



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PLANTEL OCOSINGO

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

VALORACIÓN DE UN PACIENTE EN URGENCIAS.

ALUMNA:

LESLIE SANDOVAL GARCIA

DOCENTE:

LIC. JOSÉ FRANCISCO FIGUEROA MENDEZ

1° GRUPO "A"

OCOSINGO, CHIAPAS

16/09/2020

VALORACIÓN DE UN PACIENTE DE URGENCIAS

De acuerdo al modelo de Virginia Henderson a la valoración se define como “necesidad fundamental todo aquello que es esencial al ser humano para mantener su vida y asegurar su bienestar, siendo concebida esta necesidad como un requisito más que como una carencia”. A la hora de aplicar el proceso de atención de enfermería es el modelo de Virginia Henderson que se fundamenta en su teoría de la existencia de las catorce necesidades básicas y fundamentales que comportan a todo ser humano y que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incluyendo en ellas dimensiones de tipo biofisiológico, psicológico, sociológico y cultural espiritual.

En la valoración se recogen, verifican y organizan datos ya sea subjetivos y objetivos de los procesos vitales de la persona contemplando todas sus dimensiones. Debe ser continua y la recogida de datos estandarizada sin que pierda flexibilidad, es decir, registrar lo necesario para detectar problemas y continuar así con las siguientes fases del proceso enfermero. De las catorce necesidades de Virginia Henderson se han descartado cinco:

- Necesidad de oxigenación
- Necesidad de eliminación
- Necesidad de moverse
- Necesidad de reposo y sueño
- Necesidad de termorregulación
- Necesidad de higiene y protección de la piel
- Necesidad de evitar peligros
- Necesidad de comunicación
- Necesidad de alimentarse
- Necesidad de vestirse
- Necesidad de valores y creencias
- Necesidad de trabajar y realizarse
- Necesidad de recrearse

La valoración consiste en una serie de acciones sistemáticas, organizadas y estudiadas, destinadas a identificar y obtener datos básicos relativos al estado de salud de la persona, familia y comunidad, los componentes:

- Realizar de la valoración exacta y continua de los problemas de salud de la persona, familia o comunidad
- Utilización de técnicas el estado de salud de la persona, familia o comunidad incluyendo sus recursos, capacidades, potencialidades y limitaciones
- Registro de la valoración, así como de las modificaciones periódicas que se vaya produciendo, de acuerdo al modelo conceptual adoptado
- Compartir los datos más relevantes con el resto del equipo

La aplicación de dichas escalas parte de un concepto básico en *triaje*: lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente. Ello hace posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico. Se acepta, en consecuencia, que las funciones del *triaje* deben ser:

- Identificación de pacientes en situación de riesgo vital.
- Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
- Asegurar la reevaluación de los pacientes que deben esperar.
- Decidir el área más apropiada para atender a los pacientes.
- Aportar información sobre el proceso asistencial.
- Disponer de información para familiares.
- Mejorar el flujo de pacientes y la congestión del servicio.
- Aportar información de mejora para el funcionamiento del servicio

CLASIFICACIÓN

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 5596 DE DICIEMBRE DEL 2015, EL MINISTERIO DE SALUD EXPLICA LA CALIFICACIÓN DEL TRIAGE ASÍ:

TRIAJE



Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exigen atención inmediata.

TRIAJE

II



La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

TRIAJE

III



La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

TRIAJE

VI



El paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.

TRIAJE

V



El paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general del paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.

BIBLIOGRAFIA

- Meriadeurgencias.com
- Enfermería de urgencia – es.slideshare.net
- Anales del Sistema Sanitario de Navarra, *versión impresa* ISSN 1137-6627, vol.33 supl.1 Pamplona 2010
- Michele de Freitas Neves Silva, Rev. Latino-Am. Enfermagem, Protocolo de evaluación y clasificación de riesgo de pacientes en unidad de emergencia
- <http://eps.coomewa.com.co/publicaciones.php?id=45364>