

ARTÍCULO ESPECIAL

El *triaje* en urgencias en los hospitales españoles

RAÚL SÁNCHEZ BERMEJO, CARMEN CORTÉS FADRIQUE, BEATRIZ RINCÓN FRAILE, ESTHER FERNÁNDEZ CENTENO, SILVIA PEÑA CUEVA, EVA MARÍA DE LAS HERAS CASTRO

Unidad de Urgencias, Hospital General Nuestra Señora del Prado, Toledo, España.

CORRESPONDENCIA:

Raúl Sánchez Bermejo
Unidad de Urgencias
Hospital General Nuestra
Señora del Prado
Ctra. Madrid, km. 114
45600 Talavera de la Reina
Toledo, España
E-mail: rsanchezb@sescam.jccm.es

FECHA DE RECEPCIÓN:

19-10-2011

FECHA DE ACEPTACIÓN:

9-1-2012

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

El objetivo del presente artículo es conocer el modelo de *triaje* utilizado y sus características principales en los hospitales de la red sanitaria nacional pública. Se hizo un estudio descriptivo transversal en los hospitales públicos con más de 100 camas para el ingreso. Se envió un formulario a 123 hospitales, y se obtuvo respuesta en el 54,5%. Los sistemas de *triaje* empleado son el Modelo Andorrano de *Triage* (MAT) o Sistema Español de *Triage* (SET) en el 37,3% de los casos y el Sistema de *Triage* de Manchester (MTS) en el 23,9%. En los 58 hospitales que tienen implantado algún sistema, no se realizó estudio previo de implantación en el 53,4% de los casos. Los profesionales encargados de realizar el *triaje* son el enfermero (DUE) en el 77,6% de los casos y el facultativo (FEA) en el 6,9%. No existe una comisión/grupo de *triaje* en el 53,7% de los casos. El grado de satisfacción (1-5) es para el FEA de 3,16; para el médico interno residente (MIR) de 3,28 y para el DUE de 3,23. Cambiarían el sistema el 49,2% de los centros encuestados. No se observan diferencias significativas de implantación en cuanto a los modelos MAT-SET y MTS. [Emergencias 2013;25:66-70]

Palabras clave: *Triage*. Hospital. Urgencias. Sistema Español de *Triage*. Manchester *Triage* System.

Introducción

Los servicios de urgencias (SU) en España han aumentado de forma exponencial la demanda asistencial, pasando de unos 18 millones de urgencias en 1977 a 26,2 millones en 2008¹. Esto es debido, al menos en parte, a la elevada utilización de los SU para la atención de pacientes no graves, hasta el 70%, en algunos estudios, que pueden condicionar demoras en la asistencia de pacientes graves². El primer profesional de la salud en priorizar la asistencia en el campo de batalla y utilizar el término triar fue el barón Dominique-Jean Larrey (1766-1842)³, que pasó por ilustre de la enfermería como Florence Nightingale (1820-1910)⁴. Pero no podemos hablar de una descripción sistemática del *triaje* hasta que E. Richard Weinerman lo introdujo en Baltimore en 1964⁵. El concepto de *triaje* se ha definido como el proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su urgencia/gravedad antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa⁶. Puede ser también definido como recepción, acogida y clasificación (RAC), que es el término acuñado por la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SE-

EUE), aunque el término *triaje* es más aceptado tanto nacional como internacionalmente⁷. El sistema de *triaje* garantiza la categorización de los pacientes con el objetivo de que los pacientes más urgentes sean visitados prioritariamente cuando la situación del servicio origina una eventual espera⁶.

En el momento actual, existen varios modelos de clasificación normalizados, universalizados, estructurados y estandarizados, de 5 niveles adaptados al área de urgencias: el *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 *Model Andorrà de Triage* (MAT), que se adoptó como modelo estándar para España con el nombre de Sistema Español de *Triage* (SET) según las recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)^{6,8,9}.

En España, el MTS y el MAT-SET son los dos sistemas que han alcanzado mayor difusión². Tanto el MTS como el MAT-SET son sistemas estructurados de 5 niveles de prioridad clínica. El MTS clasifica al paciente en 52 motivos posibles^{8,10}, y el MAT-SET dispone de 613 motivos clínicos de consulta integrados en 32 categorías sintomáticas^{6,11}.

