

ARTÍCULO ORIGINAL

Toma de decisiones de los enfermeros en el Sistema de Triage de Manchester: factores influyentes y estrategias de mejora*

HIGHLIGHTS

1. La toma de decisiones combina el razonamiento clínico y el conocimiento experiencial.
2. Las presiones contextuales pueden distorsionar la precisión y la priorización del triaje.
3. La capacitación específica puede optimizar los procesos de toma de decisiones en el triaje de emergencias.
4. Las herramientas de apoyo estructuradas pueden fortalecer la consistencia de la toma de decisiones.

Nuno Alexandre Ribeiro Ferreira da Silva¹ Cátia Daniela Macieira Salgado² Luís Carlos Nogueira de Oliveira³ Rui Alexandre Vieira Campos⁴ Tiago Rafael Alves⁵ Joaquim Filipe Ferreira Azevedo Fernandes⁵ Isabel Maria Batista de Araújo⁵ 

RESUMEN

Objetivo: Explorar las percepciones de los enfermeros sobre la toma de decisiones en el Sistema de Triage de Manchester, incluyendo sus implicaciones para la seguridad del paciente y las estrategias de mejora. **Método:** Se realizó un estudio cualitativo y exploratorio en un servicio de urgencias del norte de Portugal. Mediante un muestreo por conveniencia se incluyeron diez enfermeros con más de dos años de experiencia en triaje. En mayo de 2025 se realizaron entrevistas semiestructuradas, analizadas mediante el análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** El triaje se percibió como un contribuyente esencial para la seguridad del paciente al priorizar las quejas y definir tiempos de espera apropiados. La toma de decisiones estuvo influida por factores relacionados con el enfermero, factores relacionados con el paciente, las limitaciones del sistema de triaje y el contexto organizacional. Entre las mejoras sugeridas se incluyeron auditorías, la revisión de los protocolos, la evaluación estructurada del dolor, la integración de escalas de alerta temprana, la formación/recertificación continua, la mentoría, una mejor interoperabilidad de los sistemas de información y medidas institucionales para reducir las interrupciones. **Conclusión:** La toma de decisiones en el triaje es multifactorial y requiere un desarrollo profesional continuo y apoyo organizacional.

DESCRIPTORES: Triage; Enfermeras y Enfermeros; Servicio de Urgencia en Hospital; Capacitación Profesional; Seguridad del Paciente.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

da Silva NARF, Salgado CDM, de Oliveira LCN, Campos RAV, Alves TR, Fernandes JFFA, et al. Toma de decisiones de los enfermeros en el Sistema de Triage de Manchester: factores influyentes y estrategias de mejora. Cogitare Enferm [Internet]. 2026 [cited "insert year, month and day"];31:e103221es. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v31i0.103221es>

¹Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, Penafiel, Portugal.

²Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa, Unidade Funcional IV, Penafiel, Portugal.

³Unidade Local de Saúde do Alto Ave, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, Guimarães, Portugal.

⁴Instituto Nacional de Emergência Médica, Porto, Portugal.

⁵Instituto Politécnico de Saúde do Norte, Departamento de Ciências da Saúde, Vila Nova de Famalicão, Portugal.

INTRODUCCIÓN

El aumento de los ingresos en los servicios de urgencias y la escasez de recursos humanos y financieros se encuentran actualmente entre los desafíos que enfrentan los sistemas de salud¹. En todo el mundo, en respuesta a este problema, se han desarrollado e implementado diversos sistemas de triaje; el Sistema de Triage de Manchester (MTS) es el utilizado en Portugal²⁻³. El MTS utiliza flujogramas y discriminadores para clasificar a los individuos según su gravedad clínica y establecer tiempos de observación ideales⁴.

El triaje, sin embargo, ocurre en un entorno vulnerable, dinámico y propenso a errores debido a la exigencia de decisiones rápidas y eficaces⁵. Se han descrito varios factores como determinantes del proceso de toma de decisiones, tales como la experiencia del enfermero, los síntomas y la historia clínica de los pacientes, los tiempos de espera y la sobreocupación del servicio de urgencias⁶⁻⁷.

El triaje, como responsabilidad de enfermería, requiere un juicio crítico basado en la experiencia y el conocimiento del enfermero. No obstante, debido a su complejidad y a su naturaleza subjetiva, el triaje está sujeto a sesgos que deben identificarse y explorarse para desarrollar proyectos de mejora de la calidad centrados en la seguridad del paciente⁷.

