

PROTOCOLO

SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES EN

UNIDAD DE URGENCIA

ELABORA	REVIS	AUTORIZA	APRUEBA
GABRIELA ENCINA HIDALGO ENFERMERA COORDINADORA URGENCIA GABRIELA FACCILONGO CICKOVIC JEFATURA URGENCIA	NANCY MARÍN ESPINOZA ENFERMERA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	DRA. MARÍA JOSÉ INZUNZA ACEVEDO SUBDIRECTORA DE GESTIÓN ASISTENCIAL	MANUEL HORACIO LÓPEZ ROJAS DIRECTOR
HOSPITAL FAMILIAR Y COMUNITARIO SAN JOSÉ DE CASABLANCA			



Firmado por:
Gabriela Giselle Encina Hidalgo
Coordinadora
Urgencia/hospitalizados - Hsj
Fecha: 14-09-2026 13:12 CLT
Hospital San José (Casablanca)



Firmado por:
Gabriela Faccilongo Cickovic
Jefatura Unidad Urgencias y Unidad
Medicina
Fecha: 15-09-2026 23:39 CLT
Hospital San José (Casablanca)



Firmado por:
Nancy del Rosario Marín Espinoza
Encargada de Calidad y Seguridad
del Paciente
Fecha: 16-09-2026 06:55 CLT
Hospital San José (Casablanca)



Firmado por:
María José Valentina Inzunza
Acevedo
Subdirectora de Gestión Asistencial
Fecha: 23-09-2026 11:37 CLT
Hospital San José (Casablanca)



Firmado por:
Manuel Horacio López Rojas
Director Hospital San José
Fecha: 24-09-2026 09:43 CLT
Hospital San José (Casablanca)



TABLA DE CONTENIDO	
1.	INTRODUCCIÓN 3
2.	OBJETIVOS.....3
	Objetivo General: 3
	Objetivos Específicos: 3
3.	ALCANCE 4
4.	RESPONSABLES 5
5.	DEFINICIONES 7
6.	DESARROLLO 8
	CATEGORÍA C1: EMERGENCIA VITAL 9
	CATEGORÍA C2: EMERGENCIA EVIDENTE 10
	CATEGORÍA C4: ATENCIÓN DE MENOR COMPLEJIDAD 12
	CATEGORÍA C5: ATENCIÓN GENERAL 12
7.	CRITERIOS DE CALIDAD 13
8.	DISTRIBUCIÓN 13
9.	REFERENCIAS 13
10.	INDICADOR 14
11.	ANEXOS..... 15
12.	PLANILLA DE ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO 21



	PROTOCOLO SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES EN UNIDAD DE URGENCIA	Código: AOC 1.2 Edición: 7 Fecha: 31-08-2026 Página 3 de 21 Vigencia: 31-08-2031
---	---	---

1. INTRODUCCIÓN

El Proceso de Categorización de Pacientes (Box Selector) constituye el primer subproceso clínico mediante el cual se garantiza la oportunidad de atención de los usuarios que consultan en la Unidad de Urgencia del Hospital Familiar y Comunitario San José de Casablanca. Este sistema permite priorizar la atención según el riesgo vital y la complejidad clínica, asegurando que cada paciente sea atendido de manera oportuna y segura.

La categorización es realizada exclusivamente por un profesional de enfermería, quien ejecuta una evaluación estructurada, estandarizada y de breve duración, basada en los signos y síntomas referidos por el usuario y en la toma de signos vitales. Como resultado de esta evaluación, se asigna una de las cinco categorías de urgencia (C1 a C5), que determinan el nivel de prioridad de atención.

2. OBJETIVOS

Objetivo General:

Garantizar un proceso de categorización de pacientes estandarizado, seguro y oportuno en la Unidad de Urgencia del Hospital Familiar y Comunitario San José de Casablanca, mediante la aplicación sistemática de un sistema de priorización en cinco niveles (C1–C5), ejecutado exclusivamente por profesionales de enfermería, asegurando la adecuada toma de decisiones clínicas iniciales y la correcta asignación de prioridad según riesgo vital y complejidad del cuadro clínico.

- Objetivos Específicos:**
- i. Aplicar la categorización dentro de los tiempos definidos ($\leq 10\text{--}15$ minutos desde la admisión), garantizando que los pacientes reciban atención acorde a su nivel de riesgo y que se realicen recategorizaciones cuando los tiempos máximos de espera sean superados ($C3 \geq 90$ min, $C4 \geq 240$ min).
 - ii. Realizar una valoración estructurada y estandarizada que incluya motivo de consulta, antecedentes relevantes y control de signos vitales, asegurando uniformidad en la interpretación clínica y en la asignación de categorías C1–C5.
 - iii. Identificar precozmente situaciones de riesgo vital o alto riesgo (C1–C2), asegurando ingreso inmediato a reanimación o atención médica prioritaria, activación de protocolos de emergencia y coordinación con el equipo clínico.
 - iv. Registrar categorización y recategorización en AVIS/DAU de manera completa, legible y oportuna, consignando hora exacta, categoría asignada y profesional responsable, conforme a los requisitos de acreditación y normativa institucional.
 - v. Organizar el flujo de pacientes según prioridad clínica, evitando retrasos, sobrecarga asistencial y riesgos derivados de tiempos de espera prolongados, contribuyendo a la eficiencia operativa de la Unidad de Urgencia.
 - vi. Respaldar la ejecución del proceso por profesional de enfermería conforme a orientaciones técnicas MINSAL, estándares de acreditación y recomendaciones para unidades de emergencia hospitalaria.