Tabla 1. Comparación de tiempos de actuación entre los diferentes sistemas de *triaje*¹

Nivel de prioridad	MTS	CTAS-ATS	SET-MAT
Crítico- Nivel I	Inmediato	Inmediato	Inmediato (98%)*
Emergencia- Nivel II	10 minutos	15 minutos	Inmediato por enfermería/7 minutos médico (85%)*
Urgencia- Nivel III	60 minutos	45 minutos	15 minutos (80%)*
Estándar- Nivel IV	120 minutos	120 minutos	30 minutos (75%)*
No urgente- Nivel V	240 minutos	240 minutos	40 minutos (70%)*

ATS: *Australian Triage Scale*; CTAS: *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale*; MTS: *Manchester Triage System*; MAT: *Model Andorrà de Triatge*; SET: *Sistema Español de Triaje*. *Porcentaje de pacientes que han de ser atendidos en el tiempo establecido.

Los tiempos máximos recomendados para la asistencia son similares en ambos^{9,11-13} (Tabla 1).

El objetivo del *triaje* estructurado⁶ es gestionar la afluencia de los usuarios, con el fin de ser atendidos según la urgencia que presentan y no por orden de llegada^{8,14}. No es por tanto la finalidad del *triaje* la disminución de los tiempos de espera, sino la mejora de la asistencia en dichos servicios, ya que controla el riesgo ante una eventual espera para ser atendido; es decir, mejora su seguridad clínica. Dentro de los estándares y recomendaciones realizados a los SU, se encuentra la necesidad de disponer de un sistema de *triaje* estandarizado¹². Del mismo modo es un requisito propuesto por la SEMES para la acreditación de un SU¹⁵.

Las recomendaciones de diferentes asociaciones científicas como la SEMES^{9,15}, el Grupo Español de *Triaje* Manchester¹⁰, y la SEEUE¹⁶ aconsejan que esta función sea realizada por enfermería. También los artículos 52, 53 y 54 del Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería en España¹⁷, y el artículo 59, puntos 4 y 9, del estatuto del personal sanitario no facultativo¹⁸ van en esta dirección. Las funciones de la enfermería reguladas por la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) consisten, a través de la clasificación de intervenciones de enfermería *triaje* (NIC 6364), en poder obtener unos resultados [Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC)] con el objetivo de preservar la seguridad del paciente (NOC 3010) con el fin de detectar el riesgo (NOC 1908), y optimizar así su calidad de vida (NOC 2000) mediante la vigilancia del riesgo (NANDA 0035). De este modo, se puede tener elementos de juicio clave para asignarle el nivel de prioridad que en cada caso se precise, el área de tratamiento más adecuada y la evaluación continua del paciente¹⁹.

Pese a este consenso existente de que el *triaje* es una competencia enfermera, algunos estudios sugieren que el *triaje* de enfermería con apoyo médico es más eficiente que el *triaje* de enfermería aislado^{2,6}. Así, la SEMES entiende el MAT-SET como un sistema de *triaje* de enfermería no excluyente (con participación médica siempre que se crea necesario), que involucra a los médicos en los procesos de estudio e implantación del sistema e integra en el *triaje* enfermero dinámicas multidisciplinares^{20,21}.

La formación inicial y continuada específica en *triaje* y la experiencia profesional en un SU son pilares fundamentales e ineludibles, inherentes al personal que ha de llevar a cabo esta actividad. Así se establece una experiencia mínima en urgencias, cuya recomendación es variable. Para la SEMES, se establece un mínimo de 12 meses⁹, el MTS y la SEEUE no establecen un periodo concreto. Se recomienda que el profesional de *triaje* cumpla un perfil de aptitud y actitud, en el que debe destacar: capacidad de tomar decisiones y gestionar situaciones difíciles, capacidad de comunicación, empatía, tacto, paciencia y capacidad organizadora²⁰.

Dentro de las recomendaciones establecidas para los SU que implantan el MAT-SET, destacamos el disponer de una comisión, grupo de trabajo o comité de *triaje*, que tenga apoyo suficiente y sirva de enlace entre los diferentes estamentos: directivos, profesionales y pacientes²⁰. Sus funciones estarán encaminadas a realizar un estudio de viabilidad (si es necesario un sistema de *triaje*, cuál es el más idóneo, recursos humanos necesarios y formación específica y recursos materiales y estructurales) y adoptar y plantear el plan específico de implantación y el seguimiento de su implementación. También deberá determinar la utilización de protocolos de actuación claros y consensuados con el personal²⁰.

