



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Triage en los servicios de emergencia (Actualización 2024)

Elaborado por

Especialistas en Medicina de Emergencia

Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia

No. **65**



**Guía de Práctica Clínica
Basada en Evidencia
(GPC-BE) No. 65**

**Triage en los servicios de emergencia
(Actualización 2024)**

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica clínica
basadas en evidencia

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia
(GPC-BE)
**GPC-BE No. 65 Triage en los servicios de emergencia
(actualización 2024)**
Edición 2023; págs. 70
IGSS, Guatemala.

Elaboración aprobada por:

Subgerencia de Prestaciones en Salud-IGSS
Oficio No. 2153 del 21 de febrero de 2024

Revisión, diseño y diagramación:

Comisión de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia;
Subgerencia de Prestaciones en Salud.

IGSS- Guatemala 2024

ISBN: 978-9929-795-71-6

Derechos reservados- IGSS-2024

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.



MSc. Licenciado Edson Javier Rivera Méndez
Gerente

Doctor Francisco Javier Godínez Jerez
Subgerente de Prestaciones en Salud

Grupo de desarrollo

Dr. Marlon Humberto Martínez López

Médico especialista en Medicina de emergencia
Hospital General de Enfermedades

Dra. Cristina María García Montepeque

Residente III año 2023
Maestría en Medicina de emergencia
Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo

Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia

Dr. Edwin Leslie Cambranes Morales

Jefe de Departamento

Departamento de Medicina Preventiva

Dr. Edgar Campos Reyes

Departamento de Medicina Preventiva

Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Erika López Castañeda

Departamento de Medicina Preventiva

Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Ana Cristina Arévalo

Departamento de Medicina Preventiva

Subgerencia de Prestaciones en Salud

Declaración de conflicto de interés

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta guía tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.

Prólogo

¿En qué consiste la medicina basada en evidencia?

Podría resumirse como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible, es decir, **la evidencia**, para aplicarla a la práctica clínica.

El nivel de evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con los resultados obtenidos de una intervención en salud. Se aplica a las pruebas o estudios de investigación. (Ver tabla 1).

Tabla 1. Niveles de evidencia*

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistemática de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja Calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

Nota. Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la Sociedad Andaluz de Traumatología y Ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

* Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford.

****All or none (Todos o ninguno):** Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

Los grados de recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el **nivel de evidencia** y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales. (Ver tabla 2)

Tabla 2. Significado de los grados de recomendación

Grado de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendable favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente.
D	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de desarrollo acuerda.

Nota. Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

Las guías de práctica clínica basadas en evidencia, son los documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios (médicos, paramédicos, pacientes, etc.).

1a

En ellas, el lector encontrará al margen izquierdo de los contenidos, el nivel de evidencia 1a (en números y letras minúsculas, con base en la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) de los resultados de los estudios los cuales sustentan el

A

grado de recomendación de buena práctica clínica, que se anota en el lado derecho del texto A (siempre en letras mayúsculas con base en la misma tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

Las guías desarrollan cada temática seleccionada con el contenido de las mejores evidencias documentadas, obtenidas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, diagnósticos, terapéuticas farmacológicas y otros.

Las guías de práctica clínica no pretenden describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados, sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las guías de práctica clínica basadas en evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por las siglas en inglés de Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la idoneidad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados en lo que hoy es conocido como **“los elementos esenciales de las buenas guías”**, incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

En el IGSS, el programa de elaboración de guías de práctica clínica se crea con el propósito de ser una herramienta de ayuda en el momento de tomar decisiones clínicas. En una guía de práctica clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. **De ahí, la importancia del propio juicio clínico.**

Sin embargo, este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria como a los del nivel especializado un referente en su práctica clínica con el cual poder compararse.

Para el desarrollo de cada tema, se ha contado con el esfuerzo de los profesionales –especialistas y médicos residentes- que a diario realizan una labor tesonera en las diversas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la **Comisión de Guías de Práctica Clínica** que pertenece a los proyectos educativos de la **Subgerencia de Prestaciones en Salud**, con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, pues involucra muchas horas de investigación y trabajo con el fin de plasmar con sencillez y claridad los diversos conceptos, evidencias y reco-

mendaciones que se dejan disponibles en cada uno de los ejemplares editados.

Este esfuerzo demuestra la filosofía de servicio de esta institución, que se fortalece al poner al alcance de los lectores un producto elaborado con esmero y alta calidad científica, aplicable, práctico y de fácil revisión.

El IGSS tiene el privilegio de poner al alcance de sus profesionales, personal paramédico y de todos los servicios de apoyo, esta Guía con el propósito de colaborar en los procesos de atención a nuestros pacientes, en la formación académica de nuevas generaciones y de contribuir a la investigación científica y docente que se desarrolla en el diario vivir de esta Institución.

*Comisión de guías de práctica clínica, IGSS,
Guatemala, 2024*

Abreviaturas

ATS	Australasian Triage Scale
AVDI	Alerta Verbal Dolor Inconsciente
CTAS	Canadian Triage and Acuity Scale
ESI	Emergency Severity Index
GPC	Guías de práctica clínica
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
MBE	Medicina basada en evidencia
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
MTS	Manchester Triage System
SET	Sistema Español de Triage

Índice

1. Introducción	1
2. Objetivos	3
3. Metodología	5
4. Contenido	7
5. Anexo	39
6. Glosario	41
7. Referencias bibliográficas	43

1. Introducción

La palabra triage procede del francés “trier” que significa “elegir o seleccionar” y se ha aceptado a nivel internacional para la acción de clasificación de los enfermos (García-Regalado et al, 2016).

En la actualidad, se utiliza como un proceso para determinar rápidamente las condiciones críticas y de compromiso vital en pacientes. Esta priorización de la atención permite controlar el riesgo ante una eventual espera por ser evaluado; es decir, aumenta la seguridad, accesibilidad y disponibilidad de los profesionales para la atención de emergencias.

Existen diferentes sistemas de triage reconocidos a nivel mundial; cada uno presenta ciertos límites y su implementación local depende de múltiples factores (FitzGerald et al, 2010).

En la presente guía se evalúa la evidencia actual y se comparan los diferentes sistemas de triage para concluir cuál es el más adecuado en utilizar para las unidades de atención del IGSS, con la finalidad de optimizar los recursos dentro de los servicios de emergencia.

Además, se describen los pasos a seguir por el personal encargado de realizar triage en las áreas de atención de emergencias.

