

# Triage hospitalario para las enfermeras: Entre la incertidumbre, la sobrecarga y los desacuerdos

*Martha Adiola Lopera Betancur<sup>1</sup>, Luis Eduardo Paiva Duque<sup>2</sup>,  
Constanza Forero Pulido<sup>3</sup>, Daniel González<sup>4</sup>*

## Resumen

Estudio cualitativo, las participantes fueron enfermeras que realizaban triage hospitalario en la ciudad de Medellín Colombia.

## Objetivo

Describir las dificultades que las enfermeras tienen al realizar el triage y cómo las afrontan.

## Metodología

Estudio etnográfico en el que se realizaron siete entrevistas con las cuales se logró la saturación de las categorías y llevó diario de campo; la ética fue parte integral del proceso.

## Resultados

Las dificultades en el triage son la incertidumbre, la sobrecarga y los desacuerdos con las escalas, los médicos, los pacientes y los familiares y están mediadas por la interacción con el paciente, la familia y la institución; las enfermeras para afrontar las dificultades se “resetean”, liberan cargas, toman las decisiones que consideran adecuadas, hablan con sus colegas y oran.

*Como citar este artículo: Lopera Betancur Martha Adiola, Paiva Duque Luis Eduardo, Forero Pulido Constanza, González Daniel. Triage hospitalario para las enfermeras: Entre la incertidumbre, la sobrecarga y los desacuerdos. Revista Cultura del Cuidado Enfermería. 2022; 19(1) 30-45.*

1 Docente Facultad de enfermería, Enfermera, especialista en docencia, magister y Phd enfermería, Universidad de Antioquia orcid 0000-0002-7006-8698, email: martha.lopera@udea.edu.co

2 Docente Facultad de enfermería, enfermero, maestría en bioquímica clínica, Universidad de Antioquia orcid orcid.org/0000-0002-2181-990X email luis.paiva@udea.edu.co

3 Constanza Forero Pulido, enfermera, Maestría en Salud Pública, Universidad de Antioquia orcid.org/0000-0001-7494-6825 email constanza.forero@udea.edu.co

4 Daniel González, estudiante enfermería, Universidad de Antioquia orcid: 0000-0002-9011-011X, email: daniel.gonzalez6@udea.edu.co

## **Conclusiones**

Las enfermeras reciben presiones que las hace sentirse vulnerables ante la sobrecarga, los problemas de interacción y la incertidumbre llevándola a que tenga que realizar diferentes sistemas de afrontamiento.

**Palabras claves:** clasificación, Antropología Cultural, Relaciones Interpersonales, Medición de Riesgo, Triage. (Fuente: DeCS Bireme)

# Hospital triage for nurses: Between uncertainty, overload, and disagreements

## Summary

Qualitative study, the participants were nurses who performed hospital triage in the city of Medellín Colombia.

## Objective

To describe the difficulties facing by nurses when performing triage and how they deal with them.

## Methodology

An Ethnographic design was conducted, data saturation was achieved after seven interviews, field notes were taken; ethics was part of the research process.

## Results

The difficulties in triage are uncertainty, overload and disagreements with scales, doctors, patients and relatives and are mediated by interaction with the patient, family and institution; nurses to cope with difficulties need to “reset” themselves, release burdens, make the decisions they deem appropriate, talk to their colleagues and pray.

## Conclusions

Nurses receive pressures that make them feel vulnerable to overload, interaction problems and uncertainty leading them to have to perform different coping systems.

**Key words:** Classification, Anthropology Cultural, Interpersonal Relations, Risk Assessment, triage. (Source: DeCS Bireme)

## Introducción

Los sistemas de triage y clasificación de pacientes ofrecen una alternativa de solución a la saturación de las salas de urgencias. El triage es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo(1).

La principal actividad que realiza la enfermera en el triage es el proceso de toma de decisiones frente a la prioridad para la atención, el cual consiste en definir el riesgo que tiene la persona antes de la solución de su problema; en esta tarea influyen aspectos de índole personal de la enfermera como el estrés, la autoconfianza, sus habilidades de pensamiento crítico, percepción de autonomía y otros como el entorno en el que sé que realiza la práctica del cuidado(2) y en el marco de la búsqueda de una nueva epistemología de la práctica de enfermería, este artículo de revisión analiza diversas fuentes teóricas que representan evidencias científicas relativas a la resolución de problemas, toma de decisiones clínicas y su relación con las características de los recién egresados del pregrado, quienes al realizar servicio social (residencias. Esto implica realizar una valoración focalizada del paciente en el problema y seleccionar la clasificación de acuerdo con los criterios establecidos.

