



CÓMO CITAR

Knight-Romero O, Mulens-Ramos I, Roque-Romillo M. Triage, una necesidad en la organización de los servicios de riesgo obstétrico. Rev Méd Electrón [Internet]. 2026 [citado: fecha de acceso];48:e6672. Disponible en:
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/6672/6474>

***Autor para correspondencia:**

odet.mtz@infomed.sld.cu

Revisores:

Silvio Faustino Soler-Cárdenas y Sandra García-González.

Palabras clave:

mortalidad materna, riesgo obstétrico, servicios de riesgo, triage obstétrico.

Key words:

maternal mortality, obstetric risk, risk services, obstetric triage.

Recibido: 08/06/2025.

Aceptado: 16/01/2026.

Publicado: 28/01/2026.

Artículo de Revisión

Triage, una necesidad en la organización de los servicios de riesgo obstétrico

Triage, a necessity in the organization of obstetric risk services

Odet Knight-Romero^{1*}  <https://orcid.org/0000-0002-1240-338X>

Ivette Mulens-Ramos²  <https://orcid.org/0000-0001-7335-086X>

Madelin Roque-Romillo³  <https://orcid.org/0009-0009-7256-9224>

Afiliación:

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

³ Dirección Municipal de Salud. Pedro Betancourt, Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Introducción: La muerte de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio se considera un problema no resuelto, a pesar de los avances y metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En tal sentido, el análisis de las muertes maternas revela que los retrasos en la identificación de las complicaciones del embarazo se relacionan con una mayor mortalidad.

Objetivo: Demostrar la necesidad de implementación del triage en la organización de los servicios de riesgo obstétrico.



Métodos: Se realizó una investigación de tipología descriptiva, con enfoque cualitativo, donde la sistematización teórica se desarrolló con la aplicación de la metodología PRISMA. El análisis incluyó artículos científicos, libros, tesis y documentos normativos relacionados con el triage obstétrico, publicados entre 2020 y 2025.

Resultados: Durante el proceso investigativo se obtuvieron 22 referencias, que aportaron evidencias sobre la utilidad del triage en la adecuada clasificación de las pacientes, según la gravedad de su condición en los servicios de riesgo obstétrico.

Conclusiones: El triage obstétrico es esencial para mejorar la calidad de la atención materna, al permitir una clasificación adecuada de las pacientes según la gravedad de su condición, lo que contribuye a la reducción del riesgo obstétrico y la muerte materna.

ABSTRACT

Introduction: The death of women during pregnancy, childbirth, and the postpartum period is considered an unsolved problem, despite the progress and objectives established through the Millennium Development Goals. In this sense, the analysis of maternal deaths reveals that delays in identifying pregnancy complications are associated with higher mortality.

Objective: To demonstrate the need to implement obstetric triage in the organization of obstetric risk services.

Methods: A descriptive, qualitative research was conducted, with a theoretical systematization developed using the PRISMA methodology. The analysis included scientific articles, books, theses, and regulatory documents related to obstetric triage published between 2020 and 2025.

Results: During the research process, 22 references were obtained, which provided evidence on the usefulness of triage in the adequate classification of patients according to the severity of their condition in obstetric risk services.

Conclusions: Obstetric triage is essential to improve the quality of maternal care by allowing the adequate classification of patients according to the severity of their condition, which contributes to the reduction of obstetric risk and maternal death.



