



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

**TRIAJE EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE LA PANDEMIA
POR COVID-19: PROTOCOLOS Y EFICACIA**

**INTENSIVE CARE UNIT TRIAGE DURING COVID-19 PANDEMIC: PROTOCOLS
AND EFFICACY**

Artículo profesional previo a la obtención del título de Magíster en Gestión del Cuidado con
mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables.

Autores:

**LOURDES MARÍA PAUCAR CHANGOLUISA
GÉNESIS MISHHELL PUENTE REYES**

Director:

Mg. JESSICA MARJORIE GARCÍA SALAS

Santo Domingo – Ecuador

Abril, 2024



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN

**TRIAJE EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE LA PANDEMIA
POR COVID-19: PROTOCOLOS Y EFICACIA**

**INTENSIVE CARE UNIT TRIAGE DURING COVID-19 PANDEMIC: PROTOCOLS
AND EFFICACY**

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables.

Autores:

**LOURDES MARIA PAUCAR CHANGOLUISA
GÉNESIS MISHHELL PUENTE REYES**

Jessica Marjorie García Salas, Mg.

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Mirian Katherine Carrión Morales, Mg.

CALIFICADORA

Verónica Karina Arias Salvador, Mg.

CALIFICADORA

Yullio Cano de la Cruz, PhD.

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADOS

Santo Domingo – Ecuador

Abril, 2024

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Nosotras, LOURDES MARIA PAUCAR CHANGOLUISA portadora de la cédula de ciudadanía No. 0250231009-9 y GÉNESIS MISHELL PUENTE REYES portadora de la cédula de ciudadanía No. 235067253-7, declaramos que los resultados obtenidos en la investigación que presentamos como informe final, previo la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaramos que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de nuestra sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaramos que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.

Además, declaramos que el presente trabajo, producto de las actividades académicas y de investigación, forma parte del capital intelectual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior.

En tal razón, autorizamos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, para que pueda hacer uso, con fines netamente académicos, del Trabajo de Titulación, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, siendo el presente documento la constancia del consentimiento autorizado; y, para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su conocimiento público, en cumplimiento del artículo 103 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Lourdes María Paucar Changoluisa

CI. 025023109-9

Génesis Mishell Puente Reyes

CI. 235067253-7

INFORME DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESCRITO DE POSTGRADO

Yullio Cano de la Cruz, PhD

Dirección de Investigación y Postgrados

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

De mi consideración,

Por medio del presente informe en calidad del director/a del Trabajo de Titulación de Postgrado de Maestría en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos, titulado TRIAJE EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19: PROTOCOLOS Y EFICACIA realizado por el/la maestrante: Lourdes María Paucar Changoluisa con cédula: No 025023109-9 y Génesis Mishell Puente Reyes con cédula: No 235067253-7, previo a la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos, informo que el presente trabajo de titulación escrito se encuentra finalizado conforme a la guía y el formato de la Sede vigente.

Además, certifico haber verificado la originalidad y autenticidad del trabajo de titulación por medio del programa anti plagio Turnitin, en respuesta a la normativa institucional vigente.

Santo Domingo, 26 de abril de 2024

Atentamente,

Jessica Marjorie García Salas, Mg.

Profesor Titular Auxiliar I

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro sincero agradecimiento a nuestras familias por su incondicional apoyo y comprensión. Su constante aliento y paciencia fueron fundamentales para superar los desafíos y alcanzar este logro académico.

También, queremos agradecer a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo, por abrirnos sus puertas y brindarnos la oportunidad de obtener nuestro título de cuarto nivel. Así mismo, al departamento de Posgrado, por su constante guía y a sus docentes que lo conforman, en particular a la Mg. Jessica Marjorie García Salas por los conocimientos impartidos para la finalización de este artículo científico.

Finalizar este trabajo investigativo ha sido un gran reto para nosotras, por ello nuestra eterna gratitud para todos quienes han influenciado en este logro.

Lourdes María Paucar Changoluisa

Génesis Mishell Puente Reyes

DEDICATORIA

En este trabajo, deseo expresar mi profunda gratitud. En primer lugar, a Dios por sus continuas bendiciones, otorgándome vida, salud e inteligencia. A mis padres, Patricio y Lourdes por ser mi fortaleza, velar por mi bienestar, motivarme en mi desarrollo profesionalmente y respaldarme en todo momento. A mis hermanos, Cesar, Gabriela y María Elena les agradezco por inspirarme diariamente a perseguir mis sueños y por ser mi apoyo incondicional en las adversidades. A mis sobrinas Paula y Doménica, les doy gracias por llenar de alegría mis días, por su dulcera incondicional y por recordarme siempre el valor de la vida. A mi novio Santiago por siempre brindarme una palabra de aliento en mis momentos difíciles.

Gracias familia por haber sido parte fundamental de este gran sueño, que hoy se hace realidad. Su apoyo incondicional y su constante aliento han sido pilares fundamentales en mi camino hacia el éxito.

Lourdes María Paucar Changoluisa

Con profundo cariño y agradecimiento, dedico con especial afecto esta investigación a mis padres, hermano y a mi novio, quienes han desempeñado un papel crucial en la edificación de mi trayectoria profesional. Su apoyo constante y estímulo han sido el motor que me impulsa en cada desafío, acompañándome en las madrugadas frente al ordenador, ya sea para realizar tareas o brindarme palabras alentadoras que me animaban a seguir adelante.

A mi amada Mercedes Bella, que desde el cielo cuida de mi vida y decisiones, le dedico este trabajo como expresión de mi profundo agradecimiento. Ella ha sido mi faro guía y fuente inagotable de fortaleza, impulsándome en cada paso hacia la búsqueda constante de mejora, tanto en lo personal como en lo profesional. Aprecio enormemente su papel esencial, siendo la inspiración adicional que alimenta mi determinación para alcanzar las metas propuestas.

Génesis Mishell Puente Reyes

RESUMEN

La implementación de protocolos de triaje durante la pandemia de COVID-19 se ha convertido en prioridad para los servicios médicos a nivel de la Región de las Américas. Estos protocolos son esenciales para gestionar eficazmente los recursos limitados y tomar decisiones éticas durante una crisis de salud. Por consiguiente, el objetivo de la investigación es analizar la evidencia científica existente sobre la implementación de protocolos de triaje en pacientes con COVID-19 para el ingreso a las unidades críticas. El estudio se realizó mediante una revisión bibliográfica descriptiva con enfoque cualitativo y diseño trasversal, desarrollada de julio 2023 a marzo 2024. El universo de estudio fueron 250 artículos publicados en bases de datos, como: PUBMED, SCIELO, SCIENCEDIRECT, ELSEVIER y DIALNET, empleando para su selección criterios inclusión y exclusión, con una muestra de 116. Los resultados reflejaron que los protocolos de triaje para la admisión de pacientes en unidades de cuidados intensivos se sustentaron en criterios de priorización como la edad, comorbilidades, sintomatología, hallazgos de laboratorios, imágenes diagnósticas y escalas de valoración como SOFA, APACHE II y NEWS, aplicados a pacientes con SARS-CoV-2, guiados por principios bioéticos como la beneficencia, justicia y autonomía. Sin embargo, los hospitales enfrentaron desafíos significativos como escasez de infraestructura, deficiencia en el conocimiento referente al manejo del virus, carencia de personal y suministros médicos, impactando negativamente en el bienestar psicosocial del personal sanitario y los familiares de los pacientes, quienes experimentaron ansiedad, depresión y estrés post traumático, además de la estigmatización social.

Palabras claves: triaje; uci; protocolos; covid-19; pandemia.

ABSTRACT

The implementation of triage protocols during the COVID-19 pandemic has become a priority for medical services at the level of the Region of the Americas. These protocols are essential to effectively manage limited resources and make ethical decisions during a health crisis. Therefore, the objective of the research is to analyze the existing scientific evidence on the implementation of triage protocols in patients with COVID-19 for admission to critical units. The study was carried out through a descriptive bibliographic review with a qualitative approach and transversal design, carried out from July 2023 to March 2024. The study universe was 250 articles published in databases, such as: PUBMED, SCIELO, SCIENCEDIRECT, ELSEVIER and DIALNET, using inclusion and exclusion criteria were used for selection, with a sample of 116. The results reflected that the triage protocols for the admission of patients to intensive care units were based on prioritization criteria such as age, comorbidities, symptoms, laboratory findings, diagnostic images and assessment scales such as SOFA, APACHE II and NEWS, applied to patients with SARS-CoV-2, guided by bioethical principles such as beneficence, justice and autonomy. However, hospitals faced significant challenges such as a shortage of infrastructure, a lack of knowledge regarding the management of the virus, a lack of personnel and medical supplies, negatively impacting the psychosocial well-being of healthcare personnel and patients' families, who experienced anxiety, depression and post-traumatic stress, in addition to social stigmatization.

Keywords: triage; ICU; protocols; covid-19; pandemic.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	Introducción.....	1
2.	Revisión de la literatura.....	5
3.	Materiales y métodos	13
4.	Resultados	17
5.	Discusión	41
6.	Conclusiones	44
7.	Recomendaciones	45
8.	Referencias bibliográficas	46

1. INTRODUCCIÓN

La pandemia del COVID-19 evidenció la falta de preparación de los sistemas sanitarios a nivel global para hacer frente a esta emergencia. Desde la antigüedad hasta el momento la humanidad ha atravesado varias pestes como: fiebre entérica, peste negra, gripe española, cólera, polio, viruela humana, VIH / SIDA, síndrome respiratorio agudo severo (SDRA) y la más actual 2019-nCoV (Arbeláez et al., 2020). En este sentido, Burdiles y Ortiz (2021) mencionan que todas estas epidemias desencadenaron una grave crisis sanitaria, generando una demanda médica significativa en las unidades críticas y forzando a los equipos médicos a tomar decisiones complicadas en relación a la distribución de recursos debido a la gran afluencia de usuarios.

Según, Cascella, et al. (2023) señalan que el coronavirus es una enfermedad viral muy contagiosa que ha provocado un impacto devastador en la humanidad, causando el fallecimiento a más de 6 millones de personas, esta situación llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar como una pandemia el 11 de marzo de 2020. Por esta razón, Rivera et al. (2020) señalan que este virus ha generado situaciones en las cuales es imperativo tomar decisiones sobre la asignación de recursos vitales, determinando quiénes tendrán acceso y quiénes no a los recursos.

Loaiza et al. (2020) refieren que el impacto del SARS-CoV-2 fue perjudicial para los servicios de salud en América; pese a que se dispuso de aproximadamente ocho semanas para prepararse ante la llegada del virus, conociendo con anticipación el perfil clínico de las personas propensas a contraerlo, sus morbilidades y antecedentes patológicos. La dificultad que surgió en la mayoría de las naciones fue la falta de infraestructura e insumos para brindar una atención médica adecuada (Simbaña et al., 2020).

En la misma línea Salgado (2022) menciona que, la pandemia generó un incremento significativo en la demanda y admisión de pacientes a las áreas críticas, lo que originó la necesidad de implementar métodos de selección, como el triaje cuya finalidad fue priorizar a los pacientes con mayores posibilidades de sobrevivir; cabe destacar que la toma de decisiones en relación con el triaje no depende únicamente de las consideraciones médicas, sino que involucra aspectos éticos que deben ser evaluados y respaldados por el comité de ética de cada nosocomio.

Pedraz et al. (2020) destacan que desde tiempos remotos urge priorizar la atención médica, un ejemplo histórico se encuentra en la Guerra de Crimea en 1854, en la que aparece la precursora de la enfermería Florence Nightingale pues para ella era indispensable e importante clasificar a los reclutas según su gravedad de aquellos que sólo tenían heridas leves para brindarles cuidados específicos.

Conforme a ello, Kerie et al. (2018) refieren que, el triaje es esencial para proporcionar una atención eficiente y eficaz, constituyéndose en un instrumento rápido y de fácil aplicación, tomando en cuenta la gravedad de la patología y la situación actual del paciente; el profesional que realizará el triaje deberá priorizar y valorar al usuario, estableciendo el flujo de atención con el propósito de disminuir los periodos de espera y la saturación del área.

De igual manera, Camargo (2022) menciona que, favorece la toma de decisiones complicadas para obtener resultados óptimos, destacando la importancia del mismo en tiempos de pandemia ya que permite categorizar y priorizar a los pacientes según criterios médicos y éticos, evitando la exclusión y vulneración de los derechos, por el contrario, permite prestar una atención equitativa y justa.

En este contexto, la OMS (2020) indica que el triaje es un procedimiento estandarizado para categorizar a los usuarios en el ámbito médico, es utilizado como base para pacientes que requieren intervención médica inmediata, los que pueden esperar sin peligro o aquellos que pueden necesitar ser transportados a un centro específico en función de su estado.

Por lo tanto, Vera (2022) menciona que, los pacientes idóneos para ingresar en la UCI son aquellos que presentan gravedad en su salud, que necesiten soporte vital avanzado y que sean potencialmente recuperables. Es esencial destacar que las áreas críticas han sido de vital importancia para atender pacientes que desarrollaron SDRA y COVID-19 (Bohórquez et al.,2022).

Es por ello que la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) en calidad de organismo regulador del sistema sanitario elaboró una guía clínica cuya finalidad es proporcionar a los nosocomios a nivel mundial orientaciones y sugerencias para el manejo apropiado de pacientes en condiciones críticas.

Así mismo, el Colegio Mexicano de Medicina Crítica (COMMEC, 2020) diseñó un protocolo realizado por médicos intensivistas de la ciudad de México, el cual se enfoca en

brindar recomendaciones de procedimientos para la atención de pacientes con 2019-nCoV con la finalidad de brindar un tratamiento oportuno y prevenir una infección cruzada.

A su vez, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MINSALUD, 2020) durante la propagación del COVID-19 elaboró guías de cribado enfocándose en el cuidado requerido, soporte vital, cuidados paliativos, además recomienda brindar reportes de salud constantes de la evolución diaria de su familiar.

Considerando la relevancia de incorporar protocolos de triaje como una guía para orientar las decisiones de los trabajadores de la salud, surgen las siguientes interrogantes de investigación:

- **Pregunta general:**

- ¿Cómo se gestionaron los protocolos de triaje en el manejo de pacientes con COVID-19 para el ingreso a Unidades de Cuidados Intensivos durante la pandemia?

- **Preguntas específicas.**

- ¿Qué escalas de valoración y criterios de priorización se consideraron en la aplicación de triaje para el ingreso de pacientes con COVID-19 a la Unidad de Cuidados Intensivos?
- ¿Qué principios éticos y bioéticos repercutieron en torno al empleo de triaje en pacientes con COVID-19?
- ¿Cuáles son los desafíos que presentaron las instituciones de salud en el contexto de la aplicación de protocolos de triaje en pacientes con COVID-19?
- ¿Qué impacto social y mental se atribuyen a familiares de pacientes con COVID-19 y al personal de salud en torno a la aplicación de protocolos de triaje en las Unidades de Cuidados Intensivos?

Según Camargo (2022) el triaje debe respetar los principios de salud y los derechos básicos de la vida. Por lo cual se lo considera como un método para asignar prioridades en situaciones de urgencias y emergencias médicas, asegurando de este modo que el paciente reciba una atención adecuada y oportuna según su necesidad (Vásquez et al., 2019).

En este contexto, los protocolos de triaje deben evaluarse de forma consecutiva para mejorar la eficiencia y brindar una atención segura. En todo el mundo, la realización del triaje conlleva riesgos en la práctica sanitaria, ya que una decisión errónea puede afectar la atención y, por ende, la supervivencia del paciente (Flores et al., 2020).

La crisis generada por el COVID-19 ha desencadenado la urgencia de desarrollar protocolos en la terapia intensiva para asegurar una atención adecuada a los pacientes contagiados. La necesidad de implementar protocolos efectivos en las UCI durante la pandemia es evidente, dado que estos recursos y tecnología médica son limitados, lo que hace imperativo su uso eficiente y equitativo. Por lo que, la presente investigación tiene como objetivo analizar la evidencia científica existente sobre la implementación de protocolos de triaje en pacientes con COVID-19 para el ingreso a las unidades críticas.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

1.1. El triaje

La palabra triaje tiene su origen en el francés *trier*, que hace referencia al proceso de clasificación y organización; a nivel hospitalario se introdujo por primera vez en la década de 1960 debido al aumento de la población que acudía a urgencias, lo que motivó a la creación de un sistema de categorización de cinco niveles de atención, permitiendo así un triaje preciso (Zachariasse et al., 2017).

