



RAC DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS¹

1. JUSTIFICACIÓN

El cambio experimentado en el sistema sanitario en los últimos años, centrado en la búsqueda de la máxima calidad en la asistencia y partiendo del ciudadano como centro, hace indispensable un cambio en lo que se ha dado a conocer tradicionalmente como triage y que se ha venido realizando por enfermeras del ámbito de las urgencias y emergencias de nuestro sistema sanitario.

Por ser este un tema de debate a lo largo de los últimos años en las reuniones y congresos con los profesionales, en el seno de la SEEUE surge un grupo de trabajo convencido de la necesidad de cambiar el concepto de triage por el de RAC (recepción, acogida y clasificación de pacientes) siendo la enfermera la figura que cumple los requisitos indispensables para el desempeño de esta función.

El objetivo de este trabajo, es la creación de un documento (recomendación científica) para la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el ámbito de urgencias y emergencias, con la ayuda de los profesionales que realizan su labor en esta área.

Dado que está demostrado que la mayoría de las consultas realizadas a las distintas áreas de urgencias en todos los ámbitos se refieren a patologías banales, 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 emergencias, está influenciada por el primer contacto con la enfermera, justificando aún más la aplicación de la RAC en todos los ámbitos de urgencias y emergencias.

2. DEFINICIÓN. DIFERENCIACIÓN CON CONCEPTO CLÁSICO DE TRIAGE

¹ Este documento es al revisión y puesta al día de la Recomendación Científica 99 / 01 / 01 de 15 de Junio de 1999, de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias, llevada a cabo por un grupo ad hoc de expertos y aprobada en Comité Científico de la SEEUE.



El concepto triage o clasificación, es un término de origen francés y eminentemente militar, actualmente aceptado a nivel mundial por toda la comunidad sanitaria y que significa clasificación de pacientes según su estado de salud.

Genéricamente consiste en un conjunto de procedimientos sencillos, rápidos y repetitivos, efectuados sobre cada una de las víctimas que en ese momento demandan asistencia y que orientan sobre sus posibilidades de supervivencia como consecuencia del proceso que le afecta.

El triage es una toma de decisión basada en un información incompleta, ejecutado en medio hostil y dramático, bajo presión emocional, ante un número indeterminado de lesionados de carácter pluripatológico y con medios limitados.

La valoración resulta incompleta porque el análisis sistemático es estandarizado, rápido, objetivo, conciso y dirigido a valorar las capacidades de supervivencia inmediata. No se contemplan patologías previas, no existen datos complementarios ni apoyos al diagnóstico.

Por eso debe ser ejecutado por una persona con un perfil específico, con mucha experiencia y con autoridad moral.

La RAC no puede entenderse sólo como un proceso exclusivo del ámbito de la atención urgente hospitalaria. Superado el instante del triage en situaciones de catástrofes, desastres o accidentes con múltiples víctimas, se mantienen y refuerza la relación interpersonal, inevitable de otro modo, entre víctima-paciente/profesional sanitario. En esta relación hay que establecer conexiones empáticas y éstas se enmarcan en el continuo del proceso RAC.

La RAC es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes desde la óptica asistencial por niveles de gravedad y su correspondiente clasificación y adecuación a la estructura del medio asistencial.

3. FASES





Consta de tres fases íntimamente relacionadas, aunque podemos hacer un intento por describir cada una de ellas.

1ª Fase: RECEPCIÓN

La recepción es el momento en el cual se establece la relación sanitario-paciente. Identificación, valoración primaria y medidas asistenciales de emergencia.

Valoración primaria:

- Declaración del problema
- Reconocimiento inmediato de signos vitales
- Valoración riesgo vital
- Actuación inmediata.

2ª Fase: ACOGIDA

La acogida se realiza una vez descartada la emergencia, seguida de una valoración secundaria, sistemática, realización de pruebas diagnósticas, medidas asistenciales de urgencias y una relación terapéutica que determina la toma de decisiones en cuanto a la asistencia del paciente en relación a su estado de salud.

Valoración secundaria:

- Valoración del paciente por sistemas
- Análisis e interpretación de datos obtenidos
- Toma de decisiones clínicas.
- Actuación in situ- traslado a otro nivel asistencial o a área asistencial concreta
- Valoración de nivel de gravedad y nivel de prioridad

3ª Fase: CLASIFICACION

La clasificación es el momento en el que siguiendo criterios homogéneos se establece un nivel de asistencia al paciente y que deriva en una actuación concreta.

Cada una de las etapas de la RAC se corresponderá en mayor o menor medida con una de las etapas del proceso enfermero.

El método de intervención más eficaz para la satisfacción de los propósitos de la asistencia sanitaria a través de la práctica enfermera, de



manera que pueda ser aplicada en cualquier ámbito de urgencias y emergencias por un profesional de enfermería capacitado para dicho fin (recogida de datos/juicio clínico/acción/evaluación).

4. OBJETIVOS DE LA R.A.C.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de urgencias y emergencias, para la mejor respuesta a las necesidades de los usuarios, estableciendo criterios homogéneos, científicos y coherentes sobre la necesidad de atención, que un paciente presenta con respecto a su demanda de asistencia y sobre la base de ello, aplicar las intervenciones enfermeras para garantizar su seguridad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Recibir y acoger al ciudadano: la recepción y la acogida del paciente que acude demandando asistencia ante una situación de urgencias, son dos fases relacionadas de un mismo proceso.

Consiste en tratar de una determinada manera a alguien que llega planteándole una opinión o propuesta. En esta fase se quiere cumplir el objetivo de recibir, identificar y valorar a la persona que requiere asistencia sanitaria.

2. 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. Deberá realizarse en el mínimo tiempo posible después de la llegada del paciente al ámbito de urgencias y emergencias en el que nos encontremos.

3. Realización de intervenciones de enfermería: son necesarias determinadas técnicas diagnósticas para poder encuadrar al paciente dentro de un marco de prioridad desde un punto de vista de la valoración de su problema. Se iniciarán desde esta consulta, como un vendaje compresivo de una herida sangrante, medios físicos en caso de fiebre, inmovilización provisional a la espera de estudios radiológicos, apoyo psico-emocional...

4. 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 que redundará en el tiempo de espera máximo que podrá soportar dicho paciente y siempre y cuando no



existan recursos disponibles en ese momento para atenderlo o estos estén ocupados por otros paciente más graves o potencialmente graves.

Con esto estamos eliminando la relación asistencia en función del orden de llegada.

5. Informar: la enfermera de recepción es el primer contacto con personal sanitario que encuentra el usuario. Será nuestra tarea informarlo desde el principio del funcionamiento del servicio y del circuito que probablemente seguirá en función de su patología y de las pruebas que se le soliciten.

Facilitamos una aproximación más humana y profesional al problema planteado como demanda asistencial en todo su contexto, facilitando estabilidad y confort y prestando ayuda emocional y psicológica predisponiendo así al usuario hacia una actitud terapéutica positiva.

5. EVALUACIÓN INICIAL DEL USUARIO Y DETERMINACIÓN DEL GRADO DE PRIORIDAD

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, 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

¿Qué le pasa?: 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.

¿Desde cuando?: delimitamos si es un cuadro agudo o una afectación crónica, o crónica descompensada...



Episodios previos: averiguamos la existencia de cuadros recurrentes.