INTRODUCCIÓN

Actualmente, la mortalidad materna representa un problema de salud a nivel mundial. La muerte de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio se considera un problema no resuelto a pesar de los avances y metas que se plantearon a partir de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.⁽¹⁾

Se estima que en un año al menos 303 000 mujeres mueren por complicaciones asociadas al desarrollo del embarazo. Asimismo, se considera que fallecen 3 millones de neonatos al año por trastornos patológicos asociados a los embarazos.⁽²⁾

Al cierre de 2020, África subsahariana y Asia meridional representaron alrededor del 87 % (253 000) de las muertes maternas mundiales estimadas. Solo en África subsahariana se concentraron aproximadamente el 70 % de estas (202 000), mientras que Asia meridional representó cerca del 16 % (47 000).⁽³⁾

En la región de América Latina y el Caribe, 11 de 23 países reportan cifras de decesos por muerte materna calculada por tasa estandarizada de mortalidad materna de 125 por 100 000 nacidos vivos.⁽⁴⁾ En Cuba, la tasa de mortalidad materna al cierre del 2022 fue de 40,9 defunciones por 100 000 nacidos vivos.⁽⁵⁾ Entre las principales causas de muerte materna, resaltan la embolia obstétrica, infecciones puerperales y las enfermedades del sistema circulatorio.⁽⁶⁾

Durante el período 2021-2023, en la provincia de Matanzas se reflejó un incremento de la tasa de mortalidad materna de 17,8 a 38,3 por cada 100 000 nacidos vivos, según datos del anuario estadístico de salud.^(5,7) En ese mismo contexto, de enero a junio de 2024 se sucedieron un total de 76 casos asociados a complicaciones obstétricas, en las que resaltan: hemorragia posparto, trastornos hipertensivos, infecciones puerperales, embarazo ectópico y sepsis ovular.

En tal sentido, el análisis de las muertes maternas revela que los retrasos en la identificación de las complicaciones del embarazo se relacionan con una mayor mortalidad, por lo cual resulta necesario el uso de herramientas que favorezcan el reconocimiento temprano de las pacientes con riesgo obstétrico.⁽¹⁾

Es así que se visualiza la necesidad de implementar acciones para reducir el riesgo obstétrico, como mencionan los denominados objetivos del milenio.⁽⁸⁾ De esta manera, se desarrollaron múltiples estrategias, una de las más efectivas constituyó la implementación del triage obstétrico.^(9,10)

La palabra 'triage' proviene del verbo francés *trier*. Su práctica se formalizó en la década de 1960 en los Estados Unidos, donde se desarrolló inicialmente con tres niveles de categorización, posteriormente con cuatro y, a partir de los años noventa, se generalizaron nuevas escalas de triage, estructuradas en cinco niveles.⁽¹¹⁻¹⁴⁾



Su implementación permite llevar a cabo una mejor planificación, ejecución y control de los procesos. La adecuación a los servicios de riesgo obstétrico suscita un análisis que contribuye a la mejora continua de estos, ya que garantiza la clasificación de las pacientes según el grado y nivel de riesgo, de manera que las de mayor riesgo sean atendidas con mayor urgencia.

Por tanto, derivado de este análisis, el presente trabajo tiene como objetivo demostrar la necesidad del triage en la organización de los servicios de riesgo obstétrico.

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva con enfoque cualitativo, donde se combinaron la sistematización y triangulación de diferentes fuentes de información relacionadas con el triage. La sistematización teórica se desarrolló con la aplicación de la metodología PRISMA, donde la búsqueda de información se realizó en las bases de datos Scopus, SciELO, Redalyc y Google Scholar.

Los criterios de inclusión fueron: artículos científicos, libros, tesis de doctorado, maestría y culminación de grado y documentos normativos publicados entre 2020 y 2025 en idiomas inglés, portugués y español. Los temas de interés que se trataron tuvieron en cuenta los aportes del título, el resumen, la metodología, los resultados y conclusiones relacionados con "triage", "triage obstétrico", "riesgo obstétrico".

Como criterio de exclusión se tuvo en consideración las variables antes mencionadas, cuyas investigaciones no se desarrollaron en servicios de riesgo obstétrico, así como las producciones científicas anteriores al 2020.