El objetivo principal de este artículo especial es conocer el modelo de *triaje* utilizado y sus características principales en los servicios de urgencias de los hospitales de la red sanitaria nacional pública. Como objetivos secundarios, el estudio pretende: a) describir el tipo de profesional encargado de la realización del *triaje*, y determinar su formación y experiencia exigida; b) evaluar el grado cumplimiento de las recomendaciones de implantación en lo que hace referencia a la disponibilidad de un estudio previo de implantación; y c) valorar el grado de satisfacción de los profesionales con relación al sistema de *triaje* que utilizan.

Método

Estudio descriptivo transversal realizado en los hospitales de la red sanitaria nacional pública

con un mínimo de 100 camas para ingreso (datos recogidos en la web del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad)^{22,23}. Han sido excluidos del estudio los hospitales de atención psiquiátrica, geriátricos y de larga estancia y los hospitales que decidieron no facilitar un correo electrónico de contacto, que se entendió que rechazaban participar en el estudio. Se realizó una selección aleatoria simple de los hospitales que cumplían los criterios de inclusión. La recogida de datos se llevó a cabo por contacto telefónico con el supervisor de la unidad o SU se le facilitó información acerca del estudio que estábamos realizando, se le pidió un correo electrónico de contacto para proporcionarle información más detallada y el formulario para autocumplimentar, en variables cuantitativas como cualitativas. El tiempo de envío y recogida de formularios correspondió al periodo comprendido entre el 15 de enero al 15 de marzo de 2011. Los datos de los formularios fueron tabulados con el programa informático Excel 2010® y SPSS v12.0®, con el que se ha realizado el análisis estadístico descriptivo.

Resultados

Se envió el formulario a 123 de los 211 hospitales que cumplían los criterios de selección, de los de los cuales 67 (54,5%) han contestado. La categoría de los hospitales encuestados fue: generales 56,4% (n = 38), comarcales 34,1% (n = 23), provinciales 7,2% (n = 5) y otra categoría no definida 1,3% (n = 1). La mediana de pacientes atendidos en urgencias durante el 2010 en estos hospitales ha sido 81.256 pacientes con un rango de 199.000 pacientes.

Los sistemas de *triaje* que se utilizan fueron el MAT-SET en 25 centros (37,3%), el MTS en 16 (23,9%); la CTAS en 2 (2,9%) y otro sistema no especificado en 15 (13,5%). En 9 centros (22,4%) no disponían de sistema de *triaje*. De los 58 hospitales que tienen implantado algún sistema de *triaje*, no se realizó éste en 31 (53,4%); se realizó estudio previo de implantación en 16 (27,6%) y no supieron o no contesta-

ron 11 centros (19%). De los 15 hospitales que utilizaban otro sistema de *triaje* no especificado, ninguno de ellos se encontraba validado. De los 38 hospitales que más urgencias habían recibido (más de 60.000 urgencias durante el año 2010) el 34,2% no disponían de *triaje* o éste no estaba validado.

El profesional encargado de realizar el *triaje* fue el enfermero (DUE) en el 77,6% de los casos (n = 45); el facultativo (FEA) en el 6,9% (n = 4); el médico interno residente (MIR) en el 3,4% (n = 2); el FEA y el DUE en el 6,9% (n = 4); el MIR y el DUE en el 3,4% (n = 2) y DUE y el auxiliar de enfermería en el 1,8% (n = 1). Recibieron formación específica para realizar el *triaje* el 84,5% de los profesionales (n = 49) y no lo recibieron el 13,7% (n = 8). La pregunta quedó sin contestar (NS/NC) en 1 caso (1,8%). En cuanto a la exigencia de experiencia mínima en el servicio, ésta es exigida en el 79,3% de los casos (n = 46) de los hospitales que tienen implantado algún sistema de *triaje*, con una mediana de 6 meses y un rango 23 meses. En la pregunta de quién es el profesional más adecuado para realizar el *triaje*, el 77,7% de los encuestados (n = 52) refirió que era el DUE; el 13,4% (n = 9) el FEA junto con el DUE y el 8,9% (n = 6) el FEA.

