

**PAPEL DEL ENFERMERO EN EL TRIAGE INTRAHOSPITALARIO AL
PACIENTE ADULTO DURANTE EL PERÍODO 2008 - 2018**

**PEÑA ARTUNDUAGA VIVIANA ACENETH
ZAPATA BUSTOS SÍNDY PAOLA**

**Monografía para optar al título de Especialista en Enfermería en Cuidado al
Adulto en Estado Crítico de Salud**

**Asesora
Indira Islem Tejada Pérez**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MEDELLÍN
2019**

Nota de aceptación

Presidente

Jurado

Jurado

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	4
LISTA DE GRÁFICAS	5
LISTA DE ANEXOS	6
1. PRESENTACIÓN DEL TEMA	7
2. JUSTIFICACIÓN	9
3. OBJETIVOS	10
3.1. Objetivo General.....	10
3.2 Objetivos Específicos.....	10
4. METODOLOGÍA.....	11
4.1. Tipo de estudio	11
4.2 Fases del estudio.....	11
4.2.1. Contextualización	11
4.2.2. Clasificación	11
4.2.3. Categorización	12
4.2.4. Análisis.....	12
4.3. Criterios de rigor	13
4.3.1 Credibilidad	13
4.3.2 Auditabilidad o Confirmabilidad.....	13
4.3.3 Representatividad	14
4.3.4 Triangulación.....	14
4.4. Consideraciones Éticas.....	14
4.5. Cronograma	16
5. INFORME DESCRIPTIVO	17
5.1 Generalidades.....	17
5.1.1 Clasificación del material	19
5.1.2 Línea del tiempo	24
5.1.3 Temas y subtemas.....	24
6. CAPÍTULO I.....	26
PROCESO DE TRIAGE: DESAFÍO PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	26
7. CAPÍTULO II.....	31
INTUICIÓN, EXPERIENCIA Y FORMACIÓN: CARACTERÍSTICAS ESENCIALES PARA EL ENFERMERO DE TRIAGE	31

8.	CAPÍTULO III.....	35
	EL LADO OSCURO DEL TRIAGE INTRAHOSPITALARIO.....	35
9.	CAPÍTULO IV.....	38
	DE NOVATO A EXPERTO: HACIA LA PRÁCTICA AVANZADA DE ENFERMERÍA EN TRIAJE INTRAHOSPITALARIO	38
10.	CONCLUSIONES.....	43
11.	RECOMENDACIONES	44
12.	AGRADECIMIENTOS.....	45
13.	BIBLIOGRAFÍA.....	46

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Ecuaciones de búsqueda LILACS.	18
Tabla 2: Ecuaciones de búsqueda PUBMED.	18
Tabla 3: Ecuaciones de búsqueda Scielo.	18
Tabla 4: Ecuaciones de búsqueda Science Direct.	18

LISTA DE GRÁFICAS

Ilustración 1: Idioma de los artículos seleccionados.	19
Ilustración 2: Artículos publicados por país.	20
Ilustración 3: Número de publicaciones por año.	21
Ilustración 4: Número de artículos publicados por revistas.	22
Ilustración 5: Número de artículos por bases de datos.	22
Ilustración 6: Número de artículos según la metodología.	23
Ilustración 7: Línea de tiempo.	24
Ilustración 8: Temas y subtemas.	25

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Ficha bibliográfica	55
Anexo 2: Matriz de análisis.....	55

1. PRESENTACIÓN DEL TEMA

El término triage o triaje “es un neologismo que proviene de la palabra francesa *trier* que se define como escoger, separar o clasificar” (Soler, Muñoz, Bragulat, & Álvarez, 2010, p.56) y ha sido adaptado por la medicina para la clasificación de los enfermos que demandan algún tipo de atención en salud. Es en Francia en el año 1789, donde el militar francés Barón Dominique-Jean Larrey, cirujano jefe de la Guardia Imperial de Napoleón, inició la clasificación de los heridos; su principal aporte fue reconocer la necesidad de tratar a aquellos heridos en combate que requirieron atención urgente a través de la evacuación y tratamiento oportuno, dejando como premisa para la clasificación de pacientes que:

“Los que están peligrosamente heridos deben recibir la primera atención, sin tener en cuenta rango o distinción; los que están heridos en un menor grado pueden esperar hasta que lleguen sus hermanos de batalla; los que están gravemente mutilados y no han sido operados y vestidos, no sobreviven muchas horas; rara vez, hasta el día siguiente” (Burriss, Welling y Rich, 2004, p.832); así es como se sientan las bases para el triage moderno.

Según Ramírez (2015), “a menudo se menciona que los sistemas de triage empleados por los militares han sido adaptados a la organización civil, pero ha habido poca discusión acerca de la historia del triage en estos contextos” (p.81) . Es preciso mencionar que, la aplicación del triage a la población civil fue descrita por primera vez de manera sistemática por Weinerman en 1966, que tenía como hipótesis que los menos favorecidos utilizaban los servicios de urgencias para acceder a servicios por patologías o condiciones no urgentes, congestionando los servicios de urgencias al no contar con la posibilidad de la atención en salud ambulatoria (Weinerman, Ratner & Robbins, 1966, p.1038), lo que finalmente implicaba una redistribución de recursos físicos y humanos.

La situación manifestada por los autores anteriormente mencionados, asemeja la realidad actual de Colombia, donde los usuarios deben asistir a los servicios de urgencias para suplir la imposibilidad de no ser incluidos en las agendas atestadas de las empresas promotoras de salud (EPS) o la no disponibilidad de atención a través de los Call Center para asignación de citas en consulta externa, lo que en última instancia, ocasiona un aumento de la demanda de los servicios de urgencias, generando sobresaturación de los mismos, afectando directa o indirectamente la calidad de la atención en salud.

Como respuesta ante esta necesidad, se implementó el triage en los servicios de urgencias, entendido como “un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos” (Soler, et al., 2010, p. 55). Es así, como se puede afirmar que el triage hace las veces de filtro ante el

gran número de usuarios que acuden a los servicios de urgencias por la demora en los servicios ambulatorios o por complicación de su estado de salud debido a la negación de procedimientos o tratamientos.

Sumado a esto, los profesionales encargados de realizar el triage, encuentran pacientes en diversas situaciones de salud; algunos usuarios ingresan solicitando atención urgente, sin embargo, su condición se puede definir como estable o sin riesgo, siendo direccionados a consulta externa para su respectivo manejo. En otros casos, la situación de salud de la persona es crítica, es decir, implica riesgos para la vida, afectando múltiples funciones vitales; de ahí que, la atención brindada por el personal de triage, incluya una valoración efectiva, identificación oportuna de los riesgos, así como una atención inmediata y eficaz en la unidad de urgencias.

Ahora bien, la revisión bibliográfica realizada hasta el momento, evidencia que el triage ha sido desempeñado y abordado históricamente por el personal médico; no obstante, se ha identificado una tendencia en asignar esta actividad a los profesionales de enfermería. Es claro que la enfermería es una ciencia emergente, cuyo método científico es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y su objeto de estudio se centra en el cuidado al individuo y su familia, enriquecido por el proceso investigativo (Hernández & Guardado, 2004, p.1); por tanto, se puede afirmar que los profesionales de esta disciplina, poseen amplios conocimientos para realizar una valoración, identificación de problemas, riesgos y necesidades de los pacientes que ingresan al triage.

Por consiguiente, se hace necesario conocer cuál ha sido el papel del enfermero en el desarrollo del triage en los últimos años, sus aportes, fortalezas y nuevas tendencias en esta área de cuidado, que si bien, históricamente ha sido profundizada desde la disciplina de medicina, actualmente, es una función del enfermero en los servicios de urgencias. De ahí que, el presente trabajo busque dar a conocer el papel de los profesionales de enfermería en el desarrollo del triage durante el periodo 2008 - 2018, con el fin de generar un estado del arte y con esto, el surgimiento de nuevas propuestas relacionadas con esta área en la que se está incursionando actualmente desde la ciencia del cuidado.

2. JUSTIFICACIÓN

A nivel internacional, a principios de los años 90, se crearon los primeros modelos de clasificación de triage basados en los signos y síntomas de los pacientes, que posteriormente se modificaron debido a que no contaban con validez científica y no ayudaban a realizar una clasificación por la prioridad de los pacientes. Por esto, en Estados Unidos, Australia, Canadá, Reino Unido y España, se crearon modelos de Triage con 5 niveles de clasificación (Iserson & Moskop, 2007, p.278); al mismo tiempo, esta nueva función fue asignada al profesional de enfermería teniendo en cuenta su formación académica y las legislaciones que se desarrollaron en cada país, a partir de la implementación del triage.

En Colombia, la circular 010 del 2006, del Ministerio de la Protección Social (Circular 010, 2006) plantea que el triage debe ser realizado por personal idóneo de la salud, en este caso el profesional médico. No obstante, en los últimos años se ha evidenciado que el responsable de hacer la clasificación de los pacientes en el servicio de urgencias es el profesional de enfermería, más aún, cuando en el 2015 con la Resolución 5596 (Resolución 5596, 2015), se definió que los profesionales de medicina o enfermería que tengan constancia de asistencia a cursos o actividades de formación en asuntos directamente relacionados con el sistema de selección y clasificación de pacientes, que se desempeñen en los servicios de urgencias de alta y mediana complejidad, son los responsables de realizar el triage.

Teniendo en cuenta que en Colombia, la realización del triage es una actividad relativamente nueva para el profesional de enfermería y que la formación posgraduada brinda mejores herramientas para la valoración del paciente en estado crítico, se pretende que los resultados del presente estado del arte, permitan identificar los avances, tendencias y prácticas que se están desarrollando a nivel internacional, aportando nuevas perspectivas y estrategias para la realización del triage intrahospitalario desde la mirada disciplinar de enfermería.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Analizar comprensivamente la producción científica sobre el papel del enfermero en el triage intrahospitalario al paciente adulto, en el período 2008 - 2018.

3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Dar cuenta de las disciplinas o campos del saber que se ocupan de las publicaciones sobre el papel del enfermero el triage intrahospitalario al paciente adulto.
- ✓ Clasificar las problemáticas o aspectos de los que se ocupan las publicaciones sobre triage intrahospitalario en el paciente adulto y su relación con el papel de enfermería.
- ✓ Identificar las tendencias o saberes que arrojan las publicaciones sobre el triage intrahospitalario en el paciente adulto y su relación con el papel de enfermería.

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

Para el desarrollo de esta investigación, se decidió emplear la metodología del estado del arte, definido como

“Una investigación documental a partir de la cual se recupera y trasciende reflexivamente el conocimiento acumulado sobre determinado objeto de estudio, para develar desde ella, la dinámica y lógica presentes en la descripción, explicación o interpretación que del fenómeno en cuestión hacen los teóricos o investigadores” (Vélez & Galeano, 2002, p.1).

4.2 Fases del estudio

Para el desarrollo del tema, se tomaron las fases propuestas por Vélez y Calvo, expuestas por Londoño (Londoño, Maldonado, & Calderón, 2014, p.47-51): contextualización, clasificación, categorización y análisis.

4.2.1. Contextualización

En la primera fase se definió el objeto de estudio, así como el planteamiento del problema, sus límites y el material documental que se utilizará en la investigación (Londoño, et al., 2014, p.47-51). Para este estado del arte, se analizó la producción científica sobre el papel de enfermería durante el triage intrahospitalario, pues, actualmente es el enfermero el responsable de realizar este proceso.

4.2.2. Clasificación

En esta fase se determinaron los “parámetros a tener en cuenta para la sistematización de la información, la clase de documentos a estudiar, así como aspectos cronológicos, objetivos de los estudios, disciplinas que enmarcan los trabajos, líneas de investigación, el nivel conclusivo y el alcance de los mismos” (Londoño, et al., 2014, p.47-51).

La búsqueda en la producción científica se realizó a través de artículos publicados en las revistas indexadas durante el periodo 2008 al 2018, identificando las tendencias que tienen las publicaciones en la última década acerca del papel de enfermería en triage; para ello, se revisaron las bases de datos disponibles en línea:

PubMed, ScienceDirect, LILACS y Scielo; descargando artículos en español, inglés y portugués.

Se definieron inicialmente, según los *Descriptores en ciencias de la salud* (DeCS) y *Medical Subject Headings* (MeSH), los siguientes términos controlados:

- **Español:** Triage, urgencias, clasificación, enfermería, enfermera/o, adulto, y adulto mayor.
- **Inglés:** Triage, Emergencies, Classification, Nursing, Nurses, Adult, Aged
- **Portugués:** Triagem, Emergências, Classificação, Enfermagem, Enfermeiras e Enfermeiros, Adulto, Idoso.

Sin embargo, al realizar la búsqueda bibliográfica fue suficiente con los descriptores en inglés y en español, pues con ellos surgieron resultados que contenían artículos en portugués. Además, se descartaron los descriptores como: *Adulto, Adulto mayor, Nursing, Adult, Aged*, teniendo en cuenta que, con el título y el resumen del artículo se definía la población estudiada, descartando aquellos que incluían gestantes y pacientes pediátricos, así como también triage realizado de manera extrahospitalaria. Por lo anterior, se modificaron los términos controlados, conviniendo los siguientes:

- **Español:** Triage, urgencias, clasificación, enfermera.
- **Inglés:** Triage, Emergencies, Classification, Nurse.

4.2.3. Categorización

“Para este momento se tiene en cuenta la jerarquización y generación de la información para su correcto manejo” (Londoño, et al., 2014, p.43). A fin de llevar a cabo esta fase, se realizó una lectura crítica de los artículos científicos seleccionados, y posteriormente se elaboraron fichas bibliográficas (Anexo 1) de cada uno de ellos. Lo anterior, con el fin de sintetizar la información y extraer las ideas principales para facilitar su acceso e interpretación.

Una vez realizadas las fichas, se organizó la información en una matriz de análisis (Anexo 2), con el fin de sistematizar la información de la revisión bibliográfica y poder establecer una relación entre las unidades de información que resulten relevantes para el análisis comprensivo del fenómeno a investigar.

