



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

CODIGO: PT36:281:2019

PROTOCOLO DE TRIAJE DEL HOSPITAL ESCUELA



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

Lic. Alba Consuelo Flores
Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Lic. Cesar Barrientos
Sub Secretaria de Regulación

Dr. Roberto Consenza
Sub Secretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Nery Cerrato
Sub Secretaria de Proyectos e Inversión

Dr. Alcides Martínez
Director General de Redes de Servicios de Salud

Dra. Elvia María Ardón
Directora General de Normalización

Dra. Silvia Yolanda Nazar
Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

Dra. Janethe Aguilar
Jefa de la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión

Dra. Carmen Suyapa Molina
Presidenta de la Comisión Interventora

Índice

Contenido

1. Introducción	5
2. Justificación	7
3. Objetivo General	8
4. Objetivos Específicos	8
5. Alcance	9
6. Acrónimos, Símbolos y Términos Abreviados	10
7. Términos y Definiciones	11
8. Metodología	17
9. Aspectos Generales	18
9.1 Recursos Humanos.....	19
9.1.1 Personal de Salud de la SATU	19
9.2 Situaciones Diferenciadas	19
10. Sistema de Triage	20
10.1 Discriminadores Generales	21
10.2 Señales de Alarma (presentaciones más comunes)	22
10.3 Niveles de Prioridad	22
10.3.1 Manejo del Usuario Según Nivel de Prioridad	22
10.3.2 Cuadro Resumen del Manejo del Usuario Según Nivel de Prioridad	24
10.3.3 Flujograma del Manejo del Usuario Según Nivel de Prioridad	25
10.3.4 Proceso de Priorización	25
10.4 Actividades del Profesional de Enfermería de Triage	287
10.5 Actividades del Médico de la SATU	28
10.6 Actividades de la Auxiliar de Enfermería en la SATU	28
10.7 Actividades del Ayudante de Hospital en la SATU	298
10.8 Información, Comunicación y Educación	29
10.8.1 Identificación del Personal de Salud, Usuarios y Familiares en la SATU	29
10.8.2 Procedimientos que Obligan el Uso de Brazaletes	30
11. Bibliografía.....	321

12. Anexos	354
Anexo 1. Recursos Necesarios para una estación de triaje (200-300 pacientes en 24 horas).....	35
Anexo 2. Hoja de Triaje - Lado A	36
Anexo 3. Hoja de Triaje - Lado B	387
Anexo 4. Señales de Alarma - Definiciones	398

1. Introducción

La afluencia de usuarios hacia los servicios de emergencias hospitalarias ha sufrido un incremento a nivel mundial desde el siglo pasado. Esta demanda conlleva a la sobrecarga de los servicios, acarreando una serie de consecuencias negativas, tanto para los usuarios como para la calidad de los servicios hospitalarios. En parte, este incremento de visitas se debe a las personas que utilizan los servicios de emergencias de forma inadecuada. Este fenómeno ha puesto de manifiesto la necesidad de implementar un **Sistema de Triage** como parte de servicios de emergencias hospitalario.¹

Se considera esencial para la gestión de calidad dentro de las emergencias hospitalarias, que se disponga de un sistema de clasificación ágil, reproducible y revisable (que permita auditorías). El sistema priorización/selección validado, permite una clasificación rápida de la gravedad/urgencia del paciente y la posibilidad de su integración pronta a la sociedad.

En el departamento de emergencias coinciden pacientes con procesos que producen un riesgo vital (emergencias) y otros con procesos no tan urgentes, que pueden ser atendidos en una consulta de urgencia ambulatoria. Por ello, la clasificación del paciente es una actividad nuclear de la emergencia de adultos del Hospital Escuela Universitario, y permite dirigirle al recurso más adecuado, estableciendo un tiempo máximo para su completa evaluación, en función de la gravedad o urgencia.

Los ejércitos napoleónicos fueron los primeros en aplicar la clasificación de sus bajas en el campo de batalla, siendo el cirujano militar barón Dominique Jean Larre el padre de la moderna teoría del triaje. La I Guerra Mundial aplicó criterios de uso de ambulancias motorizadas para desplazar a los heridos más graves hacia escalones retrasados, el orden en el que deberían transportarse las víctimas vino marcado por una clasificación previa²

Durante los años 60, en los E.E.U.U. se desarrolló un sistema clásico de clasificación en 3 niveles de categorización, que fue superado a finales del siglo pasado por un nuevo sistema americano de cuatro niveles. Estos sistemas no han conseguido un grado de evidencia científica suficiente como para ser considerados estándares del triaje moderno.

Existen 4 niveles de triaje determinado por colores: del color rojo al color verde, de mayor a menor nivel de prioridad. Cada nivel determina el tiempo óptimo entre la llegada y la valoración médica; oscilando entre una valoración inmediata (color rojo) hasta 2-4 horas (color verde), aplicable a situaciones de rutina/estándar.

¹ Estudio de triaje en un Servicio de Urgencias Hospitalario, Revista Enfermería CYL

² Emergencias y catástrofes, Triage: generalidades, 2001

El presente documento es un protocolo/una herramienta consensuada basada en diferentes sistemas internacionales de triaje, que provee una guía al equipo de triaje hospitalario, para determinar el flujo de atención de los usuarios: en primer lugar, el flujo en el tiempo (*cuándo será atendido*), y posteriormente el flujo en el espacio (*dónde será atendido*).

Este protocolo describe un modelo de triaje innovador de doble flujo, implementado en una nueva **Sala de Atención de Triage y Urgencias (SATU)**, abierto las 24 horas al día, los 7 días de la semana, en el Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa. Los usuarios de baja complejidad o urgencia son atendidos directamente en la SATU, permitiendo el ingreso en el interior del departamento de emergencias sólo a los usuarios cuya complejidad y urgencia así lo requieren.

Este protocolo, aplicable al Hospital Escuela Universitario (HEU), puede servir de referencia a otras estructuras de salud de similar complejidad o demanda.

2. Justificación

El Hospital Escuela Universitario es el principal centro asistencial público del país, siendo un hospital de referencia nacional tipo II con un nivel de complejidad seis según la categorización de establecimientos de segundo nivel de la Secretaría de Salud (SESAL) (2). El HEU cuenta con servicio de emergencia en las especialidades de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Ortopedia, Otorrinolaringología, Neurocirugía y Cirugía General y sus diferentes ramas de subespecialidades como puede ser Urología, Cirugía Oncológica, Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Actualmente el Servicio Integrado de Emergencias (SIE) del HEU, que incluye la SATU y el interior del departamento de emergencias, recibe una alta demanda de usuarios que sobrepasa la capacidad de respuesta del hospital. De acuerdo con los datos de la Unidad de Planeación y Estadística y Gestión (UPEG) del HEU, se brindaron 19,039 atenciones de triaje entre enero y marzo del año 2019, un incremento de 55% comparándolo con el mismo periodo del año 2018 en el cual se brindaron 12,309 atenciones en triaje.

Cabe mencionar que en la mayoría de casos, los usuarios que llegan a las emergencias del HEU son aquellos que se encuentran en condiciones médicas no urgentes o inadecuadamente referidos por establecimientos del primer nivel de atención. Un estudio de 1994 realizado en las diferentes emergencias del HEU mostró que el 53.7% de los pacientes podría haber sido asistido en un nivel de menor complejidad³.

Por ello existe la necesidad de fortalecer el sistema de triaje que se realiza a los usuarios que asisten al SIE y clasificar según el nivel de prioridad, con el fin de que el flujo de atención a los usuarios más graves o urgentes no se demore y de esta manera mejorar la calidad de atención recibida en el triaje y en la emergencia del HEU.

³ Investigación sobre pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Escuela, Trabajo científico Original, Dra. Kumiko Ohara, Dr. Victor Meléndez Colindres, 1994

3. Objetivo General

Proporcionar al personal de salud⁴ las herramientas para la priorización clínica que consiste en la recepción, valoración y distribución de los usuarios que asisten a la emergencia de adultos del Hospital Escuela Universitario con el objetivo final de mejorar la calidad de los servicios de emergencia.

4. Objetivos Específicos

- Identificar y priorizar a todo usuario adulto que llegan al SIE de acuerdo con el riesgo vital y la necesidad de valoración médica inmediata, evitando la demora en la asistencia de pacientes graves o más urgentes.
- Limitar la entrada al interior del servicio integrado de emergencias a los usuarios que exclusivamente así lo requieran.
- Asegurar el área de tratamiento médico, cumpliendo estándares de calidad y promoviendo la evaluación continua de acuerdo a las necesidades del paciente.
- Promover el registro y recogida de datos adecuado de usuarios que reciben la atención de triaje.
- Garantizar que los usuarios y sus familiares reciban información fluida sobre la situación de salud, tipo de necesidades que tienen en términos médicos, exploraciones diagnósticas, medidas terapéuticas y tiempo de espera probable.

⁴ Revisar términos y definiciones

5. Alcance

El protocolo de triaje está dirigido al personal de salud de la emergencia de adultos del Hospital Escuela Universitario y Clínicas Periféricas de Emergencia (CLIPER)

Población Diana

Toda persona usuaria que necesite una atención en el área de emergencia de adultos del Hospital Escuela Universitario y Clínicas Periféricas de Emergencia (CLIPER)

Usuarios

Los principales usuarios son el personal de salud: Profesional de enfermería, auxiliar de enfermería, médico especialista, médico general, médicos residentes y personal en formación de la Facultad de Ciencias Médicas de Honduras.

