

## Revisión

# Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado

J. Gómez Jiménez

SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL NOSTRA SENYORA DE MERITXELL. PRINCIPAT D'ANDORRA.

### RESUMEN

La progresiva implantación del triaje estructurado en España hace necesario un esfuerzo de actualización conceptual permanente, dado que, como proceso dinámico que es, evoluciona basado en las experiencias de su implantación y gracias al avance de las evidencias científicas en torno a él.

La correcta comprensión de conceptos como el de urgencia, gravedad o complejidad, introducidos y clarificados en el marco de un constructo teórico basado en el triaje estructurado, y de las necesidades adaptativas del sistema sanitario a esta nueva realidad, hacen necesario un análisis exhaustivo de las posibilidades que el triaje estructurado ofrece para mejorar de forma continua nuestra calidad asistencial, haciendo especial mención al aprovechamiento de la labor del enfermero en la atención inicial de los pacientes y a la implementación de acciones multidisciplinarias desde el triaje como pueden ser, el triaje avanzado y las directrices médicas avanzadas, la actividad en las salas de visita rápida, el triaje multidisciplinar y la derivación a la atención primaria de salud.

**Palabras clave:** *Triaje estructurado. Triaje enfermero. Sistema Español de Triaje (SET). Modelo Andorrano de Triaje (MAT). Calidad.*

### ABSTRACT

#### **Urgency, severity and complexity: a theoretical construct of Emergencies based on structured triage**

The progressive establishment of structured triage in Spain renders necessary a permanent effort of concept updating as, being a dynamic process, the triage concept evolves based on the accumulated experience and on the scientific evidence. A correct understanding of concepts such as urgency, severity or complexity, introduced and clarified in a theoretical construct based on structured triage, and of the adaptive requirements of the health care system to this new reality, demand and exhaustive analysis of the possibilities that structured triage offers for continuous improvement of the quality of assistance. Particular emphasis should be made on taking advantage of the work of the nursing personnel in the initial attention of the patient, as well as on the implementation from triage of multidisciplinary actions such as advanced triage, advanced medical guidelines, activity in Fast Track units, multidisciplinary triage and referral to primary health care.

**Key Words:** *Structured triage. Nurse triage. Spanish Triage System (STS). Andorra Triage Model (ATM). Quality.*

### INTRODUCCIÓN

Existe una generalizada confusión entre el concepto de urgencia, tal como se entiende en los sistemas de triaje estructurado y el concepto de gravedad, no siendo infrecuente que al definir el triaje se hable de clasificación de pacientes por

niveles de gravedad, cuando en realidad lo que clasificamos es el nivel de urgencia de los pacientes<sup>1,2</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define urgencia sanitaria como "la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la

**Correspondencia:** Dr. Josep Gómez Jiménez  
Servicio de Urgencias  
Hospital Nostra Senyora de Meritxell  
Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS)  
Avda. Fiter i Rossell 1-13, Escaldes-Engordany  
AD700. Principat d'Andorra  
E-mail: Jgomez@andorra.ad

Fecha de recepción: 11-4-2005  
Fecha de aceptación: 27-1-2006



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 (causa diversa y gravedad variable) y engloba aspectos objetivos, como son la gravedad y agudeza del proceso (imprevisto o inesperado), y aspectos subjetivos (conciencia de una necesidad inminente de atención), que generan en el usuario la expectativa de una rápida atención y resolución<sup>3</sup>, lo que indica, por una parte, que todas las urgencias no son iguales, por otra, que urgencia y gravedad no son sinónimos, y por último, que cualquier intento de clasificación de la urgencia ha de contemplar tanto los aspectos objetivos como los subjetivos de la misma, siendo precisamente estos aspectos subjetivos los que tienen más peso para el usuario y su entorno, por lo que en realidad podríamos resumir la definición de la O.M.S. como: "urgencia es todo problema que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia (o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda)", aproximándonos más al concepto de urgencia definido por la Asociación Médica Americana (A.M.A.).

En este ambiente de confusión, que tiene importantes repercusiones para los usuarios que acuden a los servicios de urgencias y para los propios servicios<sup>3</sup>, una de las aportaciones más significativas que el triaje estructurado ha hecho a la gestión asistencial de los servicios de urgencias es precisamente la definición clara del concepto de urgencia y de su estratificación en cinco niveles<sup>4</sup>.

## CONCEPTO DE URGENCIA, GRAVEDAD Y COMPLEJIDAD

El triaje estructurado entiende por urgencia aquella situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida de un paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo, que condiciona un episodio asistencial con importantes necesidades de intervención, en un corto periodo de tiempo<sup>2</sup>. La urgencia así definida lleva implícitos dos aspectos que hacen referencia a la respuesta asistencial: 1. La necesidad de ajustar la respuesta asistencial al grado de urgencia, de manera que los pacientes más urgentes; es decir, los que tienen más riesgo de deterioro o peligro para su salud o su vida con el paso del tiempo, sean tratados más rápidamente (priorización de la asistencia); 2. La necesidad de adecuación entre el grado de urgencia y las necesidades de intervención para solucionarlas (intensidad de la asistencia). Como vemos, en el concepto de urgencia se introducen nociones de peligro para la salud o la vida del paciente, que están claramente rela-

