



**COMPORTAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE IV NIVEL DE BOGOTÁ DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 ENTRE
MARZO DE 2020 Y MARZO DE 2021**

Autores:

LEIDY LORENA HERRERA NAVARRO
WILLIAM ANDRÉS MALAGÓN DÍAZ

Trabajo presentado como requisito para optar por el
título de Médico Emergenciólogo

Bogotá, Colombia

2023

Título del documento

**COMPORTAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE IV NIVEL DE BOGOTÁ DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 ENTRE
MARZO DE 2020 Y MARZO DE 2021**

Autores

LEIDY LORENA HERRERA NAVARRO
WILLIAM ANDRÉS MALAGÓN DÍAZ

Tutores

FERNANDO JOSE PIMIENTA NEIRA
CARLOS ENRIQUE TRILLOS PEÑA

Escuela de Medicina y Ciencia de la Salud
Medicina de Emergencias Universidad del
Rosario

Bogotá, Colombia

2023

Identificación del proyecto

Institución académica: Universidad del Rosario

Dependencia: Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Título de la investigación: COMPORTAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE IV NIVEL DE BOGOTÁ DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 ENTRE ABRIL DE 2020 Y FEBRERO 2021

Instituciones participantes: FUNDACION SANTA FÉ DE BOGOTÁ

Instituto de Servicios Médicos de Emergencia y Trauma – ISMET

Tipo de investigación: Estudio observacional, descriptivo.

Investigador principal: LEIDY LORENA HERRERA NAVARRO (leidyl.herrera@urosario.edu.co)

WILLIAM ANDRÉS MALAGÓN DÍAZ (william.malagon@urosario.edu.co)

Investigadores asociados: JUAN PABLO VARGAS GALLO (juan.vargas@fsfb.org.co)

MARTHA LUCENA VELANDIA ESCOBAR (martha.velandia@fsfb.org.co)

Asesor clínico/temático: FERNANDO JOSE PIMIENTA NEIRA (drfernandopimienta@gmail.com)

Asesor metodológico: CARLOS ENRIQUE TRILLOS PEÑA (carlos.trillos@urosario.edu.co)

“La Universidad del Rosario no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

Agradecimientos: A la Universidad del Rosario y la Fundación Santa Fé por ser el centro de nuestro aprendizaje. A nuestras familias por ser apoyo incondicional durante la especialización.

TABLA DE CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN	7
2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2.1	Pregunta de investigación	10
3	JUSTIFICACIÓN	11
4	MARCO TEÓRICO	12
4.1	Generalidades del SARS-CoV-2	12
4.2	Enfermedad por COVID-19	13
4.3	Fases de la epidemia	16
4.4	Prioridades de atención y COVID-19	17
4.5	Decretos en el marco de la pandemia COVID-19 en Colombia	18
4.6	Modelo de aseguramiento en salud en Colombia (convenio)	21
4.7	Consulta general	21
4.8	Consulta especializada	22
4.9	Triage	22
4.10	Manejo en urgencias	22
4.11	Apoyo diagnóstico	23
5	OBJETIVOS	24
5.1	Objetivo general	24
5.2	Objetivos específicos	24
6	METODOLOGÍA	25
6.1	Tipo de estudio	25
6.2	Tipo de población	25
6.3	Muestra	25
6.4	Hipótesis	25
6.5	Criterios de selección	25
6.5.1	Criterios de inclusión	25
6.5.2	Criterios de exclusión	25
6.6	Tabla de variables	26
6.7	Fuente de información	27
6.8	Técnicas y procedimientos de recolección de la información	27
6.9	Aseguramiento de calidad del dato	28
6.10	Plan de análisis	28
6.11	Control de sesgos	29

6.12	Aspectos éticos	29
7	RESULTADOS	31
7.1	Clasificación de los casos según triage.....	31
7.2	Atención según especialidad.....	32
7.3	Análisis según diagnóstico	33
7.4	Atención según convenio	33
7.5	Casuística según evolución de la pandemia	35
7.6	Comportamiento de la atención según medidas de cuarentena.....	36
7.7	Tiempo de atención según triage	37
7.8	Tiempo de espera según casos COVID y no COVID	38
7.9	Ingreso a sala observación.....	38
7.10	Tiempo de asignación de cama en hospitalización	39
7.11	Tiempo de remisión.....	40
7.12	Tiempo total de la atención de urgencias.....	40
7.13	Tiempo total según diagnóstico COVID o no COVID en urgencias.....	41
7.14	Análisis de satisfacción y NPS ponderado	42
7.15	Satisfacción del paciente según área de atención	43
7.16	Comportamiento del Net Promoter Score.....	43
7.17	Calidez de la atención	44
7.18	Derechos y deberes del paciente	44
7.19	Net Promoter Score urgencias global.....	45
7.20	Análisis demanda no atendida	47
7.21	Demanda no atendida según día de la semana	47
7.22	Demanda no atendida según jornada del día	48
7.23	Razones de demanda no atendida.....	48
7.24	Tiempo de espera hasta consignar causa de no atención	49
8	DISCUSIÓN	50
9	CONCLUSIONES	55
10	REFERENCIAS.....	57
11	ANEXOS	64

Lista de Tablas

Tabla 1. Decretos en el marco de la pandemia COVID-19 en Colombia.	21
Tabla 2. Tabla de variables.	26
Tabla 3. Distribución de nivel de triage según especialidad.	32
Tabla 4. Porcentaje de ingreso a observación por nivel de triage.	40
Tabla 5. Estadísticos descriptivos del nivel de triage.	66
Tabla 6. Primeros 20 Diagnósticos con casos más frecuentes.	67
Tabla 7. Número de casos por convenio.	68

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Clasificación de casos según triage.	31
Gráfico 2. Frecuencia de casos por diagnóstico (diez principales).	33
Gráfico 3. Porcentaje de casos según convenio.	34
Gráfico 4. Evolución mensual del número de casos atendidos según convenio(aa-mm).	34
Gráfico 5. Cantidad de casos por nivel de triage (aaaa-mm).	35
Gráfico 6. Dinámica de la tensión según temporalidad de la pandemia.	37
Gráfico 7. Horas promedio de atención según triage.	37
Gráfico 8. Horas promedio en triage según tipo de caso (COVID/no COVID).	40
Gráfico 9. Horas promedio en observación por nivel de triage.	41
Gráfico 10. Horas promedio de hospitalización por nivel de triage.	40
Gráfico 11. Horas promedio de remisión por nivel de triage.	40
Gráfico 12. Tiempo en horas en el centro por nivel de triage.	41
Gráfico 13. Horas promedio en el centro por clasificación de diagnóstico.	42
Gráfico 14. Porcentaje de satisfacción y NPS ponderado.	42
Gráfico 15. Porcentaje de satisfacción del paciente por ámbito de atención.	43
Gráfico 16. Net Promoter Score para todos los ámbitos.	43
Gráfico 17. Indicador de calidez del personal.	44
Gráfico 18. Indicador de satisfacción relacionado con humanismo.	45
Gráfico 19. Net Promoter Score urgencias global.	46
Gráfico 20. Comportamiento del NPS en subáreas de urgencias.	46
Gráfico 21. Demanda no atendida.	47
Gráfico 22. Demanda no atendida según día de la semana.	48
Gráfico 23. Demanda no atendida según hora del día.	48
Gráfico 24. Razones de demanda no atendida.	49
Gráfico 25. Tiempo hasta consignar causa de no atención.	49

RESUMEN

Introducción: La pandemia COVID-19 ha representado un grave problema de salud pública. Desde la pandemia de 1918, la humanidad no se enfrentaba a un evento epidémico con repercusiones en todos los sectores de la población, siendo de los más afectados el sector sanitario, especialmente en servicios de urgencias. El objetivo de este estudio fue analizar el comportamiento de la atención de urgencias en un hospital de IV nivel de Bogotá entre marzo de 2020 y marzo de 2021. **Materiales y métodos:** estudio observacional de tipo transversal y descriptivo que se realizó con información del servicio de urgencias de adultos en un hospital de IV nivel en un periodo de un año durante la pandemia COVID-19.

Resultados: Durante el tiempo analizado el principal diagnóstico correspondió infecciones respiratorias; de los casos atendidos en el periodo evaluado correspondieron en su mayoría a casos pertenecientes a EPS. La menor cantidad de casos se presentó en abril de 2020. Se presentaron calificaciones bajas de calidez de atención con respecto a la meta del hospital. El día de la semana con mayor demanda no atendida correspondió al lunes y la jornada del día con mayor demanda no atendida correspondió a la tarde. **Conclusiones:** la dinámica de la atención de casos en el servicio de urgencias guardó relación con las medidas implementadas por las autoridades sanitarias. Es importante realizar seguimiento a la calidez de la atención, la aclaración de dudas y la satisfacción de los pacientes.

Palabras clave: Atención en urgencias, COVID-19, pandemia, aislamiento.

1 INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 ha representado uno de los más graves problemas de salud pública de los últimos 100 años. Desde la pandemia de H1N1 en 1918, la humanidad no se veía enfrentada a un evento epidémico de tales dimensiones, cuyas repercusiones han impactado en todos los sectores de la población (1). Uno de los sectores más afectados por la pandemia del nuevo coronavirus es el sector sanitario, no solo por interrupción parcial o total de los servicios (2,3), sino por la cantidad y el tipo de pacientes que acuden a los servicios de urgencias. En muchos países, la pandemia y sus efectos ha generado el colapso de los servicios de urgencias y el incremento exponencial en ocupación de Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), especialmente en países como Italia y España (4,5). En Colombia, desde el inicio de la epidemia con la implementación de medidas de aislamiento obligatorio en marzo de 2020, la atención de urgencias ha presentado fluctuaciones dependiendo del momento de la pandemia y la ubicación geográfica de los centros asistenciales. Los servicios de urgencias se han visto afectados por la congestión ocasionada por la cantidad de pacientes, no obstante, en Colombia el comportamiento y la caracterización de dicha situación se ha documentado poco, motivo por el cual este estudio pretende analizar el comportamiento de la atención de urgencias en un hospital de IV nivel de Bogotá durante la pandemia de COVID- 19 entre los meses de marzo de 2020 y marzo de 2021.

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pandemia de COVID-19 ha representado un grave problema de salud pública que ha impactado negativamente en los sistemas sanitarios de todo el mundo. La pandemia ha generado efectos críticos en gran cantidad de países debido al nivel de contagio, el número de pacientes con infecciones graves y el riesgo de muerte, lo cual demanda tratamiento en UCI (6). Para marzo 11 de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) debido a la diseminación y severidad de la enfermedad declaró la situación como pandemia (7), y para abril de 2020 se habían contabilizado más de un millón de casos y 135.000 muertes en más de 200 países (7). En las fases iniciales de la epidemia, especialmente en la provincia de Hubei (China), se determinó una tasa de letalidad del 18% (IC95%

11%-81%), mientras que para viajeros fuera de China la tasa de letalidad se reportó entre 1,2 % y 5,6 % (8). Para el 20 de octubre de 2020, la pandemia que inició en 2019 en Wuhan, China, había reportado más de 40 millones de casos y más de un millón de muertes en todo el mundo (9). Los países con mayor cantidad de decesos per cápita por 100.000 habitantes hasta el momento son Chile, Brasil, Bolivia, Bélgica y Perú (10), mientras que, en relación con casos totales de coronavirus, Colombia se encuentra en séptimo lugar, lista que encabeza Estados Unidos, seguido por India y Brasil (11).

A nivel mundial, los sistemas de salud se han enfrentado a situaciones críticas por la sobrecarga en los servicios de urgencias y la escasez de profesionales de salud y de Equipos de Protección Personal (EPP)(12). Los desafíos que los sistemas sanitarios han enfrentado han sido múltiples y esto no solo involucra recursos logísticos como los elementos de bioseguridad o la disponibilidad de camas UCI, sino especialmente, el recurso humano que representa una población vulnerable (13). El cierre de algunos servicios de salud en el área ambulatoria y la interrupción en la atención de los pacientes impactó negativamente el control clínico de los pacientes ambulatorios. Además, el miedo de presentar una

enfermedad grave por el SARS-CoV-2 ha llevado a las personas a asistir a los servicios de urgencias (14), lo cual ha generado congestión en estos servicios con afectación en la calidad de la atención, ocupación de las áreas comunes, prolongados tiempos de espera y saturación de la capacidad hospitalaria (15).

En Italia, uno de los países más afectados por el nuevo coronavirus, los servicios de urgencias presentaron altos niveles de saturación llegando al colapso en los momentos álgidos de la pandemia, pero situaciones similares han experimentado algunos países latinoamericanos debido a la precariedad de los recursos e infraestructura de los sistemas de salud en la región (16). En Colombia, la rápida aceleración de la tasa de contagios se tradujo en mayor demanda de camas hospitalarias y especialmente, en mayor demanda de personal para las UCI (17). En el país, debido a la transmisión comunitaria del SARS-CoV-2 y la interrupción de servicios ambulatorios que ha influido en la descompensación de pacientes ambulatorios se ha presentado sobrecarga del sistema de salud con saturación de los servicios de urgencias (18) y saturación de UCI, actualmente, tanto por pacientes no COVID (65%), como pacientes COVID (35 %)(19).

Para inicios de abril de 2020, en Colombia se habían confirmado 2.709 casos de COVID-19 y 100 fallecidos; mientras que para el 20 de octubre de 2020 se habían confirmado en el país 974.139 casos con 26.397 fallecimientos siendo Bogotá la ciudad más afectada con un total de 299.713 casos confirmados (20), una tasa de mortalidad en hombres de 118,4 por cada 100.000 y en mujeres de 58,7 por cada 100.000 (20). En Bogotá, mientras que la ocupación de camas UCI para el 13 de julio de 2020 alcanzó el 97,3 %; para el 25 de octubre de 2020 se encontraba en 67,7 % (21). Es claro que la atención de pacientes en los servicios de urgencias ha fluctuado según el momento de la pandemia por COVID-19, no obstante, el comportamiento de la atención de urgencias, especialmente en instituciones de salud de IV nivel se ha documentado poco, lo cual representa un vacío en el conocimiento y un área por explorar y profundizar.

2.1 Pregunta de investigación

¿Cuál ha sido el comportamiento asistencial y administrativo de la atención de urgencias en pacientes adultos mayores de 18 años en un hospital universitario de IV nivel de Bogotá durante la pandemia COVID-19 entre marzo de 2020 y marzo de 2021?

3 JUSTIFICACIÓN

La pandemia del COVID-19 ha representado un importante desafío para los sistemas de salud de la mayoría de los países del mundo. Colombia no ha sido la excepción y por tal motivo, desde el Gobierno Nacional y las autoridades sanitarias nacionales y locales se implementaron diversas medidas para mitigar el impacto negativo secundario a la pandemia, especialmente, en áreas específicas del sector salud como los servicios de urgencias. El presente estudio se fundamenta en el análisis del comportamiento de la atención de urgencias en un hospital de IV nivel de Bogotá durante la pandemia, que permitirá identificar la pertinencia y la relevancia de las medidas adoptadas ante las prioridades a nivel local y regional para optimizar y potenciar los servicios de salud en el marco de la pandemia de COVID-19.

Las implicaciones prácticas redundan en analizar información que permita optimizar la calidad en la atención en el servicio de urgencias y estar mejor preparados ante nuevas olas de la enfermedad y futuras emergencias y desastres. La divulgación de resultados se realizará por medio de una revista científica indexada y otros escenarios de ámbito científico como congresos o seminarios de interés en salud, con el fin de difundir los resultados del estudio y contribuir a plantear posibles mejoras en la atención de los servicios de urgencias. Los potenciales beneficiarios de esta investigación involucran la comunidad médica y científica local, la institución seleccionada, los profesionales de salud involucrados en la atención de los servicios de urgencias y, por supuesto, los pacientes que acuden a los servicios de urgencias y reciben la atención sanitaria en el marco de la actual pandemia de COVID-19.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 Generalidades del SARS-CoV-2

El nuevo coronavirus es un virus capaz de producir diversos grados de enfermedad clínica atípica (22). El brote ocasionado por este nuevo coronavirus inició en diciembre de 2019 cuando algunos casos de neumonía atípica se identificaron en Wuhan, China (23). Los primeros 27 casos tenían relación con el Huanan Seafood Wholesale Market (24), donde se comercializan productos de mar, aves vivas y animales salvajes. Inicialmente, el virus se denominó 2019-nCoV y posteriormente, el grupo de expertos del International Committee on Taxonomy of Viruses en conjunto con la OMS lo denominaron SARS-CoV-2. En años anteriores se habían presentado dos brotes de otros coronavirus: en 2003, el Síndrome Agudo Respiratorio Severo conocido como SARS y en 2012, el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio, conocido como MERS, brotes que, en conjunto, causaron más de 10.000 casos (25). Para el 30 de enero de 2020, la OMS declaró la epidemia del SARS-CoV2 como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) y el 11 de marzo el evento epidémico se declaró *pandemia* (26).