2. Objetivos

General

Elaborar una guía práctica basada en la evidencia actualizada para lograr la categorización y priorización de los pacientes que consultan a los servicios de emergencia según la necesidad de atención, requerimientos terapéuticos y riesgo vital (triage) en las unidades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

Específicos

1. Evaluar la evidencia más actual acerca de los procesos de triage y las recomendaciones institucionales más frecuentemente utilizadas.
2. Elaborar una guía que permita la identificación de pacientes en situación de riesgo vital en los servicios de emergencia.
3. Determinar los recursos físicos y humanos disponibles en los distintos niveles de categorización en los servicios de emergencia dentro del IGSS.
4. Desarrollar procesos y puntajes de triage que integren la mejor evidencia disponible con las necesidades y recursos del sistema de salud del IGSS.
5. Estandarizar los procesos y crear un lenguaje común para todos los profesionales que realizan triage en los servicios de emergencias del IGSS.

3. Metodología

Definición de preguntas

General

1. ¿Cuáles son los procesos que permiten optimizar el triage de pacientes en las emergencias según el nivel de atención y recursos disponibles?

Específicas

1. ¿Qué es el triage y cuáles son sus objetivos?
2. ¿Qué sistema de triage existen y cuáles son los más apropiados para el sistema de salud del IGSS?
3. ¿Qué profesional de la salud debe realizar el triage?
4. ¿Cuál debe ser el tiempo máximo de espera del paciente según su clasificación?

Criterios de inclusión de los estudios: Estudios con base científica confiable, en idiomas: español e inglés y con fechas de las publicaciones: 1967 al 2023.

Criterios de exclusión de los estudios: Artículos y publicaciones que impliquen algún costo.

Estrategia de búsqueda: Consultas en materiales electrónicos: Google académico, Guías de Práctica Clínica, Revistas médico-científicas.

Consultas electrónicas a las siguientes referencias: www.pubmed.com, www.emj.bjm.com, www.cochrane.org, www.ncbi.nlm.nih.gov, www.annemergmed.com, www.enau.ena.org, www.researchgate.net, www3.paho.org, ww.biblioteca.digital.gob.cl, www.igssgt.org, www.acep.org.

Otras fuentes bibliográficas: revistas internacionales, libros de texto, guías de práctica clínica, entre otras.

Palabras clave: Emergency Severity Index, índice de severidad de emergencia, triage, clasificación de emergencias.

Población diana: pacientes que asisten a los servicios de emergencia de las Unidades Médicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Usuarios de la guía: médicos generales, residentes, especialistas y jefes de servicios, personal de enfermería, paramédicos, administradores hospitalarios.

Implicaciones para la práctica: mejora y estandarización del proceso de triage de pacientes en los servicios de emergencia.

Fecha de la elaboración, revisión y año de publicación de esta guía

Elaboración durante marzo a septiembre de 2023

Revisión septiembre 2023

Publicación año 2024

4. Contenido

El reconocimiento en las últimas décadas de la importancia de la atención pronta a condiciones tiempo-dependientes ha dado lugar al desarrollo de departamentos hospitalarios dedicados a la atención de emergencias y, más recientemente, a la creación de la especialidad de medicina de emergencia.

Los servicios de emergencia forman parte del conjunto de servicios clínicos hospitalarios, cuyo objetivo es la asistencia médica eficiente, de calidad y segura a pacientes críticamente enfermos o que necesitan atención médica inmediata. Dicha atención se basa en tres principios básicos:

1. Respuesta de alta calidad, consistentemente, las 24 horas al día, los siete días de la semana y durante todo el año.
2. Atención médica no excluyente, brindando atención a todas las personas sin discriminación alguna, preservando la integridad, seguridad y el derecho a la salud de la población.
3. Uso eficiente de recursos físicos y humanos según el nivel de agudeza y complejidad de cada paciente.

El modelo de atención de emergencia hospitalaria sucede en diferentes etapas que inician previo al arribo del paciente al servicio de emergencia del hospital, la atención al momento de su llegada a la emergencia y concluyen con la disposición del



paciente (ingreso, egreso o transferencia)(Mix et al, 2018, p.6).

Cada servicio de emergencia debe estar diseñado para poder brindar atención médica ante una emergencia según sus recursos, independientemente de su capacidad de resolución definitiva.

1. Acceso a los servicios de emergencia

Existen dos formas de acceso de un paciente a un servicio de emergencia: directamente desde la comunidad o referido desde otro sistema de salud.

El triage debe aplicarse independientemente del modo de ingreso del paciente al servicio de emergencia. A menos que el paciente se encuentre incapacitado y/o inestable, el proceso inicia con el registro del paciente, incluyendo el motivo de consulta (Acuerdo No. 6/2013, 2013).

2. Atención en los servicios de emergencia

La primera área de contacto de un paciente que ingresa al servicio de emergencia es la de admisión y triage.

2.1 Admisión

Todo paciente que acude al hospital solicitando servicios de emergencia deberá ser evaluado y atendido, incluyendo:

- Pacientes sin identificación o sin comprobación de derechos al IGSS (Artículo 11, Acuerdo 466, 1967).

- Pacientes que por alteración del estado mental no puedan solicitar cuidados, pero cuyo estado se considera una posible condición de emergencia por el personal de salud del hospital.
- Pacientes fallecidos. (En estos casos se aplicarán los pasos acostumbrados, incluyendo los avisos a las entidades relacionadas, tanto intra como extra institucionales).

2.2 *Ubicación de las áreas de triage*

Como punto de acceso para los pacientes, el área de triage debe ubicarse en la entrada de la emergencia y con visibilidad hacia la sala de espera.

El hospital debe asegurar que la primera acción del paciente a su arribo al servicio de emergencia sea su clasificación en triage, por ende, desde el punto de vista estructural como funcional, el área de triage debe ser la entrada de la emergencia.

(Gómez, 2010, p24).

Según el volumen de pacientes y el modo de arribo de los mismos, algunas emergencias requerirán de más de un área de triage, aunque el proceso en sí sea el mismo en cada una de ellas.

El área de triage debe ser un espacio claramente identificado, con dimensiones adecuadas. El personal médico o de enfermería que realiza el triage debe tener fácil acceso y visión de los pacientes que llegan al servicio. El área de triage debe estar dotada

de personal, material y equipamiento adecuados para realizar en ella las funciones propias del triage (Gómez, 2010, p25).

Las características ideales del triage son las siguientes:

- Estar anexa al control de enfermería para facilitar la comunicación asertiva y directa entre ambas áreas.
- Ser el punto estratégico del servicio de emergencias para facilitar la visibilidad de los pacientes que llegan en ambulancia o que ingresan caminando.
- Facilitar el monitoreo visual de los pacientes de la sala de espera interna y externa previo a su atención en el consultorio de primer contacto.

2.3 Triage

La demanda asistencial de los servicios de emergencia en las últimas décadas ha tenido un incremento exponencial, correspondiendo al aumento de la población. Por ende, requiere una inversión proporcional de recursos por parte de los sistemas de salud para evitar la prolongación del tiempo de espera para la evaluación de pacientes que requieren atención médica inmediata así como el establecimiento de procesos de triage que permitan discernir eficientemente entre pacientes que ameritan atención inmediata y los que pueden esperar sin comprometer su bienestar.

