



Estrategia para el triage por profesionales de enfermería: signos llave

Paula Andrea Anduquia Vásquez¹ (<https://orcid.org/0000-0003-4321-7907>)

Alex Mauricio Lopera Arango¹ (<https://orcid.org/0000-0002-1664-2302>)

Martha Adiel Lopera Betancur¹ (<https://orcid.org/0000-0002-7006-8698>)

Constanza Forero Pulido¹ (<http://orcid.org/0000-0001-7494-6825>)

Juan Guillermo Rojas¹ (<https://orcid.org/0000-0002-0255-4344>)

Grupo de Investigación Emergencias y desastres¹

Resumen Abstract

Objetivo: Desarrollar un sistema de clasificación del riesgo del paciente en urgencias para ser aplicado por enfermeras en el triage. **Metodología:** La investigación se desarrolló en tres momentos, en el primero se diseñaron los componentes del acrónimo SILCADER, en el segundo la validación por expertos y finalmente la validación por simulación. **Resultados:** El sistema SILCADER consta de siete aspectos que, al ser aplicados permiten identificar riesgos de deterioro clínico del paciente que consulta a urgencias y establecer la ruta de atención, se construyó fundamentado en la revisión de conceptos teóricos, en relatos de pacientes, enfermeras y estudiantes de enfermería, se complementó con recomendaciones de expertos y simulaciones con enfermeras. **Conclusión:** El SILCADER es un sistema para tomar y sustentar decisiones, fortalecer las relaciones con los pacientes, reforzar la seguridad, disminuir errores y hacer fácil el registro en el triage. **Palabras clave:** Clasificación. Riesgo. Enfermería de Urgencia.

Strategy for nursing triage: key signs

Objective: To develop an emergency patient risk classification system to be applied by nurses in triage. **Methods:** The research was developed in three stages, the first one was the design of the SILCADER acronym components, the second one the validation by experts and finally the validation by simulation. **Results:** The SILCADER system consists of seven aspects that, when applied, make it possible to identify risks of clinical deterioration of the patient who consults the emergency department and to establish the route of care. It was constructed based on the review of theoretical concepts, on patient, nurse and nursing student reports, and was complemented with expert recommendations and simulations with nurses. **Conclusions:** SILCADER is a system to make and support decisions, strengthen relationships with patients, reinforce safety, reduce errors and make triage registration easier. **Keywords:** classification. Risk. Emergency Nursing.

¹Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

CORRESPONDENCIA:
paula.anduquia@udea.edu.co (Paula Andrea Anduquia Vásquez)

Manuscrito recibido el 21.08.2024
Manuscrito aceptado el 14.10.2024

Index Enferm 2025; 34(1):
e15557

<https://doi.org/10.58807/indexenferm20257388>

INSTRUMENTOS

Introducción

Los servicios de urgencias se han convertido en lugares primarios de atención para los pacientes con cualquier tipo de enfermedades. Algunos pacientes requieren intervenciones rápidas para prevenir una condición que amenaza su vida, haciendo que el tiempo sea una variable crítica.¹ La valoración de la persona que acude al servicio de urgencias es esencial, porque identifica una serie de problemas y encamina la toma de decisiones, para que sus necesidades sean atendidas rápidamente con el fin de evitar su deterioro salud.

Existen varias escalas o sistemas de triage en los servicios de urgencias para la clasificación del riesgo de los pacientes, aun así, no hay un instrumento de medición infalible porque pueden surgir errores por diferentes factores: personales, del contexto, culturales y cambios en el método de recopilación de datos, entre otros.² En Colombia, el triage es la metodología normatizada para establecer la prioridad de atención de los pacientes que demandan atención en el servicio de urgencia teniendo en cuenta criterios de gravedad clínica, con el fin de diferenciar entre aquellos que requieren atención inmediata de quienes no la requieren y lograr el uso más eficiente de los recursos.³

Los servicios de urgencias presentan una elevada y creciente demanda por parte de los usuarios, esto conlleva a que estas unidades de atención cada vez jueguen un papel relevante a nivel mundial por factores asociados a: las condiciones de oferta en los servicios, las características de quienes los demandan y a la estructura del sistema de salud. Es así, como muchos de los usuarios que solicitan esta atención pueden resultar afectados por falta de oportunidad, por tiempos de espera elevados o fallas en la clasificación.²

