UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INTERCONTINENTAL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN (RAC) AÑO 2024.

Diana Lissandry Rodríguez Santa Cruz

Glady Ladislaa Añazco

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

Capiatá, 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 “Conocimientos de los profesionales de Enfermería sobre los procedimientos de Recepción Acogida y Clasificación del Servicio de Urgencia del Hospital Distrital de Areguá” elaborado por las alumnas Diana Lissandry Rodríguez Santa Cruz y Glady Ladislaa Añazco para obtener el título de Licenciado en Enfermería, hace constar que el mismo reúne los requisitos formales y de fondo exigidos por la Universidad Tecnológica Intercontinental y puede ser sometido a evaluación y presentarse ante los docentes que fueron designados para conformar la Mesa Examinadora.

En la Ciudad de Capiatá, a los 04 días del mes de diciembre, del año 2024.

……..

Firma del tutor

Dedicatoria

A mi hermana Deissy Rodríguez quien ya no está físicamente, esta tesis es un tributo a ti, mi fuente inagotable de fortaleza y amor en mi búsqueda de conocimiento. A través de tus enseñanzas y cariño, has dejado una huella imborrable en mi vida. Te amo con todo mi corazón y esta tesis es mi modesta forma de agradecerte por todo lo que has hecho por mí.

Agradecimientos

A Dios, nuestra roca eterna, por guiarnos en cada paso de este viaje académico y darnos la fuerza para perseverar.

A nuestros padres por su dedicación y compromiso con nuestra educación son un regalo que valoramos más allá de las palabras. Esta tesis es un testimonio de su sacrificio y amor, y nos llena de orgullo honrarlos de esta manera.

A nuestro tutor Lic. Hernan Melgarejo por su orientación y apoyo han sido invaluables en el proceso de esta tesis. Su conocimiento, paciencia y compromiso han sido fundamentales para nuestro éxito académico.

TABLA DE CONTENIDO

Dedicatoria iii

Agradecimientos iv

TABLA DE CONTENIDO v

Tabla y Figuras vii

RESUMEN 2

MARCO INTRODUCTORIO 3

Tema de investigación 4

Planteamiento del problema 4

Formulación del problema de investigación 6

Justificación 7

Viabilidad de la investigación 7

Delimitaciones de la investigación 7

MARCO TEÓRICO 8

Antecedentes de la investigación 8

Bases teóricas 11

Recepción, Acogida y Clasificación (RAC): 11

Las etapas de la consulta de RAC son las siguientes: 12

Funciones de Enfermería en el RAC: 13

Procedimiento de Recepción, Acogida y Clasificación: 16

Niveles de Clasificación: 19

Bases Legales: 35

CAPITULO I - DE LA VIDA Y DEL AMBIENTE 35

CAPITULO VI - DE LA SALUD 35

Manual de Recepción Acogida y Clasificación del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Pág. 14 35

CAPÍTULO X - EL SECRETO PROFESIONAL 35

Operacionalización de las variables 36

MARCO METODOLÓGICO 37

Tipo de investigación 37

Diseño de investigación 37

Nivel de conocimiento esperado 37

Población 37

Técnica e Instrumento de recolección de datos 38

Informe de validación del instrumento 38

Descripción del procedimiento de análisis de los datos 39

MARCO ANALÍTICO 40

COMENTARIOS FINALES 53

Recomendaciones 54

Bibliografía 55

APÉNDICE 57

TABLA Y FIGURAS

Datos Sociodemográficos……40

Tabla y Figura 1. ¿Qué información se recopila durante el proceso de recepción?.....44

Tabla y Figura 2. ¿Qué significa Recepción?.....45

Tabla y Figura 3. ¿Qué pasos seguirías en caso de una emergencia médica en la recepción?.....46

Tabla y Figura 4 ¿Cuál es el objetivo principal del proceso de acogida en el RAC?.....47

Tabla y Figura 5. ¿Cuáles son las intervenciones que puede realizar el profesional de enfermería sin una orden médica?.....48

Tabla y Figura 6. ¿En qué consiste la valoración inicial en los Signos Vitales?.....49

Tabla y Figura 7. ¿Cuál es el primer paso en el proceso de clasificación de un paciente?.....50

Tabla y Figura 8. ¿Qué criterio se utiliza para clasificar a un paciente como “emergencia” en un sistema de triage?.....51

Tabla y Figura 9. ¿El paciente en estado crítico se clasifica en?.....52

CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE LA RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN (RAC) AÑO 2024.

Diana Lissandry Rodríguez Santa Cruz
Glady Ladislaa Añazco

Universidad Tecnológica Intercontinental

Nota del autor

Facultad de Ciencias de la Salud Carrera de Enfermería

dianasantacruz.santacruz@gmail.com

gladis16miki@hotmail.com

RESUMEN

La investigación realizada trató sobre *"Conocimientos de los Profesionales de Enfermería sobre los procedimientos de Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) Año 2024".* El objetivo general del estudio fue: Determinar los conocimientos de los profesionales de enfermería del servicio de urgencia del Hospital Distrital de Areguá sobre los procedimientos de la Recepción Acogida y Clasificación (RAC), se desglosa en los objetivos específicos siguientes: Constatar los conocimientos de los profesionales de enfermería del servicio de urgencia del Hospital Distrital de Areguá sobre los procedimientos de la Recepción; Indicar los conocimientos de los profesionales de enfermería del servicio de urgencia del Hospital Distrital de Areguá sobre los procedimientos de la Acogida; Identificar los conocimientos de los profesionales de enfermería del servicio de urgencia del Hospital Distrital de Areguá sobre los procedimientos de la Clasificación. La metodología utilizada es tipo de investigación cuantitativa, descriptivo, de diseño no experimental y transversal, la población estuvo conformada por 20 profesionales de enfermería del servicio de urgencia del Hospital Distrital de Areguá, la técnica es la encuesta y como instrumento el cuestionario. De acuerdo a los resultados se concluye que los profesionales de enfermería encuestados tienen un Nivel Medio de Conocimiento sobre los procedimientos de la recepción, acogida, y clasificación. Sin embargo, es preocupante el resultado y es fundamental analizar este resultado con mayor profundidad y considerar continuar capacitando a los profesionales de enfermería para asegurar que todos estén preparados para brindar un servicio de calidad y calidez a los usuarios que acuden al servicio esperando una atención adecuada. La recepción, acogida y clasificación son los primeros pasos en la construcción de una relación duradera con el cliente, por lo que su importancia no puede subestimarse.

Palabras clave: conocimiento, recepción, acogida, clasificación, RAC

MARCO INTRODUCTORIO

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

Tema de investigación

Conocimientos de los Profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencia del Hospital Distrital de Areguá sobre los procedimientos de la Recepción Acogida y Clasificación. (RAC) AÑO 2024.

Planteamiento del problema

Actualmente la inadecuada utilización de los servicios de urgencias por parte de la población provoca una asistencia masiva y un incremento de la demanda asistencial, de manera que aproximadamente el 75% de las personas que demandan nuestra asistencia podrían ser atendidos en atención primaria. Con la RAC realizamos un filtro para asegurar que las enfermedades no urgentes no interfieran en las de verdadera urgencia. Por tanto, nuestro objetivo no es el diagnóstico, sino priorizar el grado de urgencia y ubicar al paciente en el lugar que le corresponda y en las condiciones adecuadas. “Una RAC bien realizada es la clave de la unidad de urgencias”. Considerando a la enfermería como elemento constante en la urgencia, es imprescindible su preparación para una buena tarea de selección, obteniendo enfermeras/os capacitados para priorizar a los pacientes según su gravedad y brindarles la primera atención basada en protocolos establecidos.

La competencia de la enfermera/o en el triaje es valorar inicialmente al paciente que acude al servicio, así como clasificarlo y distribuirlo en base a su patología y necesidades asistenciales. Aplicar y/o realizar si proceden técnicas enfermeras tanto al paciente como a sus acompañantes

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

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

importantes de estas actitudes y aptitudes pueden resumirse en dominio de la sistemática de triaje.

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

Los acompañantes descargan sobre el enfermero de la sala de RAC su ansiedad acumulada por la visión real o subjetiva del sufrimiento o el peligro del paciente y crean así presiones que hacen más compleja la priorización. El enfermero tiene que saber tratar con los pacientes y con sus parientes en estas circunstancias demostrando una actitud madura y tranquilizadora; manteniendo un comportamiento equilibrado y recogiendo rápidamente los datos esenciales.

La importancia de la atención que debe prestarse al paciente general a nivel sociocultural están acentuadas y debemos priorizarlos siempre de manera más conservadoras; tanto es así que muchos centros donde se atiende tanto a pacientes adultos como a niños se han tenido que crear consultas médicas específicas que se va a encargar tan sólo de atender a los niños; con objeto de disminuir los tiempos de espera en este rango de pacientes y focalizar su atención.(Daniel Aragón Suárez, 2019)

.

Formulación del problema de investigación

Preguntas de investigación

Pregunta general de investigación

¿Cuáles son conocimientos de los profesionales de enfermería del servicio de urgencia del Hospital Distrital de Areguá sobre los procedimientos de la Recepción Acogida y Clasificación (RAC)?

Preguntas específicas de Investigación

- ¿Cuáles son los conocimientos de los profesionales de enfermería del servicio de urgencia del Hospital Distrital de Areguá sobre los procedimientos de la Recepción?
- ¿Cuáles son los conocimientos de los profesionales de enfermería del servicio de urgencia del Hospital Distrital de Areguá sobre los procedimientos de la Acogida?
- ¿Cuáles son los conocimientos de los profesionales de enfermería del servicio de urgencia del Hospital Distrital de Areguá sobre los procedimientos de la Clasificación?

Objetivos de la investigación

Objetivo General de la investigación

- Determinar los conocimientos de los profesionales de enfermería del servicio de urgencia del Hospital Distrital de Areguá sobre los procedimientos de la Recepción Acogida y Clasificación (RAC).

Objetivos Específicos de la Investigación

- Constatar los conocimientos de los profesionales de enfermería del servicio de urgencia del Hospital Distrital de Areguá sobre los procedimientos de la Recepción.
- Indicar los conocimientos de los profesionales de enfermería del servicio de urgencia del Hospital Distrital de Areguá sobre los procedimientos de la Acogida.
- Identificar los conocimientos de los profesionales de enfermería del servicio de urgencia del Hospital Distrital de Areguá sobre los procedimientos de la Clasificación.

Justificación

Recibir, Acoger y Clasificar la prioridad de atención de los Pacientes que acuden urgencias y emergencias, que en nuestro país lo conocemos como Recepción Acogida y Clasificación (RAC) es un proceso que permite una gestión de riesgo clínico del paciente, para poder manejar adecuadamente el flujo de pacientes.

Es la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, una herramienta rápida y fácil de aplicar, además de poseer un valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de los recursos.

Esta clasificación garantiza la categorización según el grado de urgencias a partir de los signos y síntomas que presentan los pacientes al llegar al servicio de urgencias. Su objetivo es identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado o normalizado de ordenamiento.

Es fundamental el conocimiento del profesional de enfermería para una atención de calidad y calidez, sirve para disminuir la congestión mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio de Urgencias. Es importante explicar al paciente y/o familiares el tiempo y lugar donde esperará para ser atendido según la clasificación asignada, es por ello que algunos pacientes deciden dejar el servicio de urgencias después de su llegada a urgencias y/o de ser registrados administrativamente y antes de ser clasificados.

Por ello la importancia de este estudio acerca de los conocimientos sobre la Recepción Acogida y Clasificación (RAC), para poder brindar una atención eficaz a los pacientes que acuden al servicio de urgencias.

Este trabajo pretende beneficiar directamente a los profesionales de enfermería del Hospital Distrital de Areguá y así también a los pacientes y familiares que acuden al servicio.

Viabilidad de la investigación

Esta investigación es viable porque se cuenta con amplia información bibliográfica que sirven de bases sólidas para fundamentar, sustentar teóricamente el trabajo, como también se cuenta con los recursos humanos, materiales y recursos financieros para llevar a cabo la investigación.

Delimitaciones de la investigación

El presente trabajo de investigación se delimita a los profesionales de enfermería del Hospital Distrital de Areguá, específicamente del servicio de urgencias y Adulto 2024.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la investigación

Antecedente N° 1

En el artículo titulado “Valoración del sistema de recepción, acogida y clasificación (RAC) en el servicio del Hospital Obrero N° 4 de la caja nacional de Salud Oruro, Primer trimestre Gestión 2018” Presentadas por (Quispe Soliz, René,2019), su resumen dice:

> El presente estudio tiene por objetivo evaluar los procedimientos de Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) que realiza el personal de Enfermería en el Servicio de Emergencias del Hospital Obrero Nº 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro, en el primer trimestre de la gestión 2018, considerando que debe velarse por el bienestar de los usuarios que acuden al servicio en busca de la satisfacción de sus necesidades de atención médica. La investigación es de tipo exploratoria ya que examina el tema del sistema de Triage, no abordado en el contexto; así mismo, el estudio es transversal ya que se desarrolló desde enero a marzo de la gestión 2018, considerando como población a 96 pacientes (muestra aleatoria) que acuden al Servicio de Emergencias y a 14 enfermeras (muestra censal). Se aplicó un cuestionario a los usuarios para conocer si son atendidos de acuerdo a sus necesidades al ingresar al Servicio de Emergencias; y se aplicó otro cuestionario a las profesionales de enfermería a fin de valorar si se cuenta con los recursos y habilidades para realizar un proceso de recepción, acogida y clasificación. Se encontró que existen deficiencias en cuanto al conocimiento de los sistemas de clasificación científicamente validados a nivel internacional, lo cual está relacionado al abandono de la consulta antes de recibir atención médica adecuada y oportuna; asimismo, se comprobó que el flujo de pacientes supera al número de enfermeras, y que ellos perciben la atención como muy lenta, con un -tiempo de espera superior a sus expectativas.
>
> PALABRAS CLAVE: Recepción, Acogida y Clasificación (RAC), Servicio de Emergencias, sistemas de clasificación científicamente validados, atención médica adecuada y oportuna.