En este contexto, se consideró necesario explorar las percepciones de los enfermeros sobre la toma de decisiones en el Sistema de Triage de Manchester, incluyendo sus implicaciones para la seguridad del paciente y las estrategias de mejora.

MÉTODO

El estudio realizado tiene un carácter cualitativo, exploratorio y descriptivo. Se optó por el enfoque cualitativo porque permite una comprensión profunda de cómo los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, explorando así los comportamientos, las perspectivas y las experiencias de los participantes involucrados⁸.

La investigación se llevó a cabo en una unidad local de salud [ULS] del norte de Portugal, responsable de la atención primaria y hospitalaria, más concretamente en un servicio de urgencias con un promedio de 286 episodios de urgencia por día⁹.

El Sistema de Triage de Manchester es el utilizado en este servicio. Este servicio de urgencias se eligió por razones de conveniencia, ya que el investigador principal realizaba allí una pasantía de enfermería. Aunque el investigador había realizado previamente una práctica clínica en el sitio del estudio, esto no constituyó una familiaridad en el sentido de una relación cercana o personal. Las interacciones se caracterizaron de forma constante por la cordialidad profesional y el respeto mutuo, y esto no afectó la realización de las entrevistas.

La participación fue voluntaria y comenzó únicamente tras la obtención del consentimiento informado, libre y explícito, de acuerdo con la Declaración de Helsinki¹⁰.

Se garantizaron el anonimato y la confidencialidad tanto de la información como de los participantes en todas las etapas del estudio, codificando las entrevistas mediante una seudonimización aleatoria, con una clave de reversión bajo el control de los investigadores. Inicialmente se asignó un código aleatorio de cuatro letras. No obstante, para simplificar la presentación de los resultados, estos códigos se convirtieron posteriormente en identificadores más simples (P1, P2, P3, P4...), ya que resultaba más fácil leer y comprender los datos. Es importante señalar que este orden secuencial no corresponde al orden cronológico en que se realizaron las entrevistas, y se utilizó únicamente con fines de presentación de los datos.

Las grabaciones de audio captadas durante las entrevistas se eliminaron tras la transcripción. Los datos recolectados se utilizaron únicamente para los fines definidos.

El método de muestreo fue no probabilístico y por conveniencia, con participantes invitados personalmente por los investigadores. Los enfermeros invitados aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado antes de participar.

El estudio incluyó a enfermeros que cumplían los siguientes criterios: aquellos con más de dos años de experiencia y desempeño en el MTS. Se seleccionaron enfermeros generales y enfermeros especialistas para obtener una muestra más amplia.

Aunque la selección se realizó mediante un método no probabilístico, conviene destacar tres conceptos centrales en su definición: la representatividad y la heterogeneidad, que garantizan una muestra diversa de la población; y la saturación de datos, entendida como el punto en el que no se obtiene información nueva para la investigación⁸.

La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas. Estas entrevistas permitieron a los participantes compartir sus experiencias sobre el tema, al tiempo que les daban la libertad de profundizar en las direcciones que consideraban relevantes⁸.

Las entrevistas fueron realizadas en mayo de 2025 por el investigador principal, utilizando una guía basada en el conocimiento teórico y empírico sobre la toma de decisiones de los enfermeros en el MTS. Se realizaron dos entrevistas de preprueba para poner a prueba y refinar la guía de entrevista. Las personas que participaron en estas prepruebas no se incluyeron en la muestra del estudio. Con un tiempo promedio de 15 minutos, las entrevistas se realizaron en un ambiente tranquilo y adecuado, que permitió proteger la privacidad de los participantes y evitar interrupciones. Fueron grabadas con una grabadora de audio y posteriormente transcritas por el investigador principal mediante la aplicación Transkriptor®.

El tratamiento y el análisis de los datos obtenidos se realizaron tras la finalización de las entrevistas, mediante un análisis de contenido basado en los supuestos de Bardin¹¹. Se utilizó el software Atlas.ti® para facilitar el análisis y el tratamiento de los datos.

En el preanálisis (primera fase), se realizó una lectura flotante del contenido y una selección del *corpus* para sistematizar y operacionalizar las ideas iniciales. En la exploración del material (segunda fase), los datos se codificaron, clasificaron y agregaron. Finalmente, en la interpretación y el tratamiento de los resultados (tercera fase), los datos se analizaron para garantizar que los hallazgos fueran significativos y válidos¹¹.

