



PROTOCOLO DE TRIAJE DEL HOSPITAL ESCUELA

EMERGENCIA UNIFICADA DE ADULTOS

HE.DEM. PT001: 2023

PROCOLO DE TRIAJE DEL HOSPITAL ESCUELA
EMERGENCIA UNIFICADA DE ADULTOS



Mayo, 2023



Autoridades Secretaría de Salud

Dr. José Manuel Matheu

Secretario de Estado en el Despacho de Salud

Dra. Nerza Gloria Paz

Subsecretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Suany Violeta Montalván

Subsecretaria de Proyectos e Inversiones de Salud

Dra. Elvia María Ardón

Directora General de Normalización

Dr. Saúl Cruz

Director General de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Iris Soveida Padilla Durón

Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

Dra. Isnaya Suyapa Nuila

Directora General de Desarrollo de Recursos Humanos



Autoridades Hospital Escuela

Dr. Osmin Tovar
Director General

Dr. Carlos Sánchez
Director de Atención Integral de la Salud

Dr. Gerardo Castejón
Jefe del Departamento de Emergencias

Dr. Rubén Maradiaga
Jefe Médico Interino de la Emergencia Unificada

Lcda. Sara Juárez
Enfermera Jefe del Departamento de Emergencias

Lcda. Fabiola Melgar
Enfermera Jefe de la Emergencia Unificada

Lcda. Raquel Cruz
Coordinadora de procesos asistenciales de la Emergencia Unificada

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	2
3. ANTECEDENTES	2
4. OBJETIVOS	3
4.1 OBJETIVO GENERAL	3
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
5. ALCANCE	3
6. ACRÓNIMOS, SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ABREVIADOS	4
7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES	5
8. METODOLOGÍA	11
9. ASPECTOS GENERALES	12
9.1 RECURSOS HUMANOS	12
9.1.1 Personal de salud de triaje	12
9.1.2 Requerimientos técnicos del personal de salud en triaje	13
9.2 SITUACIONES DIFERENCIADAS	13
10. SISTEMA DE TRIAJE	14
10.1 PROCESO DE PRIORIZACIÓN	14
10.1.1 Recepción	15
10.1.2 Valoración	15
10.1.3 Distribución	16
10.2 NIVELES DE PRIORIDAD	17
10.3 DISCRIMINADORES	18
10.4 MOTIVOS DE CONSULTA (PRESENTACIONES MÁS COMUNES)	19
10.5 ACTIVIDADES DEL PROFESIONAL EN TRIAJE	24
10.5.1 Actividades del profesional de enfermería de triaje	24
10.5.2 Actividades del médico en área de triaje	24
10.5.3 Actividades de la auxiliar de enfermería en área de triaje	24
10.5.4 Actividades del ayudante de hospital en área de triaje	24
11. CÓDIGO ALFA	25
12. INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN PARA USUARIOS DEL TRIAJE	25
12.1 LLEGADA DE PACIENTE CON SOSPECHA DE MUERTE	25
12.2 SISTEMA DE REFERENCIA Y RESPUESTA	26
12.3 IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD, USUARIOS, Y FAMILIARES	26

12.4	PROCEDIMIENTOS QUE OBLIGAN EL USO DE BRAZALETE -----	27
13.	HERRAMIENTAS DE APLICABILIDAD -----	27
13.1	HERRAMIENTA 1. CROQUIS DE LA SALA DE ATENCIÓN DE TRIAJE Y URGENCIAS (SATU) -----	27
13.2	HERRAMIENTA 2. FLUJO DE TRÁNSITO DE EN SATU -----	28
13.3	HERRAMIENTA 3. ALGORITMO DE TRIAJE-----	28
13.4	HERRAMIENTA 4: ESCALA DE COMA DE GLASGOW (2)-----	29
14.	BIBLIOGRAFÍA -----	30
15.	ANEXOS -----	31
15.1	ANEXO 1: RECURSOS NECESARIOS PARA UNA ESTACIÓN DE TRIAJE ESTIMADO POR (200-300 PACIENTES EN 24 HORAS)-----	31
15.2	ANEXO 2: FORMULARIO DE TRIAJE DIGITAL -----	32
15.3	ANEXO 3: HOJA DE TRIAJE DIGITAL – LADO A Y B -----	33
15.4	ANEXO 4. HOJA DE TRIAJE MANUAL – LADO A -----	35
15.5	ANEXO 5. HOJA DE TRIAJE MANUAL – LADO B -----	36

1. INTRODUCCIÓN

El servicio de emergencias es el vínculo fundamental entre los servicios médicos de emergencia prehospitalaria y hospitalaria. En este servicio, el volumen de ingresos y la gravedad de los pacientes no se puede predecir, aunque se estima que hasta $\frac{1}{4}$ de las visitas de emergencia pueden considerarse inadecuadas o no urgentes. Debido a los recursos limitados, no todos los pacientes pueden ser tratados de forma inmediata o simultánea, por lo tanto, para identificar a los pacientes con lesiones o enfermedades potencialmente mortales se debe emplear un sistema estructurado, seguro, oportuno, y efectivo que permita una clasificación objetiva por gravedad a la llegada al servicio de emergencias. Es así como el **sistema de triaje** responde a estas necesidades de la sala de emergencias.

La palabra triaje proviene de la palabra francesa “triage” utilizada para describir los procesos de clasificación y organización, siendo este el propósito del triaje, clasificar y priorizar a los pacientes entrantes en función de la urgencia clínica y lograr así identificar aquellos que necesitan atención inmediata. El proceso inicia con la evaluación breve y enfocada de los pacientes que permite asignar una categoría que define cuánto tiempo puede esperar de manera segura para recibir atención médica y tratamiento.

En el sistema de triaje rutinario del Hospital Escuela (HE) existen cuatro niveles de gravedad identificados por colores de mayor a menor nivel de prioridad, rojo, naranja, amarillo y verde. Cada nivel determina el tiempo aconsejable de espera entre la llegada y la valoración médica, este tiempo puede variar entre una valoración inmediata para los pacientes rojos, hasta 2- 4 horas, para los pacientes verdes.

Para la actualización del protocolo de triaje del HE se utilizaron como referencia diferentes sistemas internacionales de triaje, además de colaboraciones del personal médico y de enfermería de la sala de emergencias quienes utilizaron durante 3 años la primera versión del protocolo de triaje del HE, dando como resultado el presente protocolo. Este provee una pauta para que el equipo de triaje determine el flujo y tiempos de atención de los pacientes que serán atendidos 24 horas, 7 días de la semana en la Emergencia Unificada (EU) de adultos del HE.

2. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial los hospitales afrontan un fenómeno de sobreocupación creciente que reta diariamente su capacidad de respuesta, y al ser el HE el principal centro asistencial público del país no es la excepción. Este es un hospital de referencia nacional del segundo nivel, de complejidad seis según la categorización de establecimientos de la Secretaría de Salud (SESAL). Desde el año 2019 cuenta con la Sala de Atención de Triage y Urgencias (SATU), especialmente designada para la realización de triaje de pacientes por parte del personal de enfermería específicamente entrenado en este proceso. La enfermera encargada de realizar el triaje, debe efectuar una valoración rápida y completa del paciente con el fin de detectar un problema vital o una situación crítica, dirigiendo al paciente de manera oportuna (tiempo) al área correspondiente (lugar) donde pueda brindarse el tratamiento adecuado.

La correcta implementación de un sistema de triaje, permite una reducción en la congestión de los servicios de urgencia y de los tiempos de espera, favoreciendo la reevaluación de manera continua de los pacientes. Además, permite llevar a cabo una comunicación más cercana y empática con los familiares y pacientes acerca de su situación y tratamientos. Las herramientas de triaje han mostrado una gran reproductibilidad y existe suficiente evidencia científica para ser recomendadas por las sociedades científicas a nivel internacional (1).

3. ANTECEDENTES

De acuerdo con el monitoreo realizado entre la Departamento de Planeación y Evaluación de la Gestión (DPEG) del HE y el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), desde la apertura de la sala de triaje en junio 2019, se ha brindado atención a un promedio de 6118 pacientes mensuales, los cuales fueron clasificados siguiendo el protocolo establecido por la institución en rojos, 3 % (122), naranjas 15% (917), amarillos 53% (3,242), y verdes 24% (1,468). Según lo que muestran los datos, muchos de los pacientes verdes y algunos amarillos, podrían haber recibido una atención adecuada en establecimientos de salud de menor complejidad, y así reducir la congestión del departamento de emergencias.

Adicionalmente, en noviembre de 2021 se realizaron cambios significativos en la estructura, organización y función del departamento de emergencias del hospital, haciendo necesaria una actualización del protocolo de triaje para responder más adecuadamente a los nuevos requerimientos y así mejorar la calidad de atención brindada en la Emergencia Unificada (EU) del Hospital Escuela.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Proporcionar al personal de salud las herramientas para la priorización clínica que consiste en la recepción, valoración y distribución oportuna de pacientes que ingresan a la Emergencia Unificada del Hospital Escuela para mejorar la calidad de los servicios.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar rápidamente a los pacientes críticamente enfermos o lesionados que necesitan ser enviados a Sala de Reanimación (SDR)
- Estandarizar la priorización de los pacientes de acuerdo con lineamientos internacionales de triaje para garantizar una atención oportuna a partir del primer contacto con el personal de salud.
- Priorizar según gravedad a todo usuario adulto que llega a la EU de acuerdo con el riesgo vital y la necesidad de valoración médica evitando la demora en la asistencia de pacientes críticamente enfermos o lesionados.
- Facilitar el ingreso de pacientes críticamente enfermos o lesionados a la EU, filtrando los pacientes que puedan recibir una atención médica diferida o en otra institución de menor nivel de complejidad.
- Asignar a los pacientes a un área de atención priorizando así su atención y el inicio de medidas diagnósticas o terapéuticas según proceda.