4.2.4. Análisis

El proceso de análisis de la información obtenida, se realizó teniendo en cuenta la práctica hermenéutica, que según lo descrito por Londoño en su documento *Guía para construir un estado del arte*, “consiste en la lectura, análisis, interpretación,

correlación y clasificación de la información, según el grado de interés y necesidad frente a la nueva investigación” (Londoño, et al., 2014, p.50). Este proceso se compone de 2 fases: La primera es la *interpretación*, en la que se hizo una descripción de la información y se agrupó por núcleos temáticos para identificar las tendencias del saber y así interpretar los datos que permitieron el planteamiento de nuevas afirmaciones. En la segunda, denominada *construcción teórica*, se correlacionaron las unidades de análisis, la matriz de la información y se realizó una contrastación de las teorías, buscando la comprensión de las relaciones que permitieron la estructuración teórica y posteriormente, la construcción de este informe final del estado del arte.

4.3. Criterios de rigor

Según Noreña y colaboradores, “el rigor es un concepto transversal en el desarrollo de un proyecto de investigación y permite valorar la aplicación escrupulosa y científica de los métodos de investigación, y de las técnicas de análisis para la obtención y el procesamiento de los datos” (Noreña, Alcaraz & Rojas, 2012, p.265), es por eso que este estado del arte conservó la impecabilidad de la investigación cualitativa al incorporar las siguientes cualidades:

4.3.1 Credibilidad

La credibilidad se refiere a:

“La aproximación que los resultados de una investigación deben tener en relación con el fenómeno observado, así el investigador evita realizar conjeturas *a priori* sobre la realidad estudiada. Este criterio se logra cuando los hallazgos son reconocidos como "reales" o "verdaderos" por las personas que participaron en el estudio, por aquellas que han servido como informantes clave, y por otros profesionales sensibles a la temática estudiada” (Noreña et al., 2012, p.269).

En el caso de este estado del arte, se conservó la credibilidad con una estricta búsqueda en bases de datos, la rigurosidad en la selección de los artículos científicos y en la interpretación de la información para que aquellos profesionales interesados en el objeto de estudio, puedan dar cuenta de las afirmaciones planteadas por los autores y pueda ser de utilidad en futuras investigaciones.

4.3.2 Auditabilidad o Confirmabilidad

Para Noreña y colaboradores, se “denota el rigor de un estudio cuando otro investigador debe seguir la ruta de decisiones empleada por el autor de la investigación y llegar a conclusiones similares o comparables” (Noreña et al., 2012,

p.268). Este criterio, se logró describiendo detalladamente la ruta metodológica del estado del arte, empezando por la delimitación temporal, donde se revisaron artículos científicos en revistas indexadas publicados desde 2008 hasta 2018. Una vez escogidos los artículos, se organizaron en carpetas según el año para su análisis, el cual se realizó a través de las fichas bibliográficas que permitieron sintetizar las ideas para luego ser consignadas en la matriz de análisis que posibilitó la interpretación desde las diferentes perspectivas.

4.3.3 Representatividad

Se relaciona con el método de investigación, así como la selección de aquellos artículos y material bibliográfico que mejor representen o tengan conocimientos del tema a investigar (Rada, 2007, p.4). Por otro lado, Castillo & Vásquez (2003), agregan la importancia de la recolección de datos, donde es necesario alcanzar la redundancia de la información y lograr la interacción entre lo que se conoce y lo que se necesita conocer; lo cual es indispensable para lograr la validez y la confiabilidad en una investigación cualitativa (p. 166). Para ello, se revisaron 65 artículos de revistas indexadas que abordaron el tema a investigar y cumplieron con los criterios de selección definidos.

4.3.4 Triangulación

“Se refiere al uso de varios métodos, de fuentes de datos, de teorías, de investigadores o de ambientes en el estudio de un fenómeno” (Benavides & Gómez, 2005, p.119). Guba (1975), en *Criterios de credibilidad en la investigación naturalista*, afirma que: “no se debería aceptar ningún ítem de información que no pueda ser verificado por dos fuentes al menos” (p.158-159), por lo que se conservó el criterio de triangulación al realizar el análisis de la matriz de la información y la interpretación de los datos por las diferentes personas involucradas en el proceso investigativo, además de la contrastación teórica entre autores que alimentaron este estado del arte.

4.4. Consideraciones Éticas

El presente estado del arte se ajustó a los principios científicos y éticos inmersos en toda investigación y escritos académicos, los cuales, según la *American Psychological Association (APA)*, son: “asegurar la precisión del conocimiento científico, proteger los derechos y las garantías de los participantes de la investigación y proteger los derechos de propiedad intelectual” (Coy y Valencia, 2010, p.2). Para el desarrollo de la investigación documental, se analizó comprensivamente la bibliografía existente en torno al papel de enfermería en el triage intrahospitalario, dejando claro que todo uso de textos o ideas sin la respectiva citación o referencia fuera considerado como un plagio.

Ahora bien, en Colombia, la Resolución 8430 de 1993, establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; en el artículo 11, se encuentra que el estado de arte se incluye en las investigaciones sin riesgos, ya que estas se contemplan como aquellos estudios “que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas de los seres humanos” (Resolución 8430, 1993, p.3).

Por otro lado, el Estatuto de Propiedad Intelectual de la Universidad de Antioquia decretado por la Resolución rectoral 21231 de Agosto de 2005 (Resolución rectoral 21231, 2005), que se ajusta a la Ley 23 de 1982, por la cual se protegen los Derechos de autor en Colombia, donde se “comprenden todas las creaciones del espíritu en el campo científico, literario y artístico”, en este caso, las obras científicas y literarias; hace referencia a las sanciones por parte de la institución de educación superior, así como por el estado, a aquellos que infrinjan la norma, omitiendo la debida referenciación de los textos (Ley 23, 1982, p.1).

4.5. Cronograma

ACTIVIDADES	2018					2019											
	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Planteamiento del tema	■	■															
Desarrollo del protocolo		■	■	■													
Búsqueda de Información			■	■	■	■	■	■	■								
Sistematización y análisis de la información										■	■	■					
Descripción de los datos													■				
Análisis e Interpretación de los datos														■			
Elaboración del informe final															■	■	
Revisión por parte del jurado																■	
Sustentación informe final																	■

5. INFORME DESCRIPTIVO

En el siguiente trabajo monográfico se realizó una revisión bibliográfica referente al tema: *Papel del enfermero en el triage intrahospitalario al paciente adulto durante el período 2008 - 2018*. Se lograron identificar los ejes temáticos o tendencias relacionadas al tema y cómo han transcurrido desde diferentes autores en la línea del tiempo; con base en ello, surgieron cuatro temas fundamentales que se plantearon como capítulos, en cada uno de los cuales se realiza una aproximación teórica fundamental y una discusión pertinente del tema.

5.1 Generalidades

La búsqueda en la producción científica acerca del objeto de estudio se realizó mediante los artículos publicados en las revistas indexadas durante el periodo 2008 al 2018; se revisaron las bases de datos disponibles en línea: PubMed, ScienceDirect, LILACS y Scielo; descargando 180 artículos en español, inglés y portugués.

Una vez se seleccionaron estos artículos según los términos controlados, se realizó una segunda revisión donde se tuvo en cuenta el resumen y una lectura rápida del método de investigación donde se decidió prescindir de 115 de artículos, por las siguientes razones:

- *No eran relevantes al tema a investigar*: Artículos que desarrollan temas como la implementación de las escalas, situaciones en el servicio de urgencias, manejo de ACV en urgencias, emergencias dentales, urgencias en las visitas domiciliarias, satisfacción del paciente y familiar en el servicio de urgencias, entre otros, que no se enfocan en el papel del enfermero.
- *Cartas al editor*: Archivos descargados porque su nombre y descripción resulta atractivo para el desarrollo del tema, pero que al leer dan cuenta de ser cartas al editor de una revista.
- *Triage extrahospitalario*: Textos que, aunque trabajan el triage y sus escalas, lo hacen de manera extrahospitalaria.
- No se encuentran en *texto completo*.
- *Idioma*: Se descartan artículos que se encuentran en alemán, francés, italiano y holandés.
- Aquellos donde la población de estudio es *pediátrica o gestante*.

Finalmente, fueron 65 artículos los seleccionados para el análisis del tema, se aclara que para este punto ya se han eliminado las duplicidades existentes en las diferentes bases de datos. Se delimitó la búsqueda de los artículos con el operador

booleano “AND” y los descriptores DeCS y MeSH como se muestra en las siguientes tablas:

BASE DE DATOS	ECUACIONES DE BÚSQUEDA	RESULTADOS ENCONTRADOS	ARTICULOS DESCARGADOS	ARTICULOS DESCARTADOS	SELECCIONADOS
LILACS	tw:(triage AND urgencias)	3217	38	22	16
	tw:(nurse AND triage)	562	7	2	5
	tw:(classification AND emergency AND nurse)	146	3	2	1
	tw: (urgencias AND clasificación)	23	6	3	3

Tabla 1: Ecuaciones de búsqueda LILACS.

BASE DE DATOS	ECUACIONES DE BÚSQUEDA	RESULTADOS ENCONTRADOS	ARTICULOS DESCARGADOS	ARTICULOS DESCARTADOS	SELECCIONADOS
PUBMED	tw:(triage AND urgencias)	13	0	0	0
	tw:(nurse AND triage)	53	2	1	1
	tw:(classification AND emergency AND nurse)	1815	29	21	8
	tw: (urgencias AND clasificación)	403	1	0	1

Tabla 2: Ecuaciones de búsqueda PUBMED.

BASE DE DATOS	ECUACIONES DE BÚSQUEDA	RESULTADOS ENCONTRADOS	ARTICULOS DESCARGADOS	ARTICULOS DESCARTADOS	SELECCIONADOS
SCIELO	tw:(triage AND urgencias)	30	6	5	1
	tw:(nurse AND triage)	16	2	2	0
	tw:(classification AND emergency AND nurse)	14	5	4	1
	tw: (urgencias AND clasificación)	78	16	13	3

Tabla 3: Ecuaciones de búsqueda Scielo.

Tabla 4: Ecuaciones de búsqueda Science Direct.

BASE DE DATOS	ECUACIONES DE BÚSQUEDA	RESULTADOS ENCONTRADOS	ARTICULOS DESCARGADOS	ARTICULOS DESCARTADOS	SELECCIONADOS
SCIENCE DIRECT	tw:(triage AND urgencias)	213	9	8	1
	tw:(nurse AND triage)	15541	30	21	9
	tw:(classification AND emergency AND nurse)	16332	21	10	11
	tw: (urgencias AND clasificación)	4824	5	1	4

5.1.1 Clasificación del material

Con el fin de analizar los artículos de manera clara, se organizó la información por tipo de material, idioma, país, año, revista, bases de datos, metodología de la investigación empleada y autores clave:

Tipo de material

El material definido para la revisión documental fueron en su totalidad artículos científicos publicados en revistas indexadas, que se encontraban disponibles en texto completo en las bases de datos antes mencionadas.

Idioma

De los 65 artículos seleccionados, 78% estaban escritos en inglés, seguido de español con un 14% y finalmente portugués con un 8%.

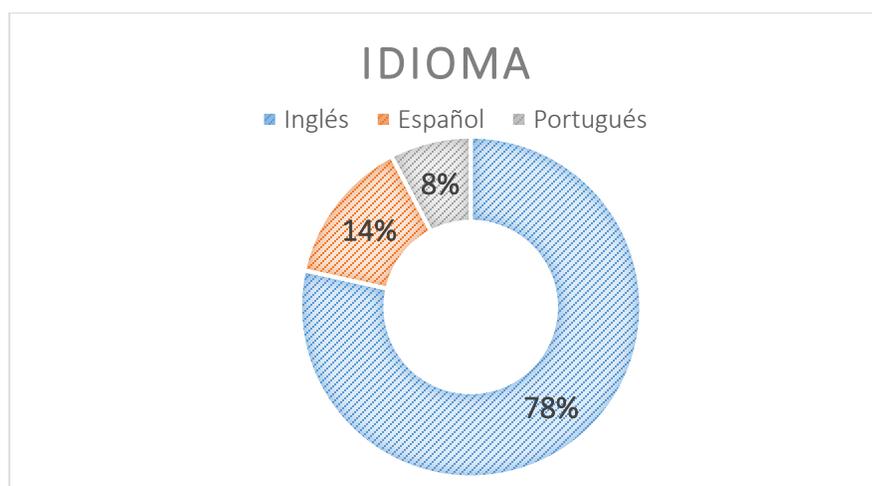


Ilustración 1: Idioma de los artículos seleccionados.

País

La revisión bibliográfica concluye que los países que más publican acerca del tema son Estados Unidos (EEUU) con un 24.6% seguido de Brasil (20%) y España (13.8%). Llama la atención que el 4 país con más publicaciones respecto al tema es Sudáfrica con un 7.6%, seguido de Australia (6.1%) e Irán (6.1%).

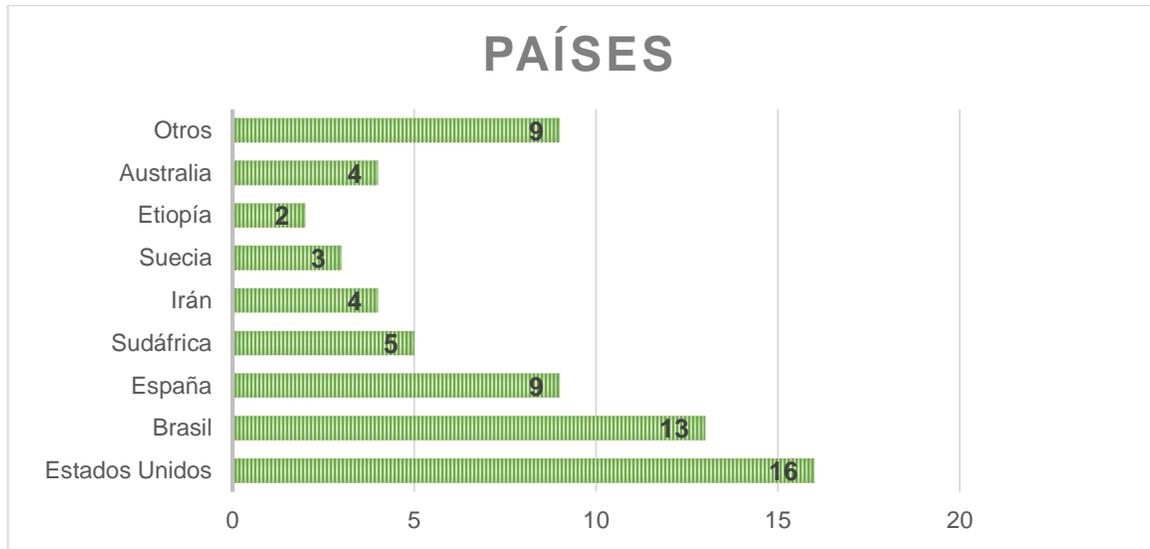


Ilustración 2: Artículos publicados por país.

