







Artículo de investigación

Caracterización del registro de triaje hospitalario en dos hospitales del área metropolitana de Medellín, Colombia

Characterization of the hospital triage record in two hospitals in the metropolitan area of Medellin, Colombia

Juan Pablo Mesa Murillo ¹  [ORCID](#), Sebastian Moreno-Quimbay ¹  [ORCID](#), Deisy Tatiana Londoño Londoño ¹ [ORCID](#), Andrea Torres Zapata ²  [ORCID](#), Juan Pablo García Restrepo ³  [ORCID](#), Nelcy Lorena Valencia Ortiz ^{4*}  [ORCID](#), Marie Claire Berrouet Mejía ⁵  [ORCID](#)

* Autor de correspondencia.

¹ Especialista en Medicina de urgencias. Especialista en Gerencia de IPS. Universidad CES, Medellín-Colombia.

² Tecnóloga en APH, Médico General. Clínica Las Américas, Medellín-Colombia.

³ Estudiante Medicina, Tecnólogo en APH, Universidad CES, Medellín-Colombia.

⁴ Profesional en Gerencia de sistemas de información en salud, Magister en TIC en salud. División de Investigación e Innovación. Facultad de Medicina. Universidad CES, Medellín-Colombia.

⁵ Especialista en Toxicología Clínica MSc Epidemiología. Universidad CES, Hospital General de Medellín, Medellín-Colombia.

Fecha correspondencia:

Recibido: noviembre 29 de 2021.

Aceptado: abril 25 de 2022.

Forma de citar:

Mesa J, Moreno-Quimbay S, Londoño D, Torres A, García J, Valencia N, Berrouet M. Caracterización del registro de triaje hospitalario en dos hospitales del área metropolitana de Medellín, Colombia. Rev. CES Salud Publica y Epi. 2022; 1(1): 3-19.

[Open access](#)

[© Derecho de autor](#)

[Licencia creative commons](#)

[Ética de publicaciones](#)

[Revisión por pares](#)

[Gestión por Open Journal System](#)

[Publica con nosotros](#)

Resumen

Introducción: el triaje es una estrategia para clasificar los pacientes y optimizar los recursos disponibles. El objetivo de este estudio fue caracterizar la información contenida en la historia clínica de triaje en urgencias en dos instituciones hospitalarias. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio descriptivo transversal en dos instituciones públicas del área metropolitana de Medellín, Colombia. Se realizó un muestreo estratificado en el que se seleccionó 687 registros de pacientes atendidos en los servicios de urgencias en el mes de agosto en 2019. Se recolectó información del paciente como el sexo, la edad, otras variables demográficas y resultado de su clasificación en el triaje. Del hospital se registró en nivel de complejidad. **Resultados:** el 64,2% de los registros repite alguna información. Se presentan elementos comunes de una historia clínica general como el motivo de consulta en el 65,4% de los casos, enfermedad actual en 75,1%, antecedentes 65,4% y examen físico 57,6%. Estos dos últimos se caracterizaron por ser exhaustivos y poco relevantes. El 14,4% incluyó el diagnóstico, el 13,4% un resumen y el 18,9% un plan de intervención. El 31,2% de los triajes fueron clasificación II, un

37,4% tenían entre 51-100 palabras, y el 77,5% fueron registros de pacientes que pertenecían al régimen subsidiado en salud. **Conclusión:** las historias clínicas de triaje revisadas contienen información similar a la de una historia clínica médica general, salvo algunas excepciones. Adicionalmente, la clasificación de triaje parece tener alguna relación con el número de palabras del escrito, así como el régimen de seguridad social del paciente.

Palabras clave: triaje; medicina de emergencia; registros médicos.

Abstract

Introduction: triage is a strategy to classify patients and optimize available resources. The objective of this study was to characterize the information recorded in the clinical history of emergency triage in two hospital institutions. **Materials and methods:** a cross-sectional descriptive study was carried out in two public institutions in the metropolitan area of Medellín, Colombia. A stratified sampling was carried out in which 687 records of patients treated in the emergency services in the month of August in 2019 were selected. Patient information was collected, such as gender, age, other demographic variables and the result of their triage classification. From the hospital, its level of complexity was recorded. **Results:** 64.2% of the records repeat some information, common elements of a general clinical history are recorded, such as the reason for consultation in 65.4% of cases, current illness in 75.1%, medical history in 65.4% and physical examination in 57.6%. These last two were characterized by being exhaustive and not very relevant. 14.4 of the triages included the diagnosis, 13.4% a summary and 18.9% an intervention plan. 31.2% of the triages were classification II, 37.4% had between 51-100 words, and 77.5% were records of patients who belonged to the subsidized health regime. **Conclusion:** the reviewed triage medical records contain information similar to that of a general medical record, with some exceptions. Additionally, the triage classification seems to have some relationship with the number of words in the document, as well as the patient's social security regime.

Keywords: triage; emergency medicine; medical records.

Introducción

En la actualidad, los departamentos de emergencias de todo el mundo tienen determinado el sistema de triaje para responder ante la demanda de usuarios cada vez mayor a los ⁽¹⁾. El triaje hospitalario es un sistema de selección y de clasificación de pacientes basado en las necesidades terapéuticas y recursos disponibles hospitalarios y consiste en un examen clínico breve que determina la prioridad de la atención posterior del paciente ⁽²⁾.

