

**Salud** Un nuevo método de clasificación y atención urgente se está implantando en diferentes hospitales españoles. Pretende que el primer contacto con los pacientes sea más ágil, disminuir su riesgo al máximo y garantizar la seguridad de quienes tienen que esperar. Lleva poco tiempo funcionando, pero los resultados son muy positivos.

## Urgencias mejor organizadas

Un nuevo sistema de clasificación de los pacientes mejora la calidad de la atención médica

**L**ANA B. VILLANUEVA, **Barcelona**  
La organización es vital en la atención médica de urgencia. Los casos son bien diferentes en cuanto a gravedad y necesidad de cuidados inmediatos, pero todos los pacientes merecen una atención médica de calidad. Para hacer frente a este reto, los servicios de urgencias españoles se organizan de manera desigual, puesto que no hay ningún tipo de regulación que busque su homogeneidad. Clasifican a los pacientes según diferentes criterios clínicos y, en consecuencia, sus características varían entre hospitales. Ante esta situación, algunos centros están optando por implantar un modelo integral de clasificación y atención urgente que pretende unificar la organización asistencial y aportar la máxima seguridad y tranquilidad a la espera de los pacientes. Se denomina MAT (Modelo Andorrano de Triage) y viene de Andorra, donde, de manos del doctor Josep Gómez Jiménez, se inició en 2001 en el hospital de Nostra Senyora de Meritxell. Llega a España avalado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (Semes) y por la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencia (SCMU) por ser un método validado, útil y reproducible.

Cuando un paciente acude a urgencias de un hospital con este sistema, en el mostrador de admisiones sólo proporciona sus datos administrativos, no información sobre el motivo de la visita. Una vez se regis-

**Los pacientes esperan informados de su tiempo de espera, atendidos y seguros**

tra su entrada, en menos de 10 minutos en el 85% de los casos —en el 95%, en no más de 15 minutos—, pasa a una sala de *triaje* (neologismo que equivale a la clasificación según el grado de urgencia, que nace en el ámbito militar).

Estas salas suponen una de las novedades más importantes. En ellas, un enfermero hace una serie de preguntas al paciente en no más de dos o tres minutos siguiendo la pauta de un programa informático de ayuda al *triaje* —denominado PAT— para evaluar su urgencia. En función de ésta, se le otorga un nivel de prioridad del I al V —de más urgente a menos—, que es el que recomiendan las sociedades científicas de urgencias y emergencias internacionales, como el Colegio Americano de Medicina de Urgencias y la Asociación de Enfermería de Urgencias, al igual que la Semes y la SCMU.

La enfermera le informa también de dónde será visitado, del tiempo previsto de espera y de dónde ha de consultar si empeora, porque mientras los pacientes aguardan la atención médica, el sistema establece reevaluaciones periódicas para controlar su estado. Éstas van desde curas de enfermería continuas —nivel I— hasta reevaluacio-



Sala de *triaje* del Hospital Municipal de Badalona, con los monitores para controlar el estado de los pacientes. / JOAN GUERRERO

nes cada dos horas para los casos de espera máxima. Además, los pacientes se distribuyen en diferentes salas según su nivel y se controla su estado mediante un circuito cerrado de vídeo para actuar rápidamente en caso de empeoramiento.

Con este avanzado y completo programa informático no se realiza un diagnóstico, sino que se evalúa por motivo de consulta y síntomas —reconoce hasta 576—. Por eso, el personal indicado para realizar el *triaje* es el de enfermería, previa formación en el método.

Una de las ventajas que destacan los pacientes es que se sienten más cómodos porque ganan confidencialidad. “Me relaja esperar en una sala pequeña en la que no nos juntamos muchos enfermos. Espero más tranquila”, comenta una paciente. La confidencialidad se consi-

gue al no indicar el motivo de la visita en el mostrador de admisiones, con los despachos de *triaje* y con una serie de cambios arquitectónicos —algunos no exclusivos del modelo—; por ejemplo, acercando a urgencias las salas de pruebas más solicitadas, como los rayos X, y la sala de críticos, para que los pacientes se desplacen lo mínimo, y con varias salas de espera adecuadas al volumen de pacientes que separan a éstos de acuerdo con sus niveles y a los niños de los adultos.

Gómez Jiménez, autor del MAT, resume: “El trato es más íntimo y con más seguridad para los pacientes, ya que perciben que son atendidos con orden y se cuida mucho el aspecto de la humanización”.