Datos de interés relacionados con el motivo de consulta: y que sean pertinentes y de ayuda en la priorización, ya que se pretende que la consulta sea lo más dinámica posible, será el facultativo 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.
 - Piel y mucosas:
 - Color: palidez, cianosis...
 - Temperatura.
 - Neurológico:
 - Nivel de consciencia
 - Respuesta al dolor
 - Tamaño y respuesta pupila
 - Motricidad
 - Circulación:
 - Pulso: palpable en zonas distales a traumatismos, amplitud, intensidad...
 - Frecuencia cardíaca
 - Respiración:
 - Permeabilidad de vías aéreas
 - Patrón respiratorio
 - Existencia de trabajo respiratorio
- 3ª Fase: Intervenciones enfermeras:

Todo esto deberá quedar debidamente registrado en una hoja de recepción, acogida y clasificación que será creada a tal efecto en función de los recursos disponibles por áreas.

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 la RAC.



Esta priorización variará según el nivel en el que se le atienda (atención primaria, extrahospitalaria u hospitalaria) y los protocolos establecidos por cada institución sanitaria de atención a urgencias y emergencias.

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

I; Urgencia vital

-Reanimación inmediata

II; Patología muy urgente

-Estabilización hemodinámica

-Exploración inmediata

-Aproximación diagnóstica

-Pruebas diagnósticas inmediatas

-Tratamiento paliativo hasta diagnóstico definitivo

III; Patología urgente

-Prevención de riesgos

-Exploración rápida

-Pruebas diagnósticas rápidas

-Medidas de prevención de riesgos

-Observación en cama en sala de urgencias

IV; Urgencias relativas

-Historia clínica

-Pruebas diagnósticas en plazos razonables

-Espera en salas generales

-Valoración de riesgos

-Derivación a atención primaria para diagnóstico y tratamiento si procede

Una vez concluida todas las etapas de la RAC y dependiendo del ámbito en el que haya sido realizada, el paciente será derivado al área asistencial establecida (hospitalaria en caso de atención primaria o extrahospitalaria, área especializada en caso de urgencias hospitalarias...)



La RAC es en muchos casos el primer contacto que el usuario va a tener con el sistema sanitario buscando una solución a su problema de salud, por tanto es la vía de entrada a uno de los procesos que el sistema sanitario tiene descritos.

Ha de ser dinámica, de tal forma que la enfermera que la realice deberá reevaluar a aquellos pacientes que no hayan sido vistos en el tiempo previsto, siempre coordinado con el resto de los profesionales de enfermería. Desde la RAC se iniciarán los cuidados derivados del problema de Salud consultado, según cada centro tenga establecido. Debe de disponer de los recursos humanos y materiales suficientes para llevar a la práctica el concepto definido.

6. CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTROS ENFERMEROS

Un 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.

Funciones de los registros:

- Crear un documento legal.
- Identificar patrones de respuesta y cambios en el estado del paciente.
- Comunicar los cuidados prestados.
- Analizar la calidad de los cuidados impartidos.
- Facilitar la continuidad de los cuidados.
- Facilitar la comprensión de los fundamentos del trabajo enfermero.
- Justificar los servicios prestados.
- Contribuir a la inserción de nuevo personal.
- Proporcionar una base de datos.
- Características de los sistemas de registro efectivos:
- Estar adaptados a los problemas más frecuentes que presentan los pacientes del centro donde se utilicen.
- Reflejar el uso del proceso enfermero.
- Desaconsejar la doble documentación y las anotaciones irrelevantes.
- Contribuir al aumento de la calidad de los registros enfermeros.
- Estar diseñados de forma que los datos cruciales puedan recuperarse fácilmente para facilitar la comunicación, evaluación, investigación y mejora de la calidad.
- Pero sobre todo, ser adecuados legalmente.



La hoja de recepción y clasificación de pacientes debe ser creada a tal efecto y deben existir como mínimo los siguientes apartados:

- Datos del paciente.
- Hora de llegada.
- Hora de entrada en consulta de RAC.
- Tiempo de permanencia en la RAC.
- Nivel de prioridad.
- Consulta o zona designada.
- Espacio para el motivo de consulta y el registro de los signos y síntomas que expresa el paciente o su acompañante.
- Espacio para aquellos otros datos relacionados con el motivo de consulta, como antecedentes personales de interés...
- Alergias.
- Enfermero que realiza la RAC.
- Constantes vitales: presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, pulsioximetría, glucemia, temperatura, peso(en caso de pacientes pediátricos).
- Pruebas complementarias solicitadas desde la consulta de RAC o realizadas (ECG).
- Valoración inicial anotando problemas de colaboración, manifestaciones de dependencia o problemas de autonomía fundamentalmente relacionados con el motivo de consulta.
- Intervenciones de enfermería iniciadas o realizadas en la consulta de RAC.

7. FUNCIONES PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA RAC

Ordenación eficaz de la demanda mediante entrevista rápida, observación y exploración, distribución si fuera preciso según la situación de la estructura y organización de la unidad.

La aplicación de ciertas técnicas propias del ejercicio profesional.

No menos importante, ofertar a los pacientes y a sus familiares o acompañantes, una aproximación humana y profesional al problema planteado como demanda asistencial en todo su contexto.

Facilitar estabilidad, confort y prestar apoyo emocional y ayuda psicológica, para disponer al paciente en una actitud terapéutica positiva, obteniendo así el más alto índice de calidad posible en el conjunto de las prestaciones sanitarias.





La enfermera evaluará la situación del usuario a su llegada y determinará el grado de prioridad.

Derivará al usuario que precisa cuidados inmediatos hacia el área de tratamiento y cuidados apropiados. Procediendo a una evaluación más detenida, al usuario que no precisa cuidados inmediatos.

La enfermera iniciará los cuidados necesarios, según los protocolos establecidos, en función de las alteraciones de salud manifestadas y las necesidades identificadas.

En el caso de urgencias "menores", se encargará del seguimiento del usuario y de los cuidados mínimos requeridos.

Además, en Atención Primaria, la enfermera podrá dirigir al usuario hacia otros recursos del sistema de salud.

Si el paciente y/o familiar presentan déficit de conocimientos relacionado con el motivo de consulta el enfermero/a les orientará adecuadamente, aclarando cualquier duda que expresen.

8. EVALUACIÓN / RESULTADOS. (del Plan de Calidad de los SDCCU Andaluz)

INDICADORES DE ACTIVIDAD DE LOS SERVICIOS Y DISPOSITIVOS DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS.

NÚMERO DE CONSULTAS URGENTES.

Describe el número total de consultas de asistencia sanitaria realizadas en un período de tiempo determinado.

Se entiende por asistencia sanitaria en urgencias aquella atención que consume recursos asistenciales. Incluye las consultas informativas o administrativas que, aunque no reciben asistencia, consumen tiempo y suponen carga de trabajo para los mismos.

Indicador puramente descriptivo de la cantidad total de trabajo asistencial realizado en un Servicio o Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias, independientemente de la población bajo cobertura o de los recursos disponibles.

Sirve para estimar la carga de trabajo y costes y en combinación con otros indicadores, para evaluar la adecuación de recursos.





Fórmula: Nº de consultas urgentes.

FRECUENTACIÓN RELATIVA.

Bajo este epígrafe se incluyen dos indicadores que miden la actividad con relación a la población cubierta: la frecuentación anual y la frecuentación diaria durante un período de tiempo dado.

A. Frecuentación relativa anual

Mide la cantidad promedio de consultas urgentes realizadas en relación con la población bajo cobertura del Centro en un período de tiempo de un año.

Se define como población cubierta la del censo de población en el área geográfica de cobertura asignada al Centro.

