

Caracterización de los pacientes triaje V que consultan a urgencias de una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Medellín, Colombia

FELIPE HERNÁNDEZ RESTREPO¹, VÍCTOR ALEJANDRO GONZÁLEZ SALAS²,
ALEJANDRO TOBÓN VÉLEZ³, ALEJANDRO CARDOZO OCAMPO⁴.

Recibido para publicación: 06-07-2023. Versión corregida: 28-12-2023. Aprobado para publicación: 28-05-2023.

Modelo de citación:

Hernández Restrepo FH, González Salas VA, Tobón Vélez A, Cardozo Ocampo A. Caracterización de los pacientes triaje V que consultan a urgencias de una institución de alto nivel de complejidad en la ciudad de Medellín, Colombia. Arch Med (Manizales). 2023;23(2) <https://doi.org/10.30554/archmed.23.2.4923.2023>

Resumen

Introducción: el triaje en urgencias es de obligatorio cumplimiento, clasificando a los pacientes en cinco niveles. En las clasificaciones I a III la atención es institucional, los de las clasificaciones IV y V se derivan para la atención ambulatoria en un periodo de 24 a 48 horas, pues son considerados de bajo riesgo. **Objetivo:** caracterizar los pacientes clasificados como triaje V en un periodo determinado. **Métodos:** es un estudio observacional, prospectivo, descriptivo. En él se caracterizaron todos los triajes V del mes de junio 2022, identificándose la edad, el sistema comprometido y los síntomas relatados; se realizó seguimiento a través de la aseguradora o por llamada telefónica para conocer el motivo de la consulta o las complicaciones derivadas de la clasificación triaje. **Resultados:** 147 pacientes clasificados como triaje V durante el mes de junio de 2022, 79 fueron mujeres (53.7%). El motivo principal fue respiratorio en 38 pacientes (25.8%), gastrointestinal en 31 (21%) y musculoesquelético en 25 (17%); 95 (64.6%) asistieron a su cita ambulatoria resolviéndose su sintomatología en 92 (96.8%), de los 52 (35.4%) restantes, 36 (69.2%) mejoraron, 9 (17.3%) consultaron en otras instituciones o médicos particulares. Un paciente (1.9%) se automedicó en una farmacia, y de seis pacientes (11.5%) no se tienen datos, pues no se ubicaron telefónicamente ni su asegurador tiene registro después de su clasificación. **Conclusión:** en su mayoría los

- 1 Médico general del servicio de urgencias de la Fundación Instituto Neurológico de Colombia. Medellín, Colombia. E-mail: felipe.hernandez@neurologico.org.co
- 2 Médico general del servicio de urgencias de la Fundación Instituto Neurológico de Colombia. Medellín, Colombia. E-mail: alejgon06@gmail.com
- 3 Médico general de la unidad de cuidados intensivos Clínica CES, Medellín, Colombia. E-mail: dralejandrotobonvelez@outlook.com
- 4 Especialista en medicina de urgencias de la Fundación Instituto Neurológico de Colombia. Medellín, Colombia. E-mail: alejandro.cardozo@neurologico.org.co

triaje V corresponden a mujeres jóvenes, con síntomas respiratorios, gastrointestinales y/o musculoesqueléticos, que sin mayores problemas se resuelven ambulatoriamente; derivarlos al asegurador es eficaz porque contribuye a la descongestión de los servicios de urgencias.

Palabras clave: *Triage; urgencias médicas; atención ambulatoria; medicina de emergencia; medición de riesgo.*

Characterization of triage V patients who consult the emergency room of a high-level complexity institution in the city of Medellín, Colombia

