

# ANÁLISIS DEL CONCEPTO DE TRIAJE PEDIÁTRICO SEGÚN EL MODELO DE WALKER Y AVANT

ANALYSIS OF THE CONCEPT OF PEDIATRIC TRIAGE ACCORDING TO THE WALKER AND AVANT MODEL

ANÁLISE DO CONCEITO DE TRIAGEM PEDIÁTRICA DE ACORDO COM O MODELO DE WALKER E AVANT

**Karen Johana Correa-Muriel**<sup>1</sup>  Email: Karen.correa@udea.edu.co  
**Alejandra María Alvarado-García**<sup>2</sup>  Email: alejandra.alvarado@udea.edu.co

ISSN 0717-9553  
CIENCIA Y ENFERMERIA (2025) 31:33

DOI  
<https://doi.org/10.29393/CE31-33ASKC20033>



**Autoras de correspondencia**  
Karen Johana Correa-Muriel  
Alejandra María Alvarado-García

**Palabras clave**  
Triage pediátrico, Modelo de Walker y Avant; Enfermería pediátrica; Práctica clínica; Seguridad del paciente.

**Key words**  
Pediatric triage, Walker and Avant model; Pediatric nursing; Clinical practice; Patient safety.

**Palavras-chave**  
Triagem pediátrica; Modelo de Walker e Avant; Enfermagem pediátrica, Prática clínica, Segurança do paciente.

Fecha de recepción  
09/07/2025  
Fecha de aceptación  
17/11/2025

**Editora**  
Dra. Sara Mendoza-Parra 

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar y definir el concepto de triaje pediátrico utilizando el modelo de Walker y Avant, identificando sus atributos esenciales, antecedentes, consecuencias y conceptos relacionados. **Material y Método:** A partir del modelo se desarrollaron los 8 pasos que contribuyen a llegar a plantear el concepto desde una mirada teórica. **Resultados:** El análisis permitió identificar como atributos esenciales del triaje pediátrico la priorización, la clasificación rápida y segura del riesgo pediátrico, la actualización y la formación continua del personal, la necesidad de educar a los padres y cuidadores, el uso de escalas adecuadas para la evaluación del riesgo y el uso de competencias como la empatía, la comunicación asertiva y la toma de decisiones. **Conclusión:** Se concluye que comprender a profundidad el concepto de triaje pediátrico permite mejorar su implementación en la práctica clínica, contribuyendo así a una atención más segura y eficiente para la población infantil.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze and define the concept of pediatric triage using the Walker and Avant model, identifying its essential attributes, background, consequences, and related concepts. **Materials and Methods:** Based on the model, eight steps were developed that contribute to approaching the concept from a theoretical perspective. **Results:** The analysis identified the

<sup>1</sup>Magíster en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

<sup>2</sup>Doctora en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

following as essential attributes of pediatric triage: prioritization, rapid and safe classification of pediatric risk, up-to-date and continuous training of staff, the need to educate parents and caregivers, the use of appropriate scales for risk assessment, and the use of skills such as empathy, assertive communication, and decision-making. Conclusions: A thorough understanding of the concept of pediatric triage allows for improved implementation in clinical practice, thus contributing to safer and more efficient care for children.

## RESUMO

Objetivo: Analisar e definir o conceito de triagem pediátrica utilizando o modelo de Walker e Avant, identificando seus atributos essenciais, antecedentes, consequências e conceitos relacionados. Material e Método: Com base no modelo, foram desenvolvidas 8 etapas para abordar o conceito de uma perspectiva teórica. Resultados: A análise permitiu identificar os seguintes atributos essenciais da triagem pediátrica: priorização; classificação rápida e segura do risco pediátrico; treinamento atualizado e contínuo da equipe; necessidade de educar pais e cuidadores; uso de escalas apropriadas para avaliação de risco; e uso de habilidades como empatia, comunicação assertiva e tomada de decisões. Conclusões: A melhor compreensão deste conceito permitirá avançar em uma melhor prática clínica, contribuindo para um atendimento mais seguro e eficiente às crianças.

## INTRODUCCIÓN

Las emergencias pediátricas representan un importante problema de salud pública a nivel mundial, con prevalencias que oscilan entre el 4,5 % y el 50 % de las consultas según la región y el nivel de atención<sup>(1)</sup>. La mayoría de las muertes infantiles hospitalarias ocurren dentro de las primeras 24 horas de ingreso, asociadas a demoras en la valoración inicial, limitaciones en los recursos y una gestión inadecuada de los servicios de urgencias<sup>(2)</sup>. Este escenario evidencia la necesidad de procesos de evaluación rápidos, precisos y estandarizados para garantizar intervenciones oportunas que reduzcan la morbilidad infantil.