5. ALCANCE

Este protocolo aplica para el segundo nivel de atención en salud siendo los principales usuarios todo el personal de salud de la Emergencia Unificada del Hospital Escuela: Profesional de enfermería, auxiliar de enfermería, médico especialista, médico general y médicos residentes.

La población diana son los usuarios que necesiten una atención en la Emergencia Unificada de adultos del Hospital Escuela.

6. ACRÓNIMOS, SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ABREVIADOS

CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja
CLIPER	Clínicas Periféricas
DAIS	Dirección de Atención Integral en Salud
DE	Departamento de Emergencias
DGC	Departamento de Gestión de la Calidad
EU	Emergencia Unificada
ECG	Escala de Coma de Glasgow
FC	Frecuencia Cardíaca
HE	Hospital Escuela
IFEM	International Federation of Emergency Medicine (Federación Internacional de Medicina de Emergencia)
IMV	Incidentes con Múltiples Víctimas
LGTBI	Lesbianas, Gays, Transexuales, Bisexuales e Intersexuales
MSF	Médicos Sin Fronteras
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PPL	Pacientes Privados de Libertad
PRIMV	Plan de Respuestas a Incidentes con Múltiples Víctimas
SATU	Sala de Atención de Triage de Urgencias
SATS	South African Triage Scale (Escala de Triage sudafricano)
SDR	Sala De Reanimación
SESAL	Secretaría de Salud
SET	Sistema Estructurado de Triage
SIE	Servicio Integrado de Emergencias
START	Simple Triage and Rapid Treatment (Triage Simple y Tratamiento Rápido)
UAU	Unidad de Atención al Usuario
UGP	Departamento de Gestión de Pacientes
VBG	Violencia Basada en Género

7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Para el propósito de este documento, los siguientes términos y definiciones aplican.

ABCDE: es la primera valoración que debe llevarse a cabo con la máxima brevedad. El tratamiento de aquellas lesiones que se consideran amenazantes para la vida de la persona debe realizarse de manera simultánea y paralela, resolviendo los problemas vitales en el momento de su detección y sólo entonces podremos pasar al siguiente paso A: Control de la vía aérea y estabilización de la columna cervical, B: Respiración (Ventilación), C: Circulación y control de hemorragias, E: Estado Neurológico (Déficit), E: Exposición y proteger el entorno).

Bradycardia: frecuencia cardiaca excesivamente lenta, por debajo de 60 latidos por minuto en adultos.

Bradipnea: respiración lenta, menos de 10 respiraciones por minuto.

Calidad: es el cumplimiento de un conjunto de estándares o normas establecidas por el ente rector bajo dos perspectivas: i) calidad técnica, en el desarrollo de los procesos, procedimientos, intervenciones de atención a la salud y sus productos, de forma que aseguren la entrega de la mayor cantidad de beneficios a la población beneficiaria con el menor riesgo posible y ii) calidad percibida por el usuario/a sobre los servicios recibidos considerando un trato digno, sin discriminación, con respeto total a su dignidad y derechos y, sin la ocurrencia de eventos adversos.

Clasificar: (referido al triaje) es asignar una prioridad de valoración médica a un usuario según su estado de salud.

Código Alfa: protocolo de atención clínica de la Emergencia Unificada de adultos del Hospital Escuela que estipula una respuesta operativa coordinada a pacientes con lesiones o enfermedades de naturaleza aguda que representan un riesgo grave para la vida o la salud del paciente. Referirse al "Protocolo de Código Alfa".

Confidencialidad: es un acuerdo implícito o explícito del médico de no dar a conocer información relativa a su paciente. Es un deber de los proveedores de salud de proteger la información del paciente y no divulgarla sin autorización.

Complejidad: calidad relacionada con el grado de dificultad diagnóstica y/o terapéutica debida a la presencia de complicaciones y/o comorbilidades (diagnósticos secundarios) añadidos al diagnóstico principal que nos permite prever un tiempo de estancia y/o un coste determinado.

Comienzo brusco: en segundos o minutos. De repente, inesperado. Puede causar interrupción del sueño.

Comienzo rápido: en las 12 horas previas.

Comienzo agudo postraumático: en las primeras 24 horas después del trauma.

Comportamiento anormal: el motivo de la consulta no justifica el comportamiento del paciente.

Déficit neurológico: anomalía funcional de un área del cuerpo. Esta alteración funcional se debe a una disminución del funcionamiento del cerebro, la médula espinal, los músculos o los nervios, incluyendo reflejos anormales, incapacidad para hablar, disminución de la sensibilidad, pérdida del equilibrio, problemas con la actividad mental, como pérdida de la memoria, cambios visuales, problemas para caminar y debilidad en los brazos y piernas.

Diagnóstico: es un procedimiento ordenado, sistemático, para conocer, establecer de manera clara una circunstancia, a partir de observaciones y datos concretos. El diagnóstico conlleva siempre una evaluación, con valoración de acciones en relación con objetivos.

Discriminadores: (referidos al triaje) Los signos y síntomas que diferencian entre los niveles de prioridad clínica son llamados discriminadores. Estos discriminadores permiten diferenciar la gravedad y urgencia de atención de la condición clínica del paciente.

Distribuir: (referente a triaje) proceso de referencia del caso de un solo usuario al lugar correcto dentro de los límites de tiempo adecuados.

Disnea: dificultad para respirar. Incapaz de hablar frases completas. Respiración laboriosa o difícil.

Derivación: pacientes de un determinado nivel, son derivados de forma protocolizada a otros niveles asistenciales desde el triaje inicial. Para ello es necesario establecer el perfil clínico de los pacientes potencialmente derivables según el tipo de organización de la atención primaria de salud.

Dolor agudo: dolor con menos de 12 horas de duración.

Dolor cardíaco: dolor intenso, opresivo, sordo o pesado en el centro del tórax, irradiado al brazo izquierdo o al cuello. Puede estar asociado a sudoración y náuseas.

Dolor cólico: dolor que va y viene en oleadas.

Dolor moderado reciente: cualquier dolor de moderada intensidad (5-7/10) que ha comenzado en los últimos 7 días.

Dolor pleurítico: dolor torácico punzante que empeora con la respiración, la tos o el estornudo.

Emergencia: es una situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano.

Equipo de triaje: equipo integrado por debidamente entrenados y familiarizados con este protocolo.

Escala AVDN: herramienta simple que puede usar tanto personal sanitario como no sanitario para hacer una estimación del nivel de consciencia de una víctima mediante la observación de la respuesta del comportamiento del paciente a diferentes estímulos en 4 niveles: Alerta, responde a estímulos Verbales, responde a estímulos de Dolor, No responde.

Escala de Coma de Glasgow: herramienta ampliamente usada y científicamente probada para evaluar y calcular el nivel de consciencia del paciente que ha sufrido traumatismo craneoencefálico. Utiliza un sistema de puntuación con 3 criterios: apertura ocular (máximo 4 puntos), respuesta verbal (máximo 5 puntos) y respuesta motora (máximo 6 puntos). El máximo total de puntos es 15 y el mínimo son 3, siendo 15 el paciente sin afectación neurológica y 3 el paciente que no responde a ningún estímulo. (2)

Establecimiento de salud: son aquellos establecimientos públicos o privados, en los cuales se brinda atención dirigida fundamentalmente a la prevención, curación, diagnóstico y rehabilitación de la salud.

Estridor: Sonido agudo al respirar, causado por la inflamación o la obstrucción física de la vía área superior (3).

Flujo de pacientes: el flujo de trabajo, así como el flujo topográfico relacionado con el individuo y el grupo de pacientes. Medio utilizado para organizar el trabajo de procesamiento de pacientes en la sala de emergencias.

Fiebre: temperatura corporal que oscila entre sobre 38.0° - 41°C(4).

Febrícula: temperatura corporal que oscila entre 37°-37.9 °. (4)

Gestión de pacientes: tiene como objetivo organizar el flujo de pacientes por los distintos servicios que un establecimiento ofrece y coordinar con otras unidades de salud de diferente nivel de complejidad de la red para la referencia de pacientes y respuesta. Lo que incluye la tramitación y autorización de traslados de y hacia la otra unidad y correspondiente transporte sanitario.

Gravedad: cualidad relacionada con el grado de descompensación fisiológica y/o pérdida de función de uno o más sistemas orgánicos y con la probabilidad de muerte, o riesgo de mortalidad.

Hemorragia exanguinante: hemorragia en su forma más severa, con un sangrado incontrolable que, si no es manejado quirúrgicamente, resultará en la muerte de la persona.

Hemorragia mayor incontrolable: hemorragia que no se puede controlar rápidamente con la aplicación directa y continua de presión y que sigue sangrando de forma importante o que empapa rápidamente gran cantidad de compresas.

Hemorragia menor incontrolable: hemorragia que no se puede controlar rápidamente con la aplicación directa y continua de presión y que continúa sangrando ligeramente.

Herida: es una lesión, intencional o accidental que puede o no producir pérdida de la continuidad de la piel y/o mucosa, lo que activa el mecanismo fisiológico destinado a recuperar su continuidad y, por ende, su función.

Hiperglicemia: nivel alto de glucosa en la sangre mayor de 180-220 mg/dl (5).

Hipertermia: Temperatura corporal de 41°C o mayor (6).

Hipertensión arterial sistémica: Presión Arterial Sistólica (PAS) mayor o igual a 140mmHg o Presión Arterial Diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mmHg (6).

Hipertensión significativa: presión arterial sistólica mayor a 160mmHg con síntomas.

Hipoglucemia: nivel bajo de glucosa en la sangre menor de 50mg/dl.

