

RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN Y REGISTROS DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

Elia Marcos del Pozo

INTRODUCCIÓN

Este documento enfermero es creado para la Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) de pacientes en el ámbito de los servicios de urgencias de los Hospitales y Centros Asistenciales de la Mutua Asepeyo.

Ha sido evaluado y avalado (científicamente y legalmente) por el : Consejo General de Enfermería , Comité científico de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias , Dirección Asistencia Sanitaria y Asesoría Legal de Asepeyo e incorporado a partir de Enero 2006 en el sistema informático (Chaman) de la Mutua Asepeyo para su utilización por el colectivo enfermero.

Debido que muchos de nuestros pacientes llegan a nuestros centros con patología derivadas de un accidente laboral se hace necesario un método de clasificación rápida e individualizada de los usuarios a su llegada, para así poder delimitar inmediatamente cuál de ellos precisan realmente una atención prioritaria y cual puede demorar su asistencia.

La satisfacción del usuario con respecto a la calidad de los cuidados recibidos en los servicios de urgencias y los centros, está influenciada por el primer contacto con la enfermera, justificando aún más la aplicación de esta hoja de evaluación enfermera. (H.E.E)

Esta hoja ayuda a valorar y tomar decisiones sobre un paciente, si la enfermera por diversas circunstancias se encontrara sola y sin presencia médica en el momento de la recepción del paciente.

Permite realizar una valoración enfermera teniendo en cuenta las necesidades del paciente en el momento de su llegada al centro sanitario. No realiza un diagnóstico médico.

A su vez describe cual son las actividades que podría realizar en los distintos niveles de urgencias en caso de estar o no estar el facultativo.

CONCEPTOS SOBRE COMO REALIZAR LA RAC

Debe de ser relativamente breve, recoger suficientes datos para establecer la gravedad del usuario y determinar la prioridad de los cuidados en función de su estado de salud.

El objetivo de la evaluación no es establecer un diagnóstico médico, sino identificar las necesidades del usuario con el fin de determinar la prioridad de los cuidados.

La clasificación se establece en función del grado de gravedad de los síntomas y permite evitar el retraso que podría perjudicar al usuario, causándole daños mayores.

La evaluación inicial de paciente sea cual sea el ámbito donde se realice debe contar con las siguientes fases :

1ª Fase: Interrogatorio.

Motivo de consulta. Descripción del cuadro y su sintomatología delimitando el cuadro, para formarnos una opinión de su gravedad. Existencia de dolor, localización y características.

Delimitamos si es un cuadro agudo o una afectación crónica, o crónica descompensada...

Episodios previos: averiguamos la existencia de cuadros recurrentes en su historia clínica.

Datos de interés relacionados con el motivo de consulta: que sean pertinentes y de ayuda en la priorización, ya que se pretende que la consulta sea lo más dinámica posible, será el médico quien ahonde después en todos los antecedentes del paciente que sean necesarios para la historia clínica de urgencias.

2ª Fase: Inspección.

Búsqueda de signos de gravedad. Tan sólo nos fijaremos en aquello que sea pertinente con el motivo de consulta y que nos ayude a priorizar.

- Aspecto general : impresión de gravedad.
- Respiración : permeabilidad de vías aéreas.
- Patrón respiratorio, existencia de trabajo respiratorio.
- Frecuencia cardíaca .Circulación : pulso: palpable en zonas distales a traumatismos, amplitud, intensidad...
- Neurológico : nivel de consciencia, respuesta al dolor, tamaño y respuesta pupila, motricidad.
- Alienación de miembros inferiores y superiores.
- Piel y mucosas : color: palidez, cianosis...
- Temperatura.

3ª Fase: Intervenciones enfermeras.

Estarán derivadas del tratamiento médico y de las necesidades manifiestas del paciente. Todo esto deberá quedar debidamente registrado en la hoja. En caso de estar sola la enfermera deberá registrar la evaluación, la priorización y las actividades que realizó de las descritas en el NIC 6364. Triage: Centro de Urgencias.

En el supuesto que la enfermera evaluara que el paciente presenta una urgencia vital. Comenzará la reanimación inmediata, realizando todas las actividades que considere hacer para preservar la vida.

En caso que el paciente tuviera posibilidades de una intervención quirúrgica inmediata se deberá registrar las actividades realizadas en el NIC 2930. Preparación quirúrgica.

4ª Fase: Establecer prioridad asistencial.

Una vez llegados aquí y tras la recogida de datos, se establece un juicio clínico rápido sobre la situación clínica del paciente (y su familia) para asignarle un nivel asistencial, que llevará consigo un nivel de priorización a la hora de atenderle en el ámbito de urgencias en el que se desarrolle esta evaluación.

Esta priorización variará según el nivel en el que se le atiende (centros u hospitales) , condicionada si la enfermera esta sola o acompañada por un facultativo.

Como guía definimos 4 niveles de priorización:

- Nivel I: riesgo potencial elevado y requiere intervención inmediata.
- Nivel II: potencial de deterioro que necesita cuidados rápidos; la espera no debe pasar 30 minutos.
- Nivel III: no hay riesgo potencial de deterioro a corto tiempo; la espera no debe pasar 2 horas.
- Nivel IV: no hay riesgo; la espera no es un factor de riesgo.