Al revisar la literatura existen diversos modelos organizativos para tomar decisiones en el triage como los sistemas

de clasificación de pacientes por grupos de morbilidad, el cual es un sistema de ajuste del riesgo basado en niveles de comorbilidad con datos obtenidos de la práctica clínica habitual(3).

En Colombia, al igual que muchos países, los servicios de urgencias de manera obligatoria deben implementar un sistema de triage de acuerdo con el decreto 4747 de 2007(4), el cual exige tener sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias; así mismo la ley estatutaria 1751 de 2015(5) prohíbe la negación de los servicios de urgencias. También en la Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015(1) el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia determinó que, en los hospitales de alta y mediana complejidad, el triage debe ser realizado por profesionales de medicina o de enfermería. Adicionalmente refiere que, en los servicios de urgencias de baja complejidad, el triage, podrá ser realizado por auxiliares de enfermería o tecnólogos en atención prehospitalaria con la supervisión médica correspondiente.

Por otro lado, los servicios de urgencias presentan sobreocupación que a su vez es causa y consecuencia de la congestión del hospital en su totalidad, pues la disponibilidad de camas en hospitalización se ve afectada por la sobre consulta en urgencias, las autoridades de salud han propuesto varias alternativas ante este problema, una de las cuales es el desarrollo de un sistema de triage que reorganice la atención de urgencias(6)

En la revisión de la bibliografía se reportan algunas dificultades en cuanto al triage, una de las cuales es la saturación de las salas de urgencias(7), esto lleva a que quien lo realiza se ve influenciado por la saturación del hospital, esto hace que el triage sea más estricto(6), que en últimas se traduce en disminuir la autonomía de quien lo realiza. También se reportan otras dificultades como poco tiempo y oportunidad para capacitarse y poca estandarización de escalas(8); situaciones de estrés en pacientes y enfermeras que pueden llevar a agresiones(9). Además, se reportan problemas en la relación de la enfermera con la institución y con el resto de profesionales(10).

Hay dificultades concretamente en la relación de las enfermeras con los pacientes una razón puede ser el corto tiempo para dicha interacción(11) por su parte el estudio de Gracia y Sinués reportan que las enfermeras presentan dificultad para realizar el triage tras observar la angustia de los pacientes y familiares(12). También reportan problemas de salud mental en las enfermeras como estrés, incertidumbre, falta de conocimiento, escases de recursos y ansiedad(10).

No se encontraron estudios publicados en Colombia acerca de la realidad que viven las enfermeras al realizar el triage hospitalario. Sin embargo, se ha observado en la práctica agresiones hacia el personal de urgencias y de triage concretamente. Con lo anterior se plantea como objetivo describir las dificultades que las enfermeras tienen al

realizar el triage y cómo las afrontan y así hacer recomendaciones basadas en la realidad que viven.

## **Metodología**

Se parte de la perspectiva cualitativa que busca la comprensión de manera inductiva. El enfoque es etnográfico porque la intención es encontrar los significados culturales, se partió del concepto de cultura de Geertz quien la define como “una estructura de significados construida socialmente”(13).

## **Técnicas para la recolección de Información**

Las técnicas que se utilizaron para este trabajo fueron la entrevista y el diario de campo.

Se realizaron 7 entrevistas con las cuales se logró la saturación de las categorías, estas se basaron en las experiencias de las enfermeras en triage; cada una de ellas se grabó, previo consentimiento informado de los participantes. En cada entrevista participaron dos investigadores, con el fin de facilitar el registro en el diario de campo. Antes de efectuar la entrevista, se hizo un contacto previo con los candidatos a participar, de tal manera que en el momento de realizarla había la suficiente confianza y claridad sobre el objetivo, los contenidos y los compromisos, tanto de los participantes como de los investigadores, facilitando el rapport (compenetración).

Diario de Campo: Se llevó un registro de las actividades realizadas durante el proceso de la investigación que fue importante para la comprensión del fenómeno de investigación.

Las participantes fueron enfermeras que laboraban en triage en la ciudad de Medellín, quienes de forma voluntaria accedieron a la invitación de compartir sus experiencias y vivencias en relación con el triage.