Abstract

Introduction: *Emergency triage is mandatory, our system classifies patients into five levels, classifications I to III are institutionalized, IV and V are referred for outpatient care in a period of 24 to 48 hours because they are considered to be low risk. Objective:* *To characterize patients classified as triage V in a given period. Materials and methods:* *All the triages V of the month of June 2022 were characterized, identifying the age, compromised system and reported symptoms, follow-up was carried out through their insurer or by phone call to find out the resolution of the reason for consultation or complications derived from triage classification. Descriptive prospective observational study. Results:* *147 patients classified as triage V during June 2022, 79 were women (53.7%). The main complaint was: respiratory 38 patients (25.8%), gastrointestinal 31 (21%) and musculoskeletal 25 (17%); 95 (64.6%) attended their outpatient appointment, their symptoms resolved in 92 (96.8%), of the remaining 52 (35.4%), 36 (69.2%) improved, 9 (17.3%) consulted at other institutions or private doctors. 1 patient (1.9%) self-medicated in a pharmacy and 6 patients (11.5%) do not have data because they were not located by telephone nor did their insurer have a record after their classification. Conclusions:* *The majority of triage V are young women, with respiratory, gastrointestinal and musculoskeletal symptoms, which are adequately resolved on an outpatient basis. Referring them to their insurer is safe and contributes to decongesting emergency services.*

Keywords: *Triage; emergencies; ambulatory care; emergency medicine; risk assessment.*

Introducción

La sobreocupación de urgencias es un problema que interfiere la adecuada prestación de los servicios de salud; este evento impacta negativamente la atención y la satisfacción de los pacientes [1,2].

Una estrategia que contribuye a descongestionar el servicio de urgencias sin comprometer la seguridad de los pacientes, es el triaje intrahospitalario, sistema que clasifica a los pacientes según la gravedad de su condición, favoreciendo la atención inmediata de quienes tienen riesgo de que se comprometa su vida

o haya pérdida irreparable de la función de un órgano o extremidad; o sea, se clasifican los pacientes según los riesgos asociados al tiempo de espera en que serán atendidos [3].

Colombia normatiza el triaje por medio de la Resolución 5596 de 2015, en la que se establecen cinco niveles. Según esta clasificación, el triaje I abarca los pacientes que requieren maniobras de reanimación en su atención, pues su vida o la función de un órgano está comprometida. La clasificación II incluye los pacientes que requieren de estabilización o control del dolor, en caso que este sea severo. La clasificación III atiende aquellos cuya condición clínica indica proceder con medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias, se consideran pacientes estables desde el punto de vista fisiológico y hemodinámico. Las clasificaciones I al III deben atenderse en el servicio de urgencias; adicionalmente, existen los niveles de clasificación triaje IV y V que en nuestro sistema son considerados pacientes cuyo motivo de consulta no representa un riesgo evidente para la vida y, en muchos casos, su necesidad en salud puede resolverse en 24 horas (traje IV) o 48 horas (traje V) en una consulta médica asignada por los aseguradores en locaciones físicas fuera de los servicios de urgencias [4,5].

Nuestra institución no es ajena a esta normativa, al ser una de las instituciones de alta complejidad de la ciudad de Medellín (Colombia), en donde ingresan al servicio de urgencias aproximadamente 60.000 pacientes al año; realizar esta clasificación es fundamental para determinar qué pacientes requieren atención en el servicio y quiénes pueden ser derivados a citas en la aseguradora. Para garantizar la atención en los tiempos establecidos para los triajes IV y V, se desarrolló una propuesta gubernamental para impactar esta situación en el año 2016 en Medellín (Colombia), denominada Centro Integrado de Gestión del Acceso en Salud (CIGA), en la cual los pacientes con clasificación de triaje IV y V se redireccionan

a la atención prioritaria o a las instituciones de menor complejidad [6].

Sin embargo, dado que el destino final de los pacientes clasificados como triaje IV y V es el mismo, existe subjetividad en su clasificación. Otros sistemas de triaje, como el índice de gravedad de emergencia (ESI, siglas en inglés), que también clasifica a sus pacientes en cinco niveles, no especifica el tiempo de espera definido para pacientes IV y V, pues su clasificación se basa en la cantidad de recursos que requiere la atención, dándole prioridad a los clasificados como I, II, III, por tanto, el tiempo de espera dependerá de la cantidad de pacientes pendientes de atención con condiciones de salud más críticas [7].

Por lo anterior, consideramos pertinente caracterizar aquellos que se han clasificado como triaje V para conocer mejor este subgrupo [8].