Wolf et al. (2018) indican que el triaje, tal y como se entiende en las áreas de urgencias, es la primera fase y quizás la más formal del encuentro inicial con el paciente. Es así que, Herrera et al. (2022), lo definen como un sistema de puntuación que tiene como finalidad priorizar la asistencia médica a los usuarios según el nivel de gravedad y severidad clínica; así mismo, los pacientes que se encuentren en situaciones críticas serán atendidos de manera inmediata.

De igual manera, Hinson et al. (2018) mencionan que es una escala que ofrece una priorización inicial en la atención médica con el propósito de identificar a los pacientes más críticos, quienes necesitan intervenciones, pruebas diagnósticas o tratamientos apropiados para mejorar las cuestiones relacionadas con su salud.

1.1.1. Importancia del Triage.

Zagalioti et al. (2023) aseguran que el triaje tiene un papel imprescindible en la emergencia, ya que su propósito es clasificar la urgencia y la gravedad de un paciente, ofreciendo una gestión adecuada en la atención. Mismo que permite al personal tomar decisiones correctas y oportunas al priorizar las necesidades, seguir directrices, utilizar eficientemente los recursos disponibles y optimizar el tiempo, lo que a su vez reduce la estancia en el área hospitalaria.

La importancia a nivel hospitalario radica en identificar, priorizar y asignar correctamente al personal e insumos que se tenga a disposición para los usuarios según su gravedad, pues una decisión de triaje imprecisa podría prolongar el periodo de espera de los pacientes antes de utilizar el servicio, provocando acontecimientos adversos (Tam et al., 2018).

Es por ello que Sánchez et al. (2021) indican que es necesario realizar una adecuada valoración para clasificar de manera correcta a las personas según el nivel de prioridad, cumpliendo así los protocolos establecidos del triaje para mejorar la calidad de atención.

1.1.2. Tipos de Triage.

1.1.2.1. *Triage estructurado.*

Leey (2022) refiere que el triaje estructurado hace referencia a la utilización de una escala fiable, válida y útil cuya finalidad permite realizar una evaluación clínica adecuada según el orden de gravedad de los pacientes, identificando de manera rápida y oportuna el nivel de prioridad.

El uso de un sistema estructurado ayuda a los profesionales que realizan esta actividad a sentirse más cómodos y a tener acceso a más fuentes de información para resolver dudas. Esto ayuda a que el área funcione con mayor fluidez, evitando el colapso de la misma. En la mayoría de los nosocomios, el triaje es realizado por las enfermeras, ya que cuentan con conocimientos, destrezas y habilidades para asignar un nivel de prioridad. Es por ello que una gran parte de las guías especializadas en el tema recomiendan que esta tarea sea realizada por las mismas (Fernández y González, 2018).

Para Herrera et al. (2022) existen 5 tipos de triaje estructurado:

- Escala de Triage Australiana (ATS) Australia, 1993.
- Sistema de Triage de Manchester (MTS) Reino Unido, 1997.
- Escala de Triage Canadiense y Agudeza en Urgencias (CTAS) Canadá, 1995.
- Triage simple y tratamiento rápido (START) Estados Unidos, 1984.
- Índice de Gravedad de Urgencias (ESI) Estados Unidos, 1999.

Estos sistemas estandarizados comparten elementos básicos en sus esquemas. El objetivo de las escalas antes mencionadas es identificar y priorizar a los pacientes con necesidades críticas de atención urgente; una práctica general respaldada por las instituciones de salud a nivel global (Hinson et al., 2018).

1.1.2.1.1. Escala de triaje de Australasia.

Originalmente denominada Escala de Triage Internacional (ATS), se basa en una escala categórica de 5 niveles que incorpora el reconocimiento de las dificultades que presentan los pacientes, su aspecto y una visión general de los hallazgos fisiológicos pertinentes. Dichos hallazgos se fundamentan en 79 descriptores clínicos; de esta manera, la enfermera puede determinar el grado de urgencia del usuario y categorizar en función del tiempo que puede esperar para la asistencia médica. En lo que respecta a los casos pediátricos, generalmente se sigue el mismo proceso de triaje estándar. Sin embargo, es importante destacar que varias escalas internacionales han adoptado la escala de triaje de Australasia, así como la Escala Canadiense de Triage y Severidad (CTAS), que fue introducida en 1999 y posteriormente mejorada en 2008 (Ebrahimi et al., 2015).

1.1.2.1.2. Sistema de Triage de Manchester.

Carapinheiro et al. (2021) afirman que el triaje de Manchester (MTS) pretende identificar y priorizar la atención clínica en un tiempo oportuno y resolutivo, a diferencia de la que se realiza por orden de llegada. El personal de enfermería estratifica el riesgo mediante algoritmos que permiten atender en primer lugar a las personas que requieren cuidados inmediatos y, a continuación, a las que parecen presentar una gravedad clínica y un nivel de sufrimiento menor.

El MTS es uno de los más utilizados. La particularidad de este sistema es que utiliza 52 diagramas de flujo basados en las molestias que presentan los pacientes. Cada diagrama de flujo tiene signos y síntomas adicionales denominados "discriminadores", que se clasificarían según el empeoramiento de los mismos tales como: el compromiso de las vías respiratorias o vómitos persistentes. Estos discriminadores se ordenan por prioridad, de más grave a menos grave. Cada grupo indica a la enfermera la urgencia de la atención médica. Si el paciente cumple un determinado grupo de discriminadores, se le clasifica en una categoría de urgencia que va de inmediata a no urgente (Brouns et al., 2019).

1.1.2.1.3. Escala de Triage Canadiense y Agudeza en Urgencias.

El Sistema de Triage y Agudeza Canadiense (CTAS) se basa en la Evaluación de la Severidad de Manchester. El CTAS presenta una escala de triaje de 5 niveles los cuales se determinan según la gravedad del paciente, presenta una lista estandarizada de síntomas

reportados, mismo que inicia con el nivel uno, destinado a pacientes críticos que requieren de manera inmediata atención médica y desciende en gravedad hasta el nivel cinco. Bajo cada categoría se encuentra una lista de síntomas específicos de cada sistema orgánico: cardiovascular, neurológico, respiratorio, obstétrico/ginecológico, gastrointestinal, trauma, salud mental y ambiental. Si uno de ellos presenta alguna alteración, se categorizarán según su nivel de prioridad (Yancey y O'Rourke, 2022).

1.1.2.1.4. Triage simple y tratamiento rápido (START).

Es el algoritmo más comúnmente empleado en Estados Unidos y se utiliza para pacientes mayores de 8 años. Tiene como propósito evaluar el estado de triaje en menos de 60 segundos, considerando diversos criterios clínicos como la frecuencia respiratoria y cardíaca, tiempo de relleno capilar, presencia de hemorragia y la alteración de la respuesta motora del paciente. Por el contrario, para los niños se utiliza el sistema Jump-START, que se fundamenta en el START. Es crucial comprender que el triaje es un proceso dinámico, lo que implica que el estado de triaje de un paciente puede cambiar con el tiempo (Yancey y O'Rourke, 2022).

1.1.2.1.5. Índice de Gravedad de Urgencias (ESI).

El ESI es un nuevo concepto de triaje que utiliza 5 niveles para priorizar y categorizar a los pacientes que acuden a emergencia dependiendo de su enfermedad, estimando el número de recursos necesarios para su atención. Los casos menos urgentes reciben un nivel 5, mientras que los más críticos, un nivel 1 (Silva et al., 2017).

Según Elsi y Novera (2019) indican que la prioridad de atención se basa en un diagrama de flujo con evaluación de los insumos para una atención médica apropiada, asegurando a los pacientes el acceso oportuno de los recursos. La aplicación real de este concepto exige que las enfermeras evalúen de inmediato el estado de los usuarios y tomen la decisión final de trasladarlos al área de hospitalización o direccionarlo al primer nivel de atención.

Mientras que, Vilpert et al. (2018) refieren que los algoritmos del triaje estructurado se enfocan en los siguientes niveles de gravedad:

- **Nivel I:** (Reanimación) Prioridad absoluta que requiere una asistencia inmediata y sin demora e incluye a pacientes con parada cardiorrespiratoria, traumatismo grave, dificultad respiratoria y convulsiones.

- **Nivel II:** (Afección muy urgente) Representa una amenaza potencial para su vida, integridad o función de las extremidades como los pacientes con ictus, traumatismos craneoencefálicos, asma; misma que puede demorar aproximadamente 15 minutos para ser atendido.
- **Nivel III:** (Afección urgente) Su estado presenta algunos riesgos, pero su vida no corre peligro, el usuario puede esperar 60 minutos para ser evaluado y tratado, se incluye a los pacientes con signos de infección, dificultad respiratoria leve o dolor moderado.
- **Nivel IV:** (Menos urgente) La dolencia que presenta el paciente no requiere atención inmediata, la misma puede demorarse máximo 120 minutos.
- **Nivel V:** (Afección no urgente) Presenta un problema de salud menor cuya atención puede retrasarse hasta 240 minutos.

Para Domínguez y Ciprés (2020) las escalas del triaje estructurado se encarga de catalogar a las personas a partir del nivel de gravedad de manera que las afecciones muy urgentes serán asistidas de manera inmediata por el personal sanitario, mientras que al resto se le asignará el nivel de prioridad según las manifestaciones clínicas.

Además, Sánchez et al. (2021) mencionan que las escalas de triaje estructurado presentan en los niveles de prioridad un color específico que indica el tiempo de atención máximo que el usuario puede esperar; para lograr la eficacia de los sistemas del triaje los profesionales de salud tiene que estar capacitados además de ello se debe disponer de algoritmos, protocolos y herramientas tecnológicas en las salas de urgencias.

1.1.2.2. *Triaje avanzado.*

Butti et al. (2017) señalan que el término "traje avanzado" carece de una definición precisa en la literatura, pero se interpreta como la implementación de protocolos acordados de antemano por todo el equipo interdisciplinario. En este proceso, la enfermera actúa de manera autónoma después de llevar a cabo un triaje inicial, durante el cual se le asigna una prioridad al paciente en función de su gravedad. Estos protocolos se pueden poner en práctica en el triaje hospitalario, en las salas de urgencias de vía rápida y también en Atención Primaria de Salud.

El mismo que otorga al personal de enfermería dos acciones fundamentales: la primera se contempla en el ámbito de responsabilidad, en esta acción la enfermera es la encargada de

realizar la valoración integral y sistemática con la finalidad de resolver la afección manifestada por el usuario (Innes et al., 2017).

Por su parte, Vara y Fabrellas (2019) afirman que, la segunda actuación de la enfermera es la evaluación completa del paciente, lo que implica la posibilidad de solicitar pruebas de diagnóstico y abordar el problema de salud mediante la formulación de hipótesis diagnósticas. Sin embargo, este enfoque no solo requiere la intervención del personal de enfermería, sino también la participación del médico, misma que solo se llevará a cabo si el juicio de la enfermera lo considera. Esta situación se presenta principalmente por la complejidad en el diagnóstico o el tratamiento del paciente.

Sin embargo, Bijani et al. (2018) refieren que, esta creciente necesidad de implantar el triaje avanzado no siempre ha ido asociada a una mayor formación del personal de enfermería. Por esta razón tienden a sentir que les falta la aptitud y destrezas clínicas necesarias para asignar de manera precisa los niveles de prioridad durante el proceso de triaje. Esta percepción, lleva al personal a cometer errores en su práctica, provocando colapsos en las unidades de triaje y en las salas de espera de los nosocomios.

1.1.2.3. *Triaje multidisciplinar.*

Wolf et al. (2018) conceptualizan al triaje multidisciplinar como el cribado realizado por el médico y la enfermera; también pueden apoyar al personal administrativo que tenga contacto directo con el usuario. La función principal consiste en realizar una valoración inicial, se puede solicitar estudios o pruebas básicas (biometría hemática, química sanguínea, radiografías simples) antes de que el paciente entre a la consulta médica; cabe mencionar que la responsabilidad de realizar este proceso es del área de enfermería.

Asimismo, García et al. (2019) indican que este proceso debe ser ejecutado por los enfermeros, debido a que son los profesionales idóneos para realizar esta actividad porque desde un inicio desarrollan un vínculo de confianza con el paciente y sus seres queridos; además, es el encargado de solucionar las dudas sobre el tiempo de esperar de los usuarios para recibir la asistencia médica según el nivel de prioridad asignado, reduciendo de este modo la tensión del paciente.

1.1.3. Profesionales de la salud que realizan el triaje.

Rayan et al. (2022) afirman que las enfermeras son la primera conexión que tiene el paciente en la unidad de salud en el área de triaje, donde se le hará la admisión, recogida de información, valoración, clasificación y distribución dentro del servicio. Las mismas deben tener conocimientos y habilidades suficientes para evaluar rápidamente y clasificar correctamente a los pacientes según el diagnóstico identificado, permitiendo así tomar decisiones adecuadas e implementar buenas prácticas.

Además, Aghabarary et al. (2023) refieren que las principales encargadas del triaje son las enfermeras mismas que, deben tener la capacidad de conocimiento, experiencia, comunicación, pensamiento crítico, evaluación de pacientes, toma de decisiones, trabajo en equipo, capacidad física y mental para cumplir con su labor en escenarios críticos; por lo tanto, su rol durante la realización del triaje es crucial ya que determina y prioriza las afecciones de los pacientes.

Asimismo, Olaya (2021) menciona que el triaje es realizado por enfermería, teniendo en cuenta que, con apoyo médico, este sería considerado más eficiente y utilizado en casos de urgencias altas y de mayor complejidad. Además, durante el triaje, el profesional de enfermería realizará procedimientos y administración de medicamentos a base de indicaciones médicas y protocolos estandarizados, dando un resultado óptimo y beneficioso para el paciente.

En otras palabras, destacamos el papel fundamental que cumple la enfermera en la realización del triaje, que conlleva gran importancia, posicionándose como el profesional adecuado para la realización del mismo (Innes et al., 2017).

1.1.4. Triaje en pandemias.

Tolchin et al. (2021) indican que las pandemias mundiales como la gripe en los años 1918, 1950, 1960 y 2009, de VIH/SIDA en los años ochenta, de SRAS en 2002 y de MERS en 2015, han provocado escasez de recursos médicos vitales, lo que ha llevado a los sistemas de salud y a los gobiernos a desarrollar estándares de atención en situaciones de crisis, por lo que incluyeron protocolos de triaje para optimizar los suministros médicos en emergencias sanitarias. Al mismo tiempo, la pandemia ha expuesto las disparidades de salud raciales, étnicas y socioeconómicas que en conjunto constituyen una forma de racismo estructural, esta

inequidad plantea serios problemas éticos para la creación de sistemas de triaje justos que maximicen la capacidad de salvar vidas sin perpetuar las desigualdades sistémicas.

Por consiguiente, Kucewicz y Damps (2020) expresan que los fundamentos éticos básicos aplicados a las pandemias incluyen la justicia, igualdad, autonomía y el compromiso de brindar atención a todos los pacientes, independientemente de su edad, raza, discapacidad, género, orientación sexual, estatus social u otras características personales. Cabe destacar que la priorización en los sistemas de triaje no tiene nada que ver con la discriminación en la atención. Por el contrario, el triaje posibilita la evaluación de usuarios según un protocolo predefinido, donde su clasificación determinará la gravedad de las afecciones y el nivel de dificultad que se presenta como riesgo para la vida (Narváez et al., 2022).