2.3.1 *Sistemas de triage*

Existen diferentes sistemas de categorización reconocidos a nivel mundial. Entre ellos los más utilizados y estudiados son: Manchester Triage System (MTS), Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), Emergency Severity Index (ESI) y Australasian Triage Scale (ATS).

Cada uno de estos sistemas utiliza cinco niveles de categorización que han demostrado mayor fiabilidad, validez, utilidad y aplicabilidad sobre los sistemas de tres niveles.

Muchos de estos sistemas se han adaptado en diferentes regiones del mundo para desarrollar y validar sus propios procesos de triage con base en sus recursos, estructura física, aspectos culturales y experiencias. Esta adaptación crea modelos más personalizados y flexibles para su sistema de salud regional (Gilboy, 2005, p. 8).

1c

Aunque la implementación de sistemas de triage estructurado enriquece y estandariza la priorización asistencial médica, así como la comunicación eficiente y universal, ninguno de estos índices es universalmente considerado superior y cada uno presenta ciertos límites de reproducibilidad, validez y precisión en la medición del grado de gravedad (sobreestimación o subestimación).

A

Por ende, su implementación local debe basarse en un análisis de la estructura física, la población diana, los recursos institucionales y la capacidad de

resolución de cada departamento de emergencia.

(Gilboy, 2005, p. 12)

Es importante destacar que el juicio clínico del personal de triage es un aspecto imprescindible para garantizar la seguridad del paciente, así como la optimización de recursos, por lo que asignar personal entrenado y experimentado en triage, es ideal; este personal puede ser médico o de enfermería y su designación es clave, independientemente del índice o puntaje que se seleccione. (Gilboy, 2005, p. 15)

La mayoría de las escalas para realizar triage clasifican de manera colorimétrica el riesgo, por ejemplo: CTAS, MTS, SET Y ATS que utilizan diversos colores para asignar el riesgo vital.

Mientras que ESI no utiliza escala colorimétrica para su clasificación ya que utiliza niveles de prioridad.

2.3.2 Índice de Gravedad de Emergencia o Emergency Severity Index (ESI)

El Índice de Gravedad de Emergencia (ESI por sus siglas en inglés) es una herramienta simple que permite clasificar en 5 niveles según la gravedad de la presentación del paciente y los recursos requeridos estimados. Probablemente sea el índice de triage más utilizado a nivel global. Fue creado en Estados Unidos (Gilboy et al. 1999), y está diseñado para ser aplicado tanto por personal médico como de enfermería (Wolf et al. 2023). Los niveles son:

Tabla 3

Nivel 1	Situaciones que requieren intervenciones inmediatas por riesgo vital inminente.
Nivel 2	Situaciones de alto riesgo vital predecible.
Nivel 3	Urgente que amerita dos o más recursos hospitalarios.
Nivel 4	Menos urgente que amerita al menos un recurso hospitalario
Nivel 5	No urgente, no amerita ningún recurso hospitalario.

Nota: Overview of the ESI algorithm (p.5). Por Emergency Nurses Association. 2023, Emergency Severity Index Handbook. Elaborado y traducido por el grupo de desarrollo.

El algoritmo del sistema ESI utiliza 4 preguntas clave para la decisión del nivel de clasificación:

Pregunta A

¿Requiere una intervención inmediata para salvar la vida?

Pregunta B

¿Debería esperar el paciente?

Pregunta C

¿Cuántos recursos serán utilizados?

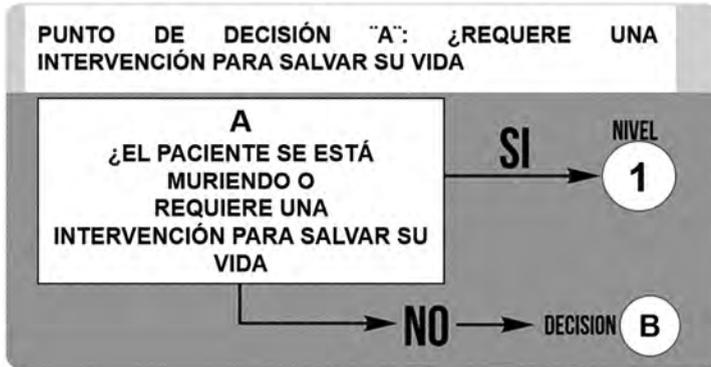
Pregunta D

¿Cuáles son los signos vitales en la zona de riesgo?

A continuación, se detalla cada una de estas preguntas clave:

Pregunta A: ¿Requiere una intervención inmediata para salvar la vida?

Figura 1



Nota: Adaptado de figure 3-1. Decision point A: Lifesaving intervention required? (p.9) Por Emergency Nurses Association. 2023, Emergency Severity Index Handbook, 5. Modificado y traducido por el grupo de desarrollo.

El primer paso en el algoritmo y la decisión clínica es establecer de manera rápida si el paciente se está muriendo o requiere una intervención para salvar su vida.

Si así fuera, el paciente cumple inmediatamente con ESI nivel 1, por lo que el personal de triage inmediatamente activa al equipo de reanimación y traslada al paciente a la sala de reanimación. Esto puede ocurrir previo a la toma de signos vitales. Si la respuesta es negativa, pasar al punto de decisión B. (Wolf, 2023, p. 9)

¿Cómo determinar si el paciente se está muriendo o requiere una intervención para salvar su vida?

El personal de triage puede utilizar algunas preguntas guía para ayudarlo a tomar rápidamente esta decisión:

1. ¿La vía aérea no es permeable? ¿Tiene el paciente estridor, secreciones que obstruyan la vía aérea o heridas complejas de la vía aérea?
2. ¿No está respirando o presenta un patrón insuficiente?
3. ¿No tiene pulso?
4. ¿El paciente está intubado o en ventilación no invasiva previo a su llegada?
5. ¿Luce inestable? ¿Luce cianótico, diaforético o pálido?
6. ¿Inconsciente o sin respuesta a estímulos agudamente? ¿Responde únicamente a estímulos dolorosos o está inconsciente (AVDI en ¿D o I? Ver figura 2)

Figura 2

A	Alerta	Reacciona de manera automática y responde verbalmente	D	Dolor	Se ejerce presión sobre un músculo no sobre hueso
V	Voz	Al hablar firme y alto como: ¿Me escucha?, ¿Se encuentra bien?	I	Inconsciente	Paciente no está alerta y no responde a la voz ni al dolor

Nota: Elaborado por el grupo de desarrollo.