En respuesta a esta problemática, la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales han elaborado directrices específicas para la evaluación y priorización de pacientes pediátricos en urgencias, reconociendo el triaje como una herramienta esencial para mejorar los resultados clínicos<sup>(3)</sup>. Su finalidad es clasificar a los niños según la gravedad de su condición, permitiendo priorizar la atención en función del riesgo vital y optimizar el uso de los recursos asistenciales.

El triaje pediátrico, sin embargo, implica particularidades que lo diferencian del triaje en la población adulta. Los niños pueden presentar un estado clínico aparentemente estable y deteriorarse de manera rápida y súbita, lo que exige una valoración altamente precisa y sensible

a las diferencias fisiológicas y anatómicas propias de la infancia<sup>(4)</sup>. Esta complejidad hace indispensable contar con profesionales capacitados para su ejecución.

En los últimos años, esta tarea ha sido liderada principalmente por profesionales de enfermería en diversos países de América Latina<sup>(5)</sup> y Europa<sup>(6)</sup>.

Su enfoque, distinto al del personal médico, se centra en realizar valoraciones rápidas para detectar riesgos que puedan comprometer la salud o la vida del paciente, sin que ello implique la formulación de diagnósticos. Esta labor conlleva importantes desafíos éticos y profesionales, posicionándose como una de las actividades más críticas y complejas que se desarrollan en la primera línea de atención de los servicios de urgencias<sup>(7)</sup>.

En virtud de lo anterior, para que un profesional de enfermería pueda desempeñarse de manera segura en el área de triaje, se requiere entrenamiento específico, formación clínica y experiencia suficiente para la toma de decisiones oportunas frente al riesgo del paciente. Ello demanda competencias como pensamiento crítico, autoconfianza, comunicación efectiva, empatía, liderazgo, trabajo en equipo y un conocimiento sólido de los motivos de consulta más frecuentes de la población atendida, así como del sistema o escala de clasificación del riesgo utilizada en la institución<sup>(8)</sup>.

A pesar de su relevancia, el concepto de triaje pediátrico se utiliza de manera diversa en

la literatura y en la práctica clínica, generando variabilidad en su comprensión y aplicación. Esta falta de claridad conceptual dificulta la estandarización del proceso, la formación profesional y la toma de decisiones en contextos críticos. Por ello, resulta necesario analizar y delimitar sus componentes esenciales.

Un método que permite desarrollar estos elementos es el propuesto por Walker y Avant<sup>(9)</sup>, quienes plantean que los fenómenos de interés en una disciplina pueden refinarse a través del análisis conceptual. Este proceso riguroso permite explorar conceptos abstractos, haciéndolos tangibles para explicar y describir otros conceptos relacionados que amplían el conocimiento teórico y fundamentan el desarrollo de teorías.

En este contexto, el objetivo del presente manuscrito fue analizar y definir el concepto de triaje pediátrico utilizando el modelo de Walker y Avant, identificando sus atributos esenciales, antecedentes, consecuencias y conceptos relacionados.

### **Desarrollo del concepto de triaje pediátrico según el método propuesto por Walker y Avant:**

El modelo de Walker y Avant consta de ocho etapas y cada una de ellas permite construir una comprensión lógica y estructurada del concepto, para lograr profundizarlo, tanto desde su dimensión teórica como operativa, así como para su aplicación en la práctica clínica:

**1. Selección del concepto:** Este análisis implicó una revisión rigurosa de la literatura y el estudio de datos, con el objetivo de clarificar problemas conceptuales que emergen alrededor del concepto y comprender a profundidad el fenómeno del triaje pediátrico.

La recolección de información se llevó a cabo a través de los siguientes recursos: 1) Diccionarios: se consultaron cinco diccionarios en español e inglés para definir los términos "triaje" y "pediatría"; 2) Revistas científicas: se revisaron bases de datos como SAGE, EBSCO, CINAHL, MEDLINE y LILACS, en los idiomas inglés, español y portugués, utilizando las palabras clave "triaje" y "pediatría"; 3) Libros: se consultaron diez textos académicos que incluyeran el concepto de interés.