Hipotensión significativa: Presión Arterial Sistólica (PAS) menor a 90mmHg o Presión Arterial Diastólica (PAD) menor a 60 mmHg.

Hipotermia: temperatura corporal de 35°C o inferior.

Identificación del usuario: es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.

Notificación (de un evento): comunicado oficial que informa a la autoridad competente sobre un evento relacionado con la salud.

Nivel de conciencia alterado: responde sólo a estímulos Verbales, Dolorosos o No responde. (AVDN)

Paciente: sustantivo para designar a toda persona sana o enferma que requiere y/o recibe servicios de diagnóstico, de tratamiento, de rehabilitación, cuidados generales o cuidados especiales de un profesional y/u otro personal de la salud.

Palpitaciones: sensación de latidos cardiacos de mayor intensidad o acelerados, pudiendo ser en el pecho y cuello.

Personal de salud: profesional y auxiliar de enfermería, médico especialista, médico general, médicos residentes y personal en formación de la Facultad Ciencias Médicas de Honduras.

Personal sanitario: todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud.

Priorizar: proceso de selección de recursos de tiempo y recursos físicos para un sólo paciente o grupo de pacientes.

Protocolo: describe la secuencia del proceso de atención de un paciente en relación a una enfermedad o estado de salud para mejorar la sistematizar la atención y, al mismo tiempo, hacer menos costoso dicho proceso, tanto para el paciente como para el proveedor del servicio de salud. Es producto de una validación técnica que puede realizarse por consenso o por juicio de expertos.

Pulso anómalo: taquicardia, bradicardia o ritmo irregular.

Problema reciente: problema que ha aparecido en la última semana.

Referencia-Respuesta: es la derivación horizontal o vertical de un usuario, entre establecimientos de diferente escalón o nivel de complejidad y capacidad resolutive con el propósito de garantizar la continuidad de la atención.

Respiración inadecuada: pacientes que son incapaces de respirar adecuadamente para mantener una óptima oxigenación. Se puede observar un aumento del trabajo respiratorio, incremento de la frecuencia respiratoria, el uso de músculos accesorios, respiración ruidosa o agotamiento.

Saturación de oxígeno baja: valor de oxígeno en sangre menor de 92% en aire ambiental.

SATU: Sala de Atención de Triage y Urgencias. Lugar físico, punto de entrada y parte de la Emergencia Unificada del SIE, abierto las 24 horas al día, los 7 días de la semana, donde se lleva a cabo el proceso de recepción y valoración de triaje, así como la atención médica a los casos amarillos con condiciones agudas estables y casos verdes con condición crónica o estable.

Señales de Alarma: son señales pertenecientes a 15 de las presentaciones más comunes que se dan en pacientes que acceden a emergencias. Tienen el objetivo de guiar al profesional de enfermería a realizar preguntas que determinarán la priorización del usuario. Si dichas señales de alarma ocurren, los tiempos de priorización tendrán que ser más cortos.

SIE: Servicio Integrado de Emergencias. Se compone de las tres Clínicas Periféricas (CLIPERS), una Sala de Atención de Triage y Urgencias (SATU), la sala de Emergencia Unificada (EU) de adultos, la sala de Emergencia de Pediatría y Emergencia de Ginecobstetricia.

Signos y síntomas de deshidratación: lengua seca, hundimiento del globo ocular, aumento de pliegues cutáneos, disminución de la producción de orina y/o hipotensión.

Signos y síntomas de hiperglicemia: Poliuria, polidipsia, polifagia, somnolencia, fatiga, visión borrosa, xerostomía y/o aliento afrutado, náuseas o vómitos y pérdida de peso. (7)

Sistema de triaje de doble flujo: sistema de triaje que cuenta con un área adicional para usuarios de baja complejidad evitando la sobrepoblación del área de emergencia de adultos.

Taquicardia: Pulso mayor de 100 pulsaciones por minuto (8).

Taquipnea: Respiración rápida, más de 20 respiraciones por minuto (8).

Triage: proceso de atención clínica preliminar que clasifica a los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en base a su grado de gravedad y urgencia, de forma que en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos, los pacientes más graves o urgentes son tratados primero, y el resto son controlados continuamente y reevaluados hasta que los pueda visitar el equipo médico.

Urgencia: aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia. Una situación que requiere una respuesta o intervención rápida.

Usuario: toda persona con necesidades y preocupaciones por las que acude a un establecimiento de salud a buscar, solicitar o demandar servicios de salud y que espera encontrar, recibir y utilizar.

Violencia: uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad; que cause o tenga muchas

probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Violencia basada en género: es un término utilizado para describir los actos perjudiciales perpetrados en contra de una persona sobre la base de las diferencias que la sociedad asigna a hombres y mujeres.

Violencia sexual: todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona; independientemente de la relación de esta con la víctima y en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

8. METODOLOGÍA

La Secretaría de Salud (SESAL) a través de la Dirección General de Normalización (DGN), con el apoyo del CICR (Comité Internacional de la Cruz Roja) y personal del HE colaboraron para la actualización del Protocolo de Triage del Hospital Escuela.

Existen diferentes sistemas de triaje estructurados, como el Manchester Triage System, South African Triage Scale, Triage Simple y Tratamiento Rápido, Sistema Estructurado de Triage, Evaluación y Tratamiento de Emergencia de Triage, Canadian Triage Acuity Scale, Integrated Interagency Triage Tool del CICR-WHO-MSF, entre otros. Este protocolo ha adaptado el Sistema de Triage de Manchester a la realidad del Hospital Escuela.

Esta revisión es parte del proceso que se inició en 2018 con las reuniones de elaboración del protocolo, adquiriendo en marzo de 2019 la validación por la SESAL e implementándose a partir del 4 de junio de 2019 con la puesta en marcha de SATU. La unificación de la sala de emergencia tuvo lugar en noviembre 2021, siendo en julio de 2022 cuando se comenzó la revisión del protocolo conjuntamente la Jefatura de Emergencias del HE y el personal del CICR en Honduras. Finalmente, en diciembre 2022 se obtuvo la validación de este protocolo por la Dirección de Atención Integral en Salud del Hospital Escuela y se comenzó la revisión técnica de la Dirección General de Normalización de la SESAL en enero 2023. Publicándose esta versión revisada en mayo 2023.

9. ASPECTOS GENERALES

El triaje es el proceso clínico de clasificación de los pacientes de acuerdo con el riesgo vital. Este proceso es previo a la valoración diagnóstica y terapéutica completa, y se lleva a cabo por el profesional de enfermería en situaciones rutinarias (9). Dentro del triaje rutinario se han definido las prioridades, estableciendo un código de cuatro colores que se explicarán más adelante. Para situaciones de Incidentes de Múltiples Víctimas, referirse al PRIMV.

Dentro de la EU del HE, el triaje es llevado a cabo en la SATU, un área de 312 mts² que cuenta con una oficina de registro de usuarios, área de pretriaje, área de triaje, sala de espera para sesenta personas, dos consultorios médicos generales, un área de procedimientos, un área de ortopedia ambulatoria y una farmacia abierta 24 horas.

Como se indica en la Herramienta 1, el área de triaje dispone de dos vías de acceso. Una contigua al pretriaje para ingreso de pacientes ambulatorios y otra disponible para pacientes que son referidos en ambulancia. La integración del área de triaje a los consultorios médicos generales, especializados y las áreas de procedimientos dentro de la SATU permiten un doble flujo de atención, lo que facilita una disminución en la acumulación de pacientes de baja complejidad dentro de las salas de atención inicial de la EU.

9.1 Recursos humanos

La organización, dotación, y gestión del personal, tanto de profesionales en enfermería como del resto de los profesionales, deberá ser adecuada a las posibles variaciones horarias por turno, así como a los días de la semana y las temporadas durante el año.

9.1.1 Personal de salud de triaje

Dentro de la SATU se cuentan con distintos profesionales en medicina general y especializada los cuales están encargados de la valoración diagnóstica y terapéutica completa de los pacientes de menor complejidad posterior al triaje. Estos no se encuentran incluidos dentro de este protocolo destinado estrictamente al triaje.

El personal de salud encargado del triaje en la SATU las 24 horas está conformado mínimamente por los siguientes profesionales:

- 2 a 3 profesionales de enfermería capacitados y entrenados en protocolos de triaje
- 1 ayudante de hospital
- 1 miembro del equipo de seguridad en cada puerta de ingreso o egreso de pacientes
- 2 miembros del equipo de admisiones y registro

El profesional de enfermería debe completar la información en el formulario de triaje (Anexo 2).

9.1.2 Requerimientos técnicos del personal de salud en triaje

El personal de salud encargado de brindar asistencia clínica en el área de triaje:

- Estará capacitado en este protocolo de triaje y el resto de protocolos de atención clínica del SIE.
- Demostrará competencia durante las labores clínicas.
- Asignará los niveles de triaje correctos.
- Seguirá las órdenes/protocolos de atención.
- Completará la documentación de manera precisa y completa.
- Identificará condiciones médicas emergentes.
- Reconocerá enfermedades y lesiones que requieren una respuesta oportuna
- Comprenderá el flujo de la EU para ayudar con la transferencia de pacientes y la reasignación de pacientes que no son de emergencia.
- Colaborará dentro del equipo multidisciplinario para brindar una atención rápida a quienes lo necesiten.