Los pacientes clasificados como ESI nivel 1 se encuentran en una condición inestable y sin intervenciones inmediatas pueden afectar la morbilidad y mortalidad del paciente. ^(Wolf, 2023, p. 10)

Algunos ejemplos de pacientes ESI nivel 1 y algunas intervenciones que se pueden realizar:

Tabla 4

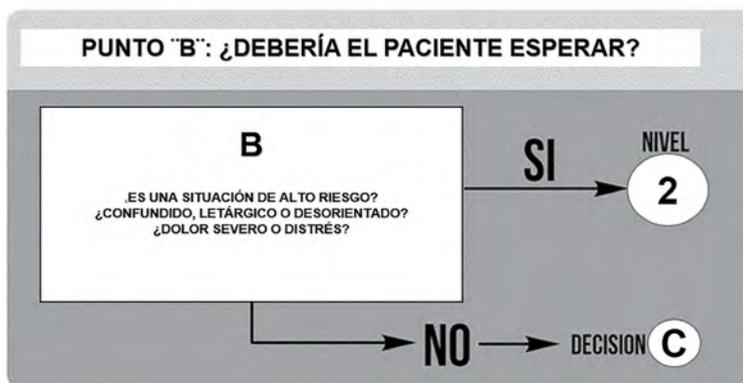
Ejemplos de condición clínica	Tipo de intervención	Intervención
Paro cardíaco o respiratorio	Vía aérea/ respiración	Ventilación asistida
Patrón respiratorio insuficiente o respiración agónica		Ventilación mecánica no invasiva
Anafilaxia		Intubación
Bradicardia o taquicardia severa según edad	Terapia eléctrica	Desfibrilación
Dolor precordial con palidez, diaforesis o hipotensión arterial		Cardioversión eléctrica
Trauma penetrante de tórax, abdomen, cabeza o cuello que requieren intervención inmediata	Procedimientos	Marcapasos externo
Hipotensión con signos de hipoperfusión		Pericardio centesis
Infante flácido		Toracotomía de resucitación
Quemaduras de la vía aérea	Hemodinámico	Descompresión con aguja
Hipoglicemia		Reanimación con fluidos
Convulsionando	Medicamentos	Hemoderivados
Saturación de oxígeno <90% si no es normal para el paciente o con signos de dificultad respiratoria		Control de la hemorragia
Sin respuesta a estímulos u obnubilado		Ádenosina Naloxona
		Atropina
		Dextrosa
		Dopamina
		Epinefrina

Nota: Adaptado de table 3-1. Examples of Lifesaving Interventions (p.9) Por Emergency Nurses Association. 2023, Emergency Severity Index Handbook, 5. Modificado y traducido por el grupo de desarrollo.

Los pacientes con ESI nivel 1 no siempre acuden en ambulancia a la sala de emergencia; pueden ser dejados por terceros en la puerta de la emergencia o ingresar cargados por familiares o acompañantes. En ocasiones, sus síntomas pueden no ser proporcionales al riesgo vital de su condición. (Wolf, 2023, p. 10)

Pregunta B: ¿Debería esperar el paciente?

Figura 3



Nota: Adaptado de figure 4-1. Decision point B: High-Risk Presentation (p.11) Por Emergency Nurses Association. 2023, Emergency Severity Index Handbook, 5. Modificado y traducido por el grupo de desarrollo.

Una vez que el personal de triage determina que el paciente no cumple el criterio para ESI nivel 1, puede continuar con el punto de decisión B.

En este punto, el personal de triage necesita decidir si el paciente puede esperar para ser atendido. (Wolf, 2023, p. 11)

Las tres preguntas clave a utilizar para determinar si el paciente cumple los criterios ESI nivel 2 son:

1. ¿Es una situación de alto riesgo?
2. ¿El paciente se encuentra confundido, letárgico o desorientado?
3. ¿El paciente se encuentra con dolor severo o distrés?

El personal de triage obtiene información subjetiva y objetiva para contestar rápidamente estas preguntas.

1. ¿Es una situación de alto riesgo?

Un paciente en una situación de alto riesgo es aquel cuya condición se puede deteriorar rápidamente o que presenta síntomas sugestivos de una condición que depende del tiempo en el que se administra el tratamiento médico. Este es un paciente que tiene una posible amenaza a la vida o algún órgano. (Wolf, 2023, p. 12)

Un paciente en alto riesgo no necesita una evaluación física detallada o la toma de todos los signos vitales. Su identificación está basada en una breve entrevista al paciente, observaciones generales (triángulo de la evaluación inicial fig.4) y finalmente la experiencia que tiene el personal de triage.

Generalmente, la edad del paciente y sus antecedentes pueden influir en el personal del triage a determinar si el paciente se encuentra en una situación de riesgo. (Wolf, 2023, p. 12)

El paciente usualmente puede describir parcialmente su cuadro clínico. Un ejemplo sería: “Nunca tengo

dolores de cabeza, pero estuve levantando muebles pesados y ahora tengo el peor dolor de cabeza en mi vida”. El personal de triage puede categorizar a este paciente como un ESI nivel 2 por síntomas sugestivos de una posible hemorragia subaracnoidea. (Wolf, 2023, p.12)

Ejemplos de situaciones de alto riesgo:

- Dolor precordial pero que no requiere una intervención inmediata para salvarle la vida.
- Déficits neurológicos focales, que no cumplan criterios del ESI nivel 1.
- Una paciente embarazada con sangrado vaginal y dolor pélvico, hemodinámicamente estable.
- Un paciente inmunocomprometido por quimioterapia con fiebre.
- Un intento suicida.

Cuando un paciente es clasificado en ESI 2, el personal de triage ha determinado que no debe permanecer en la sala de espera por un tiempo mayor a 10 minutos. Generalmente, el personal de triage en lugar de seguir categorizando al siguiente paciente, procede a alertar a los médicos del área de emergencia y al personal de enfermería que se encuentra un paciente categorizado como ESI 2. (Wolf, 2023, p. 13)

Nota importante: Los pacientes geriátricos pueden no producir respuestas compensatorias o inmunológicas apropiadas debido a la edad o

medicamentos que estén utilizando para el manejo de condiciones crónicas. Se debe considerar los signos vitales en el contexto de los medicamentos que se estén utilizando antes de categorizar al paciente en nivel ESI. (Wolf, 2023, p. 11)

2. ¿El paciente está confuso, letárgico o desorientado?

Esta es la segunda pregunta que se debe hacer en el punto de decisión B. Nuevamente la atención debe ser enfocada en si el paciente está demostrando una alteración del estado de consciencia *aguda* (pacientes con un estado mental de confusión basal no cumplen criterios de ESI nivel 2). (Gilboy, 2005, p. 20)

- Confuso: respuesta inapropiada a estímulos, disminución de la capacidad de atención y memoria.
- Letárgico: somnoliento, duerme más de lo usual, responde inapropiadamente a estímulos.
- Desorientado: el paciente no es capaz de contestar correctamente preguntas de tiempo, espacio o persona.

Ejemplos de pacientes confusos, letárgicos o desorientados:

- Primer episodio de confusión en una paciente adulta mayor.
- Paciente de 3 meses que la mamá reporta está durmiendo todo el tiempo.

- Un adolescente que es encontrado confundido y desorientado.

Cada uno de estos ejemplos puede ser secundario a una variedad de condiciones médicas serias incluyendo hipoxia, hipoglicemia, hiponatremia, compromiso vascular, aumento de la presión intracraneal o causas toxicológicas.

