

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INTERCONTINENTAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERIA

**CUMPLIMIENTO DE LA RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE CORONEL OVIEDO**

Alicia Ramírez Portillo

Tutor: Lic. Hernán Raúl Melgarejo González

Trabajo de Conclusión de Carrera presentado en la Universidad Tecnológica Intercontinental como requisito parcial para la obtención de título de Licenciado en Enfermería

Caaguazú, 2024

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Lic. Hernán Raúl Melgarejo González con Documento de Identidad N.º 4.958.223, tutor del trabajo de Conclusión de Carrera titulado “Cumplimiento de la Recepción, acogida y clasificación (RAC) en el Hospital Regional de Coronel Oviedo del personal de enfermería del Hospital Regional de Coronel Oviedo”, elaborado por la estudiante Alicia Ramírez Portillo, para obtener el título de Licenciada en Enfermería, hace constar que el mismo reúne los requisitos formales y de fonda exigidos por la Universidad Tecnológica Intercontinental y puede ser sometido a evaluación presentarse ante los docentes que fueron designados para conformar la Mesa Examinadora.

En la Ciudad de Caaguazú, a los 20 días del mes de mayo de 2024.



.....
Firma del tutor

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios ya que gracias a él he logrado concluir mi carrera, a mis padres porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo y consejo para hacer de mi una mejor persona, a mis hermanos y sobrinos por sus palabras y compañía.

A mi ángel Olguita aunque no esté presente físicamente sé que desde el cielo siempre me cuida y me guía, a mi hijo Oscar Iván, a mis amigos y a todas a aquellas personas que de una u otra manera han contribuido para el logro de mis objetivos

AGRADECIMIENTOS

El principal agradecimiento a Dios quien me ha guiado y me ha dado la fortaleza para seguir adelante.

A mi familia por su comprensión y estímulo constante, además por su apoyo incondicional a lo largo de mi estudio, y a todas las personas que de una u otra forma me apoyaron en la realización de este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

Constancia de aprobación del tutor.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos.....	iv
Tabla de contenido.....	v
Lista de figuras y tablas.....	vi
Portada.....	1
RESUMEN.....	2
MARCO INTRODUCTORIO.....	3
Tema de investigación.....	4
Planteamiento del problema.....	4
Formulación del problema de investigación.....	6
Pregunta general de investigación.....	6
Preguntas específicas de investigación.....	6
Objetivo general de investigación.....	6
Objetivos específicos de la investigación.....	6
Justificación.....	7
Delimitaciones de la investigación.....	7
MARCO TEÓRICO.....	8
Antecedentes de la investigación.....	8
Bases teóricas.....	10
Bases legales.....	32
Operacionalización de la variable.....	33
MARCO METODOLÓGICO.....	34
Tipo de investigación.....	34
Diseño de investigación.....	34
Nivel de conocimiento esperado.....	34
Población.....	35
Técnica e Instrumento de recolección de datos.....	35
Informe de validación del instrumento.....	35
MARCO ANALÍTICO.....	37
Presentación de los datos y análisis de datos del cuestionario.....	37
BIBLIOGRAFIA.....	42
APÉNDICE.....	44

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla N°1. Operacionalización de la variable.....	33
Tabla y figura N°1. Cumplimiento de la recepción.....	38
Tabla y figura N°2. Cumplimiento de la acogida.....	39
Tabla y figura N°3. Cumplimiento de la clasificación.....	40

**CUMPLIMIENTO DE LA RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE CORONEL OVIEDO**

Alicia Ramírez Portillo
Universidad Tecnológica Intercontinental

Nota de la autora

Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera de Licenciatura en Enfermería
aliciaramirezport@gmail.com

RESUMEN

La RAC es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes desde la óptica asistencial por niveles de gravedad y su correspondiente adecuación a la estructura del medio asistencial. Mantiene y refuerza la relación interpersonal entre paciente y profesional sanitario, en la que deben establecerse conexiones empáticas y éticas. La investigación tuvo como objetivo general determinar el cumplimiento del personal de enfermería del Hospital Regional de Coronel Oviedo, en cuanto a la Recepción, Acogida y Clasificación (RAC). Para ello la investigación fue de nivel descriptivo con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental y de corte transversal, se apoya en una amplia revisión bibliográfica. La población estuvo constituida por 12 licenciados y licenciadas que se desempeñan en área de servicios de urgencias (adulto y pediatría), del Hospital Regional de Coronel Oviedo, en los turnos mañana tarde y noche. La técnica utilizada para la recolección de datos fue la observación directa y como instrumento se utilizó una lista de cotejo, las mismas se realizaron en tres observaciones para cada uno de los personales de enfermería, los datos obtenidos fueron presentados en tablas y figuras. Finalmente, tras concluir con la investigación se responde al objetivo general planteado y se comprueba que los procedimientos de la Recepción Acogida y clasificación (RAC), son llevadas a cabo de manera parcial ya que los profesionales de enfermería no cumplen con todos los procedimientos a cabalidad.

Palabras clave: Urgencias, triaje, clasificación de pacientes, Enfermería, RAC

MARCO INTRODUCTORIO

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.

La presente investigación tiene como finalidad determinar el cumplimiento del personal de enfermería del Hospital Regional de Coronel Oviedo, en cuanto a la Recepción, Acogida y Clasificación (RAC).

En un segundo apartado con la denominación de Marco introductorio, se reseña unas breves palabras acerca del tema a abordar constituyéndose la introducción, luego se especifican el planteamiento y la delimitación del problema, las preguntas, los objetivos y la justificación de la investigación.

Bajo el título de Marco teórico, se detallan las bases teóricas que sustenta la investigación. Además, se encuentra el cuadro de Operacionalización de las variables.

El Marco metodológico, donde se exponen las características metodológicas como son: el nivel de la investigación, el tipo de investigación, el diseño y corte, la población, la técnica e instrumento de recolección de datos, las técnicas de procesamiento y análisis de datos y las consideraciones éticas tenidas en cuenta.

En un siguiente apartado se encuentra el marco analítico, donde se señalan los resultados de la aplicación de la encuesta y la lista de cotejo realizada para el efecto, con su respectiva interpretación y análisis de los datos, se complementa con un apartado denominado discusión de los hallazgos.

Finalmente se presenta las Conclusiones y Recomendaciones; en la misma se presenta la conclusión a la que se llega en relación a los objetivos de investigación previstos, junto con las fuentes bibliográficas utilizadas para llevar a cabo este trabajo y un anexo que contiene los conjuntos de datos utilizados.

Tema de investigación

Cumplimiento de la recepción, acogida y clasificación por parte de los profesionales de enfermería de los servicios de Urgencias pediátrica y adultos del Hospital Regional de Coronel Oviedo. Año 2023.

Planteamiento del problema

En el servicio de Urgencias del Hospital Regional de Coronel Oviedo, diariamente, ocurre un desequilibrio entre la demanda de atención y los recursos disponibles, condicionando que los usuarios que acuden al hospital no sean atendidos de forma inmediata. Durante este tiempo de espera puede empeorar el pronóstico de algunos estados clínicos que, en otras condiciones, se habrían beneficiado de una atención más rápida. Además, se crea en el paciente y en sus familiares un sentimiento de desatención cuando se prolonga el periodo de espera para recibir la atención médica, manifestándose numerosas quejas por la “lentitud” en la atención. Se ha llegado al punto en el que muchos pacientes deciden abandonar la consulta y dejar que la patología continúe hasta tener que regresar a emergencias con un cuadro mucho más grave que amerita una internación o la derivación a servicios más especializados.

La situación descrita, junto con la creciente necesidad de aplicar conceptos y técnicas de control de calidad a la actividad de atención en salud, ha impulsado que en los últimos años se desarrollen procedimientos de clasificación de los pacientes a fin de brindarles una atención más justa, es decir, que los pacientes que más lo necesitan sean atendidos antes y los que puedan esperar sin riesgo puedan ser reevaluados durante su espera; de esta manera, el servicio de emergencia se dota de un sistema adecuado para aplicar el principio bioético de “vivir bien”.

Para lograr este cambio en la atención, es necesario evaluar si el personal de salud, en este caso las profesionales enfermeras y enfermeros, conocen y utilizan pautas o protocolos de actuación adaptados a las demandas del Hospital Regional de Coronel

Oviedo. Se sabe que un sistema de Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) es un elemento invaluable de organización que posibilita el trabajo de los y las profesionales en enfermería, mejorando no sólo la atención basada en los motivos de consulta, promoviendo mejoras estructurales, orientando la gestión de recursos, mejorando flujos, funciones y circuitos asistenciales. Por ello, la valoración de este sistema en el Servicio de urgencias del Hospital Regional de Coronel Oviedo ha de ser entendido como una medida orientada a la calidad para el servicio de emergencias, cuya implantación tiene efectos positivos directos sobre los pacientes, sobre los profesionales y sobre el sistema de salud.

Por lo antes expuesto es trascendental determinar el cumplimiento del personal de enfermería del Hospital Regional de Coronel Oviedo, en cuanto a la Recepción, Acogida y Clasificación (RAC).

Formulación del problema de investigación

Pregunta general de investigación

¿Cuál es el cumplimiento del personal de enfermería del Hospital Regional de Coronel Oviedo, en cuanto a la Recepción, Acogida y Clasificación (RAC)?

Preguntas específicas de investigación

- ¿Cumple el personal de enfermería del Hospital Regional de Coronel Oviedo con los procedimientos que conforman la recepción?
- ¿Cumple el personal de enfermería del Hospital Regional de Coronel Oviedo con los procedimientos que conforman la acogida?
- ¿Cumple el personal de enfermería del Hospital Regional de Coronel Oviedo con los procedimientos que conforman la clasificación?

Objetivo general de investigación

- Determinar el cumplimiento del personal de enfermería del Hospital Regional de Coronel Oviedo, en cuanto a la Recepción, Acogida y Clasificación (RAC).

Objetivos específicos de la investigación

- Comprobar si el personal de enfermería del Hospital Regional de Coronel Oviedo, cumple con los procedimientos que conforman la recepción.
- Verificar si el personal de enfermería del Hospital Regional de Coronel Oviedo, cumple con los procedimientos que conforman la acogida.
- Corroborar si el personal de enfermería del Hospital Regional de Coronel Oviedo, cumple con los procedimientos que conforman la clasificación.

Justificación

La Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) es un sistema de clasificación llevado a cabo por los profesionales de enfermería en las urgencias hospitalarias. Con este sistema lo que se pretende es atender a la persona que acude a urgencias desde todos los aspectos posibles, no solo atendiendo a su problema de salud, sino también a su entorno.

