

# TRIAGE

## Organización de los Servicios de Urgencia

**Dr. Arturo Reyes Flores**  
**Responsable Línea de Acción SUMAR**  
**Secretaría de Salud de Tamaulipas**

[Ir a Menú principal](#)

[Ir a Menú Triage](#)

## ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

### I. INTRODUCCION

### II. ANTECEDENTES

### III. JUSTIFICACION

#### Momentos críticos en sala de urgencias

### IV. OBJETIVO GENERAL

### IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS

### V. TRIAGE EN LA SALA DE URGENCIAS

## I. INTRODUCCION

Las circunstancias que rodean la atención en las Salas de Urgencias de los Hospitales, siempre ha suscitado situaciones de conflicto, estrés, angustia y mucha tensión tanto en pacientes, como en el personal de la salud; debido a que la naturaleza de los padecimientos de urgencia o percibidos como tal, despiertan inquietud, incertidumbre y temor tanto en el paciente como en los familiares.

Las naturaleza propia de un servicio que en muchos de los casos se ve demandado por casos fortuitos y de alta complejidad, así como los recursos muchas veces limitados de los sistemas de salud, ponen a prueba la capacidad de respuesta, entrenamiento, juicio clínico y resultado del más capaz y experimentado de los profesionales de la salud.

## II. ANTECEDENTES

La experiencia en la sala de urgencias nos ha permitido percibir que el servicio resulta sumamente atractivo porque:

- Permanece abierto las 24 hrs. del día, los 365 días del año.
- Tiene facilidades de acceso.
- Evita hacer largas filas en Consulta Externa.
- Los pacientes son revisados por médicos expertos.
- Los pacientes tienen la oportunidad de ser evaluados por especialistas.
- En menos de una hora ya cuentan con resultados de Laboratorio y Gabinete.
- Es un lugar apropiado para obtener una Licencia Médica (Incapacidad).

Todo esto ha redundado en una sobrecarga de los Servicios de urgencia y desgaste del personal, en perjuicio de una atención oportuna y eficiente.

### III. JUSTIFICACION

Los pacientes acuden a los servicios de urgencia con la esperanza de ser atendidos con oportunidad y eficacia, garantizándoles que la información y trato recibido estará acorde con su patología. La calidad y oportunidad de la atención brindada impacta directamente al paciente y a sus familiares, repercutiendo en la percepción que se tiene sobre este servicio.

La suma de atractivos y la poca cultura de la mayoría de la población, propicia que el servicio sea altamente demandado por todo problema de salud que no pueda ser atendido en otras unidades médicas, consultorios o simplemente, porque en ese momento le queda de paso la unidad. En la mayoría de los casos se trata de padecimientos menores y en mucho menor porcentaje, de verdaderas emergencias.

[Siguiente](#)

### III. JUSTIFICACION

El personal de los servicios de urgencia, desarrolla habilidades y destrezas en estas circunstancias y bajo una gran presión, muchas veces con limitaciones en recurso humano, equipamiento e insumos. No solo se enfocan en el aspecto médico, además tienen que estar preparados ante desastres y eventualidades como: Arribo masivo de víctimas, Politraumatizados, Contaminados por radiación o productos químicos, Terrorismo, personas prepotentes, violentas y otros conflictos que surgen en un servicio tan complejo, exponiéndolos a amenazas y riesgos a su salud.

[Siguiente](#)

### III. JUSTIFICACION

Juega un papel importante la falta de equilibrio entre los recursos humanos, técnicos, insumos e infraestructura asignados a los servicios de urgencias, con la demanda social de atención que se tiene hoy en día, lo que ha venido a provocar momentos críticos y vicios que limitan la atención, repercuten en la calidad y generan mucha tensión, desgaste y conflicto en el servicio.

Si combinamos todos estos elementos, lo que estamos poniendo en el mechero, no es otra cosa, que un terreno minado, capaz de explotar en cualquier momento.

En conclusión todas estas circunstancias nos llevaron a hacer el siguiente planteamiento:

[Siguiendo](#)



**¿Cómo mejorar la atención del servicio,  
garantizar la oportunidad al que  
verdaderamente lo requiere y  
salvaguardar la salud e integridad del  
personal de salud?**



[Regresar](#)



## Momentos críticos en las salas de urgencias

- El personal de vigilancia y ventanilla interroga y toma la decisión de pasar o no a un paciente al interior del servicio.
- En algunos servicios se atiende de acuerdo a la hora de llegada y no a la complejidad del padecimiento.
- Todo el paciente que no alcanza ficha en consulta externa, el que reclama y los recomendados, son enviados a la sala de urgencias.
- Larga espera de pacientes por sobrecarga de urgencia sentida (75%)
- Falta de seguridad y garantías para el personal.
- Desgaste innecesario del personal, cansancio y falta de actitud.
- Estrés, angustia y en ocasiones agresividad de pacientes y familiares.
- Innumerables familiares, menores y vendedores en las salas de espera
- Insatisfacción de los usuarios y mala imagen del servicio.
- Mala calidad en la atención de pacientes con verdadera emergencia.

## IV. OBJETIVO GENERAL

Fomentar en los Servicios de Urgencias la aplicación de reglas de clasificación clínica de los pacientes, desde el primer contacto, que favorezcan una atención médica oportuna, eficaz y mayor capacidad resolutive, de acuerdo con la severidad y complejidad del padecimiento, estableciendo prioridades en el manejo, todo bajo un marco de calidad y seguridad del usuario.



## V. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Mejorar el Modelo Organizacional de los Servicios de Urgencias.
2. Contacto inmediato del paciente con un profesional de la salud (Médico o Enfermera)
3. Apoyar protocolos de atención de acuerdo a Niveles de Prioridad, Naturaleza y Complejidad del padecimiento.
4. Garantizar la oportunidad, eficiencia y calidad de la atención.
5. Capacitación, desarrollo de habilidades y destrezas en el personal de urgencias y utilización de las GPC (Guías de Práctica Clínica)
6. Mejorar la dimensión de la calidad técnica, reducir los tiempos de espera y la sobrecarga de los servicios.
7. Promover el trato digno, mejorar la percepción, la comunicación, la calidad percibida y la satisfacción de los usuarios.
8. Fomentar e inculcar en la comunidad el uso racional de los servicios de urgencia.

