

RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES

AUTORÍA

Daniel Aragón Suárez*
M^a Ángeles Rivera Vizcaino**
M^a del Mar Cañas Ante***

*Enfermero de Urgencias del Hospital Universitario de Puerto Real

**Enfermera de Urgencias del Hospital Universitario Virgen del Rocío

*** Enfermera de Urgencias DCCU Bahía de Cádiz

PERTINENCIA

La RAC (Recepción, Acogida y Clasificación de Pacientes) es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes y su ecosistema, entorno y familia, desde la óptica asistencial por niveles de gravedad y su correspondiente clasificación y adecuación a la estructura del medio asistencial de urgencias en el que nos encontremos, realizado todo ello en un contexto de relaciones interpersonales, inherentes y básicas en cualquier relación humana de respeto, atención y cuidado, que enmarcamos en la acción fundamental de recibir y acoger al demandante y su ecosistema. La RAC no puede entenderse sólo como un proceso exclusivo del ámbito de la atención urgente hospitalaria. Superado el instante de triaje en situaciones de catástrofes, desastres o accidentes con múltiples víctimas, se mantiene y refuerza la relación interpersonal entre víctima/paciente y profesional sanitario. En esta relación hay que establecer conexiones empáticas y éstas se enmarcan en el continuo del proceso RAC. Considerando a la enfermería como elemento constante en la urgencia, es imprescindible su preparación para una buena tarea de selección, obteniendo enfermer@s capacitados para priorizar a los pacientes según su gravedad y brindarles la primera atención basada en protocolos establecidos. De esta forma, conseguiremos aumentar el nivel de competencias de los profesionales en el conocimiento y manejo de los pacientes con patología urgente, prestar unos cuidados de calidad basados en la evidencia científica y aumentar la seguridad y satisfacción de nuestros pacientes, es por lo que se hace necesario la realización de este curso.

OBJETIVOS

Conceptuales

- Dotar al profesional de conocimientos teórico-prácticos en el manejo de la Recepción, Acogida y Clasificación de Pacientes con patología Urgente.
- Conocer el concepto de RAC, y su método de aplicación.

- Reconocer las diferentes escalas de clasificación de pacientes en las Urgencias Hospitalarias, su concepto y antecedentes históricos, así como las técnicas y procedimientos utilizados en su correcta implantación.
- Asentar las bases de conocimiento sobre las que los profesionales de Enfermería deben desarrollar una adecuada valoración de los pacientes con problemas urgentes de salud.
- Actualizar la formación de los profesionales de Enfermería en los principales conocimientos de la Atención Urgente.
- Dotar a los alumn@s de la teoría y práctica necesaria para el manejo de situaciones de crisis en el contexto de las urgencias y emergencias.
- Reflexionar sobre la importancia de una buena comunicación profesional-paciente/familia para una asistencia de calidad.
- Adquirir conocimientos, habilidades e intervenciones que les protejan en el desempeño de su labor.
- Mostrar el encuadre situacional de las principales urgencias y emergencias.

Procedimentales

- Aplicar correctamente la Recepción, Acogida y Clasificación de Pacientes, según niveles de gravedad.
- Identificar el rol de la enfermería en cada situación.
- Manejar correctamente los conceptos aprendidos, desarrollando destrezas que permitan incorporar nuevos conocimientos.
- Diseñar los objetivos y aplicar los procedimientos de enfermería más indicados en cada caso.
- Debatir sobre nuevas ideas y elaborar modificaciones sobre el tema tratado.

Actitudinales

- Valorar la importancia del trabajo multidisciplinar.
- Participar de manera activa en los cuidados.
- Capacidad para profundizar y ampliar los conocimientos obtenidos a lo largo del presente curso.
- Cooperar en la continua actualización de los cuidados de Enfermería

BLOQUE 1

TEMA 1

INTRODUCCIÓN

Actualmente la inadecuada utilización de los servicios de urgencias por parte de la población provoca una asistencia masiva y un incremento de la demanda asistencial, de manera que aproximadamente el 75% de las personas que demandan nuestra asistencia podrían

ser atendidos en atención primaria. Con la RAC realizamos un filtro para asegurar que las enfermedades no urgentes no interfieran en las de verdadera urgencia. Por tanto nuestro objetivo no es el diagnóstico, sino priorizar el grado de urgencia y ubicar al paciente en el lugar que le corresponda y en las condiciones adecuadas. "Una RAC bien realizada es la clave de la unidad de urgencias".

Considerando a la enfermería como elemento constante en la urgencia, es imprescindible su preparación para una buena tarea de selección, obteniendo enfermeras/os capacitados para priorizar a los pacientes según su gravedad y brindarles la primera atención basada en protocolos establecidos.

La utilización del término "triaje", por su significado y aplicación histórica, debe quedar circunscrito, en la terminología sanitaria, para definir la clasificación de víctimas producidas por catástrofes. En la memoria histórica el término proviene de su uso y aplicación en el ámbito militar en situaciones de demanda masiva, atención de múltiples víctimas, guerra o catástrofes. Dicha clasificación por colores tiene por objeto el establecimiento de prioridades en la atención a las víctimas, recordando que el negro se asigna a los cadáveres o víctimas no recuperables. El primero en utilizar este término fue el barón Dominique-Jean Larrey (1766-1842), médico cirujano militar, jefe de los servicios sanitarios del ejército de Napoleón, que empezó a utilizarlo como un sistema de clasificación para tratar a los heridos en el campo de batalla. En situación normal en las urgencias extra-hospitalarias y hospitalarias. Así como en situaciones de. En situación normal se privilegia la atención del paciente más grave, el de mayor prioridad. Ej.: paro cardíaco. En situaciones de demanda masiva, atención de múltiples víctimas o desastre se privilegia a la víctima con mayores posibilidades de supervivencia según gravedad y la disponibilidad de recursos. Triage o triaje. Es un método de la Medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Trata por tanto de evitar que se retrase la atención del paciente que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención.

Un nivel que implique que el paciente puede ser demorado, no quiere decir que el diagnóstico final no pueda ser una enfermedad grave. Ya que un cáncer, por ejemplo, puede tener funciones vitales estables que no lleve a ser visto con premura. Prioriza el compromiso vital y las posibles complicaciones. La extrapolación del término "Triage" a la acción de clasificar pacientes, en los servicios de urgencias de los hospitales y del nivel pre-hospitalario de Primaria, no coincide con su significado y uso original, o al menos con el uso original del término, máxime cuando en nuestro idioma la acción a la que se aplica dicho término se corresponde con el concepto de "clasificar". Es fácil de comprender que por masificada que sea la demanda de atención urgente en los hospitales, no se corresponde con la situación de catástrofes con múltiples víctimas.

Como curiosidad, la respuesta obtenida por la RAE

(diccionario de la Real Academia Española de la lengua), a la pregunta formulada, en noviembre de 2004, por la SEEUE: "Definición de Triage", fue la siguiente: "El término TRIAGE no ha sido de momento admitido por la Academia" (no existe). El término, tampoco aparece en otros diccionarios de uso consultados por la SEEUE. En la edición 22ª del diccionario de la lengua española sólo se encuentra el término triar. Aunque se ha convertido en un vocablo de uso común en servicio de urgencias hospitalarias. El término correcto sería "clasificación". Esta palabra es un galicismo (derivado del francés) triaje. En cuanto a su ortografía, las voces españolas terminadas en -aje se escriben siempre con jota: garaje, peaje, pasaje, etc."

El empleo del término "triaje" en el ámbito hospitalario, hace referencia a la clasificación de los enfermos del servicio de urgencias, de forma que sean atendidos según la gravedad de su caso y con independencia del orden de llegada se establezcan los tiempos de espera razonables para cada uno de ellos. Tener una herramienta consensuada con unos criterios homogéneos, científicos y coherentes para poder ofrecer una atención-respuesta adecuada a las necesidades de los usuarios, aplicando si se precisan atenciones de enfermería es una de las premisas para un "triaje" bien realizado en una unidad de urgencias.