El propósito de este proyecto es conocer el cumplimiento de la RAC en los servicios de urgencia del Hospital Regional de Coronel Oviedo ya que la RAC en la urgencia es fundamental porque permite identificar al paciente que realmente necesita una atención inmediata. La atención en la Urgencia no es por orden de llegada sino por gravedad.

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

La satisfacción del usuario con respecto a la calidad de los cuidados recibidos en los servicios de urgencias y emergencias, está influenciada por el primer contacto con la enfermera, justificando aún más la aplicación de la RAC en todos los ámbitos de urgencias y emergencias.

La investigación es viable pues se cuenta con los recursos humanos, materiales, bibliográficos, disponibilidad de tiempo y financieros para la realización de la misma.

Delimitaciones de la investigación

El presente trabajo de investigación, solamente se limita al personal de enfermería que se desempeña en el servicio de Urgencias de adultos y Urgencia pediátrica del Hospital Regional de Coronel Oviedo en los meses de junio a noviembre del año 2023.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la investigación

Para la realización del presente trabajo de investigación se han identificado los siguientes antecedentes:

Antecedente nro 1: Percepción de los enfermeros sobre la acogida y clasificación de riesgo en la atención.

Autores: (Costa , Teixeira, & Adriano , 2018)

En su investigación busco comprender los desafíos percibidos por los enfermeros en el proceso de acogimiento con clasificación de riesgo, para ello se aplicó una investigación cualitativa, analítica, realizada con enfermeras que trabajan en la recepción con clasificación de riesgo en cuatro Unidades de Atención de Emergencia en el Centro-Norte de Goiás, Brasil, en el período de octubre de 2019 a febrero de 2020.

Tras el análisis surgieron las siguientes categorías temáticas, caracterizadas como dificultades enfrentadas en el servicio de urgencias a la vista de la percepción de la enfermera clasificadora: “Cuestiones de demanda”; “Cuestiones informativas”; “Cuando se agudizaron los desafíos de demanda que contribuyen a la superdotación como desfase final, y los desafíos informativos, de atención y organizativos comprendidos como desafíos básicos. Este estudio ayuda a la intervención de forma oportuna para modificar la realidad del servicio de salud en cuestiones asistenciales” y “Cuestiones organizativas”.

El objetivo de su investigación fue conocer la percepción de los enfermeros sobre la acogida y clasificación de riesgo en la atención primaria de salud. Se trata de un estudio descriptivo de enfoque cualitativo, en donde participaron 16 enfermeros entrevistados. El análisis de los datos resultó en tres categorías: Conocimiento y responsabilidades de la acogida, aplicabilidad de la clasificación de riesgos y protocolos, y dificultades en la acogida.

Los resultados demostraron que el concepto de acogida y clasificación de riesgo son reconocidos por los enfermeros, pero en la aplicabilidad de ambos procesos encuentran dificultades en la responsabilización de la acogida y en el desconocimiento de los usuarios con relación a las formas de atención. Se concluye que, aunque se reconoce la importancia de la acogida y su resolutivez, se constata la necesidad de capacitar y crear protocolos de direccionamiento.

Antecedentes nro 2: Estudio de la validez pronóstica de la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el área de urgencias en un hospital terciario.

Autores: E. Aranguren¹, J. A. Capel¹, M. Solano², C. Jean Louis¹, J. C. Larumbe¹, J. I. Elejalde¹

Fundamento. El objetivo de este trabajo es valorar la utilidad, validez y reproducibilidad de la recepción, acogida y clasificación utilizada en el Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio descriptivo transversal entre los días 3 y 17 de noviembre de 2003 ambos inclusive, estudiando el porcentaje de urgencias a las que les podemos aplicar la recepción, acogida y clasificación utilizada en el Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra y la concordancia entre el nivel de gravedad asignado por enfermería tanto con la recepción, acogida y clasificación utilizada en el Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra como con el que determinó el médico. Además, hemos valorado la discrepancia entre la gravedad asignada por enfermería en la recepción, acogida y clasificación de la que determinó el médico y la opinión del médico sobre la actuación de enfermería respecto a las pruebas complementarias protocolizadas en la recepción, acogida y clasificación utilizada en el Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra. **Resultados.** Al 85,3% de las urgencias les hemos asignado nivel de gravedad con la recepción, acogida y clasificación utilizada en el Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra. El índice de kappa para la gravedad asignada por enfermería con la recepción, acogida y clasificación utilizada en el Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra fue de 0,76 (95% IC: 0,66-0,86) y con la que determinó el médico de 0,71 (95% IC: 0,60-0,81). La discrepancia en la gravedad es del 26,1%. La actuación seguida por la enfermera respecto a las pruebas complementarias es considerada correcta por el médico en el 95,2% de los casos.

Conclusión. La recepción, acogida y clasificación utilizada en el Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra depende más del protocolo establecido que de la enfermera que la realiza. Hemos encontrado una concordancia buena con la recepción, acogida y clasificación utilizada en el Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra y con la determinada por el médico. Pensamos que puede disminuir la discrepancia utilizando una escala de cinco niveles de gravedad y realizando revisiones periódicas de la recepción, acogida y clasificación utilizada en el Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra.

Palabras clave. Urgencias. Recepción, acogida y clasificación. Triage. Enfermería. Gravedad.

Bases teóricas

Cumplimiento

El cumplimiento es un estado en el cual alguien o algo están de acuerdo con las directrices, las especificaciones o la legislación establecida.

En general, el cumplimiento es fundamental para que las organizaciones operen de manera legal, ética y sostenible, al tiempo que mantienen su reputación y gestionan los riesgos. (Rezende)

Recepción, Acogida y Clasificación RAC- Concepto

El ministerio de salud pública y bienestar social (MSPyBS m. d.) Establece la siguiente definición en cuanto al RAC. "Es la correcta comprensión del problema de salud de los pacientes desde la óptica asistencial por niveles de gravedad y su correspondiente clasificación y adecuación a la estructura del medio asistencial".

La RAC es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes desde la óptica asistencial por niveles de gravedad y su correspondiente adecuación a la estructura del medio asistencial. Mantiene y refuerza la relación interpersonal entre paciente y profesional sanitario, en la que deben establecerse conexiones empáticas y éticas.

Por otro lado, los autores Ibáñez & García Casado (2016), mencionan la siguiente definición acerca del RAC:

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

- La acogida: es el modo relacional en el que se desarrolla el primer encuentro sanitario-paciente y conlleva la puesta en práctica de todos los valores humanos hacia el paciente y la familia desde la personalidad enfermera, predisponiendo favorablemente a una 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. En cuanto a la escala empleada para clasificar asignando una prioridad en la atención, se recomienda que se utilice un sistema acreditado, citando como ejemplo el canadiense, australiano o Manchester, desaconsejando la utilización de aquellos que sean desarrollados localmente sin haber sido validados correctamente. Por ello, en la actualidad se ha creado y validado una plataforma informática basada en el Sistema Manchester.

Este sistema está totalmente optimizado para ser utilizado por el personal de enfermería. La informatización e implantación de este sistema de clasificación en nuestro servicio debe permitir aumentar la facilidad y rapidez de aplicación del sistema, y permitir obtener estadísticas para adecuar los medios y los recursos a las necesidades reales.

Para que toda esta actividad sea efectiva y eficiente, además de aplicar unos sistemas de clasificación de pacientes validados y consensuados como el citado anteriormente, se debe mantener y reforzar la relación interpersonal entre paciente y profesional sanitario.

Por otra parte, la enfermera del área de Triage hospitalario, debe presentar ciertas habilidades tales como una adecuada comunicación verbal y no verbal (paciencia y empatía), capacidad de organización, saber trabajar bajo presión, etc... Además, de forma general, las principales actividades que realizará en una consulta de clasificación son las siguientes:

1. Toma de datos: Se trata de la información que proporciona el propio paciente acerca de su estado.
2. Motivo de consulta y valoración general del estado de gravedad.
3. Toma de constantes vitales: nos dan información sobre nuestro estado de salud. Estas son la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la saturación de oxígeno y la temperatura corporal.
4. Alergias: se realizan preguntas sobre la afección de posibles alergias a los familiares o al paciente.
5. ECG en caso de dolor torácico o epigástrico, síncope, arritmia captada en pulso...
6. Simultáneamente se aplica el procedimiento de clasificación de pacientes de Manchester; fruto del cual el paciente queda encuadrado en uno de los cinco grupos del sistema (azul, verde, amarillo, naranja y rojo)

7. Ubicar y derivar: La derivación es la remisión de un paciente, por parte del médico tratante, a otro profesional sanitario, el cual revisa la historia médica y explora al paciente para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico como para su tratamiento o rehabilitación

8. Reevaluar: se refiere a que el profesional de enfermería debe revisar y modificar el plan de cuidados adecuándolo a las demandas y necesidades que surgen en la interacción con el cliente. Puede realizarse al final o durante etapas previstas.

Estas actuaciones deben incluir otras, tales como tranquilizar al usuario y a su acompañante si fuera necesario, darle apoyo emocional y seguridad e incluir información general sobre el funcionamiento del servicio de urgencias, zona de destino y tiempo de espera.

Objetivos del RAC

Soliz (2019), Menciona en su trabajo de investigación los siguientes objetivos del RAC:

El objetivo general de la RAC es mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de emergencias 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.

Por otra parte, la Sociedad Española de Enfermería de Emergencias (SEEUE) establece los siguientes objetivos específicos de la RAC25:

1. Mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de emergencias y emergencias, mediante una respuesta adecuada a las necesidades de los usuarios, estableciendo criterios homogéneos, científicos y coherentes sobre 24 Sociedad Española de Enfermería de Emergencias y Emergencias, SEEUE. Recomendación Científica 99/01/01.

De las funciones y tareas propias de la enfermera de emergencias. Madrid, España 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.

2. Ordenar de manera eficaz la demanda mediante valoración enfermera inicial.

3. Clasificar y distribuir los pacientes en base a sus necesidades asistenciales según la organización y estructura del Hospital.

4. Identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado o normalizado de clasificación.
5. Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente y determinar el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta en el servicio de emergencias o emergencias
6. Aplicar, si procede, ciertas técnicas, iniciales y básicas, propias del ejercicio profesional.
7. 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. Informándoles sobre el tipo de servicio que necesita el paciente y el tiempo de espera probable.
8. Facilitar estabilidad y confort en la medida de lo posible.
9. 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.
10. Asegurar la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital.
11. Proporcionar información a los profesionales para ayudarles a definir y monitorizar la complejidad del Servicio.
12. Disminuir la congestión, mejorando el flujo de pacientes dentro del Servicio de Emergencias.

