



EL TRIAJE PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN SANITARIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE URUGUAY

TRIAGE TO IMPROVE THE QUALITY OF HEALTH CARE
IN A PUBLIC HOSPITAL IN URUGUAY

Janette Castro
Moon International University.
United States of America. USA.
janettecastro73@gmail.com

RESUMEN

Este artículo tuvo como objetivo general establecer un modelo de triaje que asegure la adecuada recepción, acogida, clasificación y referencia de los usuarios que demandan asistencia en el servicio de urgencias de un hospital público de Uruguay. Desde lo metodológico, la investigación fue cuantitativa, de campo, descriptiva y de corte transversal. El universo fue el 100% (N= 3.655) de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del mencionado hospital. La muestra fue intencional y quedó conformada por (n= 1.828) pacientes y familiares que demandaron asistencia en el servicio de urgencias del hospital, entre los meses de julio y agosto del año 2017. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento un cuestionario, en escala dicotómica (Si-NO), con veinte (20) ítems para medir las dimensiones: 1)-Protocolo de atención en salud, 2)-Eficacia de la atención, 3)-Satisfacción del usuario y 4)-Satisfacción del servicio de triaje. La evaluación de la satisfacción del usuario se realizó en los meses de julio y agosto del 2017, aplicando una encuesta telefónica a los pacientes o familiares por un administrativo del hospital. Se establecieron grupos de expertos para la creación del protocolo, una enfermera se encargaba de hacer el ingreso a la historia clínica electrónica en base a algoritmos predefinidos, lo que permitió la categorización, separando las emergencias de las urgencias y las no urgencias. Entre las conclusiones se destaca que en los servicios de emergencias de una institución de salud, el triaje es un instrumento de ayuda a la gestión de la asistencia del servicio, colaborando en su eficiencia y aportando un orden ético basado en la urgencia/gravedad de los pacientes, para aumentar la satisfacción de los usuarios y de los profesionales de la salud al racionalizar los recursos en la mejora de la calidad global del servicio.

Palabras claves: Triaje, calidad de atención sanitaria, instituciones de salud

ABSTRACT

The general objective of this article was to establish a triage model that ensures the adequate reception, reception, classification and referral of users who require assistance in the emergency department of a public hospital in Uruguay. From a methodological point of view, the research was quantitative, field, descriptive and cross-sectional. The universe was 100% (N = 3,655) of the patients who attended the emergency department of the aforementioned hospital. The sample was intentional and consisted of (n= 1,828) patients and family members who requested assistance in the hospital's emergency department between July and August 2017. The data collection technique was a survey and the instrument was a questionnaire, on a dichotomous scale (Yes-NO), with twenty (20) items to measure the dimensions: 1)-Health care protocol, 2)-Effectiveness of care, 3)-User satisfaction and 4)-Satisfaction of the triage service. The evaluation of user satisfaction was carried out in the months of July and August 2017, applying a telephone survey to patients or relatives by a hospital administrator. Groups of experts were established for the creation of the protocol, a nurse was in charge of making the entry to the electronic medical record based on predefined algorithms, which allowed categorization, separating emergencies from emergencies and non emergencies. Among the conclusions, it is highlighted that in the emergency services of a health institution, triage is an instrument to help the management of the service's care, collaborating in its efficiency and providing an ethical order based on the urgency/severity of the patients, to increase the satisfaction of users and health professionals by rationalizing resources in order to improve the overall quality of the service.

Keywords: Triage, quality of care, health institutions.

INTRODUCCIÓN

El término triage o triaje es un neologismo que proviene de la palabra francesa “trier” que se define como escoger, separar o clasificar. Según Calero Mercado (2018, p. 24) “Desde que este término comenzó a utilizarse en las batallas napoleónicas persiste como concepto de clasificación o priorización de la atención urgente de pacientes”

La estructuración de un sistema de triage en el servicio de urgencias del centro de salud, aporta beneficios para los pacientes, los profesionales, el equipo de salud y debe entenderse como un sistema integral de calidad, su objetivo principal es la priorización de los pacientes para que los de mayor urgencia sean atendidos con prioridad, por ello el uso del triage en forma estructurada a través de indicadores de calidad, se hace necesario con el fin de evitar esperas que pongan en riesgo la vida de los usuarios del sistema de salud.