En las instituciones de salud del área metropolitana de Medellín se viene presentando gran interés en los últimos años por mejorar la gestión del riesgo en sus servicios de urgencias ⁽³⁾. El aumento en las consultas espontáneas a los servicios supone muchos desafíos para garantizar

la mejor y más segura atención en salud posible, por lo que se genera la necesidad de planificar e implementar diversas estrategias para mitigar las complicaciones derivadas de la prestación del servicio ⁽⁴⁾. Dentro de éstas se encuentra el triaje, entendida como un proceso de clasificación y priorización dinámica de pacientes de acuerdo con las necesidades diagnósticas y terapéuticas ⁽⁵⁾.

Para homogeneizar y estandarizar la clasificación, en el mundo se han propuesto sistemas de triaje estructurado ⁽⁶⁾. Estos consisten en la utilización de protocolos previamente definidos para guiar la priorización. Como ejemplo, el Severity Index (ESI), en los Estados Unidos, el Manchester Triage System (MTS) del Reino Unido, el Canadian Triage Acuity (CTA), el Australian Triage Scale (ATS) y el Sistema Andorrano ⁽⁷⁾.

En Colombia este procedimiento se legisla a través de la resolución 5596 del 2015, donde se instauró un sistema de triaje de cinco niveles, dejando unas pautas estratégicas para realizarlo ⁽⁸⁾. Sin embargo, ésta sólo normaliza aspectos técnicos para su ejecución e implementación, como definir la obligatoriedad en su ejecución en todo el territorio nacional, las responsabilidades de los actores del sistema, y el significado e implicaciones de la clasificación de 5 niveles. La resolución no ahonda detalladamente como debe ser el registro clínico producto de la atención a este nivel. Sólo menciona en el artículo 10 que todas las instituciones prestadoras de servicio de salud deben garantizar el registro, y que como mínimo, este debería incluir la información de identificación del paciente, fecha, hora de ingreso y de realización del triaje, así como la clasificación de éste. Por lo tanto, se genera un extenso vacío, que puede impactar en la homogeneidad y la pertinencia de la información que se registra.

De la misma manera, la historia clínica tiene un papel fundamental en la atención en salud ⁽⁹⁾. Este es el testimonio más confiable que da cuenta de la relación entre un paciente que consulta y el sector salud que presta el cuidado. La información contenida es una muestra indirecta de actuar y juicio clínico de quien brinda la atención ⁽¹⁰⁾, y el proceso del triaje no es ajeno a esta realidad.

El propósito de la presente investigación consiste en describir la forma como se está realizando el registro de la historia clínica de triaje a nivel de ciudad, tomando como muestra registros realizados durante 1 mes en dos instituciones públicas, una de baja y otra de alta complejidad, para el año 2019, buscando identificar la inclusión o no de elementos clásicos de una historia clínica, así como de variables propias del proceso de triaje.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal con fuente de información secundaria en dos instituciones de salud del Área Metropolitana del Valle de Aburrá. Una de baja y otra de alta complejidad, ambas del sector público tomando como único criterio de

Enero – junio de 2022

elegibilidad el registro completo de triaje durante el mes de agosto de 2019. En la institución de baja complejidad se reportaron 3.191 registros de triaje en el mes evaluado, en la de alta 10.637.

Se tomó una muestra representativa para cada institución con una proporción esperada del 50%, un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95% mediante muestreo aleatorio estratificado. Se distribuyó proporcionalmente en grupos etarios (adultos no gestantes, gestantes y niños <15 años). Finalmente, la muestra recolectada fue de 687 historias clínicas entre ambas instituciones, 349 de baja complejidad y 338 de alta. Se excluyeron historias incompletas donde no se especificará la clasificación asignada de triaje, edad y sexo del paciente, historias clínicas en las que se referenció algún protocolo de triaje estructurado y validado, y finalmente aquellas realizadas en el contexto de atención de multitud de víctimas.

Para la recolección de datos se diseñó un instrumento en una plantilla de Excel con variables demográficas y clínicas de interés. Las variables fueron definidas para evitar subjetividad y errores en su identificación e interpretación (ver material complementario). Para el diligenciamiento fueron entrenados 3 médicos residentes de la especialización en Medicina de Urgencias y dos estudiantes de pregrado de medicina. La extracción de la información se realizó con el consentimiento previo de cada una de las instituciones garantizando confidencialidad de los datos.

Se realizó una prueba piloto con aproximadamente 10 historias clínicas que no se incluyeron en el análisis final para verificación de la claridad del instrumento de recolección; para controlar el sesgo de selección se aplicó de manera rigurosa los criterios de inclusión y exclusión. Para controlar el sesgo de información se realizó un proceso de estandarización de variables entre quienes recolectaron la información. Cabe aclarar que las instituciones realizan el registro de triaje bajo los lineamientos de la resolución 5596 de 2015 del Ministerio de Salud de Colombia, donde este debe ser realizado por profesionales en medicina o enfermería, y para las bajas complejidades puede ser realizado por auxiliares de enfermería o tecnólogos en atención prehospitalaria ⁽⁸⁾.