Se define, por tanto, una actividad donde la enfermería no sólo es parte del proceso. La actividad de Recepción, Acogida y Clasificación de los pacientes de emergencias y emergencias, es propia de la enfermería.

De acuerdo a este autor se mencionan 12 (doce) objetivos que tiene el RAC, teniendo como principal objeto mejorar la calidad del paciente y asegurar las necesidades que tengan los usuarios resguardando su seguridad.

Sala de RAC y Materiales

Los autores, Medina Aragon & Gomez Salgado (2009), describen los siguientes elementos a tener en cuenta:

La RAC requiere una sala que cumpla las siguientes características

- Propia e independiente
- Tamaño de 8 m²
- Suficientemente equipada
- De fácil acceso desde la sala de espera
- Con buena comunicación hacia los consultorios
- Que permita la confidencialidad de la entrevista

Entre los principales elementos que deben encontrarse en la sala donde se realizará el proceso de la RAC, están:

Muebles

- Camillas exploración (2).
- Sillas (2).
- Heladera.
- Lavamanos y palangana,
- Cubo ropa sucia.
- Mesa escritorio y silla escritorio.
- PC e impresora (documentación y etiquetas).
- Clasificador documentación.
- Teléfono
- Armario o carro para materiales y cajas materiales.
- Mesa o mesón para aparatos y preparación de medicación.
- Carro medicación o vitrina.
- Documentación:
 - Hojas de Triage Manual.
 - Lista teléfonos hospital.
 - Manual

Aparatos

- Toma oxígeno.
- Toma aspiración.
- Monitor TA y manguitos.
- Monitor Glucemia Capilar.

- Monitor Sat. Hb.
- Estetoscopio.
- Termómetro.
- Linterna.

Medicación

- Suero oral
- Paracetamol oral
- Metamizol
- Dexametasona
- Ondansetrón
- Clorfenamina

Materiales

- Mascarilla oxígeno adulto y pediátrica.
- Humidificadores.
- Agua estéril.
- Sondas aspiración.
- Vasos para el agua.
- Cucharas.
- Gasas.
- Tiras reactivas para glicemia.
- Lancetas glucemia capilar.
- Alcohol gel.
- Guantes de vinilo desechable de todos los tamaños.
- Jeringas 2, 5, 10, 20 y 50 (cono ancho) ml.
- Agujas nº 23 y 25.
- Contenedor agujas.
- Tiritas HGT.
- Esparadrapo hipoalérgico.
- Balanza adultos y bebés.
- Papeles pesa bebés.
- Bolsas basura.
- Jabón.
- Soporte papel manos y rollo de papel.
- Papelera.
- Sábanas-Toallas.

Diferencia entre RAC y Triage

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

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

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

La valoración resulta incompleta el análisis sistemático es estandarizado, rápido, objetivo conciso y dirigido a valorar las capacidades de supervivencia inmediata.

La RAC no puede entenderse solo como un proceso exclusivo del ámbito urgente hospitalaria. Superado el instante de triaje en situaciones de catástrofe, desastres o accidentes múltiples con víctimas, se mantiene y refuerza la relación interpersonal, inevitable de otro modo, entre víctimas paciente/profesional sanitario. En esta relación hay que establecer conexiones empáticas y estas enmarcan en el continuo del proceso del RAC.

La RAC es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes desde la óptica asistencial por niveles de gravedad y su correspondiente clasificación y adecuación a la estructura del medio asistencial. (Fernández, 2010)

Sistema de Triage

Vocablo que proviene del idioma francés que significa elegir o clasificar. Se aplicó inicialmente en la medicina militar ante la presencia de un gran número de bajas en combate y la llegada masiva y de manera repentina de pacientes a servicios de emergencia con insuficiencia de recursos médicos y de insumos. En base a este concepto y aplicado a las salas de urgencia de los hospitales, el Triage se utiliza como un método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles. El triaje es una definición muy importante ya que significa elegir o clasificar, que se aplicó en la medicina militar para disminuir el número de pacientes heridos fallecidos y atender por niveles

de prioridad al mismo, dando mayor importancia a la función que realizaban las enfermeras ayudando a los heridos más graves. (Sangoquiza, 2017)

Por otro lado, el ministerio de salud pública y bienestar social (MSPyBS m. d.) indica que es un:

“Proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su grado de urgencia, antes de la actuación diagnóstica y terapéutica completa en el servicio de urgencias, y que hace que en una situación de desequilibrio demanda/recursos, los pacientes más urgentes sean tratados primeros”.

Funciones del Triage

El autor Basurco (s.f) expresa “El triaje facilita la evaluación rápida de los pacientes y su posición en la lista de espera”. Entre sus competencias se encuentran:

1. Identificación de pacientes en situación de riesgo vital.
2. Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
3. Asegurar la reevaluación de los pacientes que deben esperar.
4. Decidir el área más apropiada para atender a los pacientes.
5. Aportar información sobre el proceso asistencial.
6. Disponer de información para familiares.
7. Mejorar el flujo de pacientes y la congestión del servicio.
8. Aportar información de mejora para el funcionamiento del servicio.

Niveles De Clasificación

Los sistemas de triaje aceptados en la actualidad y que han alcanzado un suficiente grado de evidencia científica en cuanto a utilidad, reproductibilidad y validez son los que dividen a los pacientes en 5 niveles de urgencia. De hecho, el American College of Emergency Physicians y la Emergency Nurse Association han publicado en enero de 2004 un breve comunicado en el que afirman que la presencia de un sistema de triaje en los servicios de urgencias mejora de forma evidente la calidad de la asistencia y que la escala de triaje que se utilice debe ser de 5 niveles. Existen 5 escalas de adultos utilizadas y estudiadas en diferentes países del mundo y que se consideran válidas desde el punto de vista científico: la Australasian Triage Scale (ATS), publicada inicialmente en 1993 y revisada el

2000; la Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS), desarrollada en 1995; el Manchester Triage System (MTS), introducido en 1996; el Emergency Severity Index (ESI), desarrollado en EEUU en 1999; y el Modelo Andorrano de Triage (MAT), aprobado por el Servicio Andorrano de Atención Sanitaria en el año 2000. (Gómez & Pàez, 2022)

Los autores, Gómez y Pàez (2022), mencionan "El tipo de pacientes clasificados dentro de cada nivel de triaje es similar en las diferentes escalas":

NIVEL I: Pacientes con riesgo vital inmediato que requieren resucitación.

NIVEL II: Situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital inmediato y cuya intervención depende radicalmente del tiempo.

NIVEL III: Situaciones urgentes, de riesgo vital potencial, que generalmente requieren múltiples exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas, en pacientes con estabilidad fisiológica (constantes vitales normales o sólo ligeramente alteradas).

NIVEL IV: Situaciones que, por la edad del paciente o su proceso, podrían empeorar y se beneficiarían de una intervención por parte del personal médico.

NIVEL V: Situaciones que pueden ser agudas, pero no son urgentes o que forman parte de un proceso crónico. En cualquier caso, su atención podría ser retrasada y referida al equipo de medicina primaria.

Evaluación inicial del usuario y determinación del grado de prioridad.

El autor Fernández (2010), menciona en su investigación la manera en que de determina el grado de prioridad en cuanto a la atención de los pacientes:

Debe de ser relativamente breve, recoger suficientes datos para establecer la gravedad del usuario y determinar la prioridad de los cuidados en función de su estado de salud. El objetivo de la evaluación no es establecer un diagnóstico, sino identificar las necesidades del usuario con el fin de determinar la prioridad de los cuidados. La clasificación se establece en función del grado de gravedad de los síntomas y permite evitar el retraso que podría perjudicar al usuario, causándole daños mayores. La evaluación inicial de paciente sea cual sea el ámbito donde se realice debe contar con las siguientes fases:

- 1ª Fase: Interrogatorio ¿Qué le pasa?: motivo de consulta. Descripción del cuadro y su sintomatología delimitando el cuadro, para formarnos una opinión de su

gravedad. Existencia de dolor, localización y características. ¿Desde 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 más dinámica posible, será el facultativo quien ahonde después en todos los antecedentes del paciente que sean necesarios para la historia clínica de urgencias.

- 2ª Fase: Inspección Búsqueda de signos de gravedad. Tan sólo nos fijaremos en aquello que sea pertinente con el motivo de consulta y que nos ayude a priorizar. - Aspecto general: impresión de gravedad. - Piel y mucosas: - Color: palidez, cianosis... - Temperatura. - Neurológico: - Nivel de consciencia - Respuesta al dolor - Tamaño y respuesta pupila - Motricidad - Circulación: - Pulso: palpable en zonas distales a traumatismos, amplitud, intensidad... - Frecuencia 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 llevará consigo un nivel de priorización a la hora de atenderle en el ámbito de urgencias en el que se desarrolle la RAC.

Metodología de la consulta: los momentos del RAC.

El punto fundamental para entender cómo se realiza la consulta de RAC es tener en cuenta en todo momento que su finalidad es asignar un nivel de urgencia y no hacer un diagnóstico. La consulta de triaje comprende, el conjunto mínimo imprescindible de actuaciones que permitan decidir el grado de urgencia del paciente. Todo lo que vaya más allá es superfluo y sólo contribuye a aumentar el tiempo empleado, lo que va en contra de la filosofía del propio triaje.

Es muy importante transmitir este hecho al paciente y a sus familiares y dejar claro que se trata de una valoración preliminar para determinar las necesidades inmediatas del paciente

de forma previa a la consulta médica definitiva, en la que ya se tendrán en cuenta todos los datos necesarios para su diagnóstico y su tratamiento. (Alfier, Pio Alfier, Benitez Gómez , & Cardozo , 2011)

Por otro lado, de acuerdo al ministerio de salud (MSPyBS m. d.). Las etapas de la consulta de RAC son las siguientes:

1. Impresión general: Se refiere a la sensación de gravedad que nos produce un paciente.

2. Anamnesis: ¿Qué le pasa? Motivo de consulta. Descripción del cuadro y su sintomatología, delimitando un cuadro para formarnos una opinión de su gravedad. ¿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: que sean pertinentes y ayuden a la priorización.

3. Exploración: Búsqueda de signos de gravedad. Hay que prestar atención en aquellos relacionados con el motivo de consulta y que nos ayuden a priorizar. Ejemplo:

- Respiración: Permeabilidad de vías aéreas, patrón respiratorio, trabajo respiratorio, sonidos audibles a distancia
- Circulación: pulsos distales, temperatura de la piel, color, FC.
- Neurológico: nivel de conciencia, pupilas, respuesta al dolor, motricidad etc.

