN:** Escala Visual Numèrica.

Resum

El procés de triatge es pot definir com un procés de valoració clínica preliminar, mitjançant el qual s'ordenen als pacients abans de la seva corresponent valoració diagnòstica i terapèutica. Consisteix en valorar clínicament als pacients en funció de la seva urgència o gravetat i no segons la seva ordre d'arribada als serveis d'urgències hospitalaris.

La implantació d'un triatge estructurat útil, vàlid i reproduïble és l'aposta de futur per millorar la qualitat dels serveis d'urgències.

El triatge és realitzat per infermeria, amb o sense ajuda mèdica o per facultatius a través del procediment de recepció, acolliment i classificació.

Existeixen cinc models de triatge normalitzats, universals, estructurats, consensuats i estandarditzats; que disposen de cinc nivells de prioritització amb uns temps d'atenció establerts, els quals es basen en categories simptomàtiques, discriminants clau i algorismes clínics.

L'objectiu general d'aquest treball és aprofundir sobre el triatge hospitalari en el pacient adult amb la finalitat de conèixer els diferents tipus o models de triatge a nivell nacional, les competències i/o habilitats necessàries per a realitzar un triatge satisfactori i el tipus de formació necessària per a que un/a infermer/a sigui capaç de treballar en triatge de forma segura per al pacient, per la qual s'ha realitzat una recerca bibliogràfica.

L'exploració i l'observació d'aquesta informació em fa concloure que el triatge es un pilar fonamental en els serveis d'urgències, on ha de ser una ferramenta objectiva, on el personal encarregat de dita tasca ha d'estar totalment preparat, per el qual cosa, la formació és primordial.

Paraules claus: triage and nursing and emergency department.

1. Introducció.

Un dels problemes més rellevants dels serveis d'urgències és la falta de homogeneïtat en el procés que segueixen els pacients en aquests serveis.^{1, 2}

La urgència és aquella situació clínica amb capacitat per generar deteriorament o perill per a la salut o la vida d'un pacient, en funció del temps transcorregut entre la seva aparició i la instauració d'un tractament efectiu.^{3,4}

La gravetat es relaciona amb el grau de descompensació fisiològica i/o pèrdua de la funció d'un o més òrgans i amb probabilitat de mort ⁵.

L'estudi i el desenvolupament de l'atenció urgent a Espanya, realitzada per la Societat Espanyola de Medicina d'Urgències i Emergències (SEMES), ha posat de manifest l'existència de certs problemes en l'organització i en la gestió de la qualitat dels serveis d'Urgències i Emergències, que en moltes ocasions s'objectiven en el triatge dels pacients que acudeixen o són remesos a aquests serveis.^{1, 6, 7}

L'interès principal que té la implantació d'un sistema de triatge d'urgències i emergències estructurat d'àmbit nacional, resideix en l'homogeneïtzació i estandardització del triatge dels pacients, tant en els serveis d'urgències hospitalàries com en els sistemes i serveis d'emergències. Aquest és el punt crític per a una gestió de qualitat en les urgències i emergències.^{1, 6}

El concepte de triatge és un terme d'origen francès, actualment acceptat per tota la comunitat mèdica mundial i que significa classificació de pacients segons el seu estat de salut.⁸

El triatge garanteix la categorització dels pacients segons el grau d'urgència dels símptomes i signes que presenten i prioritza l'assistència dels mateixos, garantint que els valorats com més urgents són visitats prioritàriament. Aquest ha de tenir suficient solidesa científica per ser aplicat.⁶

Actualment existeixen diferents models de triatge normalitzats, universals, estructurats, consensuats i estandarditzats, adaptats a l'àrea d'urgències hospitalàries.

La Infermeria d'urgències s'encarrega d'atorgar els nivells corresponents segons una anamnesi inicial, abans de rebre una prestació assistencial, ja que el triatge intrahospitalari és un competència quasi 100% del personal d'infermeria i nosaltres, les infermeres, som les responsables d'aquesta tasca i, com sempre, hem de tenir en compte que estem tractant amb vides humanes i no hi ha res més valuós, per tant, és necessària l'expertesa i la formació adequada per donar la millor atenció.

Els usuaris requereixen ser atesos amb eficàcia, esperant el mínim temps possible i garantint-los els millors resultats. El procés de classificació dels pacients que acudeixen als serveis d'urgències s'ha convertit en una necessitat, a causa de la gran saturació que sofreixen aquests serveis, sense ser situacions de desastre, catàstrofe o alguna altra eventualitat massiva.⁹

2. Justificació.

He escollit aquest tema donat que les urgències hospitalàries és un dels llocs que més m'atrau ja que la infermeria té un paper autònom sobretot en el procés de triatge i a la vegada on el treball en equip és fonamental. També un del motiu que m'atrau per fer aquesta recerca bibliogràfica son les competències o característiques que ha de tindre una infermera per a aconseguir ser bona en el servei de triatge intrahospitalari. Entre estes habilitats trobem, posseir domini comunicatiu, saber reconèixer i identificar ràpidament als pacients en situació de risc vital i tindre capacitat per a la presa de decisions, lideratge i gestió, entre altres.

Per aquestos motius, l'objectiu del meu treball, és fer una cerca bibliogràfica on es pugui aprofundir en tot el que al procés de triatge es refereix, des de les seves bases fins a la funció infermera, i poder demostrar que la disponibilitat d'un sistema de triatge estructurat, permet millorar la qualitat de l'atenció als pacients, subministrant una organització adequada en els serveis d'urgències, impartint una assistència equitativa a l'usuari segons la seva gravetat.

3. Marc conceptual.

El marc conceptual d'aquest treball es basa en el desenvolupament del concepte de triatge hospitalari, el tipus de models que hi han i les competències d'infermeria necessàries per a desenvolupar un triatge satisfactori.

3.1. Història

El triatge, va néixer a França durant les guerres en l'exèrcit de Napoleó. El mentor del triatge modern és el baró Dominique Jean Larrey (1766-1845), qui durant la seva activitat com a cirurgià en l'exèrcit napoleònic va crea un sistema per a que els soldats que requerissin cuidatges més urgents fossin atesos amb major promptitud.¹⁰

Durant els anys 60, en els Estats Units (EEUU) es va desenvolupar un sistema clàssic de classificació en tres nivells de categorització (emergent, urgent i no urgent), que va ser sobrepassat a finals del segle passat per un nou sistema americà de quatre categories (Categoria I: Emergència, Categoria II: Alt potencial d'urgència, Categoria III: Urgència potencial, Categoria IV: No urgència). Aquests sistemes no han aconseguit un grau d'evidència científica suficient respecte a la seva utilitat, validesa i reproductibilitat com per a ser considerats models del triatge estructurat, per la qual cosa en la dècada de 1990 van iniciar nous treballs per establir escales de triatge més o menys universals i es van prendre com a base comuna cinc nivells prioritaris, amb l'objectiu d'aplicar-los de forma segura.

L'aplicació d'aquestes escales parteix d'un concepte bàsic en triatge: *l'urgent no sempre és greu i el greu no sempre és urgent*. Això fa possible classificar als pacients a partir del "grau d'urgència", és a dir, els pacients més urgents seran assistits primer i la resta seran revaluats fins a ser vistos pel metge.^{3, 10, 11}

El Dr. Josep Gómez Jiménez i els seus col·laboradors desenvolupen al juny de 2000, a l'Hospital Nostra Senyora de Meritxell d'Andorra, un nou sistema de triatge estructurat denominat «Model Andorrà de Triage» (MAT), que neix d'una adaptació conceptual de la Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) i converteix una escala basada en símptomes i diagnòstics sentinella, en una escala basada en categories simptomàtiques amb discriminants clau i amb algoritmes clínics en format electrònic.

Els seus principis fonamentals són:

- Triage de 5 nivells normalitzat, amb un programa informàtic de gestió del triatge i un altre d'ajuda a la decisió clínica en el triatge (web_e-PAT).
- És un model de triatge d'infermeria no excloent, que prioritza la urgència del pacient sobre qualsevol altre plantejament.
- Integrat en un sistema de millorança contínua de la qualitat, amb seguiment d'indicadors de qualitat en el triatge.
- S'ha d'integrar en un model global d'història clínica electrònica.

En 2003 va ser assumit per la SEMES com el model estàndard de triatge en castellà per a tot el territori espanyol i es va denominar Sistema Español de Triage (SET). A Espanya la SEMES adopta el MAT com el Sistema Espanyol de Triage a partir del Model Andorrà de Triage (SET-MAT).¹²

Aquest mateix doctor, recull en el document anomenat “Concepte de triatge d'urgències i emergències estructurat i escales, models i sistemes de triatge estructurat” l'evolució històrica del mateix, desenvolupant primer un sistema clàssic de classificació en 3 nivells de categorització (emergent, urgent i no urgent) substituït per un nou sistema americà de 4 categories (I,II,III,IV). Finalment es va constituir un sistema de triatge de cinc nivells, vàlid, útil, fiable, rellevant i aplicable. Aquesta implantació implica la disponibilitat d'una estructura física, professional i tecnològica als centres on s'atenen les urgències i emergències, que permetin fer el triatge segons un model de qualitat avaluable i contínuament millorable.^{3, 13, 14}

3.2. Definicions.

El terme “triage” no és una expressió acceptada per la Reial Acadèmia de la Llengua Espanyola (RAE). En canvi el terme “triaje” sí que està reconegut per la RAE, que significa acció i efecte de triar.

També existeix el verb triar, que significa, entre altres excepcions: escollir, separar, entresacar.¹⁵

La Societat Espanyola d'Infermeria d'Urgències i Emergències (SEEUE), aclareix la utilització del terme “triaje”, per el seu significat i aplicació històrica, que ha de quedar circumscrit, en la terminologia sanitària, per definir la classificació de víctimes produïdes per catàstrofes.

“Triaje” és un terme que en la pràctica assistencial sempre, sense cap gènere de dubte o controvèrsia, ha estat acceptat el seu ús per definir la classificació mitjançant colors en situacions d'accidents o catàstrofes amb múltiples mates que reben assistència sanitària. Entenem aquesta situació no en l'àmbit de les Urgències Hospitalàries, sinó en l'atenció d'emergències extra o prehospitalàries des de qualsevol dels efectius englobats en els actuals Sistemes Integrals d'Emergències (SIE).

L'extrapolació del terme “triaje” a l'acció de classificar pacients, en els serveis d'urgències dels hospitals i en l'atenció primària, no coincideix amb el seu significat i ús original, o almenys amb l'ús original del terme, màxim quan en el nostre idioma l'acció a la qual s'aplica aquest terme es correspon amb el concepte de “classificar”.