La Organización Mundial de la Salud -OMS- (2011, p.5) define urgencia sanitaria como “...la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”. Esta definición lleva implícita la heterogeneidad de la urgencia y engloba aspectos objetivos, como son la gravedad y agudeza del proceso, y aspectos subjetivos, que generan en el usuario la expectativa de una rápida atención y resolución,

En torno a lo anterior se entiende que el triage de urgencias es un proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes según al grado de gravedad de su salud y prioriza la asistencia de los mismos garantizando que los valorados como más urgentes son atendidos con prioridad, por ello la disponibilidad de un sistema de triage estructurado es una medida fundamental para mejorar la calidad de los servicios de urgencias y emergencias, proteger a los pacientes, aumentar la satisfacción de los usuarios y optimizar recursos.

El triage es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente

y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos, tal como lo plantea Gómez Jiménez; Pardo; et al (2011, p. 67) “El triaje debe basarse en un modelo global donde los pacientes son valorados y clasificados de la misma forma mediante un formato electrónico.” De igual forma Vázquez Galban (2015, p. 34) en relación con el triaje agrega lo siguiente “Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, y, por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además posea un fuerte valor predictivo de predicción, de evolución y de utilización de recursos”. De lo citado se entiende que es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar de manera adecuada y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades de salud de la población superan a los recursos sanitarios, pues al examinar a los pacientes cuando llegan al centro de salud deben ser clasificados en categorías de atención pertinente, incluyendo desde estados críticos a situaciones menos urgentes. Es por ello que el protocolo de triage dentro de una institución hospitalaria es de vital importancia para la institución que lo brinda, así como para el paciente y para los familiares, que llegan buscando atención médica, el médico mientras el paciente está en el área de emergencia, lo clasifica según su condición y gravedad de salud para ubicarlo y poder remitirlo al servicios médico específico, sobre la base de la eficiencia de los recursos humanos y económicos del hospital. En tal sentido, las prestaciones en los servicios de emergencia, han creado la necesidad de introducir un sistema de filtro que gestione la afluencia de los pacientes y seleccione aquellos pacientes que presenten patologías más graves, de tal manera que la atención a estos no se demore. Estos factores obligan a establecer sistemas de triage en la unidad de emergencias como un requerimiento en el manejo y flujo de pacientes desde su ingreso hasta su egreso hospitalario.

-Contextualizando la problemática

El profesional sanitario responsable del triaje hospitalario es la enfermera(o), priorizando ante todo la urgencia clínica del paciente, pero el médico es el responsable de hacer el diagnóstico previo para atender primero los pacientes más urgentes,

prescribe el tratamiento en función del tipo de dolor, intensidad y plan de cuidados y el resto de los pacientes se reevalúan hasta que el médico pueda atenderlos. Por su parte, el personal de enfermería debe administrar el tratamiento prescrito y seguir las pautas del manejo farmacológico del dolor establecidas en el servicio de urgencias.

Se destaca que la oportuna aplicación del proceso de triaje es relevante en los servicios de urgencias, siendo un mecanismo que enfrenta situaciones como el colapso hospitalario por la presencia de exceso de usuarios o la falta de recursos humanos, tecnológicos, económicos y de infraestructura. De hecho, el aporte significativo de tales procesos, es que actúa como herramienta a favor de la atención adecuada de los pacientes, no obstante, se evidencia que el conocimiento por los profesionales de la salud es limitado, lo cual implica que el procedimiento no se ejecute a cabalidad.

En palabras de Déniz Montesdeoca; Verona et al (2019, p.20) "El Triage es parte de la gestión sanitaria que busca garantizar la optimización de los recursos utilizables, a través de la categorización de sintomatología validada que determina las necesidades de hospitalización y tratamiento". Por tanto, el profesional médico al iniciar el primer contacto con el paciente emplea un modelo de calidad, en el cual se detallan los indicadores fiables y útiles que respondan a las necesidades del entorno en función de los estándares establecidos por los hospitales.

El problema se presenta cuando no se ordena el flujo de usuarios que demandan asistencia en el servicio de urgencia del hospital, lo cual desmejora de manera significativa la calidad de asistencia sanitaria en acuerdo con las políticas asistenciales del Ministerio de Salud.