9.2 Situaciones diferenciadas

- a. En un evento de incidentes con múltiples víctimas (IMV), se utilizará el Plan de Respuesta a Incidentes con Múltiples Víctimas (PRIMV) vigente para el HE.
- b. En los casos de violencia sexual y víctimas/sobrevivientes de violencia basada en género, se debe iniciar el “Protocolo de Atención Integral a personas víctimas/sobrevivientes de violencia Sexual” para asegurar la atención médica correcta, la privacidad y confidencialidad del interrogatorio, cuidado en la preservación de pruebas y evitar la victimización del usuario (10).
- c. En los casos de pacientes pertenecientes a los grupos LGTBI se debe garantizar la provisión de servicios de salud libres de estigma y discriminación. (11)
- d. En casos de Pacientes Privados de Libertad (PPL), estos recibirán atención siguiendo el protocolo de atención del PPL del HE. Como medida de seguridad, los pacientes privados de libertad (PPL) con problemas de salud o heridas leves, recibirán atención médica en el consultorio 1 y esperarán por resultados de prueba o procedimientos complementarios con los custodios en el área asignada.
- e. Los pacientes ginecológicos y pediátricos que lleguen a la EU de adultos y presenten necesidades inmediatas que requieran la SDR, serán atendidos de inmediato por el personal médico para su estabilización primaria y posterior traslado a las emergencias respectivas.

- f. Todos los pacientes que acudan por afectaciones psiquiátricas y no presenten signos ni síntomas de afectación orgánica, serán atendidos en la SATU para realizar su adecuada referencia.

10. SISTEMA DE TRIAJE

Se define un Sistema de Triage innovador que clasifica a los usuarios en 4 niveles de prioridad según gravedad, determinando los flujos de atención que garantizan la atención oportuna de los usuarios más graves/urgentes y reduce el tiempo de espera de los usuarios con menor nivel de urgencia o gravedad.

Cuando se aplica el protocolo de triaje rutinario, el profesional de enfermería asigna a los pacientes un color: rojo-naranja-amarillo-verde, de mayor a menor gravedad/urgencia respectivamente, según los hallazgos obtenidos durante el proceso de priorización, tal y como muestra la figura:

Figura 1. Descripción general de las clasificaciones del paciente y tiempo de atención

Nivel	Color	Categoría	Tiempo de Atención
1	Rojo	Paciente Crítico	Inmediato
2	Naranja	Paciente Agudo Inestable	10-15 Minutos
3	Amarillo	Paciente Agudo Estable	1 hora
4	Verde	Paciente Crónico o Estable	2-4 Horas

Fuente: Elaboración por el equipo desarrollador. Adaptado del Sistema Manchester

10.1 Proceso de Priorización

El proceso se realiza en el área de triaje de la SATU y debe llevar menos de 5 minutos, contando con los siguientes pasos, con la salvedad que pueden realizarse de manera simultánea de ser necesario.



10.1.1 Recepción

El profesional de enfermería de triaje es uno de los primeros miembros del personal de salud que establece contacto con el usuario, debe identificarse ante él, explicarle el proceso al que va a ser sometido y lo que se derivará del mismo. También debe explicarle, con ayuda del componente del equipo de Atención al Usuario, algunas normas básicas del servicio: dónde esperar, paso de familiares al interior, etc.

En este paso, el personal de enfermería debe realizar las acciones de evaluación clínica mínimas para justificar la priorización, desde la más grave/urgente a la menos grave/urgente.

Esta parte del proceso se realizará en un ambiente que garantice la confidencialidad y seguridad para el usuario entrevistado, preferiblemente en una dependencia habilitada para tal fin dotada de medios simples.

Debe garantizarse en todo momento la presencia de al menos un profesional de enfermería en el área de triaje para no dejar desatendida la recepción de usuarios.

10.1.2 Valoración

La valoración dependerá del estado del paciente. **El personal de enfermería hará lo mínimo necesario para confirmar/justificar la priorización que le asigne.** En los casos más graves/urgentes, como los categorizados como rojo, se activará el "Código Alfa" (ver protocolo de Código Alfa) y serán trasladados a la sala de reanimación (SDR).

El primer paso es una evaluación rápida del paciente a su llegada al servicio de emergencias. El paciente puede presentarse de dos maneras:

- En ambulancia / policía
- En transporte privado

El personal de enfermería debe realizar una evaluación rápida de un paciente que se presenta a través de las puertas de triaje, ya sea antes o después del registro. La primera parte es identificar el motivo de consulta más apropiado para que a través de los discriminadores el profesional determine la prioridad. La valoración según el ABCDE permite obtener la primera impresión del estado general del paciente y determinar su prioridad de triaje. En el caso del paciente rojo el traslado tomará prioridad absoluta, por encima de la documentación que se puede realizar posteriormente.

Una valoración completa consistirá en los siguientes pasos:

- Tomar datos personales del usuario por personal de registro.
- Completar el triaje de forma digital (Anexo 2) con los datos obtenidos de la valoración de enfermería.
- Identificar Trauma/No-trauma/Comportamiento-anormal/PPL
- Tomar signos vitales (Presión Arterial, Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria, Temperatura, Saturación de Oxígeno, Glucometría) a la misma vez que se pregunta ¿qué pasó? Y ¿cuándo pasó?
- Obtener una breve declaración que indique el motivo de la visita, haciendo preguntas relevantes relacionadas con la queja (o motivo de visita), el cual debe ser conciso.
- Valorar el comportamiento, el lenguaje corporal del paciente, el estado respiratorio, circulatorio y neurológico.
- Valorar el dolor de acuerdo con la escala del dolor del 0-10, se le dará especial importancia a la evaluación del dolor puesto que es un discriminador de triaje.
- Valorar el nivel de conciencia con la escala ADVN (Alerta, Verbal, Dolor, No Responde).
- Documentar antecedentes relevantes.
- Documentar si tiene o no alergias y cuáles.
- Asignar el color. Durante todo el proceso de valoración, el profesional de enfermería de triaje debe identificar cuánto puede esperar el usuario sin que corra peligro adicional su vida, sistema o su/s miembro/s lesionado/s. La respuesta a esta pregunta será el color que se asigne.
- Firmar de forma legible o nombre del profesional de enfermería.

10.1.3 Distribución

Tras la clasificación del paciente, el profesional de enfermería de triaje debe decidir en ese momento cuál es el nivel de prioridad y el área del Servicio Integrado de Emergencias donde se le brindará la atención requerida.

El personal de enfermería que trabaja en el área de triaje debe ser notificado por coordinadores/jefatura sobre áreas saturadas en el resto del departamento y tener un conocimiento general de la situación en la sala de emergencias. Después de la clasificación de un paciente, este no debe regresar al área de triaje para ser reclasificado tal y como muestra el algoritmo de triaje en la herramienta 3.

10.2 Niveles de prioridad

En todo momento, la clasificación realizada por los profesionales de enfermería **debe ser respetada por el personal médico receptor en la sala de emergencias**; esto es crucial para no perder un tiempo valioso en el tratamiento del usuario, pero también para no obstaculizar el flujo del usuario y el tiempo de espera en las áreas de pretriaje y triaje.

Paciente ROJO o paciente crítico: (tiempo de valoración médica, inmediata)

Deberán ser valorados y manejados **inmediatamente**. Cuando la priorización roja es confirmada por el profesional de enfermería de triaje (se hará lo mínimo necesario para confirmar dicho color), éste acompañará al usuario al área de estabilización de pacientes críticos (Área roja o Sala de Reanimación), dando aviso al equipo de emergencia responsable del área crítica.

Paciente NARANJA o agudo inestable (tiempo de valoración médica, máximo aconsejable 10-15 minutos)

Deberán recibir valoración médica como máximo aconsejable en los primeros 15 minutos. Una vez, la priorización naranja es confirmada por el profesional de enfermería de triaje (se hará lo mínimo necesario para confirmar dicho color), el usuario será acompañado por el profesional de enfermería de triaje hacia el área naranja, presentando el paciente al personal de salud correspondiente.

Paciente AMARILLO o agudo estable (tiempo de valoración médica, máximo aconsejable 1 hora)

Son los pacientes de baja complejidad con señales de alarma, los cuales deberán ser valorados como máximo aconsejable en 1 hora. Dependiendo del estado físico o de la deambulacion, el paciente será acompañado por un auxiliar o camillero al área amarilla. Estos pacientes no serán acompañados por personal de enfermería a menos que se indique lo contrario.

Podrán ser atendidos en la SATU si están dentro de los criterios establecidos en los motivos de consulta.

Paciente VERDE crónico o estable (tiempo de valoración, 2-4 horas)

Son los pacientes crónicos o estables, los cuales deberán ser valorados como máximo en 4 horas. Se ubicarán en la sala de espera de la SATU, para ser atendidos por un médico general o de ortopedia ambulatoria de acuerdo con su motivo de consulta.

10.3 Discriminadores

Los signos y síntomas que permiten diferenciar al paciente según su nivel de gravedad o prioridad y clasificarlo por color son llamados discriminadores.

Existen discriminadores que se aplican transversalmente a todos los motivos de consulta y son los signos vitales de referencia o en rango normal:

Figura 2: Signos vitales de referencia adultos.

REFERENCIA (ADULTOS)
<ul style="list-style-type: none">• AVDN (Alerta, Verbal, Dolor, No Responde)• Presión arterial normal<ul style="list-style-type: none">◦ Presión sistólica de menos de 120 y una presión diastólica de menos de 80• Frecuencia cardíaca normal<ul style="list-style-type: none">◦ 60 - 100 lpm• Frecuencia respiratoria normal<ul style="list-style-type: none">◦ 12-20 rpm• Llenado capilar < 3 segundos• Temperatura normal<ul style="list-style-type: none">◦ 36.4°C a 37.2°C

Fuente: *Elaboración por el equipo desarrollador*

También, existe la condición de choque, cuyos signos clasifican al paciente directamente como rojo independientemente del motivo de consulta.