El primer contacte dels pacients amb el personal sanitari en els serveis d'urgències tant hospitalàries com del nivell assistencial de Primària, és entès i definit, per la SEEUE, com a RECEPCIÓ, ACOLLIMENT I CLASSIFICACIÓ DELS PACIENTS EN URGÈNCIES, en honor d'una prioritització, i ordenació eficaç, de l'atenció sanitària i dels cuidats infermers, d'acord amb els recursos materials i humans disposats per l'entitat responsable i prestadora de l'assistència, i disponibles a el moment assistencial, considerant a més les estructures físiques i espacials on s'apliquin aquesta assistència i cures.¹⁶

I això en funció dels problemes dels pacients, manifestacions, respostes humanes i necessitats derivades i, expressades per ell mateix i la seva família, i/o detectades pel propi professional d'Infermeria.¹⁶

També, segons el diccionari del departament de terminologia de la Generalitat de Catalunya, triatge significa procediment sistemàtic de classificació d'accidentats o de malalts que ingressen en el servei d'urgències d'un centre o una unitat assistencials d'acord amb la gravetat de les seves lesions i la disponibilitat assistencial existent a fi que puguin rebre el tractament més adequat.¹⁷

El triatge d'urgències és un procés de valoració clínica preliminar que classifica els pacients segons al grau d'urgència/gravetat de la seva salut abans de la valoració diagnòstica i terapèutica completa, i d'aquesta manera prioritza l'assistència dels mateixos garantint que els valorats com més urgents són visitats prioritàriament.⁵

Per tant, la finalitat del triatge no és la disminució dels temps d'espera, sinó la millora de l'assistència en dits serveis, ja que controla el risc davant una eventual espera per ser atès; és a dir, millora la seva seguretat clínica.¹⁸

La disponibilitat d'un sistema de triage estructurat és una mesura fonamental per millorar la qualitat dels Serveis d'Urgències i Emergències, protegir als pacients, augmentar la satisfacció dels usuaris i optimitzar recursos.¹⁹

El triatge estructurat entén per urgència aquella situació clínica amb capacitat per generar deterioració o perill per a la salut o la vida d'un pacient en funció del temps transcorregut entre la seva aparició i la instauració d'un tractament efectiu.^{3, 4}

Aquets és un procés que ens permet una gestió del risc clínic per poder manejar adequadament i amb seguretat els fluxos de pacients quan la demanda i les necessitats clíniques superen o no als recursos.

Existeix una generalitzada confusió entre el concepte d'urgència, tal com s'entén en els sistemes de triatge estructurat i el concepte de gravetat, no sent infreqüent que al definir el triatge es parla de classificació de pacients per nivells de gravetat, quan en realitat el que classifiquem és el nivell d'urgència dels pacients.

- Urgència: Qualitat d'urgent. Assumpte que es deu solucionar amb rapidesa.
- Gravetat: Qualitat de greu. Estat d'una persona.¹¹

La Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix com urgència sanitària “l'aparició fortuïta en qualsevol lloc o activitat, d'un problema de salut de causa diversa i gravetat variable, que genera la consciència d'una necessitat imminent d'atenció per part del subjecte que ho sofreix o de la seva família”.

Aquesta definició porta implícita la varietat de la urgència i engloba aspectes subjectius. Fet que indica, d'una banda, que totes les urgències no són iguals, per una altra, que urgència i gravetat no són sinònim, i finalment, que qualsevol intent de classificació de la urgència ha de contemplar tant els aspectes objectius com els subjectius.²⁰

En canvi, l'Associació Mèdica Americana (AMA) defineix urgència com “tota aquella condició que, en opinió del pacient, la seva família, o qui vulgui que assumeixi la responsabilitat de la demanda, requereix una assistència sanitària immediata”.²¹

Aquesta definició s'aproxima a la descripció per la OMS si englobem tots els aspectes subjectius, ja que són els de major pes per a l'usuari i el seu entorn.

Les funcions i els objectius d'un bon triatge intrahospitalari són:

- Identificar ràpidament als pacients en situació de risc vital, mitjançant un sistema estandarditzat o normalitzat de classificació.
- Assegurar la prioritització en funció del nivell de classificació d'acord amb la urgència de la condició clínica del pacient.

- Assegurar la reavaluació periòdica dels pacients que no presenten condicions de risc vital.
- Donar informació sobre quins són les necessitats de les exploracions diagnòstiques preliminars.
- Disminuir la congestió del servei d'urgències millorant el flux de pacients dins d'aquest servei.
- Determinar l'àrea més adequada per tractar a un pacient que acudeix al servei d'urgències.
- Informar als pacients i als familiars del tipus de servei que es necessita i el temps probable d'espera.
- Contribuir amb informació que ajudi a definir la complexitat del servei, eficiència i satisfacció de l'usuari.
- Crear un llenguatge comú per a tots els professionals que treballen en el servei d'urgències.^{3, 4, 11}

3.3. Models

Actualment existeixen 5 models de triatge normalitzats, universals, estructurats, consensuats i estandarditzats, adaptats al area de urgències hospitalàries.

1. La Australian Triage Scale (ATS).
2. La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS).
3. El Manchester Triage System (MTS).
4. El Emergency Severity Index (ESI). Introduïda pel Grup de treball ESI l'any 1999 utilitzant com a referent la MTS.
5. El Sistema Español de Triage (SET) adoptat per la SEMES a partir del MAT.⁹

3.3.1. Australian Triage Scale (ATS)^{22, 23.}

El seu ús està dissenyat per a entorns de servei d'urgències en Austràlia i Nova Zelanda. El paper de l'ATS és com una eina clínica per garantir que els pacients són vistos de manera oportuna, proporcional a la seva clínica urgència. No només ha de ser usat per descriure la urgència, es requereixen mesures separades per descriure la gravetat, la complexitat, la qualitat de l'atenció, la càrrega de treball i dotació de personal.

Tots els pacients que acudeixen al servei d'urgències, a la seva arribada deuran ser classificats per els membres d'un equip d'avaluació especialment entrenat i amb experiència. Els quals poden ser infermers/res, metges/metgesses o una combinació d'ambdós.

Aquest triatge no deu tardar més d'entre 2 a 5 minuts, amb un objectiu centrat en la rapidesa d'atenció i la rigorositat, obtenint la suficient informació a través d'una entrevista entre personal sanitari – pacient (o acompanyant si el pacient té algun impediment per poder expressar-se) per determinar la urgència i identificar la necessitat immediata.

L'avaluació de classificació i la categoria del ATS adjudicat deurà ser registrat, amb un procés de revaluació continua dels pacients en espera realitzat pel personal sanitari especialitzat. A més, si les característiques clíniques canviessin, es deuria reavaluar al pacient en conseqüència.

El paper d'infermeria no és necessari que realitzi cap diagnòstic. Les constants vitals s'hauran de prendre en aquells casos en els quals siguin necessaris per valorar la urgència.

Per a cada nivell/categoria existeix un temps màxim d'atenció que no ha de sobrepassar-se, aquest temps ja està determinat i si es sobrepassa, com ja hem anomenat, ha de fer-se un revaluació.

La documentació que es recull de l'examen ha d'incloure com a mínim: data i hora de l'examen, nom de l'oficial del triatge, que problemes aguts presenta el pacient, història limitada i rellevant, resultats rellevants de l'examen, categoria inicial assignada de l'examen, nivell de triatge amb temps i raó, àrea de l'examen i del tractament assignat, qualsevol diagnòstic, primers auxilis o mesures del tractament iniciat.

A continuació, descriuré els temps adequats a l'atenció per nivells segons l'ATS (taula 1)

ATS Nivells	CATEGORIA	TEMPS D'ATENCIÓ
1	Risc Vital Immediat	Immediat
2	Risc Vital Immediat; la intervenció depèn críticament del temps.	10 minuts
3	Risc vital potencial; situació urgent.	30 minuts
4	Potencialment seriós; situació urgent; complexitat significativa o de gravetat	60 minuts (1 hora)
5	Menys urgent; problemes clínic-administratius.	120 minuts (2 hores)

Taula 1. Nivells de triatge segons l'ATS (elaboració pròpia).

3.3.2. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS).²³

És una escala de cinc nivells de triatge que va ser desenvolupat per Robert Beveridge, introduïda per l'Associació Canadenca de Metges d'Urgències (CAEP) i l'Associació Nacional d'Infermeres d'Urgències (NENA) en 1995 després d'una adaptació del Grup Nacional de Treball (NTS).

L'examen ho ha de realitzar una infermera entrenada i amb molta experiència. Ha de determinar la principal queixa del pacient de forma subjectiva i objectiva. També s'anotessin les al·lèrgies del pacient i la medicació habitual que pren.

Els pacients han de ser valorats en un termini inferior als 10 minuts. Se'ls assigna un nivell d'atenció amb un temps màxim recomanat per ser atesos i si per diversos motius aquest temps se supera han de ser valorats de nou perquè el seu estat podria haver canviat i per tant el seu nivell d'urgència.

La CTAS, és una escala basada en símptomes i diagnòstics sentinella.

A continuació, descriuré els temps adequats a l'atenció per nivells segons el CTAS (taula 2).

CTAS Nivell	CATEGORIA	TEMPS D'ATENCIÓ
I	Reanimació	Immediat
II	Emergència	Immediat infermeria/metge 15 minuts
III	Urgent	30 minuts
IV	Menys urgent	60 minuts
V	No urgent	120 minuts

Taula 2. Nivells de triatge segons el CTAS (elaboració pròpia).

3.3.3. Manchester Triage System (MTS) ¹¹

El MTS va néixer en novembre de 1994 i el seu treball es van centrar en 5 objectius:

1. Elaborar una nomenclatura comuna.
2. Usar definicions comunes.
3. Desenvolupar una metodologia sòlida de triatge.
4. Implantar un model global de formació.
5. Permetre i facilitar la auditoria del mètode de triatge desenvolupat.

Es va establir un sistema de classificació de 5 nivells i a cadascuna d'aquests nivells se'ls va atribuir un nombre, un color i un nom que es va definir en termes de "temps clau" o "temps màxim per al primer contacte amb el terapeuta".

El sistema es va revisar en 2006 i es van introduir les aportacions rebudes en aquests 10 anys.

Durant aquests anys s'ha anat adaptant en molts hospitals de tot el món, per exemple, a Espanya el Servei d'Urgències del complex Hospitalari d'Orense (Galícia), l'any 2002, va realitzar un estudi de validació i aplicació del MTS en el nostre mitjà, conclouent que reuneix les condicions adequades per a la seva aplicació.

L'any 2003, es crea el Grup Espanyol de Triage Manchester (GET-M) que s'integra el 30 d'abril de 2004.

L'anàlisi de la MTS explica que l'escala de classificació dels pacients contempla 52 motius possibles de consulta que, de forma àmplia es poden agrupar en les 5 categories següents: malaltia, lesió, nens, conducta anormal i inusual i catàstrofes. En cadascun es desplega un arbre de preguntes. Després de 4-5 preguntes com a màxim, es classifica al pacient en una de les 5 categories (ja abans explicades).