[Regresar](#)

## VI. TRIAGE EN LA SALA DE URGENCIAS

A. DEFINICION

B. INTRODUCCION

C. ¿TRIAGE POR MEDICO O ENFERMERIA?

D. METODOLOGIA

E. NIVELES DE PRIORIDAD

F. FLUJOGRAMA

Ruta del paciente en la sala de urgencias

Triage en urgencias

G. CRITERIOS DE CLASIFICACION POR APARATOS Y SISTEMAS

H. FORMATO DE TRIAGE

I. BIBLIOGRAFIA

[Regresar a Menú principal](#)

## VI. TRIAGE EN URGENCIAS

### A. DEFINICIONES

**Triage:** Vocablo que proviene del idioma francés y significa elegir o clasificar. Se aplicó en la medicina militar ante la llegada masiva y repentina de pacientes a servicios de emergencia, provocando el desequilibrio entre demanda de atención y recursos disponibles.

En base a este concepto y aplicado a las salas de urgencia de los hospitales, el **Triage** se utiliza como un método de selección y clasificación de pacientes, basado en prioridades de atención, requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles.

[Siguiendo](#)

## A. DEFINICIONES

### **Urgencia Médica Real**

Es todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado, que produce una descompensación súbita del funcionamiento del organismo que condiciona discapacidad permanente o evolución a la muerte y que requiere de atención inmediata.

*(Diario Nacional de la Federación 7 de diciembre de 1998 inciso 4.9).*

### **Urgencia Médica Sentida**

Es todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado, no complicado, que el paciente percibe ó siente que amenaza su vida. Pocas veces es grave y puede ser atendido en cualquier nivel de atención.

[Regresar](#)

## B. INTRODUCCION

La experiencia en la sala de urgencias despertó la inquietud de evitar conflictos y agilizar la tarea. La cultura de la población no va a cambiar de la noche a la mañana, para esperar que haga un uso racional del servicio.

Es importante reconocer que ante alguna situación que percibimos como emergencia, independientemente de nuestra formación, todos reaccionamos con inquietud y temor, más si se trata de uno de nuestros seres queridos.

Dedicar tantos años al servicio, cumplir nuestra meta, crear un ambiente saludable y no vernos involucrados en conflictos, nos llevo a hacer la siguiente reflexión:

**“Atender a todo el que lo solicite, en el menor tiempo de espera, seleccionando prioridades e inclusive valorar a más de un paciente a la vez; en conclusión utilizar el esquema de Triage”**



## B. INTRODUCCION

Adoptar el modelo de clasificación de pacientes (Triage), es una medida apropiada para mejorar la organización de los servicios, la percepción de los usuarios y la calidad de la atención.

Esta metodología se establece y desarrolla acorde con los recursos físicos, humanos, la demanda de servicios y las políticas institucionales del hospital en que se vaya a implementar y nunca pretende dejar de lado el juicio clínico del profesional que realiza la evaluación del paciente.

Es necesario establecer un manejo eficiente del equipo de salud asignado a este servicio, que sea capaz de identificar de manera correcta las necesidades del paciente y definir prioridades.

[Siguiente](#)

## B. INTRODUCCION

El Triage en la actualidad, se ha convertido en una necesidad, debido a la gran demanda de atención y a la saturación que sufren dichos servicios. No obstante es necesario homologar estos criterios para que en nuestro sistema de salud, todas las instituciones involucradas manejen las mismas escalas de gravedad y las mismas prioridades, asegurándole así al paciente que independientemente de la unidad hospitalaria, la atención que recibirá será oportuna, eficaz y resolutive, garantizándole su seguridad, procurando con ello limitar el daño, disminuir las secuelas, acortar el tiempo de convalecencia y en los casos que así lo ameriten permitir una muerte digna con apego a aspectos éticos y legales que priven en la población demandante.

[Regresar](#)

## C. ¿TRIAGE POR MEDICO O ENFERMERIA?

La evaluación inicial, no propiamente una consulta, puede ser desarrollada por un Médico o una Enfermera calificados.

El Triage es un proceso de evaluación y clasificación, que con el debido entrenamiento, puede ser proporcionado por ambos.

El médico puede ser presionado a otorgar la consulta, la cual corre el riesgo de ser deficiente por las condiciones propias del área de Triage.

El personal de enfermería muestra una clara vocación y espíritu institucional y tiene la capacidad para realizar una correcta evaluación.

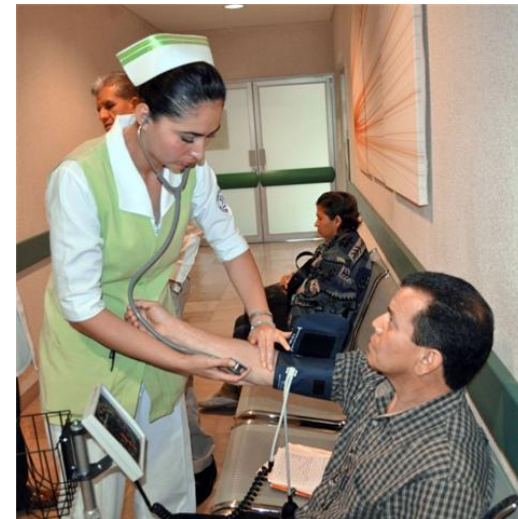
La necesidades de recurso humano en los servicios, puede cubrirse con médico o enfermera.

[Regresar](#)

## D. METODOLOGIA

1. Contacto inicial del paciente con un profesional de la salud, Médico o Enfermera.
2. Valoración inicial inmediata del paciente.
3. Definir el nivel de prioridad y atender de acuerdo a él, “no a la hora de llegada”.
4. El Médico o Enfermera del Triage establece contacto con el Médico del servicio encargado de la atención definitiva.

