

SAAS



# Bases conceptuais i manual de formació



# **MODEL ANDORRÀ DE TRIATGE (MAT)**

Un nou sistema de triatge català

*Editat per*

*Josep Gómez Jiménez*

**Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS)**

**Societat Catalana de Medicina d'Urgència (SCMU)**

Maquetació: Grafinter

Imprimeix: Grafinter

ISBN: 99920-1-496-2

Dipòsit Legal: AND-373/2004

©2004 Josep Gómez Jiménez. Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS). Reservats tots els drets. Cap part d'aquesta publicació podrà ser reproduïda, emmagatzemada o transmesa en qualsevol forma o per qualsevol procediment electrònic, mecànic, de fotocòpia, de registre o de cap altre tipus, sense el permís previ de l'editor.

# AUTORS

**Josep Gómez Jiménez.** Metge. Coordinador del Model andorrà de triatge (MAT). Coordinador del Sistema Español de Triage (SET). Cap del Servei d'Urgències de l'Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS).

**Joan Bernat Ferrando Garrigós.** Diplomati Universitari en Infermeria. Membre del Grup de Triage de la Societat Catalana de Medicina d'Urgència (SCMU). Coordinador de Formació i Qualitat de l'Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS).

**Josep Lluís Vega García.** Metge. Membre del Grup de Triage de la Societat Catalana de Medicina d'Urgència (SCMU). Cap del Servei d'Urgències. Hospital Municipal de Badalona.

**Santiago Tomàs Vecina.** Metge. Membre del Grup de Triage de la Societat Catalana de Medicina d'Urgència (SCMU). Cap del Servei d'Urgències. Hospital Mútua de Terrassa.

**Fermí Roqueta Egea.** Metge. Membre del Grup de Triage de la Societat Catalana de Medicina d'Urgència (SCMU). Cap del Servei d'Urgències. Fundació Althaia. Manresa.

**Manel Chanovas Borràs.** Metge. Membre del Grup de Triage de la Societat Catalana de Medicina d'Urgència (SCMU). Responsable del Servei d'Urgències. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa.

# COL-LABORADORS

3

**Jordi Puiguriguer Ferrando.** Metge. Excoordinador clínic. Servei d'Urgències de l'Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Coordinador d'Urgències. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

**Francesc Boneu Olaya.** Metge. Coordinador clínic. Servei d'Urgències de l'Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS).

**Ester Albert Cortès.** Diplomada Universitària en Infermeria. Coordinadora d'infermeria del Servei d'Urgències de l'Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS).

**Josepa Prats Margarit.** Diplomada Universitària en Infermeria. Infermera del Servei d'Urgències de l'Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS).

**Susanna Llaudet Pérez.** Diplomada Universitària en Infermeria. Infermera del Servei d'Urgències de l'Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS).

**Gisela Culla Ginesta.** Diplomada Universitària en Infermeria. Infermera del Servei d'Urgències de l'Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS).

**Josefina Rovira Coromina.** Diplomada Universitària en Infermeria. Coordinadora d'infermeria del Servei d'Urgències de la Fundació Althaia. Manresa.



# ÍNDEX

Presentació	9
Pròleg	11
1. Introducció	13
2. Breu història del triatge d'urgències	19
3. Utilitat, validesa, rellevància i reproductibilitat d'un sistema de triatge estructurat	23
4. Escales, sistemes i models de classificació de 5 categories o nivells de triatge	29
4.1 Nivells d'urgència de les escales de 5 categories de triatge	30
4.2 L'assignació del nivell de triatge	32
4.3 El percentil d'acompliment i el percentil d'acompliment marginal	33
4.4 Altres indicadors de qualitat dels sistemes de triatge de 5 categories	35
4.5 Síntomes sentinella, diagnòstics sentinella i categories Simptomàtiques	42
5. Categories simptomàtiques, discriminants i escales de gravetat	45
5.1 Categories simptomàtiques o sindròmiques	45
5.2 Classificació de motius de consulta en el web_e-PAT v3.0	53
5.3 Relació entre les categories simptomàtiques del MAT i la classificació internacional de malalties	67
6. Discriminants. Constants i signes vitals. Abordatge del dolor en el MAT	71
6.1 Constants i signes vitals	71
6.2 El dolor com a símptoma	73
6.3 Abordatge del dolor en el triatge	
7. Abordatge de la urgència en el MAT. Escales de gravetat	79
8. Algorismes generals i escala de triatge del MAT	89
8.1 Algorismes generals	89
8.2 Escala de triatge del MAT	100
9. Exigències d'implantació del MAT	109
9.1 Conjunt mínim bàsic de dades assistencials d'urgències (CMBDU) proposades pel MAT	110
9.2 Anàlisi de comparació amb l'estàndard o Benchmarking	112
9.3 Anàlisi de casuística o case mix	113
10. El rol del professional de triatge: gestió de sales, espais i equips.	
El ritme del triatge, la reavaluació	135
10.1 Assignació del nivell de triatge	135
10.2 El procés de triatge	136