Si el paciente se presenta confundido, letárgico o desorientado, pero se desconoce los antecedentes previos, el personal de triage debe asumir que la condición es aguda y clasificarlo como ESI nivel 2.

(Wolf, 2023, p. 12)

Nota importante: en la población pediátrica las consideraciones neurológicas incluyen las siguientes:

- Alerta después de una convulsión febril, los pacientes se pueden clasificar en función de su evaluación fisiológica y las necesidades de recursos previstas
- Un cambio sutil en el estado mental de un paciente pediátrico puede sugerir un cambio en la hemodinámica y debe investigarse inmediatamente como de alto riesgo.

3. ¿El paciente se encuentra con dolor severo o distrés?

La tercera pregunta que el personal de triage necesita contestar en el punto de decisión B es si el paciente está actualmente con dolor severo o distrés. (Gilboy, 2005, p. 20)

- Si la respuesta es negativa, el personal de triage puede continuar al siguiente paso del algoritmo
- Si la respuesta es positiva, el personal de triage necesita evaluar el nivel del dolor y del distrés (se puede evaluar por la observación clínica y la intensidad de dolor reportada de 7 a 10)

El dolor es uno de los motivos de consulta más comunes en los servicios de emergencia y la mayoría de pacientes reportan una intensidad de dolor 7/10 o mayor, por lo que no necesariamente deben ser clasificados en ESI nivel 2.

Por ejemplo, un paciente con esguince de tobillo y un dolor de 8/10 es un ejemplo de criterios de ESI nivel 4, por lo que no es necesario categorizar al paciente como nivel 2 basándose únicamente en el dolor. (Gilboy, 2005, p. 21)

En algunos pacientes, el dolor puede ser evaluado por medio de observaciones clínicas: expresiones faciales, diaforesis, postura y cambios en los signos vitales. El personal de triage observa respuestas físicas de dolor agudo que se correlacionen con la intensidad de dolor descrita por el paciente.

Por ejemplo, un paciente con dolor abdominal que se encuentre diaforético, con taquicardia y que presente presión arterial elevada o un paciente con dolor intenso en el flanco, vomitando, pálido y con historia de litiasis renal, son dos ejemplos de pacientes que cumplen los criterios de ESI nivel 2. (Gilboy, 2005, p. 21)

El distrés puede ser fisiológico o psicológico. Ejemplos de distrés incluyen agresiones sexuales, paciente combativo o un paciente bipolar que se encuentre en un episodio maníaco. (Wolf, 2023, p. 12)

Una vez que el personal de triage decide categorizar al paciente como ESI nivel 2, es necesario asegurar que el paciente sea atendido en un intervalo de tiempo apropiado. El registro del paciente puede continuar al lado de la cama o por algún familiar. A los pacientes categorizados en ESI nivel 2 se les debe realizar la toma de signos vitales. (Gilboy, 2005, p. 21)

Consideraciones pediátricas. Los quejidos, la respiración abdominal y las restricciones intercostales sugieren dificultad respiratoria.

En el paciente pediátrico, el deterioro hemodinámico, puede tener una evolución rápida (Wolf, 2023, p. 6).

En cuanto a los pacientes pediátricos con estas tres preguntas se hacen observaciones básicas, utilizando el triángulo de la evaluación inicial, en el que se verifican tres parámetros importantes del paciente. (Gelpi 2021 p. 26)

1. Apariencia (cómo luce el paciente, alterado de la consciencia, letárgico, desorientado, actividad, lenguaje, etc.)
2. Respiración (esfuerzo respiratorio, ruidos anormales, retracciones intercostales, aleteo nasal, etc.)
3. Circulación (palidez, piel marmórea, cianosis)

Figura 4
Triángulo de la evaluación inicial pediátrica



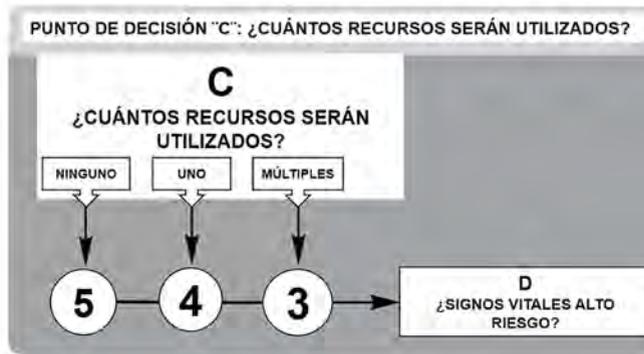
Nota: Elaborado por el grupo de desarrollo.

El triángulo de evaluación inicial es una herramienta que permite obtener datos subjetivos para la evaluación de pacientes pediátricos, debido a su fácil y rápida aplicación para evaluar situaciones que pudieran comprometer la vida del paciente.

Está diseñado para ser aplicado por personal de enfermería o médico. (Gelpi, 2021 p. 26)

Pregunta C: ¿Cuántos recursos serán utilizados?

Figura 5



Nota: Adaptado de figure 5-1. Decision point C: Resource Prediction (p.19) Por Emergency Nurses Association. 2023, Emergency Severity Index Handbook, 5. Modificado y traducido por el grupo de desarrollo.

Si las respuestas a las primeras dos preguntas son negativas, entonces el personal de triage puede seguir con el punto de decisión C. El personal de triage se debe plantear la siguiente pregunta: ¿Cuántos recursos diferentes se estima que este paciente va a necesitar para que el médico de emergencia pueda llegar a una disposición final?

Este punto de decisión requiere que el personal de triage aplique experiencias que ha tenido con anterioridad en otros pacientes con síntomas/signos similares a los que consultan. El médico de emergencia necesita entender que la estimación de recursos está basada en los estándares de atención e independientemente del tipo de hospital (trauma, enfermedades, maternidad o consulta general) y su ubicación. (Gilboy, 2005, p. 21)

Para poder identificar el recurso a utilizar, el personal de triage debe estar familiarizado con los estándares de atención de la emergencia en donde se encuentra, con el concepto de “prudente y habitual”.

Una forma sencilla de pensar en este concepto es: “Dada la queja o lesión principal del paciente, ¿qué recursos es probable que utilice el médico de emergencia?” (Wolf, 2023, p. 19). Los recursos a utilizar pueden ser:

- Exámenes de laboratorio, estudios de imagen, etc.
- Consultas a otras especialidades.
- Administración de líquidos intravenosos o medicamentos parenterales.
- Intervenciones en sala de emergencia como sutura, colocación de inmovilizadores, entre otros.

A continuación, se detalla una lista de ejemplos de lo que se considera como un recurso aplicable o no aplicable para el propósito de la clasificación de pacientes en el sistema ESI.

