

## EDITORIAL

## Triage en urgencias: “Separando el grano de la paja”

*Emergency triage: separating the wheat from the chaff*

Javier Montero-Pérez

El triaje estructurado es un procedimiento dirigido a optimizar la seguridad del paciente desde su llegada a urgencias, al minimizar la demora para ser atendido por el médico. Evita así el deterioro de su salud por motivo de la espera. Aunque no de forma muy prolija, se han investigado herramientas o subprocesos para el triaje con la intención de optimizar aún más este procedimiento, vital para la dinámica de todo servicio de urgencias (SU)<sup>1-5</sup>. En el presente número de EMERGENCIAS Leey-Echevarría *et al.*<sup>6</sup> investigan sobre dos de estas herramientas: la predicción de ingreso hospitalario y la derivación inversa para pacientes con prioridades IV-V, es decir, pacientes con procesos leves o previsiblemente no urgentes.

Ciertamente, la predicción de ingreso de pacientes desde el área de triaje no es un objetivo primario de este procedimiento<sup>4</sup> puesto que no incide directamente en la salud del paciente, más aún en prioridades IV y V donde la demora de ingreso puede considerarse baladí por las características de estos pacientes: NO URGENTES. Sin embargo, sería de mayor interés una herramienta predictiva de este tipo para pacientes del resto de prioridades, aunque nunca desde el área de triaje. El triaje constituye un procedimiento ya de por sí bastante complejo y que debe responder a los objetivos para los que fue diseñado.

La predicción de ingreso de pacientes no debe ser objetivo de herramientas que ocupan tiempo esencial en el triaje y que no responden a la función de este. La gestión de los pacientes en los que en urgencias se decide el ingreso pertenece al propio hospital o, de depender de urgencias, sería a través de la figura del gestor de casos (una vez decidido el ingreso urgente), una labor cada vez más en auge, pero nunca desde el triaje. Por tanto, herramientas que no son objetivo del triaje y que además consumen tiempo no deberían formar parte de este proceso tiempo-dependiente, como es el triaje. Así, en el estudio de Leey-Echevarría *et al.*<sup>6</sup> se tuvo que suspender la herramienta testada en periodos de máxima afluencia, que es cuando más necesarias tendrían que ser estas herramientas. Por otra parte, no se analizó el impacto que dicha herramienta predictiva tuvo sobre indicadores de tiempos de triaje o de espera en urgencias<sup>7-9</sup>, básicos para conocer el impacto sobre

el proceso de triaje, y que de ningún modo pueden ralentizarlo.

El hecho de que existan estudios que aborden desde el triaje la predicción de ingreso intenta paliar el problema que la estancia del paciente en urgencias supone, priorizando en lo posible aquellos en los que se espera o se decide el ingreso. En general, el proceso urgente no debe superar las 4 horas de permanencia en urgencias (indicador internacionalmente aceptado) y para ello existen alternativas como las unidades de observación, no siempre bien utilizadas para este fin<sup>10</sup>. Por otra parte, el paciente urgente en espera de cama para su ingreso es como un eslabón perdido de la cadena hospitalaria, un limbo existencial para el que se han diseñado soluciones como el ingreso en la ubicación urgencias, a mi juicio un error que atenta contra la idiosincrasia de los SU. Estancias de pacientes en urgencias de 24 horas y más es algo que atenta a la dignidad no solo del paciente, sino de los profesionales de urgencias. Y no se debería permitir ni por parte de los gestores de los SU ni por la dirección de los centros.

Otro objetivo planteado en el referido artículo de Leey-Echevarría *et al.*<sup>6</sup> es valorar la posibilidad de derivación inversa, procedimiento de redirigir pacientes desde un nivel asistencial (como el SU del hospital) a otro de menor complejidad asistencial (como la atención primaria o SU extrahospitalarios)<sup>4</sup>, y que en la vigente versión del web\_e-PAT (aplicación informática del MAT-SET) está disponible. En este sentido, asimilar que pacientes con prioridad IV-V y con bajo riesgo de ingreso son subsidiarios de derivación inversa desde el área de triaje es una asunción que no puede ser aceptada como axioma, ya que muchos pacientes presentarán criterios que hacen imposible la derivación inversa (DI), y que en el artículo de Leey-Echevarría *et al.*<sup>6</sup> no son explicitados. Es más, puede haber pacientes con prioridad III que reúnan criterios de DI. La DI es una herramienta potencial para minimizar la sobredemanda asistencial en urgencias, aunque no ha sido suficientemente validada con el rigor necesario en los principales estudios publicados<sup>11</sup>. Su ejecución exige un consenso con el ámbito de salud al que se van a derivar pacientes, con un protocolo de derivación específico y una concordancia intra e interoperador de ambos centros válidos.

Filiación de los autores: Servicio de Urgencias, Hospital Universitario “Reina Sofía” de Córdoba, España.