10.3 Elements de l'avaluació del triatge	136
10.4 Reavaluacions	137
10.5 Tècniques per a l'entrevista de triatge	137
10.6 El triatge com a procés d'infermeria	138
10.7 Funcions d'infermeria de triatge	139
10.8 Qualificació del personal de triatge	139
11. Pla funcional del triatge segons el MAT	141
11.1 Organització estructural	142
11.2 Organització funcional	143
11.3 La comissió de triatge	148
11.4 Pla de comunicació	148
11.5 Formació i formació continuada	148
12. Web_e-PATv3.0: Bases per a la instal·lació i instruccions d'ús. Anàlisi estadística	151
13. Introducció teòrica a l'anàlisi d'escenaris. Casos clínics de triatge	177
14. Escenaris clínics de triatge	181
15. Referències	193
Annex 1. Procés d'implantació del Model andorrà de triatge (MAT) al Servei d'Urgències de l'Hospital Nostra Senyora de Meritxell i Memòria del MAT	201
Annex 2. Protocols de triatge avançat i directrius mèdiques avançades	215
Annex 3. Elements d'informació per a la història clínica electrònica Estandarditzada vinculada al MAT	241
Annex 4. Llenguatges estandarditzats d'infermeria i Model andorrà de triatge: NIC-MAT V1.0	265

*In Memoriam*  
Frederic Palmitjavila Puente



# PRESENTACIÓ

*L'experiència de diferents països (Austràlia, Canadà, EUA i Andorra) que han implantat un sistema de triatge estructurat, basat en una escala de triatge de 5 nivells, vàlida, útil, rellevant i reproduïble, com a mesura fonamental per controlar el risc dels pacients que esperen per ser visitats i millorar l'eficiència dels serveis d'urgències, ha demostrat la importància del triatge com a motor de millora de la qualitat en aquests serveis, i s'ha convertit en un dels avenços més importants de la medicina d'urgències dels últims anys.*

*Societats científiques internacionals com l'American College of Emergency Physicians (ACEP), la Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), l'Australasian College for Emergency Medicine (ACEM) i les diferents Emergency Nurses Associations (ENA), i nacionals com la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) i la Societat Catalana de Medicina d'Urgència (SCMU), ho recomanen.*

*Diversos treballs avalen aquest fet, alguns d'ells publicats recentment pel grup de triatge del Servei d'Urgències de l'Hospital Nostra Senyora de Meritxell d'Andorra.*

*La falta d'un sistema homogeni de triatge d'urgències a Catalunya, i l'existència d'un model de triatge modern, experimentat, validat i en català, en un sistema sanitari pròxim al nostre com és l'andorrà, ha portat la Societat Catalana de Medicina d'Urgència (SCMU) a recomanar la implantació del Model andorrà de triatge (MAT), als serveis d'urgències dels hospitals de Catalunya, com estàndard català de triatge d'urgències i emergències.*

*Aquesta recomanació va de la mà de la necessitat de formar en triatge i en el MAT els professionals dels serveis d'urgències de tots aquells centres sanitaris interessats a implantar-lo.*

*Aquest manual, doncs, respon a la necessitat dels centres hospitalaris, de dotar-se d'eines que millorin la qualitat dels serveis d'urgències, dels professionals, que veuran com la seva feina diària es realitza amb un major control i seguretat, i social, ja que el sistema de triatge estructurat que es proposa és un sistema totalment dirigit a l'usuari, amb la finalitat de disminuir el risc, millorar el tracte humà amb els professionals, dins d'un concepte global de qualitat total i justícia en l'ordre d'atenció.*

**Manel R. Chanovas**  
**President de la SCMU**



# PRÒLEG

De la mateixa manera que ens vàrem felicitar per l'edició dels llibres del *Sistema español de triaje* (SET), aquest nou volum acaba per tancar el cercle sobre l'ordenació dels pacients atesos als serveis d'urgències i els criteris de prioritització amb què han d'actuar els recursos sanitaris en cada cas disponibles. Amb un esperit de superació, que es fa palès en alguns capítols que s'hi exposen encara amb major amplitud i profunditat docent i sistemàtica que la primera publicació.