4. Toma de signos vitales: En el triaje utilizamos habitualmente los siguientes signos vitales: FC, FR, TA, SatHb, T^a y glucemia. Es importante tener claro que la toma de los mismos no es un objetivo de la consulta de triaje: sólo se deben tomar aquellos que pueden condicionar la decisión del nivel de urgencia. Si con datos clínicos tenemos suficiente para determinarlo, la toma de constantes no hace más que enlentecer el proceso, y nuestro tiempo es precioso. Si alargamos la visita de triaje demoramos el tiempo de ese paciente hasta su atención y tratamiento definitivos y además retrasamos la valoración del siguiente paciente.

En cada uno de los algoritmos vienen enumerados los signos vitales que pueden ser de utilidad para cada motivo de consulta. De todas formas, insistimos que no es que deban tomarse de forma obligatoria, sólo si nos hacen falta para el proceso del triaje.

Muchas veces los niveles I y II tienen signos clínicos de urgencia evidentes que hacen innecesario conocer el valor de los signos vitales, porque ya tenemos claro que se trata de un paciente urgente.

5. Valoración del dolor: El dolor es un aspecto muy importante a ser valorado en la consulta del RAC y su determinación implica una sistemática diferente según la edad.

6. Clasificación: Es la prioridad de atención de urgencia utilizando protocolos validados para tal efecto.

7. Despedida e información: Se le explicará al paciente y/o familiares el tiempo y lugar donde esperará para ser atendido según la clasificación asignada y cuándo corresponde ser reclasificado. La consulta de triaje debe seguir una sistemática para que no se olviden cosas importantes, pero también tiene que ser suficientemente flexible para adaptarse a la situación de cada paciente. Esto significa que, aunque incluye varios apartados no siempre todos son necesarios ni siempre tienen que hacerse en el mismo orden. De hecho, casi siempre se harán de forma paralela: comenzar a valorar algunos datos de la exploración física o tomar signos vitales mientras se continúa la anamnesis.

Personal que realiza el RAC

El perfil profesional implica personas capacitadas para hacer funciones de triaje. Esta claramente definido que el personal de enfermería es quien debe realizar este proceso. Además de los conocimientos propios de su profesión, esas personas deben formarse más específicamente en la metodología de la consulta de triaje y en los criterios que determinan los diferentes niveles de urgencia. Para su formación habrán practicado un número determinado de escenarios teóricos y además habrán realizado un número suficiente de horas de triaje real tutelado por un profesional experto.

El profesional que realiza triaje no comparte otras funciones, sino que se dedica a dicha tarea de forma exclusiva. Debido a la presión y a la intensidad con que realiza su trabajo, se establece que no deberá estar en el puesto de triaje más de 4 horas diarias de su jornada laboral prevista. (Alfieri, Pio Alfieri, Benitez Gómez , & Cardozo , 2011)

Implantación del RAC

Será necesario crear una comisión local de RAC, esta es una condición para todo centro que quiera implantarlo.

Estará formada por los profesionales jerárquicamente responsables de los servicios de urgencias, tanto médico como de enfermería, debe incluirse un profesional capacitado en RAC, personal auxiliar (técnico, administrativo) y un director de la institución.

Para planificar la implantación en un determinado hospital se deberán tener en cuenta los siguientes factores:

1. El número de pacientes atendido por día
2. El flujo de pacientes en las diferentes franjas horarias, días de la semana y meses del año.

Su función será adoptar y plantear el plan específico de implantación del RAC y realizar el seguimiento de su implementación basándose en las recomendaciones realizadas por el equipo asesor (Comité Nacional de Implantación del RAC).

3. El número de pacientes que requieren intervención rápida
4. El tipo de pacientes atendidos en el servicio de urgencia (pacientes pediátricos, psiquiátricos, ginecológicos, trauma, etc.)
5. El número de profesionales asignados

(MSPyBS M. d., 2011)

Factores de éxito de la implantación.

De acuerdo a lo que se expresa en el manual de recepción acogida y clasificación publicada por el ministerio de salud en el año 2011, para que el resultado de la implantación sea exitoso se deberán tener en resueltos los siguientes puntos:

1. Apoyo institucional
2. Participación de los profesionales (adhesión)
3. Creación de una comisión de clasificación en los servicios de urgencia
4. Involucramiento de enfermería
5. Definición clara de todos los pasos del paciente desde que llega al servicio de urgencias hasta que es atendido por el médico
6. Definición de qué debe hacer cada profesional y cómo debe hacerlo.
7. La estructuración física, recursos tecnológicos y humanos del servicio de Urgencias de acuerdo a las recomendaciones propuestas.
8. Protocolización
9. La elaboración de un programa de capacitación uniforme que contemple: la creación de formadores expertos, la disponibilidad de un presupuesto de capacitación, y la implantación

de un programa de educación continuada en urgencias para contar con un número suficiente de personal cualificado en clasificación.

10. La instauración de un programa de evaluación de la calidad de la actividad del RAC, según un modelo de mejora continua.

RAC en niños

El dolor es un síntoma frecuente en la patología pediátrica y tiene un papel muy importante en la valoración del nivel de triaje. Podríamos pensar que esto no es así, porque no necesariamente una patología más dolorosa tiene que ser más grave, pero hemos de tener en cuenta que el grado de urgencia no siempre se correlaciona con la gravedad, sino que más bien expresa necesidad de que el paciente sea atendido en un menor tiempo. El paciente es un todo y no es sólo su enfermedad. Un paciente con un nivel de triaje superior es aquel cuya situación clínica se beneficia de una atención más precoz. Todo esto nos indica, que en ausencia de otros criterios que condicionen un grado de urgencia determinado, el paciente que más dolor tiene es justo que sea visitado antes. En otras ocasiones, ya reflejadas en los protocolos de cada motivo de consulta, no hay ninguna duda conceptual, ya que la intensidad del dolor puede correlacionarse con una mayor gravedad del cuadro.

A efectos de triaje nos interesa clasificar el dolor de un paciente en leve, moderado o intenso. Una posibilidad es valorarlo de forma subjetiva, pero para ello es evidente que se requiere una experiencia suficiente. Para facilitar la cuantificación de la intensidad del dolor existen diversas escalas y métodos validados en diferentes edades pediátricas. No todos son útiles en el triaje, ya que algunos son complejos y tienen en cuenta datos que no pueden obtenerse de forma rápida. Hemos seleccionado las escalas que nos parecen más adecuadas. No quiere decir esto que haya que aplicarlas en toda visita de triaje, sino que están a disposición del profesional que las necesite para valorar de forma más adecuada algo tan subjetivo como el dolor.

A continuación, explicaremos algunos conceptos generales sobre la valoración del dolor en pediatría y cómo debe hacerse de forma práctica en cada grupo de edad.

Básicamente se utilizan tres métodos para la evaluación del dolor:

Utilizaremos diferentes escalas según la edad del niño, pero todas nos llevarán a puntuar la intensidad de su dolor de 0 a 10. Según esta puntuación, concluiremos que el dolor es leve, moderado o intenso según la siguiente tabla:

- **INTENSIDAD PUNTUACIÓN**

Leve: 0 – 4

Moderado: 5 – 7

Intenso: 8 – 10

- **Niños menores de 6 años**

En este grupo de edad se valora el dolor mediante la observación clínica de las reacciones de lenguaje corporal. Los aspectos evaluados pueden estar relacionados con estrés, disconfort, agresividad del medio físico, alteraciones de las necesidades básicas tales como sueño, succión, afecto y contacto con la madre. Por tanto, es necesario tratar de mantener estos aspectos cubiertos para que esta escala se adapte al dolor.

Utilizaremos la siguiente escala, en la que cada parámetro se puntúa de 0 (ausencia de dolor) a 2 (máxima interpretación de dolor). Como valoramos 5 parámetros, obtendremos una puntuación de 0 a 10.

- **Niños mayores de 6 años**

Disponemos de dos escalas aplicables a este grupo de edad: la escala de caras de Wong y Baker y la escala numérica de Walco y Howite.

Escala de caras de Wong y Baker: observación de una lámina con seis caras en que la primera es una muy sonriente y la última triste y llorosa, mientras que las intermedias, muestran diversos grados de felicidad y tristeza. El niño elige la cara que se asemeja a él cuando siente dolor.

Explicaremos al niño que cada cara representa a una persona que se siente feliz porque no tiene ningún dolor o triste porque tiene algún o mucho dolor. Le diremos al niño que elija la cara que mejor describa su dolor actual.

Es recomendable sustituir el término dolor por la palabra que utilice el niño.

Escala de caras Wong-Baker: elija la cara que mejor describe la manera como se siente.

Escala numérica de Walco y Howite: se usa una recta cuyos extremos corresponden “ausencia de dolor” y “dolor intenso” con divisiones marcadas a lo largo de ella en unidades de 0 a 10. El niño opta por el número que piensa describe la intensidad de su dolor.

Explicaremos al niño que esto es una línea con números, rayas o palabras para describir cuanto dolor tiene. Le indicaremos cuál es el extremo de la línea que representa ningún dolor y cuál es el que representa el peor dolor (señaládoselo). Podemos ponerle, según

la edad, algún ejemplo, señalándolo todo siempre. Tras esta explicación pediremos al niño que elija un número, raya o palabra que indica cuan fuerte es su dolor en ese momento.

RAC en adultos nivel de prioridad 1: Atención Inmediata

Según el manual del ministerio de salud se mencionan los determinantes generales y específicos para el RAC en el nivel I.

Discriminantes de urgencias generales

- Compromiso de vías aéreas: Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.
- Crisis convulsiva presenciada: el personal que realiza el triaje presencia la crisis de forma activa a la llegada del paciente, ya sea ésta parcial o generalizada.
- Respiración inadecuada: el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.
- Shock: los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

Discriminantes de urgencias específicos.

- Babeo: Signo característico del atragantamiento, se produce ante la imposibilidad/dificultad de tragar la saliva por una obstrucción parcial o completa de la vía.
- Estridor: inspiración ruidosa, parecida a un graznido. Es un signo de dificultad respiratoria que suele deberse a una inflamación de la laringe y tráquea que ocasiona una oclusión al paso del aire por las vías respiratorias. Las causas son varias y pueden deberse a enfermedades víricas o bacterianas, agentes físicos o químicos, así como a procesos alérgicos.
- Glucemia <50mg/dL: Se habla de hipoglucemia, puede ir acompañada de confusión, diaforesis y cefalea.
- Hemorragia desangrante: es aquella en la que, si no se detiene rápidamente el sangrado, conllevará a la muerte del paciente.