Contribución de los autores: El autor ha confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia: Javier Montero-Pérez. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario “Reina Sofía”. Av. Menéndez Pidal, s/n. 14004 Córdoba, España.

Correo electrónico: javiermonteroperez@gmail.com

Información del artículo: Recibido: 7-2-2022. Aceptado: 8-2-2022. Online: 15-3-2022.

Editor responsable: Óscar Miró.

DOI: 10.55633/s3me/E062.2022

dos, para cerciorarse de que los pacientes derivados son realmente atendidos sin menoscabo de su salud. Ello exige análisis de los indicadores de morbimortalidad, aspecto no abordado en los estudios publicados al respecto<sup>11,12</sup>.

Tras la implantación del triaje en un SU se necesita una formación continuada para incorporar a nuevos profesionales y reciclar a los ya experimentados con las innovaciones que la ciencia del triaje exige. Y creo que esta actividad, que garantiza la calidad de su función, es una asignatura pendiente de muchos SU. Se requieren más estudios que analicen cómo optimizar el procedimiento de triaje, mediante la creación de herramientas que no impacten negativamente en indicadores esenciales como el tiempo de espera de triaje, o tiempo de ejecución de triaje y que aporten valor al procedimiento sobre todo en materia de seguridad del paciente. El objetivo debe centrarse en adecuar de una forma segura el tiempo para ser atendido en función de la intensidad de la urgencia y por otra parte descongestionar los SU desde el triaje mediante una derivación inversa segura y efectiva. Entre tanto, las respectivas administraciones sanitarias deben concentrar sus recursos para evitar que hasta el 80% de pacientes acudan por cuenta propia a un SU de hospital<sup>6</sup>. Es decir, que fomenten el uso racional de urgencias. De momento, separar el grano de la paja pertenece al área de triaje de nuestros SU y en ello debemos seguir investigando.

**Conflicto de intereses:** El autor declara no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

**Financiación:** El autor declara la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

**Responsabilidades éticas:** El autor ha confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.

## Bibliografía

- García-Martínez A, Carbó M, Aniyar V, Antolín A, Miró O, Gómez-Angelats E. Infratriaje en urgencias de pacientes que precisan ingreso directo en cuidados intensivos por enfermedades médicas: impacto en el pronóstico y factores asociados. *Emergencias*. 2021;33:361-7.
- Sánchez-Bermejo R, Garví-García M. Triaje: más allá del rojo y el azul. *Emergencias*. 2021;33:468-9.
- Rodríguez-Montalvo JA, Aranda-Gallardo M, Morales-Asencio JM, Rivas-Ruiz F, Jiménez-Cortés Y, Canca-Sánchez JC. Implantación de un protocolo de triaje avanzado de enfermería en el manejo del dolor moderado en urgencias. *Emergencias*. 2020;32:141-3.
- Gómez-Angelats E. Triaje, predicción de ingreso y constantes vitales. *Emergencias*. 2020;32:381-2.
- Leey Echavarría C, Zorrilla-Riveiro J, Arnau A, Jaén-Martínez L, Lladó-Ortiz D, Gené E. Predicción de ingreso hospitalario en los pacientes con bajo nivel de prioridad de triaje atendidos en un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2020;32:395-402.
- Leey Echavarría C, Zorrilla-Riveiro J, Arnau A, Fernández-Puigbó M, Sala-Barcons E, Gené E. Validación de un modelo predictivo de ingreso y de derivación inversa desde el triaje de los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2022;34:165-73.
- Montero-Pérez FJ, Jiménez Murillo LM. Impacto de la primera ola pandémica COVID-19 sobre los indicadores asistenciales y de calidad de un servicio de urgencias de hospital. *Emergencias*. 2021;33:345-53.
- Montero Pérez J, Lucena Aguilera C, González Jurado MC, Gracia Sabada MJ, Calderón de la Barca Gázquez JM, Jiménez Murillo LM. Implantación del Sistema Español de Triaje (SET) en los servicios de urgencias generales de los hospitales públicos de Andalucía (España). *Emergencias*. 2020;32:314-9.
- Jiménez S. Impacto de la pandemia COVID-19 sobre los indicadores asistenciales y de calidad de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*. 2021;33:333-4.
- Montero Pérez FJ. Medicina de Observación. Más allá de la primera decisión en Urgencias. Barcelona: Elsevier España, S.L.U. 2020.
- Kirkland SW, Soleimani A, Rowe BH, Newton AS. A systematic review examining the impact of redirecting low-acuity patients seeking emergency department care: is the juice worth the squeeze? *Emerg Med J*. 2019;36:97-106.
- Salmerón JM, Jiménez L, Miró O, Sánchez M. Análisis de la efectividad y seguridad de la derivación sin visita médica desde el triaje del servicio de urgencias hospitalario por personal de enfermería acreditado utilizando el Programa de Ayuda al Triaje del Sistema Español de Triaje. *Emergencias*. 2011;23:346-55.