cionadas con la gravedad (cualidad relacionada con el grado de descompensación fisiológica y/o pérdida de función de uno o más sistemas orgánicos, o gravedad de la enfermedad, y con la probabilidad de muerte, o riesgo de mortalidad), pero también se introducen nociones de necesidad de intervención (grado de deterioro que produciría la carencia o falta de cuidados inmediatos o continuos), siendo esta tanto más importante cuanto mayor sea el grado de urgencia de un paciente. Por lo tanto, la urgencia es un concepto dinámico y dependiente del tiempo, de manera que cuanto más urgente sea la atención a un paciente más necesidades de intervención tendrá y más rápida e intensa habrá de ser nuestra respuesta asistencial para controlar su riesgo<sup>2</sup>.

¿Pero qué pasa con los pacientes urgentes que no están graves? Para la completa comprensión del concepto de urgencia, hemos de añadir a los conceptos más o menos objetivos de gravedad y necesidad de intervención, dos conceptos más subjetivos, que modulan el grado de urgencia de los pacientes. Por un lado tenemos el grado de sufrimiento del paciente (grado de alteración producida por el dolor y/o el grado de intolerancia psicológica a la espera para ser visitado) y por otro sus expectativas (conjunto de condiciones esperadas por el paciente y su entorno en relación a la asistencia a recibir). Es evidente que estas variables pueden ser relativamente independientes de la gravedad, pero influyen de forma significativa en la percepción que el paciente y su entorno tienen de la situación clínica, y de forma muy importante en la calidad percibida por parte del usuario, motivo por el que han de ser siempre tenidas en cuenta a la hora de valorar el grado de urgencia, y muy especialmente en la población pediátrica, en general mucho más vulnerable a los aspectos subjetivos de la urgencia.

Como hemos visto, la urgencia de un paciente depende de su gravedad, de la necesidad de intervención, de su sufrimiento y sus expectativas. Cuanto más alto sea el nivel de urgencia de un paciente más peso tendrá la gravedad y la necesidad de intervención. En los pacientes menos graves, el sufrimiento y las expectativas pueden condicionar un alto grado de urgencia, difícilmente explicable si no se entiende correctamente el concepto de urgencia.

Otro concepto importante, que en ocasiones se confunde con los de urgencia y gravedad es el de complejidad (cualidad relacionada con el grado de dificultad diagnóstica y/o terapéutica debida a la presencia de complicaciones y/o comorbilidades (diagnósticos secundarios) añadidas al diagnóstico principal, que nos permite prever un tiempo de estancia y/o un coste determinado). La complejidad se relaciona con el consumo de recursos (volumen y tipos de recursos necesarios para el diagnóstico, tratamiento y atención del enfermo), la dificultad de tratamiento (nivel de problemática en el manejo tera-

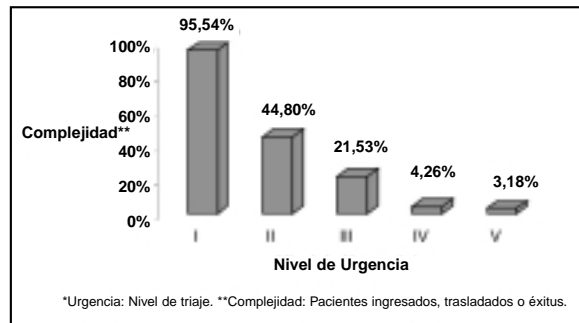
péutico), el pronóstico del paciente (probabilidad de mejoría o empeoramiento, recidiva y expectativa de vida), su gravedad y la necesidad de intervención (Figura 1). Estas dos últimas variables vinculan la complejidad con la urgencia (Figura 2), permitiendo establecer sistemas de clasificación de la casuística (case-mix) basados en la urgencia y la complejidad de los pacientes, como el sistema de los Grupos relacionados con la urgencia, el destino desde urgencias y la edad (GRUDE) (Tabla 1), con una importante capacidad para explicar la varianza de coste de los servicios y un mínimo esfuerzo en su implementación<sup>5-8</sup>.

### APORTACIONES DEL TRIAJE ESTRUCTURADO A LA EQUIDAD Y CALIDAD ASISTENCIAL

La disponibilidad de una escala de triaje fiable, relevante, útil y válida, y de una estructura física y una estructuración profesional y tecnológica en los servicios, dispositivos y centros donde se atienden las urgencias, que permitan realizar el triaje de los pacientes según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable conforman el concepto de triaje estructurado<sup>1, 2, 4</sup>, que está claramente vinculado al de calidad asistencial, entendida ésta como el conjunto de características de un producto, servicio o proceso que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades y expectativas del cliente de la forma más eficiente posible<sup>9</sup>. Entendemos por clientes del sistema sanitario a los usuarios, a los profesionales y gestores y a los responsables últimos del sistema. Este concepto, derivado del mundo empresarial, se basa en el principio de que “un buen producto no es el que cumple con una determinada especificación, sino el que es bien recibido por el cliente”. La calidad en sanidad muestra dos facetas que cabe reseñar. Hablamos por un lado de la “calidad técnica u objetiva”, referida al

