Organización de los enfermeros en Urgencias

Sandra Hernández Morente
Ana Belén Cuesta Sánchez
Antonio Álvarez González

ORGANIZACIÓN DE LOS ENFERMEROS EN URGENCIAS

Sandra Hernández Morente

Ana Belén Cuesta Sánchez

Antonio Álvarez González

ISBN papel

Impreso en España

Editado por Bubok Publishing S.L

ÍNDICE

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La definición de un marco conceptual y teórico de la prescripción enfermera. Su potencial acople normativo y legal a través de toda la legislación emergente planteado por los distintos agentes.

La concreción de estos conceptos y contexto en las distintas modalidades y potencialidades de indicación, uso y autorización de medicamentos por y para las enfermeras, tanto en su vertiente autónoma como colaborativa.

La ampliación en este sentido de todo el planteamiento para los productos sanitarios y su prescripción. La identificación, por parte de algunas teóricas del pensamiento y disciplina enfermera de una administración avanzada de la medicación en ese entorno colaborativo y/o identificándolo con éste, y ligado todo a una práctica enfermera que empieza a definirse en

algunos contextos como **“**avanzada” y con capacidad de contextualización al área de las urgencias y emergencias. La no identificación a día de hoy de un área de especialización académica concreta en el espacio de los cuidados urgentes frente a una clara diferenciación laboral en el nivel prehospitalario, tanto en Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias (CCUE) y Equipos de Emergencias como en la asistencia a las urgencias desde el nivel de Primaria, contando con enfermeras diferenciadas para esta área y tareas, planteándose ahora la capacidad resolutiva y finalista de la enfermera de urgencias en este nivel a través de la definición de concretos perfiles de práctica avanzada: A través de la clasificación, la consulta de enfermería de urgencias y los Equipos Móviles de Cuidados Avanzados (ECA) que se empiezan a hacer operativos y a ensayar en diversos Sistemas Sanitarios y ante la patología “banal” urgente, clasificada en niveles de prioridad con posibilidad de esa resolución enfermera finalista y alrededor de un perfil demandante, a la vez, definido de manera que esa clasificación, gestión y resolución enfermera de toda esa patología y demanda concreta urgente empieza ya a sumar un valor añadido a través ese manejo enfermero autónomo, y en el sentido de hacer evidente

valor profesional, social e individual y a través de la resolución de problemas a los pacientes.

Son todas estas cuestiones las que, en su conjunto, pueden hacernos plantear una nueva definición de la enfermera de urgencias y emergencias pre-hospitalarias y sus funciones, que pivote alrededor de todos esos perfiles “exclusivos y diferenciados” y ante un nuevo espectro asistencial que se empieza a ensayar y dibujar institucionalmente para la enfermera en esta área y a través de la definición competencial y de ese poder resolutivo finalista, apoyado muchas veces en la prescripción y/o administración avanzada de medicación, como nuevo atributo que habrá que terminar de desarrollar y definir con el resto de medidas y cambios normativos que se requieran, y todo frente a ésa, a la vez, falta de desarrollo académico de una especialidad propia que, como reivindicación histórica y no alcanzada, permitiese englobar, ahora, competencialmente una misma línea y trazado formativo especialista titulado que integrara, de alguna forma, a la enfermera de urgencias y emergencias en su conjunto y para el resto de la disciplina y mediante la definición, quizá, de todos estos nuevos perfiles competenciales de práctica avanzada que

se van “descubriendo” y ensayando y en sintonía con la experiencia ya acumulada en otros países de nuestro entorno.

CAPÍTULO II

PRESCRIPCIÓN ENFERMERÍA

Prescripción enfermera.

1. Marco conceptual

La evolución de las competencias enfermeras, la formación académica1 a través de los estudios ahora de grado, especialización y postgrado, así como la necesidad evidenciada y evidente de que los sistemas sanitarios requieren de un mayor protagonismo enfermero en todos los entornos asistenciales en los que tenemos potencial de actuación, y en una línea de eficiencia buscada para esos sistemas, hacen de la prescripción enfermera, como parte del proceso que, valora, diagnostica, plantea resultados, interviene sobre problemas y necesidades y evalúa dichos resultados, una necesidad sentida y argumentada en un entorno de ciencia que, mediante el manejo de conocimientos y método, confiere a la profesión Enfermera actual un potencial enorme de desarrollo de nuestra propia

autonomía dentro del proceso asistencial y de los Planes de Cuidados, a través del Proceso Enfermero.

Podríamos decir que, en general, asistimos a una búsqueda de la autonomía dentro del cuerpo de las disciplinas sanitarias, cuestión que, a la vez, no debe entenderse como la pretensión de alcanzar la autosuficiencia, a pesar de la consabida dependencia histórica enfermera del saber y del poder médico y los intentos de huida de la misma.

La profesión Enfermera, desde la segunda mitad del siglo XX, toma conciencia de su papel autónomo y de que debe ejercerlo dentro del área de la salud. Sus competencias, en torno a lenguaje y métodos de trabajo siguen siendo el debate actual.

