



Artículo de investigación

Seguridad en urgencias sobre la referencia de pacientes no urgentes a centros de atención primaria

Safety of referral of patients with non-urgent conditions from the emergency room to primary care centers

Alejandro Cardozo O. MD^a
Manuel Alejandro García P. MD^a
Camilo Andrés Serrano R. MD^b
Natalia Grajales O.^c

^a Esp. en Medicina de Urgencias, Servicio de Urgencias Instituto Neurológico de Colombia, Medellín, Colombia.

^b Cirugía Plástica, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

^c Prof. de Enfermería, Secretaría de Salud. Medellín, Colombia.

RESUMEN

Objetivos: determinar la seguridad al referir pacientes *triage* 4 y 5 desde un servicio de urgencias a centros de atención primaria, conociendo su disposición final y las posibles complicaciones por esta estrategia. **Métodos:** estudio observacional retrospectivo de 333 pacientes clasificados como *triage* 4 y 5 que fueron referidos desde el servicio de urgencias a un centro de atención primaria en febrero 2019. A través de la aseguradora se obtuvo la información sobre si asistieron o no a dicha cita programada y la conclusión final de la consulta. **Resultados:** 52 pacientes (15,6%) no asistieron a la cita programada sin que esto causara alguna complicación para su salud. De los 281 que sí asistieron, 1,4% fueron referidos a valoración especializada urgente sin que requirieran ingreso hospitalario y 98,6% fueron atendidos y manejados en forma ambulatoria por el médico de atención primaria. Se encontraron diferencias entre los no asistentes a la atención primaria en los subgrupos de edad entre 3 a 17 ($p=0,009$) y 18 a 37 años ($p=0,04$). **Conclusiones:** la estrategia de referencia de pacientes clasificados en 4 o 5 desde un servicio de urgencias a centros de atención primaria es segura, incluso si estos no asisten a la cita programada.

Palabras clave: triage; referencia a atención primaria; congestión; servicios médicos de urgencia; seguridad del paciente.

© 2023 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Fecha recibido: febrero 22 de 2022
Fecha aceptado: agosto 8 de 2022

Autor para correspondencia:
Dr. Alejandro Cardozo:
galeno026@gmail.com

DOI
10.31260/RepertMedCir.01217372.1285

ABSTRACT

Objectives: to determine the safety of referral of triage category 4 and 5 patients from the emergency room to primary care centers, aware of their final disposition and the potential complications of this strategy. **Methods:** a retrospective observational study of 333 triage category 4 and 5 patients who were referred from the emergency room to a primary care center in February 2019. Information on scheduled appointment attendance, and final consultation diagnosis was obtained from the insurer. **Results:** 52 patients (15.6%) failed to attend their scheduled appointment presenting no health complications. Of the 281 who attended their clinic appointment, 1.4% were referred for urgent specialist consultation without requiring hospital admission. The primary care physician provided care and management to 98.6% of studied patients on an outpatient basis. Differences were found among those failing to attend primary care in the 3 to 17 ($p=0.009$) and 18 to 37 years ($p=0.04$) age subgroups. **Conclusions:** triage category 4 and 5 patients referral strategy from the emergency service to primary care centers is safe, even if patients fail to attend their scheduled appointment.

Keywords: triage; referral to primary care; emergency medical services; patient safety.

© 2023 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

En Colombia la clasificación del *triage* es un estándar de obligatorio cumplimiento en los servicios de urgencias sin importar su nivel de complejidad; nuestra normatividad clasifica los pacientes en una escala de 5 niveles.¹ Este sistema contempla la clasificación 1 para pacientes que requieren maniobras de reanimación, 2 para los que necesitan de estabilización o control del dolor, *triage* 3 para aquellos cuya condición clínica indica proceder con medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias, pues necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, y los *triatges* 4 y 5 para los que el motivo de consulta no representa un riesgo evidente para la vida o la pérdida de un miembro u órgano, cuya necesidad en salud puede resolverse en 24 horas (*triage* 4) o 48 horas (*triage* 5) por lo general en una consulta médica, dado que su riesgo es bajo y pueden referirse a sus proveedores de cuidado primario para consulta externa.