[Siguiente](#)



## D. METODOLOGIA

### 1. Contacto inicial del paciente con un profesional de la salud, Médico o Enfermera.

Al momento de su llegada, el paciente es conducido al área de Triage, mientras el acompañante pasa a recepción para el registro.

El paciente no se detiene en recepción ni en la sala de espera, para ser valorado de inmediato, por el personal del Área de Triage, Médico y/o Enfermera.

Se evita el interrogatorio por el personal de vigilancia o ventanilla.

[Siguiente](#)

## D. METODOLOGIA

### 2. Valoración inicial inmediata del paciente.

El médico o enfermera de Triage realiza la Valoración inicial, enfocada en la identificación del aspecto general del paciente, principales síntomas referidos, signos vitales y estado de conciencia.

Este solo hecho, permite dar más certeza y tranquilidad al paciente y familiares, al mismo tiempo que se siente escuchado y atendido.

*“Es importante tener presente que el Triage no debe de convertirse en una consulta”, ya que pierde su esencia, retarda la valoración de otros pacientes y se corre el riesgo de proporcionar una consulta deficiente.*

Si las circunstancias lo permiten se registra en la hoja de Triage y se mantiene el contacto con los familiares.

## D. METODOLOGIA

### 3. Definir el nivel de prioridad y atender de acuerdo a él, no a la hora de llegada.

De acuerdo con los registros obtenidos, se establece el Nivel de Prioridad, basado en tres, cuatro o cinco, de acuerdo con las circunstancias del servicio, la experiencia del personal y las habilidades de los operantes.

Con la finalidad de facilitarlo, utilizaremos 3 prioridades  
De acuerdo al nivel de prioridad, el médico o enfermera establece el destino del paciente:

Pasa inmediatamente a atención

Se habilita espacio para pasar cuanto antes

Esperar consulta mediata o se refiere a consulta externa.

[Siguiendo](#)



## D. METODOLOGIA

### 4. El Médico o Enfermera del Triage establece contacto con el Médico del servicio

Con la información obtenida y registrada en la hoja de Triage, si el caso lo permite, el médico o enfermera hace contacto con el médico responsable de la atención en el interior del servicio, para transmitir la información recabada vía verbal o por escrito a través de la hoja de Triage.

El Médico receptor acepta los términos de la valoración inicial y en caso de presentarse alguna inconsistencia esto se analizará posteriormente.

Perseverancia, Capacitación, Aprendizaje, Actitud y labor en equipo, son aspectos que día a día mejoran el proceso.

[Regresar](#)

## NIVELES DE PRIORIDAD

Como resultado de la Valoración inicial, enfocada en la identificación del aspecto general del paciente, principales síntomas referidos, signos vitales y estado de conciencia, se define el Nivel de Prioridad, basado en tres, cuatro o cinco, de acuerdo con las circunstancias del servicio, la experiencia del personal y las habilidades de los operantes. Por nuestra experiencia y la resistencia en parte del personal para cambiar paradigmas, utilizaremos 3 prioridades

**NIVEL I - ROJO**

**NIVEL II - AMARILLO**

**NIVEL III - VERDE**

## **NIVEL DE PRIORIDAD I - ROJO**

Paro cardiaco. Pérdida de conocimiento. Eventos que ponen en peligro la vida o función de un órgano o extremidad. Requerimiento de Reanimación. Paciente con aspecto de gravedad. Paciente crítico, con evidentes signos de gravedad o descompensación. Datos de inestabilidad respiratoria o hemodinámica. Dolor torácico con diaforesis. Alteración neurológica focalizada. Paciente con dolor abdominal agudo. Lesiones y quemaduras mayores a 20%. Hemorragia de cualquier etiología. Lactantes, menores, embarazadas y personas de la tercera edad, con signos clínicos de agudización.

En los casos claramente identificados, los pacientes inmediatamente se ingresan a la Sala de Reanimación o Trauma-shock, de no contar con esa área se colocan en cama de Observación, camilla o consultorio.

**Atención de inmediata.**

[Regresar](#)

## NIVEL DE PRIORIDAD II - AMARILLO

Condiciones en las cuales el paciente puede deteriorarse, poniendo en peligro su vida o función de un órgano. Con estabilidad respiratoria y hemodinámica. Integridad neurológica. Déficit neurológico de más de 6 horas. Paciente con aspecto de malestar o facies de dolor. Antecedentes que representan un riesgo de inestabilidad o complicación. Evolución hacia un deterioro tal que puede determinar agravamiento. Reacciones adversas a medicamentos. Dificultad respiratoria tolerada Dolor torácico o abdominal atípicos. Hemorragia menor sin repercusión hemodinámica. Quemadura menor al 20%. ;

Atención a la brevedad , en espera de un espacio disponible . Se mantiene el contacto. **Atención antes de 15 minutos.**

[Regresar](#)

## NIVEL III - VERDE

Condiciones que el paciente percibe como urgencia, pero que no ponen en peligro la vida. Buen aspecto general, sin signos evidentes de gravedad o lesión. Tiene estabilidad respiratoria, hemodinámica. Integridad neurológica. Sin antecedentes o factores de riesgo. Cefaleas leves. Gastroenteritis sin deshidratación. Contusiones menores. Contusiones no recientes. Enfermedad crónica no agudizada. Patología infecciosa sin complicaciones. Personas recomendadas.

Algunas situaciones médico administrativas o medico legales.

Los pacientes en esta clasificación, son informados que pueden ser atendidos de acuerdo a las circunstancias del servicio o en todo caso que puede acudir a consulta externa.