El professional selecciona un nombre de signes i símptomes de cada nivell de prioritat i utilitza discriminadors per assignar als pacients a una de les 5 prioritats clíniques.

Els discriminadors generals són: risc vital, dolor, hemorràgia, nivell de consciència, temperatura i agudeses (temps d'evolució) i s'apliquen a tots els pacients independentment de la seva forma de presentació.

Aquest mètode pot ser desenvolupat per qualsevol infermer/a, independentment del seu grau d'experiència. Com a requisit imprescindible s'exigeix haver superat la formació inicial necessària, actualment el grau d'infermeria.

A continuació, descriuré els temps adequats a l'atenció per nivells segons el MTS (taula 3).

MTS Nivell	NOM	COLOR	TEMPS MÀXIM
1	Atenció immediata	Roig	0 minuts
2	Molt urgent	Taronja	10 minuts
3	Urgent	Groc	60 minuts
4	Normal	Verd	120 minuts
5	No urgent	Blau	240 minuts

Taula 3. Nivells de triatge segons el MTS (elaboració pròpia).

3.3.4. L'Emergency Severity Index (ESI) ^{5, 24.}

El ESI és una escala basada en un algorisme simple de classificació de cinc nivells que es desenvolupa en els EEUU pel Grup de Treball del ESI en 1999 utilitzant el MTS com a referent i implementada en hospitals concrets dels EEUU.

Introdueix el concepte de consum de recursos com a criteri de classificació juntament amb els discriminants clau. La prioritat del tractament es va decidir sobre la base de la gravetat de la malaltia i les necessitats de recursos esperats. L'algorisme de classificació consta de quatre punts de decisió on la infermera de triage fa preguntes específiques. En primer lloc, s'identifiquen els pacients amb condicions que amenacen la vida. Els pacients inestables són típicament assignats a ESI nivell de triage 1 (ESI 1). Els pacients amb símptomes (potencialment) perillosos per a la vida o els que tenen dolor sever, trastorns psiquiàtrics o estats d'intoxicació s'assignen al nivell de triage 2. Els nivells restants, del 3 al 5, estan definits per les necessitats dels recursos esperats (com a rajos X, tractaments intravenosos...) i els signes vitals.

Aquest va ser el primer sistema que va demostrar una bona relació entre el nivell de triage i la durada de l'estada en urgències, l'índex d'ingrés hospitalari i els requeriments en consum de recursos diagnòstics.

Es basa en un algorisme clínic que valora la presència de discriminants d'una forma molt semblada al MTS, però independentment del motiu de consulta. Seran ESI-1 els pacients amb risc vital (absència de respiració o estridor, insuficiència respiratòria i xoc), pacients intubats, apneics o sense pols. ESI-2 els pacients amb dolor intens, en situació de risc vital (com en l'ATS) i amb alteració important del nivell de consciència. També els pacients que necessitin dos o més exploracions diagnòstiques o accions terapèutiques i que tinguin alterades les constants vitals seran classificats com ESI-2. Aquests últims en cas de tenir les constants vitals normals seran classificats com ESI-3. Els pacients amb constants vitals normals i que únicament requereixen una exploració diagnòstica o una acció terapèutica seran classificats en el nivell ESI-4, i si no requereixen cap, ho seran en l'ESI-5.

Els estudis mostren que aquest sistema té una bona validesa i fiabilitat en grups específics de pacients, com els nens o ancians.

Aquesta escala no té límits de temps per avaluar als pacients sinó que els pacients amb baixa prioritat (ESI 3 a ESI 5) en lloc de terminis fixos, l'objectiu és l'avaluació d'aquests pacients tan aviat com sigui possible en funció de la càrrega de treball que hi hagi. Els pacients classificats com de nivell 2 reben immediatament atenció d'infermeria, inclosa vigilància contínua i l'avaluació per un metge ha de seguir dins de 10 minuts com a màxim. Els pacients assignats a nivell 1 han de ser tractats immediatament per un metge.

A continuació, descriuré els temps adequats a l'atenció per nivells segons el MTS (taula 4).

Categoria ESI	Discriminants	Agudesa de tractament
ESI 1	– Risc vital. – Pacients intubats. – Pacients apneics. – Pacients sense pols.	Atenció mèdica immediata.
ESI 2	– Dolor intens. – Situació de risc vital amb alteració important del nivell de consciència. – Pacients que necessiten dos o més exploracions diagnòstiques amb alteració de les constants vitals. – Pacients que necessiten dos o més accions terapèutiques amb alteració de les constants vitals.	Atenció infermeria immediata i vigilància contínua. Atenció mèdica < 10 minuts.

ESI 3	– Pacients que necessiten dos o més exploracions diagnòstiques amb alteració de les constants vitals. – Pacients que necessiten dos o més accions terapèutiques amb alteració de les constants vitals.	No hi ha indicació de temps.
ESI 4	– Pacients amb les constants vital normals que necessiten un exploració diagnòstica o una acció terapèutica.	No hi ha indicació de temps.
ESI 5	– Pacients que no requereixen exploració diagnòstica ni acció terapèutica.	No hi ha indicació de temps.

Taula 4. Nivells de triatge segons el ESI (elaboració pròpia)

3.3.5. Sistema Español de Triage (SET).^{1, 3, 25-29.}

Durant l'any 2002, es van iniciar els treballs de la Societat Espanyola de Medicina en Urgències i Emergències per a l'estandardització d'un model de triatge d'àmbit nacional a Espanya.

Fruit d'aquests treballs es va crear el Grup de Treball d'Avaluació de Sistemes de Triage de SEMES que, després d'avaluar diferents sistemes de triatge va decidir adoptar el MAT com model base per al SET, que va ser acceptat al setembre de 2003 pel SEMES com el sistema de triatge de 5 nivells de prioritització d'àmbit nacional recomanat pel ells.

En el SET-MAT la diferenciació entre nivells es du a terme mitjançant discriminants, preguntes específiques i l'aplicació d'escala de gravetat. Els discriminants són els factors que permeten diferenciar el grau d'urgència entre nivells de triatge.

L'objectiu de la SEMES és que el SET-MAT sigui una eina de treball útil en els serveis d'urgències constituït per cinc nivells de prioritització:

- Nivell I: Situacions que requereixen ressuscitació amb risc vital immediat.
- Nivell II: Situacions d'emergències o molt urgents de risc vital previsible. La resolució depèn radicalment del temps.
- Nivell III: Situacions d'urgències de potencial risc vital.
- Nivell IV: Situacions de menor urgència, potencialment complexes però sense risc vital potencial.
- Nivell V: Situacions no urgents, que permeten una demora en l'atenció o poden ser programades sense risc vital immediat.

El triatge s'inicia amb l'arribada del pacient al servei d'urgències o la trucada telefònica a un centre coordinador d'emergències i finalitza amb la visita mèdica. No ha d'excedir-se de 4-5 minuts per risc que aparegui sobretriatge, un dels problemes més importants detectats en els pacients de nivell IV i V.^{1, 3}

No té regulació legal, per tant no existeix cap norma que indiqui qui i com ha d'exercir el triatge.

El SET-MAT utilitza:

- **Constants:** discrimina als pacients amb la mateixa simptomatologia, entre el nivell II i III (temperatura, pressió arterial sistòlica, freqüència cardíaca...).
- **Signes vitals anormals** (estat de la pell, estat del pols radial, freqüència i profunditat respiratòria i somnolència o confusió).
- **Dolor:** el SET disposa d'una guia clínica d'avaluació del dolor en el triatge que permet objectivar els valors que els pacients manifesten.

Com a escales de gravetat per diferenciar entre nivells, el SET disposa, mitjançant el Programa d'Ajuda al Triage (PAT), de les escales de Glasgow, del coma no traumàtic, de graus de deshidratació, de gravetat clínica de la dispnea o de gravetat clínica de l'asma entre unes altres.

És a dir, el SET, desenvolupat sobre la base del MAT, està considerat com el sistema estàndard de triatge en gran part dels serveis d'urgències en tot l'Estat Espanyol, optimitzant significativament els temps d'atenció dels pacients en urgències i atenent més ràpidament aquells més greus. D'altra banda, millora la dinàmica de treball dels professionals i la gestió dels recursos disponibles.

Amb tot això el SET-MAT no és l'únic sistema de triatge utilitzat a Espanya, a nivell de l'estat espanyol, la MTS i el SET són els dos sistemes que han aconseguit major difusió, encara que també coexisteixen amb uns altres d'implantació local.

Concretament en Catalunya, el MAT va ser acceptat en 2002 com a estàndard català de triatge per la Societat Catalana de Medicina d'Urgències (SCMU).

Però encara així no es l'únic model emprat en aquesta comunitat. L'estudi realitzat sobre els Serveis d'Urgències Hospitalàries de Catalunya (SUHCAT), Mapa Funcional, ens descriu que un 63.9% dels Serveis d'Urgències Hospitalaris (SUH) disposen del model de triatge anomenat SET-MAT, un 9.8% dels SUH disposen del model de triatge anomenat CTAS i, per últim, un 26.2% dels SUH disposen d'un sistema de triatge propi.

A continuació, descriuré els temps adequats a l'atenció per nivells segons el SET-MAT (taula 5).

Relació entre escales i nivells de gravetat en el SET-MAT		
NIVELL	CATEGORIA	TEMPS D'ATENCIÓ
I	Reanimació	Immediat infermeria
II	Emergència	Immediat infermeria/ 7 minuts metge
III	Urgent	30 minuts
IV	Menys urgent	45 minuts
V	No urgent	60 minuts

Taula 5. Nivells de triatge segons el SET-MAT (elaboració pròpia)

Es important veure, com el model més emprat en Espanya (SET-MAT), és el que més prompte atén una urgència intrahospitalària en tots els nivells, mai sobrepasant l'hora d'espera.

Nivell	ATS	CTAS	MTS	ESI	SET (MAT)
I – 1	Immediat	Immediat	Immediat	Atenció mèdica immediata.	Infermeria Immediat
II – 2	10 minuts	15 minuts	10 minuts	Atenció infermeria immediata i vigilància contínua. Atenció mèdica < 10 minuts.	Infermeria Immediat Atenció mèdica en 7 minuts.
III – 3	30 minuts	30 minuts	60 minuts	No hi ha indicació de temps.	30 minuts
IV – 4	60 minuts	60 minuts	120 minuts		45 minuts
V – 5	120 minuts	120 minuts	240 minuts		60 minuts

Taula 6. Taula comparativa entre els 5 models de triatge (elaboració pròpia)

3.4. Competències (Skills).

El terme competència té diferents accepcions i la seva utilització varia depenent de que al·ludeixi al món laboral, empresarial, del dret, de l'educació o de la formació.