Así, el término triaje es un neologismo que proviene del francés *trier*, que significa escoger, separar o clasificar. Su uso se originó en las guerras napoleónicas para priorizar la atención de soldados heridos<sup>(10)</sup>. En la década de 1970, el concepto se trasladó al ámbito civil, orientado a identificar rápidamente a pacientes con lesiones graves, garantizando su atención oportuna en centros especializados y evitando el traslado innecesario de casos leves o que pacientes con lesiones menores no fueran trasladados, para evitar el uso inadecuado del servicio de urgencias<sup>(11)</sup>.

Actualmente, los sistemas de triaje son esenciales para evitar la saturación de los servicios de urgencias, causada por factores como el fácil acceso, la percepción de los pacientes frente a resolución rápida de los problemas de salud, y la disponibilidad inmediata de pruebas diagnósticas, exámenes diagnósticos y algunos procedimientos terapéuticos<sup>(12)</sup>.

La realidad es que cada vez es más frecuente encontrar pacientes con urgencias que podrían ser clasificadas como menores en una sala de espera, generando colapso del servicio y una mayor movilización de recursos<sup>(13)</sup>.

Se estima que entre el 15 % y el 50 % de los pacientes que acuden a urgencias presentan condiciones menores, lo que subraya la importancia del triaje como herramienta de gestión del riesgo clínico, optimización de recursos y garantía de atención eficaz<sup>(14)</sup>. El triaje debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, y por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar porque además posee un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos<sup>(15)</sup>.

Cuando se habla de la población pediátrica, la herramienta del triaje toma especial relevancia, ya que los niños no solo pueden llegar a presentar afecciones graves e incluso potencialmente mortales, sino que además son considerados a nivel global como una población altamente vulnerable, haciendo que el triaje con esta población en particular se convierta en una tarea desafiante y compleja<sup>(16)</sup>.

Dependiendo del grupo etario en el que se encuentre el niño, puede presentar variaciones significativas en sus signos vitales así como signos

y síntomas muy inespecíficos que muchas veces no pueden ser verbalizados; además al tratarse de un menor de edad va a requerir la asistencia de un interlocutor durante la atención<sup>(17)</sup>. En este sentido, el triaje pediátrico es un proceso con un grado importante de criticidad, debido a que un ingreso no necesario a una cama o uno erróneamente diferido, así como el egreso inapropiado de un niño de Urgencias Pediátricas puede resultar en graves complicaciones, aumentar la utilización de valiosos recursos médicos e incrementar el riesgo de iatrogenia<sup>(4)</sup>.

El triaje tiene unos objetivos claros, independientemente de la población en la que se aplique, a saber: a) Atender primero a los pacientes con mayor gravedad o urgencia; b) Priorizar según el nivel de clasificación clínica; c) Reevaluar periódicamente a los pacientes en espera; d) Determinar el área más apropiada para cada atención; e) Informar a pacientes y familiares sobre el proceso y tiempos estimados;

f) Facilitar el flujo asistencial y evitar la congestión del servicio y g) Apoyar la gestión eficiente de los recursos y mejorar los estándares de calidad<sup>(18)</sup>.

**2. Determinar el propósito del análisis:** El propósito de este análisis es clarificar el concepto de triaje pediátrico para establecer una comprensión precisa, coherente y útil para la disciplina de enfermería. Con el modelo de Walker y Avant, se busca identificar sus atributos esenciales, antecedentes, consecuencias y conceptos relacionados, con el fin de contribuir a la estandarización conceptual y fortalecer la toma de decisiones clínicas en los servicios de urgencias pediátricas. Este análisis permitirá disponer de una definición operativa que oriente la práctica profesional, la formación de enfermería y futuras investigaciones en el área.

**3. Identificación de los usos del concepto:** Se inició a partir de las definiciones contenidas en diccionarios:

Diccionario	Definición de triaje
Real Academia Española	"Clasificación de los pacientes según el tipo y gravedad de su dolencia o lesión, para establecer el orden y el lugar en que deben ser atendidos" <sup>(19)</sup> .
Webster's New Universal Unabridged Dictionary	"La clasificación de los pacientes, en una sala de emergencias, según la urgencia de su necesidad de atención" <sup>(20)</sup> .
Enciclopedia Británica	"División de los pacientes según la prioridad de atención, generalmente en tres categorías: aquellos que no sobrevivirán ni siquiera con tratamiento; aquellos que sobrevivirán sin tratamiento; y aquellos cuya supervivencia depende del tratamiento" <sup>(21)</sup> .

**4. Determinación de los conceptos relacionados, los atributos esenciales:** Existen algunos conceptos que se encuentran inmersos dentro del proceso de triaje pediátrico y que de alguna manera permiten describir mejor el desarrollo y la adaptación de la herramienta a la población pediátrica.