En el análisis estadístico se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Se utilizó el paquete estadístico Jamovi versión 1.6.23. Esta investigación tuvo aprobación del Comité de Investigación e Innovación de la Facultad de Medicina de la Universidad CES según Acta 216 del 11 de junio de 2019.

Resultados

De los 687 registros de historia clínica de triaje 50,8% correspondieron a la institución de baja complejidad y 49,2% a la de alta complejidad. El 76,9% de los registros fue diligenciado por médico general, el 21,2% por enfermera profesional, el 1,8% por médico especialista y un 0,1%

Enero – junio de 2022

por auxiliar de enfermería. El 58,8% de los pacientes fueron adultos no gestantes. La edad mínima fue 1 año y la máxima 98 años, promedio 33,9 años.

En cuanto a la clasificación de triaje, el 31,1% correspondió a triaje II y el 31,0% a III, seguido por triaje IV en el 27,7% de los casos, triaje V con el 7,6% y I con el 2,6%. El 77,3% de los pacientes fue del régimen subsidiado.

Al comparar las instituciones por el contenido registrado, ambas repiten alguna información como la edad, sexo, seguridad social y el nombre del paciente. La institución de alta complejidad registró de manera más frecuente un motivo de consulta; así mismo, cuando este se consignaba, en ambas predominó un formato informal. Una redacción clásica de una enfermedad actual fue común en los registros de ambas instituciones. En la [tabla 1](#) se describen las características demográficas y clínicas de los pacientes discriminado por el nivel de complejidad de la institución.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de pacientes que tuvieron triaje en el servicio de urgencias en dos instituciones hospitalarias del área metropolitana de Medellín, 2019.

		Institución			
		Baja complejidad		Alta complejidad	
		N	%	N	%
Grupo etario	Adulto no gestante	253	72,5	150	44,6
	Gestante	42	12,0	128	38,1
	Pediátrico No gestante	54	15,5	58	17,3
Régimen de atención	Subsidiado	283	81,1	248	75,6
	Sin seguridad social	41	11,7	26	7,9
	Contributivo	25	7,2	54	16,5
Clasificación del triaje	I	1	0,3	17	5,0
	II	33	9,5	181	53,6
	III	76	21,8	137	40,5
	IV	187	53,6	3	0,9
	V	52	14,9	0	0,0
Repetición de identificación	No	105	30,1	142	42,0
	Si	244	69,9	196	58,0
Intervalo de palabras	Entre 101 y 150	79	22,7	49	14,5
	Entre 51 y 100	119	34,2	137	40,5
	Mayor a 150	65	18,7	67	19,8
	Menos de 50	85	24,4	85	25,1
Motivo de consulta	No	161	46,1	78	23,1
	Si	188	53,9	260	76,9
Motivo de consulta formal	No	209	92,1	176	85,0
	Si	18	7,9	31	15,0
Enfermedad actual clásico	No	49	14,0	123	36,4
	Si	300	86,0	215	63,6

		Institución			
		Baja complejidad		Alta complejidad	
		N	%	N	%
Registro de signos vitales	No	1	0,3	4	1,2
	Si	348	99,7	333	98,8
Examen físico	No	64	18,3	228	67,5
	Si	285	81,7	110	32,5
Examen físico exhaustivo	No	124	43,5	42	38,2
	Si	161	56,5	68	61,8
Examen físico dirigido	No	162	56,8	65	59,1
	Si	123	43,2	45	40,9
Antecedentes incluidos	No	161	46,1	78	23,1
	Si	188	53,9	260	76,9
Antecedentes exhaustivos	No	99	52,7	72	27,7
	Si	89	47,3	188	72,3
Antecedentes relevantes	No	122	64,9	178	68,5
	Si	66	35,1	82	31,5
Inclusión resumen	No	306	87,7	279	82,5
	Si	43	12,3	59	17,5
Inclusión de la palabra riesgo	No	342	98,0	331	97,9
	Si	7	2,0	7	2,1
Inclusión diagnóstico	No	309	88,5	262	81,6
	Si	40	11,5	59	18,4
Tipo diagnóstico	Precisión	26	65,0	26	44,8
	Sindromático	14	35,0	32	55,2
Lugar intervención	No	226	64,8	25	7,4
	Si	123	35,2	313	92,6
Plan intervención	No	297	85,1	260	76,9
	Si	52	14,9	78	23,1

Al comparar las variables de interés de acuerdo a el grupo etario se encontró ausencia de triaje I en la población pediátrica, la clasificación de triaje más comúnmente asignada a la población gestante fue III y en adultos no gestantes IV. En el contenido del registro se evidenció repetición de la identificación en la mayoría de registros para los 3 tipos de grupos estudiados, así mismo el motivo de consulta informal, los antecedentes, la ausencia de resumen de triaje y los signos vitales que eran, por formato de las historias clínicas, prerrequisito para la clasificación final del paciente. En el 55,3% de los registros de la población gestante no fue consignada información de una enfermedad actual clásica, ni de un examen físico en el 64,1% de los casos y cuando se registró este último fue de forma dirigida al motivo de consulta en el 55,7%. Para la población pediátrica fue incluido el diagnóstico en el 43,9% de los pacientes de forma sindromática más comúnmente. En la [tabla 2](#) se discriminan las variables clínicas de interés de acuerdo al grupo etario.