Año

Los años de publicación tienen una tendencia relativa. Durante el 2008 no se tienen artículos seleccionados; sin embargo, hay una progresión en 2009 que se sostiene hasta 2012, donde sufre una declinación hasta 2014, y posteriormente empieza a crecer de manera constante hasta alcanzar un pico en 2017, encontrándose 12 artículos publicados en este año, donde nuevamente cae.



Ilustración 3: Número de publicaciones por año.

Revista

Según la revisión realizada, se encontró que los artículos fueron publicados en su mayoría en revistas relacionadas con enfermería, donde las que más publican son aquellas cuyos países han logrado avances significativos en la implementación y adquisición de conocimientos relevantes. Así es como el *Journal of emergency nursing*, tiene la mayoría de publicaciones con 13 artículos seleccionados, seguido del *International emergency nursing*, con 8 artículos, *Emergencias de España*, con 5 artículos y la *Australasian emergency nursing journal*, con 3 artículos. Continúa siendo relevante la aparición de revistas sudafricanas, a pesar de tener un enfoque biomédico, las publicaciones relevantes para la revisión del objeto de estudio, fueron realizadas por enfermería, se tienen 2 revistas la *South african medical journal* y *African journal of emergency medicine*, con 2 artículos cada una.

En la tabla a continuación, se encuentran las principales revistas responsables de la producción científica, las restantes se agruparon en la categoría "otros", pues se encontró 1 artículo por cada revista.



Ilustración 4: Número de artículos publicados por revistas.

Bases de datos

Las bases de datos revisadas arrojaron un total de 65 artículos que cumplen con los criterios de inclusión y aportan de manera significativa al objeto de estudio. En total se descargaron 25 artículos de LILACS, que corresponden al 38.4% de la producción científica seleccionada, al igual que ScienceDirect con 25 artículos, seguido de PubMed con 10 artículos (15.3), y por último Scielo, con 5 artículos (7.6%) de la producción científica analizada.

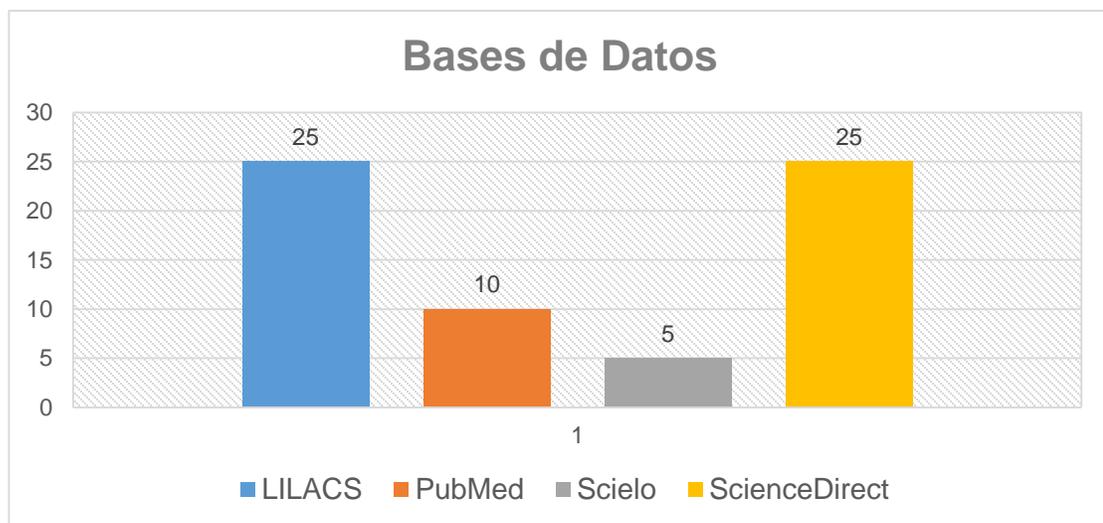


Ilustración 5: Número de artículos por bases de datos.

Metodología de la investigación

Las metodologías encontradas de los 65 (100%) artículos analizados han sido muy variadas y se han recopilado en el siguiente diagrama, encontrando que la mayoría de los estudios son cualitativos (65%), seguidos los cuantitativos (32%) y por último los mixtos (3%); esto nos demuestra que de todos los artículos que recopilamos y analizamos datos sobre triage hay varias metodologías aplicadas para estudiar cual ha sido el papel del enfermero en el desarrollo del triage.



Ilustración 6: Número de artículos según la metodología.

Autores Claves

En la revisión bibliográfica realizada pudimos encontrar que varios autores se han interesado en estudiar el papel de enfermería en el triage intrahospitalario, evidenciando que han realizado investigaciones sobre la percepción de los enfermeros en triage, que actividades realizan las enfermeras involucradas en la clasificación, práctica avanzada de enfermería y la aplicación de escalas de clasificación. Los siguientes son los autores más representativos:

- Cristiane Chaves de Souza
- Aline Marques Acosta
- Binoy Mistry
- Susan Domagala
- Wifredo Soler

5.1.2 Línea del tiempo

La investigación sobre triage a pesar de su implementación mundial hacia los años 90, era escasa, teniendo en cuenta que en el año 2008 no fueron encontrados artículos relacionados con el tema.

Desde el año 2009 hacia el 2011 se observó que se estudiaron temas sobre el trabajo de las enfermeras en el desarrollo del triage, la percepción de estas sobre el triage y la evaluación que se les realizó sobre la aplicación de escalas en triage.

Posterior a esto, entre el 2012 y 2014 se observó mayor producción sobre esta temática encontrando que además de los temas estudiados en los años anteriores, se evaluaron las actividades que realizan las enfermeras en el triage.

Finalmente, entre los años 2015 y 2018 se empezaron a aplicar muchas más escalas en las instituciones a las cuales se les evalúa su implementación y también se determinó cual es la satisfacción que tienen los pacientes con el desarrollo del triage realizado por enfermería.

En la siguiente gráfica, se puede observar la producción científica por periodos:



Ilustración 7: Línea de tiempo.

5.1.3 Temas y subtemas

A partir de la lectura crítica de los artículos científicos, emergieron 4 temas principales: proceso de triage, el enfermero como esencia del triage intrahospitalario, el impacto emocional que le deja al enfermero el hacer triage y la

práctica avanzada en triage intrahospitalario. Cada uno de ellos se describe en la siguiente imagen con sus respectivos subtemas:

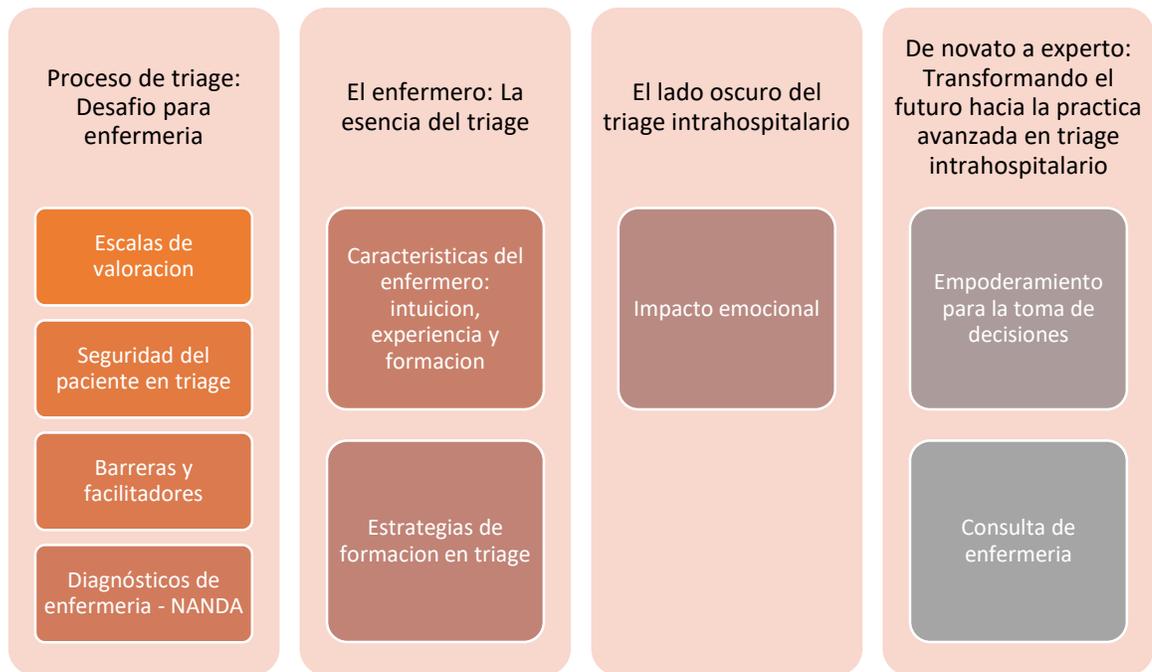


Ilustración 8: Temas y subtemas.

6. CAPÍTULO I. PROCESO DE TRIAGE: DESAFÍO PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Todo paciente en busca de atención por urgencias, necesita ser evaluado y clasificado con el fin de priorizar aquellos que tienen problemas urgentes y requieren atención inmediata (Ganley & Gloster, 2011, p.49); de ahí que surja el triage como un sistema de selección y clasificación en el que el enfermero tiene un primer contacto con el paciente y definen la conducta a seguir. Según Souza (2018), en este proceso, los enfermeros que trabajan en servicios de emergencias, desarrollan la intuición, como elemento fundamental para definir el grado de riesgo del paciente, teniendo en cuenta los resultados de la valoración de enfermería e identificación de signos y síntomas, con el fin de ingresar esta información al sistema de cada institución. Actualmente, las entidades de salud están aplicando diferentes escalas para la realización del triage, pues permiten organizar la información del paciente y ayudan a orientar la clasificación del riesgo.

A nivel mundial se han diseñado diferentes escalas de clasificación del riesgo; en Francia, por ejemplo, desde los años 90's y con la creciente afluencia de pacientes a los servicios de emergencias fue necesario la creación de la escala *French Emergency Nurses Classification in Hospital* (FRENCH), cuya segunda versión se implementa ahora en un gran número de hospitales metropolitanos (Taboulet et al., 2009). Sin embargo, "resulta paradójico que, en contraste con otros países industrializados, Francia no tenga una escala unificada a nivel nacional para los servicios de urgencias" (Taboulet et al., 2009, p.61).

Por otro lado, en Sudáfrica en 2004, se crea como una herramienta hospitalaria y prehospitalaria, la South African Triage Scale (SATS) aplicada también en Pakistán, teniendo en cuenta "el aumento de la urbanización y los conflictos violentos, junto con la creciente carga de enfermedades crónicas no transmisibles en muchos países subdesarrollados o en vía de desarrollo" (Dalwai, twomey, Maikere, Said, Wakeel, Jemmy & Zacharia, 2014, p.372) no obstante, "debido a las limitaciones de recursos humanos existentes, Sudáfrica no puede permitirse un sistema de triage dirigido por médicos o enfermeros calificadas; para compensar esto, la SATS fue diseñada para ser utilizada por auxiliares de enfermería" (Goldstein et al., 2017, p.243).

China por su parte, no tiene un sistema de triage estandarizado, pero el gobierno central chino publicó en 2012, una Guía Nacional de Práctica Clínica en Triage, diseñada para el manejo de flujo de pacientes del servicio de urgencias con una escala de 4 niveles, opciones de tratamiento en emergencias, así como las características que debe tener el enfermero que hace triage (Hammad, Peng, Anikeeva, Arbon, & Li, 2017, p.2). Cabe resaltar que, ninguna de las escalas mencionadas anteriormente ha sido debidamente validada.

Por el contrario, es preciso mencionar que existen otras 5 escalas para el triage ampliamente difundidas y validadas en el mundo, que son la *Australian Triage Scale (ATS)*, la *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)*, el *Manchester Triage System (MTS)*, el *Emergency Severity Index (ESI)* y el Sistema Español de Triage (SET) adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES) a partir del Modelo Andorrá de Triage: MAT (Soler, Gomez, et al., 2010, p.56). Todas estas escalas tienen 5 niveles de priorización, que van desde el nivel 5 siendo el menos urgente al 1 el más emergente. La utilización de estas escalas ha contribuido con la prioridad clínica de los pacientes pues permiten que el personal los aborde en orden de su urgencia clínica, de acuerdo a la disponibilidad de recursos con los que cuenta el servicio (Johansen & Forberg, 2011, p.4).

Ahora bien, en Colombia, existen instituciones que han adoptado algunas de estas escalas para estandarizar la priorización de la atención en salud, disminuyendo los riesgos por demora en la atención. Teniendo en cuenta que dichas escalas se desarrollaron en contextos histórico-sociales diferentes y que no obedecen a la realidad colombiana, es importante resaltar que se basan en un modelo biomédico, a pesar de que es el profesional de enfermería quien las aplica; por consiguiente, es necesario plantearse la posibilidad de una escala de triage colombiana diseñada por enfermeros con enfoque disciplinar, que evidencie claramente el papel del profesional.