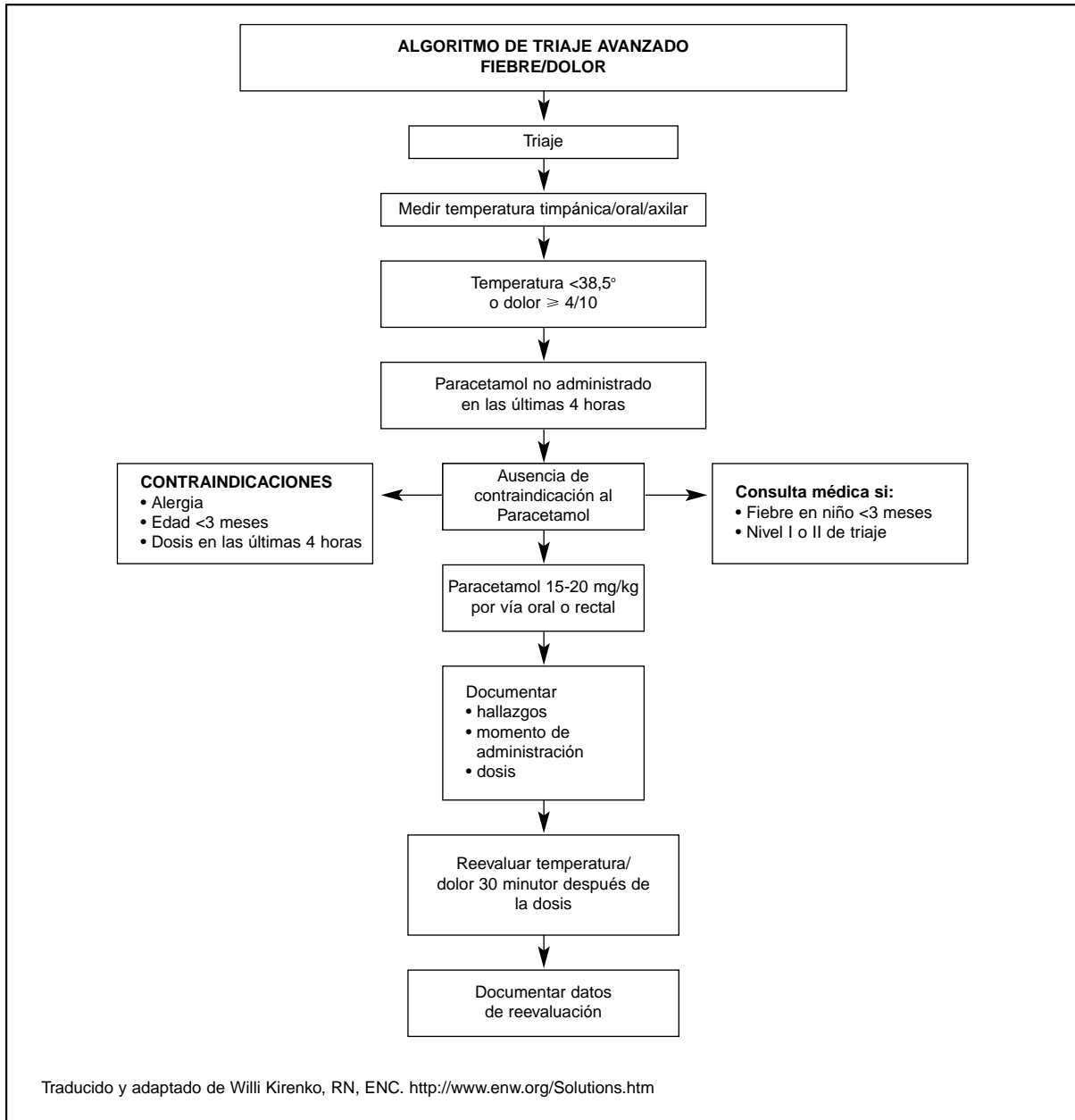


**Figura 1. Variables que definen la urgencia y la complejidad.**



**Figura 2. Relación entre urgencia y complejidad.**

cumplimiento de todos los requisitos indispensables que se desarrollan de acuerdo con lo estrictamente científico, es decir, con el cumplimiento de los protocolos asistenciales desde la óptica técnico-científica. Por otro lado tenemos la “calidad funcional o subjetiva”, referida a la calidad percibida por el cliente, directamente relacionada con la forma en que se ofrece el servicio. Si la calidad es subjetiva para los pacientes, también lo es para los profesionales (clientes internos), y el problema surge cuando lo que estos conceptúan como “de calidad”, no es coincidente con lo que piensan los pacientes; es decir, con sus expectativas<sup>3, 9</sup>. En ese sentido, y vinculándolo a la asistencia sanitaria y a las urgencias, factores como el grado de sobresaturación de nuestros servicios, la inadecuación estructural y/o funcional y la inadecuación de recursos, influirán de forma definitiva en la calidad asistencial prestada<sup>3</sup>, pero también lo hará la falta de un sistema de triaje estructurado que aborde la urgencia en todas sus dimensiones<sup>4</sup>. La perfecta comprensión del concepto de urgencia y de las soluciones posibles para ofrecer una asistencia de calidad, hacen de la disponibilidad de un sistema de triaje estructurado un factor imprescindible, ya que propone mejoras en la adecuación estructural, funcional y de recursos en nuestros servicios, dentro de acciones de mejora continua y calidad total, que tienen como objetivo último la mejora de la calidad técnica y funcional de las urgencias, mediante el control del riesgo de los pacientes y la mejora de nuestra eficiencia<sup>1, 2</sup>. La calidad de un servicio de urgencias pivota sobre un trípode formado por la necesidad de controlar el riesgo de los pacientes (riesgo para su vida, riesgo para su salud física y riesgo para su salud psicológica, relacionados con la urgencia de su caso), interviniendo de la forma más eficiente posible (mediante intervenciones humanas de la máxima calidad funcional y técnica, aportando los recursos sanitarios y tecnológicos necesarios para resolver su complejidad) para dar una respuesta satisfactoria a las expectativas de los pacientes y su entorno en el



