

PROTOCOLO DE RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS DEL HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR

AUTORES:

Porcel Gálvez, AM*; Serrano López, F*; Pineda, A**; López Márquez, A*; Yeste Díaz, I*; Valencia Jiménez, M*; Caño Molina, S*.

*Enfermeras grupo Rac Hospital Alto Guadalquivir.

**Facultativo especialista en Medicina de Familia Hospital Alto Guadalquivir.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS DE LA CONSULTA DE RAC.
3. UBICACIÓN Y DOTACIÓN DE LA CONSULTA DE RAC.
4. DINÁMICA RAC.
5. CRITERIOS NORMATIVOS.
6. MAPA DE COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS.
7. OTROS PROFESIONALES EN LA RAC.
8. REGISTRO DE RAC
9. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN.

El Hospital Alto Guadalquivir se caracteriza por su visión en el Ciudadano como centro de atención y eje fundamental sobre el que gira toda la Organización.

La necesidad de establecer criterios homogéneos para dar una respuesta adecuada en términos de eficiencia, efectividad y calidad frente a la demanda sanitaria de los usuarios en nuestra Unidad de Urgencias y siguiendo las Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SSEUE) nos lleva en el año 2000 a desarrollar el **Protocolo de Recepción Acogida y Clasificación de Pacientes en Urgencias**, revisado periódicamente por un equipo multidisciplinar compuesto principalmente de enfermeros que desarrollamos nuestra labor asistencial de forma permanente en base a la atención urgente al paciente.

Con ello pretendemos garantizar una atención individualizada, delimitando de forma inmediata una atención prioritaria de nuestros pacientes.

ELABORACIÓN: NOV-2000	
Histórico de revisiones.	
Fecha	Modificación
NOV-2002	NIVELES CATEGORIZACIÓN.
MAR-2005	NIVELES CATEGORIZACIÓN.

PROTOCOLO DE RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS DEL HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR

2. OBJETIVOS DE LA CONSULTA DE RAC

a) **Recibir y acoger al ciudadano:**

Identificar y recibir a la persona que demanda asistencia.

b) **Evaluación clínica rápida:**

Se realiza una anamnesis rápida del paciente, que se basará tan solo en aquellos puntos que nos permitan formarnos una opinión sobre la gravedad del cuadro y la necesidad de atención más o menos inmediata.

c) **Realización de intervenciones enfermeras:**

Son necesarias determinadas intervenciones enfermeras y técnicas diagnósticas para poder encuadrar al paciente dentro de un marco de prioridad desde un punto de vista de la valoración de su problema. Durante esta evaluación se pueden solicitar otro tipo de pruebas complementarias que son claramente necesarias para el diagnóstico final del paciente por parte del facultativo, basándose en protocolos consensuados, agilizando así el proceso.

También se aplicarán cuidados necesarios ya desde esta consulta, como un vendaje en una herida sangrante, medios físicos en caso de fiebre, cabestrillos e inmovilizaciones provisionales a la espera de estudios radiológicos, apoyo psicológico-emocional, contacto terapéutico, etc.

d) **Establecer prioridad asistencial:**

Fruto de los pasos anteriores podremos delimitar la gravedad del cuadro por el cual acude el paciente con unos datos objetivos y con la información que este nos da, estableceremos así una prioridad asistencial

e) **Informar al paciente:**

El enfermero es el primer contacto con personal sanitario que encuentra el paciente. Será nuestra tarea informarlo desde el principio del funcionamiento de la unidad y del circuito que probablemente seguirá en función de su patología y de las pruebas que se le soliciten de esta forma el paciente se siente mejor atendido y más seguro

Facilitamos al paciente y a sus familiares una aproximación humana y profesional al problema planteado como demanda asistencial en todo su contexto, aportándoles estabilidad y confort y prestando ayuda emocional y psicológica predisponiendo así al paciente hacia una actitud terapéutica positiva.

PROTOCOLO DE RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS DEL HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR

3. UBICACIÓN Y DOTACIÓN DE LA CONSULTA DE RAC.

La ubicación de la consulta será un lugar estratégico dentro de la unidad de Urgencias. Debe de permitir un fácil y rápido acceso de los pacientes siendo siempre el lugar de su primera toma de contacto con el personal sanitario.

