

Triaje respiratorio en atención primaria

Instructivo de llenado

GOBIERNO DE MÉXICO | SALUD
TRIAGE RESPIRATORIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha de Elaboración: / /

OBJETIVO
 Identificar a pacientes con signos y síntomas de enfermedad respiratoria con sospecha de COVID-19 en la atención de primer contacto en Primer y Segundo Nivel, con la finalidad de disminuir el riesgo de contagio y tiempo de espera en la atención.

DATOS GENERALES

Nombre (s) y Apellidos: _____ Fecha de Nacimiento: / /

Masculino Femenino Edad: _____

TRIAGE

Dificultad para respirar	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	ATENCIÓN INMEDIATA POR ÁREA DE URGENCIAS	
Dolor torácico	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
Fiebre	NO <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Alta <input type="checkbox"/>	ATENCIÓN POR ÁREA COVID-19
Dolor de cabeza	NO <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	
Tos	Leve <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>

Otros

<input type="checkbox"/> Dolor o ardor de garganta	<input type="checkbox"/> Dolor muscular	<input type="checkbox"/> Escalofríos
<input type="checkbox"/> Conjuntivitis	<input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones	<input type="checkbox"/> Sudor
<input type="checkbox"/> Congestión nasal	<input type="checkbox"/> Fatiga y debilidad	<input type="checkbox"/> Diarrea, náusea o vómito

¿Desde cuándo se ha sentido enfermo (a)? _____

¿Padece alguna enfermedad?

<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Hematológica	<input type="checkbox"/> Pulmonar
<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Hepática	<input type="checkbox"/> Renal
<input type="checkbox"/> Diabetes 1 y 2	<input type="checkbox"/> Inmunológica	<input type="checkbox"/> Tratamiento inmunosupresor
<input type="checkbox"/> Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> VIH
<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Otra (s) _____

Nota: Cabe señalar que el interrogatorio por sí solo no determina la gravedad del paciente, pero sí la urgencia de atención. Si el paciente cumple con criterios de caso sospechoso de COVID-19 debe iniciar el protocolo de atención de inmediato.

Material elaborado por: Dirección General de Calidad y Educación en Salud - Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Fecha

Datos generales

TRIAGE

El objetivo del presente documento es que el personal de salud cuente con una guía de consulta rápida para el llenado del “Triaje respiratorio en atención primaria”, a fin de identificar a pacientes con signos y síntomas de enfermedad respiratoria con sospecha de COVID-19, para disminuir el riesgo de contagio y tiempo de espera en la atención.

Cabe señalar que el interrogatorio por sí solo no determina la gravedad del paciente, pero sí la urgencia de atención. Si el paciente cumple con criterios de caso sospechoso de COVID-19 debe iniciar el protocolo de atención de inmediato.

Fecha

1. Fecha de elaboración

Registre la fecha en que se llena el formato DD/MM/AAAA.

TRIAGE RESPIRATORIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

1 Fecha de Elaboración
 / /

Datos generales

2. Nombre (s) y apellidos

Registre el nombre completo de la persona.

3. Fecha de nacimiento

Registre la fecha de nacimiento con el formato DD/MM/AAAA

4. Sexo

Marque en la casilla con una “X”, según corresponda a masculino o femenino.

5. Edad

Registre la edad en años cumplidos para niños y adultos, meses para lactantes y días para recién nacidos.

DATOS GENERALES

Nombre (s) y Apellidos

3 Fecha de Nacimiento

2 / /

Masculino Femenino Edad: / /

4

5

TRIAGE

6. Síntomas

Dificultad para respirar

Indague la presencia de dificultad respiratoria (sensación de falta de aire); marque en la casilla con una “X” según corresponda.

Considera que este dato clínico es habitual en los casos más graves de COVID-19, puede presentarse de forma leve a grave. En cualquier caso, debe ser atendido inmediatamente por el área de urgencias para su valoración médica.