Clasificación del riesgo clínico en pediatría: Clasificar un riesgo clínico consiste en realizar una valoración de signos y síntomas previa a la que realizará un médico en el servicio de urgencias, lo que conlleva a que la atención del paciente

sea rápida, oportuna y adecuada, conforme al riesgo detectado. En el paciente pediátrico se deben tener en consideración algunos factores que dificultan este proceso, a diferencia del paciente adulto, a saber: las particularidades anatómicas y fisiológicas según la edad del paciente, epidemiología y enfermedades propias de la edad pediátrica, problemas en la comunicación, ansiedad y preocupación de los padres o acompañantes. De allí la importancia de que la clasificación del riesgo en los niños se lleve a cabo mediante una herramienta que

tenga en consideración todas estas variables, con el fin de realizar un triaje objetivo, seguro y de acuerdo a unos lineamientos de calidad<sup>(7)</sup>.

**Sistemas de clasificación:** Se refiere a las escalas utilizadas para categorizar la gravedad de los pacientes pediátricos. Es fundamental que la escala tenga 5 niveles, de acuerdo con lo recomendado en la actualidad por sociedades como el *Australasian College for Emergency Medicine*, la *Canadian Association of Emergency Physicians*, el *American College of Emergency Physicians* o la *Emergency Nurses Association*. Además se recomienda objetivar la identificación del grado de urgencia, mediante la utilización del triángulo de evaluación pediátrica<sup>(22)</sup>.

**Urgencia y emergencia pediátrica:** Según la Organización Mundial de la salud (OMS), una urgencia es una situación donde se requiere

asistencia médica en un corto tiempo, pero esta no implica ningún tipo de riesgo para el paciente<sup>(2)</sup>. Por el contrario, una emergencia es cualquier situación clínica que pueda deteriorar o poner en riesgo la salud o la vida del paciente, o incluso dejar secuelas permanentes<sup>(1)</sup>. En el caso de los niños, es fundamental una atención inmediata y adecuada debido al rápido deterioro clínico que pueden presentar si no se establece un diagnóstico y tratamiento oportunos, agravado por el hecho de que la mayoría de los dispositivos médicos y medicamentos disponibles para tratarlos no han sido evaluados para esta población. Las urgencias pediátricas se pueden presentar debido a la ocurrencia de accidentes, exacerbación de enfermedades crónicas o enfermedades inesperadas<sup>(23)</sup>.

#### A partir del análisis se logró identificar 6 atributos esenciales del concepto:

- Clasificación rápida y segura del riesgo pediátrico.
- Requiere formación específica y actualización continua.
- Demanda competencias como empatía, paciencia y comunicación asertiva.
- Implica un proceso educativo hacia padres o cuidadores.
- Necesita herramientas y escalas adaptadas a la población pediátrica.
- Para las familias, puede ser percibido como un espacio de consulta, no de clasificación clínica.

**5. Identificación de casos:** Se trata de una serie de casos que ilustran el concepto: modelo, límite y contrario:

**Caso modelo:** Lucía es una niña de 2 años, quien es llevada al servicio de urgencias pediátricas por su madre. Presenta un cuadro de 5 días con fiebre, malestar general e inapetencia y presenta dificultad para respirar. Es evaluada por una enfermera con amplia experiencia y formación reciente en triaje pediátrico. La enfermera aplica la escala de clasificación usada en la institución apoyada del triángulo de aproximación pediátrica para objetivar la clasificación. El resultado es triaje I, por lo tanto, es ingresada de manera inmediata al servicio de reanimación en

compañía de su madre.

**Caso límite:** Sofía es llevada al servicio de urgencias por su abuela por un cuadro de dolor abdominal de 12 horas de evolución, acompañado de náuseas, vómito y fiebre. La enfermera evalúa a la paciente y de acuerdo con su juicio clínico sospecha que tiene signos de irritación peritoneal, aplica adecuadamente la escala de clasificación y asigna un triaje II. Aunque hay espacio disponible en el área de pacientes emergentes, permanece en sala de espera, lo que refleja una situación que podría derivar en riesgo a la seguridad del paciente.

**Caso contrario:** Emanuel es un niño de 7 años, es llevado al servicio de urgencias por presentar

un trauma en miembro superior derecho al caer desde una bicicleta. Es evaluado por un enfermero con experiencia en triaje general, pero con poca formación específica en población pediátrica. Aplica la escala de clasificación y le asigna al paciente un triaje IV (aplicando de forma inadecuada la escala de clasificación) pese a que el niño tiene mucho dolor. El paciente es enviado a sala de espera en un servicio saturado, lo que genera un riesgo de retraso en la atención y una posible subvaloración de la gravedad del cuadro clínico.