Figura 2: Signos de choque

CHOQUE
<p>Dos o más signos de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• No responde / Confusión• Hipotensión (<90/60)• FC <60 o >100• FR <12 o >30• Llenado capilar >3 segundos• Piel pálida, fría y/o moteada• Temperatura <35°C o >38°C• Cianosis (labios y uñas morados)• Sudoración profusa

Fuente: *Elaboración por el equipo desarrollador*

Además, en cada motivo de consulta se aplican discriminadores específicos para cada uno de ellos que permiten guiar al profesional de enfermería para realizar las preguntas indicadas que determinen la priorización del paciente. El conocimiento de los discriminadores es esencial para llevar a cabo una buena priorización.

10.4 Motivos de consulta (presentaciones más comunes)

Los motivos de consulta son las 15 presentaciones más comunes de los usuarios que acuden a la EU. El profesional de enfermería decidirá el motivo de consulta más apropiado para el paciente según los signos y síntomas más relevantes e información recogida en la valoración.

ALERGIA			
ROJO <ul style="list-style-type: none"> • (N) No responde • Estridor • Dos o más signos de choque 	NARANJA <ul style="list-style-type: none"> • (V) Verbal o (D) Dolor • Reacción respiratoria y/o cardiovascular, con o sin SV en rango normal • Asociado a picaduras de alto riesgo (abejas, avispas, etc.) 	AMARILLO <ul style="list-style-type: none"> • Reacción cutánea y/o gastrointestinal (vómitos, náuseas, diarrea) con SV en rango normal 	VERDE (SATU) <ul style="list-style-type: none"> • Reacción cutánea con SV en rango normal

ABUSO DE SUSTANCIAS (ALCOHOL, DROGAS ILICITAS)			
ROJO <ul style="list-style-type: none"> • (N) No responde • Dos o más signos de choque • Convulsiones activas • Dolor torácico intenso • Hipoglucemia 	NARANJA <ul style="list-style-type: none"> • (V) Verbal o (D) Dolor • Dos SV fuera de rango normal 	AMARILLO <ul style="list-style-type: none"> • (A) Alerta • Un SV fuera de rango normal 	VERDE (SATU) <ul style="list-style-type: none"> • (A) Alerta • SV en rango normal

CEFALEA

ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE (SATU)
<ul style="list-style-type: none"> • (N) No responde • Dos o más signos de choque 	<ul style="list-style-type: none"> • (V) Verbal o (D) Dolor • Dolor muy intenso (9-10) repentino sin antecedentes (generalizado vs. localizado) • Dolor intenso (7-8) asociado con: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Dolor/rigidez de cuello + fiebre • Evaluación neurológica alterada: pérdida de visión, mareos, parálisis facial 	<ul style="list-style-type: none"> • (A) Alerta • Dolores de cabeza recurrentes durante las últimas 24 horas sin disminución • Inmanejable con intervenciones en el hogar 	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea al inicio sin síntomas neurologicos • Cefalea con antecedentes (migrañas)

CONVULSIONES

ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE (SATU)
<ul style="list-style-type: none"> • (N) No responde • Dos o más signos de choque • Convulsiones activas con o sin antecedentes de epilepsia • Hipoglucemia 	<ul style="list-style-type: none"> • (V) Verbal o (D) Dolor • Sin antecedentes conocidos de epilepsia con convulsiones • Convulsiones que duran 5 minutos o más en las últimas 24 horas • SV fuera de rango normal CON antecedentes de epilepsia • Historia a convulsiones asociado a: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Rigidez en nuca ◦ Fiebre alta 38,5°C - 41°C ◦ Déficit neurológico, pérdida de visión ◦ Manchas rojas en la piel 	<ul style="list-style-type: none"> • (A) Alerta • Antecedentes de epilepsia con aumento de episodios las últimas 24 horas • SV en rango normal 	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación por la medicación

DISNEA (DIFICULTAD RESPIRATORIA)

ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE (SATU)
<ul style="list-style-type: none"> • (N) No responde • Bradipnea (< 10) / taquipnea(> 30) con oxígeno suplementario (paciente transferido) • Estridor • La necesidad de un alto flujo de oxígeno para mantener niveles de saturación superiores a 92% • Dos o más signos de choque 	<ul style="list-style-type: none"> • (V) Verbal o (D) Dolor • Esfuerzo respiratorio (trabajo de respiración) aumentado con estado mental alterado (confusión, agitación) • La necesidad de bajo flujo (cánula nasal) O2 para mantener niveles de saturación superiores a 92% • Saturación <90% con uso de músculos accesorios, dificultad para respirar • Dolor torácico intenso con dificultad para respirar • Incapacidad para hablar o caminar sin ayuda 	<ul style="list-style-type: none"> • (A) Alerta • Antecedentes de asma, EPOC o problemas respiratorios con empeoramiento durante 24 horas pero estable al presentarse con FR 22-30 y saturación > 90% 	<ul style="list-style-type: none"> • (A) Alerta • Antecedentes de asma, EPOC o problemas respiratorios con empeoramiento durante 24 horas pero estable al presentarse con FR < 22 y saturación > 94%

DOLOR ABDOMINAL

ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE (SATU)
<ul style="list-style-type: none"> • (N) No responde • Dos o más signos de choque • Hemorragia gastrointestinal (sangrado digestivo bajo o vomitos de sangre) grave con taquicardia y/o hipotensión 	<ul style="list-style-type: none"> • (V) Verbal o (D) Dolor • Dolor muy intenso (9-10) acompañado o no de diarrea y/o vómitos con dos SV fuera de rango normal 	<ul style="list-style-type: none"> • (A) Alerta • Vómitos, diarrea con incapacidad para tolerar líquidos • Dolor abdominal con taquicardia y/o fiebre 	<ul style="list-style-type: none"> • (A) Alerta • Dolor abdominal que tolera vía oral con SV en rango normal

DOLOR DE ESPALDA

ROJO	NARANJA	AMARILLO (SATU)	VERDE (SATU)
<ul style="list-style-type: none"> • (N) No responde • Dos o más signos de choque 	<ul style="list-style-type: none"> • (V) Verbal o (D) Dolor • Asociado con la incontinencia (urinaria/fecal) • Asociado a paraplejia, parálisis, parestesia (sensación de hormigueo en extremidades) 	<ul style="list-style-type: none"> • (A) Alerta • Dolor severo sin alivio con medicamentos en hogar 	<ul style="list-style-type: none"> • (A) Alerta • Dolor de espalda con SV en rango normal • Ambulatorio sin dificultad

DOLOR TORÁCICO

ROJO	NARANJA	AMARILLO (SATU)	VERDE (SATU)
<ul style="list-style-type: none"> • (N) No responde • Dos o más signos de choque 	<ul style="list-style-type: none"> • (V) Verbal o (D) Dolor • Dolor torácico intenso (7-8) con o sin SV en rango normal • Antecedentes de infarto de miocardio con dolor torácico • Dolor torácico con dificultad para respirar/hipoxia 	<ul style="list-style-type: none"> • (A) Alerta • Dolor torácico leve (<5) localizado • Dolor torácico generalizado que se alivia al cambiar de posición 	<p style="text-align: center;">---</p>

FIEBRE			
ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE
<ul style="list-style-type: none"> • (N) No responde • Dos o más signos de choque 	<ul style="list-style-type: none"> • (V) Verbal o (D) Dolor • Fiebre actual o historia de fiebre con antecedentes de inmunosupresión (cancer, VIH) 	<p>Considerar fiebre como un discriminador de otro motivo de consulta</p>	<p>Considerar fiebre como un discriminador de otro motivo de consulta</p>

PERDIDA DE CONSCIENCIA			
ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE
<ul style="list-style-type: none"> • (N) No responde • Dos o más signos de choque • Hipoglucemia 	<ul style="list-style-type: none"> • (V) Verbal o (D) Dolor • Perdida súbita de la conciencia sin recuerdo de evento 	---	---

HIPERGLICEMIA			
ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE
<ul style="list-style-type: none"> • (N) No responde • Dos o más signos de choque 	<ul style="list-style-type: none"> • (V) Verbal o (D) Dolor • Hiperglicemia con dos o más síntomas y SV dentro o fuera de rango normal 	<ul style="list-style-type: none"> • (A) Alerta • Hiperglicemia con un síntoma y SV en rango normal 	<ul style="list-style-type: none"> • (A) Alerta • Hiperglicemia sin síntomas y SV en rango normal

VÓMITOS Y DIARREAS			
ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE
<ul style="list-style-type: none"> • (N) No responde • Dos o más signos de choque 	<ul style="list-style-type: none"> • (V) Verbal o (D) Dolor • Embarazo relacionado con SV fuera de rango normal • Heces negras/rojas - de inicio reciente • Intolerancia a vía oral • Signos de deshidratación 	<ul style="list-style-type: none"> • (A) Alerta con SV fuera de rango normal • Intolerancia a vía oral sin signos de deshidratación 	<ul style="list-style-type: none"> • (A) Alerta con SV en rango normal y tolerancia a vía oral