Pero autonomía no debe confundirse, ya que el intento de afirmar una, no debe excluir la relación con otras disciplinas.

Entendiéndose esto como la interpretación confusa de conceptos de multi-disciplinariedad, trabajo en equipo e interdisciplinariedad. Algo a la vez inherente a la asistencia urgente y de emergencias. Máxime en situaciones de desastre

donde los recursos son superados y la coordinación y comunicación entre actuantes deben ser máximas.

En el seno de esta revolución paradigmática es preciso remarcar un factor clave: “El paso de una orientación centrada en la enfermedad, a una orientación teórica hacia la salud; la paulatina transformación desde un criterio de total dependencia médica al descubrimiento y toma de conciencia por parte de los profesionales de que existe una función propia de los y las enfermeras, además de las funciones delegadas por el médico, y de que existen los cuidados de enfermería sobre los que los profesionales deben poseer competencia y ser responsables”.

La prescripción de enfermería es definida por BULECHECK, McCLOSKEY (1992) como cualquier cuidado directo que la enfermería realiza en beneficio del cliente. Ese cuidado directo incluye los tratamientos iniciados por la enfermera, los tratamientos iniciados en función del diagnóstico médico y la realización de actividades diarias esenciales para el cliente.

2. Prescripción en el entorno de la Urgencia y Emergencia

El área de las urgencias y emergencias, asistidas desde cualquiera de los niveles y entornos asistenciales plantea, si cabe, unos modelos de trabajo y formas en que la colaboración entre profesionales y el trabajo en Equipo hacen de la prescripción enfermera, muchas veces farmacológica y ante situaciones de urgencia y emergencia, una necesidad legislada y en el entorno de colaboración en el que, atendiendo a la mayor evidencia científica y a través de algoritmos de actuación institucional e internacionalmente aceptados y consensuados (cadencialmente revisados), posibiliten a la enfermera actuar acorde a estos conceptos y fuera de toda "duda y sospecha" de ilegalidad y/o de repercusión penal por la no existencia de los mismos, haciéndose necesario un consenso y desarrollo, a la vez, formativo y acorde a la especialización y diferenciación profesional en esta área y como argumentos, al amparo de los cuales, se despejen cuantas dudas aún este asunto pueda seguir encerrando sin ningún sentido y en muchos sectores.

La enfermera de urgencias y emergencias perfectamente puede ser la que en determinadas situaciones asista al paciente crítico y agudo sin la posibilidad puntual de apoyo en ningún otro profesional y nada más que amparada en sus conocimientos y en los algoritmos, protocolos y estándares de actuación universalmente planteados a través de la evidencia científica.

Y es por ello, por lo que se requiere de un amparo legal que reconozca estas situaciones y la posibilidad de actuación, manejo, uso y prescripción farmacológica de cualquiera de los principios activos de los que va a depender, muchas veces, la vida de un paciente.

O de los que se requiera su manejo y uso en situaciones en que el tiempo juega en contra de posibles agravamientos de la situación o secuelas de daño irreversible y previsible, y atendiendo siempre a esa posibilidad de valoración sin el apoyo médico, o en entornos consensuados a través de protocolos de actuación asumidos por cualquier institución asistencial y en el sentido apuntado, en lo que se ha venido a llamar “prescripción colaborativa estandarizada/protocolizada (Protocolos de grupo)

y que requerirá de mayor acotamiento y trabajo en conjunto multidisciplinar como para llegar a hacerse una realidad legislada. Requerirá, posiblemente, de una nueva tipificación de los medicamentos en cuanto a su posibilidad de indicación enfermera, de los definidos como “sujetos a prescripción médica” exclusiva, y/o de la confección consensuada de Protocolos y Guías de práctica clínica y asistencial que permitan la indicación, uso y autorización de dispensación de los mismos y como indica finalmente la Ley 28/2009 de modificación de la Ley 29/2006, Ley del medicamento (8).

Y que alguna autora (Nuria Cuixart), ha venido a denominar, y en este contexto y entorno, “Administración avanzada de medicación”, en la que la enfermera puede “prescribir como colaboradora de un prescriptor independiente” (el médico), ajustando dosis, modificándolas en función de la evolución del paciente o bien bajo protocolos consensuados o guías de práctica clínica, pero que no puede considerarse prescripción independiente o autónoma de la enfermera pues sólo le permite prescribir dentro de los términos del protocolo, que ha consensuado o han sido supervisados por otro profesional, cuestión que no es baladí ni hemos de olvidar.

La enfermera de urgencias participa de las actividades asistenciales y planes de cuidados planteados al paciente derivado al alta domiciliaria, así como del seguimiento y realización de actividades enmarcadas en los llamados “Servicios Comunes Programados”, durante los horarios y jornadas de cierre de los centros de Atención Primaria de Salud. Por lo que se ve, de esta forma “salpicada” e irrenunciablemente, de los mismos condicionantes de uso de material sanitario y prescripción farmacológica que el resto de las enfermeras comunitarias, en esa idea de seguimiento y de una Atención Continuada del paciente y bajo las mismas prerrogativas legales que venimos comentando.