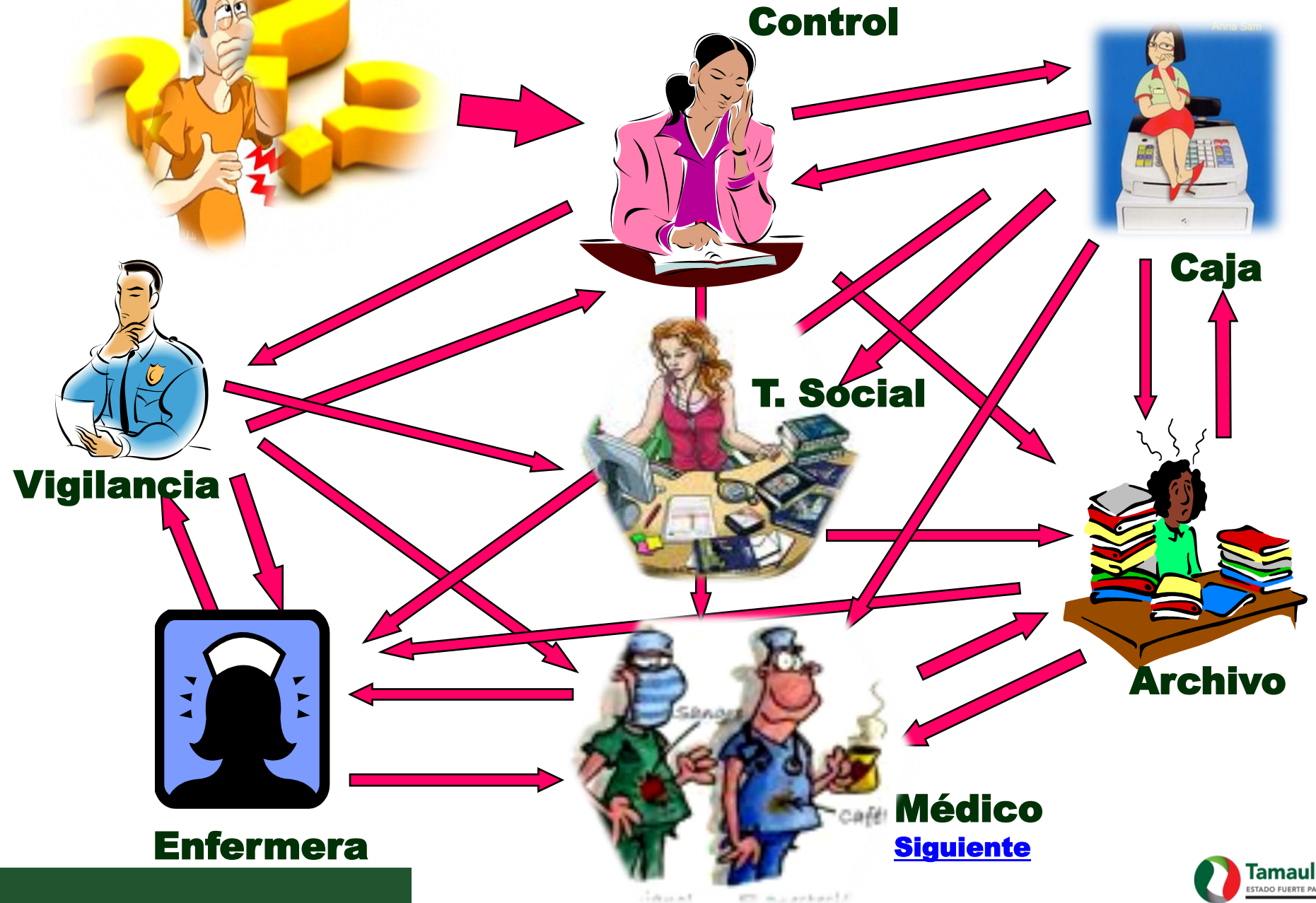
No hay tiempo limite para su atención.

[Regresar](#)



# ¿Cuál es la ruta del paciente en la sala de urgencias?

# TRIAGE

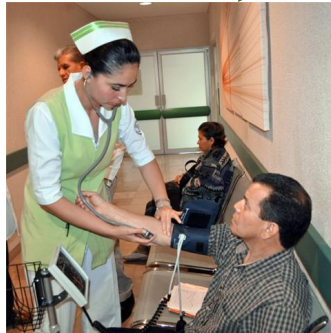




Paciente  
Llega a  
urgencias

## RUTA DEL PACIENTE EN URGENCIAS

Familiar Pasa a control.



Médico o  
Enfermera

Evaluación inicial y  
define Prioridad

Paciente



Médico

Confirma prioridad  
y Atiende urgencia



Control  
Registra



T. Social  
Orienta, apoya  
y tramita

Regresar

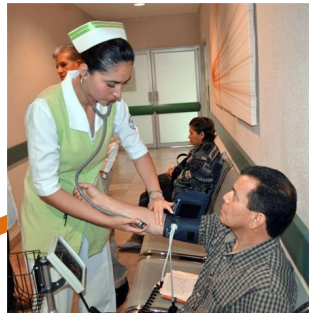


Vigilancia  
Seguridad personal  
y del inmueble





**LLEGADA A  
URGENCIAS**



**FAMILIAR PASA  
ADMISION**

**Aspecto enfermo, grave  
confuso o inconsciente  
Respiración < 8 o >30  
Palidez, Hipotensión, Dolor  
intenso, Disnea Diaforesis,  
Shock**

**PRIORIDAD I**

**Ingreso de  
inmediato y se inicia  
manejo**

**Consciente  
Aspecto enfermo  
Puede o no caminar  
Refiere dolor  
Variación en signos vitales  
pero "estable"**

**PRIORIDAD II**

**Se mantiene vigilancia.  
Se valora disponibilidad de  
espacio**

**Consciente  
Aspecto saludable  
Puede caminar  
No refiere dolor  
Signos estables  
Capaz de cumplir una  
orden.**

**PRIORIDAD III**

**Consulta si hay espacio o cita  
a C.E.**



[Regresar](#)