RESULTADOS

A partir del análisis y depuración de las investigaciones se obtuvo un total de 22 referencias desde los enfoques cuantitativo, cualitativo y mixto, que aportan evidencias sobre la utilidad del triage en la organización de los servicios de riesgo obstétrico. (Tabla)



Tabla. Depuración según el modelo PRISMA

Identificación	Bases de datos			
	Scopus	Google Scholar	SciELO	Redalyc
Se identificaron	5	20	12	7
	Variables en estudio: triage, triage obstétrico, riesgo obstétrico			11 excluidos por no contener la temática relacionada con triage obstétrico.
	Período: 2020-2025			
	Contexto: Cuba, España, México, Venezuela, Brasil, Ecuador, Perú, Chile			
Elegibilidad		6 artículos excluidos al leer resumen y metodología; 5 artículos por ser de antes de 2020.		
Incluidos		22 estudios, de los cuales 13 son artículos, 6 tesis (maestría y especialidad), 1 reglamento y 2 informes.		

DISCUSIÓN

Según el análisis de la literatura consultada, el triage representa una herramienta imprescindible para la gestión asistencial, el uso eficiente de los recursos humanos, materiales y estructurales. Por otra parte, facilita al profesional de enfermería comprender, organizar y analizar los datos del paciente, así como predecir y evaluar los resultados.^(13,15)

Actualmente, el triage se implementa en numerosos centros hospitalarios a nivel mundial, adecuándose a cada servicio. Cada institución lo adapta de acuerdo a su normativa, infraestructura y recursos humanos, de tal forma que garantice la funcionalidad del triage, entre los cuales se encuentran:^(12,13,16)

Escala aguda de triage obstétrico (OTAS). Diseñada originalmente por Smith et al. y desarrollada por Gratton, está basada en la Escala Aguda de Triage canadiense (TAS, por sus siglas en inglés), y facilita la evaluación y la atención basada en la agudeza de los síntomas.

Escala suiza de triage de emergencia (SETS, por sus siglas en inglés). Fue diseñada en 1997 y está basada en la TAS. Clasifica la prioridad de atención en cuatro niveles: situación que amenaza la vida inmediata (inmediato), potencialmente mortal (dentro de los próximos 20 min), situación estable

(dentro de las 2 horas siguientes) y situación no urgente enviada a clínica de referencia.

Sistema de triage obstétrico específico de síntomas de Birmingham (BSOTS, por sus siglas en inglés). Este sistema evalúa historia clínica materna, signos vitales, frecuencia cardíaca fetal, dolor abdominal, sangrado transvaginal, hipertensión, sospecha de parto, ruptura de la membrana, disminución del movimiento fetal y problemas posparto. La atención a la paciente se clasifica en cuatro colores, de acuerdo a su prioridad: rojo (inmediatamente), naranja (15 min), amarillo (1 hora) y verde (hasta 4 horas).

Índice de triage fetal materno (MFTI, por sus siglas en inglés). Diseñado por la Asociación de Enfermeras de Salud Obstétrica y Neonatal de Mujeres para estandarizar el triage de mujeres embarazadas, clasificándolas en cinco niveles de atención: 1) inmediatamente, 2) urgente, 3) pronto, 4) no urgente y 5) programado.

El triage obstétrico fue utilizado en 1999 en Canadá, inicialmente por el personal de enfermería; posteriormente fue implementado por otros países como El Salvador, Inglaterra, Chile, España y México, en respuesta a la alta demanda de atención que se observa en los servicios de urgencias obstétricos.⁽¹²⁾

En Ecuador se elaboró un sistema (Score Mamá) de puntuación para la valoración del riesgo obstétrico y la categorización de la paciente en estado de gestación con patologías que se incluyen en las claves obstétricas. Este sistema tiene como objetivo prevenir la muerte materna a través de la implementación de recursos que tienen bajo su disponibilidad.^(8,17,18)