En los servicios de urgencia hospitalaria (SUH) prevalece de manera frecuente la costumbre por parte de los usuarios (paciente, familiares) de exigir respuesta inmediata ante cualquier requerimiento de salud, este comportamiento conduce inexorablemente a una demanda que con frecuencia supera los recursos disponibles e impide la atención con la rapidez deseable por el paciente, los familiares,

la enfermera(o) y el médico, por ello se hace necesario implementar un plan inmediato de atención.

Esta realidad también es percibida por parte de los profesionales de la salud, los cuales ven afectada su labor asistencial, evidenciado por las salas de espera abarrotadas, demandas continuas de atención eficaz e inmediata, personal insuficiente y sobrecargado y recursos limitados. A esto hay que añadir la posible falta de concientización que tiene la población, no sólo sobre lo que es una urgencia, sino también de las diferentes vías existentes para atender el problema, lo cual es un factor importante para los médicos y en especial para el personal de enfermería.

En la actualidad, por lo general la sala de emergencia de los hospitales públicos de Uruguay es un área colapsada por pacientes provenientes de diferentes partes del país con diferentes patologías que requieren atención médica. Muchos de estos pacientes consultan sin haber pasado primero por los diferentes niveles de atención de la red integral e integrada de servicios de salud.

Además, otro factor fundamental a la hora de implantar un sistema de atención en salud es que los profesionales se formen y los pacientes y familiares sean informados, pero en muchas ocasiones esto no sucede, olvidando que la formación e información van de la mano, junto al análisis de la realidad de los servicios de urgencia hospitalaria donde se implanta las propuestas de mejora continua y la evaluación de resultados.

En relación a la importancia del acercamiento y atención rápida al usuario esta sistematización es fundamental. En este aspecto Molina Álvarez y Zabala (2014, p. 13) destacan

La atención rápida al usuario debe basarse en el principio de justicia ya que el concepto de usuario y su entorno son el centro de la asistencia, y sus intereses no tienen por qué entrar en conflicto con los intereses de los profesionales ni del resto del sistema sanitario. En tal sentido, la finalidad es sistematizar el trabajo del equipo de salud que se desempeña en el servicio de urgencias del centro hospitalario, para asegurar la gestión de cuidados aplicando conocimientos científicos estandarizados, centrando el trabajo y

la atención en el paciente así como informando su estado de salud a los familiares.

-Objetivo General

-Establecer un modelo de triage que asegure la adecuada recepción, acogida, clasificación y referencia, de los usuarios que demandan asistencia en el servicio de urgencias de un hospital público de Uruguay.

-Objetivos Específicos

-Evaluar el protocolo de atención a través de indicadores de procesos y resultados.

-Determinar el cumplimiento del protocolo de atención en función de la eficacia

-Cualificar la satisfacción del usuario en relación a la calidad de atención.

-Determinar la satisfacción del usuario en relación al servicio del triaje.

-Metodología.

La investigación asumió el enfoque cuantitativo, el cual según Sampieri y Collado (2010, p.145) "Usa la recolección de datos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías".

Por sus características fue de campo, de tipo descriptiva y de corte transversal, la investigación de campo según Hernández, Fernández y Baptista (2006, p.132) consiste en "Un análisis sistemático de problemas de la realidad, con el propósito de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia...".

En la misma línea de acción, Palella y Martins (2010, p. 88) indican "...consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar las variables y estudia los fenómenos sociales en su ambiente natural".

El universo estuvo representado por el 100% (N= 3655) de pacientes que acudieron al servicio de

urgencias del mencionado hospital. Según Tamayo y Tamayo (2012, p.180) la población "...es la totalidad de unidades de análisis que integran un fenómeno y que debe cuantificarse para un determinado estudio integrando un conjunto N de entidades que participan de una determinada característica", se le denomina población por constituir el universo que puede aportar información del fenómeno adscrito a una investigación.

La muestra según Arias (2015, p.130) se define "... como una parte o subconjunto de la población", fue seleccionada de manera intencional y quedó conformada por (n= 1.828) pacientes que demandaron asistencia en el servicio de urgencias del hospital, en el período comprendido entre los meses de julio y agosto del año 2017, durante el horario diario establecido para el funcionamiento del Triage Enfermero, por lo que se convierten en la unidad de análisis representativa de lo que va a ser objeto específico de medición.