Antecedente N° 2

En el artículo titulado “Recepción Acogida y Clasificación de Pacientes en los servicios de urgencias: modelo de practica enfermera” Presentadas por (Porcel – Gálvez Ana Maria,2007), su resumen dice

> La inquietud por prestar cuidados enfermeros de excelencia en el seno de la actividad profesional con pacientes en la atención urgente lleva a las enfermeras a plantear en contenido de los mismos en las unidades de Urgencias del Siglo XXI. En cualquier ámbito de trabajo donde las enfermeras cuiden, puede considerarse que existe un Modelo de Práctica Enfermera, que puede ser reconocido o pasar inadvertido. Es precisamente la estructura en la atención al paciente en Urgencias bajo un prisma enfermero lo que ha generado a lo largo de estos últimos años el inicio de una forma innovadora de entender y practicar los cuidados enfermeros en Urgencias: La Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) que definida hasta el momento como un Proceso pasa a ser un acrónimo, que como modelo de práctica enfermera toma pleno significado en su nuevo término: RAC.

Palabras Clave: RAC, Cuidados de Excelencia, Urgencias, Modelos de Práctica Enfermera.

Antecedente N° 3

En el artículo titulado “Conocimiento sobre RAC en las enfermeras profesionales que trabajan en emergencias en el Hospital Obrero N° 1 Gestión 2018” Presentadas por (Mamani Candia, Julia Elena,2019), su resumen dice:

> El Triaje es un método de selección y clasificación de los pacientes según la sintomatología que refiere el paciente en busca de atención Médica al servicio de Emergencias, la Enfermera Profesional del área de Triaje identifica el riesgo vital que presenta el paciente al momento de su admisión según Sistema Manchester. El objetivo es evaluar el nivel de conocimiento sobre Triaje Sistema Manchester en las Enfermeras Profesionales que trabajan en el Servicio de Emergencias y Triaje del Hospital Obrero Nº 1, tercer trimestre, gestión 2018. Esta investigación es descriptiva cuali-cuantitativa, de corte transversal, el instrumento de la investigación es de 22 ítems que se aplicó a 24 Enfermeras Profesionales que trabajan en el servicio de emergencias y triaje. Los resultados serán un aporte importante al departamento de enfermería por ser un tema

novedoso, el 58.8% no cuenta con cursos de posgrado, el 79,2% no asistieron a ningún curso sobre Triaje, el 50% sabe el significado de Triaje, el 62,5% sabe el identificativos de colores, el 70,8% indico que esta expuestos a amenazas por pacientes y familiares, el 95,8% no utiliza ningún implemento de bioseguridad durante la admisión y atención de los pacientes en código rojo. La discusión está entre los artículos revisados y los resultados obtenidos, que si existe falta de conocimiento sobre triaje Sistema Manchester y la falta de capacitación. En conclusión, se llegó a evaluar el nivel de conocimiento sobre Triaje sistema Manchester que tienen las enfermeras profesionales que trabajan en emergencias y triaje, se logró mejorar el nivel conocimiento con la guía de admisión den pacientes

Palabras claves: Conocimiento sobre Triaje, Sistema Manchester, Enfermera profesional.

Antecedente N° 4

- **En el artículo titulado "LA ENFERMERA DE RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN"** Presentado por (**Juan Francisco Díaz Chicano,2005**), su resumen dice:

El constante aumento del número de consultas que se realizan en los servicios de urgencias hospitalarios, hace que sea imprescindible disponer de un sistema para clasificar pacientes que acuden a nuestros servicios en función de su posible gravedad para atender de forma prioritaria al que más lo necesita. A esta actividad se le ha venido llamando tradicionalmente Triaje. Este término por su significado y aplicación histórica debe quedar circunscrito, en la terminología sanitaria, para definir la clasificación de víctimas producidas por accidentes o catástrofes y, por tanto, de aplicación al entorno extrahospitalario. En el ámbito de las urgencias hospitalarias se ha introducido el término de RECEPCIÓN, ACOGIDA y CLASIFICACIÓN (RAC). La RAC (término que en urgencias hospitalarias debe sustituir a Triaje) 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. La RAC es una actividad propia de enfermería, como así lo reconocen los artículos 52, 53 y 54 del Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería

y la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias en sus artículos 5.1, a) b) y c); artículo 7.1 y 2 a). Para que esta actividad sea efectiva y eficiente, debe aplicar unos sistemas de clasificación de pacientes validados y/o consensuados, pero además debe mantener y reforzar la relación interpersonal entre usuario /víctima y profesional sanitario. En nuestro Hospital, la actividad de RAC la realiza la enfermería del servicio de urgencias, y el sistema de clasificación de pacientes adoptado es el MTS o Sistema de Triaje Manchester.

Palabras Clave: urgencias, triaje, clasificación de pacientes, RAC, emergency, triage, classification of patients.

Bases teóricas

El conocimiento: Es la comprensión o la conciencia que se tiene sobre un tema, hecho o situación. Se puede adquirir a través de la experiencia, el estudio, la observación o la reflexión. El conocimiento puede ser teórico, práctico, científico, empírico, entre otros, y se considera fundamental para el desarrollo personal, la toma de decisiones y la resolución de problemas.

Recepción, 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)**. Conceptos parecidos son manejados por otras sociedades científicas, desde hace años, pero empleando otra denominación. Aunque se utilicen distintas terminologías los conceptos y las consecuencias que se derivan de los mismos son muy similares.

Todas las fuentes recientes consultadas coinciden en que el término triage por su significado y aplicación histórica y tradicional quedará circunscrito exclusivamente, en la terminología sanitaria, para definir la clasificación de víctimas en las emergencias producidas por catástrofes como consecuencia de la necesidad de la priorización ante una desproporción entre necesidades y medios disponibles, pues en estos casos es inviable la aplicabilidad de la RAC.

La Recepción Acogida y Clasificación 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 Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) de los pacientes en los dispositivos de urgencias, es un proceso de valoración clínica preliminar, que ordena los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa, de forma que los pacientes más urgentes son tratados los primeros, y el resto son controlados continuamente y reevaluados hasta que los pueda visitar el equipo médico.

Las etapas de la consulta de RAC son las siguientes:

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. 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.

Toma de signos vitales:

En el triaje utilizamos habitualmente los siguientes signos vitales: FC, FR, TA, SatHb, Tª 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.

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. 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.

La asignación de nivel de prioridad de atención de urgencia determinado se basa en unos protocolos o algoritmos, no sólo en el criterio personal de cada profesional. La metodología de dichos protocolos se explica un poco más adelante y los protocolos en sí se detallan en el apartado de clasificación de niños y adultos según corresponden.

Funciones de Enfermería en el RAC:

- Recibir al paciente y sus acompañantes con la máxima confidencialidad.
- Realización de técnicas propias necesaria tanto para la clasificación del paciente como para iniciar los cuidados (toma de constantes vitales, pulsioximetría, glucemia, aplicación vendaje compresivo).
- Ordenación eficaz de la demanda mediante entrevista rápida, observación-exploración, y clasificación en niveles de gravedad y de prioridad. - Registro de datos en la hoja de la RAC.
- Informar al resto de profesionales sanitarios corresponsables de la asistencia.
- Reevaluar al paciente, sobre todo en los casos en los que el tiempo de espera previsto se prolongue

- Control general del servicio de pacientes clasificados, tiempos de espera, salas y espacios.
- Informar a los pacientes y familiares sobre todo lo relativo a la atención que van a recibir, aportando una aproximación humana y profesional al problema planteado.
- Redistribución de recursos tanto humanos como materiales.
- La enfermera, en aquellos casos en que constituya el único personal sanitario en el lugar de la asistencia, podrá dirigir al usuario hacia otros recursos del sistema de salud. (Plasencia, 2009).

Circuitos Internos y Flujos de Pacientes:

Admisión de Urgencias:

- Registra la filiación del paciente
- La ficha se encuentra impresa y una vez completa, el personal administrativo o el propio paciente la lleva a la sala de triaje.
- Entrega al paciente la hoja informativa sobre el sistema de atención
- Dirige al paciente al lugar correspondiente para la espera pre-triaje

Sala de RAC:

- El personal de enfermería asignado llama según orden de llegada (dentro de los primeros 10 minutos del arribo al hospital).
- Valoración del paciente y asignación del nivel de urgencia.
- Se registra nivel de clasificación (I, II, III, IV o V) y el destino del paciente (sala de espera, consultorio de atención o box de reanimación).
- Completa manualmente los datos presentes en la ficha de atención.
- Se conduce al paciente a la sala adecuada; sala de espera: niveles III, IV y V ; Consultorio de atención: nivel II.; Sala de reanimación: nivel I.

Consulta Médica:

El personal médico de cada consultorio llama a los pacientes pendientes de consultar ordenados por nivel de clasificación asignada y completa la ficha en el apartado correspondiente.

Registro de Datos Derivados del Proceso de Atención:

Los datos registrados no sólo tienen valor documental, sino que nos proporcionan información acerca del funcionamiento del triaje. La ficha de atención contiene los datos de todo el proceso de atención del paciente en el servicio de urgencias. (MSPYBS, RECEPCIÓN ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN (RAC), 2011)

Aplicación del Método y la Evidencia Científica a los Sistemas de Triaje en Urgencias:

Las escalas de triaje de 5 niveles tienen un alto grado de reproducibilidad y permiten observar una correlación entre el nivel de urgencia y una amplia variedad de medidas que se correlacionan con la gravedad y complejidad de los pacientes (sustitutos de gravedad y complejidad). Se ha generado suficiente grado de evidencia científica sobre su idoneidad, como para ser recomendadas por las sociedades científicas a nivel internacional (15, 17-27). 3.

Principios del Sistema de Triaje:

Los principios fundamentales que caracterizan a un sistema de triaje estructurado y moderno son (2, 13-15):

- Ha de ser un sistema de triaje de 5 niveles de priorización, normalizado y dotado de un programa informático de gestión del triaje, que permita el registro de la clasificación, el control de todos los pacientes dentro y fuera del servicio y el control de tiempos de actuación (“Timelines”).
- Ha de ser un modelo integrador de los aspectos más relevantes de los modelos actuales de triaje de 5 categorías, a los que ha de aportar aspectos de revisión y adaptación al entorno sanitario donde se aplique.
- Se ha de constituir en un modelo de calidad, con objetivos operativos, propuestos como indicadores de calidad del triaje, fiable, válido, útil, relevante y aplicable.
- Ha de ser un sistema de triaje de enfermería no excluyente, integrado en una dinámica de servicio donde se prioriza la urgencia del paciente, sobre cualquier otro planteamiento estructural♣ o profesional, dentro de un modelo de especialización de urgencias.
- Ha de ser un modelo dotado de un programa informático de ayuda a la decisión clínica en el triaje, evaluado y validado, con ayuda continua y con registro anamnésico del triaje.

- Ha de ser un sistema integrado en un modelo de mejora continua de la calidad, con monitorización de indicadores de calidad del triaje, que defina un estándar de motivos de consulta en las urgencias y permita entre otros, evaluar la casuística del servicio.
- Se ha de poder integrar en un modelo global de historia clínica electrónica, integradora de la actividad médica y de enfermería, estandarizada y acorde con estándares de calidad, que permita un total control de la gestión clínica y administrativa del cuarto de urgencias.
- Ha de proponer adaptaciones estructurales y de personal en el cuarto de urgencias, acordes con las necesidades de calidad del sistema de triaje, y formación específica para el personal de triaje.
- Ha de ser un sistema de triaje estructurado holístico, de aplicación tanto en el terreno de la urgencia hospitalaria como extrahospitalaria, aplicable tanto a niños como a adultos, y con independencia del tipo de hospital, dispositivo o centro de **asistencia.**

Procedimiento de Recepción, Acogida y Clasificación:

La **recepción:** es el momento en el cual se establece la primera relación asistencial como respuesta a la demanda del ciudadano / cliente / paciente / familia. Aquí es donde se realiza una evaluación inicial para determinar la gravedad de la condición del paciente y la urgencia de la atención que necesita.

Funciones de la Recepción:

Registro de Pacientes: Recopilación de datos personales y médicos básicos.

Evaluación Inicial: Observación rápida para identificar signos de emergencia.

Orientación: Dirigir al paciente al área adecuada según su condición.

Comunicación: Informar al personal médico sobre la llegada de pacientes con condiciones críticas.

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.

Este proceso es fundamental para establecer una relación terapéutica positiva y asegurar que el paciente se sienta valorado y comprendido. El propósito principal de la Acogida es

la facilitar la integración del paciente, familia y/o acompañante en el entorno hospitalario con un trato personalizado, humano y respetuoso.

Funciones de la Acogida:

Evaluación Secundaria: Realización de una valoración más detallada del estado del paciente.

Pruebas Diagnósticas: Ordenar y realizar pruebas necesarias para un diagnóstico preciso.

Medidas Asistenciales: Implementar intervenciones de urgencia según sea necesario.

Relación Terapéutica: Establecer una comunicación empática y ética con el paciente y su familia.

La Recepción y Acogida en equipos de emergencias sanitarias

No deben entenderse en el sentido estricto de la palabra (pues es el paciente el que nos recibe y acoge a la espera de que lo atendamos), sino que significa el momento del primer contacto con el ciudadano y su entorno utilizando un modo relacional, una actitud y una conducta holística, empática y humana en un intento por prever, evitar y minimizar la aparición de respuestas de afrontamiento negativas, siendo el inicio del proceso enfermero y el comienzo de la aplicación de cuidados, tratando de atender las necesidades alteradas.

Preservar la intimidad del paciente en la medida de nuestras posibilidades, emplear la figura de la familia en su beneficio, presentarse al paciente (bien de manera verbal bien portando la tarjeta de identificación), emplear un adecuado lenguaje verbal y no verbal tratando de transmitir la mayor seguridad y confianza, aportar información son, en definitiva, algunos ejemplos de conductas que realizamos habitualmente de manera natural en los primeros momentos de la asistencia en nuestro trabajo diario y que encajan perfectamente en la filosofía RAC.