Por su parte, Chile implementó un sistema triage de priorización de las urgencias llamado "Selector de demanda basado en el sistema Manchester", con un sistema de cinco categorías o niveles. Este proceso identifica y mejora la calidad en la atención de las pacientes que requieren que sea de forma inmediata, y disminuye el riesgo obstétrico. Además, permite optimizar la gestión asistencial.⁽¹⁹⁾

En México se adaptó para emplearse en el período perinatal (embarazo, parto y puerperio). En cada contacto, cuando la paciente es identificada con alguna complicación, se enlaza y se activa la ruta crítica para la vigilancia del embarazo (código *mater*). Se clasifica de acuerdo a su condición clínica y su valoración. Utiliza dos distintivos de color rojo y verde: emergencia y no emergencia, respectivamente.⁽¹⁾

En el caso de Cuba, este sistema se establece en la última década del siglo XX. La enfermera clasificadora se encarga de registrar los datos generales de la paciente, y realiza un interrogatorio sobre síntomas y signos que le permite asignar el triage o código de colores para la clasificación de la urgencia obstétrica (rojo, amarillo o verde), y donde se define la atención médica que requiere:^(9,20)



Código Rojo, primera prioridad. Atención inmediata: situación donde exista alto riesgo para el bienestar materno-fetal. Paro cardio respiratorio, insuficiencia respiratoria aguda, *shock*, convulsiones, procedencia del cordón. Embarazo remitido por tensión arterial mayor o igual que 160-110 mmhg, alteración del bienestar fetal, amenaza de parto pretérmino. Fase activa del trabajo de parto, sangramiento genital abundante relacionado con el embarazo.

Código Amarillo, segunda prioridad. Requiere atención, pero puede esperar un tiempo razonable: situaciones en las que el riesgo del bienestar materno-fetal es menor. Embarazada con disnea, fiebre, dolores bajo vientre, pérdida de líquido y sangramiento discreto. Puérpera o paciente poslegrado con dolor bajo vientre y fiebre, y sangramiento discreto.

Código Verde, tercera prioridad. No requiere atención de urgencia: no existe riesgo para el binomio madre-hijo y pueden ser vistas las gestantes en el área de salud. Embarazadas remitidas para estudio, flujo vaginal, cervicitis, vaginitis, vulvitis, fibroma uterino, sangramiento genital escaso.

El proceso de clasificación de las pacientes con riesgo obstétrico es de suma importancia, ya que puede derivar en la posible espera o atención inmediata, por lo que resulta necesario que se provea una información precisa y clara de sus resultados. Además, el triage es responsable, en mayor o menor grado, del cumplimiento de otros indicadores de calidad.⁽²¹⁾

Existen diversas situaciones clínicas que pueden poner en peligro la vida de la mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio. La necesidad de crear sistemas de vigilancia a las pacientes con riesgo obstétrico y estandarizar su manejo, proporciona la oportunidad de aprender de las buenas prácticas y evitar nuevas muertes maternas.⁽²²⁾

Las autoras asumen que el triage obstétrico es un proceso de valoración técnico-asistencial de las pacientes obstétricas, a través de un método de escalas. Además, favorece la clasificación en función de su gravedad/emergencia, con el propósito de recibir atención médica inmediata y de enfermería específica, o permanecer en espera segura para recibir atención integral materno-fetal.

No obstante, la implementación efectiva del triage obstétrico enfrenta diversos desafíos, especialmente en contextos de recursos limitados o estructuras organizativas rígidas. Dentro de las mismas se pueden citar:⁽²¹⁾

- Falta de formación y capacitación del personal, para lo cual se debe desarrollar programas de capacitación, con énfasis en el personal de enfermería y médicos que realizan la clasificación inicial.
- Limitaciones en los recursos humanos y materiales. En este aspecto, se debe optimizar la distribución del personal, así como gestionar la adquisición de insumos básicos para la evaluación básica y establecer alianzas con otras instituciones con el propósito de fortalecer la infraestructura.