**6. Identificación de antecedentes y consecuencias del concepto:** El término *triaje* fue usado originalmente en el ámbito militar, para priorizar la atención médica de los soldados heridos en función de sus posibilidades de supervivencia. Con el paso del tiempo, especialmente a partir de la segunda mitad del siglo XX, el triaje se incorporó al contexto civil hospitalario como una herramienta sistemática para ordenar la atención de los pacientes según el nivel de urgencia clínica, asegurando la eficacia y equidad en el uso de los recursos sanitarios<sup>(10)</sup>.

En el ámbito pediátrico, el triaje cobra una relevancia particular, dado que los signos y síntomas de gravedad en los niños pueden ser sutiles, evolucionar rápidamente y presentarse de forma distinta a los adultos. Esta especificidad ha impulsado el desarrollo de escalas adaptadas a la población infantil desde finales de los años 90. Entre los sistemas más relevantes se encuentran: *PaedCTAS (Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale, 2001)*<sup>(24)</sup>, *Manchester Triage System – Pediatric*<sup>(25)</sup>, *Emergency Severity Index v4 – Pediatric*<sup>(26)</sup> y el Sistema Español de Triage (SET pediátrico)<sup>(27)</sup>, adoptado en 2005.

Estos sistemas incorporan criterios ajustados por edad, signos vitales pediátricos, síntomas guía y factores modificadores como dolor, estado de conciencia o enfermedades de base<sup>(14)</sup>.

El refinamiento en los sistemas de triaje pediátrico responde también al crecimiento en la demanda de atención por causas que no representan una verdadera urgencia<sup>(28)</sup>, lo que transversalmente, a diferentes países del mundo, genera servicios de urgencias colapsados, en gran medida, por las expectativas de los padres o cuidadores principales de una atención

inmediata o por las limitaciones del sistema de salud de recursos humanos y físicos<sup>(29)</sup>. Así mismo, la evolución del proceso de triaje pediátrico se explica por la necesidad de evitar errores de subtriaje (niños graves catalogados como leves), que puede comprometer seriamente la seguridad del paciente<sup>(30)</sup>. En consecuencia, se recomienda implementar programas de formación continua para personal de enfermería que se desempeñe en triaje, enfocados en la atención pediátrica<sup>(22)</sup>.

Según la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), el triaje pediátrico no debe ser visto solo como una herramienta de clasificación, sino como una parte esencial de la atención sanitaria infantil urgente. Su correcta aplicación impacta directamente en la seguridad del paciente, en la reducción de eventos adversos y en la eficiencia del sistema sanitario. La SEUP insiste en que debe realizarse por personal formado específicamente, idealmente especialistas en pediatría, y utilizando herramientas como el Triángulo de Evaluación Pediátrica, que permite una rápida valoración fisiopatológica y hemodinámica del niño al ingreso<sup>(31)</sup>.

La revisión de la literatura muestra que el triaje pediátrico se asocia a diferentes desenlaces que están enmarcados dentro del grado de severidad de la urgencia. Estos aspectos, se pueden entender a partir de la decisión tomada por el profesional con relación a la clasificación de triaje asignada:

**Triaje I y II:** El paciente es considerado urgente y emergente respectivamente, con riesgo vital o riesgo de presentar un rápido deterioro de su estado clínico, por lo que su atención debe ser inmediata para el caso del triaje I, y para el triaje II no superar los 30 minutos. Así las cosas, estas condiciones demandan acciones rápidas, concretas y oportunas, además de la participación de un equipo interdisciplinario para lograr estabilizar al paciente y evitar consecuencias negativas en su evolución clínica<sup>(32)</sup>.

**Triaje III:** Es un paciente que, si bien requiere el ingreso al servicio de urgencias, no necesita de acciones inmediatas para salvar su vida. Su condición clínica es estable en cuanto al aspecto fisiológico, pero puede llegar a presentar deterioro si no se realizan exámenes



complementarios y un tratamiento oportuno.

**Triaje IV y V:** Sin riesgo vital evidente. El paciente clasificado como triaje IV puede llegar a necesitar algún tipo de recurso, mientras que el V, generalmente no requiere el ingreso a urgencias.

