

Tabla de Contenido

Concepto de Triage	3
Triage Prehospitalario	3
Triage Institucional de Urgencias	4
Esquema Operativo en Desastres	5
Niveles de Triage en Desastres	8
Zona de impacto	8
Módulo de Estabilización y Clasificación (MEC)	8
Instituciones de Salud	8
Triage Simplificado	9
Rescate o Evacuación Prioritaria	9
Rescate o Evacuación Ordinaria	9
No Evacuar	9
Evaluación Clínica para el Triage Simplificado	10
Respiración	10
Circulación	10
Actividad Cerebral	10
Triage Secundario	12
Prioridad Roja	12
Prioridad Amarilla	12
Prioridad Verde	12
Prioridad Negra	12
Prioridad Blanca	12
Ficha de Triage Prehospitalario	13
Triage Institucional	14
Proceso	14
Prioridad Roja	15
Prioridad Amarilla	16
Prioridad Verde	17
Prioridad Negra	18
Prioridad Blanca	18
Pacientes Sin Prioridad	19
Modelo de Ficha de Triage del Servicio de Urgencias ..	20
Ejercicios de Triage en Urgencias	21

1. Concepto de Triage

El triage es un procedimiento mediante el cual se hace una **revisión y clasificación** de víctimas cuando su número excede los recursos disponibles de atención inmediata para establecer prioridades en tratamiento y evacuación.

La persona a cargo del triage debe estar en capacidad de realizar un reconocimiento rápido de los pacientes, tomar decisiones inmediatas y realizar un etiquetado ágil y preciso; en lo posible debe tener experiencia y entrenamiento previos para lograr mayor precisión y exactitud. Todo el personal del equipo asistencial de salud debe estar en capacidad de hacer triage.

Con fines metodológicos vamos a diferenciar dos tipos de triage, según el lugar y la situación donde se aplica:

1.1. Triage Prehospitalario

En eventos con múltiples víctimas, la clasificación se establece sobre la base de un diagnóstico y un pronóstico. La prioridad estará determinada por la gravedad de la afección y la edad del paciente.

Este triage se aplica en tres lugares:

- Lugar del accidente o zona de impacto.
- Módulo de Estabilización y Clasificación (MEC).
- Área de transporte asistencial.

Las conductas terapéuticas a ofrecer, van desde el salvamento y los primeros auxilios hasta el tratamiento médico o quirúrgico definitivo.

1.2. Triage Institucional de Urgencias

El triage en la institución de salud debe realizarse en todo momento en que la demanda de atención en urgencias supere la capacidad institucional normal, incluyendo horas y días que habitualmente presentan una mayor afluencia de pacientes; quiere decir esto, que la acción del triage en una institución de salud no debe realizarse únicamente en desastre o emergencia.

2. Esquema Operativo en Desastres

CADENA DE SOCORROS

La Cadena de Socorros es un esquema operativo utilizado para rescatar, estabilizar y transportar a los lesionados por el desastre, desde la zona de impacto hasta una unidad hospitalaria adecuada.

Paralelamente, debe desarrollarse la Cadena de Asistencia Humanitaria que se encargue de brindar la ayuda a las personas víctimas del desastre que no presentan lesiones o enfermedades agudas; se inicia en la zona de impacto y llega hasta la ubicación definitiva o, como mínimo, en un alojamiento temporal.

Para que la Cadena de Socorros sea efectiva, se requiere que esta estructura organizativa sea conocida, probada y aprobada por todas las instituciones que de una u otra forma intervienen en los operativos, incluyendo a las autoridades locales.

La Cadena de Socorros busca, en términos de asistencia médica, un sistema de priorización y tratamiento por etapas desde el lugar de impacto hasta el manejo definitivo en los centros hospitalarios, buscando durante el proceso mejorar el pronóstico y evitar complicaciones y posibles secuelas de las lesiones.

La cadena comprende tres eslabones que se esquematizan más adelante. El primero, corresponde a la zona de impacto del desastre y que puede presentar riesgos derivados de la ocurrencia del evento como estructuras inestables, elementos inflamables o tóxicos, etc., por lo cual se delimita con una línea de seguridad y en donde debe intervenir sólo personal que posea la capacitación y los elementos para trabajar adecuadamente.

Por lo anterior, el personal médico que actúe en la zona de impacto deberá tener entrenamiento y experiencia en autos salvamento, salvamento, búsqueda y rescate.

