

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

ENFERMERIA EN LA RECEPCION, ACOGIDA Y CLASIFICACION DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

Autor principal MERCEDES UREÑA GUTIERREZ

CoAutor 1

CoAutor 2

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Cuidados Críticos y Urgencias

Palabras clave TRIAJE URGENCIAS ENFERMERA RAC: Recepción, Acogida y Clasificación.

» Resumen

Recepcion, Acogida y Clasificación, RAC. Este término es empleado por primera vez en 1998 por miembros de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE).

La RAC es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes desde la óptica asistencial por niveles de gravedad. Mantiene y refuerza la relación interpersonal entre paciente y profesional sanitario, en la que deben establecerse conexiones empáticas y éticas y mejora la calidad de la asistencia médica en urgencias.

En cuanto a la escala empleada para clasificar asignando una prioridad en la atención, se recomienda que se utilice un sistema con solvencia acreditada, citando como ejemplo el canadiense, australiano o Manchester, desaconsejando la utilización de aquellos que sean desarrollados localmente sin haber sido validados correctamente.

En Andalucía, en numerosas provincias ya son enfermeros quienes realizan el RAC en las urgencias de los hospitales. La nueva estructuración de los servicios así como las nuevas instalaciones están favoreciendo que el RAC se realice por enfermeros siendo esto un avance para la enfermería.

Personalmente, creo que sería un gran logro, la administración de medicación en la RAC, siendo basadas estas decisiones en protocolos o algoritmos que protejan a la enfermera y al paciente. Por último, me gustaría hacer hincapié en lo novedoso de este tema; La ENFERMERIA , ES

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

Algunas organizaciones como la SEEUE, prefieren hablar de Recepción, acogida y clasificación (RAC) dejando el termino triaje para la clasificación de víctimas en las emergencias producidas por catástrofes como consecuencia de la necesidad de priorizar ante una desproporcion entre las necesidades y medios disponibles.

La recepción es el momento en el cual se establece la primera relación asistencial como respuesta a la demanda del paciente o familia.

La acogida es el modo relacional en el que se desarrolla el primer encuentro sanitario-paciente y conlleva la puesta en práctica de todo el bagaje de valores humanos hacia el paciente y la familia desde la personalidad enfermera, predisponiendo favorablemente a la relación terapéutica positiva.

La clasificación determina una toma de decisiones en cuanto a la asistencia del paciente con relación a su estado de salud, adecuando esa toma de decisiones a las capacidades del servicio y de respuesta material y humana, que presenta cada unidad asistencial. La clasificación se hará en función de los síntomas y manifestaciones subjetivas del paciente, o acompañante, en aras de una priorización en la atención médica y de cuidados enfermeros.

En la RAC se iniciará la prestación de cuidados inmediatos ofreciendo un abordaje integral de la persona en cuanto a manifestaciones físicas, emocionales y cognitivas y mejorando la calidad en los cuidados.

El triaje es un proceso de clasificación de pacientes que permite asesorar su gravedad clínica para determinar la urgencia de su tratamiento en orden de prioridad, de manera que los pacientes más urgentes sean tratados los primeros y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico (1).

Esta necesidad creciente de realizar el triaje hospitalario es debido a una constante y creciente demanda de asistencia médica por parte del usuario, siendo necesario la reorganización de los servicios de urgencias: mantener equilibrio demanda y recursos disponibles. Y sobre todo asegurar la calidad de la asistencia: priorizando por gravedad, sin olvidar nuestro objetivo final: atender de forma prioritaria al que más lo necesita.

Actualmente se utilizan sistemas de triaje estructurados con cinco niveles de prioridad. La asignación de dichos niveles debe fundamentarse en decisiones objetivas, apoyarse en algoritmos y sistemas informáticos que automaticen estas decisiones y permitir al mismo tiempo ajustes por parte del profesional que lo realiza.

El sistema español de triaje (SET)(2) y el sistema de triaje Manchester (MTS) son los dos sistemas normalizados de mayor implantación en nuestro país(3). El término triage o triaje es un neologismo que proviene de la palabra francesa "trier" que se define como escoger, separar o clasificar.

Los servicios de urgencias en España vienen padeciendo un aumento permanente de la demanda, de tal forma que hemos pasado de los 18 millones de urgencias en 1977 a 26,2 en 2007(4) hecho que dificulta la atención rápida y eficaz que se les exige. Esto es debido, al menos en parte, a la elevada utilización de los servicios de urgencias para la atención de situaciones no urgentes, según estudios hasta el 70%(5), que pueden condicionar demoras en la asistencia de pacientes graves además de generar consecuencias negativas para el conjunto del hospital, incluyendo el incremento de costes asistenciales(6

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

A finales del mes de septiembre de 2004 fue publicada la versión definitiva del Sistema de Triage Manchester en castellano. Fruto del trabajo de diferentes profesionales del área de la urgencia que ha logrado adaptar en todos sus aspectos el sistema inglés a la realidad española.

A grandes rasgos, el Sistema de Triage de Manchester requiere que el profesional seleccione de entre las diferentes presentaciones clínicas un determinado número de síntomas y signos en cada nivel de prioridad.

Los signos y síntomas que diferencian entre las prioridades clínicas son llamados discriminadores y son dispuestos en forma de diagramas de presentación clínica. Los discriminadores que indican mayor nivel de prioridad son los primeros en ser buscados.(7)

La escala MTS clasifica al paciente que llega a un área de urgencias en 52 motivos diferentes. Dentro de cada motivo se despliega un árbol de flujo de preguntas o discriminadores, generales o específicos, cuya contestación es siempre Sí/No.

