

El triage en los servicios de urgencias hospitalarios: papel de la enfermera

M.ª DEL CARMEN ÁLVAREZ BAZA

DUE del Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias.

Introducción

En los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) se han producido cambios importantes en los últimos años. Estos cambios se han extendido al paciente, al hospital, a la comunidad y a los profesionales dedicados al cuidado de la salud.

El número de pacientes que acuden a estos servicios demandando asistencia ha aumentado considerablemente año tras año, creando serios problemas en la asistencia diaria y en la gestión de recursos humanos y materiales.

Ante esta creciente demanda asistencial en los SUH ha sido necesario efectuar cambios tanto estructurales como funcionales, en un intento de equilibrar la oferta y la demanda de forma más adecuada. Pero, además de estos cambios, para controlar el flujo de pacientes que acuden en busca de tratamiento y mejorar la calidad de la atención que reciben se ha implantado en la mayoría de los hospitales un sistema de jerarquización de necesidades. Este sistema, que recibe el nombre de triage, evalúa de forma rápida el carácter y la gravedad de la afección de cada paciente y dispone el mejor lugar para recibir su tratamiento.

La palabra triage, que se utiliza en inglés para referirse a la jerarquización de necesidades, se deriva del término francés *trier*, que significa "seleccionar o escoger", "elegir o clasificar".

Originalmente, el triage se refería a la ubicación de los heridos en desastres y situaciones militares y ha sido adaptado universalmente para las catástrofes civiles. Mediante el triage se obtenía una clasificación de las víctimas en función de su gravedad y de su posible pronóstico y así se conseguía una prio-

rización del tratamiento en función del plazo terapéutico.

En los SUH comenzó a utilizarse el triage en los años sesenta en los hospitales de los EE.UU. (Haven Medical Center) y entre finales de los ochenta y principios de los noventa en España. El sistema preferido en la mayoría de los SUH es el avanzado en el que la enfermera/o hace una valoración inicial de los signos y/o síntomas motivo de consulta de todos los pacientes que llegan a estos servicios, determina las prioridades asistenciales acordes con el nivel de gravedad de los pacientes y les asigna a la unidad de urgencias donde recibirán el tratamiento apropiado.

Perfil profesional de la enfermera/o de triage

La enfermera/o que realiza la jerarquización de necesidades o triage en el SUH debe:

- Poseer conocimientos sobre toma de decisiones, los cuales puede conseguir mediante cursos de capacitación proporcionados por el mismo hospital y diseñados especialmente para el servicio de urgencias.

- Adquirir experiencia en enfermería de urgencias antes de encargarse de la jerarquización de necesidades o triage, un mínimo de 6 a 12 meses. Además esta experiencia debe combinarla con cursos de capacitación práctica sobre la jerarquización de necesidades que le permitan obtener una base sólida y adecuada de conocimientos para cumplir con esta responsabilidad.

- Ser hábil para comunicarse, a fin de que el proceso funcione con fluidez.

- Ser capaz de conservar la calma en cualquier situación, a la vez que continúe con el proceso de tomar las decisiones adecuadas durante períodos de gran tensión.

- Demostrar que tiene características de líder y estar capacitada para resolver problemas y sintetizar información.

Correspondencia: M.ª del Carmen Álvarez Baza.
DUE del Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes.
Gijón. Asturias.
Eleuterio Quintanilla, 37 2.º A. 33208 Gijón. Asturias.
Aceptado para su publicación el 15-9-2000.

El sistema avanzado de jerarquización de necesidades presenta ciertas desventajas:

– Es un sistema más costoso que el no profesional (administrativo) o básico (auxiliar).

– Ocasiona tensión en los profesionales encargados de esa función, debido a:

1. El aislamiento en el que trabajan, lejos de las demás enfermeras/os.

2. Los problemas que resultan de la comunicación inadecuada.

3. La brevedad de la interacción con el paciente y los familiares angustiados.

4. La atención que dispensan a pacientes de todas las edades, con alteraciones físicas o emocionales que no han sido aún diagnosticadas y que requieren una rápida intervención.

5. Exceso de trámites burocráticos.

6. La complejidad del proceso en sí.

Quizás los períodos de descanso durante la jornada laboral y la definición de las funciones disminuirían la tensión, aumentarían la eficacia de estos profesionales y mejoraría el clima laboral del servicio.

Este sistema avanzado de jerarquización de necesidades realizado por la enfermera ofrece muchas ventajas:

– Los pacientes se muestran más satisfechos y mejor dispuestos a esperar después de que una enfermera/o les proporcione los primeros auxilios e inicie el proceso de atención. Por consiguiente, las relaciones interpersonales paciente/familia-profesionales del servicio de urgencias mejoran considerablemente.

– Los pacientes aprecian la oportunidad de hablar, en cuanto llegan al servicio, con una persona que proporciona atención a su salud.

– Se agiliza la atención que se da al paciente, pues la enfermera/o inmediatamente solicita un examen radiológico o toma de muestras de sangre y las envía al laboratorio correspondiente. Con ello las demoras por los trámites se reducen al mínimo.

– La enfermera/o se asegura de establecer las prioridades relativas a la atención según la gravedad de las condiciones del paciente.

– El hecho de explicar a los familiares o acompañantes las indicaciones de su familiar, dónde deben esperar y hacerles partícipes de la información que se precisa para la atención y que el paciente no puede aportar, mejora la comunicación del paciente y su familia con el servicio de urgencias y disminuye la ansiedad.

– La satisfacción de la enfermera del servicio de urgencias es mayor, porque cuenta con una mayor facultad de actuación que hace que sus conocimientos y capacidades les sean reconocidos.