**7. Definición del Concepto:** El concepto de triaje pediátrico fue definido como un proceso de evaluación clínica y priorización del riesgo del paciente pediátrico donde se requiere unas competencias profesionales que están directamente relacionadas con el conocimiento específico del área, la experiencia con pacientes pediátricos, habilidad para la toma de decisiones mediada por herramientas validadas, que permiten objetivar la clasificación de la urgencia, así como procesos de comunicación asertiva que favorezcan la interacción empática con los padres o cuidadores y con el equipo de trabajo. Otro aspecto a considerar es la necesidad de una actualización específica en el área que le permita al profesional tener autonomía, liderazgo, seguridad en las decisiones y brindar educación en el momento en que así se requiera. Desde la perspectiva de los padres, es un espacio de consulta más que una clasificación<sup>(33)</sup>.

**8. Definición de los indicadores empíricos:** Entre los sistemas más comunes y reconocidos<sup>(15, 29)</sup> en la población pediátrica se incluyen (Tabla 1):

## CONCLUSIONES

El análisis del concepto permitió delimitar los atributos, antecedentes, consecuencias y referentes empíricos del triaje pediátrico, logrando facilitar la comprensión teórica y práctica dentro de la disciplina de enfermería. La integración de estos elementos refuerza la necesidad de reconocerlo como una competencia avanzada en el ejercicio de los profesionales de enfermería, donde se demuestre el impacto en la calidad y la seguridad en el cuidado de los niños en los servicios de urgencias.

El triaje pediátrico se reconoce como un

concepto complejo que exige una valoración rápida y precisa, orientada a responder a las necesidades clínicas de cada niño para garantizar una atención oportuna, segura y eficaz.

Se hace pertinente la actualización constante de los profesionales que realizan esta labor, la implementación adecuada de los instrumentos, así como la sensibilidad frente a las particularidades del paciente pediátrico, con el fin de minimizar los errores en la clasificación.

Se identificó que el triaje pediátrico es un espacio de educación para padres y familiares, quienes, desde su interpretación, éste es una consulta y no una clasificación. Por tanto, es necesario reforzar estrategias comunicativas para informar adecuadamente sobre sus objetivos y alcance.

Finalmente, se reafirma la importancia de continuar investigando y perfeccionando los sistemas de triaje pediátrico, así como de promover su enseñanza desde los programas de formación en enfermería, como parte fundamental del cuidado en situaciones críticas.

**Financiamiento:** Ninguno.

**Conflictos de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

**Participación de los autores:**

**Karen Johana Correa-Muriel:** Concepción y diseño del trabajo, análisis de datos e interpretación de los resultados, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final.

**Alejandra María Alvarado-García:** Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de datos, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final.

**Declaración sobre uso de inteligencia artificial (IA):** En el desarrollo de este manuscrito, las autoras utilizaron herramientas de la IA, específicamente ChatGPT para organización y resumen de tablas. El resultado generado por estas herramientas fue revisado, validado y editado por los autores, quienes asumen la responsabilidad de sus contenidos.

Tabla 1. Indicadores Empíricos de triaje Pediátrico.

Sistema de Triage	Origen / Región	Niveles de Urgencia	Características Clave en Pediatría	Ventajas	Limitaciones
Australasian Triage Scale (ATS) <sup>(3,4)</sup>	Australia y Nueva Zelanda	5 niveles (1: inmediato – 5: no urgente)	Incluye tiempos máximos de espera. No tiene un módulo pediátrico independiente, pero considera criterios pediátricos.	Estandarización nacional. Fácil de aplicar.	Menor especificidad pediátrica. No validado exclusivamente para niños.
Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) <sup>(24)</sup>	Canadá	5 niveles (I a V)	Tiene una versión pediátrica (PaedCTAS) con guías específicas por edades, signos vitales pediátricos y síntomas comunes.	Altamente validado en pediatría. Buen desempeño en discriminación clínica.	Requiere capacitación formal. Complejidad intermedia.
Manchester Triage System (MTS) <sup>(25)</sup>	Reino Unido / Europa	5 niveles (Immediate – Non-urgent)	Utiliza "flowcharts" sintomáticos, con una sección específica para pediatría que guía el juicio clínico según edad y síntomas.	Muy estructurado y reproducible. Adaptado a diferentes edades.	Falta de sensibilidad en lactantes según algunos estudios. Complejo de aplicar sin software.
Emergency Severity Index (ESI) <sup>(26)</sup>	Estados Unidos	5 niveles (1: resucitación – 5: menor complejidad)	Versión adaptada para pediatría, incluye estimación de recursos y signos vitales pediátricos (triage fisiológico).	Útil para predicción de uso de recursos. Fácil implementación en ED grandes.	Menos efectivo en menores de 1 año. No basado en protocolos de síntomas.
Sistema Estructurado de Triage (SET) <sup>(27)</sup>	España, Andorra y países de habla hispana	5 niveles (I a V)	Específicamente adaptado a población pediátrica. Incluye sintomatología guía, signos vitales, edad, nivel de conciencia y tiempo de evolución.	Intuitivo y validado en español. Buen balance entre sensibilidad y especificidad. Fácil formación.	Menor difusión internacional. Requiere ajustes locales.