Enero – junio de 2022

Tabla 2. Características clínicas, de acuerdo al grupo etario, de pacientes que tuvieron triaje en el servicio de urgencias en dos instituciones hospitalarias del área metropolitana de Medellín, 2019.

Variables		Grupos Etarios					
		Adulto no gestante		Gestante		Pediátrico No gestante	
		N	%	N	%	N	%
Clasificación del triaje	I	13	3,2	5	2,9	0	0
	II	128	31,8	41	24,1	45	40,2
	III	83	20,6	98	57,6	30	26,8
	IV	144	35,7	19	11,2	27	24,1
	V	35	8,7	7	4,1	10	8,9
Repetición de identificación	No	157	39,0	76	44,7	14	12,5
	Si	246	61,0	94	55,3	98	87,5
Motivo de consulta	No	220	54,6	31	18,2	21	18,8
	Si	183	45,4	139	81,8	91	81,3
Motivo de consulta formal	No	184	91,5	121	86,4	78	85,7
	Si	17	8,5	19	13,6	13	14,3
Enfermedad actual clásico	No	68	16,9	94	55,3	10	8,9
	Si	335	83,1	76	44,7	102	91,1
Intervalo de palabras	Entre 101 y 150	66	16,4	50	29,6	11	9,8
	Entre 51 y 100	144	35,7	93	55,0	19	17,0
	Mayor a 150	47	11,7	16	9,5	68	60,7
	Menos de 50	146	36,2	10	5,9	14	12,5
Signos vitales	No	4	1,0	1	0,6	0	0,0
	Si	399	99,0	169	99,4	112	100,0
Antecedentes incluidos	No	195	48,4	12	7,1	32	28,6
	Si	208	51,6	158	92,9	80	71,4
Antecedentes exhaustivos	No	135	64,9	24	15,2	12	15,0
	Si	73	35,1	134	84,8	68	85,0
Antecedentes relevantes	No	107	51,4	124	78,5	67	83,8
	Si	101	48,6	34	21,5	13	16,3
Examen físico	No	171	42,4	109	64,1	11	9,8
	Si	232	57,6	61	35,9	101	90,2
Examen físico exhaustivo	No	116	50,0	34	55,7	16	15,8
	Si	116	50,0	27	44,3	85	84,2
Examen físico dirigido	No	115	49,6	27	44,3	84	83,2
	Si	117	50,4	34	55,7	17	16,8
Inclusión resumen	No	364	90,3	158	92,9	62	55,4
	Si	39	9,7	12	7,1	50	44,6
Inclusión diagnóstico	No	353	61,9	148	26,0	69	12,1
	Si	43	43,9	12	12,2	43	43,9
Tipo diagnóstico	Precisión	24	46,2	7	13,5	21	40,4
	Sindromático	18	40,0	5	11,1	22	48,9
Plan intervención	No	349	86,6	140	82,4	66	58,9
	Si	54	13,4	30	17,6	46	41,1

Enero – junio de 2022

Los triajes clasificados como I fueron registrados con menos de 100 palabras. El triaje II fue quien tuvo más registros con más de 150 palabras, pero también aquel con más historias con menos de 50. La mayoría de los registros triaje III tenían entre 51 y 100 palabras. Independiente de la clasificación, no incluir un plan de intervención en la historia fue la conducta más frecuente. Sin embargo, los triaje II fueron aquellos que más lo documentaron. Aunque en todos los niveles de clasificación la mayoría de pacientes clasificados pertenecían al régimen subsidiado, de manera proporcional estos fueron menores en los triaje I. Por otro lado, los pertenecientes al régimen contributivo estuvieron mayormente clasificados entre los triajes II-III, mientras en los IV-V fueron escasamente catalogados. Los pacientes sin seguridad social fueron mayormente registrados como triaje para atención en urgencias (I-III) (Figura 1).