El SARS-CoV-2 es un virus ARN del orden *nidoviridae*, correspondiente a la familia *Coronavirus* y la subfamilia *Orthocoronaviridae* (27). La subfamilia *Orthocoronavirinae* se subdivide en cuatro géneros: *Alfacoronavirus*, *Betacoronavirus*, *Gamacoronavirus* y *Deltacoronavirus*. Además del SARS-CoV-2, SARS-CoV y MERS CoV, existen otros cuatro coronavirus que generan síntomas de resfriado común en humanos: el HCoV HKU1 y HCoV OC43; pertenecientes al género *Betacoronavirus*, y el HCoV 229E y HCoV NL63; pertenecientes al género *Alfacoronavirus* (28). El genoma del SARS-CoV-2 es de polaridad positiva con tamaño de 27 a 32 Kilobases y cuenta con una envoltura de bicapa lipídica en la que se insertan tres proteínas; la glicoproteína S, la glicoproteína M, la más abundante en la envoltura, y la proteína E, la más escasa de las proteínas de envoltura, pero que es esencial en el ensamblaje. Los coronavirus se unen a receptores celulares para poder generar la infección y la glicoproteína S del SARS-

CoV-2 se une al receptor de la célula que corresponde a la Enzima Convertidora de Angiotensina tipo 2 (ECA2). La fusión de las capas de lípidos, del virión y de la célula, permite la liberación de la nucleocápside en el citoplasma de la célula infectada (29); así, la replicación del ARN del virus conduce a la síntesis de ARN genómico de los nuevos viriones (30). El ensamblaje de los componentes sintetizados genera los viriones hijos que emergen del retículo endoplasmático en el interior de vesículas que se fusionan con la membrana citoplasmática para liberar nuevos virus (30).

4.2 Enfermedad por COVID-19

La enfermedad denominada COVID-19, ocasionada por el SARS-CoV-2, tiene un espectro clínico variado que va desde infecciones asintomáticas hasta condiciones clínicas graves que involucran falla respiratoria que requiere ventilación mecánica, manifestaciones sistémicas multiorgánicas, sepsis, shock, disfunción orgánica múltiple y muerte (**Figura 1**). La enfermedad del COVID-19 tiene un periodo de incubación de aproximadamente cinco días en promedio con un rango variable de entre 2 a 14 días (31), cuyo espectro clínico puede estar influenciado por variables como el género y la edad. No obstante, un porcentaje cercano al 80% de los casos pueden no documentarse o bien porque cursa de forma asintomática o porque cursa con síntomas muy leves (32).

Entre los síntomas más comunes están: fiebre, tos seca, malestar, mialgias, astenia y disnea (33). También se han descrito otros síntomas no respiratorios como diarrea, palpitaciones, dolor de cabeza, anorexia, náuseas, mareos, vómito y dolor abdominal (34), además de hiposmia/anosmia, esta última con una variabilidad que va del 5,1% al 85,7%, además de alteraciones del gusto que se han reportado con una variabilidad del 5,6 % al 88,8 % de los casos (35). En los cuadros leves predomina la fiebre, la tos seca, el dolor de garganta, la secreción nasal, la fatiga y las mialgias. En los cuadros moderados predominan síntomas de neumonía y fiebre persistente con tos seca, mientras que en los cuadros severos suele presentarse disnea, hipoxia, diarrea, vómito y náuseas, esto acompañado de empeoramiento clínico de los pacientes (36).

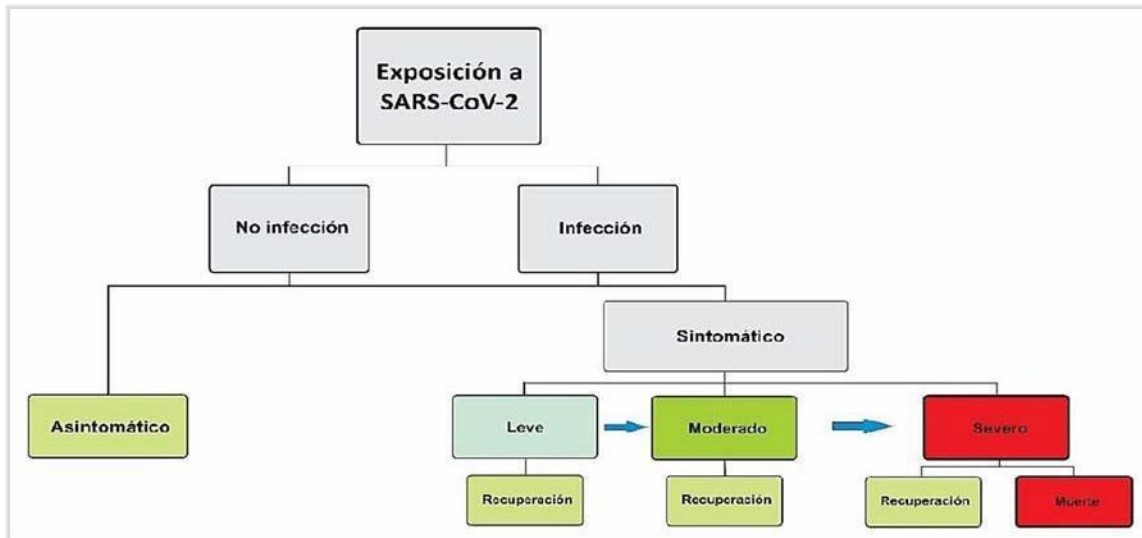


Figura 1. Espectro clínico del COVID-19. Tomado y adaptado de: García LF. Immune response, inflammation, and the clinical spectrum of COVID-19. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.01441>

Los pacientes con hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad coronaria presentan mayor riesgo y peor pronóstico. De hecho, enfermedades de este tipo afectan el sistema inmune lo cual resulta en mayor riesgo de enfermedad severa y muerte (37). Así mismo, la elevación de la Alanino-Aminotransferasa (ALT), la Deshidrogenasa Láctica (DHL), la Troponina cardíaca de alta sensibilidad y los niveles de urea están relacionados con severidad de la enfermedad (38). Dentro de las principales comorbilidades asociadas a COVID-19 se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la enfermedad cardiovascular. Aunque también se han descrito otras patologías asociadas como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad hepática, enfermedad renal, neoplasias y enfermedades del sistema nervioso (39). Se han encontrado diferencias en cuanto a los niveles de DHL y mioglobina en pacientes con COVID no severo en comparación a pacientes con COVID severo (39). Los pacientes con COVID-19severo tienen mayor probabilidad de presentar arritmias (OR=14.76; IC95% 7.64-18.46) y también se ha encontrado que la diabetes mellitus se asocia positivamente con la severidad del COVID-19 (OR=2,25; IC95% 1.91-2.65)(39).

De acuerdo con el CDC de China las manifestaciones clínicas de la enfermedad se clasifican según su severidad en:

- Enfermedad leve: no neumonía o neumonía leve.
- Enfermedad severa: disnea, frecuencia respiratoria $\geq 30/\text{min}$, saturación de oxígeno $\leq 93\%$, relación $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ e infiltrados pulmonares $> 50\%$ en 24 a 48 horas.
- Enfermedad crítica: falla respiratoria, shock séptico y/o disfunción orgánica múltiple (5% de casos)(40).

El Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) es la complicación más común en el COVID-19. El diagnóstico de esta condición requiere criterios clínicos y ventilatorios, y según el grado de hipoxia se distinguen diferentes grados de SARS. En estos casos el parámetro de referencia es la relación $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ o P/F:

- SARS leve: $200 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300\text{mmHg}$. En paciente no ventilados en aquellos manejados con ventilación no invasiva mediante el uso de presión positiva al final de la espiración (PEEP) o una presión aérea positiva continua (CPAP) $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$.
- SARS moderado: $100 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200\text{mmHg}$.
- SARS severo: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 100\text{mmHg}$ (41).

La tomografía computarizada (TC) muestra neumonía con hallazgos anormales como opacidades de diverso tipo que incluyen patrón de vidrio esmerilado, consolidaciones y, en la mayoría de los casos (78,2 %), dos o más lóbulos se encuentran comprometidos (42). Los hallazgos predominantes en la TC revelan compromiso bilateral multifocal subpleural con un patrón común que involucra progresión de la enfermedad con el lóbulo derecho inferior como el más comúnmente involucrado (43). En pacientes con neumonía leve la mayoría de los pacientes pueden presentar compromiso de más de tres lóbulos; el compromiso bilateral es más frecuente que el compromiso unilateral y, en general, los patrones

de la TC además del patrón clínico pueden facilitar la estratificación pronóstica de neumonía por COVID-19 (44).

4.3 Fases de la epidemia

Ante una pandemia, la OMS determina seis fases. La fase I corresponde a aquella situación donde el virus presenta circulación entre animales, pero la transmisión no se presenta a los seres humanos. En la fase II el virus presenta circulación entre animales silvestres o domésticos, puede causar infección humana y se considera como una posible amenaza de una pandemia. En la fase III, un virus genera casos esporádicos o conglomerados de la enfermedad en los seres humanos, pero sin presentar transmisión de persona a persona y con ello brotes en la comunidad (45). La fase IV corresponde a la situación donde se presenta transmisión de un virus de persona a persona y pueden existir brotes en la comunidad, por tal motivo, si un país sospecha un evento de este tipo debe dar aviso de inmediato a la OMS para evaluar dicha situación y decidir, en conjunto, los pasos para contener de forma rápida la potencial pandemia (45). En la fase V, se presenta propagación del virus de persona a persona en al menos dos países correspondientes a una región de la OMS y por tal motivo, es una señal de inminencia de pandemia. La fase VI corresponde a la fase pandémica y se caracteriza por brotes en la comunidad en al menos otro país de una región diferente de la OMS, además de los criterios establecidos para la fase V (45).

Ante la epidemia del SARS-CoV-2, el 22 de enero de 2020 la OMS convocó un Comité de Emergencias según lo planteado en el Régimen Sanitario Internacional (RSI) para evaluar si el brote representaba una emergencia de salud pública y se ofreció asistencia técnica a China (46). Para finales de enero de 2020, al notificarse los primeros casos de transmisión limitada de coronavirus fuera de China, el Comité de Emergencias de la OMS consideró que se trataba de una Emergencia en salud pública de importancia Internacional. Para febrero de 2020, la OMS publicó el Plan Estratégico de Preparación y Respuesta de la Comunidad Internacional para apoyar a los Estados Miembros con sistemas de salud más frágiles y ese mismo mes, la

OMS convocó un foro de investigación e innovación sobre COVID-19 reuniendo a más de 400 expertos en todo el mundo (46). El 11 de marzo de 2020, ante los alarmantes niveles de propagación de la enfermedad y su gravedad, la OMS estableció que el COVID-19 se podía considerar como una pandemia (46).

En Colombia, ante la pandemia de COVID-19 y la identificación del primer caso en el país el 6 de marzo de 2020, inicialmente se implementó la fase de aislamiento preventivo obligatorio. La medida del confinamiento buscaba que el virus no se extendiera en la comunidad, promocionar mediante marketing social las medidas de lavado de manos, distanciamiento físico y uso del tapabocas y, en esa medida, contener la epidemia (47). Posteriormente, se pasó a la fase de aislamiento flexible donde se realizaron múltiples medidas de mitigación, pero con la apertura para algunos sectores y actividades sociales y económicas. En el país, desde agosto de 2020, se amplió la emergencia sanitaria por el COVID-19 y se inició la fase de aislamiento que tenía como fin que las personas con sospecha de tos, fiebre o dificultad respiratoria se aislaran de inmediato, así como quienes tuvieran diagnóstico confirmado, fueran contacto estrecho de casos confirmados y tuvieran contacto físico con familias o compañeros (47). Esta nueva fase de aislamiento inteligente involucra nuevos protocolos de bioseguridad que enfatizan sobre cómo comportarse en los espacios públicos, dado que, en esta fase, los espacios de contagio más probables tienen relación con el trabajo, el espacio público y las zonas de recreación (47).

4.4 Prioridades de atención y COVID-19

En situaciones complejas de atención de pacientes como, por ejemplo, desastres naturales o accidentes donde al mismo tiempo muchas personas resultan heridas o enfermas, es esencial contar con procesos que mejoren la atención de todos los que la necesitan. Dicho proceso se denomina *triage* y su objetivo es salvar la mayor cantidad de vidas posibles (48). Ante una pandemia, utilizar los escasos recursos médicos en la atención de pacientes que están gravemente enfermos puede

conducir a que otros pacientes con enfermedades de menor gravedad no reciban tratamiento y posiblemente, mueran. Así entonces, sin un plan de triage óptimo, es probable que los recursos no se administren adecuadamente y muera más gente, por lo cual es esencial que los servicios de urgencias cuenten con un plan de triage para casos de pandemia (48).

La atención en salud en tiempos de crisis como la pandemia COVID-19 representa diversos dilemas éticos como, por ejemplo, la atención de personas vulnerables (49). La gestión adecuada de estas situaciones debe considerar principios fundamentales como la transparencia, la justicia, la responsabilidad y la proporcionalidad. Además, en las fases críticas de la pandemia es esencial establecer el triage de ingreso con el fin de privilegiar la mayor esperanza de vida con criterios claros de descarga de la UCI fundamentado en principios de proporcionalidad y justicia distributiva (49). En situaciones de crisis, estos criterios ayudan los profesionales en la toma de decisiones difíciles, lo cual permite compartir responsabilidades en situaciones que representan gran carga emocional. Para el ingreso o no a la UCI es importante tener en cuenta que debe existir un plan de contingencia de emergencia, posibilidad de transferencia, derivación o ampliación de UCIs locales, establecer un triage de ingreso cuando haya desproporción de la demanda y las posibilidades, la existencia de protocolos de triage para ayudar a tomar decisiones transparentes y justas, la protección del personal sanitario para evitar la disminución de recursos para atender a los pacientes y como prioridad, la solidaridad entre centros sanitarios (49).

4.5 Decretos en el marco de la pandemia COVID-19 en Colombia

En el marco de la Emergencia Sanitaria desencadenada por la pandemia de COVID-19, el Gobierno de Colombia expidió, desde el inicio de esta, diversos decretos encaminados a hacer frente a la pandemia. Los principales decretos en relación con el fundamento del presente estudio se presentan en **Tabla 1**.

Tabla 1. Decretos en el marco de la pandemia COVID-19 en Colombia.

DECRETO	DESCRIPCIÓN
Decreto 397 del 13 marzo de 2020	Por el cual se establece un beneficio en la presentación y el pago de la contribución parafiscal para la promoción del turismo para mitigar los efectos económicos del coronavirus COVID-19 en el territorio nacional.
Decreto 398 del 13 marzo de 2020	Por el cual se reglamenta parcialmente el artículo 19 de la Ley 222 de 1995 en lo referente al desarrollo de reuniones no presenciales de las juntas de socios, asambleas generales de accionistas o juntas directivas y se dictan otras disposiciones.
Decreto 402 del 13 marzo de 2020	Por el cual se adoptan las medidas para la conservación del orden público.
Decreto 410 del 16 de marzo de 2020	Por el cual se modifica el arancel de aduanas para la importación de productos necesarios para afrontar la emergencia sanitaria por el coronavirus COVID-19.
Decreto 411 del 16 de marzo de 2020	Por el cual se toman medidas transitorias debido a la emergencia sanitaria relacionada con el COVID-19 en relación con el régimen de zonas francas.
Decreto 412 del 16 marzo de 2020	Por el cual se dictan normas para la conservación del orden público, la salud pública y se dictan otras disposiciones.
Decreto 417 del 17 marzo del 2020	Por el cual se declara un Estado de Emergencia, Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional.
Decreto 418 del 18 marzo de 2020	Por el cual se dictan medidas transitorias para expedir normas en materia de orden público.
Decreto 420 del 18 marzo de 2020	Por el cual se imparte instrucción para expedir normas en materia de orden público en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia de COVID-19.
Decreto 439 del 20 marzo de 2020	Por el cual se suspende el desembarque con fines de ingreso o conexión en territorio colombiano de pasajeros procedentes del exterior por vía aérea.
Decreto 457 del 22 marzo de 2020	Por el cual se establecen instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia COVID-19 y el mantenimiento del orden público.
Decreto 476 del 25 marzo de 2020	Por el cual se dictan medidas para garantizar la prevención, diagnóstico y tratamiento del COVID-19 y se dictan otras disposiciones, esto dentro del Estado de Emergencia.
Decreto 498 del 19 marzo de 2020	Por el cual se adoptan medidas tributarias transitorias dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecología de conformidad con el Decreto 417 de 2020.

DECRETO	DESCRIPCIÓN
Decreto 499 del 31 marzo de 2020	Por el cual se adoptan medidas en relación con contratación estatal para adquisición en el mercado internacional de dispositivos médicos y elementos de protección personal.
Decreto 538 del 12 de abril de 2020	Por el cual se adoptan medidas en el sector salud para contener y mitigar la pandemia de COVID-19.
Decreto 539 del 13 de abril de 2020	Por el cual se adoptan medidas de bioseguridad para mitigar, evitar propagación y manejar de forma adecuada la pandemia.
Decreto 563 del 15 de abril de 2020	Por el cual se adoptan medidas transitorias para el sector de inclusión social.
Decreto 600 del 27 de abril de 2020	Por el cual se adiciona el artículo 2.3.2.2.1.21 al Decreto 870 de 2016 en relación con el uso transitorio de las EPS de recursos invertidos en deuda pública.
Decreto 609 del 30 de abril de 2020	Por el cual se nombra al gerente de la subcuenta de la mitigación de emergencias COVID-19.
Decreto 619 del 1 de mayo de 2020	Por el cual se designa unos miembros de la junta administradora de la subcuenta para la mitigación de emergencias COVID-19.
Decreto 634 del 5 de mayo de 2020	Por el cual se acepta la renuncia de uno de los miembros de la Junta Administradora de la Subcuenta para la Mitigación de Emergencias COVID-19.
Decreto 637 del 6 de mayo de 2020	Por el cual se declara un estado de emergencia económica, social y ecológica en todo el territorio nacional.
Decreto 645 del 11 mayo de 2020	Por el cual se designa un miembro de la junta administradora de la subcuenta para la mitigación de emergencias COVID-19.
Decreto 800 del 4 de junio de 2020	Por el cual se adoptan medidas para recursos en el Sistema General de Seguridad en Salud y mantener la afiliación al mismo de quienes han perdido la capacidad de pago.

