



Nombre de la alumna: López López Carmela

Nombre del profesor: Figueroa Méndez José francisco.

Nombre del trabajo: valoración de urgencias y emergencias.

Materia: Enfermería en urgencias y emergencias.

Grado: 6° Cuatrimestre

Grupo: "A"

Ocosingo, Chiapas a 19 de septiembre del 2020

Valoración del paciente en situaciones de urgencias o emergencias

La palabra triage proviene del término francés trier que significa seleccionar o escoger, elegir o clasificar y a la hora de utilizarse en SUH se refiere al proceso de recepción y acogida por parte del personal sanitario para su posterior clasificación en niveles de gravedad que determinan la prioridad en la atención, así como adaptar las necesidades del paciente al medio hospitalario derivándolo a donde mejor convenga, atendiendo a diversas variables como: disponibilidad de recursos, medio físico, demanda de atención en el servicio, etc.

Originalmente la palabra triage en la terminología sanitaria se refiere a la clasificación de los heridos y su ubicación en situaciones militares, desastres o catástrofes civiles.

Recepción y acogida de datos: el enfermo de triage es el primer miembro del personal sanitario que establece contacto con el paciente, debe identificarse ante él, explicarle el proceso al que va ser sometido y lo que se derivara del mismo. también debe explicarle algunas normas básicas del servicio: donde esperar, paso de familiares al interior etc.

Valoración: el enfermero de triage debe identificar el problema y motivo de consulta del paciente, así como una breve historia (antecedentes y alergias conocidas) y valoración de los signos y síntomas que presenta el paciente. En primer lugar, llevara a cabo una entrevista breve en las que tratara de saber lo que le pasa al paciente, desde cuando le viene sucediendo, las enfermedades que padece, el tratamiento que recibe y si le había sucedido antes.

Mientras realiza la entrevista el enfermero hará una rápida inspección general del paciente, para detectar situaciones que puedan poner la vida del paciente en peligro. Valoración al paciente si lo que se cree necesario para la posterior clasificación del paciente el estado respiratorio, circulatorio y neurológico. En algunos casos se hará necesario la toma de constantes signos vitales (FC, TA), glucemia capilar, se recomienda la utilización de pulsioxímetro de mano.

Clasificación: el triage de enfermería se hará siempre en base a signos y síntomas manifestados por el paciente y no en base a diagnósticos médicos o sospechas médicas diagnósticas.

Nivel I rojo: Emergencia o riesgo vital inminente. Pacientes que no superan la valoración ABC (vía aérea, ventilación y circulación). Su atención debe ser inmediata. Presenta cianosis central y periférica, palidez grisácea, livideces, frialdad acra. Respiración ausente, lenta o superficial. Sin pulsos periféricos o muy débiles, bradicardia y TA imperceptible, inconsciente y poco o nada reactivo.

Nivel II amarillo: paciente agudo crítico, paciente que superan la valoración ABC, vía aérea, ventilación y circulación.

Pasan a box de reanimación o consulta adecuada (trauma en caso de accidente, general para EKG en caso de dolor torácico.). los signos apreciables en este nivel serian:

-impresión general de gravedad

-Piel y mucosas –palidez, cianosis, petequias, hipoperfusión periférica, respiración, disnea, taquipnea, ruidos respiratorios, triage costal, aumento de trabajo respiratorio, estridor.

-circulación, taquicardia, bradicardia, pulso filiforme.

-neurológico – confusión, estupor, obnubilación, agitación, ansiedad. En este nivel podrían encuadrar, coma, estatus convulsivos, hemorragia digestiva alta inestable.

Nivel III verde: agudo no crítico. Se recomienda aquellos procesos agudos estables, no críticos. No deberían esperar más de 30 minutos.

Nivel IV blanco: son aquellos usuarios que presentan procesos banales y pueden requerir asistencia médica, pero no urgente.

Distribución según niveles de gravedad:

Paciente rojo o paciente crítico: será acompañado rápidamente al Box de críticos o reanimación alertando al resto del personal de la llegada, así mismo se irán tomando las primeras medidas para su estabilización.

Paciente amarillo o agudo inestable: se deriva según su gravedad o disponibilidad del servicio al Box de críticos o a un Box general.

Paciente verde o agudo estable: se deriva a un Box general o la consulta rápida dependiendo de su estado.

Paciente blanco o de patología banal: el paciente será atendido en la consulta rápida por el medico encargado de la misma con la ayuda de la enfermera de triage cuando sea preciso.