Niveles de atención

Este protocolo aplica para el II nivel de atención en salud.

6. Acrónimos, Símbolos y Términos Abreviados

CICR: Comité Internacional de la Cruz Roja

CLIPER: Clínicas Periféricas

DAIS: Dirección de Atención Integral en Salud

DC: Departamento de Cirugía

DE: Departamento de Emergencias

DGC: Departamento de Gestión de la Calidad

DMI: Departamento de Medicina Interna

FC: Frecuencia Cardíaca

HEU: Hospital Escuela Universitario

IFEM: Federación Internacional de Medicina de Emergencia (siglas en Ingles)

LGTBI: Lesbianas, Gays, Transexuales, Bisexuales e Intersexuales

MNS: Modelo Nacional de Salud

MSF: Médicos Sin Fronteras

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PPL: Pacientes Privados de Libertad

SATU: Sala de Atención de Triage de Urgencias

SATS: Escala de Triage Sudafricano (siglas en inglés)

SESAL: Secretaría de Salud

SET: Sistema Estructurado de Triage

SIE: Servicio Integrado de Emergencias

START: Triage Simple y Tratamiento Rápido (siglas en inglés)

UAU: Unidad de Atención al Usuario

UGP: Unidad de Gestión al Paciente

VBG: Violencia Basada en Genero

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), **Exposición** y proteger el entorno)¹

Bradicardia: Frecuencia cardíaca excesivamente lenta, por lo general por debajo de 60 latidos por minuto en adultos humanos.²

Bradipnea: Respiración lenta, menos de 10 respiraciones por minuto.²

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.³

Clasificar: (referido al triaje) Es asignar una prioridad de valoración médica a un usuario según su estado de salud.⁴

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 autorización⁵

Complejidad: Calidad relacionada con el grado de dificultad diagnóstica y/o terapéutica debida a la presencia de complicaciones y/o co-morbilidades (diagnósticos secundarios) añadidos al diagnóstico principal que nos permite prever un tiempo de estancia y/o un coste determinado.⁶

Comienzo Brusco: En segundos o minutos. 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: Un déficit neurológico es una 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^{7,8}.

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 objetivos⁹.

Discriminadores Generales: (referidos al triaje) Son factores que permiten diferenciar el grado de urgencia/emergencia entre niveles de triaje y que permiten clasificarlos en una de las cuatro prioridades, del rojo al verde. Dichos discriminadores son relevantes independientemente de la presentación del paciente¹¹.

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 completas².

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 duración¹⁰.

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 náuseas¹¹.

Dolor cólico: Dolor que va y viene en oleadas¹¹.

Dolor moderado reciente: Cualquier dolor de moderada intensidad (5-7/10) que ha comenzado en los últimos 7 días¹¹.

Dolor pleurítico: Dolor torácico punzante que empeora con la respiración, la tos o el estornudo¹¹.

Emergencia: es una situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano¹².

Equipo de triaje: Equipo integrado por profesionales de enfermería con apoyo médico si fuera requerido por el personal de enfermería y ayudantes de hospital; debidamente entrenados y familiarizados con este protocolo.

Escala AVDN: Escala u 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**¹³.

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 salud³.

Flujo de Pacientes: El flujo de trabajo, así como el flujo topográfico relacionado con el individuo y el grupo de pacientes.

Fiebre Alta: Temperatura corporal que oscila entre 38,5° - 41°C¹¹.

Febrícula: Temperatura corporal que oscila entre 37,5° - 38,5°C¹¹.

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 sanitario³.

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 mortalidad¹⁴.

Hemorragia exanguinante: Hemorragia en su forma más severa, con un sangrado incontrolable que, si no es manejado quirúrgicamente, resultará en la muerte de la persona¹⁵.

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 compresas¹¹.

Hemorragia menor incontrolable: Hemorragia que no se puede controlar rápidamente con la aplicación directa y continua de presión y que continúa sangrando ligeramente o rezuma¹¹.

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 función¹³.

Hiperglucemia: Nivel alto de azúcar (glucosa) en la sangre mayor de 300mg/dl¹¹.

Hipertermia: Temperatura corporal de 41°C o mayor¹¹.

Hipertensión significativa: Presión arterial sistólica mayor a 160mmHg con síntomas¹⁰.

Hipoglucemia: Nivel bajo de azúcar (glucosa) en la sangre menor de 50mg/dl¹¹.

Hipotensión significativa: Presión arterial sistólica menor a 90mmHg¹⁰.

Hipotermia: Temperatura corporal de 35°C o inferior¹¹.

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 atención¹³.

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 response. (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 salud³.

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 salud⁵

Priorizar: Proceso de selección de recursos de tiempo y recursos físicos para un solo 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 oportunidad del diagnóstico y la efectividad del tratamiento y, al mismo tiempo, hacer menos costoso el proceso de atención, 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 expertos³.

Pulso anómalo: Taquicardia, bradicardia o ritmo irregular¹¹.

Problema reciente: Problema que ha aparecido en la última semana¹¹.

⁵ Informe sobre la salud en el mundo 2006, OMS

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 atención³.

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 agotamiento¹¹.

Retención urinaria: Incapacidad de orinar por la uretra asociado con distensión de la vejiga¹¹.

Saturación de oxígeno baja: Valor de oxígeno en sangre menor de 92% en aire ambiental¹¹.

SATU: Sala de Atención de Triage y Urgencias. Lugar físico, punto de entrada y parte del Departamento de Emergencias de HEU, abierto las 24 horas al día, los 7 días de la semana, donde se lleva a cabo el proceso de selección, 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 14 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 Emergencia. En la fecha de publicación de este documento, consiste en la combinación de las unidades médicas, quirúrgicas y SATU del departamento de emergencias de HEU.

Signos de bajo gasto: Sudoración, palidez, taquicardia, hipotensión y nivel de conciencia alterado¹⁰.

Signos de deshidratación: Lengua seca, hundimiento del globo ocular, aumento de pliegues cutáneos¹¹.

Sistema de Triage 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 130 pulsaciones por minuto².

Taquipnea: Respiración rápida, más de 30 respiraciones por minuto².

Triage: Proceso de atención clínica preliminar que ordena 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 médico¹⁶.

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 familia¹⁷

Urgencia sanitaria. Según OMS; es aquel problema o patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero cuya atención no debe retrasarse más de seis horas.

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 utilizar³.

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 privaciones¹⁸.

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 mujeres¹⁹.

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, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo^{6,18}.

⁶ Siguiendo el flujograma de atención de víctimas de violencia sexual existente en el HEU.

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 HEU (Hospital Escuela Universitario) colaboraron para la elaboración del Protocolo de Triage para el Hospital Escuela Universitario. Se establecieron un cronograma de trabajo de la siguiente manera:

1. Revisión bibliográfica sobre el tema.
2. Consulta de documentos tales como protocolos y guías de otros países de la subregión centroamericana, incluyendo El Salvador, Nicaragua, Panamá y Guatemala.
3. Se realizó una revisión de documentos técnico-normativos facilitados por la DGN y se siguieron los lineamientos establecidos en la Guía para Emitir Documentos Normativos G01:2015, para la elaboración de un Protocolo.
4. Se trabajó con la DGC, UGP, UAU y el DE del Hospital Escuela Universitario (HEU) sobre el manejo de casos en la emergencia de adultos del HEU
5. Revisión del primer borrador del protocolo con personal técnico de la DGC y el personal del CICR en Honduras.
6. El documento borrador del Protocolo de Triage para el HEU fue validado por personal técnico normativo y asistencial de la SESAL.
7. Se hicieron los ajustes requeridos para producir la versión final del Protocolo. Estas bibliografías han sido seleccionadas por un equipo técnico, dedicado específicamente a la realización de la búsqueda de la evidencia y su respaldo científico, que posteriormente ha sido revisada por un grupo de expertos nacionales, con apoyo de la Dirección General de Normalización de la Secretaría de Salud y validada posteriormente por equipos técnicos regionales, Médicos Sub Especialistas, Especialistas, Médicos generales, Lic. en enfermería de los diferentes del Hospitales.
8. Construcción y ampliación del acceso a la emergencia de adultos a través de la SATU.
9. Capacitación constante de la totalidad de los profesionales de enfermería involucrados en el proceso de triaje.
10. Implementación del protocolo de triaje a partir del 4 de junio del 2019, con la puesta en marcha de la SATU.

9. Aspectos Generales

El concepto amplio de triaje es el proceso de clasificación preliminar de cuatro colores de acuerdo al riesgo vital, realizado por un profesional de la enfermería, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa, priorizando en situaciones normales como de desastre.

La SATU consta de un área de 312 mts² que cuenta con una oficina de registro de usuarios, área de pre-triaje para 9 usuarios, área de triaje, sala de espera para 60 personas, dos consultorios médicos generales, un área de procedimientos, un área de ortopedia ambulatoria y una farmacia abierta 24 horas.