Experiencia en triage en el Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñas de Gijón

En el mes de enero de 1996 se llevó a cabo la última reestructuración del Hospital de Cabueñas y en el Servicio de Urgencias también se realizaron modificaciones en cuanto a ubicación, extensión y creación de distintas unidades.

En la actualidad, el Servicio de Urgencias está situado en la planta 0 del Hospital, cuenta con una extensión de 2.300 m² y tiene dos puertas de entrada diferentes para adultos y pediatría y un Servicio de Admisión común.

Dispone de las siguientes unidades: unidad de clasificación o triage, unidad ambulatoria, unidad de reanimación cardiopulmonar, unidad de traumatología, unidad de servicios especiales (ORL, oftalmología, ginecología, cirugía menor), unidad de boxes de observación, unidad de urgencias generales y unidad de pediatría (con 2 consultorios y 5 boxes de observación). Cuenta además con 2 anexos, como son el Servicio de Radiología de Urgencias, en la misma planta, y el Servicio de Laboratorio de Urgencias, que está situado en la cuarta planta.

La creación de la unidad de triage obedece a la creciente demanda asistencial en los últimos años (fig. 1) y con la intención de que el acceso de pacientes se hiciera de forma rápida, ordenada y atendiendo con prioridad a los de mayor gravedad.

Dentro del sistema organizativo del servicio decidieron que fuera una enfermera/o entrenada la que realizase el triage de los pacientes con apoyo del médico de la unidad ambulante si precisaba.

La unidad de triage está ubicada a la entrada del Servicio de Urgencias, continua a la unidad ambulatoria y próxima físicamente al servicio de admisión.

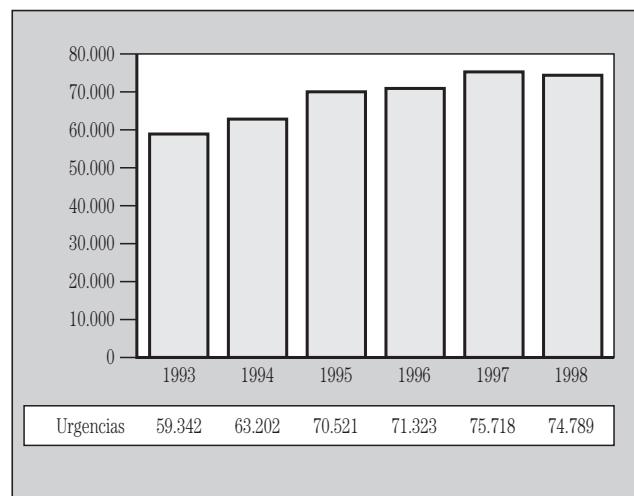
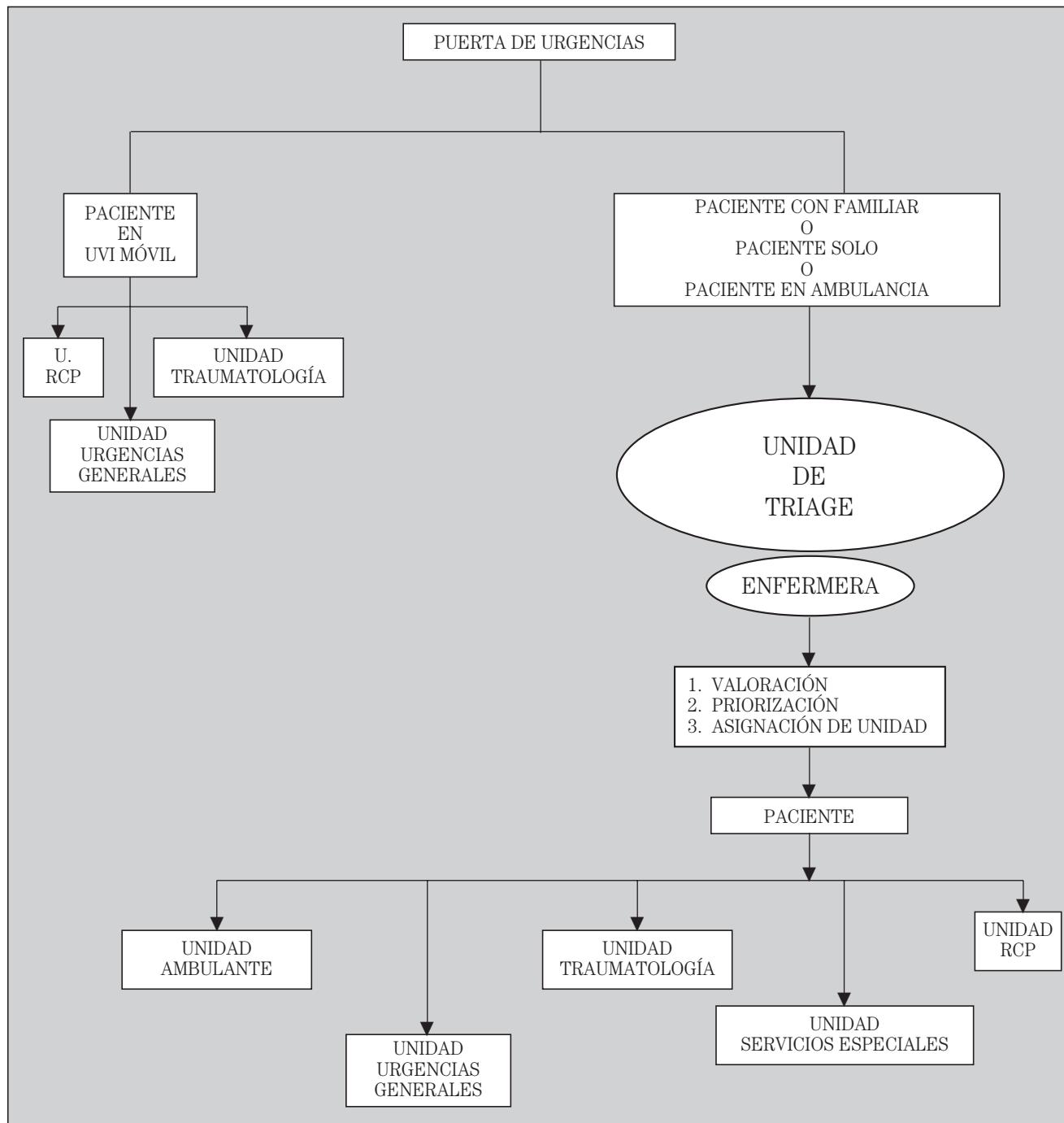


