

## Triaje y patologías psiquiátricas en Guardia

### Triage and psychiatric pathologies in the emergency department

#### Algieri Rubén Daniel

<https://orcid.org/0009-0001-2325-5183>  
Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Buenos Aires, Argentina  
rdalgieri08@hotmail.com

#### Mazzoglio y Nabar Martín

<https://orcid.org/0009-0006-2725-4459>  
Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Buenos Aires, Argentina  
mazzoglioynabar@hotmail.com

#### Ferrante María Soledad

<https://orcid.org/0009-0000-8248-4616>  
Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Buenos Aires, Argentina  
soleferrante@hotmail.com

#### Fernández Juan Pablo

<https://orcid.org/0009-0003-4845-9056>  
Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Buenos Aires, Argentina  
jpfernandez.sp@gmail.com

#### Brofman Carolina

<https://orcid.org/0009-0001-9979-1548>  
Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Buenos Aires, Argentina  
ccbroyman@gmail.com

#### Algieri Agustín

<https://orcid.org/0009-0006-9506-012X>  
Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Buenos Aires, Argentina  
agustinalgieri@gmail.com

#### Correspondencia:

Rubén Daniel Algieri  
rdalgieri08@hotmail.com

Recibido: 29 de enero 2025

Aprobado para revisión: 09 de abril 2025  
Aceptado para publicación: 10 de mayo 2025

DOI:<https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i2.7583>

Rev. de la Fac. de Cienc. Médicas (Quito)  
Volumen 50, Número 2, Año 2025  
e-ISSN: 2737-6141  
Periodicidad trianual

#### Estimada Editora

Desde de nuestro equipo, el cual integra el Programa de Entrenamiento Continuo en Trauma y Urgencias (PECTU), y el Servicio de Urgencias del Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear, consideramos necesario la instauración de un sistema de triaje específico de psiquiatría para el contexto de Guardia.

La atención de urgencias de salud mental se enfrenta a un desafío complejo debido a la heterogeneidad de casos y al constante aumento en la demanda. En el caso de la Argentina, la Ley de Salud Mental 26657/10 establece la presencia de equipos interdisciplinarios en las guardias hospitalarias para el abordaje de las patologías, lo que generó un cambio paradigmático rupturista, al pasar del concepto de "peligrosidad" al de "riesgo" en las evaluaciones, lo que implica una evaluación exhaustiva del paciente tomando en consideración factores tanto internos como externos; pasa de atribuir al paciente el "ser" (peligroso) a "estar" (en riesgo) por sus factores personales como de contexto. Esta nueva perspectiva exige la implementación de protocolos para la gestión del riesgo, reconociendo la imprevisibilidad de la conducta humana. A menudo, médicos no psiquiatras son quienes evalúan el riesgo, especialmente en situaciones prehospitalarias, por lo que necesitan de un instrumento eficiente y adaptado al contexto de recursos (humanos y materiales) y marcos legales de cada país<sup>1</sup>.

En las últimas décadas y a nivel mundial se han desarrollado diversas escalas de triaje como la *Australian Triage Scale*<sup>2,3</sup>, *Canadian Triage and Acuity Scale*<sup>4</sup>, *Manchester Emergency Triage System*<sup>5</sup>, *Emergency Severity Index* o el *Modelo Andorrano de Triage* adaptado en España como *Sistema Estructurado de Triage*<sup>6</sup>. Estas escalas varían en su enfoque y niveles de gravedad, enfocadas en el riesgo vital de tipo clínico-quirúrgico y pocas incluyen criterios aislados de salud mental. Destacamos la *Australian Mental Health Triage Scale*<sup>2,3</sup> que es específica para pacientes

**Cómo citar este artículo:** Algieri RD, Mazzoglio y Nabar M, Ferrante MS, Fernández JP, Brofman C, Algieri A. TRIAJE Y PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS EN GUARDIA. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2025may [cited]; 50(2):12-14. Available from: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i2.7801>



de patología mental e incorpora el concepto de riesgo. Sin embargo, la mayoría de estas escalas presentan disparidades en tiempos de respuesta y carecen de adaptación a la legislación propia de nuestro país<sup>7,8</sup>.

En el ámbito de las urgencias y emergencias en Salud Mental, la atención integral del paciente emerge como un pilar fundamental y exige una evaluación exhaustiva que trascienda lo meramente biológico. Se torna imperativo considerar las complejidades psicológicas y sociales que atraviesan al individuo, permitiendo así una toma de decisiones profesionales que salvaguarden sus derechos<sup>7</sup>.

La valoración del riesgo, enmarcada en la teoría homónima, se erige como un componente esencial del triaje. Esta teoría concibe el riesgo como una probabilidad sujeta a la interacción entre la condición riesgosa (conductas o situaciones que pueden desencadenar daños) y la vulnerabilidad del sujeto (características subjetivas y circunstancias, moduladas por su resiliencia)<sup>8,9</sup>.