La **clasificación:** Es el momento en el que siguiendo criterios homogéneos se establece un nivel de asistencia al paciente. La evaluación inicial del paciente se aconseja sea realizada en una sala que disponga de los recursos materiales necesarios para realizar la RAC y por tanto cumplimentar la hoja de registro 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 áreas de una priorización en la atención médica y de cuidados enfermeros.

Este proceso es crucial para asegurar que los pacientes más graves reciban atención inmediata, mientras que aquellos con condiciones menos urgentes sean atendidos en orden de prioridad.

Funciones de la Clasificación:

Evaluación Clínica: Realización de una valoración rápida y precisa del estado del paciente.

Asignación de Prioridad: Determinación del nivel de urgencia basado en criterios clínicos estandarizados.

Monitoreo Continuo: Reevaluación periódica de los pacientes en espera para detectar cualquier cambio en su condición.

Documentación: Registro detallado de Evaluación y la prioridad asignada para asegurar un seguimiento adecuado.

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, la bibliografía recomienda expresamente 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. La mayoría de estas escalas de clasificación hacen mención a 4 o 5 niveles de prioridad en los que prima la atención médica.

En base a estos conceptos, podemos definir triaje como el 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. Esta clasificación debe hacerse en un tiempo corto y de forma ágil y efectiva, para que no pierda su razón primaria de ser. En esta definición se introduce el término “grado de urgencia”, que hay que entender de forma adecuada para tener claro cuál es el objetivo final del triaje. Requieren una actuación urgente aquellas situaciones clínicas con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente

en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo. En general se equipará a situaciones de mayor agudeza o de mayor gravedad, pero no siempre es superponible.

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 Australasia Triaje Scale (ATS), publicada inicialmente en 1993 y revisada el 2000; la Canadian Emergency Department Triaje and Acuity Scale (CTAS), desarrollada en 1995; el Manchester Triaje System (MTS), introducido en 1996; el Emergency Severity Index (ESI), desarrollado en EEUU en 1999; y el Modelo Andorrano de Triaje (MAT), aprobado por el Servicio Andorrano de Atención Sanitaria en el año 2000.

Los discriminantes pueden ser generales o específicos:

Discriminantes generales: Se aplican a todos los pacientes independientemente del motivo de consulta, por lo que aparecerán siempre. Dentro de los discriminantes generales estarían la alteración del nivel de conciencia, signos de riesgo vital como vía aérea comprometida o ausencia de pulso, la hemorragia, el dolor, la temperatura y el tiempo de evolución. Éste último es el que discriminará entre el paciente poco urgente y no urgente (verde y azul). Siendo el dolor uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencias, es necesario hacer un abordaje especial.

Dolor Es un dato subjetivo, su valoración resulta muy difícil. Siendo muy variable entre las diferentes personas y en un mismo paciente, esta variabilidad también existe dependiendo de las circunstancias que lo acompañan (ansiedad, depresión, apatía), no se presenta por igual en el anciano que en el adulto joven ya sea por patologías concomitantes o por factores culturales. Así mismo la valoración será mucho más complicada cuando existan

dificultades en la comunicación (barreras idiomáticas, demencia, afasia, alteración del nivel de conciencia, etc.). En todos estos casos el dolor seguirá teniendo el mismo grado de importancia para aportar una atención de calidad. De todo ello nace la necesidad de la creación de una escala de valoración del dolor adecuada en el triaje. La descripción subjetiva del paciente es probablemente el mejor indicador de dolor. Si una persona dice que tiene dolor, seguramente lo tenga, y si nos manifiesta que tiene mucho dolor, la mejor opción es asumir que efectivamente lo tiene.

Existen varios tipos de escalas diseñadas para medir la intensidad del dolor. No existe una escala ideal, cada una de ellas cuenta con ventajas e inconvenientes, la escala del dolor ideal empleada en el triaje es la combinación de todas ellas:

Escala Visual Analógica, Escala Descriptiva Verbal y el comportamiento y actividad del paciente en relación al dolor.

- Escala visual analógica: consiste en una línea longitudinal de 10 cm, en un extremo el término “no dolor” y en el otro extremo “el peor dolor imaginable”. El paciente marca en la línea el punto donde indica la intensidad de su dolor. Aquí la información aportada es la subjetividad del paciente.
- Escala descriptiva verbal: es una escala de 4 ó 5 categorías determinadas por términos. Estos son Muy Intenso, Intenso, Moderado, Ligero, Ausente. Es fácil de usar y rápida, característica éste idónea para utilizar en el triaje, dada la necesidad de la agilidad del proceso.
- Comportamientos ante el dolor: puesto que el personal que realiza el triaje es un personal experimentado en los servicios de Urgencias, valorará la existencia signos indirectos de gravedad ocasionados por el dolor como diaforesis, taquicardia, etc. También se valorará la relación con la actividad, así como el comportamiento físico ante el dolor (búsqueda de posición antiálgica, ceño fruncido, puños apretados, etc.). Este es el momento en el que el profesional aplicará su experiencia y subjetividad. Escala del dolor para el triaje En ella se pueden ver los datos anteriormente citados de las diferentes escalas, así como el color de prioridad asistencial.

Los discriminantes específicos: se aplican sólo en determinados motivos de consulta. Como, por ejemplo: hiperglucemia con cetosis o fractura abierta, específicos de la diabetes y problemas de extremidades. No siendo utilizados en ningún otro motivo de consulta.

Se tomarán los signos vitales cuando tras descartar varios discriminantes el profesional llegue a uno en el que sea preciso saber el valor del mismo (Temperatura, Saturación de Oxígeno, Frecuencia Cardiaca, Glucemia capilar etc.). Es preciso saber el valor del signo vital antes de pasar a otro discriminante. Se tomarán todos aquellos que sean esenciales

para una adecuada valoración del paciente, pero no es el momento adecuado para la toma sistemática de todos los signos vitales, pues esta práctica consume tiempo, y el proceso de triaje deber ser un proceso rápido para asegurar su eficacia.

Seleccionar la prioridad los profesionales debe decidir el discriminante que cumple los criterios más adecuados para cada paciente y con ello asignar la prioridad clínica que lleva implícita un objetivo de tiempo. Siempre se debe elegir la prioridad más elevada. Tanto el motivo de consulta como el discriminante asignado, las constantes vitales si fueran precisas y el color de la prioridad deben quedar documentados en la hoja de registro, ya que permite una valoración fácil e implica que las razones para tomar la decisión sean bastante evidentes.

Evaluación El triaje es también un proceso dinámico y los pacientes en ocasiones necesitan una valoración constante. Ello puede ocurrir tras una acción terapéutica (administración de fármacos) o tras un largo tiempo de espera. Los pacientes pueden colocarse en un nivel superior si hay empeoramiento de su sintomatología o inferior, por ejemplo, tras el cese de dolor. Por todo ello es preciso una valoración constante en las áreas de espera. Desgraciadamente nadie puede predecir el empeoramiento de los pacientes y no se debe considerar un error del proceso de triaje el cambio en la prioridad asistencial a medida que vayan evolucionando los pacientes. (MSPYBS, RECEPCIÓN ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN (RAC), 2011).

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.

Urgencia y Emergencia según la Organización Mundial de la Salud:

Urgencia: Se hace referencia a una urgencia cuando la problemática debe resolverse inmediatamente**,** lo que implica una acción de resolución sin ningún tipo de demoras ante la dificultad presentada.

En otras palabras, las urgencias médicas refieren a una situación en donde se requiere asistencia médica en un lapso reducido de tiempo, pero este no implica riesgo en la vida de los que la involucra ni genera peligr**o** en la evolución de su afección**.**

Entre qué es urgencia y emergencia según la OMS radica una diferencia, y es que en las urgencias hay más tiempo para llegar al sitio para tratar el caso o derivar al enfermo.

Por mencionar algunos ejemplos:

- Crisis nerviosa.
- Cólicos renal o hepático.
- Fiebre elevada.
- Dolor de garganta.
- Dolor de oídos.
- Dolor de cabeza.
- Mareos.
- Bronquitis.

Emergencia: La Organización Mundial de la Salud considera una emergencia médica todas aquellas situaciones en las que se requieren acciones y decisiones médicas **i**nmediatas. Dada la complejidad de la situación o afección estos ponen riesgo de vida en los involucrados**.**

Cuando nos referimos a emergencias médicas no hay suficiente tiempo, por eso los socorristas o encargados de la situación deben de tratar al paciente en el lugar que se encuentre con la intención de sacarlos del peligro en el que se encuentran. Posteriormente a estabilizar el riesgo de vida, será necesario trasladar al o los afectados en a un centro médico para los siguientes pasos requeridos en la mejora de su salud física y mental.

Por mencionar algunos ejemplos:

- Pérdida de conocimiento.
- Abundante pérdida de sangre.
- Dificultad respiratoria prolongada.
- Dolor intenso en el pecho.
- Asfixia por inmersión.
- Caídas desde la altura.
- Accidentes de tránsito.
- Electrocución.

Ahora que ya conoces los conceptos básicos de qué es urgencia y emergencia según la OMS te presentaremos algunas diferencias para que puedas distinguirlas.

Una de las principales diferencias entre qué es urgencia y emergencia según la OMS es que, cuando hablamos de las urgencias nos referimos a una evolución lenta y que no necesariamente es mortal para el afectado. Mientras que, en una situación de emergencia corre peligro la vida del afectado o las funciones vitales de su organismo.

Otra de las incompatibilidades que presentan las emergencias y las urgencias es que, en los primeros casos la solicitud de ayuda no proviene del paciente afectado, porque obviamente este se encuentra en medio de una crisis, por lo que la persona que lo acompaña o alguien que se encuentre a su alrededor se encarga de solicitar la ayuda pertinente.

En casos de urgenci**a** es posible que la ayuda sea solicitada tanto por el paciente afectad**o** como por un tercero. Además, en el caso de las urgencias no se requiere de ayuda especializada inmediata, mientras que las emergencias sí las requieren dependiendo de la complejidad y situación del paciente. (urgencia, 2020).

Las actuaciones de los profesionales de enfermería que desarrollan su trabajo en la RAC se pueden englobar en tres grandes apartados: la entrevista, una valoración objetiva y determinadas intervenciones enfermeras para poder clasificar al paciente según prioridad vital.

- La entrevista tiene como propósito recoger suficiente información, no para dar un diagnóstico, sino para realizar un juicio seguro de prioridad. La actitud y empatía de la enfermera son conceptos importantes en este momento. Muchas veces en la entrevista se dedica el mayor tiempo a aliviar la preocupación y ansiedad del paciente y su familiar. Los cinco datos fundamentales que se deben obtener de ella

son: si la persona posee algún tipo de alergia o intolerancia a algún fármaco, antecedentes quirúrgicos, enfermedades conocidas que padezca, tratamientos actuales o recientes (dosis diaria y última dosis) que puedan estar relacionados con el motivo de la consulta y vacunación (en caso de presentar heridas abiertas o sospecha de enfermedad susceptible de vacuna).

- La valoración objetiva se llevará a cabo mediante la toma de constantes y un examen físico. En cuanto a las constantes vitales se medirán si la situación o el tiempo lo permite para su clasificación y si son pertinentes. Entre ellas se pueden tomar la temperatura, la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y respiratoria, glucemia y saturación de oxígeno. Respecto al examen físico, lo que se pretende con él, es buscar signos de gravedad por lo que sólo hay que fijarse en aquello que sea pertinente respecto al motivo de consulta y ayude a priorizar la urgencia. El enfermero se fijará en el aspecto general, vía aérea, movimientos de respiración, circulación (cianótico, pálido, tipo de pulso), en el ámbito neurológico (estado de conciencia, pupilas, escala de Glasgow etc.), exposición de su piel (color, sudoración, deshidratación, manchas etc.) y realizará una exploración física que contenga la inspección, auscultación, palpación y percusión de la zona perjudicada.
- En otras intervenciones enfermeras para clasificar al paciente según su grado de prioridad se pueden incluir por ejemplo técnicas para pruebas diagnósticas y otras actividades entre las que cabe destacar lavados oculares urgentes, medios físicos en cuadros de fiebre, vendajes compresivos en puntos sangrantes, vendajes con inmovilización en casos de traumatismo, extracción de analíticas, canalización de accesos periféricos, administración parenteral de medicación prescrita, aplicación de frío local en caso de traumatismo, entre otros.

El personal de enfermería de la RAC posee una gran responsabilidad, ya que su trabajo se lleva a cabo en un puesto de primera línea en el cual se realiza la mayor parte de la gestión de la unidad. Esto requiere de ciertas actitudes y aptitudes determinadas como son un dominio de la sistemática de la clasificación, dos años de experiencia en los servicios de urgencias de los cuales los últimos seis sean en la unidad a la que se va a incorporar, debe tener habilidades interpersonales y de comunicación para relacionarse con las personas en casos de estrés y angustia, una alta capacidad de liderazgo para gestionar el trabajo en equipo así como los recursos, ser flexible y poseer una adaptación rápida a la situación, tener competencia de crítica y una alta capacidad de observación y valoración, una actitud de aprendizaje y mejora continua, debe apoyar, participar y conocer los objetivos y procedimientos del servicio de urgencias y capacidad para delegar. (María del Rocío Rubio Gómez, 2018).

La clasificación de enfermería en equipos de emergencias sanitarias

Merece un tratamiento especial para evitar interpretaciones erróneas. Comenzaremos dejando perfectamente claro que, en ningún caso esta actitud supondrá conflicto o enfrentamiento alguno entre las figuras médico/a y enfermero/a. Las sociedades científicas establecen que la priorización dentro de la RAC se hará con respecto a la atención médica y de cuidados de enfermería; sobre la primera es indudable que, si ya está presente la figura del personal médico a ellos les corresponde establecerla, pero, con respecto a los cuidados de enfermería, en caso de establecer una prioridad es la enfermera la que debe asignarla (pensando también en este punto en la posterior asistencia en el centro hospitalario). Por tanto, queda perfectamente claro que la prioridad asignada por el personal de enfermería en estos casos se refiere exclusivamente a los cuidados de enfermería, sin otra pretensión que ser una información orientativa y muy valiosa para la continuidad de cuidados con otros niveles asistenciales. (Valenzuela & Anguita, 2020)

La disponibilidad de un sistema de RAC estructurado es una medida fundamental para mejorar la calidad de los Servicios de Urgencias y Emergencias, proteger a los pacientes, aumentar la satisfacción de los usuarios y optimizar recursos. La RAC no ha de sustentarse en un diagnóstico clínico médico, sino, en una valoración de problemas de salud y de necesidades. El personal de enfermería es, atendiendo a su cualificación profesional, así como a una óptima distribución de tareas, el que mejor cumple el perfil para realizar la RAC.