Además, Wallace et al. (2020) mencionan que un sistema de triaje pandémico puede ayudar en estos casos, ya que permite que los sistemas sanitarios se preparen de antemano para la gran afluencia de usuarios que pueden llegar a la unidad, al mismo tiempo, se adaptan a circunstancias específicas como un brote. Además, la anticipación de los sistemas de evaluación y la gestión de recursos serán elementos esenciales para hacer frente a la situación pandémica actual.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

1.2. Enfoque, diseño y tipo de investigación

1.2.1. Enfoque.

El estudio adoptó un enfoque cualitativo, ya que permitió describir, analizar e interpretar de forma inductiva los datos recopilados sobre el fenómeno de estudio. Este enfoque busca dar respuesta a las preguntas de investigación.

Hernandez et al. (2014) refieren que el enfoque cualitativo es un proceso inductivo, holístico y recurrente. Su principal propósito radica en recopilar y examinar datos no estandarizados con el fin de responder a las preguntas planteadas en la investigación o dar paso a nuevas hipótesis.

Asimismo, Baena (2017) afirma que, este enfoque se encarga de analizar múltiples fenómenos subjetivos, permitiendo así a los investigadores contextualizar los estudios de interés para desarrollar, explorar e interpretar conceptos con mayor riqueza explicativa.

1.2.2. Diseño.

El diseño de la investigación es de tipo transversal, ya que se analizó artículos científicos originales, en el período comprendido entre julio 2023 a marzo 2024.

Setia (2016) señala que los estudios transversales representan una forma de diseño de investigación observacional. En este contexto, el investigador evalúa de manera simultánea tanto los resultados como las exposiciones del fenómeno.

También, Cruz y Olivares (2014) afirman que, la investigación transversal tiene como característica principal recolectar información de las variables de un momento en concreto, permitiendo describir, analizar y comparar distintos grupos de la población en un tiempo único.

1.2.3. Tipo de investigación.

Se realizó una revisión bibliográfica de naturaleza descriptiva con el propósito de analizar información específica sobre el tema. En este sentido, las revisiones cualitativas o también conocidas revisiones sistemáticas exponen las evidencias de manera descriptiva, sin incorporar un análisis estadístico (Aguilera, 2014).

Mientras que, Moreno et al. (2018) argumentan que una revisión bibliográfica se define como una síntesis clara, relevante y organizada de un tema de interés, diseñada para abordar preguntas clínicas específicas, que se distinguen por recopilar y seleccionar investigaciones, seguida de una evaluación y síntesis de los hallazgos.

La revisión utiliza un enfoque interactivo para encontrar, seleccionar y sintetizar toda la evidencia literaria útil para el estudio, tiene como finalidad responder preguntas de investigación y describir los métodos utilizados para dar respuesta a las interrogantes (Pardal y Pardal 2020).

Para Hernández et al. (2014) la investigación descriptiva tiene como propósito describir cómo se presenta y se manifiesta las situaciones y eventos del fenómeno de estudio. Su propósito es detallar la distribución de una o más variables sin tener en cuenta la causalidad u otras suposiciones.

1.3. Población y muestra

Para la revisión bibliográfica se eligieron bases de datos indexadas, de las que se seleccionaron 250 artículos según el muestreo no probabilístico por conveniencia incorporando criterios de inclusión y exclusión para la selección de la muestra, la misma que quedó constituida por 116 artículos. Los criterios establecidos fueron:

1.3.1. Criterios de inclusión.

- Publicaciones encontradas en las bases de datos indexadas.
- Fecha de publicación desde el año 2019 hasta marzo del 2024.
- Artículos originales realizados en países de la Región de las Américas.
- Estudios completos y de acceso libre.

1.3.2. Criterios de exclusión.

- Publicaciones de revisión bibliográfica.
- Información extraída de tesis, maestrías y doctorados.
- Información de Blog o páginas de debates.
- Artículos incompletos.

Cruz y Olivares (2014) mencionan que la población abarca a todo sujeto de un grupo, mientras que la muestra constituye un grupo más pequeño conformado por sujetos de la población. En las investigaciones cualitativas se utiliza principalmente el muestreo no probabilístico, el mismo que se encarga de seleccionar los casos gradualmente con el contenido específico de las preguntas de investigación.

Por su parte, Otzen y Manterola (2017) afirman que el muestreo por conveniencia es un muestreo no probabilístico que permite seleccionar casos que están fácilmente disponibles y aceptan ser incluidos, además se basa en el fácil acceso y proximidad del indagador a los miembros del estudio.

1.4. Técnicas e instrumentos de recogida de datos

La revisión bibliográfica incluyó diversas bases de datos como: PUBMED, SCIELO, SCIEDIRECT, ELSEVIER y DIALNET. Se emplearon palabras claves como: triaje, uci, protocolos, covid-19, pandemia, junto con operadores booleanos como “AND Y OR” para precisar la búsqueda (“triage” AND “COVID-19”) AND (“prioritization criteria” AND “pandemic”) AND (“ética” AND “COVID-19”) AND (“bioethics” AND “pandemic”) AND (“ethics” OR “bioethics COVID”) AND (“challenges” AND “hospitals COVID-19”) AND (“psychosocial impact” AND “medical personnel”)

Los artículos fueron seleccionados en idioma español, inglés y portugués. Estos documentos se estructuraron en un flujo de trabajo continuo a través de una hoja de cálculo en el programa Excel, que contiene: autor, año, título, objetivo del estudio, resumen, resultados, importancia del estudio, enlace y cita bibliográfica permitiendo una visualización detallada del proceso de búsqueda y selección de la literatura científica. Base de datos a la que se aplicó los criterios de inclusión y exclusión.

Cruz y Olivares (2014) refieren que las fuentes primarias revelan inicialmente hallazgos científicos, observacionales y datos originales. La información ofrecida es directa, ya que se utilizará como fuente primaria artículos científicos redactados originalmente por el autor y publicados en revistas de alto impacto, detallando los resultados de las investigaciones.

Elizalde (2017) refiere que la palabra clave o keywords se presenta a manera de contraseña, se la define como una herramienta que ayudará a los indexadores y motores de

búsqueda a detectar y archivar artículos de alto renombre, permitiéndole al investigador encontrar y sintetizar la información.

Los operadores booleanos reciben el nombre del matemático George Boole, mismo que menciona tres operadores, tales como: AND (Y), OR (O) y NOT (NO). En la rama de la investigación, la palabra AND que combinada con otra palabra se obtiene artículos con ambos términos; OR nos ayuda a la ampliación de la búsqueda y a obtener más información que mencione a cualquiera de los dos temas; mientras que "NOT" junta palabras y obtiene artículos que contengan la primera palabra, pero no la segunda, permitiendo de esta manera reducir la búsqueda (Grewal et al., 2016).

1.5. Técnicas de análisis de datos

Se llevó a cabo la lectura crítica utilizando la lógica inductiva, que permitió analizar la información seleccionada por preguntas del estudio, con el propósito de responder las mismas y establecer una conclusión por cada una de ellas.

Martínez (2017) explica que el método inductivo constituye un enfoque que inicia con la observación directa del investigador y la experimentación de fenómenos específicos para establecer relaciones y explicaciones generales acerca de lo observado; este proceso facilita el análisis de casos particulares y la formulación de conclusiones.

Asimismo, Palmett (2020) refiere que los métodos inductivos son también conocidos como razonamiento inductivo: estos inician desde la observación; desarrollan una teoría basándose en las hipótesis planteadas y finalizan en el proceso de investigación. Además, las teorías y las hipótesis no se aplican al iniciar la investigación, después de ello el investigador tiene la potestad de direccionar la investigación para cumplir el objetivo de la misma.

4. RESULTADOS

4.1. Escalas de valoración y criterios de priorización en la aplicación de triaje para el ingreso de pacientes con COVID-19 a la Unidad de Cuidados Intensivos

Tabla 1.
Escala de valoración y criterios de priorización.

Autor y Año	Título	Objetivo	Tipos de estudio	Escala de valoración	Criterio de priorización
Carboni, Huespe, Lockhart, Massó, González, Hornos, San Román y Las Heras (2020).	COVID-19 en la Terapia Intensiva. Análisis de la experiencia durante el primer mes de la pandemia.	Examinar las manifestaciones clínicas, hallazgos radiológicos, datos de laboratorio y el funcionamiento de la mecánica respiratoria.	Se trata de una investigación observacional de casos, con un enfoque descriptivo, que involucra a una muestra de 7 pacientes provenientes del Hospital Italiano de Buenos Aires.	Se utilizaron 2 escalas para el ingreso de pacientes a Unidad de Terapia Intensiva de Adultos: <ul style="list-style-type: none"> • Score APACHE II (Evaluación de la Fisiología Aguda y la Salud Crónica II) permitió indicar que los pacientes tuvieron un 9 % mortalidad. • Score SOFA con un resultado 2 puntos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico confirmado por hisopado nasofaríngeo. • Edad media para el ingreso UCI 71 años. • Hallazgos radiológicos: infiltrado intersticial. • Resultados de laboratorio: Dímero-D 714 ng/ml, proteína C reactiva ultrasensible 231 ng/l. (Carboni, et al., 2020)
Ravelo, Aguirre, Quispe,	Score Tomográfico de Severidad (TSS)	Determinar si, durante la admisión, la utilización del Score Tomográfico	Es un estudio de tipo caso-control que incluyó a una población de 168	En la investigación el Score TSS se utilizó como criterio para la admisión, con un promedio de 14	<ul style="list-style-type: none"> • Comorbilidades: 28.6% obesidad, 23.8% diabetes y 11,1% hipertensión arterial. • Edad media de los pacientes 43 años.

<p>Reyes y Hernández (2022).</p> <p>Unidad Cuidados Intensivos de pacientes con neumonía COVID-19 en una clínica de San Juan de Lurigancho Lima, Perú.</p>	<p>y como predictor de admisión a Unidad Cuidados Intensivos de pacientes con neumonía COVID-19 en una clínica de San Juan de Lurigancho Lima, Perú.</p>	<p>de Severidad, en conjunto con pruebas de laboratorio específicas o características clínicas, tiene la capacidad de anticipar el requerimiento de ingreso de pacientes ya diagnosticados.</p>	<p>en pacientes ingresados en el hospital entre abril y agosto de 2020, de los cuales se eligió una muestra de 22 pacientes.</p>	<p>(desviación estándar de 4.44) convirtiéndose en un indicador predictivo de la mortalidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los resultados de laboratorio revelan que los pacientes presentaron: dímero D con un valor promedio de 4.72, proteína C reactiva, con una concentración de 69.42 mg/dl, leucocitos de $8.96 \times 10^3/\mu\text{l}$, elevación de ferritina 657.6 ng/ml. • Los resultados de las imágenes tomográficas revelan predominantemente la presencia de vidrio deslustrado en el 91.6%, consolidación bilateral difusa en el 16.6% y adoquinado desordenado en el 47.6% de los pacientes. (Ravelo, et al., 2022)
<p>Roa, Castro, Figueredo, Castillo y Bermon (2022).</p>	<p>Marcadores tempranos de riesgo de mortalidad en UCI por COVID-19 en un Centro de referencia en Colombia.</p>	<p>Definir las variables de prehospitales y asociados a la probabilidad de supervivencia de individuos ingresados a la UTI.</p>	<p>Se trata de un estudio de cohorte ambispectiva con un enfoque retrospectivo, el mismo que incluyó una muestra de personas a partir de 18 años, la población inicial del estudio consistió en 469 pacientes, con una</p>	<p>Se utilizaron las siguientes escalas de evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un puntaje SOFA que excediera los 5 puntos. • Escala NEWS 2 (Puntuación Nacional de Alerta Temprana 2) con un puntaje ≥ 6 indica un mayor riesgo de mortalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comorbilidades: 33% HTA, 25% obesidad con un IMC superior a 29,9 y 21% presentaron diabetes mellitus. • Se observaron variables clínicas que incluyeron niveles de oximetría de pulso por debajo del 90%, índices PaFi inferiores a 200 y el requerimiento de una FiO2 inferior al 0,6. • En cuanto a los estudios paraclínicos, se identificaron la neutrofilia, la linfopenia y la trombocitopenia, hiperbilirrubinemia, especialmente relacionada con la bilirrubina directa ($p < 0,001$).

			muestra final de 304 usuarios.		<ul style="list-style-type: none"> • En los exámenes radiológicos, se observó la presencia de opacidades reticulares y consolidaciones mediante TAC de tórax en los pacientes. (Roa, et al., 2022)
García, Gil y Nieto (2023).	Comportamiento del virus COVID-19 en una unidad de cuidados intensivos.	Describir la conducta del virus en usuarios ya diagnosticados que fueron atendidos en la UCI del Hospital Universitario de Armenia durante el período abril y junio de 2020.	Se trata de una investigación de índole descriptiva y diseño transversal, donde la población objeto de estudio se compone de 60 pacientes.	La admisión de pacientes se llevó a cabo conforme a criterios clínicos y de laboratorio. En este estudio se utilizó: Escala de Berlín la misma que permitió evaluar el SDRA que presentaron los usuarios con un índice de 114 mm/Hg.	<ul style="list-style-type: none"> • El 70% de los casos fueron diagnosticados mediante PCR. • El 98.3% presentaron dificultad para respirar. • Comorbilidades: 33% presentaron HTA, 25% obesidad y 21% diabetes mellitus. • Los hallazgos radiológicos evidenciaron: que el 78% de los pacientes presentaron neumonía mientras que, el 7% infiltrados pulmonares en los cuatro cuadrantes. • Ventilación Mecánica: por la complejidad de los casos el 40% necesito de soporte vital avanzado. (García, et al., 2023)
Díaz, Salazar, Salazar, Díaz, Ricardo, Castaño y Rodríguez (2023).	Características y desenlaces de los pacientes con COVID-19 en cuidados intensivos en el primer año de la pandemia: un	Detallar las particularidades de los pacientes en estado crítico en Colombia.	Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. La población del estudio estuvo constituida por 359 pacientes ingresados en UCI durante el	En esta investigación se utilizó la Escala SOFA (Evaluación secuencial del fallo orgánico), obteniendo un resultado de 7,6 puntos en los usuarios atendidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmación de diagnóstico de COVID-19 al ingreso por RT-PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa con Transcriptasa Inversa). • PaO2/FiO2 (Presión arterial de oxígeno / fracción inspirada de oxígeno): 96,2 mmHg que permitió medir el intercambio gaseoso. • Elasticidad pulmonar 30,5 ml/cmH2O.