**Figura 3. Algoritmo de triaje avanzado.**

tiempo más corto posible (de espera y de estancia), siendo evidente que para poder ofrecer un producto sanitario de calidad a la urgencia hemos de estar organizados y coordinados (Figura 4)<sup>1-3</sup>.

En general, para los pacientes de máximo nivel de urgencia la calidad asistencial está garantizada desde el triaje, pero a medida que descendemos en el grado de urgencia, nuestra capacidad para mantener este nivel de calidad va disminuyendo, haciéndose más patentes las inadecuaciones en-

tre oferta y demanda<sup>3</sup>. También sobre esta franja poblacional, la más importante desde un punto de vista cuantitativo, hemos de hacer esfuerzos desde el triaje estructurado, para intentar garantizar una asistencia sanitaria equitativa y de calidad, potenciando aspectos como la accesibilidad, la disponibilidad, la seguridad, el bienestar y, en general, la humanización asistencial. Para ello es necesario establecer una perfecta organización y coordinación pluridisciplinar, capaz de dar una respuesta satisfactoria a las necesidades de los

**TABLA 1. Clasificación de los Grupos relacionados por la urgencia, el destino desde urgencias y la edad (GRUDE)**

GRUDE	Descripción del grupo
1	INGRESO, TRASLADO, EXITUS - TRIAJE: I - Edad: 0-14
2	INGRESO, TRASLADO, EXITUS - TRIAJE: I - Edad: 15-34
3	INGRESO, TRASLADO, EXITUS - TRIAJE: I - Edad: 35-64
4	INGRESO, TRASLADO, EXITUS - TRIAJE: I - Edad: $\geq$ 65
5	INGRESO, TRASLADO, EXITUS - TRIAJE: II - Edad: 0-14
6	INGRESO, TRASLADO, EXITUS - TRIAJE: II - Edad: 15-34
7	INGRESO, TRASLADO, EXITUS - TRIAJE: II - Edad: 35-64
8	INGRESO, TRASLADO, EXITUS - TRIAJE: II - Edad: $\geq$ 65
9	INGRESO, TRASLADO, EXITUS - TRIAJE: III - Edad: 0-14
10	INGRESO, TRASLADO, EXITUS - TRIAJE: III - Edad: 15-34
11	INGRESO, TRASLADO, EXITUS - TRIAJE: III - Edad: 35-64
12	INGRESO, TRASLADO, EXITUS - TRIAJE: III - Edad: $\geq$ 65
13	INGRESO, TRASLADO, EXITUS - TRIAJE: IV - Edad: 0-14
14	INGRESO, TRASLADO, EXITUS - TRIAJE: IV - Edad: 15-34
15	INGRESO, TRASLADO, EXITUS - TRIAJE: IV - Edad: 35-64
16	INGRESO, TRASLADO, EXITUS - TRIAJE: IV - Edad: $\geq$ 65
17	INGRESO, TRASLADO, EXITUS - TRIAJE: V - Edad: Todos
18	ALTA - TRIAJE I - Edad: Todos
19	ALTA - TRIAJE II - Edad: 0-14
20	ALTA - TRIAJE II - Edad: 15-34
21	ALTA - TRIAJE II - Edad: 35-64
22	ALTA - TRIAJE II - Edad: $\geq$ 65
23	ALTA - TRIAJE III - Edad: 0-14
24	ALTA - TRIAJE III - Edad: 15-34
25	ALTA - TRIAJE III - Edad: 35-64
26	ALTA - TRIAJE III - Edad: $\geq$ 65
27	ALTA - TRIAJE IV - Edad: 0-14
28	ALTA - TRIAJE IV - Edad: 15-34
29	ALTA - TRIAJE IV - Edad: 35-64
30	ALTA - TRIAJE IV - Edad: $\geq$ 65
31	ALTA - TRIAJE V - Edad: Todos
32	PERDIDOS SIN SER VISITADOS POR EL MÉDICO (PPSV) - Edad: Todos

clientes desde el primer contacto con los dispositivos del sistema sanitario destinados a la atención a las urgencias; es decir, desde el triaje<sup>1-3</sup>.