Dolor torácico

Indague la presencia de dolor en el pecho (torác), también puede referirse como sensación de opresión en la misma área; marque la casilla con una “X” según corresponda.

Este síntoma puede presentarse de forma leve a grave. En cualquier caso, debe ser atendido inmediatamente por el área de urgencias para su valoración médica.

Fiebre

Indague si la persona ha referido fiebre al menos en la última semana y marque la casilla con una “X” según corresponda.

La presencia de fiebre moderada a alta, acompañada de algún otro dato clínico respiratorio amerita valoración por el área de evaluación COVID-19.

Dolor de cabeza

Indague la presencia e intensidad de dolor de cabeza (cefalea) y marque la casilla con una “X” según corresponda.

La presencia de dolor de cabeza moderada a grave, acompañado de algún otro dato clínico respiratorio amerita valoración por el área de evaluación COVID-19.

Tos

Indague la presencia e intensidad de dolor de cabeza (cefalea) y marque la casilla con una “X” según corresponda.

La presencia de tos moderada a grave, acompañada de algún otro dato clínico respiratorio amerita valoración por el área de evaluación COVID-19.

TRIAGE

Dificultad para respirar NO SÍ
 Dolor torácico NO SÍ **ATENCIÓN INMEDIATA POR ÁREA DE URGENCIAS**

Fiebre NO Moderada Alta
 Dolor de cabeza NO Moderado Grave **ATENCIÓN POR ÁREA COVID-19**
 Tos Leve Moderado Grave NO SÍ

6

8

8. Atención por área COVID-19

De acuerdo con la presencia y gravedad de los datos clínicos (fiebre, dolor de cabeza, tos y otros) marque la casilla con una “X” si amerita atención por el área de evaluación COVID-19.

Otros

7

<input type="checkbox"/> Dolor o ardor de garganta	<input type="checkbox"/> Dolor muscular	<input type="checkbox"/> Escalofríos
<input type="checkbox"/> Conjuntivitis	<input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones	<input type="checkbox"/> Sudor
<input type="checkbox"/> Congestión nasal	<input type="checkbox"/> Fatiga y debilidad	<input type="checkbox"/> Diarrea, náusea o vómito

7. Otros síntomas

Indague la presencia de otros datos clínicos asociados a COVID-19 y marque la casilla con una “X” según corresponda de acuerdo a la lista de cotejo:

- ◆ Congestión nasal con o sin descarga.
- ◆ Conjuntivitis (ojos rojos o irritados).
- ◆ Dolor torácico (dolor referido en el pecho o sensación de opresión).
- ◆ Dolor muscular.
- ◆ Dolor de articulaciones.
- ◆ Dolor o ardor de garganta.
- ◆ Escalofríos (sensación de frío intenso y repentino).
- ◆ Sudoración.
- ◆ Fatiga y debilidad.
- ◆ Diarrea.
- ◆ Náusea.
- ◆ Vómito.

9

¿Desde cuándo se ha sentido enfermo (a)? _____

9. ¿Desde cuándo se ha sentido enfermo?

Indague la fecha de inicio del cuadro clínico respiratorio

10

¿Padece alguna enfermedad?

<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Hematológica	<input type="checkbox"/> Pulmonar
<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Hepática	<input type="checkbox"/> Renal
<input type="checkbox"/> Diabetes 1 y 2	<input type="checkbox"/> Inmunológica	<input type="checkbox"/> Tratamiento inmunosupresor
<input type="checkbox"/> Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> VIH
<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Otra (s) _____

10. ¿Padece alguna enfermedad?

Indague si la persona padece alguna enfermedad de la lista de cotejo. Pregunte y marque en la casilla con una “X” según corresponda; en caso de alguna otra enfermedad especifique.

Bibliografía

Secretaría de Salud. Triaje respiratorio en atención primaria. [Internet]. México: SSA; 2020. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/docs/triage_respiratorio_atencion_primaria.pdf