Los criterios de categorización utilizados fueron semánticos, y los datos se categorizaron mediante la búsqueda y el respeto definidos por Bardin¹¹. Estos incluyeron la exclusividad mutua, garantizando que una unidad de registro no pueda ser incluida en más de una categoría; la homogeneidad, garantizada por el uso de un único principio de clasificación; la relevancia, demostrada por la alineación entre las categorías y los objetivos del estudio; la objetividad y la fiabilidad, asegurando que el mismo esquema de categorización se mantenga en diferentes análisis.; y la productividad, verificada cuando el sistema de categorías se convierte en un terreno fértil para extraer inferencias¹¹. El análisis de los datos y la categorización fueron realizados por tres investigadores para garantizar el cumplimiento de estos criterios.

A partir del conocimiento teórico y del objetivo del estudio, se definieron categorías preestablecidas. Sin embargo, debido al método exploratorio adoptado, surgieron nuevas categorías.

En el ámbito ético, se obtuvo la aprobación ética (dictamen: 20/2025 - CAF) del comité de ética de la ULS, donde se realizó la investigación.

RESULTADOS

Caracterización de los participantes

El estudio incluyó un total de 10 enfermeros. Como se detalla en la Tabla 1, la muestra estuvo compuesta por siete enfermeros (70%), con una edad media de 41,8 años (DE = 4,49); una elevada madurez clínica, con un promedio de 19,7 años de experiencia profesional (DE = 4,73), de los cuales 16,4 años (DE = 7,1) corresponden a experiencia específica en el servicio de urgencias.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica y profesional de los participantes (n=10). Guimarães, Portugal, 2025

Variable	n (%) / Media (DE)
Sexo	
Masculino	7 (70%)
Femenino	3 (30%)
Formación académica	
Licenciatura	7 (70%)
Maestría	3 (30%)
Título profesional	
Enfermero de Cuidados Generales	6 (60%)
Enfermero Especialista (Cuidados Críticos)*	4 (40%)
Formación de posgrado	
Gestión / Supervisión / Trauma	7 (70%)
Ninguna referida	3 (30%)
Edad (años)	41,8 (± 4,49)
Experiencia profesional (años)	19,7 (± 4,73)
Experiencia en el servicio de urgencias (años)	16,4 (± 7,1)

Leyenda: DE - Desviación Estándar. * - Incluye Enfermería Médico-Quirúrgica.

Fuente: Los autores (2025).

En cuanto a la titulación, tres (30%) de los participantes poseen una maestría y cuatro (40%) ostentan el título de Enfermero Especialista, predominantemente en cuidados críticos. Además, siete (70%) cuentan con formación de posgrado en áreas como Gestión de Unidades de Salud, Supervisión Clínica o Trauma.

Análisis de contenido

El análisis de contenido permitió la identificación de tres dimensiones temáticas centrales relativas a la toma de decisiones en el triaje: (1) Contribución del triaje; (2) Factores que influyen en la toma de decisiones; y (3) Estrategias para la gestión y la mejora de la calidad. En el Cuadro 1 se presenta una visión general de la estructura temática y de las categorías emergentes.

Cuadro 1. Síntesis de las categorías temáticas y subcategorías relativas a la toma de decisiones de los enfermeros en el triaje. Guimarães, Portugal, 2025

Temas	Categorías	Subcategorías
1. Contribución del triaje	Seguridad del paciente	• Definición de prioridades clínicas • Asignación de tiempos de espera apropiados
2. Factores que influyen en la toma de decisiones	Capital humano	• Experiencia profesional • Formación y cualificaciones
	Desafíos clínicos y limitaciones del sistema	• Historia clínica del paciente (integración) • Limitaciones del Sistema de Triage (subjetividad del dolor, deficiencias del flujograma de Diabetes) • Ausencia de discriminadores (p. ej., diaforesis)
	Contexto organizacional	• Flujo de pacientes y sobreocupación • Presión de los tiempos de espera • Condiciones de infraestructura
3. Estrategias para la gestión y la mejora de la calidad	Calidad y gobernanza	• Auditoría regular • Revisión y readaptación de los procedimientos • Protección institucional frente a las interrupciones
	Desarrollo profesional	• Formación continua y recertificación • Mentoría estructurada para el personal nuevo
	Tecnología	• Interoperabilidad de los sistemas de información • Integración de escalas de alerta temprana (NEWS)

Fuente: Los autores (2025).