La aglomeración de los servicios de urgencias puede afectar el triage haciendo que ante la larga espera muchos pacientes decidan marcharse sin ser clasificados,² se han reportado tiempos de espera de hasta 105 min para ser clasificados y estos pueden ser más largos durante las horas de mayor ocupación de los servicios. Por otra parte, los profesionales que realizan el triage reciben diferentes presiones que interfieren en la

clasificación.⁴ Además, el panorama de la consulta al servicio de urgencias se ve afectado por otros factores adicionales, como el día y hora.⁵

No todas las personas puedan ser ingresadas al servicio de urgencias al mismo tiempo, es importante reconocer que algunas pueden presentar serios problemas de salud que no dan espera, en tanto que otras, sí lo pueden hacer. La selección de las prioridades en la atención, que es un aspecto fundamental en la clasificación requiere de un proceso que trascienda la atención por orden de llegada, lo que hace necesario el desarrollo de un modelo de respuesta oportuno y acorde con las necesidades de los pacientes basado en criterios científicos y coherentes con respecto a la demanda de asistencia, con el fin de contribuir a la calidad y a la eficacia en el proceso de admisión.

Un adecuado programa de recepción de pacientes en el servicio de urgencias permite que quien solicite la atención cuente con un profesional que los acompañe, les brinde una asistencia integral para hacer que la espera sea más llevadera. Teniendo en cuenta lo manifestado, se desarrolló esta investigación con el objetivo de diseñar una propuesta que facilite el proceso de clasificación del riesgo del paciente en urgencias para ser aplicado en las instituciones de salud por enfermeras o equipo multidisciplinario facultado para que realice el triage. Se busca que las personas encargadas del triage cuenten con un sistema válido, fácil, oportuno y seguro, que apoye la toma de decisiones con base en la condición clínica del paciente y los riesgos, además que permita el registro legal. Por otra parte, que asegure que la atención en urgencias para el paciente y su familia sea ágil, oportuna y la espera sea humanizada, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes en materia del triage consignadas en Resolución 5596 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.⁶

Como resultado de la investigación se presenta el SILCADER como un sistema de clasificación que permite a la enfermera y a otros integrantes del equipo de salud identificar rápidamente los riesgos que amenazan la vida, asegurar la priorización acorde con las alteraciones y compromiso funcional, ubicarlo en el orden de prioridad y asegurar la reevaluación durante la espera de acuerdo con la clasificación realizada. Esta estrategia

apunta a un sistema completo que incluye la valoración, la definición del “signo llave”, la evaluación del proceso y el registro, esto con el fin de analizar el riesgo del paciente y tomar decisiones sin vulnerar su seguridad ni el ejercicio profesional de quien realiza el triage

Métodos

A partir del trabajo del grupo de investigación, se diseñó en tres fases, un sistema de clasificación llamado SILCADER. En la primera, se elaboraron los componentes del acrónimo, en la segunda la validación por expertos y finalmente la validación por simulación. En la primera fase, se realizó la revisión y análisis de la literatura en busca de conceptos teóricos relacionados con los problemas que motivan a los pacientes a acudir a los servicios de urgencias, las situaciones de las enfermeras y del contexto institucional y la legislación nacional e internacional en relación con la atención en urgencias. También, se analizaron narrativas realizadas por enfermeras durante su experiencia profesional y por estudiantes de enfermería en el marco de sus prácticas clínicas. Lo anterior permitió identificar los “signos llave”, que son conceptos fundamentados en los riesgos del paciente y que a partir de la situación e información sirven de guía para realizar la clasificación de forma objetiva.

En la segunda fase, el sistema desarrollado a partir del acrónimo se sometió a validación por expertos. En esta, se empleó el método Delphi,⁷ se contactaron 11 profesionales de la salud que cumplirían los criterios de participación: tener formación de posgrado, experiencia mayor o igual a cinco años en servicios de urgencias, triage o sistemas de emergencias médicas y experiencia en investigación. Se realizó el contacto mediante correo electrónico, en el que se solicitó la vinculación con el proceso y las condiciones de participación. Una vez obtenida la confirmación de participación, se procedió a enviarles vía electrónica, un enlace que direccionaba al formulario con los componentes del sistema SILCADER y los signos llave y un formulario para hacer la validación de contenido mediante la calificación de: suficiencia, claridad, coherencia, relevancia y pertinencia, además de comentarios y

INSTRUMENTOS

apreciaciones cualitativas respecto al sistema y sus componentes.