estudio observacional colombiano.	periodo entre marzo 2020 y 2021.	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de laboratorio: Ferritina 1312 µg/L, proteína C reactiva 14,4 mg/L, deshidrogenasa láctica 469,6 U/L. (Díaz, et al., 2023) 			
Castro, Canale, Ferreyro, Prieto, Massimino, Funtowicz y Maritano (2020).	Características clínicas de la enfermedad por coronavirus 2019 en un Centro de Argentina.	Analizar las características clínicas y severidad de los pacientes con COVID-19 en un hospital de ubicado en Buenos Aires.	Investigación retrospectiva de cohorte, el estudio abarcó a un total de 101 pacientes durante marzo y junio de 2020.	Se empleó el Índice de comorbilidad de Charlson (CCI) dando como resultado en la investigación un índice de comorbilidad: 22% moderada, 2% grave y 2% crítica.	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes positivos para SARS-CoV-2 mediante la prueba de RT-PCR. • La edad media de los pacientes fue de 42 años. • Comorbilidades: HTA en un 22%, obesidad en un 18% y enfermedad respiratoria crónica en un 7%. • Resultados de laboratorio: linfopenia, observada en un 55%, la elevación de dímero-D, presente en un 38%. • Al momento del ingreso, se realizaron radiografías de tórax evidenciando neumonía en el 22% de pacientes. (Castro, et al., 2020)
Cantú, Aguiñaga, López y Magaña (2023).	Aplicación de la justicia distributiva en la asignación de recursos en medicina crítica en la emergencia por el COVID-19.	Investigar la perspectiva de los profesionales en medicina crítica acerca de la introducción de criterios de triaje durante la pandemia.	Se llevó a cabo una investigación observacional descriptiva con una única medición, se utilizó un cuestionario compuesto por 41 preguntas, mismo que	Para la realización del estudio los profesionales de salud utilizaron: 76% APACHE, 44% SOFA, 17% SAPS (Puntuación Simplificada de la Fisiología Aguda) para el ingreso de los pacientes a la UTI.	<p>Los criterios clínicos que se utilizaron en el estudio son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Glasgow <6. • Creatinina >5UO. • Diuresis <200. • Bilirrubina >12. • Plaquetas <120. • Pao2 - Fio2 <100 y soporte ventilatorio. (Cantú, et al., 2021)

				permitió evaluar la implementación del triaje en 18 especialistas.		
Meléndez, Segovia, Cova, Hernández, Martínez, Magallanes, Zarrelli, Rísquez y Andonaegui (2021).	Características y evolución clínico-epidemiológica según su gravedad en pacientes ingresados con la COVID-19 confirmado.	Exponer particularidades epidemiológicas, manifestaciones clínicas, tratamientos y progresión de los usuarios admitidos en la Policlínica del Sur. Venezuela.	las	Se llevó a cabo un estudio retrospectivo y descriptivo de análisis de casos durante el lapso comprendido entre julio y octubre de 2020. La población completa abarcó a 347 pacientes con síntomas sospechosos, de los cuales 47 necesitaron hospitalización y 25 fueron confirmados como casos positivos.	En el estudio, la escala SOFA fue empleada como indicador para determinar el ingreso de los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes confirmados por prueba PCR. • La patología subyacente más frecuentemente fue la hipertensión arterial, abarcando el 49%. • La sintomatología clínica presentada: dificultad para respirar 92%, fiebre 76% y tos seca el 72%. • Con respecto a los resultados tomográficos se evidenció que el vidrio deslustrado estuvo presente en el 100% de los casos, con una predominancia de lesiones bilaterales y una afectación panlobular del 92%. • Hallazgos de laboratorio: leucocitos de 4,000-10,000/mm³ en un 60% de los pacientes. (Meléndez, et al., 2021)
Ramírez, Montero y Vásquez (2021).	Caracterización de pacientes con COVID-19 en una unidad	Exponer el comportamiento de 20 pacientes que han dado positivo a SARS-CoV-2 en la UCI.	el	Se trata de una investigación observacional, descriptiva, de cohorte y prospectiva, la misma	Los usuarios fueron evaluados para determinar su admisión a la UCI mediante la utilización de la escala APACHE II fue de 16,6	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes diagnosticados mediante RT-PCR. • Comorbilidades: HTA 50%, asma bronquial 20%, cardiopatía isquémica 15%, EPOC 10% y en menor proporción diabetes mellitus tipo II.

	cuidados intensivos.		que se realizó entre marzo y julio de 2020 del Hospital de la Habana, el estudio conto con una muestra de 20 pacientes.	con una desviación estándar de 8,9.	<ul style="list-style-type: none"> • En los hallazgos radiológicos se observó que el 75% tenía infiltrados intersticiales bilaterales. • En el caso de los estudios analíticos: El valor promedio de la TGP fue de 65,7 con una desviación estándar de 48,3 UI/L, mientras que el valor promedio de la TGO fue de 70,9 con una desviación estándar de 83,2 UI/L. (Ramírez, et al., 2021)
Jiménez, Lemos, Vergara y Vásquez (2022).	Características de clínicas y pacientes hospitalizados con infección por COVID-19 en la Clínica SOMA de Medellín, Colombia.	Reconocer las variables de clínicas y paraclínicas vinculadas a la admisión en UCI y al riesgo de fallecimiento.	Investigación retrospectiva de cohorte basada en datos extraídos de las historias clínicas de los pacientes a partir de 18 años que fueron atendidos entre los meses julio 2020 a enero 2021, se dispuso de una muestra compuesta por 326 pacientes diagnosticados, el 25% fue ingresado a UCI.	El índice CALL fue empleado en la evaluación del riesgo de experimentar complicaciones severas de COVID-19, revelando que el 67% presentaba un riesgo alto, mientras que el 33% mostraba un riesgo moderado o bajo.	<ul style="list-style-type: none"> • Caso positivo por RT-PCR. • La edad promedio de los pacientes fue de 59 años, predominando en un 56% el sexo masculino. • Comorbilidades: 40% presento HTA y el 36% enfermedad cardiovascular. • Pruebas de laboratorio: dímero D superior a 255 ng/ml y CPK mayor de 140 UI/L. (Jiménez et al., 2022).

Fuente: Base de datos (Scielo, PubMed Central, ScienceDirect, Dialnet, Elsevier).

Análisis: Las escalas de valoración más utilizadas fueron: SOFA, APACHE II y NEWS, mismas que permitieron determinar el fallo orgánico de cada paciente. Los criterios de priorización empleados en estas escalas incluyen edad, comorbilidades, signos, síntomas, resultados de laboratorios e imágenes radiológicas.

4.2. Principios éticos y bioéticos en torno al empleo de triaje en pacientes con COVID-19

Tabla 2.
Principios éticos.

Autor y Año	Titulo	Objetivo	Tipos de estudio	Principios éticos
Machado, Vásconez y Centeno (2021).	El derecho a la salud y su situación en el contexto de la pandemia COVID-19 en Ecuador.	Evaluar la situación del acceso a la salud en Ecuador durante la crisis sanitaria.	Investigación con enfoque exploratorio, fundamentado en el método interpretativo.	Se logró evidenciar la vulneración del principio de justicia por parte de las autoridades sanitarias. El Estado ecuatoriano no estableció condiciones adecuadas para prevención del brote de esta enfermedad, lo cual provocó saturación de hospitales, escasez de profesionales de la salud, poca cantidad de camas en UCI y de fármacos necesarios para el tratamiento; debido a la falta de recursos el personal sanitario se vio en la obligación de tomar decisiones acerca de qué pacientes recibirían atención y quien no en un entorno de escasez (Machado et al.,2021).
Martínez, Guerra, Esparza, Dena, Casas y	Experiencias de gestión en profesionales de enfermería COVID-19 en hospitales	Conocer las experiencias gestionadas por las enfermeras que trabajan en los hospitales de	Investigación cualitativa, en el que se analizó 22 entrevistas telefónicas semiestructuradas.	La investigación resalta el principio de la fidelidad ya que se resalta la calidez humana, la dedicación a la profesión, el trato digno hacia los pacientes y, sobre todo, el espíritu de servicio que demostró el personal de enfermería (Martínez et al., 2021).

González (2021).	Ciudad Juárez, México.	durante la pandemia.		
Navarrete, Parodi, Runzer, Velasco y Sullcahuamán (2022).	COVID-19, mortalidad en adulto mayor y factores asociados.	Evaluar la severidad de la enfermedad proporcionando datos relevantes al momento de tomar decisiones.	Análisis retrospectivo observacional que utiliza como muestra a 521 adultos mayores del Hospital de Perú.	En este estudio se evidenció que las instituciones de salud pública consideran a los adultos mayores como una población prioritaria, a pesar de que la tasa de mortalidad fue mayor al 60% para hombres mayores de 80 años. Los protocolos de clasificación aseguraron la distribución justa, equitativa y transparente de los servicios y recursos evitando la exclusión de los mismos, salvaguardando así que nadie sea excluido de la atención sanitaria. Empleando, el principio de la justicia (Navarrete et al., 2022).
Pereira, Carvalho, Pinho, Thomaz, Lamy, Soares, Santos y Alves (2022).	Retos en el frente: experiencias de profesionales en el ingreso de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos durante la pandemia de COVID-19.	Explorar las visiones, acciones y desafíos en el proceso de tomar decisiones para admitir a pacientes en la UCI en el contexto de la pandemia.	Investigación cualitativa llevada a cabo en dos centros hospitalarios públicos en Brasil durante el período comprendido entre noviembre de 2020 y enero de 2021, Para recopilar la información se empleó el método de entrevistas, se con la participación de 22 profesionales como muestra de estudio.	El aumento en la demanda de admisión a la UTI junto con la agudización de la escasez de camas, generó sobrecarga laboral y efectos físico-emocionales a los profesionales sanitarios; la toma de decisiones para la admisión y asignación de camas se basó en los criterios de supervivencia relacionada con la gravedad del estado clínico y la disponibilidad de insumos médicos como ventiladores mecánicos. Además, se consideraron factores logísticos como la distancia desde el lugar de residencia y el tiempo de llegada a la UTI; los mismos que, permitieron garantizar que la toma de decisiones fuera justa y razonable evitando así que se vulnera el principio de justicia de los pacientes (Pereira et al., 2022).

Cantú, Aguiñaga, López, y Magaña (2023).	Aplicación de la justicia distributiva en la asignación de recursos en medicina crítica en la pandemia de COVID-19.	Identificar los principios bioéticos aplicados en la medicina crítica en tiempos de pandemia.	Investigación observacional descriptiva con una única medición, se utilizó un cuestionario compuesto por 41 preguntas, mismo que permitió evaluar los principios bioéticos en 18 especialistas.	Las bases éticas implementadas en el triaje fueron organizadas según su nivel de importancia: la proporcionalidad en la atención, el deber de no abandonar a los pacientes, el respeto a la autonomía y derechos personales fueron seleccionados de manera prioritaria, esto se hizo con el fin de evitar cualquier forma de discriminación y garantizar el cumplimiento de los principios de justicia y equidad al paciente (Cantú et al., 2023).
--	---	---	---	--

Fuente: Base de datos (Scielo, Pubmed Central, Elsevier).

Análisis: Los principios éticos que se evidenciaron por parte de los profesionales son: Justicia, fidelidad y equidad, mismos que han tenido un papel fundamental en garantizar la distribución equitativa de servicios de atención y recursos. No obstante, uno de los resultados reveló que las autoridades vulneraron el principio de justicia al distribuir los recursos de manera desigual.

Tabla 3.
Principios bioéticos.

Autor y Año	Título	Objetivo	Tipos de estudio	Principios bioéticos
Blanco, Tortajada, Rodríguez, Puente, Méndez y	Percepción de los pacientes sobre los cuidados de enfermería en el contexto de la	Examinar la percepción que los pacientes tienen acerca de la calidad de la atención de enfermería recibida durante su	Estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo, transversal, participaron 357 pacientes mayores de 18 años	El cuidado humanizado proporcionada por el personal de enfermería se evidenció en la empatía, buena apertura de la comunicación, paciencia durante la atención, sensación de bienestar y confianza, pese a las condiciones de salud adversa que presentaban los pacientes en la UCI. Esto reflejó un respeto profundo por la dignidad humana de cada individuo en los tiempos de

Fernández (2021).	crisis del COVID-19.	periodo de hospitalización.	de del Hospital de León por un período superior a 24 horas.	emergencia. Los resultados antes mencionados destacan el principio de la beneficencia del personal de enfermería en la prestación de cuidados (Blanco et al., 2021).
Sánchez y Santos (2021).	Significado del cuidado humanizado para la enfermera en un servicio de emergencia en tiempos de COVID-19.	Comprender la importancia del cuidado digno de los enfermeros que trabajan en servicios de emergencia durante la pandemia.	la Investigación cualitativa de tipo descriptivo interpretativo, fundamentada en el marco de Emmanuel Lévinas. Se contó con la participación de 8 enfermeras del Hospital de Perú.	A pesar de los desafíos de la pandemia, el profesionalismo del equipo médico permitió seguir brindando un cuidado humanizado, compasivo y afectuoso. Esto posibilitó actuar en beneficio y bienestar de los pacientes y sus familiares (Sánchez y Santos, 2021).
García, Rebolledo, Muñiz y Sánchez (2021).	Retos y dificultades de enfermería en tiempos de COVID-19.	Identificar los desafíos y obstáculos que enfrenta durante la pandemia.	La investigación adoptó una perspectiva fenomenológica, centrando su atención en la interpretación de las experiencias de los enfermeros de diversas instituciones de salud.	El desafío que presentaron mayormente los profesionales fue proporcionar cuidados humanizados y dignos en medio de la crisis por lo cual se vieron obligados a tomar decisiones difíciles para equilibrar las necesidades individuales de los pacientes con los recursos limitados disponibles. A pesar de estos desafíos, el compromiso con la excelencia en el cuidado y el respeto por la dignidad de cada individuo y familia fue la prioridad máxima en momentos de incertidumbre. Esto se centró en la aplicación del principio de justicia (García et al., 2021).
Barros, Pasklan,	Percepciones y conocimientos	y Analizar las opiniones y el grado de	Análisis descriptivo y cualitativo, la muestra estuvo	Los profesionales refirieron que la decisión de limitar el soporte vital en UTI en tiempos de escasez debe ser decidida de manera colaborativa entre el equipo

Rodrigues, Barros, Motta y Lima (2023).	médicos sobre la limitación del soporte vital.	conocimiento que tienen los profesionales médicos en la UCI sobre la restricción del respaldo vital.	constituida por 24 médicos de cuatro hospitales del estado de Brasil.	médico, los familiares y si el posible por el paciente. La participación activa del paciente o de sus familiares en la toma de decisiones es fundamental para respetar las preferencias y valores, así como su capacidad para expresar sus deseos; este principio no tiene excepciones incluso cuando la enfermedad alcanza un estado incurable y la muerte es inminente, independientemente de si existe o no un consenso médico. Es crucial destacar que el principio de la autonomía del paciente fue uno de los criterios más priorizados en este estudio (Barros et al., 2023).
---	--	--	---	--

Fuente: Base de datos (SciELO, Revista Cubana de Enfermería)

Análisis: Los principios bioéticos que se evidenciaron son: la beneficencia, justicia y autonomía. Estos principios destacaron el alto nivel de profesionalismo del equipo de salud durante la emergencia sanitaria.

4.3. Desafíos que presentaron las instituciones de salud en el contexto de la aplicación de protocolos de triaje en pacientes con COVID-19

Tabla 4.
Desafíos de las instituciones de salud.

Autor y Año	Título	Objetivo	Tipos de estudio	Desafíos
Pacheco (2020).	Necesidad de recursos humanos de enfermería por brote de COVID-19 Perú.	Exponer la condición y demanda de profesionales de salud en Perú ante la aparición de COVID-19.	La presente investigación se caracteriza por su enfoque descriptivo, centrándose en la recopilación de información detallada acerca del personal de enfermería. Para el estudio, se ha	<ul style="list-style-type: none"> Inexistencia de protocolos establecidos en los hospitales para atender casos de emergencia sanitaria. Escasez de recursos humanos especializados en áreas críticas frente a la pandemia.

			utilizado como fuentes primarias el portal oficial del Ministerio de salud y del Colegio de enfermeros del Perú.	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de formación continua en el personal para adaptarse a las variaciones de las directrices del triaje. • Escasa inversión de las autoridades en el mejoramiento de la infraestructura de las áreas críticas. • Deficiente articulación de los sistemas de salud para realizar referencias de pacientes contagiados en estado crítico (Pacheco, 2020).
Lizano y Peña (2021).	Enfrentando el desafío del COVID-19 implementación de un programa de seguridad y salud en el trabajo para proteger al personal sanitario.	Establecer un sistema integral de prevención en seguridad y salud laboral con el fin de prevenir la diseminación del virus COVID-19.	Método cuantitativo se aplicó un diseño preexperimental, con la participación de 60 profesionales como muestra. La obtención de datos se llevó a cabo mediante la aplicación de cuestionarios.	<ul style="list-style-type: none"> • Precariedad de los servicios de salud y la ineficiencia gubernamental frente a la pandemia de COVID-19. • Infraestructura insuficiente para responder a la magnitud del brote. • La escasez de EPP resultó en una exposición continua al virus provocando contagio masivo entre la personal (Lizano y Peña, 2021).
Hudson (2021).	El personal de salud en la pandemia: trabajar en un umbral de riesgo permanente.	Determinar el riesgo permanente que estaba expuesto el personal de sanitario durante la pandemia.	Estudio cualitativo realizado con una muestra de 15 profesionales entrevistados en nosocomios públicos y privados ubicados en las provincias de Argentina que laboraban en el ámbito de las UTI.	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de claridad en los protocolos de triaje desde la aparición de la pandemia llevó a que los profesionales sintieran que la aplicación de los mismos estaba vulnerando los derechos de los pacientes pues la construcción de un nexo afectivo

				<p>y comunicativo con los pacientes y familiares era nula.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La rápida y obligada adaptación a los nuevos protocolos de triaje implicó la sustitución de normativas y derechos históricos que tradicionalmente guiaban las funciones del personal y el manejo de los usuarios (Hudson, 2021).
<p>Lalueva, Lora, de la Calle, Sayas, Arrieta, Maestro, Mancheño, Marchan, Díaz, García, Catalán, García, Campo y Lumbreras (2022).</p>	<p>Utilidad de las escalas de sepsis para predecir el fallo respiratorio y la muerte en pacientes con COVID-19 fuera de las Unidades de Cuidados Intensivos.</p>	<p>Revisar la eficacia de SOFA y QSOFA, así como QNEWS y NEWS, al ser aplicadas al inicio del ingreso, con el propósito de anticipar la insuficiencia respiratoria y el riesgo de mortalidad en pacientes diagnosticados con COVID-19.</p>	<p>Estudio retrospectivo observacional, con una población que abarcada a todos los usuarios hospitalizados desde el 16 de marzo hasta el 16 de abril de 2020 o hasta su muerte. La muestra total incluyó a 237 adultos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Carencia de conocimiento sobre el manejo y tratamiento del nuevo virus por parte de los profesionales sanitarios. • Carencias de escalas específicas para predecir el fallo respiratorio al momento del ingreso a UCI. • Estancias hospitalarias largas de pacientes contagiados por la complejidad de su estado de salud (Lalueva et al., 2022).
<p>Sprocke, Araque, Chaves, Cárdenas, Montoya, Angarita,</p>	<p>Puntuaciones de alerta temprana para la identificación del riesgo de empeoramiento</p>	<p>Examinar las escalas de ingreso como instrumentos para identificar el riesgo de deterioro clínico o mortalidad en pacientes ingresados debido a COVID-19.</p>	<p>Investigación prospectiva y observacional realizada en tres hospitales de cuarto nivel en Bogotá, Colombia, durante el período comprendido entre abril y noviembre de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de escalas específicas para el ingreso a la UCI que permitan establecer una alerta temprana de la gravedad del estado de salud del paciente. • Retraso en la validación de las escalas disponibles por el comité médico debido al confinamiento.

