

Implementación del triage obstétrico por enfermería: origen, liderazgo e impacto

Implementation of obstetric triage by nursing: origin, leadership and impact



Olivera-Carrasco H¹*

1. Coordinador de Enseñanza de Enfermería, Dirección General de Coordinación de Operaciones y Enlace Sectorial, Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, Ciudad de México, México.

RESUMEN

En los últimos años, el triage obstétrico ha emergido como una estrategia de atención crítica en la atención materna, permitiendo identificar de forma temprana condiciones que ponen en riesgo la vida de la mujer gestante y del feto. Este artículo presenta una revisión narrativa de la literatura científica nacional e internacional relacionada con la implementación del triage obstétrico en México, haciendo énfasis en el liderazgo de enfermería, la aplicación de protocolos normativos, el impacto en la calidad de la atención y los indicadores de mortalidad materna. En México, el Hospital General de Ecatepec "Las Américas" fue pionero en su implementación, estableciendo las bases para el actual Código Mater. La discusión incluye una comparación con otros modelos internacionales como el Obstetrical Triage Acuity Scale, (OTAS) canadiense y el Gothenburg Obstetric Triage System (GOTS) sueco, y similitudes y diferencias con respecto a los criterios de clasificación y el tiempo de respuesta. Además, se describe con más profundidad el rol del personal de enfermería en la evaluación inicial, aplicación de criterios clínicos, triage de pacientes y coordinación de acciones urgentes. Se incluyen elementos visuales que conectan los niveles de urgencia con los tiempos óptimos de atención implementados. La implementación del triage obstétrico ha demostrado mejoras en los tiempos de respuesta y atención clínica oportuna. La revisión crítica de las fuentes demuestra la importancia de la capacitación del personal, la estandarización de protocolos y el uso de herramientas clínicas en contextos de alta demanda. Se concluye que el liderazgo de enfermería en el triage obstétrico ha transformado la atención obstétrica urgente, incidiendo positivamente en la política pública, la seguridad perinatal y los sistemas de salud.

Palabras clave: enfermería; triage obstétrico; liderazgo; urgencias obstétricas

ABSTRACT

Obstetric triage is a key tool for improving patient care and safety in emergency settings. This article analyzes national and international scientific evidence on nursing leadership in the implementation of obstetric triage, with emphasis on its role in the timely detection of obstetric emergencies, the reduction of complications, and the transformation of maternal care policies. A narrative review was conducted based on primary and secondary sources, including descriptive studies, systematic reviews, institutional reports, regulatory guidelines, and clinical experiences implemented

Autor(a) de Correspondencia:

*Héctor Olivera Carrasco.
Coordinador de Enseñanza de Enfermería, Dirección General de Coordinación de Operaciones y Enlace Sectorial, Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, Ciudad de México.
correo electrónico: coordinacion.hfr21@gmail.com

Citar como:

Olivera-Carrasco, H. Implementación del triage obstétrico por enfermería: origen, liderazgo e impacto. *Rev CONAMED*. 2025;30(3):152-159.

Fecha de recepción:

23 de junio de 2025

Fecha de aceptación:

07 de agosto de 2025

between 2005 and 2024 in Mexico, Canada, Sweden, and other comparable contexts. Obstetric triage has been shown to significantly reduce response times and maternal mortality. In Mexico, the nursing-led model initiated at the General Hospital of Ecatepec "Las Américas" laid the foundation for the development of the Mater Code. International experiences confirm the effectiveness of triage as both an organizational and clinical strategy. The evidence supports the adoption of obstetric triage as public policy and recognizes nursing leadership as a catalyst for clinical innovation and a guarantor of quality and safety in obstetric care.