En aquest àmbit, en l'àmbit sanitari, les competències es defineixen com les característiques individuals (coneixements, habilitats i actituds) que permeten a una persona exercir la seva activitat de forma autònoma, perfeccionar permanentment la seva pràctica i adaptar-se a un entorn en constant mutació.

L'exercici de la professió exigeix que l'infermer entri en un procés de desenvolupament permanent, de posada al dia personal i que tingui una capacitat d'evolució a fi de posar al dia els seus coneixements, de poder adoptar decisions, i fins i tot, d'introduir canvis en l'àmbit professional.

Les activitats de l'infermer responsable de cures generals comprenen les cures a nens, adolescents, adults i ancians relacionats amb problemes de salut aguts o crònics, de naturalesa somàtica o psíquica en el mitjà hospitalari i l'extrahospitalari.

Un infermer responsable de cures generals ha de ser capaç de protegir, mantenir, restablir i promoure la salut de les persones/grups i l'autonomia de les seves funcions vitals físiques o psíquiques, tenint en compte la personalitat humana en la seva faceta psicològica, social, econòmica i cultural.¹⁶

Les recomanacions de diferents associacions científiques com la SEMES, el GET-M i la SEEUE aconsellen que aquesta funció sigui realitzada per infermeria. També els articles 52,53 i 54 del Reial decret 1231/2001, de 8 de novembre, pel qual s'aproven els Estatuts Generals de l'Organització Col·legial d'Infermeria a Espanya, i l'article 59, punts 4 i 9, de l'estatut del personal sanitari no facultatiu van en aquesta direcció.^{9, 30, 31}

No obstant això, si el treball està informatitzat i es segueixen algoritmes d'actuació, pot exercir-ho personal d'infermeria, proporcionant-lo autoritat i independència.^{4, 7, 32.}

Les funcions de la infermeria regulades per la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) consisteixen, a través de la classificació d'intervencions d'infermeria triatge (NIC) en poder obtenir uns resultats amb l'objectiu de preservar la seguretat del pacient (NOC) amb la finalitat de detectar el risc i optimitzar així la seva qualitat de vida mitjançant la vigilància del risc.

D'aquesta manera, es pot tenir elements de judici clau per assignar-li el nivell de prioritat que en cada cas es precisi, l'àrea de tractament més adequada i l'avaluació contínua del pacient.³³

Malgrat aquest consens existent que el triatge és una competència infermera, alguns estudis suggereixen que el triatge d'infermeria amb suport mèdic és més eficient que el triatge d'infermeria aïllat.^{5, 11.}

Així, la SEMES entén el MAT-SET com un sistema de triatge d'infermeria no excloent (amb participació mèdica sempre que es crea necessari), que involucra als metges en els processos d'estudi i implantació del sistema i, integra en el triatge infermer dinàmiques multidisciplinaris.⁹

Per aquestos motius, es recomana que el professional de triatge complexi un perfil d'aptitud i actitud, en el qual ha de destacar:

- Utilitzar els conceptes teòrics i el coneixement de les cures d'infermeria com a base per a la presa de decisions en la pràctica infermera d'urgències i emergències.
- Impulsar línies de recerca que siguin rellevants per al diagnòstic, les intervencions i els resultats en urgències i emergències.
- Adoptar actituds concordants, en la presa de decisions ètiques i en la seva aplicació, amb el Codi Deontològic de la Infermeria.

- Realitzar la recollida i anàlisi de dades de salut o malaltia de la persona, família o comunitat, de forma contínua i sistemàtica, sobre la base del marc conceptual d'infermeria adoptat per a la prestació de cuidats infermers en l'àmbit d'urgències i emergències, i sobre la base del coneixement científic, la concepció dels cuidats infermers, els components de la situació i la percepció del pacient i el seu ecosistema.
- Realitzar els pertinents plans d'atenció d'infermeria estandarditzats per a la seva posterior aplicació mitjançant plans d'atenció d'infermeria individualitzada basats en els diagnòstics infermers formulades, i avaluar de forma eficaç i ràpida les respostes humanes que es generen davant els problemes de salut reals i/o potència els que amenacen la vida o no permeten viure-la amb dignitat.
- Avaluar, i modificar si hi ha pertinència, els plans de cures basant-se en les respostes del pacient, de la consecució dels objectius i dels resultats mesurats.
- Parar esment integral a la persona, per resoldre individualment o com a membres d'un equip multidisciplinari, els problemes de salut que li afectin en qualsevol estadi de la vida amb criteris d'eficiència i qualitat.
- Sotmetre a triage els pacients als quals es presten cures en situacions d'emergències i catàstrofes, i aplicar la Recepció, Acolliment i Classificació (RAC) als quals es presten cures urgents en l'àmbit hospitalari i d'atenció primària de salut, i en l'àmbit de l'atenció urgent extrahospitalària quan no procedeixi, o estigui superat, el triage, determinant la prioritat de la cura basant-se en les necessitats físiques i psicosocials i en els factors que influeixin en el flux i la demanda de pacients.
- Utilitzar amb destresa i seguretat els mitjans terapèutics i de suport als diagnòstics que es caracteritzen per la seva tecnologia complexa.
- Establir una relació terapèutica eficaç amb els usuaris per facilitar-los l'afrontament adequat de les situacions que pateixin.
- Participar activament amb l'equip multidisciplinari aportant la seva visió d'expert a l'àrea que li competeix.

- Formular, implementar i avaluar els estàndards, guies d'acció i protocols específics per a la pràctica de la infermeria en urgències i emergències.
- Gestionar els recursos assistencials amb criteris d'eficiència i qualitat.
- Assessorar com a expert en el marc sanitari global i en tots els nivells de presa de decisions.
- Proporcionar educació sanitària als usuaris perquè adquireixin coneixements de prevenció de riscos i adquireixin hàbits de vida saludables.
- Assessorar a l'equip de salut en tots els aspectes relacionats amb urgències i emergències.
- Assumir responsabilitats i compromisos en matèria de formació dels futurs infermers.¹⁶

A continuació, descriuré a mode de resum algunes de les competències i habilitat necessàries en la infermera de triatge (taula 7).

	Mitja*
Empatia, tacte i paciència.	8.97
Capacitat organitzadora.	9.24
Experiència i judici clínic.	9.47
Capacitat per a prendre decisions.	9.44
Capacitat de comunicació.	9.09
Formació específica en <i>triatge</i>.	9.1
Formació general en Urgències.	9.34
Experiència mínima en urgències de 6 mesos	9.1

* La puntuació oscil·la entre 1 (res necessari) i 10 (molt necessari).

Taula 7. Extreta de l'article de Raúl Sánchez, publicat en l'any 2015.

3.5. Model d'Infermeria segons Patricia Benner. ³⁵

Crec necessari abordar tot aquest treball des de la perspectiva infermera i, per tant, he escollit el model infermer de Patricia Benner per explorar l'aplicació de la seva filosofia en l'àmbit clínic.

Patricia Benner va néixer en Hampton (Virgínia) i va passar la seva infància a Califòrnia. Allí, va començar els seus estudis de infermeria. Després, en 1970, va cursar un màster d'especialització en infermeria medico quirúrgica. En 1982 va obtenir el doctorat en estrès, afrontament i salut a la Universitat de Berkeley (Califòrnia) i en 1984 es va publicar la seva tesis.

Benner posseeix una àmplia experiència clínic en cures mèdic-quirúrgiques, en vigilància intensiva i en la cura de salut domiciliària. Ha treballat com a infermera de base i directora d'infermeria.

Després de concloure el seu doctorat en 1982 va ser nomenada professora associada del Department of Physiological Nursing de la Universitat de Califòrnia (Sant Francisco) i, en 1989 va obtenir el lloc de professora.

Benner ha reconegut que Virginia Henderson va tenir un gran influència a l'hora d'elaborar la seva filosofia infermera i Henderson ha afirmat que l'obra de Benner "*From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*", donada la seva naturalesa i el seu abast, pot canviar la pràctica i la preparació de les infermeres per a l'exercici de la seva professió.³⁴

- De novençà/na a expert/a.

Benner ha influenciat la creixent tendència de conceptuar l'ètica, sent una forma de coneixement contextual incorporat en l'experiència de la infermera. Els principals conceptes expressats por Benner, plantegen que totes les situacions pràctiques somni més complexes, por la qual cosa en si obra exposa suposats teòrics que emmarquen la disciplina infermera: infermeria, persona, salut i entorn.

Infermeria	Persona	Salut	Situació
És una relació de cura. Durant el procés d'interacció es dóna un ambient recíproc d'ajudar i ser ajudat, la ciència del qual està basada en la moral i en l'ètica. La infermeria busca la història dels pacients i d'aquesta manera indagar els seus antecedents.	La persona és un ser que durant la seva vida desenvolupa diferents característiques de personalitat que es donen per experiències viscudes, el cos i la ment són independents, de tal manera que la infermera centra les seves cures en el cos.	Es defineix com el que es pot percebre, mentre que estar sa és l'experiència humana de la salut o de la integritat.	Fa referència a l'entorn on es troba el cos en determinat moment, a la interacció que es dóna amb el mitjà i amb els costums.

Taula 8. Principals suposats d'Infermeria segons la Filosofia de Patricia Benner (elaboració pròpia).

La filosofia de Benner mostra el procés que la infermera/o travessa des de recentment graduada/o fins que s'especialitza en un àrea determinada. Durant aquest procés van sorgint una sèrie de canvis de conducta; es van adquirint habilitats que fan que l'acompliment professional sigui cada vegada de millor qualitat.

Una de les principals fonts teòriques de la Dra. Benner és que els éssers humans no solament acudeixen en la vida diària a principis per enfrontar situacions morals dilemàtiques, també es recolzen en el coneixement d'una gran quantitat d'exemples acumulats a partir de l'experiència i amb els quals fixen un determinat curs d'acció.

Patricia Benner va observar els nivells d'adquisició d'habilitats i com les persones aprenen, amb base en això ha ofert un model d'experiència sobre com un individu adquireix experiència progressivament i els descriu en la següent classificació. A més, en la següent taula es mostra les característiques corresponents de la infermera en la pràctica clínica.