Es la formación, en su expresión especialista y de práctica avanzada , para extender el rol ampliado a la prescripción enfermera y el respeto a estos conceptos de colaboración, lo que posibilitará el actuar de la forma más correcta, segura y beneficiosa para el paciente urgente. Sin olvidar jamás que la responsabilidad diagnóstica y de tratamiento médico recae irrenunciablemente en éste y que es la enfermera a través de la técnica, el control y la vigilancia posteriores a la

administración de la medicación, quien de esta forma evidencia a la vez autonomía y responsabilidad profesional sobre estas intervenciones concretas.

Otras, será la indicación, uso y autorización en la dispensación y, visto así y en este nuevo entorno consensuado que puede provocar la nueva legislación emergente.

La actualización continua de algoritmos y el hacernos "esponja" al consenso científico y de evidencia que va apareciendo, hacen necesarias "postulaciones" permanentes en estos temas como para que, llegado el momento, participemos del consenso que se plantee en este sentido y a través de lo que debe ser una indiscutible presencia profesional enfermera y en ese entorno de legalidad necesario y exigido.

3 Recorrido documental alrededor de la prescripción en urgencias y emergencias: Textos que apoyan, argumentan, reconocen y avalan una idea de prescripción colaborativa en esta área.

3.1. Ya, el documento base planteado por el Consejo General de Enfermería (CGE), "Marco Referencial para la prescripción

enfermera” (9), plantea, a finales de 2005, principios de 2006, como uno de los ejemplos concretos de prescripción enfermera en el Sistema Nacional de Salud en ese momento identificados, las situaciones de “pérdida de rango terapéutico del INR” en paciente anticoagulado, en las que “son las enfermeras las que previamente consensuado, a través de protocolo y algoritmos de actuación, vuelven a adecuar las dosis de anticoagulantes orales (así como su –manejo urgente-)... una vez detectadas estas situaciones en consulta programada y/o domicilio y otras tantas en los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU).

3.2. El Estudio sobre prescripción enfermera llevado a cabo por el CGE y presentado a finales de 2006 como resultados de una primera fase , analiza 40 situaciones diferentes con más de 200 medicamentos y productos sanitarios manejados a través de 170 intervenciones enfermeras codificadas a través de la NIC, entre las cuales, y de contextualización concreta en el área de las urgencias y emergencias podemos destacar.

-La oxigenación en situaciones de emergencia.

-Permeabilización de las vías aéreas.

-Manejo del dolor torácico de características isquémicas en pacientes con antecedentes sin alergia específica.
-Manejo del dolor de origen traumático.
-Manejo de accidentados y politraumas.
-Manejo de la Hipovolemia severa y de la hemorragia exanguinante.
-Manejo del compromiso vital inmediato y de la Parada Cardiorespiratoria.
-Manejo de la hipoglucemia severa.
-Primeros Auxilios.

Consulta enfermera de Urgencias

La atención en la Consulta Enfermera de Urgencias (tanto en AP como en AH), se define como un subproceso orientado a la atención al paciente urgente al que se ha asignado un nivel de prioridad 5.

La cartera de clientes en base a niveles de prioridad genera fronteras dinámicas por lo que en función de los escenarios de atención, los profesionales implicados y el nivel de desarrollo o madurez de los protocolos o las GPC por proceso, es posible que algunos motivos de consulta puedan ser abordados o excluidos independientemente de su prioridad, siempre que se aborde la atención a pacientes clínicamente estables (niveles 4/5).

La entrada del paciente se realiza a través de la Clasificación, cuando al paciente se le asigna el nivel de prioridad pertinente.

El paciente sale del proceso cuando:

-Se finaliza el episodio de urgencias porque se han cubierto las demandas de atención del paciente de acuerdo a los criterios de calidad definidos.

-El paciente es reconducido hacia los circuitos de atención normalizada (profesional de referencia en AP).

-Se reclasifica el paciente y se eleva su nivel de prioridad, por lo que es derivado a los circuitos articulados al efecto.

- El paciente rehúsa la asistencia y se reconduce hacia los circuitos articulados para tal eventualidad.

CAPÍTULO III

GERSTIÓN EN URGENCIAS

I. INTRODUCCIÓN

Gestionar implica coordinar e incentivar a las personas de cualquier organización para conseguir los fines de esta. La gestión del modelo sanitario actual se realiza a tres niveles interdependientes: gestión de políticas sanitarias, gestión de organizaciones y gestión clínica. Esta última, la gestión clínica, pretende formar, informar e incentivar a los profesionales sanitarios para que tomen las decisiones con mejor relación coste-efectividad (no se trata de ahorrar, sino de gastar más adecuadamente).

