



Buscar en DOYMA

 IR

[búsqueda avanzada](#)

GACETA SANITARIA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Requisitos de uniformidad
Nov. 2003

Entrar



Miércoles 1 Septiembre 2004. Volumen 18 - Número 05 p. 410 - 411

Cartas al director

Triage estructurado y análisis de casuística relacionado con la urgencia. Un nuevo modelo de gestión para los servicios de urgencias

Josep Gómez (Jefe del Servicio de Urgencias)^a

^aHospital Nostra Senyora de Meritxell. Escaldes. Principat d'Andorra.

Structured triage and urgency related case mix analysis. A new management model for emergency departments

Gac Sanit 2004; 18: 410 - 411

Sr. Director:

He leído con mucho interés el editorial de Peiró y García-Sempere, y coincido con su reflexión acerca de los aspectos que tendría que contemplar el sistema ideal de clasificación de pacientes en los servicios de urgencias (SU)¹. Sin entrar explícitamente en los aspectos de financiación, quisiera constatar que, efectivamente, en la actualidad hay 2 grandes tendencias para el análisis de la casuística (*case mix*). La primera, desarrollada en Estados Unidos, se basa en sistemas relacionados con el diagnóstico y los procedimientos realizados a los pacientes, y tiene como exponentes fundamentales el sistema de los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) y el sistema de grupos de pacientes ambulatorios (*ambulatory patients groups* [APG]). La segunda, desarrollada en Australia y seguida en otros países², se basa en sistemas relacionados con la evaluación del grado de urgencia y la complejidad de los pacientes atendidos en los SU, y tiene como exponentes fundamentales el sistema de grupos relacionados con la urgencia y el destino desde urgencias (GRUD) y el de grupos relacionados con la urgencia, el destino desde urgencias y la edad (GRUDE)³. Los sistemas americanos son difícilmente aplicables en los SU si no se dispone de un sistema de registro de la información altamente tecnificado, y son difícilmente compatibles con el elevado volumen de pacientes atendidos en urgencias. Por otro lado, estos sistemas de clasificación incluyen un número relativamente alto de grupos y no se han mostrado capaces de explicar las cargas de trabajo y el consumo de tiempo de personal.

Los sistemas basados en el grado de urgencia y la complejidad se sustentan sobre la disponibilidad de una escala de 5 niveles de priorización en el triaje, válida, útil y reproducible, tal como recomiendan las sociedades científicas de medicina y enfermería de urgencias y emergencias de Australia, Canadá, Reino Unido, Estados Unidos y España⁴, basándose en el consenso de expertos y en la revisión de la evidencia científica sobre el triaje de urgencias. Efectivamente, la comunidad científica internacional coincide hoy en recomendar a los SU la adopción de escalas uniformes, válidas y estandarizadas de triaje de 5 niveles de priorización, de ámbito nacional, como medida para mejorar la calidad de la asistencia a los pacientes. Concretamente, en nuestro entorno, el sistema español de triaje (SET)⁴ y el modelo andorrano de triaje (MAT) del que deriva, son sistemas de gestión integral de la calidad asistencial, que incluyen, como primera aproximación al análisis de la casuística, una propuesta de análisis

Opciones de artículo

[Descargar PDF](#)

[Guardar en área personal](#)

Buscar en medline artículos de:

[Josep Gómez](#)

Buscador

Buscar: IR

en Gaceta Sanitaria

en Vol. 18, Núm. 05

[Búsqueda avanzada](#)

INICIO

Sobre la revista

Activar acceso On-line

Organigrama

Normas de publicación

Suscripciones

e-mail

INDICE

Anterior | Siguiente

Publicaciones

Imprimir

Enviar artículo

Los más leídos

Área personal

Medline

Jano On-line

Libros

Hemeroteca

Agenda

Webteca

Escepticismo

Mapa del Web

Quiénes somos

Contactar con DOYMA

ÁREA PERSONAL

Mis documentos

Modificar mi perfil

MEDIMEDIA

DOYMA

MASSON

MEDICOM

Acceso a

Medline

Atheneum
Club virtual
de atención primaria

VADEMECUM
INTERNACIONAL

basada en el grado de urgencia y la complejidad (tabla 1), complementable con el registro de diagnósticos y procedimientos en urgencias y con la gestión por procesos, y que contempla los aspectos de accesibilidad y estabilización rápida de los pacientes más urgentes, en función de la clasificación en el triaje. Ambos sistemas contemplan, asimismo, un exhaustivo control de calidad del triaje, gracias a la disponibilidad de un programa informático de ayuda al triaje (PAT), que garantiza la estandarización del mismo y actúa como soporte medicolegal fundamental para los profesionales, de instrumento docente y de ayuda a la decisión⁵.