1.1. DEFINICIÓN DE RAC

La RAC es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes y su ecosistema, entorno y familia, desde la óptica asistencial por niveles de gravedad y su correspondiente clasificación y adecuación a la estructura del medio asistencial de urgencias en el que nos encontremos, realizado todo ello en un contexto de relaciones interpersonales, inherentes y básicas en cualquier relación humana de respeto, atención y cuidado, que enmarcamos en la acción fundamental de recibir y acoger al demandante y su ecosistema. La RAC no puede entenderse sólo como un proceso exclusivo del ámbito de la atención urgente hospitalaria. Superado el instante de triaje en situaciones de catástrofes, desastres o accidentes con múltiples víctimas, se mantiene y refuerza la relación interpersonal entre víctima/paciente y profesional sanitario. En esta relación hay que establecer conexiones empáticas y éstas se enmarcan en el continuo del proceso RAC.

OBJETIVOS RAC

- Mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de urgencias y emergencias, mediante una respuesta adecuada a las necesidades de los usuarios, estableciendo criterios homogéneos, científicos y coherentes sobre la necesidad de atención, que el paciente presenta con respecto a su demanda de asistencia y sobre la base de ello, aplicar las intervenciones enfermeras para garantizar su seguridad.
- Ordenar de manera eficaz la demanda mediante valoración enfermera inicial.
- Clasificar y distribuir los pacientes en base a sus necesidades asistenciales según la organización y estructura de la Unidad.
- Aplicar, si procede, ciertas técnicas, iniciales y básicas, propias del ejercicio profesional.

- e) Prestar a los pacientes, y a sus familiares o acompañantes, una aproximación humana y profesional al problema planteado como demanda asistencial en todo su contexto.
- f) Facilitar estabilidad y confort en la medida de lo posible.
- g) Prestar apoyo emocional y ayuda psicológica, para disponer al paciente hacia una actitud terapéutica positiva, obteniendo así el más alto índice de calidad posible en el conjunto de las prestaciones sanitarias.

En consecuencia, la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias asume y propone que: La Actividad de RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES EN URGENCIAS, según lo manifestado, ES PROPIA DE LOS ENFERMEROS/AS por:

- Su cualificación profesional, al amparo de su titulación académica; y 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; y 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 aplicabilidad de la Recomendación Científica se ajustará a un ordenamiento de la actividad mediante protocolo, algoritmo, o árbol de toma de decisiones que en cada caso se considere oportuno por la correspondiente dirección de la unidad de urgencias o centro asistencial donde se quiere aplicar. La actividad asistencial, de técnicas y de cuidados, de observación y evaluación enfermeras quedará reflejada en el correspondiente registro de enfermería, legible, comprensible y perfectamente identificables el paciente y el profesional que le atiende

La fase de clasificación de pacientes en la RAC no ha de sustentarse en un diagnóstico clínico médico, sino, como una valoración de problemas de salud y de necesidades a la vez que de identificación de mejora, valoración que, a posteriori, podría derivar en diagnósticos enfermeros, y en el establecimiento de un potencial Plan de Cuidados, como intento primero y de inicio del Proceso Enfermero contextualizado al área de Urgencias y/o Emergencias, y que mantenga una línea e idea de continuidad en los cuidados, sin olvidar las primeras intervenciones que en situaciones en que prime la supervivencia del paciente, habrán de priorizarse a expensas de este desarrollo metodológico y desde las que deberemos participar como parte integrante del equipo multidisciplinar en el que estemos integrados.

Por lo tanto, nos referiremos a “triaje”, cuando el ámbito

de actuación urgente sea extra hospitalario y a “RAC”, cuando se reduzca a la urgencia hospitalaria, aunque para ello hagamos uso de escalas de “triaje”.

TEMA2 EVOLUCIÓN DE LA RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN

El concepto de triaje en el ámbito sanitario se entiende como la función de clasificar a los enfermos antes de que reciban la atención asistencial que precisan. Por ello, se necesita una escala de clasificación válida, útil y reproducible y de un equipo tanto humano como material que permita realizar una priorización de los pacientes en base a su grado de urgencia según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable. La competencia de la enfermera/o en el triaje es valorar inicialmente al paciente que acude al servicio, así como clasificarlo y distribuirlo en base a su patología y necesidades asistenciales. Aplicar y/o realizar si proceden técnicas enfermeras tanto al paciente como a sus acompañantes.

El objetivo del “triaje” consiste en priorizar la atención del paciente, según la gravedad, mediante una primera valoración rápida, exhaustiva y rigurosa, basada en unos protocolos ya establecidos o en el criterio del profesional encargado del “triaje”.

El paciente y su familia, cuando esperan ser atendidos por el servicio de urgencias, si ha pasado por el “triaje” esperan informados, atendidos y seguros.

TEMA3 HISTORIA

El triaje nace de la necesidad de priorizar la atención de los soldados heridos en combate. Aunque los conceptos de ordenar y esperar probablemente son tan viejos como la medicina, para muchos esta actividad tal y como hoy la conocemos se desarrolló en los campos de batalla franceses en la segunda guerra mundial. Otros autores sitúan su nacimiento a principios del siglo XIX, a cargo del Barón Dominique Jean- Larrey (1766-1842), cirujano francés al servicio de Napoleón, que también es recordado por su invención de la primera ambulancia de campo. No hay ninguna evidencia que Jean-Larrey realmente usara la palabra “triaje” pero su concepto fue abrazado y extendido por la medicina militar durante los siguientes 150 años. Además de la consabida actividad de triaje en catástrofes y medicina extrahospitalaria, en el ambiente hospitalario, los sistemas de triaje se han desarrollado para proporcionar una respuesta adecuada y de calidad al cada vez mayor número de pacientes que se presentan en los servicios de urgencias con diferentes niveles de gravedad, y diferentes motivos de consulta, con una limitación de recursos que imposibilita la atención inmediata de todos ellos.

Existe un consenso general sobre la necesidad de contar común sistema de triaje en Urgencias, llevado a cabo por la Enfermería. Históricamente los estudios de evaluación de la calidad

del triaje han descrito los mismos beneficios que ya se han citado anteriormente, desde el punto de vista de la seguridad del paciente, ofreciéndole una valoración a su llegada a urgencias para determinar, en forma objetiva, el manejo inmediato o la espera de un turno para la consulta médica; la tranquilidad que ofrece al paciente la familia entrar en contacto con un representante del equipo de salud que le explique sobre su condición clínica. Desde la perspectiva del equipo de salud, el sistema de triaje representa la organización y coordinación del trabajo diario de manera fiable, siempre y cuando ofrezca consistencia entre el resultado del triaje y el diagnóstico final, así mismo, permite la utilización racional del recurso humano y técnico.



MÉTODO START

Método utilizado en catástrofes por personal no necesariamente sanitario; cuya misión es elegir quién precisa atención inmediata, quién puede esperar 2 horas, quién puede esperar más, quién está tan mal que no tiene remedio y quién ya está muerto. Así podríamos simplificar la explicación del triaje START. Esto permite reducir a proporciones "humanas" lo que inicialmente era inabarcable. Si nos dicen que vamos a un accidente de tránsito, un enfrentamiento policial, o un tema actual vamos a clasificar privados de libertad en un motín carcelario con unas cien víctimas... por el camino iremos, ¡¡¡¡pensando el que hacer!!! pero si sabemos que hay diez pacientes muy graves o rojos, 15 graves o amarillos y 75 leves o verdes....

El triaje nos permite priorizar el orden de atención. Priorizar el uso de medios materiales y humanos. Priorizar la evacuación. Es una de esas herramientas que utilizamos en la atención a múltiples víctimas con la finalidad de aportar orden al caos. Una de las características del triaje es que debe ser repetido constantemente: en escena, en área de tratamiento, tras tratamiento, antes de evacuación, en el hospital, etc.