Cumplimentación de Registros:

El registro de la RAC es un soporte estructurado para la recogida de información sobre hechos u observaciones significativas, relacionados con la atención del paciente y la valoración inicial para la priorización asistencial. Por cuestiones operativas, se entiende que la dinámica de trabajo ante una solicitud de atención urgente en horario de consulta será la misma, pero no se hace necesario el empleo de este registro.

La función del registro es crear un documento legal donde quede reflejado el nivel de prioridad para la asistencia, el trabajo realizado con el paciente, se comuniquen los cuidados prestados, y se facilite la continuidad de cuidados. Este documento debe quedar archivado en la Historial Clínica del paciente junto con el informe de asistencia de urgencias.

Objetivos de la Recepción Acogida y Clasificación:

- Evitar la demora en la atención a aquellos pacientes que presentan patologías graves y necesitan una atención más rápida frente a aquellos que presentan patologías banales. Ej.: en la “Encuesta sobre control de calidad de los SUH de la comunidad valenciana de 1999” se concluía que el Nº de urgencias vitales representaba un 2 % y la de patologías banales un 55 %
- Garantizar una rápida valoración sanitaria de todos los pacientes que acuden a Urgencias y detectar sus principales problemas de salud.
- Reducir los niveles de ansiedad del usuario y su familia mediante una atención sanitaria rápida.
- Aumentar la información del paciente sobre su situación real durante su espera, sobre todo en aquellos que presentan patologías banales que tendrán una espera más larga.
- Garantizar una buena gestión de los recursos existentes, tanto físicos como humanos mediante la designación de qué área y qué grupo está mejor preparado en cada momento para el tratamiento de una determinada patología prioridad clínica y la prioridad relativa debido a situaciones especiales: ancianos desorientados, pacientes agresivos, agresiones sexuales, etc. También se tendrán en cuenta factores externos como la hora del día, la presión asistencial.

La clasificación no debe considerarse algo cerrado ya que de una misma patología se pueden establecer niveles de gravedad diferentes dependiendo de los factores que afecten al paciente. Ej.: un niño con fiebre de 39.5ºC debe priorizarse más que un adulto con la misma temperatura; una hemorragia moderada debe ser tratada antes en una persona que padece una anemia crónica, etc.

La clasificación es una de las partes del proceso que más afecta al paciente, ya que de ella se derivará su posible espera, por lo tanto, es necesaria una información precisa y clara de sus resultados. Es imprescindible aclararle al paciente o sus familiares el grado de prioridad y el tiempo máximo que tendrán que esperar y porqué. Con una buena información inicial se evitan problemas posteriores.

Una vez realizada la Clasificación la enfermera marcará el nivel de gravedad en la Hoja de Enfermería de Urgencias. (Nicolás González Casares, 2019).

SALA DE RAC Y MATERIALES NECESARIOS:

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

Elementos de la sala de RAC:

- 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 y Teléfono
- Armario o carro para materiales y cajas materiales
- Mesada para aparatos y preparación de medicación
- Carro medicación o vitrina.

Documentación:

- Hojas de RAC
- Manual
- Lista teléfonos hospital

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
- Clorfeniramina

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 bebes
- Papeles pesa bebes
- Bolsas basura
- Jabón
- Soporte papel manos y rollo de papel.
- Papelera

- Sábanas-Toallas.

Indicadores de calidad del triaje según la Organización Panamericana de Salud (OPS):

- **Índice de pacientes perdidos sin ser visitados por el médico:**

El índice de pacientes no visitados ha sido definido como un IC de satisfacción, riesgo y adecuación. El estándar establecido se sitúa en <= al 2% del total de pacientes que acuden a urgencias **Se subdivide este indicador en:**

- **Índice de pacientes perdidos sin ser clasificados:**

Porcentaje de pacientes que deciden dejar el cuarto de urgencias después de su llegada a urgencias y/o de ser registrados administrativamente y antes de ser clasificados, sobre el total de pacientes registrados. Este índice está afectado directamente por la calidad del triaje.

- **Índice de pacientes clasificados y perdidos sin ser visitados por el médico:**

Porcentaje de pacientes clasificados que deciden dejar el cuarto de urgencias antes de ser visitados por el médico, sobre el total de pacientes clasificados.

- **Tiempo llegado/registro - triaje:**

El tiempo desde la llegada del paciente al cuarto de urgencias hasta el momento que se inicia la clasificación. El IC de tiempo llegada/registro, triaje se define como el porcentaje de pacientes con este tiempo <= 10 minutos sobre el total de pacientes clasificados. Se establece un estándar > al 85%. Complementariamente establecemos un IC de tiempo registro-triaje <= 15 minutos, con un estándar > al 95%.

- **Tiempo de duración del triaje:**

Se recomienda que el tiempo de duración de la clasificación sea <= a 5 minutos en > 95% de los pacientes clasificados.

- **Tiempo de espera para ser visitado:**

Se establece que al menos un 90% de los pacientes tienen que ser visitados por el equipo médico en <= a 2 horas desde su clasificación y el 100% en <= a 4 horas. ((OPS), 2010).

Relación paciente-enfermera en el servicio de emergencia hospitalaria:

La enfermera, es la persona que llega a conocer y detectar con mayor acierto, las necesidades e inquietudes del enfermo. Su relación es íntima, de contacto físico y 38 Ídem 19 37 emocional. La relación enfermera paciente es la principal acción que lleva a los pacientes a sentir seguridad y confianza hacia la persona que lo está atendiendo. No solamente la enfermera requiere de sus conocimientos sobre los avances científicos o su destreza para manejar las técnicas sofisticadas, sino también debe tener la facilidad de llegar al paciente brindándole apoyo en todo el momento, la enfermera debe tener la paciencia y la sabiduría de entender ciertas reacciones de los pacientes cuando se encuentran en una situación de emergencia, es su comprensión y sencillez lo que debe caracterizar a los profesionales de enfermería. Según algunos aportes39, el actual sistema sanitario desincentiva la continuidad de la atención médica, al no permitir un tiempo necesario para desarrollar una mayor relación con el paciente. La enfermera debe influir en el paciente sobre su enfermedad, pero, además, tiene que intentar eliminar todo tipo de temores y ansiedad que el paciente pueda mostrar ante su problema. Aunque las mismas fuentes señalan que los efectos sobre la evolución del paciente no son significativos, sí influyen en su calidad de vida. La relación de la enfermera con el paciente siempre debe ser buena, ya que, si no existe una confianza del paciente hacia el médico, éste no logrará hacer un buen trabajo, para esto el médico debe ganarse la confianza del paciente tratándolo con respeto, cordialidad, y mostrándose siempre preocupado por brindarle una buena atención. Por relación enfermera paciente se entiende aquella relación que se establece desde el momento que el cliente ingresa al área hospitalaria, hasta que sale de la misma, cuando el paciente logra establecer una buena relación con el personal de salud se siente más confiado, disminuyen sus temores y su ansiedad, para que el profesional de enfermería pueda aplicar sus conocimientos teóricos y prácticos en el paciente, necesita establecer este diálogo con el enfermo del que depende en gran parte el éxito terapéutico. La relación enfermera paciente, sigue siendo, por encima de los avances tecnológicos, tan importante para la práctica y tan imprescindible en la formación integral del enfermera, dado el deterioro a que viene estando sometida dicha relación tanto por las situaciones estresantes a las que están sometidos a diario el personal de salud y el exceso de trabajo en ocasiones ha causado conflictos entre los clientes y enfermeras, debido a esto se están implementando nuevas medidas con los profesionales de salud como cursos de relaciones humanas para mejorar esta relación.

El trabajo de la enfermera en los servicios de emergencia:

El trabajo que realizan los profesionales de enfermería en las áreas de emergencias de los hospitales es fundamental al momento de atender a los pacientes que llegan a esta área, priorizando según la urgencia que presentan, las enfermeras son las encargadas de controlar los signos vitales administrar los medicamentos indicados por el médico según el tipo de emergencia, dando siempre mayor atención a aquellos pacientes que tiene en riesgo su vida.

La enfermera de triage:

La enfermera de emergencias es aquella que somete al paciente a un triage (recepción, acogida y clasificación) determinando la prioridad del cuidado basándose en las necesidades físicas y psicosociales, así como los factores que influyen en que se produzcan los flujos dentro de los servicios de emergencias. Por tanto, la práctica de la enfermera de triage comprende la valoración, diagnóstico y el tratamiento de la respuesta humana a los problemas percibidos, reales o potenciales, físicos o psicosociales, que pueden ser episódicos, primarios y/o agudos. La atención por una enfermera de práctica avanzada de emergencias supone un paso adelante para una adecuada gestión con respecto a la demanda asistencial del usuario que acude a estos servicios. Esto es motivado por la capacidad resolutiva de la enfermera debido al aumento de competencias, además del elevado porcentaje de motivos por los que los usuarios acuden al servicio de emergencias, en muchos casos demandas inadecuadas, lesiones menores o problemas de salud no urgentes. El papel de la enfermera de triage es valorar al paciente en busca de signos y síntomas que puedan comprometer su vida con la ayuda de una estimación del número de recursos y que el paciente necesitará para ser tratado. El nivel de urgencia se determina, en función de la estabilidad hemodinámica y el riesgo potencial para la vida del paciente, para sus órganos o para las extremidades. La enfermera de triage realiza una estimación de recursos realizando una valoración en base a la necesidad de éstos, basándose en su experiencia previa con pacientes que presentaban los mismos signos y síntomas .La enfermera de triage debe identificar los signos y síntomas de los pacientes para que sean atendidos de acuerdo a la gravedad de su patología y pacientes que no necesitan de una atención inmediata pero que se encuentran en el área de triage para que sean atendidos sin importar la situación de pacientes que necesitan de una atención inmediata.

Los rasgos generales que caracterizan a una enfermera de emergencias son:

- Los rasgos personales de la enfermera, como ser flexible, tener autonomía y buenas habilidades de comunicación, ser asertivo, paciente, tener compasión, voluntad de aprender y escuchar, y la capacidad de priorizar.
- Las características cognitivas, como pueden ser los conocimientos, la capacidad de pensar de forma crítica, la capacidad de tomar decisiones con rapidez, y saber cuándo no actuar.
- Las características de comportamiento que la hacen tener capacidad para defender al paciente, trabajar bajo la presión a que se ven sometidas en este servicio, así como la capacidad de organización y de improvisación.
- La experiencia es otra característica de la enfermera de emergencias que la hace desarrollar su intuición, confianza en el juicio, y la confianza en el equipo multidisciplinar con el que realiza su trabajo.

Todas estas características de una enfermera de triage, son las que hacen de ésta un profesional experto al que se le ha añadido una herramienta probada y fiable que la ayudará en la asignación de un nivel de prioridad en la atención de un paciente. (Soliz, 2018).

Las principales ventajas del sistema de triage son:

Para los usuarios pacientes del Área de Urgencias:

- Crea un primer contacto de su demanda con la estructura sanitaria, otorgándole una respuesta clara en función de estado de salud.
- Acerca al profesional sanitario y al paciente en un entorno donde calibrando su estado de salud se le informa de los pasos a seguir.
- Es atendido antes quien más grave está. Genera confianza en el sistema.

Para el propio Servicio o Área de Urgencias:

- Orienta los flujos de pacientes en función de su gravedad clínica.
- Permite en cualquier momento del ciclo de trabajo, la reordenación de recursos en el área de urgencias en función de la demanda.
- Genera información útil para la orientación de los recursos de los que debe disponer el área de urgencias.
- 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.

El proceso de decisión que rodea al triage de un paciente, sigue los siguientes pasos:

- Identificar el problema.
- Reunir y analizar la información.
- Evaluar todas las alternativas y seleccionar una para su aplicación.
- Aplicar la alternativa seleccionada.
- Comprobar la aplicación y evaluar los resultados.

En cada caso los discriminadores generales llevarán al profesional de triage 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.

Los Estados, tiempo máximo y Color:

- **Crítico** 0 minutos color Rojo.
- **Emergencia** 10 minutos color Naranja.
- **Urgencia** 60 minutos color Amarillo.
- **Estándar** 120 minutos color Verde.
- **No urgente** 240 minutos color Azul. (MANCHESTER, 2008)

Delimitar el motivo de consulta:

Mediante la entrevista al paciente o a sus acompañantes si fuera necesario, se recoge el motivo de consulta, utilizando un lenguaje comprensible y preguntas abiertas. Es frecuente que el paciente tenga dificultad a la hora de expresar su motivo de consulta, que sea inespecífico o que exprese varios y que haya que identificar cual es el principal que le lleva a consultar. Por ello, es importante contar con profesionales de enfermería con experiencia que estén familiarizados en el interrogatorio adecuado.

Los generales son los siguientes:

- Adulto con mal estado general
- Adulto con síncope o lipotimia
- Intoxicación y/o envenenamiento
- Comportamiento extraño
- Embarazo
- Heridas e infecciones locales
- Agresión

El sistema de Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) en Paraguay enfrenta varias dificultades que pueden afectar su eficacia. Aquí te menciono algunas de las principales:

1. **Sobrecarga de Pacientes**: En muchos hospitales, la cantidad de pacientes supera la capacidad del personal y las instalaciones, lo que puede llevar a tiempos de espera prolongados y a una atención menos eficiente.

2. **Falta de Personal Capacitado**: La escasez de profesionales de salud capacitados en el sistema RAC puede dificultar la correcta clasificación y priorización de los pacientes.

3. **Infraestructura Inadecuada**: Algunas instalaciones de salud no cuentan con el espacio o los recursos necesarios para implementar el sistema RAC de manera efectiva.