És tant per als professionals com per als usuaris, l'ordre en aquest cas resulta difícil de precisar, una eina extraordinària per garantir l'òptima aplicació d'uns recursos sempre escassos i per a poder respondre amb objectivitat al compromís social adquirit.

En aquest sentit cal que, dia a dia, es revisi i es renovi la missió dels establiments sanitaris de naturalesa pública, pel que fa a vetllar per la millora de l'accessibilitat dels seus serveis, i molt en especial, l'accessibilitat als serveis d'urgències. Aquests centres tenen el compromís, irrenunciable, d'establir una organització adequada per a facilitar l'atenció sanitària. Organització que passa per dotar els seus serveis d'una estructura humana, tecnològica i física, permanentment orientada a la distribució equitativa en la prestació de l'atenció sanitària urgent als ciutadans i per complir la prestació sanitària amb el deure individual i col·lectiu d'una atenció assistencial basada en els millors criteris de gestió i ordenació del flux de pacients.

Els autors d'aquesta obra publiquen la versió en català del Model andorrà de triatge (MAT), que va néixer com una proposta de millora dels fluxos d'entrada dels pacients al Servei d'Urgències de l'Hospital Nostra Senyora de Meritxell, i que, traspasant les nostres fronteres, s'està mostrant útil i vàlid per a altres centres culturalment propers. El MAT, després de tres anys de funcionament amb un rodatge continu, i més de cent mil pacients atesos, ha demostrat ser capaç de resoldre els conflictes permanents que es plantegen a l'arribada dels pacients al servei d'urgències en demanda d'atenció mèdica. En el nostre cas ha suposat un pas endavant del tot irreversible, i és més que segur, doncs, que també representarà una millora substancial per a tots aquells centres que vulguin millorar el primer contacte i l'atenció assistencial que presten als qui demanen els seus serveis.

**Salvador Pàmies Esteller**  
**Director General**  
**Servei Andorrà d'Atenció Sanitària**



# | 1 | Introducció

Històricament, el triatge sanitari es va desenvolupar per la necessitat de donar prioritat als soldats ferits al camp de batalla. Va ser al començament del segle XIX, quan un metge de l'exercit de Napoleó, el Baró Dominique Jean-Larrey (1766-1842) a França, es va adonar que per millorar la supervivència dels soldats ferits, era necessari atendre primer i de forma ràpida els més greus (treatge ve del francès *trier*, que vol dir triar, escollir o ordenar). Durant el segle següent, aquesta pràctica es va estendre per tots els camps de batalla, de manera que els soldats que no podien ser operats immediatament, rebien tot el tractament necessari per mantenir-los en les millors condicions possibles. D'aquesta manera, el triatge ha estat una ajuda molt important per millorar el pronòstic dels ferits en temps de guerra.

El triatge als serveis d'urgències es va començar a introduir tímidament durant el segle XX, amb un primer exponent clar l'any 1964 als EUA per part d'en E. Richard Weirman, encara que no ha estat universalment aplicat fins els últims anys, quan els serveis d'urgències van començar a tenir personal i estructura propis. El desenvolupament estructural i professional dels serveis d'urgències i emergències ha estat paral·lel al desenvolupament i la implantació de sistemes, models o escales de triatge d'urgències i emergències.

Actualment, el grau d'implantació del triatge d'urgències estructurat arreu del món és variable, en funció del model sanitari dels diferents països. Així, els països anglosaxons (EUA, Austràlia, Canadà i Anglaterra) han estat pioners en el desenvolupament de serveis d'urgències estructurats i en el desenvolupament professional de la urgència i l'emergència mèdica, mitjançant la implantació d'una especialització en urgències i emergències. Aquest fet s'ha associat al desenvolupament de sistemes de triatge estructurat als serveis d'urgències d'aquests països. D'altres països, han tingut o estan tenint més dificultats per evolucionar cap a aquesta estructuració funcional i professional de la urgència i l'emergència mèdica, cosa que ha anat en paral·lel amb la permanència de sistemes de triatge poc professionalitzats, comptant moltes vegades només amb un triatge administratiu. Podem dir que el model de triatge dels serveis d'urgències d'un país és un bon indicador del grau de maduresa del sistema sanitari en l'atenció a les urgències i emergències.