	PROTOCOLO SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES EN UNIDAD DE URGENCIA	Código: AOC 1.2 Edición: 7 Fecha: 31-08-2026 Página 4 de 21 Vigencia: 31-08-2031
---	---	---

3. ALCANCE

El presente protocolo aplica a todo el personal clínico que participa en el proceso de atención inicial de los usuarios en la Unidad de Urgencia del Hospital Familiar y Comunitario San José de Casablanca, incluyendo:

- Enfermeros/as categorizadores, responsables de ejecutar la evaluación inicial, control de signos vitales y asignación de categoría de urgencia en cinco niveles (C1–C5).
- Enfermeros/as clínicos en turno, quienes realizarán la categorización en horario inhábil o cuando no se encuentre disponible el enfermero categorizador, incluyendo el ingreso inmediato de pacientes al box de reanimación cuando corresponda.
- Técnicos en Enfermería de Nivel Superior (TENS), quienes podrán apoyar el control de signos vitales y otras acciones definidas en el proceso, según criterio del profesional de enfermería.
- Matronas de la Unidad de Urgencia, responsables de la atención inicial y categorización de recién nacidos y pacientes gestantes, conforme a criterios clínicos y normativos.
- Médicos de turno, quienes participan en la atención posterior a la categorización, en la revisión de electrocardiogramas, en la solicitud de exámenes y en la toma de decisiones clínicas derivadas del proceso.

Este protocolo es aplicable a todos los usuarios que consultan en la Unidad de Urgencia, independiente de su edad, condición clínica, previsión o motivo de consulta, y regula el proceso desde la admisión, la categorización inicial



4. RESPONSABLES

RESPONSABLE	RESPONSABILIDADES
ENFERMERO CATEGORIZADOR DIURNO	1. Ejecutar la categorización inicial de todos los usuarios que consultan en la Unidad de Urgencia, aplicando el sistema de priorización en cinco niveles (C1–C5). 2. Realizar la categorización idealmente dentro de los primeros 10 minutos desde la admisión, siempre que la demanda asistencial lo permita. 3. Registrar categorización y recategorización en AVIS/DAU, consignando hora exacta, categoría asignada y profesional responsable. 4. Identificar situaciones de riesgo vital y activar protocolos de emergencia, asegurando ingreso inmediato a reanimación cuando corresponda. 5. Informar al usuario su categoría y tiempo estimado de espera, orientándolo sobre el proceso.
ENFERMERO CLINICO EN TURNO	1. Realizar la categorización en horario inhábil o cuando no se encuentre disponible el enfermero categorizador. 2. Ejecutar la categorización de usuarios que ingresen directamente a reanimación, asegurando evaluación inmediata y aviso al médico de turno. 3. Registrar categorización y recategorización en AVIS/DAU, manteniendo trazabilidad completa del proceso. 4. Confirmar signos vitales alterados mediante medición manual cuando corresponda, especialmente en gestantes o pacientes con riesgo clínico.
ENFERMERA COORDINADORA DE URGENCIA	1. Supervisar y controlar la correcta aplicación del proceso de categorización, asegurando cumplimiento de criterios clínicos y tiempos establecidos. 2. Verificar la calidad de los registros en AVIS/DAU, asegurando que la categorización esté documentada de manera completa y legible. 3. Coordinar acciones de mejora continua derivadas de auditorías, indicadores y supervisiones clínicas. 4. Asegurar disponibilidad de recursos, insumos y equipamiento necesarios para la ejecución del proceso. 5. Gestionar la capacitación del equipo clínico en criterios de categorización y seguridad del paciente.



TÉCNICOS EN ENFERMERÍA DE NIVEL SUPERIOR (TENS)	1. Apoyar el control de signos vitales durante la categorización, según indicación del profesional de enfermería. 2. Colaborar en el flujo de atención y orientación de usuarios en sala de espera. 3. Registrar acciones realizadas en AVIS cuando corresponda, conforme a normativa institucional.
MATRONAS DE LA UNIDAD DE URGENCIA	1. Realizar categorización y atención inicial de recién nacidos y pacientes gestantes, conforme a criterios clínicos y normativas vigentes. 2. Ejecutar evaluación obstétrica inicial, incluyendo control fetal, manejo de sangrado, trabajo de parto y situaciones de riesgo materno-fetal. 3. Registrar categorización y acciones clínicas en AVIS/DAU.
MÉDICOS DE TURNO	1. Revisar electrocardiogramas tomados durante la categorización, especialmente en casos de dolor torácico o riesgo coronario. 2. Solicitar exámenes complementarios (laboratorio, radiografía) cuando corresponda según categoría asignada. 3. Atender a los pacientes dentro de los tiempos establecidos para cada categoría (C1–C5). 4. Coordinar manejo clínico inmediato en casos de riesgo vital o emergencia evidente.



	PROTOCOLO SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES EN UNIDAD DE URGENCIA	Código: AOC 1.2 Edición: 7 Fecha: 31-08-2026 Página 7 de 21 Vigencia: 31-08-2031
---	---	---

5. DEFINICIONES

BOX SELECTOR O CATEGORIZADOR: Lugar físico en donde a todo paciente sin riesgo vital se le controlará los signos vitales y será categorizado por el profesional de enfermería.