4. **Limitaciones Tecnológicas**: La falta de sistemas informáticos adecuados para el registro y seguimiento de los pacientes puede complicar la gestión y coordinación de la atención.
5. **Comunicación Deficiente**: La falta de comunicación efectiva entre los diferentes niveles de atención y entre el personal de salud puede llevar a errores en la clasificación y manejo de los pacientes.

6. **Resistencia al Cambio**: La implementación de nuevos sistemas y protocolos puede encontrar resistencia por parte del personal acostumbrado a métodos tradicionales.

7. **Recursos Financieros**: La falta de financiamiento adecuado para mantener y mejorar el sistema RAC puede limitar su efectividad y sostenibilidad a largo plazo. (https://www.bing.com/search?q, 2020).

Bases Legales:

CAPITULO I - DE LA VIDA Y DEL AMBIENTE

Art. 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 (2). 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, sólo con fines científicos o médicos.

CAPITULO VI - DE LA SALUD

Art. 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 (20). Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofe y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana.

ARTICULO 69 - DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado. (NACIONAL, 2021).

Manual de Recepción Acogida y Clasificación del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Pág. 14

Con la implementación del RAC se introduce una nueva filosofía de trabajo basada en el orden y el control de los procesos, es la posibilidad más firme que tienen los servicios de urgencia para mejorar permitiéndoles trabajar coordinadamente con otros niveles asistenciales convirtiéndose en un potente motor de cambio, modernización y mejora en los servicios donde se aplica. (MSPYBS, Manual Recepcion acogida y clasificaciOn RAC, 2011).

CAPÍTULO X - EL SECRETO PROFESIONAL

Artículo 37.- Entiéndase por secreto o sigilo profesional, la reserva que debe guardar el personal de enfermería para garantizar el derecho a la intimidad del sujeto de cuidado. De él forma parte todo cuanto se haya visto, oído, deducido y escrito por motivo del ejercicio de la profesión. (ENFERMERÍA., 2014).

Operacionalización de las variables

Variables	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Operacionalización
Conocimiento de los Profesionales Sobre Recepción, Acogida y Clasificación	El conocimiento: Es la comprensión o la conciencia que se tiene sobre un tema, hecho o situación. Se puede adquirir a través de la experiencia, el estudio, la observación o la reflexión. 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.	**Recepción**	Proceso de recepción Significado de recepción Pasos en caso de una Emergencia médica en recepción	**Técnica de recolección datos.** Encuesta **Instrumento de recolección de datos:** Cuestionario
		Acogida	Objetivo del proceso de Acogida Intervenciones del profesional de enfermería sin una orden médica Valoración de signos vitales.	
		Clasificación	Paso en el proceso de clasificación en Pacientes Criterio para utilizar en pacientes en un estado de emergencia. Clasificación de un paciente en estado crítico.	

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de investigación

En esta investigación se tiene en cuenta el paradigma cuantitativo porque para la recolección de datos se utilizará la medición numérica y como instrumento un cuestionario de carácter cuantitativo.

Según lo indica (Hernández, Fernández & Baptista, 2010) La investigación con enfoque cuantitativo "consiste en la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías", por tanto, lo anteriormente descripto coincide con esta temática.

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 transaccional 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, Fernández & Baptista, 2003). En la presente investigación no se manipularán las variables, sino que en un solo momento se observará el fenómeno de estudio tal como se dé en su contexto natural.

Nivel de conocimiento esperado

El estudio se enmarcó 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 comprenderla descripción, análisis e interpretación de la variable, así como se presenten sin manipularla y se realizará en un determinado momento, haciéndose un solo corte en el tiempo.

Población

La población o universo según (Hernández, Fernández & Baptista, 2010) "es el conjunto de todas las cosas que concuerdan con determinadas especificaciones", es decir las que son tomadas como objeto de estudio.

Esta investigación se trabajará con una población de estudio por 30 profesionales de enfermería de los servicios de Urgencias del Hospital Distrital de Areguá en los turnos de mañana, tarde y fines de semana;

Técnica e Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de los datos seleccione la técnica de la encuesta, que “consiste en la recolección de informaciones proporcionadas por las propias personas investigadas” (Miranda de Alvarenga, 2008). La encuesta se fundamenta en la aplicación práctica del instrumento llamado cuestionario, el mismo estuvo compuesto por preguntas cerradas politómicas.

El Instrumento de recolección de datos es el cuestionario “Es una de las modalidades de la encuesta, en la cual el encuestado llena por sí mismo un formulario impreso las forma más frecuente y más rápida es administrar el cuestionario a grupo de individuos de manera colectiva” (Miranda de Alvarenga, 2008), con lo que queda fundamentada la forma de recolección de datos.

Conocimiento 50% de exigencia
Alto: 75% a 100%
Medio: 50% a 74%
Bajo: 0% a 49%

Se considerarán 3 principios éticos fundamentales:

Justicia: De acuerdo con este principio se difundieron los resultados obtenidos al final de la investigación.

No maleficencia: En base a este principio se realizaron todos los objetivos y acciones buscando el bienestar de la población en general.

Confidencialidad: En consideración y respeto de este principio no se divulgaron los nombres de las personas de la población de estudio

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 director/a de la Institución, en este caso del Hospital Distrital de Areguá, una vez que el director autorizó, se procedió a aplicar la prueba piloto a través del cuestionario, a 10 profesionales de enfermería del turno

fin de semana que prestan servicio en la mencionada institución. Cabe señalar que las madres participantes de la prueba no pertenecieron a la población de estudio.

En resumen, quedó evidenciado, que el instrumento aplicado contó con preguntas claras y fáciles de interpretar, por lo que no hubo necesidad de realizar modificaciones y se pudo ejecutar el instrumento, a la población en 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 figuras.

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.

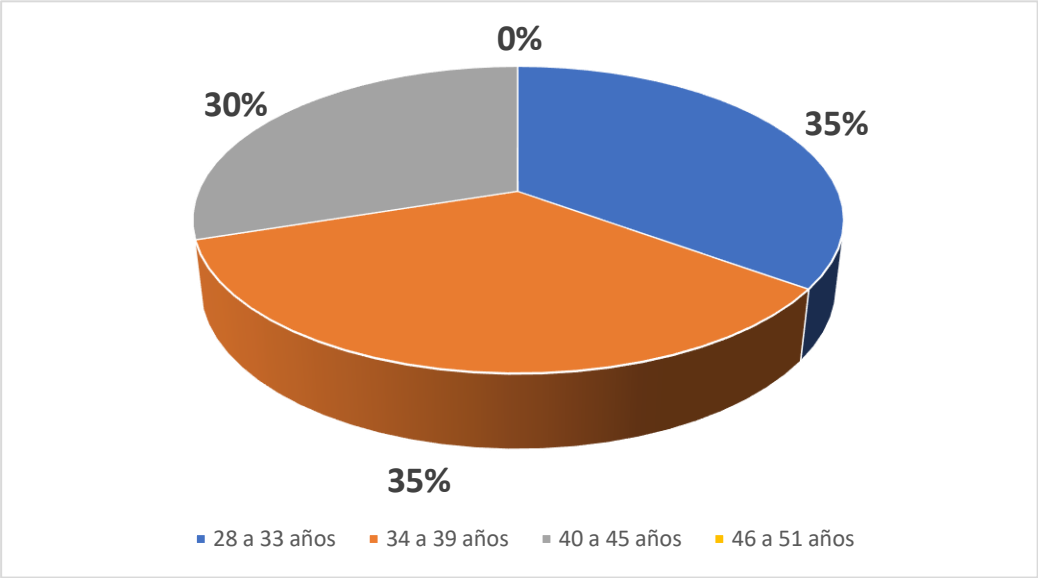
MARCO ANALÍTICO

Presentación y análisis de los resultados

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

RANGO ETARIO:

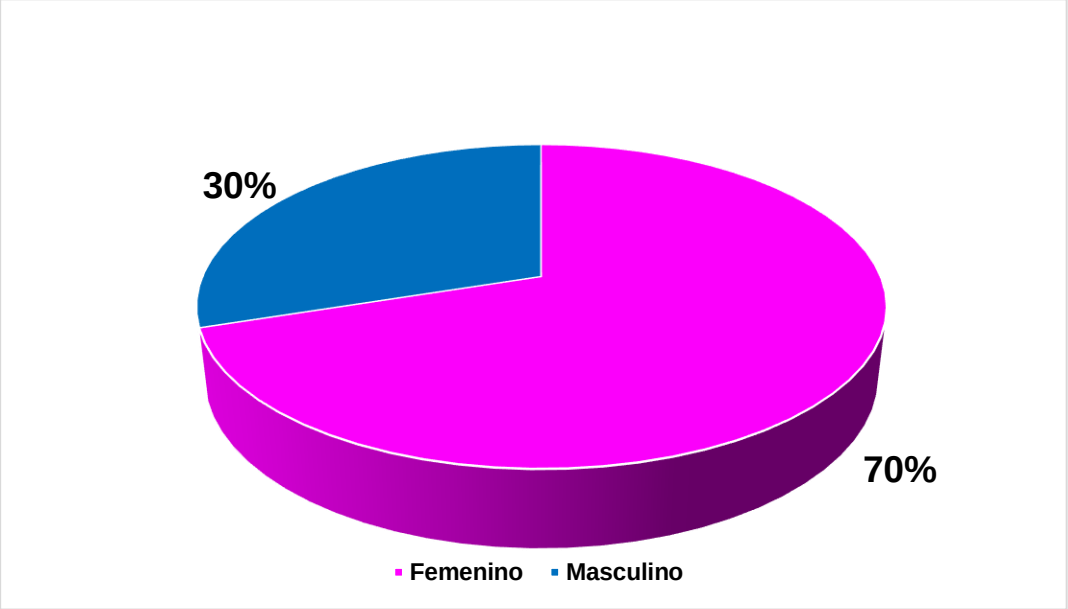
INDICADORES	FRECUENCIA
28 a 33 años	7
34 a 39 años	7
40 a 45 años	6
46 a 51 años	0
Total:	**20**



La encuesta realizada revela que la población de estudio se encuentra en su mayoría entre las edades **28 a 33 años** representando el **35% y las edades de 34 a 39 años** representando el **35%, del total**. Y el restante **30%** representa las edades entre **40 a 45 años**.

GÈNERO:

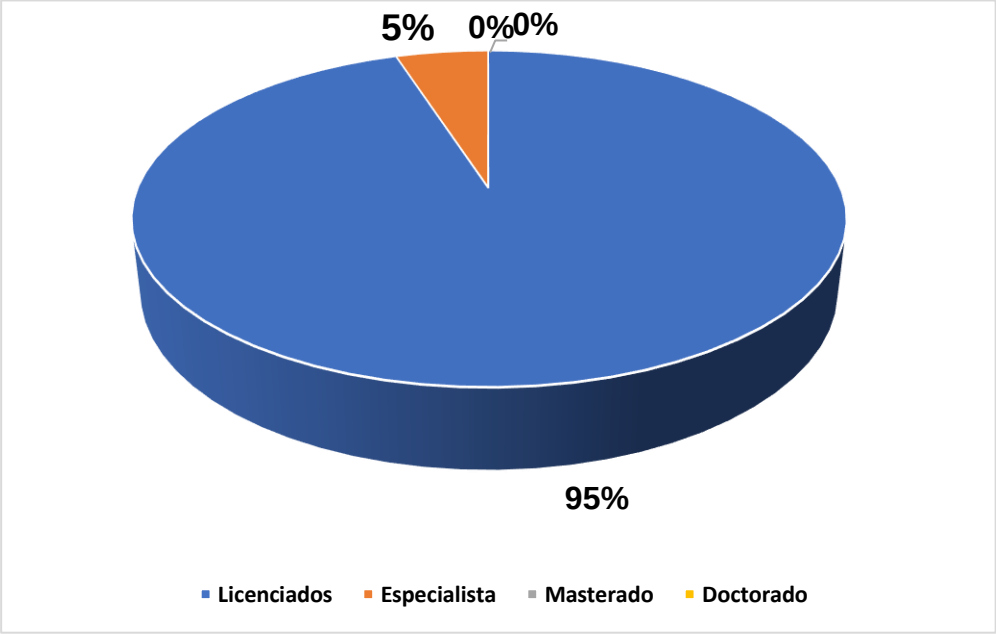
INDICADORES	FRECUENCIA
Femenino	14
Masculino	6
Total:	**20**



Según los resultados se puede visualizar que el **70%** de los profesionales representa al género femenino y **30%** al género masculino.

NIVEL ACADÈMICO

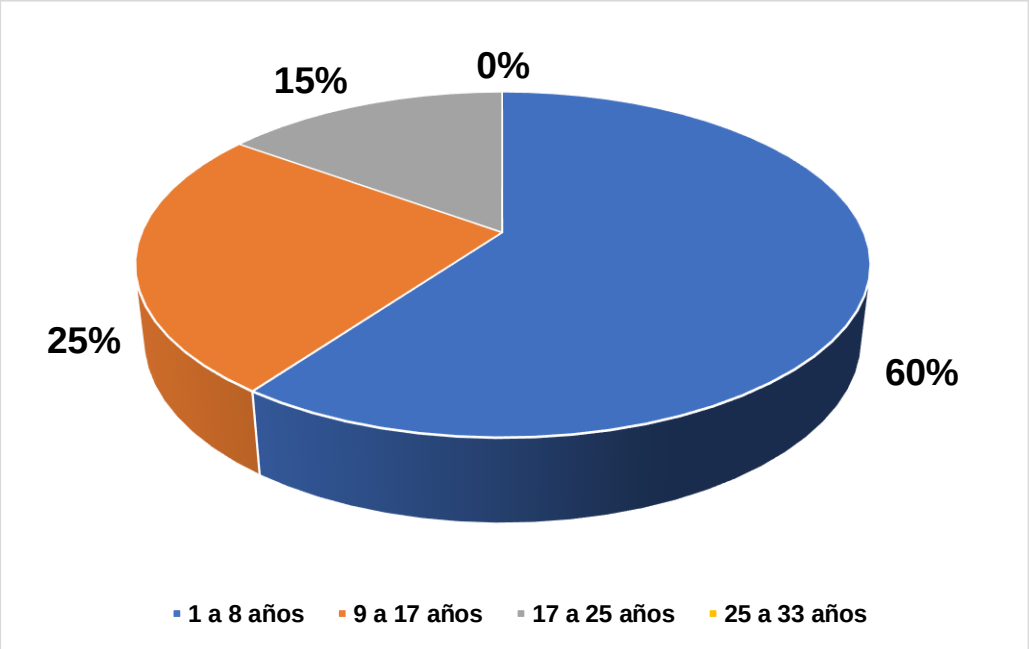
INDICADORES	FRECUENCIA
Licenciados	19
Especialista	1
Masterado	0
Doctorado	0
Total:	**20**



Según los resultados de la encuesta se puede visualizar que el **95%** son Licenciados y el **5%** restante especialista.