En cada caso los discriminadores generales llevarán al profesional a asignar la misma prioridad clínica. Los discriminadores específicos son aplicables a formas de presentación concretas o a pequeños grupos y se relaciona con aspectos clave de las condiciones particulares de los pacientes. Después de tres o cuatro preguntas clasifica al paciente en cinco categorías, cada una de las cuales se traduce en un código de color y un tiempo máximo de atención, lo que permite priorizar al paciente en función de la gravedad y, sobre todo, objetivar clínicamente la decisión de priorización.(1)

ESTADO	TIEMPO MÁXIMO	COLOR
Crítico	0 minutos	Rojo
Emergencia	10 minutos	Naranja
Urgencia	60 minutos	Amarillo
Estándar	120 minutos	Verde
No urgente	240 minutos	Azul

El sistema tiene ya una experiencia acumulada de 14 años, permite realizar auditorias de calidad en la clasificación de pacientes tanto internas como externas, es válido, reproducible y aplicable, tiene una buena concordancia y es muy ágil y rápido en su aplicación cotidiana. Discrimina bien los pacientes críticos^{9,10} y es aplicable tanto a pacientes adultos como a pacientes en edad pediátrica¹¹.

La SEEUE en una recomendación científica de 15/06/99, asume y propone que la actividad de recepción, acogida y clasificación (R.A.C.) del paciente en un servicio de urgencias es propia de los diplomados de enfermería por:

su cualificación profesional,

habilidades para la comunicación, tacto, paciencia, comprensión y discreción con el paciente y familia,

capacidad organizativa,

capacidad para trabajar bajo presión y

capacidad para reconocer un paciente enfermo.

El enfermero no elabora diagnósticos, únicamente busca la jerarquización en la atención. Sus funciones son:

Recibir al paciente

Valorar y clasificar el paciente, a través de una entrevista y recogida de datos.

Remitir al paciente al área correspondiente.

Mantener comunicación con el personal médico y de enfermería.

Informar a los pacientes y familiares. Disminuyendo la ansiedad e incertidumbre del paciente y familia.

Disminuir la congestión del servicio, mejorando el flujo de pacientes.

Reevaluar, ya que las circunstancias del usuario pueden cambiar.

La implantación de este sistema de RAC en nuestro país y la incorporación del papel de la enfermería ha supuesto un gran avance para nuestra profesión y una continua mejora en la calidad de los cuidados dados al paciente/familia.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Para los usuarios-pacientes:

Crea un primer contacto la estructura sanitaria, otorgándole una respuesta clara en función de estado de salud.

Acerca al profesional sanitario y al paciente, se le informa de los pasos a seguir.

Es atendido antes quien más grave está. Genera confianza en el sistema.

Para el propio área de Urgencias:

Orienta los flujos de pacientes en función de su gravedad.

Permite en cualquier momento, la reordenación de recursos en el área de urgencias en función de la demanda.

Crea estadísticas de tiempos de demora según escalas de priorización clínica.

Para la dirección del centro hospitalario:

Da una respuesta eficaz, basada en el paciente, a un problema como es la gestión de pacientes en el área de urgencias.

Permite realizar controles de calidad de los tiempos de espera en la atención.

Van a ser enfermeros/as y no médicos quienes realicen la RAC.

Supone un avance en las estrategias de mejora de la calidad.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Algunas barreras o complicaciones que nos encontramos en la RAC son:

Pacientes con dependencia física o psíquica y cuidadores.

Pacientes ofensivos/agresivos

Pacientes bajo los efectos del alcohol o drogas

Pacientes que acuden frecuentemente.

Revisión clínica de pacientes (por ejemplo oftalmología) o derivados por otros servicios.

Las reticencias mostradas por parte del personal médico en que enfermería sea la encargada de realizar la RAC en el servicio de urgencias.

La formación recibida por enfermería puede en ocasiones ser un insuficiente sobre todo en los periodos de sustituciones.

El desarrollo de la RAC va de la mano con el de la tecnología y en ocasiones estos sistemas quedan fuera de servicio.

Falta de personal, de espacio físico, y un aumento en la demanda de pacientes.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

El paciente colaborará con el enfermero en dar la información sobre el motivo de su consulta, así como indicará los signos y síntomas que presenta y desde cuando, si le había ocurrido antes, ect. Ayudará a elaborar una breve valoración (antecedentes, alergias, enfermedades, ect). Se debe utilizar un lenguaje comprensible por el paciente y la familia de forma que queden bien informados.

Se pedirá la colaboración del paciente para la toma de constantes(FC,TA,Tª,Sat O2, etc), que han de ceñirse a aquellas que sean elementales para su valoración y la realización de pruebas simples (glucemia capilar).

» **Propuestas de líneas de investigación.**

Desde mi punto de vista, las futuras líneas de investigación, deben ir encaminadas a:

Evaluar la satisfacción de los pacientes en el área de urgencias, ya que es un componente principal en la gestión de la calidad de los cuidados prestados en los servicios de salud. Reflejando la habilidad de los profesionales para identificar las necesidades y expectativas de sus pacientes.

Reducir tiempos de espera en los servicios de urgencias.

Potenciar el trabajo en equipo, creando actividades específicas para cada profesional que se encuentra en el área de urgencias, dando respuestas satisfactorias al usuario/paciente.

Reducir el estrés laboral que sufren los trabajadores por el incremento de la demanda asistencial y por la falta de personal.

Mejorar los flujos de pacientes en función de su gravedad y mejorar los flujos internos hacia laboratorios generales y de especialidad, a rayos, a servicios de hospitalización, etc. La relación entre los diferentes servicios del hospital y el de urgencias es fundamental para mejorar la calidad de la atención.

Derivar a los pacientes desde el servicio de urgencias hacia los centros de atención primaria, ya que permite mantener la continuidad de la atención médica y retroalimentar al Servicio de Urgencia sobre la calidad de su atención.