- Falta de protocolos estandarizados y adaptados al contexto local. Se debe elaborar y actualizar protocolos de triage obstétrico adaptados a la realidad y necesidad de cada institución, basados en la mejor evidencia disponible.
- Deficiencias en el flujo de información y comunicación, lo cual presupone implementar un sistema de registro y comunicación eficiente que permitan el seguimiento oportuno de las pacientes clasificadas.

Por tanto, resulta necesario incluir el triage obstétrico como parte de la política institucional y los programas de salud materno-infantil, adaptar los sistemas de triage a las características epidemiológicas y organizativas de cada hospital, y promover la formación interdisciplinaria para asegurar la integralidad en la atención.

CONCLUSIONES

El análisis realizado evidencia que el triage obstétrico es una herramienta fundamental en la organización y perfeccionamiento de los servicios de riesgo obstétrico. Se demuestra que incrementa la calidad e inmediatez de la atención al permitir una clasificación adecuada de las pacientes según la gravedad de su condición, lo que contribuye a la reducción del riesgo obstétrico y mejora los indicadores del programa materno-infantil. Se enfatiza la necesidad de estandarizar y aplicar estas herramientas para evitar muertes maternas y perfeccionar la organización de los servicios de riesgo obstétrico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Venegas Basurto FA, Montelongo FJ, Galindo Ayala J, et al. Detección de preeclampsia severa a la exploración de los reflejos osteotendinosos: actualización en la escala de triage obstétrico. Med Crít. 2024;38(7):562-7. DOI: 10.35366/119527.
2. López Orrala AC. Manejo oportuno de las claves obstétricas por el profesional de enfermería y su repercusión en las complicaciones maternas [tesis en Internet]. Jipijapa: Universidad Estatal del Sur de Manabí; 2022 [citado 12/01/2025]. Disponible en: <https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/4201/1/TESIS%20PARA%20CD.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 [citado 12/01/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>



4. Sánchez Chavaría ST, Macas Macas MB, Jingo Ichau RV, et al. Una aproximación a la muerte materna en la Amazonía ecuatoriana en el periodo 2017-2022. Cienc Lat Rev Cient Multidiscipl [Internet]. 2023 [citado 12/01/2025];7(2):3228-46. Disponible en:
<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/5566/8413>

5. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2022 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba; 2023 [citado 12/01/2025]. Disponible en:
<https://files.sld.cu/dne/files/2023/10/Anuario-Estadistico-de-Salud-2022-Ed-20231.pdf>

6. Bisset-Rodríguez AE. Mejoras al control de los cuidados de enfermería, en el servicio de cesárea. Rev Soc Tecnol [Internet]. 2021 [citado 12/01/2025];4(2):138-59. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8706024>

7. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2023 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba; 2024 [citado 12/01/2025]. Disponible en:
<https://temas.sld.cu/estadisticassalud/2024/09/30/anuario-estadistico-de-salud-2023/>

8. Caicedo-Mina JE, Pineda-Caicedo AE. Riesgos Maternos en el Manejo de las Claves Obstétricas en el Área de Emergencia del Centro de Salud Tipo C del Cantón San Lorenzo. Rev Hallazgos 21 [Internet]. 2022 [citado 12/01/2025];7(1):61-71. Disponible en:
<https://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/article/view/557>

9. Muñoz Callol JL, Ibert Muñoz C, Jiménez Martínez D, et al. Competencia obstétrica en profesionales de enfermería: atención a la hemorragia postparto. Hospital Guevara. Curso 2018-2019 [Internet]. Holguín: IX Jornada Científica de la SOCECS "Edumed Holguín 2020"; 2020 [citado 12/01/2025]. Disponible en:
<http://edumedholguin2020.sld.cu/index.php/edumedholguin/2020/paper/viewFile/353/191>