El segundo eslabón, corresponde a la zona donde se realiza la coordinación global de la atención del desastre y la atención y clasificación de los lesionados, previo a su transporte al tercer eslabón.

El tercer eslabón está conformado por los centros hospitalarios donde se realizará el manejo definitivo de los pacientes.

La cadena de socorro es de carácter interinstitucional e idealmente debe funcionar de acuerdo con los parámetros definidos en el Comité para la Atención y Prevención de Desastres.

A continuación se presenta una ilustración y un resumen del esquema operativo:



ESQUEMA DE LA CADENA DE SOCORROS

ESQUEMA DE LA CADENA DE SOCORROS

Eslabón 1 - Zona de Impacto

ACCIONES

- Coordinación.
- Búsqueda y rescate.
- **Triage Simplificado.**
- Estabilización y transporte.

ELEMENTOS

- Grupos de búsqueda y rescate.
- Personal médico: APH y Triage.
- Estaciones de Coordinación.

----- LINEA DE SEGURIDAD -----

Eslabón 2 - Zona de Atención y Coordinación

ACCIONES

- Coordinación.
- **Triage prehospitalario.**
- Instalación del M.E.C. y el P.M.U.
- Acondicionamiento del refugio provisional.
- Estabilización y transporte de lesionados.
- Registro y ubicación de los afectados.

ELEMENTOS

- Puesto de Mando Unificado, P.M.U.
- Módulo de Estabilización y Clasificación, M.E.C.
 - Personal médico y paramédico
- Apoyo Logístico.
- Refugio.

Eslabón 3 - Unidades Hospitalarias

ACCIONES

- Coordinación interinstitucional e intersectorial.
- **Triage institucional (hospitalario).**
- Remisiones.
- Atención definitiva.
- Asistencia a los afectados.

ELEMENTOS

- Centro de remisiones.
- Centros Hospitalarios.
- Alojamiento Temporal.
- Comité para la Prevención y Atención de Desastres

3. Niveles de Triage en Desastres

Dentro del esquema operativo de la CADENA DE SOCORROS utilizado para rescatar, estabilizar y transportar a los lesionados por el desastre desde la zona de impacto hasta una unidad hospitalaria adecuada, el triage se ejecuta en tres niveles correspondientes a los eslabones de la cadena.

3.1. Zona de impacto

Se debe realizar triage para determinar prioridad de salvamento, prestar los primeros auxilios, determinar prioridad de evacuación y brindar transporte adecuado hasta el MEC; la marcación debe realizarse con tarjetas, banderolas, cintas, etc., utilizando el código internacional de colores.

3.2. Módulo de Estabilización y Clasificación (MEC)

Para revisar la prioridad, estabilizar pacientes, brindar tratamiento prehospitalario, organizar el transporte secundario, utilizando la demarcación por tarjetas.

3.3. Instituciones de Salud

Primario: Para racionalizar el uso de recursos internos disponibles, estabilizando y aplicando tarjetas o códigos sobre las historias clínicas.

Secundario: Si es necesario remitir a otros niveles de complejidad: coordinar comunicación y transporte a otras instituciones para brindar una atención definitiva y racionalizar recursos.

4. Triage Simplificado

INICIAL EN LA ZONA DE IMPACTO

El triage en la Zona de Impacto debe estar dirigido a realizar una acción clara, ágil y eficaz para llevar a cabo un rescate o evacuación eficiente, optimizando el recurso humano y técnico.

En la evaluación clínica se tienen en cuenta la respiración, la circulación y la actividad cerebral, definiendo tres grupos así:

4.1. Rescate o Evacuación Prioritaria

Se consideran en esta categoría pacientes en estado crítico recuperables. Aplicando el código de colores, se les asigna el rojo.

Las acciones en cada paciente se realizarán según protocolos convencionales.

4.2. Rescate o Evacuación Ordinaria

Se incluyen en esta categoría los individuos o pacientes estables (codificados con el color amarillo) y los pacientes críticos no recuperables (color negro), quienes por su condición de bajo pronóstico no deben retardar la atención y evacuación de los pacientes con mejor pronóstico identificados con el color rojo.

4.3. No Evacuar

Las personas que se encuentren fallecidas o fallezcan durante el proceso de traslado; deberán permanecer en el lugar que fueron hallados o en el eslabón referente hasta que se cumplan los procedimientos de medicina legal correspondientes.

5. Evaluación Clínica para el Triage Simplificado

Se evaluarán tres criterios: La Respiración, la Circulación y la Actividad Cerebral.