Permite identificar zonas o Centros con mayor o menor demanda con relación a otros y establecer comparaciones entre ellos o con un estándar. En caso de desviaciones significativas facilita la investigación de factores causales (por ejemplo, carencias de recursos, déficit informativos, adhesión a un servicio, etc.).

Al suprimir el sesgo de la estacionalidad, es útil para la planificación de la gestión y los recursos asistenciales, así como para evaluar a posteriori la misma.

En combinación con otros indicadores permite evaluar la adecuación de los recursos. Se expresa en forma de ratio por cada agregado de 100.000 habitantes (Número de consultas urgentes/100.000 habitantes/año). Eventualmente puede ser útil medirlo para períodos de tiempo menores (mes, trimestre, etc.).

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Nº total de consultas urgentes}}{\text{Población censada en el área de cobertura}/100.000}$$

B. Frecuentación relativa diaria

Mide el número promedio de pacientes que consultan cada día en un Centro en relación con la población bajo cobertura.

Se define como población cubierta la del censo de población en el área geográfica de cobertura asignada al Centro.



Permite identificar zonas o centros con mayor o menor demanda con relación a otros y establecer comparaciones entre ellos o con un estándar.

En caso de desviaciones significativas facilita la investigación de factores causales (por ejemplo, carencias de recursos, déficit informativos, adhesión a un servicio, etc.).

Al suprimir el sesgo de la estacionalidad, es útil para la planificación de la gestión y los recursos asistenciales, así como para evaluar a posteriori la misma. En combinación con otros indicadores permite evaluar la adecuación de los recursos.

Se expresa en forma de ratio por cada agregado de 1.000 habitantes (Número de consultas/1.000 habitantes/día).

Fórmula:
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes atendidos en período T.}}{\text{Población censada en el área de cobertura}/1.000}$$

ACTIVIDAD DOMICILIARIA.

Este dato es de registro exclusivo en los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias. (Atención Primaria).

Describe el volumen de actividad asistencial a domicilio realizada por los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias.

Una de las actividades esenciales de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias es la asistencia en el domicilio del paciente. Este indicador permite cuantificar dicha actividad y comparar entre diferentes Dispositivos.

Tiene utilidad para planificar y distribuir los recursos, dado que el consumo de los mismos y del tiempo que se precisa en esta actividad es diferente al necesario en las consultas urgentes que se atienden en los Centros.

Fórmula:
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ asistencias realizadas en domicilio en un período de tiempo determinado.}}{\text{Población censada en el área de cobertura}/1.000}$$

INDICADORES DE CALIDAD.

TIEMPO DE RESPUESTA

Este indicador ayuda a valorar un componente de la calidad, de extraordinaria importancia en urgencias y emergencias como es la oportunidad de la asistencia.



Tiene especificidad en cada uno de los niveles asistenciales aunque trata de medir el mismo aspecto: tiempo promedio que transcurre desde que el enfermo demanda la asistencia o llega a la Unidad Funcional, hasta que toma contacto con el médico o el equipo sanitario.

A. Tiempo de respuesta de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias.

Bajo este epígrafe se incluyen tres indicadores que dan información discriminando la asistencia prestada en los Centros de los dispositivos de la efectuada a cabo en el domicilio del paciente o el lugar del suceso.

A.1. Tiempo de respuesta en la asistencia prestada en los Centros.

Descripción: Es el tiempo transcurrido desde la hora de llegada del enfermo al Dispositivo, hasta que toma el primer contacto personal con el médico o el enfermero. Se utilizará el tiempo promedio de los casos incluidos para el cálculo del indicador.

Procedimiento: Cuando un enfermo acuda a cualquier dispositivo demandando asistencia urgente, se anotará en el registro de urgencias la hora de llegada al Centro, la del momento en la que toma el primer contacto personal con algún sanitario (médico o enfermero) del equipo, así como el tiempo transcurrido entre ambas expresado en minutos y segundos.

Criterios de exclusión de casos para el cálculo del indicador:

- Asistencias programadas.
- Asistencias anuladas o interrumpidas por el propio usuario.
- Asistencias realizadas en las que no hay constancia de la hora de llegada del paciente al Centro, por causa justificada documentalmente.
- Asistencias realizadas en las que no hay constancias de la hora de contacto sanitario, por causa justificada documentalmente.

Fórmula:
$$\frac{\Sigma(\text{Hora de contacto sanitario}-\text{Hora llegada paciente})}{\text{N}^{\circ} \text{ de asistencias incluidas}}$$

El tiempo resultante de esta fórmula se expresará en minutos y segundos.

A.2. Tiempo de respuesta en la asistencia prestada en domicilio o en el lugar del suceso.



Descripción: Es el tiempo transcurrido desde la hora en que se efectúa la demanda de asistencia al dispositivo o Centro Coordinador hasta que el paciente toma el primer contacto personal con el médico o el enfermero. Se utilizará el tiempo promedio de los casos incluidos para el cálculo del indicador.

Procedimiento: Cuando un enfermo solicite asistencia urgente a cualquier Dispositivo, se anotará en el registro de urgencias, cualquiera que sea el procedimiento por el que se realice:

- Hora de excepción de la demanda.
- Hora del momento en la que toma el primer contacto personal con algún sanitario (médico o enfermero), del equipo.
- Tiempo transcurrido entre ambas expresado en minutos y segundos.

Criterios de exclusión de casos para el cálculo del indicador:

- Asistencias programadas.
- Servicios anulados o interrumpidos.
- Servicios realizados sin constancia de hora de recepción de la demanda, justificada documentalmente.
- Servicios realizados sin hora de llegada al lugar del suceso disponible, justificada documentalmente.
- Errores informáticos o de comunicación documentalmente justificados.
- Saturación del servicio con asistencia posterior.
- Asistencias realizadas fuera de la población teórica de cobertura.

$$\text{Fórmula: } \frac{\Sigma(\text{Hora llegada lugar suceso-hora recep. Demanda})}{\text{Nº de servicios incluidos}}$$

El tiempo resultante de esta fórmula se expresará en minutos y segundos.

A.3. Tiempo de respuesta de los Equipos de Emergencias 061

Descripción: Es el tiempo transcurrido desde la hora de recepción de la llamada en el Centro Coordinador, hasta la llegada al lugar del suceso del Equipo de Emergencias (EE). Se utilizará el tiempo promedio de los casos incluidos para el cálculo del indicador.

Procedimiento: En el numerador y denominador de la fórmula para la obtención del valor de este indicador, se tendrán en cuenta todos los asuntos de asistencia donde haya habido activación de un EE que tengan hora de



llamada y status de radio “EL” (“en el lugar”), excepto los que cumplan los requisitos de exclusión para el cálculo de esta variable.

Cuando en un asunto de asistencia 061 no entrara o no quedase registrado en el sistema informático el status “EL”, se anotará el motivo para detectar posibles problemas de comunicaciones y poderlo documentar posteriormente.

Criterios de exclusión de casos para el cálculo del indicador:

- Servicios anulados o interrumpidos.
- Servicios realizados sin hora de llamada, justificados documentalmente.
- Servicios realizados sin hora de llegada al lugar del suceso disponible, documentalmente justificada.
- Segundas asistencias.
- Asistencias en segunda intención.
- Traslados secundarios.
- Errores informáticos o de comunicación documentalmente justificados.
- Asistencias a dispositivos de riesgos previsibles.
- Saturación del servicio con envío posterior de la UVI-móvil.
- Asistencias realizadas fuera de la población de cobertura.

$$\text{Fórmula: } \frac{\Sigma(\text{Hora de llegada-Hora de recepción de llamada})}{\text{Nº de servicios de los EE incluidos}}$$

El tiempo resultante de esta fórmula se expresará en minutos y segundos.