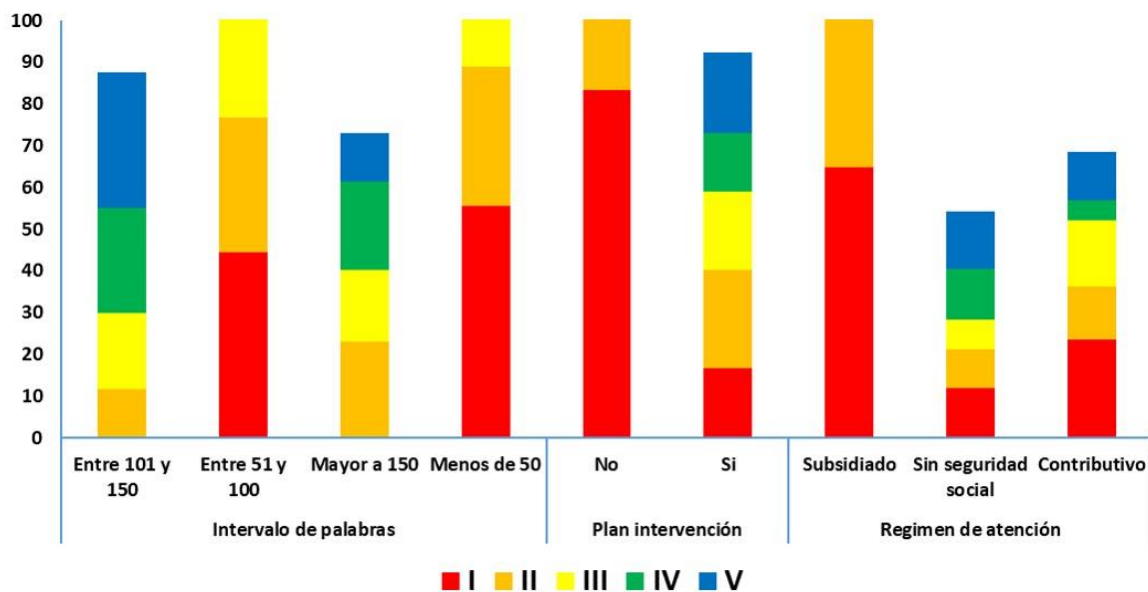


Figura 1. Clasificación de triaje e intervalo de palabras en el registro, plan de intervención y régimen de atención.

Discusión

Se desconocen hasta el momento revisiones que hayan centrado su atención en realizar de forma descriptiva la caracterización de lo consignado en las historias de triaje en las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) del área metropolitana de Medellín en el Valle de Aburrá, dado que estas tienen la libertad de implementar su propio sistema basado en el plan estratégico y los objetivos propios de cada institución, lo anterior dentro del marco legal, según la Resolución 5596 de 2015 emitida por el Ministerio de Salud y Protección social⁽⁸⁾.

Las estadísticas colombianas arrojan que cada año se están presentando entre 12 y 14 millones de consultas por urgencias, que equivalen al 65% del total de las consultas. Es decir, por cada 100 consultas hospitalarias, 65 son por urgencias, según la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ⁽¹¹⁾. “La disponibilidad de un sistema de triaje estructurado ha sido considerado como un índice de calidad básico y relevante de la relación riesgo-eficiencia” ⁽¹²⁾. Con lo encontrado en la presente investigación se resalta en parte algunas diferencias entre las variables analizadas desde el punto de vista de nivel de complejidad, según el grupo etario y el nivel final de clasificación asignado.

Para nuestro medio es llamativo que el profesional que más comúnmente realiza triaje es el médico general, siendo discordante con lo más aceptado a nivel mundial, donde según los diferentes modelos de triaje (Australian Triage Scale - ATS, Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale - CTAS, Manchester Triage System - MTS, Emergency Severity Index - ESI, Sistema Español de Triage - SET) es el personal de enfermería el más idóneo para la realización del mismo ^(13, 14).

Tras realizar una búsqueda exhaustiva, a la fecha no se encontró ningún artículo o guía clínica que abordara el contenido exacto que debería contener la historia clínica producto de la atención en triaje en urgencias. Hasta el momento, por tratarse de un documento con información sensible producto de una atención en salud, en Colombia, su contenido, registro y protección está amparado por la Ley 23 de 1981(11) y la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección Social ⁽¹⁶⁾, como cualquier otro registro clínico. Sin embargo, el proceso de triaje supone una actividad y raciocinio clínico diferencial a una atención médica cualquiera, puesto que la finalidad yace en identificar rápidamente riesgos cercanos que amenacen a los pacientes para lograr una priorización en la atención final acorde a la clasificación. Por este motivo, el contenido del registro clínico producto de esta atención debería tener unas particularidades diferenciales con respecto a otros procesos clínicos.

La repetición de información y el registro de un motivo de consulta o una enfermedad actual clásica, puede llevar a que ciertas atenciones en triaje se asemejen más a una consulta médica tradicional. Esto podría ser problemático, pues el objetivo principal de un triaje es identificar riesgos de manera ágil, más que llegar a un estado de precisión clínica ⁽¹³⁾. De esta manera, el profesional podría generar posibles retrasos en la atención, no realizar intervenciones oportunas según la gravedad de la patología, desenfocar las prioridades que deben ser resueltas rápidamente y generar variables confusoras que finalmente pueden entorpecer o sesgar la clasificación del triaje ⁽¹⁸⁾.

En esta investigación se encontró una alta frecuencia en la inclusión de variables del examen físico y de antecedentes, salvo algunas excepciones, cuando se incluyeron, el examen físico fue exhaustivo y los antecedentes poco relevantes. Estas características fueron más acentuadas en la atención en alta complejidad, y en los grupos de gestantes y pediátricos. Una explicación

podría ser porque la alta complejidad maneja pacientes con patologías más diversas y complejas con respecto a la baja ⁽¹⁹⁾, y ambos grupos etarios son considerados por el personal de salud como más vulnerables o de mayor riesgo. Esto generaría en quien hace el triaje un sesgo cognitivo para incluir la mayor información posible para respaldar la clasificación ⁽²⁰⁾.