## G. CRITERIOS DE CLASIFICACION DE ACUERDO A APARATOS Y SISTEMAS

1. Signos y síntomas cardiovasculares. [lr](#)
2. Signos y síntomas abdominales y gastrointestinales. [lr](#)
3. Signos y síntomas respiratorios. [lr](#)
4. Signos y síntomas neurológicos. [lr](#)
5. Signos y síntomas músculo-esquelético. [lr](#)
6. Signos y síntomas oculares. [lr](#)
7. Signos y síntomas del oído, nariz y garganta. [lr](#)
8. Signos y síntomas urinarios. [lr](#)
9. Signos y síntomas genitales masculinos. [lr](#)
10. Signos y síntomas de los genitales y del sistema reproductor femenino. [lr](#)
11. Signos y síntomas del sistema tegumentario. [lr](#)
12. Signos y síntomas del sistema endócrino. [lr](#)
13. Signos y síntomas psicológicos. [lr](#)

**TABLA 1. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES**

PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor torácico irradiado a cuello o brazo, con diaforesis, disnea, náuseas o angustia</li> <li>• Ausencia de pulso</li> <li>• Disnea y ortopnea con edema predominio periférico</li> <li>• Cianosis</li> <li>• Síncope</li> <li>• Urgencia y Emergencia Hipertensiva. Hipotensión aguda severa.</li> <li>• Palpitaciones acompañadas de pulso irregular, diaforesis, náuseas, alteración del estado de alerta o alteración neurosensorial (Signos de bajo gasto cardiaco)</li> <li>• Hipertensión sistólica de más de 30 mmHg y diastólica de más de 15 mmHg de la habitual, asociada a cefalea, alteración neurosensorial, alteración del estado de alerta, dolor torácico o epistaxis</li> <li>• Lesión penetrante en tórax</li> <li>• Exposición eléctrica con alteración en signos vitales y pulso irregular</li> <li>• Lesión penetrante en vasos sanguíneos.</li> <li>• Taquicardia o bradicardia con presencia de signos.</li> <li>• Paciente en estado de shock</li> <li>• Dolor torácico con antecedente de enfermedad coronaria</li> <li>• Dolor torácico acompañado de pulsos asimétricos.</li> <li>• Dolor torácico no irradiado (sin disnea o pulso irregular, sin cambios en el color de la piel o diaforesis)</li> <li>• Lipotimia en paciente con marcapaso</li> <li>• Sangrado activo y signos de shock</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor torácico que aumenta con la inspiración profunda y con factores de riesgo.</li> <li>• Dolor torácico de moderado a intenso relacionado con la rotación del tronco, palpación o esfuerzo.</li> <li>• Episodio autolimitado de palpitaciones sin compromiso del estado general</li> <li>• Sangrado activo en paciente con antecedente de hemofilia</li> <li>• Dolor torácico que aumenta con la inspiración profunda</li> <li>• Dolor torácico asociado a tos y fiebre</li> <li>• Dolor torácico relacionado con la rotación del tronco o palpación</li> <li>• Cefalea pulsátil de aparición súbita.</li> <li>• Hipertensión sistólica de más de 20 mmHg y diastólica de más de 10 mmHg de la habitual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea con factores de riesgo.</li> <li>• Dolor torácico no característico, con factores de riesgo.</li> <li>• Dolor torácico asociado a tos y fiebre.</li> <li>• Lipotimias en pacientes con factores de riesgo.</li> <li>• Debilitamiento o palidez en pacientes con factores de riesgo.</li> </ul>

[Regresar](#)

**TABLA 2. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES**

PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal severo constante, Murphy, Mc Burney o Giordano positivo</li> <li>• Trauma abdominal penetrante</li> <li>• Trabajo de parto o Parto en curso</li> <li>• Retraso menstrual sangrado vaginal y dolor abdominal severo</li> <li>• Dolor abdominal con diaforesis, náusea, dolor en miembro superior izquierdo, disnea y angustia</li> <li>• Dolor abdominal, vómito o diarrea con signos de deshidratación</li> <li>• Trauma abdominal cerrado (menor de 24 horas), dolor severo, sangrado y signos de shock</li> <li>• Enterorragia importante</li> <li>• Hematemesis importante</li> <li>• Ingestión de tóxicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enterorragia moderada</li> <li>• Sangrado rectal sin otro</li> <li>• compromiso</li> <li>• Emesis en “pozo de café”</li> <li>• Lesión abdominal reciente (menor de 24 horas) sin dolor severo, sangrado o shock</li> <li>• Dolor abdominal intermitente, vómito, diarrea, deshidratación leve</li> <li>• Imposibilidad para deglutir sin dificultad para respirar</li> <li>• Dolor abdominal moderado en mujer sexualmente activa</li> <li>• Dolor abdominal moderado, sangrado vaginal y fiebre</li> <li>• Dolor abdominal localizado, constante o intermitente tolerable por el paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vómito sin sangre.</li> <li>• Diarrea sin compromiso del estado general del paciente</li> <li>• Flatulencia</li> <li>• Náuseas</li> <li>• Estreñimiento</li> <li>• Eructos</li> <li>• Regurgitación</li> <li>• Pirosis</li> <li>• Anorexia</li> <li>• Hiporexia</li> <li>• Cólico menstrual</li> </ul>

[Regresar](#)

**TABLA 3. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS**

PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apnea</li> <li>• Disnea súbita posterior a inhalación de sustancias químicas</li> <li>• Quemadura física o química de la vía aérea</li> <li>• Disnea de inicio súbito</li> <li>• Disnea acompañada de cianosis, sibilancias audibles</li> <li>• Disnea con tirajes supraclaviculares, intercostales, aleteo nasal o estridor.</li> <li>• Hemoptisis masiva</li> <li>• Trauma penetrante en tórax</li> <li>• Obstrucción de la vía aérea (cuerpo extraño, tapón de moco, trauma facial, inmersión)</li> <li>• Trauma cerrado de tórax acompañado de dolor torácico, disnea súbita o respiración asimétrica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tos con expectoración y fiebre</li> <li>• Disnea moderada progresiva</li> <li>• Hemoptisis moderada</li> <li>• Dolor torácico relacionado con la inspiración profunda</li> <li>• Disnea progresiva en paciente con antecedente de EPOC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tos seca o productiva hialina, rinorrea, malestar general, con o sin fiebre</li> <li>• Disfonía</li> <li>• Tos seca</li> <li>• Tos crónica sin signos de dificultad respiratoria</li> </ul>