5.1. Respiración

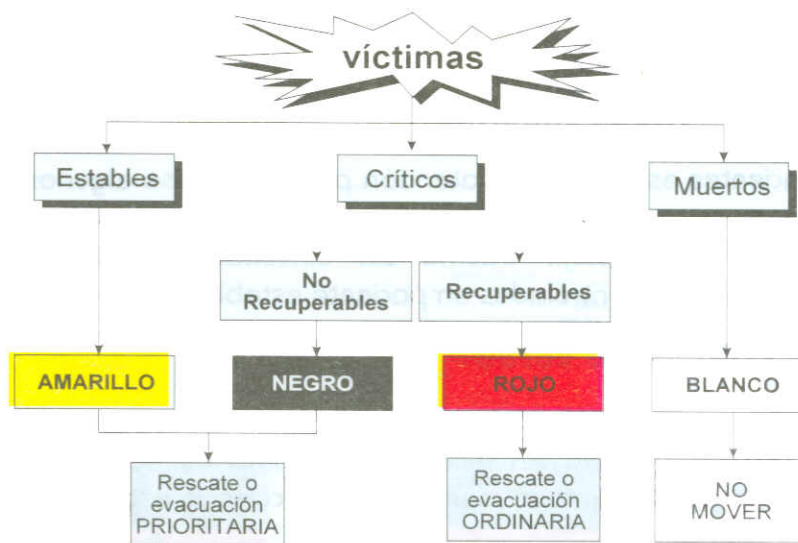
- **Estable:** Si el paciente respira con una frecuencia entre 15 y 30 por minuto.
- **Crítico Recuperable:** Si está fuera de estos rangos.
- **Crítico No Recuperable:** Si no respira se debe despejar la vía aérea y nuevamente verificar la respiración; en caso de persistir ausente, se considera como no recuperable; si reanuda respiración, se evalúa nuevamente.

5.2. Circulación

- **Estable:** Si se encuentra pulso palpable entre 60 y 100 por minuto.
- **Crítico Recuperable:** Si está fuera de estos rangos pero sigue siendo palpable.
- **Crítico No Recuperable:** Si no es palpable o está ausente.

- **Crítico Recuperable:** Puede tener compromiso del estado de conciencia, del sistema motor o del lenguaje, pero conserva pulso y respiración adecuadas.
- **Crítico No Recuperable:** Se encuentra inconsciente, sin actividad motora ni refleja.

En resumen, se seguirá el proceso presentado en el Gráfico:



6. Triage Secundario

El triage debe ser dinámico y estar reclasificando cuando se requiera.

6.1. Prioridad Roja

Lesiones inestables con posibilidades de recuperación, que comprometen en el corto plazo la vida del paciente o que demanden cuidado y atención inmediata (p.ej.: obstrucción respiratoria, shock, hemorragias externas, personal del equipo de socorro).

6.2. Prioridad Amarilla

Pacientes estables cuya atención puede diferirse algunas horas, porque sus lesiones no ponen en peligro su vida a corto plazo (p.ej.: trauma sin dificultad respiratoria hemorragias controladas en paciente estable).

6.3. Prioridad Verde

Lesiones de solución definitiva a nivel prehospitalario o con atención definitiva sin riesgo por encima de 48 horas. (Trauma tegumentario menor, fractura cerrada estable).

6.4. Prioridad Negra

Pronóstico reservado, moribundos o imposibles (paro cardio-respiratorio no presenciado, lesiones graves que impiden reanimación, trauma múltiple severo).

6.5. Prioridad Blanca

Los muertos.

7. Ficha de Triage Prehospitalario

Nº 280245 Nº 280245 Socorrista  Transportador REPUBLICA DE COLOMBIA SISTEMA NACIONAL DE SALUD CLASIFICACION DE VICTIMAS Nº 280245 Fecha: _____ Hora: _____ Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Lugar de evento: _____ TIPO DE ACCIDENTE: _____ LESIONES: _____	TRATAMIENTO ADMINISTRADO EN EL SITIO DEL ACCIDENTE HORA: _____ Nombre del responsable M.D. ☐ Enf. ☐ Otro ☐ REMITIDO A: _____ TRATAMIENTO INICIAL EN EL HOSPITAL HORA: _____ Nombre del responsable M.D. ☐ Enf. ☐ Otro ☐
PRIORIDAD DE TRASLADO 0  280245 I  280245 ATENCION INMEDIATA II  280245 ATENCION URGENTE III  280245 ATENCION NO URGENTE	

8. Triage Institucional

En nuestro país las instituciones de salud están instaurando un sistema de triage en la atención de urgencias, para mejorar la oportunidad de atención a los pacientes que por su condición clínica tienen prioridad. Podemos convertir el triage en un sistema de gran utilidad en los servicios de urgencias ya que no sólo los descongestiona sino agiliza y ayuda a brindar una atención con calidad.