Keywords: nursing; obstetric triage; leadership; obstetric emergencies

INTRODUCCIÓN

La atención de la emergencia obstétrica es un componente crucial y complejo de los sistemas de salud, ya que afecta directamente la vida de las mujeres y sus productos. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que la mortalidad materna es un reflejo de las grandes barreras para acceder a atención materna de calidad, entre las que destacan fallos en el sistema de salud, determinantes sociales y desigualdades de género. Mejorar la salud materna requiere abordar estas barreras tanto en el ámbito sanitario como social. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud advierte que, si bien la región de las Américas ha avanzado en la reducción de la mortalidad materna, persisten desafíos significativos que requieren esfuerzos urgentes para garantizar que todas las mujeres tengan acceso a servicios de salud materna de calidad y oportuno.¹ En este contexto, el triage obstétrico ha surgido como una estrategia de atención clave que permite asignar prioridad a las pacientes según la gravedad de su estado clínico. A diferencia del triage convencional, esta modalidad requiere conocimiento específico de la fisiopatología del embarazo. Su implementación a cargo del personal de enfermería ha sido ampliamente investigada a nivel internacional en algunos países como Canadá (Escala OTAS) y Suecia (Sistema GOTS) en los últimos años; sin embargo, en México, su implementación ocurrió en 2006 como resultado de una estrategia local y se convirtió en una política nacional para la identificación oportuna de riesgos obstétricos en los servicios de emergencia hospitalaria.² Esta revisión busca analizar las contribuciones del liderazgo de enfermería en su implementación, basándose

en evidencia científica, protocolos normativos, experiencia institucional mexicana y su comparación con modelos de atención a nivel internacional.³ Procura documentar los esfuerzos realizados para disminuir la ocurrencia de eventos adversos y centinela y mejorar la calidad de la atención, así como las políticas públicas en salud materna.

DESARROLLO DEL TEMA

Se realizó una revisión narrativa integradora, con enfoque exploratorio, que incluyó literatura científica, documentos normativos y reportes institucionales publicados entre 2005 y 2024. Para apoyar la búsqueda se consultaron bases de datos como PubMed, SciELO y Google Scholar, empleando los descriptores: "triage obstétrico", "liderazgo en enfermería", "urgencias obstétricas", "Código Mater" y "mortalidad materna". Se analizaron experiencias clínicas de países como México, Canadá y Suecia, así como el Lineamiento Técnico "Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica" de la Secretaría de Salud. Además, se examinó la trayectoria del triage obstétrico desde su implementación en el Hospital General de Ecatepec "Las Américas", considerando variables como tiempos de atención, reducción de eventos adversos, desempeño de enfermería y replicabilidad institucional. La síntesis narrativa se destinó a integrar hallazgos relevantes en distintos contextos clínicos y normativos.

El Modelo de Triage Obstétrico del Hospital General de Ecatepec Las Américas, fue impulsado por los directivos de enfermería, Georgina Celio Ríos y Héctor Olivera Carrasco en colaboración con el Jefe de Ginecología y Obstetricia, José Alfredo Vite Vargas. En respuesta al creciente número de mujeres con emergencias obstétricas atendidas en el área de urgencias sin distinción alguna y la falta de identificación oportuna de signos y síntomas de riesgo.² Por lo tanto, se recomendó un modelo de triage de vía rápida para identificar signos de advertencia y priorizar tratamientos.² Durante su primera etapa, esta estrategia de atención se basó en la experiencia clínica y los registros de morbilidad obstétrica del estado,² permitiendo una importante disminución en los tiempos de detección de riesgos obstétricos con la participación del personal de enfermería.

En este triaje obstétrico, el personal de enfermería desempeña un rol crucial como el primer contacto clínico de la paciente. Es responsable

de la recepción de la paciente e iniciar el primer interrogatorio como elemento indispensable para la obtención de información sobre la sintomatología, realiza mediciones como signos vitales, aplica pruebas rápidas y utiliza criterios de clasificación objetivos basados en el motivo de consulta y los síntomas reportados. Esta clasificación permite una priorización segura y rápida de la atención y, en caso de emergencia, el personal de enfermería del hospital debe activar el Código Mater e informar inmediatamente al médico especialista. A su vez, el personal médico es responsable de la evaluación integral, el diagnóstico clínico y la

decisión terapéutica que puede incluir el ingreso hospitalario, tratamiento ambulatorio o referir a otra unidad de salud con capacidad resolutive. Por otra parte, el equipo de admisión organiza la admisión administrativa de la paciente y la apertura del expediente clínico para la trazabilidad del proceso y cumplimiento normativo. Esta colaboración interprofesional se plasmó en un procedimiento técnico, como se resume en la *Tabla 1*, que destaca la coordinación entre enfermería, medicina y servicios administrativos para proporcionar una atención obstétrica segura y efectiva.