4.6 Modelo de aseguramiento en salud en Colombia (convenio)

En Colombia el sistema de aseguramiento en salud se realiza a través de dos regímenes obligatorios de acuerdo a la posibilidad de aporte económico al sistema; subsidiado para personas con bajos recursos económicos y que no tienen vinculación laboral vigente, y régimen contributivo al cual pertenecen todas las personas que tiene un vínculo laboral y sus beneficiarios. De esto se derivan las entidades prestadoras de salud (EPS) para cada régimen. Adicional a las EPS, existe un régimen especial determinado por legislación colombiana (universidades, fuerzas militares y Ecopetrol); y se cualquier persona puede acceder a planes de salud adicionales tales como medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de salud, según su capacidad de pago.

También existen otros dos tipos de aseguramiento específicos para Accidentes laborales (ARL) y accidentes de tránsito (SOAT), que dependen de diferentes aseguradoras.

Las características del hospital en el cual se basa el presente estudio, previo a la pandemia descrita, en urgencias un 78% de los pacientes pertenecían a planes adicionales y un 22 % a régimen contributivo (EPS-ARL-SOAT).

4.7 Consulta general

En consulta se ha promocionado el autocuidado para el usuario, su familia y la comunidad en general. Al mismo tiempo se ha indicado el manejo adecuado de agendas para procurar el distanciamiento físico, evitar aglomeraciones y desinfectar las superficies, esto especialmente en las salas de espera. Asimismo, se ha enfatizado en restricción del número de acompañantes y en caso necesario, permitir solo uno, informando de forma oportuna y clara a los pacientes y familiares. De igual manera para la estadía en los consultorios se ha indicado el distanciamiento físico, no interactuar con terceros y desinfectar las manos a la entrada y salida. Además, previo a la atención presencial, el prestador debe comunicarse por teléfono o mediante plataformas TIC e indagar sobre criterios clínicos relacionados con COVID-19. Adoptando la resolución 536 del 31 de marzo de 2020 se restringieron

algunos servicios como los relacionados con la atención de la salud bucal, las cirugías ambulatorias y procedimientos no urgentes, la consulta externa para procedimientos de promoción y prevención (50), y se indicó liberar camas en servicios existentes para pacientes con COVID-19, así como reasignar de forma progresiva la oferta de talento humano en salud para atender y cuidar a los pacientes con COVID-19 (50).

4.8 Consulta especializada

En el contexto de la consulta especializada se ha indicado que el médico debe realizar la atención del caso, debe valorar el paciente y adoptar la conducta indicada según la severidad y, al mismo tiempo, evaluar el riesgo del paciente para definir su ingreso o el manejo domiciliario. Cuando se decida manejo en el domicilio deberá indicarse aislamiento, higiene de manos, uso de elementos de protección para los cuidadores, e insistir en las recomendaciones sobre cuándo consultar e indicar medidas farmacológicas cuando sea necesario (51).

4.9 Triage

Desde el ingreso del paciente se recomienda preguntar en el consultorio de triage sobre la existencia de síntomas respiratorios o fiebre. En todos los puntos de acceso, se debe contar con un cuestionario de tres preguntas en relación con viajes en los últimos 14 días, presencia de fiebre y síntomas respiratorios o diarrea. Ahora bien, el personal que acompañe al paciente debe portar con los elementos de protección personal para el personal de salud según el área de atención para COVID-19 (51).

4.10 Manejo en urgencias

En general, el manejo depende de los criterios de severidad del paciente. Se debe iniciar la administración de oxígeno en aquellos pacientes que presentan dificultad para respirar o choque con una mascarilla con filtro exhalado en lo posible. Se debe ajustar el flujo para alcanzar una saturación de oxígeno capilar óptima para la edad

y estado del paciente. En general, se debe suministrar oxígeno para lograr metas mayores a 94%. Iniciar oxígeno a 4-5 litros por minutos para lograr una $SaO_2 > 93\%$ durante la reanimación no usar una máscara facial con reservorio (10-15 L/min) si el paciente se encuentra en condición crítica. En el caso de niños con obstrucción, cianosis central, choque, coma o convulsiones se debe administrar oxígeno para lograr meta de $SaO_2 > 94\%$ (51). En lo posible, se sugiere evitar aquellas intervenciones que incrementen el riesgo de aerosoles como, por ejemplo, cánula de alto flujo, ventilación mecánica no invasiva, nebulizaciones, reanimación cardiopulmonar, intubación (bolsa de reanimación con máscara) y cuando se realicen, se debe garantizar el uso completo del EPP (51).

4.11 Apoyo diagnóstico

Para el diagnóstico de COVID-19 los laboratorios de salud pública (LSP) deben contar con recurso humano calificado, además de reactivos, infraestructura, insumos y sistemas de gestión que demuestren suficiencia técnica. A nivel territorial, le corresponde a los LSP departamentales y distritales procesar la prueba para confirmar SARS-CoV-2 mediante el método de RT-PCR. El procedimiento estandarizado para ello es el protocolo de detección de diagnóstico del coronavirus de Wuhan de Charité, Berlín. En este contexto existen diversas pruebas para el nuevo coronavirus, dentro de las que se incluyen las pruebas basadas en la detección de anticuerpos, las pruebas basadas en la detección de antígenos, las pruebas rápidas y las pruebas rápidas moleculares (51).

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Describir y analizar el comportamiento asistencial y administrativo de la atención de urgencias en la población mayor a 18 años que asistió al servicio de urgencias de un hospital universitario de IV nivel de Bogotá durante la pandemia de COVID-19 entre marzo de 2020 y marzo de 2021.

5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar según el nivel de triage la atención de urgencias de un hospital universitario de IV nivel de Bogotá de los pacientes que asistieron entre marzo de 2020 y marzo de 2021.
- Describir los tiempos de espera y los tiempos de atención de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias, según su clasificación en patologías COVID-19 y no COVID-19.
- Identificar los diagnósticos de ingreso más frecuentes de los pacientes atendidos en urgencias de un hospital universitario de IV nivel de Bogotá entre marzo de 2020 y marzo de 2021.
- Analizar los principales indicadores de calidad y satisfacción de la atención de pacientes atendidos en diferentes áreas de un hospital universitario de IV nivel de Bogotá entre marzo de 2020 y marzo de 2021.

6 METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio

Este es un estudio observacional de tipo descriptivo que se realizó con información del servicio de urgencias de adultos en un hospital universitario de IV nivel en el periodo comprendido entre los meses de marzo de 2020 y marzo de 2021.

6.2 Tipo de población

Pacientes de 18 años y mayores, afiliados a diferentes entidades prestadoras de salud, medicina prepagada y pólizas de salud, que hayan acudido al servicio de urgencias de un hospital universitario de IV nivel de Bogotá en el periodo comprendido entre marzo de 2020 y marzo de 2021.

6.3 Muestra

Correspondió al 100% de pacientes adultos de la base de datos del servicio de urgencias de un hospital universitario de IV nivel durante el periodo comprendido entre marzo de 2020 y marzo de 2021 con clasificación inicial de triage de I a V.

6.4 Hipótesis

Evaluar el comportamiento asistencial y administrativo de la atención de urgencias en pacientes adultos durante la pandemia COVID-19.

6.5 Criterios de selección

6.5.1 Criterios de inclusión

-Registro de pacientes mayores de 18 años que hayan asistido al servicio de urgencias de la institución seleccionada con clasificación de triage I a V entre marzo de 2020 y marzo de 2021.

6.5.2 Criterios de exclusión

-Registro de pacientes que ingresaron directo al servicio de hospitalización con previo triage en urgencias.

6.6 Tabla de variables

Tabla 2. Tabla de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURAL EZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CODIFICACIÓN
Nivel de triage	Sistema de clasificación de pacientes en los servicios de urgencias.	Cualitativa	Ordinal	Triage 1: 1 Triage 2: 2 Triage 3: 3 Triage 4: 4 Triage 5: 5
Especialidad	Especialidad clínica en la que se concentra la atención del paciente.	Cualitativa	Politómica	_____
Diagnóstico	Proceso de reconocimiento y análisis de una enfermedad.	Cualitativa	Politómica	_____
Convenio	Entidad a la cual está afiliado el paciente.	Cualitativa	Politómica	_____
Fecha de triage	Fecha y hora cuando se realizó el triage.	Cuantitativa	Razón	DD/MM/AA, HH:MM
Fecha inicio consulta	Fecha y hora cuando se inició la consulta.	Cuantitativa	Razón	DD/MM/AA, HH:MM
Fecha fin consulta	Fecha y hora cuando se finalizó la consulta.	Cuantitativa	Razón	DD/MM/AA, HH:MM
Fecha inicio observación	Fecha y hora cuando inició permanencia en observación.	Cuantitativa	Razón	DD/MM/AA, HH:MM
Fecha fin observación	Fecha y hora cuando finaliza permanencia en observación.	Cuantitativa	Razón	DD/MM/AA, HH:MM
Fecha inicio hospitalización	Fecha y hora de inicio de hospitalización.	Cuantitativa	Razón	DD/MM/AA, HH:MM
Fecha fin hospitalización	Fecha y hora de finalización de hospitalización.	Cuantitativa	Razón	DD/MM/AA, HH:MM
Fecha inicio remisión	Fecha y hora de inicio de remisión.	Cuantitativa	Razón	DD/MM/AA, HH:MM
Fecha fin remisión	Fecha y hora de finalización de remisión.	Cuantitativa	Razón	DD/MM/AA, HH:MM
Tiempo triage	Tiempo de triage	Cuantitativa	Razón	DD/MM/AA, HH:MM

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURAL EZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CODIFICACIÓN	
Tiempo observación	Tiempo permanece paciente observación.	que ella en	Cuantitativa	Razón	DD/MM/AA, HH:MM
Tiempo total	Tiempo total de atención paciente.	de la del a	Cuantitativa	Razón	DD/MM/AA, HH:MM
NPS (Net Promoter Score)	Sistema para satisfacción cliente	media del a	Cuantitativa	Razón	_____
Satisfacción		Cualitativa	Ordinal		0: muy malo 1: malo 2: regular 3: bueno 4: excelente
Demanda atendida	no Cantidad de pacientes que fueron atendidos	de no a	Cuantitativa	Razón	_____

6.7 Fuente de información

La fuente de información correspondió a la base de datos del software hospitalario que maneja la institución, base de datos anonimizada no codificada, donde se encuentran registrados todos los procesos administrativos e historia clínica de cada uno de los pacientes incluidos.

6.8 Técnicas y procedimientos de recolección de la información

Tras la aprobación del protocolo de investigación se solicitó autorización a la institución seleccionada para realizar el estudio. La fuente de información correspondió a la base de datos del servicio de urgencias de la institución seleccionada, información con la que se procedió a completar la herramienta de recolección de datos Research Electronic Data Capture (REDCap). En la base de datos institucional se registró la clasificación de triage de cada uno de los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias. Adicionalmente, cada una de las intervenciones que se realizan en el paciente quedan registradas en la historia clínica como, por ejemplo, valoraciones médicas, procedimientos, seguimiento por enfermería, solicitud de paraclínicos e interconsultas, su respectivo reporte de resultados y respuesta de interconsulta, según corresponda. El método por el cual

se ingresa información al sistema se programa para evitar la duplicidad de la información y la sistematización de fichas incompletas. Para el presente estudio se utilizó la herramienta mencionada para recopilar variables de interés como fecha de atención, edad, género, régimen de salud, calidad de la atención, triage, etc. Posterior al egreso del paciente se realizó la valoración del nivel de calidad de la atención, esto se mediante una encuesta vía mail basada en el Net Promoter Score.

6.9 Aseguramiento de calidad del dato

Para el presente estudio se establecieron varias pautas para asegurar la calidad del dato. En primer lugar, se diseñó un Protocolo de Investigación para seguir de forma metódica lo planificado para el estudio. En segundo lugar, se consultó la base de datos institucional de un hospital de IV nivel de Bogotá que cuenta con altos estándares para su diligenciamiento, lo cual proporciona confiabilidad de la fuente de datos. Además, se revisó y depuró la base de datos resultante, así como la base de datos creada en el software estadístico previo al análisis de la información para controlar imprecisiones y errores de digitación. Los datos obtenidos, digitados y almacenados en el software Research Electronic Data Capture (REDCap), cuentan con un sistema de seguridad específico que fue accesible para los autores de la presente investigación.

6.10 Plan de análisis

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de la información según la naturaleza de las variables. Para las variables cualitativas se realizaron frecuencias relativas y para las variables cuantitativas se realizarán promedios, rangos, valores mínimos y máximos y desviaciones estándar. Se corrigieron datos de tiempo en triage y consulta, debido a que eran datos recolectados de forma errónea. El análisis estadístico se realizó con el software R versión 4.0.0 (R Core Team, 2020). Se usaron los paquetes dplyr y lubridate para la revisión, organización y cálculo de nuevas variables y el paquete ggplot2 versión 3.3.0 (Wickham, 2016) para la realización de gráficos.

6.11 Control de sesgos

Sesgos de selección: para el control de este tipo de error sistemático se establecieron criterios de inclusión y exclusión a priori.

Sesgos de información: para el control de sesgos de información se construyó un Protocolo de Investigación para seguir de forma sistemática lo planteado en el estudio. Dado que se consultó una base de datos institucional se realizó una revisión detallada de la base de datos creada para este estudio y depuró la base de datos previo al análisis estadístico.

6.12 Aspectos éticos

Este estudio respeta los principios de la Declaración de Helsinki adoptada por la 64° Asamblea General (52) y lo estipulado en la normatividad colombiana en la Resolución 8430 de 1993 donde se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (53). El presente es un estudio observacional descriptivo que consultó una base de datos institucional de pacientes adultos que asistieron al servicio de urgencias. Se solicitó autorización a la institución seleccionada para acceder a la base de datos respetando los lineamientos de protección de datos de la institución y será responsabilidad de los investigadores la absoluta reserva de la información y cumplir con la normatividad vigente en cuanto al manejo de la misma reglamentada en la Ley 100 de 1993, Ley 23 de 1981, el Decreto 3380 de 1981, la Resolución 008430 de 1993, el Decreto 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017, la Ley 1581 de 2012 y las normas relacionadas.

En el presente estudio no se recopilaron datos personales con el fin de salvaguardar la confidencialidad y la privacidad de la información la cual solo se utilizará para los objetos de esta investigación, además por confidencialidad de datos no se realiza caracterización demográfica. Se preservará el buen nombre de la institución y de los profesionales tratantes. La información será custodiada por los investigadores principales durante un periodo de cinco años para su posterior eliminación de los archivos digitales. Dado que la presente investigación consultó una base de datos

institucional no requirió consentimiento informado. Según el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia se considera como estudio sin riesgo, dado que no se realizará ninguna intervención o modificación de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los sujetos de investigación.

7 RESULTADOS

Se recopilaron 54415 registros de datos de personas que acudieron al servicio de urgencias de un hospital universitario de IV nivel de Bogotá en el periodo comprendido entre marzo de 2020 y marzo de 2021. Las variables analizadas correspondieron al nivel de clasificación de triage, diagnóstico de ingreso, convenio con EPS, fecha y hora de ingreso a triage, a consulta, a observación, a hospitalización, a remisión, y fecha y hora de salida del centro de salud. Con los datos recolectados se calcularon los tiempos en horas de estadía en triage, consulta, observación, hospitalización, remisión y se calculó el tiempo total en el centro.

7.1 Clasificación de los casos según triage

Dentro del periodo evaluado, más del 81.2% de los casos correspondieron al nivel de triage III y IV; la mayoría de los casos correspondieron al triage III con 42,6%, seguido por el triage IV con el 38,6 % de los casos **(Gráfico 1)**.

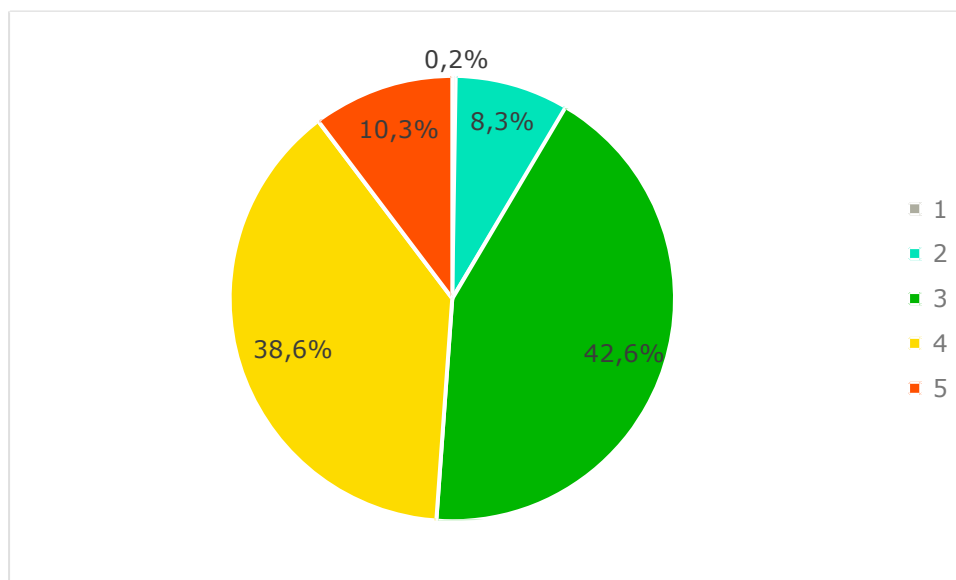


Gráfico 1. Clasificación de casos según triage.