8.1. Proceso

Al ingresar el paciente al servicio, el personal auxiliar de portería lo dirige hacia el punto o área de triage, en el cual encontrará a un médico de triage quien se encargará de ubicarlo según su prioridad de atención, teniendo en cuenta la clasificación y diligenciando la ficha de triage al paciente.

Una vez calificada la prioridad de atención del paciente, se facilitará su ingreso inmediato al área en la cual se le prestará el servicio (reanimación, sala de procedimientos, cuidado respiratorio, etc.) o se colocará su historia clínica en la gaveta que existe para tal fin en orden de atención por prioridades, así entonces la gaveta tendrá los códigos amarillo, verde y otro sin código. La prioridad roja no se deja en la gaveta ya que todos ingresarán de inmediato, y en la sección sin código se colocarán las atenciones correspondientes a controles, procedimientos diferidos y en general todos los servicios que se realizan con orden previa.

Como norma general se tendrá en cuenta que la enfermera podrá predefinir la prioridad de atención, o indicar una consulta externa prioritaria, más no calificará en forma definitiva si la atención del paciente corresponde o no a una urgencia, lo cual legalmente incumbe sólo al médico tras una anamnesis y evaluación clínica. Tanto médico como

enfermera dejarán constancia escrita de la revisión y la decisión tomada.

8.2. Prioridad Roja

Pacientes con patología manifestada en inestabilidad de signos vitales y riesgo de perder la vida en corto tiempo o que su situación requiere una atención inmediata.

Demandan rápida estabilización y corresponden a pacientes que pueden cursar con las siguientes patologías en la mayoría de los casos:

- Dificultad respiratoria severa
- Shock de cualquier etiología
- Hemorragia externa abundante
- Heridas precordiales
- T.C.E. con signos de lateralización
- Deterioro agudo del estado de conciencia
- Quemaduras de gran extensión
- Paro cardio-respiratorio
- Intoxicaciones
- Trauma múltiple
- Trauma penetrante de cualquier etiología
- Crisis hipertensivas (TAS > 160 / TAD > 110)
- Hematemesis (con signos de sangrado activo)
- Reacción anafiláctica
- Enfermedad aguda en paciente inmunosuprimido
- Deshidratación severa en lactantes
- Lactante con síndrome febril severo (aplicar medios físicos y reclasificar)
- Paciente en gestación con antecedentes de riesgo
- Trabajo de parto expulsivo
- Paciente psiquiátrico agresivo

Estos pacientes se deben estabilizar y reanimar de inmediato, teniendo en cuenta reclasificarlos con el fin de

reubicarlos ya sea en el color rojo o en amarillo según corresponda teniendo en cuenta su nuevo estado. Esto mientras se remiten o se estabilizan en forma definitiva.

8.3. Prioridad Amarilla

Pacientes con lesiones de gravedad pero con signos vitales estables o lesiones aparentemente no muy graves con algún grado de compromiso de los signos vitales.

Son los pacientes que ingresan al servicio de urgencias, que presentan patologías que pueden dar un período de espera mientras son atendidos; las patologías más comunes que encontramos en éste grupo son:

- Dolor torácico
- Dolor abdominal agudo
- Cefalea severa reciente
- Status epiléptico
- Fracturas abiertas o complicadas
- Fracturas simples de fémur y pelvis
- Quemaduras (G II mayor de 20% o G III)
- T.C.E. sin lateralización
- Trauma raquímedular no complicado
- Víctimas con diagnóstico desconocido
- Estado psicótico agudo
- Asma bronquial
- Estado posictal
- Síncope de cualquier etiología
- Hemoptisis no masiva
- Cólico renal
- Metrorragia durante la gestación
- Hipo o hiperglucemia con compromiso del estado general
- Crisis de angustia y ansiedad

Estos pacientes deben recibir valoración médica lo más pronto y en caso de ser posible, en el momento se mantendrá al paciente en una de las áreas de observación bajo cuidado de enfermería. En caso de estar en la sala de espera, el personal de esta área hará una observación lo más detallada posible.