Paso	Actividad	Responsable(s)
1	Recepción y acogida inicial. Se garantiza un trato digno y privacidad.	Enfermera/o
2	Interrogatorio clínico dirigido: motivo de consulta, edad gestacional, etc.	Enfermera/o
3	Valoración de signos vitales y auscultación fetal.	Enfermera/o
4	Clasificación de urgencia según síntomas y criterios clínicos establecidos en el modelo de triage obstétrico.	Enfermera/o
5	Notificación inmediata al médico si se identifica una emergencia (ej. sangrado, preeclampsia, eclampsia, trabajo de parto avanzado). Se activa Código Mater si aplica.	Enfermera/o y Médico gineco-obstetra
6	Atención médica especializada según clasificación. Diagnóstico y tratamiento.	Médico gineco-obstetra
7	Documentación completa en hoja de valoración y expediente clínico.	Enfermera/o y Médico
8	Reevaluación clínica periódica y monitoreo en sala de espera si procede.	Enfermera/o

Tabla 1. Procedimiento del Triage Obstétrico

Fuente. Elaboración propia con base de datos de Procedimiento del Triage Obstétrico.

Los criterios de clasificación del triage obstétrico permitieron priorizar la atención de acuerdo con la severidad del cuadro clínico de la paciente, reduciendo los riesgos materno-fetales,² y optimizando el uso de recursos institucionales. Los principales criterios de priorización se sustentaron con la presencia de signos y síntomas de alarma, tales como vasoespasmo, hemorragia transvaginal, dolor agudo, pérdida de líquido amniótico, disminución o ausencia de movimientos fetales, alteraciones en la presión arterial (hipertensión/hipotensión), frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura corporal.² De acuerdo a estos parámetros clínicos, las pacientes se clasifican

en cuatro niveles de prioridad: emergencia (rojo), urgencia (amarillo), urgencia menor (verde) y, sin urgencia (blanco) (*Tabla 2*). Cada nivel determina un tiempo máximo de respuesta: atención inmediata en casos de emergencia, entre 30 y 60 minutos para urgencias, entre 60 y 120 minutos para urgencias menores, y hasta 180 minutos en casos sin urgencia. Ante la identificación de una emergencia obstétrica, el personal de enfermería activa el Código Mater, lo que garantiza la pronta movilización del equipo multidisciplinario y el inicio inmediato del manejo clínico, priorizando la supervivencia materna y fetal.² El uso sistematizado y creciente de este modelo

	Factor	Rojo (emergencia)	Amarillo (urgencia)	Verde (urgencia menor)	Blanco (sin urgencia)
SÍNTOMAS	Datos de vasoespasmó	- Dolor en epigastrio - Visión borrosa - Hiperreflexia generalizada - Crisis convulsivas	- Cefalea - Acúfenos - Fosfenos - Edema generalizado	- Sin datos de vasoespasmó	Son motivos de consulta de importancia para la usuaria pero no representa una emergencia
	Pérdida hemática	Abundante	Moderada	Escasa	
	Dolor	>7	4-7	0-3	
	Pérdidas no hemáticas	Franca	Dudosa	Negativo	
	Movimientos fetales	Ausentes	Disminuidos	Presentes	
SIGNOS	Hipertensión arterial	≥160-110	≥130-90	Normotensión	
	Hipotensión arterial	≤80- 40	≤100-50	Normotensión	
	Temperatura	≥40°C	≥38°C	Eutermia	
	Frecuencia cardíaca	120 por minuto ≤50 por minuto	110-50 por minuto	60-80 por minuto	
	Frecuencia respiratoria	≥ 30 por minuto	24-30 por minuto	16-24 por minuto	
Asignación del nivel de prioridad se sujetará a los siguientes criterios:					
<ul style="list-style-type: none"> • Emergencia (Rojo). Paciente que presente uno o más de los síntomas y signos de esta columna, requerirá atención inmediata y se vocea Código Mater. • Urgencia (Amarillo). Paciente que presenta uno o más de los síntomas y signos de esta columna, será atendida por el médico especialista dentro de los primeros 30 a 60 minutos. • Urgencia menor (Verde). Paciente que presenta uno o más síntomas y signos de esta columna, será atendida por el médico especialista dentro de los primeros 60 a 120 minutos. • Sin urgencia (Blanco). Paciente que no presenta ninguno de los síntomas y signos de las tres columnas anteriores, será atendida por el médico especialista dentro de los primeros 120 a 180 minutos. 					