7.2 Atención según especialidad

La especialidad con mayor frecuencia corresponde a *adultos (mayores de 18 años que no cumplen criterios para atención en ortopedia y/o ginecoobstetricia)*, en especial, dentro del nivel de triage III y IV, cuando se compara con las otras especialidades dentro de esos mismos niveles. La especialidad de *ginecoobstetricia* se presentó con mayor frecuencia dentro del nivel de triage III, al igual que la especialidad de *pediatría* en comparación con otros niveles de triage. A su vez, la especialidad de *ortopedia* se presentó con mayor frecuencia en el nivel de triage IV, en comparación con otros niveles (**Tabla 3**).

Especialidad	Nivel Triage	n	Porcentaje (%)
Adultos	1	109	0,20
	2	3807	6,98
	3	16011	29,35
	4	15455	28,33
	5	5041	9,24
Gineco-obstetricia	1	11	0,02
	2	93	0,17
	3	2251	4,13
	4	441	0,81
	5	10	0,02
Ortopedia	1	1	0,00
	2	247	0,45
	3	1719	3,15
	4	2947	5,40
	5	294	0,54
Pediatría	1	10	0,02
	2	363	0,67
	3	3278	6,01
	4	2191	4,02
	5	276	0,51
Sin información	3	1	0,00

Tabla 3. Distribución de nivel de triage según especialidad.

7.3 Análisis según diagnóstico

En el periodo analizado, correspondiente a 13 meses, al determinar la frecuencia de dichos diagnósticos se observa que los relacionados con COVID-19 son los que presentan mayor número de casos en el periodo estudiado. En general, el principal diagnóstico corresponde a *COVID-19 virus sin identificar*, y el segundo diagnóstico más frecuente correspondió al código U071 que equivale a *COVID-19 virus identificado (a través de prueba de antígeno o PCR)*. Ahora bien, además de los casos relacionados con COVID-19, los diagnósticos más relevantes en orden de frecuencia fueron *diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso* (código A09), *otros dolores abdominales y los no especificados* (R104) e *infección de vías urinarias sitio no especificado* (código 390) (**Gráfico 2**).

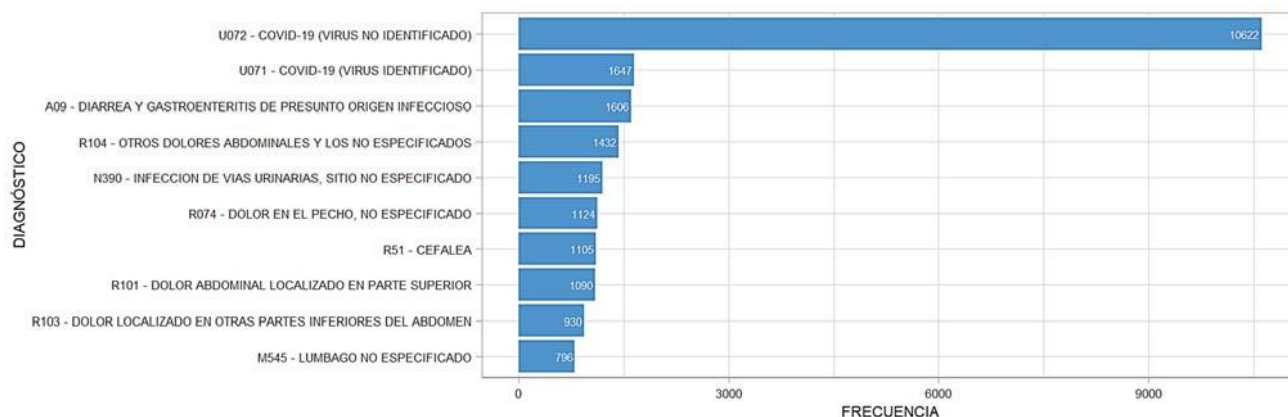


Gráfico 2. Frecuencia de casos por diagnóstico (diez principales).

7.4 Atención según convenio

El 45.9% de casos atendidos en el periodo evaluado correspondieron, según convenio, a casos pertenecientes al régimen contributivo mediante EPS. En segundo lugar de frecuencia se encuentra la atención de medicina prepagada y planes complementarios con el 45,7% (**Gráfico 3**).

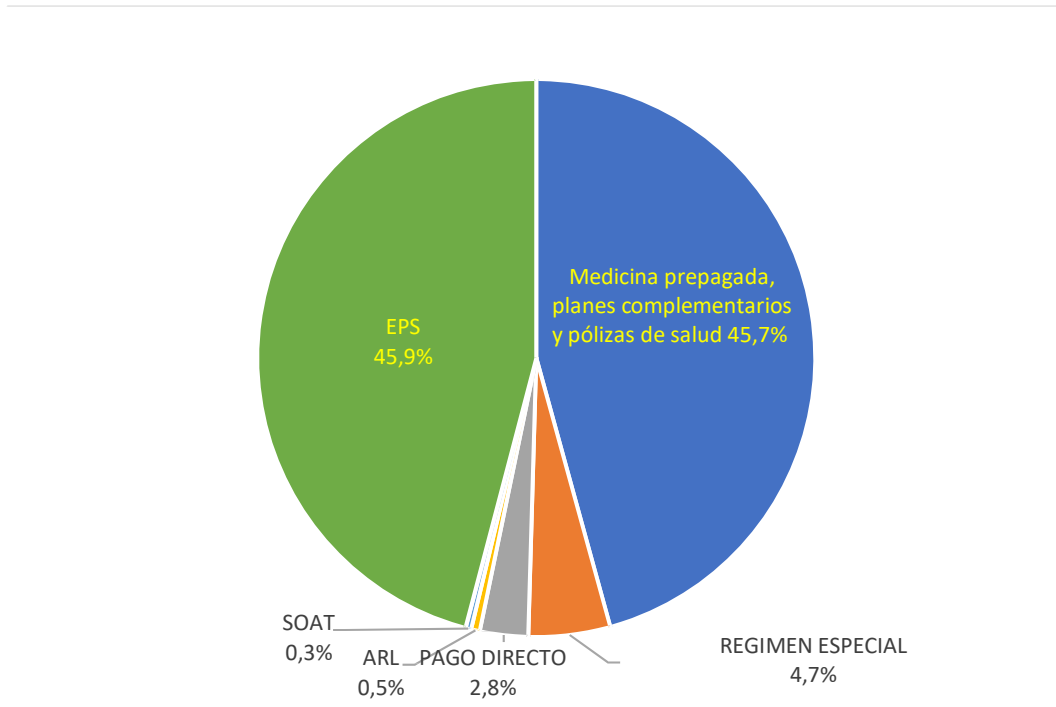


Gráfico 3. Porcentaje de casos según convenio.

El número de casos según convenio mantiene una tendencia similar a lo largo del tiempo. Se observa un leve incremento de los casos atendidos por medio de la EPS a partir de julio 2020 y para los convenios *prepagada* y *póliza*, este incremento se presentó a partir de septiembre del mismo año (**Gráfico 4**).

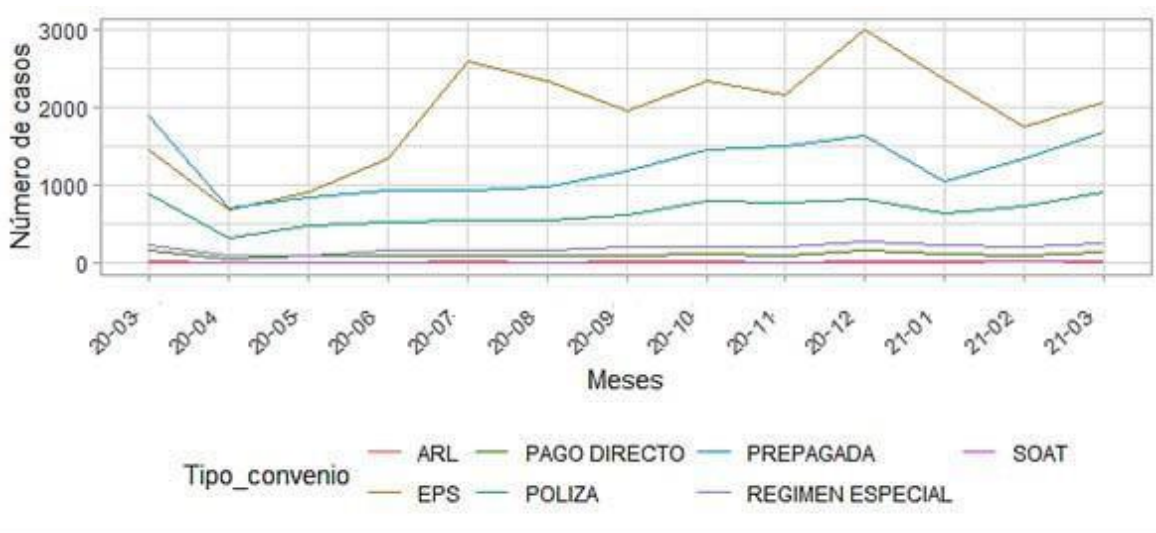


Gráfico 4. Evolución mensual del número de casos atendidos según convenio(aa-mm)

7.5 Casuística según evolución de la pandemia

La cantidad de casos registrados aumentó a lo largo del periodo analizado. El punto más bajo se presentó en abril de 2020, lo cual coincide con las primeras semanas del inicio de la cuarentena obligatoria que se decretó a finales de marzo de 2020. Entre abril y mayo de 2020, la cantidad de casos fue en aumento, especialmente para los casos registrados como triage III y IV, regresando al nivel que presentaban en marzo de 2020. A partir de junio de 2020, los casos clasificados como triage II y V se mantuvieron relativamente estables. El pico máximo para todos los niveles de triage se presentó en diciembre de 2020.

En octubre de 2020 se presentó un pico en el nivel medio de la serie de casos en comparación con los tres meses anteriores para el triage III y IV; estos son los niveles de triage con mayor proporción de diagnósticos relacionados con COVID-19, lo cual guarda relación con el incremento general de casos que presentó Bogotá. Ahora bien, el mes con mayor número de casos registrados para todos los niveles de triage fue diciembre de 2020 (**Gráfico 5**).



Gráfico 5. Cantidad de casos por nivel de triage (aaaa-mm).

7.6 Comportamiento de la atención según medidas de cuarentena

La dinámica en las consultas atendidas en diferentes niveles de triage guarda concordancia con las medidas implementadas por las autoridades sanitarias en las fases del periodo analizado (marzo de 2020 y marzo de 2021). El ingreso de los pacientes con COVID al Hospital comenzó un mes después de que se declarara la Emergencia Sanitaria y 15 días después del simulacro de aislamiento y posterior el aislamiento preventivo obligatorio. Hasta el 23 de junio (primera extensión del aislamiento), la cantidad de casos por COVID se mantuvo por debajo de los 25 casos diarios; sin embargo, posteriormente la cantidad de casos creció de forma importante, duplicando los casos promedio entre este día y el 28 de junio de 2020 fecha en que se extiende el aislamiento obligatorio.

A partir del 15 de Julio de 2020, se presentó una reducción de casos diarios atendidos por COVID y dicha tendencia se mantuvo hasta octubre 2020, esto estuvo alineado con la flexibilización del aislamiento comunicado el 1 de septiembre. Debido el crecimiento de los casos a partir de octubre 2020, el gobierno mantuvo el aislamiento selectivo, lo cual estabilizó la cantidad diaria de casos atendidos en alrededor de 45 casos. A partir de diciembre 2020, la cantidad de casos diarios en el centro de salud aumento de forma acelerada por la época de fiestas, alcanzando su pico máximo de 119 casos diarios el 28 de diciembre de 2020.

Después de este periodo crítico para los sistemas de salud, hubo un declive en el número de casos, reforzado por el inicio del Plan Nacional de Vacunación el 12 de febrero, teniendo un promedio de 24 casos diarios (**Gráfico 6**).

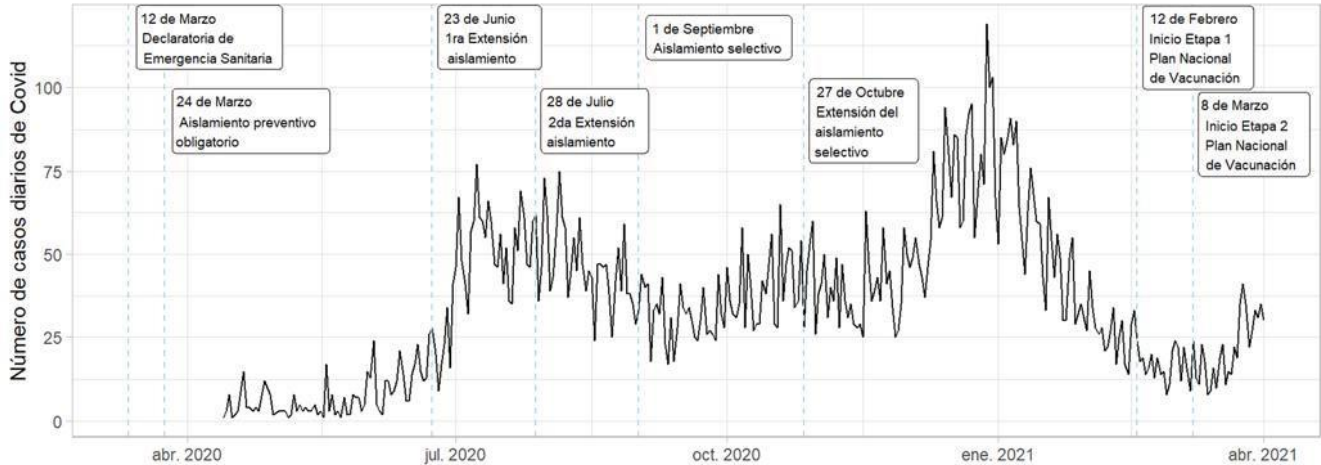


Gráfico 6. Dinámica de la tensión según temporalidad de la pandemia.

7.7 Tiempo de atención según triage

Al analizar el número de horas promedio de atención por nivel de triage se observa que el triage II, III y V presenta comportamiento similar de horas promedio con una tendencia que empezó en marzo tiempo promedio entre 0,82 horas y 0,97 horas (49,2 min y 58,2 min, respectivamente). Posteriormente se presentó descenso en los tres meses siguientes con promedio de 0,42 horas (25,2 min) y el tiempo de atención más bajo para el triage I con 0,27 horas (16,56 min) (**Gráfico 7**).

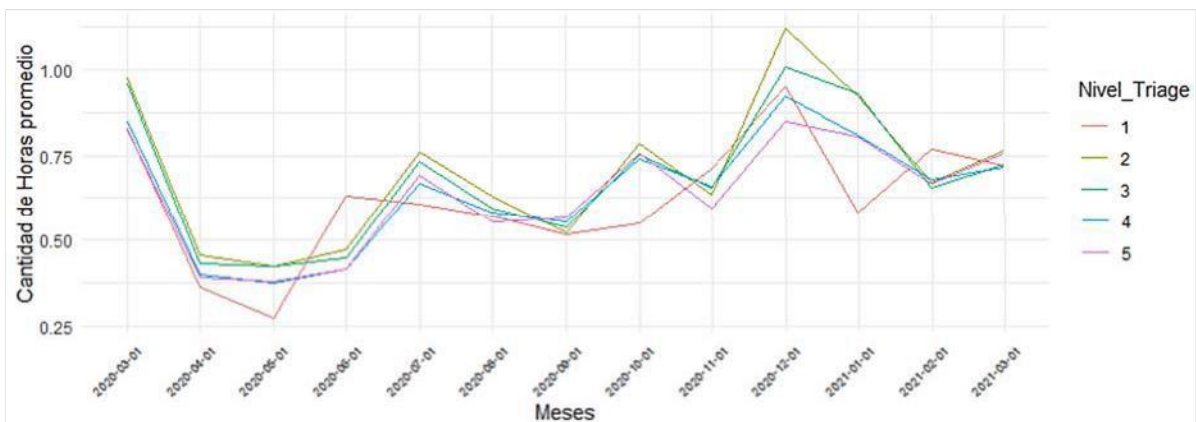


Gráfico 7. Horas promedio de atención según triage.

7.8 Tiempo de espera según casos COVID y no COVID

Al evaluar el tiempo promedio de horas de espera discriminando casos COVID y no COVID, se observa que el comportamiento de las series a lo largo del tiempo es similar, por lo que no hubo comportamiento especial al tratarse de casos COVID (**Gráfico 8**).