Las manos son pocas y es posible que la escena comprenda varios sectores (dentro y fuera del edificio o en la carretera y bajo el puente, p.e.) de modo que sea preciso formar varios equipos de triaje. El primer triaje puede realizarse en el área de clasificación, a la entrada del Puesto Sanitario Avanzado, y en casos en los que los medios de rescate son escasos o dificultosos (por ejemplo, el autobús está volcado) este

primer triaje puede realizarse en el punto de impacto. Si estamos ante un incidente con sustancias peligrosas el triaje se pospone a la descontaminación, que es la prioridad absoluta. Recordemos que, salvo mejor criterio sobre el terreno, no se inicia tratamiento hasta que todos hayan sido triados. Hay clasificaciones en 2, 3, 4 y 5 categorías: Vivos y muertos. Ambulantes, no ambulantes, muertos (muy útil en áreas de rescate de gran peligro: es prioritario buscar y sacar a los vivos que no pueden andar) Rojos, amarillos, verdes, negros (en esta clasificación bajo la tarjeta de negro se incluyen muertos y moribundos) Rojos, amarillos, verdes, azules (también llamados grises: moribundos, irrecuperables, morituri) y negros. Hay varios modos de hacer esta asignación de categorías: métodos lesionales en los que según las lesiones más o menos graves o potencialmente graves se hace la asignación. Una variante de estos que es el que yo llamo "lesional-intuitivo-de-fortuna", que es el que aplicaríamos casi sin darnos cuenta, ¡uh!, este tiene una fractura bilateral de fémur: este es rojo... no es malo, pero hay que ser experto y revisar muy bien al paciente para no equivocarnos y además deja demasiado al criterio del sanitario, quizá afectado por el nerviosismo o la falta de experiencia.

En los métodos funcionales, nos fijamos en el estado del paciente, más que en las lesiones concretas. Uno de ellos es el método START (Simple Triage and Rapid Treatment) es un método validado y reconocido internacionalmente como útil y es el que vamos a aprender. Es especialmente útil como primer triaje. DEBEMOS APRENDERLO TODOS: Bomberos, Enfermería y médicos. El método se fija en cuatro cosas:

- ¿Deambula?
- Respiración
- Perfusión
- Estado Mental

Solo se permiten 2 tratamientos durante el triaje: abrir vía aérea, cohibir hemorragias (gestos que salvan vidas) con cánulas orofaríngeas o de mayo y vendajes o con tracción mandibular y compresión por otros intervinientes distintos del encargado de triaje. Para abrir vías aéreas sería aceptable, la posición lateral de seguridad aún en pacientes traumatológicos. Durante el triaje no se sugieren ni ordenan otros tratamientos.

¿Pueden andar? Si el paciente entiende y es capaz de cumplir la orden entonces es verde, puede esperar y le ordenamos "siga a este Bombero o Paramédico y no se separe de él", los verdes deben ser agrupados, apartados y supervisados por un Paramédico por si se complican, y deberán ser evaluados nuevamente en cuanto esto sea posible. La función de este funcionario es acompañarlos y cuidar de ellos hasta que sean evacuados. en un transporte que no necesariamente debe ser una ambulancia.

Con esta sencilla operación ya hemos aclarado la escena. Algún ileso puede, no obstante, incluso convertirse en voluntario. O ayudar a cohibir una hemorragia.

Contamos las Respiraciones: Si son 0, se hace un intento por abrir la vía aérea (tracción mandibular).

Si comienza la respiración el paciente es rojo, se le pone cánula orofaríngea o se deja en posición de seguridad (esto es nada ortodoxo, pero si el número de víctimas es elevado y aún no hay suficiente personal es lo único que podemos hacer que nos permita abrir vía aérea, prevenir aspiraciones y continuar el triaje). No se continúa la evaluación, ya está triado ya sé que es rojo, no continúo la evaluación de este paciente. Si no respira a pesar de abrir Vía Aérea es negro. No se continúa evaluación, ya está triado. Este paciente no se moverá del lugar, a no ser que estorbe. Es un cadáver judicial. Si las ventilaciones son >30 es rojo. No se continúa la evaluación, ya está triado. Si son < 30 pasamos al siguiente punto.

Recordemos: Aquí llegamos si no puede andar y tiene menos de 30 respiraciones por minuto. Evaluamos la Perfusión: ¿tiene pulso radial? Si no lo tiene es rojo. No se continúa la evaluación, ya está triado. Si tiene pulso radial continuamos. El método START original considera la valoración del relleno capilar, pero este es poco fiable en condiciones de escasa luz y en bajas temperaturas. de modo que preferimos el pulso radial como indicador de la tensión arterial sistólica.

Evaluamos estado mental con dos preguntas simples (p.e. ¿cómo se llama? tóquese la nariz): Si no responde o está confuso es rojo. Si responde es amarillo. A cada paciente triado le ponemos su tarjeta y seguimos avanzando. No nos paramos en ninguno más que para efectuar las maniobras salvadoras. El movimiento entre los heridos debe ser fluido, continuo y ordenado.

START no tiene la categoría de moribundo. Estos son considerados Rojos, serán dados por moribundos tras valoración más detenida en un área que se pueda realizar un TRIAJE SECUNDARIO. El segundo triaje es, por definición, el previo a la evacuación y que marca la prioridad de esta, debe realizarse, preferentemente con métodos lesionales, teniendo en mente que es la necesidad de cirugía urgente y salvadora la que marca la pauta.



TEMA4 EL TRIAJE EN EL MUNDO

La comunidad científica internacional coincide en recomendar los sistemas de triaje basados en escalas de 5 niveles de priorización, uniformes y estandarizados, de

ámbito nacional, como medida fundamental para garantizar la accesibilidad y mejorar la calidad de los servicios de urgencias hospitalarios. Actualmente existen, de acuerdo con las recomendaciones de la Medicina basada en la evidencia, 5 escalas con suficiente peso específico para ser consideradas como de triaje estructurado:

1. Australasian triaje Scale (ATS). Publicada el 1993 y revisada el 2000.
2. Canadian Emergency Department triaje and Acuity Scale (CTAS). Desarrollada en 1995.
3. Manchester triaje System (MTS). Introducido en 1996.
4. Emergency Severity Index (ESI). Desarrollado en EEUU en 1999.
5. Modelo Andorrano de triaje (MAT). Aprobado por el Servicio Andorrano de Atención Sanitaria en el año 2000. Estos modelos están diseñados para el paciente adulto.

La escala canadiense de triaje y gravedad pediátrica (Canadian Paediatric triaje and Acuity Scale: PaedCTAS) se ha desarrollado como complemento de la Escala Canadiense de triaje y gravedad para los Servicios de Urgencias (CTAS). Las diferencias específicas reflejan las circunstancias y condiciones únicas de los niños. La escala se basa en las presentaciones habituales, síntomas o síndromes y cada niño ha de ser triado en función de su edad, estado de desarrollo y gravedad, considerando sus aspectos socio-familiares y culturales.

Triaje de Manchester:

Creado en 1994 con el objetivo de establecer un consenso entre médicos y enfermeros de urgencias. Objetivos:

- Desarrollo de una taxonomía común.
- Desarrollo de definiciones comunes.
- Desarrollo de una metodología sólida de triaje.
- Desarrollo de un acuerdo global sobre formación.
- Desarrollo de una guía de intervención para triaje.
- Metodología del triaje.

El objetivo del proceso de triaje en un servicio de urgencias es tanto ayudar al ttº clínico del paciente individual como a la organización del servicio.

La duración del proceso del triaje es tal, que cualquier intento de diagnosticar con total precisión a un paciente está condenado al fracaso.

Evidentemente el diagnóstico no está unido a la prioridad clínica

¿Es un sistema para diagnosticar pacientes? ◊ NO

Clasificación de Prioridades en Urgencias

Descripción del Sistema Manchester hace mucho tiempo que el problema de la clasificación de pacientes constituye un obstáculo al buen funcionamiento de los Servicios de Urgencia Hospitalarios. Es necesario implementar una metodología de trabajo que sea coherente, que respete la buena práctica clínica en situaciones urgentes, sea fiable, uniforme y objetiva a lo largo del tiempo y disponga de un modelo de auditoria (incluso externa). Se acredita que el Sistema de triaje de Prioridades Manchester cumple todos los requisitos anteriormente descritos permitiendo la identificación de la prioridad

clínica y definición del tiempo máximo recomendado hasta la observación médica caso a caso, tanto en situaciones de funcionamiento normal del Servicio de Urgencias como en situaciones de catástrofe. Esos son los objetivos del triaje de Prioridades.