## REFERENCIAS

1. Pan American Health Organization. Emergency care for children in the Americas [Internet]. 2021 [citado 1 oct 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/en>
2. World Health Organization. Updated guideline: pediatric emergency triage, assessment and treatment: care of critically-ill children [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [citado 25 oct 2025]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204463>
3. Pediatric emergency triage, assessment and treatment: care of critically-ill children [Internet]. Who.int. World Health Organization; 2016 [citado 15 nov 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241510219>
4. Avilés-Martínez KI, López-Enríquez A, Lluévanos-Velázquez A, Jiménez-Pérez BA, García-Armenta MB, Ceja-Moreno H, et al. Triage: instrumentos de priorización de las urgencias pediátricas. *Acta Pediatr Méx* [Internet]. 2016 [citado 15 de Ago 2025]; 37(1):4. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018623912016000100004&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018623912016000100004&script=sci_arttext)
5. Mateos TA. El triage enfermero como herramienta clave en la atención de urgencias. *Rev Electr* [Internet]. 2025 [citado 2 nov 2025]; 20(16): 898-898. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/el-triage-enfermero-como-herramienta-clave-en-la-atencion-de-urgencias/>
6. Peta D, Day A, Lugari WS, Gorman V, Ahayalimudin N, Pajo VMT. Triage: A global perspective. *J Emerg Nurs* [Internet]. 2023 [citado 11 nov 2025]; 49(6): 814-25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2023.08.004>
7. Landaluce AF. Triage de urgencias de pediatría. En: *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría* [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2024 [citado 23 nov 2025]. Disponible en: [https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/1\\_Triage\\_4ed.pdf](https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/1_Triage_4ed.pdf)
8. López HM. Triage en los servicios de urgencias hospitalarios: nivel competencial de la enfermera y satisfacción de los pacientes [Internet] [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2024 [citado 20 nov 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/2445/215174>
9. Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing*. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall; 2011.
10. Nakao H, Ukai I, Kotani J. A review of the history of the origin of triage from a disaster medicine perspective. *Acute Med Surg* [Internet]. 2017 [citado 14 oct 2025]; 4(4): 379-84. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ams2.293>
11. Dippenaar E. Triage systems around the world: a historical evolution. *International Paramedic Practice* [Internet]. 2019 [citado 24 nov 2025]; 9(3): 61-66. Disponible en: <https://www.internationaljpp.com/content/features/triage-systems-around-the-world-a-historical-evolution>
12. Ghazali SA, Abdullah KL, Moy FM, Ahmad R, Hussin EOD. The impact of adult trauma triage training on decision-making skills and accuracy of triage decision at emergency departments in Malaysia: A randomized control trial. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2020 [citado 13 sep 2025]; 51: 100889. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100889>
13. Stone EL. Clinical decision support systems in the emergency department: Opportunities to improve triage accuracy. *J Emerg Nurs* [Internet]. 2019 [citado 20 sep 2025]; 45(2): 220-2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2018.12.016>
14. Herrera-Almanza L, Hernández-Martínez A, Roldan-Tabares MD, Hernández-Restrepo F, Thowinson-Hernández MC, Coronado-Magalhães G, et al. El triage como herramienta de priorización en los servicios de urgencias. *Med Int Méx* [Internet]. 2022 [citado 15 sep 2025]; 38(2): 322. Disponible en: <https://medicinainterna.org.mx/article/el-triage-como-herramienta-de-priorizacion-en-los-servicios-de-urgencias/>
15. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2010 [citado 18 ago 2025]; 33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s1137-66272010000200008>
16. Quiñones A, Contreras C, Corona L, Terrero C. Triage como herramienta en emergencias pediátricas del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral septiembre 2018-noviembre 2018. *Ciencia Salud* [Internet]. 2020 [citado 25 oct 2025]; 4(2): 5-11. Disponible en: <https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/1768>
17. Míguez NMC, Guerrero MG, Fernández LA, en representación del Grupo de Triage-SEUP. Requisitos imprescindibles de un triaje pediátrico [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría; 2023 [citado 23 nov 2025]. Disponible en: <https://seup.org/wp-content/uploads/2023/08/REQUISITOS-MINIMO-TRIAGE-FINAL-jul-23.pdf>
18. Olaya EA, Lima GJS. Triage: puerta de entrada al nivel hospitalario. *Más Vita* [Internet]. 2021 [citado 5 oct 2025]; 3(3): 53-60. Disponible en: <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0074>
19. ASALE Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*, edición del Tricentenario [Internet]. Triage. 2024 [citado 17 jul 2025]. Disponible en: <https://dle.rae.es/triage>

