**HOJA DE VALORACION EN EL TRIAGE**

**CONCEPTO.**

Documento técnico normativo que establece los criterios de valoración de Triage en el área de urgencias, proporcionando una guía sistematizada de la atención, permitiendo con esto garantizar la calidad en la atención y la seguridad del paciente.

**OBJETIVO:**

Proporcionar la herramienta necesaria al personal de enfermería, que le permita realizar una adecuada valoración de Triage, así como una correcta toma de decisiones al momento de brindar una atención inmediata al paciente.

**MARCO NORMATIVO**

* NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
* Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
* Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
* Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
* Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.
* Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
* Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental, Salud ambiental, Residuos peligrosos biológico-infecciosos, Clasificación y especificaciones de manejo.
* Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.
* DOF: 08/09/2017 ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

**POLÍTICAS.**

* Este instrumento se empleará durante la atención de todo paciente que ingrese en el área de triage de urgencias de Ortopedia, que permita identificar y priorizar la atención, de acuerdo con la emergencia o urgencia de su atención.
* El llenado de la hoja se deberá apegar al instructivo y solo se plasmarán datos de relevancia en el apartado de observaciones.
* Las y los jefes y/o encargados de servicio tendrán que verificar la veracidad de la información recibida con la finalidad de favorecer la comunicación asertiva.
* En caso de que el paciente no ingrese al área de valoración, y sea egresado a su domicilio, la consulta externa del INR LGII o a otra unidad, el documento se resguardará en el área del Triage, para que al día siguiente sea resguardado por el jefe de servicio o encargada para capturar y enviar al archivo para su escaneo.
* En el área de valoración en caso de egresar al paciente a su domicilio, consulta externa del INR LGII u otra unidad el documento será resguardado en la central de enfermería para que al día siguiente la jefa de servicio o encargada recoja para su captura y enviar al archivo para su escaneo.
* En caso de que el paciente en el área de valoración decidan ingresarlo a hospitalización el documento será integrado al expediente.
* Los registros deben realizarse con letra legible y clara, utilizado los códigos y abreviaturas estipuladas.
* Todas las anotaciones deben hacerse con el color de la tinta correspondiente a cada turno.
* En caso de error se deberá elaborar nuevamente la hoja ya que no se permiten tachaduras, borraduras o enmendaduras.

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HOJA DE VALORACION DE TRIAGE.**

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| FECHA | Registre la fecha en que se realiza la valoración. |
| NOMBRE DEL PACIENTE | Registre el nombre completo del paciente iniciando con apellidos y nombre. |
| NÚMERO DE REGISTRO | Escriba el número de registro completo asignado por el instituto. |
| EDAD | Registre número de años cumplidos. |
| SEXO | Marcar con una “x” el sexo del paciente. |
| FECHA DE NACIMIENTO | Registre la fecha de nacimiento (día, mes y año) completo del usuario, en números arábigos. |

**VALORACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| HORA | Se anota la hora en que el paciente ingresa al área del Triage para su valoración, en formato de 24 horas. |
| PESO | Registrar el peso del paciente en kilogramos. |
| TALLA | Registrar la talla del paciente en metros. |
| ESCALA DEL DOLOR | Se realiza y registra una valoración de acuerdo a la escala visual análoga (EVA) de dolor, evaluando con 0 a dolor nulo y 10 un dolor muy intenso. |
| ALERGIAS | Averiguar de forma directa mediante interrogatorio o indirecta mediante familiares o acompañante si el paciente tiene alergia a algún medicamento u alimento. Si no se tienen alergias se marcara como negadas. |
| COMORBILIDADES | Interrogar de forma directa o indirecta si el paciente presenta alguna comorbilidad, como enfermedades crónico degenerativas, inmunológicas, traumas, etc. Así como tiempo de evolución. |
| AYUNO | Interrogar al paciente de manera directa o indirecta a qué hora ingirió su último alimento. |
| GLUCOSA | Si el paciente o familiar refieren padecer de diabetes mellitus o se sospecha de desequilibrio metabólico se realizará una prueba de glucosa en sangre mediante tira reactiva (glucometria capilar) expresándola en mg/dl. |
| TEMPERATURA | Registrar temperatura corporal en grados centígrados. |
| SPO2 | Anotar la saturación de oxígeno cuantificada mediante oximetría de pulso en porcentaje. |
| FRECUENCIA CARDIACA. | Registrar la frecuencia cardiaca del paciente expresada en latidos por minuto. |
| FRECUENCIA RESPIRATORIA | Registrar la frecuencia respiratoria expresada en resp/ min. |
| TENSIÓN ARTERIAL. | Registrar el resultado de la toma de tensión arterial expresada en mm/hg. |
| OBSERVACIONES | En caso de que el paciente refiera algún padecimiento crónico degenerativo registrar el tratamiento que lleva.  Registrar algún dato que se considere importante para el tratamiento que no esté en la hoja de valoración. |
| VALORACIÓN DE ENFERMERÍA | Describir de manera breve síntomas que presenta el paciente, así como mecanismo de lesión. |