Esta estrategia de derivar pacientes se concibe como una herramienta que contribuye a la seguridad del servicio de urgencias, impacta en su descongestión ya que clasifica los enfermos según sus prioridades y posible lugar de atención como reanimación, camilla, sala de tránsito rápido (*fast track*) o referido a un nivel de más baja complejidad.²

El sistema de salud colombiano está basado en el aseguramiento, en el cual el asegurador del paciente contrata algunos servicios con las redes hospitalarias, pero puede proveer de manera autónoma otros como consulta médica no programada, ambulatoria, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y consulta especializada.³

Los aseguradores contratan con hospitales de mayor complejidad el cuidado de los pacientes que requieren

atención en el servicio de urgencias o ser internados; ante situaciones agudas pero no graves como los *triatges* 4 y 5, los aseguradores pueden proveer consulta externa no programada en sus propias instalaciones físicas.

En Medellín, Colombia, cada asegurador reporta a diario a una central llamada CIGA (centro integrado de gestión de acceso en salud) la disponibilidad y agenda de citas para enfermos que serán referidos desde múltiples servicios de urgencias hospitalarias. Una vez se clasifica como *triage* 4 o 5 debe dirigirse a las oficinas del hospital estipulado para contactar la central CIGA y confirmar el sitio y hora de la consulta en la cual será atendido. Mediante esta estrategia los pacientes son referidos con la garantía de ser atendidos dentro del tiempo estipulado según su *triage*.

El Instituto Neurológico de Colombia (INDEC) atiende al año cerca de 52.000 consultas de urgencias distribuidas de la siguiente manera: 4% para *triage* 1, 8% para 2, 50% para 3, 36% para 4 y 2% para 5. Dado que 38% (*triage* 4 y 5) es un número importante en las estadísticas de un servicio de urgencias nuestro objetivo es el seguimiento en los desenlaces de estos pacientes para verificar la seguridad de la referencia y asertividad de nuestra clasificación.

MATERIALES Y MÉTODOS

El INDEC es una institución de salud de referencia local en enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas; aun así, realiza la atención inicial de cualquier clase de consulta de urgencia que llega al servicio. El personal médico de urgencias está integrado por especialistas en emergencias presenciales

RESULTADOS

de lunes a viernes de 07:00 a 19:00, y disponibilidad de llamado el resto del tiempo. Siempre se cuenta con médicos generales y enfermeros profesionales. El triage lo realizan médicos generales y profesionales en enfermería en algunos horarios, todos debidamente entrenados y certificados en el sistema de *triage* de 5 niveles como la ley colombiana lo exige; el nuestro se basa en banderas rojas y riesgos.

Este es un estudio observacional basado en datos recolectados durante febrero 2019 de las consultas urgentes en la institución. Escogimos este mes porque no hay cambios estacionales en nuestro país que incidan en los resultados. 3861 pacientes acudieron al servicio durante este periodo, de los cuales 1372 fueron referidos a sus aseguradores para atención primaria, de ellos en forma aleatoria seleccionamos una muestra de 333 pacientes (24%) sin importar el día y hora de la consulta ni el profesional que realizó la clasificación (médico o enfermero). Ninguno de los pacientes fue excluido y no hubo pérdida en su seguimiento. Dos semanas después del fin del mes, a mediados de marzo 2019, los aseguradores fueron encuestados para revisar las historias clínicas del día de la cita asignada con un profesional de atención primaria, buscando eventos adversos como necesidades de hospitalización, una nueva referencia a urgencias por complicación o clasificación inadecuada, o bien la necesidad de una valoración especializada urgente. En el caso de los pacientes que no asistieron a la cita asignada, nos comunicamos vía telefónica para conocer la razón de su ausencia y sus posibles complicaciones.

Las variables estudiadas fueron edad, género, motivo de consulta agrupado por sistemas, asistencia a la cita asignada, motivo de no asistencia y disposición final. El análisis univariado descriptivo de las variables categóricas obtenidas en medidas de frecuencia y porcentaje se analizaron para determinar semejanza o diferencia entre subgrupos etáreos, el *chi*-cuadrado y la prueba de exactitud de Fisher se usaron con un valor *p* de significancia <0.05 con software estadístico de acceso libre R.⁴ El comité de ética de la institución aprobó el estudio.

Durante el mes de febrero 2019 hubo 3.861 consultas al servicio de urgencias, de las cuales 1.324 (34.3%) fueron clasificadas como *triage* 4 y 48 (1.2%) como *triage* 5. Así, un total de 1.372 (35.5%) pacientes fueron referidos a atención primaria, 24% de ellos (n = 333) se seleccionaron para conocer su disposición final a través de su asegurador, de los cuales 215 (64.6%) eran mujeres y el subgrupo con el número más alto de consultas fue entre 18 y 37 años (54%) (**tabla 1**).