La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento un cuestionario, diseñado en escala dicotómica, alternativas (Si-NO), con veinte (20) ítems para medir las dimensiones: 1)-Protocolo de atención en salud, 2)-Eficacia de la atención, 3)-Satisfacción del usuario y 4)-Satisfacción del servicio de triaje.

La evaluación de la satisfacción del usuario se realizó durante los meses de julio y agosto del año 2017 a través de una encuesta telefónica aplicada a los pacientes o familiares donde un administrativo del hospital realizaba la llamada al día siguiente de la asistencia. Se establecieron grupos de expertos para la creación del protocolo de trabajo, una enfermera se encargaba de hacer el ingreso a la historia clínica electrónica, en base a algoritmos predefinidos para la clasificación de pacientes, lo que permitió la categorización, esta división separó a las emergencias de las urgencias y de las no urgencias.

Los usuarios que consultaron por una urgencia menor se identificaron en color verde y fueron atendidos en policlínica de atención no programada o atención rápida. En cambio el grupo de usuarios que requirieron asistencia en el día, se identificaron con color azul y fueron atendidos en el primer nivel de atención (PNA) con una agenda programada con las

siguientes especificaciones:

Nivel I Crítico (color Rojo): Prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora (0 minuto).

Nivel II Emergente (color Amarillo): Situaciones muy urgentes o de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora en asistencia médica de (5 a 15 minutos). - **Nivel III: Urgente (color Naranja):** Estable hemodinámicamente con potencial de riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos. - **Nivel IV: Urgencia menor (color Verde):** Potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.

Nivel V No urgente (color Azul): Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citaciones, etc. Más (120 minutos). Estos cinco niveles se establecen en base a los siguientes factores: 1)- Descriptores clínicos, síntomas centinela o categorías sintomáticas, abiertas o cerradas, con o sin ayuda de algoritmos o diagramas y 2)- Discriminantes del nivel de urgencia tales como riesgo vital, constantes fisiológicas, tiempo de evolución, nivel de dolor, mecanismo de lesión, entre otros. En torno a lo anterior se destaca lo planteado por Soler; Gómez Muñoz; et al (2010, p. 58) Un sistema estructurado de triaje puede servir para valorar otra serie de parámetros, como son el tiempo de estancia en urgencias, el porcentaje de ingresos en función del nivel de gravedad, las necesidades de recursos, etc. que indirectamente van a relacionarse con cada uno de los niveles de prioridad. Se entiende que estos niveles de prioridad están estrechamente condicionados por el incremento de la demanda, la cual depende tanto de determinantes externos (afluencia) como internos (capacidad del servicio, demora de exploraciones,

espera de cama para ingreso, espera de transporte, problemas sociosanitarios). Estos parámetros son fundamentales para orientar la gestión organizativa, económica y el funcionamiento del propio servicio de urgencias.

-Resultados

Los resultados se presentan en función de los objetivos específicos de la investigación y se analizan por las respuestas aportadas por los pacientes y familiares que demandaron asistencia en el servicio de urgencias de un hospital público de Uruguay.

Para la evaluación de la protocolización de atención en función de la agenda programada se utilizaron indicadores de proceso y de resultado. El proceso es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, lo que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática y es de vital importancia cuando se trabaja en el ámbito de las urgencias. Según Arias (2015, p. 178) "Los resultados refieren el estado de conducta, percepción y salud de un individuo, familia o comunidad medida a lo largo de un continuo en respuesta a intervenciones de enfermería". Se destaca en este artículo que en el servicio de emergencias del hospital fueron atendidos todos los usuarios que acudieron al servicio, debido a la afluencia de pacientes, para la protocolización de la atención se establecieron los indicadores que se describen en la tabla 1.