La gestión clínica forma parte de esas reformas que actualmente se están dando en las organizaciones sanitarias, en un intento de unir la mejor práctica clínica y el mejor uso de los recursos disponibles. Este modelo de gestión ha involucrado activamente a los profesionales porque ha

adoptado el lenguaje de los clínicos y se ha centrado en el proceso asistencial como razón de ser de la organización.

La Medicina de Urgencias no es actualmente una especialidad reconocida, lo que trae como consecuencia que no exista ni una cualificación ni un programa formativo específico del personal que a ella se dedica; tampoco existe una definición de indicadores y de estándares ni una dotación adecuada a la demanda tanto de recursos humanos como materiales. Si a estas cuestiones le unimos el hecho de que en la atención urgente no existe una unificación en cuanto al modelo asistencial ideal, no es de extrañar que la realización de un Sistema de Gestión de sus actividades resulte sumamente compleja.

El diseño de un sistema de gestión de urgencias debe basarse en preguntas clave como:

- ¿Qué actividad asistencial estamos realizando?

- ¿Existe una buena estructura física?

- ¿Qué relaciones existen con el entorno de las urgencias?

- ¿Qué recursos humanos y materiales estamos utilizando?

- ¿Con qué nivel de calidad?

Vamos a intentar establecer un sistema de gestión de urgencias respondiendo a las preguntas anteriores.

II. ACTIVIDAD ASISTENCIAL URGENTE

El sistema de gestión de urgencias tiene que tener definidos cuáles son sus recursos materiales y humanos para la atención a este tipo de demanda asistencial. La demanda asistencial urgente crece día a día.

En el pasado año (2000) se objetivó un incremento de la demanda asistencial urgente de un 5% con respecto al año anterior, lo que supone unas 900 demandas asistenciales urgentes por cada 1000 habitantes y un volumen total de 36 millones de asistencias urgentes en el año.

Los ciudadanos han incorporado a sus pautas de conductas sanitarias la asistencia urgente e inmediata, lo que se traduce en un incremento de pacientes atendidos diariamente que supera a cualquier otro sistema de atención sanitaria, sea servicio hospitalario o de Atención Primaria, pudiendo llegar fácilmente a situaciones de saturación, siendo obligado, en estos casos, dar respuestas organizativas.

¿Qué es la demanda asistencial urgente?. Por urgencia entendemos una serie de procesos, que, si bien no conllevan un riesgo vital para el paciente, si requieren su corrección (resolutiva o paliativa) en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, traumas menores como fracturas simples de huesos largos, dolores agudos tipo cólico, etc.).

Por emergencia entendemos que se trata de un proceso en el cual sí que existe un riesgo vital para el paciente (Síndrome Coronario Agudo, Hemorragia Digestiva Alta, etc.) debiendo atenderse el proceso en tiempos muy cortos. Finalmente estarían los pacientes críticos, es decir, aquellos que necesitan medidas de reanimación y soporte vital avanzado, lo que implica una atención cualificada lo más inmediata posible.

La demanda asistencial urgente implica, pues, una visión integral de los procesos de urgencias, donde el servicio de urgencias tiene que relacionarse con los demás implicados en el proceso, tanto con los servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarios como con los distintos servicios hospitalarios de destino de pacientes una vez diagnosticados e iniciado su tratamiento en el área de urgencias, hasta el alta hospitalaria.

III. ESTRUCTURA FÍSICA

Denominamos estructura física a lugar donde vamos a prestar la asistencia. En algunos sistemas de emergencias extrahospitalarios, la estructura física la constituye el lugar del suceso (lugar donde se produce la demanda asistencial) sea vía pública, domicilio o lugar público y los recursos materiales que aporta el equipo de emergencias. En la mayoría de los servicios de urgencias, la estructura física es el área de urgencias, la cual estará integrada por todo aquello necesario para una demanda asistencial urgente. Son dependencias del área de urgencias (se citan la mayoría de áreas que existen actualmente en los

servicios de urgencias, independientemente de que sean hospitalarios o extrahospitalarios):

1. Area de Admisión

2. Sala de Espera

3. Area de Clasificación

4. Area de Críticos (cuarto o sala de reanimación)

5. Consultas (Policlínica)

6. Area de Observación

7. Area de Tratamientos Cortos y Unidades de Corta Estancia

8. Area de Semicríticos (opción existente en algunos hospitales)

9. Area de pruebas Complementarias: englobaría tanto a Laboratorio de Urgencias como a Sala de Radiodiagnóstico.

10. Quirófanos de Urgencias.

11. Areas no asistenciales: aseos de pacientes y personal sanitario, sala de estar/descanso del personal sanitario, almacén de medicación y fungibles, Office, etc.

Todas estas áreas deben de tener un flujo o circuito asistencial debidamente preestablecido, de forma que la atención urgente se preste de la forma adecuada y en el lugar más idóneo. En el sistema de gestión habrá que incluir pues, circuitos o flujogramas que especifiquen quéactividades se realizan en cada una de estas áreas, dónde empiezan y dónde acaban y con qué otras actividades se relacionan.