Como se ha mencionado, las escalas utilizadas para la realización del triage tienen un enfoque biomédico, sin embargo es el profesional de enfermería quien realiza la clasificación y tiene en cuenta los elementos propios de la disciplina; de ahí que, en Minas Gerais, Brasil en el año 2011, se realizó un estudio para identificar los posibles diagnósticos NANDA, que permitan planificar los pasos necesarios para obtener resultados esperados y enumerar las intervenciones de enfermería para alcanzar las metas de cuidado. En total, se registraron 11 diagnósticos NANDA diferentes en 40 casos analizados: de los 20 pacientes clasificados como nivel de prioridad I se identificaron diagnósticos como: dolor agudo (65.0%), patrón respiratorio ineficaz (45.0%), alteración en el intercambio de gases (40.0%), náuseas (10.0%), fatiga (10.0%), hipertermia (10.0%) y dolor crónico (5.0%). Entre los 20 pacientes clasificados como nivel de prioridad II (20), se encontraron: dolor agudo (80.0%), náuseas (10.0%), riesgo de desequilibrio electrolítico (10.0%), dolor crónico (5.0%), contaminación (5.0%), riesgo de suicidio (5.0%) y riesgo de deterioro de la integridad cutánea (5.0%); teniendo en cuenta que varios diagnósticos se repitieron (De Souza, da Mata & de Carvalho, 2013, p.1319-1320). Lo anterior, deja claro que es posible la implementación de escalas de clasificación de riesgos teniendo en cuenta los componentes teóricos propios de enfermería como lo son los diagnósticos NANDA.

La aplicación de estas escalas, ha surgido ante la necesidad de fortalecer la seguridad del paciente en los servicios de urgencias, pues al optimizar el tiempo de atención y los recursos para ello, se garantiza una atención oportuna y eficiente para el paciente que lo requiera; además, se contribuye a disminuir la morbimortalidad en los servicios, convirtiendo al triage *per sé* en un pilar fundamental en la seguridad del paciente, puesto que ayuda a brindar una atención oportuna evitando complicaciones en el estado de salud de la población. Por esta razón, es vital contar con personal idóneo en el triage, pues “es el primer punto de contacto para los pacientes que ingresan, y debe ser una persona que comprenda claramente el manejo y tratamiento de pacientes emergentes” (Domagala & Vets, 2015, p.313).

Diversos estudios han analizado otras alternativas para contribuir a la seguridad del paciente en urgencias, como es el caso del trabajo realizado por Christensen y colaboradores (2016), donde se evaluó la escala ESI, determinando la posibilidad de disminuir la cantidad de preguntas que se le realizan a los pacientes, reduciendo el tiempo de atención y centrándose en la queja principal; lo anterior, sólo con las variables de saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca y tipo de dolor; los resultados fueron positivos para el paciente porque se redujo el tiempo de espera y el tiempo de atención médica.

En este sentido, se garantiza la seguridad del paciente durante la clasificación de la urgencia, disminuyendo el tiempo para la atención médica. No obstante, surge la inquietud de cuáles son las estrategias para cuidar del paciente que se encuentra a la espera de atención, aquel que por su condición clínica no es necesaria una atención emergente pero que tampoco puede irse a casa; por ende, se hace evidente la necesidad de “desarrollar políticas y prácticas para garantizar que los pacientes que esperan por tratamiento sean reevaluados a intervalos de rutina” (Domagala & Vets, 2015, p.314), con el fin de identificar oportunamente los cambios en su estado clínico y la necesidad de una reclasificación de la urgencia.

Más aún, durante el proceso de triage intrahospitalario, el profesional de enfermería ha identificado unos elementos que pueden ser definidos como facilitadores y barreras durante la clasificación del riesgo; esto se ha convertido en un desafío para el enfermero, pues ha llevado a que desarrolle habilidades y competencias para afrontar estos nuevos retos:

Entre los elementos facilitadores del triage, se pueden identificar la valoración de enfermería que se relaciona íntimamente con la experiencia del enfermero. “La valoración enfermera a todos los niveles de análisis (personal, familiar y comunitario) consta de datos subjetivos procedentes de la persona y datos objetivos procedentes de las pruebas diagnósticas y de otras fuentes” (NANDA, 2010, p.8), teniendo como método de recolección de información: la entrevista, valoración clínica y observación.

“Hay dos tipos de valoraciones que se hacen para generar diagnósticos enfermeros precisos: globales y focalizadas. Las valoraciones globales cubren todos los aspectos de un marco de valoración enfermera, mientras que la valoración focalizada se centra en puntos o cuestiones concretas, y se realiza cuando es preciso explorar más profundamente síntomas específicos” (NANDA, 2010, p.8).

En triage, el enfermero encargado de la clasificación, utiliza el motivo de consulta de los pacientes para realizar la entrevista y con ella, una valoración focalizada que va de la mano con la observación clínica, la cual se realiza a través de una mirada rápida del estado general del paciente (Wolf, Delao, Perhats, Moon, & Zavotsky, 2017), “los enfermeros reconocen mentalmente de forma precoz las claves en el método diagnóstico, en un proceso de pensamiento activo en el que se explora el conocimiento que tiene en busca de posibles explicaciones para los datos” (NANDA, 2010, p.10), con el fin de llegar a una conclusión acertada que le permita una toma rápida de decisiones y la clasificación de la urgencia más apta acorde con los riesgos del paciente.

Un segundo facilitador, son las alternativas de solución que se han diseñado para hacerle frente al hacinamiento; diferentes autores, como Howard, et al (2014), plantearon una estrategia que permite descongestionar los servicios. Dicha propuesta consiste en que en las horas pico deben realizar el triage enfermeras registradas y capacitadas en esta área, en conjunto y colaboración con los médicos; asimismo, diseñaron un lugar de recepción de pacientes con dos cabinas adicionales o más (denominado triage rápido). Dependiendo de la cantidad de pacientes que asistieron al servicio, se indagaba rápidamente por el motivo de consulta, y de acuerdo a esto los pacientes pasaban a la sala de triage de inmediato o a la sala de espera. Además, por la alta demanda de pacientes se adicionó una “enfermera de bienvenida” quien recibía al paciente a su llegada y asignaba un nivel de riesgo inicial para agilizar el triage y el cuidado de los pacientes identificados como críticos o potencialmente críticos. (p.3)

En contraste, el enfermero que realiza triage encuentra unas barreras o limitantes para su labor, una de ellas es el hacinamiento, pues son altos los volúmenes de pacientes que asisten a los servicios de urgencias. En Colombia, por ejemplo, la capacidad resolutoria de los servicios de consulta externa es mínima, por lo que los usuarios deciden asistir a urgencias con el fin de encontrar una entrada al sistema de salud que permita obtener resultados rápidos relacionados con su afección. Lo anterior, también se puede ver influenciado por la afiliación en salud del paciente y los convenios existentes entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), donde debido a los procesos de autorización y asignación de citas, se puede ver el detrimento de salud de las personas; todo esto, propicia la congestión en los servicios de urgencias. En ocasiones, esta saturación puede llevar a que “los enfermeros manipulen el sistema de puntuación de clasificación basado en lo que estaba sucediendo en sus servicios

de emergencias (Wolf et al., 2017, p.6); es decir, sub-triagizar a los pacientes cuando se sobrepasa la capacidad instalada, lo que puede poner en riesgo la seguridad del paciente.

Otra barrera encontrada es la angustia ante lo inesperado, puesto que el enfermero debe estar preparado tanto física, emocional y profesionalmente para lo que cruce por la puerta de triage. La dinámica del servicio de urgencias exige al profesional de enfermería, una amplia gama de conocimientos, así como saber identificar los signos y síntomas que puedan representar un riesgo, ya que, así como pueden presentarse pacientes con amigdalitis, lumbagos, gastritis también ingresan pacientes con cefalea, infecciones urinarias, infecciones respiratorias graves que ponen en peligro la vida del paciente. Esto, según lo reportado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), teniendo en cuenta los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) donde se evidencian los 10 casos más frecuentes de consulta a urgencias (DANE, 2018), por esto es “importante contar con recursos disponibles para evaluar a cada paciente cuidadosamente con el fin de garantizar una adecuada clasificación” (Wolf et al., 2017, p.7) sin importar lo congestionado del servicio o lo inesperado de la situación.

Sumado a lo anterior, el *Burn out* fue descrito como el mayor limitante en la atención en salud (Wolf et al., 2017, p.7) y el que mayor impacto negativo puede tener en el cuidado del otro. El *burn out* es un “síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito y se caracteriza por agotamiento de energía, sentimientos de negativismo relacionados con el trabajo, y eficacia profesional reducida” (OMS, 2019). Lo anterior, se puede evidenciar en la investigación realizada por Wolf y colaboradores, donde algunos enfermeros expresaron que sus compañeros tenían “pacientes sin signos vitales durante 3 horas y sin triage, mientras él estaba afuera jugando con su teléfono porque no tenían camas” (Wolf et al., 2017, p.4) o eran “simplemente muy negativos con todo y para todo, ni siquiera se daban cuenta que estaban quemados” (Wolf et al., 2017, p.7). Son enfermeros cansados, que no prestan atención a los detalles, que no escuchan a sus pacientes, que impactan de manera negativa en el cuidado y que ponen en riesgo su propio trabajo sin darse cuenta. La lucha contra el *burn out* es tal vez el desafío más grande que tienen los enfermeros de triage.

Lo dicho hasta aquí, permite afirmar que a pesar que el profesional de enfermería realice el proceso de triage con herramientas biomédicas, ha desarrollado la habilidad y competencia para brindar cuidado, realizando el triage desde la visión de enfermería, fundamentado en la valoración del paciente, identificación de problemas, priorización de necesidades, definición de diagnósticos y establecimiento de intervenciones iniciales, de acuerdo al riesgo identificado en el paciente. Más aún, superando las diferentes limitantes que trae consigo la atención en triage y en el contexto actual del panorama de salud mundial.

7. CAPÍTULO II. INTUICIÓN, EXPERIENCIA Y FORMACIÓN: CARACTERÍSTICAS ESENCIALES PARA EL ENFERMERO DE TRIAGE

Existen diversas investigaciones relacionadas con el profesional de enfermería que realiza triage; en general, dichos trabajos han definido una caracterización de este personal. Se pueden nombrar algunas investigaciones realizadas en España, por ejemplo, Sánchez (2015), desarrolló una encuesta a 833 profesionales de enfermería de los servicios de urgencias (p.103); por su parte, Martínez, Lleixà, Salvadó, Solà, Adell, Chanovas, March, & Mora (2017), identificaron las variables sociodemográficas y características competenciales de los enfermeros de triage (p.173). Mientras que, en Brasil, Souza, Diniz, Silva, Mata, & Chianca (2014), caracterizaron a los enfermeros de manera introductoria para hablar de la percepción que tienen del triage (p.80). Se puede decir que estos trabajos convergen en tres características que deben desarrollar los enfermeros de triage, las cuales son esenciales para el desempeño de su labor; se mencionan la intuición, la experiencia y la formación, que al integrarse conforman un enfermero de gran calidad en triage.

La intuición es definida por Benner y Tanner (1987) como la “*comprensión sin una justificación*” (p.23); va de la mano con la experiencia y el conocimiento, y se nutre de las vivencias del día a día, complementado al raciocinio. La enfermera de triage debe ser capaz de ver lo que otros no ven con una “*rápida mirada*” (*quick look*), descrita así por los enfermeros participantes en la investigación de Wolf y colaboradores (2017), es el observar teniendo en cuenta la intuición, con ésta se puede saber si el paciente es crítico o no (p.4). La intuición “supone la adopción de un proceso heurístico, es decir, una gestión clínica que recurre a la creatividad, al descubrimiento y la transformación” (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1996), y hace parte de la comprensión de posturas, facies, maneras de caminar o hablar, que complementan el juicio clínico del enfermero para la toma acertada de decisiones.

De la mano de la intuición, está la experiencia, que es “*eso que me pasa*” (Larrosa, 2006, p.88), todo aquello que vive la enfermera y que en ella deja un huella, pues “cuando se ejerce, se adquieren experiencias que se van transformando en un conocimiento aprendido” (Landeró, 2002, p.24), los cuales se recuperan en un proceso cognitivo como “un patrón similar al que se conoció durante una situación previa y, por lo tanto, genera automáticamente una acción, y posiblemente una solución al problema en cuestión” (Gobet & Chassy, 2008, p.135).

La experiencia ha sido debatida en múltiples estudios; Martínez y colaboradores (2017), afirman que “no hay relación con la edad, la experiencia enfermera, o con el tipo de formación en triage” cuando de seguridad percibida al hacer triage se trata (Martínez-segura et al., 2017, p.174); y debido a “la variabilidad en la experiencia clínica y la experticia, el triage efectivo puede depender mucho de la persona en lugar del proceso” (Wolf et al., 2017, p.6). Lo que en resumen implica, que más que los años de trabajo enfermero, todo depende de los procesos cognitivos de cada individuo y su capacidad para enfrentarse a situaciones crítica.

Sin embargo, otros estudios afirman que debe haber un tiempo de experiencia mínima para ejercer como enfermero de triage (Sánchez, 2015, p104), lo anterior corroborado por Hitchcock, Gillespie, Crilly, & Chaboyer (2013), en cuya investigación “los participantes pensaron que los enfermeros de triage deberían tener muchos años de experiencia en urgencias antes de ser considerados para el rol de triage” , (p.1538). En este sentido, “la *Emergency Nurses Association* recomienda 1 año de experiencia en urgencias y educación continua y acreditación al asumir el papel en triage” (Wolf et al., 2017, p.3), no obstante, no es concluyente el tiempo mínimo de experiencia que se les deba exigir para el desempeño de esta labor.

Finalmente, como tercera característica, se encuentra la formación específica en triage; que está orientada a la ampliación y actualización de conocimientos necesarios para el desempeño de la función pues “el valor óptimo del cuidado enfermero se mide por el poder que procura una sólida formación” (Kérouac et al., 1996, p.25). “La educación de los enfermeros y el desarrollo de habilidades que se utilizan en el proceso de triage son esenciales para proporcionar un alto nivel de cuidado” (Hitchcock et al., 2013, p.1538). Gillespie, citado por Hitchcock, expone que “los enfermeros con educación especializada reportaron altos niveles de competencia”, respecto a enfermeros sin otros estudios (Hitchcock et al., 2013, p.1535).

En este sentido, la educación continua y la formación “son una forma directa para aumentar el conocimiento y la habilidad de los enfermeros en un aspecto diverso de situaciones que las preparan psicológica y mentalmente para responder a situaciones de emergencia” (Kerie, Tilahun, & Mandesh, 2018, p.5), fortaleciendo la autonomía y el pensamiento crítico. Éste último se define como un pensamiento “controlado y con un objetivo, usando estrategias bien razonadas para obtener los resultados requeridos” (Alfaro, 1996, p.5), lo que ayuda al enfermero a discernir entre lo relevante y lo intrascendente, definiendo clasificación del riesgo del paciente según las prioridades de requerimiento de cuidado.