B. Tiempo de respuesta de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias

Bajo este epígrafe se incluyen dos indicadores que discriminan el tiempo de triage del de la primera asistencia facultativa.

B.1. Tiempo de respuesta en triage

Descripción: Es el tiempo transcurrido desde la hora de llegada del enfermo al Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, hasta que toma el primer contacto personal con el médico o el enfermero responsable del triage. Se utilizará el tiempo promedio de los casos incluidos para el cálculo del indicador.

Procedimiento: Cuando un enfermo acuda demandando asistencia urgente a cualquier Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, se anotará en el registro la hora de llegada al mismo, la del momento en la que toma el primer



contacto personal con el médico o enfermero responsable del triage, así como el tiempo transcurrido entre ambas, expresado en minutos y segundos.

En el numerador y denominador de la fórmula, para la obtención del valor de este indicador, se tendrán en cuenta todas las demandas de prestación de servicios sanitarios que se generen, excepto las que cumplan algún requisito de exclusión.

Criterios de exclusión de casos para el cálculo del indicador:

- Asistencias anuladas o interrumpidas.
- Asistencias en las que no hay constancia de la hora de llegada del paciente al Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, justificada documentalmente.
- Asistencias realizadas en las que no hay constancia de la hora de contacto sanitario, justificada documentalmente.

$$\text{Fórmula: } \frac{\Sigma(\text{Hora contacto sanitario-Hora llegada paciente})}{\text{Nº de servicios incluidos}}$$

El tiempo resultante de esta fórmula se expresará en minutos y segundos.

2.1.4 Tiempo de respuesta en la primera asistencia facultativa

Descripción: Es el tiempo transcurrido desde la hora de llegada del enfermo al Servicio de Cuidados Críticos y urgencias, hasta que toma el primer contacto personal con un médico del equipo asistencial. Se utilizará el tiempo promedio de los casos incluidos para el cálculo del indicador.

Procedimiento: Cuando un enfermo acuda demandando asistencia urgente a cualquier servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, se anotará en el registro la hora de llegada al mismo, la del momento en la que toma el primer contacto personal con algún médico del equipo asistencial, así como el tiempo transcurrido entre ambas expresado en minutos y segundos.

En el numerador y denominador de la fórmula para la obtención del valor de este indicador se tendrán en cuenta todas las demandas de prestación de servicios sanitarios que se generen, excepto las que cumplan algún requisito de exclusión.

Criterios de exclusión de casos para el cálculo del indicador:

- Asistencias anuladas o interrumpidas.
- Asistencias en las que no hay constancia de la hora de llegada del paciente al Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, justificada documentalmente.



- Asistencias realizadas en las que no hay constancia de la hora de contacto sanitario, justificada documentalmente.

$$\text{Fórmula: } \frac{\Sigma(\text{Hora contacto sanitario-Hora llegada paciente})}{\text{N}^\circ \text{ de servicios incluidos}}$$

El tiempo resultante de esta fórmula se expresará en minutos y segundos.

DERIVACIONES AL NIVEL SUPERIOR.

Bajo este epígrafe se incluyen hasta siete indicadores que pretenden aportar información discriminando el grado de resolución de cada uno de los niveles asistenciales.

A. Derivaciones por los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias.

Es el porcentaje de pacientes que solicitan asistencias en los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias y se derivan al hospital. Están incluidas las derivaciones realizadas desde el domicilio del paciente o del lugar del suceso, así como los traslados asistidos.

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{N}^\circ \text{ de derivaciones al hospital} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de demandas asistenciales}}$$

B. Traslados asistidos por los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias

Es el porcentaje de pacientes que se trasladan a un nivel superior asistidos por un equipo sanitario.

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{N}^\circ \text{ de traslados asistidos} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de derivaciones}}$$

C. Traslados al hospital por los Equipos de Emergencias.

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{N}^\circ \text{ traslados al hospital por Equipos Emergencias} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de asistencias realizadas}}$$

D. Pacientes observados por los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias.



Es el porcentaje de pacientes asistidos por los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias que pasan a Observación.

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Nº de pacientes observados} \times 100}{\text{Nº de pacientes asistidos}}$$

E. Pacientes ingresados por los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias

Es el porcentaje de pacientes asistidos por los Servicios de Cuidados Críticos y urgencias que son ingresados en un hospital, cualquiera que sea éste, tanto de la red pública, como en Centros concertados.

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Nº de pacientes ingresados} \times 100}{\text{Nº de pacientes asistidos}}$$

F. Pacientes ingresados derivados por los Dispositivos de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias

Es el porcentaje de pacientes derivados por los Dispositivos de Cuidados Críticos y urgencias que pasan a Observación y/o son ingresados en un hospital, cualquiera que sea éste, tanto de la red pública, como en Centros concertados.

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Nº de pacientes ingresados} \times 100}{\text{Nº de pacientes derivados por DCCU}}$$

G. Pacientes ingresados trasladados al hospital por los Equipos de Emergencias.

Es el porcentaje de pacientes trasladados por los Equipos de Emergencias que son ingresados en un hospital, cualquiera que sea éste, tanto de la red pública, como en Centros concertados.

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Nº de pacientes ingresados} \times 100}{\text{Nº de pacientes trasladados}}$$

GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Descripción: Porcentaje de cumplimentación en la historia clínica de manera legible del conjunto de apartados considerados básicos.

Procedimiento: Los siguientes apartados se consideran básicos en toda historia clínica:





- Identificación del paciente: Debe recoger los datos de filiación, domicilio, sexo y edad. Se anotará como “desconocido” ante la imposibilidad de recoger los datos.
- Fecha de la asistencia
- Hora de toma de contacto con el Servicio
- Hora de asistencia por el facultativo
- Motivo de consulta: debe reflejarse literalmente como lo expresa el paciente.
- Prioridad. Debe recogerse la prioridad en la asistencia sobre la base de 4 grados de severidad:
 - Emergencia.
 - Urgencia.
 - Patología urgente.
 - Urgencias relativas - no urgente.
- Antecedentes personales: Debe reflejarse como ”desconocido” ante la imposibilidad de comunicación con el paciente.
- Anamnesis.
- Exploración física.
- Pruebas complementarias: Debe reflejarse las realizadas.

Diagnóstico: debe anotarse una aproximación diagnóstica.

Tratamiento administrado: debe reflejarse el tratamiento aplicado basándose en los signos y síntomas evaluados.

Código diagnóstico: debe reflejarse el código más acorde con el Diagnóstico emitido basándose en la selección de códigos diagnósticos de la CIE-9MC. Puede diferirse en casos en que por la actuación urgente así lo determine.

Tratamiento prescrito: se describirá el tratamiento que se recomienda y que garantice la continuidad de cuidados.

Destino al alta: debe reflejarse donde se ha derivado al paciente, Médico de Familia, domicilio u hospital.

Hora de salida del centro sanitario.

Identificación del facultativo responsable. Debe constar el nombre y dos apellidos, número de colegiado y firma. Para su medición deben realizarse



auditorías periódicas de las historias clínicas preferiblemente por personal ajeno al centro.