La elección de los participantes se desarrolló bajo el muestreo teórico descrito por Taylor y Bodgan(14) quienes plantean la selección intencionada de los participantes, según criterios de conveniencia a la investigación. La recolección de la información se concluyó al lograrse la saturación teórica es decir que las entrevistas no arrojaron nuevos elementos que permitieran la comprensión del fenómeno.

### **Análisis de la Información**

En primer lugar, se transcribieron las entrevistas para posteriormente realizar su lectura y junto con el diario de campo se comenzó con la codificación del texto, agrupando los códigos en categorías y subcategorías; al mismo tiempo se realizaron revisiones bibliográficas, lo cual permitió acercarse al fenómeno del triage y el significado que le dan las enfermeras.

### **Criterios de Rigor**

Se tomaron en cuenta los aportes de Castillo y Vásquez(15), para lograr el máximo de fidelidad en la información recolectada,

se transcribieron las entrevistas una vez realizadas para luego ser analizadas y establecer la similitud de los hallazgos con los de otras investigaciones.

Para velar por la transferibilidad, se hizo una búsqueda bibliográfica que permitió comparar los hallazgos con otros estudios en diferentes contextos y se presentaron los avances y resultados con pares académicos, reconocidos investigadores con trayectoria nacional e internacional, cuyos aportes enriquecieron el análisis y la discusión.

### **Aspectos Éticos**

Las directrices éticas tenidas en cuenta dentro de la investigación se fundamentaron en el respeto y reconocimiento de los participantes como una fuente de conocimiento totalmente autónoma. Se garantizó la confidencialidad de la información obtenida; los datos se analizaron de manera global y la información que mereció precisarse, se hizo de manera impersonal. El consentimiento informado se obtuvo según lo establece el artículo 16 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud(16). La investigación partió de la comprensión según el objetivo general y no requirió procedimientos de intervención ni experimentales, por lo que no implicó riesgos para los participantes, quienes se mostraron muy expresivos en los relatos y no se tuvo ninguna dificultad en el proceso. Este proyecto contó con la revisión y aprobación por parte del Comité de Ética de investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia con código 2019-20.

## Resultados

Al realizar el triage las enfermeras sienten responsabilidad frente al paciente, la familia, la institución y con ellas mismas, para cumplir con esta responsabilidad utilizan conocimientos obtenidos con su formación académica y experiencia clínica y utilizan las herramientas tecnológicas disponibles en el lugar de trabajo, procurando la clasificación de los pacientes de manera adecuada, según la capacidad de resolución de la unidad hospitalaria.

*La que hace el triage es usted, la que asume la responsabilidad es usted.*

## Dificultades

En el desempeño de las labores centradas en la toma de decisiones que favorezcan al paciente se les presentan dificultades que limitan su desempeño y están mediadas por la interacción con el paciente, su familia y las instituciones donde laboran, ocasionadas por la incertidumbre, la sobrecarga y los desacuerdos con los procesos y con las personas.

### **Incertidumbre:**

Una de las dificultades que encuentran las enfermeras de triage es que ejercen su labor en medio de la incertidumbre frente a la situación de los pacientes que acuden a urgencias, pues ellos llegan muy enfermos y ellas no saben cuál será su evolución; otra razón para tener incertidumbre es porque ellas dudan cuál será la respuesta de los

pacientes y los familiares ante la clasificación otorgada por la enfermera.

*La que nosotros manejamos es población muy enferma y población muy mayor*

En este sentido las enfermeras se quedan preocupadas por la evolución que tendrán los pacientes que ellas clasificaron, pues saben que su proceso de enfermedad no se terminará con la valoración y la clasificación que le realizan, sino con la instauración de un tratamiento efectivo, por ello se quedan pensando en aquellos pacientes que deben esperar después de la clasificación.

*Entre la espera al hacer el triage y la atención médica pueden pasar muchas cosas, el paciente puede fallecer.*

Las enfermeras de triage se ocupan de realizar la clasificación del paciente, pero pocas veces pueden hacer un seguimiento de su situación.

*Desconocimiento porque usted no lo vuelve a ver ya después de esa evaluación*

La dinámica del triage lleva a que las enfermeras tengan que hacer una valoración preliminar rápida que les permita identificar riesgos en el paciente, para que no se complique durante el tiempo que dure la espera para atención completas. Así que las enfermeras quedan con la duda si en un tiempo tan corto ellas pueden hacer todo lo que implica el triage y así identificar las situaciones que amenazan al paciente.