Mientras el médico asume el control, el personal de enfermería hará control de la hemorragia externa, colocación de línea endovenosa, monitoreo, inmovilización de fracturas y control de evolución, avisando al médico si cambió la condición clínica.

8.4. Prioridad Verde

Pacientes con lesiones de alguna gravedad o enfermedad que sin comprometer signos vitales implican dolor, limitación funcional o generan angustia al paciente o sus familiares.

Aquí se incluyen los pacientes que requieren tratamientos diferidos o que presentan lesiones aparentes; pueden esperar para su atención definitiva, sin riesgo, por encima de 48 horas. Encontramos las siguientes patologías:

- Fracturas menores
- Quemaduras menores
- Trauma leve
- Épistaxis sin compromiso del estado general
- Víctimas afectadas psicológicamente y socialmente sin alteración severa de la conducta
- Reacciones cutáneas
- Forúnculos
- Esguinces
- Cuerpos extraños no complicados
- Dolor de oído
- Vértigo
- Enfermedades eruptivas

- Metrorragia moderada no asociada a embarazo
- Infección respiratoria sin dificultad respiratoria
- EDA con compromiso del estado general
- Infecciones con compromiso del estado general
- Trombosis venosa profunda
- Hemorroides trombosadas o prolapsadas
- Patologías asociadas a dolor intenso

Estos pacientes recibirán atención médica en orden de llegada una vez los profesionales disponibles hayan atendido los pacientes de otras prioridades, permanecerán en la sala de espera.

8.5. Prioridad Negra

Pacientes con diagnóstico reservado, moribundos o imposibles (paro respiratorio no presenciado, lesiones graves que impiden reanimación, trauma múltiple severo); en este caso se ingresarán de inmediato a reanimación, pero en caso de estar presente un paciente con prioridad roja, primero se atenderá este último y luego al de la prioridad negra si el diagnóstico y pronóstico, a juicio del médico, justifican la reanimación.

8.6. Prioridad Blanca

Muertos. Se deben trasladar a la morgue o sitio específico para dejar los cadáveres.

En caso de muerte por causa externa, tal como accidentes, intoxicaciones, lesiones personales, etc., se dará aviso a la autoridad competente para iniciar los trámites de levantamiento del cadáver. En casos de duda sobre la causalidad de la muerte, o muerte no presenciada por el médico del servicio, sin médico tratante que pueda asumir la certificación de muerte o que la historia del servicio no suministre los elementos para emitir un certificado

adecuado, también se procederá a solicitar el levantamiento del cadáver a la autoridad competente.

En casos de existir médico tratante o historia clínica que respalde la emisión de un certificado se procederá a expedirlo, teniendo en cuenta que si el fallecimiento no fue presenciado, se anotará en la casilla respectiva del certificado, que se obtienen los datos por información de los familiares, dejando en la historia clínica una nota al respecto.

8.7. Pacientes Sin Prioridad

Corresponde a aquellas personas cuyo motivo de consulta al interrogatorio de la recepcionista o enfermera es motivado por control médico de una lesión o un problema de salud antiguo que no se agudiza, porque desea un certificado de estado de salud, etc., condiciones en las cuales ni siquiera se considera por parte del mismo paciente que se requiere de una consulta urgente.

Estos casos se orientarán hacia la solicitud de una cita por consulta externa preferiblemente con su médico tratante o familiar; como ejemplo tenemos:

- Infección respiratoria no complicada, estado gripal
- Afecciones crónicas
- Enfermedad dermatológica leve
- EDA sin compromiso del estado general
- Onicocriptosis y paroniquias
- Ulceras varicosas
- Amenorrea o dismenorrea
- Infecciones sin compromiso del estado general

9. Modelo de Ficha de Triage del Servicio de Urgencias

HORA:		FECHA:		
Nombre:				
Edad:	FR:	FC:	TA:	
Motivo de Consulta:				
Revisión por Sistemas:				
NEGRO	ROJO	AMARILLO	VERDE	BLANCO
NO PRIORIDAD		Razón:		
Elaborado por:				
Profesión:				
Registro:				

10. Ejercicios de Triage en Urgencias

A continuación se presenta una lista de casos hipotéticos de pacientes víctimas de enfermedad o trauma, que consultan a un servicio de urgencias:

Paciente 1: Hombre de 35 años, dolor abdominal que se inició en epigastrio y se ubica en flanco derecho, alerta, FR:16, FC:90 T:37.8°C.