TRAUMA

ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE (SATU)
<p>Todo paciente con trauma y:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (N) No responde • Dos o más signos de choque • Sangrado masivo externo no controlado (hemorragia) • Sospecha de trauma penetrante (empalamiento, arma de fuego, arma blanca, machete, etc) <p>Quemaduras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quemadura eléctrica • Quemadura superiores al 25% SCT de espesor parcial o total • Sospecha de lesión por inhalación CON estridor, hipoxia, y/o hollín • Quemadura circunferencial de torax, o abdomen involucra la cara o el cuello • Quemadura de la cara o el cuello <p>Extremidad en peligro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trauma en extremidad SIN PULSO 	<p>(V) Verbal o (D) Dolor</p> <p>Todo paciente INESTABLE con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado de embarazo • Mayor de 65 años <p>Colisión de tránsito</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alta velocidad • Eyectado fuera del vehículo • Lesión por aplastamiento • Otra persona en el mismo vehículo falleció en la escena <p>Extremidad en peligro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trauma en extremidad CON PULSO y rango de movimiento limitado, parestesias, y debilidad. Presenta deformidad evidente. <p>Quemaduras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quemaduras entre 15-25% SCT de espesor parcial o total • Sospecha de lesión por inhalación SIN estridor, hipoxia, y/o hollín 	<p>(A) Alerta</p> <p>Todo paciente ESTABLE con:</p> <p>Traumatismo general</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caída desde el doble de la altura <p>Trauma penetrante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo penetrante distal a la rodilla o el codo con sangrado controlado <p>Extremidad en peligro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trauma en extremidad CON PULSO y rango de movimiento limitado, parestesias, debilidad. <p>Quemaduras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quemadura menor del 15% SCT de espesor parcial o total 	<p>(A) Alerta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con cualquier trauma que no cumpla criterios de rojo/naranja/amarillo

TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO

ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE
<ul style="list-style-type: none"> • (N) No responde / Inconsciente/ (ECG < 7) • Dos o más signos de choque • Pupilas no reactivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Conciencia alterada (ECG 8-13) • Dolor elevado con vómitos en proyectil • Embarazo • Mayor de 65 años • Signos de fractura de base de craneo (ojos de mapache) • Convulsiones post trauma 	<ul style="list-style-type: none"> • Conciencia (ECG 14-15) • Cefalea gradualmente ascendente (con o sin vómitos) 	<p>Trauma de bajo impacto y paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alerta (ECG 15) • SV en rango normal

SOBREDOSIS/ENVENENAMIENTO

ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE
<ul style="list-style-type: none"> • (N) No responde • Dos o más signos de choque • Hipoglucemia 	<ul style="list-style-type: none"> • (V) Verbal o (D) Dolor • Relacionado con el embarazo • Ingesta (independientemente de tiempo) con SV fuera de rango normal 	<ul style="list-style-type: none"> • (A) Alerta • Ingesta (independientemente de tiempo) con SV de rango normal 	<p>---</p>

10.5 Actividades del Profesional en Triage

10.5.1 Actividades del profesional de enfermería de triaje

- a) Recibir al usuario enfermo/lesionado en el área de triaje.
- b) Llevar a cabo la valoración de todo paciente que accede a la SATU.
- c) Valorar y decidir el tiempo que cada usuario puede esperar sin acarrear ningún riesgo adicional para su vida, sistema o miembro afectado.
- d) Enviar a los usuarios clasificados al área de atención donde corresponda dentro del SIE.

Importante: El profesional de enfermería de triaje realizará lo mínimo necesario para confirmar el color asignado y acompañará al usuario, con ayuda del personal de ambulancia o ayudantes de hospital, al área designada. La documentación podrá ser completada posteriormente si la gravedad/urgencia del paciente así lo amerita.

10.5.2 Actividades del médico en área de triaje

- a) Apoyar al personal de enfermería, en caso de que existan dudas, para definir la clasificación del paciente en el triaje.
- b) Ningún médico deberá realizar el triaje rutinario, a menos que se indique por jefatura de la emergencia unificada.

10.5.3 Actividades de la auxiliar de enfermería en área de triaje

- a) Apoyar, en caso de ser necesario, el área de triaje cuando es solicitado por parte de la jefatura de enfermería.
- b) Reportar pérdidas de equipo así como el equipo en mal estado

10.5.4 Actividades del ayudante de hospital en área de triaje

- a) Movilizar pacientes que llegan en ambulancias al HE.
- b) Trasladar a pacientes a las salas respectivas.
- c) Trasladar a pacientes a la sala de reanimación con profesional de enfermería (no auxiliar, solo licenciados).

11. CÓDIGO ALFA

Este protocolo permite trabajar coordinadamente, reduciendo así los tiempos de atención a los pacientes críticamente enfermos o lesionados con la consecuente disminución de la morbilidad y la mortalidad. El código alfa será activado cuando ingrese un paciente críticamente enfermo o lesionado. La activación será hecha al accionar una alarma sonora que resuena en la SDR.

Las condiciones clínicas para activar el *“Código Alfa”* son las siguientes:

1. Paro cardio respiratorio
2. Politraumatismo
3. Vía aérea amenazada
4. Dificultad respiratoria
5. Frecuencia Respiratoria (FR) < 10/min, o > 30/min
6. Saturación de Oxígeno (SatO2) < 90%
7. Frecuencia Cardíaca (FC) < 50/min, o >150/min
8. Presión Arterial Sistólica (PAS) < 90 mmHg
9. No responde (AVDN)
10. Cualquier paciente cuya condición clínica preocupe seriamente y que no cumpla con los criterios anteriores

Para más información, remitirse al *“Protocolo de Código Alfa”* (HE.DEM.PT.002).

12. INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN PARA USUARIOS DEL TRIAJE

Los usuarios recibirán información oral diseminada principalmente por personal del departamento de Atención al Usuario o a través de medios visuales, sobre el proceso de triaje y atención en Servicio Integrado de Emergencias (SIE). Ya sea durante la espera en el pretraje o sala de espera de la SATU, a fin de sensibilizar respecto al uso responsable de servicios de emergencia y los tiempos probables de espera y así reducir falsas creencias o expectativas.

12.1 Llegada de paciente con sospecha de muerte

Pacientes que a la valoración en triaje no respondan al llamado y que se identifique ausencia de signos vitales por personal de enfermería serán clasificados como paciente rojo y se activará el "Código Alfa". Estos pacientes se trasladarán a la Sala De Reanimación

(SDR) y de acuerdo con la valoración médica se confirmará el fallecimiento de ser el caso. **Este proceso ya no se hará en el área de triaje.** Una vez en SDR se aplicará el protocolo de paciente fallecido del HE. Remitirse al *manual de operaciones de la SDR* (HE.DEM.ML.001) para más información del procedimiento a realizar en la sala.

12.2 Sistema de referencia y respuesta

El sistema de referencia y respuesta entre el HE y las diferentes instituciones de salud se encuentra en proceso de optimización. El SIE del HE, permite la coordinación entre la EU y las CLIPERS, así como con los servicios prehospitalarios de la ciudad a través del Sistema Nacional de Emergencias 911. Este sistema de coordinación descentralizará la demanda de servicios de salud de baja complejidad de la emergencia del hospital permitiendo una respuesta más oportuna a los pacientes que necesitan servicios de mayor complejidad. Posterior a la valoración y/o tratamiento emergente, el usuario que acude a la EU debe ser referido al primer nivel de atención para el seguimiento de su patología.

En caso de que un paciente en consulta externa del HE curse con una condición que requiera de atención en emergencias se debe enviar a la EU y completar el proceso de triaje. Los pacientes que acuden a Consulta Externa no deberán pasar de manera rutinaria por triaje.

Las siguientes no son condiciones que ameriten atención de emergencias y por lo tanto los pacientes no serán clasificados en triaje:

- a) No disponibilidad de citas
- b) Necesidad de medicamentos
- c) Cupos insuficientes para atención de pacientes

12.3 Identificación del personal de salud, usuarios, y familiares

La identidad de los profesionales, usuarios y familiares dentro de la SATU, son elementos que intervienen en el proceso asistencial hospitalario. El paciente necesita sentirse identificado con la persona que le está asistiendo para volcar toda o parte de su confianza en estos profesionales. La necesidad de identificación tanto propia, como la de su familia y del personal sanitario, son factores que influirán en la satisfacción y calidad de la atención.

El hospital adoptará las medidas necesarias para garantizar la identificación de su personal. El personal sanitario estará diferenciado por categorías profesionales reconocibles por el uniforme e identificado mediante una tarjeta personal, en la que conste de forma visible su nombre, apellidos y categoría laboral. Además, el profesional

sanitario tiene el deber y la obligación de identificarse cuando así sea requerido por el paciente y portar su carné de identificación en un lugar visible.

Abstenerse de vestir, durante el cumplimiento de sus funciones, prendas o accesorios que lo identifiquen con partidos políticos, equipos deportivos, asociaciones gremiales u otros que puedan ocasionar conflictos con la población y de esta manera incrementar el riesgo de seguridad.

La única puerta de acceso al SIE será sólo para el personal que desarrolla sus actividades en la EU, podrá acceder al servicio a través de la SATU siempre presentando su carné de identificación.

Todo usuario atendido en triaje será registrado e identificado, independientemente de su edad o el tipo de patología que presenten. Dicho proceso de registro en el Sistema Informático será realizado por personal administrativo en el área de registro de la SATU.