IV. RELACIONES CON EL ENTORNO DE URGENCIAS

La gestión de un servicio de urgencias debe contemplar cuáles son sus relaciones con elentorno de urgencias y emergencias, es decir, con qué otros intervinientes se tienen que relacionar en el proceso asistencial urgente. Tomaremos como ejemplo un servicio de urgencias hospitalario.

Éste tiene que tener relaciones con los primeros intervinientes, sean sanitarios o no; así debe establecer por una parte protocolos de actuación y derivación con servicios de urgencias extrahospitalarios y con otros sistemas como bomberos, fuerzas de orden público, organizaciones(por ejemplo, Cruz Roja), etc., y por otro con otros servicios hospitalarios que deberán continuar el proceso asistencial, como son los servicios específicos hospitalarios, asistencia social, hospitales de mayor nivel, etc. La adecuada coordinación entre los diferentes niveles asistenciales que intervienen en el proceso asistencial urgente es un objetivo prioritario que deben plantearse las organizaciones a la hora de marcar sus objetivos estratégicos. La continuidad asistencial es el objetivo a conseguir y por tanto una dimensión de la calidad que incide directamente sobre un proceso más adecuado y unos resultados mejores. La coordinación interniveles es un término que describe una relación estructurada entre diferentes niveles organizativos que actúan sobre un mismo proceso (en nuestro caso, la asistencia urgente) sobre el que se establecen objetivos comunes, ya que los resultados que se pretenden obtener implican a todos los que intervienen en el mismo. La integración asistencial sería la

respuesta organizativa a la necesidad de coordinarse, mediante la agrupación de recursos bajo una única estructura de gestión.

Es frecuente en los últimos años la elaboración de protocolos de carácter internivel, con participación de colectivos profesionales pertenecientes a diferentes niveles asistenciales ycategorías. Sin embargo, su traslado a la práctica clínica suele ser escasa, poco homogénea y dispersa. Es necesario incorporar herramientas de gestión que estimulen la cooperación y vincular los incentivos de gestores y profesionales a la consecución de resultados.

La incorporación de la gestión por procesos integrales o interniveles puede ser una apuesta interesante, siempre que esté acompañada de apoyos claros desde la dirección y de incentivos asociados a su desarrollo.

V. RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

La planificación y gestión de los recursos materiales implica la participación de todos los profesionales del área de urgencias.

Es obvio que sin unos recursos materiales adecuados sería muy difícil lograr el resultado previsto en el servicio de urgencias, esto es, la recuperación de la salud al igual que se necesitan unos recursos humanos específicos y competentes para la atención a la demanda asistencial urgente.

La existencia de recursos materiales no significa sólo el disponer de más o menos medios diagnósticos y terapéuticos, sino también el mantenerlos y usarlos con eficiencia, esto es, para lo que deben usarse obteniendo la máxima rentabilidad. Un sistema de gestión de urgencias debe contemplar pues, el mantenimiento de los recursos materiales existentes, así como la baja de recursos innecesarios y adquisición de nuevos recursos con evidencia científica demostrada.

La gestión por competencias se plantea como una filosofía de gestión integrada de recursos humanos, una estrategia innovadora que incorpora modelos y herramientas novedosas en la gestión de las personas dentro de las organizaciones. Se

trata de una filosofía de gestión de la que participan todos los procesos de gestión de personas, que operativiza el trabajo diario, acilita la generación de valor añadido en términos de conocimiento, aporta al profesional el máximo nivel de empleabilidad posible y que se convierte en un elemento de cohesión interna. La aplicación de la gestión por competencias ofrece un estilo de dirección que prioriza el factor humano y en el que cada persona aporta sus mejores cualidades personales y profesionales a la organización.

Las aplicaciones operativas de la gestión por competencias se traducen, fundamentalmente, en conocer a las personas y sus competencias, para seleccionar y fidelizar a los mejores profesionales, así como para estimular el desarrollo del potencial individual.

El concepto de competencias hace referencia a las características subyacentes de la persona, relacionadas con su actuación frente al trabajo que realiza, forman parte de ellas los conocimientos, actitudes y habilidades que hacen del desempeño profesional una variable que puede gestionarse.

Para ello se hace imprescindible definir las competencias necesarias para el desempeño de los distintos puestos de trabajo, evaluarlos y establecer sistemas de retribución y reconocimiento basados en el desempeño. Una competencia es una capacidad susceptible de ser evaluada y que se considera necesaria para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir resultados deseados por la organización. Las competencias pueden ser esenciales (o competencias umbrales) en cuanto son necesarias para lograr una actuación media o diferenciadoras, cuando distinguen la actuación de excelencia de un profesional frente a otro de actuación media. Se han efinido las competencias de conocimientos, como “lo que sé” de acuerdo a los conocimientos teóricos prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional de la persona ecesarias para el desempeño del puesto de trabajo. Competencias de habilidades, definidas como “lo que sé hacer” son capacidades y destrezas genéricas y especificas que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo.