Contribución del triaje

Los enfermeros identificaron el triaje como un mecanismo fundamental para la gestión del riesgo clínico. Más allá de la mera categorización, se valora el proceso por su capacidad de definir tiempos de espera seguros y apropiados a la gravedad clínica:

El triaje, tal como se recomienda y se estandariza, es sin duda un valor añadido [...]. El proceso de triaje nos ayuda a comprender la gravedad del estado del paciente y, sobre esa base, a definir un tiempo de observación apropiado. (P10)

Factores que influyen en la toma de decisiones

La toma de decisiones clínicas se reveló como un proceso dinámico, condicionado por la interacción entre el capital humano, las limitaciones de los algoritmos de apoyo a la decisión y el entorno organizacional.

Capital humano

La experiencia profesional emergió como el predictor más robusto de una decisión segura, al brindar al enfermero la confianza necesaria para interpretar el cuadro clínico más allá de los discriminadores básicos:

Creo que la experiencia es, sin duda, el factor que define el triaje [...]. Cuanta más experiencia se tiene, mejor es el triaje. (P3)

Aunque se valora la formación especializada, los participantes enfatizaron que el conocimiento teórico requiere una consolidación práctica para ser eficaz en el entorno de la atención de urgencia:

[La formación] garantiza confianza y calidad en la decisión [...]. No puede dissociarse de la experiencia. En otras palabras, la transición de la teoría a la práctica es sumamente importante. (P5)

Desafíos clínicos y limitaciones del sistema

Los enfermeros informaron con frecuencia la necesidad de integrar la historia clínica del paciente en la decisión para evitar el sub-triaje (riesgo subestimado), cubriendo las lagunas del protocolo estandarizado:

La historia clínica del paciente no siempre está incluida en el protocolo, pero siempre se considera en nuestra decisión. (P1)

Se identificaron debilidades estructurales en el MTS, específicamente en relación con la subjetividad de la evaluación del dolor y la rigidez de ciertos flujogramas. El caso de los pacientes diabéticos con hipoglucemia revertida en el ámbito prehospitalario se destacó como un riesgo crítico para la seguridad, en el que el protocolo puede sugerir una prioridad baja («Verde») para un paciente inestable:

El paciente [...] llega con una infusión intravenosa de glucosa y tiene una glucemia de 150 mg/dl. Según el triaje de Manchester, el paciente se clasifica como verde [...]. Estamos hablando de un paciente que, si se agota el suero [...], puede entrar rápidamente en un coma hipoglucémico. Hay una discrepancia entre el rojo y el verde... (P5)

Además, la ausencia de discriminadores fisiológicos como la diaforesis o la frecuencia respiratoria obliga a los enfermeros a realizar un «sobre-triaje» defensivo:

La palidez no es un discriminador en el MTS, ni tampoco la diaforesis. A veces, si percibo que el paciente no está bien, tiendo a sobre-triar. (P7)

Contexto organizacional

El ambiente de trabajo ejerce una influencia directa sobre el juicio clínico. La sobreocupación y la percepción de los tiempos de espera pueden condicionar, a veces de forma subconsciente, la asignación de prioridades para gestionar el flujo de pacientes:

Se considera la situación general, cuántas horas de tiempo de espera [...] y sé que muchas veces la decisión se infla o se desinfla por eso. (P1)

Estrategias para la gestión y la mejora de la calidad

Los participantes delinearon estrategias centradas en la gobernanza clínica, el desarrollo profesional y el apoyo tecnológico.

Calidad y gobernanza

Se sugirió la implementación de auditorías regulares como una herramienta de rendición de cuentas y aprendizaje continuo, que permite la revisión de casos complejos:

Quizás, sería bueno tener auditorías regulares y luego retomar esos casos durante la formación. (P7)

Desarrollo profesional

La supervisión clínica estructurada para los nuevos enfermeros se identificó como esencial para la seguridad durante el período de inducción:

El enfermero que realiza el triaje debería trabajar bajo supervisión durante 15 días a un mes. (P2)

Tecnología

Para respaldar la toma de decisiones, la integración de herramientas complementarias, como el *National Early Warning Score* (NEWS), se propuso tras el triaje inicial.

A nivel tecnológico, se requiere la interoperabilidad de los sistemas de información para garantizar el acceso inmediato a la historia terapéutica, reduciendo así la incertidumbre clínica. Por último, se destacó la necesidad de apoyo institucional para proteger al enfermero de triaje de las interrupciones externas:

Debería haber una orden del líder del equipo [...] que establezca que el enfermero que realiza el triaje no puede ser molestado. (P8)

DISCUSIÓN

Este estudio exploró las percepciones de diez enfermeros sobre su toma de decisiones en el triaje del servicio de urgencias, identificando factores influyentes clave y posibles estrategias de mejora. Los hallazgos sugieren que el triaje se entiende como un proceso complejo de juicio clínico configurado por dimensiones individuales, relacionadas con el paciente, sistémicas y organizacionales, con implicaciones directas para la seguridad del paciente.