Carrillo, Coral, Acuña y Tabares (2022).	Clínico o muerte en pacientes hospitalizados por COVID-19.	2020, con pacientes ingresados por COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> • Escasez de camas disponibles en la UCI por la demanda abrumadora de pacientes. • Los altos índices de comorbilidades en los pacientes contagiados, aumentaron la vulnerabilidad, exacerbaron la severidad de la enfermedad y complicaron el manejo de la misma (Sproke et al., 2022). 	
Iguiniz, García y Cruz (2022).	De jornadas difíciles. Condiciones laborales del personal de salud durante la crisis inicial de COVID-19 en México.	Describir las condiciones de trabajo de los profesionales encargados de cuidar a usuarios contagiados durante el inicio de la emergencia sanitaria.	Enfoque de investigación mixta que incluyó la aplicación de una encuesta compuesta por 20 preguntas y entrevistas semidirigidas. La muestra estuvo conformada por 99 profesionales para la encuesta y 12 para las entrevistas, la misma que fue seleccionada mediante un método no probabilístico por bola de nieve.	<ul style="list-style-type: none"> • Dudas e incertidumbre de las autoridades por la falta de información sobre transmisión, gravedad y tratamiento en la aparición de un nuevo virus. • Creación tardía de protocolos para la realización del triaje en UCI por parte de las autoridades. • Contagio masivo del personal de salud, provocando en ciertos casos pérdidas de vidas (Iguiniz et al., 2022).
Cantú, Aguiñaga, López y Magaña (2023).	Aplicación de la justicia distributiva en la asignación de recursos en medicina crítica en la pandemia de COVID-19.	Explorar la perspectiva de profesionales especializados en medicina crítica acerca del uso de criterios de selección en el transcurso de la pandemia.	Estudio descriptivo de observación con una única medición, se empleó un cuestionario compuesto por 41 preguntas, la población objeto estuvo constituido por 18 miembros con una edad promedio de 48.3 años.	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencia de criterios clínicos para la admisión de pacientes a la UTI en las Guías de triaje utilizadas en las instituciones de salud antes de la emergencia. • Falta de insumos médicos para los pacientes que van a ingresar a la sala de UTI, generando la necesidad de establecer características clínicas

que determinen la prioridad del ingreso (Cantú et al., 2023).

Fuente: Base de datos (Dialnet, ScienceDirect, Acta medica colombiana, Pubmed).

Análisis: Los desafíos que presentaron las instituciones de salud fueron: ausencia de infraestructura exclusiva para unidades críticas, escasez de recursos humanos y suministros médicos (EPP, ventiladores mecánicos, camas y medicamentos), carencia de escalas y protocolos específicos para la selección de paciente y deficiencia en el conocimiento sobre el manejo y tratamiento del virus.

4.4. Impacto social y mental en familiares de pacientes con COVID-19 y personal de salud en torno a la aplicación de protocolos de triaje en las Unidades de Cuidados Intensivos

Tabla 5.
Impacto social en familiares de pacientes y personal de salud.

Autor y Año	Titulo	Objetivo	Tipos de estudio	Impacto social
Bermejo, Álvarez, Lliguisupa, Pesántez y Zhindón (2021).	Impacto social y psicológico del COVID-19 en el personal sanitario. Caso Ecuador.	Entender las repercusiones sociales y psicológicas que experimentó el personal de salud durante la crisis sanitaria.	Análisis cualitativo a través de entrevistas interactivas con un guion adaptable mediante medios digitales, enfocado en profesionales que trabajan en la atención médica.	<ul style="list-style-type: none"> • Estigmatización social hacia el personal médico debido a que la población creía que los trabajadores sanitarios eran portadores del virus e incluso culpables de la propagación por estar en contacto a diario con personas infectadas que se encontraban en las áreas críticas impactando negativamente en su bienestar social. • El personal sanitario experimento un cambio súbito por las situaciones estresantes que vivía a diario como: aislamiento social, riesgo de infección y ansiedad por contagiar a su entorno social (Bermejo et al., 2021).

Belizario (2021).	Factores estresores en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas hospitalarias.	Reconocer los elementos generadores de estrés en las enfermeras profesionales que desempeñan sus funciones en los servicios de cuidados críticos del Hospital Essalud.	Investigación descriptiva y comparativa de corte transversal, contó con una población de 45 enfermeras. Para obtener la información necesaria, se empleó un formulario compuesto por 34 preguntas, denominado Escala de Estrés en Enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> • El 28.8% de las enfermeras informó que la fuente principal de estrés social en la UCI son los conflictos los galenos mientras que, el 17.8% señaló que dichos conflictos provenían de otros miembros del equipo. Esta situación se atribuyó a la carencia de comunicación entre colegas acerca de problemas relacionados con el servicio, así como a la ausencia del médico en situaciones urgentes, lo cual afectó negativamente la toma de decisiones y, por consiguiente, en la recuperación de los pacientes (Belizario, 2021).
Monterrosa, González y Beltrán (2021).	Percepción de discriminación en un grupo de médicos generales colombianos durante la pandemia del COVID-19 y su relación con factores laborales y psicológicos.	Analizar la percepción de discriminación en médicos colombianos y establecer la relación con los factores laborales y psicológicos.	Estudio descriptivo con un enfoque de análisis cualitativo, que incluyó a una población de 47 enfermeras. La recopilación de información fue a través de entrevistas y cuestionarios en línea.	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la pandemia el personal sanitario que laboró en la terapia intensiva enfrentó por varias ocasiones diferentes clases de discriminación, incluyendo la violencia social; misma que, ha impactado su vida profesional y personal. El miedo y la incertidumbre en la población provocaron estigmatizaciones hacia los trabajadores de la salud fundamentada en el temor de que pudieran ser portadores de este virus (Monterrosa et, al., 2021).
Hudson (2021).	El personal de salud en la pandemia: trabajar en un	Determinar el riesgo permanente que estaba expuesto el personal	Estudio cualitativo realizado con una muestra de 15 profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • La amenaza psicosocial que enfrentó el personal se debió a la falta de oportunidades para la interacción social, el descanso y la

	umbral de riesgo permanente.	de sanitario durante la pandemia.	entrevistados en hospitales públicos y privados ubicados en siete provincias de Argentina que laboraban en el ámbito de las Unidades de Terapia Intensiva.	conexión con colegas, causada por las normas de distanciamiento social y la utilización de EPP (Hudson, 2021).
Iguiniz, García y Cruz (2022).	De jornadas difíciles. Condiciones laborales del personal de salud durante la crisis inicial de COVID-19 en México.	Describir las condiciones de trabajo de los profesionales encargados de cuidar a usuarios contagiados durante el inicio de la emergencia sanitaria.	Enfoque de investigación mixta que incluyó la aplicación de una encuesta compuesta por 20 preguntas y entrevistas semidirigidas. La muestra estuvo conformada por 99 profesionales para la encuesta y 12 para las entrevistas seleccionada mediante un método no probabilístico por bola de nieve.	<ul style="list-style-type: none"> • La limitada participación de los familiares en las decisiones médicas se vio afectada debido a las restricciones en las visitas a las áreas críticas, implementadas con el objetivo de reducir la propagación y garantizar la seguridad tanto del paciente como del personal. • Preocupación por la transparencia en la aplicación de los protocolos de triaje, pues la falta de información provocó malentendidos e inquietudes acerca del proceso de admisión de los pacientes en la UCI y complicó la toma de decisiones compartidas entre los médicos y los familiares (Iguiniz et al., 2022).

De Oliveira, Da Silva, Santos, De Oliveira, García y Santos (2022).	Enfermedades crónicas y religiosidad/espiritualidad durante las primeras etapas de la pandemia de COVID-19.	Examinar la religiosidad/espiritualidad como un posible recurso protector frente al impacto emocional causado por la pandemia.	Estudio transversal que adopta un enfoque descriptivo-exploratorio con un diseño cuantitativo y cualitativo. La muestra, consistió en 78 adultos, aplicando un cuestionario compuesto por 16 preguntas.	El complejo impacto social de la pandemia en las personas, se destacó varios aspectos significativos: <ul style="list-style-type: none"> • La pérdida de relaciones cercanas, la conciencia de las injusticias sociales y la compasión por las pérdidas colectivas. • La sensibilidad hacia las desigualdades exacerbadas por la pandemia se reflejó en el "odio a la injusticia social", añadiendo un componente de dolor emocional al impacto general. • La falta de abrazos y la incapacidad de reunirse con sus familiares fue una pérdida significativa de conexión social, lo que contribuyó a la aparición de sentimientos de tristeza y molestia (De Oliveira, et al., 2022).
Barrero, Márquez, Gallo, García, Carreira1 y Salci (2023).	Encontrar un nuevo equilibrio: Estudio cualitativo sobre los efectos del COVID-19 en la vida familiar.	Examinar los impactos de la pandemia en la estructura familiar, focalizándose especialmente en la vivencia de aquellos miembros familiares que han contraído la enfermedad y enfrentado sus consecuencias.	Investigación exploratoria de naturaleza cualitativa. La obtención de información se llevó a cabo a través de entrevistas telefónicas semiestructuradas realizadas a un grupo de 27 participantes.	El ingreso de pacientes confirmados con COVID-19 a las unidades críticas ocasionó efectos particulares en los familiares: <ul style="list-style-type: none"> • La individualización de las repercusiones indicó una falta de comunicación efectiva dentro de la familia. La gravedad de la enfermedad creó barreras en la comunicación que afectó la reciprocidad en la comprensión y la colaboración en la toma de decisiones. • La atención y preocupación orientada hacia el paciente reflejó un cambio en la dinámica familiar, donde el enfoque se centró exclusivamente hacia el enfermo, provocando aislamiento social y emocional para otros miembros de la familia (Barreto et. al., 2023).

<p>Fortunatti, Silva, Silva, Canales, Veloso, Acuña y Castellon (2023).</p>	<p>Asociación entre factores psicosociales y satisfacción con la comunicación en familiares de pacientes de unidades de cuidados intensivos durante la pandemia de COVID-19: un estudio exploratorio transversal.</p>	<p>Explorar la conexión entre la percepción de satisfacción en la comunicación y la experimentación de estrés, así como Los signos de depresión y el respaldo social percibido en los familiares de individuos en estado crítico.</p>	<p>Investigación de tipo exploratorio con diseño transversal, desarrollada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Santiago, abarcando el periodo desde noviembre de 2020 hasta mayo de 2021. La obtención de datos se efectuó mediante el empleo de dos formularios, seguido por la aplicación de cuatro cuestionarios a través de entrevistas telefónicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El impacto social en familias de pacientes en UCI durante la pandemia se asoció con la condición potencialmente mortal del paciente, la incertidumbre del pronóstico y el entorno tecnológico desconocido. • Se destacó la importancia de la comunicación adecuada misma que mejoró la adaptación emocional de los familiares ante la gravedad de la situación del paciente. Ya que, la comunicación inadecuada generó expectativas erróneas, aumentó temores y dudas. • Las restricciones de visitas limitaron la proximidad de los familiares hacia el paciente y cambiaron la cantidad y calidad de la comunicación con el personal de la UCI. Por lo cual los familiares se adaptaron a las interacciones con su ser querido a través de una pantalla tecnológica (Fortunatti et. al., 2023).
---	---	---	---	---

Fuente: Base de datos (PubMed, Dialnet, Scielo).

Análisis: El impacto social que presentaron los profesionales sanitarios se centró en los conflictos internos de cada unidad de salud y amenazas psicosociales, incluida la estigmatización social. Por otro lado, los familiares de los pacientes presentaron sensación de desconcierto y desamparo debido a las restricciones en las visitas, generando alteraciones en la dinámica familiar.

Tabla 6.
Impacto mental en el personal de salud y familiares.

Autor y Año	Titulo	Objetivo	Tipos de estudio	Impacto Mental
Vagner, Thalise, Cláudia, Thalise y Cláudia (2020).	Dificultades y temores de las enfermeras que enfrentan la pandemia de COVID-19 en Brasil.	Reconocer los desafíos y las preocupaciones que presentaron las licenciadas que enfrentan emergencia sanitaria en Brasil.	Estudio de tipo exploratorio y cualitativo, en el cual participaron 25 enfermeras procedentes de diversas instituciones de salud, específicamente que laboran en UCI, se aplicó un cuestionario por vía WhatsApp como herramienta de recolección de información.	<ul style="list-style-type: none"> • El personal de enfermería experimentó una carga emocional considerable al enfrentarse a decisiones difíciles sobre cómo asignar recursos limitados y seleccionar adecuadamente a los pacientes, lo cual afectó la capacidad de los hospitales para implementar eficazmente los protocolos de triaje en la UCI. Esta responsabilidad generó altos niveles de estrés y angustia entre los profesionales (Vagner do et al., 2020).
Muñoz, Zevallos, Arias, Jara, Chuquipalla, Alarcón, Velazco y Salazar (2022).	Síndrome de Burnout en trabajadores de salud del Hospital de Arequipa durante la pandemia.	Examinar la incidencia y el nivel de severidad del síndrome de burnout entre el equipo médico del Hospital de Arequipa durante la crisis sanitaria.	Estudio descriptivo transversal, utilizando el Inventario de Burnout de Maslach como instrumento de medición. La muestra se conformó por 147 profesionales que laboran en la UCI. Para la misma se llevó a cabo un muestreo intencional no probabilístico.	<ul style="list-style-type: none"> • La situación de la pandemia en el Hospital de Perú provocó que el 70.1% del personal presente síndrome de burnout, teniendo un impacto significativo en su bienestar psicológico pues la aplicación de protocolos de triaje aumentó la carga emocional al tener que tomar decisiones difíciles sobre la asignación de recursos, lo que generó sentimientos de culpa, angustia, frustración y tristeza. • Asimismo, el 95.2% manifestó niveles elevados de agotamiento emocional, ocasionando estrés, ansiedad y depresión (Muñoz et al., 2022).