En el 75,9% de los hospitales (n = 44), el *triaje* se mantiene las 24 horas al día, y en el 24,1% restante (n = 14), el *triaje* se reduce a una parte del día, con una variación de 7-16 horas. En cuanto a la existencia o no de una comisión/comité/grupo de trabajo de *triaje*, no existe en el 53,7% de los casos (n = 36) y NS/NC en el 8,9% (n = 6). De éstos, creen que sería necesaria el 71,5% (n = 30). El grado medio de satisfacción (1: totalmente en desacuerdo: 5: muy satisfecho) de los profesionales fue para el FEA 3,16, para el MIR 3,28 y para el DUE 3,23 (Tabla 2).

De los 67 hospitales encuestados, opinaron que cambiarían el sistema de *triaje* el 49,2% (n = 33) (Tabla 3). El 93,9% de los hospitales encuestados (N = 62) disponen de una sala específica para *triaje* o priorización de pacientes, que se encuentra en la puerta de entrada en el 90,3% (n = 56). El equipamiento de la sala de *triaje* varía en los diferentes centros (Tabla 4).

Tabla 2. Porcentaje de satisfacción de los profesionales

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Satisfecho	Algo satisfecho	Muy satisfecho	NS/NC
Facultativo	5,97%	8,96%	46,27%	7,46%	13,43%	17,91%
MIR	4,48%	4,48%	35,82%	4,48%	13,43%	37,31%
DUE	4,48%	16,42%	41,79%	13,43%	16,42%	7,46%

Médico Interno Residente (MIR); Diplomado Universitario en Enfermería (DUE).

Tabla 3. Sistema de *triaje* utilizado y sistema de *triaje* por el que cambiaría

Sistema de <i>triaje</i> utilizado	Sistema de <i>triaje</i> por el que cambiarían				
	MAT-SET	CTAS	MTS	Otro sistema de <i>triaje</i>	NS/NC
MAT-SET (n = 25)		0	2	2	4
CTAS (n = 2)	1		1	0	0
MTS (n = 16)	2	0		0	3
Otro sistema de <i>triaje</i> (n = 15)	6	0	3	1	1
No utilizan sistema de <i>triaje</i> (n = 9)	6	0	1	0	0

CTAS: Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale; MTS: Manchester Triage System; MAT: Model Andorrà de Triatge; SET: Sistema Español de Triaje.

Discusión

Se observa que el sistema de *triaje* estructurado que mayor implantación tiene en los hospitales estudiados es el MAT-SET seguido del MTS. No se ha precisado el tiempo que llevan implantados dichos sistemas de *triaje*. Se objetiva que un número importante de hospitales utilizan sistemas de *triaje* no validados externamente. Nos llama la atención que estos hospitales se encuentren dentro de los que más urgencias atienden anualmente, con lo que creemos que no se garantiza del mismo modo la seguridad del paciente ante una eventual espera.

Consideramos que el trabajo ha recibido un alto índice de respuesta en la encuesta, ya que fue superior al 40%²⁴, aunque se encuentra limitado por la muestra obtenida. No hemos podido comparar nuestros resultados, puesto que no hemos encontrado estudios similares en las principales bases de datos.

El estudio nos evidencia que en menos de un cuarto de los hospitales se ha hecho un estudio previo de viabilidad, que consideramos un error importante a tener en cuenta. Creemos que esto es debido a que los programas informáticos de ayuda al *triaje* que se utilizan en los diferentes centros hospitalarios son adquiridos por las diferentes comunidades autónomas, sin que el centro pueda comprobar cuál es el más idóneo a partir de su propia idiosincrasia de trabajo, aunque en

algunas de las comunidades autónomas que han decidido la implantación del MAT-SET han participado profesionales de los SU y, las sociedades científicas en la decisión.

Hemos constatado que el profesional que realiza el *triaje* en más de tres cuartas partes de los hospitales es el DUE, tal y como recomienda la bibliografía consultada^{9-11,16-18}. Del mismo modo, existe un gran consenso entre los diferentes centros consultados en que el DUE es el profesional más idóneo para la realización de esta función, tanto por su formación como por sus cualidades, ya que las funciones de *triaje* no conllevan la realización de un diagnóstico, sino la valoración preliminar de los signos y síntomas, con la única finalidad de establecer el nivel de prioridad y el motivo de consulta^{6,20}.