Consideraciones generales: Se trata de un sistema que fue implementado en Manchester (UK) en 1997 y desde entonces adoptado como norma en la mayoría de los hospitales del Reino Unido. Poseyendo la necesaria credibilidad y autorización de los autores, España se adhiere a este proyecto. El objetivo es hacer triaje de prioridades, o sea, identificar criterios de gravedad, de una forma objetiva y sistematizada, que indiquen la prioridad clínica con que el paciente debe ser atendido y el respectivo tiempo máximo recomendado hasta la observación médica. No se trata de establecer diagnósticos. El método consiste en identificar el motivo de consulta inicial (de presentación) y seguir el respectivo diagrama de flujo de decisión (existen en total 52 que abarcan todas las situaciones previsible). El diagrama de flujo contiene varias preguntas que son colocadas por orden de presentación (con la definición exacta de los términos) que constituyen los llamados "discriminadores". Estos pueden ser específicos para la situación (por ejemplo, oftalmológica) o generales: riesgo vital, dolor, hemorragia, estado de consciencia, temperatura y el hecho de tratarse o no de una situación aguda. Durante la identificación del discriminador relevante (es decir, la pregunta del algoritmo que tiene respuesta positiva) se determina la prioridad clínica (con el respectivo color de identificación). La utilización de este sistema clasifica al paciente en una de 5 categorías identificadas por un número, nombre, color y tiempo máximo de observación inicial:

- 1 = Emergente = Rojo = 0 minutos
- 2 = Muy urgente = Naranja = 10 minutos
- 3 = Urgente = Amarillo = 60 minutos
- 4 = Poco Urgente = Verde = 120 minutos (2 horas)
- 5 = No urgente = Azul = 240 minutos (4 horas).

La consistencia del método es tal que, aunque sea escogido un diagrama de flujo alternativo o incluso menos correcto, el resultado final en términos de prioridad clínica es el mismo y el tiempo límite de observación clínica será igual. Con el fin de garantizar la uniformidad del entendimiento y aplicación de los conceptos, todos los términos se encuentran definidos de una forma precisa en la página al lado del respectivo algoritmo o en el diccionario (al final del libro).

Tal metodología permite identificar precozmente al paciente urgente de una forma objetiva y continua a lo largo del tiempo, esto según protocolos aceptados por las Direcciones Clínicas de los Hospitales y con control médico. El sistema no depende tanto de la diferenciación clínica del profesional sanitario, pero sí de su disciplina en la aplicación del algoritmo.

Se debe asegurar que el tiempo máximo desde la llegada al Servicio de Urgencias hasta el triaje de prioridades no sea excesivo. Se debe prever el refuerzo del equipo de

triaje de prioridades siempre que existan más de 10 pacientes en espera.

En caso de empeoramiento de la situación clínica, de un paciente en espera de ser atendido, deberá ser reclasificado por el elemento que mejor defina su nueva situación en el sistema de triaje de prioridades. Esto constituye un mecanismo de seguridad importante.

- El necesario realizar auditorias de forma rutinaria, el objetivo es alcanzar una calibración igual o superior al 80%, ocurriendo que el desvío en relación al objetivo debe ser causado por la atribución de categorías de prioridad superior al determinado por la auditoria. Es deseable, aunque no obligatorio, que el sistema sea informatizado.
- El método no garantiza en sí el buen funcionamiento del Servicio de Urgencias. Al aceptar la implementación del Sistema de triaje de Prioridades, la Administración del Hospital asume efectuar las inversiones necesarias para promover y concretar la reestructuración funcional y física necesaria para que los objetivos preconizados por los protocolos en la gestión del paciente sean cumplidos es necesario definir Circuitos de Gestión de Pacientes. En caso de que esto no se verifique la implementación del Sistema es inútil para los pacientes.
- Los autores Británicos — Grupo de triaje Manchester - autorizan la utilización del Sistema de triaje Manchester en España con la condición que haya normativa en la formación del personal y la existencia de un sistema de auditoria. En ese sentido, y con apoyo de miembros del Grupo de Manchester y de Grupo Portugués de triaje (GPT), se formaron formadores y fueron administrados cursos a personal médico y de enfermería de acuerdo con las normas y criterios seguidos en el Reino Unido.

B- Por la experiencia adquirida en otros lugares el sistema constituye una opción válida y que reúne las siguientes ventajas: Garantiza la uniformidad de criterios a lo largo del tiempo y con los diversos equipos del servicio. Acaba con el triaje de puerta (personal de apoyo, celadores, administrativos... etc), que encamina al paciente sin criterio objetivo, y permite que la decisión sea tomada científicamente, excluyendo argumentos rudimentarios, como, por ejemplo, "que entró de pie" o "en camilla", etc.

No exige una diferenciación especialmente exigente sino un buen profesional sanitario y disciplina. En el Reino Unido, esta tarea es desempeñada por el personal de enfermería. En Portugal y España, la tarea se desempeña tanto por personal médico como por personal de enfermería (a pesar de que el control del sistema sea siempre médico). Esta solución facilita la gestión de los recursos humanos. El presente sistema es institucional, protege al paciente realmente urgente y al profesional sanitario.

Prevé el triaje individual (de pacientes caso a caso) así como las situaciones de excepción (con múltiples pacientes). No implica una inversión financiera

significativa.

Es muy rápido de ejecutar. Ya está probado en diversos países europeos. El sistema de auditoria permitirá comparar datos entre los diversos hospitales en estudio en el País y con el Reino Unido (lo que ciertamente refuerza la credibilidad del proyecto).

El Sistema de triaje Manchester está, en estos momentos, en expansión por diferentes países europeos. El objetivo es aunar y normalizar un sistema común de clasificación de pacientes de las urgencias hospitalarias en toda Europa.

TEMA5

TRIAJE EN ESPAÑA

Al igual que en los países antes citados, en España, debido a la masiva afluencia de pacientes a las unidades de Urgencias frecuentemente se ven desbordadas por una sobre utilización por parte de los usuarios, los cuales en la mayoría de los casos acuden con motivo de patologías banales fácilmente solucionables en primaria, que no requieren de este tipo de atención urgente en medio hospitalario.

Actualmente muchos servicios de urgencias han optado por la instauración de estos sistemas de clasificación de pacientes, o "traje", dedicado a coordinar el circuito de atención del paciente, optimizando los recursos disponibles y orientarlos de forma jerarquizada hacia aquellos pacientes que antes lo necesiten. De esta forma se consigue optimizar recursos, principalmente en relación al tiempo y factor humano. En la literatura encontramos descritos varios sistemas de triaje. Una de ellas es el que podemos denominar como "traje no profesional" que es realizado por un técnico o administrativo que registra al paciente y lo envía a la sala de espera, anotando como mucho el motivo de consulta. Otro sistema que encontramos es el denominado "traje básico", realizado por una enfermera profesional que valora al paciente, y determina las necesidades prioritarias y le asigna un nivel de prioridad y área de tratamiento.

Una ampliación de este último es el "traje avanzado estructurado" realizado por una enfermera profesional que además incluye la valoración inicial del paciente, la solicitud de algunos procedimientos diagnósticos, un examen físico limitado en caso necesario, documentación y referencia a la valoración médica. También existe la modalidad de "traje médico" realizado por un médico, función que algunas veces se mezcla con el diagnóstico y el tratamiento definitivo; es por ello que se aboga por el "traje enfermero" basado en signos, síntomas, posibles riesgos y complicaciones, en lugar de triaje por gravedad de diagnóstico; es decir, no es lo mismo enfermedad grave, que emergencia. Por ultimo en algunos lugares se ha desarrollado un "traje en equipo" donde la enfermera y el medico funcionan como un equipo a la hora de realizar el triaje. Hemos visto estudios comparativos de triaje realizados principalmente en el entorno anglosajón. Se ha mostrado que el triaje estructurado realizado por enfermeras es un procedimiento fiable, aumentando la satisfacción de los pacientes y mejora de la imagen del servicio y de la enfermería.