Imagen 1. Croquis de la SATU

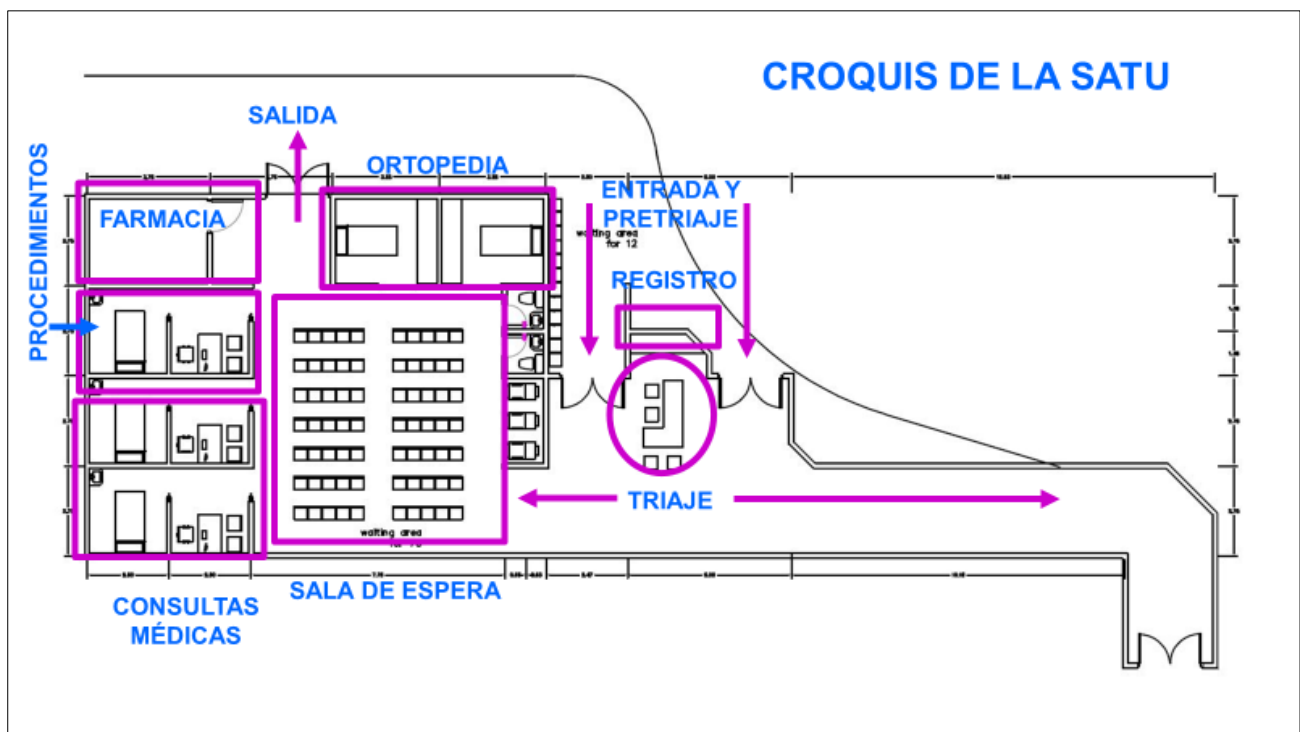


Imagen creada

El área de triaje dispone de dos accesos, una contigua al pre-triaje para ingreso de pacientes ambulatorios y otra disponible para pacientes que son traídos en ambulancia.

El proceso de triaje se desarrolla en la estación de triaje de la SATU que está integrada a la SIE, permitiendo un doble flujo de atención, lo que significa una disminución en la acumulación innecesaria de usuarios dentro del departamento de emergencias.

9.1 Recursos Humanos

La organización y gestión de los recursos humanos (turnos, sustituciones, etc.) tiene una incidencia directa en el dimensionado de las plantillas. Es relevante que el patrón de dotación de recursos humanos, tanto de médicos como de profesionales de enfermería y resto del personal, se adecue a las posibles variaciones, por turno, así como en días de la semana y estacionales. En el Anexo 1 se adjunta un estimado tanto de recursos humanos como insumos para una media de pacientes en 24 horas.

9.1.1 Personal de Salud de la SATU

El personal de salud encargado de brindar asistencia en la SATU está conformado por:

- 2 ó 3 profesionales de enfermería capacitados y entrenados
- 1 auxiliar de enfermería
- 1 ayudante de hospital
- 2 médicos generales
- 1 especialista de ortopedia
- 1 equipo de farmacia
- Un determinado número de internos de cirugía y ortopedia en función de disponibilidad
- 1 equipo de limpieza
- 1 equipo de seguridad en cada puerta de ingreso o egreso de pacientes
- 1 componente del departamento de Atención al Usuario en la zona de pre-triaje para informar a los usuarios y familiares recién llegados del proceso que subsigue

Sólo los pacientes que a razón de su patología o dificultad de comunicación necesitan acompañamiento, podrán ser acompañados por un familiar en su ingreso a la SATU.

En la hoja de triaje el profesional de enfermería debe completar la información del formulario de triaje (Anexo 2)

9.2 Situaciones Diferenciadas

- a. En casos de desastres o bajas masivas se aconseja utilizar el protocolo vigente del HEU. Para futuras ediciones de este protocolo se espera trabajar en la creación y diseminación de un plan para estas situaciones que sea funcional y ajustado a estándares internacionales.
- b. En los casos de violencia sexual y víctimas/sobrevivientes de violencia basada en género⁷, se debe iniciar el protocolo específico de HEU para este grupo de pacientes para asegurar la

⁷ Manual de violencia basada en género de la SESAL

atención medica correcta, la privacidad y confidencialidad del interrogatorio, cuidado en la preservación de pruebas y evitar la revictimización del usuario.

- c. En los casos de pacientes pertenecientes a los grupos LGTBI se debe garantizar la provisión de servicios de salud libres de estigma y discriminación⁸
- d. En casos de Pacientes Privados de Libertad (PPL), recibirán atención prioritaria tanto en el triaje, en la SATU (códigos verde y amarillo) como en el interior del departamento de emergencias (códigos amarillo, naranja y rojo), intentando así agilizar su tratamiento para facilitar su regreso seguro al Centro Penitenciario lo antes posible.
- e. En caso de pacientes ginecológicos y pediátricos que llegan por error a la emergencia de adultos, se deberá finalizar en futuras ediciones de este protocolo, un flujograma que garantice la seguridad de dichos pacientes.

10. Sistema de Triage

Existen diferentes sistemas de triaje (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, etc.) Este protocolo define un Sistema de Triage innovador, adaptado a la realidad del Hospital Escuela, que clasifica a los usuarios en 4 niveles de prioridad determinando dos 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.

En situaciones regulares o de normalidad, es decir que no muestra diferencias significativas respecto al flujo de usuarios que visitan las emergencias de adultos; el profesional de enfermería asigna a los pacientes un color: rojo-naranja-amarillo-verde, de mayor a menor gravedad/urgencia respectivamente. Los signos y síntomas que diferencian entre las prioridades clínicas son llamados discriminadores y están dispuestos en forma de diagrama para cada forma de presentación. Los discriminadores que indican mayores niveles de prioridad se muestran primero y los usuarios se adscriben a prioridades más bajas si el usuario no presenta dichos discriminadores¹¹.

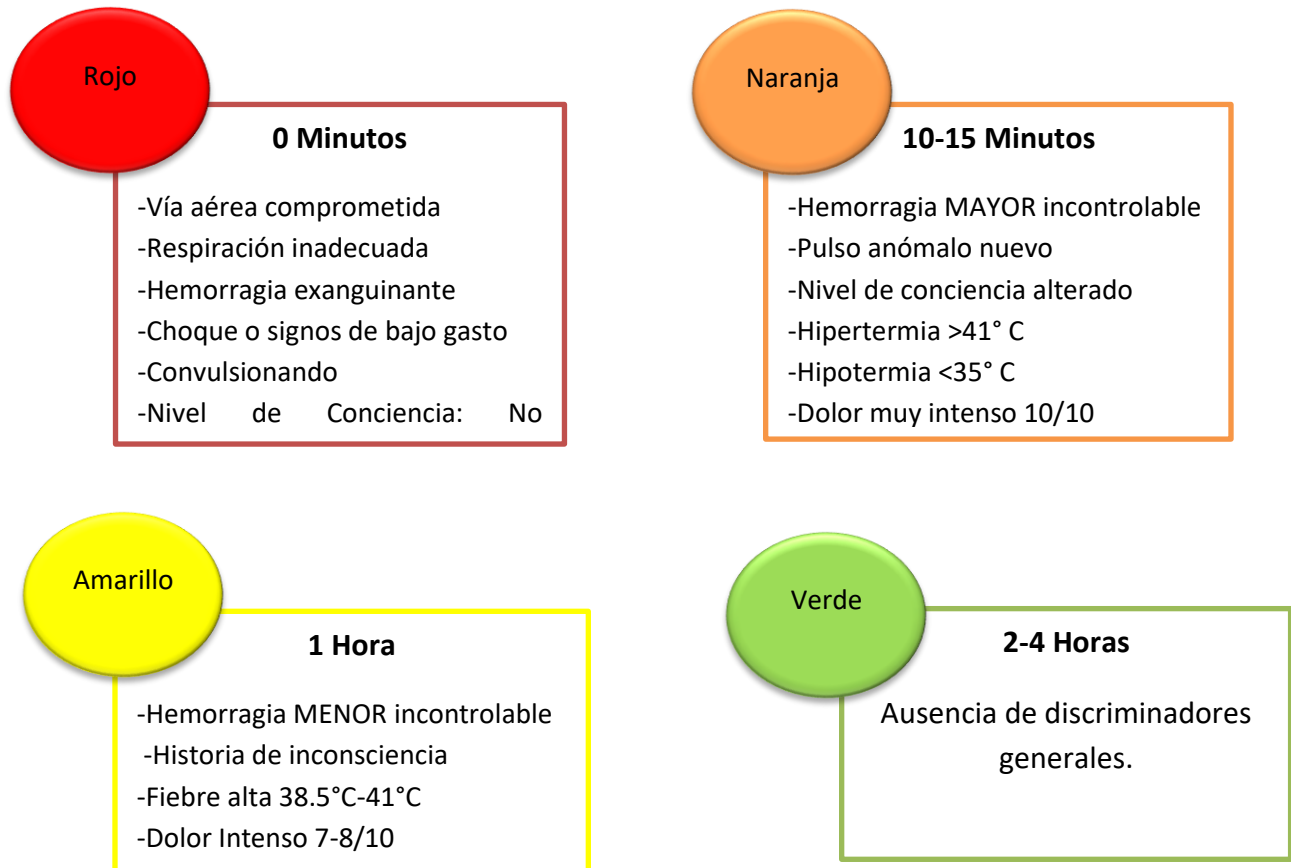
Los discriminadores generales aplican a todos usuarios, independientemente de su forma de presentación y por tanto aparecen constantemente.