Tabla 2. Criterios de clasificación del Triage Obstétrico 2006.

Fuente. Elaboración propia con base de datos de criterios de clasificación del Triage Obstétrico 2006.

demonstró impactos sustantivos en la eficiencia del servicio como son, el tiempo promedio para evaluación inicial que pasó de 87 minutos a 5 minutos, mientras que el tiempo total de atención en consulta obstétrica se redujo de 37 a 9.9 minutos, y el de una emergencia calificada de 7.4 a 2.2 minutos,³ reflejando mejoras significativas en oportunidad diagnóstica y tratamiento oportuno.

Este modelo de triage obstétrico, posteriormente dio origen al Código Mater,³ para responder de manera inmediata y eficaz ante emergencias obstétricas con la participación del

equipo multidisciplinario. En 2008, este protocolo se formalizó en los hospitales del Instituto de Salud del Estado de México³ y, en 2016, la Secretaría de Salud lo adoptó como estrategia nacional a través del *Lineamiento Técnico para el Triage Obstétrico, Código Mater y el Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica*.³

Estos antecedentes han demostrado que, incluso con poco respaldo tecnológico y académico, el modelo mexicano demostró una optimización en los tiempos de respuesta, convirtiéndose en una innovación pionera en América Latina.³ En 2024 el Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control

de Enfermedades (CEVECE) reportó que, como resultado de la implementación de este protocolo, la razón de mortalidad materna del municipio de Ecatepec disminuyó de 76.4 a 46.7, por cada 100,000 nacidos vivos de 2005 a 2007, significando una reducción total del 38.8%.³

En la revisión de los modelos internacionales de triage obstétrico se encontraron similitudes en cuanto a su propósito general: garantizar la atención oportuna a mujeres con complicaciones obstétricas. El modelo canadiense *OTAS (Obstetrical Triage Acuity Scale)* y el sueco *GOTS (Gothenburg Obstetric Triage System)*, han sido ampliamente documentados en la literatura. *OTAS* implementado en 2010, clasifica a las pacientes en cinco niveles con base en criterios clínicos y fisiológicos, e integra flujos de atención rápida para condiciones como hemorragia, hipertensión o pérdida de bienestar fetal. Con ello se redujeron los tiempos de estancia y optimizó el uso de recursos, especialmente con la incorporación de protocolos de vías rápidas (fast-track).⁴ *GOTS*, por su parte en 2016, se originó en hospitales universitarios en Suecia y enfatizó algoritmos particulares, por ejemplo, ruptura prematura de membranas, preeclampsia y trabajo

de parto prematuro; con el fin de aumentar la eficiencia, la satisfacción del personal y la seguridad de los pacientes.⁵ La *Tabla 3* resume los diagnósticos "clave" de referencia, los signos de advertencia y los desencadenantes de juicio clínico utilizados por cada modelo para definir la prioridad de atención para cada paciente obstétrica.