Este tipo de sistemas reducen la ansiedad del paciente y de su familia, además de reducir de manera general los tiempos de espera. Con el triaje médico se corre el riesgo de hacer una consulta rápida de deficiente calidad, aumento del tiempo de realización del triaje con el consiguiente aumento del tiempo de espera para la valoración inicial de otros pacientes y la pérdida de los objetivos del sistema de triaje. En nuestro país, la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias, propone la utilización de la escala canadiense de triaje (CTAS), aceptada internacionalmente como uno de los mejores sistemas de clasificación de pacientes. Debido a la completa estructuración y validación de esta escala, las sociedades de medicina de emergencias están empezando a contemplar la idea de universalizar su aplicación al resto de los sistemas sanitarios, un trabajo que requiera de esfuerzo de adaptación de la escala a cada sistema particular.

Así en Cataluña, se están llevando a cabo diversas experiencias basadas en la escala canadiense de triaje y en la combinación de esta y los algoritmos de la escala de triaje de Manchester; experiencias que pretenden aglutinar en un único grupo con la finalidad de proponer una escala y así poder validar la escala propuesta y establecer programas de formación. En este sentido se ha creado el Grupo Catalán de triaje, que incluye al servicio sanitario andorrano y que se está encargando de estudiar la validez de su modelo de triaje de Enfermería.

También se encarga de la formación específica de enfermeros en esta actividad, con objeto de extender el uso consensuado y estandarizado del modelo y poder estudiar a nivel multicéntrico su validez

En el resto de España la validación del sistema de triaje de Manchester al castellano se está realizando en el "Complejo Hospitalario de Ourense" donde en colaboración con diversos hospitales portugueses se está implantando y pilotando el programa informático de decisión para su implementación en el Servicio Gallego de Salud.

La Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE) establece la capacidad de enfermería para la valoración de signos y síntomas para determinar la gravedad de los pacientes. Además en su "Marco referencial en enfermería de Urgencias Emergencias" (documento pionero en cuanto al establecimiento del Triaje como función enfermera en los Servicios de Urgencias) describe las bases del proceso de la "RAC" (Recepción, Acogida y Clasificación), así como las funciones y mapa de competencias profesionales del enfermero de "RAC"

Este nuevo termino, la "RAC" está nominada para ser según la SEEUE el término de referencia para el Triaje hospitalario en nuestro país. La Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos (SAECC) definió en 2002 a raíz de la primera Conferencia de Consenso de la sociedad los estándares para la recepción clasificación y atención sanitaria inicial de

pacientes en urgencias publicando poco después las Recomendaciones Definitivas para la actuación de enfermería en el Triage. En ella se define y conceptualiza qué es el triaje de enfermería; cuáles son sus objetivos y de que intervenciones consta, describiendo la estructura y materiales que se requieren y cuáles son las competencias y formación necesarias para el enfermero del triaje.

Además, inicia las pautas generales que se deben seguir a la hora de la clasificación del paciente, explicando los requisitos que se deben cumplir en el registro del triaje y como a de evaluarse esta actividad. Finalmente defiende la necesidad de una investigación continuada en este campo para mejorar y estandarizar los métodos y promover la implantación de sistemas de triaje telefónico a cargo de Enfermería.

El triaje también está descrito en la tercera edición de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Este documento, traducción íntegra de la conocida "NIC" esta revisado en España por los miembros del Comité Técnico de Normalización del proyecto NIPE de Instituto Superior de Acreditación para el Desarrollo de la Enfermería y otras Ciencias de la Salud (ISECS), promovido por el Consejo General de Enfermería. Explicando grosso modo en el se pretende recoger y codificar todas las intervenciones enfermeras junto con sus criterios de resultado, para una universalización del lenguaje y de las tareas enfermeras. En este manual hallamos tres tipos de intervenciones de triaje a cargo de enfermería:

- Triage en Situaciones de Catástrofe
- Triage en un Centro de Urgencias
- Triage telefónico

BLOQUE 2

TEMA 1

LA CONSULTA DE RAC DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

De acuerdo con la SEEUE podemos definir la RAC como una clasificación continuada por parte de enfermería de los pacientes que consultan con el Servicio de Urgencias, adecuando los recursos disponibles a las posibilidades sanitarias, estableciendo las prioridades de uso de estos recursos con criterios cuantitativos de resultados asistenciales finales, teniendo como objetivos la filiación del paciente, identificación de la gravedad del proceso, toma de decisiones con respecto a su asistencia, aplicación de cuidados iniciales proporcionando información al usuario y familia. Este tipo de actividad es un sistema de recepción y clasificación de los paciente que demandan atención en un servicio de Urgencias llevado a cabo por enfermeros. Este sistema pretende, mediante una corta pero eficaz anamnesis a la llegada del paciente junto con la toma de las principales constantes del mismo, delimitar (nunca diagnosticar) la gravedad del cuadro clínico por el cual acude al centro. En base a esto se aplica una prioridad en razón de la cual será atendido antes o después, es decir, que será

traducida en tiempo de espera máximo que podrá esperar para ser explorado y tratado, gestionando y adecuando los recursos disponibles.

Asimismo, las actividades realizadas para la Consulta de Recepción, acogida y Clasificación por parte del enfermero mantendrán informado al paciente y a su familia, que servirá de agente catalizador de cuidados precoces e iniciará protocolos que agilizarán el proceso de atención del paciente, disminuyendo el tiempo de espera y aumentando la calidad de la atención. Así, el objetivo principal de la RAC es adaptar y gestionar los recursos disponibles en función de las necesidades de cada paciente, otorgando a la enfermera de la consulta de "traje" un papel protagonista en el servicio de urgencias, que se ocupa de la organización de los cuidados, la coordinación del equipo, la atención inicial del paciente y la coordinación general del servicio en cada segmento asistencial concreto

Es de suma importancia tener en cuenta que uno de los principales objetivos del triaje de Enfermería es la diligencia a la hora de realizar la RAC justo posterior a la filiación del paciente por parte del servicio de admisión, en el periodo de tiempo más breve posible. Además de muchos factores pueden influir en el tiempo de respuesta, la disponibilidad de consultas, los recursos diagnósticos y terapéuticos, la adecuación de la plantilla, el diseño del sistema, la eficiencia del proceso de atención circuito del paciente, la accesibilidad a las salas de espera, el grado de saturación del servicio, el buen funcionamiento de la megafonía, etc, etc. El enfermero de la sala de RAC es el que va a actuar gestionando todos estos recursos. Además, se va a situar como primer preceptor de situaciones que desequilibren el normal estatus de estos factores, coordinando su adjudicación y reaccionando ante cualquier situación que se pudiese presentar.

TEMA 2

PERFIL DEL ENFERMERO DE LA RAC

Los especialistas en Enfermería en Urgencias y Emergencias proporcionarán cuidados enfermeros a personas con problemas de salud en situación crítica, de alto riesgo o en fase terminal, a nivel individual o colectivo, dentro del ámbito sanitario o domiciliario, agilizando la toma de decisiones mediante una metodología fundamentada en los avances producidos en el campo de los cuidados de la salud, la ética y la evidencia científica lograda a través de una actividad investigadora directamente relacionada con la práctica asistencial. Asimismo, por ser expertos en dicha área serán eficaces asesores en el ámbito institucional o en el equipo de salud en cualquier aspecto relacionado. Dichos profesionales estarán capacitados y serán competentes para:

1. Prestar atención integral a la persona para resolver individualmente o como miembros de un equipo

multidisciplinar, los problemas de salud que le afecten en cualquier estadio de la vida con criterios de eficiencia y calidad.

2. Utilizar con destreza y seguridad los medios terapéuticos y de apoyo al diagnóstico que se caracterizan por su tecnología compleja.

3. Diagnosticar, tratar y evaluar de forma eficaz y rápida las respuestas humanas que se generan ante los problemas de salud reales y/o potenciales que amenazan la vida o no permiten vivirla con dignidad.

4. Establecer una relación terapéutica eficaz con los usuarios para facilitarles el afrontamiento adecuado de las situaciones que padezcan.

5. Participar activamente con el equipo multidisciplinar aportando su visión de experto en el área que le compete.

6. Formular, implementar y evaluar los estándares, guías de acción y protocolos específicos para la práctica de la Enfermería Clínica Avanzada en Urgencias y Emergencias.

7. Gestionar los recursos asistenciales con criterios de eficiencia y calidad.

8. Asesorar como especialista en el marco sanitario global y en todos los niveles de toma de decisiones.

9. Proporcionar educación sanitaria a los usuarios, así como asesorar al equipo de salud en todos los aspectos relacionados con su área en la especialidad.