En cuanto a recursos materiales dispondrá de todo aquel equipo necesario de ayuda a la priorización del paciente e intervenciones enfermeras: camilla de exploración, termómetros....

4. DINÁMICA RAC.

El paciente que consulta en nuestra Unidad será atendido en la consulta RAC por una enfermera cualificada.

Pasará a la consulta acompañado de un familiar y conducido por el celador.

En consulta Rac se realiza una evaluación clínica breve y concisa del paciente, con el fin de obtener la información necesaria para determinar la prioridad asistencial.

Posteriormente el paciente según prescripción enfermera será conducido a la sala de espera que se indique, sala de curas, Paritorio, box de críticos,..., etc.

Es importante que la enfermera que entrevista en esta consulta lo haga durante un periodo de tiempo prolongado para aportar continuidad. De esta forma adquirimos una visión global de todos los clientes que han llegado durante el turno, pudiendo estar pendientes de posibles retrasos en su atención u otro tipo de anomalías, ya que es la única persona que conoce el problema de todos los pacientes que están esperando.

Las fases de la entrevista clínica están íntimamente relacionadas y serían las siguientes:

a) Interrogatorio:

?? Motivo de consulta: Descripción del cuadro y su sintomatología, delimitándolo para formarnos una opinión de su gravedad.

?? Temporalización: Determinamos si es un cuadro agudo o una afectación crónica, o crónica descompensada...

?? Datos de interés relacionados con el motivo de consulta: de toda esta guía de datos o puntos en los que nos podemos fijar y valorar, tan solo abordaremos aquellos que estén relacionados con el motivo de consulta del paciente y sean pertinentes y de ayuda en la priorización

b) Inspección:

?? Búsqueda de signos de gravedad. Al igual que en el punto anterior, tan sólo nos detendremos en aquello que tenga relación con el motivo de consulta y que nos ayude a priorizar.

?? Realizaremos una inspección del paciente siguiendo el Modelo de Necesidades de Virginia Henderson.

PROTOCOLO DE RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS DEL HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR

c) Intervenciones Enfermeras:

- ?? Constantes vitales
- ?? Petición de determinados estudios:
 - Rx simple: Según protocolo de diagnóstico por imagen.
 - Analítica de orina.
 - EKG.
- ?? Otras técnicas: vendajes e inmovilizaciones provisionales, lavados oculares urgentes, medios físicos en hipertermias, vendajes compresivos en puntos sangrantes, hielo,...

d) Establecer la prioridad asistencial:

La clasificación se determina en función del grado de gravedad de los síntomas y permite evitar el retraso que podría perjudicar al usuario.

Esta última revisión del protocolo toma como referencia la Canadian Triage Acuity Scale (CTAS), estableciéndose por tanto cinco niveles de clasificación atendiendo a los motivos de consulta de los pacientes. Los niveles establecidos son los siguientes:

?? **Prioridad 1. Resucitación. (P1)**

Requiere intervención inmediata. Tiempo de espera 0 minutos.

?? **Prioridad 2. Emergencia. (P2)**

Emergencia, condiciones que entrañan un potencial compromiso vital o funcional, requiere una intervención rápida; la espera no debe pasar 15 minutos.

?? **Prioridad 3. Urgencia. (P3)**

Hay riesgo potencial de deterioro a corto tiempo; situaciones que pueden derivar a un problema más serio que requiera una situación emergente, la espera no debe pasar 30 minutos.

?? **Prioridad 4. Urgencias menores. (P4)**

Urgencias menores, situaciones que puedan complicarse o deteriorarse, por la edad u otros motivos, sino se atienden antes de 60 minutos.

?? **Prioridad 5. Situaciones no urgentes. (P5)**

Situaciones no Urgentes, no hay potencial de deterioro; la espera no es un factor de riesgo, hay que volver a reevaluarlo en 2 horas.