Principiant	Principiant avançat	Competent	Eficient	Expert
S'utilitza l'experiència específica.	S'utilitza el pensament analític basat en normes de la institució.	L'estudiant percep que tota la formació és important.	Es passa de ser un observador extern a tenir una posició d'implicació total.	Valora els resultats de la situació.
La persona s'enfronta a una nova situació. Aquest nivell Benner indica que podria aplicar-se a una infermera inexperta quan s'exerceix per primera vegada en un àrea o en alguna situació no coneguda prèviament per ella.	En aquest nivell la infermera després d'haver adquirit experiències se sent amb major capacitat de plantejar una situació clínica fent un estudi complet d'ella i posteriorment demostrés les seves capacitats i coneixerà tot el que aquesta exigeix.	S'és competent quan la infermera posseeix la capacitat d'imitar el que fan els altres a partir de situacions reals; la infermera comença a reconèixer els patrons per així prioritzar la seva atenció com també és competent quan elabora una planificació estandarditzada per si mateixa.	La infermera percep la situació de manera integral i reconeix els seus principals aspectes ja que posseeix un domini intuïtiu sobre aquesta; se sent més segura dels seus coneixements i destreses, i està més implicada amb el pacient i la seva família.	La infermera posseeix un complet domini intuïtiu que genera capacitat d'identificar un problema sense perdre temps en solucions alternatives, així mateix, reconeix patrons i coneix als seus pacients acceptant les seves necessitats sense importar que això li impliqui planificar i/o modificar el pla de cura.

Taula 9. Adquisició progressiva i conceptes principals i definicions de les etapes de la infermera en la clínica segons Patricia Benner (elaboració pròpia).

En aquesta taula s'afirma que la practica reforça, fixa el coneixement i fa èmfasis en la investigació científica basada en el coneixement pràctic, lo que fa referència al "saber pràctic".

En l'etapa novençana una persona segueix unes regles que són independents del context i no sent cap responsabilitat per qualsevol altra cosa que seguir les regles, la competència es desenvolupa després d'haver viscut considerables experiències, que permeten als individus utilitzar la intuïció en la presa de decisions; aquesta experiència es caracteritza per fluïdesa o rendiment que es dóna automàticament i ja no depèn del coneixement explícit.

L'enfocament de Benner de principiant a expert és el d'una formació per competències, les quals es veuran reflectides en el quefer d'infermeria o en el creixement personal i professional. Existeixen destreses que solament es podran fixar en saber pràctic en aquest àmbit, on el professional entra en contacte directe amb el pacient. D'aquesta manera també s'ha d'obtenir la facilitat d'aplicar els valors, aptituds i actituds ja que el desenvolupament personal es basa en aquests tres grans factors que evidencien l'extraordinària capacitat que té l'infermer per a la solució de qualsevol conflicte o problema que pugui presentar-se a l'àrea clínica.

S'ha de ser estricte en quan al coneixement científic de les intervencions i la seva respectiva justificació, ja que s'enfronten situacions que requereixen del saber immediat i que seran de vital importància manegessis adequadament per millorar la condició o l'estat de salut en què es troba el pacient; això genera un estrès que en ser controlat de manera assertiva permetrà arribar a la "expertise" de la qual parla Benner quant a la pràctica en infermeria.

- La infermera/o en la pràctica d'urgències.

En l'article anomenat "La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica", proposen com a exemple tres perfils en el quals es senyala les diverses característiques que deu tenir la infermera experta, se descriuen els atributs que deu tenir una infermer/a en la cura dels pacients que es trobes en urgències i altres dos serveis, tenint en compte la concepció que té Benner dels principals suposats d'infermeria (Persona, Ambient, Salut i Infermeria).

La infermera del servei d'urgències realitza la valoració inicial al pacient aconseguint classificar, agilitar processos i determinar l'actuació corresponent que s'ha de tenir enfront del pacient.

Ha de tenir la capacitat de liderar els processos i brindar solucions immediates, eficaces i assertives les quals compleixin amb l'atenció integral al pacient. Ha d'avaluar la pertinència del servei prestat o definir correctius per a l'abast de l'assoliment, ha d'assumir responsabilitats assistencials i totes les competències, habilitats i actituds d'acord a les necessitats que demanden els pacients, la qual cosa es relaciona amb la teoria de Benner.

En la pràctica clínica la infermera ha de fer un bon ús del seu coneixement, a causa que la seva experiència depèn la seguretat i la vida del pacient. Una decisió errada pot ser vital tant per al pacient com para ella. Addicionalment el desenvolupament en aquesta àrea involucra el treball de tots els altres professionals, per això és necessari el desenvolupament d'altres habilitats com el treball en equip, presa ràpida de decisions encertades i resolució de conflictes, que donen com resultat la qualitat de l'atenció generant satisfacció del pacient.³⁵

4. Objectius.

L'objectiu general es fer una recerca bibliogràfica sobre el triatge hospitalari en el pacient adult.

En quant als objectius específics el que pretenc amb aquesta recerca es:

1. Conèixer els diferents tipus o models de triatge a nivell nacional.
2. Conèixer quines són les competències i/o habilitats necessàries per a realitzar un triatge satisfactori.
3. Conèixer quin es el tipus de formació necessària per a que un/a infermer/a sigui capaç de treballar en triatge satisfactòriament.

5. Metodologia.

A partir del setembre de l'any 2016 s'ha portat a terme una recerca bibliogràfica per a cercar els articles que exposen sobre el triatge hospitalari en el pacient adult.

La recerca dels articles s'ha realitzat en les bases de dades PubMed i Elsevier. He utilitzat les paraules claus *“triage” and “nursing” and “emergency department”*. Articles amb una antiguitat de 15 anys màxim, espanyol i anglès, i edat adulta són els filtres emprats per a aquesta recerca. Sense filtres he obtingut 190 articles, que aplicant aquests filtres anomenats a disminuït a 98 articles.

A més, també s'ha realitzat una recerca manual en les revistes electròniques anomenades Emergencias, Scielo i SEEUE.

Finalment, s'han emprat una sèrie d'estratègies d'inclusió i exclusió per a la selecció dels diferents articles d'aquesta revisió bibliogràfica tal com es mostra en la taula 10.

Criteris d'inclusió	Criteris d'exclusió
– Publicacions que incloguin a pacients a partir de l'edat adulta. – Articles amb l'objectiu de conèixer les competències d'infermeria, els models de triatge i la formació necessària. – Publicacions de menys de 15 anys. – Articles en castellà o anglès.	– Literatura gris (editorials, fullets, tríptics, notícies, etc) – Estudis, articles o treballs que no tinguin una base científica. – Estudis, articles o treballs que no tractin sobre el tema escollit per al treball. – Text complet no disponible o accessibilitat a través de pagament.

Taula 10. Criteris d'inclusió i exclusió per a la selecció dels articles (elaboració pròpia).

6. Resultats.

Després d'avaluar els articles obtinguts, s'han identificat un total de 21 articles per a la realització d'aquesta revisió bibliogràfica.

Les publicacions seleccionades, en les diferents bases de dades i en les revistes electròniques d'infermeria, abasteixen el període comprès entre 2003 fins l'any 2016. La revista Emergències ha sigut la revista electrònica en la qual més articles s'han elegit, seguit de Medline/PubMed com a base de dades més utilitzada. En la següent taula es pot conèixer tots aquells articles que jo he escollit, l'autor, l'any d'acceptació i un petit resum.

Nom de l'article	Autor/s i data de publicació	Buscador	Resum
Clarificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias.	J. Gómez Jiménez. Any de publicació: 2003		Importat de la medicina milita, el triatge com processo assistència estructurat, s'ha convertit en un pilar fonamental de l'assistència. El funcionament eficaç necessita de l'existència d'un equip de professionals qualificats i formats, que puguin identificar les necessitats dels pacients, decidir les prioritats i realitzar les primera mesures d'atenció i assistència sanitària.
El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias.	W. Soler, M. Gómez Muñoz, E. Bragulat i A. Álvarez. Any de publicació: 2010.		Actualment s'assignen un nivell d'atenció assumint que l'urgent no sempre és greu i el greu no és sempre urgent. De tal manera que els pacient més urgents seran assistits primer i la resta seran revaluats fins a ser vistos pel metge. El SET i el MTS són els sistemes amb més influència a Espanya, però analitzen també el sistema de triatge elaborat a Navarra. Són sistemes que no es basen en diagnòstics i són duts a terme per infermeria amb suport mèdic puntual.
Análisis de la efectividad y seguridad de la derivación sin visita médica desde el triaje del servicio de urgencias hospitalario por personal de enfermería acreditado utilizando el Programa de Ayuda al Triage del Sistema Español de Triage.	J.M. Salmerón, L. Jiménez, Ò. Miró M. Sánchez. Any de publicació: 2011.		Investiguen l'efectivitat i la seguretat de la derivació sense visita mèdica des del triatge del servei d'urgències hospitalari per personal d'infermeria acreditat utilitzant el PAT del SET
Sistema Español de Triage: grado de implantación y posibilidades de desarrollo futuras.	J. Gómez Jiménez. Any de publicació: 2011.		Els serveis d'urgències necessiten mecanismes organitzatius d'adaptació i supervivència, i alguns d'ells han estat proposats i aportats pel SET. Entre ells, la derivació sense visita mèdica des del triatge ha suscitat l'interès d'alguns grups de treball, especialment a Catalunya. Els resultats inicials obtinguts en dos hospitals de Barcelona, van mostrar que la derivació sense visita mèdica, realitzada pel personal mèdic del servei d'urgències, era possible.

El triaje en urgencias en los hospitales españoles.	R. Sanchez, C. Cortés, B. Rincón, E. Fernández, S. Peña i E.M. de las Heras. Any de publicació: 2012.		Volen conèixer el model de triatge utilitzat i les seves característiques principals als hospitals de la xarxa sanitària nacional pública.
El nivel de triaje en urgencias cambia según la escala de valoración del dolor utilizada.	N. Ortells, M. Paguina i I. Morató. Any de publicació: 2013.		Valoren la concordança entre l'escala visual analògica (EVA) i l'escala de valoració numèrica (EVN) i comproven si l'utilitzar una o una altra escala del dolor pot modificar el nivell de triatge
Estudio SUHCAT (1): mapa físico de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña.	Ò. Miró i col·laboradors. Any de publicació: 2013.		Descriuen les característiques físiques dels SUH de Catalunya i la seva relació amb diferents característiques del SUH i de l'hospital.
Estudio SUHCAT (2): mapa funcional de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña.	Ò. Miró i col·laboradors. Any de publicació: 2013.		Descriuen les característiques organitzatives i funcionals dels SUH de Catalunya i la dels metges i infermers que treballen en ells.