10. Asumir las competencias en materia de formación de los futuros especialistas.

11. Impulsar líneas de investigación que sean relevantes para el diagnóstico, las intervenciones y los resultados en la clínica avanzada en urgencias y emergencias. Dentro de las funciones del enfermero de RAC destacamos:

- La identificación rápida de los pacientes en situación de riesgo vital
- La priorización en función del nivel e clasificación realizado.
- Determinar el área mas adecuada para la atención del paciente, dentro del propio servicio.
- Realizar la evaluación periódica de los pacientes en espera
- Informar al paciente y a su familia sobre la atención que va a requerir y los tiempos de espera de ésta.
- Mejorar el flujo de los pacientes para evitar la congestión del servicio.
- La creación de un lenguaje común y estándar para todo el personal que trabaja en los Servicios de Urgencias, que sea fácilmente entendible por todos.

El Enfermero de RAC tiene una gran responsabilidad ya que desarrolla su actividad en un puesto de primera línea en la que se realizan gran parte de la gestión de trabajo de la unidad, que requieren gran cantidad de actitudes y aptitudes específicas.

Las más importantes de estas actitudes y aptitudes pueden resumirse en las siguientes:

- Dominio de la sistemática de triaje.
- Debe tener dos años de experiencia en servicios de Urgencias, de los cuales al menos los

seis últimos meses serán en la unidad donde va a iniciar su labor como enfermero de triaje

○ Debe poseer habilidades interpersonales, de comunicación y de relación en colaboración con la institución y el departamento para relacionarse con el público y la comunidad. Debe ser capaz de aplicar el proceso de enfermería para realizar de forma efectiva un triaje lógico e individualizado.

○ Alta capacidad de liderazgo, gestión de recursos y trabajo en equipo.

○ Capacidad para tomar decisiones y resolución de problemas.

○ Capacidad para delegar.

○ Debe ser flexible con respecto a los cambios de situación que se pudiesen presentar.

○ Capacidad comunicativa y de disponibilidad. Es importante saber escuchar y contestar, valorando en su momento las situaciones, de modo que pueda adecuar el propio lenguaje y la actitud a la persona que se tiene en frente.

○ Debe apoyar y participar en la filosofía y los objetivos, así como los procedimientos del servicio de urgencias.

○ Debe tener capacidad crítica; habilidad para notar rápidamente eventuales empeoramientos o sensibles modificaciones del estado de los pacientes.

○ Poseer sentido crítico frente todo tipo de situaciones y alta capacidad de valoración de los signos y síntomas de los pacientes y de los datos obtenidos mediante los aparatos de medida.

○ Actitud de mejora continua y capacidad docente y de ilusionar, incorporar nuevos miembros y estimular el compromiso, ya que el triaje es una tarea nueva entre la profesión, y es necesario que los enfermeros encargados de ello sean capaces de ahondar en el tema y formar a los nuevos miembros del equipo.

TEMA 3

OBJETIVOS DEL RAC

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.

6. 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.

TEMA 4

EL PROCESO ENFERMERO EN LA CONSULTA DE RAC

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 triaje 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 triaje 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.

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

Consta de 3. FASES:

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: Clasificación 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).

TEMA 5

VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE RAC 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. ¿Que 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 cuándo?: 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 mas 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 solo 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 dístales a traumatismos, amplitud, intensidad...
 - Frecuencia cardiaca
- 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 llevara consigo un nivel de priorización a la hora de atenderle en el ámbito de urgencias en el que se desarrolle la RAC. Esta priorización variara según el nivel en el que se le atiende (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.

programada, etc). Si tenemos tiempo y siempre que sea posible y por motivo justificados estas analíticas podrían extraerse y cursarse desde la sala de RAC, y que no necesita valoración médica, acelerando este tipo de procesos.

- Administración parenteral de medicación prescrita que necesita horario fijo fuera del ambulatorio, como ocurre en muchos tratamientos para la infertilidad
- Aplicación de frío local en traumatismos

BLOQUE 3

TEMA 1

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE RAC

Dentro de este apartado podemos incluir determinadas técnicas para pruebas diagnósticas y de toma de constantes necesarias para poder encuadrar al paciente dentro de un marco de prioridad desde un punto de vista de valoración de su problema. También se aplicarán cuidados 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 emocional, etc., En otros modelos de triaje al paciente se le prioriza antes de aplicársele ningún cuidado inicial, recalificándolo a un nivel superior (menos grave) una vez aplicado este cuidado.

en nuestro caso, la prioridad se le aplicara la paciente después de la aplicación de estos cuidados iniciales, si es posible y la aplicación de estos desde la consulta de triaje. Por ejemplo, un paciente con una herida sangrante en un miembro podrá estar en un nivel de prioridad superior una vez realizado un vendaje compresivo que anule dicha hemorragia.

Priorizaremos al paciente en función del tiempo que puede esperar tras haber solucionado el problema que lo colocaría en un nivel inferior, si ello está en nuestras manos desde la consulta de RAC. Las intervenciones enfermeras que se espera que sean iniciadas desde triaje deben quedar protocolizadas consensuadas en cada servicio. Estas actividades a menudo propiciarán un mayor confort del paciente mientras espera, y en otras ocasiones agilizarán su proceso de atención.

Estas pueden ser:

- Lavados oculares urgentes
- Medios físicos en cuadros febriles
- Vendajes compresivos en puntos sangrantes
- Canalización de accesos venosos si el paciente lo requiere (en crisis convulsivas previas de pacientes epilépticos, por ejemplo)
- Vendajes e inmovilizaciones provisionales en caso de traumatismos
- Extracción de analíticas: Determinadas consultas estarán motivadas por la necesidad del paciente de extraerse una analítica programada en caso de que no pueda esperar al horario de los servicios ambulatorios (solicitud de cirugía

TEMA 2

SOLICITUD DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

La solicitud de estudios complementarios es una de las actividades que desarrolladas en la consulta de triaje, mas contribuyen a acelerar de manera significativa el proceso de asistencia del paciente. Los usuarios se benefician de una puesta en marcha precoz de los mecanismos necesarios para la realización de determinados estudios sin los cuales no se podría llegar a un juicio clínico final por parte del médico y por lo tanto no se podría ajustar a un tratamiento y unos cuidados adecuados.

Como hemos visto, muchas de las acciones desarrolladas por el enfermero de triaje pueden ser ejecutadas en ausencia del médico.

Existen otras acciones para las que hace falta una indicación médica. Es el caso de la solicitud de estudios complementarios, que no es una función tradicionalmente propia de la enfermería, pero este colectivo ha demostrado con creces, y según la literatura revisada, que es capaz de asumir dicha tarea delegada del médico con totales garantías de calidad, eficacia y efectividad.

La consulta de triaje debe disponer de protocolos consensuados para la solicitud de este tipo de estudios. La adopción de protocolos y líneas de actuación le permiten al enfermero desarrollar este tipo de actividades con autonomía y con tranquilidad, respaldado desde el punto de vista legal y sin perder nunca la perspectiva del trabajo en equipo multidisciplinar.

Desde la consulta de RAC se va a solicitar tres tipos de estudios complementarios principalmente. Estos van a ser: electrocardiogramas, analíticas de orinas (tanto test de gestación, como estudio sistemático e orina) y estudios radiológicos simples.

TEMA 3

LA RAC EN PACIENTES ESPECIALES

1. LA EDAD PEDIÁTRICA

Los pacientes pediátricos en general presentan menos consultas con motivo de problemas de salud

graves, pero tienen la característica de que estos pueden mostrarse de modo sutil, y pueden sufrir un empeoramiento rápido de su estado. Mas frecuentemente que en un adulto, las patologías que inicialmente presentan con signos de gravedad luego pueden ser solucionadas en breve y viceversa, patologías aparentemente menores, a menudo progresan hacia cuadros clínicos particularmente graves. En la mayor parte de los casos el niño es acogido en centros de urgencias pertenecientes a hospitales no especializados con acceso indiferenciado para adultos y niños, donde casi nunca existen áreas dedicadas al niño y la primera asistencia es prestada por personal médico y enfermero que están atendiendo tanto a pacientes adultos como a niños.