El motivo de consulta principal se agrupó por sistemas, los tres principales en la clasificación de triage fueron el gastrointestinal (28.8%), respiratorio (19.8%), y musculoesquelético (18%) (**tabla 2**).

Cerca de 15% de los pacientes no acudieron a la cita de atención primaria y los principales motivos fueron la mejoría espontánea de sus síntomas (38.5%) o tras la automedicación (44,2%) (**tabla 3**) De estos, solo uno volvió a consultar el mismo día a otro servicio de urgencias por el mismo cuadro (diarrea no complicada), atendido en forma ambulatoria con posterior resolución y sin complicaciones. Los demás que no acudieron a la cita de atención primaria no buscaron otra institución ni presentaron complicaciones.

Se realizó una división por subgrupos etáreos para identificar diferencias entre los que acudieron y los que no fueron a la consulta de atención primaria, que resultó significativa para los grupos de 3 a 17 y de 18 a 37 años (**tabla 1**). No hubo diferencias significativas según el motivo de consulta (**tabla 2**).

En cuanto a la seguridad de los 281 pacientes que acudieron a atención primaria, 4 (1,4%) precisaron consulta especializada urgente: 2 de ellos a psiquiatría por ansiedad, 1 a oftalmología por cuerpo extraño en el ojo y 1 a pediatría por infección urinaria, pero ninguno requirió hospitalización.

Tabla 1. Datos demográficos de los participantes (%)

	Asistieron (n=281)	No asistieron (n=52)	Total (n=333)	p-valor
Mujeres	66,2%	55,8%	64,6%	0.149
Edad (años)				
<3	0	0	0	-
3-17	20.2	38.5	23.1	0.009
18-37	56.5	40.3	54	0.04
38-57	21.4	15.3	20.4	0.362
>58	1.8	5.7	2.4	0.078

Fuente: los autores.

Tabla 2. Motivos de consulta agrupados por sistemas (%)

Motivo de consulta principal por sistemas	Asistieron (n=281)	No asistieron (n=52)	Total (n=333)	(p-valor)
Síntomas respiratorios	20,6	15,4	19,8	0,382
Síntomas mentales y comportamentales	2,1	3,8	2,4	0,459
Síntomas gastrointestinales	29,2	27	28,8	0,741
Síntomas musculoesqueléticos	18,9	13,5	18	0,352
Trauma	3,5	9,6	4,5	0,064
Síntomas de la piel y sus anexos	5	9,6	5,7	0,236
Síntomas oculares y sus anexos	3,6	1,9	3,3	0,544
Síntomas del oído y audición	4,6	9,6	5,4	0,114
Síntomas del sistema nervioso	8,5	7,7	8,4	0,839
Síntomas genitourinarios	3,9	1,9	3	0,479

Fuente: los autores.

Tabla 3. Causas de no asistencia a la consulta de atención primaria (n=52)

Causas	Total
Resolución espontánea	38,5
Mejoría con automedicación	44,2
Mejoría con recomendación de farmaceuta	9,6
Asistencia a otro servicio de urgencias	1,9
Otras	5,8

Fuente: los autores.

DISCUSIÓN

La congestión en los servicios de urgencias es una ocurrencia mundial que se describe en especial cuando se atienden más de 40.000 pacientes al año.⁵ Se cataloga como un problema de salud pública por el impacto tanto en la seguridad del paciente como en la satisfacción de los profesionales que trabajan en los servicios de urgencias.⁶

Es una situación compleja que ha sido abordada desde una diversidad de etiologías⁷ y que requiere que los sistemas de salud y en especial los servicios de emergencia desarrollen estrategias encaminadas a reducir el impacto de la congestión en la calidad de atención. Una de ellas es la identificación y derivación de aquellos que por su motivo de consulta y mínimo riesgo de complicaciones podrían referirse a centros de atención primaria de menor complejidad.⁸⁻¹⁰

La identificación de este subgrupo es importante porque contribuye en forma significativa a la congestión, según algunas estadísticas pueden representar entre 10 y 90% del total de consultas. Algunos ejemplos son Kuwait con 61%, Cuba 57,9% y Hong Kong 57%, en otros países es moderado como Alemania 49,9%, Gran Bretaña 40,9%, Suecia 38,3%, Francia 31,7%, Portugal 31,3% y Turquía 31,2%, y es menos prevalente en Estados Unidos 12,5%, Italia 19,6%,

Brasil 24,2%, Canadá 25% y España 29,6%.^{11,12} En nuestro estudio es de 38%, la diferencia entre los países se debe a la ausencia de una definición universal para “consultas no urgentes”, adoptando otro término para referirse a esta situación: consultas “inapropiadas”.¹²