Por último, en la fase de simulación, la versión del sistema depurado fue sometido a proceso de validación para determinar la especificidad y sensibilidad del instrumento, para lo cual se convocó a un grupo de enfermeras con experiencia en urgencias y triage, y por medio de tres talleres interactivos se utilizó el sistema para realizar el triage sobre una serie de 70 casos documentados de personas que acudieron a la sala de urgencias. Una vez resueltos los casos, se realizaron grupos de discusión con las enfermeras, para analizar aspectos generales del triage y de la valoración que deben ser resueltas con el sistema SILCADER.

Durante todas las fases del proyecto se tuvieron en cuenta las disposiciones de la Resolución Nro. 08430 de 1993, para garantizar el respeto, la protección de la dignidad, la autonomía de las personas, la justicia y la confidencialidad. Se contó con el aval del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia (Acta CEI-FE 2019-36), según el cual se clasificó como una investigación de riesgo mínimo, se establecieron los mecanismos para minimizar los riesgos, los beneficios, las obligaciones de los investigadores, las estrategias de devolución, la custodia y confidencialidad de la información.

Resultados

Componentes del acrónimo SILCADER. El paciente llega al servicio de urgencias por una situación que él considera no puede solucionar por otro medio, una vez allí lo recibe la enfermera, quien debe obtener la información para conocer cuál es la condición clínica y los riesgos inherentes, estos datos permiten asignarle una clasificación que contempla un rango de tiempo de espera para su atención. Se reconoce en este proceso la importancia que tiene el acompañante y la información que se le debe suministrar al paciente para su comprensión acerca del tiempo de espera o el riesgo que tiene de acuerdo con la clasificación. Algunos pacientes que deben esperar requieren un proceso de reevaluación para identificar si su riesgo ha aumentado.

Con base en lo anterior, se diseñó el SILCADER, que consta de siete aspectos que, al ser aplicados y analizados permiten identificar riesgos de deterioro del paciente que consulta a urgencias y establecer la ruta de atención. Estos son:

S–Situación: evento agudo que pone en riesgo la vida del paciente de forma progresiva o inmediata que lo lleva a consultar. Comprende la narración del paciente y se convierte en la primera fuente de información para definir la clasificación del riesgo.

I–Información: datos suministrados por el paciente o acompañante que amplían la situación. Constituye la segunda fuente de información. Se tienen en cuenta los antecedentes, medicamentos, signos vitales y dominio de la NANDA comprometido. Esta información lleva a elegir el signo llave.

L–Signo Llave: Son conceptos construidos por enfermeros expertos que determinan el problema del paciente de acuerdo con la información obtenida. Para cada signo llave se establecen indicadores empíricos, es decir, escalas de valoración y flujogramas para la estratificación del riesgo y la toma de decisiones que permite hacer la clasificación fundamentada en los riesgos del paciente.

C–Clasificación: nivel de riesgo que define la prioridad en la atención de acuerdo con las fuentes de información anteriores, y con base en el juicio clínico de quien realiza el triage, la disponibilidad de recursos y capacidades.

A–Acompañamiento: persona que está con el paciente en la consulta y se puede considerar su apoyo.

D–Destino: lugar asignado para la atención según la clasificación. Es el área de atención requerida por el paciente, según la clasificación: consulta, salas de observación, atención inicial o atención rápida.

E–Explicación: Información acerca de su clasificación y el riesgo, además las instrucciones al paciente y su familia de acuerdo con las necesidades identificadas.

R–Reevaluación: valoración secundaria a quienes no han sido atendidos y es necesario re-clasificar. Se propone un límite máximo de 1 hora.

Validación por expertos. Luego del proceso de validación del sistema SILCADER, se obtuvo una versión final

de la herramienta, conformada por 25 signos llave, los cuales reflejan las alteraciones físicas, mentales y riesgos asociados en las personas en condición de urgencia, así:

1. Agitación psicomotora: Estado de marcada excitación mental acompañado de un aumento inadecuado de la actividad motora en grado variable, desde una mínima inquietud hasta movimientos descoordinados sin un fin determinado.

2. Alteración de la conciencia: Cambios en el estado de la conciencia de una persona, que tienen un inicio súbito y se manifiestan en la atención, orientación, juicio, memoria, percepción, interacción, conocimiento y lenguaje.

3. Alteración de la eliminación: Cambios en el patrón de eliminación (déficit o exceso) urinaria, intestinal o por otras vías.

4. Alteración de la glucemia: Modificaciones en los niveles de glucemia de acuerdo con el rango normal.

5. Alteración de la integridad cutánea: Cambios de las estructuras de la piel con compromiso de sus diferentes capas, no generado por un agente externo.