Las competencias de actitud “lo que soy o lo que deseo ser” como las características o rasgos de personalidad que subyacen

en la persona y que son determinantes de la actuación de éxito en su puesto de trabajo.

La competencia en cualquier área de trabajo la determinan tanto los conocimientos y habilidades necesarios para desempeñar dicho trabajo como las actitudes del trabajador. Los conocimientos y habilidades se obtienen mediante cursos específicos, pero las actitudes positivas, si no se tienen previamente, hay que crearlas y mantenerlas (lo que es más difícil), y esto es una de las funciones principales del gestor del área de urgencias. Para este fin deben existir una serie de medidas (participación en objetivos, implicación de profesionales, incentivos) destinadas a mantener una actitud positiva dentro del servicio de urgencias y solo así podremos mantener un equipo de profesionales implicados en la mejora día a día del área de urgencias.

En resumen, la gestión clínica es la responsable de que los equipos humanos desempeñen su actividad con calidad y eficiencia para lograr los objetivos asistenciales en los que están comprometidos. Es imprescindible promover la

participación del principal activo del sistema sanitario, los recursos humanos que lo integran.

VI. NIVEL DE CALIDAD

- El desarrollo de sistemas de calidad total es uno de los factores que más puede contribuir a implantar modelos de gestión clínica. La ventaja principal de los sistemas de calidad es que implican un esfuerzo previo por realizar estándares y por la medición de resultados. Además de propiciar una cultura de la calidad entre los profesionales sanitarios, los planes de calidad total han de ser de una metodología con la que aquellos puedan llevar a cabo tareas de gestión. Modelos de calidad total hay muchos, pero lo importante es que ofrezcan el modo de implicarse en la gestión. En algunos lugares se tiende a la creación de unidades de gestión funcionales que asuma una cartera de servicio pactada. Estas unidades para ser acreditadas deben cumplir una serie de requisitos, como la elaboración de una guía práctica clínica, protocolos clínicos, programa de mejora de proceso y protocolos de consumo, actividades de formación, investigación y publicación, junto con una oferta de servicio.

Para la gestión basada en la calidad en un servicio de urgencias, se debe hacer un planteamiento sistemático y probado de planificación y gestión de actividades, siendo importante conocer tanto las necesidades de los usuarios para ajustar los servicios a sus requerimientos como los defectos de los servicios brindados para poder corregirlos.

Para conseguir estos fines deberemos seguir seis pasos fundamentales:

1. Planificación; cómo queremos ser. Aquí puede ser de utilidad la aplicación de gestión por procesos y su control estadístico.

2. Conocimiento de los requerimientos de los usuarios; mediante encuestas, grupos focales, análisis de las quejas y reclamaciones. Es necesario aplicar las necesidades de los usuarios en nuestro servicio.

3. Conocimiento de la variación de costos resultantes de la gestión de la calidad; es decir, como ser eficientes (ser

eficientes no implica forzosamente un ahorro de los recursos, sino utilizarlos cuando sean necesarios). Hay que conocer nuestras limitaciones.

4. Toma de conciencia y aceptación del compromiso con el sistema de calidad adoptado. Es necesario el trabajo en equipo para resolver problemas y planificar actividades.

Aquí son útiles los comités de garantía de calidad y los círculos de mejora.

5. Medición de los resultados. Comparación con sistemas similares en el ámbito nacional e internacional.

6. Corrección de errores.

CAPÍTULO IV

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON FALLO RESPIRATORIO AGUDO SOMETIDO A VMNI (VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA)

El Fallo Respiratorio Agudo implica la imposibilidad de mantener una captación normal de oxígeno por los tejidos o una eliminación del anhídrido carbónico por los mísmos. Este cuadro se produce en un breve espacio de tiempo. El diagnóstico es exclusivamente gasométrico.

La ventilación mecánica, desde hace 30 años, se utiliza como soporte respiratorio en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda. La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) comenzó a utilizarse en la década de los 70, reportando desde entonces importantes ventajas para el paciente. Entre las ventajas aportadas, descritas por diferentes autores, descatan: la disminución de la morbi-mortalidad, la menor tasa de intubación orotraqueal y la menor estancia en UCI. No obstante, también existen numerosas desventajas y/o

complicaciones asociadas a la VMNI como son: la lesión nasorontal, irritación ocular , distensión gástrica , úlceras faciales, alteración de mucosas, dificultad de drenaje de secreciones,dolor, agitación, vómitos, tapón mucoso, como las más frecuentes pero, en general, poco importantes y muy pocas veces determinan el éxito o fracaso de la técnica.

Los cuidados del paciente sometido a VMNI son numerosos y se encaminan fundamentalmente a la recuperación del paciente a su situación previa y a paliar en la medida de lo posible sus vivencias “negativas” asociadas a la técnica en sí ; dando solución a las mismas en caso de ocasionarse. Todo esto conllevará a una mejora en el afrontamiento del paciente hacia su enfermedad.