En este punto, es necesario cuestionarse, además, si la academia responde a las necesidades de formación de los profesionales de enfermería. Puesto que “si la formación es el medio de difusión de los conocimientos necesarios para la práctica; y la investigación, es el instrumento que permite hacer progresar estos

conocimientos” (Stainton, Rankin y Calkin, 1989. Citado por Kérouac et al., 1996), se debe impartir la educaci3n en triage desde la academia, con el fin de desarrollar la singularidad del tema para contribuir al avance de la disciplina enfermera en este ámbito.

Teniendo en cuenta, que “no se exige un título de especializaci3n a los enfermeros como requisito previo para trabajar en la clasificaci3n del riesgo, se destaca la necesidad de incluir este tema en los proyectos pedag3gicos de los programas de pregrado en enfermería” (Souza, Lourdes, Silva, & Regina, 2013, p.1319) con el fin de proporcionar herramientas metodol3gicas y humanísticas al estudiante que egresa, pues “el papel desempeñado por los enfermeros no s3lo abarca los aspectos técnicos y biol3gicos, sino también los aspectos sociales y emocionales que potencian una práctica receptiva y sensible a las necesidades de la poblaci3n” (Rates, Alves, & Cavalcante, 2016, p.2), que se encuentra en estado de vulnerabilidad por su proceso salud - enfermedad.

Sin embargo, algunos de los estudios mostraron la insuficiente preparaci3n de los enfermeros que realizan triage. Sánchez (2015), concluye que casi un cuarto de los enfermeros encuestados no tiene formaci3n formal en triage, lo que puede tener consecuencias en la atenci3n al paciente (p.107). Hammad y colaboradores (2017), en su investigaci3n encontraron que “poco más de la mitad (50.8%) de los participantes habían recibido capacitaci3n específica en triage antes de comenzar su funci3n. De los que recibieron la formaci3n de triage, la mayoría inform3 que el entrenamiento fue proporcionado por su empleador (38,6%), en una instituci3n de educaci3n (30,7%) o en una conferencia (26,1%) (p.3). Lo anterior, refuerza lo “fundamental que es apuntar a la educaci3n permanente de profesionales de enfermería para brindar una atenci3n de mayor calidad y seguridad al paciente” (Roncalli, Oliveira, Melo, Viega, & Brito, 2017, p.1749).

Como se ha mencionado antes, “para trabajar en la clasificaci3n del riesgo, los enfermeros necesitan desarrollar habilidades como: la escucha activa, capacidad de trabajo en equipo, juicio clínico y agilidad mental para la toma de decisiones en un corto período de tiempo y con informaci3n limitada” (Souza et al., 2013, p.1319), lo cual exige un entrenamiento previo. Este estado del arte muestra que algunos estudios se han enfocado en diseñar y evaluar estrategias de formaci3n en triage que contribuyan desarrollar estas habilidades durante un periodo de emergencia. La más destacada y que mejores resultados muestra es el modelo pedag3gico basado en la simulaci3n clínica, “técnica empleada en la formaci3n de profesionales sanitarios que permite realizar una enseñanza objetiva, en la que se puede reflexionar sobre el conocimiento, habilidad o actitud sin que se ponga en peligro la seguridad del paciente” (Ruipérez, Martinez, Agea, Perez & Costa, 2015, p.156).

En Irán, se diseño un estudio con 50 estudiantes, se dividi3 el grupo en 2 y se les form3 en triage durante un mes; el primer grupo con metodología de juego de roles y el segundo grupo con lectura. “El puntaje promedio de conocimiento de triage

aumentó de 18.08% a 78.89% en el grupo de juego de roles y de 16.17% a 51.30% en el grupo de lectura después de un mes” (Delnavaz, Hassankhani, Roshangar, & Dadashzadeh, 2018, p.8). Resultados similares se observaron en una investigación en España cuya muestra fueron 55 enfermeros de urgencias, donde tras “una formación en triage con la escala ESI, participaron en sesiones de simulación con pacientes –actores, para analizar el grado de concordancia entre el nivel adjudicado por los enfermeros y un panel de expertos, donde los resultados fueron fiables” (Ruipérez et al., 2015, p.159). Lo dicho, permite concluir que es evidente la necesidad de lograr que las “facultades de enfermería sean capaces de exponer a los estudiantes a situaciones críticas con el fin de estar preparados para enfrentarse al triage” (Delnavaz et al., 2018, p.5), pues “la educación, el conocimiento y la experiencia de las enfermeras son esenciales para el proceso de triage” (Hitchcock et al., 2013, p.1539).

8. CAPÍTULO III. EL LADO OSCURO DEL TRIAGE INTRAHOSPITALARIO

El enfermero de triage debe hacer la clasificación del riesgo del paciente e integrar los conocimientos científicos técnicos para dicha clasificación; sin embargo, es preciso señalar, que existen otros factores que influyen en la realización del triage; es así como la percepción que tiene el equipo interdisciplinario sobre el papel del enfermero tiene gran relevancia. Diferentes publicaciones afirman “que el reconocimiento y la importancia de la profesión ha aumentado” (Roncalli et al., 2017, p.1746), acrecentando las exigencias al profesional de enfermería frente a su valoración, priorización de problemas e intervenciones. Martínez (2017), realizaron una investigación con el enfermero de triage y afirman que “el 70,4% de la población encuestada se sienten respetados por el equipo cuando realizan triage” (p.174), pues “cuanto mayor es el nivel de conocimiento y experiencia que muestra la enfermera, más respeto y confianza se les brinda tanto de los colegas médicos como los de enfermería” (Hitchcock et al., 2013, p.1539). En contraste, Sánchez (2015) encontró que “los profesionales de enfermería se sienten apoyados y respetados en su labor de triage por parte del colectivo y dirección de enfermería, no siendo así el caso por parte de los pacientes o familiares y en más de una cuarta parte por los facultativos” (p.106).

Ahora bien, enfermería es una profesión que está asociada, directa o indirectamente, a factores estresantes como la complejidad y la cantidad de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, la disponibilidad de recursos tanto humanos como físicos para brindar una atención oportuna y eficaz, así como el peso de las relaciones interpersonales. En la mayoría de los profesionales se genera ansiedad por el aumento de la carga laboral, y en ocasiones por las extenuantes jornadas de trabajo, además de las exigencias y competencias que son requeridas por las instituciones de salud, factores que impactan de manera negativa en la salud mental de las enfermeras.

Más aún, el profesional de enfermería que realiza triage se encuentra expuesto a mayores riesgos tanto físicos como psicosociales; algunos están relacionados con la ubicación de los consultorios de triage, los cuales están en la parte más externa de la institución, cerca de la puerta de ingreso, donde existe un gran “potencial para enormes flujos de pacientes” (Domagala & Vets, 2015, p.315); además, el consultorio de triage es considerado como “una puerta abierta las 24 horas para demandas que pueden ser o no, una urgencia” (Roncalli et al., 2017, p.1746). Lo anterior, “hace que la ubicación de triaje sea realmente una de las áreas de mayor riesgo del departamento de emergencias” (Domagala & Vets, 2015, p.315), tanto para el enfermero, el equipo interdisciplinario y el personal de apoyo.

Otro factor que influye en la salud mental y física del enfermero, es la aceptación de la clasificación de la urgencia por parte de los pacientes, donde “se percibe que la

mayoría de los usuarios no aceptan bien dicha clasificación de riesgo y cuestionan el conocimiento del enfermero para juzgar su queja como urgente o no; además, la no aceptación de la clasificación recibida por el usuario hace referencia al respeto hacia el profesional que lo clasifica" (Roncalli et al., 2017, p.1746).

En este sentido, se ha encontrado que los enfermeros de triage sufren múltiples transgresiones mientras realizan su ejercicio profesional, demostrado así por Roncalli (2017), pues su investigación muestra algunas de las violencias sufridas por los enfermeros de triage, como lo son las agresiones verbales, intimidaciones por parte de los pacientes en los que se llama a la policía o cualquier ente gubernamental para hacer cambiar la decisión tomada por el enfermero, o más grave aún, la agresión física, donde los pacientes pelean y ocasionan lesiones físicas al profesional de triage (p.1746). Todo lo anterior, mediado, en algunas situaciones, "por la ignorancia de los pacientes en entender lo que es o no una urgencia" (Roncalli et al., 2017, p.1746).

Diferentes autores afirman, que el triage es "una práctica marcada por el hacinamiento, con una gran demanda de pacientes que no necesitan atención de urgencias, mediada por las quejas constantes de los usuarios y por los cuestionamientos del equipo multidisciplinario" (Roncalli et al., 2017, p.1749) a la decisión tomada por el profesional de enfermería, lo que finalmente, le genera miedo y hace que el enfermero no desee realizar triage, porque ven que sus compañeros toman "una gran iniciativa pero terminan sufriendo una gran amenaza" (Roncalli et al., 2017, p.1748), que se traduce en expresiones de violencia.

Teniendo en cuenta lo expuesto, Franco (2004) menciona que la violencia es "un fenómeno esencialmente humano, una producción social y una realidad histórica" (Citado por Fernández Moreno, 2007, p.53). En Colombia, el contexto histórico y social ha estado marcado por la desigualdad, la pobreza y la violencia, encontrando un panorama lleno de transgresiones hacia el personal sanitario, pues el sistema de salud tiene carencias estructurales que se ven potencializadas por factores contribuyentes como "el fácil acceso a las armas, el abuso de sustancias ilícitas y la discriminación" (Vitolo, 2011, p.5).

Es claro que el sistema de salud genera en los pacientes un grado de discomfort, debido a que en ciertas situaciones, la atención que requieren no se les puede brindar en el primer lugar donde consultan, sea por convenios institucionales o por falta de pago de las EPS, obligándolos a asistir a un segundo establecimiento en el que puede ser incierta su atención y con frecuencia, es el personal de enfermería "quien queda expuesto como la cara visible de la institución y en muchos casos, es el blanco de las agresiones de los pacientes y familiares" (Vitolo, 2011, p.5). Como resultado de estas "agresiones físicas o verbales, los profesionales se pueden volver hostiles y negativos en su relación con los pacientes y sus colegas" (Acosta, Duro, & Lima, 2012, p.188), afectando su esfera social, laboral y personal, lo que

impacta en la forma como brinda el cuidado durante la atención de triage intrahospitalario.

9. CAPÍTULO IV. DE NOVATO A EXPERTO: HACIA LA PRÁCTICA AVANZADA DE ENFERMERÍA EN TRIAGE INTRAHOSPITALARIO

El triage se ha desarrollado desde hace más de 200 años a nivel extrahospitalario (Burris, Welling & Rich, 2004, p.831) cuando se identificó la necesidad de realizar una clasificación de los heridos en guerra de acuerdo a la gravedad, clasificándolos en leves, graves y fatales para así brindarles una atención inmediata o trasladarlos a un centro médico cercano. A nivel intrahospitalario, se adoptó esta medida como respuesta a la sobresaturación de los servicios, buscando identificar y priorizar los pacientes que necesitaban atención urgente y los que no podían ser atendidos en estos lugares eran derivados a otros niveles asistenciales (Weinerman et al, 1966, p.1037) Posteriormente, surgieron las escalas de clasificación de triage que actualmente han sido validadas y aplicadas, de las cuales se puede resaltar las realizadas en Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Australia y España (Soler et al, 2010, p.56).

Así como el triage ha variado, lo ha hecho también el personal que lo realiza; inicialmente, eran los médicos quienes realizaban el triage intrahospitalario (Benavente, 2014, p.3), sin embargo, desde los años 70's los enfermeros han incursionado en la práctica del triage (Acosta et al., 2012, p.182), y fueron designados para evaluar y clasificar la gravedad de los pacientes que asisten a urgencias (Souza et al., 2013, p.1319), pues "recopilan toda la información necesaria, teniendo el conocimiento y el lenguaje clínico orientado a la traducción de signos y síntomas, para desarrollar escalas de evaluación y clasificación de riesgos" (Acosta et al., 2012, p.186). Asimismo, "poseen los conocimientos necesarios para escoger los medios de acción y las estrategias de intervención que le permitan alcanzar los objetivos de cuidado" (Meleis, 1991 - Citado en Kéroauc 1996, p.7) y "presentar un amplio enfoque en su asistencia que permite valorar el sufrimiento del paciente, más allá del accidente o de la enfermedad" (Lopez & Rodriguez, 2012, p.2).

El enfermero de triage puede:

"identificar características definitorias, factores relacionados y factores de riesgo que permiten priorizar diagnósticos de enfermería, ayudando a identificar la necesidad de intervenciones rápidas que salven vidas. El reconocimiento de posibles diagnósticos de enfermería, garantiza la continuidad de la atención en el departamento de urgencias, para así planificar los pasos necesarios según las metas planteadas y enumerar las intervenciones de enfermería necesarias para lograr dichos resultados" (Souza et al., 2013, p.1319).

En conjunto, el triage realizado por enfermería, ha mostrado que "los cuidados enfermeros recurren a los conocimientos científicos y a la utilización de métodos sistemáticos de trabajo" (Kéroauc et al., 1996, p.1), en este caso, la atención del

paciente en triage de manera continua, hasta su atención en urgencias o emergencias. Lo anterior ha permitido que el enfermero fortalezca su autonomía y juicio clínico, logrando pasar de la clasificación con base en escalas, a la integración de su conocimiento científico-técnico y disciplinar a la atención del paciente crítico en el servicio de triage.

Lo anterior puede relacionarse con la filosofía de Patricia Benner, en donde se plantea que para lograr la competencia calificada, es necesario pasar por dos cambios; el primero,

“es un movimiento desde la dependencia de principios abstractos hasta el uso de experiencias pasadas y concretas como paradigmas; el segundo, es un cambio en la percepción y la comprensión de una situación de demanda para que la situación se vea menos como una compilación de partes igualmente relevantes y más como un todo completo en el que solo ciertas partes son relevantes” (Benner & Tanner, 1987, p.31).