Estudio SUHCAT (3): mapa docente e investigador de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña	Ò. Miró i col·laboradors. Any de publicació: 2013.		Investigar les activitats formatives, docents i investigadores realitzades en els SUH de Catalunya, i comparar-les en funció de les característiques d'aquests SUH i dels hospitals.
Encuesta a los profesionales de enfermería españoles sobre el triaje en los servicios de urgencias hospitalarios.	R. Sánchez. Any de publicació: 2015		Descriuen l'opinió dels professionals d'infermeria espanyols sobre els aspectes relacionats amb el sistema de triatge hospitalari i comparen el grau de satisfacció professional en relació amb aquest sistema
Triage avanzado: es la hora de dar un paso adelante.	C. Carballo. Any de publicació: 2015.		Dins d'Espanya tenim diversos triatges convencionals. El projecte planteja la necessitat d'informatitzar el triatge en tots els serveis d'urgències com a pas previ per a la creació dels triatges avançats. Però, quines característiques diferenciadores tenen els triatges avançats respecte als convencionals? Aquest articles ens mostra les vuit més importants al seu judici.
El facultativo, un elemento necesario en el triaje de un Servicio de Urgencias en un hospital terciario.	F.J. Martín i col·laboradors. Any de publicació: 2007.		Avaluen la necessitat d'intervenció d'un facultatiu en el triatge, per identificar al pacient potencialment d'alta complexitat en un servei d'urgències que té implantat el sistema de triatge Manchester.
El perfil de la enfermería asistencias de Urgencias en un hospital de 3r nivel.	A. López i col·laboradors. Any de publicació: 2010.		Conèixer el perfil professional ideal de la infermera assistencial d'urgències i valorar els punts comuns i dispars que ha de tenir aquesta infermera segons els propis membres de l'equip multidisciplinari.

The effect of nurses preparedness and nurse practitioner status on triage call management in primary care: A secondary analysis of cross-sectional data from the ESTEEM trial.	A. Varley i col·laboradors. Any de publicació: 2016.		Investiguen si les característiques professionals de les infermeres d'atenció primària que prenen decisions sobre computadores amb suport de programari pel triage telefònic estan relacionades amb la disposició de les trucades.
Emergency Nursing Triage: Keeping It Safe.	S.E. Domagala i J. Vets. Any de publicació: 2015.		El servei d'urgències està plagat de riscos, d'aquesta manera existeix la necessitat de realitzar avaluacions periòdiques. Tal avaluació garanteix que les funcions del departament d'emergències s'adaptin a les demandes del flux de pacients, necessitat de competència de la infermera, i qualitat del sistema de triage.
Analyzing the Usability of the 5-Level Canadian Triage and Acuity Scale By Paramedics in the Prehospital Environment	T. Smith, A. Snyder, P.J. Hollen, J.G. Andeson i J.M. Caterino. Any de publicació: 2015.		L'aglomeració en el departament d'emergència afecta negativament al rendiment, la qualitat de l'atenció i els resultats. Aquest estudi busca determinar si existeix una relació entre els percentatges dels parametges i les puntuacions de l'infermera d'emergència en el departament d'emergència usant 2 instruments comuns de triage de 5 nivells, així com determinar si algun dels instruments es correlacionen amb l'admissió del pacient.
A systematic review on the validity and reliability of an emergency department triage scale, the Manchester Triage System.	N. Parenti, M.L. Bacchi, P. Iannone, D. Percudani i D. Dowding. Any de publicació: 2014.		Dur a terme una revisió sistemàtica per comprovar el nivell de validesa i fiabilitat del Sistema de Triage Manchester i la qualitat dels informes de la literatura sobre aquest tema.

Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review.	T.R. Machado i col·laboradors. Any de publicació: 2014.		El creixent nombre de pacients en urgències pot conduir a l'aglomeració, és a dir, a augmentar a diari els problemes organitzatius. D'aquesta manera, l'objectiu d'aquest estudi va ser analitzar l'eficàcia del Sistema de Triage Manchester per a la classificació de risc dels pacients, ja que el triatge té com a finalitat predir la severitat de la malaltia, amb el fi d'organitzar el flux de pacients.
Do Knowledge and Experience Have Specific Roles in Triage Decision-making?	J. Considine, M. Botti, S i Thomas. Any de publicació: 2007		L'objectiu d'aquest article és examinar els rols independents del coneixement i l'experiència fàctica en les decisions de triage.
Emergency department triage: Is there a link between nurses' personal characteristics and accuracy in triage decisions?	K. E. Göransson, A. Ehrenberg, B. Marklund i M. Ehnfors. Any de publicació: 2006		Aquest estudi va investigar les característiques personals de les infermeres registrades i la precisió en la seva agudesa dels escenaris dels pacients.
Triage: an investigation of the process and potential vulnerabilities	m. Hitchcock, B. Gillespie, J. Crilly i W. Chaboyer. Any de publicació: 2014		Explorar i descriure el procés de triage en el Departament d'Emergències per identificar problemes i vulnerabilitats potencials que puguin afectar el procés de selecció.

7. Anàlisi.

Fent referència als diferents tipus o models de triatge, en l'article de J. Gómez, *"Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias (...)"* ens diu que diferents societats científiques de la Medicina d'Urgències i Emergències s'han esforçat en establir escales de triatge més o menys universalitzades, que tenen en comú basar-se en cinc nivells de prioritització i ha de ser una escala de classificació vàlida, útil i reproducible.³⁶

L'article de W. Soler, M. Gómez, E. Bragulat i A. Álvarez, a més, ens diu que l'assignació de dits nivells de triatge han de fonamentar-se en decisions objectives, recolzant-se en algorismes i sistemes informàtics.³⁷

Podem dir que actualment existeixen cinc models de triatge estructurats, normalitzats, universalitzats i estandarditzats, de 5 nivells de prioritat clínica adaptats l'àrea d'urgències: l'ATS, la CTAS, el MTS, el ESI i el MAT que es va adaptar com a model estàndard per a Espanya amb el nom de SET segons diferents articles i referències de Raúl Sánchez Bermejo²⁸ i de J. Gómez Jiménez³⁶. Hi han d'altres hospital que utilitzen un mètode de triatge intern.³⁸

Segons l'article de Raúl Sánchez i d'Òscar Miró podem afirmar que els models de triatge més utilitzats en Catalunya i a Espanya són el MAT-SET seguit del MTS. El MAT es el sistema més utilitzat en Catalunya per un 63.9% dels SUH que contenen amb sistema de triatge. S'objectiva que un número important d'hospitals utilitzen sistemes de triatge no validats externament.^{38 i 39}

L'article anomenat *"Encuesta a los profesionales de enfermería españoles sobre el triaje en los servicios de urgencias hospitalarios"* destaquen que un quart dels enquestats canviaria el seu sistema de triatge, encara que només la meitat coneixen el sistema que desitgen que sigui implantat. Això justificaria que les raons s'hagin de més a problemes d'adaptació i funcionament intern que al propi sistema en si mateix. D'aquí la importància de la retroalimentació del sistema per part dels usuaris després de la implantació del mateix.⁴⁰

En canvi, en l'article "*El triaje en urgencias en los hospitales españoles*", la valoració global del grau de satisfacció dels professionals amb relació al triatge, es pot considerar que aquestos es troben satisfets, fet que contrasta amb que quasi la meitat canviaria el sistema de triatge.³⁸

Es importantíssim realitzar reavaluacions als pacients que han superat els temps d'espera ordenats per el diferent sistemes de triatge en funció del nivell d'urgència. Però més de la meitat dels professionals no realitzen aquesta tasca als pacients quan aquestos temps han superat els temps màxims d'espera recomanats, per lo que no segueixen les recomanacions publicades per el distints sistemes de triatge.⁴⁰

Referent al dolor, les escales més utilitzades en el Serveix d'Urgència (SU) son l'Escala Visual Analògica (EVA) i l'Escala Visual Numèrica (EVN), les dues estan validades. La utilització d'una escala o una altra pot modificar el nivell de triatge. Son intercanviables, sempre es deu utilitzar la mateixa.⁴¹

En l'article de Francisco Javier Martín Sánchez, van concloure que un sistema de triatge deuria de donar informació valida per a la correcta ubicació immediata de cada pacient, en base al seu nivell d'urgència i la seva complexitat. Aquesta característica sembla que no es compleixi pel MTS amb aquestes expectatives, atès que no han pogut demostrar diferències significatives en els índexs d'ingrés dels pacients urgents classificats amb el MTS en funció de la seva possible ubicació.⁴²

Una vegada assumida l'adopció d'un sistema com una necessitat bàsica en la gestió i treball diari en els SUH, devem començar a pensar els triatges avançats, pas previ als triatges convencionals.

Aquestes són les característiques que els diferencien:

1. Inclusió de les constants en els algoritmes de decisió. Aquesta es la particularitat més important. Els triatge sensible a les constants millora la supervivència dels pacients.
2. Activació de codis d'emergència. Per accelerar l'atenció mèdica i millorar la supervivència.^{43 i 44.}

3. Petició de proves complementàries. Suposa diferències en la pràctica clínica i millora la supervivència, a més, també millora la satisfacció del pacient.
4. Administració de tractaments per personal d'infermeria segons protocols i guies clíniques. D'aquesta manera es redueixen les estades dels pacients en urgències.
5. Comunicació amb les taules de la història clínica electrònica.
6. Apoderament de l'usuari. El triatge avançat ha de ser sensible als dubtes dels usuaris sobre l'aplicació i els resultats.
7. Comunicació entre els aplicatius del triatge hospitalari i extrahospitalaris. És necessari per ajudar a gestionar la transferència del pacient de forma eficaç, eficient i evitant errors o malentesos.
8. Validació de les aplicacions de triatge.⁴⁵

Per altra banda parlem de les competències i/o habilitats necessàries d'un infermer/a en triatge.

J. Gómez Jiménez ens mostra en el seu article com els estudis de concordança mostren la fiabilitat de les escales de triatge de 5 categories al ser utilitzades per personal no mèdic.³⁶

De la mateixa manera, W. Soler i col·laboradors, en el seu article ens diuen que atès que el triatge no es fonamenta en diagnòstics, la concordança interobservador trobada en les diferents escales ha resultat molt satisfactòria, el triatge és reivindicat des dels seus inicis per infermeria, que aconsegueix molt bons resultats fins i tot amb escales de 4 nivells de prioritat. Hi ha, no obstant això, sistemes que defensen que ha de ser un metge experimentat d'urgències l'encarregat de realitzar-ho.³⁷

Actualment és el personal d'infermeria el que amb més freqüència ho realitza, en més de tres quarts parts dels hospitals, amb o sense ajuda del facultatiu. En aquest sentit alguns estudis conclouen que el triatge d'infermeria amb recolzament mèdic es més eficient que el triatge d'infermeria aïllat, sobretot per als casos de alta urgència y complexitat, com fa referència W. Soler, Raúl Sánchez Bermejo i Francisco Javier Martín Sánchez en els seus articles.^{37, 38, 40}

i ⁴². D'aquesta manera, la SEMES entén el MAT-SET com un sistema de triatge d'infermeria no excloent (amb participació mèdica sempre que es crea necessari)³⁸. No obstant, altres models defineixen el "triatge avançat", en el que el professional d'infermeria executa un procediment o administra una medicació en base a directrius mèdiques amb protocols, circuits i ordres mèdiques preestablertes.³⁷