En un sentido estricto, el triaje se inicia en el primer contacto del paciente con el sistema sanitario (traje inicial) y finaliza con la asistencia médica y el inicio de un tratamiento efectivo. Durante este tiempo asistencial, que será variable en función del grado de urgencia del paciente y la capacidad del servicio para asistirlo, el paciente será atendido por enfermería, que realizará la atención inicial y/o reevaluará al paciente hasta que éste sea visitado por el equipo médico responsable de su asistencia definitiva<sup>1,2</sup>. Hemos de realizar esfuerzos organizativos para optimizar la función de enfermería desde el ini-

cio del proceso de triaje, dimensionando adecuadamente los cuidados de enfermería en este punto y estableciendo acciones multidisciplinarias, que en un número importante de pacientes puedan ser resolutorias. El proceso del triaje y la evaluación inicial del paciente se realizará siguiendo los principios del proceso enfermero<sup>1,2</sup>, generando una información que puede ser la base para la implementación de intervenciones, objetivos y diagnósticos de enfermería, generándose desde este momento todo el proceso de atención de enfermería que acompañara al paciente en su estancia en el servicio de urgencias. Además, la enfermera de triaje es responsable de la planificación y organización de las intervenciones de enfermería y ha de ser responsable de la utilización u organización de procedimientos y protocolos de técnicas médicas diagnósticas o terapéuticas iniciales<sup>2</sup>.

Frente al “espere su turno, tenemos mucho trabajo y lo suyo no es urgente”, el triaje estructurado plantea modalidades adaptativas en función del tipo de paciente y el tipo de servicio cuyos objetivos son:

1. Acortar al máximo los tiempos de espera para la visita médica, especialmente para los pacientes de bajo nivel de urgencia, que son los más vulnerables a la sobrecarga si no se dispone de circuitos específicos de asistencia a estos pacientes<sup>2</sup>.

2. Potenciar el trabajo enfermero durante la atención-asistencia inicial. Así, podemos hablar de cuatro modalidades de atención-asistencia inicial, que tienen en común la multidisciplinariedad desde el triaje: el triaje avanzado y las directrices médicas avanzadas, la activación de salas de visita rápida, el triaje multidisciplinar y la derivación.

## **TRIAJE AVANZADO Y DIRECTRICES MÉDICAS AVANZADAS**

El triaje avanzado y las directrices médicas avanzadas son protocolos, circuitos y órdenes médicas preestablecidos, para intervenciones, procedimientos o tratamientos, que pueden ser aplicados por personal de enfermería de forma autónoma después del triaje inicial, en ciertos tipos de pacientes, y bajo criterios estrictos y circunstancias específicas<sup>2,10</sup>. Las directrices médicas protocolizan un tratamiento específico y las condiciones específicas que han de existir antes de ponerlas en práctica. El profesional de enfermería que ejecuta un procedimiento o administra una medicación según un protocolo de triaje avanzado o una directriz médica avanzada, ha de:

1. Tener el conocimiento requerido, la habilidad y la decisión para determinar que el paciente presenta el criterio preestablecido.



Figura 4. Constructo teórico de la urgencia en base al triaje estructurado.

2. Conocer los riesgos del paciente.
3. Predecir el resultado.
4. Determinar si el procedimiento y los posibles resultados están dentro del propósito de su práctica o no.

5. Saber cómo y cuándo ha de contactar con el médico responsable del paciente. Si el profesional de enfermería identifica que el paciente no presenta los criterios de las directriz médica o si no tiene el suficiente conocimiento, la habilidad o la decisión para aplicar la directriz, ha de avisar al médico para que de órdenes médicas específicas. Los protocolos de triaje avanzado con sus directrices médicas específicas se han de poner en práctica una vez consensuados y establecidos, y después de que la mayoría de los profesionales de enfermería hayan recibido la formación adecuada y se haya verificado su capacitación. Los protocolos los ha de aprobar la estructura hospitalaria competente.

Cada directriz médica avanzada relacionada con la administración de medicación se ha de perfilar específicamente y ha de ir acompañada de un algoritmo para asegurar que las condiciones para el tratamiento están bien establecidas (Figura 3). Hay que hacer revisiones periódicas de los protocolos

para garantizar su actualización según la medicina basada en la evidencia.

### ACTIVACIÓN DE SALAS DE VISITA RÁPIDA (“FAST TRACKING”)

Las salas de visita rápida (“fast track”) tienen como objetivo la rápida resolución protocolizada de pacientes de nivel IV y V. Como criterio general, el tiempo de estancia en urgencias de un paciente atendido en una sala de visita rápida ha de ser menor a 1 hora, por lo que se aconseja que estas salas sean utilizadas por equipos médicos de urgencia con experiencia<sup>2,11</sup>. Es importante protocolizar el tipo de pacientes de deben atenderse en sala de visita rápida, en función del motivo de consulta y especialmente el tipo de pacientes que es preferible no visitar en estas salas a pesar de su baja o nula urgencia (dolores abdominales, exploración y drenaje de abscesos, exámenes pelvianos, epistaxis activas, vómitos y/o diarreas, niños con fiebre, quemados, fracturas y suturas). Dentro de los motivos de consulta que pueden incluirse tenemos:

1. Traumatismos aislados y heridas: Contusiones menores, esguinces y pequeñas fisuras, fracturas periféricas, no desplazadas (dedos, carpo, tarso, muñeca), heridas mínimas, erosiones y abrasiones.
2. Dolores musculares.
3. Síntomas catarrales (dolor de garganta, otalgias, etc.), síntomas urinarios, prurito genital, síntomas producidos por enfermedades de transmisión sexual.
4. Alergias y reacciones cutáneas: Picaduras, urticarias y otras lesiones cutáneas sin fiebre.
5. Síntomas oculares producidos por cuerpos extraños.
6. Problemas de extremidades.
7. Motivos de consulta específicos: Revisitas, consultas jóvenes (demanda de contracepción), visitas concertadas, preoperatorios, consultas odontológicas, visitas administrativas y pacientes de difícil catalogación<sup>2</sup>.

## **TRIAJE MULTIDISCIPLINAR**

El triaje multidisciplinar implica que tras el triaje enfermero inicial todos los pacientes son visitados por un médico senior de triaje, que resuelve los pacientes de nivel IV y V, activando la asistencia de los pacientes de nivel III y II<sup>2</sup>. Este concepto, al igual que la activación de salas de visita rápida, nos aproxima al concepto inglés de "see & treat", por el que los pacientes que llegan por sus propios medios, no son clasificados en el triaje sino que son directamente visitados por un médico, siempre que no se produzcan colas de espera para ser visitados<sup>13, 14</sup>. Este circuito funciona bien para reducir el tiempo de estancia en urgencias de los pacientes de nivel IV y V, aunque para estos pacientes es equivalente al sistema de gestión de salas de visita rápida<sup>2</sup>.

En esencia, el controvertido "see & treat" es una iniciativa implantada con escasa validación clínica según algunos expertos, para mejorar la asistencia de los pacientes con lesiones y enfermedades menores en los servicios de urgencias hospitalarios, consecuencia de una falta de potenciación de la atención primaria de salud y de un fracaso del sistema de triaje inglés<sup>15-20</sup>. El modelo sanitario inglés parece aproximarse así al modelo americano<sup>11</sup>, muy diferente al nuestro, donde desde hace años, las dinámicas de "fast tracking" y la utilización de personal no facultativo para la asistencia a este tipo de pacientes son una realidad. La diferencia estriba en que, mientras que recientemente en los EEUU, al igual que en Canadá, Australia, España y Andorra, entre otros países, el triaje estructurado se ha mostrado como algo consustancial a la calidad en urgencias, en el Reino Unido éste se considera innecesario, probablemente porque el sistema de triaje empleado no ha cubierto las expectativas esperadas<sup>1, 2, 11, 13, 14, 16</sup>.

## **DERIVACIÓN**

La derivación implica que algunos pacientes de nivel V y IV sean derivados de forma protocolizada a otros niveles asistenciales desde el triaje inicial. Para ello es necesario establecer el perfil clínico de los pacientes potencialmente derivables según el tipo de organización de la atención primaria de salud<sup>21-23</sup>.

## **CONSTRUCTO TEÓRICO DE LA URGENCIA BASADO EN EL TRIAJE ESTRUCTURADO**

Como hemos visto, la urgencia es tiempo, y la gravedad y la necesidad de intervención la vinculan con la complejidad, permitiendo conocer nuestra casuística y establecer modalidades asistenciales diferentes al esquema clásico, para mejorar la calidad asistencial a través del triaje estructurado.

En el marco conceptual del triaje estructurado proponemos un constructo teórico de la urgencia, basado en la existencia de 5 niveles, de mayor a menor urgencia (I-V), que generan 32 grupos (GRUDE) de pacientes, de mayor a menor complejidad (GRUDE 1 a GRUDE 32) (Tabla 1 y Figura 4). Los GRUDE 1 a 17 son pacientes de urgencia variable, pero todos complejos, aceptando como criterio de complejidad el hecho de tener que ingresar en un hospital tras la asistencia en urgencias. Este grupo de pacientes, representan como media un 15% de los pacientes visitados en las urgencias hospitalarias, oscilando en función de las Comunidades Autónomas entre un 11% y un 19%, y en los centros hospitalarios entre un 5% y un 20% en función de que atiendan o no población pediátrica<sup>3</sup>. Nos parece indiscutible que este grupo de pacientes son tributarios de asistencia en nuestros servicios de urgencias. Los GRUDE 18 a 26 son pacientes de alta urgencia pero baja complejidad, representando entre un 20% y un 30% de los pacientes visitados en las urgencias hospitalarias<sup>22</sup>. Estos pacientes, a pesar de su baja complejidad, requieren una rápida asistencia y tienen altas necesidades de intervención, por lo que también serían tributarios de ser visitados en los servicios de urgencias hospitalarios, y muchos de ellos se beneficiarían de la existencia de procesos multidisciplinarios en el triaje. Por último, los GRUDE 27 a 32 son de baja urgencia y baja complejidad, representando entre un 50% y un 75% de los pacientes visitados en los servicios de urgencias hospitalarios<sup>22</sup>. La mayor parte de estos pacientes es tributaria de realizar un esfuerzo de organización y coordinación para hacer que su asistencia sea de la máxima calidad, evitando especialmente prolongados tiempos de espera para ser visitados.