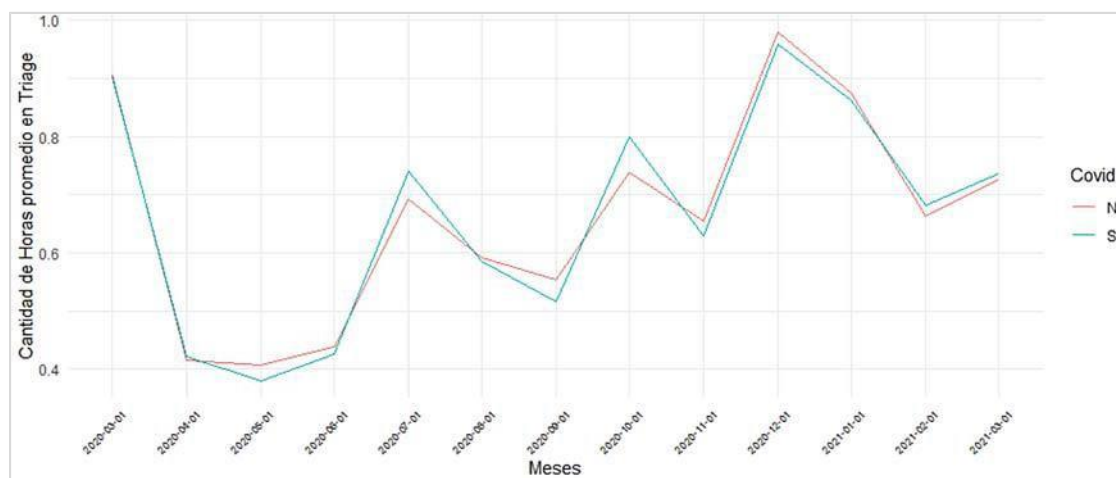


Gráfico 8. Horas promedio en triage según tipo de caso (COVID/no COVID).

7.9 Ingreso a sala observación

Del total de casos analizados el 44% se ingresó a sala de observación. De los casos correspondientes a triage III y IV se ingresaron a observación el 16.3% y el 19.9%, respectivamente. Por otro lado, de los pacientes clasificados como triage V (10.29% del total de casos) el 5.3% de casos pasó a sala de observación (**Tabla 4**).

Nivel de triage	Ingreso a observación	
	No (%)	Sí (%)
1	0,20	0,10
2	5,60	2,70
3	26,40	16,30
4	18,70	19,90
5	4,90	5,30

Tabla 4. Porcentaje de ingreso a observación por nivel de triage.

En relación con los casos que ingresaron a observación, los de triage I son los que presentan mayor variación de horas a lo largo del tiempo, debido a la cantidad de casos mensuales. Para analizar el comportamiento mensual de horas promedio en los diferentes niveles se eliminó el efecto del triage I en esta etapa del análisis; se observó que las horas promedio de observación tuvieron una tendencia creciente desde abril de 2020 estabilizándose en torno a las 5.5 horas tras septiembre de 2020. Después del triage I, el nivel de triage II es la serie mensual con mayores fluctuaciones con el pico más bajo en junio de 2020 y el más alto en enero de 2021 (Gráfico 9).

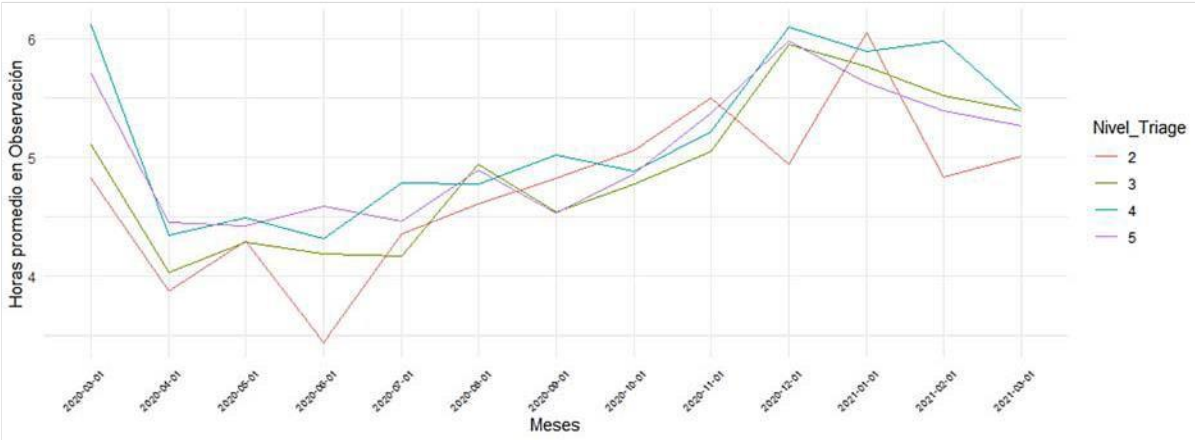


Gráfico 9. Horas promedio en observación por nivel de triage.

7.10 Tiempo de asignación de cama en hospitalización

El rango de horas promedio de hospitalización fue de 1.5 a 9.8 horas para los diferentes niveles de triage. Se destaca el nivel de triage II, por presentar mayor cantidad de horas en los meses de noviembre de 2020 y enero de 2021, con un promedio de 7.49 horas (**Gráfico 10**).

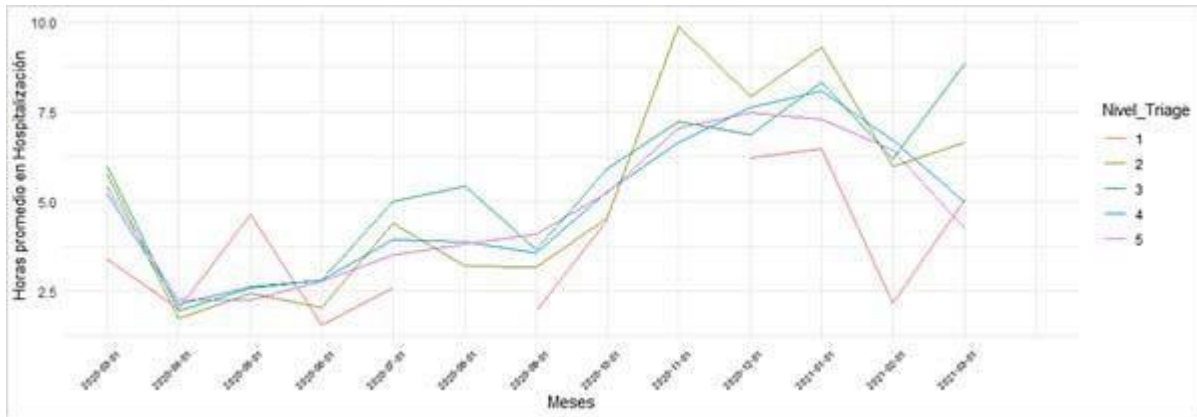


Gráfico 10. Horas promedio de hospitalización por nivel de triage.

7.11 Tiempo de remisión

El tiempo de remisión es una de las variables que involucra mayor tiempo para los casos que ingresaron al hospital. Su rango oscila entre 4 y 62 horas, y en el análisis se evidenció una tendencia creciente en el tiempo para todos los niveles de triage. Para triage II y IV, ese tiempo creció a razón de dos horas mensuales. Para el triage III, las horas en remisión aumentaron a razón de 1,5 horas por mes y para el triage V el crecimiento mensual fue de menos de una hora (**Gráfico 11**).

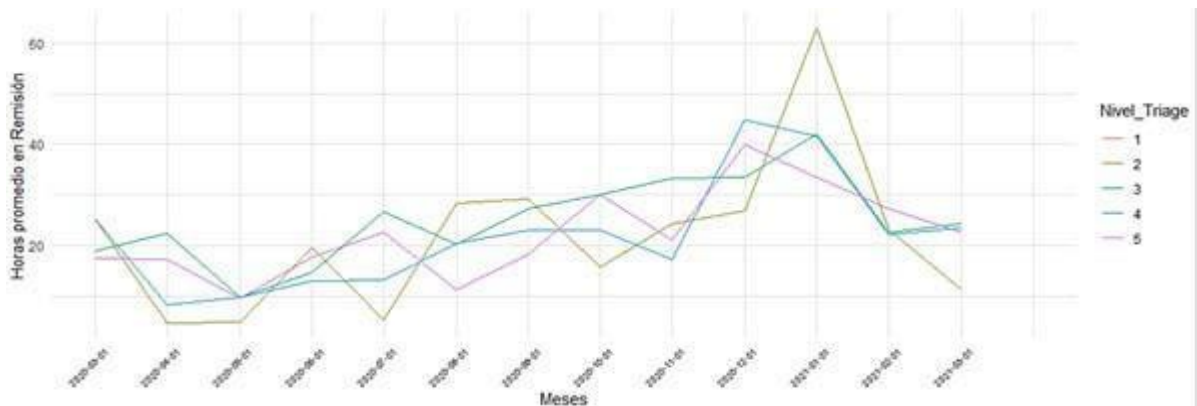


Gráfico 11. Horas promedio de remisión por nivel de triage.

7.12 Tiempo total de la atención de urgencias

Para el tiempo total que los pacientes pasaron en el hospital durante las diferentes fases de atención se observó un crecimiento en la tendencia con un pico promedio

de 50 horas para casi todos los niveles. El triage III presentó, en promedio, la mayor cantidad de horas totales (32.5 horas) creciendo trimestralmente de forma más acelerada con 4.8 horas en comparación al trimestre previo. El triage V presentó, en promedio, menores cifras de tiempo a lo largo del periodo (28.6 horas), con crecimiento de cuatro horas cada trimestre (**Gráfico 12**).

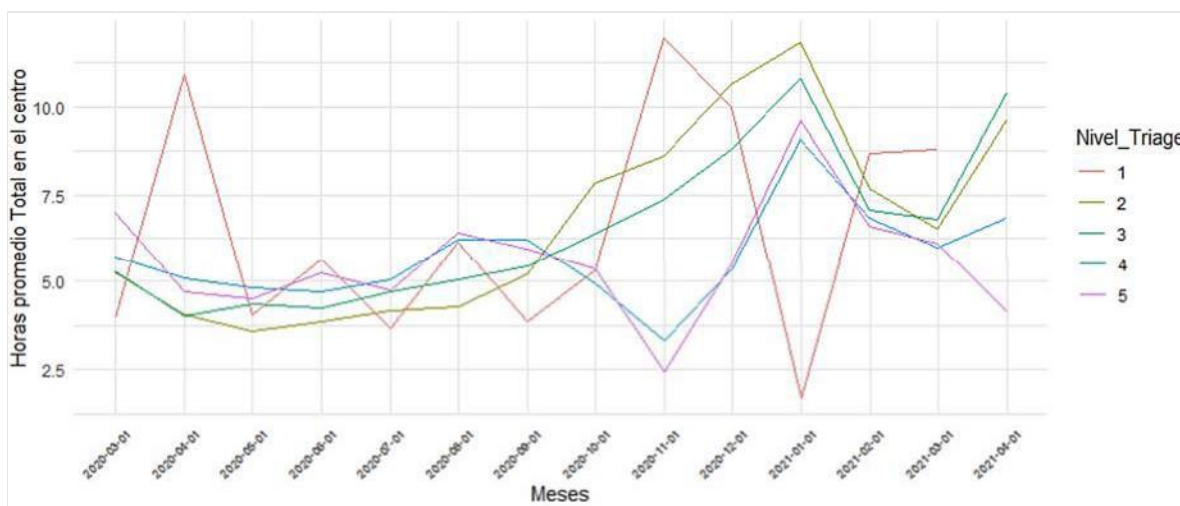


Gráfico 12. Tiempo en horas en el centro por nivel de triage.

7.13 Tiempo total según diagnóstico COVID o no COVID en urgencias

Al analizar el comportamiento del tiempo total de la atención según si el diagnóstico correspondía a COVID o no COVID, se observa que antes de septiembre de 2020, los tiempos eran ligeramente mayores para los pacientes con COVID. Después de septiembre de 2020, el tiempo descendió en pacientes con COVID; a finales de diciembre de 2020 se incrementaron los tiempos para ambos grupos (**Gráfico 13**).

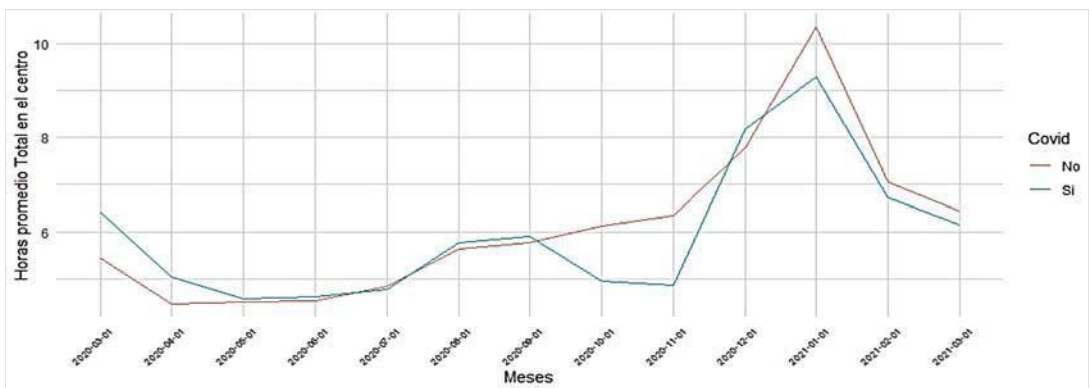


Gráfico 13. Horas promedio en el centro por clasificación de diagnóstico.

7.14 Análisis de satisfacción y NPS ponderado

A través de una encuesta enviada por mail a todos los pacientes que asistieron en el periodo analizado, para un total de pacientes encuestados de 9221 un porcentaje por ámbito de urgencias del 32% de los pacientes atendidos; de estos se obtuvieron porcentajes de participación y Net Promoter Score (NPS) por encima del 90% y 70%, respectivamente en los periodos evaluados.

A partir de noviembre 2020, se presenta un leve descenso que afecta principalmente la percepción del cliente (NPS), ya que el nivel promedio cae alrededor del 85%, y no vuelve a subir a los niveles que tenía entre abril y octubre de 2020 (**Gráfico 14**).

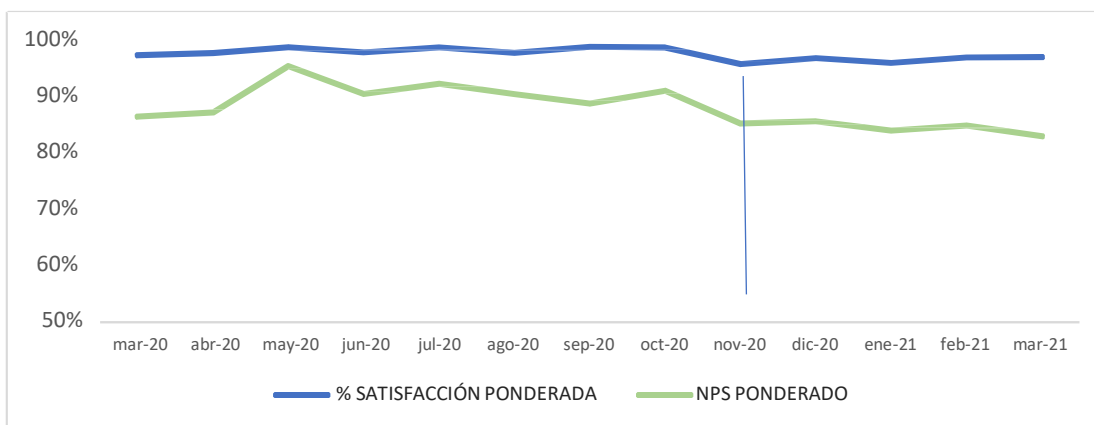


Gráfico 14. Porcentaje de satisfacción y NPS ponderado.

7.15 Satisfacción del paciente según área de atención

Al comparar el porcentaje de satisfacción por área de atención se observan diferencias entre el ámbito ambulatorio y el resto, dado que tuvo un valor mayor comparado con hospitalización y urgencias a lo largo del tiempo (**Gráfico 15**).

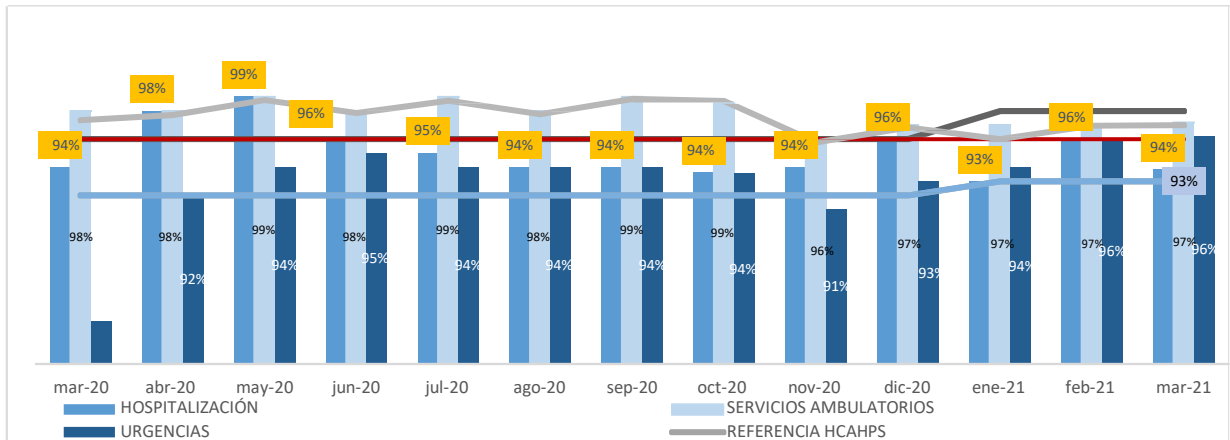


Gráfico 15. Porcentaje de satisfacción del paciente por ámbito de atención.