A diferencia de estos modelos, el modelo mexicano destaca por su desarrollo en hospitales de alta demanda de servicios obstétricos, en contextos de recursos limitados, y por su liderazgo operativo a cargo de personal de enfermería. Mientras *OTAS* y *GOTS*, fueron diseñados por equipos multidisciplinarios académicos,^{4,5} el triage obstétrico mexicano se consolidó como una respuesta práctica, institucional y progresivamente oficializada mediante el Código Mater. Esta diferencia en origen no ha mermado su efectividad: los datos de reducción de tiempo de atención y mortalidad materna en México,² son comparables a los obtenidos en centros hospitalarios en Canadá y Suecia. En la *Tabla 3*, se puede observar el comparativo de las principales características de los tres modelos: Triage Obstétrico (México), *OTAS* (Canadá) y *GOTS* (Suecia).

Aspecto / Criterio clínico	Triage Obstétrico México	OTAS (Canadá)	GOTS (Suecia)
Año de implementación	2006 (HGELA); oficial en 2016	2010–2013	2016
Número de niveles de clasificación	4 niveles (rojo, amarillo, verde y blanco)	5 niveles	4 niveles (verde, amarillo, naranja, rojo)
Tiempo máximo de respuesta	Inmediato a 120 min	Inmediato a 120 min	Inmediato a 90 min según nivel
Personal que realiza el triage	Enfermería profesional con entrenamiento específico	Enfermería obstétrica con escala OTAS certificada	Enfermería obstétrica capacitada en GOTS
Condiciones clínicas priorizadas	Preeclampsia, eclampsia, hemorragia, sepsis	Hemorragia, pérdida de bienestar fetal, HTA	RPM, parto prematuro, preeclampsias
Presión arterial elevada / preeclampsia	≥160/110= Rojo, ≥130/90= Amarillo	Crisis hipertensiva, cefalea intensa, visión borrosa = nivel 2	≥160/110 mmHg = rojo o naranja
Hemorragia vaginal	Abundante= Rojo, Moderado= Amarillo	Sangrado activo = nivel 1 o 2 según estabilidad hemodinámica	Sangrado con/sin contracciones = rojo/naranja
Dolor abdominal intenso	Rojo	Súbito o progresivo = nivel 2–3	Considerado con dinámica uterina y signos vitales

Fiebre materna / sospecha de sepsis	≥40°C= Rojo, ≥38°C= Amarillo	Fiebre con SIRS = nivel 1 o 2	Fiebre con signos sistémicos = rojo
Ruptura de membranas	Franca= Rojo, Dudosa= Amarillo	RPM con fiebre o sin dinámica uterina = nivel 2 o 3	RPM sin trabajo de parto = amarillo o naranja
Convulsiones / eclampsia	Emergencia obstétrica = Rojo	Siempre nivel 1	Siempre rojo
Dolor torácico / disnea	Dolor >7 y taquipnea= Rojo, Dolor 4-7 y disnea= Amarillo	Dolor torácico y disnea = nivel 1	Saturación <90%, disnea severa = rojo
Movimientos fetales ausentes o disminuidos	Ausentes= Rojo, Disminuidos= Amarillo	Ausencia >2 h con historia previa = nivel 2	Disminución notoria = naranja o rojo

Tabla 3. Comparación internacional de modelos de triage obstétrico y criterios clínicos.

Fuente. Elaboración propia con base de datos de modelos de triage obstétrico y criterios clínicos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La evidencia analizada confirma que el triage obstétrico liderado por enfermería es una estrategia eficaz para mejorar la atención en salud materna. La reducción en los tiempos de valoración inicial, la identificación precoz de signos de alarma y la activación de rutas clínicas especializadas contribuyen a disminuir la morbilidad y mortalidad materna. La experiencia mexicana, en particular, demuestra que la innovación clínica no depende exclusivamente de tecnología avanzada, sino de la capacidad del recurso humano para reorganizar procesos asistenciales. El modelo del Hospital General de Ecatepec "Las Américas" se destacó no solo por sus resultados, sino por haber generado un cambio de política pública a nivel estatal y federal. La profesionalización del personal de enfermería, su participación en las decisiones estratégicas y su liderazgo en la ejecución de protocolos institucionales son elementos clave de este éxito. La integración del Código Mater y la estandarización del procedimiento han demostrado ser herramientas efectivas para garantizar la respuesta inmediata ante emergencias obstétricas. Sin embargo, se requieren estudios multicéntricos y evaluaciones longitudinales para confirmar la sostenibilidad del modelo en diferentes contextos hospitalarios y poblaciones, así como programas de formación continua.