El triaje y la atención de los pacientes con baja urgencia y baja complejidad en salas de visita rápida, parecen mostrarse efectivos para reconducir al nivel adecuado de atención a este



tipo de pacientes, sin efectos negativos para ellos y con reducción de costes<sup>21</sup>. La modalidad inglesa del “fast tracking” conocida como “see & treat” también confirma este hecho<sup>13, 14</sup>. Creemos, sin embargo, que no todos los pacientes con baja urgencia y baja complejidad requieren de la dotación tecnológica vinculada a los servicios de urgencias hospitalarios<sup>21-23</sup>. Por otra parte, un excesivo impulso a los procesos que potencian la alta resolución de los pacientes de baja urgencia y baja complejidad en los servicios de urgencias hospitalarios<sup>14</sup>, puede tener efectos negativos en la correcta organización de nuestro sistema sanitario. Es indudable que si la población entiende que sus problemas menores de salud se resolverán de una forma mucho más ágil en los servicios de urgencias hospitalarios que en la atención primaria, estamos de alguna manera “pervirtiendo” el sistema, al privar a los usuarios de los beneficios propios de la atención primaria, y desvirtuando los servicios de urgencias hospitalarios. Por otra parte, condenar a los profesionales más experimentados y formados en urgencias y emergencias, a resolver los problemas de baja urgencia y baja complejidad en los servicios de urgencias hospitalarios, puede conducir a una situación de frustración profesional y va en contra de las propuestas de especialización en urgencias<sup>3, 24</sup>. Por todo ello creemos que un uso ajustado a casuística, de las diferentes modalidades multidisciplinarias, incluyendo la derivación, es un abordaje mucho más correcto del problema. El porcentaje de pacientes derivables dependerá, al menos en parte, de la accesibilidad de la atención primaria para atender el nivel de urgencia de los pacientes, en un tiempo razonable y seguro, y de su capacidad para resolver la complejidad de los mismos, lo que estará directamente relacionado con su dotación tecnológica (capacidad para realizar exploraciones complementarias) y su capacidad resolutoria (capacidad de administrar tratamientos, especialmente a los pacientes traumatológicos, y de resolver los problemas de la franja poblacional pediátrica). Dado que parecería que la forma más eficiente de distribuir la tecnología en el sistema sanitario es concentrarla en los hospitales, y por ende, ponerla a disposición de los servicios de urgencias, creemos que sería poco realista hacer una propuesta que obligara a tecnificar excesivamente la atención primaria de salud. En nuestra experiencia, hasta un 23% de los pacientes visitados podrían ser atendidos por la atención primaria de salud, sin una excesiva tecnificación de la misma<sup>22</sup>.

Un aspecto a tener en cuenta al establecer estrategias de derivación, es que un pequeño porcentaje, aunque no despreciable de pacientes con bajo nivel de urgencia (un 2% en nuestra experiencia) son ingresados, por lo que, la utilización aislada del nivel de triaje como criterio de derivación, haría que ésta fuera poco eficiente (retorno de pacientes desde atención primaria)<sup>22, 25</sup>.

En relación al perfil clínico de los pacientes derivables, éste debería estar integrado fundamentalmente por pacientes de baja urgencia (niveles V y IV) con patología dependiente del aparato locomotor (traumático o no), incluidos diversos síndromes dolorosos, con síndromes febriles, patología de vías respiratorias altas y otorrinolaringológica, patología ocular, patología dermatológica, patología del aparato digestivo, diversos signos, síntomas y afecciones mal definidos y otros factores que influyen en el estado de salud, que se agrupan en unos motivos de consulta y unas categorías sintomáticas concretas del Sistema Español de Triaje (SET) y del Modelo Andorrano de Triaje (MAT)<sup>22</sup>. Es fundamental tener en cuenta que estos perfiles clínicos están matizados por un bajo nivel de urgencia, determinado por un potente sistema de triaje estructurado e informatizado, que incluye una clasificación estandarizada de motivos de consulta, lo que garantiza su fiabilidad y validez.

Si comparamos este perfil de pacientes con las propuestas planteadas por los modernos protocolos de adecuación de urgencias hospitalarias (PAUH)<sup>21, 26-28</sup>, podremos observar la importante similitud en aspectos como los criterios de gravedad, los criterios de intensidad diagnóstica y otros criterios. Algunos criterios, como la derivación de pacientes al servicio de urgencias por otros médicos, tendrán que ser tenidos en cuenta a la hora de plantear un protocolo de derivación. También observamos que el porcentaje de pacientes derivables se sitúa en el rango del porcentaje de urgencias inadecuadas establecidas mediante la utilización de los PAUH. Nuestra propuesta, sin embargo, ofrece la ventaja sobre los PAUH, de poder ser aplicada desde el triaje, mediante el establecimiento de un protocolo de derivación adaptado a la realidad de los servicios de urgencias hospitalarios y de los centros de atención primaria vinculados a ellos, en base a análisis de casuística como el que proponemos, basado en el nivel de urgencia de los pacientes y su complejidad<sup>5-8</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1- Gómez Jiménez J, Torres Trillo M, López Pérez J, Jiménez Murillo L. Sistema Español de Triaje (SET). Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES); 2004.  
2- Gómez Jiménez J, Ferrando Garrigós JB, Vega García JL, Tomás Vecina S, Roqueta Egea F, Chanovas Borràs M. Model Andorrà de Triatge: Bases

conceptuals i manual de formació. Principat d'Andorra: Ed. Gómez Jiménez J. Servei Andorrà d'Atenció Sanitària; 2004.