7.16 Comportamiento del Net Promoter Score

En el análisis del Net Promoter Score se observa un aumento en general para todos los ámbitos del hospital impulsado por los servicios ambulatorios y específicamente para el segundo semestre de 2020 presentando una leve caída en el primer trimestre del 2021 (**Gráfico 16**).

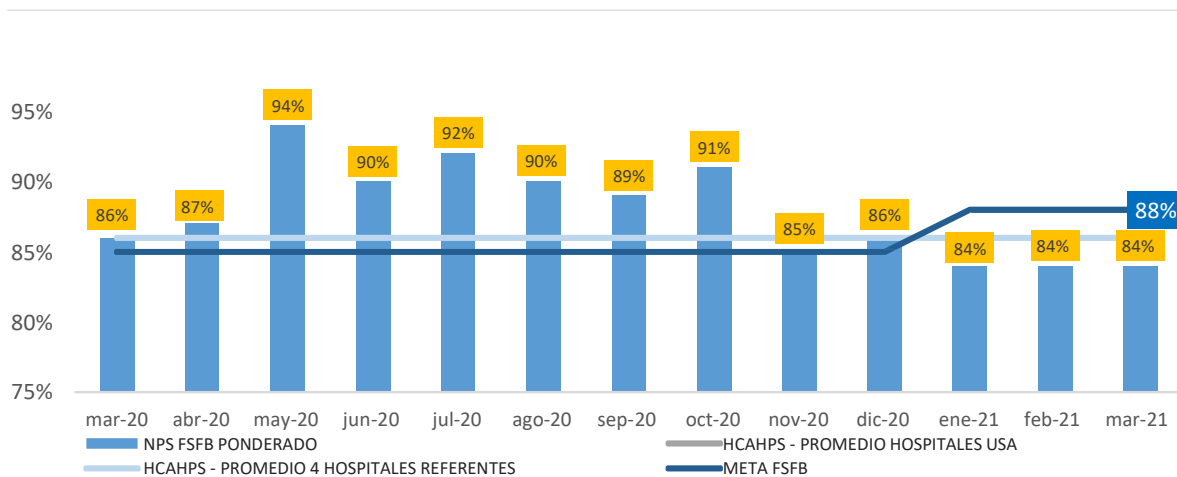


Gráfico 16. Net Promoter Score para todos los ámbitos.

7.17 Calidez de la atención

Uno de los factores que afectaron los resultados de la encuesta fue la evaluación sobre la calidez del personal, en ella observamos variaciones del indicador en el primer trimestre de cada año para el personal asistencial y también para el personal administrativo, este último presenta mayor caída del indicador desde septiembre de 2020 (**Gráfico 17**).

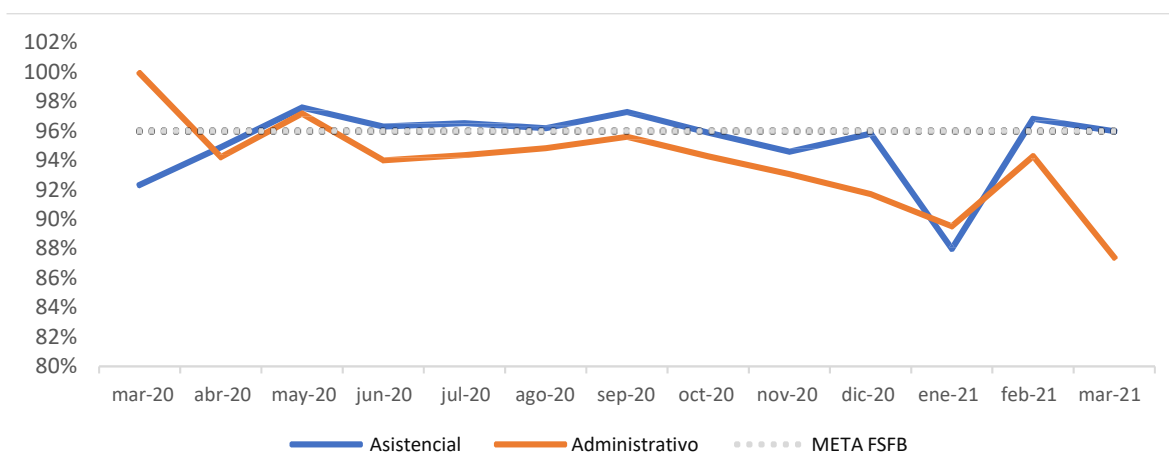


Gráfico 17. Indicador de calidez del personal.

7.18 Derechos y deberes del paciente

En el hospital estudiado se promueve el conocimiento de los derechos y deberes del paciente por parte de este y de su familia, es por esto que representa una medición de calidad de la atención; al evaluar el conocimiento de estos hubo una reducción de dos puntos porcentuales en el porcentaje de pacientes que se informaron sobre sus Derechos y Deberes (D y D) entre marzo 2020 y marzo de 2021. Es de señalar que mayo de 2020 fue el mes con mayor percepción de los derechos y deberes, llegando a un 98%, mientras que enero de 2021 el mes donde se obtuvo menor proporción de pacientes que conocían sus derechos y deberes. Este indicador estuvo por encima de su meta del 85%. En el caso de los pacientes que consideran que no se les respetó sus derechos y deberes, fue sustentado principalmente por la atención recibida por parte del personal, señalando que el servicio era lento y con poca calidad de atención. En segunda instancia se refirieron

a las instalaciones físicas, secundario a problemas con el baño.

A nivel general, el *respeto a la intimidad* es uno de los indicadores que se destacó en la evaluación y que siempre estuvo por encima de la meta anual. Mientras que el indicador *aclaración de dudas* presentó un promedio mensual por debajo del 96% en casi todos los meses, con excepción de mayo de 2020 y febrero de 2021 (**Gráfico 18**).

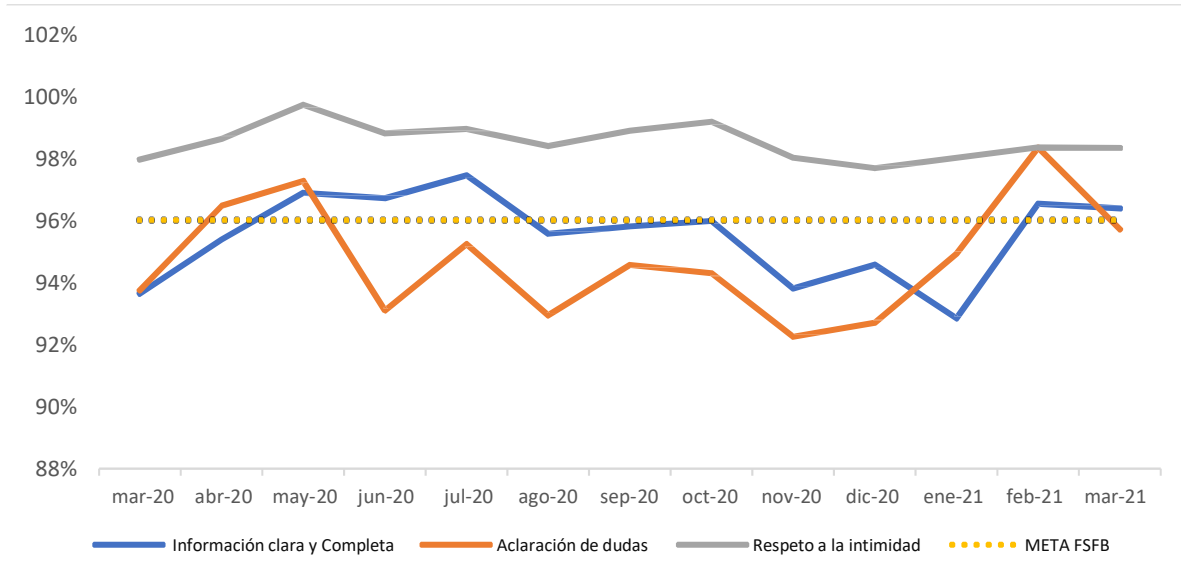


Gráfico 18. Indicador de satisfacción relacionado con humanismo.

7.19 Net Promoter Score urgencias global

Como resultado se obtiene un NPS global en el ámbito de urgencias que tuvo un comienzo con niveles bajos, mejora su puntaje entre abril y mayo de 2020, y se mantiene cercano a la meta del servicio hasta septiembre para volver a descender hasta el mes de noviembre del mismo año (**Gráfico 19**).

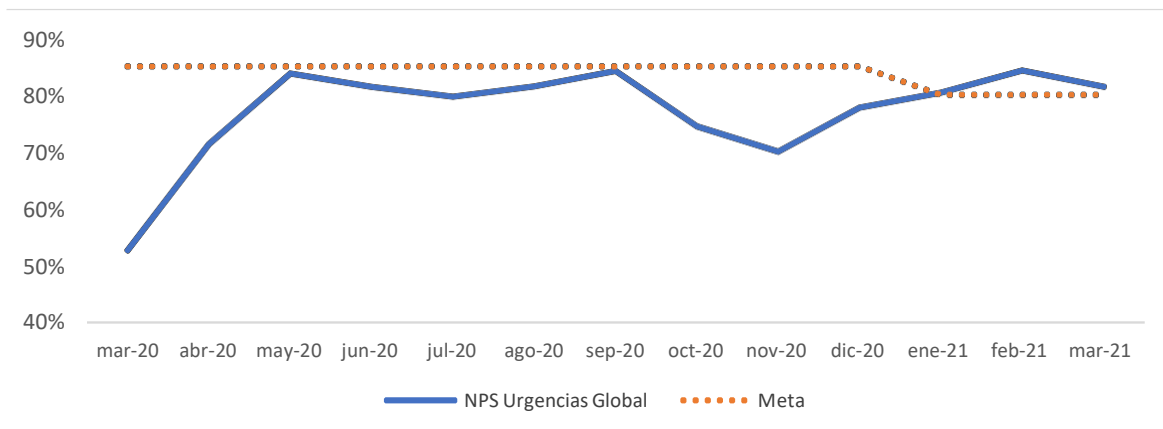


Gráfico 19. Net Promoter Score urgencias global.

Cabe resaltar que la limpieza, la infraestructura y la información sobre la enfermedad fueron áreas con mayor reconocimiento, dado que tuvieron puntajes más altos entre *Excelente* y *Bueno* (el 90% o más indicaron Excelente o Bueno). Dentro de las subáreas de urgencias, se encuentra que los puntajes son similares; varias áreas están por encima de la meta o por tener una caída fuerte como el área de pediatría en los últimos meses evaluados (**Gráfico 20**).

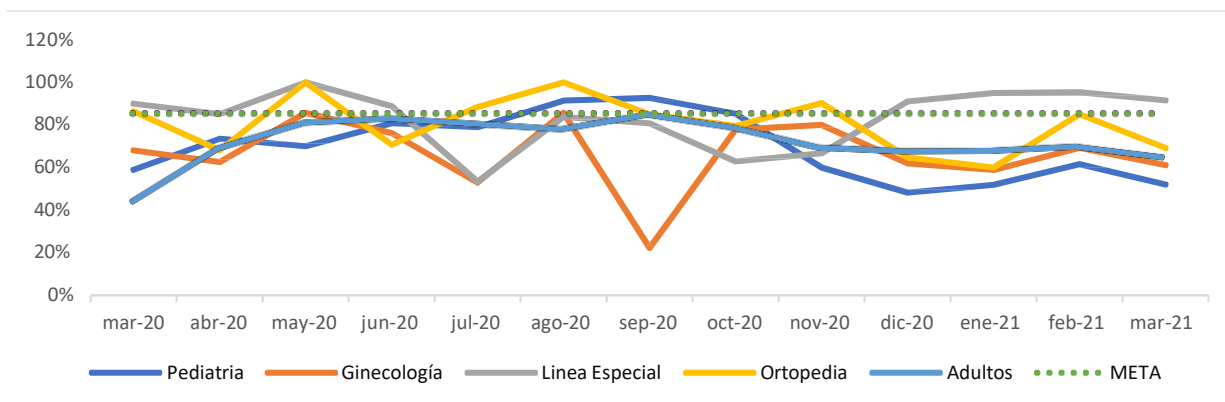


Gráfico 20. Comportamiento del NPS en subáreas de urgencias.

Dentro del ámbito de urgencias para adultos se obtuvieron las valoraciones más bajas y variables en el NPS, solamente alcanzando la meta esperada en septiembre de 2020 y cayendo en los seis meses siguientes sin alcanzar el punto más bajo que tuvo en marzo de 2020. Uno de los aspectos que resaltaron es el desconocimiento de las personas para compartir felicitaciones, sugerencias, reclamos o quejas y uno de los mayores factores que afectaron las calificaciones de satisfacción fueron los

largos tiempos de espera, ya sea para el ingreso o para conocer resultados de exámenes.

7.20 Análisis demanda no atendida

El análisis de la demanda no atendida (aquellos que se retiraron sin recibir la atención) demuestra que el 54.69% de estos se clasificó en el nivel III, el 29.69% en el nivel IV y el 15.63% en el nivel V, por ende, la mayor demanda no atendida se dio en pacientes del nivel III. El 58% de los pacientes tienen un convenio de medicinas prepagadas, pólizas y pago directo (MP+POLIZAS+PD), mientras el menor volumen por convenio se presentó en los pacientes que tienen planes complementarios y regímenes especiales (PAC+ECO+UNIV) (**Gráfico 21**).

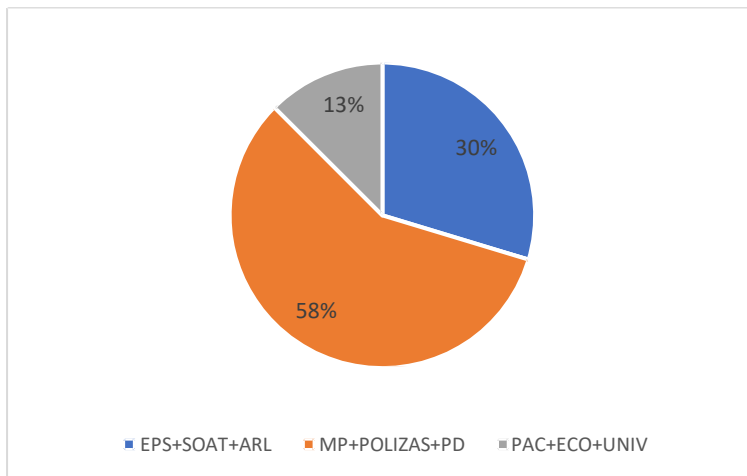


Gráfico 21. Demanda no atendida.

7.21 Demanda no atendida según día de la semana

En la distribución de días de la semana donde los pacientes no recibieron atención médica, el día con mayor demanda no atendida, 28% del total de demanda no atendida, es el lunes, seguido del jueves (20%). El viernes es el día con menor demanda no atendida (6%) (**Gráfico 22**).

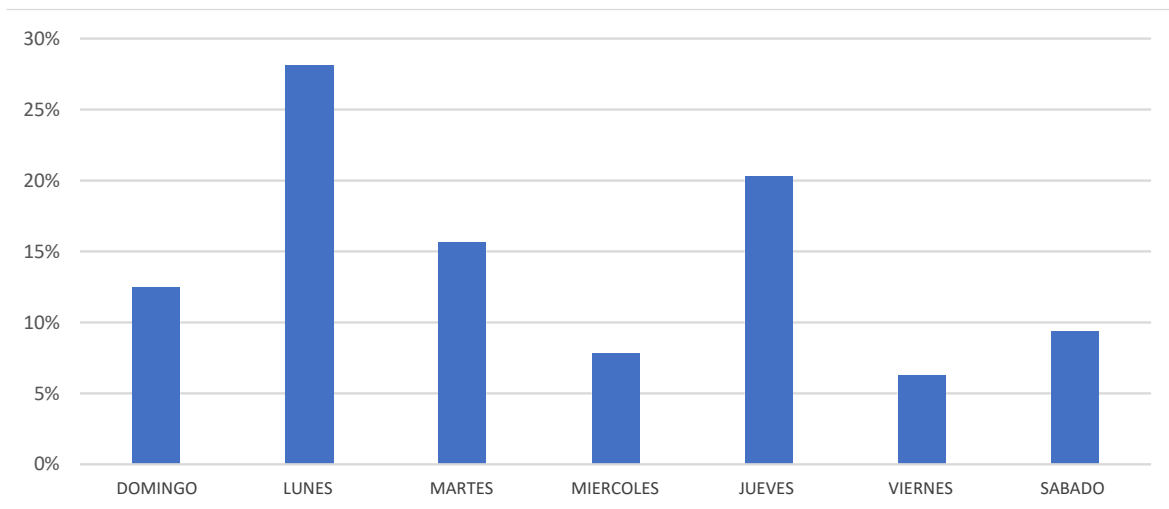


Gráfico 22. Demanda no atendida según día de la semana.

7.22 Demanda no atendida según jornada del día

La jornada del día donde es mayor la demanda no atendida es la tarde (entre las 13 horas y 18 horas) con 44% de los casos. Le sigue la noche (entre las 18 horas y las 24 horas) con 31% de los casos. En la mañana (de 00 horas a 11:59 horas) se presentaron el 25% de los casos de demanda no atendida (**Gráfico 23**).