[Regresar](#)

**TABLA 4. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS**

PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado epiléptico o episodio de convulsión o postictal.</li> <li>• Pérdida o deterioro progresivo del estado de conciencia con o sin trauma</li> <li>• Trauma en cráneo con pérdida del estado de alerta o déficit neurológico</li> <li>• Trauma en columna con déficit neurológico</li> <li>• Episodio agudo de pérdida o disminución de la función motora (disartria, paresia, afasia)</li> <li>• Episodio agudo de confusión</li> <li>• Episodio agudo de cefalea y cambio en el estado mental</li> <li>• Episodio agudo de cefalea y cifras tensionales altas</li> <li>• Trauma penetrante en cráneo</li> <li>• Pérdida súbita de la agudeza visual</li> <li>• Vértigo con vómito incoercible.</li> <li>• Sordera súbita</li> <li>• Trauma de cráneo en paciente anticoagulado hemofílico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia de síncope o lipotimia con recuperación total sin déficit neurológico</li> <li>• Trauma en cráneo sin pérdida de conciencia, sin déficit neurológico</li> <li>• Cefalea intensa en paciente con historia de migraña</li> <li>• Antecedente de convulsión con recuperación total sin déficit neurológico</li> <li>• Vértigo sin vómito</li> <li>• Disminución progresiva en fuerza o sensibilidad de una o más extremidades.</li> <li>• Cefalea asociada a fiebre y/o vómito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea crónica sin síntomas asociados</li> <li>• Dolor crónico y parestesias en extremidades</li> <li>• Parestesias asociadas a ansiedad e hiperventilación</li> </ul>

[Regresar](#)

**TABLA 5. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS MUSCULO-ESQUELETICOS**

PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fractura abierta con sangrado abundante o dolor intenso</li> <li>▪ Fractura de huesos largos.</li> <li>▪ Amputación traumática.</li> <li>▪ Dolor severo en extremidad con compromiso circulatorio</li> <li>▪ Trauma por aplastamiento con dolor severo o compromiso vascular o neurológico</li> <li>▪ Trauma en extremidad con deformidad, dolor y con sospecha de déficit neurológico o circulatorio</li> <li>▪ Deformidad en articulación con dolor intenso (luxación)</li> <li>▪ Fracturas múltiples</li> <li>▪ Trauma en cadera con dolor intenso y limitación para la movilización.</li> <li>▪ Lesiones por aplastamiento prolongado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trauma en extremidad sin deformidad, dolor tolerable sin déficit neurológico o circulatorio</li> <li>▪ Dolor lumbar irradiado a miembros inferiores y parestesias.</li> <li>▪ Dolor articular en paciente hemofílico</li> <li>▪ Trauma cerrado de mano y pie sin compromiso neurovascular</li> <li>▪ Lesiones de punta de dedo</li> <li>▪ Contusiones leves.</li> <li>▪ Trauma menor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dolor lumbar sin síntomas asociados</li> <li>▪ Espasmo muscular</li> <li>▪ Esguince</li> <li>▪ Dolor en dorso localizado</li> <li>▪ Dolor muscular sin otros síntomas</li> <li>▪ Edema sin trauma</li> <li>▪ Limitación funcional crónica</li> <li>▪ Artralgias con hipertermia</li> </ul>

[Regresar](#)



**TABLA 6. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS OCULARES**

PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trauma ocular químico o físico</li> <li>▪ Dolor agudo ocular o retro ocular</li> <li>▪ Visión borrosa o disminución súbita en la agudeza visual.</li> <li>▪ Trauma penetrante</li> <li>▪ Pérdida súbita de visión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hifema (Sangre en la cámara anterior)</li> <li>▪ Cuerpo extraño</li> <li>▪ Dolor tipo punzada asociado a cefalea</li> <li>▪ Cambios graduales de visión súbitos.</li> <li>▪ Diplopía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hemorragia subconjuntival</li> <li>▪ Secreción ocular y prurito</li> <li>▪ Edema palpebral</li> <li>▪ Cambios graduales de visión nosúbitos.</li> <li>▪ Trauma ocular no agudo sin síntomas</li> <li>▪ Ardor ocular</li> <li>▪ Fotopsias (ver luces)</li> <li>▪ Miodesopsias (ver puntos)</li> <li>▪ Lagrimeo</li> <li>▪ Halos al rededor de luces</li> </ul>

[Regresar](#)