Al concebirse el triaje como una actividad donde se está estratificando un riesgo ⁽²¹⁾, se registró la frecuencia con la se documentó esta palabra en las historias como un marcador indirecto del proceso, hallándose solo en el 2,04% de las historias. Esto no significa necesariamente que los triajes se realizaron con una finalidad diferente a la valoración de un riesgo, ni que se modifique la calidad o pertinencia de la información y clasificación generada. No obstante, cerca del 14% de los registros consignaron un diagnóstico al finalizar, lo cual sí puede llevar a generar una hipótesis de que en algunas atenciones de triaje se está realizando un proceso clásico de epistemología médica más que una gradación del riesgo de desenlaces negativos en el paciente. Para responder lo anterior sería necesario un diseño metodológico más riguroso, que evalúe la concordancia entre la clasificación, la clínica del paciente y los desenlaces inmediatos y finales en la atención.

Sin embargo, también se debe considerar que, a pesar de lo anterior, la mayoría de registros no incluyeron un resumen, ni un diagnóstico ni un plan de intervención al finalizar, y esto fue consistente sin importar el nivel de complejidad ni el grupo etario, con excepción de la población pediátrica. Este hallazgo en contraste, si va en dirección de la clasificación de riesgo. En cuanto a la clasificación de triaje a nivel mundial se reportan los triaje III y IV como las clasificaciones más frecuentes de los pacientes que ingresan al servicio ^(22, 23). Para nuestro estudio fue triaje II, establecido por norma como aquel en donde “la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano” ⁽⁸⁾. Esto motiva estudios a futuro para indagar acerca de los principales factores que se tienen en cuenta para considerar esta clasificación y la adherencia a los tiempos de triaje-atención.

Al evaluar la concordancia entre la clasificación del triaje y el intervalo de palabras escritas, se pueden inferir varios aspectos: la menor cantidad de palabras redactadas en los triajes de mayor riesgo (I y II) sugiere un reflejo de la inmediatez requerida en la atención subsecuente; una tendencia a redactar mayor cantidad en los triajes de riesgo intermedio (III-IV) explicado tal vez para justificar el ingreso o no al servicio tras la valoración; y la heterogeneidad en el de menor riesgo (V) en parte relacionada por la valoración de la queja del paciente como inocua ⁽²⁴⁾.

Según el régimen de seguridad social también se deben analizar ciertas consideraciones. En Medellín se llevó a cabo una investigación en 2006 en 27 servicios de urgencias de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de baja a alta complejidad, encontrándose que el 10,6% de

las consultas a urgencias no fueron admitidas, de estos el 16% por que la institución no pertenecía a la red de atención del paciente ⁽²⁵⁾.

En nuestra investigación, todas las clasificaciones de los triajes estuvieron representadas en más del 64% por pacientes del régimen subsidiado. La razón de esto se debe al tipo de institución, pues ambas son del sector público, quien es el encargado de prestar servicios de salud a la mayoría de afiliados a este régimen ⁽²⁶⁾. Resulta interesante el comportamiento entre los del régimen contributivo y aquellos sin seguridad social, debido a que los primeros tendieron a tener más clasificados en triajes I-III (lo que implicaría ingreso al servicio) y menos en los de atención diferida (IV-V). En cambio, los segundos tuvieron un comportamiento inverso. El diseño del estudio impide sacar conclusiones definitivas o asociaciones al respecto, pero sí permite generar una hipótesis sobre si la afiliación a un régimen de seguridad social podría estar influyendo en nuestro medio la clasificación de los pacientes, como también sugiere el estudio de Rodríguez-Paez y compañía ⁽²⁷⁾. Sería interesante contrastar estos resultados, por ejemplo, con una institución del sector privado.

Algunas limitaciones de esta investigación fueron su carácter descriptivo, por lo que los datos observados y sus respectivas comparativas sólo permiten plantear hipótesis como explicación de lo encontrado. Hipótesis que en todo caso son punto de partida para futuros estudios en la especialidad de la medicina de urgencias. De igual forma solo se pudo realizar el estudio en dos instituciones hospitalarias debido a la no autorización en el acceso a otras instituciones por la pandemia SARS-CoV 2.

Para lograr una identificación reproducible de las variables y que no dependiera de un análisis subjetivo de quien extrajera la información de las historias clínicas, se requirió a priori la utilización de definiciones cerradas que no dieran lugar a múltiples interpretaciones y sesgos de información. Estas definiciones fueron adaptadas de la semiología médica ⁽²⁹⁾ puesto que no se encontró otro artículo primario que hubiera empleado estrategias similares con este fin. Por lo tanto, las definiciones usadas en este artículo son arbitrarias, y no provienen ni pretenden ser una regla universal extrapolable a otros estudios.

Conclusión

Las historias clínicas de triaje realizadas en 2 instituciones del Valle de Aburra durante 1 mes del 2019 presentaron muchos elementos comunes de una historia clínica médica general, sin importar el nivel de complejidad ni grupo etario del paciente, salvo algunas excepciones, como no incluir un diagnóstico, un resumen o un plan de intervención. En adición, el nivel de clasificación de triaje parece tener alguna correlación con la extensión del escrito y con el régimen de seguridad social del paciente. Futuros estudios con diseños metodológicos más rigurosos serán necesarios para responder las hipótesis generadas en esta investigación.