Es así, como se entiende que el enfermero de triage ha pasado de ser un enfermero novato, que no tenía experiencia con las situaciones a las que se enfrentaba (Benner & Tanner, 1987, p.31) y realizaba triage respaldado en las escalas con enfoque biomédico, a una práctica fundamentada en el conocimiento científico, técnico y disciplinar, “donde se van adquiriendo habilidades que hacen que el desempeño profesional sea cada vez de mejor calidad” (Algarra, Serrano, Orjuela, Sánchez, & Wilches, 2013, p.350), hasta lograr ser un enfermero experto que “con su enorme experiencia, tiene una comprensión intuitiva de la situación y se enfoca en la región precisa del problema” (Benner & Tanner, 1987, p.28), logrando así, trascender en el cuidado a través del empoderamiento de las situaciones críticas y posicionando la profesión de enfermería como líderes en el cuidado del paciente que ingresa a triage intrahospitalario.

Teniendo en cuenta esto y el contexto de los servicios de urgencias, caracterizados por la sobrepoblación, aumento de la urbanización, así como de la creciente carga de las enfermedades crónicas no transmisibles (Dalwai et al., 2014, p.372), es necesario aplicar estos conocimientos y herramientas enfermeros, no solo al paciente sino a los servicios de salud,

“en este sentido, la implantación de los triages convencionales nos ha permitido categorizar a los pacientes según un nivel de prioridad. Ahora se debe dar un nuevo paso adelante con los triages avanzados, que harán de ellos herramientas valiosas a la hora de pensar en brindar una mejor atención a los pacientes urgentes” (Carballo, 2015, p.334).

Se habla entonces de la práctica avanzada de enfermería en triage intrahospitalario.

La práctica avanzada, es definida por el *International Council of Nursing* (ICN) “como un enfermero que ha logrado una base de conocimiento experto y habilidades para la toma de decisiones clínicas complejas” (ICN, 2002). Hamric, la concibe como “la aplicación de una gama más amplia de competencias en un área clínica especializada centrada en el paciente” (Tracy, & O’gredy, 2013, p.46). Por otra

parte, la *American Association of Colleges of Nursing* define a los enfermeros de práctica avanzada como enfermeros que tienen preparación de posgrado (Moran, 2017, p.3). Todo esto se ve enmarcado en “la conceptualización e investigación pues tiene por objetivo desarrollar los conocimientos para definir y guiar la práctica” (Kérouac, 1996, p.2). La práctica avanzada de enfermería en triage intrahospitalario, surge para “responder a las demandas sociales de la población” (Hernández & Pacheco, 2018, p.5), convirtiéndose en “la primera atención sanitaria dentro del circuito de urgencias, otorgando a la enfermería un papel crucial no solo en la clasificación, sino también en la recepción y primer tratamiento del paciente” (Carballo C, 2015, p.333).

Más aún, “la práctica avanzada en el servicio de urgencias supone un paso adelante para una adecuada y eficiente gestión de la demanda de asistencia urgente, debido a la creciente capacidad de resolución por el aumento de competencias” (López y Linares, 2012, p.5), lo que ha permitido registrar experiencias exitosas en el ámbito internacional, que están íntimamente relacionadas con las “características que son delineadas de acuerdo al contexto del país en el que el enfermero ha sido licenciado para ejercer profesionalmente” (ICN, 2002). Es el caso de las experiencias reportadas en Cataluña, España, donde los enfermeros de triage atienden procesos agudos leves (diarrea, hipertensión arterial, odinofagia, molestias urinarias, síntomas respiratorios de vías altas, anticonceptivos de urgencias, etc.), acorde a guías basadas en evidencias (López y Linares, 2012, p.6). Asimismo, en Andalucía las enfermeras están comenzando a liderar la clasificación avanzada, que incluye la solicitud de pruebas complementarias y la prescripción colaborativa de medicamentos como analgésicos (López y Linares, 2012, p.6).

En Inglaterra, existen cerca de un centenar de centros para la atención urgente de procesos agudos leves, llamados *Walk-in Centers*, con enfermeras para atender problemas urinarios, erupciones, odinofagias y otalgias, problemas de estómagos, esguinces, accidentes e infecciones oculares, resfriados y gripes, entre otros (López y Linares, 2012, p.6). También se puede mencionar Australia, donde “la enfermera puede administrar medicamentos orales e inhaladores, oxigenoterapia, sueroterapia y realizar electrocardiogramas, así como ordenar exámenes de laboratorio, radiológicos y derivar a los pacientes que presentan quejas clasificadas como no urgentes a servicios ambulatorios de salud” (Acosta, et al, 2012, p.187). Igualmente, “se ha implementado el *Triage and treat model of care*, el cual se centra en la atención y tratamiento de lesiones menores, lo que mejora la satisfacción del paciente, reduce los tiempos de espera y mejora el flujo de pacientes a través del departamento de emergencias” (Van Donk, Tanti, & Porter, 2017, p.1).

Es preciso mencionar la experiencia en Minnesota, Estados Unidos (Dessey, 2017, p.375); un hospital de los suburbios tuvo la necesidad de modificar el modelo de triage utilizado hasta el momento, pues su población, al igual que las expectativas de los pacientes frente a la atención, habían aumentado. Se conformó, entonces,

un grupo de estudio que durante un año implementaron una serie de medidas y cambios, como lo son “ubicar hasta llenar” la sala de urgencias, y algunas medidas de enfermería de práctica avanzada, como obtención de muestras de sangre o iniciación de protocolos de atención inmediata. Aunque las medidas en un comienzo generaron disconfort entre los enfermeros, posteriormente se evidenció que, “después de 3 años de trabajar en este modelo, los resultados medibles incluyen puntajes de satisfacción del paciente en el percentil 95, personal que demuestra práctica autónoma, procesos de clasificación basados en protocolos y tiempos medios de puerta-aguja de menos de 15 minutos.

Este trabajo ha contribuido a una mayor participación del personal, a una menor rotación y ha facilitado la contratación de personal nuevo para un departamento de emergencias moderno totalmente equipado para abordar las necesidades crecientes de una comunidad que busca una atención urgente” (Dessey, 2017, p.377). Lo expuesto, se relaciona con Benner cuando “busca que la enfermera tenga capacidades frente a nuevos retos o se destaque en un área determinada, generando el desarrollo de habilidades tanto cognitivas como manuales, lo que hace que se forme como experto” (Carrillo et al, 2013, p.355).

En el texto, *Triaje avanzado: es la hora de dar un paso adelante* de César Carballo (2015), se expone la transición que implica la práctica avanzada de enfermería a las consultas finalistas de urgencias, donde ya se conoce que

“hay patologías y signos clínicos, bien definidos en las guías clínicas (crisis hipertensiva, antitérmicos en pacientes con fiebre, tratamientos según escala de dolor, algunos casos de intoxicación o exposición a tóxicos, etc.), en las que se puede actuar y aliviar al paciente antes de tener una primera valoración por el especialista de urgencias. Estos procesos, tanto el de petición de pruebas complementarias como el de administración de tratamientos una vez el paciente ha sido clasificado, obligarán a cambiar los circuitos internos de los servicios de urgencias” (p.333).

Es preciso resaltar, que los avances en conocimiento evidenciados hasta el momento, han permitido pasar del concepto triaje como estrategia de clasificación del riesgo, para hablar de una consulta de enfermería en triaje, donde el paciente recibe unos cuidados iniciales y “deben configurarse como ese espacio en el que se trate de dar respuesta a las necesidades planteadas por la población desde una perspectiva holística” (Martinez, 2003, p.78), en interacción con un profesional experto en el cuidado. Por todo, “la implantación de competencias avanzadas en la práctica enfermera constituye una necesidad para el desarrollo de los servicios de urgencias, triaje y consulta” (Lopez y Linares, 2012, p.2) imperativos no sólo para dar respuesta a las necesidades de la población, sino para visibilizar lo que enfermería está haciendo por el paciente crítico y su familia, en los servicios de urgencias.

En Colombia, el desarrollo hacia la práctica avanzada de enfermería, “se ve limitada por el sistema de salud, debido a que los enfermeros no tienen una inclusión clara en el modelo de salud del país, con competencias precisas en las diferentes áreas de desempeño, reconocimiento social, laboral y económico, de acuerdo con su nivel de formación, experiencia y experticia” (Suárez, 2016, p.16); es el caso de la práctica avanzada en triage, en la que todavía no se tiene la libertad para tomar decisiones, aunque el marco normativo que sustenta el ejercicio profesional, reglamentado por la Ley 266 de 1996 y la Ley 911 de 2004, se definen las competencias para enfermería, sí permite la adopción de este nuevo papel (Atehortúa, Chaquir, Villegas, & Malaver, 2014, p.63), es claro, que aún existen diversos retos por superar, para alcanzar el nivel que existe a nivel internacional.

Por otro lado, se debe tener en cuenta el tipo de profesionales que se están formando en el país; según Cabal (2019) se deben establecer lineamientos para los programas de educación y permitir la aplicación de los conocimientos de expertos, porque es en la academia donde se debe hacer énfasis en la educación para desarrollar en los profesionales conocimiento científico, experticia clínica, liderazgo, formación política, capacidad de comunicación y educación al paciente, la familia y los grupos comunitarios (p.1). Sin embargo, como señala Atehortúa (2014), la Asociación Colombiana de Facultades y escuelas de Enfermería (ACOFAEN), expresó la preocupación que se ve en el país por unificar las competencias de pregrado y posgrado, que den cobertura al papel que realiza enfermería en los diferentes frentes de desempeño laboral, desde lo asistencial, gerencial, investigativo y en educación (p.62).

En Colombia es necesario fomentar la práctica avanzada de enfermería en triage; para ello, se debe comenzar con el establecimiento y divulgación de políticas que respalden la práctica de enfermería, basada en la autonomía para la toma de decisiones, fundamentada en la evidencia científica, teorías y modelos de cuidado, que permitan asegurar el desarrollo de la educación e investigación en enfermería. Una alternativa es considerar y adoptar las competencias establecidas por el Consejo Internacional de Enfermería y *The National Organization of Nurse Practitioner Faculties*, con el fin de brindar cuidados con calidad a los pacientes, mayor seguridad para los profesionales de enfermería y beneficios institucionales como la reducción de costos en la prestación de servicios de salud. (Atehortúa, 2014, p.67)

10. CONCLUSIONES

- ✓ Actualmente, para la realización del triage intrahospitalario se cuenta con escalas biomédicas para clasificación del riesgo, las cuales han sido validadas a nivel internacional, principalmente por profesionales en medicina. No obstante, siendo enfermería el profesional responsable de esta labor, es necesario resaltar que ha desarrollado competencias y habilidades, que le han permitido integrar la aplicación de estas escalas con el proceso de atención de enfermería (PAE), contribuyendo al fortalecimiento de la seguridad del paciente, a la disminución de eventos adversos, superando las barreras administrativas del sistema de salud y las instituciones prestadoras de servicios; asimismo, la atención del triage por el enfermero, ha permitido optimizar los tiempos de atención y recursos, contribuyendo a la satisfacción de los pacientes y sus familias.
- ✓ En el desarrollo de triage intrahospitalario, el profesional de enfermería ha encontrado algunas barreras durante su ejercicio. Algunas, están relacionadas con la sobresaturación de los servicios de urgencias, la sobrecarga laboral y las agresiones verbales e incluso físicas, que reciben los enfermeros por parte de los pacientes o familiares insatisfechos por la clasificación de riesgo recibida, en especial triage IV o V. Para dar frente a estas situaciones, se han diseñado estrategias internacionales, como la inclusión de enfermeras expertas en triage para la clasificación en las horas de mayor congestión de los servicios o la implementación del “triage rápido”, con el objetivo de descongestionar los servicios y disminuir la carga laboral, emocional y física que el enfermero de triage de afrontar.
- ✓ Las tendencias a nivel internacional, frente al triage intrahospitalario demostraron que enfermería está dirigiéndose hacia la práctica avanzada, donde elementos como la intuición, la experiencia y la formación en pregrado, posgrado y continuada, han fortalecido las competencias del enfermero; lo cual ha permitido el reconocimiento por el equipo interdisciplinario y las instituciones de salud, como un profesional que da respuesta a las necesidades de los pacientes, desde una clasificación adecuada del riesgo hasta las intervenciones iniciales de cuidado; de ahí que, se comience a hablar de consulta de enfermería en triage intrahospitalario, como una meta en el campo del cuidado.

11. RECOMENDACIONES

- ✓ Este estado del arte permitió dilucidar algunas de las necesidades que tiene enfermería en cuanto al triage intrahospitalario, como lo son los relacionados con la legislación y la formación institucional. Por lo anterior, se hace imperativo participar activamente en la formulación de políticas nacionales que acojan y respalden la práctica profesional del enfermero a través de la creación de un perfil específico en triage, con unas exigencias mínimas que garanticen la seguridad del paciente y que permitan no sólo abrir las puertas al triage avanzado en Colombia, sino que garanticen el reconocimiento profesional, social y laboral del enfermero.
- ✓ Se insiste en que sea responsabilidad de los enfermeros el desarrollo de una escala de triage colombiana que integre los elementos teóricos y disciplinares que enriquecen la disciplina del cuidado y que obedezca a la realidad histórico-social de nuestro país, teniendo como principal premisa brindar una atención de alta calidad al paciente que ingresa a la atención en triage intrahospitalario.
- ✓ Siguiendo esta línea de pensamiento, debería impulsarse la creación de una agremiación de enfermeros de triage, que fomenten la investigación en este campo y que nutran, de la mano de las universidades, el cuerpo teórico y disciplinar de conocimientos, para lograr la formación de profesionales cualificados desde el pregrado y con programas de formación continua en el ámbito del triage intrahospitalario.
- ✓ Se invita a los enfermeros de Colombia a desarrollar el tema mediante las publicaciones de sus experiencias en triage y de los proyectos innovadores que puedan estar implementando actualmente; esto con el fin de generar evidencia de las actividades de enfermería y así, visibilizar el cuidado enfermero en triage.
- ✓ Por último, se les recomienda a las instituciones de salud, utilizar los hallazgos de esta monografía para sensibilizarse sobre la importancia de cuidar a quienes cuidan, con el fin de propender la valoración del riesgo psicosocial de los enfermeros de triage de sus instituciones, con la finalidad de identificar e intervenir oportunamente factores de riesgo que impacten de manera negativa en la atención en salud de los pacientes, así como en la salud mental de sus enfermeros.