10. Toste MA, Padrón MP, Breto García A, et al. Sistema nacional de vigilancia a la morbilidad materna extremadamente grave. Cuba. Rev Cienc Salud [Internet]. 2022 [citado 12/01/2025];6(1):1-8. Disponible en:
<https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/view/3372>

11. López Martínez ZL. Proyecto de mejora continua de calidad en salud: triage obstétrico, código mater y equipo de respuesta inmediata obstétrica [tesis en Internet]. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2024 [citado 12/01/2025]. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/items/b07696a1-a022-4908-aeb9-b361d4ffe2f6>
12. Sánchez Hernández I. Estrategia educativa implementada en personal de enfermería con enfoque a triage obstetrico en hgz c/mf n.1 en San Luis Potosí [tesis en Internet]. San Luis Potosí: Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2022 [citado 12/01/2025]. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/7603>
13. Sánchez-Bermejo R, Herrero-Valea A, Garvi-García M. Los sistemas de triaje de urgencias en el siglo XXI: una visión internacional. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2021 [citado 12/01/2025];95:1-6. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2021.v95/perspectivas16/es>
14. Naz S, Saleem S, Islam ZS, et al. Obstetric triage improvement process using the Donabedian model of quality care: a quality improvement initiative. BMJ Open Qual [Internet]. 2022 [citado 12/01/2025];11:e001483. Disponible en: <https://bmjopenquality.bmj.com/content/bmjqr/11/2/e001483.full.pdf>
15. Vázquez-Hernández N, Quiroz-Benhumea L, Hernández-Ortega Y, et al. Enfermería: importancia del conocimiento sobre Triage en la atención hospitalaria en el área de urgencias. Rev Salud Cuid [Internet]. 2022 [citado 12/01/2025];1(3):11-35. Disponible en: <https://revistasaludcuidado.uaemex.mx/article/view/19004>
16. Sánchez Cangá JE. Factores de Riesgo Obstétrico en embarazadas que Acuden al Hospital Juan Carlos Guasti, del Cantón Atacames [tesis en Internet]. Quito: Pontificia Universidad Católica de Ecuador; 2022 [citado 12/01/2025]. Disponible en: <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/39144>
17. Araujo Chica MJ. Nivel de conocimiento sobre claves obstétricas en los profesionales del centro de salud tachina en el periodo julio – diciembre 2022 [tesis en Internet]. Quito: Pontificia Universidad Católica de Ecuador; 2023 [citado 12/01/2025]. Disponible en: <https://repositorio.puce.edu.ec/items/b97d9c48-a4ad-48f9-bd60-220f9ddc913a>
18. Moreno Escobar K, María Belén SV, Cordova Mogro CR, et al. Revisión bibliográfica: actualización en claves obstétricas, Ecuador. Braz J Health Rev. 2023;6(1):2640-54. DOI: 10.34119/bjhrv6n1-207.



19. Correa-Sepúlveda H, Vega-Pinochet H, Medina-Giacomozzi A. Categorización de las urgencias gineco-obstétricas en un hospital público de Chile. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2021 [citado 12/01/2025];86(2):152-62. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000200152&nrm=iso
20. Gutiérrez Carmona IC, González Díez HR, Linares Río M, et al. Diseño del módulo para la gestión de obstetricia en el Hospital Abel Santamaría Cuadrado. Ser Cien Univ Cienc Informá [Internet]. 2020 [citado 12/01/2025];13(5):117-33. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8590314>
21. Herrera-Almanza L, Hernández-Martínez A, Roldan-Tabares MD, et al. Triage as prioritization tool at emergency services. Med Int Mex [Internet]. 2022 [citado 12/01/2025];38(2):322-34. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=104942/1000>
22. De Mucio B, Sosa CG, Martino N. Morbilidad Materna Extremadamente Grave: un paso clave para reducir la muerte materna. Rev Méd Clín Las Condes. 2023;34(1):26-32. doi.org/10.1016/j.rmcl.2023.01.005

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existen conflictos de intereses.