**MEDICAMENTO DEL TRIAGE**

|  |  |
| --- | --- |
| MEDICAMENTO TRIAGE | Registre en nombre del medicamento y dosis indicada en mg., ml, gr etc. (con opción de registrar dos medicamentos en caso necesario) “Este rubro lo requisará el médico” |
| VIA | Marque con una x la vía de ministración del medicamento. |
| HORA DE MINSTRACIÓN | Registrar la hora de ministración de cada medicamento registrado. |
| MÉDICO QUE INDICA Y NO. DE CÉDULA | Médico responsable del Triage deberá registrar su nombre completo y firma así como su número de cédula profesional. |
| ENFERMERA QUE MINISTRA Y CÉDULA | Registrar el nombre del personal de enfermería responsable del área del Triage, así como de su número de cédula profesional. |
| MEDICAMENTO VALORACIÓN | Solo se registrará si en el área de valoración el médico decide indicar ministrar algún medicamento, registrando el nombre del medicamento y la vía de ministración (con opción de registrar dos medicamentos en caso necesario) |
| NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE INDICA Y NO. DE CÉDULA | Médico responsable del área de valoración deberá registra su nombre completo y firma, así como su número de cédula profesional. |
| INSUMOS | Registre los insumos utilizados para la ministración del medicamento (os) así como el material utilizado en caso de colocar algún tipo de inmovilización. |

|  |  |
| --- | --- |
| DOMICILIO  OTRA UNIDAD  CONSULTA EXTERNA  DEL INR LGII  URGENCIAS VALORACIÓN | Marcar con una “X” el lugar de procedencia donde egresaron al paciente. |
| CÚBICULO | En caso de egresar al paciente al área de valoración registrar el número de cubículo en el que fue instalado |
| ENFERMERA DEL TRAIGE | Anotar el nombre del personal de enfermería responsable del área del Triage. |

**EGRESO DEL TRIAGE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | FECHA: / / | | | |
| NOMBRE DEL PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NÚMERO DE REGISTRO: | | | | | | EDAD: | | | SEXO: ( F ) ( M ) | | | | FECHA DE NACIMIENTO: | | | | | |
| **VALORACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HORA: | | | | PESO: KG. | | | TALLA: MTS. | | | | ESCALA DE DOLOR: \_\_\_\_\_\_\_/10 | | | | | | | |
| ALERGIAS: | | | | | COMORBILIDADES: | | | | | AYUNO: | | | | | | | GLUCOSA: MG/DL | |
| TEMP: °C | | SpO2: % | | | FC: X’ | | | FR: X’ | | TA: / MM/HG | | | | OBSERVACIONES: | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VALORACIÓN DE ENFERMERIA: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MEDICAMENTO TRIAGE** | | | **HORA DE MINISTRACIÓN** | | **NOMBRE Y FIRMA DEL**  **MÉDICO QUE INDICA Y NO. DE CÉDULA** | | | | | | | **MEDICAMENTO VALORACIÓN** | | | | **NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE INDICA Y NO. DE CÉDULA** | | |
|  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| **VIA IM ORAL IV** | | |  | | **NOMBRE Y FIRMA DE ENFERMERA QUE MINISTRA Y NO. DE CÉDULA** | | | | | | | **VIA IM ORAL IV** | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | |  | |
| **VIA IM ORAL IV** | | |  | | **VIA IM ORAL IV** | | | |
| **INSUMOS:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EGRESO DEL TRIAGE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DOMICILIO: ( ) OTRA UNIDAD: ( ) CONSULTA EXTERNA: ( ) URGENCIAS VALORACIÓN: ( )    CÚBICULO: HORA: ENFERMERA DEL TRIAGE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Aviso de Privacidad: El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, garantiza el derecho que tiene toda persona a la protección de sus datos personales recabados en este formulario, los cuales serán de uso exclusivo para la Hoja de Valoración en el Triage, como lo establece el art. 25 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.