Para implantar el método, “es necesaria una cierta reestructura-

ción arquitectónica del área de urgencias y, sobre todo, de personal, quienes además realizan un curso de formación. Hay que garantizar que la organización sea ágil y flexible, conocer el sistema y aplicar sus protocolos para que la respuesta sea siempre la más adecuada”, explica María Torres, vocal de enfermería de la Semes y responsable de su difusión en España. El modelo no requiere de una sólida estructura informática, pero cuanto más completa sea, más beneficios se obtendrán de él. En sí es un control de calidad, ya que aporta todo tipo de información, como los tiempos de espera, los motivos de consulta, el índice de ingresos según edad y nivel de *triaje*, etcétera. Nostra Senyora de Meritxell ha ido recabando información valiosa sobre su servicio de urgencias, como que en 2003

visitó al 96% de los pacientes en menos de dos horas.

“La respuesta es excelente por parte de los profesionales de los servicios de urgencias que conocen el modelo. Están convencidos de que la calidad de éstos puede mejorar. Sin embargo”, añade Manel Charnovas, presidente de la SCMU, “el mayor escollo es el económico, por los reajustes, sobre todo si un servicio está desestructurado, ya que el esfuerzo que hay que hacer es mayor”. Ambas sociedades han asumido el modelo para darlo a conocer a los hospitales interesados, la SCMU en Cataluña con el nombre de MAT y la Semes para el resto de España con el nombre de SET (Sistema Español de Triage).

El primer centro español que lo ha implantado ha sido el Hospital Municipal de Badalona (Barcelona), con resultados excelentes. Josep Vega, responsable del servicio,

**El sistema enfatiza la confidencialidad y reduce la variabilidad de la práctica clínica**

dice: “En abril atendimos a 4.796 pacientes. Están más satisfechos y ha descendido el porcentaje de reclamaciones y abandonos [0,46%]”. Desde hace unas semanas, también lo ha puesto en marcha el hospital de Son Dureta (Palma de Mallorca) y ya lleva *triados* casi 12.000 pacientes. Aunque no funcionan a pleno rendimiento, ya tienen datos que les permiten mejorar y gestionar los recursos más racionalmente. Los últimos centros que han incorporado el sistema son el hospital de Alto Deba (Mondragón) y el de Costa del Sol (Marbella).

Entre los hospitales que están a punto de implantar el método o estudiándolo hay la Fundació Althaia (Manresa), Mútua de Terrassa, Miguel Servet (Zaragoza), Puerto Real (Cádiz), Txagorritxu (Vitoria), el hospital de Linares (Jaén), Sant Pau (Barcelona), el Clínico de Málaga y algunos hospitales del Instituto Catalán de la Salud.

## Cinco niveles de urgencia

**L**a clasificación en cinco niveles se basa —aunque mejorándola— en la escala canadiense de *triaje*, porque en Canadá está reconocida la especialidad de medicina de urgencias, por lo que los médicos tienen formación específica en ella. Eso les permite atender a todos los enfermos con independencia de su patología —ya pertenezca a cardiología, cirugía abdominal, psiquiatría, etcétera—. A falta de su reconocimiento en

España, este sistema se convierte en la herramienta de ayuda más avanzada que reduce la variabilidad de la práctica clínica y, por ello, mejora la calidad del servicio.

El nivel I se reserva para situaciones con riesgo vital, como una parada cardiorrespiratoria o un coma, y el nivel V se refiere a situaciones no urgentes que permiten una demora en la atención o pueden ser programadas, como puede ser un simple catarro de vías respiratorias altas o

incluso la demanda de un trámite administrativo. De acuerdo con la experiencia de los ya más de 100.000 pacientes visitados en Andorra con este modelo, en el primer caso el tiempo de espera es cero y en el segundo, un máximo de cuatro horas.

En el nivel II se incluyen situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital previsible, cuya resolución depende radicalmente del tiempo. Es el caso de un infarto de miocardio, una fractura de fémur o ciertas agresiones intrafamiliares.

El tiempo máximo calculado para ser visitado por un médico es de 20 minutos. El nivel III está destinado a las situaciones de urgencia de potencial riesgo vital: una fractura de cúbito y radio, fiebre alta, etcétera, y el médico visita al paciente en menos de 45 minutos. En el IV se engloban situaciones de menor urgencia, que pueden ser complejas, pero sin riesgo vital potencial, en que la visita médica puede demorarse hasta dos horas —traumatismos menores, dolor ligero.

Este sistema de *triaje* no evita que los pacientes no urgentes acudan a los servicios de urgencia, pero supone un punto de partida para la organización asistencial y el inicio de un cambio más profundo que solucione los problemas de saturación de estos servicios y los diferentes circuitos de atención posteriores. Ahora, tras los buenos resultados de los centros que lo tienen, falta ver su aplicación en los grandes hospitales universitarios y de referencia, con una muy elevada demanda de visitas y con urgencias complejas derivadas de otros centros.