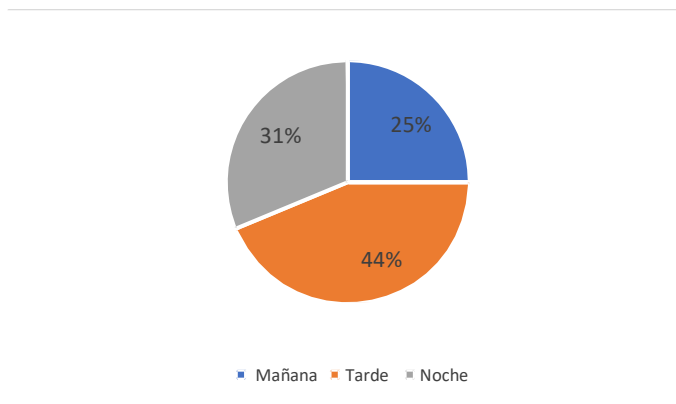


Gráfico 23. Demanda no atendida según hora del día.

7.23 Razones de demanda no atendida

Dentro de las razones de no atención que se expresan en el formato de triage el 50% refiere que no desea esperar porque el tiempo de espera es demorado. La segunda causa (21.88%) se refiere a que el paciente, sin razón aparente, no se presenta al llamado. En tercer lugar (12.5%) refieren congestión del centro de

atención. En 9,38% de los casos se desconoce la razón y el 4.69% refiere que el paciente avisa que se encuentra mejor y no desea esperar (**Gráfico 24**).

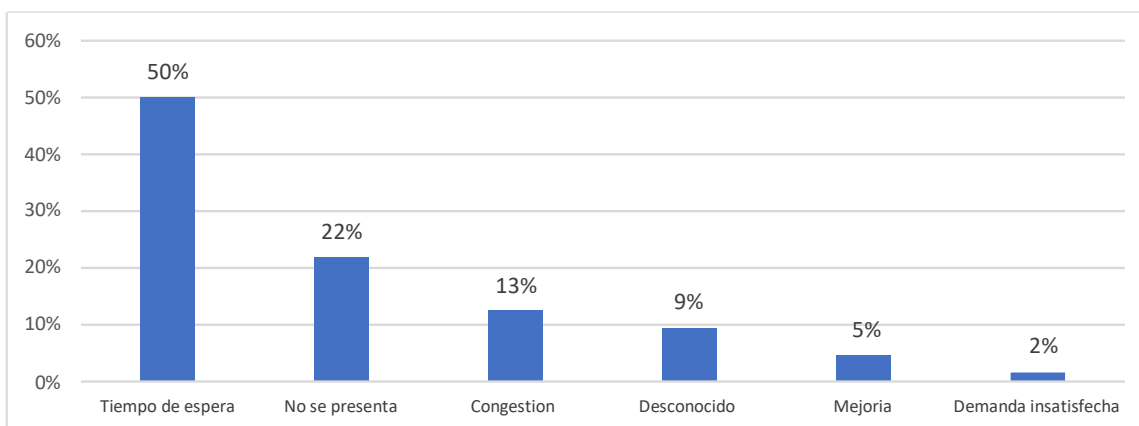


Gráfico 24. Razones de demanda no atendida.

7.24 Tiempo de espera hasta consignar causa de no atención

El tiempo de espera que tuvieron los pacientes hasta que se consignó la causa de no atención tiene una media de 2 horas y 33 minutos, donde el menor tiempo de espera fueron 49 minutos y el mayor de 7 horas 34 minutos. El 60% de los casos se concentra en un tiempo de espera entre 49 minutos y 3 horas mientras que el 33% entre 3 horas y 5 horas y 30 minutos (**Gráfico 25**).

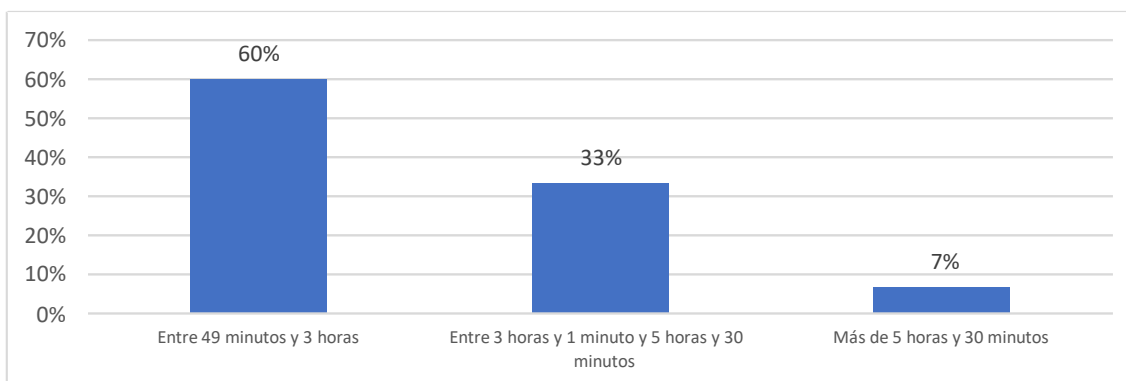


Gráfico 25. Tiempo hasta consignar causa de no atención.

8 DISCUSIÓN

El presente estudio realizó un análisis del comportamiento de la consulta de urgencias en un hospital de IV nivel durante el periodo de tiempo comprendido entre marzo de 2020 y marzo de 2021 en el contexto de la pandemia de COVID-19. Un elemento cardinal de la consulta de urgencias es el sistema de clasificación conocido como *triage*, el cual permite gestionar el riesgo y manejar de forma rápida el flujo de pacientes (54). Los resultados del presente estudio señalan una preponderancia del triage III y IV dentro del periodo analizado, lo cual concuerda con lo reportado por Mahmassani *et al.*, (55), pero contrasta con lo publicado por Göksoy *et al.*, quienes en Turquía reportaron que entre los meses de marzo y mayo de 2020 predominaron casos de triage V (56). De igual manera, los resultados del presente estudio contrastan con lo reportado en Colombia en tiempos previos al COVID-19, pues según el estudio de Rodríguez-Páez *et al.*, de 2018, al analizar el comportamiento de la consulta de urgencias, el mayor porcentaje de pacientes correspondió al triage II con el 64,3% (57).

Tras los primeros casos de COVID-19, gobiernos de diversos países del mundo implementaron el confinamiento obligatorio, lo cual impactó en el volumen de casos, principalmente, en los primeros meses de la pandemia. En Colombia, la cuarentena obligatoria se promulgó a finales de marzo de 2020 y el presente estudio evidencia un descenso de los casos, con el volumen de consulta más bajo entre abril y mayo de 2020. Esto concuerda con lo reportado en otros países como Turquía donde Gökson *et al.*, evidenciaron disminución de casos atendidos en urgencias en abril y mayo de 2020. En Estados Unidos, según el informe de junio de 2020 de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), durante el periodo inicial de la pandemia el total de consultas de emergencias disminuyó un 42% en comparación al 2019 (58). Esto concuerdan con lo publicado por Boserup *et al.*, quienes reportaron que para los primeros meses de la pandemia en Estados Unidos se presentó una disminución del 66% de consultas, principalmente, en ciudades como Baton Rouge o Nueva York (59).

De acuerdo al análisis, la cantidad de casos aumentó según la progresión en el tiempo presentándose el mayor número de consultas en diciembre de 2020. Los resultados coinciden con los reportes del Instituto Nacional de Salud (INS), ya que, para diciembre de 2020 se presentó un aumento en el número de contagios, lo cual podría relacionarse con una flexibilidad progresiva de las medidas implementadas por el Gobierno Nacional, mayor movilidad de las personas y relajamiento frente a las indicaciones de autocuidado por ser época de vacaciones y festividades. Ahora bien, el descenso de casos en enero de 2021 también coincide con lo reportado por las autoridades sanitarias nacionales, pues según el INS, los casos de COVID-19 disminuyeron de forma importante en los dos primeros meses de 2021 (60). Adicionalmente, en el presente estudio se evidenció que la mayoría de los casos diagnosticados de COVID-19 correspondieron al nivel de triage III y IV. Esto concuerda con datos reportados para Colombia, ya que en el país, el 97% de los casos se han clasificado como de gravedad *leve* y el 0,03 % se han clasificado como de gravedad *moderada* (60).

Entre los diagnósticos no COVID-19, uno de los principales corresponde a *diarrea y gastroenteritis*, lo que coincide con lo reportado en otros estudios que han analizado el comportamiento de la consulta de urgencias en el contexto local como el de Paredes *et al.*, de 2007 (61) y el de Rodríguez-Páez *et al.*, de 2018. En el análisis por especialidad, se evidenció una disminución considerable de casos atendidos en las especialidades de ortopedia y pediatría: vale la pena destacar que ortopedia presenta mayor protagonismo en el triage IV, lo cual contrasta con tiempos previos al COVID-19 en estudios como el de Lee *et al.*, quienes reportaron que el trauma representa uno de los principales diagnósticos en urgencias (62). No obstante, el estudio de Him *et al.*, también evidenció disminución en la cantidad de pacientes atendidos por ortopedia en los primeros meses de la pandemia de COVID-19 (63). Todo ello puede relacionarse, en los primeros meses de la pandemia, con la promulgación de medidas restrictivas de movilidad como el confinamiento obligatorio, lo cual puede influir de forma importante en los accidentes de tráfico y otros tipos de trauma como accidentes laborales; además

del cierre de instituciones educativas y el inicio de modalidad virtual para continuar con la educación.

En cuanto a los tiempos de espera se presentó un aumento en los tiempos según la progresión en el tiempo, lo cual puede relacionarse con el aumento progresivo en el volumen de pacientes. En el periodo analizado el tiempo de espera no superó los 60 minutos, lo cual se ajusta a la literatura internacional, en especial, al tratarse de un triage III. En este estudio se observaron tiempos de espera similares para casos COVID y no COVID. Adicionalmente, en cuanto al tiempo de atención, en concordancia con un menor volumen de pacientes hacia abril y mayo de 2020, el promedio en el tiempo de atención también presentó un importante descenso para ese momento, lo cual podría guardar relación con la menor cantidad de pacientes. En cuanto a los tiempos de consulta en el presente estudio, el nivel de triage III presentó mayores tiempos de consulta seguido por el triage IV. Por otro lado, el menor tiempo de consulta lo presentó el triage V, teniendo en cuenta que estos casos corresponden a problemas agudos o crónicos que no comprometen el estado general del paciente, ni representan riesgo para la vida y se puede definir una conducta de manejo y disposición en menor tiempo (64).

En general, la medición de los tiempos de espera y de atención representan un elemento esencial para implementar acciones que pueden no solo mejorar la percepción y experiencia del paciente (65) en el servicio de urgencias, sino también para optimizar la calidad de la atención clínica (66). En el presente estudio, para la mayoría de los niveles de triage los tiempos de atención en consulta mantienen una tendencia en el tiempo durante el periodo analizado. Esto podría sugerir que, independientemente de la pandemia de COVID-19, la atención de ciertas patologías e incluso diversos procesos o procedimientos que se realizan en el servicio de urgencias demandan determinada cantidad de tiempo, lo que sería interesante contrastar con estudios que permitan comparar con periodos diferentes a la pandemia de COVID-19.

La calidad de la atención es trascendente en la experiencia de la atención del paciente. Cabe resaltar que en el proceso de atención en salud no solo está

involucrado el personal asistencial, sino también el personal administrativo y el rol de todos los actores es relevante en este proceso, lo cual se ha documentado en investigaciones como la de Quintuña en 2021 (67). En el proceso de atención la empatía juega un papel relevante, lo cual puede representar una mejor experiencia para el paciente al sentir que lo escuchan y lo consideran como una persona y no como un caso o una estadística. Es importante, desde la perspectiva institucional, apoyar emocionalmente al personal del hospital para incrementar la empatía con los pacientes (68), lo cual se puede traducir en una mejor atención con mayor calidad y calidez.

Un elemento relevante en relación con la calidad de la atención por parte del personal asistencial, especialmente, en momentos de alto flujo de pacientes es evitar la despersonalización (69), factor que representa una de las dimensiones del síndrome de Burnout. La despersonalización puede afectar la atención que reciba un paciente y, por supuesto, puede influir en la experiencia del paciente durante su estancia hospitalaria. Una manera de contrarrestar la despersonalización es la búsqueda activa de soluciones, por ejemplo programas educativos para el personal asistencial (70).

La satisfacción representa una medida esencial en relación con la calidad de los servicios de salud y da cuenta de la relación entre expectativas, necesidades y experiencias de los pacientes (71). En este estudio, en comparación a hospitalización o el área ambulatoria, el área de urgencias reportó menores porcentajes de satisfacción, aunque en todos los meses analizados reportó por encima del 85%, esto para todas las áreas estudiadas. Estos resultados están en sintonía con el último Estudio Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS realizado por el Ministerio de Salud de Colombia y publicado a finales de 2021, el cual evidenció que la atención en urgencias para 2020 y 2021 reportó porcentajes de satisfacción en torno al 80% para régimen contributivo y en torno al 90% para régimen subsidiado (72); sin embargo, al solicitar a los usuarios clasificar el servicio como bueno o muy bueno, el área de urgencias se reporta entre los servicios con menor porcentaje de satisfacción (72).

Este estudio cuenta con limitaciones y fortalezas. En primer lugar, se resaltan las limitaciones propias de este tipo de diseños, especialmente en cuanto a la dependencia del tipo y calidad de información disponible en los registros clínicos. En segundo lugar, hay que destacar que este estudio se realizó con información de un solo centro hospitalario y es un elemento para considerar al momento de inferir los resultados. Dentro de las fortalezas se destaca el objeto de estudio, pues son pocos los estudios publicados que han analizado el comportamiento de la consulta de urgencias en hospitales de Bogotá durante la pandemia.

Podemos inferir de este estudio da, en primer lugar, la relevancia del sistema triage para gestionar las consultas del servicio de urgencias y su aporte en la toma de decisiones, en este caso, en un hospital de IV nivel de Bogotá en el contexto de la pandemia COVID-19, que se reflejan en los diferentes procesos de la atención de urgencias y que influyen en las decisiones administrativas para la gestión y manejo de situaciones especiales durante desastres.

En segundo lugar, evidencia que las medidas sanitarias implementadas por las autoridades, llevaron a una disminución en el volumen de consulta, el cual fue variando progresivamente en consonancia con la dinámica de las medidas, lo cual es relevante para los clínicos y los tomadores de decisiones en relación con la preparación ante futuras pandemias y otros tipos de desastres.

Como líneas de investigación para futuros estudios se plantean investigaciones que permitan el análisis contando con información de tipo sociodemográfico, así como comparar la casuística de otros años previos al periodo correspondiente a la pandemia de COVID-19.

9 CONCLUSIONES

1. De los casos atendidos en el periodo analizado el mayor porcentaje corresponde a clasificación triage III y IV con el 42,6 % y el 38,6 %, respectivamente.
2. El diagnóstico reportado con mayor frecuencia durante el periodo evaluado fue *virus sin identificar*, representando el 19,47% de los casos, mientras que el segundo diagnóstico en frecuencia correspondió a COVID-19, representando el 3% de los casos.
3. La mayoría de los casos de COVID-19 reportados, tuvieron una clasificación inicial de triage III y IV.
4. El volumen de casos para todos los niveles de triage disminuyeron tras el inicio de la medida de confinamiento obligatorio a finales de marzo de 2020 y aumentaron progresivamente en consonancia con la flexibilización de las medidas de restricción de la movilidad.
5. Los tiempos de atención no variaron en relación con los casos COVID o no COVID.
6. El 44% de los casos atendidos ingresaron a observación, principalmente, los casos correspondientes a triage III y IV, con el 16,3 % y 19,9 % de los casos, respectivamente.
7. El rango de variación de las horas promedio en urgencias es de 1.5 a 9.8 horas para los diferentes niveles de triage. Se destaca el nivel de triage II por presentar mayor cantidad de horas en urgencias en los meses de noviembre de 2020 y enero de 2021, correspondiente a una probable mayor complejidad de estos pacientes.
8. Este estudio evidencia el impacto de las medidas implementadas por las autoridades sanitarias en Colombia en cuanto al volumen de consulta de un hospital de IV nivel, con niveles más bajos en abril y mayo de 2020, así como en enero de 2021.
9. Se presentaron puntajes bajos en la calidez de la atención tanto para 2020 como para 2021 de acuerdo a los objetivos planteados por la institución, principalmente relacionado con el indicador *aclaración de dudas* con un promedio

mensual por debajo del 96% tanto en 2020 como en 2021.

10. El área que reportó menor satisfacción fue urgencias en comparación con hospitalización y servicios ambulatorios, aunque siempre reportó por encima del 85%, meta de la institución.