Al no tener una guía o protocolo que sugiera lo que se debería escribir en una historia clínica de triaje, se abre una mayor posibilidad para quien haga el registro de la información consignar lo que considere particularmente más importante o relevante. Esto tendría ciertas implicaciones. Primero, puede dar paso para una gran heterogeneidad en la información escrita, tanto en el contenido, orden y pertinencia de lo documentado, lo que puede generar dificultades en la auditoría de las historias o incapacidad para hacer seguimiento a ciertas variables de interés. El triaje requiere que el resultado de la valoración sea lo más rápido posible para poder garantizar la priorización y mejor oportunidad en la atención a seguir. Esta libertad informática podría producir conductas que enlentecerían lo anterior, por ejemplo, el registro repetido, redacción de escritos muy largos o con información poco relevante al momento que no impactarían en la decisión clínica final. Se debería tratar el registro de la historia como un problema de optimización de recursos y de tiempo.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

1. Forero R, Nugus P. Australasian College for Emergency Medicine (ACEM) Literature Review on the Australasian Triage Scale (ATS). The University of New South Wales. Australian Institute of Health Innovationn. 2011. Disponible en: [https://acem.org.au/getmedia/57f6d096-4d74-4427-97ce-fb31c45920e1/2011 - Triage Literature Review - FINAL - v3r.aspx](https://acem.org.au/getmedia/57f6d096-4d74-4427-97ce-fb31c45920e1/2011_-_Triage_Literature_Review_-_FINAL_-_v3r.aspx)
2. Gómez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2003; 15:165-174. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-anteriores/volumen-15/numero-3/clasificacion-de-pacientes-en-los-servicios-de-urgencias-y-emergencias-hacia-un-modelo-de-triaje-estructurado-de-urgencias-y-emergencias/>
3. Restrepo-Zea J, Jaén-Posada J, Espinal J. Saturación en los servicios de urgencias: Análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias. *Rev Gerenc Políticas Salud*. 17(34):2018. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-34.ssua>
4. Harding KE, Taylor NF, Leggat SG. Do triage systems in healthcare improve patient flow? A systematic review of the literature. *Aust Health Rev*. 2011 Aug 25;35(3):371–83. DOI: 10.1071/AH10927
5. Álvarez Leiva C, Macía Seda J. Triage: generalidades. *Emerg Catástrofes*. 2001;2(3):125–33. Disponible en: [https://www.academia.edu/13115592/El triaje generalidades](https://www.academia.edu/13115592/El_triaje_generalidades)

6. Ganley L, Gloster A. An overview of the triage in the emergency department. *Nurs Stand*. 2011; 26 (12): 49-56. DOI: 10.7748/ns2011.11.26.12.49.c8829
7. Soler w, Sómes-Muñoz M, Bragulat E, Alvarez A. El triaje como herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales Sis San Navarra*. 2010; 33 (1): 55 -68. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272010000200008
8. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. "Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage." Resolución 5596 de 2015 p. 1–5.
9. Mathioudakis A, Rousalova I, Gagnat AA, Saad N, Hardavella G. How to keep good clinical records. *Breathe*. 2016 Dec;12(4):369–73. DOI: 10.1183/20734735.018016
10. Guzmán F, Arias CA. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Rev Colomb Cir*. 2012 Jan 1;27(1):15–24. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf>
11. Corrales JDB, Lemos DPF, Correa EMS. Servicios de urgencias en Colombia. El caso Medellín [Internet]. Universidad CES; 2008. Available from: http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/2297/2/Servicio_urgencias_Colombia.pdf
12. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33:55–68. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272010000200008
13. Charlín Menéndez J. Revisión bibliográfica sobre sistemas de triaje hospitalarios [Internet]. Universidad de Coruña; 2018 [Citado Abril 24 de 2021]. Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/20881>
14. Jiménez JG. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emerg Rev Soc Espanola Med Emerg*. 2003;15:165–74. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/clasificacion_y_triaje.pdf