El papel central del capital humano en la seguridad del triaje está bien establecido en la literatura, y los presentes hallazgos aportan una comprensión más detallada. Los enfermeros con mayor exposición clínica demostraron no solo decisiones más precisas, sino también un proceso de razonamiento cualitativamente diferente, que integra los discriminadores algorítmicos con el juicio clínico contextual¹²⁻¹³.

Cabe destacar que el valor percibido de la formación formal estuvo mediado por el nivel de experiencia: los enfermeros menos experimentados atribuyeron mayor peso a la cualificación teórica, mientras que los enfermeros con más antigüedad consideraron la formación valiosa solo cuando se consolidaba mediante la práctica clínica. Esta divergencia es coherente con revisiones previas que destacan la interdependencia entre la formación formal y la exposición clínica en el desarrollo de la competencia para el triaje¹⁴. Estos hallazgos tienen implicaciones importantes para la gestión de enfermería, ya que sugieren que perder personal experimentado representa un agotamiento del capital de seguridad que no puede compensarse de inmediato únicamente con programas de contratación o de formación. Los hallazgos refuerzan la posición de la *Ordem dos Enfermeiros*, que defiende que el triaje debe ser realizado por un enfermero especialista con experiencia en el cuidado del paciente crítico¹⁵.

La integración de la historia clínica previa en los juicios de triaje, incluso cuando el protocolo no la exige explícitamente, refleja un comportamiento adaptativo bien documentado en los enfermeros experimentados, quienes amplían su razonamiento clínico más allá de los límites algorítmicos para mitigar el riesgo de sub-triaje¹⁶. Estos

hallazgos cobran relevancia cuando se consideran junto con las limitaciones estructurales del MTS identificadas en este estudio.

No obstante, se identificaron limitaciones significativas dentro del sistema de triaje estandarizado. La subjetividad inherente a la evaluación del dolor representa una vulnerabilidad reconocida de las herramientas de triaje estandarizadas, con evidencia que la vincula a una asignación ineficiente de recursos y a un aumento de las tasas de sobre-triaje¹⁷.

De forma más crítica, la rigidez de ciertos flujogramas plantea riesgos latentes para la seguridad que trascienden el juicio individual. El flujograma de «Diabetes» es un ejemplo paradigmático: la evidencia indica que el riesgo de hipoglucemia recurrente persiste hasta 24 horas después de un episodio, en particular tras la administración de insulina¹⁸, una realidad clínica que una clasificación guiada por protocolo no logra captar.

La ausencia de discriminadores fisiológicos clave en el MTS estándar agrava aún más esta vulnerabilidad. La frecuencia respiratoria es un marcador temprano y sensible del deterioro clínico¹⁹, y la diaforesis se asocia estrechamente con el compromiso hemodinámico²⁰, pero ninguno está incorporado en el sistema. Su exclusión deja a los enfermeros con dos alternativas subóptimas: confiar en la intuición o recurrir por defecto al sobre-triaje defensivo para garantizar la seguridad del paciente. Una limitación paralela surge con los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cuya disnea basal puede desencadenar clasificaciones de prioridad inapropiadamente altas, socavando la especificidad del sistema para las afecciones crónicas²¹.

El juicio clínico en el triaje está intrínsecamente configurado por el contexto organizacional, y los presentes hallazgos ilustran cómo las presiones sistémicas pueden distorsionar de forma silenciosa la asignación de prioridades. La influencia de la sobreocupación en la toma de decisiones es especialmente preocupante porque, como reconocieron los participantes, su efecto sobre el triaje suele ser subconsciente, lo que significa que el sesgo impulsado por el flujo puede operar por debajo del umbral de la conciencia deliberada^{7,22}.

Más allá del flujo de pacientes, el entorno físico y cognitivo del área de triaje introduce capas adicionales de vulnerabilidad. Los estresores ambientales, como el ruido y la luz natural insuficiente, se han asociado con la fatiga cognitiva y una menor precisión en las decisiones²³⁻²⁴, mientras que las interrupciones externas durante la evaluación alteran el razonamiento concentrado que exige un triaje seguro²⁵. En conjunto, estos factores sugieren que la seguridad del triaje no es únicamente una función de la competencia individual, sino que es coproducida por las condiciones organizacionales en las que se toman las decisiones.