Materiales y métodos

Estudio observacional descriptivo. Se tomaron todos los pacientes clasificados como triaje V durante junio 2022.

De los pacientes que asistieron a la cita asignada, se contactó al asegurador para conocer la disposición final del paciente tras ser evaluado en la consulta ambulatoria. Los pacientes que no asistieron a la cita se contactaron telefónicamente para conocer la evolución de su sintomatología. No hubo exclusión por edad.

Recolección y análisis de la información. Se creó una base de datos en Microsoft Excel, las variables incluidas fueron edad, género, sistema comprometido en el motivo de consulta, síntoma principal de consulta, asistencia a la cita asignada por el asegurador, resolución del motivo de consulta, presencia de complicaciones asociadas. La información se obtuvo mediante la revisión de la clasificación del triaje, la información suministrada por el asegurador, o por los pacientes mediante llamada telefónica.

Se definió complicación, como muerte, asociada a la consulta y una posible mala clasificación, a la necesidad de hospitalización derivada de la consulta ambulatoria o a la necesidad de asistir a otro servicio de urgencias con hospitalización por empeoramiento antes de la cita ambulatoria. El análisis estadístico se ejecutó en los programas Microsoft Excel y Stata, y se realizaron medidas de asociación mediante chi-cuadrado de Pearson.

Ética. El presente estudio, según la legislación colombiana mediante la Resolución 8430 de 1993, es considerado sin riesgo, pues es un estudio que emplea métodos de investigación documental retrospectivos, no se realiza ninguna intervención en el paciente.

Resultados

Durante el mes de junio del año 2022 ingresaron al servicio de urgencias 4.512 pacientes, de los cuales 147 fueron clasificados como triaje V (3.26%). De estos, 79 (53.7%) fueron mujeres. El principal sistema comprometido fue respiratorio, con 38 (25.8%) pacientes; luego fue el gastrointestinal, con 31 (21%) pacientes; después el musculoesquelético, con 25 (17%). (Tabla 1).

Tabla 1. Variables sociodemográficas.

Variables	% (n)
Mujeres	53.7% (79)
Hombres	46.3% (68)
Media de edad en mujeres	DS 13.2% (34.4)
Media de edad en hombres	DS 12.8% (31.7)
Asistencia a cita prioritaria	64.6% (95)
Resolución del motivo de consulta	62.5% (92)
Re-consultas en nuestra institución	5.44% (8)
Re-consultas en otra institución	4.1% (6)
Complicaciones reportadas	0% (0)

De los 147 pacientes, 95 (64.6%) asistieron a la cita asignada por el asegurador, resolviéndose su motivo de consulta en 92 (96.8%) pacientes.

De los 52 (35.4%) restantes, 36 (69.2%) tuvieron mejoría espontánea de sus síntomas, 9 (17.3%) decidieron ir a otros servicios de urgencias o a medicina particular sin tener complicaciones por estas consultas, y 1 (1.9%) se automedicó en una farmacia. No se obtuvieron datos de 6 (11.5%) pacientes luego de la atención, pues no contestaron la llamada ni han tenido nuevas atenciones en nuestra institución o en la red de la aseguradora.

En cuanto al sistema respiratorio, el síntoma más común como motivo de consulta fue la tos inespecífica, en 22 (14.9%) pacientes; en el gastrointestinal fue la diarrea en 23 (15.6%) pacientes, y en el musculoesquelético 13 (8.8%) pacientes consultaron por dolor articular y/o lumbar (Tabla 2).

Tabla 2. Sistema comprometido en motivo de consulta en triaje

Sistema comprometido	Número de pacientes
Femenino	53.7% (79)
Respiratorio	30.4% (24)
Gastrointestinal	22.8% (18)
Osteomuscular	13.9% (11)
Dermatológico	12.6% (10)
Otorrinolaringológico	10.1% (8)
Oftálmico	5.1% (4)
Sin determinar	2.5% (2)
Cardiovascular	1.3% (1)
Ginecológico	1.3% (1)
Masculino	46.3% (68)
Osteomuscular	20.6% (14)
Respiratorio	20.6% (14)
Gastrointestinal	19.2% (13)
Otorrinolaringológico	17.6% (12)
Dermatológico	10.3% (7)
Sin determinar	4.4% (3)
Neurológico	2.9% (2)
Urológico	2.9% (2)
Oftálmico	1.5%(1)
Total	(147)

Discusión

La sobreocupación de los servicios de urgencias es una problemática universal, lo anterior conlleva a retrasos en la atención de los pacientes, insatisfacción y aumento de eventos adversos, así como síndrome de Burnout en los profesionales de salud [1,2,9].