L'article de Joan Manuel Salmerón, com a conclusió més important del seu estudi, ens declara que la derivació sense visita mèdica portada a terme per el personal d'infermeria des de el triatge del SUH utilitzant el web_e-PAT és efectiva y segura.⁴⁶ Dos mesos després d'aquesta publicació, Josep Gómez Jiménez, en el seu article també fa referència a aquesta discussió.⁴⁷

En l'estudi realitzat per Francisco Javier Martín Sánchez, el MTS deuria ser, des de els seus punts de vista, un sistema de calcificació doble. En ell es realitza un primer triatge ràpid per infermeria, que garbellaria als pacients no urgents dels urgents. El segon triatge es realitzaria per un facultatiu amb experiència, que prescriuria un tractament immediat, procediria a la sol·licitud de proves complementaries i faria una detecció de pacients potencialment de alta complexitat.⁴²

Raúl Sánchez Bermejo ens mostra les recomanacions de les diferents associacions científiques, com la SEMES, el GET-M i la SEEUE. Aquestes aconsellen que la funció de triatge sigui realitzada per infermeria.³⁸

Aquesta article també ens argumenta molt bé el perquè del triatge per el personal d'infmeria. És el professional més idoni tant per la seva formació com per les seves qualitats, ja que les funcions de triatge no comporten a la realització d'un diagnòstic, sinó a la valoració preliminar de los signes i símptomes, amb la única finalitat de establir el nivell de prioritat i el motiu de consulta.³⁸

En l'article anomenat *“Triage: an investigation of the process and potential vulnerabilities”* ens afirma que la inexperiència i un menor nivell de competències de la infermeria afavoreix una disminució de la seguretat del pacient.⁴⁸

Els professionals que porten a terme aquesta funció deurien tindre unes condicions inherents, i per tant obri la porta a la necessitat de disposar d'un perfil professional específic. La figura infermera de la que parlem ens la mostra Raúl Sanchez Bermejo i A. López Martín ens els seus estudis. Aquest perfil engloba actituds, coneixements i habilitats.^{40 i 49.}

Actituds	Coneixements	Habilitats
Capacitat de treball en equip.	Identificar, diferenciar i conèixer una patologia sanitària urgent/emergent.	Capacitat d'observació.
Resolutiva i visionaria.	Suport vital bàsic i avançat.	Capacitat d'anticipació i improvisació.
Mostrar seguretat i confiança.	Coneixement del funcionament intern del servei d'urgències.	Capacitat de resposta ràpida.
Flexibilitat i polivalència.	Coneixements sobre realització de tot tipus de tècniques dins de l'àmbit de competència infermera.	Capacitat de treball en equip.
	Coneixements de les eines disponibles per treballar en un servei d'urgències.	

Per últim, en l'article "*El triaje en urgencias en los hospitales españoles*"³⁸, ens afirma que la formació inicial i continuada específica en el triatge i la experiència professional en un SU són pilars fonamentals e ineludibles, inherents al personal que ha de portar a terme aquesta activitat. Com també ens afirma l'article de Raúl Sánchez Bermejo⁴⁰ i l'article d'Òscar Miró i col·laboradors³⁹. Així mateix s'estableix una experiència mínima en urgències, la recomanació de les quals és variable. En l'article de Sánchez Bermejo i col·laboradors, es veu com per a la SEMES s'estableix un mínim de 12 mesos d'experiència, d'altra banda, per al MTS i la SEEUE no tenen establert un període concret d'experiència.³⁸

En canvi en l'article de Raúl Sánchez Bermejo, la falta de formació reglada del triatge en quasi un quart dels professionals va en contra de les recomanacions anteriorment citades i podria tindre conseqüències en els resultats dels pacients.⁴⁰

Segons Raúl Sánchez Bermejo i Anna Varley i col·laboradors, en la majoria dels hospitals s'exigeix e imparteix una formació específica per a la realització de triatge.^{38 i 50} En canvi, Óscar Miró, en el seu article fa referència a la pràctica, en la que s'observa que en menys d'una quarta part dels SUH ofereixen un temps protegit per a la formació dels seus infermers. Quan això succeeix, aquests temps són limitats, menys d'una hora setmanal.⁵¹

En el mateix article, Òscar Miró també ens parla de que les activitats formatives estan presents en els SUH (de Catalunya), oferint sessions específiques per als infermers en el 65.4% dels casos. Aquestes sessions deurien respectar-se prioritàries i imprescindibles. L'assistència pot considerar-se bona, doncs els professionals acudeixen amb certa freqüència o habitualment.⁵¹

La formació també es podria aconseguir acudint a cursos o congressos externs, però mai es deuria substituir per les sessions internes dels SUH. Encara que, la crisi econòmica presenta un gran paper referent a:

- L'assistència: més del 25% dels SUH tenen certa problemàtica organitzativa per facilitar-la. Retallades en inversions en formació de la indústria farmacèutica.
- Organització: al voltant de $\frac{3}{4}$ parts existeix certa dificultat per trobar finançament. Major limitació de substitucions del personal en el seu servei.⁵¹

En canvi, segons Julie Considine, Mari Botti i Shane Thomas, argumenten que l'adquisició de coneixements s'adquireixin mentre realitzes la teva experiència en triatge.⁵²

No obstant això, es deu destacar que la necessitat d'una formació continuada, en totes les seves dimensions, és imprescindible per a mantenir una assistència d'alta qualitat.⁵¹

8. Conclusió.

El triatge es converteix en un instrument valuós d'ajuda a la gestió de l'assistència del servei d'urgències, col·laborant en l'eficiència del servei i aportant un ordre just en l'assistència, basat en la urgència/gravetat dels pacients. Al marge de disminuir el risc dels pacients el triatge augmenta la satisfacció dels usuaris i dels professionals i racionalitza el consum de recursos col·laborant en la millora de la qualitat global del servei.

Qualsevol sistema de triatge estructurat s'ha de basar en una escala de priorització útil, vàlida i reproducible.

Per tant, serà crucial que les infermeres rebin tots els coneixements essencials sobre els diferents sistemes de triatge implantats en els seus hospitals amb la finalitat d'aconseguir millorar els nivells d'atenció i afavorir la seguretat clínica dels propis pacients. Si s'aconsegueixen establir aquests propòsits, s'estarà fomentat en bona part una atenció de qualitat, en el que el pacient urgent amb una urgència clínica sigui atès amb la major rapidesa possible.

Per aquesta raó, després d'analitzar el contingut dels articles d'aquesta revisió bibliogràfica, es pot concloure que:

- El triatge es un pilar fonamental en el servei d'urgències.
- Deu de ser una ferramenta objectiva, on el personal encarregat d'aquesta tasca a d'estar totalment preparat.
- La formació es primordial.

Personalment, m'agradaria afegir que la realització d'aquest treball que m'ha portat a estar contínuament reflexionant en la lectura i, com a futura infermera, m'ha fet adonar-me'n de que la nostra professió sempre ha d'estar en contínua formació i constantment assolint nous coneixements.

El nostre treball sempre ha d'anar avançant dia a dia, ja que l'entorn en el que ens trobem contínuament també està evolucionant. Per això, mai ens em de posar un punt i final al nostre aprenentatge ja que el cuidatge que oferim a les persones en molts moments ens portarà a plantejar-nos moltes qüestions que ens faran créixer i formar-nos com a grans professionals d'infermeria.

Finalment, com a professionals ens hem de conscienciar en seguir formant-nos i en revisar antics coneixements per a millorar de les nostres cures i seguir oferint una assistència segura i de qualitat; on la nostra meta final sempre serà el pacient i la seua família.

9. Implicacions per a la pràctica clínica.

Després de realitzar aquesta revisió, és important nomenar les diferents implicacions directes que aquest treball té sobre la pràctica clínica.

- És important conèixer les necessitats dels pacients.
- Exercir un ús degudament correcte sobre les eines disponibles per realitzar un triatge totalment satisfactori i efectiu.
- Tenir una actitud d'empatia i amabilitat a tot moment, davant el pacient i la família.
- I sobretot, proporcionar la seguretat del pacient.

És important conèixer a aquest tipus de pacients, en tot el seu conjunt, ja que la seva heterogeneïtat ens porta a situacions complicades, en les quals oferir actuacions adequades deu ser el primer pas.

Els resultats d'aquesta revisió bibliogràfica mostrarà si el treball del personal sanitari i, en concret del personal d'infermeria, en la realització d'un bon triatge, és prou correcte i eficaç.

D'aquesta manera, els resultats i les conclusions finals, poden ser determinants per a la pràctica clínica actual. En cas d'observar que els protocols o objectius no s'empren correctament, la present revisió pot tenir una gran implicació per a la pràctica, ja que serà el primer pas per provocar un canvi d'actitud, donant-li la veritable importància que ha de tenir un triatge satisfactori.

Tot això duria a terme una revisió dels protocols i guies distribuïdes pels serveis d'urgències, la qual cosa orientaria a una actualització i millora de la formació.

Posteriorment, responsabilitzaria una millora d'atenció per part del personal sanitari i, per tant, una major formació contínua per part de tot l'equip.

Així, la present revisió bibliogràfica, pretén, si fos necessari, estimular canvis en la pràctica clínica, especialment en infermeria, ja que és el nostre camp.

10. Implicacions per a la investigació.

És important seguir avançant a l'entorn de la recerca per anar millorant a poc a poc en aquest tema.

Per això, hem d'investigar més sobre els models de triatge més efectius i satisfactoris.

Per últim, dins d'un sistema sanitari d'èxit, la seguretat del pacient és una dimensió de qualitat imprescindible en els SU.

Les estratègies per aconseguir una pràctica clínica segura en els SU passen per polítiques dirigides a millorar la seguretat en:

- L'ocupació de la medicació amb especial èmfasi en l'administració i en la conciliació de la medicació, així com en l'ocupació de fàrmacs d'alt risc.
- A prevenir la infecció nosocomial deguda a l'atenció urgent, amb especial importància a la higiene de mans.
- A millorar la identificació de pacients, en la millora de la comunicació i informació, especialment durant les transferències del pacient.
- En la prevenció de riscos específics.
- A crear un clima i una cultura en seguretat del pacient en els SU.
- La gestió del risc clínic.

11. Limitacions.

Aquesta revisió bibliogràfica s'ha realitzat per una única persona i sols s'han inclòs els articles complets disponibles de lliure accés en les bases de dades i revistes electròniques d'infermeria, la qual cosa implica que s'han pogut deixar de considerar altres articles importants sobre el tema.

Per altra banda, he tingut dificultat per al accés de articles en anglès sobre el tema principal d'aquest treball.

Referit al terme de la formació en triatge d'infermeria s'ha trobat una baixa o casi nul·la bibliografia.