**TABLA 7. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE OIDO, NARIZ Y GARGANTA**

PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
<ul style="list-style-type: none"> <li>Amputación traumática de la aurícula</li> <li>Otorragia u otoliquia posterior a trauma.</li> <li>Otalgia severa en niños.</li> <li>Rinorrea con sangre o cristalina posterior a trauma de cráneo</li> <li>Trauma facial con obstrucción de la vía aérea o riesgo de obstrucción.</li> <li>Epistaxis asociada a presión arterial alta y cefalea.</li> <li>Sangrado abundante</li> <li>Amputación de la lengua o herida de mejilla con colgajo</li> <li>Disfonía con historia de trauma en laringe o quemadura</li> <li>Odinofagia, sialorrea y estridor</li> <li>Disnea, disfagia e instauración súbita con estridor</li> <li>Sangrado activo en cirugía reciente de garganta, boca o nariz.</li> <li>Cuerpo extraño en faringe asociado a disnea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipoacusia aguda posterior a trauma</li> <li>Tinnitus, vértigo y fiebre</li> <li>Cuerpo extraño en oído, sangrado o molestia</li> <li>Otalgia, otorrea y fiebre</li> <li>Epistaxis intermitente con historia de trauma o hipertensión arterial</li> <li>Trauma nasal asociado a dificultad respiratoria leve</li> <li>Cuerpo extraño en nariz, dolor o dificultad respiratoria leve</li> <li>Herida por punción en paladar duro o blando</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tinnitus</li> <li>Cuerpo extraño en oído asintomático.</li> <li>Hipoacusia subaguda o crónica</li> <li>Rinitis, fiebre y congestión nasal</li> <li>Trauma nasal sin dificultad respiratoria</li> <li>Rinorrea, dolor malar o frontal y fiebre</li> <li>Odinofagia, fiebre y</li> <li>Adenopatías asintomática</li> <li>Lesiones menores en mucosa oral.</li> <li>Sensación de cuerpo extraño en faringe sin dificultad respiratoria</li> </ul> <p><a href="#">Regresar</a></p>

**TABLA 8. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS URINARIOS**

PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dolor severo en fosa renal, hematuria irradiado a fosa iliaca, sugestivo de Litiasis en vías urinarias.</li> <li>▪ Retención urinaria aguda.</li> <li>▪ Trauma de pelvis con hematuria o anuria.</li> <li>▪ Hematuria franca..</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuerpo extraño uretral.</li> <li>▪ Hematuria leve, disuria, polaquiuria, fiebre, vómito y escalofrío</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Historia de dificultad para la micción</li> <li>▪ Disuria o poliuria sin fiebre, vómito o escalofrío</li> <li>▪ Disminución en el flujo urinario.</li> <li>▪ Incontinencia urinaria</li> <li>▪ Secreción de pus</li> </ul>

**TABLA 9. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE GENITALES MASCULINOS**

PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dolor testicular severo, edema o hipopigmentación</li> <li>▪ Trauma en pene o escroto, dolor severo e inflamación</li> <li>▪ Dolor testicular moderado de varias horas</li> <li>▪ Abuso sexual</li> <li>▪ Priapismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dolor testicular leve, fiebre y sensación de masa</li> <li>▪ Edema del pene</li> <li>▪ Cuerpo extraño con molestia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Secreción purulenta</li> <li>▪ Cuerpo extraño sin molestia</li> <li>▪ Prurito o rash perineal</li> <li>▪ Trauma menor</li> <li>▪ Masa en testículo</li> <li>▪ Impotencia</li> </ul>

[Regresar](#)

**TABLA 10. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE GENITALES FEMENINOS**

PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trabajo de parto en curso</li> <li>▪ Sangrado vaginal o uretral severo posterior a trauma</li> <li>▪ Retraso menstrual, dolor abdominal severo o irradiado a hombro</li> <li>▪ Hemorragia vaginal severa durante el embarazo (más de cuatro toallas por hora)</li> <li>▪ Amniorrea espontánea en el embarazo</li> <li>▪ Trauma en el embarazo</li> <li>▪ Hipertensión arterial en el embarazo</li> <li>▪ Convulsiones en paciente embarazada</li> <li>▪ Choque en el embarazo</li> <li>▪ Abuso sexual menor de 72 horas</li> <li>▪ Trauma con, hematoma o laceración genital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abuso sexual mayor de 72 horas</li> <li>▪ Sangrado vaginal (más de 10 toallas por día)</li> <li>▪ Sangrado vaginal pos aborto o pos parto sin hipotensión o taquicardia</li> <li>▪ Cuerpo extraño con molestia</li> <li>▪ Dolor severo en mamas y fiebre</li> <li>▪ Dolor abdominal acompañado de fiebre y flujo vaginal</li> <li>▪ Dolor abdominal pos parto, fiebre y coágulos fétidos</li> <li>▪ Disminución de movimientos fetales</li> <li>▪ Dolor abdominal pos quirúrgico</li> <li>▪ Signos de infección en la herida quirúrgica</li> <li>▪ Sintomatología urinaria en mujer embarazada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prurito vaginal o flujo</li> <li>▪ Infertilidad</li> <li>▪ Determinar embarazo</li> <li>▪ Amenorrea sin sangrado o dolor</li> <li>▪ Cuerpo extraño s/molestia</li> <li>▪ Dispareunia</li> <li>▪ Dismenorrea</li> <li>▪ Irregularidad en el ciclo menstrual</li> <li>▪ Prolapso vaginal</li> <li>▪ Disfunción sexual</li> <li>▪ Oleadas de calor</li> <li>▪ Mastalgia</li> </ul>

[Regresar](#)

**TABLA 11. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE SISTEMA TEGUMENTARIO**

PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mordeduras con sangrado abundante</li> <li>▪ Mordedura con herida, de cualquier animal</li> <li>▪ Picadura de animal ponzoñoso de menos de 4 hrs. De evolución o con respuesta alérgica sistémica</li> <li>▪ Hipotermia</li> <li>▪ Rash con petequias y fiebre</li> <li>▪ Quemadura por calor o frío con deshidratación o compromiso general del paciente.</li> <li>▪ Quemadura en cara, cuello, manos, pies y genitales</li> <li>▪ Herida penetrante exsanguinante</li> <li>▪ Lesión en nervio, tendón o vaso sanguíneo</li> <li>▪ Reacción alérgica con compromiso ventilatorio o hemodinámica.</li> <li>▪ Toda quemadura de más 20% superficie corporal en adultos y 10% en niños</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mordedura de animal sin herida</li> <li>▪ Mordedura de serpiente o araña asintomática sin reacción alérgica</li> <li>▪ Hipotermia, palidez o cianosis localizada, sin dolor.</li> <li>▪ Rash,</li> <li>▪ Dolor osteomuscular generalizado, fatiga y fiebre</li> <li>▪ Quemadura sin compromiso del estado general del paciente y dolor tolerable</li> <li>▪ Lesiones en piel sin compromiso del estado general</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Picaduras menores localizadas</li> <li>▪ Lesión por frío sin hipopigmentación y dolor leve</li> <li>▪ Laceración</li> <li>▪ Herida menor por punción</li> <li>▪ Retiro o revisión de sutura</li> <li>▪ Herida infectada localizada</li> <li>▪ Rash sin fiebre o síntomas sistémicos</li> <li>▪ Celulitis</li> <li>▪ Cuerpo extraño menor en tejidos blandos</li> <li>▪ Rash de aparición súbita, pruriginoso sin compromiso respiratorio</li> <li>▪ Quemadura solar grado I</li> <li>▪ Adenopatías</li> <li>▪ Descamación, prurito</li> <li>▪ Excoriaciones</li> <li>▪ Resequedad</li> <li>▪ Diaforesis sin síntomas asociados</li> </ul>