12. AGRADECIMIENTOS

A nuestros amados padres, por el apoyo brindado, el ánimo ofrecido, el consuelo otorgado y los valores inculcados. Porque sin ellos, no seríamos las personas que están en este instante cumpliendo metas y logrando sueños. Infinitas gracias por siempre confiar en nuestras capacidades.

A nuestros hermanos, por alegrarnos la existencia con pequeños detalles y representar el amor y el cariño en carne viva.

A la honorable Universidad de Antioquia, por abrirnos las puertas del conocimiento, por todo lo aprendido, por las enseñanzas recibidas y por permitirnos egresar como especialistas con sentido crítico y social. ¡Que viva la Universidad!

A nuestra asesora, Indira Tejada, gracias desde el corazón por la paciencia, la dedicación y, sobre todo por compartir sus conocimientos con esa forma tan dulce que la caracteriza.

13. BIBLIOGRAFÍA

- Abdelwahab, R., Yang, H. y Teka, HG (2017). *A quality improvement study of the emergency centre triage in a tertiary teaching hospital in northern Ethiopia*. Revista Africana de Medicina de Emergencia, 7(4), 160-166. Sci-hub.tw/10.1016/j.afjem.2017.05.009
- Acosta, A. M., Duro, C. L. M., & Lima, M. A. D. da S. (2012). *Activities of the nurse involved in triage/risk classification assessment in emergency services: an integrative review*. Rev. Gaúcha Enferm., 33(4), 181–190. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400023>
- Alfaro, R. (1996). *Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería: Un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados* (4th ed.). Barcelona: Elsevier.
- Alonso, S. R. L., & Rodríguez, C. L. (2012). *Enfermera de Práctica Avanzada para el triage y la consulta finalista en los servicios de urgencias*. INDEX DE ENFERMERIA, 21(June 2012), 5–6. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962012000100001>
- Aloyce, R., Leshabari, S., & Brysiewicz, P. (2014). *Assessment of knowledge and skills of triage amongst nurses working in the emergency centres in Dar es Salaam, Tanzania*. African Journal of Emergency Medicine, 4(1), 14–18. <http://doi:10.1016/j.afjem.2013.04.009>
- Antioquia, U. de. Estatuto sobre la Propiedad Intelectual, Pub. L. No. RESOLUCIÓN RECTORAL 21231, 39 (2005). Colombia.
- Association, A. P. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*. (A. P. Association, Ed.) (6th ed.). Washington DC: American Psychological Association. Retrieved from <http://site.iugaza.edu.ps/hmadi/files/2015/02/American-Psychological-Association-Publication-Manual-of-the-American-Psychological-Association-Sixth-Edition-American-Psychological-Association-2013.pdf>
- Athehortúa, G. M., Chaquir, M. S., Villegas, M. E. L., & Malaver, L. A. B. (2014). *La práctica avanzada en enfermería: una oportunidad para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en Colombia*. Cultura Del Cuidado, 11(1).<https://doi.org/https://doi.org/10.18041/1794-5232/cultrua.2014v11n1.3809>
- Ayuso R, M. C., Pérez L, N., Simarro H, M, J., & Escobar R, F. (2013). *Valoración de un proyecto de "triage" de urgencias por enfermería en atención primaria*. Revista Clínica de Medicina de Familia, 6(3), 144-151. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2013000300005>
- Azeredo, T. R. M., Guedes, H. M., Rebelo de Almeida, R. A., Chianca, T. C. M., & Martins, J. C. A. (2015). *Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review*. International Emergency Nursing, 23(2), 47–52. <http://doi:10.1016/j.ienj.2014.06.001>
- Bambi S, Ruggeri M, Sansolino S, Gabellieri M, Tellini S, Giusti M, Ciulli E, Franchi F, Petrocchi L, Olivi M, Gravili RC, Biancalana P, Millanti A, Martini L, Sgrevi P.

- Emergency department triage performance timing. A regional multicenter descriptive study in Italy. Int Emerg Nurs.* 2016 Nov;29:32-37. doi: c
- Benavente, R. A. S. (2014). Sistema De Triage En Urgencias Generales. Retrieved October 1, 2019, from https://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2764/0561_Serrano.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Benavides, M. O., & Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 118–124. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n1/v34n1a08.pdf>
- Benner, P., & Tanner, C. (1987). *Clinical Judgment: How Expert Nurses Use Intuition. The American Journal of Nursing*, 87(1), 23–3. <https://doi.org/10.2307/3470396>
- Berendsen R, S., Dinh, MM y Bell, N. (2017). *Triage, damned triage and statistics: Sorting out redundancy and duplication within an Emergency Department Presenting Problem Code Set to enhance research capacity. Australasian Emergency Nursing Journal*, 20 (1), 48–52. sci-hub.se/10.1016/j.aenj.2016.09.004
- Burris, DG, Welling, RD, y Rich, NM (2004). *Dominique Jean Larrey and the Principles of Humanity in Warfare. J Am Coll Surg.*, 198(5), 831–835. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2003.12.025>
- Cabal, V. E. (2019). Desarrollos y retos de la enfermería de práctica avanzada. *Revista Colombiana De Enfermería*, 18(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.18270/rce.v18i2.2663>
- Carrillo, A. J., García S, L., Cárdenas O, C., Díaz S, I. R., & Yabrudy W, N. (2013). La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global*, 12(32), 346–361. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400021&lng=es&tlng=es.
- Castillo, E., & Vásquez, M. L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164–167. Retrieved from <http://www.redalyc.org/html/283/28334309>
- Castner, J. (2011). *Emergency Department Triage:What Data Are Nurses Collecting?*. *Diario de enfermería de emergencia*, 37 (4), 417–422. <https://doi:10.1016 / j.jen.2011.01.002>
- Cardona, C.C. (2015). Triage avanzado: es la hora de dar un paso adelante. *Emergencias*, 27, 332–335. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5381869&orden=0&info=link>
- Christensen, A. M., Rosenberg, M., Mahon, E., Up, E., & See, H. (2016). *Pivot Nursing: An Alternative to Traditional ED Triage. YMEN*, 42(5), 395–399. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.07.014>
- Ng, C,J., Hsu, K, H., Kuan, J, T., Chiu, T,F., Chen W, K., Lin, H ,J., Bullard, M, J., Chen J, C (2010) *Comparison Between Canadian Triage and Acuity Scale and Taiwan Triage System in Emergency Departments. J Formos Med Assoc* 2010;109(11):828–837. <https://core.ac.uk/download/pdf/82241655.pdf>
- Colombia. (2006). Circular 010 de 2006. Colombia. Retrieved from

- [http://www.convida.com.co/NORMAS/SERVICIOS/Circular externa 00010 de 2006.pdf](http://www.convida.com.co/NORMAS/SERVICIOS/Circular_externa_00010_de_2006.pdf)
- Coy, H.V., Valencia, L, I (2018) Manual De Normas APA. Asturias: Red de Universidades Virtuales Iberoamericanas. p.2. Recuperado de: http://uniasturias.edu.co/wp-content/uploads/2018/06/2018_06_18_Norma_APA_Uniasturias.pdf
- Dalwai, M. K., Twomey, M., Maikere, J., Said, S., Wakeel, M., Jemmy, J. P., Zachariah, R. (2014). *Reliability and accuracy of the South African triage scale when used by nurses in the emergency department of Timergara hospital, Pakistan. South African Medical Journal, 104(5), 372–375.* <https://doi.org/10.7196/SAMJ.7604>
- Dehghani S, M., Samad S, T., Shams Vahdati, S., y Rezaei-Hachesu, P. (2018). *Decision support system for triage management: A hybrid approach using rule-based reasoning and fuzzy logic.* Revista Internacional de Informática Médica, 114, 35-44. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2018.03.008>
- De Souza, C. C., da Mata, L. R. F., de Carvalho, E. C., & Chianca, T. C. M. (2013). *Nursing diagnoses in patients classified as priority level I and II according to the Manchester protocol. Revista Da Escola de Enfermagem, 47(6), 1318–1324.* <https://doi.org/10.1590/s0080-623420130000600010>
- De Souza CC, Diniz AS, Silva Lde L, da Mata LR, Chianca TC.(2014) *Nurses perception about risk classification in emergency services. Invest Educ Enferm. 32(1):78-86.* doi: 10.17533/udea.iee.v32n1a09.
- Delnavaz, S., Hassankhani, H., Roshangar, F., & Dadashzadeh, A. (2018). *Nurse Education Today Comparison of scenario based triage education by lecture and role playing on knowledge and practice of nursing students. Nurse Education Today, 70(June), 54–59.* <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.08.006>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. (2018). 10 Primeras Causas de Consulta en Urgencias 2018. Retrieved from <https://www.datos.gov.co/dataset/10-Primeras-Causas-de-Consulta-en-Urgencias-2018/nafv-a99c/data>
- Desseyne, P. (2017). *Triage is a process, not a destination.* J Emerg Nurs, 43(4), 375–377. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.03.015>
- Dippenaar E . Bruijns S. *Triage is easy, said no triage nurse ever.* Int Emerg Nurs. 2016 Nov;29:1-2. doi: 10.1016/j.ienj.2016.09.005
- Domagala, S., & Vets, J. (2015). *Emergency Nursing Triage: Keeping It Safe. Journal of Emergency Nursing, 41(4), 313–316.* <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.01.022>
- Ebrahimi, M., Mirhaghi, A., Mazlom, R., Heydari, A., Nassehi, A., y Jafari, M. (2016). *“The Role Descriptions of Triage Nurse in Emergency Department: A Delphi Study,” Scientifica, vol. 2016, Article ID 5269815, 6 pages, 2016.* <http://dx.doi.org/10.1155/2016/5269815>
- Falconer, SS, Karuppan, CM, Kiehne, E., y Rama, S.(2018). *Ed Triage Process Improvement: Timely Vital Signs For Less Acute Patients. Elsevier Inc. on behalf of Emergency Nurses Association.* sci-hub.tw/10.1016/j.jen.2018.05.006
- Fernández, M, S. Y. (2007). La violencia de género en las prácticas institucionales

- de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6(12).
- Forsman, B., Forsgren, S & Carlstrom (2012). *Nurses working with Manchester triage — The impact of experience on patient security*. *Australasian Emergency Nursing Journal* (2012) 15, 100—107. www.elsevier.com/locate/aenj
- Forsgren, S., Forsman, B., & Carlström, E. D. (2009). *Working with Manchester triage – Job satisfaction in nursing*. *International Emergency Nursing*, 17(4), 226–232. <https://doi:10.1016/j.ienj.2009.03.008>
- Ghanbarzahi N., Balouchi A., Sabzevari S., Darban F., Khayat NH. *Effect of Triage Training on Concordance of Triage Level between Triage Nurses and Emergency Medical Technicians*. *J Clin Diagn Res*. 2016 May;10(5):IC05-IC07. DOI: 10.7860/JCDR/2016/20328.7866.
- Ganley, L. y Gloster, AS (2011). *An overview of triage in the emergency department*. *Nursing Standard*.26, 12, 49-56. <https://doi:10.7748/ns2011.11.26.12.49.c8829>
- Garbez, R., Carrieri-Kohlman, V., Stotts, N., Chan, G. y Neighbour, M. (2011). *Factors Influencing Patient Assignment To Level 2 And Level 3 within The 5-level Esi Triage System*. *Journal of Emergency Nursing*, 37 (6), 526–532. <http://doi:10.1016/j.enj.2010.07.010>
- Gobet, F., & Chassy, P. (2008). *Towards an alternative to Benner's theory of intuition in nursing: A discussion paper*. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 129–139. <https://doi.org/doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.01.005>
- Goldstein, L. N., Morrow, L. M., Sallie, T. A., Gathoo, K., Alli, K., Mothopeng, T. M. M., & Samodien, F. (2017). *The accuracy of nurse performance of the triage process in a tertiary hospital emergency department in Gauteng province, South Africa*. *South African Medical Journal*, 107(3), 243–247. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2017.v107i3.11118>
- Gómez-A, E., Miró, O., Bragulat, E., Antolín, A., Sánchez, M. (2018). *Relación entre la asignación del nivel de triaje y las características y experiencia del personal de enfermería*. *Emergencias*;30:163-168-<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29687670>
- Guba, E. G. (1975). *Criterios De Credibilidad - -En La Investigacion Naturalista. La enseñanza: Su teoria y su practica* (pp. 75–91). Madrid: AKAL. Retrieved from <https://www.infor.uva.es/~amartine/MASUP/Guba.pdf>
- Hammad, K., Peng, L., Anikeeva, O., Arbon, P., Du, H., & Li, Y. (2017). *Emergency nurses ' knowledge and experience with the triage process in Hunan Province , China*, 35, 25–29. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.05.007>
- Hermida, P. M. V., Jung, W., Nascimento, E. R. P. do, Silveira, N. R., Alves, D. L. F., & Benfatto, T. B. (2017). *Risk classification in an emergency care unit: the nurses' discourse*. *Revista Enfermagem UERJ*, 25(0). sci-hub.se/10.12957/reuerj.2017.19649
- Hernández, D. N., & Pacheco, J. A. C. (2018). *Definición e historia de la enfermería de práctica avanzada*. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(1). Retrieved from <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1303/337>
- Hernández , A., & Guardado de la Paz, C. (2004). *La Enfermería como disciplina profesional holística*. *Revista Cubana de Enfermería*, 20(2), 1. Retrieved from