El triage obstétrico representa una práctica basada en evidencia que mejora significativamente los procesos de atención y la seguridad materna. El liderazgo de enfermería ha sido determinante en la implementación, escalamiento y consolidación del modelo, tanto en México como en otros países. La experiencia nacional demuestra que incluso en contextos de alta demanda y limitaciones estructurales, es posible reducir las complicaciones perinatales mediante estrategias organizativas centradas en el juicio clínico y la capacidad de respuesta inmediata ante las emergencias. Se recomienda reforzar los programas de capacitación en triage obstétrico desarrollados para el personal de enfermería, fomentar la innovación local en modelos de clasificación clínica y asegurar el monitoreo continuo mediante sistemas de información confiable. El modelo mexicano ha demostrado ser un referente replicable en distintas regiones del país y de América Latina. Su potencial para incidir en políticas públicas de salud es evidente, así como en la mejora de la calidad asistencial y la reducción de eventos adversos y centinela en la atención a mujeres con emergencias obstétricas, aunque será necesario evaluar su sostenibilidad en el largo plazo.

Finalmente, se agradece al Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CEVECE) del Estado de México, por la publi-

cación de los antecedentes del Triage Obstétrico y del Código Mater en la revista CEVECE cerca de ti, así como proporcionar información estadística oficial que respalda los resultados obtenidos tras su implementación, particularmente en la reducción de la mortalidad materna.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). OPS destaca avances en la reducción de la mortalidad materna en las Américas, pero advierte sobre desafíos persistentes [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2025 abr 7 [citado el 10 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/news/7-4-2025-paho-highlights-reducing-maternal-mortality-americas-warns-persistent>
2. Miranda Guzmán I. Entérate. Rev CEVECE Cerca de Ti [Internet]. 2024;24(2):7-8. [citado el 10 de junio de 2025] Disponible en: https://cevece.edomex.gob.mx/sites/cevece.edomex.gob.mx/files/files/docs/rev_cerca_ti/revista24_2.pdf
3. Secretaría de Salud. Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica Lineamiento Técnico. Ciudad de México: Secretaría de Salud, 2016. [citado el 10 de junio de 2025] Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/131801/web_TriageObstetricoCM.pdf
4. Smithson DS, Twohey R, Watts N, Gratton RJ. The impact of standardized acuity assessment and a fast-track on length of stay in obstetric triage: a quality improvement study. *J Perinat Neonat Nurs*. 2016;34(4):310-318. [citado el 16 de julio de 2025] doi:10.1097/JPN.000000000000193. PMID: 27513609
5. Lindroos L, Korsoski R, Öhman MO, Elden H, Karlsson O, Sengpiel V. Improving assessment of acute obstetric patients - introducing a Swedish obstetric triage system. *BMC Health Serv Res*. 2021 Nov 6;21(1):1207. [citado el 16 de julio de 2025] doi: 10.1186/s12913-021-07210-9. PMID: 34742302; PMCID: PMC8572438
6. Gratton RJ, Bazaracai N, Cameron I, Watts N, Brayman C, Hancock G, Twohey R, AlShanteer S, Ryder JE, Wodrich K, Williams E, Guay A, Basso M, Smithson DS. Acuity Assessment in Obstetrical Triage. *J Obstet Gynaecol Can*. 2016 Feb; 38(2):125-33. [citado el 16 de julio de 2025] doi: 10.1016/j.jogc.2015.12.010. Epub 2016 Feb 28. PMID: 27032736
7. Alvarado Berrueta Rosa María, Arroyo Vázquez Margarita, Hernández Pérez Celeste, Vélez Calderón Marina, Márquez Torres Patricia. Manejo del Triage Obstétrico y Código Mater en el Estado de México. *Enferm. univ [revista en la Internet]*. 2012Jun;9(2):61-71. [citado el 17 de julio de 2025] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000200007&lng=es
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas Vitales y Mortalidad Materna 2005-2007. México: INEGI; 2008
9. Instituto de Salud del Estado de México. Guía Técnica para el Código Mater en unidades hospitalarias del ISEM. Toluca: ISEM; 2009
10. Freyermuth G, Luna M. Estrategias para reducir la mortalidad materna hospitalaria en el Estado de México. *Rev Asoc Mex Med Crít Int Terap*. 2009;23(1):16-24
11. Patra KP, De Jesus O. Sentinel Event. 2023 Mar 29. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. [citado el 16 de julio de 2025] PMID: 33232058
12. Moudi A, Iravani M, Najafian M, Zareiyan A, Forouzan A, Mirghafourvand M. Exploring the concept and structure of obstetric triage: a qualitative content analysis. *BMC Emerg Med*. 2020 Sep 15;20(1):74. [citado el 16 de julio de 2025] doi: 10.1186/s12873-020-00369-0. PMID: 32933481; PMCID: PMC7493847
13. Moudi A, Iravani M, Najafian M, Zareiyan A, Forouzan A, Mirghafourvand M. Obstetric triage systems: a systematic review of measurement properties (Clinimetric). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 May 6;20(1):275. [citado el 16 de julio de 2025] doi: 10.1186/s12884-020-02974-0. PMID: 32375808; PMCID: PMC7203833
14. Ramos MG. Mortalidad materna, ¿cambiando la causalidad el 2021? *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2022;68(1). [citado el 17 de junio de 2025] doi:10.31403/RPGO.V68I2407
15. Ramos M.G. Maternal mortality, changing causality in 2021? *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2022 Ene; 68(1): 00018. [citado el 17 de junio de 2025] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322022000100018&lng=es. Epub 24-Feb-2022. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v68i2407>