Tabla 5
Recursos anticipados ESI

Recursos	No recursos
Laboratorios (muestras de sangre, orina, heces, etc.) Electrocardiograma Radiografías, tomografía, ultrasonido, angiografías, etc.	Historia y examen físico (examen pélvico)
Fluidos intravenosos	Sello de heparina
Medicamentos intravenosos, intramusculares o nebulizaciones	Medicamentos orales Inmunizaciones Recetas vencidas
Consulta a especialistas	Llamadas a médicos generales
Procedimiento simple = 1 (sutura, colocación de sonda urinaria, etc.) Procedimiento complejo = 2 (sedación para procedimiento)	Curación simple de heridas, erosiones, luxaciones, etc.

Nota: Adaptado de table 5-1. Predicted ESI resources (p.20) Por Emergency Nurses Association. 2023, Emergency Severity Index Handbook, 5. Modificado y traducido por el grupo de desarrollo.

Se predice que los pacientes en ESI nivel 3 se pueden requerir dos o más recursos; ESI nivel 4 se predice que necesitaran un recurso únicamente y ESI nivel 5 no necesitan ningún recurso. (Gilboy, 2005, p. 22)

Pregunta D, Punto de decisión: ¿Cuáles son los signos vitales del paciente en la zona de riesgo?

Figura 6



Nota: Adaptado de figure 6-1. Decision point D: High Risk Vital Signs (p.23) Por Emergency Nurses Association. 2023, Emergency Severity Index Handbook, 5. Modificado y traducido por el grupo de desarrollo.

Antes de categorizar al paciente en ESI nivel 3, el personal de triage necesita evaluar los signos vitales del paciente y decidir si se encuentran dentro de los límites normales aceptados para la edad del paciente, o si se consideran significativos para el paciente. Si los signos vitales se encuentran fuera de los parámetros establecidos, el personal del triage deberá considerar categorizar al paciente en ESI nivel 2.

Sin embargo, es decisión del médico de triage si el paciente debe o no ser categorizado en ESI nivel 2, basado en anomalías en los signos vitales. Este es el punto de decisión D. (Gilboy, 2005, p. 23)

Los parámetros de los signos vitales están establecidos por la edad del paciente. Los signos vitales utilizados son:



The image consists of three blue rectangular panels, each containing a monitor display and a list of vital signs. The top panel shows an ECG monitor with 'Frc' (72 x m) and 'Frr' (36 x m) labels. The middle panel shows a pulse oximetry monitor with 'Pco2' and '98%' labels. The bottom panel shows a multi-parameter monitor with '14:26', '171/2', '120', '37°', 'temp', '88', and '85' labels.

- La frecuencia cardíaca y
- La frecuencia respiratoria

- La saturación de oxígeno en sangre

- La presión arterial y
- La temperatura corporal

Utilizando como criterio los signos vitales del paciente, el personal de triage puede categorizar a un adulto con frecuencia cardíaca de 104 latidos por minuto en ESI nivel 2 o en ESI nivel 3. Basado en la historia del paciente y en la evaluación física, el personal debe evaluar si los signos vitales son suficientes como para indicar que el paciente se encuentra en alto riesgo y no puede esperar para ser atendido. (Wolf, 2023, p 23)

Ante la presencia de fiebre significativa, se pueden excluir a los niños pequeños de las categorías 4 y 5. Esto puede ayudar a identificar potenciales bacteriemias en niños y evitar categorizarlos como nivel 2 ESI o que esperen tiempos prolongados para ser atendidos. (Wolf, 2023, p. 23)

¿El tiempo de atención influye en las categorías de triage del ESI?

El tiempo estimado de espera antes de ser atendido por un médico es un componente importante de la mayoría de los sistemas de triage.

Los sistemas de triage de Canadá y Australia requieren que el paciente sea visto en un periodo de tiempo específico, basado en su categoría de triage.

ESI no establece tiempos específicos en los que el médico debe evaluar al paciente; sin embargo, los pacientes que se encuentran categorizados en ESI nivel 2 deben ser atendidos lo más pronto posible. (Gilboy, 2005, p. 23)

El tiempo de duración del triage

Se recomienda que la duración para categorizar a un paciente sea breve, menos de 5 minutos en el 95% de los pacientes clasificados. (Gómez et al., 2010, p. 12)

Tabla 6
Percentiles recomendados de tiempos de espera en el SET

Nivel	Percentil de cumplimiento	Tiempos de atención / asistencia
I	98%	Inmediato
II	85%	Enfermería: inmediato Médicos: 7 minutos
III	80%	15 minutos
IV	75%	30 minutos
V	70%	40 minutos

* El percentil de cumplimiento de un nivel o categoría de triage: Porcentaje de pacientes dentro de ese nivel de triage que son atendidos en el tiempo de atención establecidos. Sin embargo, en la clasificación ESI no se utilizan tiempos de evaluación ya que estos pueden ser variables dependiendo de las necesidades y recurso humano en las unidades de emergencia.

Nota: Adaptado de Percentil de Cumplimiento en el SET. (p.12) Por Organización Panamericana de la Salud. 2010, Manual para la implementación de un sistema de triage para cuartos de urgencias, Modificado por el grupo de desarrollo.

2.3.3 Manchester Triage System (MTS)

El sistema Manchester de Triage utiliza diagramas de flujo respaldados por 52 algoritmos que aplican descripciones de diferentes afecciones o para detectar síntomas inespecíficos y asignan a los pacientes uno de los cinco niveles de prioridad. Estos niveles de prioridad indican el tiempo máximo permitido antes de que deba efectuarse la visita del médico (Herrera-Almanza, 2022, p. 325).

Los pacientes evaluados en la categoría más alta (roja) requieren tratamiento inmediato. Las dos siguientes categorías (naranja y amarillo) tienen periodos más largos recomendados (10 a 30 minutos, respectivamente).

Las dos categorías más bajas (verde y azul) tienen las asignaciones de tiempo recomendadas más largas de 90 y 120 minutos, respectivamente, comenzando en el momento de la llegada del paciente hasta que es atendido por un médico (Herrera-Almanza, 2022, p. 325).

Tabla 7
Modelo canadiense de triage (CTAS)

Nivel de prioridad	Significado	Color	Tiempo máximo de respuesta (en minutos)
I	Reanimación inmediata	Rojo	Inmediato (0 minutos)
II	Emergencia	Naranja	15 minutos
III	Urgencia	Amarillo	30 minutos
IV	Poco urgente	Verde	60 minutos
V	Sin urgencia	Azul	120 minutos

Nota: Adaptado del Emergency Triage. (p.91) Por Manchester Triage Group. 2014. Traducido y modificado por el grupo de desarrollo.

2.3.4 Australasian Triage Scale (ATS)

La escala cuenta con aval del Colegio Australiano de Medicina de Urgencias (ACEM) y fue adoptada para los indicadores de rendimiento del Consejo Australiano de Estándares de Salud. La Escala Nacional de Triage se implementó en 1993 y a finales de la década fue objeto de revisiones y finalmente se renombró como ATS, basada en predictores fisiológicos de adultos (vía aérea, respiración, circulación y discapacidad).