Nuestro equipo propone una diferenciación entre el ámbito prehospitalario y hospitalario dado las particularidades de cada escenario. La adaptabilidad del triaje a los recursos disponibles será un factor crítico para el abordaje de patologías psiquiátricas y no podrá ser rígido sino de tipo flexible cual guía de procedimientos.

Consideramos que el triaje debería tener cinco niveles de gravedad basados en la valoración del riesgo<sup>8,9</sup>, que abarquen desde el riesgo cierto e inminente hasta la ausencia de riesgo evidente. En los niveles de riesgo cierto, pero no inminente, se contempla la presencia de sustancias tóxicas o antecedentes de las mismas; en los casos de signosintomatología compatible con consumo reciente que afecte la capacidad judicativa o se acompañe de alteraciones clínicas se deberá considerar como riesgo cierto e inminente y su derivación a hospitales generales<sup>9</sup>.

Los criterios del triaje deben incluir: tiempo de abordaje, nivel de riesgo, motivo de consulta, presentación clínica y la modalidad de abordaje. El motivo de consulta y la presentación clínica deberán detallar los principales cuadros clínicos, y la modalidad de abordaje debe describir las estrategias interdisciplinarias de gestión del riesgo. Será un requisito indispensable la existencia de coherencia entre niveles de gravedad y criterios del triaje.

Dado que la evaluación del triaje basado en el riesgo será la primera instancia del efector en salud con la persona con una patología psiquiátrica y que determinará muchas de las opciones terapéuticas posteriores, consideramos que deberían construirse 2 modelos de triaje, pero correlativos, asociados y concatenados: uno prehospitalario (vía pública o domicilios) y el otro para techo hospitalario. Esta posibilidad otorgará a las intervenciones mayor eficacia con impacto en el sistema sanitario.

Por ello, la alta prevalencia y crecimiento de las patologías psiquiátricas en servicios de emergencias no se acompañó de propuestas clasificadoras normatizadas. Las propuestas de triaje internacionales no se basan en la valoración del riesgo e ignoran los factores sociales y culturales implicados o los tipos de afrontamiento del sujeto, así como no se adaptan a la legislación de Argentina o considerando relativos la noción de salud mental y preservación de derechos humanos a la que muchos países adhirieron. Proponemos crear un triaje para patologías psiquiátricas que considere aspectos biológicos, psicológicos y sociales, diferenciando la atención prehospitalaria y hospitalaria, pero con acciones concatenadas. El mismo debe ser adaptable a los recursos de cada institución con el fin que cada efector pueda tener abordajes eficaces con calidad prestacional, basada en criterios científicos y cobertura legal a los profesionales.

## Referencias

1. Andrés-Pueyo A, Redondo S. Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo* [Internet] 2007 [citado 14 Dic 2024];28(3):157-73. Disponible en: <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1500.pdf>
2. Hundertmark, J. Mental health triage in emergency medicine. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 1999 [citado 14 Dic 2024];33(5):768-9. doi:10.1080/0004867990473
3. Smart D, Pollard C, Walpole B. Triage de salud mental en medicina de urgencias. *Revista Australiana y Neozelandesa Psiquiatría* [Internet]. 1999 [citado 14 Dic 2024];33(1):57-66. doi: 10.1046/j.1440-1614.1999.00515.x
4. Beveridge, R. CAEP issues. The Canadian Triage and Acuity Scale: a new and critical element in health care reform. Canadian Association of Emergency Physicians. *J Emerg Med* [Internet]. 1998 [citado 14 Dic 2024];16(3): 507-11. doi:10.1016/s0736-4679(98)00031-6
5. Cooke MW, Jinks S. Does the Manchester triage system detect the critically ill?. *J Accid Emerg Med* [Internet]. 1999 [citado 14 Dic 2024];16(3):179-81. doi:10.1136/emj.16.3.179
6. Gómez Jiménez J, Ferrando Garrigós JB, Vega García JL, Tomás Vecinas, Roqueta Egea F, Chanovas Borràs M. Model Andorrà de Triatge: Bases conceptuais i manual de formació. Principat d'Andorra: Ed. Gómez Jiménez J. Servei Andorrà d'Atenció Sanitària; 2004[citado 14 Dic 2024].
7. FitzGerald G, Jelinek GA, Marck CH, Neff EP, Gerdtz MF. Emergency department triage revisited. *Emerg Med J* [Internet]. 2010 [citado 14 Dic 2024];27(2):86-92. doi:10.1136/emj.2009.077081
8. Teijeiro, R. Triage en la psiquiatría de urgencias. *Rev Electrónica de Psiquiatría* [Internet]. 2005 [citado 14 Dic 2024]. Disponible en: <http://psiqui.com/2-9071>
9. Silva, DH. Riesgosidad: Un nuevo paradigma desafío pericial. *Rev Act Derecho de Familia en el Código Civil y Comercial* [Internet]. 2017 [citado 14 Dic 2024];6:145-160. Disponible en: <https://www.acfra.org.ar/wp-content/uploads/2021/01/la-riesgosidad-un-nuevo-paradigma-y-desafio-pericial.pdf>