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007

- Hitchcock, M., Gillespie, B., Crilly, J., & Chaboyer, W. (2013). *Triage: an investigation of the process and potential vulnerabilities*, (October). <https://doi.org/10.1111/jan.12304>
- Howard, A., Brenner, G. D., Drexler, J., DaSilva, P. A., Schaefer, B., Elischer, J., & Bogust, S. (2014). *Improving the Prompt Identification of the Emergency Severity Index Level 2 Patient in Triage: Rapid Triage and the Registered Nurse Greeter*. *Journal of Emergency Nursing*, 40(6), 563–567. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.01.009>
- Huffman, K. C. (2018). *The Effects of a Targeted History Question on Patient-Triage nurse communication Past Medical History in Triage*. *Nursing Clinics of NA*. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2018.10.002>
- ICN. (2002). *Definition and characteristics for nurse practitioner/advanced practice nursing roles*. Retrieved November 2, 2019, from <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>
- Innes, K., Plummer, V., & Considine, J. (2011). *Nurses' perceptions of their preparation for triage*. *Australasian Emergency Nursing Journal*. (2011), 14. 81-86 <http://doi:10.1016/j.aenj.2011.03.003>
- Iseron, K. V, & Moskop, J. C. (2007). *Triage in Medicine , Part I: Concept , History , and Types*. *Annals of Emergency Medicine*, 49(3), 275–281. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.05.019>
- Johansen, M. B., & Forberg, J. L. (2011). *Nurses' evaluation of a new formalized triage system in the emergency department - a qualitative study*. *Danish Medical Bulletin*, 58(10), 2.
- Kerie, S., Tilahun, A., & Mandesh, A. (2018). *Triage skill and associated factors among emergency nurses in Addis Ababa , Ethiopia 2017 : a cross - sectional study*, 1–7. <http://doi.org/10.1186/s13104-018-3769-8>
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero (España)*. Barcelona: MASSON, SA.
- Landero, E. (2002). *Identificación de los patrones de conocimiento en un incidente Crítico*. *Horizonte de Enfermería*, 15, 1–10.
- Larrosa, J. (2006). *Sobre la experiencia*. *Revista de Psicología i Ciències de l'Eduació*, 19, 87–112. Retrieved from http://files.practicasdesubjetivacion.webnode.es/200000018-9863d9a585/_la_experiencia_Larrosa.pdf
- Londoño Palacio, O. L., Maldonado Granados, F. L., & Calderón, L. (2014). *Guía Para Construir Estados Del Arte*. (I. C. of N. of Knowledge, Ed.). Bogota. Retrieved from <http://iconk.org/docs/guiaea.pdf>
- Lozano, U., Zaragoza, B., Vi, I., Monzón-fernández, A., & Vi, M. (2018). *Evaluación del triaje realizado por enfermeras en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico (xx)*. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.11.004>
- Lopez, S. R., & Rodriguez, C. L. (2012). *Enfermera de Práctica Avanzada para el triaje y la consulta finalista en los servicios de urgencias [Advanced Nursing Practice for triage and final care at A & E departament] Enfermera de Práctica*

- Avanzada para el triaje y la consulta finalista en los s. *INDEX DE ENFERMERIA*, 21(June 2012), 5–6. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962012000100001>
- Marino, P. A., Mays, A.C., Thompsson, E. J. (2015). *J Emerg Nurs* 2015;41:213-20. 0099-1767. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2014.07.010>
- Martínez, S, E., Lleixà, F, M., Salvadó U, T., Solà, M, E., Adell LI, M., Chanovas, B, M. R., March, P, G.,& Mora, L, G. (2017). Perfil competencial en los profesionales de triaje de los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*, 29, 173–177. Retrieved from http://emergencias.portalsemes.org/descargar/perfil-competencial-en-los-profesionales-de-triaje-de-los-servicios-de-urgencias-hospitalarios/force_download/
- Martinez, J. (2003). Consulta de enfermería a demanda en Atención Primaria. Reflexión de una necesidad. *Rev Adm Sanit*, 1(3), 425–4. Retrieved from <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-pdf-13051686>
- Mistry, B., Stewart D R, S., Kelen, G., Schmitz, PSK, Balhara, KS, Levin, S., Hinson, JS (2018). *Accuracy and Reliability of Emergency Department Triage Using the Emergency Severity Index: An International Multicenter Assessment. Annals of Emergency Medicine*, 71 (5), 581–587.e3. <https://doi:10.1016/j.annemergmed.2017.09.036>
- Mistry, B., Balhara, KS, Hinson, JS, Anton, X., Othman, IY, E´nouz, MAL, De Ramirez, SS. (2018). *Nursing Perceptions Of The Emergency Severity Index As A Triage Tool In The United Arab Emirates:Aqualitative Analysis. Diario de enfermería de emergencia*, 44 (4), 360-367. sci-hub.tw/10.1016/j.jen.2017.10.012
- Moran, L. (2017). La Enfermería de Práctica Avanzada ¿qué es? y ¿qué podría ser en América Latina?., *Enfermería Universitaria*, 14(4). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.09.004>
- NANDA. (2010). *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación: 2009 - 2011*. Barcelon: Elsevier.
- Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263–274. Retrieved from <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1824/2936>
- Oliveira Jlc, Souza Vs, Inoue Kc, Costa Mar, Camillo Nrs, Matsuda Lm. *Nurse’s Practice In Welcoming With Risk Classification: A Metasynthesis Study. Cienc Cuid Saude* 2016 Apr/Jun; 15(2): 374-382. <https://www.researchgate.net/publication/309240512>
- OMS. (2019). *Burn-out an “occupational phenomenon”*: *International Classification of Diseases*. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/
- Pagliotto, L, F., Souza, P, B, D., Thomazini, J, O., Ortega, A, B, D, A; Vavra, S, M, D, F. *Classificação De Risco Em Uma Unidade De Urgência E Emergência Do Interior Paulista. CuidArte, Enferm*;10(2):148-155, jul.-dez.2016.

- <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2016v2/148-155.pdf>
- Quintana, G., Cezar, S, M, Silva, M A, Lounrenzi A, L., Marques, M, J. (2010). *O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em Emergências: análise da literatura. Revista brasileira em linha de enfermagem*, Vol. 6, Núm. 2 (2007). <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/660>
- Rada, D. (2007). El Rigor en la Investigación Cualitativa : Técnicas de Análisis , Credibilidad , Transferibilidad y Confirmabilidad. *Sinopsis Educativa*, 7(1), 17–26. Retrieved from http://revistas.upel.edu.ve/index.php/sinopsis_educativa/article/view/3539/1715
- Ramírez, D. A., Hernández, B. L., Verdejo, C. B., Carrasco, Ó. N., Mitrano, C. K., & Peñafiel, F. S. (2015). Estratificación de riesgo (Triage) en el Servicio de Urgencia. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 30(2), 79–86. Retrieved from <http://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2015-2/pdf/6.pdf>
- Rates, H., Alves, M., & Cavalcante, R. (2016). *Work process of nurses in the reception with risk rating. Rev Min Enferm*, 20, 1–6. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160039>
- Republica, C. de la. LEY NÚMERO 23 DE 1982, Pub. L. No. LEY NÚMERO 23 DE 1982, 1 (1982). Colombia. Retrieved from <http://derechodeautor.gov.co/documents/10181/182597/23.pdf/a97b8750-8451-4529-ab87-bb82160dd226>
- Robinson, Dana J. (2012). An integrative review: triage protocols and the effect on ed length of stay. *J Emerg Nurs* 2013;39:398-408. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2011.12.016>
- Roncalli, A. A., Oliveira, D. N. de, Melo, I. C., Viega, S. M. da F., & Brito, R. F. (2017). Everyday experiences of the nurse in risk classification in an emergency unit. *J Nurs UFPE on Line*, 11(4), 1743–1751. <https://doi.org/10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201724>
- Ruipérez, T. H., Gracia, M. De, Martínez, A., Luís, J., Agea, D., Pérez, B. G., & Costa, C. L. (2015). Diseño y validación de un modelo pedagógico basado en simulación clínica dirigido a la formación de enfermería en el sistema de triaje estadounidense Emergency Severity Index, 811(lcc), 155–160.
- Salud, M. de. RESOLUCION 8430 DE 1993, 1 § (1993). Colombia. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Salud, M. D. E., & Social, Y. P. Resolución 5596, 1 § (2015). Colombia. Retrieved from <http://achc.org.co/wp-content/uploads/2017/08/RESOLUCIÓN-No-5596-DE-2015-MINSALUUD-TRIAGE.pdf>
- Sánchez-bermejo, R. (2015). Encuesta a los profesionales de enfermería españoles sobre el triaje en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*, 27, 103–108. Retrieved from http://emergencias.portalsemes.org/descargar/encuesta-a-los-profesionales-de-enfermeria-espanoles-sobre-el-triaje-en-los-servicios-de-urgencias-hospitalarios/force_download/
- Silva JA, Emi AS, Leão ER, Lopes MC, Okuno MF, Batista E. *Emergency Severity*

- Index: accuracy in risk classification. Einstein.* 2017;15(4):421-7. DOI: 10.1590/S1679-45082017AO3964
- Shelton R. *The Emergency Severity Index 5-level triage system. Dimens Crit Care Nurs.* 2009 Jan-Feb;28(1):9- 12. doi: 10.1097/01.DCC.0000325106.28851.89.
- Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 33. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272010000200008>
- Souza, C. C. de, Chianca, T. C. M., Júnior, W. C., Rausch, M. do C. P., & Nascimento, G. F. L. (2018). *Reliability analysis of the Manchester Triage System: Rev. Latino-Am. Enfermagem.* <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2205.3005>
- Souza, C. C., Diniz, A. S., Silva, L. L. T., Mata, L. R. F & Chianca, T. C. M. (2014). *Nurses ' perception about risk classification in an emergency service. Invest Educ Enferm.* 2014; 32 (1): 78-86. doi: 10.17533 / udea.iee.v32n1a09.
- Souza, C. C., Mata, L. R. F., Carvalho, E. C, & Chianca, T. C. Machado. (2013). *Nursing diagnoses in patients classified as priority level I and II according to the Manchester protocol. Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(6), 1318-1324. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000600010>
- Suarez, B, (2016), Participación de la ANEC en el Foro sobre Práctica Avanzada en Enfermería. Publicacion Oficial de la Asociacion Nacional de Enfermeras De Colombia, 81. Recuperado de: <https://www.anec.org.co/revista81/revista81.pdf>
- Stover-Baker, B., Stahlman, B., & Pollack, M. (2012). Triage Nurse Prediction of Hospital Admission. *Journal of Emergency Nursing*, 38(3), 306–310. <http://sci-hub.se/10.1016/j.jen.2011.10.003>
- Taboulet, P., Moreira, V., Haas, L., Porcher, R., Braganca, A., Fontaine, J. P., & Poncet, M. C. (2009). *Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: Reliability and validity. European Journal of Emergency Medicine*, 16(2), 61–67. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0b013e328304ae57>
- Tracy, M., & O'gredy, E. (2013). *Hamric & Hanson's Advanced Practice Nursing - E-Book: An Integrative Approach.* Missouri: Elsevier.
- Twomey, M., Wallis, LA, Thompson, ML y Myers, JE (2012). *The South African Triage Scale (adult version) provides reliable acuity ratings. International Emergency Nursing* 20, 142 - 150. <http://doi:10.1016/j.ienj.2011.08.002>
- Van der Linden, MC, Meester, BEAM y van der Linden, N. (2016). *Emergency department crowding affects triage processes. Enfermería de emergencia internacional*, 29, 27–31. <http://doi: 10.1016 /j.ienj.2016.02.003>
- Van Donk, P., Tanti, E. R., & Porter, J. E. (2017). *Triage and treat model of care: Effective management of minor injuries in the emergency department. Collegian*, 24(4), 325–330. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.colegn.2016.05.003>
- Vatnøy, T. K., Fossum, M., Smith, N., & Slettebø, Å. (2013). *Triage assessment of registered nurses in the emergency department. International Emergency Nursing*, 21(2), 89–96. <http://doi:10.1016/j.ienj.2012.06.004>
- Vélez, O. L., & Galeano, M. E. (2002). *Investigación cualitativa: Estado del arte* (2nd ed.). Medellín. Retrieved from <http://josemramon.com.ar/wp->

content/uploads/Estado-Del-Arte-Sobre-Fuentes-Documentales-en-Investig-Cualitativa.pdf

- Vitolo, F. (2011). *Violencia Contra Profesionales De La Salud*. *Biblioteca Virtual NOBLE*. Retrieved from www.noblearp.com/src/img_up/19042011.6.pdf
- Varndell, W., Hodge, A., y Fry, M. (2019). *Triage in Australian emergency departments: Results of a New South Wales survey*. *Australasia*. [https://doi: 10.1016 / j.auec.2019.01.003](https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.01.003)
- Weinerman, E. R., Ratner, R. S., Robbins, A., & Lavenhar, and M. A. (1966). *V. Determinants Of Use Of Hospital Emergency Services*. *Am J Public Health Nations Health*, 56(7), 1037–1056. Retrieved from <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.56.7.1037>
- White, BA, Brown, DFM, Sinclair, J., Chang, Y., Carignan, S., McIntyre, J. y Biddinger, PD (2012). *Supplemented Triage And Rapid Treatment (Start) Improves Performance Measures In The Emergency Department*
- Wolf, L. A., Delao, A. M., Perhats, C., Moon, M. D., & Zavotsky, K. E. (2018). *Triaging The Emergency Department, Not The Patient: United States Emergency Nurses' Experience Of The Triage Process*. *Journal of Emergency Nursing*, Vol. 44, No 3, mayo de 2018, páginas 258-266. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.06.010>
- Yang, KK, Lam, SSW, Low, JMW y Ong, MEH (2016). *Managing Emergency Department Crowding Through Improved Triaging and Resource Allocation*. *Investigación de operaciones para el cuidado de la salud*. 10, 13–22. Doi: 10.1016 / j.orhc.2016.05.001

ANEXOS

Anexo 1: Ficha bibliográfica

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA:	LOCALIZACION DEL DOCUMENTO:
TEMA :	SUBTEMA:
PALABRAS CLAVES:	
RESUMEN:	
IDEAS PRINCIPALES:	
DISCIPLINAS:	
NOTAS CON PAGINA:	COMENTARIOS SOBRE LA NOTA
GRAFICOS:	
MAPA CONCEPTUAL:	
TEORIAS EN LAS QUE SE APOYA EL ESTUDIO:	
METODOLOGIA	
REFLEXIONES ACADEMICAS Y APORTES AL TEMA DE INVESTIGACION:	
FIRMA:	FECHA DE REALIZACION:

Anexo 2: Matriz de análisis

Autor	Título	Año	Tema	Metodología	Resumen	Conceptos	Teorías de apoyo	Autores importantes de la bibliografía	Conclusiones	Revista, Libro, Capítulo. Tesis	Base de datos	Disciplina
-------	--------	-----	------	-------------	---------	-----------	------------------	--	--------------	---------------------------------	---------------	------------