Entenem per urgència aquella situació clínica amb capacitat per generar deteriorament o perill per a la salut o la vida del pacient, en funció del temps transcorregut entre la seva aparició i la instauració d'un tractament efectiu, que condiciona un episodi assistencial amb important consum de recursos, en un curt període de temps. Aquest concepte porta implícits la necessitat

d'ajustar la resposta assistencial al grau d'urgència, de forma que els pacients més urgents siguin atesos més ràpidament, i la necessitat d'adequació entre el grau d'urgència i els recursos necessaris per solucionar-la.

El concepte d'urgència vinculat al procés de triatge és un concepte complex, que ha de relacionar-se necessàriament amb el concepte d'agudesia i gravetat. En general els processos clínics més aguts, que es presenten amb característiques de major gravetat, són els que generen un major grau d'urgència, i es parla llavors d'emergència. Aquesta relació se satura en condicions de catàstrofe o en incidents amb múltiples víctimes, de forma que podem observar que en aquestes circumstàncies al nivell de màxima gravetat (pacients moribunds o amb lesions difícilment compatibles amb la vida) s'associen nivells d'urgència més baixos. Aquest fenomen pot observar-se també, en ocasions, fora d'aquestes situacions catastròfiques, en pacients amb patologies terminals o sense possibilitats de supervivència.

El concepte d'urgència, així entès, es vincula a la pregunta: amb quina rapidesa necessita el pacient ser visitat pel metge? I no a la pregunta: com de malalt està el pacient? Les dues preguntes són tècnicament diferents. La primera es vincula a la urgència del procés i a la necessitat d'actuació ràpida. La segona pot vincular-se a aquests conceptes o no.

El triatge sanitari inclou tant el triatge d'urgències i emergències com el triatge de catàstrofe. En un sentit ampli, el triatge d'urgències i emergències i el triatge de catàstrofe coincideixen en el principi de prioritització de l'assistència sobre la base d'una qualitat, el grau d'urgència, avaluat per una escala d'urgència, constituint-se ambdós en un mateix procés, l'aplicació del qual vindrà marcada pel grau d'adequació entre el nombre de pacients que hi ha per triar i la seva urgència potencial, i els efectius i recursos disponibles en el lloc a on es fa. Així podem definir:

1. Triage de catàstrofe: sistema utilitzat per establir les prioritats d'atenció i/o evacuació de les víctimes en cas de catàstrofe, segons el seu grau d'urgència.
2. Triage d'urgències i emergències: procés de valoració clínica preliminar que ordena els pacients abans de la valoració diagnòstica i terapèutica completa, de forma que en una situació de saturació del servei o de disminució de recursos, els pacients més urgents són tractats els primers. El triatge d'urgències i emergències classifica els pacients que acudeixen al servei d'urgències, hospitalari o extrahospitalari, de manera que s'atenen segons el grau d'urgència dels seu cas i, amb independència de l'ordre d'arribada, s'estableixen els temps d'espera raonables perquè l'equip mèdic els visiti i els tracti.

De forma extensiva, el terme triatge d'urgències i emergències s'aplica també:

1. Al procés de classificació de pacients, en funció del grau d'urgència, que contacten directament o indirectament amb qualsevol esglaó del sistema sanitari d'atenció a les urgències i emergències (centres d'atenció primària, consultoris, centres sanitaris en àmbit rural, etc.)
2. Especialment, al procés de classificació en els centres coordinadors o reguladors d'urgències i emergències (triatge telefònic), i a l'adaptació de recursos d'assistència extrahospitalària o prehospitalària que aquesta classificació implica. Es fa extensiu també a la relació que s'estableix entre el grau d'urgència dels pacients, valorat pel centre regulador o l'equip assistencial d'un dispositiu d'atenció prehospitalari

(o professional sanitari que valori al pacient *in situ*), la categorització del transport sanitari i l'adequació de recursos hospitalaris en l'àmbit de l'assistència prehospitalària a les urgències i emergències. Així podem definir-lo com el procés de classificació dels pacients pel centre coordinador o regulador d'urgències i emergències o per un equip d'atenció prehospitalària, segons la valoració protocol·litzada del seu grau d'urgència, de forma que s'estableixin els temps d'espera raonables per ser atesos i tractats per l'equip mèdic, s'activi el millor recurs d'atenció per al seu cas o el millor mitjà de transport sanitari al centre hospitalari més adequat, independentment de l'ordre de la demanda assistencial”.