*Se tiene que centrar realmente en lo que es identificar un riesgo*

Las enfermeras encuentran que los tiempos definidos para el triage no toman en cuenta las condiciones propias del paciente como la edad y comorbilidades de las personas que acuden a cada institución, esto aumenta la incertidumbre pues opinan que el tiempo de triage es muy corto, en el cual se podría escapar algún signo que indique necesidad de atención rápida.

*En menos de cinco minutos no se alcanza a valorar de manera completa cuando es un paciente con muchas comorbilidades, muy mayor, con alguna limitación para la marcha.*

Otro motivo de incertidumbre es que ellas no saben cuál será la respuesta del paciente o su familia ante el resultado de la clasificación, pues han encontrado agresividad de las personas posterior al triage, ellas interpretan que esta respuesta agresiva es por la idea generalizada entre la población que el triage solo permite la entrada a la sala de urgencias a personas muy graves.

*Agresividad de las personas por las concepciones de la comunidad si uno no se está muriendo no ingresa, las personas se enojan, son agresivas*

### **Sobrecarga:**

La enfermera de triage siente muchas veces que tiene una sobrecarga porque al ser el filtro del ingreso a las salas de urgencias y considerando la dinámica en este lugar, ellas deben evaluar a muchas personas que

por cualquier circunstancia requieren de atención en salud.

*Debo ver muchos pacientes, porque hay mucha gente, pacientes afuera esperando para el triage*

Con el arribo de las personas al servicio de triage y al ver la sala llena, la enfermera siente que se colapsa mentalmente y con la llegada de cada nuevo paciente su ritmo de trabajo se ve alterado, disminuyendo la velocidad en la que esta desempeña su labor.

*Es como un círculo vicioso, yo me vuelvo más lenta y me siguen llegando más pacientes, me estreso más y me sigo volviendo más lenta*

Cuando la enfermera siente que no alcanza, busca apoyo de sus compañeras para recuperar la calma en el servicio. Sin embargo, ante la ausencia de este apoyo, ella se colapsa, pues comprende que si los pacientes están llegando al servicio de urgencias es por que requieren atención, ante lo cual la enfermera tendría la opción de redireccionar al paciente, pero al considerar la condición del paciente ella no quiere ser quien lo redireccione.

*Yo no voy a direccionar a un paciente que yo considere que necesite la atención*

El servicio que permanece muy lleno es el escenario perfecto para que la enfermera de triage pierda su criterio, pues otros profesionales de urgencias buscan influenciarla para que ella cambie la clasificación que realizó pensando en la condición del paciente y así lograr que el

servicio de urgencias no esté congestionado; adicionalmente, el tiempo es cada vez más limitado.

*Le dice a uno que le cambien el triage sea de un triage 2- 3 a un triage 3 a 4, para que ellos tengan más tiempo de atender la paciente*

Sumado a lo anterior, las participantes identifican una dificultad en la falta de coherencia, entre las exigencias de la institución para la realización de un triage y los planteamientos teóricos que les mostraron en las capacitaciones, porque los recursos que encuentran para efectuar su trabajo no son los adecuados desde la perspectiva tecnológica y técnica ni tienen las herramientas necesarias para realizar el triage bajo sus propios fundamentos teóricos.

*Nos dicen: si capacítense ahí, pero entonces no nos dan los recursos para montar ese modelo*

La sobrecarga se agudiza con las exigencias de los centros hospitalarios, porque hay que cumplir con unos indicadores que muchas veces no coinciden con los criterios del triage, además con la exigencia médica, cuya mirada no coincide con la de la enfermera.

*Hay que cumplir con todo eso que ellos exigen porque es que nos vamos a quebrar, entonces por eso se vuelve una presión horrible*

### **Desacuerdos:**

Los motivos de desacuerdos en la realización del triage son las diferencias que se les

presentan con los médicos, la familia y las escalas de valoración.

Los desacuerdos con los médicos, principalmente con los especialistas están centrados en el puntaje asignado en la clasificación del triage.