En la mayoría de los hospitales se exige e imparte una formación específica para la realización de *triaje* y además se exige una experiencia mínima de trabajo en el servicio, tal y como recomiendan las sociedades científicas⁹, aunque ésta varía dependiendo del centro. Llama la atención que un cuarto de los hospitales no realiza *triaje* durante las 24 horas a pesar que éstos tienen casi todos ellos un número de urgencias anuales superior a 50.000 urgencias/año, y que las recomendaciones del MAT-SET abogan por mantener un box de *triaje* durante las 24 horas del día²⁰.

El estudio revela que en la mayoría de los hospitales no existe una comisión/comité/grupo de trabajo en el que se valore la actividad del *triaje*. Sin embargo, la mayoría de los centros opina que sería conveniente su existencia, por lo que podemos concluir que su creación sería algo positivo para el trabajo diario y que supondría un gran beneficio para los profesionales tal y como recomiendan la SEMES²⁰. En la valoración global del grado de satisfacción de los profesionales con relación al *triaje*, se puede considerar que estos se encuentran satisfechos, hecho que contrasta con que casi la mitad cambiaría el sistema de *triaje*.

Podemos concluir que existe una importante implantación de los sistemas de *triaje* estructurado de 5 niveles de prioridad, aunque creemos necesi-

Tabla 4. Material existente en las salas de *triaje*

Material	Nº de hospitales (n = 67)
Sistemas informáticos	60
Camilla	30
Tensiómetro	59
Material cura	23
Electrocardiograma	24
Termómetro	54
Glucómetro	54
Carro de Reanimación Cardiopulmonar	3
Megafonía	35
Programa Informático	44
Pulsiosímetro	13
Monitor	17

rio una implantación total, ya que esto supondría una mejora en la seguridad del paciente, así como que dicho *triage* se realice durante las 24 horas. Se hace evidente que tanto la formación específica como la experiencia mínima en el servicio son pilares fundamentales para la sostenibilidad del sistema, así como seguir estrictamente las recomendaciones científicas y gestionar el proceso de implantación a través de las comisiones de *triage*.