12. Bibliografia.

1. Gómez Jiménez J, Torres Trillo M, López Pérez J, Jiménez Murillo L. Sistema Español de Triage (SET). Ed. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES); 2004.
2. Gómez Jiménez J, Marrón Tundidor R, Quitillá Martínez J, et al. Programa de ayuda al triaje [CD-ROM]. Zaragoza; 2006
3. Del Busto Prado F, Martínez Escotet Luis. Triage o clasificación en la atención urgente hospitalaria. En: Arcos González P, Castro Delgado R. Manual de Medicina de Urgencia y Emergencia. Oviedo: Servicio de publicación de la Universidad de Oviedo; 2009.15.
4. Gómez Jiménez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. Emergencias. 2006; 18: 156-164.
5. Gómez Jimenez J. Clasificación de pacientes en los sevicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. Emergencias. 2003; 15:165-174
6. Gómez Jiménez J, Torres Trillo M, López Pérez J, Jiménez Murillo L. Manual de formación. Curso de formación en triaje estructurado de urgencias y emergencias. Sistema Español de Triage (SET). Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES); 2004.
7. Gómez Jiménez J. Sistema Español de Triage: grado de implantación y posibilidades de desarrollo futuras. Emergencias 2011; 23: 344-345
8. Álvarez Leiva c, Maicas Seda J. Triage: generalidades, En: emergencias y catástrofes. Vol. 2: Núm. 3; 2001 p 125-133

9. Sánchez Bermejo R, Cortés Fadrique C, Rincón Fraile B, Fernández Centeno E, Peña Cueva S, De las Heras Castro EM. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. Emergencias [Internet] 2012. (Consultado el 11 Octubre 16); 25: 66-70. Disponible en: [file:///C:/Users/Marina/Downloads/Emergencias-2013_25_1_66-70%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Marina/Downloads/Emergencias-2013_25_1_66-70%20(1).pdf)
10. López Resendiz J, Montiel Estrada MDV, Licona Quezada R. Triage en el servicio de urgencias. Med Int Mex. 2006; 22 (nº 4 julio-agosto): 310-316
11. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. An Sist Sanit Navar. 2010; 33: 55-68. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>
12. Casillas Ríos, A. El Sistema Español de Triage en Urgencias [intranet]. Publicaciones Didácticas. Nº 20 Diciembre 2011. (Consultado el 28 Noviembre 2016). Disponible en: <http://www.seindor.com/publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/020020/articulo-pdf>
13. Manual “grupo español de trabajo Manchester”, Septiembre, 2004.
14. Escobedo F, González L, Salarichs M, Manzano A, López I, Martín JA, Albaladejo C. Evaluación de las urgencias hospitalarias desde un área básica de salud (ABS). Rev. Elsevier.1997; 19(4):169-75
15. RAE: Real Academia Española [Internet]. Madrid. Última actualización 10/14. (Consultado el 9 Octubre 16). Disponible en: <http://www.rae.es/>
16. SEEUE: Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Hemergencias [Internet]. RAC de Enfermería en Urgencias y Emergencias. Madrid. Última actualización 2013. (Consultado el 9 Octubre 16); 3. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/RECOMENDACION1.pdf>
17. TERMCAT: Centre de terminologia [intranet]. Generalitat de Catalunya, Departament de Cultura. (Consultado el 15 Noviembre 2016). Disponible en: http://www.termcat.cat/ca/Diccionaris_En_Linia/

18. Puigblanqué E, Nogueras M, Perapoch N. El triage en el servicio de urgencias. Elsevier España. Enero 2008. (Consultado el 11 Octubre 16); Vol. 18, Nº1. Disponible en: <http://www.elsevier.es/pt-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-el-triaje-el-servicio-urgencias-S1130862108706867>
19. Moya Romero A, Olmo Jimenez MR, Jara Velencoso G, Rodenas López M^aD, Ruiz García M^aV, Torrente Paños M. Organización y funcionamiento del sistema de triaje y circuitos asistenciales del servicio de urgencias del chua. Complejo Hospitalario Universitario Albacete. SESCAM. Octubre 2012. (Consultado 9 Octubre 16). Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/810a238395cd12f504ead38274bd51a8.pdf>
20. OMS: Organización Mundial de la Salud [intranet]. Suiza. Ultima actualización 2016. (Consultado el 9 Octubre 2016). Disponible en: <http://www.who.int/es/>
21. Montero Pérez J, López Alvaro J. Proyecto de Programa Docente de la Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias. [intranet] Documento elaborado por la SEMES. 1. (Consultado el 9 Octubre 2016). Disponible en: <http://www.semesbalears.org/Fotos/Adjuntos/24.PDF>
22. Australasian College for Emergency Medicine. [Internet]. Policy on the australasian triage scale. Julio 2013. (Consultado el 9 Octubre 2016); No Document P06, Version No 4. Disponible en: <https://www.acem.org.au/getattachment/693998d7-94be-4ca7-a0e7-3d74cc9b733f/Policy-on-the-Australasian-Triage-Scale.aspx>
23. Serrano Benavente R. A. Sistema del triaje en urgencias generales. [Intranet]. Universidad Internacional de Andalucía. 2014. (Consultado el 11 Octubre 2016). Disponible en: http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2764/0561_Serrano.pdf?sequence=1

24. Christ M, Crossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern Triage in the Emergency Department. Deutsches Ärzteblatt International. 2010; 107 (50): 892-898.
25. Maravall Gómez-Allende H, Jiménez Lara A, Zabarte M.E. El Sistema Español de Triage en urgencias. [Intranet]. Publicaciones Didacticas. Diciembre 2011 (Consultado el 10 Octubre 2016); Nº 20. Disponible en: <http://www.seindor.com/publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/020020/articulo-pdf>
26. Estadística de establecimientos sanitarios en régimes de internado, 2008. Instituto de Información sanitaria, Ministerio de Sanidad y Política Social. (Consultado el 19 Octubre 16). Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/ESCRI2008.pdf>
27. Bustamante E, Marrón R, Garcés C, Gros B, Herrero A, Javierre M. Análisis del tiempo informático de triaje con el MAT-SET. Emergencias 2006; 18 S: 181
28. Sistema de triaje en urgencias generales. Serrano Benavente R.A. Universidad Internacional de Andalucía. 2013. (Consultado el 26 Enero 2017); ISBN: 978-84-7993-789-8. Pag. 17. Disponible en: http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2764/0561_Serrano.pdf?sequence=1
29. Estudio SUHCAT (2): mapa funcional de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. Miró O, Escalada X, Boqué C, Gené E, Jiménez F.X, Nietto C, Alonso G, Sánchez P, García I, Sánchez M. Emergencias 2014; 26: 35-46.
30. Real Decreto 1231/2001, de 8 de Noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de la actividad profesional de enfermería. (Consultado el 25 Octubre 16). Disponible en: <http://www.bioeticanet.info/codigos/EnfermeriaRD2001.pdf>

31. Estatuto de personal Sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social Aprobado por orden el 26 abril de 1973. Pág. 21 (Consultado el 25 Abril 16). Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/component/jdownloads/send/11-normativa-sanitaria/247-orden26abril19730>
32. Gómez Jiménez J, Ramón-Pardo P, Rua Moncada C. Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias. Washington, DC. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS. Diciembre del 2010.
33. Vázquez Chozas JM, Muñoz González A. El Proceso de Atención de Enfermería. Teoría y Práctica. Madrid: Editorial MAD S.L. 2ª Edición. 2008.
34. Alligood M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7a Ed. España: Elsevier 2011.
35. Carrillo Algarra A.J, García Serrano L, Cárdenas Orjuela C.M, Díaz Sánchez I.R, Yabrudy Wilches N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. Enfermería Global [revista electronica] 2013;10, (consultado el 3 de abril de 2017). Disponible es: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/151581>
36. 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.
37. Soler w, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Scielo 2010, Vol 33, Suplemento 1.
38. Sánchez Bermejo R, Cortés Fadrique C, Rincón Fraile B, Fernández Centeno E, Peña Cueva S, De Las Heras Castro E.M. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. Emergencias 2013;25:66-70.
39. Miró Ó, Escalada X, Boqué C, Gené E, Jiménez Fábrega F. X, Netto C, Alonso G, Sánchez P, García I, Sánchez M. Estudio SUHCAT (2): mapa funciona de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. Emergencias 2014;26:35-46.

40. Sánchez-Bermejo R. Encuesta a los profesionales de enfermería españoles sobre el triaje en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias* 2015;27:103-108.
41. Ortells Abuye N, Paguina Martos M, Morató Lorente I. El nivel de triaje en urgencias cambia según la escala de valoración del dolor utilizada. *Emergencias* 2014;26:292-295.
42. Martín-Sánchez F.J, González-Del Castro J, Zamorano J, Candel F.J, González-Armengol J.J, Villarroel P, Elvira C, López-Farré A. El facultativo, un elemento necesario en el triaje de un Servicio de Urgencias en un hospital terciario. *Emergencias* 2008;20:41-47.
43. Miró Ó, Escalada X, Boqué C, Gené E, Jiménez Fábrega F. X, Netto C, Alonso G, Sánchez P, García I, Sánchez M. Estudio SUHCAT (2): mapa funciona de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias* 2014;26:35-46.
44. Carballo Cardona C. Triage avanzado: es la hora de dar un paso adelante. *Emergencias* 2015;27:332-335.
45. Carballo Cardona C. Triage avanzado: es la hora de dar un paso adelante. *Emergencias* 2015;27:332-335.
46. Salmerón J.M; Jiménez L; Miró Ò; Sánchez M. Análisis de la efectividad y seguridad de la derivación sin visita médica desde el triaje 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: 346-355.
47. Gómez Jiménez J. Sistema Español de Triage: grado de implantación y posibilidades de desarrollo futuras. *Emergencias* 2011; 23: 344-345.
48. Hitchcock M., Gillespie B., Crilly J & Chaboyer W. Triage: an investigation of the process and potential vulnerabilities. *J Adv Nurs*, 2014;70(7):1532-41

49. López Martín A, Claver Domínguez A, Cuéllar Bagué N, Murillo Rubio M, Pérez Parra R, Pueyo Mur R. El perfil de la enfermería asistencial de Urgencias en un hospital de 3r nivel. Rev Soc Enf Urg y Emerg [revista electrónica] 2010;14, (consultado el 16 de marzo del 2017). Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2010/pagina4.html>
50. Varley A and collaborators. The effect of nurses preparedness and nurse practitioner status on triage call management in primary care: A secondary analysis of cross-sectional data from the ESTEEM trial. Elsevier 2016. 58: 12-20.
51. Miró Ó, Escalada X, Boqué C, Gené E, Jiménez Fábrega F. X, Netto C, Alonso G, Sánchez P, García I, Sánchez M. Estudio SUHCAT (3): mapa docente e investigador de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. Emergencias 2014;26:47-56.
52. Considine J, Botti M, Thomas S. Do knowledge and experience have specific roles in triage decision-making? Acad Emerg Med. 2007;14(8):722-6.