- C1:** Emergencia vital, atención inmediata.
- C2:** Emergencia evidente, atención antes de los 30 minutos.
- C3:** Urgencia, atención antes de 90 minutos o en su defecto reevaluar.
- C4:** Urgencia mediata, atención antes de 240 minutos o en su defecto reevaluar.
- C5:** Atención general, no tiene tiempo máximo de espera asociado, según disponibilidad.

CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES: Sistema de clasificación de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencia, que se basa en una primera valoración rápida y rigurosa, contemplando el análisis de los signos vitales, estado clínico e historia referida por el usuario.

CONSULTA GENERAL O PACIENTE DE MENOR COMPLEJIDAD: Toda situación clínica de manifestación espontánea y/o prolongada capaz de generar malestar e inquietud en el paciente que, según criterio, requiere de atención médica. Por la condición clínica del paciente, tanto la asistencia médica como la indicación e inicio de tratamiento pueden ser resueltos a través de la atención primaria (APS), en forma ambulatoria sin condicionamiento de tiempo. En esta categoría se incluye C4 y C5.

EMERGENCIA: Toda situación clínica de inicio súbito y/o imprevisible que representa una amenaza inmediata para la vida, requiriendo atención médica inmediata y prioritaria para evitar un desenlace fatal o secuelas graves.

HEMODINAMIA INESTABLE: Estado de gravedad clínica que cursa con fluctuación de presión arterial, taquicardia, mala perfusión y alteración del estado de conciencia.

PACIENTE EN SITUACIÓN DE ALTO RIESGO: Usuario en situación de riesgo vital o de peligro inmediato real o potencial para la vida con efecto de secuelas graves permanentes si no recibe atención calificada precoz o incluso de inmediato en algunos casos. En esta categoría se incluyen los niveles C1 y C2. Se destaca que, dentro de esta categoría, los pacientes con prioridad C1 deben recibir atención inmediata, mientras que los C2 deben recibir su primera atención médica a la brevedad, con un tiempo máximo de espera de hasta 30 minutos desde su admisión.

PACIENTE PEDIÁTRICO: Pacientes cuya edad está entre 1 día y 14 años 11 meses 29 días.

RIESGO VITAL: Corresponde a una situación de salud o cuadro clínico que involucra riesgo de muerte o secuela funcional grave para la persona, por ende, requiere atención médica inmediata e impostergable.

SISTEMA AVIS: Sistema computarizado que constituye un documento verificador de las acciones generadas durante la atención clínica, entre ellas, la categorización de pacientes. Es un instrumento de registro, cuya responsabilidad recae exclusivamente en el equipo de salud. Es un soporte estructurado computarizado que permite consignar toda la información de la atención del paciente (signos y observaciones clínicas significativas del estado de salud, actividades médicas y de enfermería realizadas).

URGENCIA: Toda situación clínica capaz de generar deterioro, peligro o riesgo para la salud en función del tiempo transcurrido (horas) entre su aparición, la asistencia médica y la instalación de un tratamiento efectivo. En esta categoría se incluye la categorización C3.

DAU: Dato de atención de urgencia, documento generado a través del Sistema AVIS que incluye todos los detalles de la atención, entregado al usuario al concluir esta.



	PROTOCOLO SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES EN UNIDAD DE URGENCIA	Código: AOC 1.2 Edición: 7 Fecha: 31-08-2026 Página 8 de 21 Vigencia: 31-08-2031
---	---	---

6. DESARROLLO

Admisión Paciente: El funcionario de Admisión será el responsable de la inscripción de este en el Sistema AVIS y corroborar previsión de salud. Posterior a ello, se le indicará al paciente que será llamado desde el box selector demanda.

Categorización Paciente: Enfermera/o categorizador (o en su ausencia, enfermero clínico) procederá a llamar al usuario a box selector, indagar motivo de consulta y tiempo de evolución, antecedentes médicos, quirúrgicos, alergias y controlar los signos vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, temperatura, frecuencia respiratoria, glicemia capilar), tras lo cual al usuario se le asignará una categorización en AVIS, la que se informará junto a un tiempo estimado de espera, indicando que debe volver a sala de espera hasta ser llamado.

La categorización y recategorización deben registrarse en AVIS/DAU donde el sistema automáticamente plasmará hora, categoría y profesional responsable.

Consideraciones:

- A todo usuario mayor de 15 años que consulte por dolor torácico de posible origen coronación se le deberá tomar un electrocardiograma durante el proceso de categorización, el que será preliminarmente revisado por médico de turno.
- Toda presión arterial alterada arrojada por monitor deberá ser confirmada por medición manual, registrándose el valor manual como definitivo, especialmente en personas gestantes.
- Categorizar a usuarios en un lapso no mayor a 15 minutos desde su admisión, salvo casos en que la demanda asistencial no lo permita.
- Se debe recategorizar a usuarios C3 con espera desde 90 minutos y C4 con espera desde 240 minutos
- Técnico de enfermería podría apoyar en control de signos vitales en caso de necesidad.
- Todos los usuarios menores de 14 años deberán ser pesados al momento de la categorización.
- Todos los usuarios menores a 1 año registrarán temperatura rectal.
- La toma de glicemia capilar quedará a criterio de profesional de enfermería, siendo siempre obligatoria en casos de consultas por compromiso de conciencia, vómitos reiterados y en toda gestante sobre 28 semanas.
- La toma de frecuencia respiratoria quedará a criterio de profesional de enfermería, siendo siempre obligatoria en casos de consultas por síntomas respiratorios, disnea o compromiso de conciencia.
- La toma de presión arterial se realizará en todo usuario desde los 4 años en adelante, sin embargo, en casos de letargia o compromiso de conciencia, se realizará en todas las edades.
- En caso de existir múltiples usuarios pendientes de categorización estos serán llamados por orden de inscripción, salvo en caso de motivos de consulta de posible gravedad: dolor torácico, disnea, compromiso de conciencia, convulsión(es), ingesta de tóxicos, u otros según criterio del profesional de enfermería.
- Todo RN (hasta 28 días de vida edad corregida) y toda paciente gestante recibirán atención por matrona.