A partir de 1994 todos los servicios de emergencia financiados con fondos públicos en toda Australia

aplican una escala de triage estándar de cinco puntos para describir la emergencia clínica al ingreso del paciente.

La implementación exitosa de la ATS en más de 736 servicios de emergencia en todo el país fue respaldada por el desarrollo y la difusión de guías clínicas y programas de capacitación financiados por el gobierno.

La estandarización del triage buscó proporcionar acceso equitativo a los servicios de emergencia para todos los ciudadanos, independientemente de la ubicación geográfica o el estado socioeconómico (Herrera-Almanza, 2022, p. 325)..

Figura 8

ATS	Categoría	Tiempo de atención
Nivel		
1	Riesgo vital inmediato	Inmediato
2	Riesgo vital inmediato; la intervención depende críticamente del tiempo	Minutos (< 10 minutos ²)
3	Riesgo vital potencial: situación urgente; complejidad significativa o de gravedad	½ hora
4	Potencialmente serio; situación urgente; complejidad significativa o de gravedad	1 hora
5	Menos urgente; problemas clínico-administrativos.	2 horas

Nota: Tomado de “El triage como herramienta de priorización”. (p.326) Por Herrera-Almanza L, et al. 2022, Modelo Australiano de Triage.

2.3.5 Sistema Español de Triage (SET)

El SET es un sistema derivado del Modelo Andorrano de Triage, que subdivide la atención en 5 niveles de prioridad clínica y clasifica a los pacientes en 613 motivos de consulta y 32 categorías según sus síntomas.

Este sistema fue adoptado en 2003 por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) para todo España; en dos tercios de los hospitales se realiza por un profesional de enfermería y cuenta con principios fundamentales que se describen a continuación:

- Tiene cinco niveles de triage.
- Es ayudado por personal de enfermería, lo que favorece la rápida atención al no depender exclusivamente del personal médico, que no siempre está disponible.
- Está en constante evaluación y seguimiento según indicadores de calidad.

Además, el SET usa ciertas diferencias que le permiten identificar los diferentes niveles del triage:

- Constantes que ayudan a diferenciar entre niveles en un paciente con los mismos síntomas que otro (temperatura, presión arterial sistólica, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, glucemia, escala de Glasgow y estado mental).

- Signos vitales anormales (estado de la piel, estado del pulso radial, frecuencia respiratoria y estado mental).
- Dolor (Herrera-Almanza, 2022, p. 327)

Tabla 8
Relación entre escalas y niveles de gravedad en el SET*

Nivel	Color	Categoría	Tiempo de atención
I	Azul	Reanimación	Inmediato
II	Rojo	Emergencia	Inmediata enfermería/ Médicos 7 minutos
III	Naranja	Urgente	30 minutos
IV	Verde	Menos urgente	45 minutos
V	Negro	No urgente	60 minutos

* SET: Sistema Español de Triage

Nota: Adaptado de Percentil de Cumplimiento en el SET. (p.12) Por Organización Panamericana de la Salud. 2010, Manual para la implementación de un sistema de triage para cuartos de urgencias. Modificado por el grupo de desarrollo.

2.3.6 Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)

El modelo canadiense de triage es una estrategia de cinco niveles que prioriza el tiempo de atención según las características clínicas del paciente.

Fundada y publicada en 1995 como la escala canadiense de triage, pero debido a su imprecisión y su amplio margen de error fue modificada en 1997 y a partir de ese momento recibió el apoyo de la Asociación Canadiense de Médicos de Emergencia.

En el 2004 fue aprobada y establecida como norma en ese país, después de añadir la Escala Pediátrica Canadiense de Triage; este sistema se revisa y actualiza cada 4 años.

El CTAS clasifica a los pacientes de 1-5 mediante una lista de manifestaciones clínicas, síntomas y modificadores, también los divide según la prioridad.

(Herrera-Almanza, 2022, p. 327).

Tabla 9
Modelo canadiense de Triage (CTAS)

Nivel de prioridad	Significado	Color	Tiempo máximo de respuesta (en minutos)
I	Reanimación inmediata	Rojo	Inmediato (0 minutos)
II	Emergencia	Naranja	15 minutos
III	Urgencia	Amarillo	30 minutos
IV	Poco urgente	Verde	60 minutos
V	Sin urgencia	Azul	120 minutos

Nota: Tomado de “El triage como herramienta de priorización”. (p.328) Por Herrera-Almanza L, et al. 2022, Modelo Canadiense de Triage. Modificado por el grupo de desarrollo.

2.4 Atención médica

2.4.1 Salas de reanimación

Se debe garantizar que los pacientes clasificados en ESI nivel 1 o 2, sean atendidos por personal médico inmediatamente en el área de reanimación.

Preparada para los pacientes que requieren atención inmediata, esta área es un espacio físico con las

facilidades para brindar la atención médica inmediata de apoyo vital avanzado a pacientes inestables.

El área de reanimación, se ubicará, idealmente, contigua a la entrada de los servicios de emergencia para iniciar las medidas necesarias para estabilizar a los pacientes ^{(Gómez, 2010, p24).}

2.4.2 Consultorios de primer contacto

Se sugiere que sea un espacio físico destinado a brindar atención médica a pacientes clasificados en ESI nivel 3, 4 y 5.



Pacientes clasificados en ESI nivel 3

Una vez categorizado al paciente en ESI nivel 3, es conveniente informarle al paciente que su tiempo estimado de espera será de 15 a 45 minutos.

Los pacientes podrían esperar en una sala de espera interna o en un cuarto en la sección para pacientes clasificados en ESI nivel 3 para recibir atención médica.

La vigilancia constante de este grupo de pacientes en la sala de espera es indispensable durante el tiempo de espera, ya que alguien podría evolucionar de manera desfavorable y desarrollar una urgencia mayor.