16. Rashidi-Fakari F, Simbar M, Safari S, Zadeh-Modares S, Alavi-Majd H. The Quality of the Maternity Triage Process: a Qualitative Study. *Adv J Emerg Med*. 2019 Oct 3;4(1): e6. [citado el 16 de julio de 2025] doi: 10.22114/ajem. v0i0.242. PMID: 31938775; PMCID: PMC6955035
17. Ruhl C, Garpiel SJ, Priddy P, Bozeman LL. Obstetric and fetal triage. *Semin Perinatol*. 2020 Jun;44(4):151240. [citado el 16 de julio de 2025] doi: 10.1016/j.semperi.2020.151240. Epub 2020 Mar 13. PMID: 32279833
18. Salinas Arnaut A, Villegas Jiménez M. Homologación del Código Mater/Oro y ERIO. Toluca: ISEM; 2009
19. Sesia P. Derechos humanos, salud y muerte materna: características, potencial y retos de un nuevo enfoque para lograr la maternidad segura en México. *Rev Andal Antropol*. 2013; 5:66-90
20. Veit-Rubin N, Brossard P, Gayet-Ageron A, Montandon CY, Simon J, Irion O, Rutschmann OT, Martínez de Tejada B. Validation of an emergency triage scale for obstetrics and gynaecology: a prospective study. *BJOG*. 2017 Nov;124(12):1867-1873. [citado el 16 de julio de 2025] doi: 10.1111/1471-0528.14535. Epub 2017 Mar 15. PMID: 28294509

Copyright © 2025 Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
Todos los derechos reservados

Olivera-Carrasco H. ORCID: 0000-0001-6721-0676

Conflicto de intereses:

El autor declara que no existen conflictos de interés personales, comerciales, financieros ni de otra índole que puedan influir en el contenido, resultados o interpretación del presente artículo.

Financiamiento: Este trabajo no recibió apoyo financiero de ninguna fuente pública, privada ni institucional.