- Presentación de partes fetales: cuando exista coronamiento o cuando asome cualquier otra parte fetal a través de la vagina.
- Prolapso del cordón umbilical: es el descenso del cordón dentro de la vagina de forma prematura. Su presencia puede reducir o interrumpir el flujo sanguíneo provocando el sufrimiento del feto.

Nivel de Prioridad 2: Atención muy Urgente

Según el manual del ministerio de salud se mencionan los determinantes generales y específicos para el RAC en el nivel 2.

Discriminantes de urgencias generales:

- Alteración del nivel de conciencia: cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.
- Hemorragia mayor incontrolable: sangrado abundante imposible de controlar con presión directa y continuada sobre el foco de la hemorragia.
- Dolor Intenso: puntaje 7 a 10 en las escalas de dolor.
- Temperatura $>41^{\circ}\text{C}$ o $<35^{\circ}\text{C}$: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

Discriminantes de urgencias específicos:

- Agotamiento: el paciente agotado reduce el esfuerzo que hace para respirar a pesar de la disnea. Es un signo preterminal.
- Alteración del nivel de conciencia no atribuible completamente a la ingesta de alcohol: existe una historia clara de ingesta alcohólica, pero se sospecha de la existencia de otro motivo que puede provocar la disminución del nivel de conciencia.
- Alto riesgo de autolesión: observando el comportamiento del paciente podemos hacernos una opinión de la posibilidad de que el paciente pueda autolesionarse. Son factores que indican un alto riesgo los antecedentes de episodios autolesivos anteriores, así como la intención de hacerlo en el momento del triaje.
- Alto riesgo de dañar a otros: bien cuando sea manifestado por el paciente o cuando el triador observe la menor posibilidad de agresión a través de su comportamiento, postura corporal o argumento. En caso de duda siempre se asumirá un alto riesgo.
- Antecedente de alergia: cuando haya existido previamente un episodio de hipersensibilidad severa.

- Antecedente de convulsiones: la convulsión no es evidente en ese momento, pero bien el paciente o su familia refiere episodio de convulsión, parcial o generalizada, en las últimas 6 horas.
- Antecedente de riesgo especial de infección: cuando ha habido exposición directa a un foco infeccioso de gran riesgo, tales como laboratorios o áreas infectadas conocidas.
- Antecedente de sobredosis o envenenamiento: bien manifestado por el paciente, consultado con familiares o allegados, o cuando hay sospecha de que falta de medicación.
- Antecedente psiquiátrico mayor: cuando haya un diagnóstico de enfermedad psiquiátrica mayor.
- Causa evidente: se incluirían caídas desde una altura, expulsión desde un vehículo, el fallecimiento de alguna víctima del accidente y una deformación importante del vehículo.
- Compromiso vascular: la combinación de palidez, frialdad, alteración de la sensibilidad y dolor con o sin ausencia de pulso distal a la herida.
- Disnea aguda: disnea que ha aparecido de forma brusca y súbita o que supone una exacerbación en los pacientes crónicos.
- Dolor cardíaco: tiene carácter opresivo, sordo y muy intenso, localizado en la zona centro torácica, pudiéndose irradiar hacia zonas como el miembro superior izquierdo, cuello y espalda. Puede ir acompañado de cortejo vegetativo: sudoración, frialdad y náuseas.
- Dolor irradiado hacia la espalda: puede darse de forma constante o intermitente e indica irritación retroperitoneal.
- Dolor testicular edad < 25 años: el dolor testicular en paciente de <25 años tiene más posibilidades de ser motivado por la existencia de una torsión testicular que en pacientes de más edad.
- Edema facial o lingual: en cualquiera de los dos casos pueden ser signos temprano de anafilaxia.
- Enfisema subcutáneo: aparece cuando el aire penetra por el tejido subcutáneo. A la palpación se siente crepitar a medida que se aplica presión.
- Estado crítico de la piel: la piel está pálida y bajo tensión debido a algún fragmento óseo tras una fractura o luxación.
- Evisceración de órganos: Existe extrusión franca de órganos internos.

- Gangrena escrotal: Aparición de una mancha oscura en la zona del escroto o ingle. Al principio tiene el aspecto de una quemadura de tercer grado cualquier posibilidad de comunicación entre herida y fractura.
- Vómito de sangre: cuando se presencia vómito agudo de sangre o en posos de café o hay signos evidentes de que haya sucedido (restos en boca).
- Hiperglucemia con cetosis: cuando existe una glucemia > 200 mg/dl con cetonuria (cuerpos cetónicos en orina) o signos de acidosis (respiración de kussmaul, náuseas, olor de aliento característico).
- Imposibilidad de decir frases completas: debido a la disnea
- Instauración aguda tras lesión: cuando la sintomatología comienza en un plazo breve de tiempo tras un traumatismo físico tiempo.
- Lesión inhalatoria: cuando ha existido inhalación de humo. El paciente también puede contar inhalación de productos químicos, en este caso puede no haber signos evidentes.
- Letalidad alta: letalidad es la potencia que tiene cualquier sustancia para causar daño, incluso la muerte. Es obligatorio contactar con el centro de toxicología para saber cuál es el riesgo. En caso de duda se asumirá siempre el mayor riesgo.
- Mecanismo de lesión determinante: comprende las heridas penetrantes por arma blanca o arma de fuego y las lesiones provocadas por una alta transferencia de energía como caídas desde gran altura y accidentes de tráfico a alta velocidad (>60 km/h).
- Parto activo: cuando existen contracciones dolorosas, regulares y espaciadas por breve espacio de tiempo.
- Pérdida completa de visión reciente y repentina: en uno o en ambos ojos en las 24 horas previas.
- Picor intenso: prurito insoportable.
- Priapismo: es una erección continua y mantenida en el tiempo, no siempre dolorosa.
- Púrpura o exantema desconocido: cuando exista alguna erupción cutánea generalizada que no sea identificada de forma positiva. En el caso de la púrpura se habla de un exantema causado por pequeñas hemorragias subcutáneas que no palidecen tras presión.
- Rectorragia: emisión de sangre fresca por vía rectal en cantidad suficiente como para comprometer la vida del paciente.
- Sangrado en gestación >24 semanas: este signo puede ocasionar graves problemas en la gestación.

- Sibilancias: tono silbante agudo que aparece con cada respiración y que puede indicar que las vías respiratorias se han estrechado.
- Signos de meningismo: es la triada de rigidez de nuca, cefalea y fotofobia. $SO_2 < 95\%$ con Oxígeno o $< 90\%$ con aire ambiental.
- Traumatismo penetrante ocular: hay lesión en el globo ocular.

Nivel de Prioridad 3: Atención urgente

Según el manual del ministerio de salud se mencionan los determinantes generales y específicos para el RAC en el nivel 3.

Discriminantes de urgencias generales:

- Dolor moderado: Puntuación 4 a 7 en escalas de dolor.
- Hemorragia menor incontrolable: Es aquella hemorragia imposible de controlar con la presión directa y continuada persistiendo un ligero sangrado de forma continuada.
- No concordancia: cuando el mecanismo de lesión o enfermedad manifestado por el paciente no guarda una correcta relación con la lesión existente.
- Temperatura $> 38,5^\circ\text{C}$: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura, con lo que se podrá utilizar la impresión clínica de la temperatura de la piel, para realizar en la mayor brevedad posible una toma de temperatura interna exacta.
- Vómitos persistentes: vómitos intensos y prolongados en el tiempo.

Discriminantes de urgencias específicos

- Alteración del nivel de consciencia completamente atribuible a la ingesta de alcohol: cuando existe una historia clara de ingesta alcohólica y no se sospecha de la existencia de otro motivo que pueda provocar la disminución del nivel de consciencia.
- Ansiedad notable: aparece como reacción ante un peligro o impresión. Suele venir acompañada de malestar psicológico y alteraciones en el organismo como taquicardia, temblores, diaforesis, sensación de opresión torácica o falta de aire.
- Antecedente de asma: el paciente está diagnosticado de asma.

- Antecedente de inconsciencia: este dato será proporcionado por algún familiar que nos pueda dar información sobre la duración y veracidad del cuadro de inconsciencia. Si el paciente es incapaz de recordar el episodio, hablaremos de inconsciencia.
- Antecedente de traumatismo: cuando ha existido traumatismo físico directo reciente.
- Antecedente de viaje al extranjero: viaje acontecido en los 3 meses anteriores.
- Antecedente de vómito de sangre: el paciente cuenta un vómito con sangre o en posos de café. No es evidenciado en la sala de triaje.
- Antecedente psiquiátrico: cuando exista antecedente de episodio psiquiátrico menor.
- Articulación caliente: cualquier aumento de temperatura en una articulación o alrededores. A veces viene acompañado de enrojecimiento.
- Celulitis escrotal: enrojecimiento y tumefacción en escroto.
- Comportamiento perturbante: cuando el paciente tiene un comportamiento que altera la tranquila marcha del departamento de urgencias y provoca malestar e intranquilidad en el resto de pacientes. Puede ser en casos peligroso y amenazante.
- Dolor en vértice de hombro: es un signo de irritación diafragmática.
- Dolor pleurítico: dolor punzante en el tórax, que empeora con la respiración, la tos o cualquier esfuerzo.
- Fractura abierta: todas las heridas cercanas a una fractura deben observarse atentamente. La fractura deberá considerarse como abierta ante la existencia de cualquier posibilidad de comunicación entre herida y fractura.
- Hematuria franca: cuando la hematuria es macroscópica.
- Hiperglucemia: glucosa > 300 mg/dl.
- Inmunosupresión conocida: todos aquellos pacientes que tomen tratamiento inmunosupresor, incluyendo esteroides a largo plazo.
- Lesión por electricidad: causada por corriente eléctrica continua o alterna.
- Letalidad moderada: cuando identificada la sustancia tóxica se conoce su potencial moderado de causar daño. En caso de duda se asume un alto riesgo.
- No mejoría con el tratamiento para el asma: suele ser manifestado por el propio paciente.
- Pérdida de función focal o progresiva: puede ser en una parte específica del cuerpo (ojo, miembros superiores o miembros inferiores, o una pérdida de
- Riesgo moderado de dañar a otros: se hará una valoración del comportamiento del paciente, así como de si hay o no antecedente de agresión.