Fig. 1. Evolución de las urgencias.

ANEXO 1. Circuito de urgencias



Es un habitáculo que asegura la intimidad del paciente y en el que éste puede permanecer acompañado, si lo desea. Se comunica interíormente con la unidad ambulante.

En la unidad de triage se atienden a todos los usuarios/pacientes mayores de 14 años que acuden al hospital por su propio pie, en silla de ruedas o en camilla, demandando asistencia sanitaria, así como a los niños menores de 14 años que presentan una patología traum

atológica de cualquier tipo (anexo 1), excepto los que presentan TCE y/o traumatismos costales que serán vistos directamente en la unidad de pediatría.

Los pacientes que llegan al Servicio de Urgencias en UVI-móvil medicalizada pasan directamente a la unidad de urgencias general, de traumatología o de reanimación en función de su problema de salud en que recibirán asistencia, sin necesidad de ser valorados en la unidad de triage.

La enfermera/o asignada a la unidad de triage y encargada de la jerarquización de necesidades es el primer profesional de la salud que entrevista al paciente a su llegada al hospital, está al corriente en todo momento de su llegada y evalúa si un paciente puede esperar a ser sometido a triage o si necesita una atención inmediata pasando por delante de todos los que estén en la sala de espera.

Después de identificar al paciente mediante un adhesivo que contiene todos sus datos (incluida la hora de llegada al SUH) y que es proporcionada por el Servicio de Admisión, hace una valoración inicial de los signos y/o síntomas motivo de consulta. El tiempo empleado en la valoración estará en función de la gravedad del mismo (a mayor gravedad, menor tiempo de valoración). La valoración se basa en:

1. En un pequeño interrogatorio, en el que realiza una serie de preguntas claras relativas al motivo de consulta y antecedentes previos que intentan definir la importancia de la urgencia. Para ello cuenta con unas guías a través de las cuales podrá conocer “qué le pasa” (síntoma primario), “desde cuándo” (carácter del síntoma), “si le había ocurrido antes” (síntomas asociados), y “de qué padece” (antecedentes). Los familiares, en caso de estar presentes, también pueden aportar datos importantes.

La técnica de la entrevista utilizada en el interrogatorio es abierta y dirigida y le permite a la enfermera/o obtener la mejor información en el menor tiempo posible. Las preguntas son sencillas y directas, se hace sólo una pregunta a la vez y espera a que el paciente responda. Utiliza términos que el paciente y su familia puedan entender.

Además de la comunicación verbal tiene en cuenta la comunicación no verbal, que en ocasiones dice más que las palabras y que puede contribuir tanto a aclarar como a crear confusión en la recopilación de los datos del paciente.

2. A la vez lleva a cabo de forma rápida y precisa una inspección general del paciente relativa a la molestia principal que incluye una revisión general y los detalles específicos relacionados con el problema principal. Valora si existe alguna situación que amanece la vida del paciente. Evalúa inmediatamente su estado respiratorio, circulatorio y neurológico:

– Aspecto general: posición del paciente, presencia de fracturas, heridas.

– Piel y mucosas: color y temperatura de la piel y mucosas, sudación.

– Respiración: permeabilidad de la vía aérea, tipo de respiración y grado de dificultad.

– Circulación: ausencia de pulso, características del mismo, perfusión, presencia de hemorragia.

– Neurológicos: nivel de conciencia, reactividad al dolor, pupilas, motricidad.

3. En determinadas ocasiones, una vez realizado el interrogatorio y la inspección general del paciente, se hace necesario la toma de constantes vitales (temperatura, frecuencias respiratoria y cardíaca, presión arterial), la realización de pruebas (ECG, glucemia capilar, etc.), la aplicación de inmovilizaciones o bolsas de hielo y la petición de estudios de laboratorio o radiografías.