Fumis, Costa, Dal'Col, Azevedo y Pastore (2022).	Síndrome de burnout en médicos intensivistas en tiempos de la COVID-19: un estudio transversal.	Investigar la incidencia del síndrome de burnout en los médicos que trabajan en la UCI de un hospital de prestigio, y analizar su perspectiva acerca de cómo la pandemia ha impactado en sus vidas.	Investigación de tipo descriptivo transversal, incluyó la participación de 51 médicos que desempeñan sus funciones en la UCI del Hospital Sirio-Libanés. Se realizó un cuestionario constituido por 22 preguntas.	<ul style="list-style-type: none"> • El aumento de casos de ansiedad, depresión y síndrome de burnout es comprensible dada la presión extrema y las condiciones estresantes a las que se enfrentó el personal médico. • El 51 % del personal presentó un alto nivel de desgaste emocional; la toma de decisiones sobre quién ingresa y quién no a la UCI generó tensiones adicionales dentro del equipo médico, exacerbando el agotamiento emocional. • La carencia de recursos y la necesidad de priorizar a los usuarios llevó a tomar decisiones difíciles, contribuyendo al desgaste del personal. • El temor a la propagación de la enfermedad afectó significativamente a la salud psicológica de los profesionales misma que, comprometió la capacidad para brindar una atención digna y de calidad (Fumis et al., 2022).
Fhon, Arpasi, Chávez, Santos, Gómez, Fernández, Díaz y Leitón (2023).	Percepción del enfermero peruano en el Cuidado del paciente con COVID-19.	Conocer la perspectiva del enfermero peruano sobre el cuidado brindado a los pacientes con COVID-19.	Estudio descriptivo de naturaleza cualitativa, llevado a cabo con la participación de 47 enfermeras entre el periodo febrero y junio de 2021. Se utilizó un cuestionario que abarcó dos secciones: una referente a aspectos sociodemográficos y otra relacionada con el tema objeto de estudio.	<ul style="list-style-type: none"> • La difícil fase de adaptación al inicio del brote de la enfermedad provocó en el personal sanitario estrés, fatiga y sobrecarga laboral misma que, afectó la capacidad de los enfermeros para llevar a cabo de manera efectiva la implementación del triaje pues la falta de descanso adecuado y la constante presión resultaron en sentimientos de frustración e impotencia.

				<ul style="list-style-type: none"> • Además, el temor persistente de contagiar a los seres queridos con el virus añadió una capa adicional de preocupación emocional (Fhon et al., 2023).
Ruiz, Urdapilleta y Lara (2021).	Ansiedad en familiares de pacientes con COVID-19 hospitalizados en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.	Entender los signos de ansiedad presentes en familiares de personas contagiadas que están recibiendo atención hospitalaria debido al COVID-19.	Investigación exploratoria, los participantes fueron entrevistados utilizando el GAD-7 durante 15 de mayo y el 30 de septiembre de 2020.	<ul style="list-style-type: none"> • Los familiares encargados del bienestar del paciente dentro y fuera del nosocomio, requirieron atención prioritaria al presentar síntomas como ansiedad, depresión, trastornos del sueño y estrés postraumático. A medida que la permanencia en el hospital se extendió de los pacientes, estos síntomas se agudizaron, debido a las limitaciones físicas, psicológicas y las alteraciones de las rutinas habituales de los familiares. • El efecto emocional se intensificó cuando los pacientes ingresaron a la terapia intensiva aumentando la carga emocional y el estrés de los familiares, quienes enfrentan preocupación constante por la salud de su familiar (Ruiz et al., 2021).
Chen, Wittenberg, Sullivan, Lorenz y Chang (2021).	Las experiencias de familiares de pacientes ventilados con COVID-19 en la unidad de cuidados intensivos: un estudio cualitativo.	Examinar las experiencias y necesidades de apoyo de los familiares de individuos con COVID-19 en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).	Estudio cualitativo con enfoque exploratorio, en el que participaron 10 familiares de pacientes en la UCI. Se empleó la técnica de entrevistas realizadas por teléfono para recopilar la información.	<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros de la familia experimentaron niveles elevados de tensión y preocupación debido al ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), así como a la demora en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. • La búsqueda de información sobre la condición de los pacientes hizo que los familiares presenten frustración, sentimientos de incertidumbre y desconfianza sobre la calidad de la atención a su ser querido.

				<ul style="list-style-type: none"> • Además, indicaron que ver a sus familiares a través de videollamadas contribuyó a su sufrimiento por el impacto perturbador de verlos entubados o conectados a maquinas (Chen, et al., 2021).
Hochendoner, Amass, Curtis, Witt, Weng, Toyobo, Lipnick, Armstrong, Cruse, Rea y Van Scoy (2022).	Voces de la pandemia: un estudio cualitativo de experiencias y sugerencias familiares sobre la atención al paciente crítico.	Comprender las vivencias de los familiares de pacientes gravemente enfermos afectados por el COVID-19.	Estudio cualitativo de cohorte observacional, con la participación de 74 familiares en 10 hospitales de Estados Unidos se realizó entrevista telefónica para recolectar los datos.	<ul style="list-style-type: none"> • Las restricciones a las visitas generaron angustia y sufrimiento profundo y emocional, pues temían que sus seres queridos se sintieran aislados o murieran solos. • La relación terapéutica entre la familia y los médicos adolecía de desconfianza porque dudaban que sus familiares estén aún con vida y que el equipo médico brinde un cuidado adecuado, además se evidencio una comunicación ineficaz. <p>Los síntomas psicológicos importantes y las enfermedades eran comunes en los miembros de la familia, pues no podía dormir y muchos perdieron peso e incluso tuvieron que buscaron atención psiquiátrica o medicamentos (Hochendoner et al., 2021).</p>
Caballero, Barrientos, Gutiérrez, González, Pérez, Alvarado, Ávila y Mora (2023).	Ansiedad y depresión en familiares de pacientes hospitalizados con COVID-19 críticamente enfermos: breves intervenciones psicológicas por	Analizar el grado de ansiedad y depresión en los familiares de pacientes en estado crítico diagnosticados con COVID-19 que están hospitalizados en la UCI.	Estudio exploratorio transversal, se aplicó el cuestionario GAD-7 La recopilación de datos se llevó a cabo desde junio de 2020 hasta marzo de 2021.	<p>Una de las restricciones de las áreas críticas fue las limitaciones a la hora de las visitas, sin embargo, los familiares recibían un informe diario sobre el estado de su paciente mediante una llamada telefónica, lo provocó que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 34% de los familiares tengan síntomas de ansiedad y el 29% padezcan depresión moderada a grave. • El 25% de los familiares tuvieron síntomas de ansiedad y depresión.

teléfono, un estudio
exploratorio.

Cabe mencionar que la valoración se realizó dentro de las primeras 24 a 48 horas desde que el paciente fue trasladado del área de urgencias al área de UCI (Caballero, et al., 2023).

Fuente: Base de datos (Scielo, Pubmed, Dialnet).

Análisis: El impacto mental que presentaron los profesionales de la salud fue el desgaste emocional y estrés laboral, provocando en ciertos casos el síndrome de Burnout en los trabajadores. Por otro lado, los familiares de los pacientes experimentaron síntomas de ansiedad, depresión, estrés postraumático y frustración debido a la estancia prolongada y la falta de información de la condición de su ser querido.

5. DISCUSIÓN

El triaje es una estrategia de gestión de recursos que prioriza a los pacientes según sus necesidades, siendo esencial en las emergencias sanitarias. Su objetivo es evitar injusticias y garantizar los derechos humanos de los pacientes (Barros et al., 2021).

En este estudio, el proceso de triaje se fundamentó en dos directrices principales: la priorización según 1) la edad, 2) la presencia de comorbilidades, 3) la sintomatología, 4) los resultados de pruebas de laboratorio, y 5) las imágenes diagnósticas para el ingreso de pacientes críticos a UCI. La edad promedio se estableció en 53 ± 1 año, con un rango entre los 42 y 71 años. En esa misma línea, Pietrobon et al. (2020) refieren que, en la pandemia, la edad fue crucial, ya que los adultos mayores son más vulnerables a contraer infecciones durante el envejecimiento. En cambio, las comorbilidades más frecuentes encontradas incluyeron HTA, diabetes mellitus y obesidad, hallazgos que coincidieron con los resultados obtenidos en las investigaciones de Ñamendys et al. (2020) y Estenssoro et al. (2021), donde además de estas comorbilidades se encontró la enfermedad renal crónica.

Por otro lado, los hallazgos clínicos encontrados fueron disnea, fiebre, tos e hipoxia, lo que concuerda con el estudio publicado por Marcolino et al. (2019), en donde refleja que los pacientes presentaron la misma sintomatología. En los resultados de laboratorio se observó un aumento en los marcadores de inflamación sistémica como el dímero D, CPK, glóbulos blancos, ferritina. Según Zhan et al. (2021), refieren que el dímero D puede predecir casos graves y fatales de COVID-19. Además, como método diagnóstico se empleó la prueba de RT-PCR, lo que se asemeja con el estudio realizado por Langa et al. (2021), donde refieren que esta prueba es la técnica Gold Standard para la detección del virus. También, en este estudio se observó un compromiso pulmonar notable mediante imágenes diagnósticas, como radiografías y tomografías de tórax, en las que se presentan infiltrados intersticiales y vidrio deslustrado a nivel pulmonar, resultados que concuerdan con las investigaciones de Blanco et al. (2022) y Ruch et al. (2020).

Mientras que las escalas de valoración comúnmente utilizadas fueron: SOFA, APACHE II y NEWS, mismas que permitieron identificar la severidad de la disfunción orgánica al momento del ingreso de pacientes a UCI, lo que se correlaciona con los estudios de Martinelli et al. (2023), Hernández y Pinedo (2022) y Francia et al. (2022) en los que se aplicaron las escalas antes mencionadas. Cabe destacar que estas escalas fueron adaptadas para

la pandemia del 2019. Bradley et al. (2020) resaltan la necesidad de crear una escala propia que contengan las variables específicas de este nuevo virus.

La crisis provocada por el SARS-CoV-2 ha creado significativos desafíos para la toma de decisiones en UCI acerca de qué pacientes recibirían atención y quién no, en un entorno de escasez. Pese a esta situación, los principios éticos que emplearon los profesionales sanitarios al realizar el triaje incluyen la justicia, fidelidad y equidad, lo que confirma el estudio de Torán et al. (2021) en el que se establecieron prioridades de triaje para atender al mayor número de pacientes posibles, priorizando a aquellos con mayores posibilidades de supervivencia. En este contexto, Marmelstein y Morozowski (2020) argumentan que, en situaciones de escasez, los criterios de admisión deben ser más rigurosos y transparentes.

En referencia a los principios bioéticos, se observaron la beneficencia, justicia y autonomía, resaltando el profesionalismo del equipo médico durante la emergencia sanitaria. Este resultado se asemeja al estudio de Cantú et al. (2024), donde se detectó que los pacientes tuvieron una experiencia positiva en la atención recibida, destacando el principio de la beneficencia y la autonomía. Majumder y Minko (2021) sugieren que, incluso en circunstancias difíciles como la pandemia, la atención a los pacientes debe extenderse más allá del tratamiento médico. En su lugar, abogan por priorizar un enfoque que sea humanizado y empático, reconociendo las necesidades emocionales y mentales de los pacientes.

Por otro lado, entre los desafíos presentados en las instituciones de salud acerca de la implementación de protocolos de triaje se menciona la falta de infraestructura, recursos humanos e insumos médicos, así como la carencia de conocimiento sobre el manejo y tratamiento del nuevo virus. Estos desafíos se asemejan al estudio de Emanuel et al. (2020), quienes destacaron la dificultad en la asignación de recursos, como la limitada disponibilidad de camas, ventiladores mecánicos, EPP y personal capacitado, lo que coincide con el estudio realizado por Moghadas et al. (2020), donde se obtuvieron datos semejantes.

Además, se evidenció la falta de escalas específicas para el ingreso a la UCI que permitan establecer una alerta temprana de las complicaciones del estado de salud del paciente. En este sentido, Liu et al. (2020) sugieren que la implementación de un sistema de puntuación podría facilitar al personal a distinguir de manera rápida y puntual a los pacientes con mayor riesgo de deterioro clínico o fallecimiento. Es relevante señalar que, según Vincent y Creteur (2020), en situaciones donde los recursos son limitados, la adopción de un sistema de triaje

eficiente resulta crucial para asignar equitativamente los insumos y maximizar los beneficios para el mayor número posible de pacientes.

En el ámbito mental y social, los profesionales sanitarios han experimentado agotamiento emocional debido a la sobrecarga laboral y la necesidad de tomar decisiones difíciles, sumándose a esto la estigmatización social a la que han sido expuestos, resultados que concordaron con los hallazgos encontrados en las investigaciones de Irigoien y Constantino (2022) y Samaniego et al. (2020), donde además se evidenció enojo y frustración por presenciar la muerte de un paciente o percibir el sufrimiento de sus seres queridos.

Mientras que los familiares enfrentaron ansiedad, depresión y estrés postraumático como resultado de las restricciones de visitas y falta de información por parte del personal médico, lo que coincide con el estudio de Bezerra et al. (2020) que sugieren que estas circunstancias podrían haber contribuido a las tensiones familiares, aumentando los enfrentamientos, la intolerancia y las dificultades en la comunicación entre la familia.

6. CONCLUSIONES

La aplicación eficaz de protocolos de triaje en las Unidades de Cuidados Intensivos es esencial para asegurar una distribución justa de recursos y una atención de calidad para pacientes en situaciones críticas. En la pandemia por COVID-19, los protocolos incluyeron dos elementos claves: criterios de priorización, que ayudaron a identificar y seleccionar a los pacientes con la necesidad de recibir atención médica según la gravedad de su estado actual, considerando factores como la edad, comorbilidades, síntomas, resultados de pruebas de laboratorio e imágenes diagnósticas. Además, las escalas de valoración más utilizadas en América fueron SOFA, APACHE II y NEWS, ya que son herramientas que sirven para evaluar la severidad de la disfunción orgánica mediante una evaluación objetiva y sistemática de la condición del paciente.

Además, los principios bioéticos que guiaron las decisiones de triaje y asignación de recursos, asegurando una atención equitativa y oportuna, fueron la beneficencia, justicia y autonomía. Los principios éticos que emplearon los profesionales sanitarios al realizar el triaje incluyen la justicia, fidelidad, humanización y equidad. En este contexto, la ética en la toma de decisiones se lo considera como un pilar fundamental para preservar la integridad y bienestar de la comunidad médica y los pacientes.

Al mismo tiempo, las instituciones de salud se encontraron frente a una serie de desafíos durante la crisis sanitaria, que abarcaron desde la carencia de infraestructura, profesionales suficientes y suministros médicos, junto con la necesidad constante de capacitación para que el personal sanitario estuviera preparado para hacer frente al nuevo virus. Estos obstáculos no solo afectaron la calidad de la atención médica, sino que también tuvieron un impacto directo en los trabajadores que estaban en la primera línea de combate contra la enfermedad, afectando su salud y bienestar.

La exposición a desafíos emocionales y laborales ha dejado al personal sanitario vulnerable a niveles elevados de estrés y ansiedad. Además, la estigmatización social añade una carga adicional, percibiéndolos como portadores del virus y culpables de su propagación. Las medidas de distanciamiento social y el uso de EPP han impactado negativamente la conexión social y el bienestar de los trabajadores de la salud. De igual manera, los familiares de pacientes experimentaron síntomas similares debido a la falta de información y a las limitaciones de visitas impuestas por parte de los nosocomios.

7. RECOMENDACIONES

Se recomienda a las organizaciones internacionales de salud trabajar de manera conjunta para desarrollar y difundir protocolos estandarizados de patologías prevalentes según el perfil epidemiológico. Así también, se insta a las organizaciones gubernamentales a fortalecer los sistemas de salud de sus países. Esto contribuirá significativamente a mejorar la preparación y la respuesta ante futuras pandemias del continente americano.

Las instituciones de salud deben fortalecer los recursos humanos con profesionales especializados en bioética y la conformación de comités de ética. Esta medida posibilitará el desarrollo de directrices específicas y protocolos de actuación, con el propósito de brindar orientaciones y facilitar la toma de decisiones para el personal sanitario en situaciones críticas.