Aplicando las especificaciones descritas en la tabla anterior, los resultados en cuanto al indicador Proceso que mide el cumplimiento de atención al paciente, lo cual representa el principal instrumento del sistema sanitario a disposición de los ciudadanos para ayudarles a resolver cualquier duda, necesidad

Tabla 1
Indicadores para la protocolización de atención al paciente

INDICADORES	DESCRIPCIÓN
PROCESO	Eficacia del cumplimiento del protocolo de atención
RESULTADOS	Satisfacción del paciente y de los familiares en relación a la atención

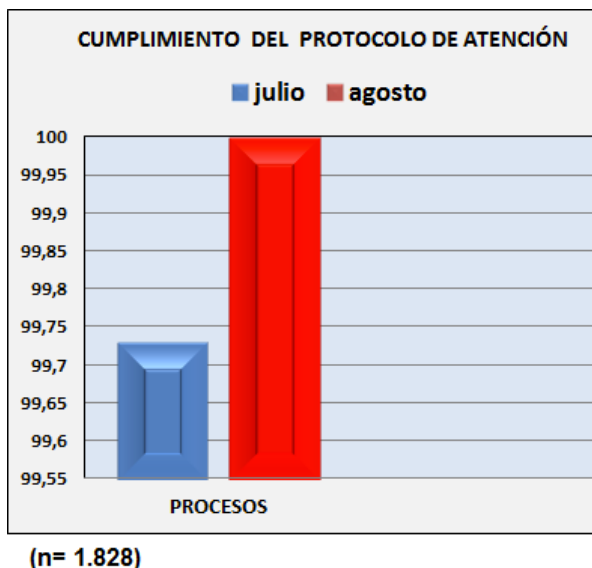


Gráfico 1: Cumplimiento del protocolo de atención al paciente.

Fuente: Datos tomados de la encuesta aplicada a los pacientes o familiares.

o requerimiento administrativo y asistencial, velando por el cumplimiento de los derechos y deberes de los pacientes, se encontró lo siguientes: Durante el primer mes (julio 2017) los sujetos de la muestra (n=1.828) indicaron un cumplimiento del protocolo de atención de un (99.73%) y en el mes de (agosto 2017), el cumplimiento total de los protocolos de atención al paciente fue del (100%), tal como se muestra en el gráfico 1.

En relación al indicador Resultados que mide la satisfacción del paciente y de los familiares en relación a la atención recibida, la cual hace referencia a la prevención, tratamiento y manejo de enfermedades y la preservación del bienestar físico y mental del paciente a través de los servicios ofrecidos por los profesionales de la salud, un (54%) de la muestra (n= 987.12) le pareció buena, un (35.5%) de la muestra (n= 648.94) la consideró regular, un (9%) de la muestra (n= 164.52) consideró mala la atención y un 5% no respondió la llamada.

Las respuestas dadas en la encuesta por la muestra (n= 1.828) de pacientes y familiares se visualizan en el gráfico 2.

En cuanto a la eficiencia del protocolo de atención del paciente, lo cual implica aprovechar los medios

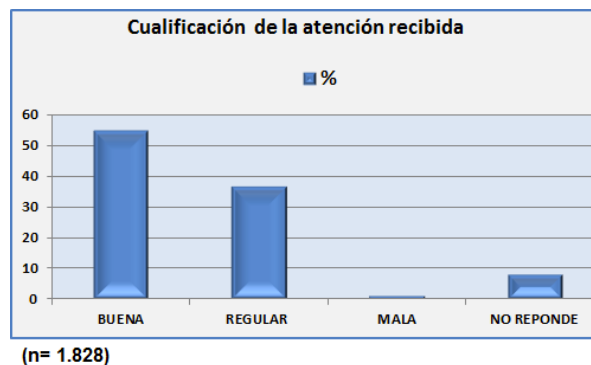


Gráfico 2: Satisfacción del paciente y de los familiares en relación a la calidad de la atención

Fuente: Datos tomados de la encuesta aplicada a los pacientes o familiares.

o recursos de la mejor manera posible para alcanzar los objetivos de atención al paciente de la forma más óptima, los resultados fueron los siguientes. La eficiencia del protocolo de atención al paciente en el mes de julio de 2017, según opinión de los encuestados (99.7%) fue eficiente y en el mes de agosto de 2017 fue muy eficiente, con un (100%) de opinión, tal como se presenta en el gráfico 3.