ANTIGÜEDAD

INDICADORES	FRECUENCIA
1 a 8 años	12
9 a 17 años	5
17 a 25 años	3
25 a 33 años	0
Total:	**20**

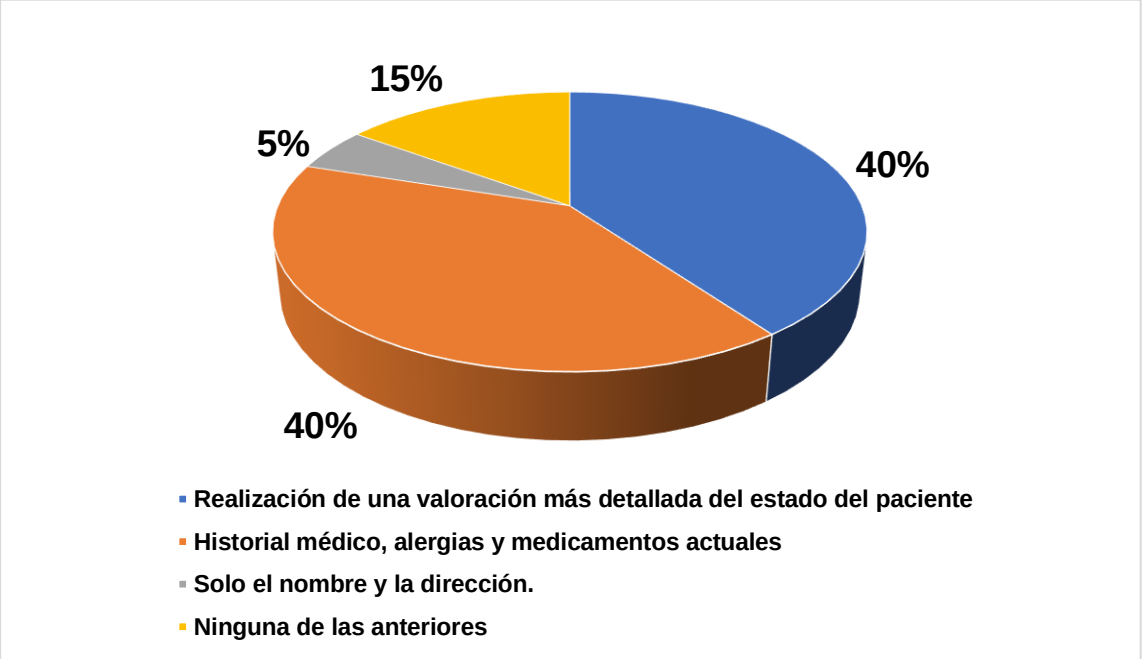


Según los resultados de la encuesta se puede observar que el **60%** de la población tiene mas de 1 a 8 años de antigüedad, mientras que el **25%** cuenta con 9 a 17 años y el restante de **15%** cuenta con 25 a 33 años de antigüedad.

Dimensión N 1º Recepción (RAC)

Tabla y Figura 1. ¿Qué información se recopila durante el proceso de recepción?

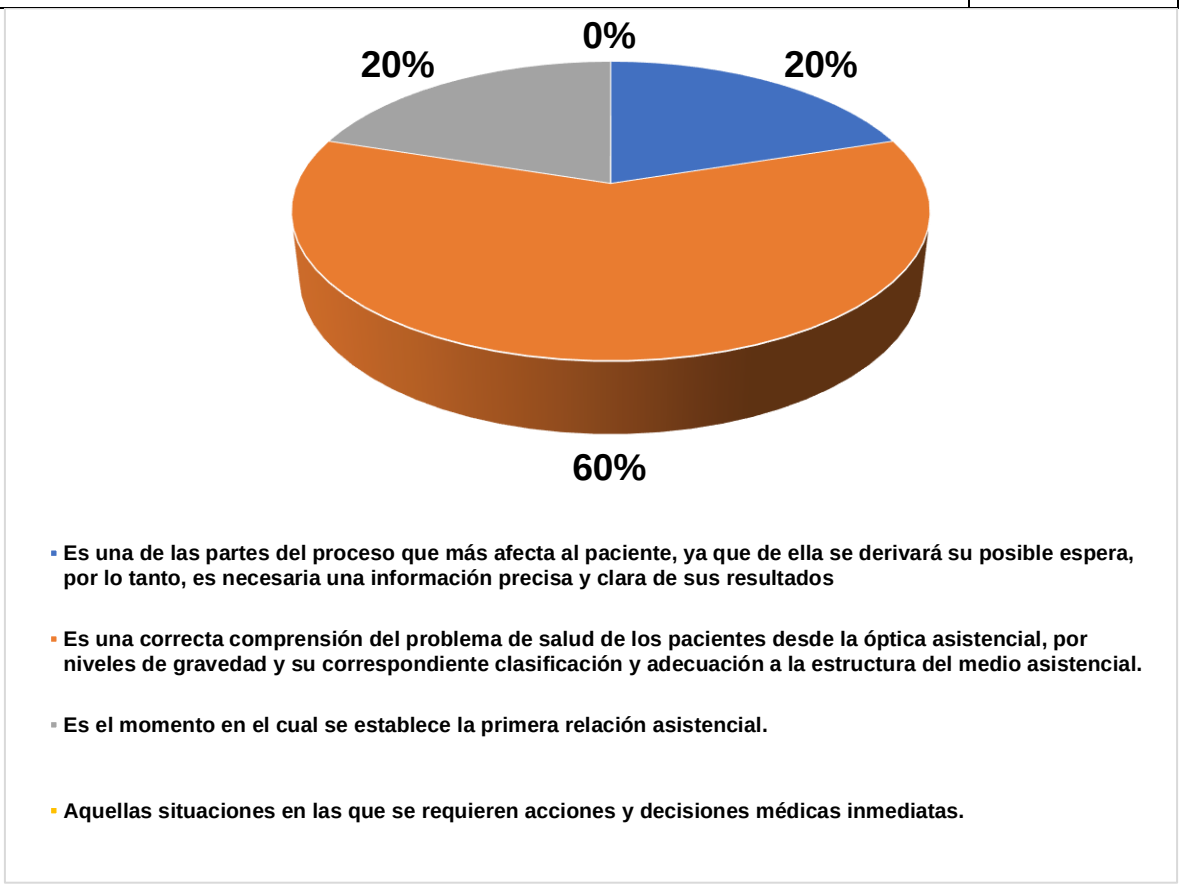
Indicadores	Frecuencia
Realización de una valoración más detallada del estado del paciente	8
Historial médico, alergias y medicamentos actuales	8
Solo el nombre y la dirección.	1
Ninguna de las anteriores	3
Total	**20**



Según los resultados de la encuesta se observa que el **40%** de los profesionales licenciados en enfermería conocen del proceso de recepción mientras que los restantes necesitan más capacitación o a la institución de salud que pueda seleccionar profesionales con al menos un año de experiencia en servicios de urgencias. En este sentido se comprueba un **Nivel Bajo** de conocimiento de la población encuestada. Algunos de los datos que se recopila son: Historial médico, alergias y medicamentos actuales.

Tabla y Figura 2. ¿Qué significa Recepción?

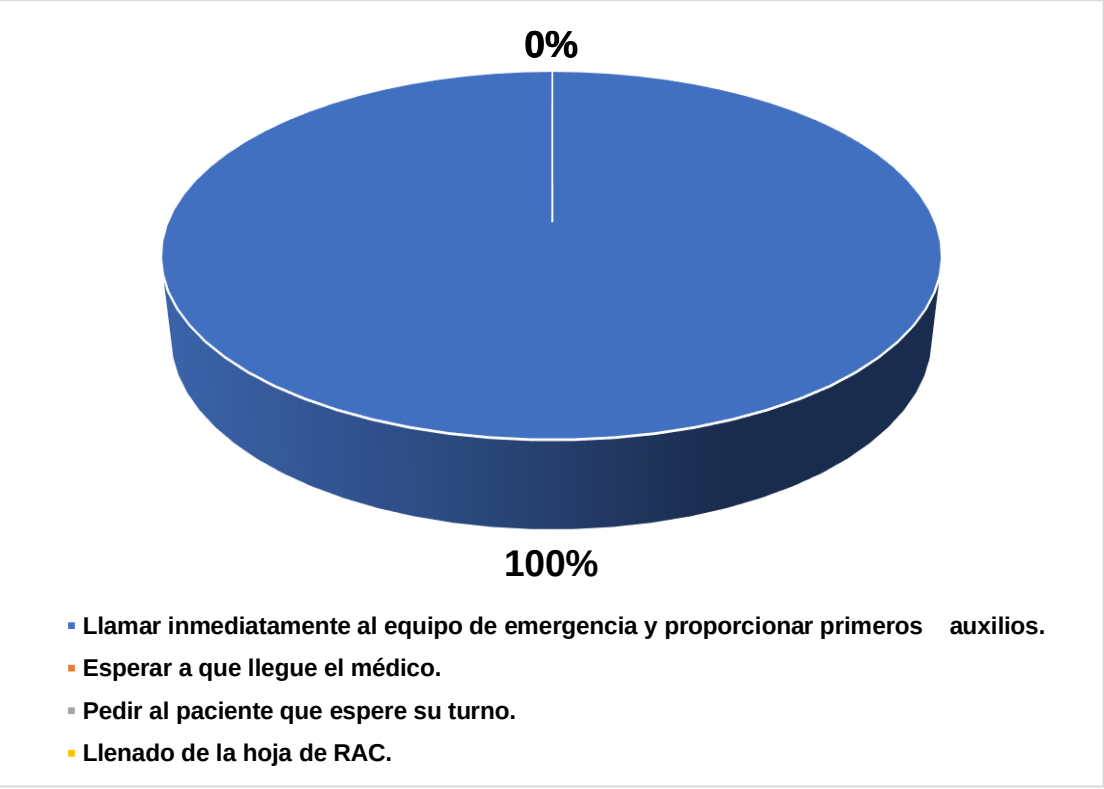
Indicadores	Frecuencia
Es una de las partes del proceso que más afecta al paciente, ya que de ella se derivará su posible espera, por lo tanto, es necesaria una información precisa y clara de sus resultados	4
Es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes desde la óptica asistencial, por niveles de gravedad y su correspondiente clasificación y adecuación a la estructura del medio asistencial.	12
Es el momento en el cual se establece la primera relación asistencial.	4
Aquellas situaciones en las que se requieren acciones y decisiones médicas inmediatas.	0
Total:	**20**



Según los resultados de la encuesta realizada se observa que solo el **20%** de los profesionales licenciados en enfermería conocen el significado de recepción y el **80%** no conoce con estos datos obtenidos dichos profesionales necesita más información y realización de capacitación teórico práctico, talleres dictados por profesionales expertos. Al respecto se comprueba un **Nivel bajo** de conocimiento sobre significado de recepción. Recepción es el momento en el cuál se establece la primera relación asistencial.

Tabla y Figura 3. ¿Qué pasos seguirías en caso de una emergencia médica en la recepción?

Indicadores	Frecuencia
Llamar inmediatamente al equipo de emergencia y proporcionar primeros auxilios.	20
Esperar a que llegue el médico.	0
Pedir al paciente que espere su turno.	0
Llenado de la hoja de RAC.	0
Total:	**20**



Según los datos obtenidos en la encuesta el **100%** de los profesionales licenciados en enfermería conoce sobre los pasos a seguir en caso de una emergencia, al respecto se obtuvo un buen resultado de los conocimientos de dichos profesionales con un **Nivel Alto.** El paso a seguir en caso de una emergencia es llamar inmediatamente al equipo médico y proporcionar los primeros auxilios.

Dimensión N°2 Acogida

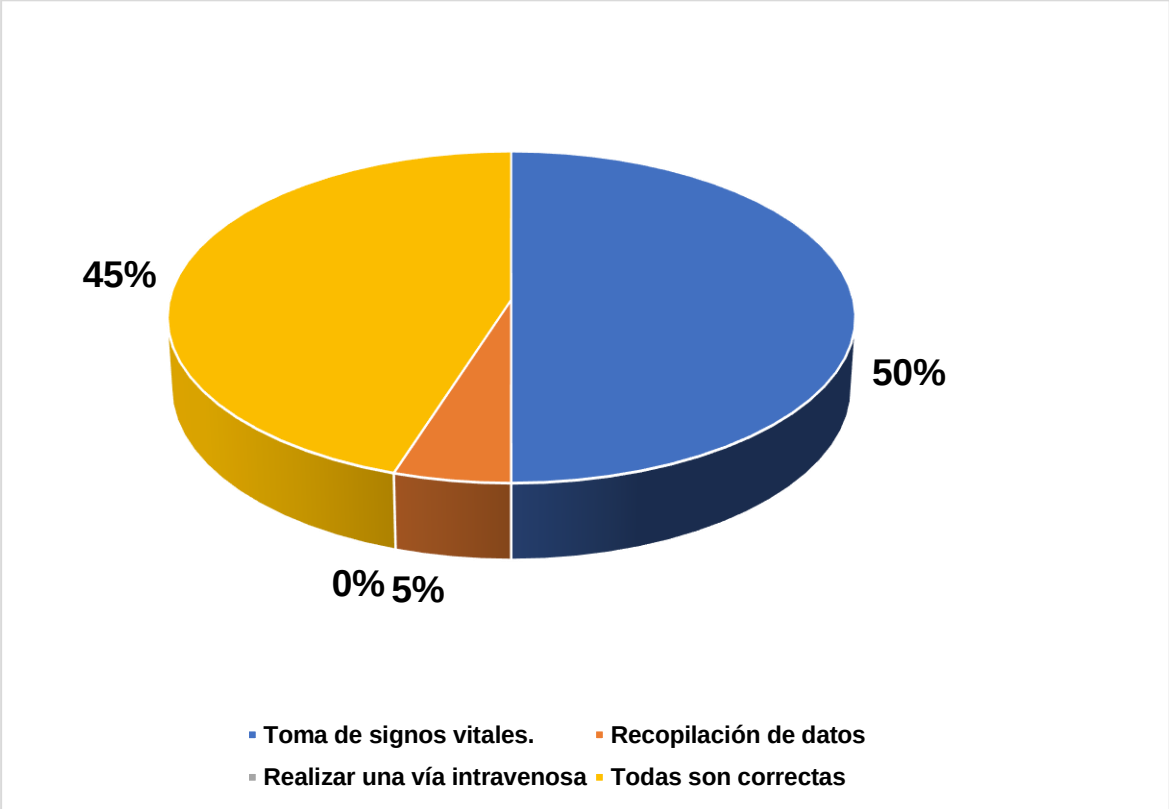
Tabla y Figura 4. ¿Cuál es el objetivo principal del proceso de acogida en el RAC?