⁸ Guía para proveer servicios de salud libres de estigma y discriminación a personas trans e intersexuales, trabajadores y trabajadoras sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas con VIH SESAL 2016 g06:2016

10.1 Discriminadores Generales

Un discriminador es un factor que permite diferenciar el grado de gravedad/urgencia entre niveles de triaje y que permite clasificar a cada usuario en una de las cuatro prioridades (Imagen 2). Ver las características de cada uno de ellos en las definiciones.

Imagen 2. Discriminadores Generales



10.2 Señales de Alarma (presentaciones más comunes)

Son signos y síntomas de 14 presentaciones más comunes de los usuarios que acuden a la emergencia (Anexo 4). Tienen el objetivo de guiar al profesional de enfermería a realizar preguntas que determinarán la priorización del paciente. Si dichas señales de alarma ocurren, los tiempos de priorización tendrán que ser más cortos; si han sido descartadas, los tiempos de priorización podrán ser más largos.

10.3 Niveles de Prioridad

- Paciente Rojo o Crítico
- Paciente Naranja o Agudo Inestable
- Paciente Amarillo o Agudo Estable
- Paciente Verde o Crónico o Estable

10.3.1 Manejo del Usuario Según Nivel de Prioridad

Se considera la parte clave del proceso, considerándose en muchas bibliografías²⁵ como el triaje en sí, ya que en la misma quedará establecida la prioridad de atención al paciente que marcará la demora para la atención facultativa.

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 pre-triage 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 código), éste acompañará al usuario al área de estabilización de pacientes críticos (también llamada área de rojos, de resucitación o *Shock Room*), dando aviso al equipo de emergencia responsable del área crítica. Una vez dentro del área, se tomarán las primeras medidas para su estabilización, según el protocolo de actuación en pacientes críticos del HEU.

Paciente NARANJA o Agudo Inestable (Tiempo de Valoración Médica, 10-15 minutos)

Deberán ser valorados como máximo 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 al área que corresponda dentro del departamento de emergencias presentando el paciente al personal de salud del área correspondiente. Si a criterio del médico receptor, el usuario presentado no corresponde a su especialidad, él mismo gestionará, posterior a la evaluación, el traslado o interconsulta al servicio que considere.

Paciente AMARILLO o Agudo Estable (Tiempo de Valoración Médica, 1 hora)

Son los pacientes de baja complejidad con señales de alarma; los cuales deberán ser valorados como máximo en 1 hora.

Podrán ser atendidos en la SATU si se cumplen las siguientes características:

- Si camina o puede ir en silla de ruedas
- No se prevé que necesite terapia intravenosa prolongada u oxígeno
- No se sospecha de enfermedades contagiosas o transmisibles según CIE10²²

Los casos amarillos que queden en la SATU serán tratados prioritariamente con respecto al resto.

Los que no cumplan el criterio para ser atendidos en la SATU, serán trasladados al interior del departamento de emergencias con la ayuda de los ayudantes de hospital y presentados por el enfermero que realizó el triaje. Hasta que se concrete la unificación del SIE, el profesional de enfermería lo presentará a la especialidad que considere. Si a criterio del médico receptor, el usuario presentado no corresponde a su especialidad, él mismo gestionará, posterior a la evaluación, el traslado o interconsulta al servicio que considere.

Paciente VERDE Crónico o Estable (Tiempo de Valoración, 2-4 horas)

Los usuarios sin peligro de vida se ubicarán en la sala de espera de la SATU, para ser asistidos por un médico general o de ortopedia ambulatoria de acuerdo a su motivo de consulta.

Luego de ser examinados, los pacientes recibirán una prescripción con el tratamiento que será entregado en la farmacia ambulatoria situada a proximidad de la puerta de salida. Los casos que requieran atención especializada (curaciones o suturas de heridas menores, vendajes,

inmovilizaciones, etc.) se podrán realizar en las áreas específicas para tal fin: consultorio 3 y área de ortopedia. 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 test o procedimientos complementarios con los custodios en el área asignada.

Posterior a su valoración y/o tratamiento emergente, el usuario debe ser referido al primer nivel de atención para el seguimiento de su patología. Aplicable en el sistema de referencia y respuesta³².

10.3.2 Cuadro Resumen del Manejo del Usuario Según Nivel de Prioridad

Nivel	Color	Categoría	Tiempo de Atención
1	Rojo	Paciente Critico	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

Sistema de Referencia y Respuesta

Es necesario definir y establecer las relaciones y coordinación entre las diferentes instituciones dentro del concepto técnico-administrativo de la red de servicios, lo cual se logra en buena parte mediante el desarrollo del Sistema de Referencia y Respuesta³. Este sistema debe cumplir además con un objetivo fundamental: articular los diferentes servicios de salud prescritos por la ley, con el fin de asegurar la continuidad e integralidad de la atención a facilitar, además de proporcionar una mayor oportunidad y eficiencia en la prestación de servicios. Por ello un Sistema de Referencia adecuado, tanto interno como externo, será la base para mejorar la calidad del servicio y que se espera que consecuentemente mejore la calidad de vida del usuario que asiste al departamento de emergencia de adultos.

10.3.3 Flujograma del Manejo del Usuario Según Nivel de Prioridad

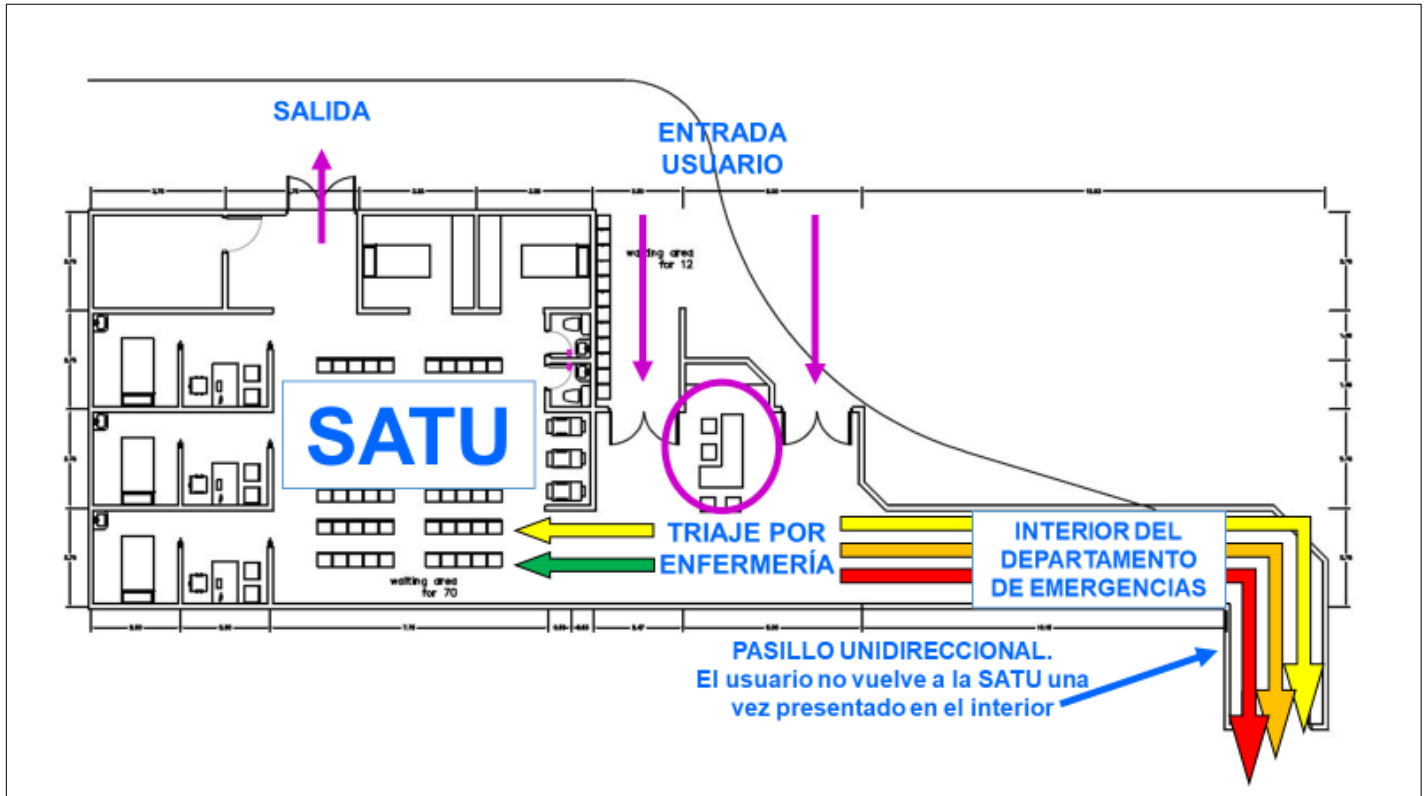


Imagen creada

10.3.4 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.



a. 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.

b. Valoración:

La fase de 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 o naranja y tras dicha confirmación, la entrada a las áreas de medicina o cirugía tomará prioridad absoluta, por encima de la documentación que se puede realizar posteriormente.