Paciente 2: Mujer de 4 años, consciente, respira sin dificultad, tos y fiebre de 3 días de evolución, vómito en una ocasión, T:39°C, buena ventilación pulmonar sin signos meníngeos.

Paciente 3: Mujer de 14 años, FR:28, agitada, refiere adormecimiento en brazos y cara.

Paciente 4: Mujer de 18 años con excoriaciones en pierna derecha, dolor, deformidad y limitación funcional en rodilla izquierda. Se cayó de una rueda giratoria en un parque recreativo. Consciente agitada, angustiada.

Paciente 5: Hombre de 84 años pálido, con dolor opresivo en epigastrio y dificultad para respirar. TA:90/60, FC:50

Paciente 6: Mujer de 26 años, en gestación con 18 semanas de gestación, con sangrado vaginal escaso, consciente, angustiada.

Paciente 7: Hombre de 25 años, con dolor intenso a nivel lumbar que se inició súbitamente y se irradia hacia el testículo del mismo lado, puño percusión dorsal intensamente dolorosa.

Paciente 8: Mujer de 14 años, consciente, respira sin dificultad, presenta deposiciones diarreicas, fétidas, con mucosidad y se acompañan de pujos y "retorciones de barriga" en número de 8 al día, afebril, hidratada.

Paciente 9: Hombre de 22 años, presenta dolor en el abdomen a nivel de epigastrio, consciente, respira con ligera dificultad, signos vitales estables, pulso rápido y fuerte, pálido

Paciente 10: Mujer de 18 años a quien se colocaron 5 puntos de sutura en brazo derecho hace 8 días y consulta para retiro de puntos.

Paciente 11: Hombre de 40 años a quien se le terminó hace dos días el verapamilo formulado para el control de su presión arterial,

TA:180/110, FC:78

Paciente 12: Mujer de 30 años atropellada por una motocicleta, presenta dolor abdominal con defensa a la palpación y herida en antebrazo derecho con sangrado venoso consciente, angustiada.

Paciente 13: Mujer de 44 años, consciente, respira con dificultad, tos y fiebre de 2 días de evolución. T:38.5°C, hipoventilación pulmonar.

Paciente 14: Hombre de 28 años con caída de más o menos 2 metros de altura, aliento alcohólico, incoherente, excoriaciones en brazos y piernas.

Paciente 15: Hombre de 24 años con dolor fuerte y lesión de aspecto califorme con abundante secreción purulenta en grueso artejo con imposibilidad para deambular, afebril, TA:130/80, FR 26 FC:78

Paciente 16: Hombre de 18 años, hace 30 minutos sufrió episodio convulsivo, somnoliento, con laceraciones a nivel bucal, SV estables.

Paciente 17: Hombre de 35 años de edad de ocupación cotero, con dolor lumbar irradiado a miembro inferior, ant de cuadro periódico similar desde hace 2 años, en región posterior del área lumbar derecha se observa zona eritematosa, hiperestesia lumbar, aumento de la tonicidad muscular, el dolor se incrementa al elevar el miembro inferior derecho.

Paciente 18: Hombre de 18 años con herida por arma cortopunzante en región posterior derecha del tórax, consciente, pálido, sangrado abundante, TA:90/60, FR:28, FC:96

Paciente 19: Hombre de 8 años con síndrome febril de 10 horas de evolución, limitación para mover el brazo izquierdo y eritema en la región axilar con lesiones de aspecto pustuloso, álgido, T:37.8°C

Paciente 20: Mujer de 18 años, presentó caída hace 6 horas de un bus, dolor a la presión, edema grado I y equimosis en la cara externa y superior de la región maleolar del pie derecho.

Al terminar la lectura detenida de los casos, individualmente cada participante clasificará la prioridad de cada paciente, la impresión diagnóstica y el destino inmediato en el formato.

Cuando termine se realizará la revisión en grupo y se reclasificará cada paciente por consenso.

Cada participante establecerá el número de aciertos con relación al acuerdo final del grupo.

Ejercicio Individual:

P#	Col	Ord	Imp. Dx	Destino
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Col=color de prioridad, Ord=orden de atención

Consenso en Grupo:

P#	Col	Ord	Imp. Dx	Destino
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Col=color de prioridad, Ord=orden de atención

Total de aciertos: _____ %