Cuando transcurrido el tiempo máximo de espera para un paciente en función de su prioridad asistencial aún no ha sido atendido por el médico responsable de su asistencia o bien cuando la situación de partida del paciente ha cambiado sustancialmente se debe realizar una **reevaluación** para volver a establecer una nueva prioridad asistencial.

NIVEL	TIPO DE URGENCIA	ASISTENCIA
I	<p>Resucitación.</p> <p>Condiciones que entrañen un compromiso vital o un inminente riesgo de deterioro que requiere una atención agresiva inmediata. Tiempo de espera 0 minutos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Requiere intervención inmediata. - RCP o Reanimación inmediata.
II	<p>Emergencia.</p> <p>Condiciones que entrañan un potencial compromiso vital o funcional, requiere una intervención rápida; la espera no debe pasar 15 minutos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estabilización hemodinámica - Exploración inmediata - Aproximación diagnóstica - Pruebas diagnósticas inmediatas - Tratamiento sintomático hasta diagnóstico definitivo
III	<p>Urgencia.</p> <p>Hay riesgo potencial de deterioro a corto tiempo; situaciones que pueden derivar a un problema más serio que requiera una situación emergente, la espera no debe pasar 30 minutos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Control hemodinámico - Exploración urgente - Aproximación diagnóstica - Pruebas diagnósticas urgentes - Tratamiento sintomático hasta diagnóstico definitivo
IV	<p>Urgencias Menores.</p> <p>Situaciones que puedan complicarse o deteriorarse, por la edad u otros motivos, sino se atienden antes de 60 minutos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prevención de riesgos - Exploración rápida - Pruebas diagnósticas rápidas - Medidas de prevención de riesgos
V	<p>Situaciones No Urgentes.</p> <p>No hay potencial de deterioro; la espera no es un factor de riesgo, hay que volver a reevaluarlo en 2 horas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Historia clínica - Pruebas diagnósticas en plazos razonables - Espera en salas generales - Valoración de riesgos - Derivación a atención primaria para diagnóstico y tratamiento.

5. CRITERIOS NORMATIVOS.

- ☞ Los pacientes en edad pediátrica esperarán en la sala de espera especialmente habilitada para ellos. Se permitirá que permanezcan con dos acompañantes a los pacientes cuya edad no supere los 14 años.
- ☞ Al resto de pacientes mayores de 14 años se les permitirá que permanezcan con un acompañante.
- ☞ Los profesionales se reservan el derecho a modificar el número de acompañantes por motivos asistenciales.
- ☞ La prioridad de la enfermera Rac es la gestión de cuidados desde la consulta Rac de los pacientes que demandan de su atención y en segundo lugar cuando la afluencia de pacientes a la consulta lo permita, la realización del resto de labores asistenciales

6. MAPA DE COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS.

D = Deseable. I = Imprescindible.

MAPA DE COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA/O DE RAC

Perfil Cuidados Críticos y Urgentes



Requisito: Diplomada en Enfermería

CONOCIMIENTOS		NIVEL INICIO Selección	NIVEL MADURE Z Experto	NIVEL OPTIMO Excelente
	Recepción, Acogida y Clasificación de Enfermos en Urgencias	D	I	I
	Cuidados en los principales procesos críticos-urgentes (Dolor Torácico, Politraumatismos, Disnea, Violencia Familiar...)	I	I	I
	Traslado de Enfermos Críticos	D	I	I
C028	Soporte Vital Avanzado Adulto, Pediátrico y Neonatal	I	I	I
C021	Organización y legislación sanitaria	I	I	I
C009	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I
C014	Formación básica en Prevención de Riesgos Laborales	I	I	I
C025	Promoción de la Salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I
C018	Metodología de cuidados	D	I	I
C020	Metodología en gestión de procesos (Flujogramas, Guías de Práctica Clínica, Mapa de Cuidados,...)	D	I	I
C007	Conocimientos básicos de Calidad (Indicadores, estándares, acreditación...)	D	I	I
C019	Metodología de la investigación nivel básico (Búsqueda bibliográfica, Bases de Datos documentales, EBE...)	D	I	I
C006	Conocimientos Básicos de gestión de recursos	D	I	I
C002	Bioética	D	D	I
C016	Inglés, nivel básico	D	I	I
C012	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas. Liderazgo	D	D	I
C030	Tecnologías para la información y las comunicaciones (SIH, Cuadro de Mando)	I	I	I