Bibliografía

- 1 Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado, 2008. Instituto de Información sanitaria, Ministerio de Sanidad y Política Social. (Consultado 08 Abril 11). Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/ESCR2008.pdf>
- 2 Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El *triage*: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33(Supl. 1):55-68.
- 3 Puigblanqué E, Noheras M, Noguera M, Perapoch N. El *triage* en el servicio de urgencias. *Enferm Clin*. 2008;18:3-4.
- 4 Gill CJ, Gill GC, Nightingale in Scutari: Her Legacy Reexamined. *Clin Infect Dis*. 2005;40:1799-805.
- 5 Weinerman ER, Ruzzen SR, Person DA. Effects of Medical "Triage" in Hospital Emergency Service. *Pub Health Rep*. 1965;80:389-99.
- 6 Gómez Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de *triage* estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias*. 2003; 15:165-174.
- 7 González Casares N, Martínez Lores FJ, Ureta Guzmán C, Alonso Juanes S. Protocolo de *triage* o Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) de enfermería en Urgencias del Hospital Do Salnés. (Consultado 04 Marzo 11). Disponible en: <http://www.enferurg.com/articulos/protolorac.htm>
- 8 Martín-Sánchez FJ, González-Del Castillo J, Zamorano J, Candel FJ, González-Armegol JJ, Villarroel P, et al. El facultativo, un elemento necesario en el *triage* de un Servicio de Urgencia en un hospital terciario. *Emergencias*. 2008;20:41-7.
- 9 SEMES-SET. Sistema Español de *triage* en urgencias y emergencias. (Consultado 08 Abril 11). Disponible en: <http://www.semes.org/set/documentos.php>
- 10 Grupo Español de Triage Manchester. (Consultado 08 Abril 11). Disponible en: <http://www.triagemanchester.com/manchester2.htm>
- 11 Sistema español de *triage*. MAT-SET. (Consultado 08 Abril 11). Disponible en: <http://www.triajeset.com>
- 12 Unidad de urgencias hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social. (Consultado 04 Marzo 11). Disponible en: <http://www.msps.es>
- 13 Australasian College for Emergency Medicine. Policy on the Australasian Triage Scale. Marzo 2006. (Consultado 08 Abril 11). Disponible en: http://www.acem.org.au/media/policies_and_guidelines/P06_Aust_Triage_Scale_-_Nov_2000.pdf
- 14 Musarra MJ. El *triage* de enfermería de urgencias: presente y futuro. Experiencias internacionales. *Salud y Cuidados*. (Consultado 08 Abril 11). Disponible en: <http://www.saludycuidados.net/numero4/musarra.htm>
- 15 Aljama Alcántara M, López-Andújar Aguiriano L, Fernández-Valderrama Benavides J, Jiménez Murillo L, Tejedor Fernández M, Torres Roldán R. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Estándares de acreditación de Centros y Servicios. *Urgencias hospitalarias*. Madrid Rev.1.2004.
- 16 Sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. Recepción, acogida y clasificación asistencial de los pacientes en urgencias. Recomendaciones Científicas 09/01/01 del 15 de Junio de 1999 revisada y adaptada a 15 de Noviembre de 2004. (Consultado 04 Marzo 11). Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/RECOMENDACION1.pdf>
- 17 Real decreto 1231/2001, de 8 de Noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. (Consultado 08 Abril 11). Disponible en: <http://www.bioeticanet.info/codigos/EnfermeriaRD2001.pdf>
- 18 Estatuto del personal Sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social Aprobado por orden el 26 de Abril de 1973. Pág. 22. (Consultado 08 Abril 11). Disponible en: <http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1143615044606&cachecontrol=immediate&csblobid=LTA1CEHwMBkcjZvvez7GRaWslmG4jExEa5mbH8sZdd7poe4sl23f156201184111259592383387&ssbinary=true>
- 19 Vázquez Chozas JM, Muñoz González A. El Proceso de Atención de Enfermería. Teoría y Práctica. Madrid: Editorial MAD S.L. 2ª Edición. 2008.
- 20 Gómez Jiménez J, Torres Trillo M, López Pérez J, Jiménez Murillo L. Manual de formación. Curso de formación en *triage* estructurado basado en el web_e-PAT v4. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES); 2009.
- 21 Gómez Jiménez J. Urgencia, gravedad y complejidad: Un constructo teórico de la urgencia basado en el *triage* estructurado. *Emergencias*. 2006;18:156-64.
- 22 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Prestaciones y centros sanitarios. Catálogo de hospitales. (Consultado 08 Abril 11). Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/busquedaCA/frmBusquedaCA.jsp>
- 23 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Prestaciones y centros sanitarios. Número de camas/ hospitales. (Consultado 08 Abril 11). Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/inforEstadistica/hospitalesCamas.jsp>
- 24 IAR. Instructional Assessment Resources. Response rates. <http://www.utexas.edu/academic/ctl/assessment/iar/teaching/gather/method/survey-Response.php>

Triage in Spanish hospitals

Sánchez Bermejo R, Cortés Fadrique C, Rincón Fraile B, Fernández Centeno E, Peña Cueva S, De Las Heras Castro EV

The objective to determine what triage systems are being used in Spanish national health service hospitals and to define the characteristics of the models in place. Cross-sectional descriptive survey of hospitals with more than 100 beds in the Spanish national health service. Responses to a questionnaire sent to 123 hospitals were received from 54.5% of the facilities. The Andorran Triage Model adapted for use as the Spanish Triage System (ATM-STS) was used in 37.3% of the hospitals. The Manchester Triage System was used in 23.9%. Of the 58 hospitals that use some triage system, 53.4% had not carried out a study before starting to apply the selected system. The professionals in charge of triage are nurses in 77.6% of the hospitals and physicians in 6.9%. No triage committee or group had been established in 53.7% of the hospitals responding to the survey. The degree of satisfaction with the chosen system expressed on a scale of 1 to 5 was 3.16 for physicians, 3.28 for residents in training, and 3.23 for nurses. Another system would be chosen by 49.2% of the respondents. The difference in the numbers of hospitals using the ATM-STS and the MTS was not great. [*Emergencias* 2013;25:66-70]

Keywords: Triage. Hospitals. Emergency health services. Spanish triage system. Manchester triage system.