Promover la colaboración y coordinación entre las instituciones de salud a nivel mundial es fundamental para abordar los desafíos evidenciados durante la pandemia. Al trabajar juntos, los países pueden coordinar estrategias y compartir recursos para abordar desafíos comunes de futuras crisis sanitarias de manera más efectiva.

La realización de programas de apoyo psicológico y social se presenta como una necesidad urgente, dirigida tanto a los profesionales de la salud como a los familiares de los pacientes. Estos programas no solo deben abordar el estrés y la ansiedad, sino también fomentar un entorno de apoyo que promueva la resiliencia y la salud emocional a largo plazo.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aghabary, M., Pourghaedi, Z. y Bijani, M. (2023). Investigación de la capacidad profesional de las enfermeras de triaje en el servicio de urgencias y sus determinantes: un estudio transversal multicéntrico en Irán. *Revista BMC Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00809-7>
- Aguilera, R. (2014). ¿Revisión sistemática, revisión narrativa o metaanálisis?. *Revista de la Sociedad Española del dolor*, 21(6), 359-360. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000600010>
- Alves, BOOM. DeCS – Descriptores en Ciencias de la Salud. <https://decs.bvsalud.org/es/>
- Arbeláez, D., Andreyevna, M., Rojas, M. (2020). Las pandemias como factor perturbador del orden geopolítico en el mundo globalizado. *Cuestiones Políticas*, 36(63), 134-150. https://www.researchgate.net/publication/341832763_Las_pandemias_como_factor_perturbador_del_orden_geopolitico_en_el_mundo_globalizado
- Baena, G. (2017). Metodología de la investigación. Grupo Editorial Patria. ISBN ebook: 978-607-744-748-1
- Barros, L., Pigoga, J, Chea, S., Hansoti, B., Hirner, S., Papali, A., Rudd, K., Schultz, M., y Calvello Hynes, E. (2021). Pragmatic Recommendations for Identification and Triage of Patients with COVID-19 Disease in Low- and Middle-Income Countries. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-1064>
- Barros, B., Pasklan, A., Rodrigues, N., Barros, J., Motta, V. y Lima, S. (2023). Percepciones y conocimientos médicos sobre la limitación del soporte vital. *Revista Bioética*, 31. <https://doi.org/10.1590/1983-803420233387es>
- Barrero, M., Márquez, F., Gallo, A., García, C., Carreira1, L. y Salci. M (2023). Encontrar un nuevo equilibrio: Estudio cualitativo sobre los efectos del COVID-19 en la vida familiar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6705.4043>

- Belizario, J. (2021). Factores estresores en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas hospitalarias. *Revista Innova Educación*, 3(3), 97-108. <https://doi.org/10.35622/j.rie.2021.03.006>
- Bermejo, D., Álvarez, R., Lliguisupa, V., Pesántez, D. y Zhindón, C. (2021). Impacto social y psicológico del COVID-19 en el personal sanitario. Caso Ecuador. *Revista Ciencias Pedagógicas E Innovación*, 9(2), 153-159. <https://doi.org/10.26423/rcpi.v9i2.412>
- Bezerra, A., Da Silva, C., Soares, F., y Da Silva, J. (2020). Factores asociados al comportamiento de la población durante el aislamiento social de la pandemia de COVID-19. *Ciencia y Saúde Coletiva*, 25, 2411–2421. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>
- Bijani, M., Torabizadeh, C., Rakhshan, M., y Fararouei, M. (2018). Professional Capability in Triage Nurses in Emergency Department: A Qualitative Study. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. <https://www.redalyc.org/journal/1702/170263777010/html/>
- Bohórquez, J., Montenegro, A., Restom, J., López, J., y Abuabara, E. (2022). Proyecto HU-CI: Una necesidad en tiempos de la COVID-19. *Revista Colombiana de Nefrología*, 9(1), 1001. <https://doi.org/10.22265/acnef.9.1.509>
- Butti, L., Bierti, O., Lanfrit, R., Bertolini, R., Chittaro, S., Compagni, S., Russo, D., Mancusi, R., y Pertoldi, F. (2017). Evaluación de la eficacia y eficiencia del protocolo de triaje de enfermería en urgencias para el tratamiento del dolor. *Revista Journal of Pain Research*. doi: 10.2147/JPR.S138850
- Burdilesa, P. y Ortiz, A. (2021). El triaje en pandemia: fundamentos éticos para la asignación de recursos de soporte vital avanzado en escenarios de escasez. *Revista médica clínica Las Condes*, 61-74. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.12.004>
- Blanco, M., Tortajada, M., Rodríguez, Z., Puente, M., Méndez, C. y Fernández J. (2021). Percepción de los pacientes sobre los cuidados de enfermería en el contexto de la crisis del COVID-19. *Enfermería Global*, 20(4), 26–60. <https://doi.org/10.6018/eglobal.479441>

- Blanco, A., Fernández, M., Castillo, M., Galán, M., Salinas, J. y Ruiz, M. (2022). Factores de mal pronóstico en pacientes hospitalizados por COVID-19. *Anales del Sistema Sanitario De Navarra*, 45 (2). <https://doi.org/10.23938/assn.1000>
- Bradley, P., Frost, F., Tharmaratnam, K. y Wootton, D. (2020). Utility of established prognostic scores in COVID-19 hospital admissions: multicentre prospective evaluation of CURB-65, NEWS2 and qSOFA. *BMJ Open Respiratory Research*. <https://doi.org/10.1136/bmjresp-2020-000729>
- Brouns, S., Mignot, L., Derkx, F., Lambooi, S., Dieleman J. y Haak H. (2019). Rendimiento del sistema de triaje Manchester en pacientes mayores de urgencias: un estudio de cohortes retrospectivo. *Revista BMC Emergency Medicine*, 19(1). doi: 10.1186/s12873-018-0217-y.
- Caballero, N., Barrientos, V., Gutiérrez, E., Avilés, L., Pérez, L., La Barrera, C., Ávila, S., y Mora, J. (2023). Anxiety and Depression in Family Members of Critically Ill Covid-19 Inpatients: Brief Psychological Interventions via Telephone, an Exploratory Study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 22(3), 182–90. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S434448>
- Cantú, Q., Aguiñaga, C., López, C., Magaña, G. (2023). Aplicación de la justicia distributiva en la asignación de recursos en medicina crítica en la pandemia de COVID-19. *Medicina Critica*, 37(5):419-425. doi:10.35366/113052.
- Cantú, G., Guerrero, I., Aguiñaga, N., Cervantes, M., Flores, I., Rodríguez, P., Vargas, C., Arroyo, A. y Del Carmen García, M. (2024). Perceptions of COVID-19 patients in the use of bioethical principles and the physician-patient relationship: a qualitative approach. *BMC Medical Ethics*, 25 (1). <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01009-z>
- Casella, M., Rajnik, M., Aleem, A., Scott C. Dulebohn, S. y Di Napoli, R. (2023). Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19). *StatPearls - NCBI Bookshelf*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>
- Castro, H., Canale, H., Ferreyro, B., Prieto, M., Massimino, B., Funtowicz, G., y Maritano F. (2020). Características clínicas de la enfermedad por Coronavirus 2019 en un centro de

- Argentina. Cohorte retrospectiva. *Medicina (Buenos Aires)*, 80, 35-43. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020001000035&lng=es&tlng=es.
- Carapineiro, G., Chioro, A., Andrezza, R., Spedo, S., Souza, A., Araújo, E., Correia, T. y Oliveira, L. (2021). Nurses and the Manchester: rearranging the work process and emergency care?. *Revista Brasileira De Enfermagem*. 74(1): e20200450. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0450>
- Carboni, I., Huespe, I., Lockhart, C., Massó, A., González, J., Hornos, M., San Román, R., y Las Heras, M. (2020). COVID-19 en la Terapia Intensiva. Análisis de la experiencia durante el primer mes de la pandemia. *Medicina Buenos Aires*, 25-30 <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v80s3/v80s3a04.pdf>
- Colegio Mexicano de Medicina Crítica. (2020). Guía COVID-19 para la atención del paciente crítico con infección por SARS-CoV-2. *Revista Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 34(1), 7-42. <https://doi.org/10.35366/93279>
- Chen, C., Wittenberg, E., Sullivan, S., Lorenz, R., y Chang, Y. (2021). Las experiencias de familiares de pacientes ventilados con COVID-19 en la Unidad de Cuidados Intensivos: un estudio cualitativo. *Revista americana de cuidados paliativos*, 38(7), 869–876. <https://doi.org/10.1177/10499091211006914>
- Cruz, C y Olivares, S (2014). Metodología de la investigación. Editorial México Grupo Editorial Patria. Disponible en: <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecaueb/39410?page=4>.
- De Oliveira, R., Da Silva, I., Santos, J., De Oliveira, W., García, J. y Santos, M. (2022). Enfermedades crónicas y religiosidad/espiritualidad durante las primeras etapas de la pandemia de COVID-19. *Estudios De Psicología Campinas*. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202239e200230>
- DeepL Translate: el traductor más preciso del mundo. (Dakota del Norte). <https://www.deepl.com/translator>

- Díaz, D., Salazar, M., Salazar, C., Díaz, A., Díaz, Y., Ricardo, A., Castaño, W., y Rodríguez, A. (2023). Características y desenlaces de los pacientes con COVID-19 en cuidados intensivos en el primer año de la pandemia: un estudio observacional colombiano. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 23(2), 95–104. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2022.10.002>
- Domínguez, A. y Ciprés, E. (2020). Los sistemas de triaje en los servicios de urgencias. *Revista Sanitaria de investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/los-sistemas-de-triaje-en-los-servicios-de-urgencias/>
- Ebrahimi, M., Heydari, A., Mazlom, R., Mirhaghi, A. (2015). Fiabilidad de la escala de triaje de Australasia. *Revista World J Emergency Medicine*, 6(2), 94-9. doi: 10.5847/wjem.j.1920-8642.2015.02.002
- Emanuel, E., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., Zhang, C., Boyle, C., Smith, M. y Phillips, J. P. (2020). Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 382(21), 2049–2055. <https://doi.org/10.1056/nejmsb2005114>
- Elsi, M. y Novera, I. (2019). Diferente categorización del triaje mediante el método del Índice de Gravedad de Urgencias (ESI) en urgencias. *Revista enfermería clínica*, 101-104, <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.11.031>
- Estenssoro, E., Loudet, C., Ríos, F., Kanoore, V., Plotnikow, G., Andrian, M., Romero, I., Piezny, D., Bezzi, M., Mandich, V., Groer, C., Torres, S., Orlandi, C., Rubatto Birri, P. N., Valenti, M., Cunto, E., Sáenz, M., Tiribelli, N., Aphalo, V. y Reina, R (2021). Características clínicas y resultados de pacientes con ventilación invasiva con COVID-19 en Argentina (SATICOVID): un estudio de cohorte prospectivo multicéntrico. *The Lancet. Respiratory medicine*, 9(9), 989–998. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00229-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00229-0)
- Elizalde, J. (2017). Palabras clave. *Medicina crítica. Colegio Mexicano de Medicina Crítica*. 31(3), 114-115. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300114&lng=es&tlng=es

- Fernández, M. y González, R. (2018). Percepción en enfermeras y médicos del sistema de triaje en el servicio de urgencias de un hospital clínico universitario español. *Revista científica de enfermería*. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6729837.pdf>
- Fortunatti, C, Silva, N., Silva, Y, Canales, D., Veloso, G., Acuña, J, y Castellon, A. (2023). Association between psychosocial factors and satisfaction with communication in family members of intensive care unit patients during COVID-19 pandemic: An exploratory cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 76, 103386. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103386>
- Fumis, R., Costa, E., Dal'Col, S., Azevedo, L. y Pastore, L. (2022). Burnout syndrome in intensive care physicians in time of the COVID-19: a cross-sectional study. *BMJ*, 12(4), e057272. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057272>
- Fhon, J., Quispe, O., Zegarra, G., Neto, A., Del Pilar Gómez, M., Fernández, K., Díaz, T. y Leitón, Z. (2023). Percepción del enfermero peruano en el cuidado del paciente con covid-19. *Revista Baiana De Enfermagem*. <https://doi.org/10.18471/rbe.v37.52052>
- Flores, E., Espinoza, P., González, C., Hernández, S., y Barría, R. (2020). Eficiencia del sistema de triaje en un servicio de emergencia hospitalario. *Revista CuidArte*, 9(18), 46-54. <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2020.9.18.76671>
- García, A., Nieto, E. y Ardura, D. (2019). La función de la enfermera en el proceso de triaje. *Revista Médica Ácronos*. <https://revistamedica.com/funcion-enfermeria-triaje/#TIPOS-DE-TRIAJE>
- García, G., Gil, D., y Nieto, O. A. (2023). Comportamiento del virus COVID-19 en una unidad de cuidados intensivos. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2022.12.005>
- García M, Rebolledo D, Muñiz G, y Sánchez C. (2021). Retos y dificultades de enfermería en tiempos de COVID-19, *18*(3):5-8.
- Grewal, A., Kataria, H., y Dhawan, I. (2016). Literature search for research planning and identification of research problem. *Indian Journal of Anaesthesia*, 60(9), 635–639. <https://doi.org/10.4103/0019-5049.190618>

- Hernández, J., y Pinedo, M. (2022). Asociación del poder mecánico con la mortalidad en pacientes con COVID-19 grave. *Medicina Crítica*, <https://doi.org/10.35366/107458>
- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación. MCGRAW-HILL / Interamericana editores.
- Herrera, L., Hernández, A., Roldan, D., Hernández, F., Thowinson, M., Coronado, G., Cuartas, Y., y Martínez, L. (2022). El triaje como herramienta de priorización en los servicios de urgencias. *Revista Medicina Interna México*. 38(2), 322 – 334. doi. 10.24245/mim.v38i2.3751
- Hinson, J., Martínez, D., Schmitz, P., Toerper, M., Radu, D., Scheulen, J., De Ramírez, S. y Levin, S. (2018). Accuracy of emergency department triage using the Emergency Severity Index and independent predictors of under-triage and over-triage in Brazil: a retrospective cohort analysis. *International journal of emergency medicine*, 11(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s12245-017-0161-8>
- Hochendoner, S., Amass, T., Curtis, J., Witt, P., Weng, X., Toyobo, O., Lipnick, D., Armstrong, P., Cruse, M., Rea, O., y Van Scoy, L. (2022). Voces de la pandemia: un estudio cualitativo de experiencias y sugerencias familiares sobre la atención al paciente crítico. *Annals of the American Thoracic Society*, 19(4), 614–624. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202105-629OC>
- Hudson, J. (2021). El personal de salud en la pandemia: trabajar en un umbral de riesgo permanente. *Revista PUCP*. <https://doi.org/10.18800/debatesensociologia.202102.001>
- Iguiniz, M., García, G. y Cruz, L. (2022). De jornadas difíciles Condiciones laborales del personal de salud durante la crisis inicial de COVID-19 en México. *Revista Latinoamericana de antropología del trabajo*. <https://ojs.ceil-conicet.gov.ar/index.php/lat/article/view/1037>
- Innes, K., Jackson, D., Plummer, V. y Elliott, D. (2017). Papel de la enfermera de sala de espera de urgencias. *Revista Australasian Emergency Nursing*, 20(1), 6–11. doi: 10.1016/j.aenj.2016.12.002