20. Merriam-Webster. TRIAGE: Definition & Meaning [Internet]. [citado 17 jul 2025]. Disponible en: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/triage>
21. Britannica editors. Encyclopedia Britannica [Internet] 2025 [citado 17 jul 2025]. Disponible en: <https://www.britannica.com/science/triage>
22. Junior S, Schvartsman H, Sukys C, Farhat GDA. Pediatric emergency triage systems. Rev paul pediatri [Internet]. 2022 [citado 25 oct 2025]; 4(2): 5-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2023/41/2021038>
23. Khalili A, Danyal S, Narges K, Mahshid N, Robab S. Triage methods in children, a systematic review. Electron J Gen Med [Internet]. 2018 [citado 17 jun 2025]; 15(3). Disponible en: <https://doi.org/10.29333/ejgm/86138>
24. Viana J, Bragança R, Santos JV, Alves A, Santos A, Freitas A. Validity of the Paediatric Canadian Triage Acuity Scale in a tertiary hospital: An analysis of severity markers' variability. J Med Syst [Internet]. 2023 [citado 24 nov 2025]; 47(1): 16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10916-023-01913-8>
25. Amthauer C, daCunha MLC. Manchester Triage System: main flowcharts, discriminators and outcomes of pediatric emergency care. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2016 [citado 24 nov 2025]; 24(0). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1078.2779>
26. Green NA, Durani Y, Brecher D, DePiero A, Loiselle J, Attia M. Emergency severity index version 4: A valid and reliable tool in pediatric emergency department triage. Pediatr Emerg Care [Internet]. 2012 [citado 24 nov 2025]; 28(8): 753-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/pec.0b013e3182621813>
27. Mesquita M, Pavlicich V, Luaces C. El sistema español de triaje en la evaluación de los neonatos en las urgencias pediátricas Rev Chil Pediatr [Internet]. 2017 [citado 24 nov 2025]; 88(1): 107-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.07.001>. PMID: 28288229.
28. Piñeiro R, Muñoz C, de la Parte CM, Mora M, Hernández D, Casado E, et al. Hiperfrecuentadores en Urgencias Pediátricas: ¿es toda la culpa de los padres? Rev Pediatr Aten Primaria. [Internet]. 2017 [citado 20 oct 2025]; 19(74): 137-145. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322017000200006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000200006&lng=es)
29. Taype W, Castro L, Miranda D, Amado J. Saturación y hacinamiento del servicio de emergencia de un hospital urbano. Rev Fac Med Humana [Internet]. 2020 [citado 20 oct 2025]; 20(2): 44-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i2.2709>
30. Gorski J, Goldstein S, Zeineddin S, Ramgopal S. An activation failure: Factors associated with undertriage of pediatric major trauma victims. J Surg Res [Internet]. 2025 [citado 13 sep 2025]; 306: 68-76. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2024.12.008>
31. Fernandez A, Mintegi S. Si el triaje carbura, la urgencia funciona. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2024 [citado 20 oct 2025]; 101(6): 367-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.10.002>
32. Sas C. Criterios de Triage Resolución 5596 de 2015 [Internet]. CONSULTORSALUD. 2016 [citado 17 jul 2025]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/criterios-de-triage-resolucion-5596-de-2015/>
33. Correa MKJ. Significado que le da la enfermera a la realización del triaje al paciente pediátrico [Internet] [Tesis de maestría]. Medellín (Colombia): Universidad de Antioquia; 2025 2024 [citado 17 jul 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10495/46356>
34. Mirhaghi A, Ebrahimi M. The Australasian Triage Scale Level 5 Criteria may need to be revised. Emerg (Tehran) [Internet]. 2017 [citado 23 nov 2025]; 5(1): e50. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5325922/>

