



<https://doi.org/10.47993/gmb.v45i2.541>



## El triaje hospitalario y su transformación en tiempos del COVID 19. ¿Es necesario su reestructuración?

Hospital triage and its transformation in times of COVID 19. Is its restructuring necessary?

Johan Azañero-Haro<sup>1,2</sup>

### Sra. Editora:

En marzo del 2020, el COVID-19 fue declarado como pandemia. El Perú cuenta con un sistema de atención sanitaria descentralizada, así como muchos países de América Latina, a pesar de ello se ha respondido deficientemente ante los desafíos de la pandemia. De allí que Perú, ha sido uno de los países con más fallecidos por número de contagiados en seguido de Brasil<sup>1</sup>.

En los inicios de la pandemia y con el colapso mundial de los sistemas sanitarios, los médicos y enfermeras han tenido que tomar decisiones traumáticas sobre la vida y la muerte. Diversos factores permitieron esto: el imprevisto contagio del personal sanitario –muchos fallecieron–, la excesiva cantidad de pacientes con COVID para tan pocas camas hospitalarias, deficiencia de respiradores artificiales, demora en la elaboración de vacunas y la avalancha de patologías mortales que se dejaron de atender.

Desde tiempos lejanos, el hombre se ha venido desenvolviendo en escenarios cuyos recursos son limitados; mientras que, sus necesidades eran ilimitadas. La realidad sanitaria no ha sido la excepción, basta recordar algunos hechos históricos en los avances médicos, para valorar la distribución de recursos escasos ante nuevas necesidades<sup>2</sup>.

El COVID-19, ha ocasionado altas tasas de mortalidad a nivel mundial, expresándose en una sobrecarga de servicios de salud, especialmente la hospitalaria, cuya complejidad ha sido aún mayor. Ante esto, en muchos países durante las primeras olas epidemiológicas, la demanda sanitaria por el COVID-19 ha excedido ampliamente a la oferta sanitaria habitual, con el sucesivo conflicto ético-moral de determinar a quienes ayudar inmediatamente y a quienes derivarlos a otros establecimientos.

Es por eso el imperioso afianzamiento del concepto “traje” o triage (en inglés). Históricamente esta noción se originó en las guerras napoleónicas cuya finalidad era la de clasificar y priorizar la atención inmediata de los heridos. El triage consiste en la valoración inicial que realiza el médico o enfermera a fin de clasificar y priorizar inmediatamente a los pacientes antes de recibir una evaluación y su posterior tratamiento, basándose en criterios de gravedad, y no únicamente en el orden de llegada<sup>3</sup>.

En la época pre-pandemia, diversos sistemas de triajes habían sido instaurados de acuerdo a las políticas de salud de cada país o continente, lo que variaba según sus realidades y necesidades. Los sistemas de triajes más utilizados, son: la escala australiana (ATS), escala canadiense (CTAS), sistema de Manchester (MTS) y el índice severo de emergencia (ESI); hasta el momento, no existe consenso ni propuestas para la adaptación de estas escalas en el contexto de la pandemia<sup>4</sup>.

En la actualidad, se ha evidenciado una “transformación imperfecta” de las unidades de urgencias, trayendo no sólo cambios estructurales, sino también organizativos y funcionales<sup>5</sup>. A pesar de que el triaje es una herramienta crucial para la optimización en la calidad de atención de los pacientes en dichas unidades, éste aún sigue siendo olvidado.

El triaje diferenciado o respiratorio es una zona donde se ubicaban a los pacientes con COVID-19, permitiendo identificar precozmente a aquellos graves, aislar el foco de contagio y disminuir el riesgo de transmisión nosocomial. Este triaje, se configuró de acuerdo a las necesidades de los centros hospitalarios, generando flujos que faciliten el destino inmediato del paciente minimizando el riesgo de transmisión.

Con el incremento en las tasas de vacunación contra el COVID-19, ha ocasionado que las variantes

<sup>1</sup>Departamento de Medicina Interna. Hospital Nacional Hipólito Unánue. Lima, Perú.

<sup>2</sup>Universidad Científica del Sur. Lima, Perú. Escuela de postgrado.

<sup>3</sup><https://orcid.org/0000-0003-3385-1891>

\*Correspondencia a: Johan Azañero-Haro, MD

Correo electrónico: johan1675@gmail.com

Recibido 15 de julio de 2022. Aceptado el 09 de agosto de 2022.

nuevas sean menos mortales, pero con mayor contagiosidad, lo que estaría potencialmente amenazando con desbordar nuevamente a algunos servicios de urgencias, por lo que se debería adoptar una reestructuración y la optimización de los triajes como política sanitaria de los países para seguir enfrentando al COVID-19 u otras enfermedades emergentes.

---

### Referencias bibliográficas

1. WHO. Situation by Region, Country, Territory & Area. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Disponible en: <https://covid19.who.int/table>
2. Burdiles Pinto P, Ortiz Pommier A. El triaje en pandemia: Fundamentos éticos para la asignación de recursos de soporte vital avanzado en escenarios de escasez. *Rev Med Clin Conde.* 32(1):61-74. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.12.004>
3. Vásquez-Alva R, Luna-Muñoz C, Ramos-Garay CM. El triaje hospitalario en los servicios de emergencia. *Rev Fac Med Hum* 2019. 19(1):90-100. Disponible en: <https://doi.org/10.25176/RFMH.v19.n1.1797>
4. Soler W, Gómez M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Sist Sanit Navar.* 33(1):55-68. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es).
5. Barros LM, Pigoga JL, Chea S, Hansoti B, Hirner S, Papali A, et al. Pragmatic recommendations for identification and triage of patients with COVID-19 in low- and middle-income countries. *Am J Trop Med Hyg.* 2021;104(3\_Suppl):3-11. doi:10.4269/ajtmh.20-1064