- Irigoin, J. y Constantino, F. (2022). Percepción de la enfermera sobre los cuidados brindados al paciente con COVID-19 en la unidad de cuidados intensivos. *Revista de la escuela de Enfermería*, 9 (1), 5–17. <https://doi.org/10.35383/cietna.v9i1.662>
- Jiménez, C., Lemos, B., Vergara, L. y Vásquez, D. (2022). Características clínicas de pacientes hospitalizados con infección por Covid-19 en la Clínica soma de Medellín, Colombia. *Medicina U.P.B.* <https://doi.org/10.18566/medupb.v41n2.a02>
- Kucewicz, E., y Damps, M. (2020). Triage during the COVID-19 pandemic. *Anaesthesiology Intensive Therapy*. 52(4), 312–315 <https://doi.org/10.5114/ait.2020.100564>
- Kerie, S., Tilahun, A. y Mandesh, A. (2018). Triage skill and associated factors among emergency nurses in Addis Ababa, Ethiopia 2017: a cross-sectional study. *BMC Research Notes*. 11, 658. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3769-8>
- Lalueza, A., Lora, J., de la Calle, C., Sayas, J., Arrieta, E., Maestro, G., Mancheño, M., Marchán, Á., Díaz, R., García, R., Catalán, M., García, A., de Miguel, B., y Lumbreras, C., (2022). Utilidad de las escalas de sepsis para predecir el fallo respiratorio y la muerte en pacientes con COVID-19 fuera de las Unidades de Cuidados. *Revista clínica española*, 222(5), 293–298. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.10.004>
- Langa, L., Sallent, L, y Díez, S. (2021). Interpretación de las pruebas diagnósticas de la COVID-19. *Formación médica continuada en atención primaria*, 28(3), 167–173. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2021.01.005>
- Leey, C. (2022). Desarrollo y validación de un modelo predictivo de ingreso hospitalario y de derivación inversa desde el triaje de los pacientes que acuden a urgencias con bajo nivel de prioridad. <https://www.tdx.cat/handle/10803/687829#page=1>
- Liu, S., Yao, N., Qiu, Y. y He, C. (2020). Rendimiento predictivo de SOFA y qSOFA para la mortalidad hospitalaria en la enfermedad grave por nuevo coronavirus. *Revista estadounidense de medicina de emergencia*, 38 (10), 2074–2080. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.07.019>

- Lizano, C. y Peña, E. (2021). Enfrentando el desafío del COVID-19: Implementación de un programa de seguridad y salud en el trabajo para proteger al personal sanitario. *Revista multidisciplinaria*. <https://revistauno.org/index.php/uno/article/view/2/2>
- Machado, M., Vásconez, M. y Centeno, P. (2021). El derecho a la salud y su situación en el contexto de la pandemia COVID-19 en Ecuador. *Universidad y Sociedad*, 13(S2), 178-187. <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/229>
- Majumder, J. y Minko, T. (2021). Desarrollos recientes sobre enfoques terapéuticos y de diagnóstico para COVID-19. *La revista AAPs*, 23 (1). <https://doi.org/10.1208/s12248-020-00532-2>
- Marcolino, M., Ziegelmann, P., Souza, M., Nascimento, I., Oliveira, L., Monteiro, L., Sales, T., Ruschel, K., Martins, K., Etges, A., Molina, I., Polanczyk, C., Schwarzbald, A., de Oliveira, A., de Barros, A., Scotton, A., Rodríguez, A., dos Reis, A., Moura, A. y dos Santos, V. (2021). Clinical characteristics and outcomes of patients hospitalized with COVID-19 in Brazil: Results from the Brazilian COVID-19 registry. *International Journal of Infectious Diseases*, 107, 300–310. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.01.019>
- Martínez, M., Guerra, R., Esparza, M., Dena, M., Casas, M. y González, C. (2021). Experiencias de gestión en profesionales de enfermería ante Covid-19 en hospitales de Ciudad Juárez, México. *Revista Espacios*, 42 (12), 129–141. <https://doi.org/10.48082/espacios-a21v42n12p10>
- Marmelstein, G. y Morozowski, A. (2021). Que Vidas Salvar? Escassez de Leitos de UTI, Critérios Objetivos de Triagem e a Pandemia da COVID-19. *Revista Publicum*, 6(1), 94–117. <https://doi.org/10.12957/publicum.2020.57573>
- Martinelli, A., Bonatto, S., Silva, C., Reche, P., Sloboda, D. y Cavalheiro, A. (2023). Evaluación de tomografía computarizada y score SOFA pulmonar: relación de evaluación en pacientes con covid-19 y mortalidad en UCI. *Enfermería Global*, 22(2), 139–161. <https://doi.org/10.6018/eglobal.541411>

- Medina, M., Palacios, C. y Santos, J. (2020). Guía bioética de asignación de recursos de medicina crítica del Consejo de Salubridad General en México. *Salud Pública de México*, 62(5), 607–609. <https://doi.org/10.21149/11747> 11.
- Meléndez, A., Segovia, M., Cova, S., Hernández, M., Martínez, A., Magallanes, A., Zarrelli, R., Rísquez, A. y Andonaegui, L. (2021). Características y evolución clínico-epidemiológica según su gravedad en pacientes ingresados con la COVID 19 confirmado. *Boletín Venezolano de Infectología*, 32(1), 27–42. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/07/1255119/02-melendez-a-27-42.pdf>
- Moghadas, S., Shoukat, A., Fitzpatrick, M., Wells, C., Sah, P., Pandey, A., Sachs, J., Wang, Z., Meyers, L., Singer, B., y Galvani, A. (2020). Projecting hospital utilization during the COVID-19 outbreaks in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(16), 9122–9126. <https://doi.org/10.1073/pnas.2004064117>
- Monterrosa, L., González, A. y Beltrán, T. (2021). Perception of discrimination in a group of colombian general practitioners during the COVID-19 pandemic and its relation to labor and psychological factors. *Salud Uninorte*, 36(1), 25–45. <https://doi.org/10.14482/sun.36.1.616.2>
- Moreno, B., Muñoz, M., Cuellar, J., Domancic, S. y Villanueva, J. (2018). Revisiones Sistemáticas: definición y nociones básicas. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 11(3), 184–186. <https://doi.org/10.4067/s0719-01072018000300184>
- Muñoz, A., Zevallos, J. M., Arias, W., Jara, J., Chuquipalla, M., Alarcón, X., Velazco, J. y Salazar, M. (2022). Síndrome de Burnout en trabajadores de salud del Hospital de Arequipa (Perú) durante la pandemia. *Revista Chilena De Neuro-Psiquiatría*, 60(3), 262–272. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272022000300262>
- Navarrete, P., Parodi, J. F., Runzer, F. M., Velasco, J. y Sullcahuamán, E. (2022). COVID 19, mortalidad en adulto mayor y factores asociados. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 15(2), 247–251. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.152.1158>

- Ñamendys, S., Alvarado, P., Domínguez, G., Rivero, E., Sánchez, L., Gutiérrez, A., Romero, J., Rodríguez, H., García, A., Garnica, C., Cruz, N., González, M., García, F., Guerrero M., Salmerón, J., Romero, L., Canto, J. y Cervantes, V. (2021). Outcomes of patients with COVID-19 in the intensive care unit in Mexico: A multicenter observational study. *Heart y Lung*, 50(1), 28–32. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.10.013>
- Organización Mundial de la Salud (2020). Criterios para poner fin al aislamiento de los pacientes de COVID-19. WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Discharge-From_Isolation-2020.1-spa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Orientación ética para el uso de recursos limitados en los servicios críticos de salud durante la pandemia de COVID-19. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52092/OPSHSSBIOCOVID19200012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). Síntesis de evidencia y recomendaciones: Guía para el cuidado de pacientes adultos críticos con COVID-19 en las Américas. *Revista Panamericana Salud Pública*. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.128>
- Olaya, E. A. (2021). Triage: Puerta de entrada al nivel hospitalario. *Revista de Ciencias de la Salud*. <https://doi.org/10.47606/acven/mv0074>
- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227–232. <https://doi.org/10.4067/s0717-95022017000100037>
- Pacheco, R. (2020) Necesidad de recursos humanos de enfermería por brote de COVID-19 Perú. *Revista científica de enfermería*. <http://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/20>
- Pardal, J. y Pardal, B. (2020). Anotaciones para estructurar una revisión sistemática. *Revista ORL*, 11 (2), 155–160. <https://doi.org/10.14201/orl.22882>
- Palmett, A. (2020). Métodos inductivos, deductivo y teoría de la pedagogía crítica. *Revista Crítica Transdisciplinar*, 3(1), 36-42. <https://petroglifosrevistacritica.org.ve/wp-content/uploads/2020/08/D-03-01-05.pdf>

- Pedraz, A., García, Eva. y Palmar, A. (2020). Florence Nightingale y los corresponsales de The Times en la Guerra de Crimea. *Revista Temperamentvm*. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-60112020000100008&lng=es&tlng=es
- Pereira, J., Carvalho, R., Pinho, J., Thomaz, E., Lamy, Z., Soares, R., Santos, J. y Britto, M. (2022). Retos en el frente: experiencias de profesionales en el ingreso de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos durante la pandemia de COVID-19. *Texto y Contexto - Enfermagem*, 31, e20220196. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0196en>
- Pietrobon, A., Teixeira, F. y Sato, M. (2020). Immunosenescence and Inflammaging: Risk Factors of Severe COVID-19 in Older People. *Frontiers in Immunology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.579220>
- Ramírez, A., Montero, M., y Vázquez, L. (2021). Caracterización de pacientes con COVID-19 en una Unidad Cuidados Intensivos. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 73(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602021000100011&lng=es&tlng=es.
- Ravelo, J. Aguirre, W., Quispe, E., Reyes, G. y Hernández, J. (2022). Score Tomográfico de Severidad (TSS) como predictor de admisión a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en pacientes con neumonía COVID-19 en una clínica de San Juan de Luri. *Acta Médica Peruana*, 39(4), 352-361. <https://dx.doi.org/10.35663/amp.2022.394.2456>
- Rayan, A., Alshatarat, M., Eshah, N., Baqeas, M., Jaber, M y Albashtawy, M. (2022). Triage Knowledge and Practice and Associated Factors Among Emergency Department Nurses. *SAGE Open Nursing*, 8, 237796082211305. <https://doi.org/10.1177/23779608221130588>
- Rivera, E., Abal, F., Rekers, R., Holzer, F., Melamed, I., Salmún, D., Bell, L., Terlizzi, S., Alegre, M., Bianchini, A., y Mastroleo, I. (2020). Propuesta para la elaboración de un protocolo de triaje en el contexto de la pandemia de COVID-19. *Revista de Bioética y Derecho*, (50), 37-61. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000300004&lng=es&tlng=es

- Roa, S., Castro, M., Figueredo, A., Castillo, V. y Bermon, A. (2022). Marcadores tempranos de riesgo de mortalidad en UCI por COVID-19 en un centro de referencia en Colombia. *Medicina*, 44(1), 18–30. <https://doi.org/10.56050/01205498.1658>
- Ruch, Y., Kaeuffer, C., Ohana, M., Labani, A., Fabacher, T., Bilbault, P., Kepka, S., Solis, M., Greigert, V., Lefebvre, N., Hansmann, Y. y Danion, F. (2020). CT lung lesions as predictors of early death or ICU admission in COVID-19 patients. *Clinical Microbiology and Infection*, 26(10), 1417.e5-1417.e8. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.07.030>
- Ruiz, Carlos., Urdapilleta, E., y Lara, G. (2021). Ansiedad en familiares de pacientes con COVID-19 hospitalizados en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. *Revista Neumología y cirugía de tórax*, 80(2), 100-104. <https://doi.org/10.35366/100990>
- Salgado, J. (2022). La controversia bioética sobre el triaje durante la pandemia de la COVID-19. *Revista Bioética y Derecho*, 163-182. <https://dx.doi.org/10.1344/rbd2022.56.38674>
- Samaniego, A., Urzúa, A., Buenahora, M., y Vera, P. (2020, May 5). Symptomatology associated with mental health disorders in health workers in Paraguay: COVID-19 effect. *Revista Interamericana De Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 54(1), e1298. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i1.1298>
- Sánchez, R., Herrero, A. y Garvi, M. (2021). Los sistemas de triaje de urgencias en el siglo XXI: una visión internacional. *Revista Española de Salud Pública*, 95. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272021000100201
- Sánchez, K. y Santos, G. (2021). Significado del cuidado humanizado para la enfermera en un servicio de emergencia en tiempos de COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*. <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4368>
- Setia M. S. (2016). Metodología Serie Módulo 3: Estudios transversales. *Revista India de dermatología*, 61(3), 261–264. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.182410>

- Silva, J., Emi, A., Leão, E., López, T., Okuno, P. y Batista, A. (2017). Emergency Severity Index: accuracy in risk classification. *Einstein (São Paulo)*, 15(4), 421–427. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082017AO3964>
- Simbaña, K., Gómez, L., Guerrero, J., Simbaña, F., Fernández, R., López, A., Liste, A. y Ortiz, E. (2020). Interim Analysis of Pandemic Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and the SARS-CoV-2 virus in Latin America and the Caribbean: Morbidity, Mortality and Molecular Testing Trends in the Region. *MEDRXIV* <https://doi.org/10.1101/2020.04.25.20079863>
- Sprocke., J, Araque. E, Chaves. J, Cárdenas. H, Montoya. R, Angarita. E, Carrillo. M, Coral. V, Acuña. I y Tabares. S (2022). Puntuaciones de alerta temprana para la identificación del riesgo de empeoramiento clínico o muerte en pacientes hospitalizados por COVID-19. *Revista médica colombiana*, <https://doi.org/10.36104/amc.2022.2225>
- Tam, H., Chung, S. y Lou, C. (2018). A review of triage accuracy and future direction. *BMC Emergency Medicine*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0215-0>
- Tolchin, B., Hull, S y Kraschel, K. (2021). Triage and justice in an unjust pandemic: ethical allocation of scarce medical resources in the setting of racial and socioeconomic disparities. *Revista Journal of Medical Ethics*. <https://jme.bmj.com/content/47/3/200>
- Torán, F., Lacia, F., Castro, P., y Badia, J. (2021). Triage en UCI, equidad y otras cuestiones éticas en la pandemia de COVID-19: compartir decisiones difíciles. *Dialnet*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8898122>
- Vara, M., y Fabrellas, N. (2019). Análisis de concepto: Gestión enfermera de la demanda. *Atención Primaria*, 51(4), 230–235. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.10.011>
- Vagner, F., Thalise, Y., Cláudia, P., Vagner, F., Thalise, Y., y Cláudia, P. (2020). Dificultades y temores de las enfermeras que enfrentan la pandemia de COVID-19 en Brasil. *Revista Humanidades Médicas*, http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202020000200312&lng=es&tlng=es

- Vásquez, R., Luna, C., y Ramos, C. (2019). El triage hospitalario en los servicios de emergencia. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(1), 5. Retrieved from <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1797>
- Vera, O. (2022). La importancia y realidad actual de la unidad de cuidados intensivos en la pandemia del COVID-19. *Revista Médica La Paz*, 28(1), 64-74. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582022000100064&lng=es&tlng=es
- Vilpert, S., Monod, S., Jaccard, H., Maurer, J., Trueb, L., Yersin, B., y Büla, C. (2018). Differences in triage category, priority level and hospitalization rate between young-old and old-old patients visiting the emergency department. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3257-9>
- Vincent, J. y Creteur, J. (2020). Ethical aspects of the COVID-19 crisis: How to deal with an overwhelming shortage of acute beds. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 9(3), 248–252. <https://doi.org/10.1177/2048872620922788>
- Wallace, D., Burleson, S., Heimann, M., Crosby, J., Swanson, J. y Gibson C, (2020). An adapted emergency department triage algorithm for the COVID-19 pandemic. *Journal of the American College of Emergency Physicians Open*, 1(6), 1374–1379. <https://doi.org/10.1002/emp2.12210>
- Wolf, L., Delao, A., Perhats, C., Moon, M. y Zavotsky, K. (2018). Clasificación del departamento de urgencias, no del paciente: experiencia del proceso de clasificación de las enfermeras de urgencias de los Estados Unidos. *Revista de enfermería de emergencia*, 44 (3), 258–266. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.06.010>
- Yancey, C. y O'Rourke, M. (2022). Triage en urgencias. *NIH*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557583/>
- Zachariasse, J., Seiger, N., Rood, P., Alves, C., Freitas, P., Smit, F., Roukema, G. y Moll, H. (2017). Validez del sistema de triaje de Manchester en urgencias: Un estudio observacional prospectivo. *Revista Plos One*, 12(2), 1–14. doi 10.1136/bmjopen-2018-026471

Zagalioti, S., Fyntanidou, B., Exadaktylos A., Lallas, K. y Ziaka, M. (2023). La primera evidencia positiva de que la formación mejora las decisiones de triaje en Grecia: evidencia de enfermeras de urgencias en un Servicio de Urgencias Terciario Académico. *Revista BMC Emergency Medicine*, 23(1):60. <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00827-5>