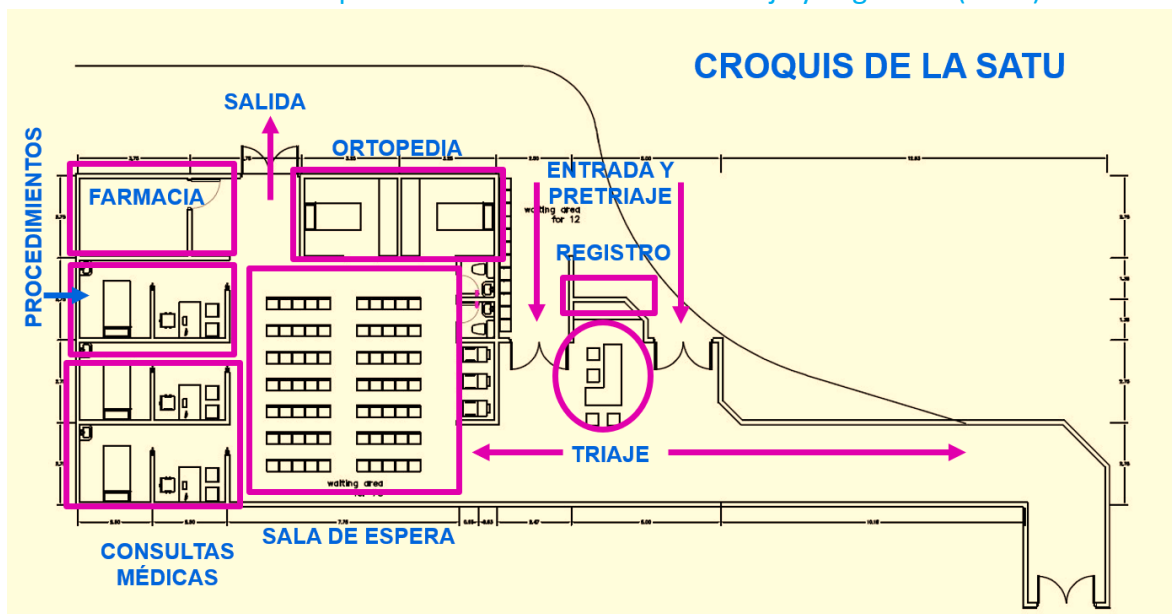
Con respecto a la identificación de familiares, se hará de acuerdo con el protocolo de familiares existente en el HE.

12.4 Procedimientos que obligan el uso de brazalete

El brazalete de identificación se le pondrá al paciente al definir su ingreso hospitalario después de la evaluación médica.

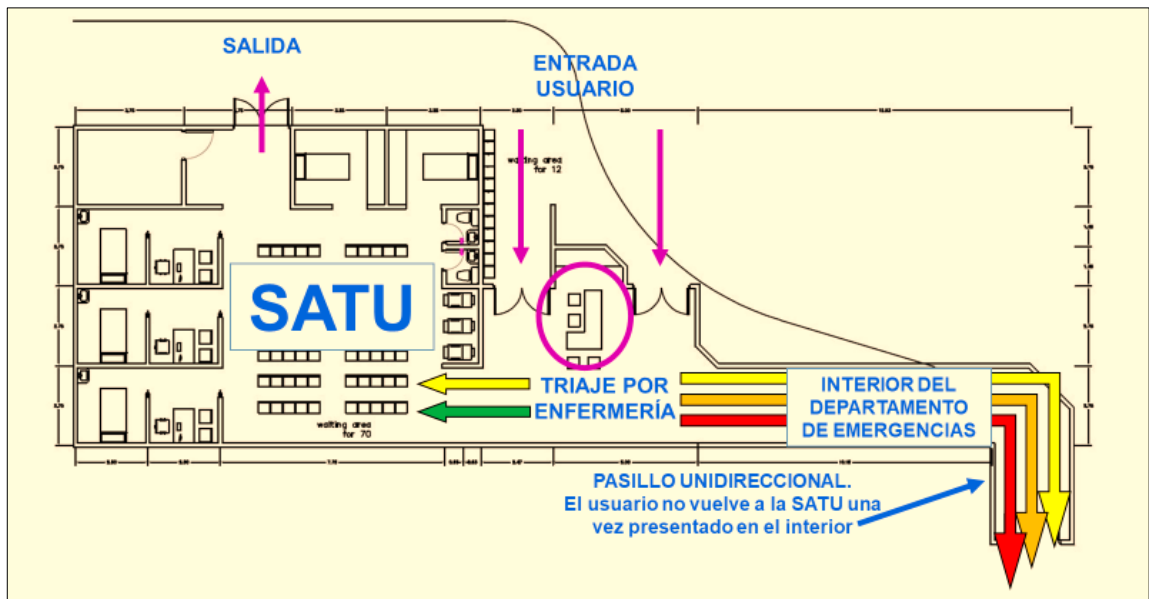
13. HERRAMIENTAS DE APLICABILIDAD

13.1 Herramienta 1. Croquis de la Sala de Atención de Triage y Urgencias (SATU)



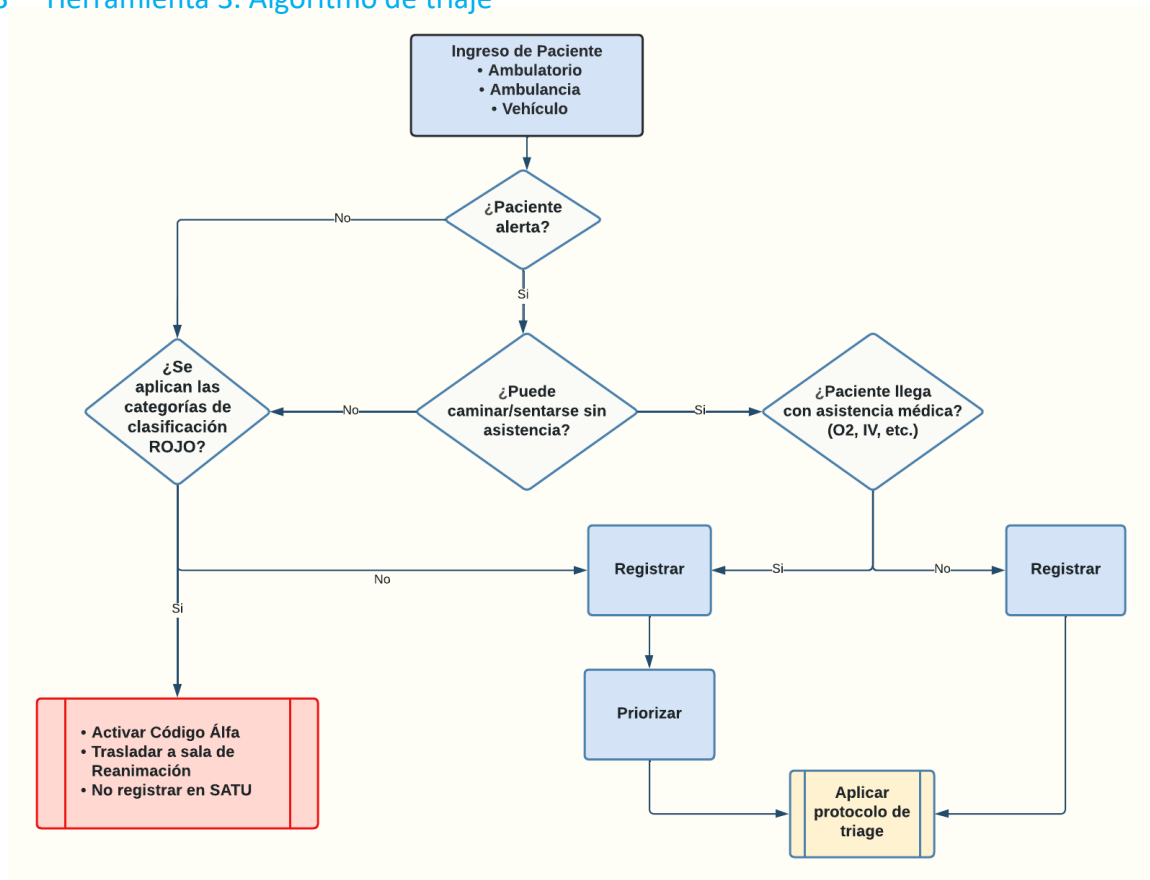
Fuente: Elaboración por el equipo desarrollador

13.2 Herramienta 2. Flujo de tránsito de en SATU



Fuente: Elaboración por el equipo desarrollador

13.3 Herramienta 3. Algoritmo de triaje



Fuente: Elaboración por el equipo desarrollador

13.4 Herramienta 4: Escala de Coma de Glasgow (2)

Escala de coma de Glasgow		
Función	Respuesta	Puntaje
Ocular (4)	Espontánea	4
	Al estímulo verbal	3
	Ante un estímulo doloroso	2
	Ninguna respuesta	1
Verbal (5)	Normal	5
	Lenguaje confuso	4
	Lenguaje inapropiado	3
	Sonidos incomprensibles	2
	Ninguna respuesta	1
Motora (6)	Obedece órdenes	6
	Localiza estímulos dolorosos	5
	Flexiona las extremidades normalmente ante el dolor	4
	Flexiona las extremidades anormalmente ante el dolor	3
	Extiende las extremidades ante estímulos dolorosos	2
	Ninguna respuesta	1

Fuente: *Cálculo de la escala de coma de Glasgow. En Atención básica de emergencia: abordaje de lesionados y enfermos agudos (p.185), por OMS – CICR, 2018.*

14. Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias [Internet]. 2011 [citado febrero de 2023]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf
2. Mehta R, Chinthapalli K. Glasgow coma scale explained. BMJ [Internet]. 2019 [citado marzo de 2023];365:l1296. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/365/bmj.l1296.full>
3. OMS-CICR. Atención básica de emergencia: abordaje de lesionados y enfermos agudos, 1ª ed. Organización Mundial de la Salud, Comité Internacional de la Cruz Roja y Federación Internacional para la Medicina de Emergencias; 2018.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC yellow book 2020: Health information for international travel. Brunette GW, Nemhauser JB, editors. New York, NY, United States of America: Oxford University Press; 2019
5. Marik PE, Egi M. Treatment thresholds for hyperglycemia in critically ill patients with and without diabetes. Intensive Care Med [Internet]. 2014;40(7):1049–51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-014-3344-2>
6. Zane RD, Kosowsky JM, editors. Medicina de Urgencias de Bolsillo, 4e. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.
7. Hudson M, Garg R, editors. Hyperglycemia in the Hospital Setting. Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2014.
8. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J, editors. Emergency Triage: Manchester Triage Group. New York: John Wiley & Sons; 2014.
9. Wyatt JP, Illingworth RN, Graham CA, Hogg K, Robertson C, Clancy M. Oxford Handbook of Emergency Medicine. Oxford: Oxford University Press; 2012.
10. SESAL. Protocolo de atención integral a personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual [Internet]. Secretaria de Salud Honduras. 2022 [citado el marzo de 2023]. Disponible en: <https://salud.gob.hn/site/index.php/component/edocman/protocolo-de-atencion-integral-a-personas-victimas-sobrevivientes-de-violencia-sexual>
11. SESAL. Guía para proveer servicios de salud libres de estigma y discriminación a personas trans e intersexuales, trabajadores y trabajadoras sexuales, hombres que tienen relaciones con hombres y personas VIH [Internet]. Secretaria de Salud Honduras. 2016 [citado febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.salud.gob.hn/site/index.php/component/edocman/guia-estigma-16-febrero-2017>