Nivel	Tipo de urgencia	Asistencia Con facultativo	Asistencia Sin facultativo
I	Urgencia vital	<ul style="list-style-type: none"> Reanimación inmediata 	<ul style="list-style-type: none"> Reanimación inmediata
II	Patología muy urgente	<ul style="list-style-type: none"> Estabilización hemodinámica. Exploración inmediata. Aproximación diagnóstica. Pruebas diagnósticas inmediatas. Tratamiento paliativo hasta diagnóstico definitivo. Derivación inmediata en ámbito de centros. 	<ul style="list-style-type: none"> Rellenar hoja de urgencias, guardar e imprimir. (enviar con traslado) Derivación inmediata. NIC 6460. Triage: Centro de Urgencias.
III	Patología urgente	<ul style="list-style-type: none"> Prevención de riesgos. Exploración rápida. Pruebas diagnósticas rápidas. Medidas de prevención de riesgos. Observación en cama en sala de urgencias. Evaluar derivación inmediata en ámbito de centros. 	<ul style="list-style-type: none"> Rellenar hoja de urgencias, guardar e imprimir. (enviar con traslado) Derivación inmediata. NIC 6460. Triage: Centro de Urgencias.
IV	Urgencias relativas	<ul style="list-style-type: none"> Historia clínica. Pruebas diagnósticas en plazos razonables. Espera en salas generales. Valoración de riesgos. 	<ul style="list-style-type: none"> Rellenar hoja de urgencias, guardar en sistema informático. Citar para cuando esté el facultativo.

REGISTROS

En cualquier caso la enfermera deberá rellenar y guardar esta hoja en el Chaman (sistema informático) e imprimirla. Acompañará al paciente en los supuestos: derivación a centro sanitario de la seguridad social u Hospitales de la Mutua.

Se deberá rellenar y guardar en el sistema informático en caso que el paciente presentara una urgencia relativa (nivel IV) y fuera citado para cuando estuviera el facultativo.

FUNDAMENTACIÓN LEGAL DE ESTE DOCUMENTO

- Cualificación profesional, al amparo de su titulación académica;
- Según los artículos 52, 53 y 54 del Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería;
- La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias en sus artículos 5.1, a) b) y C); artículo 7.1 y 2 a);
- De manera específica cuando expresamente se contemple en procedimientos y/o protocolos de unidades o centros asistenciales, (TSJ Andalucía (Sev) Sala de lo social, S-22-5-2001, nº 2190/2001, rec. 3887/2000).
- La Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se establece el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados. (respecto a los registros)
- La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, artículo 15.
- Decreto 45/1998, de 17 de marzo, de la comunidad autónoma del país vasco, Art.3.

CONCLUSIÓN

Este registro clínico de enfermería es un soporte estructurado para la recogida de información sobre hechos u observaciones significativas, relacionados con la atención del paciente y de su familia, cuya última finalidad es facilitar el proceso de cuidar y dejar constancia escrita del mismo.

Permite cumplir los siguientes requisitos:

- Crea un documento legal adecuado.

- Identifica las respuesta y cambios en el estado del paciente.
- Comunica los cuidados prestados.
- Permite analizar la calidad de los cuidados impartidos.
- Facilita la continuidad de los cuidados.
- Facilita la comprensión de los fundamentos del trabajo enfermero.
- Justifica los servicios prestados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Romero-Nieva Lozano, J. et al. Recomendación Científica 99/01/01, de 15 de junio de 1999. en Marco Referencial en Enfermería de Urgencias y Emergencias. Ed. SEEUE Madrid 2003. p. 85-88.
2. Arenas Fernández, J. et al. RAC de Enfermería en Urgencias y Emergencias. en Marco Referencial en Enfermería de Urgencias y Emergencias. Ed. SEEUE Madrid 2003. p. 102-140.
3. Romero-Nieva Lozano, J. Valenzuela Rodríguez, J. Arenas Fernández, J. Recepción, Acogida y Clasificación de pacientes en Urgencias y Emergencias: otros aspectos. Ed. SEEUE Madrid 2003, p. 43-51
4. Romero-Nieva Lozano, J. Recepción, Acogida y Clasificación de pacientes en el área de urgencias hospitalarias. En Enfermería en Urgencias: una visión global. Ed. MAD S.L. Sevilla 2004. p.37-66.
5. McCloskey Dochterman J. Bulechek G. (2005). Clasificación de las Intervenciones de Enfermería. 4ta. Edición. Madrid. Ed.Mosby.
6. Lipiani Jiménez, M.; Gala León, F.J.; Guillén Gestoso, C.; Alba Sánchez, I. Actuaciones de emergencia en catástrofes y desastres: primeros auxilios. Enfermería científica 2003; 256-257: 9-14.
7. Triginer C. y cols. ¿Es efectivo el triage y la gradación en urgencias? IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias, Junio 1997, Sitges.
8. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, artículo 9.
9. Marriner A. Modelos y teorías en Enfermería. 3a edición. Madrid: Mosby/Doyma;1994:107,118,181.

DOCUMENTOS GUIA

- Hoja de alta de Enfermería. Hospital Sant Cugat.
- Hoja de enfermería de Urgencias. Hospital Asepeyo Coslada.