El concepte de triatge sanitari estructurat fa referència a la disponibilitat d'una escala de triatge vàlida, útil, rellevant i reproduïble, i d'una estructura física, professional i tecnològica als serveis, dispositius i centres on s'atenen les urgències i emergències, que permetin fer el triatge dels pacients segons un model de qualitat avaluable i contínuament millorable.

El triatge dels pacients als serveis, dispositius i centres on s'atenen les urgències i emergències és un procés sanitari fonamental de l'assistència que s'ha de realitzar en un ambient adequat i per professionals qualificats i entrenats. Aquest procés s'ha de dur en un temps curt, de forma àgil i efectiva, perquè el procés no perdi la seva raó primària de ser, que és garantir la seguretat dels pacients que esperen a ser visitats per l'equip mèdic. Els pacients més urgents seran atesos els primers, i la resta seran controlats contínuament i reavaluats fins que els pugui visitar l'equip mèdic.

L'estructuració del triatge comporta mecanismes de control continu de tot el que passa dins i fora del servei d'urgències i les àrees d'espera, ja que són funcions inherents al procés de triatge: la ubicació dels pacients triats, el control de temps d'espera, el control de sales i espais; com també, indirectament, la gestió de l'activitat dels diferents equips assistencials.

El triatge estructurat s'ha de realitzar tant en situacions de col·lapse com en absència de saturació del servei, les 24 hores del dia, i el seu funcionament ha de ser monitorat de forma contínua mitjançant l'avaluació dels indicadors de qualitat del triatge.

Els objectius finals d'un sistema o model de triatge d'urgències estructurat són:

- Identificar ràpidament els pacients que pateixen una malaltia que posa en perill la seva vida mitjançant un sistema de classificació, vàlid, útil, rellevant i reproduïble, amb l'objectiu de prioritzar-ne l'assistència (disminuir-ne el risc).
- Determinar l'àrea de tractament més adequada per als pacients que acudeixen als serveis d'urgències o al centre hospitalari més idoni per als pacients atesos pels serveis d'emergències.
- Disminuir la congestió de les àrees de tractament dels serveis d'urgències.
- Permetre l'avaluació contínua dels pacients mitjançant reavaluacions periòdiques que garanteixin que les seves necessitats d'atenció són satisfetes.
- Permetre una informació fluida als pacients i als seus familiars sobre els tractaments a realitzar i el temps d'espera.
- Proporcionar informació que permeti conèixer i comparar la casuística o case mix dels serveis d'urgències i emergències, amb la finalitat d'optimitzar recursos i millorar la gestió (millorar-ne l'eficiència).

- Crear un llenguatge comú per a tots els professionals que assisteixen les urgències i emergències, independentment de la mida, estructura o ubicació dels centres assistencials. Aquest punt és fonamental per millorar la gestió de les urgències i emergències, en el lloc on es produeixen i millorar la coordinació entre els diferents nivells assistencials.

A part d'aquests objectius últims, el triatge millora l'assistència donada als serveis d'urgències perquè facilita la disponibilitat del personal i millora el tracte humà envers els pacients i les seves famílies. Racionalitza els circuits d'entrada i sortida d'urgències, ja que obliga la resta de serveis a millorar les seves actuacions i circuits. Augmenta la qualitat global del servei que es dona, perquè obliga a avançar contínuament en la qualitat per assolir els objectius que el mateix sistema de triatge imposa, i millora finalment el pronòstic dels pacients que acudeixen a urgències. El triatge estructurat incrementa l'eficiència del servei d'urgències i disminueix el risc dels pacients que hi acudeixen. Un pacient d'un servei d'urgències amb un sistema de triatge estructurat, percebrà que és atès d'una forma ordenada, no sempre coincident amb la seva hora d'arribada, però sabrà que la seva espera sempre estarà condicionada per l'existència de pacients amb malalties més urgents. Estarà contínuament informat del temps d'espera, i serà avaluat periòdicament per evitar que la seva situació empitjori, cosa que posarà en marxa tots els mecanismes per no retardar la seva avaluació mèdica definitiva. Un pacient que espera ser visitat en un servei d'urgències amb un sistema de triatge estructurat, espera informat, atès i segur.