Tabla 1. Descripción de los grupos relacionados por la urgencia, el destino desde urgencias y la edad (GRUDE)

GRUDE	Descripción del grupo		Porcentaje de pacientes	Peso específico
1	Ingreso, traslado, fallecimiento	Triaje I Edad: 0-14 años	0,014%	3,69026139
2	Ingreso, traslado, fallecimiento	Triaje I Edad: 15-34 años	0,014%	3,57621656
3	Ingreso, traslado, fallecimiento	Triaje I Edad: 35-64 años	0,068%	3,00728034
4	Ingreso, traslado, fallecimiento	Triaje I Edad: ≥ 65 años	0,025%	2,44034038
5	Ingreso, traslado, fallecimiento	Triaje II Edad: 0-14 años	0,090%	1,28804328
6	Ingreso, traslado, fallecimiento	Triaje II Edad: 15-34 años	0,221%	2,17960209
7	Ingreso, traslado, fallecimiento	Triaje II Edad: 35-64 años	0,536%	1,80700843
8	Ingreso, traslado, fallecimiento	Triaje II Edad: ≥ 65 años	0,610%	1,94062955
9	Ingreso, traslado, fallecimiento	Triaje III Edad: 0-14 años	0,552%	1,0920227
10	Ingreso, traslado, fallecimiento	Triaje III Edad: 15-34 años	1,083%	1,65793232
11	Ingreso, traslado, fallecimiento	Triaje III Edad: 35-64 años	1,531%	1,7984438
12	Ingreso, traslado, fallecimiento	Triaje III Edad: ≥ 65 años	1,364%	1,95215639
13	Ingreso, traslado, fallecimiento	Triaje IV Edad: 0-14 años	0,301%	1,0257595
14	Ingreso, traslado, fallecimiento	Triaje IV Edad: 15-34 años	0,457%	1,38946655
15	Ingreso, traslado, fallecimiento	Triaje IV Edad: 35-64 años	0,528%	1,48084408
16	Ingreso, traslado, fallecimiento	Triaje IV Edad: ≥ 65 años	0,383%	1,75259404
17	Ingreso, traslado, fallecimiento	Triaje V Edad: Todos	0,344%	1,48219639
18	Alta	Triaje I Edad: todos	0,005%	1,54144046
19	Alta	Triaje II Edad: 0-14 años	0,287%	0,98651217
20	Alta	Triaje II Edad: 15-34 años	0,498%	1,2998921
21	Alta	Triaje II Edad: 35-64 años	0,768%	1,35173065
22	Alta	Triaje II Edad: ≥ 65 años	0,418%	1,37240168
23	Alta	Triaje III Edad: 0-14 años	4,874%	0,89786959
24	Alta	Triaje III Edad: 15-34 años	6,462%	1,17663868
25	Alta	Triaje III Edad: 35-64 años	5,981%	1,22764009
26	Alta	Triaje III Edad: ≥ 65 años	2,056%	1,30845673
27	Alta	Triaje IV Edad: 0-14 años	20,855%	0,85929655
28	Alta	Triaje IV Edad: 15-34 años	21,350%	0,95814399
29	Alta	Triaje IV Edad: 35-64 años	14,248%	0,96033344
30	Alta	Triaje IV Edad: ≥ 65 años	2,326%	1,07148046
31	Alta	Triaje V Edad: Todos	10,467%	0,77596848
32	Perdidos sin ser visitados por el médico (PPSV)	Edad: Todos	1,285%	0,59675518

Datos obtenidos del análisis de casuística del año 2003 (n = 37.469 pacientes). Servicio de Urgencias del Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Principat d'Andorra⁹.

Parece hoy evidente que cualquier sistema de gestión asistencial de urgencias pasa por el conocimiento del grado de urgencia de los pacientes atendidos y por la mejora continua de la calidad de la asistencia. El perfil de urgencia de los pacientes atendidos se ha relacionado con las cargas de trabajo, el consumo de tiempo de personal y con la gravedad de los pacientes², y es una variable fundamental en los análisis de gestión asistencial y casuística basados en el grado de urgencia, como complemento al análisis de la complejidad y la calidad, fundamentado este último en un exhaustivo y estandarizado control de tiempos de actuación y de otros indicadores de calidad³.

Estoy totalmente de acuerdo en que los análisis de casuística y financiación de los SU han de ser mixtos pero, sin duda, el conocimiento del grado de urgencia de los pacientes atendidos, medido por una escala de triaje de 5 niveles de priorización⁴, y el control de la gestión asistencial de los pacientes son condiciones imprescindibles en cualquier sistema sanitario que contemple la accesibilidad y la calidad asistencial como características irrenunciables de la atención urgente.

Referencias Bibliográficas:

1. Peiró S, García-Sempere A. El papel de los sistemas de clasificación de pacientes en la financiación de las urgencias hospitalarias. Gac Sanit 2003;17:441-3. [\[Medline\]](#) [\[Artículo\]](#)
 2. Gómez Jiménez J, Murray MJ, Beveridge R, Pons J, Albert E, Ferrando JB, et al. Implementation of the Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) in the Principality of Andorra: can triage parameters be used as emergency department quality indicators? Can J Emerg Med 2003;5:315-22.
 3. 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.
 4. Gómez Jiménez J, Torres Trillo M, López Pérez J, Jiménez Murillo L. Sistema Español de Triage (SET). Madrid. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), 2004.
 5. Gómez Jiménez J, Segarra X, Prat J, Ferrando JB, Albert E, Borrás M. Concordancia, validez y utilidad del programa informático de ayuda al triaje (PAT) del Modelo andorrano de triaje (MAT). Emergencias 2003;15:339-44.
-