	PROTOCOLO SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES EN UNIDAD DE URGENCIA	Código: AOC 1.2 Edición: 7 Fecha: 31-08-2026 Página 9 de 21 Vigencia: 31-08-2031
---	---	---

6.1 APLICACIÓN DEL SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN POR PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CATEGORÍA C1: EMERGENCIA VITAL

- **Definición:** Situación de riesgo vital con requerimiento de una intervención clínica inmediata para salvar la vida o impedir una secuela grave.
- **Acción Clínica:** Paciente ingresa de forma inmediata a box de reanimación, donde se realizará evaluación y manejo simultáneo. Se debe dar aviso inmediato a médico de turno y activar timbre de paro.

Ejemplos:

- Alteración severa de la ventilación.
- Ausencia de pulso.
- Ausencia de vía aérea segura o presencia de vía aérea instrumentalizada.
- Bradicardia sintomática (<50 lpm) o extrema asintomática (<40 lpm).
- Compromiso de conciencia no recuperado.
- Convulsión al momento de la evaluación.
- Embarazo >22 semanas con sangrado muy abundante.
- Trabajo de parto en expulsivo.
- Trabajo de parto prematuro (<34 semanas).
- Trabajo de parto en presentación podálica.
- Gestante con sospecha de procidencia de cordón umbilical.
- Gestante con PAS ≥ 160 o PAD ≥ 110, asociada a dolor epigástrico o aumento de área reflexógena, por sospecha de preeclampsia severa.
- Bradicardia fetal o desaceleraciones tardías y/o variables.
- Gran quemado.
- Heridas por arma de fuego o por arma blanca en cráneo, tórax, abdomen y/o extremidades.
- Hipoglicemia <45mg/dl o con compromiso de conciencia.
- Intoxicación con inestabilidad hemodinámica.
- Paro cardiorrespiratorio recuperado o no recuperado.
- Politraumatizados.
- Hemorragias masivas.
- Shock, independiente de su etiología.
- Sospecha de parto inminente.
- TEC severo.
- Trauma ocular grave.
- Emergencias hipertensivas.
- Infarto Agudo al Miocardio confirmado o ACV en ventana.
- Inestabilidad hemodinámica, independiente de su causa, determinada por alteración en al menos cuatro (4) parámetros clínicos según la tabla adjunta en Anexo N°2, asociada a al menos una de las siguientes: compromiso del estado de conciencia, mala perfusión distal, mala mecánica ventilatoria.



	PROTOCOLO SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES EN UNIDAD DE URGENCIA	Código: AOC 1.2 Edición: 7 Fecha: 31-08-2026 Página 10 de 21 Vigencia: 31-08-2031
---	---	--

CATEGORÍA C2: EMERGENCIA EVIDENTE

- **Definición:** Situación de alto riesgo que debe recibir atención pronta para evitar empeoramiento de su condición que pueda conllevar riesgo vital.
- **Acción Clínica:** Paciente cursando con un cuadro clínico que requiere ser precozmente estabilizado, tras categorizarse se ingresa a área de observación, atención o reanimación, según sea pertinente. Atención médica antes de 30 minutos desde su ingreso.

Ejemplos:

- Compromiso de conciencia cuantitativo o cualitativo; paciente no alerta.
- Crisis convulsiva recuperada.
- Hiperglicemia ≥ 400 (≥ 200 en gestantes) o hipoglicemia ≥ 40 mg/dl sin compromiso de conciencia.
- Dolor precordial asociado a: sudoración, palidez, fascie dolorosa.
- Dolor según escala EVA 10/10.
- Focalidad neurológica sugerente de ACV fuera de ventana.
- Intoxicaciones de alto riesgo (sustancia de alta toxicidad o en dosis tóxica).
- Signos de isquemia aguda.
- Niños con estridor inspiratorio en reposo.
- Ideación suicida activa o intento suicida.
- Insuficiencia respiratoria aguda con requerimientos de oxígeno a alto flujo.
- Usuario con inmunosupresión, fiebre, y taquicardia.
- Síncope o antecedentes de síncope recuperado.
- Taquiarritmias sintomáticas FC > 130, sin fiebre y con electrocardiograma tomado.
- TEC leve o moderado.
- Anafilaxia.
- Gestante con PAS ≥ 160 o PAD ≥ 110 sin alteración neurológica, por sospecha de Preeclampsia.
- Trabajo de parto en fase activa.
- Amenaza de parto prematuro.
- Taquicardia fetal, taquisistolía o variabilidad disminuida que no respondan a manejo inicial en monitoreo fetal.
- Ausencia de movimientos fetales >24 semanas de gestación.
- Ruptura de membranas ovulares.
- Gestante <22 semanas con sangrado abundante, por sospecha de aborto en evolución.
- Accidente de tránsito o traumatismo abdominopélvico en paciente gestante.
- Alteración de tres o cuatro (3 o 4) parámetros clínicos según tablas adjuntas en Anexo N°2, aplicando criterio de profesional de enfermería.