6. Alteración del bienestar fetal: Cambios en la actividad fetal diferentes de los normales

7. Alteración motora y sensitiva: Pérdida de la fuerza, la movilidad o la sensibilidad de alguna zona del cuerpo.

8. Alteración de la salud mental: Situación en la que se presenta trastorno de conducta secundarios a dificultades de adaptación o intolerancia al medio, angustia severa o trastorno de pánico que son percibidos como perturbadores o amenazantes por el propio paciente o la familia.

9. Conducta suicida: Intención de causarse la muerte o producirse dolor y daño.

10. Consumo o contacto con tóxicos: Ingestión o contacto con alguna sustancia química o biológica que produce efectos fisiológicos adversos en el cuerpo.

11. Convulsiones: Trastorno agudo de la función cerebral que se manifiesta con movimientos bruscos y repetidos de las extremidades en forma de sacudidas o temblores, aumento del tono muscular o crisis de ausencia.

12. Cuerpo extraño: Agente externo que se aloja en cualquier parte del organismo.

INSTRUMENTOS

13. Desconocimiento: Carencias informativas relacionadas con el cuidado de sí y el autocuidado, que se manifiesta por la necesidad de entender, comprender y saber sobre un tema específico relacionado con la salud.

14. Disconfort torácico: Molestia o dolor que se siente en algún punto a lo largo de la parte frontal, posterior y lateral del tórax entre el cuello y la zona umbilical.

15. Disfunción neurovascular: Alteración de la circulación, sensibilidad o movilidad en una o varias extremidades.

16. Disnea: Sensación de dificultad para el ingreso de aire a los pulmones.

17. Dolor: Experiencia emocional y sensorial desagradable asociada a un daño tisular real o potencial.

18. Final de la vida: Enfermedad avanzada, progresiva e incurable que causa la cercanía con la muerte.

19. Hemorragia: Flujo de sangre por fuera de los vasos sanguíneos de la circulación natural.

20. Hipoperfusión: Disminución de la perfusión tisular.

21. Infección: Respuesta inflamatoria causada por un organismo patógeno.

22. Pérdida súbita de la conciencia: Alteración de la conciencia y del tono postural, de forma súbita, de corta duración y resolución espontánea.

23. Problemas con dispositivos: Mal funcionamiento o salida de dispositivos (sondas, ostomías, drenes, apósitos, catéteres) del lugar de inserción.

24. Trauma: Daño tisular producido por una energía lesiva.

25. Víctima de violencia: Agresión física o psicológica, que afecta el cuerpo y la mente.

Fase de simulación. Las enfermeras que aplicaron el SILCADER y calcularon el riesgo con base en los indicadores establecidos para cada signo llave refirieron que les permitía hacer una valoración más completa, estructurada, estandarizada y consideran que es detallado y metódico, minimiza los errores, proporciona argumentos ante alguna queja y podría disminuir las re-consultas. Por ello, facilita la correcta clasificación. Sin embargo, podría implicar mayor tiempo en la atención para indagar sobre los datos necesarios.

Discusión

Las funciones profesionales de enfermería requieren conocimientos específicos que han evolucionado en la historia moderna, conservando la fusión de dos componentes básicos del cuidado: el saber científico que ha venido del desarrollo de teorías de acuerdo con el paradigma positivista y el interés por el arte de enfermería, centrado en el interés genuino por el otro. El conocimiento de enfermería nace tanto de la práctica de la profesión, como de los avances logrados por otras disciplinas. En este orden de ideas, el conocimiento que tienen las enfermeras se ve retado a medida que cambia el contexto, es así como en Colombia estas se vieron obligadas a realizar el triage hospitalario, por ello inicialmente se apoyaron de escalas o aplicativos que fueron desarrollados por otras disciplinas y en otros países con variada participación de las enfermeras.²

Según Lopera et al., para las enfermeras, las escalas o aplicativos que usan no permiten realizar un adecuado proceso con base en el conocimiento, ni tener un pensamiento crítico profesional frente a la valoración del riesgo de cada paciente para tomar una decisión autónoma que puedan sustentar posteriormente, por ello la propuesta del SILCADER, si bien es una herramienta que facilita la toma de decisiones, no les coarta su autonomía.⁴ Esto coincide con Hernández y otros, quienes encontraron un alto nivel de satisfacción entre las enfermeras cuando además de tener una guía de cuidados tienen la posibilidad de hacer uso de su conocimiento.⁸ Adicionalmente, las enfermeras de triage manifiestan su incomodidad en la forma como realizan el triage en la actualidad, pues las dirige al uso de diagnósticos médicos, lo cual no es de su competencia profesional. En este sentido, la herramienta SILCADER se construyó con un lenguaje multidisciplinar para ser utilizado por las diferentes disciplinas habilitadas por la legislación colombiana para realizar el triage y así evitar los problemas de falta de competencia y facilitando la comunicación entre los diferentes profesionales.