El enfermero de triaje en estos casos se debe olvidar que los parámetros vitales y los aspectos a observar en el niño son diferentes de los del adulto y diferentes según la edad del pequeño.

La valoración de este tipo de pacientes es difícil debido a las dificultades de expresión y comunicación. Esto a menudo se ve agravado por la angustia y preocupación de los padres.

Los acompañantes descargan sobre el enfermero de la sala de RAC su ansiedad acumulada por la visión real o subjetiva del sufrimiento o el peligro del pequeño y crean así presiones que hacen más compleja la priorización. El enfermero tiene que saber tratar con los niños y con sus parientes en estas circunstancias demostrando una actitud madura y tranquilizadora; manteniendo un comportamiento equilibrado y recogiendo rápidamente los datos esenciales, teniendo presente que los padres conoce mejor que nadie el niño; por lo que entenderemos sus sugerencias.

La importancia de la atención que debe prestarse al niño general a nivel sociocultural están acentuadas y debemos priorizar los siempre de manera más conservadoras que a un adulto atendiendo a su condición de infantes; tanto es así que muchos centros donde se atiende tanto a pacientes adultos como a niños se han tenido que crear consultas médicas específicas que se va a encargar tan sólo de atender a los niños; con objeto de disminuir los tiempos de espera en este rango de pacientes y focalizar su atención.

El triaje va a funcionar igual independientemente de la existencia de estos dispositivos ya que todos los pacientes deben ser previamente clasificados

El enfermero del triaje debe conocer perfectamente las características de los recursos humanos y materiales disponibles en cada momento, que son más adecuados para la atención de este tipo de pacientes especiales. Así la derivación hacia uno u otro punto de atención dentro de la unidad de urgencias se realizará pensando en las características especiales de sus pacientes derivará hacia el punto o consulta que menos carga de trabajo tenga en ese momento dentro de la prioridad que se asigne al niño y preferiblemente hacia el espacio reservado a la unidad para la atención pediátrica siempre que esté disponible; valorando si es posible esperar a que

éste se libere si está ocupado a expensas de un retraso sostenible en la atención del paciente. La enfermera del triaje asimismo servirá de referente para la familia mientras espera con el fin de cubrir las necesidades que pueda presentar el paciente como alimentos, utensilios de higiene etc. El enfermero de la sala de triaje en cuanto a la atención de pacientes pediátricos tendrán cuenta que: Los enfermeros del equipo encargados del triaje deben estar entrenados en el reconocimiento de los signos y síntomas típicos de estos pacientes y a los valores específicos de las constantes vitales para cada edad. Se debe seguir teniendo muy en cuenta la importancia del dolor su pronto tratamiento y su evaluación mediante una escala al igual que en el adulto; si bien en el paciente pediátrico esta labor está focalizada sobre todo en edades muy tempranas por la dificultad obvia de comunicación con el niño.

Otra de las peculiaridades es la dificultad del niño para expresar la sintomatología en este sentido la colaboración de los padres o cuidadores es fundamental. También lo es de una manera más acentuada una correcta valoración integral que aquí cobra más importancia debido a esas dificultades de comunicación la evaluación física ha de ser rápida concisa y precisa, basada en una buena observación, registrando su aspecto general, coloración, nivel de hidratación tono muscular, movimientos respiratorios, etcétera. Sus constantes vitales fundamentalmente la temperatura y la frecuencia cardiaca y la frecuencia respiratoria. Otras constantes como la tensión arterial, escala de color o saturación de oxígeno también puede ser de ayuda dependiendo de su estado. Hay que prestar mucha atención al estado de ansiedad tanto del niño como de la familia. Nuestros esfuerzos deben dirigirse de una manera eficaz a reducir esta ansiedad, con una actitud tranquilizadora, amable empática y segura es fundamental y debemos dedicarnos a este plano de una manera sistemática y sin pasarlo por alto.

Conocer el estado vacunal del niño también es fundamental para determinar su potencial riesgo ante determinados procesos.

En estos pacientes se hace más necesario un sistema de re-evaluación de los pacientes ya clasificados que se encuentra en la sala de espera y que aún no han sido atendidos por el médico, con objeto de detectar empeoramiento se ajustan en este caso la priorización dando mucha importancia al potencial empeoramiento rápido de su estado que tienen estos pacientes. Los periodos de reevaluación serán más largos cuanto menos prioritario sea el estatus del paciente. De manera general, aparte de los datos comunes a todos (edad, peso, vacunas, alergias, etc.) siempre obtendremos los datos según el motivo de consulta.

Para el caso concreto del malestar general o clínica difusa; traumatismos, ingestión de tóxicos, deberemos tener en cuenta una serie de indicaciones en el momento de la entrevista.

2. PACIENTES CON PROBLEMAS PSÍQUICOS

Los pacientes que presentan problemas mentales o problemas del comportamiento deben ser clasificados de forma combinada según urgencia clínica y estado psíquico en ese momento. Los pacientes que no presentan signos clínicos objetivos de gravedad de su motivo de consulta pero que se prevé que en una estancia prolongada en el servicio puede descompensar su estado mental deben ser clasificados de manera prioritaria dependiendo de la saturación del servicio y las características de los pacientes que están esperando. En este punto la misión coordinadora del enfermero de triaje es indispensable. Mientras algunos pacientes con perturbaciones mentales agudas pueden requerir una respuesta clínica inmediata para asegurar su seguridad; algunos individuos que supongan una amenaza inmediata para el personal sanitario o resto de pacientes no deben ser atendidos hasta que pueda establecerse la seguridad de todas las personas. En esa situación el personal de triaje debe actuar de manera precoz para protegerse a ellos mismos a los demás usuarios y familiares y al resto del personal coordinando la intervención inmediata del personal de seguridad o de las fuerzas de orden público. Una vez la situación quede estabilizada, la atención clínica de este paciente pasará a cauces normales. El enfermero del triaje debe valorar al paciente con calma tratándolo con respeto pero sin excesivas atenciones particulares; valorando eventuales actitudes de violencia, dejando que se exprese con libertad y sobre todo valorando la presencia de acompañantes y el efecto que éstos producen sobre el paciente; útil o contraproducente para tomar las eventuales medidas alejándolos del paciente o permitiendo su estancia con él.

TEMA 4

EL REGISTRO ENFERMERO DE LA CONSULTA DE RAC

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.

TEMA 5.

URGENCIAS MEJOR ORGANIZADAS:

EL PAÍS, MARTES 1 DE JUNIO DE 2004

UN NUEVO SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES MEJORA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

ANA B. VILLANUEVA - BARCELONA - 01/06/2004

Un nuevo método de clasificación y atención urgente se está implantando en diferentes hospitales españoles. Pretende que el primer contacto con los pacientes sea más ágil, disminuir su riesgo al máximo y garantizar la seguridad de quienes tienen que esperar. Lleva poco tiempo funcionando, pero los resultados son muy positivos.

La organización es vital en la atención médica de urgencia. Los casos son bien diferentes en cuanto a gravedad y necesidad de cuidados inmediatos, pero todos los pacientes merecen una atención médica de calidad. Para

hacer frente a este reto, los servicios de urgencias españoles se organizan de manera desigual, puesto que no hay ningún tipo de regulación que busque su homogeneidad. Clasifican a los pacientes según diferentes criterios clínicos y, en consecuencia, sus características varían entre hospitales. Ante esta situación, algunos centros están optando por implantar un modelo integral de clasificación y atención urgente que pretende unificar la organización asistencial y aportar la máxima seguridad y tranquilidad a la espera de los pacientes. Se denomina MAT (Modelo Andorrano de Triage) y viene de Andorra, donde, de manos del doctor Josep Gómez Jiménez, se inició en 2001 en el hospital de Nostra Senyora de Meritxell. Llega a España avalado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (Semes) y por la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencia (SCMU) por ser un método validado, útil y reproducible.