3- Jiménez Murillo L, Hermoso Gadeo F, Tomás Vecina S, Algarra Paredes J, Parrilla Herranz P, Burillo Putze G y Equipo de Trabajo de SEMES –EASP. Urgencias Sanitarias en España: Situación Actual y propuestas de



- Mejora. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Escuela Andaluza de Salud Pública Editores. Granada 2003.
- 4- Gómez Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2003;15:165-74.
  - 5- Jelinek GA. Casemix classification of patients attending hospital emergency departments in Perth, Western Australia. Development and evaluation of fan urgency-based casemix information system for emergency departments. Doctor of Medicine Thesis. University Western Australia 1995.
  - 6- NACRS Elements ED Resources: Emergency Department Key Cost Drivers [online]. [www.jpcc.org/ambcare/resources.pdf](http://www.jpcc.org/ambcare/resources.pdf) (consultado en marzo de 2005).
  - 7- Gómez Jiménez J, Faura J, Burgues L, Pàmies S. Gestión clínica de un servicio de urgencias hospitalario: Indicadores de calidad, benchmarking y análisis de la casuística (case-mix). *Gestión Hospitalaria* 2004;15:3-12.
  - 8- Gómez Jiménez J. Triaje estructurado y análisis de casuística (case mix) en base a la urgencia. Un nuevo modelo de gestión para los servicios de urgencias (SU). *Gac Sanit* 2004;18:410-1.
  - 9- Membrado Martínez J. Innovación y mejora continua según el modelo EFQM de excelencia. 2ª Edición. Editorial Díaz de Santos. Madrid 2002.
  - 10- Cheung WWH, Heeney L, Pound JL. An Advance Triage System. *Accid Emerg Nurs* 2002;10:10-6.
  - 11- Accreditation Issues for Emergency Departments. Joint Commission Resources 2003.
  - 12- Richardson JR, Braitberg G, Yeoh MJ. Multidisciplinary assessment at triage: A new way forward. *Emerg Med Austral* 2004;16:41-6.
  - 13- Rogers T, Ross N, Spooner D. Evaluation of a 'see and treat' pilot study introduced to an emergency department. *Accid Emerg Nurs* 2004;12:24-7.
  - 14- Modernisation Agency. Making See & Treat Work for Patients and Staff. Emergency Services Collaborative. NHS Modernisation Agency 2004.
  - 15- Wardrope J, Driscoll P. Turbulent times. *Emerg Med J* 2003;20:116.
  - 16- Leaman AM. See and Treat: a management driven method of achieving targets or a tool for better patient care? One size does not fit all. *Emerg Med J* 2003;20:118.
  - 17- Lammy D. Reforming emergency care; for patients. *Emerg Med J* 2003;20:112.
  - 18- Cooke MW. Reforming the UK emergency care system. *Emerg Med J* 2003;20:113-4.
  - 19- Castille K, Cooke M. One size does not fit all. View 2. *Emerg Med J* 2003;20:120-2.
  - 20- Cross E, Goodacre S, O' Cathain A, Arnold J. Rationing in the emergency department: the good, the bad, and the unacceptable. *Emerg Med J* 2005;22:171-6.
  - 21- Sempere T, Peiró S, Sendra P, Martínez C, López I. Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. *Rev Esp Salud Pública* 1999;73:465-79.
  - 22- Gómez-Jiménez J, Becerra O, Boneu F, Burgués LL, Pàmies S. Análisis de la casuística de los pacientes derivables desde urgencias a atención primaria. *Gac Sani* 2006;20:40-6.
  - 23- Miró O, Tomàs S, Salgado E, Espinosa G, Estrada C, Martí C et al. Derivación sin visita desde los servicios de urgencia hospitalarios: cuantificación, riesgos y grado de satisfacción. *Med Clin (Barc)* 2006;126:88-93.
  - 24- Ellis D Y. See and treat" is great—if you're a general practitioner. *Emerg Med J* 2005;22:234.
  - 25- Vertesi L. Does the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale identify non-urgent patients who can be triaged away from the emergency department? *Can J Emerg Med* 2004;6:337-42.
  - 26- Sempere-Selva T, Peiro S, Sendra-Pina P, Martinez-Espin C, Lopez-Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons-an approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med* 2001;37:629-32.
  - 27- Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutíl P, Fernández O, Pérez G, et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gaceta Sanitaria* 1999;13:361-70.
  - 28- Sánchez-López J, Luna del Castillo J de D, Jiménez-Moleón J, Delgado-Martín AE, López de la Iglesia B, Bueno-Cavanillas A. Propuesta y validación del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias modificado. *Med Clin (Barc)* 2004;122:177-9.