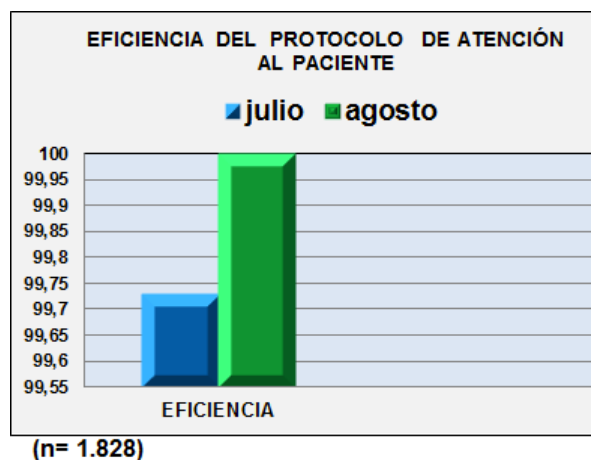
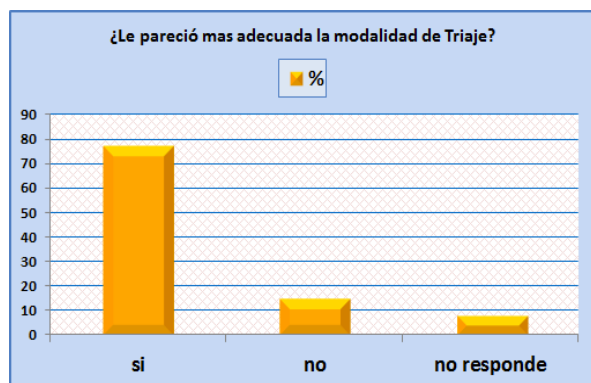


Gráfico 2: Satisfacción del paciente y de los familiares en relación a la calidad de la atención

Fuente: Datos tomados de la encuesta aplicada a los pacientes o familiares.

El último objetivo de la investigación, estuvo dirigido a Determinar la satisfacción del usuario en relación al servicio del triaje, el cual es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades

clínicas superan a los recursos. Observe en el gráfico 4, los resultados.



(n= 1.828)

Gráfico: 2. Satisfacción del paciente y de los familiares en relación a la calidad de la atención.

Fuente: Datos tomados de la encuesta aplicada a los pacientes o familiares.

Al visualizar el gráfico se evidencia que el (79%; $f=1.444$) de los encuestados le parece más adecuado el uso del triaje cuando el paciente ingresa al hospital, el (14%; $f=255$) no le pareció adecuado el triaje, pero el (6%; $f=109$) no respondió a la entrevista.

-Discusión Durante el primer ciclo de evaluación de un proyecto de mejora de la calidad de atención a los pacientes que acudieron al servicio de urgencias de un hospital público de Uruguay, se ha comprobado que la aplicación de un protocolo de triaje ha mejorado los indicadores de procesos y de resultados, lo cual es consistente con lo reportado en la investigación de Cornejo Marroquín; Arnáiz, A y De los Santos Izquierdo (2008), al encontrar que la clasificación de los pacientes según motivo de consulta es prácticamente inmediata a su entrada en el Servicio, lo que constituye la primera ventaja importante del sistema de "traje", facilitando la ordenación del trabajo y disminuyendo la ansiedad del paciente y de la familia. En la presente investigación, el (79%; $f=1.444$) de los encuestados le parece más adecuado el uso del triaje cuando el paciente ingresa al hospital, este resultado apoya lo encontrado por Rancano García; Cobo Barquín; Cachero Fernández; et al (2011) que implementaron y pusieron a prueba la viabilidad de un sistema de triaje estructurado de elaboración propia en los servicios de urgencias de Atención Primaria de Asturias, el cual se convirtió en el

primer estudio que intenta aplicar un nuevo sistema de triaje adaptado a las necesidades de los usuarios y a las características de atención primaria, diferenciándose de los instaurados en la atención hospitalaria. También los resultados de la presente investigación están en correspondencia con el planteamiento de Pastrana Maldonado (2017), en una investigación realizada en un hospital de la ciudad de México al plantear la necesidad de implantar el triaje para pacientes que requieren atención inmediata en un centro de salud, lo que supondría una mejora en la calidad, la eficacia de los servicios y la gestión adecuada de la demanda y, todo ello, desde una perspectiva integradora, humana y profesional. Actualmente este sistema de triaje está implantado en varios hospitales de México, con unos muy buenos resultados tanto en la atención a los pacientes como en la satisfacción de los profesionales que lo realizan.