- Secreciones o vesículas generalizadas: secreción difusa o erupción vesicular que cubre más del 10% de la superficie corporal total.
- Signos de deshidratación: lengua seca, aumento de pliegues cutáneos, oliguria, confusión.
- Signos/síntomas neurológicos recientes: su aparición es reciente y hablamos de pérdida de sensibilidad, debilidad en miembros inferiores y/o miembros superiores, así como relajación de esfínteres.
- SO₂ <95% con aire ambiental.
- Tensión arterial elevada: cuando el paciente nos refiera historia de hipertensión o tras nuestra toma tensional las cifras sean elevadas.
- Traumatismo craneoencefálico: traumatismo directo sobre la cabeza.

Nivel de Prioridad 4: Atención normal

Según el manual del ministerio de salud se mencionan los determinantes generales y específicos para el RAC en el nivel 4.

Discriminantes de urgencias generales:

- Dolor leve: puntuación menor de 4 en escalas de dolor.
- Temperatura >37,5°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

Discriminantes de urgencias específicos:

- Herida contaminada: aquella herida que contiene material susceptible de infectarla.
- Infección e inflamación local: son signos característicos la tumefacción, enrojecimiento y dolor de la zona afecta.
- Lesión: daño corporal causado por un golpe, herida o enfermedad.
- Respiración sibilante: es diferente a sibilancias, son de otra prioridad.
- Tumefacción facial: puede ser localizada o difusa.

(MSPyBS M. d., 2011).

Bases legales

Los Derechos, de los deberes y de las garantías

Capítulo I- LA VIDA

Artículo 4. Del derecho a la vida

El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Se garantiza su protección, en general, desde la concepción. Queda abolida la pena de muerte. Toda persona será protegida por el Estado en su integridad física y psíquica, así como en su honor y en su reputación. La ley reglamentará la libertad de las personas para disponer de su propio cuerpo, solo con fines científicos o médicos.

Capítulo VI- De la salud

Artículo 68– del Derecho a la Salud

El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad.

Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes.

Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana.

Ley N° 3.206 Del ejercicio de la enfermería

Artículo 1º.- El ejercicio de la enfermería, libre o en relación de dependencia en todos sus grados, sean estas públicas o privadas, queda sujeto a esta Ley, a los tratados, convenios y acuerdos internacionales suscritos, aprobados y ratificados por la República del Paraguay sobre la materia, así como la reglamentación que en su consecuencia se dicte.

Operacionalización de la variable

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Operacionalización
<p>Cumplimiento de la recepción, acogida y clasificación</p>	<p>El cumplimiento es un estado en el cual alguien o algo está de acuerdo con las directrices, las especificaciones o la legislación establecida. (Rezende)</p> <p>Establece la siguiente definición en cuanto al RAC. "Es la correcta comprensión del problema de salud de los pacientes desde la óptica asistencial por niveles de gravedad y su correspondiente clasificación y adecuación a la estructura del medio asistencial". (MSPyBS M. d., 2011)</p>	<p>Procedimientos que conforman la recepción</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Impresión general • Anamnesis • Exploración • Toma de signos vitales 	<p>Técnica de recolección de datos: Observación</p> <p>Instrumento de recolección de datos: Lista de Cotejo</p>
		<p>Procedimientos que conforman la acogida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del dolor • Identificación de acuerdo a los niveles • Se clasifica a los pacientes utilizando protocolos validados para tal efecto • Despedida e información del paciente 	
		<p>Procedimientos que conforman la clasificación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de datos • Motivo de consulta y valoración del estado general • Toma de constantes vitales • Identificar alergias • Identificar el nivel de gravedad • Ubicar y derivar • Reevaluar 	

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de investigación

Esta investigación corresponde al tipo o enfoque cuantitativo, porque para la recolección de los datos se utilizó la medición numérica, es decir, se recurrió a la estadística descriptiva.

Según Hernández, Fernández y Baptista, "el enfoque cuantitativo utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación".

Diseño de investigación

El diseño seleccionado es el no experimental transversal, pues se trabajará con informaciones veraces que no se han de modificar. "Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado". (Hernández, et, al 2003).

En la presente investigación no se van a manipular las variables, sino que en un solo momento se observará el fenómeno de estudio tal como se dan en su contexto natural.

Nivel de conocimiento esperado

El estudio se enmarcará dentro de una investigación de carácter descriptivo. (Hernández, Fernández & Baptista, 2003), señala que "los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis". Permiten medir la información para posteriormente describir, analizar e interpretar las características del fenómeno estudiado según la realidad.

Este trabajo es de carácter descriptivo y transversal porque comprende la descripción, análisis e interpretación de la variable, así como se presenta sin manipularla y se realizó en un determinado momento, haciéndose un solo corte en el tiempo.

Población

La población o universo según (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista , 2003) “es el conjunto de todas las cosas que concuerdan con determinadas especificaciones”, es decir las que son tomadas como objeto de estudio.

La población está compuesta por 12 Licenciadas y Licenciados que se desempeñan en los servicios de urgencia (adulto y pediátrica), del Hospital Regional de Coronel Oviedo, en los turnos de mañana, tarde y noche y están distribuidos entre 6 profesionales por cada especialidad.

Técnica e Instrumento de recolección de datos

La investigación presente se desarrollará en los servicios de Urgencias de adultos y Pediatría del Hospital Regional de Coronel Oviedo de la misma ciudad.

Antes del proceso de recolección de los datos, el instrumento será validado a través de una prueba piloto que será aplicada a una población de 5 profesionales del Instituto de Previsión Social (IPS), con el fin de corregir el mismo; para lo cual se realizarán ajustes de ser necesarios.

Para la recolección de los datos se seleccionará la técnica de la observación directa que según (Miranda, 2008) la observación “es un registro visual de lo que ocurre en una situación real... Como técnica se refiere a la manera práctica de la recolección de datos”. En la presente investigación se adoptará la modalidad de la observación directa participativa, en la que misma autora dice: “Todas las evidencias de rastros físicos son signos indicadores a ser registrados para su análisis e interpretación, para hacer inferencias de su significado”.

Como instrumento se elaborará una Lista de cotejo para registrar los datos como resultados de las observaciones, las mismas las realizaré en tres observaciones por cada una de las licenciadas y licenciados en enfermería que se desempeñan en el servicio de Urgencias de Adultos y de Pediatría del Hospital Regional de Coronel Oviedo.

Informe de validación del instrumento

Para la validación del instrumento y posterior aplicación a la población de estudio, primeramente, se solicitó el permiso correspondiente a la Licenciada encargada del Servicio de Urgencias del Instituto de Previsión Social de la ciudad de Coronel Oviedo, una

vez que se concretó la autorización, se procedió a aplicar la prueba piloto a través de la técnica de la **observación participativa**, a 5 Licenciadas en enfermería que cumplen funciones asistenciales en el servicio de RAC adulto del mencionado nosocomio. La prueba piloto arrojó resultados en mayor medida favorable en ese sentido y habiéndose realizado la prueba sin sobresaltos y conforme a lo esperado, quedó evidenciado, que el instrumento aplicado cuenta con ítems adecuados a la práctica reglamentaria por lo que no hubo necesidad de realizar modificaciones y se pudo ejecutar el instrumento, a la población en estudio en la prueba piloto.

Se consideraron 3 principios éticos fundamentales:

- Justicia: De acuerdo con este principio se difundirán los resultados obtenidos al final de la investigación.
- No maleficencia: En base a este principio se realizarán todos los objetivos y acciones buscando el bienestar de la población en general.
- Confidencialidad: En consideración y respeto de este principio no se divulgarán los nombres de las personas de la población de estudio.

Descripción del procedimiento de análisis de los datos

Posteriormente, los datos obtenidos de la aplicación del instrumento, serán organizados, recopilados, e introducidos en una base de datos, a través de la tabulación simple, para luego procesarla mediante el uso de programas estadísticos disponibles, como el Microsoft Excel, calculándose el promedio, para la presentación de los datos en tablas y gráficos.

Para el análisis de los resultados se evaluarán los datos obtenidos en el procesamiento de la información comparando con algunas informaciones presentadas en el marco teórico, con el propósito de identificar coincidencias y diferencias, así como explicaciones de la misma a los efectos de dar respuestas a los objetivos propuestos.

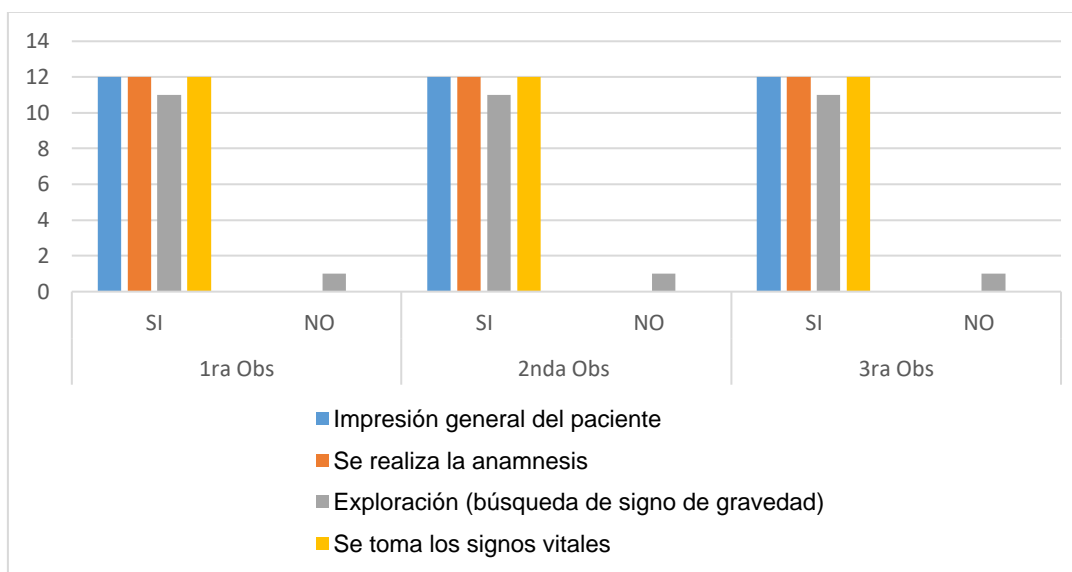
MARCO ANALÍTICO

Presentación de los datos y análisis de datos del cuestionario

Tabla 1: Dimensión 1 - Recepción

INDICADORES	1ra Obs		2da Obs		3ra Obs	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Impresión general del paciente	12	0	12	0	12	0
Se realiza la anamnesis	12	0	12	0	12	0
Exploración (búsqueda de signo de gravedad)	11	1	11	1	11	1
Se toma los signos vitales	12	0	12	0	12	0