Una vez efectuada la valoración del paciente, la enfermera/o establece las prioridades asistenciales acordes con el nivel de gravedad del mismo según unas guías de actuación o algoritmos. Cuenta con una veintena de guías de actuación que incluyen signos y síntomas, antecedentes y correlación con complicaciones, que cubren el 90% de las demandas y los criterios que en ellos aparecen están claramente definidos. La evaluación la representa mediante unas escalas de colores. Los niveles de gravedad o niveles de urgencia son:

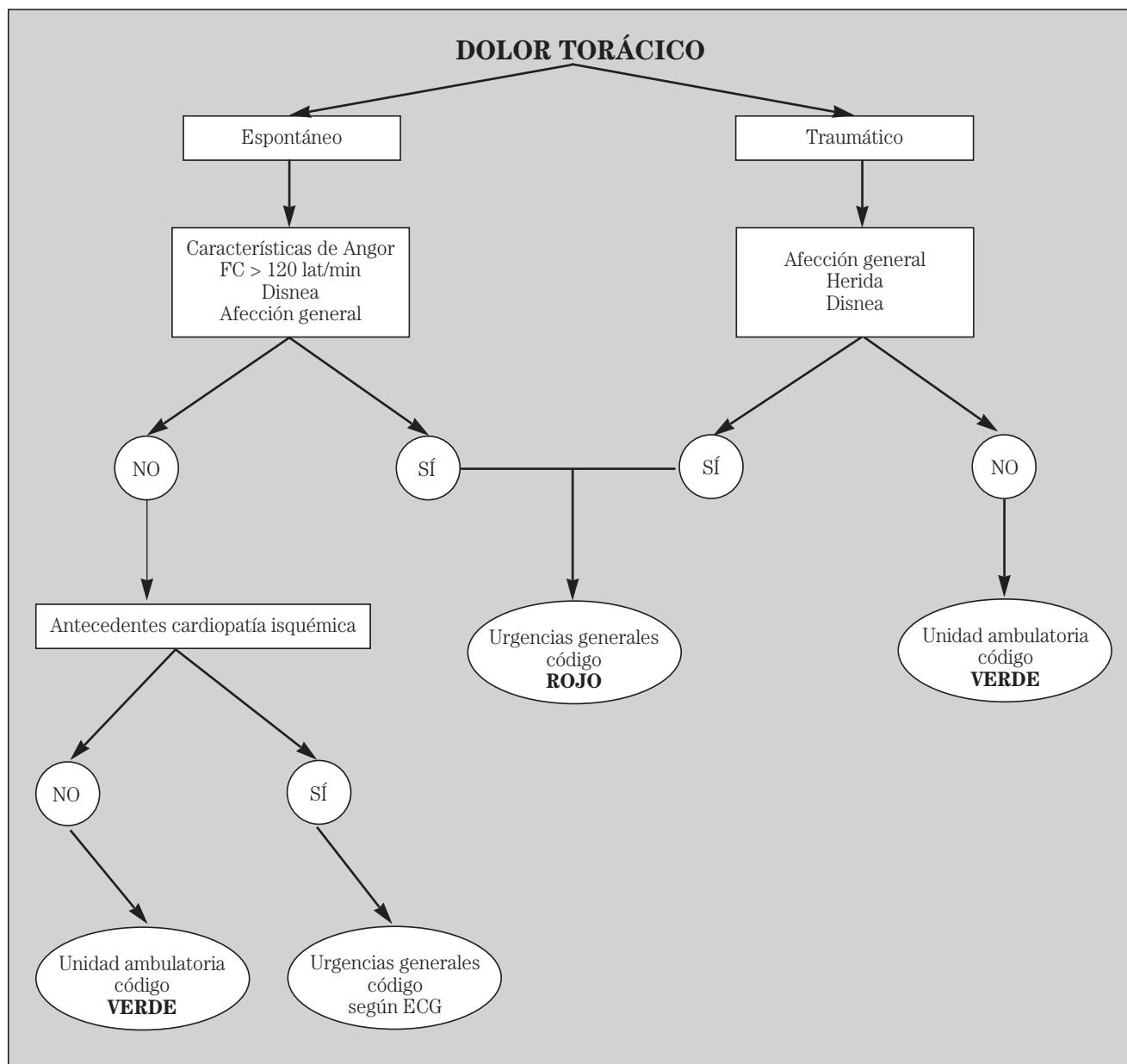
– Nivel I (código rojo): corresponde a los procesos agudos, críticos o graves inestables, que pueden conducir a un rápido deterioro respiratorio, neurológico y/o hemodinámico. Están dentro de este nivel el coma, la hemorragia digestiva alta (HDA) masiva, la HDA grave, la HDA moderada, la disnea aguda, la isquemia de miembros inferiores, la hemoptisis masiva aguda, el dolor torácico con características isquémicas, determinadas fracturas de miembros, etc. La asistencia debe ser inmediata y nunca superior a 5-10 min.

– Nivel II (código amarillo): corresponde a los procesos agudos, estables, no críticos. Se encuentran dentro de este nivel la cefalea brusca, las alteraciones del habla, la hipertensión arterial, los dolores torácicos de características no isquémicas, las urgencias psiquiátricas, los dolores abdominales, la

ANEXO 2. Valoración y dosificación de los HDA (hemorragia digestiva alta)

1. HDA leve: paciente asintomático, constantes normales, piel normocoloreada, templada y seca. Se estima una pérdida de hasta un 10% de volumen circulante.
2. HDA moderada: presión arterial sistólica (PAS) > 100 mmHg, frecuencia cardíaca (FC) > 100 pulsaciones por minuto, discreta vasoconstricción periférica (palidez, frialdad), signos posturales negativos. Se estima una pérdida de un 10-25% de la volemia.
3. HDA grave: PAS < 100, FC 100-120, intensa vasoconstricción periférica (palidez, frialdad, sudación), inquietud o agitación, oliguria, signos posturales positivos. Se estima una pérdida del 25-35% de la volemia.
4. HDA masiva: shock hipovolémico, intensa vasoconstricción periférica y colapso venoso, agitación, estupor o coma, anuria. Se estima una pérdida superior al 35% de la volemia.

ANEXO 3. Dolor torácico



HDA leve. El tiempo permisible de asistencia ha de ser inferior a 60 min.