Fórmula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de apartados correctamente cumplimentados} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ apartados básicos} \times \text{N}^\circ \text{ total de historias clínicas evaluadas}}$

CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

Es el porcentaje de historias clínicas en las que consta en el alta como primer diagnóstico el código de la patología aguda o del problema de salud que motivó la asistencia por el equipo sanitario en un período de tiempo determinado.

Podrán codificarse también los diagnósticos de la enfermedad principal, los secundarios y de los procedimientos empleados, anotando con claridad en estos casos cuál es el primer diagnóstico.

En todos los Servicios y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias se empleará la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su 9ª Revisión, Modificación Clínica (CIE-9-MC), para la codificación diagnóstica de las asistencias realizadas.

Fórmula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ H}^{\text{a}} \text{ Clínicas donde consta Código diagnóstico} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ H}^{\text{a}} \text{ Clínicas evaluadas}}$

CALIDAD DE LA CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA.

Es el nivel de precisión en la asignación que hacen los facultativos del código de la Clasificación Internacional de enfermedades 9ª Revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC) a la sospecha diagnóstica.

El indicador es el Índice de Calidad de Codificación Diagnóstica (ICCD) que estima la congruencia entre las codificaciones efectuadas según la CIE-9-MC, reseñadas en las historias clínicas de los pacientes asistidos y el diagnóstico literal de la causa que justificó la asistencia que realiza el facultativo.

Fórmula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ H}^{\text{a}} \text{ Clínicas con cód. Diag. Asignados correctamente} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ H}^{\text{a}} \text{ Clínicas con códigos diagnósticos registrados}}$

PROTOCOLIZACIÓN





Bajo este epígrafe se incluyen dos indicadores que pretenden aportar información tanto de la existencia de protocolos en el centro sanitario, como de su conocimiento por los profesionales.

A. Presencia de protocolos en el Centro Sanitario

Presencia física de los protocolos del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias en los Servicios Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias y Equipos de Emergencias.

Fórmula:
$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ protocolos presente físicamente en el centro sanitario}}{\text{N}^{\circ} \text{ centros sanitarios}}$$

B. Conocimiento de los protocolos por los profesionales

Conocimiento de los profesionales de los Servicios y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias y Equipos de Emergencias de los protocolos del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.

Fórmula:
$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ profesionales que conocen los protocolos}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de profesionales}}$$

C. Reconsultas en las siguientes 24 horas al sistema de urgencias

Porcentaje de pacientes que solicitan de nuevo asistencia en el sistema de urgencias en las 24 horas siguientes a una atención previa.

Fórmula:
$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ reconsultas en 24 horas por 100}}{\text{N}^{\circ} \text{ pacientes asistidos en el periodo determinado}}$$

MORTALIDAD

Es el porcentaje de fallecimientos que se producen en los servicios y dispositivos de cuidados críticos y urgencias durante el proceso asistencial. En los servicios de cuidados críticos y urgencias este indicador incluye todas las muertes que sucedan en las primeras 24 horas contadas a partir de la hora de llegada al hospital.

El objetivo último de este indicador es crear el soporte básico para que por los distintos servicios y dispositivos de cuidados críticos y urgencias y



equipos de emergencias se efectúen sistemáticamente análisis cualitativos de la mortalidad, enfocados hacia la autoevaluación de la calidad del proceso asistencial.

Fórmula:
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ muertes acontecidas}}{\text{N}^\circ \text{ consultas urgentes del periodo de tiempo determinado}}$$

ACONTECIMIENTOS CENTINELA

Se considerarán acontecimientos centinelas todos aquellos eventos que, aún ocurriendo excepcionalmente, indican u orientan hacia un posible error en la asistencia a un paciente determinado y que, por su gravedad, debe ser siempre analizado por el equipo asistencial. Son ejemplos:

Pacientes que sufren una parada cardiorrespiratoria fuera de los locales específicamente identificados como asistenciales (en el pasillo, en las salas de espera, etc.) durante la espera para ser atendidos o en el transcurso de la realización de exploraciones complementarias.

Neumotórax secundario a cateterización de la vena subclavia.

Errores en la identificación de pacientes o cadáveres.

Errores en la administración de fármacos o terapias diversas que afecten severamente a la situación clínicamente del paciente. Electrocardiogramas realizados antes de los primeros 5 minutos de la llegada del paciente de la llegada del paciente al centro en cuadros de dolor precordial

Trombolisis realizadas en los primeros 30 minutos desde la llegada al centro de pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio.

RECLAMACIONES

Es el porcentaje de reclamaciones de usuarios formuladas por escrito sobre el total de demandas asistenciales.

Procedimiento: en todos los servicios y dispositivos de cuidados críticos y urgencias y servicios de emergencias, se mantendrá un archivo de todas las reclamaciones presentadas por escrito, cualquiera que sea el soporte en que lo haga la persona que la realiza y aspecto afectado.



También se tendrá en cuenta aquellas reclamaciones que incluyan a otras unidades funcionales, independientemente de que se proporcione al usuario una respuesta única o múltiple.

En caso de duda sobre la asignación, se asumirá el criterio de la dirección del centro o, en su defecto, de la unidad de atención al paciente.

Fórmula:
$$\frac{\text{N}^\circ \text{reclamaciones formuladas por escrito}}{\text{N}^\circ \text{demandas asistenciales en el periodo determinado}} \times 100$$

CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO

Es la opinión manifestada por los usuarios sobre aquellas características que consideran relevantes para catalogar el servicio que ofrecemos con mayor o menor grado de calidad, estando estrechamente relacionado con el grado de satisfacción obtenida.

Procedimiento: se propone entregar al alta del paciente: carta de presentación que explique el propósito del cuestionario.

Encuesta que valora diez dimensiones de calidad consideradas importantes por los usuarios:

- Recursos.
- Instalaciones.
- Accesibilidad
- Capacidad de reacción.
- Efectividad.
- Seguridad.
- Relaciones interpersonales.
- Información.
- Calidad científico-técnica.
- Satisfacción general.

9. RESULTADOS

Interrelación entre Diagnósticos Enfermeros (NANDA) mas usuales en la RAC y los Resultados (NOC).

Patrón de Percepción y Control de la Salud:

Diagnostico:
Mantenimiento de la salud inefectivo

Resultados:





Autogestión de los cuidados.
Conducta de búsqueda de la salud.
Conducta de fomento de la salud.
Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.
Conocimiento: conductas sanitarias.
Conocimiento: recursos sanitarios.
Conocimiento: régimen terapéutico.
Detección del riesgo.

Diagnostico:
Manejo inefectivo del régimen terapéutico
Resultados:
Conocimiento: régimen terapéutico.
Funcionamiento de la familia.
Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional.

Diagnostico:
Riesgo de infección

Resultados:
Curación de la herida: por primera intención.
Curación de la herida: por segunda intención.
Estado infeccioso.
Estado inmune.

Diagnostico:
Riesgo de lesión

Resultados:
Conducta de seguridad: ambiente físico del hogar.
Conducta de seguridad: personal.
Control del riesgo.
Estado de seguridad: caídas.
Estado de seguridad: lesión física.
Estado inmune.

Diagnóstico:
Riesgo de intoxicación

Resultados:
Conducta de seguridad: ambiente físico del hogar.
Conducta de seguridad: personal.
Estado de seguridad: lesión física.





Diagnóstico:
Riesgo de asfixia

Resultados:
Control de la aspiración.
Estado respiratorio: ventilación.

Patrón Nutricional y Metabólico:

Diagnóstico:
Riesgo de aspiración

Resultados:
Control de la aspiración.
Estado de deglución.
Estado respiratorio: ventilación.