Se considerarán C2 independiente de su condición clínica, por asuntos administrativos y de atención preferente:

- Sospecha de abuso sexual (quienes pasarán directo a box de atención).
- Constataciones de lesiones acompañadas por carabineros, gendarmería o PDI.
- Usuarios de edad igual o menor a 28 días de vida (edad corregida en caso de prematurez).



	PROTOCOLO SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES EN UNIDAD DE URGENCIA	Código: AOC 1.2 Edición: 7 Fecha: 31-08-2026 Página 11 de 21 Vigencia: 31-08-2031
---	---	--

CATEGORÍA C3: EVALUACIÓN MEDIATA

- **Definición:** Paciente que requiere evaluación médica mediata, cursando alguna patología aguda que requiere atención pronta pero no conlleva riesgo vital.
- **Acción clínica:** Se indica al usuario pasar a áreas de observación o volver a sala de espera hasta ser llamado, según sea pertinente. La mayoría de estos pacientes pueden requerir estudios de laboratorio o radiografía, los que serán solicitado por médico. Atención médica antes de 90 minutos desde su ingreso.

En caso de haber pasado 90 minutos desde la primera categorización, el usuario debe ser re-categorizado.

Ejemplos

- Agitación psicomotora.
- Usuario con inmunosupresión.
- Gestantes.
- Alta sospecha de fracturas y/o luxación o fracturas y/o luxaciones confirmadas.
- Deshidratación moderada.
- Antecedente de anemia moderada-severa acompañada de síntomas.
- Rash cutáneo extenso.
- Dolor según escala EVA 7-9.
- Quemaduras y/o heridas que requieran curación avanzada de enfermería.
- Retención urinaria aguda.
- Ascitis a tensión.
- Heridas que requieran sutura.
- Abscesos o procesos infecciosos que requieran drenaje.
- Crisis hipertensivas (>180/>110) mmHg.
- Hemorragias no masivas.
- Cuerpo extraño nasal, ótico y/o corneal.
- Delirium o síndrome confusional agudo.
- Sibilancias audibles sin fonendoscopio.
- Intoxicaciones de bajo riesgo (ej. Alcohol).
- Infección de herida operatoria o de partes blandas extensa
- Usuario derivado de sala de tratamiento HSJC.
- Crisis de pánico o angustia con sintomatología activa/aguda.
- Sospecha de flegmón amigdalino.
- Revisión de radiografía donde se explicita una alta sospecha de fractura.
- Alteración de uno (1) o 2 (2) parámetros clínicos según tablas adjuntas en Anexo N°2.



	PROTOCOLO SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES EN UNIDAD DE URGENCIA	Código: AOC 1.2 Edición: 7 Fecha: 31-08-2026 Página 12 de 21 Vigencia: 31-08-2031
---	---	--

Se considerarán C3 independiente de su condición clínica, por asuntos administrativos y atención preferente:

- Usuarios entre 28 días de vida (edad corregida) y 1 año de vida.
- Accidentes de tránsito.
- Usuarios con necesidades especiales.
- Usuarios con trastorno del espectro autista/TDAH.
- Usuarios con credencial de discapacidad o con credencial de cuidador.
- Usuarios agitados y/o agresivos (para velar por la seguridad del equipo y el resto de los usuarios).
- Funcionarios del establecimiento en horario laboral.
- Usuarios traídos por ambulancias.
- Usuarios provenientes de ELEAM y establecimientos de mejor niñez.
- Funcionarios de Bomberos o Carabineros en su jornada laboral.
- Usuarios que acudan a constatación de lesiones por su propia cuenta.

CATEGORÍA C4: ATENCIÓN DE MENOR COMPLEJIDAD

- **Definición:** Paciente sin patología de urgencia, de muy bajo riesgo de deterioro clínico.
- **Acción Clínica:** Se indica al usuario volver a sala de espera hasta ser llamado. Algunos de estos pacientes pueden requerir estudios de laboratorio o radiografía, los que serán solicitados por médico. Atención médica idealmente antes de 240 minutos desde su ingreso.

En caso de haber pasado 240 minutos desde la primera categorización, el usuario debe ser re-categorizado.

Ejemplos:

- Amigdalitis.
- Cuadros gastrointestinales no complicados.
- Cuadros respiratorios simples.
- Infección del tracto urinario.
- Alergias sin signos de alarma.
- Cefaleas sin signos de alarma.
- Cuadros gripales.
- Odontalgias.
- Lumbalgias.
- Crisis de pánico o angustia resueltas.
- Control de radiografía o exámenes de laboratorio indicados en urgencias.
- Lesiones osteomusculares y de partes blandas.
- Consulta ginecológica.

CATEGORÍA C5: ATENCIÓN GENERAL

- **Definición:** Paciente sin patología de urgencia, sin riesgo de deterioro clínico.
- **Acción Clínica:** Se indica al paciente volver a sala de espera de donde será llamado. Los pacientes categorizados como C5 que no requieran evaluación médica serán llamados de acuerdo con la disponibilidad del personal TENS y/o de enfermería, dependiendo del tipo de procedimiento que se deba realizar.