15. Congreso de la República de Colombia. Ley de ética médica [Internet]. Ley 23 1981. Disponible en: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1579130#:~:text=El%20m%C3%A9dico%20tiene%20derecho%20de,pretendan%20explotarlo%20comercial%20o%20pol%C3%ADticamente>.
16. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Manejo de la historia clínica [Internet]. Resolución 1995 1999. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad+Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20ODE%201999.pdf>
17. Johnson KD, Gillespie GL, Vance K. Effects of Interruptions on Triage Process in Emergency Department: A Prospective, Observational Study. *J Nurs Care Qual*. 2018;33(4):375–81. DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000314
18. Koch A, Tacke F. Risk stratification and triage in the emergency department: has this become “suPAR” easy? *J Intern Med*. 2012 Sep;272(3):243–6. DOI: 10.1111/j.1365-2796.2012.02568.x
19. Prada-Ríos SI, Pérez-Castaño AM, Rivera-Triviño AF. Clasificación de instituciones prestadoras de servicios de salud según el sistema de cuentas de la salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico: el caso de Colombia. *Gerenc Políticas Salud* [Internet]. 2017 Aug 30 [Citado abril 24 de 2021];16(32). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/19881>
20. Saposnik G, Redelmeier D, Ruff CC, Tobler PN. Cognitive biases associated with medical decisions: a systematic review. *BMC Med Inform Decis Mak* [Internet]. 2016 Nov 3 [Citado abril 24 de 2021];16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5093937/>
21. Ruger JP, Lewis LM, Richter CJ. Identifying high-risk patients for triage and resource allocation in the ED. *Am J Emerg Med*. 2007 Sep;25(7):794–8. DOI: 10.1016/j.ajem.2007.01.014
22. Raita Y, Goto T, Faridi MK, Brown DFM, Camargo CA, Hasegawa K. Emergency department triage prediction of clinical outcomes using machine learning models. *Crit Care*. 2019 Dec;23(1):64. DOI: 10.1186/s13054-019-2351-7

23. Organización Panamericana de la salud. Manual para la implementación de un sistema de triaje en los cuartos de urgencias [Internet]. OPS/OMS; 2010. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS IS Manual Sistema Tiraje CuartosUrgencias2011.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf)
24. Qureshi NA. Triage systems: a review of the literature with reference to Saudi Arabia. East Mediterr Health J. 2010 Jun 1;16(06):690–8. Disponible en: https://applications.emro.who.int/emhj/V16/06/16_6_2010_0690_0698.pdf
25. Valencia- Sierra ML, González-Echeverri G, Agudelo-Vanegas NA, Acevedo-Arenas L, Vallejo-Zapata IC. Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín, 2006. Rev Salud Pública. 2007 Dec;9(4):529–40. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n4/v9n4a05.pdf>
26. Tello VH. Régimen Subsidiado de Salud: Evolución y Problemática. Rev Salud Pública. 1999;1 (3):193–211. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v1n3/0124-0064-rsap-1-03-00193.pdf>
27. 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 Aug 31;20(3):215. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n3/2389-7066-reus-20-03-00215.pdf>
28. Sarkar S, Seshadri D. Conducting Record Review Studies in Clinical Practice. J Clin Diagn Res JCDR. 2014 Sep;8(9): JG01–4. DOI: 10.7860/JCDR/2014/8301.4806
29. Pohlig C. Document Patient History. The Hospitalist [Internet]. 2008 [Citado abril 25 de 2021];4. Disponible en: <https://www.the-hospitalist.org/hospitalist/article/123646/document-patient-history>

Material complementario

Definición de las variables utilizadas para extraer información de los registros.

Variables	Definición
Adulto no gestante	Cualquier paciente que no cumpla condición de gestante o pediátrico
Gestante	Antecedente conocido de embarazo actual hasta 6 semanas posparto al momento de la consulta
Pediátrico no gestante	Menores o igual a 15 años que no cumplen condición de gestante
Repetición de información	Registro repetido de información previamente documentada en el encabezamiento de identificación institucional (como edad, sexo, seguridad social, número de identificación, lugar de residencia o nacimiento, entre otros)
Motivo de consulta	Queja principal del paciente, debe aparecer como un ítem aparte de la redacción de la enfermedad actual
Motivo de consulta formal	Motivo de consulta expresado por terminología médica válida, y no el parafraseo o verbalización literal de la queja del paciente
Enfermedad actual clásica	Redacción que incluye el motivo de consulta del paciente más tiempo de evolución y alguno de los siguientes aspectos: síntomas o signos asociados, o factores agravantes o limitantes, o intervenciones recibidas
Examen físico exhaustivo	Descripción de 3 o más sistemas de órganos evaluados en el examen físico
Examen físico dirigido	Registro exclusivo de los sistemas de órganos que tengan relación semiológica con el motivo de consulta o enfermedad actual
Antecedentes exhaustivos	Descripción de 2 o más tipos de antecedentes (Ejemplo, patológicos, quirúrgicos, tóxicos, familiares, socioeconómicos, obstétricos)
Antecedentes relevantes	Registro exclusivo de antecedentes que tengan relación con la probabilidad diagnóstico o de desenlaces adversos con el motivo de consulta o enfermedad actual
Resumen	Doble registro de cualquier dato previamente consignado en la historia clínica con la intención de concluir la información
Diagnóstico	Registro de un término médico reconocido que determine o explique la situación de salud del paciente según lo relatado en el motivo de consulta o enfermedad actual

Variables	Definición
Diagnóstico de precisión	Diagnóstico que describe de manera detallada o minuciosa el problema del paciente (ejemplo: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, meningitis bacteriana aguda, abruptio de placenta)
Diagnóstico sindromático	Diagnóstico expresado de manera general o por cuadros sindrómicos (ejemplo: síndrome coronario agudo, neuroinfección, hemorragia del tercer trimestre)
Lugar de intervención	Descripción explícita de a dónde se dirigirá físicamente el paciente después del triaje
Plan de intervención	Inclusión de cualquier intención descrita de realizar métodos diagnósticos o terapéuticos durante o tras la atención en triaje