En cuanto a las enfermeras, quienes serían en gran parte usuarias de este sistema, manifestaron que esta propuesta les facilita la toma de decisiones, usando un lenguaje que, si bien no es exclusivo

de enfermería, sí es común a varios profesionales. Al respecto, varios autores exponen que, cuando las enfermeras usan lenguaje de enfermería mejora la toma de decisiones.⁹ En este sentido es importante expresar que una escala basada en un pensamiento y lenguaje propio de la disciplina permite realizar nuevas investigaciones, dado que, en la actualidad, la asertividad de enfermería con la clasificación del triage está medida con base en el diagnóstico médico de salida.¹⁰

En Colombia la mayor causa de consulta en la ciudad de Bogotá son los traumatismos y los problemas gastrointestinales.³ Además, entre 2021 y 2023 en el país los motivos de consulta en urgencias más comunes son la hipertensión arterial, emergencias sin especificar, infección urinaria con casos, seguido de dolor abdominal, trauma, falso trabajo de parto.¹¹ Estos motivos coinciden con los analizados y estructurados en el SILCADER.

Conclusiones

Como resultado de este proceso, se concluye que el SILCADER, además de ser un pilar para la construcción de una herramienta de clasificación de triage para enfermería, es un soporte para tomar y sustentar las decisiones, fortalecer las relaciones con los pacientes, reforzar la seguridad clínica, disminuir errores y hacer fácil el registro.

Bibliografía

1. Ramos Leiva, Raúl; Pérez Rodríguez, Yoandis; Arias Campaña, Ailicé. Atención al paciente politraumatizado durante el traslado por el sistema integrado de urgencias médicas. REEA. 2021; 8(3): 324-349. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8156783>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Manual para la implementación de un sistema de triage para los cuartos de urgencias. Washington DC: OPS; 2011. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3524>.
3. Rodríguez Páez F, Jiménez Barbosa W, Palencia Sánchez F. Uso de los servicios de urgencias en Bogotá, Colombia: Un análisis desde el Triage. Univ. Salud. 2018; 20(3): 215-226. <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182003.124>.
4. Lopera Betancur M, Paiva Duque L, Forero Pulido C, González D. Triage hospitalario para las enfermeras: Entre la incertidumbre, la sobrecarga y los desacuerdos. Cult. cuid. enferm. 2022; 19(1): 30-45.
5. Herrera Almanza L, Hernández Martínez A, Roldán Tabares MD, Hernández Restrepo F, et al. El triage como herramienta de priorización en los servicios de urgencias. Med Int Mex 2022; 38(2): 322-334. <https://doi.org/10.24245/mim.v38i2.3751>.

6. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5596 de 2015. Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias Triage. <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/triage.aspx>. 2015.5.
7. Murphy MK, Black NA, Lamping DL, McKee CM, Sanderson CF, Askham J, Marteau T. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assess*. 1998; 2(3): I-IV: 1-88.
8. Hernández Pérez, Raúl; Ávila Sánchez, Mario; Espinosa Aguilar, Aníbal; Hernández Núñez, Arnold; Lemus Lima, Erllys. The Nursing Professional's Satisfaction with a Care Intervention as a Means for Knowledge Management. *Rev Cubana Enfermer* 2022; 38(2). <https://bit.ly/40aiUs9>.
9. Núñez Marrero, Janet; Brito Brito, Pedro. Efectividad de las terminologías normalizadas de enfermería para la práctica enfermera y los resultados en salud [evidencia comentada]. *Ene* 2022; 16(1): 1388. <https://bit.ly/42ah0dt>.
10. Ríos F, Escudero E, Gordón L. Asertividad de la enfermera del triage en el servicio de emergencias y urgencias del hospital Santo Tomas. *Enfoque* 2021; 24(25): 22-35.
11. República de Colombia. Datos abiertos. Primeras causas de morbilidad. 2023. <https://bit.ly/424H0XU>.