	PROTOCOLO SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES EN UNIDAD DE URGENCIA	Código: AOC 1.2 Edición: 7 Fecha: 31-08-2026 Página 13 de 21 Vigencia: 31-08-2031
---	---	--

Ejemplos:

- Control de exámenes y/o radiografía sin indicación médica explícita.
- Curaciones.
- Administración de vacunas.
- Tratamientos inyectables (intramuscular o endovenoso) con indicación médica.
- Consultas administrativas (emisión de recetas, licencias médicas, órdenes de exámenes).
- Cuadros clínicos de larga data (>1 mes) sin agudización.

Nota: Se dará prioridad en el llamado a pacientes mayores de 65 años, dentro de su misma categorización, por atención preferente a adulto mayor.

6.3 TÉRMINO DEL PROCEDIMIENTO

El proceso de priorización es continuo y se da por finalizado al momento en que concluye la atención. En caso de un quiebre clínico o cambio de condición diagnóstica a una de mayor gravedad el usuario debe re-categorizarse.

7. CRITERIOS DE CALIDAD

Los requisitos mínimos a considerar en la medición de los indicadores para la categorización de pacientes, establecidos en una pauta de cotejo, irán enfocados a que se les haya otorgado una clasificación a los pacientes atendidos en la Unidad de Urgencia (C1, C2, C3, C4, C5) y que haya quedado estipulado en el reporte de registro de categorización en el módulo de gestión de AVIS.

8. DISTRIBUCIÓN

- Dirección
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente
- Unidad de Urgencia

9. REFERENCIAS

- Orientación técnica del sistema de priorización estructurada de la atención de pacientes en Unidades de Emergencia Hospitalaria, MINSAL 2018.
- Orientaciones técnicas para el rediseño al proceso de atención de urgencia de adulto, en unidades de emergencia hospitalaria, MINSAL 2018.
- Estándares y recomendaciones al proceso de atención de urgencia.
- Compendio N° 6 que instruye a las entidades acreditadoras sobre la interpretación de las normas del sistema de acreditación para prestadores institucionales de salud. MINSAL 2024.
- Sanz, O. (2017). Fiebre. Farmacia profesional, 31(6), 18-23.
- Signos Vitales Algoritmo PALS 2020. Disponible en: <https://www.acls-pals-bls.com/algorithms/pals>



10. INDICADOR

CARACTERÍSTICAS	AOC 1.2 – Categorización de Pacientes en Unidad de Urgencia	
NOMBRE	Porcentaje de pacientes categorizados correctamente, según análisis de signos vitales, motivo de consulta y criterios clínicos definidos, priorizados conforme a las categorías C1–C5.	
DESCRIPCIÓN Y RACIONALIDAD	El indicador evalúa la correcta aplicación del sistema de categorización en la Unidad de Urgencia, verificando que cada usuario inscrito en admisión cuente con una categorización realizada por enfermera(o) acorde a los criterios clínicos establecidos. Para corroborar la correcta categorización se revisará la hoja DAU, cotejando: • motivo de consulta, • control de signos vitales, • categoría asignada (C1–C5), según los criterios definidos en los Anexos 12.1 y 12.2, asegurando uniformidad de interpretación, tal como exige la Circular IP68. La categorización y recategorización deben quedar registradas en AVIS/DAU, consignando hora exacta, categoría asignada y profesional responsable. En pacientes C3 con espera ≥90 minutos y C4 con espera ≥240 minutos sin atención médica, deberá realizarse recategorización obligatoria, quedando registro en AVIS/DAU.	
DIMENSIÓN	Proceso	
NUMERADOR	Nº total de usuarios con categorización correcta, asociada a criterios de priorización en atención de urgencia en un mes.	X 100
DENOMINADOR	Nº total de usuarios evaluados y categorizados en atención de urgencia en un mes.	
UMBRAL	≥ 90%	
PERIODICIDAD	Medición mensual Informe consolidado trimestral	
MUESTRA	80 DAU mensuales, seleccionadas aleatoriamente según calendario definido por la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente. La selección se realizará mediante aplicación de sorteo en base al total de atenciones del día correspondiente. Aplicación utilizada: https://app-sorteos.com/es/apps/sortear-numeros-online	
FUENTES DE DATOS	Hoja de Atención de Urgencia (DAU) Registro AVIS	
RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	Enfermera Coordinadora de la Unidad de Urgencia La revisión del indicador y las acciones de mejora se documentan en el Plan de Mejora de la Unidad de Urgencia, en cumplimiento de las exigencias de mejora continua del sistema de acreditación.	