Diagnóstico:
Deterioro de la mucosa oral.

Resultados:
Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
Salud bucal.

Diagnóstico
Déficits de volumen de líquidos.

Resultados:
Equilibrio electrolítico y acidobase.
Equilibrio hídrico.
Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.
Hidratación.

Diagnóstico:
Exceso de volumen de líquidos.

Resultados:
Equilibrio electrolítico y acidobase.
Equilibrio hídrico.
Tolerancia a la actividad.

Diagnóstico:
Desequilibrio de volumen de líquidos.



Resultados:

Equilibrio electrolítico y acidobase.
Equilibrio hídrico.
Hidratación.

Diagnóstico:

Deterioro de la integridad cutánea.

Resultados:

Curación de la herida: por primera intención.
Curación de la herida: por segunda intención.
Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Diagnóstico:

Alteración de la integridad tisular .

Resultados:

Curación de la herida: por primera intención.
Curación de la herida: por segunda intención.
Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Diagnóstico:

Termorregulación ineficaz.

Resultados:

Termorregulación.
Termorregulación: neonato.

Diagnóstico:

Hipertermia.

Resultados:

Termorregulación.
Termorregulación: neonato.

Diagnóstico:

Hipotermia.

Resultados:

Termorregulación.
Termorregulación: neonato.

Patrón de Eliminación:





Diagnóstico:
Estreñimiento.

Resultados:
Control del síntoma.
Eliminación intestinal.
Hidratación.

Diagnóstico:
Diarrea.

Resultados:
Eliminación intestinal.
Equilibrio electrolítico y acidobase.
Equilibrio hídrico.
Gravedad del síntoma.
Hidratación.

Diagnóstico:
Incontinencia fecal.

Resultados:
Continencia intestinal.
Eliminación intestinal.
Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Diagnóstico:
Incontinencia urinaria (5 tipos)

Resultados:
Continencia urinaria.
Eliminación urinaria.
Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Diagnóstico:
Retención urinaria.

Resultados:
Continencia urinaria.
Eliminación urinaria.

Patrón de Actividad y Ejercicio:

Diagnóstico:
Intolerancia a la actividad.





Resultados:

Conservación de la energía.
Resistencia principales intervenciones.
Tolerancia de la actividad.

Diagnóstico:

Deterioro de la respiración espontánea.

Resultados:

Estado de los signos vitales.
Estado respiratorio: intercambio gaseoso.
Estado de la respiración: ventilación.

Diagnóstico:

Deterioro de la movilidad física.

Resultados:

Deambulación: caminata.
Deambulación: silla de ruedas.
Movimiento articular: activo.
Nivel de movilidad.
Realización de traslado.

Diagnóstico:

Fatiga.

Resultados:

Conservación de la energía.
Energía psicomotora.
Resistencia.
Tolerancia a la actividad.

Diagnóstico:

Limpieza ineficaz de vía aérea.

Resultados:

Control de la aspiración.
Estado respiratorio: intercambio gaseoso.
Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.
Estado respiratorio: ventilación.

Diagnóstico:

Patrón respiratorio ineficaz.



Resultados:

Estado de los signos vitales.
Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.
Estado respiratorio: ventilación.

Diagnóstico:

Deterioro del intercambio gaseoso.

Resultados:

Equilibrio electrolítico y acidobase.
Estado de los signos vitales.
Estado respiratorio: intercambio gaseoso.
Estado respiratorio: ventilación.
Perfusión tisular: pulmonar.

Diagnóstico:

Disminución del gasto cardiaco.

Resultados:

Efectividad de la bomba cardiaca.
Estado circulatorio.
Estado de los signos vitales.

Diagnóstico:

Riesgo de traumatismo.

Resultados:

Conducta de seguridad: personal.
Estado de seguridad: lesión física.

Patrón de Reposo y Sueño:

Diagnóstico:

Deterioro del patrón del sueño.

Resultados:

Bienestar.
Descanso.
Sueño.

Patrón Cognoscitivo y Perceptual:

Diagnóstico:





Dolor agudo.

Resultados:

Control del dolor.
Dolor: efectos nocivos.
Nivel de comodidad.
Nivel del dolor.

Diagnóstico:

Desatención unilateral.

Resultados:

Cuidados personales: AVD.
Imagen corporal.
Posición corporal inicial.

Diagnóstico:

Trastornos de los procesos del pensamiento.

Resultados:

Capacidad cognitiva.
Concentración.
Control del pensamiento distorsionado.
Elaboración de la información.
Estado neurológico: conciencia.
Identidad.
Memoria.
Orientación cognitiva.
Toma de decisiones.

Patrón de Auto percepción y Autoconcepto:

Diagnóstico:

Temor.

Resultados:

Control de la ansiedad.
Control del miedo.

Diagnóstico:

Ansiedad.

Resultados:

Control de la agresión.





Control de la ansiedad.
Control de los impulsos.
Habilidades de interacción social.
Represión de la automutilación.
Superación de los problemas.

Diagnóstico:
Desesperanza.

Resultados:
Calidad de vida.
Control de la depresión.
Equilibrio emocional.
Esperanza.
Nivel de depresión.
Toma de decisiones.

Diagnóstico:
Impotencia.

Resultados:
Control de la depresión.
Creencias sobre la salud.
Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar.
Creencias sobre la salud: control percibido.
Creencias sobre la salud: recursos percibidos.

Diagnóstico:
Riesgo de automutilación.

Resultados:
Control de la agresión.
Control de los impulsos.
Represión de automutilación.

Patrón de Función y Relación:

Diagnóstico:
Duelo anticipado.

Resultados:
Adaptación psicosocial: cambio de vida.
Ambiente de la familia: interno.
Resolución de la aflicción.



Superación de los problemas.
Superación de los problemas de la familia.

Diagnóstico:
Deterioro de la comunicación verbal.

Resultados:
Capacidad de comunicación.
Comunicación: capacidad expresiva.
Comunicación: capacidad receptiva.

Diagnóstico:
Riesgo de violencia autodirigida.

Resultados:
Autocontención de suicidio.
Control de los impulsos.
Represión de la automutilación.

Diagnóstico:
Riesgo de violencia dirigida a otros.

Resultados:
Autocontrol de la conducta abusiva.
Cese del abuso.
Control de la agresión.
Control de los impulsos.

Patrón de Sexualidad y Reproducción:

Diagnóstico:
Síndrome traumático por violación.

Resultados:
Protección del abuso.
Recuperación del abuso: emocional.
Recuperación del abuso: sexual.
Superación de problemas.

Diagnóstico:
Síndrome traumático de la violación, reacción compuesta.

Resultados:
Control de impulsos.





Protección del abuso.
Recuperación del abuso: emocional.
Recuperación de abuso: sexual.
Represión de automutilación.
Superación de problemas.

Diagnóstico:
Síndrome traumático de la violación, reacción silente.

Resultados:
Control de impulsos.
Protección del abuso.
Recuperación del abuso: emocional.
Recuperación del abuso: sexual.
Represión de automutilación.
Superación de problemas.

Patrón de Afrontamiento y Tolerancia al Estrés:

Diagnóstico:
Afrontamiento inefectivo.

Resultados:
Control de la agresión.
Control de los impulsos.
Ejecución del rol.
Elaboración de la información.
Soporte social.
Superación de problemas.
Toma de decisiones.

Diagnóstico:
Afrontamiento defensivo.