Los primeros aspectos a tratar están relacionados con la estabilización del paciente (distress respiratorio, fatiga muscular, hipoxemia, disnea, Hta, taquicardia), con la adaptación y confort del paciente a la mascarilla y con la selección de parámetros adecuados. En esta primera fase, es precisa una vigilancia por parte del médico y del personal de enfermería.

Posteriormente, en fases intermedias y finales del tratamiento, la vigilancia recae principalmente en el equipo de enfermería (enfermera y auxiliar), por lo que se necesita de un entrenamiento adecuado por parte de éste, con el fin de reducir la tasa de intolerancia a la mascarilla y favorecer el confort del paciente . Existen estudios que afirman que el éxito de la técnica viene dado más por la formación y entrenamiento del personal que por la utilización de la VMNI en sí mísma .

Así mísmo, existe evidencia de que un paciente sometido a VMNI en las primeras ocho horas, consume el doble de tiempo que otro paciente crítico sometido a VMI.

Otro aspecto importante a tratar es la información que debe de recibir el paciente en el momento de comenzar la técnica o lo antes posible, ya que existe evidencia, por ejemplo, el de la visita prequirúrgica, que demuestra la disminución de la ansiedad que el paciente experimenta después de conocer al personal, justo antes de la operación y el desarrollo de la misma.

El origen de nuestra planificación de cuidados viene dada de la revisión de multitud de bibliografía tanto médica como

enfermera, relacionada con la ventilación mecánica en general y con la ventilación mecánica no invasiva en particular.

Establecer qué cuidados debe de prestar el personal sanitario en general y el de enfermería en particular ante un paciente con Fallo Respiratorio Agudo.

Mostrar la valoración inicial a la que el paciente está sujeto de manera primaria y que no es más que la aplicación del protocolo de Soporte Vital Avanzado; así como realizar una Valoración secundaria o avanzada que pondrá de manifiesto cuáles son necesidades básicas alteradas y el nivel de dependencia del paciente.

Conocer la información que se le debe de suministrar al paciente y a su familia, con el objetivo de disminuir su ansiedad y favorecer el éxito de la técnica de VMNI.

En definitiva, pretendemos llegar a conocer lo necesario para ofrecer un CUIDADO INTEGRAL de la persona en situación crítica que es el que mayor vulnerabilidad presenta. Cualquier persona aquejada con un proceso crítico es “retirado” de su entorno familiar y se siente amenazado , al igual que siente

una pérdida de su independencia. Si a todo esto, le añadimos que su atención se realiza en un medio desconocido y agresivo, con una modificación brusca de sus patrones de vida habituales y con una importante pérdida en la toma de decisiones, conseguiremos conocer sus necesidades alteradas, teniendo en cuenta su fuerza, conocimiento y voluntad para afrontar la vorágine de situaciones a las que se tiene que enfrentar. La enfermera debe de identificar dichas necesidades para establecer una forma de actuación para tratar estos pacientes, y poder proporcionar así un CUIDADO EXCELENTE.

Para estandarizar el conjunto de acciones y actividades en estos pacientes, utilizamos el modelo enfermero de Virginia Henderson (14 Necesidades Básicas).

EVALUACIÓN INICIAL A LA LLEGADA

1.- Recepción, Acogida y Clasificación del paciente y paso al box de críticos si procede según la Escala Canadiense.

- PRIORIDAD I: Emergente.

 PRIORIDAD II: Urgente.

2.- Inicio del circuito de atención rápida: Aviso al médico responsable, y aplicación inmediata del ABC del soporte vital

avanzado.

3.- Actividades de enfermería:

 Canalización de vía venosa periférica y extracción de muestra sanguínea para analítica urgente más GSA.

 Administración de medicación y oxigenoterapia a alto flujo.

 Toma de constantes vitales. Realización de ECG y Rx de Tórax portátil.

 Monitorización hemodinámica completa.

4.- Cuidados de comunicación: Apoyo emocional. Informar inicialmente al paciente sobre la necesidad de establecer un plan de

cuidados entre él y el profesional de enfermería. Tranquilizar al paciente y la familia.

5.- Registro de acciones y actividades.

VALORACIÓN INICIAL EN EL ÁREA DE URGENCIAS UNA VEZ ESTABILIZADO EL PACIENTE

1.- Cuidados básicos:

Valorar las necesidades alteradas del paciente con nuestra "Hoja de valoración de enfermería al ingreso", en esta patología debemos de ir encaminados a la búsqueda de clínica específica de la disnea, así como factores de riesgo y/o antecedentes cardiovasculares. En la valoración deben estar incluidas preguntas que hagan que el paciente describa su dificultad respiratoria, tales como:

- ¿Cómo comienza su disnea, de manera gradual o repentina, con el ejercicio, ante pequeñas actividades, después de ingerir un alimento, de realizar alguna actividad física, enérgica o leve, en reposo o tras un movimiento brusco?

- ¿Ha tenido episodios similares?

- ¿Con cuántas almohadas duerme?

2.- Actividades de enfermería:

- Toma de constantes.

- Vigilancia de la disnea , episodios de dolor torácico, disnea, instauración de alguna arritmia.