En el anexo 2 presentamos la clasificación y el método para la valoración de la pérdida sanguínea.

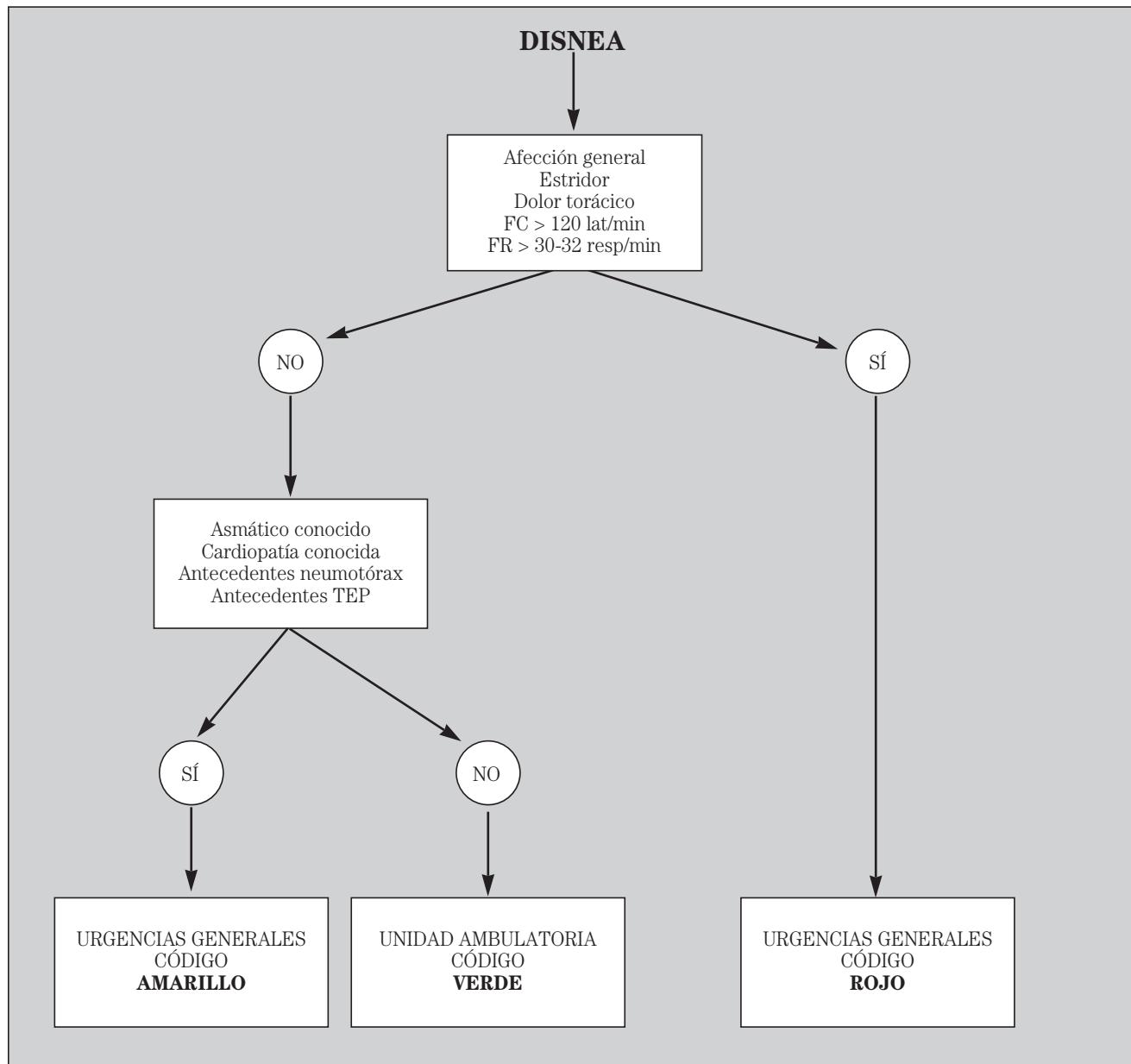
– Nivel III (código verde): son los procesos no agudos, banales o sin gravedad que pueden requerir atención médica pero no de carácter urgente. Las otalgias, las odontalgias, los dolores inespecíficos, los traumatismos leves, los esguinces leves, los miembros dolorosos sin signos de isquemia, los exantemas sin afección general, etc. se hallan dentro de este nivel. La asistencia debe ser en un tiempo inferior a 120 min.

Ante una asignación difícil, la enfermera/o que realiza el triage elige siempre el nivel de mayor gravedad y/o consulta con el médico de la unidad ambulante para la codificación. Nunca utiliza dos niveles.

La reevaluación de los códigos es importante, pues el nivel asistencial asignado a un enfermo puede moverse de un nivel a otro mientras espera ser atendido. Es realizado por la enfermera/o de la unidad donde esté asignado el paciente.

– En cuanto a las situaciones consideradas de riesgo vital inminente, como la parada cardiorrespiratoria (PCR) o pre-PCR o pacientes politraumatizados, al requerir asistencia inmediata en la unidad de

Anexo 4. Disnea



reanimación cardiopulmonar no pasan por la unidad de triage, siendo innecesaria su codificación.

Cuando la enfermera/o establece las prioridades asistenciales, diferencia entre la prioridad clínica y la prioridad relativa en el triage debido a situaciones especiales, como: ancianos desorientados, pacientes con disfunciones físicas o psíquicas, pacientes agresivos, pacientes bajo la influencia del alcohol, agresiones sexuales, o a factores externos como: la hora del día, la presión asistencial, el personal disponible, etc.