Resultados:
Aceptación del estado de salud.
Autoestima.
Habilidades de interacción social.
Superación de problemas.
Patrón de Valores y Creencias:

Diagnóstico:
Sufrimiento espiritual.





Resultados:
 Bienestar espiritual.
 Esperanza.
 Muerte digna.

10.- .MAPA DE FUNCIONES PRINCIPALES DE LAS COMPETENCIAS DEL ENFERMERO DE LA RAC

Llegados a este punto, queda suficientemente demostrada la necesidad de que la enfermera, que desempeñe su labor en la recepción, acogida y clasificación en el ámbito de las urgencias y emergencias, disponga de unos conocimientos, unas habilidades y unas actitudes que dejamos expuestas en el siguiente mapa de competencias.

Como guía, vamos a tomar de referencia, la utilizada actualmente en el “Hospital Alto Guadalquivir” Andujar, Jaén.

Claves:
 D: deseable
 I: imprescindible

CONOCIMIENTOS	Nivel de inicio Selección	Nivel Madurez Experto	Nivel Óptimo Excelente
Recepción, acogida y clasificación de pacientes en urgencias	D	I	I
Cuidados en los principales procesos críticos urgentes (dolor torácico, politraumatismos, disnea, violencia familiar, etc)	I	I	I
Manejo seguro de monitorización y aparataje	I	I	I
Conocimientos de ECG básica	D	I	I
Traslado de enfermos críticos	D	I	I
Soporte vital avanzado	I	I	I
Organización y legislación sanitaria	I	I	I
Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I
Manipulación de residuos	D	I	I
Formación básica en Prevención de Riesgos Laborales	I	I	I
Promoción de la Salud	I	I	I
Metodología de los cuidados	I	I	I
Metodología en gestión de procesos	D	I	I
Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, acreditación, guías de práctica clínica)	D	I	I
Metodología de la investigación nivel básico	D	I	I
Conocimientos básicos de gestión de recursos	D	I	I
Bioética	D	D	I
Inglés nivel básico	D	D	I
Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas. Liderazgo	D	D	I

Tecnologías para la información y las comunicaciones (SHI, cuadro de mando)

D

D

I

HABILIDADES	Nivel de inicio Selección	Nivel Madurez Experto	Nivel Óptimo Excelente
Principales intervenciones en urgencias (canalizaciones, sondajes, vendajes)	I	I	I
Manejo de tecnología/técnicas especiales	D	I	I
Gestión de camas	D	I	I
Individualización de los cuidados	I	I	I
Capacidad para tomar decisiones	D	I	I
Resolución de problemas	D	I	I
Capacidad de relación interpersonal	D	I	I
Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I
Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I
Informática nivel de usuario	D	I	I
Gestión del tiempo	D	I	I
Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I
Capacidad para delegar	D	I	I
Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I
Capacidad docente	D	I	I
Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I
Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I
Afrontamiento del estrés	D	I	I
Capacidad de asumir riesgos y vivir en entorno de incertidumbre	D	D	I
Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso. Capacidad de motivar	D	D	I
Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I
Comunicación oral y escrita	I	I	I
Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I

ACTITUDES	Nivel de inicio Selección	Nivel Madurez Experto	Nivel Óptimo Excelente
Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I
Orientación al cliente (el ciudadano como centro) respecto de los derechos de los pacientes	I	I	I
Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I
Orientación a resultados	I	I	I
Responsabilidad	I	I	I
Flexible, adaptable al cambio, accesible	I	I	I
Honestidad, sinceridad	I	I	I
Capacidad de asumir compromisos	I	I	I
Dialogante, negociador	I	I	I
Juicio crítico	I	I	I
Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I
Positivo	I	I	I
Sensatez	I	I	I
Discreción	I	I	I
Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I
Creatividad	D	I	I
Colaborador, cooperador	D	I	I
Resolutivo	D	D	I
Visión de futuro	D	D	I

GLOSARIO DE TÉRMINOS²

Acogida:

proceso íntimamente ligado a la recepción en que se realiza el recibimiento, la identificación y la valoración física, a primera vista, de la persona que demanda nuestra asistencia.

Actitud Terapéutica Positiva:

es la disposición psicológica y anímica que debemos transmitir al paciente, y que se precisa para que el conjunto de actividades terapéuticas sanitarias y no sanitarias que sobre él se realiza, sea óptima

² (Este glosario es parte del proyecto de la publicación "Terminología de Consenso" que está preparando la SEEUE)

**Anamnesis:**

parte del examen clínico que reúne todos los datos personales, hereditarios y familiares del paciente, anteriores a la enfermedad actual. También conocido como entrevista.

Calidad Asistencial:

estrategia que persigue una mejor salud, que se intenta acercar a los estándares de salud fijados y que deben satisfacer las necesidades de los clientes.

Catástrofe:

suceso que provoca una alteración grave del estado de salud de la población, donde la demanda sanitaria supera con creces la oferta que existe habitualmente. En ella se excede también la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.

Ciente:

persona a la que va dirigida nuestro proceso de atención. Son colaboradores en la garantía de calidad en tres sentidos, como definidores, evaluadores e informadores

Diagnóstico enfermero

juicio clínico sobre la respuesta del individuo, la familia o la comunidad a procesos vitales y problemas de salud que genera respuestas humanas reales o potenciales de las que la enfermera es responsable. Todo aquello, donde podamos actuar sobre la fuerza, conocimiento o voluntad, será motivo de diagnóstico enfermero.

Eficacia:

resultado obtenido cuando un procedimiento es aplicado en condiciones ideales o de laboratorio.

Emergencia:

situación de urgencia donde la salud e incluso la vida del paciente o población pueden estar gravemente comprometidos y precisar atención sanitaria inmediata.

Empatía:

capacidad de una persona para participar afectivamente de una realidad ajena

Estabilización Hemodinámica:

actividades encaminadas a conseguir un trabajo cardíaco y una circulación efectivos y espontáneos, a través de reposición de volemia, fármacos, masaje cardíaco, etc. Evaluación: es la modificación del plan de cuidados basándose en las respuestas del paciente y en la consecución de los objetivos y resultados. La evaluación se repetirá tantas veces como la sintomatología del paciente lo requiera.

Inspección:

examen físico-funcional del paciente

Intervención enfermera:

todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza una enfermera para favorecer el resultado esperado del paciente (McCloskey/Bulechek), y cada uno de los cuidados priorizados y administrados por una enfermera. Dos tipos de intervenciones pueden ser diagnósticos enfermeros y educación para la salud.

Manifestaciones de dependencia:

son aquellas conductas o indicadores de conductas que nos dicen la persona, familia o grupo no ha alcanzado el máximo desarrollo de su potencial para satisfacer por sí mismo sus necesidades básicas atendiendo a sus edad, sexo, etapa de desarrollo, situación de vida y de salud.

Nivel de Gravedad:

cada uno de los grados del estado de salud que presenta el paciente y que conlleva una determinada priorización en la actuación de los profesionales sanitarios.

Nivel de Prioridad:

forma en que se estructura la atención al paciente, dependiendo de la gravedad de su patología y del estado general que presente. El nivel de prioridad determina la rapidez con que se actúa sobre el paciente.

Parada Cardiorrespiratoria:



es la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la respiración y circulación espontáneas. La consecuencia es el cese del transporte de oxígeno a la periferia y a los órganos vitales; su etiología puede ser cardíaca (fibrilación ventricular, asistolia, Soc.) o respiratoria.

