



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"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	ATENCIÓN INMEDIATA POR ÁREA DE URGENCIAS	
Dolor torácico	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <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

Dolor o ardor de garganta

Dolor muscular

Escalofríos

Conjuntivitis

Dolor de articulaciones

Sudoración

Congestión nasal

Fatiga y debilidad

Diarrea, náusea o vómito

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

¿Padece alguna enfermedad?

Cáncer

Hematológica

Pulmonar

Cardiovascular

Hepática

Renal

Diabetes 1 y 2

Inmunológica

Tratamiento inmunosupresor

Diabetes gestacional

Neurológica

VIH

Embarazo

Obesidad

Otra (s): _____

Notas

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



CASO SOSPECHOSO

Persona de cualquier edad que en los últimos 7 (siete) días haya presentado al menos dos de los siguientes signos y síntomas: tos, fiebre o cefalea*

Acompañados de al menos uno de los siguientes signos o síntomas:

- Disnea (dato de gravedad)
- Artralgias
- Mialgias
- Odinofagia / ardor faríngeo
- Rinorrea
- Conjuntivitis
- Dolor torácico

CASO CONFIRMADO

Persona que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso y que cuente con diagnóstico por la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública reconocidos por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE)**

*En menores de cinco años, en lugar de dolor de cabeza (cefalea) se puede presentar irritabilidad

**La lista de laboratorios validada por el InDRE se difundirá por el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE)

Definiciones vigentes desde 24/03/2020

TRIAGE RESPIRATORIO EN ATENCIÓN PRIMARIA INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Fecha de elaboración. Registre la fecha en que se llena el formato DD/MM/AAAA

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

TRIAGE

6. Dificultad para respirar. Indague la presencia de dificultad respiratoria (sensación de falta de aire); marque en la casilla con una "X" según corresponda. 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

7. Dolor torácico. Indague la presencia de dolor en el pecho (toráx), 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

8. 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

9. 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

10. Tos. Indague la presencia e intensidad de la tos; 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

11. Otros. 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, así como Diarrea, Náusea o Vómito

12. 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

13. ¿Desde cuándo se ha sentido enfermo? Indague la fecha de inicio del cuadro clínico respiratorio

14. ¿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



TRIAGE RESPIRATORIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha de Elaboración

1 / /

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

2

Fecha de Nacimiento

3 / /

Masculino

4

Femenino

5

Edad

TRIAGE

Dificultad para respirar 6	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	ATENCIÓN INMEDIATA POR ÁREA DE URGENCIAS
Dolor torácico 7	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
Fiebre 8	NO <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	ATENCIÓN POR ÁREA COVID-19
Dolor de cabeza 9	NO <input type="checkbox"/>	Alta <input type="checkbox"/>	
Tos 10	Leve <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	
		Grave <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> 12 SÍ <input type="checkbox"/>

Otros **11**

- Dolor o ardor de garganta
- Dolor muscular
- Escalofríos
- Conjuntivitis
- Dolor de articulaciones
- Sudoración
- Congestión nasal
- Fatiga y debilidad
- Diarrea, náusea o vómito

¿Desde cuándo se ha sentido enfermo (a)? **13** _____

¿Padece alguna enfermedad? **14**

- Cáncer
 - Hematológica
 - Pulmonar
 - Cardiovascular
 - Hepática
 - Renal
 - Diabetes 1 y 2
 - Inmunológica
 - Tratamiento inmunosupresor
 - Diabetes gestacional
 - Neurológica
 - VIH
 - Embarazo
 - Obesidad
- Otra (s): _____

Notas

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