Indicadores	Frecuencia
Mejorar la eficiencia administrativa.	1
Garantizar una atención segura y personalizada.	16
Reducir los costos operativos	0
Todas son correctas	3
Total:	**20**

Según los datos obtenidos en la encuesta el **80%** de los profesionales licenciados en enfermería conocen el objetivo principal de acogida en RAC, mientras el restante no conoce. Se comprueba un **Nivel Alto** de conocimiento de dichos profesionales sobre acogida RAC. El objetivo principal del proceso de la acogida en el RAC es garantizar una atención segura y personalizada.

Tabla y figura N° 5 ¿Cuáles son las intervenciones que puede realizar el profesional de enfermería sin una orden médica?

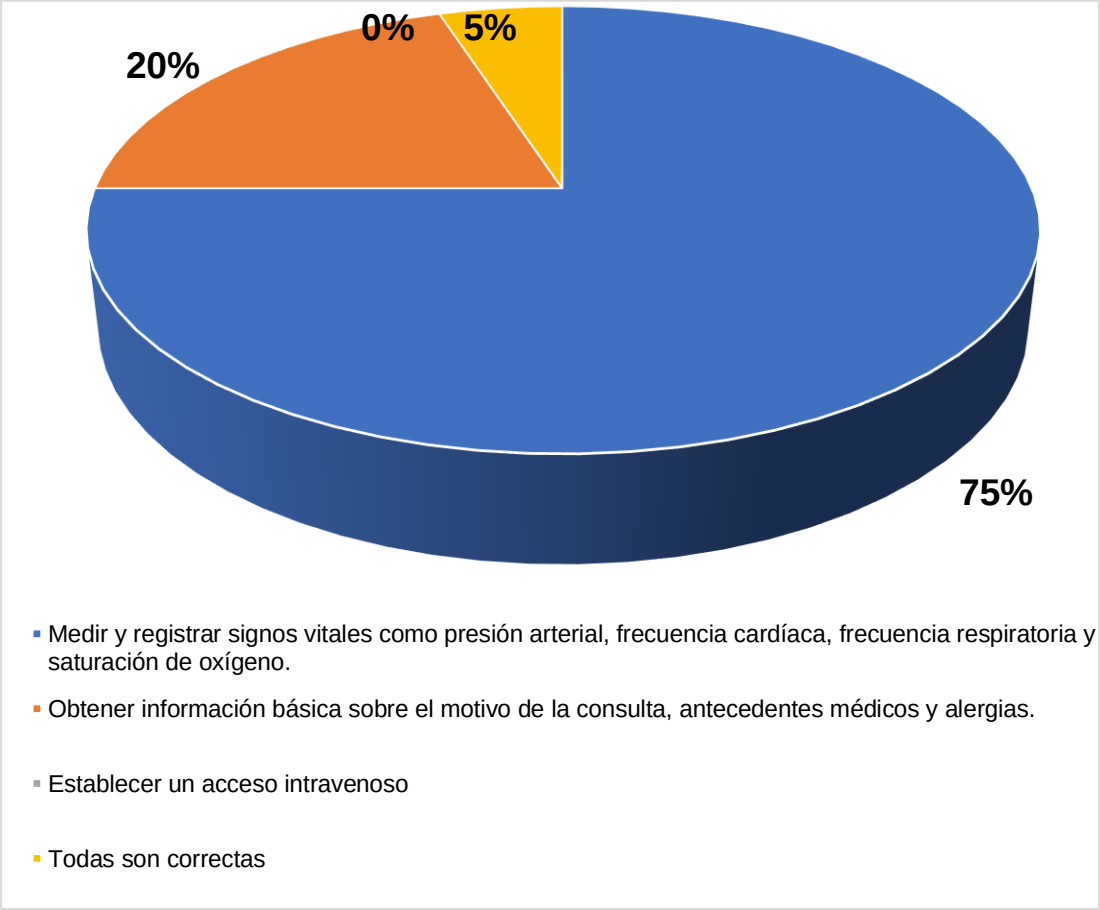
Indicadores	Frecuencia
Toma de signos vitales.	10
Recopilación de datos	1
Realizar una vía intravenosa	0
Todas son correctas	9
Total:	**20**



Según la encuesta realizada el **45%** de los profesionales licenciados en enfermería encuestados conocen de las intervenciones que puedan realizar sin una orden medica mientras que el restante que corresponde al **55%** desconoce, al respecto se comprueba un **Nivel Bajo** de conocimiento es importante obtener más información sobre el RAC podría ser bueno la difusión del manual de procedimiento del Ministerio de Salud a todos los involucrados médicos, enfermeras administrativos.

Tabla y Figura N°6 ¿En qué consiste la valoración inicial en los Signos Vitales?

Indicadores	Frecuencia
Medir y registrar signos vitales como presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.	13
Obtener información básica sobre el motivo de la consulta, antecedentes médicos y alergias.	4
Establecer un acceso intravenoso	0
Todas son correctas	2
Total:	**20**

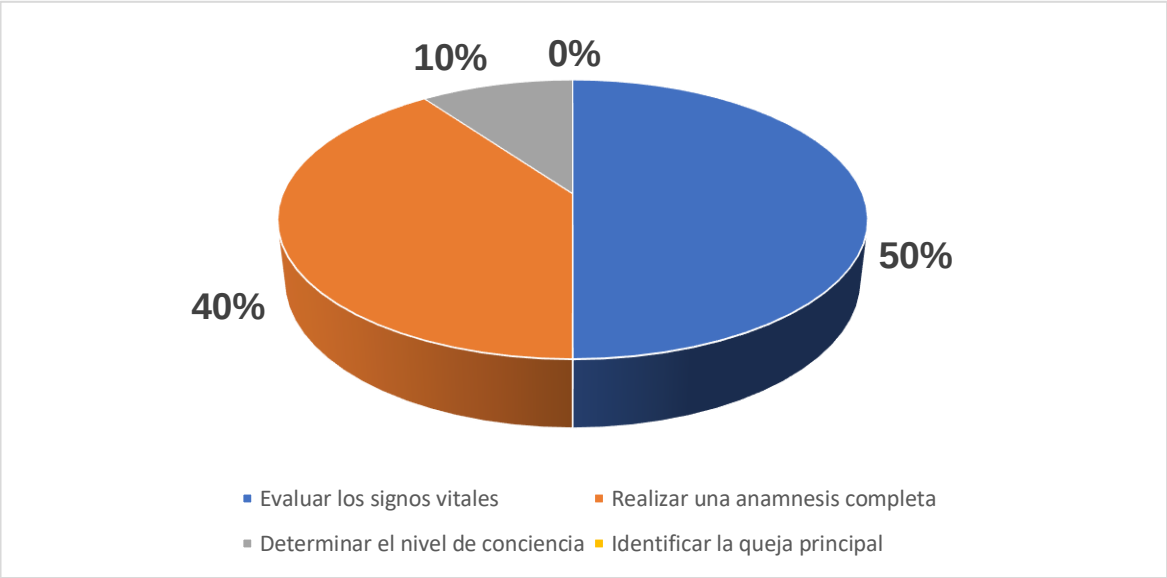


Según los datos arrojados por la encuesta el **75%** de los profesionales licenciados en enfermería conocen en que consiste la valoración de los signos vitales, con estos datos se comprueba un **Nivel Alto** de conocimiento, mientras que el resto necesita más capacitación teórico y práctico pudiendo así mejorar la calidad de atención.

Dimensión N° 3 Clasificación

Tabla y Figura N° 7 ¿Cuál es el primer paso en el proceso de clasificación de un paciente?

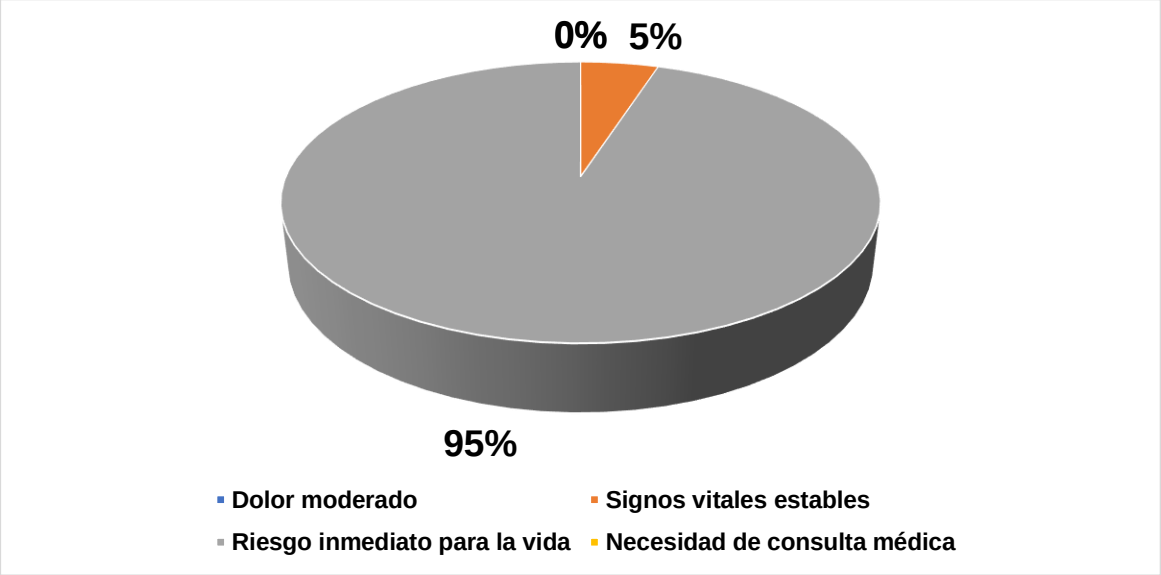
Indicadores	Frecuencia
Evaluar los signos vitales	10
Realizar una anamnesis completa	8
Determinar el nivel de conciencia	2
Identificar la queja principal	0
Total:	**20**



Según la encuesta realizada solo el **40%** de los profesionales licenciados en enfermería conoce sobre el primer paso en clasificación mientras que el **60%** no conoce, por lo tanto, obtuvo un **Nivel Bajo** de conocimiento, se necesita más capacitación teórico por profesionales expertos y a los enfermera/os jefes implementar la difusión del manual de procedimiento del Ministerio de Salud, colocar paneles con los discriminantes en las salas de RAC con los cuadros visibles y accesibles.

Tabla y Figura N° 8 ¿Qué criterio se utiliza para clasificar a un paciente como "emergencia" en un sistema de triage?

Indicadores	Frecuencia
Dolor moderado	0
Signos vitales estables	1
Riesgo inmediato para la vida	19
Necesidad de consulta médica	0
Total:	**20**

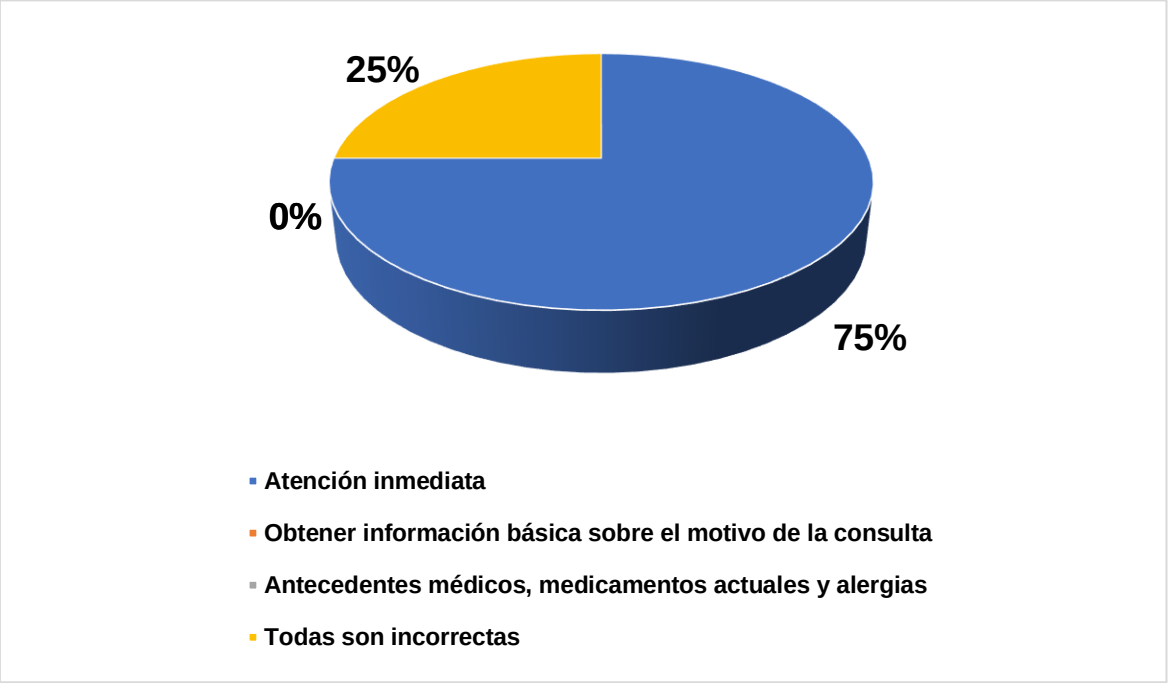


El **95%** de los profesionales licenciados en enfermería conocen los criterios para la clasificación de un paciente en emergencia en un triaje mientras que el **5%** no conoce. Se obtuvo un **Nivel Alto** de conocimiento de dichos profesionales.