-Conclusión

El triaje se ha convertido en el sello de identidad del servicio de urgencias hospitalario que lo aplica, siendo además una herramienta objetiva que permite medir, evaluar y mejorar el funcionamiento y el rendimiento de dicho servicio. Los actuales sistemas de triaje deben ser estructurados y basados en escalas de clasificación, por ello la asignación de dichos niveles debe fundamentarse en decisiones objetivas, apoyarse en algoritmos y sistemas informáticos que automaticen estas decisiones y permitan al mismo tiempo ajustes por parte del profesional que lo realiza. Los profesionales de enfermería han demostrado capacidad para llevar a cabo el triaje pero se valora positivamente la participación del médico en las decisiones relativas a los cuadros de mayor relevancia clínica, todos los ámbitos de la asistencia urgente y su desarrollo debe ir de la mano con el de los sistemas de información y con el de la tecnología.

En los servicios de emergencias de una institución de salud, el triaje se convierte en un instrumento valioso de ayuda a la gestión de la asistencia del servicio, colaborando en su eficiencia y aportando un orden justo basado en la urgencia/gravedad de los pacientes, para aumentar la satisfacción de los usuarios y de los profesionales de la salud al racionalizar los recursos colaborando en la mejora de la calidad global del servicio.

Referencias.

- Arias, F. (2015). *El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica*. (7ª Edición). Caracas: Editorial Episteme.
- Calero Mercado, N. (2018). Comparativa de los modelos de Triage existentes. *Ciber Revista*. Edición N° 59. [Documento en línea]. Disponible en: <http://ciberfebrero2018.enfermeriadeurgencias.com/originales/p%C3%A1gina-3.html>
- Cornejo Marroquín, C; Arnáiz, A y De los Santos Izquierdo, J (2008) Triage en un servicio de urgencias hospitalarias. *Revista científica de la sociedad española de Enfermería de urgencias y emergencias*, vol. 3 julio y agosto 2009. España.
- Déniz Montesdeoca, O.; Verona, L., y Hernández Castellano, C. (2019). Triage en Atención Primaria. ¿Mito o realidad?. *Revista RECIEN*, vol. 7, p.p.11-23. [Documento en línea]. Disponible en: <file:///C:/Users/china/Downloads/Dialnet-TriageEnAtencionPrimariaMitoORealidad-6976436.pdf>
- Gómez Jiménez, J; Pardo, P. y Rua Moncada, C. (2011). Manual para la implementación de un sistema de Triage para los cuartos de urgencias. [Documento en línea]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. D.F. México: Mc Graw Hill.
- Molina Álvarez, R y Zabala, E. (2014) Conocimiento de la Guía de Práctica Clínica de Triage por personal de enfermería *Nursing staff knowledge of the Practical Clinical Guide of Triage*. *Revista CONAMED*, Vol. 19, N°. 1, 2014, págs. 11-16.
- Organización Mundial de la Salud –OMS- (2011). *El Sistema de Salud del Uruguay ante Situaciones de Emergencia*. Ministerio de Salud Pública MSP, Junta Nacional de Salud JUNASA. [Documento en línea]. Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=347-situaciones-de-emergencias&category_slug=sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307
- Rancaño García, I; Cobo Barquín, JC; Cachero Fernández, R y Hernández Mejía R. (2011). Triage en Atención Primaria: sistema "TAP". E-notas de evaluación. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. España.
- Palella, A. y Martins, C. (2010). *Modalidades de Investigación*. Buenos Aires: Editorial Humanistas.
- Pastrana Maldonado E. (2017). Urgencias reales y sentidas. Uso racional del Servicio de Urgencias en un hospital general de segundo nivel. Tesis doctoral. Escuela Superior de Medicina. México D.F.
- Sampieri R.H. y Collado CF. (2010) *Metodología de la Investigación*. 5ta edición. México DF. McGraw-Hill.
- Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., y Álvarez, A. (2010). El Triage: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Revista Anales del Sistema Sanitario*, vol. 33(Supl. 1), 55-68. Pamplona 2010. Navarra. España.
- Tamayo y Tamayo, M. (2012). *El Proceso de Investigación Científica*. 4ta edición. México. Noriega Editores.
- Vázquez Galbán, L.V. (2015). Triage en urgencias hospitalarias. Revisión bibliográfica. Universidad de La Coruña. España.