Varios factores pueden agravar lo anterior, entre ellos, el envejecimiento poblacional debido al aumento en la expectativa de vida, el aumento de migrantes y el uso indebido de los servicios de urgencias. Suiza registró un incremento del 26% de las consultas por urgencias entre los años 2007 y 2011 [9]. Algunos reportes han estimado que la sobreocupación en los departamentos de urgencias ocurre en aquellos que reciben más de 40.000 visitas anualmente, situación comparable con nuestro servicio de urgencias que aproximadamente recibe, anualmente, 60.000 pacientes [10].

Al comparar las características sociodemográficas de los pacientes que acuden a nuestra institución, encontramos que el sexo predominante fue el femenino, representando el 53.7% de las atenciones; la media de edad fue de 34.4 años para las mujeres y 31.7 para los hombres; mientras que el principal motivo de consulta femenino fue el respiratorio, con un 30.4%, el principal motivo de consulta para los hombres fue la patología osteomuscular y respiratoria, con un 20.6% cada una; seguido de la gastrointestinal, con 19.2%. Esto no difiere mucho de lo reportado por otros autores que confirman que el sistema predominante es el gastrointestinal; el osteomuscular sigue siendo un sistema usualmente comprometido en consultas de bajo riesgo [11].

En un estudio realizado en un centro hospitalario de la ciudad de Sao Paulo (Brasil), encontraron que el 54% de las consultas en su servicio comprometían a las mujeres, la edad media fue de 56 años, y el motivo de la consulta principal fue la enfermedad cardiovascular [12]. Contrasta con lo reportado con un estudio rea-

lizado en Perú por León-Jiménez et al., donde el 49.5% de las atenciones fueron mujeres, la edad media fue de 58.25 años, sin embargo, el motivo de consulta principal fue la patología respiratoria, con un 9.5% [13].

Es importante resaltar que no existe una diferencia en cuanto a los motivos de consulta entre los pacientes clasificados como triaje [14] IV y V, pues esto se evidencia en un estudio realizado en Medellín (Colombia), donde el motivo de consulta de los pacientes clasificados como III-IV-V tenían patologías similares a la población de nuestro estudio [15].

En cuanto a la seguridad social, en nuestro estudio el 98% de los pacientes pertenecían a una aseguradora privada, es decir, al régimen contributivo, mientras que el 2% restante, al régimen subsidiado, similar a lo reportado en un estudio realizado en la ciudad de Bogotá en el 2018 por Rodríguez-Páez et al., en donde la mayoría de los pacientes pertenecían al régimen contributivo [11].

Con respecto a la eficacia de esta clasificación, el 64.6% de los pacientes asistieron a la cita asignada, al 96.8% se les resolvió el motivo de consulta, pero incluso los pacientes que no asistieron a la cita, el 88.5%, tuvieron resolución de su sintomatología sin complicaciones, lo que confirma que este triaje, con derivación de pacientes de bajo riesgo, es un mecanismo seguro y efectivo que puede ser una estrategia para descongestionar los servicios de urgencias [8].

Conclusiones

La mayoría de los pacientes que acuden a nuestra institución clasificados como triaje V, son pacientes jóvenes, cuyo principal motivo de consulta es de tipo respiratorio, gastrointestinal y/o musculoesquelético, eventos que se pueden derivar, para su manejo, a los servicios de consulta a través de los aseguradores; los principales síntomas que acompañan estos sistemas son tos inespecífica, diarrea, dolor lumbar o articular.