Existen soluciones relativamente sencillas y todas convergen en buscar la atención en áreas fuera del servicio de urgencias o en centros menos complejos.¹³⁻¹⁵ Esta ha demostrado no solo ser segura sino también satisfactoria para los pacientes que son derivados.¹⁶ Se realiza a través del *triage* identificando aquellos cuyos motivos de consulta, signos vitales y examen físico permiten derivarlos a otras instalaciones.^{17,18}

La estrategia de referencia podría reducir entre 4 y 40% la congestión de los servicios de urgencias.¹⁶ En nuestro servicio, el porcentaje de redireccionamiento ha llegado a 36% en los últimos dos años, pero podría ser mayor dado que por política institucional atendemos a todos los menores de 3 años y adultos mayores de 60 años independiente del motivo de consulta. En general los pacientes *triage* 4 y 5 son reconocidos por ser jóvenes sin comorbilidades y cuyos motivos de consulta casi siempre se refieren a los sistemas musculoesquelético, respiratorio o gastrointestinal.¹⁹⁻²² Se considera que acuden por razones como la sobreestimación de su enfermedad²³, la cercanía al servicio de urgencias o las dificultades para obtener cita en consulta externa.²⁴⁻²⁶

Nuestra población se comporta de manera similar a la de otros reportes en los que el subgrupo de edad con mayor tasa de derivación se encuentra entre 16 y 40 años²⁷, en nuestro estudio el sistema gastrointestinal fue el más involucrado y a menudo con diarrea como motivo de consulta, similar a lo reportado por otros autores.^{26,27}

Alrededor de 15% de los pacientes no acudieron a la cita de atención primaria, todos fueron contactados y no hubo complicaciones por esta inasistencia; las dos principales razones fueron la mejoría espontánea de sus síntomas y la automedicación con fármacos de tipo analgésico y

descongestionante. Otros autores han reportado como causas de inasistencia el tiempo de espera prolongado, el horario no conveniente para el paciente o el costo de redireccionamiento.²⁸

Como limitación, estos resultados no deben generalizarse a todos los servicios de urgencias y dado que nuestros proveedores de salud tienen una capacitación institucional, la evaluación del triage puede variar en comparación con otros departamentos de emergencias.

CONCLUSIONES

El referir los pacientes de bajo riesgo a centros de atención básica como una de las estrategias descongestionantes de los servicios de urgencias ha demostrado tener éxito, este subgrupo por lo regular es de población joven sin comorbilidades. Consideramos que es una estrategia segura sin riesgos adicionales para los pacientes ni para el servicio de urgencias, incluso si se incluyen que no asisten a las citas asignadas.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno de los investigadores declara conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Resolución 5593. Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la cobertura del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2016 y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 49.739 (28 diciembre 2015).
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. Revisión de la literatura. *Iatreia*. 2020;33(1):68-77. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia>.34
3. Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete ML, Mogollón-Pérez AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. *Rev Salud Pública*. 2010;12(5):701-712.
4. Kelen GD, Wolfe R, D'Onofrio G, Mills AM, et al. Emergency department crowding: the canary in the health care system. *NEJM Catalyst*. 2021. <https://doi.org/10.1056/CAT.21.0217>.
5. Jo S, Jeong T, Jin YH, Lee JB, Yoon J, Park B. ED crowding is associated with inpatient mortality among critically ill patients admitted via the ED: post hoc analysis from a retrospective study. *Am J Emerg Med*. 2015;33(12):1725-31. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2015.08.004>.
6. Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, Trockel M, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2017. *Mayo Clin Proc*. 2019;94(9):1681-1694. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.10.023>
7. Lindner G, Weitok BK. Emergency department overcrowding: Analysis and strategies to manage an international phenomenon. *Wien Klin Wochenschr*. 2021;133(5-6):229-233. <https://doi.org/10.1007/s00508-019-01596-7>.
8. Bentley JA, Thakore S, Morrison W, et al. Emergency department redirection to primary care: a prospective evaluation of practice. *Scott Med J*. 2017; 62(1):2-10. <https://doi.org/10.1177/0036933017691675>.
9. O'Keeffe C, Mason S, Jacques R, Nicholl J. Characterising non-urgent users of the emergency department (ED): A retrospective analysis of routine ED data. *PLoS One*. 2018;13(2):e0192855. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192855>.
10. Chmiel C, Wang M, Sidler P, Eichler K, Rosemann T, Senn O. Implementation of a hospital-integrated general practice—a successful way to reduce the burden of inappropriate emergency department use. *Swiss Med Wkly*. 2016;10;146:w1428. <https://doi.org/10.4414/smw.2016.14284>.
11. Clement N, Businger A, Martinolli L, Zimmermann H, Exadaktylos A. Referral practice among Swiss and non-Swiss walk-in patients in an urban surgical emergency department. *Swiss Med Wkly*. 2010;140:w13089. <https://doi.org/10.4414/smw.2010.13089>.
12. Ghazali DA, Richard A, Chaudet A, Choquet C, Guericolas M, Casalino E. Profile and Motivation of Patients Consulting in Emergency Departments While not Requiring Such a Level of Care. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(22):4431. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224431>.
13. Payne K, Dutton T, Weal K, Earle M, Wilson R, Bailey J. An after hours gp clinic in regional Australia: appropriateness of presentations and impact on local emergency department presentations. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):86. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0657-6>.
14. Morin C, Choukroun J, Callahan JC. Safety and efficiency of a redirection procedure toward an out of hours general practice before admission to an emergency department, an observational study. *BMC Emerg Med*. 2018;18(1):26. <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0173-6>.
15. Unwin M, Crisp E, Rigby S, Kinsman L. Investigating the referral of patients with non-urgent conditions to a regional Australian emergency department: a study protocol. *BMC Health Serv Res*. 2018 Aug 20;18(1):647. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3411-4>.
16. 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.
17. Whittaker W, Anselmi L, Kristensen SR, et al. Associations between extending access to primary care and emergency department visits: a difference-in-differences analysis. *PLoS Med*. 2016;13(9):e1002113. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002113>.