Gráfico 1: Cumplimiento de la Recepción



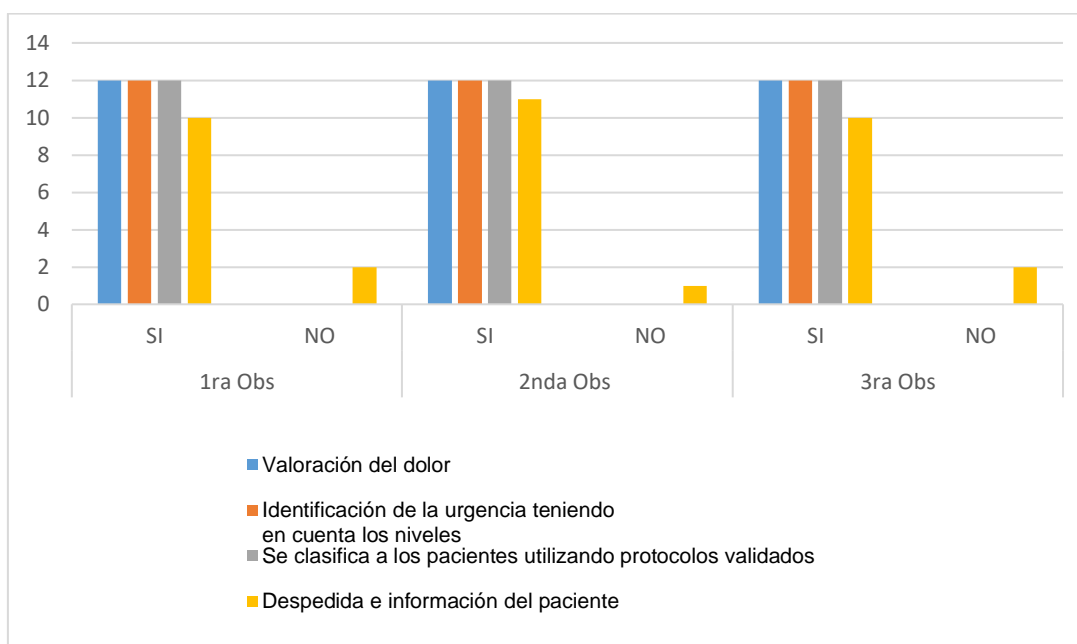
En relación al cumplimiento de la **Recepción** realizada por el personal de enfermería del servicio de urgencias, teniendo en cuenta los datos recabados en el proceso de observación, se pudo constatar que la gran mayoría de los enfermeros que forman parte de la población de estudio, cumplen con los procedimientos que conlleva la recepción (RAC). En ese sentido, puedo manifestar que los resultados reflejan que las enfermeras que participaron de la investigación consideran importante y fundamental el cumplimiento de las acciones del RAC.

El término **Recepción** en enfermería hace referencia al momento en el cual se establece la primera relación asistencial como respuesta a la demanda del paciente. (MSPyBS m. d.)

Tabla 2: Dimensión 2 - Cumplimiento de la Acogida

INDICADORES	1ra Obs		2nda Obs		3ra Obs	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Valoración del dolor	12	0	12	0	12	0
Identificación de la urgencia teniendo en cuenta los niveles	12	0	12	0	12	0
Se clasifica a los pacientes utilizando protocolos validados	12	0	12	0	12	0
Despedida e información del paciente	10	2	11	1	10	2

Gráfico 3: Cumplimiento de la Acogida



Según la recolección de datos realizada a la población de estudio a través de la técnica de la observación, se visualizó que la gran mayoría del personal de enfermería cumple con la mayoría de los procedimientos que conlleva la **Acogida** (RAC).

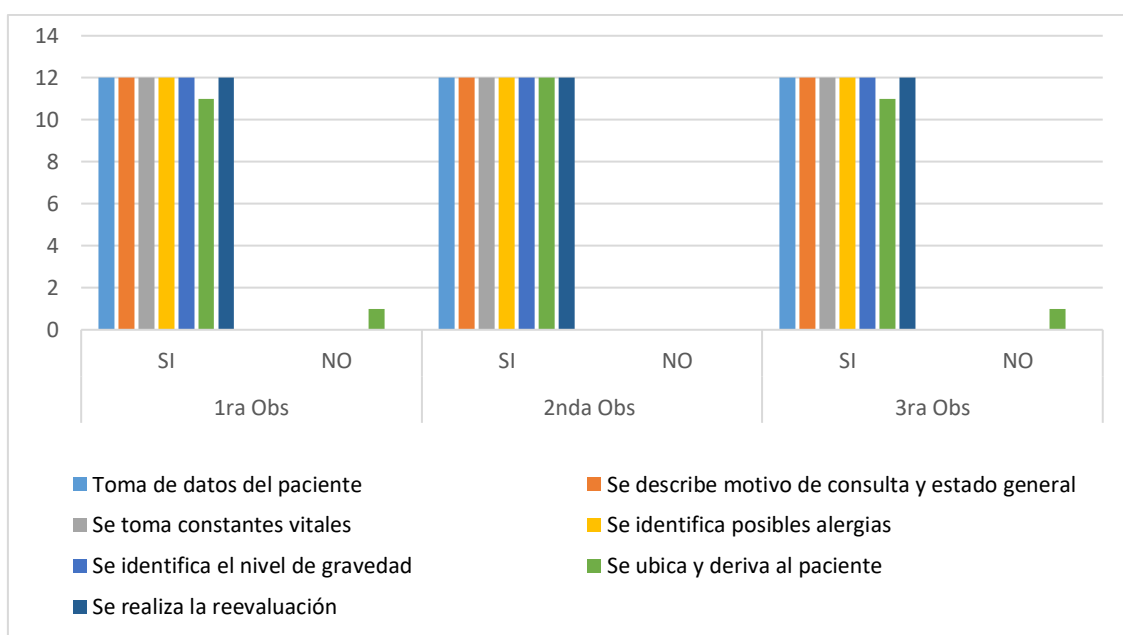
Por otro lado, con base en los resultados considero que se debe mejorar aspectos que no son totalmente respetados por el personal de enfermería para garantizar la seguridad del paciente.

El término **acogida** hace referencia al modo relacional en el que se desarrolla el primer encuentro sanitario-paciente y conlleva la puesta en práctica de todos los valores humanos hacia el paciente y la familia desde la personalidad enfermera, predisponiendo favorablemente a una relación terapéutica positiva. (MSPyBS m. d.)

Tabla 3: Dimensión 3 Clasificación

INDICADORES	1ra Obs		2nda Obs		3ra Obs	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Toma de datos del paciente	12	0	12	0	12	0
Se describe motivo de consulta y estado general	12	0	12	0	12	0
Se toma constantes vitales	12	0	12	0	12	0
Se identifica posibles alergias	12	0	12	0	12	0
Se identifica el nivel de gravedad	12	0	12	0	12	0
Se ubica y deriva al paciente	11	1	12	0	11	1
Se realiza la reevaluación	12	0	12	0	12	0

Gráfico 3: Cumplimiento de la Clasificación



Como se logra observar en la tabla y figura la mayoría de los profesionales en enfermería realizan los procedimientos que conforman la **clasificación** (RAC). Por lo tanto, se puede evidenciar que casi la totalidad, (excepto uno), del personal de enfermería del Hospital Regional de Coronel Oviedo cumple en gran medida con los procedimientos que conforman la clasificación.

Atendiendo a los datos recabados durante esta investigación considero que el personal de enfermería debería poner mayor empeño en el cumplimiento de los procedimientos del RAC ya que juega un papel fundamental para el cuidado de la salud de los pacientes que acuden hasta el Hospital Regional de nuestra ciudad.

COMENTARIOS FINALES

Esta investigación se ha concluido de manera satisfactoria, ya que se ha logrado cumplir con el objetivo general propuesto que fue determinar el cumplimiento del personal de enfermería del Hospital Regional de Coronel Oviedo, en cuanto a la Recepción, Acogida y Clasificación (RAC), en este sentido la investigación arrojó los siguientes resultados.

Respondiendo a los objetivos específicos se presentan los siguientes comentarios:

- **Objetivo N°1: Comprobar si el personal de enfermería del Hospital Regional de Coronel Oviedo, cumple con los procedimientos que conforman la recepción.**
En relación al cumplimiento de los procedimientos de la **Recepción**, se evidenció que la gran mayoría de los enfermeros que forman parte de la población de estudio, cumplen con los procedimientos que conlleva la recepción (RAC).
- **Objetivo N°2: Verificar si el personal de enfermería del Hospital Regional de Coronel Oviedo, cumple con los procedimientos que conforman la acogida,** en relación a este objetivo se pudo constatar que el personal de enfermería cumple con la mayoría de los procedimientos que conlleva la Acogida.
- **Objetivo N°3: Corroborar si el personal de enfermería del Hospital Regional de Coronel Oviedo, cumple con los procedimientos que conforman la clasificación,** por medio de esta investigación se pudo constatar que los profesionales de enfermería cumplen en gran medida con los procedimientos que conforman la clasificación.

Para finalizar, se responde al objetivo general planteado y se comprueba que los procedimientos de la Recepción Acogida y clasificación (RAC), son llevadas a cabo de manera parcial, ya que los profesionales de enfermería no cumplen con todos los procedimientos a cabalidad.

RECOMENDACIONES

Tras el análisis de datos y los resultados hallados se brindan las siguientes recomendaciones.

- A los profesionales de la salud apuntando hacia la mejora de la atención, implementar todos los procesos de RAC para poder brindar servicios de alta calidad y garantizar una mayor seguridad del paciente.
- Para las instituciones de salud de carácter público y privado, brindar más apoyo en la capacitación y supervisión de los profesionales para que puedan brindar una atención de calidad a los pacientes.
- A los estudiantes del área de la salud, realizar investigaciones sobre este tema teniendo en cuenta otras variables para la misma.
- Para las instituciones académicas, acompañar y apoyar constantemente a los estudiantes en el desarrollo de investigaciones similares y acrecentar el conocimiento en este ámbito.