11. ANEXOS

12.1 CRITERIOS DE CATEGORIZACIÓN

C1	• Alteración severa de la ventilación. • Ausencia de pulso. • Ausencia de vía aérea segura o presencia de vía aérea instrumentalizada. • Bradicardia sintomática (<50 lpm) o extrema asintomática (<40 lpm). • Compromiso de conciencia no recuperado. • Convulsión al momento de la evaluación. • Embarazo >22 semanas con sangrado muy abundante. • Trabajo de parto en expulsivo. • Trabajo de parto prematuro (<34 semanas). • Trabajo de parto en presentación podálica. • Gestante con sospecha de procidencia de cordón umbilical. • Gestante con PAS ≥ 160 o PAD ≥ 110, asociada a dolor epigástrico o aumento de área reflexógena, por sospecha de preeclampsia severa. • Bradicardia fetal o desaceleraciones tardías y/o variables. • Gran quemado. • Heridas por arma de fuego o por arma blanca en cráneo, tórax, abdomen y/o extremidades. • Hipoglicemia <45mg/dl o con compromiso de conciencia. • Intoxicación con inestabilidad hemodinámica. • Paro cardiorrespiratorio recuperado o no recuperado. • Politraumatizados. • Hemorragias masivas. • Shock, independiente de su etiología. • Sospecha de parto inminente. • TEC severo. • Trauma ocular grave. • Emergencias hipertensivas. • Infarto Agudo al Miocardio confirmado o ACV en ventana. • Inestabilidad hemodinámica, independiente de su causa, determinada por alteración en al menos cuatro (4) parámetros clínicos según la tabla adjunta en Anexo N°2, asociada a al menos una de las siguientes: compromiso del estado de conciencia, mala perfusión distal, mala mecánica ventilatoria.
C2	• Compromiso de conciencia cuantitativo o cualitativo; paciente no alerta. • Crisis convulsiva recuperada. • Hiperglicemia ≥ 400 (≥200 en gestantes) o hipoglicemia ≥40 mg/dl sin compromiso de conciencia. • Dolor precordial asociado a: sudoración, palidez, fascie dolorosa. • Dolor según escala EVA 10/10. • Focalidad neurológica sugerente de ACV fuera de ventana. • Intoxicaciones de alto riesgo (sustancia de alta toxicidad o en dosis tóxica). • Signos de isquemia aguda. • Niños con estridor inspiratorio en reposo. • Ideación suicida activa o intento suicida. • Insuficiencia respiratoria aguda con requerimientos de oxígeno a alto flujo. • Usuario con inmunosupresión, fiebre, y taquicardia. • Síncope o antecedentes de síncope recuperado. • Taquiarritmias sintomáticas FC > 130, sin fiebre y con electrocardiograma tomado. • TEC leve o moderado. • Anafilaxia. • Gestante con PAS ≥ 160 o PAD ≥ 110 sin alteración neurológica, por sospecha de Preeclampsia. • Trabajo de parto en fase activa. • Amenaza de parto prematuro. • Taquicardia fetal, taquisistolía o variabilidad disminuida que no respondan a manejo inicial en monitoreo fetal.



	• Ausencia de movimientos fetales >24 semanas de gestación. • Ruptura de membranas ovulares. • Gestante <22 semanas con sangrado abundante, por sospecha de aborto en evolución. • Accidente de tránsito o traumatismo abdominopélvico en paciente gestante. • Alteración de tres o cuatro (3 o 4) parámetros clínicos según tablas adjuntas en Anexo N°2, aplicando criterio de profesional de enfermería. • Sospecha de abuso sexual (quienes pasarán directo a box de atención). • Constataciones de lesiones acompañadas por carabineros, gendarmería o PDI. • Usuarios de edad igual o menor a 28 días de vida (edad corregida en caso de prematurez).
C3	• Agitación psicomotora. • Usuario con inmunosupresión. • Gestantes. • Alta sospecha de fracturas y/o luxación o fracturas y/o luxaciones confirmadas. • Deshidratación moderada. • Antecedente de anemia moderada-severa acompañada de síntomas. • Rash cutáneo extenso. • Dolor según escala EVA 7-9. • Quemaduras y/o heridas que requieran curación avanzada de enfermería. • Retención urinaria aguda. • Ascitis a tensión. • Heridas que requieran sutura. • Abscesos o procesos infecciosos que requieran drenaje. • Crisis hipertensivas (>180/>110) mmHg. • Hemorragias no masivas. • Cuerpo extraño nasal, ótico y/o corneal. • Delirium o síndrome confusional agudo. • Sibilancias audibles sin fonendoscopio. • Intoxicaciones de bajo riesgo (ej. Alcohol). • Infección de herida operatoria o de partes blandas extensa • Usuario derivado de sala de tratamiento HSJC. • Crisis de pánico o angustia con sintomatología activa/aguda. • Sospecha de flegmón amigdalino. • Revisión de radiografía donde se explicita una alta sospecha de fractura. • Alteración de uno (1) o 2 (2) parámetros clínicos según tablas adjuntas en Anexo N°2. • • Se considerarán C3 independiente de su condición clínica, por asuntos administrativos y atención preferente: • Usuarios entre 28 días de vida (edad corregida) y 1 año de vida. • Accidentes de tránsito. • Usuarios con necesidades especiales
C4	• Amigdalitis. • Cuadros gastrointestinales no complicados. • Cuadros respiratorios simples. • Infección del tracto urinario. • Alergias sin signos de alarma. • Cefaleas sin signos de alarma. • Cuadros gripales. • Odontalgias. • Lumbalgias. • Crisis de pánico o angustia resueltas. • Control de radiografía o exámenes de laboratorio indicados en urgencias.



	• Lesiones osteomusculares y de partes blandas. • Consulta ginecológica.
C5	• Control de exámenes y/o radiografía sin indicación médica explícita. • Curaciones. • Administración de vacunas. • Tratamientos inyectables (intramuscular o endovenoso) con indicación médica. • Consultas administrativas (emisión de recetas, licencias médicas, órdenes de exámenes). • Cuadros clínicos de larga data (>1 mes) sin agudización.