*Jefe vea esta paciente porque me la pasaron como triage 3, y es un triage 2.*

Las enfermeras sustentan su decisión al clasificar los pacientes, basadas en lo que ven, en el relato de los pacientes y familiares, los parámetros vitales obtenidos durante la exploración física y en su percepción de otros signos y síntomas que expresen los pacientes, generando opiniones que algunas veces difieren de manera sustancial, porque cada uno tiene una perspectiva y formación diferente, mientras la enfermera ve los riesgos, el médico ve el diagnóstico en su disciplina y los exámenes de laboratorio.

*yo me tengo que basar es en lo que yo vea, en lo que ella me haya dicho que haya tenido y en la percepción del dolor puede haber esa diferencia que existen entre la enfermera y el médico*

Las familias llegan alteradas con una expectativa que muchas veces no coincide con lo que se identifica en el triage y ese desacuerdo hace que ellas se sientan molestas y se torne agresivas.

*Sí señora usted tiene toda la razón ella tiene un sangrado, pero yo le acabe de explicar, y es volverle a explicar y volverle a explicar y volverle a explicar*

Por otro lado, las escalas están diseñadas para otro contexto y otros profesionales, por lo tanto, se presentan desacuerdos con dichos instrumentos que no permiten agilizar el proceso, además algunas utilizan palabras que no están acordes con los términos o significados del lenguaje de enfermería.

*Dice: tranquilo, inestable, pues porque uno puede estar tranquilo, pero no está estable. El problema es del formato*

### **Afrontamiento**

Las enfermeras al realizar el triage y tener que afrontar la incertidumbre, la sobrecarga, los desacuerdos y la presión que se les presenta, utilizan diferentes estrategias que les permite cuidar su salud mental y realizar la clasificación de los pacientes de una manera adecuada, según su criterio.

La sobrecarga es sentida no solamente por el volumen de pacientes, sino por la inadecuada interacción con ellos, la familia y las diferentes personas que componen el equipo de salud en el servicio de urgencias.

Cuando las enfermeras sienten esta sobrecarga y que ya no son capaces de soportarla salen del lugar respiran profundo y empiezan de nuevo, en lo que ellas expresan como “reseteo”.

*Me reseteo saliendo del lugar para arrancar nuevamente*

Cuando no es posible “resetearse” por el volumen de trabajo buscan agilizar los procesos realizando anotaciones concretas

de los datos que consideran fundamentales para identificar el riesgo

*No se hace el pdf solo escribe la valoración*

También liberan carga y por lo tanto obtiene tranquilidad, cuando el paciente se siente satisfecho, porque el entiende las razones por las que se ubica en el nivel de triage asignado

*Trato de ser muy clara y quedo tranquila porque el también quedó tranquilo y satisfecho*

Además, cuando hay muchos pacientes pendientes para la atención, ellas buscan maneras de informarles la situación y en esa medida pueden algunas veces lograr comprensión y tranquilidad por parte de la familia y los pacientes

*Yo salgo y hablo y les cuento como está el panorama, entonces ya ahí la gente se siente más tranquila.*

Las enfermeras reconocen que cuando las personas que están en la sala de espera perciben que alguien se preocupa por ellas se consideran atendidas y disminuyen el estrés y por ende hay mejor interacción y se pueden solucionar más fácil las diferencias y angustias de los pacientes y la familia

*Yo trato de que la gente que está ahí afuera sepa que es la que está adentro, está pendiente de ellos*

Aunque utilizan estrategias para mejorar la interacción con los pacientes, las dificultades se presentan especialmente en

la noche, porque muchas veces los pacientes no entienden la espera y la clasificación que se les da, por lo tanto, si el paciente está muy agresivo lo pasan de manera inmediata y si hay riesgo de lesión, porque no es posible controlarlo, ellas tienen establecido unas acciones que facilitan el apoyo de los colegas y del personal de vigilancia

*Uno evita peleas y quejas y cualquier otra cantidad de problemas, entonces uno que hace, simplemente, las pasa.*

La presión que siente las enfermeras de triage está mediada por las decisiones que tienen que tomar y los indicadores que deben cumplir. La presión las hace sentirse vulnerables frente al paciente, la familia y la institución, para lograr seguridad y no sentirse castigadas, deben buscar apoyos en ellas mismas o en otros, el primero que utilizan es la ayuda espiritual

*Cuando llego me echo la bendición antes de entrar a triage*

Para sentirse liberadas y no dejarse afectar por la presión, se respaldan en su conocimiento y criterio, por lo tanto no se dejan influenciar fácilmente.