Las estrategias de mejora propuestas reflejan una comprensión sofisticada de la naturaleza sistémica del riesgo del triaje, abordando de manera integrada la gobernanza, la tecnología y los factores humanos. La auditoría regular emerge no solo como un mecanismo de rendición de cuentas, sino como un vehículo para el aprendizaje colectivo, que transforma los casos complejos o atípicos en conocimiento compartido que fortalece la memoria institucional²⁶.

La integración propuesta del *National Early Warning Score* (NEWS) tras el triaje inicial representa una respuesta clínicamente fundamentada a las limitaciones de subjetividad identificadas anteriormente, en particular dada la evidencia que vincula su implementación con reducciones de los paros cardíacos y de la duración de la estancia hospitalaria²⁷. Esto ofrece un anclaje objetivo para complementar la clasificación guiada por protocolo. De manera similar, la demanda de interoperabilidad entre los sistemas de información prehospitalarios e intrahospitalarios aborda una brecha estructural

con implicaciones directas para la seguridad, ya que la transferencia fragmentada de información sigue siendo una fuente reconocida de incertidumbre y error clínicos²⁸.

Estos hallazgos conllevan implicaciones concretas para la gestión de enfermería. Para trasladar estos hallazgos a la práctica, los gestores de enfermería deberían considerar las siguientes estrategias accionables:

- **Gobernanza clínica y protocolos locales:** los gestores deben reconocer las limitaciones de los algoritmos estándar. Los órganos de gobernanza deberían aprobar protocolos locales que exijan el uso de complementos objetivos (p. ej., NEWS) y que respalden a los enfermeros que elevan la prioridad con base en la preocupación clínica, mitigando los riesgos identificados en relación con los pacientes diabéticos o respiratorios.

- **Desarrollo de la fuerza laboral:** dada la dependencia de la «experiencia», los gestores deberían ir más allá de la supervisión ad hoc. Es esencial implementar programas estructurados de mentoría. La mentoría basada en la evidencia mejora los procesos clínicos y el desarrollo profesional²⁹, reduciendo la brecha entre la teoría y la práctica para los enfermeros noveles.

- **Cultura de seguridad y liderazgo:** el liderazgo debe proteger activamente el proceso de triaje. Implementar políticas que restrinjan las interrupciones no clínicas²⁵ es una intervención de gestión de bajo costo para preservar el enfoque cognitivo requerido para un triaje preciso.

Este estudio tiene limitaciones inherentes a su diseño cualitativo. El uso de una muestra por conveniencia de una única institución del norte de Portugal implica que los hallazgos no pueden generalizarse estadísticamente a otros contextos. Además, el investigador principal realizaba una pasantía en el sitio del estudio. Aunque se emplearon medidas de rigor, como la triangulación por tres investigadores, para garantizar la fiabilidad⁸, debe reconocerse el potencial de sesgo de familiaridad. No obstante, la coherencia de los temas con la literatura internacional sugiere un alto grado de transferibilidad a otros servicios de urgencias que enfrentan limitaciones de recursos similares.

CONSIDERACIONES FINALES

La toma de decisiones de enfermería en el triaje es un proceso complejo y multifactorial en el que la experiencia profesional actúa como el principal amortiguador frente a las limitaciones de los protocolos estandarizados y las presiones organizacionales. Este estudio resalta que, si bien el Sistema de Triage de Manchester aporta estructura, requiere el mediador de la pericia humana —específicamente, las cualificaciones especializadas y el pensamiento crítico— para garantizar la seguridad del paciente, en particular en presentaciones clínicas ambiguas como el dolor o la diabetes inestable.

Para la gestión de enfermería, los hallazgos subrayan que la seguridad no puede depender únicamente de los protocolos. Las organizaciones deben invertir en una gobernanza clínica robusta mediante auditorías regulares y revisiones de los procedimientos, y transitar de la supervisión informal hacia programas estructurados de mentoría. Al proteger el entorno del triaje de las interrupciones y valorar la pericia específica que requiere este rol, los líderes del sector salud pueden mejorar significativamente la precisión y la seguridad de la atención de urgencia. La investigación futura debería centrarse ahora en cuantificar el impacto de estas intervenciones de mentoría en la reducción de eventos adversos.