**DIRECCION QUIRÚRGICA   
 SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA  
 SERVICIO DE URGENCIAS  
HOJA DE VALORACIÓN EN EL TRIAGE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | FECHA: / / | | | |
| NOMBRE DEL PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NÚMERO | | | | | | EDAD: | | | SEXO: ( F ) ( M ) | | | | FECHA DE NACIMIENTO: | | | | | |
| **VALORACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HORA: | | | | PESO: KG. | | | TALLA: MTS. | | | | ESCALA DE DOLOR: \_\_\_\_\_\_\_/10 | | | | | | | |
| ALERGIAS: | | | | | COMORBILIDADES: | | | | | AYUNO: | | | | | | | GLUCOSA: MG/DL | |
| TEMP: °C | | SpO2: % | | | FC: X’ | | | FR: X’ | | TA: / MM/HG | | | | OBSERVACIONES: | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VALORACIÓN DE ENFERMERIA: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MEDICAMENTO TRIAGE** | | | **HORA DE MINISTRACIÓN** | | **NOMBRE Y FIRMA DEL**  **MÉDICO QUE INDICA Y NO. DE CÉDULA** | | | | | | | **MEDICAMENTO VALORACIÓN** | | | | **NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE INDICA Y NO. DE CÉDULA** | | |
|  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| **VIA IM ORAL IV** | | |  | | **NOMBRE Y FIRMA DE ENFERMERA QUE MINISTRA Y NO. DE CÉDULA** | | | | | | | **VIA IM ORAL IV** | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | |  | |
| **VIA IM ORAL IV** | | |  | | **VIA IM ORAL IV** | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EGRESO DEL TRIAGE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DOMICILIO: ( ) OTRA UNIDAD: ( ) CONSULTA EXTERNA: ( ) URGENCIAS VALORACIÓN: ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | FECHA: / / | | | |
| NOMBRE DEL PACIENTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NÚMERO DE REGISTRO: | | | | | | EDAD: | | | SEXO: ( F ) ( M ) | | | | FECHA DE NACIMIENTO: | | | | | |
| **VALORACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HORA: | | | | PESO: KG. | | | TALLA: MTS. | | | | ESCALA DE DOLOR: \_\_\_\_\_\_\_/10 | | | | | | | |
| ALERGIAS: | | | | | COMORBILIDADES: | | | | | AYUNO: | | | | | | | GLUCOSA: MG/DL | |
| TEMP: °C | | SpO2: % | | | FC: X’ | | | FR: X’ | | TA: / MM/HG | | | | OBSERVACIONES: | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VALORACIÓN DE ENFERMERIA: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MEDICAMENTO TRIAGE** | | | **HORA DE MINISTRACIÓN** | | **NOMBRE Y FIRMA DEL**  **MÉDICO QUE INDICA Y NO. DE CÉDULA** | | | | | | | **MEDICAMENTO VALORACIÓN** | | | | **NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE INDICA Y NO. DE CÉDULA** | | |
|  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | |
| **VIA IM ORAL IV** | | |  | | **NOMBRE Y FIRMA DE ENFERMERA QUE MINISTRA Y NO. DE CÉDULA** | | | | | | | **VIA IM ORAL IV** | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | |  | |
| **VIA IM ORAL IV** | | |  | | **VIA IM ORAL IV** | | | |
| **INSUMOS:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EGRESO DEL TRIAGE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DOMICILIO: ( ) OTRA UNIDAD: ( ) CONSULTA EXTERNA: ( ) URGENCIAS VALORACIÓN: ( )    CUBÍCULO: HORA: ENFERMERA DEL TRIAGE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Aviso de Privacidad: El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, garantiza el derecho que tiene toda persona a la protección de sus datos personales recabados en este formulario, los cuales serán de uso exclusivo para la Hoja de Valoración en el Triage, como lo establece el art. 25 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.