BIBLIOGRAFIA

- Alfier, P., Pio Alfier, Benitez Gómez, M., & Cardozo, N. (2011). Manual de Procedimientos RAC. Paraguay. Retrieved octubre, 2023 from <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/porta/adjunto/34a465-ManualRecepcionacogidayclasificacinRAC2011.pdf>
- Basurco, D. O. (n.d.). Lo que necesitas saber del triaje. *revista científica*. Retrieved octubre, 2023 from <https://clincasanfelipe.com/articulos/todo-lo-que-necesitas-saber-sobre-el-triaje>
- Costa, B., Teixeira, R., & Adriano, S. (2018, Abril). Percepción de los enfermeros sobre la acogida y clasificación de riesgo en la atención. Santa Catarina, Brasil. Retrieved octubre, 2023 from <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n35/1409-4568-enfermeria-35-103.pdf>
- Fernández, J. A. (2010, junio). Investigación- acción en enfermería de urgencias y emergencias. *Tesis doctoral*. Alicante. Retrieved octubre, 2023 from https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17569/1/tesis_arenas.pdf
- Gómez, R. M., & Páez, N. G. (2022, julio). Triage en el servicio de emergencia. *tesis de grado*. Retrieved octubre, 2023 from <https://biblioarchivo.unaj.edu.ar/uploads/587cc0fe025a62c00da9cc034e108eca3742c6c3.pdf>
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista, M. (2003). *Metodología de la investigación*. McGraw Hi.
- Ibañez, M., & Garcia Casado, A. (2016, Noviembre). Enfermería y Triage. España. From <http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2016/11/177.pdf>
- Medina Aragon, F., & Gomez Salgado, J. (2009). Fundamentos teórico-prácticos de la Enfermería de Emergencias. Madrid : Enfo Ediciones .
- Miranda, A. E. (2008). *Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa* . Asuncion : ISBN Paraguay.
- MSPyBS, m. d. (n.d.). Paraguay. Retrieved octubre, 2023 from <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/inepeo/adjunto/302002-RACAdultoconvertido.pdf>
- MSPyBS, M. d. (2011). Manual de la recepción acogida y clasificación RAC. From file:///C:/Users/user/Documents/34a465-ManualRecepcionacogidayclasificacinRAC2011.pdf
- Nogueira, L. (2022, Febrero 02). DESAFÍOS EN LA RECEPCIÓN CON CLASIFICACIÓN DE RIESGO DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS ENFERMERAS. *Tesis de Grado*. Brasil. Retrieved octubre, 2023 from <https://www.scielo.br/j/cent/a/bnNhWnMjpHvfRmF5PmWggTL/?lang=es>
- Rezende, D. (n.d.). From <https://www.computerweekly.com/es/definicion/Cumplimiento>
- Sangoquiza, D. A. (2017). ANÁLISIS SITUACIONAL DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. *Tesis de grado*. Ambato, Ecuador. Retrieved octubre, 2023 from

<https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/7052/1/PIUAENF053-2017.pdf>

Soliz, R. Q. (2019). Valoración del RAC en el servicio de enfermería del hospital obrero. La Paz, Bolivia. Retrieved Octubre , 2023

APÉNDICE

Apéndice 1: Lista de cotejo

Para la recolección de los datos durante el trabajo de campo se utilizará la técnica de la observación cuyo instrumento será una lista de cotejo que se aplicará en los turnos mañana, tarde y noche a la población de estudio, quienes serán los profesionales de enfermería del Hospital Regional de Coronel Oviedo, pertenecientes a los servicios de Urgencias adulto y pediátrico. La población está compuesta por 12 profesionales de ambos sexos. Este instrumento será aplicado y procesado dentro del marco del proceso de elaboración de tesis para la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** de la **Universidad Tecnológica Intercontinental**. La investigación se titula como: **“Cumplimiento de la recepción, acogida y clasificación en el hospital regional de coronel Oviedo”**. A tal efecto se pone a conocimiento que la información derivada del presente instrumento, será utilizada con fines netamente académicos y científicos, guardando total reserva con relación a la identidad de las unidades informantes.

DIMENSION 1: RECEPCION	CRITERIOS					
	1ra observación		2da observación		3ra observación	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
INDICADORES						
Impresión general del paciente						
Se realiza la Anamnesis						
Exploración (búsqueda de signos de gravedad)						
Se toma los signos vitales						

DIMENSION 2: ACOGIDA	CRITERIOS					
	1ra observación		2da observación		3ra observación	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
INDICADORES						
Valoración del dolor						
Identificación de la urgencia teniendo en cuenta los niveles						
Se clasifica a los pacientes utilizando protocolos validados						
Despedida e información del paciente						

DIMENSION 3: CLASIFICACION	CRITERIOS					
	1ra observación		2da observación		3ra observación	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
INDICADORES						
Toma de datos del paciente						
Se describe el motivo de consulta y valoración del estado general						
Se toma las constantes vitales						
Se identifican posibles alergias						
Se identifica el nivel de gravedad						
Se ubica y deriva al paciente						
Se realiza la reevaluación						

Referencias: Dimensión 1

- Impresión general: Se refiere a la sensación de gravedad que nos produce un paciente.
- Anamnesis: ¿Qué le pasa? Motivo de consulta. Descripción del cuadro y su sintomatología, delimitando un cuadro para formarnos una opinión de su gravedad. ¿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: que sean pertinentes y ayuden a la priorización.
- Exploración: Búsqueda de signos de gravedad.

Ejemplo:

- ✓ Respiración: Permeabilidad de vías aéreas, patrón respiratorio, trabajo respiratorio, sonidos audibles a distancia
- ✓ Circulación: pulsos distales, temperatura de la piel, color, FC.
- ✓ Neurológico: nivel de conciencia, pupilas, respuesta al dolor, motricidad etc.
- Toma de signos vitales: En el triaje utilizamos habitualmente los siguientes signos vitales: FC, FR, TA, SatHb, T^a y glucemia.

Muchas veces los niveles I y II tienen signos clínicos de urgencia evidentes que hacen innecesario conocer el valor de los signos vitales, porque ya tenemos claro que se trata de un paciente urgente.


Referencias: Dimensión 2

- Valoración del dolor: El dolor es un aspecto muy importante a ser valorado en la consulta del RAC y su determinación implica una sistemática diferente según la edad.
- Clasificación: Es la prioridad de atención de urgencia utilizando protocolos validados para tal efecto.
- Despedida e información: Se le explicará al paciente y/o familiares el tiempo y lugar donde esperará para ser atendido según la clasificación asignada y cuándo corresponde ser reclasificado.

Referencias: Dimensión 3

- Toma de datos: Se trata de la información que proporciona el propio paciente acerca de su estado.
- Motivo de consulta y valoración general del estado de gravedad.
- Toma de constantes vitales: nos dan información sobre nuestro estado de salud. Estas son la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la saturación de oxígeno y la temperatura corporal.
- Alergias: se realizan preguntas sobre la afección de posibles alergias a los familiares o al paciente.
- Ubicar y derivar: La derivación es la remisión de un paciente, por parte del médico tratante, a otro profesional sanitario, el cual revisa la historia médica y explora al paciente para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico como para su tratamiento o rehabilitación.
- Reevaluar: se refiere a que el profesional de enfermería debe revisar y modificar el plan de cuidados adecuándolo a las demandas y necesidades que surgen en la interacción con el cliente. Puede realizarse al final o durante etapas previstas.

Apéndice 2: Autorización para la recolección de datos y Recolección oficial.

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
INTERCONTINENTAL**
La Universidad sin Fronteras
Ruta PY N° 2. Km. 179 1/2 - Barrio Villa Industrial - Toro Blanco
0522 - 40786 / 0522 - 41754 / 0976 907474 - Caaguazú - Paraguay

Caaguazú, 24 de enero de 2024

Señor/a:
Dr. /a.:
Hospital Regional Coronel Oviedo
Presente:


La Dirección de Sede de la UTIC Caaguazú, se dirige a usted y por su intermedio a dónde corresponde a fin de hacerle llegar sus cordiales saludos y a la vez informar que la Universidad cuenta con la carrera de LICENCIATURA EN ENFERMERÍA, y para que los alumnos puedan defender sus tesis, deben realizar una investigación sobre un determinado tema.

En ese sentido, solicita su autorización para que la alumna ALICIA RAMIREZ PORTILLO con C.I. N.º 4.342.798 de la carrera mencionada pueda acceder a los registros históricos del área de RAC, y aplicar una encuesta a los profesionales de Enfermería teniendo como tema **"CUMPLIMIENTO DE LA RECEPCIÓN, ACOGIDA, Y CLASIFICACIÓN (RAC) EN EL ÁREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE CORONEL OVIEDO."**

Se adjunta a la presente nota: Fotocopia de cédula de la alumna.

Confiado en su buena predisposición para la formación profesional de los estudiantes y en espera de contar con una respuesta favorable, desea éxitos en sus funciones.

Atentamente,


Epifania
Lic. Epifania Martinez
Directora de Sede

V. Elizabeth Gauto
Lic. en Enfermería
Reg. N.º 27.057

SEDE CENTRAL: Atyrá 1750 c/ Capitán Rivas - (021) 590 353 - Fernando de la Mora
SECRETARIA GENERAL: Nuestra Señora de la Asunción c/ Jejui (021) 448 876 - Asunción

Escaneado con Cam

Apéndice 3: Evidencia de la aplicación de la recolección de datos en materia de validación por prueba piloto en el IPS de Coronel Oviedo **Fecha:** 17/02/2024.



Apéndice 4: Evidencia de la aplicación de la recolección de datos en el Hospital Regional de Coronel Oviedo Fecha: 17/03/2024.



Apéndice 5: Ilustraciones relevantes del trabajo de investigación.

NIVELES DE URGENCIA	TIEMPO DE ASISTENCIA DESEADO
I	Inmediato en SALA DE REANIMACION
II	≤ 10 minutos (pasar de inmediato a la consulta)
III	≤ 30 minutos
IV	≤ 120 minutos
V	≤ 180 minutos

CLASIFICACIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS

PERMITE PRIORIZAR LOS CASOS MÁS GRAVES Y EMERGENTES

NIVEL	TIPO DE URGENCIA	COLOR	TIEMPO DE ESPERA (APROXIMADO)
1	RESUCITACIÓN	ROJO	ATENCIÓN DE FORMA INMEDIATA
2	EMERGENCIA	NARANJA	10 - 15 MINUTOS
3	URGENCIA	AMARILLO	60 MINUTOS
4	URGENCIA MENOR	VERDE	2 HORAS
5	SIN URGENCIA	AZUL	4 HORAS

El Sistema de Triage Manchester, es un sistema de clasificación y priorización de pacientes diseñado en los años 90. Los profesionales de los Servicios de Urgencias de los hospitales de la ciudad inglesa de Manchester lo concibieron para dar respuesta a una creciente inquietud profesional en aquel ámbito de trabajo.