REFERENCIAS

1. Sartini M, Carbone A, Demartini A, Giribone L, Oliva M, Spagnolo AM, et al. Overcrowding in emergency department: causes, consequences, and solutions - a narrative review. Healthcare [Internet]. 2022 [cited 2025 Jul 16];10(9):1625. Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare10091625>
2. Azeredo TRM, Guedes HM, de Almeida RAR, Chianca TCM, Martins JCA. Efficacy of the manchester triage system: a systematic review. Int Emerg Nurs [Internet]. 2015 [cited 2025 Jul 16];23(2):47-52. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.06.001>
3. Grupo Português de Triage. O Sistema de Triage de Manchester e as vias verdes: princípios aplicáveis, integração e compatibilização de metodologias de trabalho [Internet]. Lisboa: Hospital Amadora Sintra; 2011 [cited 2025 Jul 16]. 9 p. Available from: <https://www.grupoportuguestriage.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triage-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>
4. Cicolo EA, Ayache Nishi F, Ciqueto Peres HH, da Cruz DALM. Effectiveness of the Manchester Triage System on time to treatment in the emergency department: a systematic review protocol. JBI Database System Rev Implement Rep [Internet]. 2017 [cited 2025 Jul 16];15(4):889-98. Available from: <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-003119>
5. Fekonja Z, Kmetec S, Fekonja U, Reljić NM, Pajnkihar M, Strnad M. Factors contributing to patient safety during triage process in the emergency department: asystematic review. J Clin Nurs [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 16];32(17-18):5461-77. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.16622>
6. da Costa FAD, Torres RS, de Sousa CPF. Manchester Triage: Nurses' perceptions of its contributions and influencing factors. Rev Enferm Ref [Internet]. 2022 [cited 2025 Jul 16];6(1):e21028. Available from: <https://doi.org/10.12707/rv21028>
7. Gorick H, McGee M, Wilson G, Williams E, Patel J, Zonato A, et al. Understanding triage assessment of acuity by emergency nurses at initial adult patient presentation: A qualitative systematic review. Int Emerg Nurs [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 16];71:101334. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2023.101334>
8. Vilelas J. Investigação: o processo de construção do conhecimento. 4th. Lisboa: Edições Sílabo, Lda; 2025. 584p
9. Serviço Nacional de Saúde (SNS). Atendimentos por tipo de urgência hospitalar. [Internet]. Lisboa: SNS; 2025 [cited 2025 Jun 26]. Available from: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/atendimentos-por-tipo-de-urgencia-hospitalar-link/table/?sort=tempo>
10. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki. JAMA [Internet]. 2013 [cited 2025 Jul 16];310(20):2191. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
11. Bardin L. Análise de Conteúdo. 4th. Coimbra: Edições 70; 2024. 288p
12. Essa CD, Victor G, Khan SF, Ally H, Khan AS. Cognitive biases regarding utilization of emergency severity index among emergency nurses. Am J Emerg Med [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 16];73:63-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2023.08.021>
13. Jeong G, Lee H. Influence of emergency department nurses' grit, Self-Leadership, and communication on their triage competencies: a descriptive survey study. Korean J Adult Nurs [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 16];35(4):356-66. Available from: <https://doi.org/10.7475/kjan.2023.35.4.356>
14. Gorick H. Factors that affect nurses' triage decisions in the emergency department: a literature review. J Emerg Nurs [Internet]. 2022 [cited 2025 Jul 16];30(3):14-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35224917/>
15. Ordem dos Enfermeiros. Parecer do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica N.º 04/2021 [Internet]. 2021 [cited 2025 Jul 12]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21432/parecer-n%C2%BA-04_ce-e-mceemc-fun%C3%A7%C3%B5es-enfermeiros-siv-e-sub.pdf