Pacientes clasificados en ESI niveles 4 y 5

El personal de triage podrá realizar la referencia de pacientes sin urgencia o con urgencia menor que

corresponda a otra instancia de atención (puede ser la consulta externa).^(IMSS, 2018, p.15) En caso de decidir quedarse para atención en emergencia, se les deberá informar sobre su tiempo de espera.^(Gómez, 2010, p. 37)

5. Anexo

Tabla 10
Ejemplos de situaciones de alto riesgo

SISTEMA	EJEMPLOS/DIAGNOSTICO	SIGNOS/SINTOMAS
Abdomen	Dolor abdominal en el paciente geriátrico, Hemorragia gastrointestinal	Dolor severo, signos vitales estables, taquicardia, hematemesis, hemoquecia
Cardíaco	Dolor precordial, Oclusión arterial aguda, Historia de angioplastia con dolor en tórax, efusión pericárdica, endocarditis infecciosa	Dolor constante o intermitente, signos vitales estables, ausencia de ruidos distales, dolor precordial o sensación de falta de área, historia de consumo de drogas
General	Pacientes inmunocomprometidos, pacientes oncológicos, pacientes trasplantados (post o en lista de espera)	Pueden presentar fiebre
Genitourinario	Torsión testicular Falla renal aguda	Dolor testicular agudo, Incapacidad para ser dializado
Ginecológico	Embarazo ectópico Aborto espontáneo	Positivo para embarazo, dolor severo en inferior, sangrando y taquicardia con presión estable
Salud Mental	Violento, hostil, intento suicida, trauma bajo efectos etílicos/drogas, agresión sexual	Aspecto anormal evidente
Neurológico	Descartar meningitis, historia de múltiples accidentes cerebrovasculares, evento cerebrovascular isquémico agudo	Cefalea, fiebre, letargia, deficiencia motora o del habla
Pediátrico	Vómitos, diarrea, incapacidad para comer, ataque de asma	Fontanela deprimida, pérdida de la turgencia de la piel, letargia, aleteo nasal o uso de músculos intercostales
Respiratorio	Epiglotitis aguda, asma severa, derrame pleural, neumotórax espontáneo	Babeo, disnea severa, sensación de falta de aire repentina
Trauma	Accidente vehicular con pérdida transitoria de la conciencia, herida por arma blanca o arma de fuego	Historia de trauma craneoencefálico leve, hemorragia controlada, heridas por arma blanca o de fuego evidentes

Nota: Adaptado de table 4-1. Examples of High Risk Vital Situations (p.28) Por Emergency Nurses Association. 2005, Emergency Severity Index Handbook, 4. Modificado y traducido por el grupo de desarrollo.

6. Glosario

ADVI	Método rápido para evaluar el estado de consciencia de un paciente con uso de los cuatro términos (A: alerta, V: verbal, D: dolor, I: inconsciente).
Emergency Severity Index	Sistema de triage de 5 niveles basado en la gravedad de presentación de la paciente y los recursos estimados.
Emergencia	Es cuando una persona presenta inesperadamente una situación riesgosa para su salud, debiendo ser atendida en forma inmediata ya que presenta un riesgo vital.
Riesgo Vital Inminente	Condición clínica que implique riesgo de muerte o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable.
Riesgo Vital Predecible	Condición clínica en la cual no hay riesgo inminente en ese momento, pero dependiendo del tiempo de resolución puede agravarse y convertirse en condición de riesgo vital inminente.

Sala de reanimación o cuarto de choque

Es donde se atiende a pacientes que en ese momento presenten situación de riesgo vital inminente o predecible.

Triage

Clasificación de las personas con base en la gravedad de la patología presentada y de la necesidad de atención.

Urgencia

Es una situación de salud que se presenta en forma inesperada pero no tiene riesgo vital.

7. Referencias bibliográficas

- Dirección de Planeación Estratégica Institucional, Gobierno de México (2018). Instituto Mexicano de Seguridad Social. <https://imsssalinacruzooaxaca.files.wordpress.com/2018/07/triage-guc3ada-tc3a9cnica.pdf>.
- FitzGerald, G. Jelinek, G. Scott, D. Gerdtz, M. (2010). Emergency department triage revisited. *Emergency Medicine Journal*, Volumen (27), 86-92. doi:10.1136/emj.2009.077081
- Garcia-Regalado, J. F., Arellano-Hernandez, N., & Loria-Castellanos, J. (2016). Triage Hospitalario: Revisión de la Literatura y Experiencia en México. *Prensa Médica Argentina*, 102(4), 233–241. https://prensamedica.com.ar/LPMA_V102_N04_comp.pdf
- Gelpi, F., García Gonzalez, E., Aranibar, H., Maya, L. & Equipo de proyectos de SVA/PALS de la AHA. (2021). Soporte Vital Avanzado Pediátrico (SVAP), Libro del proveedor; American Heart Association, apartado 4 pág. 26. ISBN: 978-1-61669-963-5. 20-2331
- Gilboy N, Tanabe P, Travers DA, Rosenau AM, Eitel DR. (2005). *Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook*. AHRQ Publicación No. 05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Gomez Jimenez, J., Ramon-Prado, P., & Rua Moncada, C. (2010). *Manual para la implementación de un sistema de triage para los cuartos de urgencias*. Organización Panamericana de la Salud. https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf.

Herrera-Almanza, L., Hernández-Martínez, A., Roldan-Tabares, M., Hernández Restrepo, F., Thowinson-Hernández, M., Coronado-Magalhães, G., Cuartas-Agudelo Y., Martínez-Sánchez, L. (2022). El triage como herramienta de priorización en los servicios de urgencias. *Medicina Interna de Mexico*. Volumen (38). <https://doi.org/10.24245/mim.v38i2.3751>

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Acuerdo 466 de Junta Directiva (1967). Capítulo III, Identificación de la inscripción de beneficiarios con derecho. https://www.igssgt.org/wpcontent/uploads/ley_acceso_info/pdf/inciso6/466.pdf

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Acuerdo del gerente No. 6/2013. Capítulo IV, Procedimientos área médica (2013). Manual de normas y procedimientos de las dependencias médico hospitalarias.

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Subgerencia de Prestaciones en Salud, Comisión de Elaboración de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia (GPC-BE). GPC-BE 65 “TRIAGE”; Edición 2014; págs 102; IGSS,

Guatemala. https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/images/gpc-be/medicina_interna/GPC-BE%20No%2065%20Triage%20-adultos-ninos-y-obstetrico.pdf

Mackway-Jones, K., Marsden, J., Windle, J., (2014). *Emergency Triage*. Manchester Triage Group.

Mix Vidal, A., Del Fierro, V., Prince, Y. (2018). *Orientaciones técnicas para el rediseño al proceso de atención de urgencia de adulto, en unidades de emergencia hospitalaria*. Ministerio de Salud de Chile. 6-16. <http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3416>

Vásquez-Alva, R., Luna-Muñoz, C., & Ramos-Garay, C. (2019). El Triage Hospitalario en los servicios de emergencia. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 19(1), 90–100. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v19.n1.1797>

Velandia, M. L. (2009). Triage en el Servicio de Urgencias. In *Guía para el Manejo de Urgencias* (Tercera Edición, Vol. III, pp. 279–291). Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. Visitado 24 de mayo 2023, desde: https://ids.gov.co/wp-content/uploads/2017/10/2016_crue_Gu%C3%ADas-para-manejo-de-urgencias-Tomo-III.pdf

Wolf, L., Ceci, K., & McCallum, D. (2023). *Emergency Severity Index Handbook*. ENA University (5th ed). Emergency Nurses Association. Visitado 19 de mayo 2023, desde <https://enau.ena.org/Listing/e9af283e-444a-43c3-9b1f-70b25b901482>



7a. Avenida 22-72 Zona 1
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centroamérica
PBX: 2412-1224



ISBN: 978-9929-795-71-6



9 789929 795716