El primer paso es una evaluación rápida del paciente a su llegada al servicio de emergencias. La aplicación del ABCE de la reanimación le permite obtener la primera impresión del estado general del paciente y determinar su registro en el consultorio de triaje o su traslado inmediato al área de tratamiento, consignando toda la información en la ficha de triaje (Anexo 2, lado A)

Una valoración completa consistirá en los siguientes pasos:

- Toma de datos personales del usuario
- Identificación de Trauma/No-trauma/Comportamiento-anormal/PPL
- Toma de signos vitales (Presión Arterial, Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria, Temperatura, Saturación de Oxígeno, Glucemia) a la misma vez que se pregunta ¿qué pasó? Y ¿cuándo pasó?

- Se valorará por el profesional de enfermería el comportamiento, el lenguaje corporal del paciente, el estado respiratorio, circulatorio y neurológico.
- Se valorará 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 la causa de consulta más frecuente y es un factor que incide fuertemente en la decisión de triaje.
- Se valorará el nivel de conciencia con la escala AVDN.
- Se escribe el motivo de consulta (¿qué y cuándo pasó?).
- Documenta antecedentes relevantes y en las observaciones escribirá la justificación de la priorización que haya pensado asignar.
- Alergias Sí(cuales)/NO
- Se asigna 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.
- Asignación del servicio asistencial.
- Firma legible o nombre del profesional de enfermería

c. Distribución.

Tras la clasificación del paciente, el profesional de enfermería de triaje debe decidir en ese momento cuál es el área del servicio de emergencias donde se le brindará la atención requerida.

Por lo tanto, el profesional de enfermería debe saber en todo momento la situación asistencial del servicio: qué áreas están más saturadas, la presión asistencial, la cantidad y calidad de recursos humanos disponibles y ocupados. En base a estas circunstancias tomará sus decisiones, aunque esto debe estar también protocolizado y suele establecerse según el nivel de clasificación que se haya adjudicado en el triaje, no debe dejarse en ningún modo cerrado, porque como se ha explicado anteriormente, el triaje es un proceso abierto y las circunstancias tanto del usuario como del servicio son cambiantes.

10.4 Actividades del Profesional de Enfermería de Triage

- a. Responsable de la categorización de todo paciente que accede a la SATU.
- b. Valora y decide el tiempo que cada usuario puede esperar sin acarrear ningún riesgo adicional para su vida, sistema o miembro afectado.
- c. Recibe el usuario enfermo/lesionado en el área de triaje. El profesional de enfermería de triaje realizará lo mínimo necesario para confirmar/justificar el color asignado y acompañará al usuario, con ayuda del personal de ambulancia o ayudantes de hospital, al área designada para estas emergencias. La documentación podrá ser completada posteriormente si la gravedad/urgencia del paciente así lo amerita.
- d. El profesional de enfermería, mientras no esté unificado el departamento, lo presenta a la especialidad que considere; siguiendo la documentación de triaje ya realizada. Si a criterio del médico receptor, el usuario presentado no corresponde a su especialidad, él mismo gestionara, posterior a la evaluación, el traslado o interconsulta al servicio que considere.
- e. Envía a los usuarios clasificados como verdes y amarillos al área de atención de la SATU. (Para usuarios amarillos con criterio para la SATU (ver apartado de 'Distribución de Pacientes')

10.5 Actividades del Médico de la SATU

- a. Cuando sea requerido, apoyo al cuerpo de enfermería en relación al manejo del paciente que ha sido triado.
- b. Evaluación y manejo de pacientes ambulatorios.
- c. Participación en comité de planificación de emergencia, así como en el diseño de sistemas de flujo.
- d. Atención para pacientes en las diferentes áreas de emergencia.
- e. Gestión del área de pre-triage estableciendo en conjunto con enfermería, el orden de entrada al triaje.

10.6 Actividades de la Auxiliar de Enfermería en la SATU

- a. Recibir material del turno anterior.
- b. Asegurar la existencia de insumos suficientes para el turno.
- c. Seguir instrucciones médicas para la preparación y administración de medicación de pacientes ambulatorios, siguiendo los protocolos del HEU.
- d. Reportar pérdidas de equipo, así como el equipo en mal estado.
- e. Extraer muestras sanguíneas/orina de pacientes ambulatorios indicado por los médicos generales.
- f. Documentar los pacientes que han pasado para la administración de medicación y la extracción de muestras.

- g. Actuar de enlace con el ayudante de hospital para el traslado de las muestras al laboratorio.
- h. Repetición de signos vitales por indicación de los médicos generales en pacientes con el fin de verificar el efecto del tratamiento recibido.
- i. Asegurar el cumplimiento de las normas diseñadas para la SATU por la dirección de emergencias del HEU.

10.7 Actividades del Ayudante de Hospital en la SATU

- a. Ordenar su área de trabajo.
- b. Entregar y recibir turno de manera puntual.
- c. Traslado de pacientes a las diferentes áreas.
- d. Llevar muestras de exámenes al laboratorio e ir a recoger los resultados.
- e. Cuidar el equipo y materiales asignados durante el turno.
- f. Apoyar en la movilización de los pacientes al momento de llegar a los diferentes servicios y emergencias.
- g. Llenado de los tanques de oxígeno.
- h. Elaborar informe de actividades realizadas durante el turno.
- i. Llevar control de pacientes trasladados.
- j. Reportar a la admisión donde se trasladó el paciente.
- k. Otras actividades delegadas por su jefe inmediato.

10.8 Información, Comunicación y Educación

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 SIE, durante la espera en el pre-triaje 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.

10.8.1 Identificación del Personal de Salud, Usuarios y Familiares

La identidad del profesional, usuarios y familiares dentro de la SATU, son elementos adicionales que intervienen en el proceso asistencial hospitalario; siendo factores que influirán en la satisfacción y calidad de este proceso. El paciente necesita sentirse identificado, en muchos casos, con la persona que le está asistiendo para volcar toda o parte de su confianza en estos profesionales.

Al analizar las necesidades del paciente y su percepción hacia la calidad asistencial, mostrando a su vez la necesidad de la identificación tanto propia, la de su familia y al mismo tiempo la del personal sanitario, forman parte del derecho del paciente a comprender como la identificación del personal sanitario aumenta la relación con el paciente dándole seguridad y confianza.

El hospital adoptará las medidas necesarias para garantizar la identificación de su personal y la diferenciación del mismo según su titulación y categoría profesional ante los usuarios o sus acompañantes, de modo que a estos les sea posible conocer quién los atiende. 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. El profesional sanitario tiene el deber y la obligación de identificarse cuando así sea requerido por el paciente o usuario, indicando su nombre, apellidos, titulación y especialidad, así como su categoría y función, siempre que ésta no sea correctamente percibida por el paciente.

- a. La única puerta de acceso al SIE será sólo para el personal que desarrolla sus actividades en la emergencia de adultos; podrá acceder al servicio a través de la SATU, y siempre presentando su carné de identificación.
- b. Portar carné de identificación en lugar visible, donde se especifique su nombre, el área a la que pertenece, cargo y fotografía actualizada.
- c. Usar uniforme de acuerdo a sus funciones para atender al usuario dentro de la SATU. Para las actividades extramuros la prenda principal de identificación será un chaleco oficial.
- d. 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.

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

Para los usuarios que ingresen en el interior del departamento de emergencias, se utilizará el brazalete de identificación con los siguientes datos: Nombre, Apellidos y número de identidad. Adicionalmente al registro digital, se realizará el llenado del formulario de Triage.

Con respecto a la identificación de familiares, se hará de acuerdo al protocolo de familiares existente en el HEU³³.

10.8.2 Procedimientos que Obligan el Uso de Brazalete

- Pacientes clasificados como códigos rojos, naranja y amarillo, que requieran atención u hospitalización en el interior del área de emergencias.
- Intervención quirúrgica, mayor o menor y ambulatoria urgente.
- Extracción de muestras biológicas: sangre, exudados, aspirados.
- Administración de medicaciones o hemoderivados.
- Procedimientos invasivos, tales como catéteres y vías centrales, periféricas y arteriales, cateterizaciones umbilicales, sondas Foley o gástricas y otros.