Sin embargo, dado que otros autores han clasificado estos mismos pacientes como triaje IV, este estudio no permite diferenciar claramente a los pacientes con igual sintomatología, que pueden ser IV o V, al parecer por subjetividad del clasificador de triaje. Futuros estudios pueden

ayudar a delimitar mejor esta subclasificación o, incluso, considerar que todos los pacientes de bajo riesgo se agrupen en un solo nivel de clasificación.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener ningún conflicto de interés

Referencias

1. Savioli G, Ceresa IF, Gri N, Piccini GB, Longhitano Y, Zanza C, et al. Emergency department overcrowding: understanding the factors to find corresponding solutions. *J Pers Med*. 2022;12(2):279. doi: 10.3390/jpm12020279.
2. Estrada-Atehortúa AF, Zuluaga-Gómez M. Estrategias para la medición y el manejo de la sobreocupación de los servicios de urgencias de adultos en instituciones de alta complejidad con altos volúmenes de consulta. *Iatreia*. 2020;33(1):68-77. Disponible en: <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.34>
3. Wuerz RC, Milne LW, Eitel DR, Travers D, Gilboy N. Reliability and validity of a new five-level triage instrument. *Acad Emerg Med*. 2000;7(3):236-242. doi: 10.1111/j.1553-2712.2000.tb01066.x.
4. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5593 de 2015. Diario Oficial No. 49.739 del 28 de diciembre de 2015.
5. Khaw SK, Teo SC, Bujang MA. The impact on patients' time-to-theatre following colour coding classification in emergency operation theatre, Sarawak General Hospital. *Med J Malaysia*. 2020;75(4):379-84. PMID: 32723998.
6. Erazo Castro PA, Sánchez Granada CC. Impacto del Centro Integrado de Gestión del Acceso en Salud (CIGA) en el servicio de urgencias de la clínica León XIII [Trabajo de grado]. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia. 2018.
7. Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern triage in the emergency department. *Dtsch Arztebl Int*. 2010;107(50):892-898. doi: 10.3238/arztebl.2010.0892.
8. Cardozo Ocampo A, García Pareja MA, Serrano Rojas CA, Grajales Osorio N. Seguridad en urgencias sobre la referencia de pacientes no urgentes a centros de atención primaria. *Repert Med Cir*. 2023;32(1):71-76. Disponible en: <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217372.1285>
9. Lindner G, Woitok BK. Emergency department overcrowding: analysis and strategies to manage an international phenomenon. *Vie Kli Wochen*. 2021;133(5-6):229-233. doi: 10.1007/s00508-019-01596-7.
10. 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*. 2022;10:1625. Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare10091625>
11. Rodríguez-Páez FG, Jiménez-Barbosa WG, Palencia-Sánchez F. Uso de los servicios de urgencias en Bogotá, Colombia: un análisis desde el Triage. *Univ Salud*. 2018;20(3):215-26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182003.124>
12. Sanchez de Moraes RC, Katz M, Tarasoutchi F. Clinical and epidemiological profile of patients with valvular heart disease admitted to the emergency department. *Einstein (Sao Paulo)*. 2014;12(2):154-158. doi: 10.1590/s1679-45082014ao3025.
13. León-Jiménez F, Núñez-Corrales D, Medina-Arboleda E, Briones-Díaz E. Times of attention and data management in the emergency of a hospital level III, Lambayeque, Peru, 2016. *Rev Exp Med*. 2019;5(2):63-69.
14. Herrera-Almanza L, Hernández-Martínez A, Roldan-Tabares MD, Hernández-Restrepo F, Thowinson-Hernández MC, Coronado-Magalhães G, et al. El triaje como herramienta de priorización en los servicios de urgencias. *Med Int Mex*. 2022; 38(2):322-334. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/mim.v38i2.3751>
15. Gil Ramos JM, Cuartas-Agudelo YS, Martínez Sánchez LM, Estrada Atehortúa AF, Thowinson-Hernández MC, Roldán Tabares MD, et al. Caracterización de los usuarios y servicios de urgencias basados en el triaje en dos instituciones de alto nivel de complejidad en Medellín, Colombia. 2023.