El criterio que se utiliza para clasificar un paciente como emergencia en el sistema de triaje es el riesgo de vida del paciente.

Tabla y Figura N° 9 ¿El paciente en estado crítico se clasifica en?

Indicadores	Frecuencia
Atención inmediata	15
Obtener información básica sobre el motivo de la consulta	0
Antecedentes médicos, medicamentos actuales y alergias	0
Todas son incorrectas	5
Total:	**20**



Según los datos obtenidos el **75%** de los profesionales encuestados conocen sobre clasificación del paciente en estado crítico, se obtuvo un **Nivel Alto** de conocimiento de dichos profesionales mientras que un mínimo porcentaje no conoce se debe de garantizar el entrenamiento adecuado y la auditoria permanente del personal de enfermería de la urgencia.

COMENTARIOS FINALES

Se presentan los cometarios finales siguiendo los objetivos propuestos en la investigación:

El primer objetivo de esta investigación tuvo como interés "*Constatar los conocimientos de los profesionales de enfermería del servicio de urgencia del Hospital Distrital de Areguá sobre los procedimientos de la Recepción"* Los resultados indican un promedio del 53%, es decir un **Nivel Medio** de los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre los procedimientos de la Recepción.

El segundo objetivo de esta investigación tuvo como interés *"*Indicar los conocimientos de los profesionales de enfermería del servicio de urgencia del Hospital Distrital de Areguá sobre los procedimientos de la Acogida".* Los resultados indican que un promedio del 67% de los profesionales conocen los procedimientos de la Acogida, es decir un **Nivel Medio** de conocimiento.

El tercer objetivo de esta investigación tuvo como interés "*Identificar los conocimientos de los profesionales de enfermería del servicio de urgencia del Hospital Distrital de Areguá sobre los procedimientos de la Clasificación*". Los resultados indican que un promedio del 70%, es decir un **Nivel Alto** de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre los procedimientos de la Clasificación.

Referente al objetivo general en la presente investigación *"Determinar los conocimientos de los profesionales de enfermería del servicio de urgencia del Hospital Distrital de Areguá sobre los procedimientos de la Recepción Acogida y Clasificación (RAC)."* Se determina que los profesionales licenciados en enfermería tienen un **Nivel Medio** de conocimiento acerca de los procedimientos de la recepción acogida y clasificación RAC.

RECOMENDACIONES

A los Directivos de la Institución de Salud:

Inversión en Capacitación Continua:

- **Programas personalizados:** Diseñar programas de capacitación adaptados a las necesidades específicas de cada área y nivel de personal.
- **Actualización constante:** Mantener al personal al día sobre las últimas guías y protocolos en atención al paciente, incluyendo la recepción, acogida y clasificación.
- **Simulaciones:** Implementar escenarios simulados para que el personal practique sus habilidades en situaciones reales.

A los profesionales de enfermería:

Fortalecimiento de los Conocimientos Clínicos:

- **Actualización constante:** Mantenerse al día sobre los avances en el área de la salud y las nuevas guías clínicas.
- **Desarrollo de habilidades de triage:** Perfeccionar la capacidad de evaluar la gravedad de los pacientes y priorizar la atención.

Al implementar estas recomendaciones, las instituciones y los profesionales de enfermería podrán mejorar significativamente la calidad de la atención al paciente en la fase inicial del proceso asistencial, contribuyendo a una mejor experiencia del paciente y a mejores resultados clínicos.

BIBLIOGRAFÍA

(OPS), O. P. (2010). *https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf*.

Daniel Aragón Suárez, M. Á. (2019). *https://enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2024/08/rac.pdf*.

ENFERMERÍA., L. N. (2014). *https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/2510/ley-n-3206-del-ejercicio-de-la-enfermeria*.

https://www.bing.com/search?q. (2020). *https://www.bing.com/search?q*.

MANCHESTER, S. D. (2008). *https://enfeps.blogspot.com/2008/11/sistema-de-triage-manchester.html*.

María del Rocío Rubio Gómez, A. R. (2018). *https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/la-recepcion-acogida-y-clasificacion-rac-actuaciones-enfermeras/*.

MSPYBS. (2011). *https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/34a465-ManualRecepcionacogidayclasificacinRAC2011.pdf*.

MSPYBS. (2011). *Manual Recepcion acogida y clasificaciOn RAC*. Obtenido de https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/34a465-ManualRecepcionacogidayclasificacinRAC2011.pdf.

MSPYBS. (2011). *RECEPCIÓN ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN (RAC)*. Obtenido de https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/34a465-ManualRecepcionacogidayclasificacinRAC2011.pdf

NACIONAL, C. (2021). *https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/9580/constitucion-nacional-*.

Nicolás González Casares, F. J. (2019). *http://www.enferurg.com/articulos/protocolorac.htm*.

Plasencia, G. d. (2009). *https://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711116.pdf*.

Soliz, L. R. (2018). *https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/24009/TE-1527.pdf?sequence=1&isAllowed=y*.

urgencia, E. y. (2020). *https://www.euroinnova.com/blog/que-es-urgencia-y-emergencia-segun-la-oms*.

Valenzuela, A. J., & Anguita, S. C. (2020). *R.A.C. : RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE ENFERMERÍA. EVOLUCIÓN Y ADAPTACIÓN A EQUIPOS DE EMERGENCIAS SANITARIAS*. Obtenido de Enferurg.com: http://www.enferurg.com/articulos/rac.htm

APÉNDICE

APENDICE 1. Encuesta - Cuestionario

Somos Diana Rodríguez y Gladys Añazco, estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la **Universidad Tecnológica Intercontinental (UTIC) – Sede Capiatá,** por este medio solicitamos de su buena predisponían y voluntad en colaboración para responder libremente el siguiente instrumento de recolección de datos a mi trabajo de investigación cuyo título es el siguiente **"Conocimientos de los profesionales de enfermería del Hospital Distrital de Areguá del servicio de urgencias sobre los procedimientos de la Recepción Acogida y Clasificación. Año 2024".** Los datos recolectados por medio de sus respuestas reportaran una importante información para concluir con nuestro trabajo que estamos realizando como requisito para la obtención del Título de Licenciado en Enfermería.

Cabe resaltar que los datos que usted proporcione serán tratados con profesionalismo, discreción y confidencialidad.

Desde ya agradecemos su colaboración.

Marca con una (X), la opción según corresponda

- **Datos sociodemográficos**

Rango etario	Género	Nivel académico	Antigüedad
28 a 33 años (…)	F (…)	Licenciatura (…)	1 a 8años (…)
34 a 39 años (…)		Especialista (…)	9 a 17 años (…)
40 a 45 años (…)	M (…)	Masterado (…)	17 a 25 años (…)
46 a 51 años (…)		Doctorado (…)	25 a 33 años (…)

Encierra en círculo la opción que corresponda (una sola opción es correcta)

Dimensión 1: Recepción

1. **¿Qué información se recopila durante el proceso de recepción?**
   a) Realización de una valoración más detallada del estado del paciente.
   b) Historial médico, alergias y medicamentos actuales
   c) Solo el nombre y la dirección.
   d) Ninguna de las anteriores

2. ¿Qué significa Recepción?

a) Es una de las partes del proceso que más afecta al paciente, ya que de ella se derivará su posible espera, por lo tanto, es necesaria una información precisa y clara de sus resultados.
b) 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.
c) Es el momento en el cual se establece la primera relación asistencial.
d) Aquellas situaciones en las que se requieren acciones y decisiones médicas inmediatas.

3. ¿Qué pasos seguirías en caso de una emergencia médica en la recepción?

a) Llamar inmediatamente al equipo de emergencia y proporcionar primeros auxilios.
b) Esperar a que llegue el médico.
c) Pedir al paciente que espere su turno.
d) Llenado de la hoja de RAC.

Dimensión 2: Acogida

4. ¿Cuál es el objetivo principal del proceso de acogida en el RAC?

a) Mejorar la eficiencia administrativa.
b) Garantizar una atención segura y personalizada.
c) Reducir los costos operativos.
d) Todas son correctas.

5. ¿Cuáles son las intervenciones que puede realizar el profesional de enfermería sin una orden médica?

a) Toma de signos vitales.
b) Recopilación de datos
c) Realizar una vía intravenosa
d) Todas son correctas

6. ¿En qué consiste la valoración inicial en los Signos Vitales?

a) Medir y registrar signos vitales como presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.
b) Obtener información básica sobre el motivo de la consulta, antecedentes médicos y alergias.
c) Establecer un acceso intravenoso.
d) Todas son correctas

Dimensión 3: Clasificación

7. ¿Cuál es el primer paso en el proceso de clasificación de un paciente?

a) Evaluar los signos vitales
b) Realizar una anamnesis completa
c) Determinar el nivel de conciencia
d) Identificar la queja principal

8. ¿Qué criterio se utiliza para clasificar a un paciente como "emergencia" en un sistema de triage?

a) Dolor moderado
b) Signos vitales estables
c) Riesgo inmediato para la vida
d) Necesidad de consulta médica

9. ¿El paciente en estado crítico se clasifica en?

a) Atención inmediata
b) Obtener información básica sobre el motivo de la consulta,
c) Antecedentes médicos, medicamentos actuales y alergias.
d) Todas son incorrectas

APENDICE 2. Solicitud de autorización para la realización de recolección de datos

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INTERCONTINENTAL

"La Universidad sin fronteras"

CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Capiatá; 25 de Septiembre del 2024

Señora.

Dra. Gloria Berni de Ayala

Directora- Hospital Distrital de Areguá

Presente:

Me dirijo a usted en representación de la Universidad Tecnológica Intercontinental (UTIC) Sede Capiatá, a fin de saludarle y a la vez solicitar su valiosa colaboración, permitiendo el ingreso de las alumnas: Diana Lissandry Rodríguez Santa Cruz, con CI.N° 5.301.299 y Glady Ladislaa Añazco con C.I.Nº 2.844.620, estudiantes de la Carrera de Licenciatura en bEnfermería, en proceso de tesis, con el objeto de aplicar un Cuestionario a los profesionales de enfermería del servicio de Urgencia de la institución a su digno cargo, como parte del trabajo de conclusión de carrera.

En espera de una respuesta favorable, me despido de usted deseándole éxitos en sus funciones.

Atentamente

Ing. Carolina Rolón Machuca
Directora de la Sede Capiatá

UTIC

Depto de Enfermería

Hospital Distrital de Areguá
XI Región Sanitaria - Dpto. Central
Mesa de Entrada N°: 746 Fecha: 1-10-24
Recibido por: Hora: 07:38

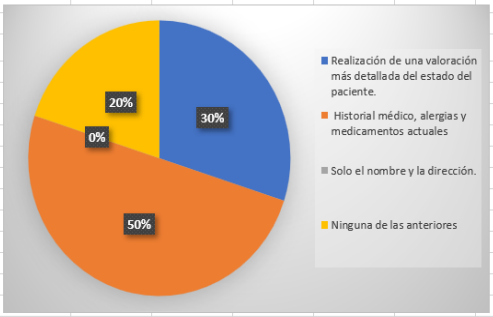
APENDICE 3. Evidencias de la aplicación de la prueba piloto en concepto de validación del instrumento. Fecha: 12-10-2024.

APENDICE 4.: Imágenes de la aplicación oficial del Instrumento

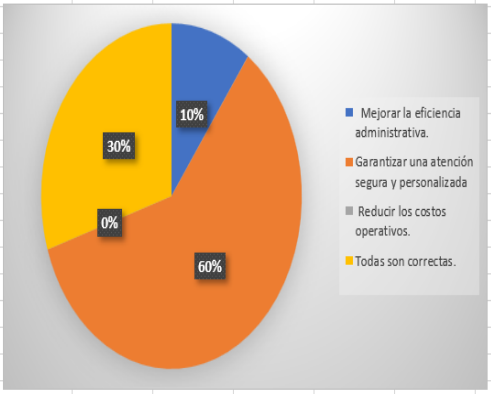
Fecha: 28-11-2024

APENDICE 5. Procesamiento de los datos recolectados de la prueba piloto en concepto de validación del instrumento.

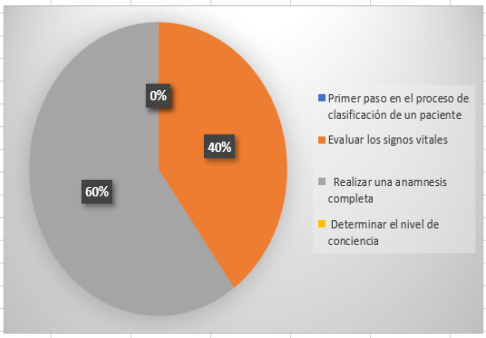
INFORMACIÓN QUE SE RECOPILA DURATE EL PROCESO DE RECEPCIÓN	FRECUENCIA
Realización de una valoración más detallada del estado del paciente.	3
Historial médico, alergias y medicamentos actuales	5
Solo el nombre y la dirección.	0
Ninguna de las anteriores	2
TOTAL	10



Objetivo principal del proceso de acogida en el RAC	FRECUENCIA
Mejorar la eficiencia administrativa.	1
Garantizar una atención segura y personalizada	6
Reducir los costos operativos.	0
Todas son correctas.	3
TOTAL	



Primer paso en el proceso de clasificación de un paciente	FRECUENCIA
Evaluar los signos vitales	4
Realizar una anamnesis completa	6
Determinar el nivel de conciencia	0
a) Identificar la queja principal	0
TOTAL	10



APENDICE 5. Ilustraciones relevancia en la investigación.