11. Bibliografía

1. ATLS, Apoyo Vital Avanzado en Trauma, 2018 American College of Surgeons 633 N. Saint Clair
2. 19ª edición Harrison principios de Medicina Interna
3. Modelo Nacional de Salud, 2013
4. Emergencias y catástrofes, triage: generalidades 2001
5. Protocolo de Profilaxis Post Exposición a la Infección por VIH y otras ITS, Secretaria de Salud de Honduras, numero de referencia PT 010: 2017
6. Gómez Jiménez J, Segarra X, Prat J, Ferrando JB, Albert E, Borrás M. Concordancia, validez y utilidad del programa informático de ayuda al triaje (PAT) del Modelo andorrano de triaje (MAT).Emergencias 2003; 15: 339-344. Información disponible en: http://www.semes.org/revista/vol15_6/339-344.pdf.
7. Griggs RC, Jozefowicz RF, Aminoff MJ. Approach to the patient with neurologic disease. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Goldman-Cecil Medicine*. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 396.
8. Klatt EC. The central nervous system. In: Klatt EC, ed. *Robbins and Cotran Atlas of Pathology*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015:chap 19.
9. Global Harmonization Task Force, Definition of the Terms 'Medical Device' and 'In Vitro Diagnostic (IVD) Medical Device' May 16th, 2012
10. XX NHS Foundation Trust (2016) XXX Urgent Care Centre. Adult Clinical Streaming Presentations. XXX NHS Foundation Trust, London.
11. Triage de Urgencias Hospitalarias, Método Manchester, 3ª edición.
12. Unidad de urgencias hospitalaria, Estándares y recomendaciones, 2010
13. Protocolo de Identificación de Pacientes. Hospital Santiago Oriente. Dr. Luis Tisné brousse 2011. Guías para manejo de urgencias tomo III edición, Grupo Atención de Emergencias y Desastres, Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades [Escuelas] de Medicina FEPAFEM 2009

14. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado, J. Gómez Jiménez, 2006
15. Segen, J.C. (ed) (2006) 2ª ed. Concise Dictionary of Modern Medicine. Michigan: Mc Graw-Hill Companies Inc.
16. Emergency Severity Index (ESI): <http://www.ahrq.gov/research/esi/>.
17. Organización Panamericana de la Salud. Marco de Respuesta a Emergencias. Washington, DC: OPS , 2013.
18. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva N°. 239. Actualización de septiembre de 2011. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
19. https://www.unicef.org/spanish/protection/57929_58001.html?p=printm
20. Lineamientos de protección para los prestadores de servicios de salud ante situaciones de riesgo producto de la violencia social, Honduras 2017.
21. Guía para proveer servicios de salud libres de estigma y discriminación a personas trans e intersexuales, trabajadores y trabajadoras sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas con VIH,
22. CIE 10, Clasificación internacional de enfermedades, Organización Panamericana de la Salud, 2008
23. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2014/pdf/Vol82-3-2014-4.pdf>
24. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1994/pdf/Vol62-1-1994-5.pdf>
25. Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias, OPS/OMS 2010
26. Herrera Mayora, A. y Sánchez-Valdivieso, E.A. (2017) Revisión. Arbovirosis Febriles Agudas Emergentes: Dengue, Chikunguya y Zika, *Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia*. 6(3):127-130
27. Mackway-Jones, K., Marsden, J. and Windle, J. (eds) (2015) 3ª ed. Triage de Urgencias Hospitalarias. El Método de Triage Manchester. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

28. México: Secretaría de Salud (2008) Manejo del Dengue No Grave y el Dengue Grave. [Online] Disponible en: <www.cenetec.salud.gob.mx> [Accedido Abril 2019]
29. Ministerio de Salud Pública. Gobierno de Chile (2018) Orientación Técnica para el Diagnóstico y Manejo Clínico de Arbovirosis: Dengue, Chikunguya, Zika y Fiebre Amarilla. [Online] Disponible en: <www.diprece.minsal.cl> [Accedido Abril 2019]
30. Pan América Health Organization (2016) Dengue: Guías para la Atención de Enfermos en la Región de las Américas. 2ª ed. [Online] Disponible en: <www.paho.org> [Accedido Abril 2019]
31. World Health Organisation (WHO), International Committee of the Red Cross (ICRC), Medecins sans Frontières (MSF) (2019) Interagency Integrated Triage Tool-Draft Feb 2019. Geneva: ICRC
32. Protocolo de Referencia y Respuesta de la Secretaria de Salud de Honduras, numero de referencia PT 010: 2019.
33. Protocolo de Familiares del Hospital Escuela Universitario, 2018

12. Anexos

Anexo 1. Recursos Necesarios para una estación de triaje (200-300 pacientes en 24 horas)

Gasa no estéril	200
Esparadrapo	2
Vendas pequeñas y medianas	20 de cada
Guantes de examen, no estéril. M/L	2 cajas
Botes para muestra de orina	20
Glucómetro	1
Algodón para glucómetro	100
Lancetas	100
Tiras reactivas	100
Gel de Alcohol	2 botes
Tijeras	2
Collares de inmovilización	5
Inmovilizadores miembros inferiores	5
Inmovilizadores miembros superiores	5
Bolígrafos	5
Grapadora	1
Grapas	1000
Reloj de pared con segundero	1
Contenedor para residuos punzos	2
Tableros duros con pinza	3
Cuaderno de incidencias	1
Cuaderno de material entregado/recibido	1
Documentación de triaje	1000
Papel carbón	100
Esfigmomanómetro + estetoscopio	2 de cada
Saturómetro	2
Termómetro	2
Monitor para signos vitales	2
Mesa móvil/trolley para apoyo y material básico	1
Sillas de ruedas	4
Camillas de traslado	2

VOLUMEN DE PACIENTES EN 24 HORAS	N.º DE ENFERMEROS POR TURNO
400	4
300	3
200	2
100	2

RECURSOS
HUMANOS
NECESARIOS:

VOLUMEN DE PACIENTES EN 24 HORAS	N.º DE AYUDANTES DE HOSPITAL
400	2
300	1
200	1
100	1



V.7.2

HOJA DE TRIAJE ADULTOS – LADO A

Nombre: _____ Sexo: Mujer Hombre Edad _____

Identidad: _____ Fecha de Atención: _____ Hora _____

Día/Mes/Año

hora : minuto

Acompañante: No Sí Ambulancia: No Sí Referido: No Sí

Trauma

No-trauma

Comportamiento-Anormal

Privado de libertad

SIGNOS VITALES

PRESIÓN
ARTERIAL

FREC. CARDIACA

FREC.
RESPIRATORIA

TEMPERATURA

SATURACIÓN
OXÍGENO

GLUCEMIA

REGULAR
IRREGULAR

Escala de dolor ____ / 10

Estado de conciencia

A

V

D

N

Alerta

Verbal

Dolor

No responde

Motivo de consulta: _____

Antecedentes/Observaciones : _____

Alergias : Sí/ NO _____

PRIORIDAD:

ROJO

NARANJA

AMARILLO

VERDE

SERVICIO ASISTENCIAL RESPONSABLE (A COMPLETAR POR EL ENFERMERO/A)

SATU

MI

CIR

ORT

NEUROCIR

Otros

Nombre y Firma del Enfermero/a _____

Anexo 3. Hoja de Triage - Lado B



SATU (Sala de Atención de Triage y Urgencias)

HOJA DE ATENCIÓN MÉDICA URGENTE - LADO B

Nombre : _____ #: _____

Hora _____

Historia Clínica:

Examen Físico

Exámenes Adjuntos:

Tratamiento			
Prescripción	Firma Médico	Hora Administración	Firma administrador

Conclusiones

Decisión:				
Resuelto	Referencia-Respuesta	Consulta Externa	Ingresado en	Otros
			_____	_____
Nombre y Firma del Médico/a _____ Perteneciente al dto: _____				

Anexo 4. Señales de Alarma – Definiciones

DEFINICIONES

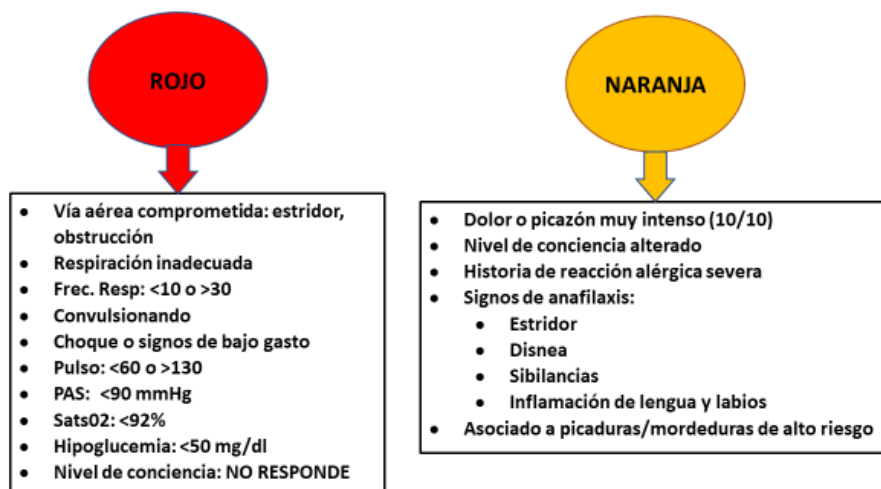
TRAUMA DE ALTO RIESGO:

Trauma de carretera	
Caída del doble de la altura de la persona	
Trauma penetrante (excluir heridas distales con respecto a rodilla/codo)	
Politrauma (lesiones en múltiples áreas del cuerpo)	
Paciente con trastornos hemorrágicos o en terapia anticoagulante	
Amputación traumática	
Quemaduras:	Lesión por inhalación Edema facial Disnea Quemadura eléctrica Quemadura química
Lesión por aplastamiento	
Trauma craneoencefálico con pérdida de conciencia, vómitos, amnesia o convulsiones post-trauma	

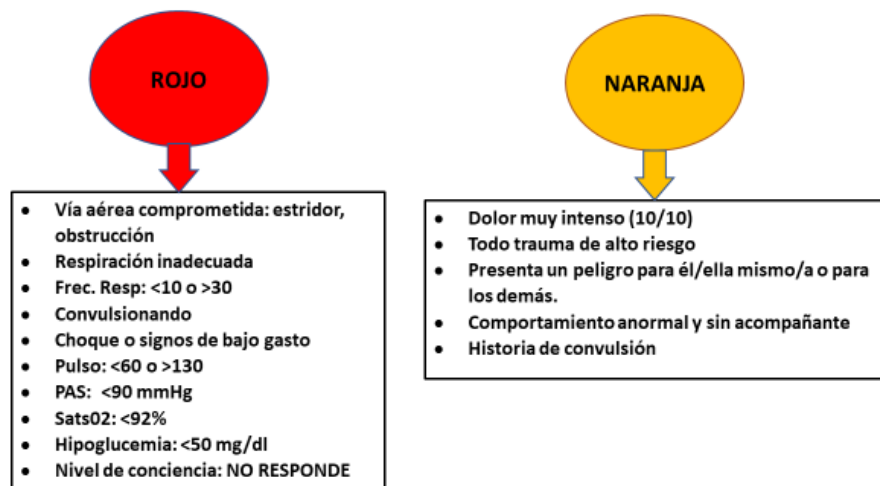
TRAUMA LEVE:

- ✓ Trauma hace más de 3 días
- ✓ Sin pérdida de conciencia
- ✓ Sin pérdida de memoria
- ✓ Sin trauma de alto riesgo y con lesiones distales con respecto a rodilla/codo