HABILIDADES		NIVEL INICIO Selección	NIVEL MADURE Z Experto	NIVEL OPTIMO Excelente
	Principales Intervenciones en Urgencias (canalizaciones, sondajes, vendajes...)	I	I	I
H024	Individualización de los Cuidados	I	I	I
H016	Capacidad para tomar decisiones	D	I	I
H030	Resolución de problemas	D	I	I
H011	Capacidad de Relación Interpersonal	D	I	I
H012	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I
H005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I
H025	Informática, nivel usuario	D	I	I
H021	Gestión del tiempo	D	I	I
H010	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I
H014	Capacidad para delegar	D	I	I
H001	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I
H013	Capacidad docente	D	I	I
H033	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I
H004	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I
H002	Afrontamiento del estrés	D	I	I
H006	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I
H007	Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I
	Capacidad de motivar			
H031	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I
H017	Comunicación oral y escrita	I	I	I
H022	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I

ACTITUDES		NIVEL INICIO Selección	NIVEL MADURE Z Experto	NIVEL OPTIMO Excelente
A001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I
A013	Orientación al cliente (el ciudadano como centro) respeto de los derechos de los pacientes	I	I	I
A016	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad)	I	I	I
A012	Orientación a resultados	I	I	I
A017	Responsabilidad	I	I	I
A008	Flexible, adaptable al cambio, accesible	I	I	I
A010	Honestidad, sinceridad	I	I	I
A003	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I
A006	Dialogante, negociador	I	I	I
A011	Juicio Crítico	I	I	I
A009	Generar Valor Añadido a su trabajo	I	I	I
A014	Positivo	I	I	I
A018	Sensatez	I	I	I
A007	Discreción	I	I	I
A002	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I
A005	Creatividad	D	I	I
A004	Colaborador, cooperador	I	I	I
A015	Resolutivo	I	I	I
A019	Visión de futuro	I	I	I

7. OTROS PROFESIONALES EN LA RAC.

✍️✍️Auxiliar de enfermería:

- ✍️ El auxiliar de enfermería será capaz de gestionar y optimizar los recursos humanos, de material y de tiempo disponibles, en colaboración con el resto del equipo.
- ✍️ Por las características especiales del cuidado urgente en Rac el auxiliar será responsable de cualquier tipo de cuidado básico que se pueda generar en los pacientes que consultan en nuestra unidad.

✍️✍️Celador:

- ✍️ Será capaz de optimizar los recursos humanos, de material y de tiempo disponibles, en colaboración con el resto del Equipo.
- ✍️ Por las características especiales del cuidado urgente en Rac el celador colaborará en el flujo de pacientes entre la sala de espera, la Rac y las distintas consultas y Unidades hospitalarias.

8. REGISTRO DE RAC.

El resultado de la RAC debe quedar reflejado en el registro correspondiente habilitado para este fin. El registro cumple las características de calidad y normalización del centro, y se encuentra incluido en el catálogo de registros de documentación clínica del Hospital Alto Guadalquivir.

Este registro fue elaborado y puesto en marcha en el momento de aprobación inicial de este protocolo y contó con un periodo inicial de pilotaje. Posteriormente se aplicaron las modificaciones necesarias para su mejora.

9. BIBLIOGRAFÍA.

1. Travers DA. Comparación of 3-level and 5-level Triage Acuity Systems. Acad Emerg Med 2000; 7: 522-a.
2. Romero J. Marco Referencial en la Enfermería de Urgencia y Emergencias. Memorando SEEUE 2003.
3. CTAS 2004.
4. CTAS and CEDIS Nacional Working Groups. Revisións to Canadians Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementattion Guidelines. November 2004.
Whaley L, Wong, D. Nursing Care of Infants and Children, ed. 3, pag. 10. 1987.