Tras la valoración inicial de los signos y/o síntomas motivos de consulta y establecidas las prioridades asistenciales, la enfermera/o asigna al paciente a

la unidad que le prestará asistencia, siguiendo las guías de actuación o algoritmos.

Los anexos 3 y 4 son ejemplos de los algoritmos utilizados por la enfermera/o de triage del SUH de Cabueñes en el caso de dos motivos de consulta frecuentes, como son el dolor torácico y la disnea.

Una vez que el paciente ha sido valorado, establecidas las prioridades asistenciales y asignado a la unidad que le prestará asistencia, la enfermera/o recoge toda la información del paciente en un documento o dossier de triage que recibirá la unidad de urgencias donde se asigne al mismo para ser tratado (anexo 5). El dossier contiene la valoración inicial

ANEXO 5

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| INSALUD AREA V GIJON HOSPITAL DE CABUEÑES Servicio de Urgencias | | Identificación | Código | |
| | | Nombre Apellidos Edad Sexo Fecha Nacimiento Hora Fecha | Código Hora: | |
| <input type="checkbox"/> Zona Ambulante <input type="checkbox"/> Urgencias Generales | | <input type="checkbox"/> Traumatología <input type="checkbox"/> Ginecología | <input type="checkbox"/> Oftalmología <input type="checkbox"/> O.R.L. | |
| <input type="checkbox"/> Indocumentado <input type="checkbox"/> P-10 | | <input type="checkbox"/> Informe Médico <input type="checkbox"/> Trasladado | <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Acompañado | <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Dorso-lumbar | | <input type="checkbox"/> Extremidades <input type="checkbox"/> Espontáneo <input type="checkbox"/> Traumático <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/> Herida <input type="checkbox"/> Impotencia funcional <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> De <input type="checkbox"/> Iz | <input type="checkbox"/> Inferior <input type="checkbox"/> De <input type="checkbox"/> Iz <input type="checkbox"/> Oído <input type="checkbox"/> De <input type="checkbox"/> Iz <input type="checkbox"/> Ojo <input type="checkbox"/> De <input type="checkbox"/> Iz <input type="checkbox"/> Otros | |
| <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Tiraje <input type="checkbox"/> Estridor | | <input type="checkbox"/> Habla con dificultad <input type="checkbox"/> Dolor Torácico <input type="checkbox"/> Pulso Radial:p/min. (> 120 x' o < 50 x') | | |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de conciencia <input type="checkbox"/> Focalidad neurológica <input type="checkbox"/> Dolor Torácico <input type="checkbox"/> Palpitaciones | | <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Cardiopatía. Diabetes <input type="checkbox"/> Ingestión de drogas, tóxicos <input type="checkbox"/> Pulso Radial:p/min. (> 120 x' o < 50 x') | | |
| <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Dolor Torácico | | <input type="checkbox"/> Traumatismo craneal <input type="checkbox"/> Pulso Radial:p/min. (> 120 x' o < 50 x') | | |
| <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Heces con sangre | | | | |
| <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Disfonía | | <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> Edema | | |
| <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Hemático | | <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Focalidad Neurológica | | |
| <input type="checkbox"/> Fiebre | | <input type="checkbox"/> Afectación general | | |
| <input type="checkbox"/> Otros motivos <input type="checkbox"/> Antecedentes de Interés <input type="checkbox"/> Alergia | | | Nombre legible: Firma: | |
| Unidad de clasificación clínica | | | | |

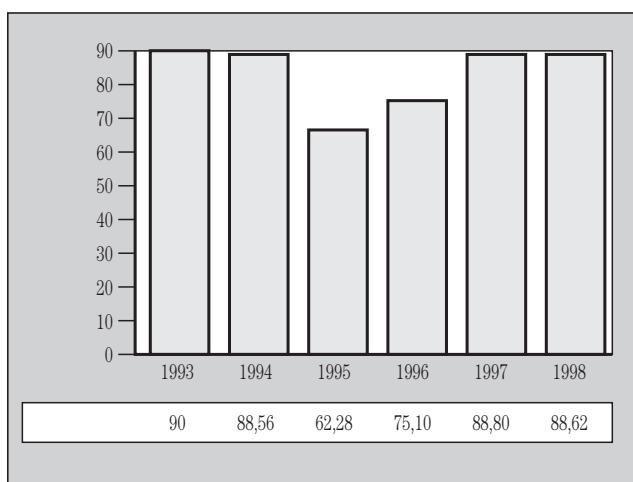


Fig. 2. Atención al paciente en urgencias.

(signos y síntomas), el nivel de gravedad (código de colores), además de otros datos de interés, como el destino, antecedentes, alergias, documentación aportada, modo de ingreso, tratamiento actual e identificación del paciente. El dossier irá correctamente cumplimentado con la firma de la enfermera/o que realizó el triage y la hora de su realización.

La cumplimentación correcta del dossier permite evaluar el grado de eficacia del triage comparando la valoración inicial del paciente con el diagnóstico médico al alta, los tiempos en el proceso asistencial (el tiempo de demora, la asistencia real), así como la calidad de los servicios ofrecidos.

Por último, informa al paciente y a los familiares o acompañantes sobre la sistemática de asistencia: la unidad en que será atendido, dónde deben esperar los familiares o acompañantes y que el Servicio de Información de Urgencias (SIU) así como el médico que atienda al paciente les informará periódicamente sobre las pruebas realizadas, evolución, diagnóstico, destino, etc.