*Yo no lo devuelvo y si usted va a poner la cara si yo lo devuelvo*

Cuando tienen dudas acerca del triage y si la decisión que tomaron les puede generar complicaciones con el paciente, la familia o la institución buscan al médico para que esté tome la decisión.

*Si no conozco tus niveles de hemoglobina, entrémosla que la revise el médico y que sea el, quien tome la decisión.*

## **Discusión**

Los hallazgos de este trabajo se centran en las dificultades de las enfermeras al realizar el triage, una de ellas es la incertidumbre, para Campos, la incertidumbre se presenta ante el observador como fuente de confrontación y de dudas(17). En este aspecto los resultados coinciden con los de Morales y su grupo, quienes encontraron que las enfermeras de triage sienten incertidumbre ante las escalas de triage y las decisiones que toman frente a pacientes que llaman vulnerables, para las enfermeras participantes la vulnerabilidad se relaciona con la edad y las comorbilidades de los pacientes. No obstante, el estudio de los autores mencionados también encontró incertidumbre relacionada con la formación y con las competencias de las enfermeras, lo cual no fue mencionado por las participantes en el actual estudio.

Otro motivo de incertidumbre es la respuesta de los pacientes y familiares frente a la interacción con las enfermeras y es que la interacción en el triage puede verse limitada por el corto tiempo en el cual se debe realizar esta actividad, o cual coincide con los hallazgos de Garcia et al(11).

En lo que respecta a los desacuerdos, las enfermeras enfrentan la necesidad de armonizar su visión con la de que tiene los médicos, tomando en cuenta que quien debe responder por las consecuencias del triage es la enfermera, esta situación las lleva a que

deban sustentar su decisión en la valoración que realizaron. Para la toma de la decisión del triage, la enfermera debe contrastar sus conocimientos con la necesidad del paciente y el nivel de riesgo que le encuentra, al respecto Johannessen encontró que las enfermeras realizan el triage tomando en cuenta aspectos que van más allá de la escala que utiliza el hospital realizando un razonamiento más holístico(18). Este aspecto lleva a considerar más allá de la dificultad, el potencial de una práctica autónoma, en los términos de Guerrero y Cid “autonomía en enfermería es la posibilidad de la toma de decisiones y la ejecución de actos del cuidar, en que no medie la necesidad de supervisión por parte de un profesional del equipo interdisciplinario”(19).

También las enfermeras encuentran que las escalas se quedan cortas con lo que se necesita para definir el triage, este hallazgo coincide con los de Jhonson y su grupo quienes encontraron que las enfermeras tienen conflicto entre satisfacer las expectativas de atención del paciente y seguir los protocolos del hospital(20), esta situación las llevaba a presiones entre el nivel del riesgo, los datos que deben ingresar al sistema y el juicio que ellas hacían con la valoración. Así mismo coincide con los hallazgos de Cañizares quien encontró en relación con las escalas de triage que deben ser mejoradas para garantizar la clasificación de los pacientes y destaca la importancia de que el programa informático sea flexible y recoja un buen número de datos(10). En este sentido, las enfermeras consideran que las escalas están realizadas en un contexto diferente al país.

Al respecto la Organización Panamericana de la Salud recomienda que las escalas que se utilicen para realizar el triage deben ser adaptadas al sistema de salud y a la cultura de la población, también recomienda dicha organización, la implantación adaptada a la realidad de cada centro, consensuada y aceptada por todos los estamentos implicados, pero que respete los principios del sistema de triage(8); lo cual según las participantes de este estudio no se cumple. Al respecto de la toma de decisiones Torres(21) y su equipo encontraron que para ello es necesario un sistema, en este caso la escala de triage apoyada en una plataforma, lo cual se refiere a un software que, de acuerdo con los resultados de este estudio posibilite hacer el seguimiento del paciente, y la capacitación del personal acorde con la realidad del sistema, la plataforma y la población asignada a la institución, los planteamientos de los participantes tienen concordancias con las recomendaciones que hace la Organización Panamericana de la Salud OPS(8). Además de lo anterior las enfermeras hacen énfasis en comprender la situación del paciente como una forma de disminuir sus insatisfacciones.