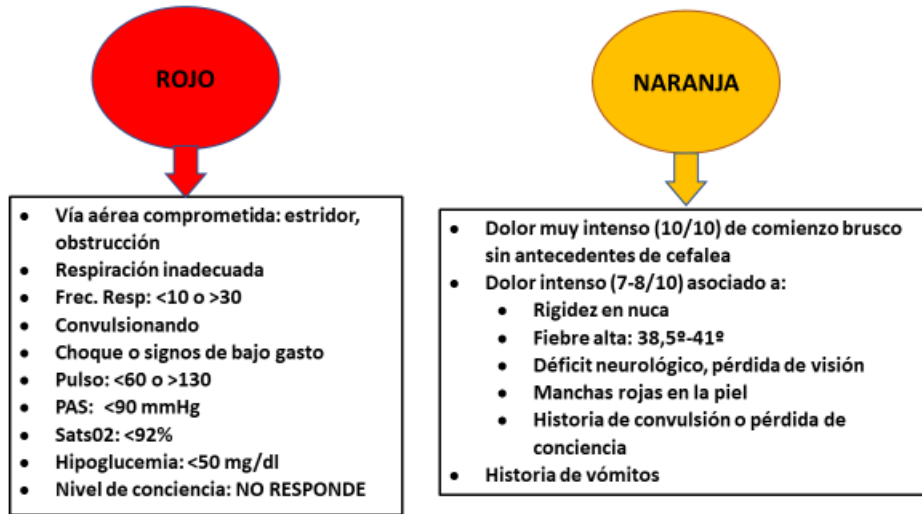
ALERGIA



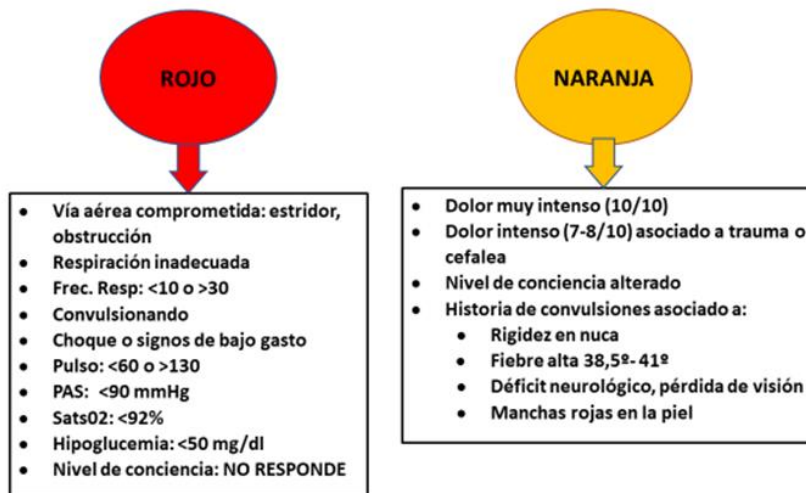
APARENTEMENTE EBRIO



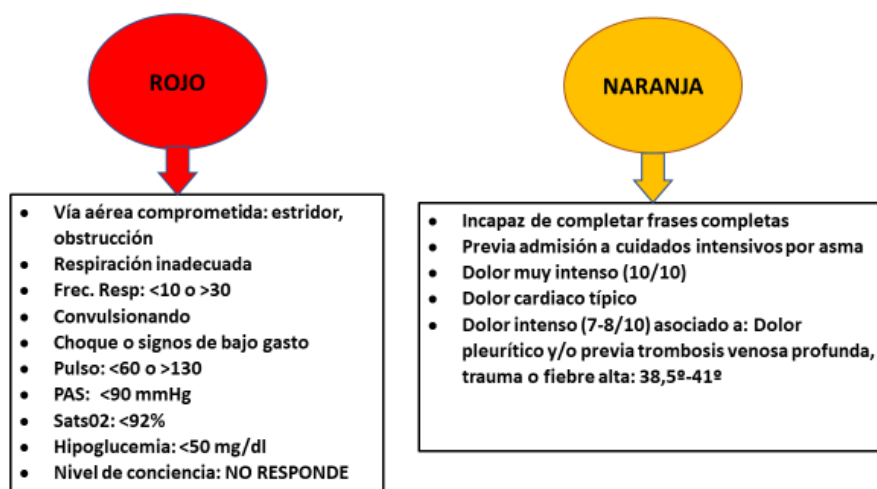
CEFALEA



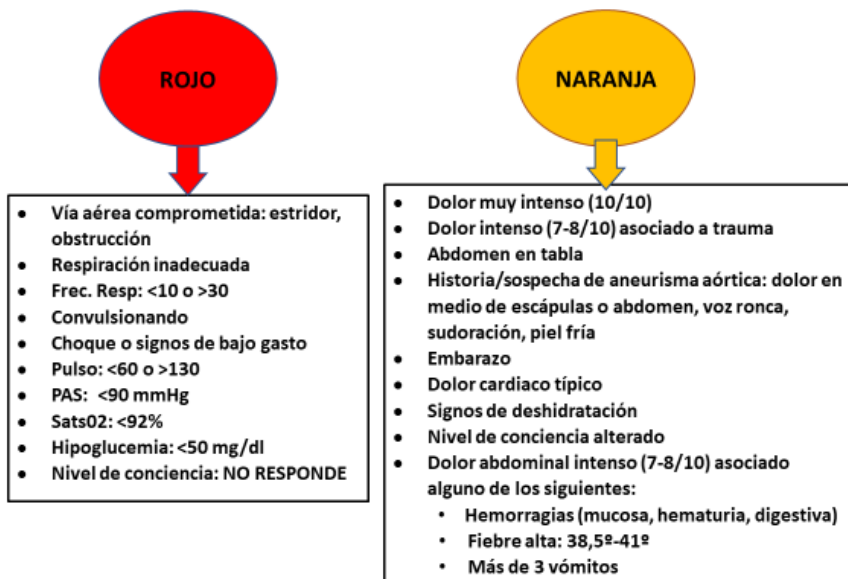
CONVULSIONES



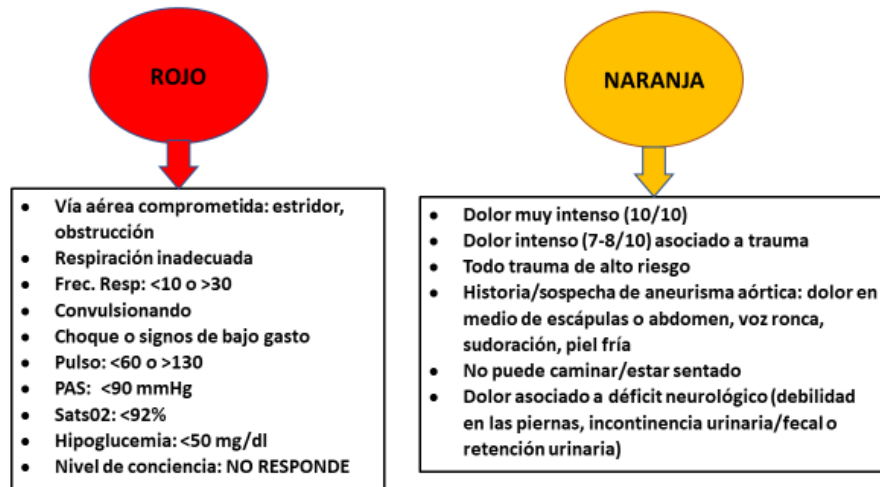
DISNEA



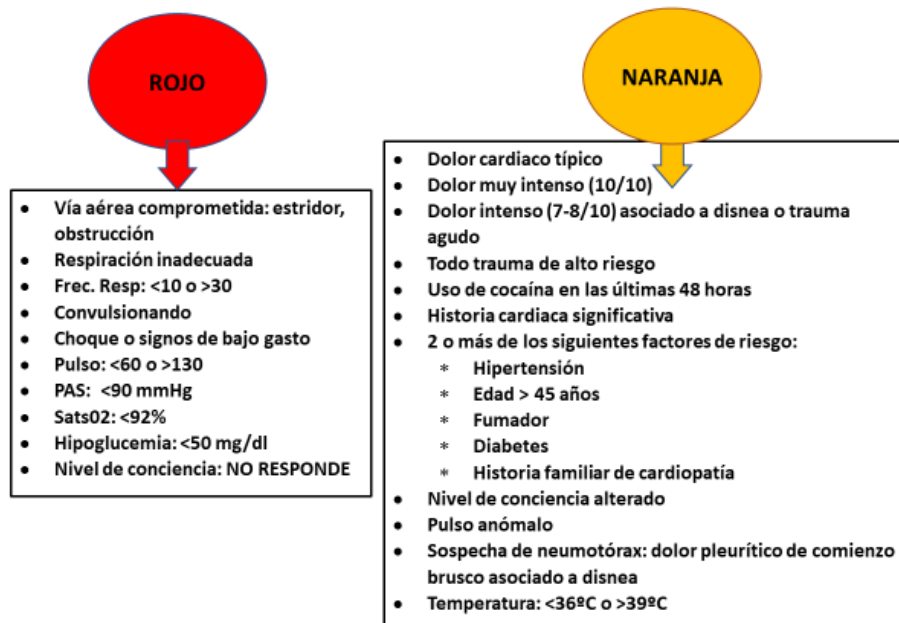
DOLOR ABDOMINAL



DOLOR DE ESPALDA



DOLOR TORÁCICO



MAL ESTADO GENERAL

ROJO

- Vía aérea comprometida: estridor, obstrucción
- Respiración inadecuada
- Frec. Resp: <10 o >30
- Convulsionando
- Choque o signos de bajo gasto
- Pulso: <60 o >130
- PAS: <90 mmHg
- SatsO2: <92%
- Hipoglucemia: <50 mg/dl
- Nivel de conciencia: NO RESPONDE

NARANJA

- Dolor muy intenso (10/10)
- Inmunodeficiencia conocida (paciente oncológico, VIH), catéter central, operación reciente.
- Nivel de conciencia alterado
- Hiperglucemia: más de 300 mg/dl
- Mal estado general asociado a:
 - Rigidez en nuca y cefalea
 - Fiebre alta 38,5º- 41º
 - Déficit neurológico, pérdida de visión
 - Manchas rojas en la piel
 - Historia de convulsión o pérdida de conciencia
- Mal estado general asociado a:
 - Fiebre alta 38,5º- 41º
 - Hemorragias (mucosa, hematuria, digestiva)
 - Dolor abdominal intenso 7-8/10
 - Más de 3 vómitos

PÉRDIDA DE CONCIENCIA

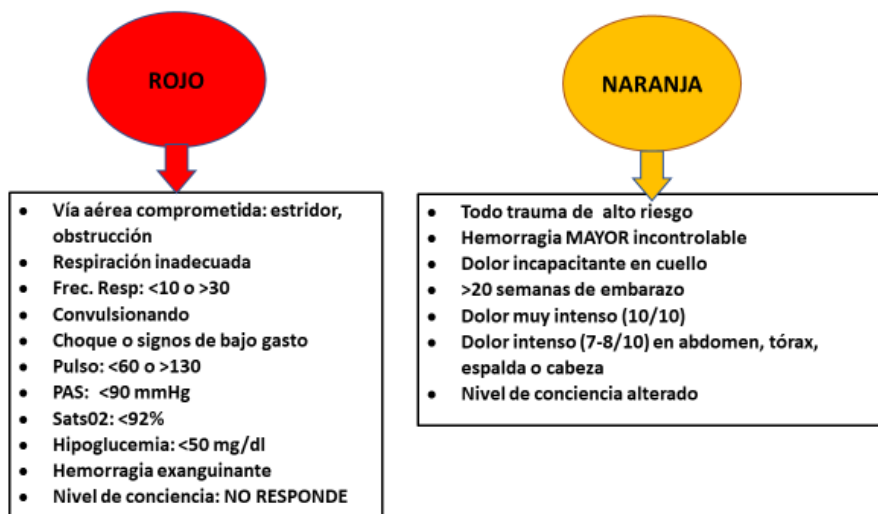
ROJO

- Vía aérea comprometida: estridor, obstrucción
- Respiración inadecuada
- Frec. Resp: <10 o >30
- Convulsionando
- Choque o signos de bajo gasto
- Pulso: <60 o >130
- PAS: <90 mmHg
- SatsO2: <92%
- Hipoglucemia: <50 mg/dl
- Nivel de conciencia: NO RESPONDE

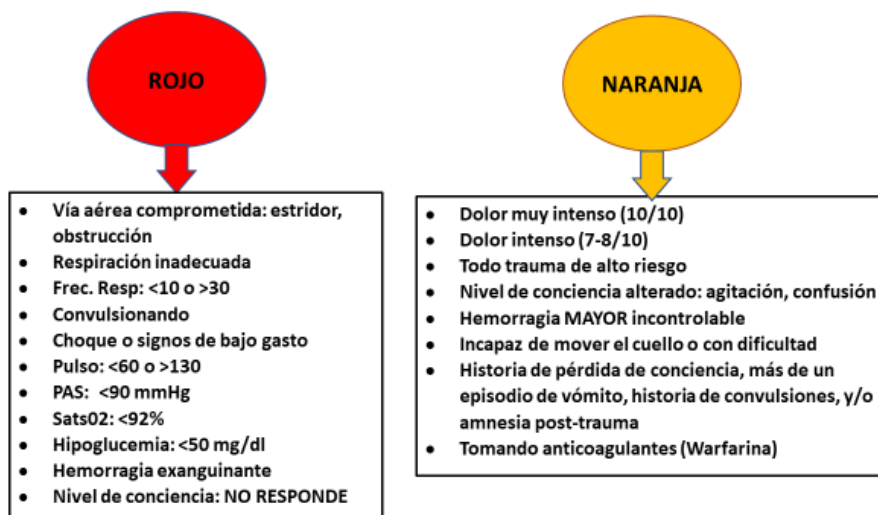
NARANJA

- Dolor muy intenso (10/10)
- Dolor intenso (7-8/10)
- Todo trauma de alto riesgo
- Nivel de conciencia alterado
- Historia de pérdida de conciencia asociada a:
 - Dolor torácico y/o palpitaciones
 - TCE
- Historia de pérdida de conciencia asociada a:
 - Cefalea
 - Rigidez en nuca
 - Fiebre alta: 38,5º-41º
 - Déficit neurológico, pérdida de visión
 - Manchas rojas en la piel
 - Convulsiones

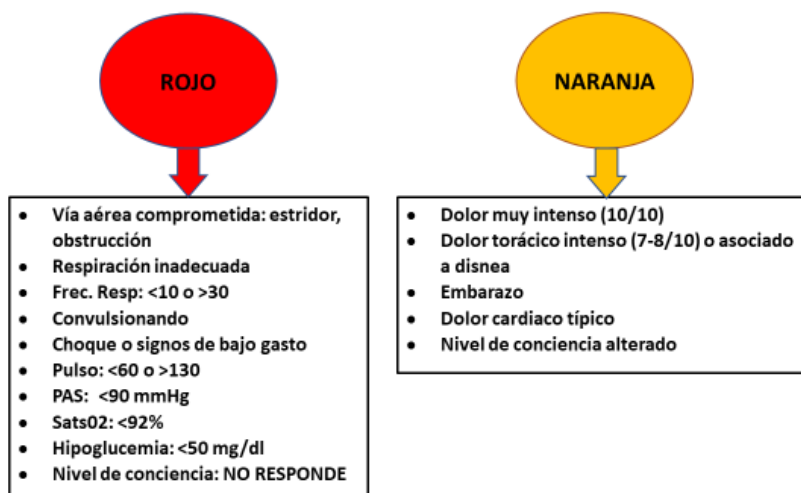
TRAUMA



TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO



SOBREDOSIS/ENVENENAMIENTO



VÓMITOS Y DIARREAS