[Regresar](#)

**TABLA 12. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL SISTEMA ENDOCRINO**

PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deshidratación</li> <li>▪ Polipnea o respiración de Kussmaul</li> <li>▪ Hipotermia</li> <li>▪ Diaforesis profusa</li> <li>▪ Edema generalizado (Mixedema)</li> <li>▪ Taquicardia importante.</li> <li>▪ Exoftalmos con taquicardias y temblor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poliuria</li> <li>▪ Polidipsia</li> <li>▪ Diaforesis</li> <li>▪ Temblor</li> <li>▪ Deshidratación moderada.</li> <li>▪ Palpitaciones, temblor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intolerancia al calor o frío</li> <li>▪ Pérdida de peso</li> <li>▪ Polifagia</li> <li>▪ Obesidad</li> <li>▪ Oleadas de calor</li> <li>▪ Tetania (espasmo muscular fuerte súbito)</li> </ul>

**TABLA 12. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS PSICOLOGICOS**

PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intento de suicidio o ideación suicida</li> <li>▪ Agitación psicomotora</li> <li>▪ Estado Confusional agudo</li> <li>▪ Alucinaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Depresión</li> <li>▪ Paciente desea evaluación</li> <li>▪ Estado de ansiedad agudo</li> <li>▪ Trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia)</li> <li>▪ Abuso de sustancias o medicamentos</li> <li>▪ Insomnio severo</li> <li>▪ Estado conversivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Depresión leve</li> <li>▪ Paciente desea evaluación</li> <li>▪ Ansiedad crónica.</li> <li>▪ Desorden de la conducta</li> </ul>

[Regresar](#)

## H. FORMATO DE TRIAGE

Debe ser un documento de fácil elaboración y comprensión y que tome el menor tiempo posible; esto facilitará la continuidad de la atención, un Triage avanzado más oportuno y acortará el tiempo de espera para la evaluación de los demás pacientes.

Si bien existen otros formatos, todos ellos reúnen características funcionales y operativas, pero formatos con muchos campos por llenar, pueden retardar la atención y más parecerá una consulta, que una evaluación inicial..

HOSPITAL:		HOJA DE TRIAGE	
Nombre: _____		Edad _____	
Motivo de consulta: _____			
_____			
Aspecto: Grave <input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/>			
S. Vitales PA _____ FC _____ FR _____ T _____			
Pulso Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/>			
Glasgow	Ocular	Verbal	Motora
1 a 4	<input type="checkbox"/>	1 a 5	<input type="checkbox"/>
		1 a 6	<input type="checkbox"/>
			TOTAL
			15 <input type="checkbox"/>
ALERTA	<input type="checkbox"/>	OBNUBILADO	<input type="checkbox"/>
		ESTUPOR	<input type="checkbox"/>
		COMA	<input type="checkbox"/>
Antecedentes Relevantes _____			
_____			
PRIORIDAD I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>			
Nombre y Firma _____			
_____			

[Regresar](#)



## I. BIBLIOGRAFIA

- Dirección General de Calidad y Educación en Salud. SICALIDAD, Estrategia SUMAR 2010
- American College of Surgeons. ATLS, Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos. Sexta edición. Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos. Chicago, 2007.
- Brillman J, Doeze D. Triage: limitations in predicting need for emergent care and hospital admission. Ann Emerg Med 1996; 27:493–500.
- Cook S, Sinclair D. Emergency Department Triage: a program assesment using the tools of continuous quality improvement. Emerg Med 1993; 15: 889–894.
- Derlet R, Kinser D. The Emergency Department and triage of non urgent patients: editorial . Ann Emerg Med 1994; 23:377–379.
- Derlet R, Kinser D, Lou R, et al. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an Emergency Department: a 5 years study. Ann Emerg Med 1996; 25:215–223.
- Derlet R, Reynolds J. Triaging patients with abdominal pain out of the Emergency Department: three months feasibility study. University of California, Davis Medical Center.
- Estrada E. Triage System. Nurs Clin North Am 1981; 16:13–24.
- Vicepresidencia Prestadora de servicios de Salud. Triage de Urgencias. Instituto de Seguros Sociales. Bogotá, 1999.
- Kennedy K, Aghababian RV, Gans L, et al. Triage: techniques and applications in decision making. Ann Emerg Med 1996; 28:136
- Lowe R, Bindman A, Ulrish S, et al. Refusing care to Emergency Department patient: evaluation of published triage guidelines. Ann Emerg Med 1994; 23:286–293.
- Mower W, Sachs C, Nicklin E, et al. Pulse oxymetricas a fifth paediatric vital sign. Pediatrics 1997; 99:681– 686.
- Pulido H. Triage hospitalario. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Bogotá, 2000.
- Sampalis J, Lavoie A, Williams J, et al. Impact of onsite care, prehospital time and level of in hospital care on survival in severely injured patients. J Trauma 1993; 34:252–261.
- Williams R. Triage and Emergency Department services. Ann Emerg Med 1996; 27:506–506.
- Vanegas S. Protocolo de triage del Departamento de Urgencias. Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, 1995.

[Regresar](#)