Con respecto a los desacuerdos con el personal médico estos se dan por diferentes conceptos de la clasificación que debe tener el paciente, al respecto Mesías y Rodríguez encontraron en su estudio que tanto los médicos como las enfermeras consideran que lo ideal es el trabajo en colaboración entre ambas profesiones(22). Por su parte, Soler y otros(23), indican que enfermería debe tener el apoyo del equipo médico,

para que sea un triage más eficiente, a la vez el autor propone el uso de los nuevos modelos como el triage avanzado, que dota de mayor autonomía a la enfermera a través de protocolos y nuevas formas de atención lo cual coincide con la búsqueda de apoyo médico que manifestaron las participantes en este estudio.

El trabajo en triage representa diferentes dificultades para las enfermeras como la sobrecarga laboral, la cual coincide con los hallazgos de Mesías y Rodríguez(22). Otra dificultad que experimentan las enfermeras y las hace sentir vulnerables y que coinciden con los hallazgos de Reis et al(24) quienes encontraron que las enfermeras experimentan diferentes situaciones estresantes frente a posibles demandas, asignaciones laborales, aspectos relacionados con la sobrecarga, conflictos entre el personal que incluso las llevan a reasignar la clasificación del paciente, sin embargo cuando lo hacen experimentan ansiedad que expresan como “aquí viene la taquicardia”.

Reis y su grupo(24) también encontraron que las enfermeras utilizan diferentes estrategias de afrontamiento como buscar el autocontrol, la Re-solubilidad, el uso de la comunicación horizontal y la espiritualidad, los cuales coinciden con los hallazgos de este estudio en lo que tiene que ver con el autocontrol, una estrategia que ellas llaman resetearse, la espiritualidad y la comunicación con alguien en quien confían.

Sin embargo, para quedar tranquilas buscan sostener y sustentar su clasificación en los criterios de valoración.

## **Conclusiones**

Las múltiples presiones que recibe la enfermera que realiza el triage hacen que ellas se sientan vulnerables ante las dificultades que encuentran en su labor como la sobrecarga, los problemas de interacción y la incertidumbre llevándolas a que tengan que realizar diferentes sistemas de afrontamiento, como intentar escaparse de su realidad por breves momentos, acudir a su espiritualidad o a compañeros como una forma de apoyo.

Al realizar el triage, las enfermeras sienten que hay contradicciones entre su formación y los indicadores que deben cumplirse.

Las enfermeras han tenido que asumir el triage por directrices legales en medio de muchas presiones, en un modelo construido con poca participación de las enfermeras y desarrollado con una lógica diferente a la que es propia de la disciplina.

## **Recomendaciones**

Fomentar la autonomía en la enfermera.

Creación de equipos de triage que tengan en conjunto la responsabilidad de la asignación de la clasificación del riesgo del paciente.

## Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud y la Protección Social. Ministerio de salud y proteccion social, resolucion 5596 del 2015 [Internet]. Vol. 2015, Pdf. 2015 [cited 2018 Jul 25]. p. 5. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución\\_5596\\_de\\_2015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_5596_de_2015.pdf)
2. Morán L, Quezada Y, García A, González P, Godínez S, Aguilera M. Resolver problemas y tomar decisiones, esencia de práctica reflexiva en enfermería. Análisis de la literatura. *Enfermería Univ* [Internet]. 2016;13(1):47–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.01.001>
3. González González AI, Miquel Gómez AM, Rodríguez Morales D, Hernández Pascual M, Sánchez Perruca L, Mediavilla Herrera I. Concordancia y utilidad de un sistema de estratificación para la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria* [Internet]. 2017;49(4):240–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716302128>
4. Ministerio de la Protección Social. Ministerio de la Proteccion Social Decreto Numero 4747 De 2007 [Internet]. Vol. 2006, Ministerio De La Proteccion Social. 2006 [cited 2018 Jul 25]. p. 1–17. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/documents/decreto-4747-de-2007.pdf>
5. Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015 [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. 2015 [cited 2018 Jul 25]. p. 13. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley\\_1751\\_de\\_2015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley_1751_de_2015.pdf)
6. Restrepo Zea JH, Jaén Posada JS, Espinal Piedrahita JJ, Zapata Florez PA. Las urgencias médicas constituyen un caso especial del acceso a servicios de salud. *Rev Gerenc y Políticas Salud* [Internet]. 2018;17(34). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/23135>
7. Cubero Alpízar C. Los sistemas de triage: respuesta a la saturación en las salas de urgencias. *Enfermería actual en Costa Rica* [Internet]. 2014;(27):1–12. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/16145/15602>
8. Organización Panamericana de la Salud, Organización Munidal de Salud. Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2010 [cited 2019 Mar 15]. p. 1–66.

Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS\\_IS\\_Manual\\_Sistema\\_Tiraje\\_CuartosUrgencias2011.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf)

9. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas - ACHC. Encuesta de las agresiones en el servicio de urgencias de las clínicas y hospitales afiliados a la ACHC. *Rev Hosp* [Internet]. 2015;103(septiembre-octubre de 2015):4–24. Available from: <http://achc.org.co/documentos/Linea-investigacion/Encuesta-de-agresiones-en-servicios-de-urgencias.pdf>
10. Cañizares Sánchez R. Enfermería En La Clasificación De Pacientes En Urgencias: Dificultades Y Propuestas De Mejora. *Rev Enfermería CyL* [Internet]. 2018;10(2):17–27. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/213>
11. Juvé Udina ME, Farrero Muñoz S, Matud Calvo C, Monterde Prat D, Fierro Barrabés G, Marsal Serra R. ¿Cómo definen los profesionales de enfermería hospitalarios sus competencias asistenciales? *Nurs* (edición española) [Internet]. 2007;25(7):50–61. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-pdf-S0212538207709573>
12. Gracia Carrasco E, Sinués Júdez M. La dificultad del personal de enfermería en la atención al lactante en el servicio de urgencias. *Rev Sanit Investig* [Internet]. 2020; Disponible en: <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/dificultad-personal-enfermeria/>
13. Geertz C. *La interpretación de las culturas*. 3rd ed. Gedisa, editor. Barcelona, España; 1973.
14. Taylor S, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. 3rd ed. Paidós, editor. Barcelona, España; 2000.
15. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Rev Colomb Médica* [Internet]. 2003;34(3):164–7. Disponible en: <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/269/272>
16. Ministerio de Salud y la Protección Social. Ministerio de salud y protección social, resolución 8430 del 1993 [Internet]. 1993 [cited 2019 Mar 15]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

17. Campos Hernández R. Incertidumbre y complejidad: reflexiones acerca de los retos y dilemas de la pedagogía contemporánea. *Rev Electron Actual Investig en Educ* [Internet]. 2008;8(1):1–13. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/447/44780102.pdf>
18. Johannessen LEF. Beyond guidelines: discretionary practice in face-to-face triage nursing. *Sociol Heal Illn* [Internet]. 2017;39(7):1180–94. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1467-9566.12578>
19. Guerrero Núñez S, Cid Henríquez P. Uma reflexão sobre a autonomia e a liderança na enfermagem. *Aquichan*. 2015;15(1):129–40.
20. Johnson KD, PUNCHES BE, Smith CR. Perceptions of the Essential Components of Triage: A Qualitative Analysis. *Emerg Nurs* [Internet]. 2021;47(1):192–7. Disponible en: [https://www.jenonline.org/article/S0099-1767\(20\)30295-6/fulltext](https://www.jenonline.org/article/S0099-1767(20)30295-6/fulltext)
21. Torres Fernández JP, Gallo Mendoza JG, Halloa Alavear RF, Jaraiseh Abcarius J, Muriel Páez MH, Fernández Lorenzo A. Gestión de la información como herramienta para la toma de decisiones en salud: escenarios más probables. *Rev Cuba Investig biomédicas* [Internet]. 2017;36(3):1–10. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol36\\_3\\_17/Art%EDculo\\_Gesti%F3n%20informaci%F3n.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol36_3_17/Art%EDculo_Gesti%F3n%20informaci%F3n.pdf)
22. Mesías Fernández M, Rodríguez González R. Percepción en enfermeras y médicos del sistema de triaje en el Servicio de Urgencias de un Hospital Clínico Universitario español. *Rev Científica Enfermería* [Internet]. 2018;(16):1–12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6729837>
23. Soler Pérez W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. Triage: A key tool in emergency care. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2010;33(SUPP1):55–68. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>
24. Reis CD, Amestoy SC, Tadeu G, Diniz S, Galhardo Varanda PA, Reis IA, et al. Situações estressoras e estratégias de enfrentamento. *Acta Paulista Enferm* [Internet]. 2020;(33):1–7. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ape/a/pm5dr5n5Mxk4FBnQckk9SZb/?lang=pt&format=pdf>