16

El funcionament eficaç d'un sistema de triatge estructurat necessita que hi hagi un equip de professionals que pugui identificar les necessitats dels malalts, decidir les prioritats i prendre les primeres mesures en l'atenció d'aquests. Ha de ser un equip de professionals qualificats i formats en l'aplicació del model de triatge. Aquest equip de professionals ha de disposar d'un sistema de triatge vàlid, útil, rellevant i reproduïble, amb suficient grau d'evidència científica per garantir-ne l'aplicabilitat i la seguretat.

Els factors d'èxit de la implantació d'un sistema de triatge estructurat són:

- La disponibilitat d'un model de triatge estructurat vàlid, útil, rellevant i reproduïble, amb suficient solidesa científica per ser aplicat tant als nens com als adults, independentment del tipus d'hospital o servei d'urgències hospitalàries, centre d'assistència primària o servei d'assistència extrahospitalària.
- Que el sistema de triatge estructurat disposi d'una escala de triatge de 5 categories o nivells de triatge, que hagi demostrat un índex de concordança interobservador suficientment alt, perquè s'apliquin amb seguretat tant facultatius com diplomats en infermeria (DI).
- L'estructuració física i tecnològica operativa i la dotació de personal en els serveis d'urgències i emergències d'acord amb les recomanacions proposades.
- L'adhesió dels responsables sanitaris, tant d'àmbit nacional com autonòmic, gestors, facultatius i DI, a les recomanacions científiques proposades.
- L'elaboració d'un programa de formació nacional uniforme.
- La creació d'un grup de formadors o instructors experts.
- La disponibilitat de pressupost de formació suficient.
- La presència d'un nombre suficient de professionals qualificats i formadors en triatge.

- La creació d'una comissió de triatge en els serveis d'urgències i emergències.
- La instauració d'un programa d'avaluació de la qualitat de l'activitat del triatge, segons un model de millora continua de la qualitat.
- La implantació d'un programa de formació continuada en triatge d'urgències i emergències.

El MAT és actualment l'estàndard de triatge en castellà per a tot el territori espanyol en forma de *Sistema español de triaje* (SET) .

El MAT és un model integrador dels aspectes més rellevants dels models actuals de triatge de 5 categories, als quals aporta aspectes de revisió i adaptació al nostre entorn sanitari.

El MAT constitueix un model aplicable, amb objectius operatius assumibles, proposats com a indicadors de qualitat del triatge, vàlid, útil, rellevant i reproducible, que aporta l'experiència i l'aplicació pràctica durant 3 anys i més de 100.000 pacients classificats, amb òptim compliment dels indicadors de qualitat proposats.

Els principis fonamentals del MAT són:

- El MAT és un model de triatge d'infermeria no excloent, integrat en una dinàmica de servei on es prioritza la urgència del pacient, sobre qualsevol altre plantejament estructural o professional, dins d'un model d'especialització d'urgències.
- El MAT és un model de triatge de 5 nivells de prioritització, normalitzat i dotat d'un programa informàtic de gestió del triatge, que permet registrar la classificació, el control de tots els pacients dins i fora del servei i el control de temps d'actuació.
- El MAT és un model dotat d'un programa informàtic d'ajut a la decisió clínica en el triatge (Programa d'ajuda al triatge: PAT), avaluat i validat, amb l'ajut continuat i amb registre anamnèsic del triatge.
- El MAT és un model integrat en un sistema de millora contínua de la qualitat, amb monitoratge d'indicadors de qualitat del triatge, que defineix un estàndard de motius de consulta a urgències i permet entre altres, avaluar la casuística o case mix del servei.
- El MAT s'integra en un model global d'història clínica electrònica, integradora de l'activitat mèdica i d'infermeria, estandarditzada i d'acord amb estàndards de qualitat, que permet un control total de la gestió clínica i administrativa del servei d'urgències i emergències.
- El MAT és un model que proposa adaptacions estructurals i de personal en els serveis d'urgències, en concordança amb les necessitats de qualitat del model, i formació específica pel personal de triatge.
- El MAT és un model de triatge estructurat holístic, vàlid tant en el terreny de la urgència i emergència hospitalària com en el de l'extrahospitalària, aplicable a infants i a adults, independentment del tipus d'hospital, dispositiu o centre d'assistència.