15. ANEXOS

15.1 Anexo 1: Recursos necesarios para una estación de triaje estimado por (200-300 pacientes en 24 horas)

Materiales	Cantidad
Gasa y torundas	20 paquetes
Esparadrapo	2 unidades
Vendas pequeñas y medianas	20 de cada
Guantes de examen, no estéril. M/L	2 cajas
Botes para muestra de orina	20 unidades
Glucómetro	1 unidad
Algodón para glucómetro	5 rollos
Lancetas	100 unidades
Tiras reactivas	200 unidades
Gel de Alcohol	2 botes
Tijeras	2 unidades
Collares de inmovilización	5 unidades
Inmovilizadores miembros inferiores	5 unidades
Inmovilizadores miembros superiores	5 unidades
Grapadora	1 unidad
Grapas	1 caja
Reloj de pared con segundero	1 unidad
Contenedor para residuos cortopunzantes (uno por estación de triaje)	3 unidades
Tableros duros con pinza	3 unidades
Cuaderno de incidencias	1 unidad
Cuaderno de material entregado/recibido	1 unidad
Documentación de triaje	1000 improntos
Esfigmomanómetro + estetoscopio (uno por cada estación de triaje)	3 pares
Saturómetro	3 unidades
Termómetro	3 unidades
Monitor para signos vitales	3 unidades
Sillas de ruedas	5 unidades
Camillas de traslado	5 unidades

15.2 Anexo 2: Formulario de triaje digital

+ REGISTRO DE TRIAGE DE PACIENTE			
Identidad:			
Nombres:			
Turno:	Fecha Nacimiento:	Edad:	Sexo:
Telefono:	Tel. Responsable:	PDL:	
Lo Acompaña:			
Motivo de Admision:			
Fecha Admision:		Fecha Triage:	

+ DATOS CLINICOS			
¿Rojo?	Ambulancia	¿Trauma?	Tipo Lesion
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mecanismo	<input type="text"/>		Cianosis
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Conciencia	Escala de Dolor	Embarazada	Semana Gestación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	Presión Sistolica	Presión Diastolica	Frec. Respiratoria
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frec. Cardiaca	Pulso	Saturación O ₂	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Glucemia	Valor Glucemia	Alergias	Motivo Consulta
<input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Descripción del Motivo de Consulta			
<input type="text"/>			
Antecedentes Personales Patológicos			
Enf. Cardiovascular <input type="checkbox"/>	Insuficiencia Renal <input type="checkbox"/>	Enf. Pulmonar <input type="checkbox"/>	Enf. Neurologica <input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/>	HTA <input type="checkbox"/>	Cancer <input type="checkbox"/>	Inmunosupresión <input type="checkbox"/>
Otros Antecedentes			
<input type="text"/>			
Prioridad de Triage	Derivado a:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Otras	¿Referido?		
<input type="text"/>	Referido <input type="checkbox"/>		
<input type="button" value="Guardar e Imprimir"/>			

15.3 Anexo 3: Hoja de triaje digital – Lado A y B



HOSPITAL ESCUELA (EMERGENCIA UNIFICADA DE ADULTOS)
HOJA DE TRIAJE ADULTOS # 0 LADO A

LADO A V8.1.0 Rev.0 HE.DEM.FR.0.23

Usuario Impresion walterfer66

Hora de Impresion 19-04-2023 10:48:22 AM

Fecha y Hora de Admision: 19-04-2023 10:48:22 AM

Fecha y hora del triage:

Prioridad:

Nombre del Paciente

Sexo

Edad

Identidad

Referido

PDL

Acompañante

()

Telefono Acompañante

Ambulancia

Direccion

SIGNOS VITALES

Presion Arterial	Frecuencia Cardiac/Pulso	Frecuencia Respiratoria	Temperatura	Saturacion oxigeno	Glicemia

Escala de dolor	Estado de conciencia	Embarazo	Alergias	Cianosis

LESION

Tipo de Lesion: , Mecanismo de lesion:

MOTIVOS DE CONSULTA

ANTECEDENTES

Ninguno. Notas de enfermeria:

Servicio Asistencial al que sera remitido

Nombre de Enfermero/a Firma

Centro de atencion

HOJA DE ATENCION MEDICA URGENTE # 0 LADO B

Nombre del Paciente _____ Identidad _____

Hora _____

Historia de Enfermedad Actual (HEA):

Examen Físico:

Exámenes Adjuntos:


Tratamiento:			
Descripción	Firma Médico	Hora Administración	Firma Administrador

Observaciones:


Decisión:				
Resuelto	Referencia-Respuesta	Consulta Externa	Ingresado en	Otros
NO	NO	NO	--	

Nombre y Firma del Médico/a _____ Pertenece al dpto: _____

15.4 Anexo 4. Hoja de triaje manual – Lado A

 <p>HOSPITAL ESCUELA</p>	<p>HOSPITAL ESCUELA DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA HOJA DE TRIAJE ADULTOS LADO - A</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">HE.DEM.FR.023</div>			
<p>Nombre: _____ Sexo: Mujer Hombre Edad: _____</p>					
<p># Identidad: _____ Fecha de Atención: _____ Hora: _____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Día / Mes / Año hora : minuto</p>					
<p>Acompañante: No Sí _____ Ambulancia: No Sí _____ Referido: No Sí _____</p> <p style="text-align: center;"> Trauma No—trauma Comportamiento —Anormal Privado de libertad </p>					
SIGNOS VITALES					
PRESIÓN ARTERIAL	FREC. CARDIACA	FREC. RESPIRATORIA	TEMPERATURA	SATURACIÓN OXÍGENO	GLUCEMIA (Diabéticos)
	REGULAR IRREGULAR				
<p>Escala de dolor: ___ / 10 Estado de Conciencia: A V D N</p> <p style="text-align: center; margin-left: 150px;">Alerta Verbal Dolor No Responde</p>					
<p>Motivo de consulta: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					
<p>Antecedentes/Observaciones: _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">Alergias: NO/SÍ _____</p>					
<p>PRIORIDAD: ROJO NARANJA AMARILLO VERDE</p>					
SERVICIO ASISTENCIAL RESPONSABLE (A COMPLETAR POR EL ENFERMERO/A)					
SATU	EU	Otros			
Nombre y Firma del Enfermero/a _____					

15.5 Anexo 5. Hoja de triaje manual – Lado B

	<p>HOSPITAL ESCUELA DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA SATU (Sala de Atención de Triage y Urgencias) HOJA DE ATENCIÓN MÉDICA URGENTE LADO - B</p>			
<p>Nombre: _____ # Identidad: _____</p> <p style="text-align: right;">Fecha: _____ Hora: _____</p>				
<p>Historia Clínica:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
<p>Examen Físico:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
<p>Exámenes Adjuntos:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
Tratamiento				
Prescripción	Firma Médico	Hora Administración	Firma Administrador	
<p>Conclusiones:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
Decisión:				
Resuelto	Referencia-Respuesta	Consulta Externa	Ingresado en:	Otros:
<p>Nombre y Firma del Médico/a: _____ Pertenciente al Dpto.: _____</p>				

EQUIPO TÉCNICO DE ELABORACIÓN

Comité Internacional de la Cruz Roja

Msc. Cristel Yi

Enfermera de Emergencias CICR

Msc. María José Roldán

Enfermera de Emergencias CICR

Hospital Escuela

Dr. Ángel Bárcenas

Jefe médico Emergencia Unificada

Dr. Jenny Chaves

Médico Internista de la Emergencia Unificada

Dr. Alberto Medina

Cirujano de la Emergencia Unificada

Dra. Claudia Romero

Coordinadora médica de la Sala de Atención de Triage y Urgencias

Lcda. Fabiola Melgar

Enfermera Jefe de la Emergencia Unificada

Lcda. Raquel Cruz

Coordinadora de procesos asistenciales de la Emergencia Unificada

REVISIÓN NORMATIVA DEL DOCUMENTO

Hospital Escuela

Dr. Alejandro Sierra

Jefe del Departamento de Gestión de Calidad

Dra. Regine Kafie

Técnico de Gestión de Calidad

Secretaría de Salud

Dra. Karol Cartagena

Técnico Normativo Dirección general de Normalización

Dra. Gabriela Barahona

Técnico Normativo Dirección general de Normalización

Dra. Anneli Banegas

Técnico Normativo Dirección general de Normalización

Apoyo técnico y revisión

Dirección General de Normalización

AGRADECIMIENTOS

Es importante destacar la valiosa contribución del Dr. Killiam Argote, médico especialista en emergencias y desastres y del Dr. Alfonso Apolinar, gestor del proyecto de apoyo a la sala de emergencia del HE, ambos del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). Se expresa un sincero agradecimiento a las profesionales de enfermería de la Emergencia Unificada por sus contribuciones durante la revisión y su dedicación en la implementación del presente protocolo. Asimismo, se destaca su compromiso con la profesión y entrega diaria en la atención de los pacientes.