Problemas de autonomía:

son situaciones que reflejan la falta total o parcial de la capacidad física o intelectual del usuario para hacer por sí mismo las acciones apropiadas que satisfacen sus necesidades básicas o no existe un agente de autonomía asistida.

Problemas de colaboración:

problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y de control prescritas por otro profesional (generalmente el médico). Son situaciones relacionadas con la patología, aplicación del tratamiento prescrito por otro profesional, control de la respuesta a éste y de la evolución de la situación patológica. (Luis, 1998).

Procedimientos:

acciones secuenciales, sistemáticas, organizadas y con base científica, encaminadas a resolver una situación concreta. secuencia ordenada, detallada y basada en la evidencia científica, orientada a satisfacer las necesidades de salud del paciente o de la población.

Reanimación Cardiopulmonar (RCP):

conjunto de maniobras encaminadas a revertir el estado de parada cardiorrespiratoria (PCR), sustituyendo primero para intentar restaurar después, la respiración y circulación espontáneas, con el objetivo fundamental de recuperar las funciones cerebrales completas.

RCP Básica:

son las maniobras para revertir el estado de PCR que se realiza sin ningún tipo de material excepto una barrera para la insuflación pulmonar. Puede ser realizada por una o dos personas **y debe instaurarse antes de 4 minutos.**

RCP Avanzada:

medidas terapéuticas cuyo objetivo es el tratamiento definitivo de la PCR, es decir, restablecer las funciones cardíacas y respiratorias espontáneas. Es preciso instrumental adecuado y personal entrenado e instaurarse antes de los 8 minutos.

Recepción:

acción y efecto de recibir.

Registro RAC:

sistema ordenado, y consensado, para la toma de datos y su transcripción sobre cualquier soporte, papel o informático, que se utiliza en la RAC y sirve para trasladar la información dentro del equipo asistencial.

Riesgo vital:

situación en la que hay serio compromiso hemodinámico del paciente que le puede hacer perder la vida. La actuación sanitaria debe ser inmediata.

Satisfacción del Usuario:

es uno de los indicadores de calidad asistencial que los pacientes nos proporcionan.

Signo:

es toda evidencia de enfermedad objetivable y medible.

Síntoma:

cualquier manifestación subjetiva de la enfermedad.

Triage:

palabra de origen francés que significa clasificación de pacientes según su estado de gravedad aplicada en situaciones límites o de catástrofes con múltiples víctimas.

Urgencia:

situación en que el paciente requiere una rápida actuación por parte del dispositivo sanitario, ya que puede tener gravemente alterado su estado de salud.

Urgencia Vital:

urgencia que compromete la vida del individuo.





BIBLIOGRAFÍA

- Alonso Estomba I. Nuevos Roles de la Enfermería de Urgencias. IX Congreso Nacional de Medicina de Emergencias.
- Alonso Santana M.L. Triage en Enfermería. Coincidencia en la Valoración de Enfermería con el Diagnóstico al Alta del Paciente. IX Congreso Nacional de Medicina de Emergencias.
- Álvarez C, Chulia V, Hernando A. Manual de asistencia en las catástrofes. Madrid: ELA-ARAN 1992.
- Añarte C. y cols. Protocolo de Triage. IX Congreso Nacional de Enfermería de Urgencias, Noviembre 1996, Sevilla. Libro de Comunicaciones.
- Bello González E M. y cols. Programa de Acogida en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Nivel de Satisfacción en el Usuario. IX Congreso Nacional de Medicina de Emergencias.
- Botella Muñoz C. Análisis de la Orientación Clínica del Triage de Enfermería en Relación con el Juicio Clínico Médico de Alta en un Servicio de Urgencias Hospitalario. IX Congreso Nacional de Medicina de Emergencias.
- DeMars MI. et al. Victim-Tracking Cards in Community Disaster Drill. An Emerg Med 1980; 9:207-9.
- De la Corte Mogedas A.M. y cols. La Consulta de Enfermería en el Servicio de Urgencias. La autonomía en el trabajo. VII Congreso Nacional de Enfermería de Urgencias, Octubre 1994, Madrid. Libro de Comunicaciones 163.
- De Lucas García N. Análisis de Casos y Pacientes Mediante un Simulador Informático de Triage. XI Congreso Nacional de Medicina de Urgencias y Emergencias.
- Díaz Cordero M. A. Diseño de un nuevo modelo de Tarjeta de Triage. IX Congreso Nacional de Medicina de Emergencias.
- Díaz Hernández C. y cols. Papel de la Enfermería en el Área de Triage. VIII Congreso Nacional de Enfermería de Urgencias. Octubre 1995. Málaga, libro de Comunicaciones.
- Fernández de Valderrama Benavides J. y cols. Área de Asistencia Inicial (A.A.I.): Organización del Proceso Asistencial. IX Congreso Nacional de Medicina de Emergencias, Junio 1997, Sitges.
- Gálvez Caballero, M. Protocolos de Triage en Urgencias. XI Congreso Nacional de Enfermería de Urgencias. Octubre 1998, Murcia. Libro de Comunicaciones 198.
- Goitia Gorostiza, A. y cols. Clasificación de heridos en catástrofes. Emergencias, vol 11, n 2, Abril 1999, pp. 132-140.
- Grua Cabrera P. y cols. ¿Puede la Enfermera de Triage Dinamizar el Servicio de Urgencias?. IX Congreso Nacional de Medicina de Emergencias, Junio 1997, Sitges.
- Hernández Conesa J, Esteban Albert M. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método. Madrid: McGraw-Hill; 1999)
- Joanne C. McCloskey , Gloria M. Bulechek. Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE). Nursing Intervention Classification (NIC):Harcourt/Mosby;2001. Tercera edición.
- Lezaun C. y cols. La Enfermera de Triage en Urgencias. VI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Emergencias. Julio 1994, Pamplona.
- Mora Barba M.J. y cols. Protocolo de Triage de Enfermería en un Servicio Hospitalario. Valoración de los 3 primeros meses de funcionamiento. VIII Congreso Nacional de Medicina de Emergencias. Mayo / Junio 1996. Las Palmas. Libro de Ponencias. Comunicación premiada.
- Noto R, et al. Selección y clasificación de las víctimas, en Medicina de Catástrofes. Noto-Huguenard-Larcán (ed.) Barcelona: Masson 1989; 216-28.
- Núñez Díaz S. y cols. Utilidad de una Unidad de Triage en un Servicio de Urgencias. VI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Emergencias. Julio 1994, Pamplona.
- OACI. Planificación de Emergencias en los Aeropuertos. En Manual de Servicios de Aeropuerto. Organización de Aviación Civil Internacional. Montreal 1991.





-Parejo J. Triage de Emergencias. Procedimientos de Emergencias en Catástrofes. VIII Congreso Nacional de Enfermería de Urgencias, Octubre 1995, Málaga. Libro de Comunicaciones 159.

-Pérez C. y cols. Dos años de experiencia en triage de urgencias en el Hospital de Txagorritxu. IX Congreso Nacional de Enfermería de Urgencias, Noviembre 1996, Sevilla.

-Pérez Rodríguez J. y cols. ¿Qué hace enfermería en nuestro triage? IX Congreso Nacional de Enfermería de Urgencias, Nov. 1996, Sevilla.

-Sánchez Ferrer C. Análisis de Clasificadores Mediante un Simulador Informático de Triage. XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Junio 1999, A Coruña.

-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.

-Yago Mico R. Esquema Gráfico de la Realización de Triage. IV Congreso de Medicina de Emergencias de Castilla León. Abril 1998. Ávila.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

