

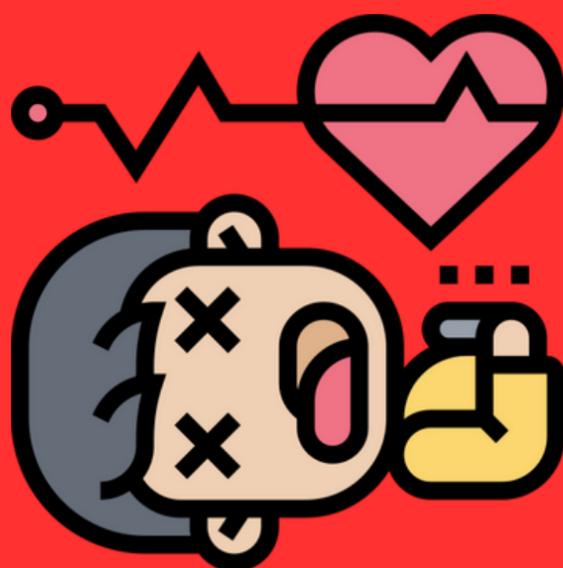
TRIAGE DE URGENCIAS

EMMANUELGALDAMEZ

RESUCITADO

La condicion clinica del paciente representa un riesgo vital. Atencion inmediata.

Ejemplos: Paro cardiaco y estado de inconsciencia



EMERGENCIA

La condicion es grave y puede evolucionar hacia un rapido deterioro de la muerte. Atencion inmediata o que no supere a los 30 minutos.

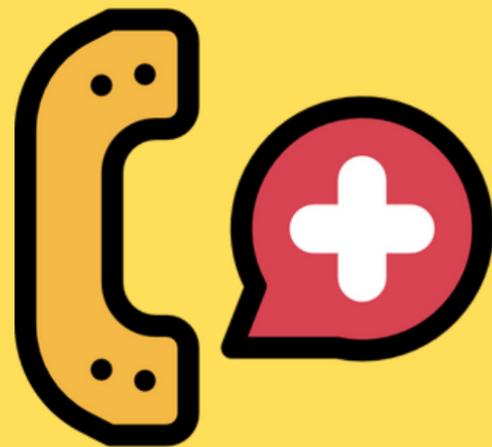
Ejemplos: Sangrado abundante , paciente con dolor en pecho, fractura expuesta, sangrado a cualquier nivel y violencia de abuso



URGENCIA

La condicion clinica del paciente es menos grave, pero requiere de medidas diagnosticas y terapeuticas en urgencias

Ejemplos: Diarrea vomito persistente con deshidratacion, sangre de la orina, heridas que necesitan puntos en organos no vitales



URGENCIA MENOR

El paciente representa condiciones medicas que no representan un riesgo evidente para la vida la vida. No obstante. existen riesgos de complicacion o secuelas de la enfermedad o lesion si no recibe la atencion correspondiente

Ejemplo: Cuadros gastrointestinales



SIN URGENCIA

El paciente representa una alteracion aguda o cronica que no perjudica su estado de salud en general, pero requiere atencion. sera atendido despues de los pacientes con triage

Ejemplo: Dolor de garganta y picaduras de insectos



HABLEMOS SOBRE HISTORIA CLINICA

EN URGENCIAS



EL INFORME CLÍNICO DE URGENCIAS CONSTITUYE UN DOCUMENTO ESENCIAL EN MEDICINA. EN ÉL SE REFLEJA EL MOTIVO DE CONSULTA, LA ANAMNESIS, LA EXPLORACIÓN FÍSICA, LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS SI SE HAN REALIZADO, EL DIAGNÓSTICO, EL TRATAMIENTO ADMINISTRADO, LAS RECOMENDACIONES AL ALTA Y EL DESTINO DEL PACIENTE.

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

EN LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA ES EL ADMINISTRATIVO QUIEN INTRODUCE LOS DATOS DEL ENFERMO EN EL PORTAL INFORMÁTICO, Y ESTOS SON VOLCADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA UNA VEZ QUE EL MÉDICO ABRE EL EPISODIO DE URGENCIAS. SIEMPRE DEBE COMPROBARSE QUE LOS DATOS SE CORRESPONDEN CON LA IDENTIDAD DEL ENFERMO.



MOTIVO DE CONSULTA

SÍNTOMA O SIGNO POR EL QUE EL ENFERMO ACUDE A URGENCIAS. GENERALMENTE QUEDA REFLEJADO EN LA HISTORIA EN EL MOMENTO

ANAMNESIS

VA A CONSTITUIR EL RELATO CRONOLÓGICO Y REAL DEL MOTIVO DE CONSULTA A TRAVÉS DEL RELATO DEL ENFERMO Y DE LAS PREGUNTAS QUE SE LE FORMULEN.

EXPLORACION FISICA

Recoge todos los datos obtenidos después de realizar una exploración completa al enfermo, de la cabeza a los pies.

Tener rigor técnico en los registros: los datos contenidos en ella deben ser incluidos con criterios objetivos y científicos.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

SE RECOGEN LOS RESULTADOS DE LA ANALÍTICA SOLICITADA, DE RADIOLOGÍA, ELECTROCARDIOGRAFÍA O DE CUALQUIER OTRA PRUEBA DIAGNÓSTICA REALIZADA

SE RECOGEN TODAS LAS ACTUACIONES LLEVADAS A CABO, ASÍ COMO LOS CAMBIOS EXPERIMENTADOS POR EL PACIENTE A CONSECUENCIA DE ELLAS, DESDE QUE SE VALORA AL ENFERMO EN CONSULTA HASTA SU ALTA, DERIVACIÓN O INGRESO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

HA DE SER EXPRESADO DE FORMA QUE EL PACIENTE LO PUEDA ENTENDER CLARAMENTE.

SON MUY VALORADAS A LA HORA DE EVALUAR LA CALIDAD DE UNA HISTORIA CLÍNICA. AL QUEDAR ESCRITAS POR EL MÉDICO, EL PACIENTE NO TIENE QUE HACER USO DE LA MEMORIA PARA RECORDARLAS. ADEMÁS, SUPONE UNO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE.

A TRAVÉS DE LA INFORMACIÓN QUE APORTA EL ENFERMO («SU RELATO DE SU ENFERMEDAD») MÁS LAS PREGUNTAS QUE SE LE FORMULEN, SE PUEDE ORIENTAR EL CASO EN MÁS DE UN 80% DE LAS OCASIONES, LO QUE PERMITE UNA EXPLORACIÓN FÍSICA ORIENTADA Y DIRIGIDA, ASÍ COMO LA ADECUADA INDICACIÓN DE EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS, SI SON NECESARIAS.