10 REFERENCIAS

1. United Nations. Everyone Included: Social Impact of COVID-19 [Internet]. Department of Economic and Social Affairs Social Inclusion. 2020 [citado 24 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/dspd/everyone-included-covid-19.html>
2. Organización Mundial de la Salud. La COVID-19 afecta significativamente a los servicios de salud relacionados con las enfermedades no transmisibles [Internet]. 2020 [citado 24 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases>
3. Iyengar K MA Jain V, Venkatesan A, Vaishyae R. Learning opportunities from COVID-19 and future effects on health care system. *Diabetes Metab Syndr.* 2020;14(5):943-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7305503/>
4. Graselli C PA Cecconi M. Critical care utilization for the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy. *JAMA.* 2020;323(16):1545-6. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4031>
5. Raurell-Torredá M, Martínez-Estalella G, Fade-Mera MJ, Carrasco Rodríguez-Rey LF, Romero de San Pío E. Reflexiones derivadas de la pandemia COVID-19. *Enferm Intensiva.* 2020;31(2):90-3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7128886/>
6. García LF. Immune Response, Inflammation, and the Clinical Spectrum of COVID-19. *Front Immunol* [Internet]. 2020; Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2020.01441/full>
7. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation Report-51. 2020; Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10
8. Dorigatti I OL Cori A, Imai N, Baguein M, Bhatia S, et al. Report 4: Severity of 2019-novel coronavirus (nCoV). Imperial College London. 2020 [citado 20 de octubre de 2020]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/341554038_Report_4_Severity_of_2019novel_coronavirus_nCoV_WHO_Collaborating_Centre_for_Infectious_Disease_Modelling_MRC_Centre_for_Global_Infectious_Disease_Analysis_Abdul_Latif_Jameel_Institute_for_Disease_an
9. Statista. Número de personas fallecidas a consecuencia del coronavirus a nivel mundial a fecha de 21 de octubre de 2020, por continente [Internet]. Statista. 2020 [citado 20 de octubre de 2020]. Disponible en:

<https://es.statista.com/estadisticas/1107719/covid19-numero-de-muertes-a-nivel-mundial-por-region/>

10. Americas Society Council of the Americas. Chart: COVID-19 Mortality Rates in Latin America and the Caribbean [Internet]. Chart: COVID-19 Mortality Rates in Latin America and the Caribbean. 2020 [citado 21 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.as-coa.org/articles/chart-covid-19-mortality-rates-latin-america-and-caribbean>
11. Statista. Número de casos confirmados de coronavirus en el mundo a fecha de 19 de octubre de 2020, por país [Internet]. 2020 [citado 20 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/1091192/paises-afectados-por-el-coronavirus-de-wuhan-segun-los-casos-confirmados/>
12. Armocida B, Formenti B, Palestra F, Missoni E. The Italian health system and the COVID-19 challenge. *Lancet Public Health*. 2020;S2468-2667(5):30074-8. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30074-8](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30074-8)
13. Smith C. The structural vulnerability of healthcare workers during COVID-19: Observations on the social context of risk and the equitable distribution of resources. *Soc Sci Med*. 2020;258(113119). <https://doi.org/10.1016%2Fj.socscimed.2020.113119>
14. Möckel M, Bachman U, Behringer W, Pfäfflin F, Songa M. How emergency departments prepare for virus disease outbreaks like COVID-19. *Eur J Emerg Med*. 2020;27(3):161-2. <https://doi.org/10.1097/mej.0000000000000703>
15. Asplin B, Magid DJ, Rhodes K V, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med*. 2003;42(2):173-80. <https://doi.org/10.1067/mem.2003.302>
16. Rodríguez-Morales AJ, Suárez JA, Risquez A, Cimerman S, Valero-Cedeno N, Cabrera M. In the eye of the storm: infectious disease challenges for border countries receiving Venezuelan migrants. *Travel Med Infect Dis*. 2019;30:4-6. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2019.05.014>
17. Correa-Cuadros JP, Muñoz-Rodríguez MA. SARS-CoV-2/COVID-19 en Colombia: tendencias, predicciones y tensiones sobre el sistema sanitario. *Rev Salud Pública*. 2020;22(2). <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n2.86614>
18. Blasco AJ, Llibre JM, Arribas JR, Boix V, Clotet B, Lázaro P, et al. Análisis de costes y de coste/eficacia de las pautas preferentes de GESIDA para el tratamiento antirretroviral inicial el 2011. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;30(3):168-9.
19. Córdoba MF, Ramírez MC. Deudas de EPS, el principal problema de clínicas y hospitales en Medellín [Internet]. 2020 [citado 28 de octubre de 2020]. Disponible en:

https://caracol.com.co/emisora/2020/10/01/medellin/1601583327_308644.htm
l

20. Saludata. Observatorio de Salud de Bogotá [Internet]. Datos de Salud. Enfermedades Transmisibles. 2020 [citado 20 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-trasmisibles/covid19/>
21. Saludata. Ocupación de Unidades de Cuidado Intensivo Adulto para atención general y COVID-19 en Bogotá D.C. [Internet]. 2020 [citado 25 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-trasmisibles/ocupacion-ucis/>
22. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;382(18):1708-2. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032
23. Sheng-Qun D, Hong-Juan P. Characteristics of and Public Health Responses to the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in China. *J Clin Med*. 2020;9(2):575. <https://doi.org/10.3390/jcm9020575>
24. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *N Engl J Med*. 2020;382:1199-207. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2001316>
25. Binns C, Yun W, Mi L. The COVID-19 Pandemic: Public Health and Epidemiology. *Asia Pac J Public Health*. 2020;32(4):140-4. <https://doi.org/10.1177%2F1010539520929223>
26. Molina MA, Ruiz JA, Bueno M, Lasvisier B, López R, Martín J, et al. Impacto De La Pandemia Covid-19 En Urgencias: Primeros Hallazgos En Un Hospital De Madrid. *Pediatría*. 2020;93(5):313-22. <https://www.analesdepediatria.org/es-impacto-pandemia-covid-19-urgencias-primeros-articulo-S1695403320302435>
27. Ludwig S, Zarbock A. Coronaviruses and SARS-CoV-2: A Brief Overview. *Anesth Analg*. 2020;131(1):93-6. <https://doi.org/10.1213/ane.0000000000004845>
28. Nakagawa S MT. Genome evolution of SARS-CoV-2 and its virological characteristics. *Inflamm Regen*. 2020;40(17):2-7. <https://doi.org/10.1186/s41232-020-00126-7>
29. Lim YX, Ng YL, Tam JP, Liu DX. Human Coronaviruses: A Review of Virus-Host Interactions. *Diseases*. 2016;4(3):26. <https://doi.org/10.3390/diseases4030026>
30. Ruiz-Bravo A, Jiménez-Valera M. SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome

respiratorio agudo (COVID-19). *Ars Pharm.* 2020;61(2):63-79.

31. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 2020 [citado 21 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>
32. Fauci AS, Lane CH, Redfield RR. Covid-19—navigating the uncharted. *N Engl J Med.* 2020;382:1268-9. <https://doi.org/10.1056/nejme2002387>
33. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 2020;395(10223):497-506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
34. Siordia J. Epidemiology and clinical features of COVID-19: A review of current literature. *Journal of Clinical Virology. J Clin Virol.* 2020;127. <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2020.104357>
35. Sepúlveda V, Waissbluth S, González C. Anosmia y enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19): ¿Qué debemos saber? *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello.* 2020;80(2).
36. Baj J, Karakuła-Juchnowicz H, Teresiński G, Buszewicz G, Ciesielka M, Sitarz E, et al. COVID-19: Specific and Non-Specific Clinical Manifestations and Symptoms: The Current State of Knowledge. *J Clin Med.* 2020;9(6):1753. <https://doi.org/10.3390/jcm9061753>
37. Chen T, Wu D, Chen H, Yan W, Yang D, Chen G, et al. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study. *BMJ.* 2020;368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1091>
38. Liu KC, Xu P, Lv WF, Qiu XH, Yao JL, Gu JF, et al. CT manifestations of coronavirus disease-2019: A retrospective analysis of 73 cases by disease severity. *Eur J Radiol.* 2020;126(108941). <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2020.108941>
39. Wu T, Zuo Z, Kang S, Jiang L, Luo X, Xia Z, et al. Multi-organ Dysfunction in Patients with COVID-19: A Systematic Review and Meta-analysis. *Aging Dis.* 2020;11(4):874-94. <https://doi.org/10.14336%2FAD.2020.0520>
40. Wu Z MJM. Characteristics of and important lessons from the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in china: summary of a report of 72,314 cases from the chinese center for disease control and prevention. *JAMA.* 2020;323:1239-42. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>
41. Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19). *StatsPearls Internet* [Internet]. 2020; Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>

42. Fangfang F, Jianghua L, Deyan X, Yan B, Gongbao M, Bin Z, et al. Chest computed tomography findings of coronavirus disease 2019 (COVID-19) pneumonia. *Eur Radiol.* 2020;30(10):5489-98. <https://doi.org/10.1007/s00330-020-06920-8>
43. Zhan J, Li H, Yu H, Liu X, Zeng X, Peng D, et al. 2019 novel coronavirus (COVID-19) pneumonia: CT manifestations and pattern of evolution in 110 patients in Jiangxi, China. *Eur Radiol.* 2020;31(2):1059-68. <https://doi.org/10.1007/s00330-020-07201-0>
44. Jin C, Tian C, Wang Y, Wu CC, Zhao H, Liang T, et al. A Pattern Categorization of CT Findings to Predict Outcome of COVID-19 Pneumonia. *Front Public Health.* 2020;8(567672). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.567672>
45. Organización Mundial de la Salud. Preparación y respuesta ante una pandemia de influenza. Documento de orientación de la OMS. 2009 [citado 19 de octubre de 2020]; Disponible en: https://www.who.int/csr/swine_flu/Preparacion_Pand_ESP.pdf
46. Organización Mundial de la Salud. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS [Internet]. 2020 [citado 19 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
47. Organización Mundial de la Salud. Las fases del aislamiento en Colombia [Internet]. 2020 [citado 19 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Las-fases-del-aislamiento-en-Colombia.aspx>
48. Organización Panamericana de la Salud. Establecimiento de prioridades de atención para reducir la mortalidad. 2020 [citado 19 de octubre de 2020]; Disponible en: https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=tools&alias=856-leadership-modulo5&Itemid=1179&lang=en
49. Sociedad Española de Medicina Intensiva C y UC. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos. 2020 [citado 20 de octubre de 2020]; Disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf
50. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones para la restauración de los servicios de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por COVID-19 en Colombia. 2020 [citado 20 de octubre de 2020]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20proce>

dimientos/PSSS05.pdf

51. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para el manejo clínico de pacientes con infección por nuevo coronavirus COVID-19. 2020 [citado 20 de octubre de 2020]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSSS03.pdf>
52. Universidad de Navarra. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013 [citado 26 de octubre de 2020]; Disponible en: <http://www.redsamid.net/archivos/201606/2013-declaracion-helsinki-brasil.pdf?1>
53. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Número 8430 de 1993. 1993 [citado 26 de octubre de 2020]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
54. Soler W, Gómez M, Bragulat E, Álvarez A. El triage: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2010;22((Supl 1)):55-8.
55. Mahmassani E, Tamim H, Makki M, Hitti E. The impact of COVID-19 lockdown measures on ED visits in Lebanon. *American Journal of Emergency Medicine*. 2021;46:634-9. <https://doi.org/10.1016%2Fj.ajem.2020.11.067>
56. Göksoy B, Tahir M, Inanc Ö. The impacts of the COVID-19 outbreak on emergency department visits of surgical patients. 2020;26(5):685-92. <https://doi.org/10.14744/etd.2020.67927>
57. Rodríguez-Páez F, Jiménez-Barbosa W, Palencia-Sánchez F. Uso de los servicios de urgencias en Bogotá, Colombia: Un análisis desde el triage. *Univ Salud*. 2018;20(3):215-26. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072018000300215
58. Harnett K, Kite-Powell A, DeVies J, Coletta MA, Boehmer T, Adjemian J, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Emergency Department Visits — United States, January 1, 2019–May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(23):699-704. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6923e1>
59. Boserup B, McKenney M, Elkbuli A. The impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits and patient safety in the United States. *Am J Emerg Med*. 2020;38(9):1732-6. <https://doi.org/10.1016%2Fj.ajem.2020.06.007>
60. Instituto Nacional de Salud. COVID-19 en Colombia [Internet]. COVID-19 en

Colombia. 2021 [citado 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-casos.aspx>

61. Paredes Zapata GD, Paz Velilla AI, González Echeverri G, Valencia Sierra ML, Agudelo Vanegas NA, García CM. Análisis del comportamiento de las consultas de urgencias RIPS 2004. *Investig en Segur Soc y Salud*. 2007;1(9):140-55.
62. Lee A, Lau FL, Hazelett CB, Kam CW, Wong P, Wong TW, et al. Morbidity patterns of non-urgent patients attending accident and emergency departments in Hong-Kong: cross sectional study. *Hong Kong Med J*. 2001;7(2):131-8.
63. Him J, Chee K. Impact of COVID-19 on Orthopaedic and Trauma Service An Epidemiological Study. *J Bone Joint Surg Am*. 2020;102(14):1-9. <https://doi.org/10.2106/jbjs.20.00775>
64. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5596 de 2015 [Internet]. 2015 [citado 6 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20596%20de%202015.pdf
65. Taype-Huamani W, Chucas-Ascencio L, De la Cruz L, Amado-Tineo J. Tiempo de espera para atención médica urgente en un hospital terciario después de implementar un programa de mejora de procesos. *An Fac Med*. 2019;80(4):438-42. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v80i4.16705>
66. Tobar E, Retamal A, Garrido N. Elementos de gestión para un Servicio de Urgencia de un hospital universitario. *Rev Hosp Clín Univ Chile*. 2014;25:189-200.
67. Quintuña MA. Factores asociados a la calidad de atención al paciente durante la pandemia por Sars-Cov-2/Covid -19. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. 2021;5(1):118-25.
68. Freire L. Empatía en la atención al paciente por parte del personal de salud durante la emergencia sanitaria por covid 19 en el centro de salud Quero tipo C [Internet]. [Ambato (Ecuador)]: Universidad Técnica de Ambato; 2021 [citado 25 de junio de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/32547>
69. Obregón-Gutiérrez N, Puig-Calsina S, Bonfill-Abella A, Forrellat-González L, Subirana-Casacuberta M. Cuidados perdidos» y calidad de los cuidados durante la pandemia por COVID-19: factores y estrategias influyentes. *Enfermería Clínica*. 2022;32:4-11. <https://doi.org/10.1016%2Fj.enfcli.2021.06.003>
70. Srulovici E, Drach-Zahavy A. Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing*

Studies. 2017;75:163-71. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.003>

71. Mohd A, Chakravarty A. Patient satisfaction with services of the outpatient department. *Med J Armed Forces india.* 2014;70:237-42. <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2013.06.010>
72. Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS - Regimen Contributivo y Subsidiado 2021 Colombia [Internet]. Minsalud; 2021 [citado 28 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/estudio-nacional-servicios-eps-regimen-contributivo-subsidiado2021.pdf>

11 ANEXOS

Tabla 5. Estadísticos descriptivos del nivel de triage.

Triage	n	%	Media	Sd	Q1	Q2	Q3	Min	Max
1	130	0,2%	0,649	0,493	0,28 2	0,52 7	0,813	0,05 6	2,271
2	4499	8,3%	0,764	0,675	0,30 3	0,56 7	0,995	0,01 3	6,885
3	2320 3	42,6 %	0,728	0,665	0,29 1	0,53 1	0,937	0,00 5	9,383
4	2098 1	38,6 %	0,674	0,628	0,26 5	0,48 6	0,883	0,00 8	20,04 7
5	5602	10,3 %	0,662	0,623	0,26 2	0,47 5	0,859	0,00 7	8,270

Elaboración propia

Tabla 6. Primeros 20 Diagnósticos con casos más frecuentes.

Código	DIAGNÓSTICO	N	_prop
U072	U072 - COVID-19 (VIRUS NO IDENTIFICADO)	10622	19,470
U071	U071 - COVID-19 (VIRUS IDENTIFICADO)	1647	3,019
A09	A09 - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	1606	2,944
R104	R104 - OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	1432	2,625
N390	N390 - INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	1195	2,190
R074	R074 - DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	1124	2,060
R51	R51 - CEFALEA	1105	2,025
R101	R101 - DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	1090	1,998
R103	R103 - DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN	930	1,705
M545	M545 - LUMBAGO NO ESPECIFICADO	796	1,459
B342	B342 - INFECCIÓN DEBIDA A CORONAVIRUS, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	598	1,096
R509	R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA	587	1,076
J00	J00 - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]	554	1,015
N23	N23 - CÓLICO RENAL, NO ESPECIFICADO	486	0,891
O200	O200 - AMENAZA DE ABORTO	486	0,891
R102	R102 - DOLOR PÉLVICO Y PERINEAL	399	0,731
R11	R11 - NAUSEA Y VOMITO	399	0,731
I10	I10 - HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	365	0,669
R060	R060 - DISNEA	359	0,658
S934	S934 - ESGUINCES Y DESGARROS DEL TOBILLO	355	0,651

Elaboración propia

Tabla 7. Número de casos por convenio

CONVENIO	N	N prop
COMPENSAR E.P.S.	6997	12,825
COMPENSAR PAC	6036	11,064
COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA	5528	10,133
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	4797	8,793
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA SA	3164	5,800
FAMISANAR EPS	2863	5,248
SALUD COLPATRIA S.A.	2546	4,667
ECOPETROL	2371	4,346
COLSANITAS S.A	2335	4,280
ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A	2121	3,888
NUEVA EPS S.A.	1796	3,292
ALIANZ SALUD E.P.S	1554	2,848
PAGO DIRECTO	1519	2,784
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA	1351	2,476
SEGUROS BOLÍVAR	1210	2,218
EPS SURA	1200	2,200
SALUD TOTAL - E.P.S	1028	1,884
MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA S.A.	979	1,794
CAPITAL SALUD EPS- S SAS	497	0,911
COOMEVA EPS S.A	467	0,856
PREVENCIÓN DE DÉFICIT VITAMINA D NEONATOS	392	0,719
MEDIMÁS EPS SAS	369	0,676
AGENTES PORTUARIOS SAS	289	0,530
LIBERTY SEGUROS S.A.	285	0,522
COOSALUD ARS	212	0,389
SURA ARL	205	0,376

Elaboración propia