El sistema enfatiza la confidencialidad y reduce la variabilidad de la práctica clínica. Los pacientes esperan informados de su tiempo de espera, atendidos y seguros. Cuando un paciente acude a urgencias de un hospital con este sistema, en el mostrador de admisiones sólo proporciona sus datos administrativos, no información sobre el motivo de la visita. Una vez se registra su entrada, en menos de 10 minutos en el 85% de los casos -en el 95%, en no más de 15 minutos-, pasa a una sala de triaje (neologismo que equivale a la clasificación según el grado de urgencia, que nace en el ámbito militar). Estas salas suponen una de las novedades más importantes. En ellas, un enfermero hace una serie de preguntas al paciente en no más de dos o tres minutos siguiendo la pauta de un programa informático de ayuda al triaje -denominado PAT- para evaluar su urgencia. En función de ésta, se le otorga un nivel de prioridad del I al V -de más urgente a menos-, que es el que recomiendan las sociedades científicas de urgencias y emergencias internacionales, como el Colegio Americano de Medicina de Urgencias y la Asociación de Enfermería de Urgencias, al igual que la Semes y la SCMU. La enfermera le informa también de dónde será visitado, del tiempo previsto de espera y de dónde ha de consultar si empeora, porque mientras los pacientes aguardan la atención médica, el sistema establece reevaluaciones periódicas para controlar su estado. Éstas van desde curas de enfermería continuas -nivel I- hasta reevaluaciones cada dos horas para los casos de espera máxima. Además, los pacientes se distribuyen en diferentes salas según su nivel y se controla su estado mediante un circuito cerrado de vídeo

para actuar rápidamente en caso de empeoramiento. Con este avanzado y completo programa informático no se realiza un diagnóstico, sino que se evalúa por motivo de consulta y síntomas -reconoce hasta 576-. Por eso, el personal indicado para realizar el triaje es el de enfermería, previa formación en el método. Una de las ventajas que destacan los pacientes es que se sienten más cómodos porque ganan confidencialidad. "Me relaja esperar en una sala pequeña en la que no nos juntamos muchos enfermos. Espero más tranquila", comenta una paciente. La confidencialidad se consigue al no indicar el motivo de la visita en el mostrador de admisiones, con los despachos de triaje y con una serie de cambios arquitectónicos -algunos no exclusivos del modelo-; por ejemplo, acercando a urgencias las salas de pruebas más solicitadas, como los rayos X, y la sala de críticos, para que los pacientes se desplacen lo mínimo, y con varias salas de espera adecuadas al volumen de pacientes que separan a éstos de acuerdo con sus niveles y a los niños de los adultos. Gómez Jiménez, autor del MAT, resume: "El trato es más íntimo y con más seguridad para los pacientes, ya que perciben que son atendidos con orden y se cuida mucho el aspecto de la humanización". Para implantar el método, "es necesaria una cierta reestructuración arquitectónica del área de urgencias y, sobre todo, de personal, quienes además realizan un curso de formación. Hay que garantizar que la organización sea ágil y flexible, conocer el sistema y aplicar sus protocolos para que la respuesta sea siempre la más adecuada", explica María Torres, vocal de enfermería de la Semes y responsable de su difusión en España. El modelo no requiere de una sólida estructura informática, pero cuanto más completa sea, más beneficios se obtendrán de él. En sí es un control de calidad, ya que aporta todo tipo de información, como los tiempos de espera, los motivos de consulta, el índice de ingresos según edad y nivel de triaje, etcétera. Nostra Senyora de Meritxell ha ido recabando información valiosa sobre su servicio de urgencias, como que en 2003 visitó al 96% de los pacientes en menos de dos horas. "La respuesta es excelente por parte de los profesionales de los servicios de urgencias que conocen el modelo. Están convencidos de que la calidad de éstos puede mejorar. Sin embargo", añade Manel Chanovas, presidente de la SCMU, "el mayor escollo es el económico, por los reajustes, sobre todo si un servicio está desestructurado, ya que el esfuerzo que hay que hacer es mayor". Ambas sociedades han asumido el modelo para darlo a conocer a los hospitales interesados, la SCMU en Cataluña con el nombre de MAT y la Semes para el resto de España con el nombre de SET (Sistema Español de Triage).

El primer centro español que lo ha implantado ha sido el Hospital Municipal de Badalona (Barcelona), con resultados excelentes. Josep Vega, responsable del servicio, dice: "En abril atendimos a 4.796 pacientes. Están más satisfechos y ha descendido el porcentaje de reclamaciones y abandonos [0,46%]". Desde hace unas semanas, también lo ha puesto en marcha el hospital de Son Dureta (Palma de Mallorca) y ya lleva triados casi 12.000 pacientes. Aunque no funcionan a pleno rendimiento, ya tienen datos que les permiten mejorar y gestionar los recursos más racionalmente. Los últimos centros que han incorporado el sistema son el hospital de

Alto Deba (Mondragón) y el de Costa del Sol (Marbella). Entre los hospitales que están a punto de implantar el método o estudiándolo hay la Fundació Althaia (Manresa), Mútua de Terrassa, Miguel Servet (Zaragoza), Puerto Real (Cádiz), Txagorritxu (Vitoria), el hospital de Linares (Jaén), Sant Pau (Barcelona), el Clínico de Málaga y algunos hospitales del Instituto Catalán de la Salud.

Cinco niveles de urgencia La clasificación en cinco niveles se basa -aunque mejorándola- en la escala canadiense de triaje, porque en Canadá está reconocida la especialidad de medicina de urgencias, por lo que los médicos tienen formación específica en ella. Eso les permite atender a todos los enfermos con independencia de su patología -ya pertenezca a cardiología, cirugía abdominal, psiquiatría, etcétera-. A falta de su reconocimiento en España, este sistema se convierte en la herramienta de ayuda más avanzada que reduce la variabilidad de la práctica clínica y, por ello, mejora la calidad del servicio. El nivel I se reserva para situaciones con riesgo vital, como una parada cardiorrespiratoria o un coma, y el nivel V se refiere a situaciones no urgentes que permiten una demora en la atención o pueden ser programadas, sin riesgo para el paciente, como puede ser un simple catarro de vías respiratorias altas o incluso la demanda de un trámite administrativo. De acuerdo con la experiencia de los ya más de 100.000 pacientes visitados en Andorra con este modelo, en el primer caso el tiempo

de espera es cero y en el segundo, un máximo de cuatro horas.

En el nivel II se incluyen situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital previsible, cuya resolución depende radicalmente del tiempo. Es el caso de un infarto de miocardio, una fractura de fémur o ciertas agresiones intrafamiliares. El tiempo máximo calculado para ser visitado por un médico es de 20 minutos. El nivel III está destinado a las situaciones de urgencia de potencial riesgo vital: una fractura de cúbito y radio, fiebre alta, etcétera, y el médico visita al paciente en menos de 45 minutos. En el IV se engloban situaciones de menor urgencia, que pueden ser complejas, pero sin riesgo vital potencial, en que la visita médica puede demorarse hasta dos horas -traumatismos menores, dolor ligero. Este sistema de triaje no evita que los pacientes no urgentes acudan a los servicios de urgencia, pero supone un punto de partida para la organización asistencial y el inicio de un cambio más profundo que solucione los problemas de saturación de estos servicios y los diferentes circuitos de atención posteriores. Ahora, tras los buenos resultados de los centros que lo tienen, falta ver su aplicación en los grandes hospitales universitarios y de referencia, con una muy elevada demanda de visitas y con urgencias complejas derivadas de otros centros.

BIBLIOGRAFÍA

ARMITAGE P., BERRY G. Estadística para la investigación biomédica Ed. Harcourt Brace. Madrid 1997.

SILVA L.C. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica. Ed. Díaz de Santos, S.A. España, 1997.

Comino López A.; Jiménez Jurado, F.J. Elementos conceptuales en la atención médica urgente. Revisión. Puesta al día en Urgencias, Emergencias y Catástrofes: 2000: vol.1,2: 77-84.

Javier Medina Aragón F.J., Gómez Salgado J.; Fundamentos teórico-prácticos de la Enfermería de Emergencias. FUDEN 2009.

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.

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

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

<http://www.enfermeriadeurgencias.com>

<http://www.col-legidemetges.ad/sum/triatge.html>

<http://enfeps.blogspot.com/2008/11/sistema-de-triage-manchester.html>