18. Hysenbegasi M, Hubloue I, Vanobberghen R, Kartounian J, Devroey D. Evolution over 11 years of the characteristics of walk-in patients at the emergency department of a university hospital in Brussels. *J Med Life*. 2019;12(1):34-42. <https://doi.org/10.25122/jml-2018-0053>.
19. Centers for Disease Control and Prevention. National hospital ambulatory medical care survey: 2016 emergency department summary tables. National Center for Health Statistics; 2017 (citado octubre 6 2021). Disponible en: https://www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/namcs_summary/2016_namcs_web_tables.pdf
20. Idil H, Kilic TY, Tokar , Dura Turan K, Yesilaras M. Non-urgent adult patients in the emergency department: Causes and patient characteristics. *Turk J Emerg Med*. 2018;18(2):71-74. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2017.10.002>.
21. Andrews H, Kass L. Non-urgent use of emergency departments: populations most likely to overestimate illness severity. *Intern Emerg Med*. 2018;13(6):893-900. <https://doi.org/10.1007/s11739-018-1792-3>.
22. Al-Otmy SS, Abduljabbar AZ, Al-Raddadi RM, Farahat F. Factors associated with non-urgent visits to the emergency department in a tertiary care centre, western Saudi Arabia: cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020;10(10):e035951. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035951>.
23. Akpınar Y, Demirci H, Budak E, Baran AK, Candar A, Ocakoglu G. Why do patients with minor complaints choose emergency departments and does satisfaction with primary care services influence their decisions?. *Prim Health Care Res Dev*. 2018;19(4):398-406. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000822>.
24. Jimenez MLC, Manzanera R, Carascal MB, et al. Factors affecting the non-urgent consultations in the emergency department of a tertiary hospital in the Philippines: A cross-sectional study. *Emerg Med Australas*. 2021;33(2):349-356. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13725>.
25. Coster JE, Turner JK, Bradbury D, Cantrell A. Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. *Acad Emerg Med*. 2017;24(9):1137-1149. <https://doi.org/10.1111/acem.13220>.
26. Young GP, Wagner MB, Kellermann AL, Ellis J, Bouley D. Ambulatory visits to hospital emergency departments. Patterns and reasons for use. 24 Hours in the ED Study Group. *JAMA*. 1996;276(6):460-465. <https://doi.org/10.1001/jama.276.6.460>.
27. Tammes P, Morris RW, Brangan E, et al. Exploring the relationship between general practice characteristics and attendance at Walkin Centres, Minor Injuries Units and Emergency Departments in England 2009/10-2012/2013: a longitudinal study. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):546. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2483-x>.
28. Vogel JA, Rising KL, Jones J, Bowden ML, Ginde AA, Havranek EP. Reasons Patients Choose the Emergency Department over Primary Care: a Qualitative Metasynthesis. *J Gen Intern Med*. 2019;34(11):2610-2619. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05128-x>.