16. Saban M, Zaretsky L, Patito H, Salama R, Darawsha A. Round-off decision-making: why do triage nurses assign STEMI patients with an average priority? *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2019 [cited 2025 Jul 16];43:34-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.07.001>
17. Ku NWK, Cheng MT, Liew CQ, Chen YC, Sung CW, Ko CH, et al. Prospective study of pain and patient outcomes in the emergency department: a tale of two pain assessment methods. *Scand. J Trauma Resusc Emerg Med* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 16];31:56. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13049-023-01130-9>
18. Nakhleh A, Shehadeh N. Hypoglycemia in diabetes: An update on pathophysiology, treatment, and prevention. *World J Diabetes* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jul 16];12(12):2036-49. Available from: <https://doi.org/10.4239/wjd.v12.i12.2036>
19. Nicolò A, Massaroni C, Schena E, Sacchetti M. The importance of respiratory rate monitoring: from healthcare to sport and exercise. *Sensors* [Internet]. 2020 [cited 2025 Jul 16];20(21):6396. Available from: <https://doi.org/10.3390/s20216396>
20. Kashani K, Omer T, Shaw AD. The Intensivist's perspective of shock, volume management, and hemodynamic monitoring. *Clin J Am Soc Nephrol* [Internet]. 2022 [cited 2025 Jul 16];17(5):706-16. Available from: <https://doi.org/10.2215/cjn.14191021>
21. Ausserhofer D, Zaboli A, Pfeifer N, Siller M, Turcato G. Performance of the Manchester Triage System in patients with dyspnoea: A retrospective observational study. *International Emergency Nursing* [Internet]. 2020 [cited 2025 Jul 16];53:100931. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100931>
22. Yang J, Wan X, Yu P, Li X. Factors affecting the triage decision-making ability of emergency nurses in Northern China: A multi-center descriptive survey. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 16];67:101264. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2023.101264>
23. Reay G, Smith-MacDonald L, Then KL, Hall M, Rankin JA. Triage emergency nurse decision-making: incidental findings from a focus group study. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2019 [cited 2025 Jul 16];48:100791. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.100791>
24. Suamchaiyaphum K, Jones AR, Markaki A. Triage accuracy of emergency nurses: an evidence-based review. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jul 16];50(1):44-54. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.10.001>
25. Johnson KD, Gillespie GL, Vance K. Effects of interruptions on triage process in emergency department. *J Nurs Care Qual* [Internet]. 2018 [cited 2025 Jul 16];33(4):375-81. Available from: <https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000314>
26. Ouellet S, Gallani MC, Fontaine G, Mercier É, Lapierre A, Severino F, et al. Strategies to improve the quality of nurse triage in emergency departments: A systematic review. *J Nurs Care Qual* [Internet]. 2025 [cited 2025 Jul 16];81:101639. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2025.101639>
27. Williams B. The National Early Warning Score: from concept to NHS implementation. *J Clin Med* [Internet]. 2022 [cited 2025 Jul 16];22(6):499-505. Available from: <https://doi.org/10.7861/clinmed.2022-news-concept>
28. Li E, Clarke J, Ashrafian H, Darzi A, Neves AL. The impact of electronic health record interoperability on safety and quality of care in high-income countries: systematic review. *J Med Internet Res* [Internet]. 2022 [cited 2025 Jul 16];24(9):e38144. Available from: <https://doi.org/10.2196/38144>
29. Sérgio MSSBB, de Carvalho ALRF, Pinto CMCB. Perception of portuguese nurses: clinical supervision and quality indicators in nursing care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 16];76(3):e20220656. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0656>

Nurses' decision-making in the Manchester Triage System: influencing factors and improvement strategies*

ABSTRACT

Objective: To explore nurses' perceptions of decision-making in the Manchester Triage System, including implications for patient safety and improvement strategies. **Method:** A qualitative and exploratory study was conducted in an emergency department in northern Portugal. Convenience sampling included ten nurses with over two years of triage experience. Semi-structured interviews were performed in May 2025 and analysed using Bardin's content analysis. **Results:** Triage was perceived as an essential contributor to patient safety by prioritising complaints and defining appropriate waiting times. Decision-making was influenced by nurse-related factors, patient-related factors, triage system limitations, and organisational context. Suggested improvements included audits, protocol revision, structured pain assessment, integration of early warning scores, ongoing training/recertification, mentorship, better information system interoperability, and institutional measures to reduce interruptions. **Conclusion:** Triage decision-making is multifactorial and requires continuous professional development and organizational support.

DESCRIPTORS: Triage; Nurses; Emergency Service, Hospital; Professional Training; Patient Safety.

*Artículo extraído de la tesis de maestría: "Fatores que Influenciam a Tomada de Decisão dos Enfermeiros na Triagem de Manchester", Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, Vila Nova de Famalicão, Portugal, 2026.

Recibido en: 30/01/2026

Aprobado en: 09/06/2026

Editor asociado: Dra. Juliana Balbinot Reis Girondi

Autor correspondiente:

Nuno Alexandre Ribeiro Ferreira da Silva
Escola Superior de Saúde do Vale do Ave
Rua José Aantónio Vidal, 81; 4760-409 Vila Nova de Famalicão, Portugal
E-mail: nuno.arfs@gmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **da Silva NARF, Salgado CDM, de Oliveira LCN, Campos RAV, Alves TR, Fernandes JFFA, de Araújo IMB**. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **da Silva NARF, Salgado CDM, de Oliveira LCN, Campos RAV, Alves TR, Fernandes JFFA, de Araújo IMB**. Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **da Silva NARF**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses:

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

Disponibilidad de datos:

Los autores declaran que todos los datos están completamente disponibles en el cuerpo del artículo.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).