PROTOCOLO
SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE
PACIENTES EN UNIDAD DE URGENCIA

Código: AOC 1.2
Edición: 7
Fecha: 31-08-2026
Página 18 de 21
Vigencia: 31-08-2031

12.2 RANGOS DE NORMALIDAD DE SIGNOS VITALES POR EDAD

EDAD	FRECUENCIA RESPIRATORIA	FRECUENCIA CARDÍACA	PRESIÓN ARTERIAL	
			SISTÓLICA	DIASTÓLICA
PREMATURO	40-70	110-170	55-75	35-45
0-3 MESES	35-55	110-160	65-85	45-55
3-6 MESES	30-45	110-160	70-90	50-65
6-12 MESES	22-38	90-160	80-100	55-65
1-3 AÑOS	22-30	80-150	90-105	55-70
3-6 AÑOS	20-24	70-120	95-110	60-75
6-12 AÑOS	16-22	60-110	100-120	60-75
12-18 AÑOS	12-20	60-110	110-135	65-85

EDAD	HIPOTENSIÓN PA SISTÓLICA	TEMPERATURA SEGÚN SITIO ANATÓMICO	
		AXILAR	35.8-37.5
NEONATO	<60 mmHg	RECTAL	36.6-38
1-11 MESES	<70 mmHg	TIMPÁNICA	35.8-38
1-10 AÑOS	<70 + (EDAD*2) mmHg		

ADULTO

T°	PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	SATURACIÓN
>38°	PAS <90 y/o PAD <60 mmHg PAS >180 y/o PAD >110 (si diagnóstico de HTA) PAS >160 y/o PAD >100 (sin diagnóstico de HTA o buen control documentado)	<50 o >110	>24 o <10	<92% (si antecedente de EPOC con satO2 basal disminuida) <95%





PROTOCOLO
SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE
PACIENTES EN UNIDAD DE URGENCIA

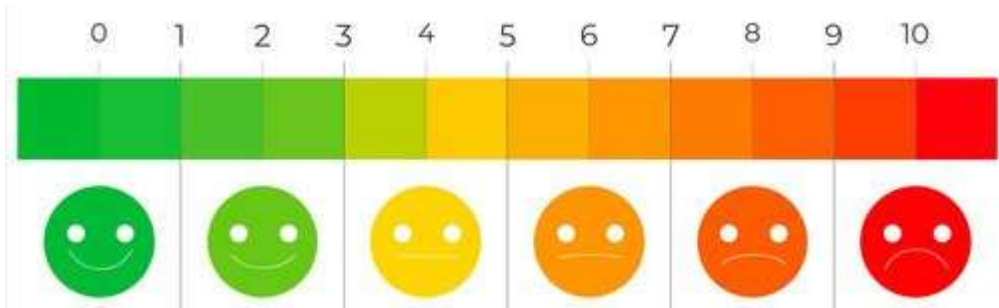
Código: AOC 1.2
Edición: 7
Fecha: 31-08-2026
Página 19 de 21
Vigencia: 31-08-2031

12.3 PAUTA DE SUPERVISIÓN CATEGORIZACIÓN DE USUARIOS EN URGENCIA

PAUTA DE SUPERVISIÓN AOC 1.2 CATEGORIZACIÓN DE USUARIOS URGENCIA										
DICIEMBRE 2025										
FECHA DE HOJA DAU SUPERVISADA										
SUPERVISOR										
RUT USUARIO DE HOJA DAU SUPERVISADO										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
CRITERIOS	1	Categorización es acorde a control de signos vitales								
	2	Existe registro de control de signos vitales en hoja DAU								
	3	Usuario es categorizado correctamente como C1 - C2 - C3 - C4 - C5 de acuerdo a criterios señalados en anexo 12,1 en protocolo sistema de categorización de pacientes en unidad de urgencia.								
CUMPLIMIENTO SI/NO										



12.3 ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR (EVA)



	PROTOCOLO SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES EN UNIDAD DE URGENCIA	Código: AOC 1.2 Edición: 7 Fecha: 31-08-2026 Página 21 de 21 Vigencia: 31-08-2031
---	---	--

12. PLANILLA DE ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO

Nº EDICIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN	RESPONSABLES
1	15/05/2013	Creación	Karem Duarte Enfermera Servicio de Urgencias
2	16/02/2016	Actualización, Desarrollo y modificación de indicadores	Dr. Egon Fassler Jefe de Servicio de Urgencias
3	17/10/2016	Actualización	Dr. Franklin González Lillo Jefe de Servicio de Urgencias
4	27/12/2018	Actualización	Dr. Javier Salinas Servicio de Urgencia Oriana Mora Contreras Enfermera Coordinadora
5	16/11/2023	Actualización de categorización y contenido en base a ESI	Nancy Marín Espinoza Enfermera Coordinadora
6	12/05/2025	Actualización de contenido e indicador	Dra. Gabriela Faccilongo Jefatura Urgencia Gabriela Encina Hidalgo Enfermera Coordinadora Urgencia
7	31/08/2026	Actualización de contenido e indicador	Dra. Gabriela Faccilongo Jefatura Urgencia Gabriela Encina Hidalgo Enfermera Coordinadora Urgencia