Cuando en 1996 se abrió la unidad de triage se comenzó funcionando con los algoritmos que había elaborados en otros hospitales del país, pero en marzo de 1998 un grupo de enfermeras/os del Servicio de Urgencias realizamos un Manual de funcionamiento de la unidad de triage y de la unidad ambulante, adecuándolo a la demanda de la población que precisa ser atendida y para mejorar el proceso de atención. Este manual, tras su elaboración, fue presentado al resto del equipo asistencial y avalado por las diferentes direcciones del Hospital. Hoy día constituye el manual de funcionamiento de la unidad de triage. Ha sido un gran logro organizativo a pesar de que en su puesta en marcha han surgido diversos conflictos.

El manual de la unidad de triage y de la unidad ambulatoria contiene:

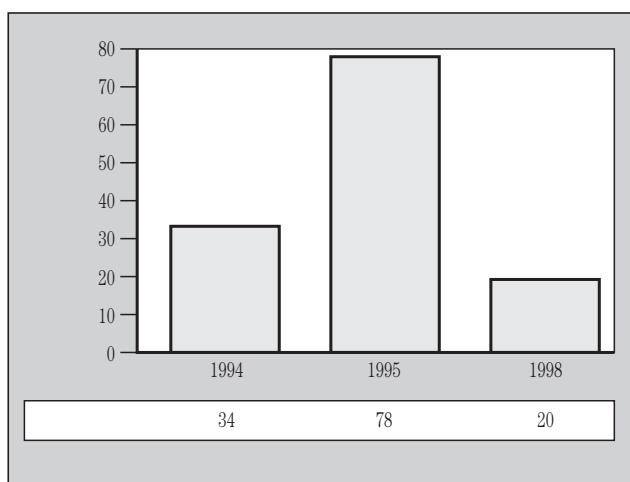


Fig. 3. Reclamaciones en el Servicio de Urgencias.

– Las actividades que debe realizar la enfermera/o en ambas unidades.

– Las guías para el interrogatorio, que ayuda a la enfermera/o en la identificación del motivo de consulta del paciente.

– Las guías de actuación o algoritmos, que le permiten establecer las prioridades asistenciales y asignar al paciente a la unidad que le prestará asistencia.

Las instrucciones de cumplimentación del dossier de la unidad de triage y que luego será utilizado por la enfermera/o en casi todas las unidades del Servicio de Urgencias.

– El equipo básico de ambas unidades.

– Una guía de medicamentos utilizados en la unidad y que facilita el manejo y el conocimiento de los mismos.

– Instrucciones de utilización de los electrocardiógrafos (preparación del paciente, colocación de electrodos, denominación de los mandos, introducción del papel, realización del ECG) y del medidor de las concentraciones de glucosa en sangre (procedimiento: calibración, medición de la glucosa en sangre, mensajes durante la prueba, precauciones), utilizados en estas unidades.

Mediante la creación de esta unidad de triage que es conducida por una enfermera/o entrenada del Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñas de Gijón:

1. Se ha conseguido mejor control del flujo de pacientes en el Servicio de Urgencias.

2. La utilización del manual de triage y unidad ambulatoria ha supuesto una unificación de criterios, mayor seguridad en la enfermera/o que los utiliza y mejor asignación de las prioridades de atención.

3. Se ha incrementado la satisfacción percibida por el paciente y su familia al ver iniciada su atención desde su llegada al Servicio de Urgencias y ha disminuido el número de reclamaciones (figs. 2 y 3).

4. Este sistema avanzado de jerarquización de necesidades realizado por la enfermera/o ahorra dinero a la institución, pero también amplía las funciones de la enfermera/o de los SUH, funciones para las que está capacitada.

Bibliografía general

- Alcaraz MJ, Martínez FE, Moreno BC, Mora Barba MJ, Hernández Quiles MI, Ros Martínez M. ¿Nos preocupa la calidad del control asistencial? En: Libro de Comunicaciones del IX Congreso Nacional de la SEMES. Sitges, 1997.
- Alcaraz MJ, Ros Martínez M, Hernández Quiles MI, Mora Barba MJ, Novoa Jurado A, Núñez F. Evaluación de un protocolo de triage para un Servicio de Urgencias. En: Libro de Comunicaciones del IX Congreso Nacional de la SEMES. Sitges, 1997.
- Anarte C Blanco MJ, García F. Protocolo de triage. En: Libro de Comunicaciones del IX Congreso Nacional de Enfermería de Urgencias. Sevilla, 1996.
- Alonso Santana ML, Suárez Gil M, Fuster Pardo A, López Delgado JJ, Díaz Cremades FJ, Suárez Gil E. Triage en enfermería. Coincidencia en la valoración de enfermería con el diagnóstico al alta del paciente. En: Libro de Comunicaciones del IX Congreso Nacional de la SEMES. Sitges, 1997.
- Arbúes VMT. Planificación de la enfermería de los Servicios de Urgencias. Todo Hospital 1990; 64: 45-48.
- Álvarez Álvarez B, Gorostidi Pérez J, Rodríguez Maroto O, Antuña Egocheaga A, Alonso Alonso P. Estudio de triage y tiempos de espera en un Servicio de Urgencias Hospitalario. Revista de la SEMES 1998; 10: 100-104.
- Avila ME, Herrera BA, Moreno CJ. Organización de la asistencia en un Servicio de Urgencias. Todo Hospital 1992; 85: 71-76.
- Berenguer MJ, Gutiérrez MR. Acreditación del Servicio de Urgencias. Todo Hospital 1990; 63: 31-34.
- Bernard RB et al. Calidad en los Servicios de Urgencias y Emergencias. Libro de Comunicaciones del X Congreso Nacional de la SEMES. Zaragoza, 1998.
- Borras GA. Organización de un Servicio de Urgencias Hospitalario. Todo Hospital 1995; 116: 53-60.
- Botella Muñoz C, Ramírez Fuentes MI, Sánchez García A, Hernández González M, Arnau Illán J, González Rodríguez C. Análisis de la orientación clínica del triage de enfermería en relación con el juicio clínico médico de alta en un Servicio de Urgencias Hospitalario. Sitges: Libro de Comunicaciones del IX Congreso Nacional de la SEMES, 1997.
- Cantero GML. Proceso de atención en enfermería en el Servicio de Urgencias. Murcia: Libro de Comunicaciones del XI Congreso Nacional de Enfermería de Urgencias, 1998.
- Estrada GE. Factores psicológicos en el Servicio de Urgencias. En: Enfermería en la Unidad de Urgencias. México: Limusa, 1991.
- Gálvez Caballero M. Protocolos de triage en urgencias. Murcia: Libro de Comunicaciones del XI Congreso Nacional de Enfermería de Urgencias, 1998.
- García VJ. La Humanización de los Servicios de Urgencias. Mapfre Medicina 1993; 4 (Supl 1): 70-75.
- Gran Cabrera P, Haro Cruañas F, Vicente Carrascal M. ¿Puede la enfermera de triage dinamizar el Servicio de Urgencias? Sitges: Libro de Comunicaciones del IX Congreso Nacional de la SEMES, 1997.
- Gren PJ. Introducción a la Enfermería en el Servicio de Urgencias. Enfermería en la Unidad de Urgencias. México: Limusa, 1991.
- Gren PJ. Jerarquización de necesidades: conceptos y guía. Enfermería en la Unidad de Urgencias. México: Edit. Limusa, 1991.
- Jornet LJ. Responsabilidad médico-legal que comporta la clasificación y triage de los enfermos en el Servicio de Urgencias. En: Libro de Ponencias del IX Congreso Nacional de la SEMES. Sitges, 1997.
- Martínez AM et al. La urgencia. Todo Hospital 1990; 63: 17-24.
- Maruenda PA. Clasificación de las víctimas. Triage. Fichas de evaluación. En: Manual de Asistencia Sanitaria en las Catástrofes. Madrid: Edit. Ela, 1992.
- Maughan MB et al. Triage en la Sala de Urgencias. En: Medicina de Urgencias. Argentina: Edit. Medica Panamericana, 1986.
- Mora Barba MJ, Hernández Quiles MI, López García M, Lucas González MJ, Garrido Carrillo MD, González Rodríguez C. Protocolo de triage en Enfermería en un Servicio de Urgencias Hospitalario. Valoración de los tres primeros meses de funcionamiento. En: Libro de Ponencias del VIII Congreso Nacional de Medicina de Emergencias. Las Palmas, 1996.
- Mora Barba MJ, Hernández Quiles MI, Alaraz Martínez J, Ros Martínez M, Martínez Fernández E, Tornero Ramos C. Utilización del volante de derivación en el triage en un Servicio de Urgencias. En: Libro de Comunicaciones del IX Congreso Nacional de la SEMES. Sitges 1997.
- Nogueroles GA. Pautas de actuación en los SUH. En: Libro de Ponencias del IX Congreso Nacional de la SEMES. Sitges 1997.
- Pérez C. Plétora en Servicios de Urgencias Hospitalarios: Clasificación y triage. En: Libro de Ponencias del IX Congreso Nacional de la SEMES. Sitges 1997.
- Pérez C, Martínez M, Sancha M, Allengue MA. Dos años de experiencia en triage de urgencias en el Hospital de Txagorritxu. En: Libro de Comunicaciones del IX Congreso Nacional de Enfermería de Urgencias. Sevilla, 1996.
- Pérez RJM. Triage. En: Libro de Ponencias del VIII Congreso Nacional de Medicina de Emergencias. Las Palmas, 1996.
- Rojas Ocaña MJ, Rodríguez Rodríguez JB. Triage en Enfermería en Urgencias. Utilidad y eficacia de su protocolo. Hospital General Juan Ramón Jiménez de Huelva.
- Staf E. Plétora en Servicios de Urgencias Hospitalarios. Clasificación y Triage. En: Libro de Ponencias del IX Congreso Nacional de la SEMES Sitges, 1997.
- Soley M, Almirall D, Ortega D, Collet J, Tort MA. Indicadores de calidad en un Servicio de Urgencias. En: Libro de Ponencias del IX Congreso Nacional de la SEMES. Sitges, 1997.
- Suriñach JM, Fernández CJ, Klamburg J. Plétora en Servicios de Urgencias Hospitalarios. Clasificación y Triage. En: Libro de Ponencias del IX Congreso Nacional de la SEMES Sitges, 1997.
- Texedor R et al. Protocolo de triage del paciente traumático. Revista de la SEMES 1993; 5: 169-170.
- Triginer C, Arjona L, Pico JM, Solé E, Rivas E, Tsiplakos P. ¿Es efectivo el triage y la gradación asistencial en urgencias? En: libro de Comunicaciones del IX Congreso Nacional de la SEMES. Sitges, 1997.
- Normativa de funcionamiento de la unidad de triage de los SUH: Hospital de Txagorritxu. Vitoria. Gasteiz. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud, Hospital de Cruces. Gurutzetako Ospitaleo. Eusko. Jauriaritzako Hospital de Cabueñas. Gijón. Asturias.