- Apertura de gráfica, hoja de tratamiento y observación de enfermería, petición de cama en la Unidad especial.

- Información, comunicación y apoyo al paciente y a la familia, entrega de efectos personales.

- Registro de necesidades alteradas detectadas, diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones realizadas hasta el momento.

- Traslado a la Unidad Especial manteniendo la vigilancia en el estado del paciente y la continuidad del tratamiento.

VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON FALLO RESPIRATORIO AGUDO A SU LLEGADA A LA UNIDAD ESPECIAL

1.- Recepción del paciente en su habitación evitando que realice esfuerzos, previa comprobación de dispositivos del box.

2.- Comunicación de incidencias por parte del personal de urgencias del estado del paciente, de la valoración inicial y de la parte del plan de cuidados que se ha realizado en urgencias.

3.- Identificación del personal, explicación de normas del hospital, régimen de visitas. Identificación, por turno, del personal responsable de los cuidados de enfermería.

4.- Actividades de enfermería:

- Instauración del método de VMNI tras elección de interfase adecuada, previa protección del puente de la nariz con parche hidrocoloide (prevención UPP)

- Monitorización del paciente, toma de constantes.

- Mantener vías venosas permeables.

- Administración de medicación prescrita.

5.- Finalización de la valoración inicial, de las 14 necesidades de V. Henderson, comenzada en el servicio de urgencias.

6.- Determinación de los diagnósticos enfermeros -según las etiquetas de la NANDA-, seguir con la planificación, ejecución y evaluación del plan de cuidados.

7.- Recepción de un familiar, permitiendo que vea al paciente en una visita puntual, tras la estabilización del enfermo.

CAPÍTULO V

EL TRIAJE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS: PAPEL DEL ENFERMERO/A

En los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) se han producido cambios importantes en los últimos años. Estos cambios se han extendido al paciente, al hospital, a la comunidad y a los profesionales dedicados al cuidado de la salud.

El número de pacientes que acuden a estos servicios demandando asistencia ha aumentado considerablemente año tras año, creando serios problemas en la asistencia diaria y en la gestión de recursos humanos y materiales.

Ante esta creciente demanda asistencial en los SUH ha sido necesario efectuar cambios tanto estructurales como funcionales, en un intento de equilibrar la oferta y la demanda de forma más adecuada. Pero, además de estos cambios, para controlar el flujo de pacientes que acuden en busca de tratamiento y mejorar la calidad de la atención que reciben se ha implantado en la mayoría de los hospitales un sistema de jerarquización de necesidades. Este sistema, que recibe el

nombre de triaje, evalúa de forma rápida el carácter y la gravedad de la afección de cada paciente y dispone el mejor lugar para recibir su tratamiento.

La palabra triaje, que se utiliza en inglés para referirse a la jerarquización de necesidades, se deriva del término francés *trier*, que significa "seleccionar o escoger", "elegir o clasificar".
Originalmente, el triaje se refería a la ubicación de los heridos en desastres y situaciones militares y ha sido adaptado universalmente para las catástrofes civiles. Mediante el triaje se obtenía una clasificación de las víctimas en función de su gravedad y de su posible pronóstico y así se conseguía una priorización del tratamiento en función del plazo terapéutico.

En los SUH comenzó a utilizarse el triaje en los años sesenta en los hospitales de los EE.UU. (Haven Medical Center) y entre finales de los ochenta y principios de los noventa en España. El sistema preferido en la mayoría de los SUH es el avanzado en el que la enfermera/o hace una valoración inicial de los signos y/o síntomas motivo de consulta de todos los pacientes que llegan a estos servicios, determina las prioridades

asistenciales acordes con el nivel de gravedad de los pacientes y les asigna a la unidad de urgencias donde recibirán el tratamiento apropiado.

Perfil profesional de la enfermera/o de triaje

La enfermera/o que realiza la jerarquización de necesidades o triaje en el SUH debe:

Poseer conocimientos sobre toma de decisiones, los cuales puede conseguir mediante cursos de capacitación proporcionados por el mismo hospital y diseñados especialmente para el servicio de urgencias.

Adquirir experiencia en enfermería de urgencias antes de encargarse de la jerarquización de necesidades o triaje, un mínimo de 6 a 12 meses. Además esta experiencia debe combinarla con cursos de capacitación práctica sobre la jerarquización de necesidades que le permitan obtener una base sólida y adecuada de conocimientos para cumplir con esta responsabilidad.

Ser hábil para comunicarse, a fin de que el proceso funcione con fluidez.

Ser capaz de conservar la calma en cualquier situación, a la vez que continúe con el proceso de tomar las decisiones adecuadas durante períodos de gran tensión.

Demostrar que tiene características de líder y estar capacitada para resolver problemas y sintetizar información.

El sistema avanzado de jerarquización de necesidades presenta ciertas desventajas:

Es un sistema más costoso que el no profesional (administrativo) o básico (auxiliar).

Ocasiona tensión en los profesionales encargados de esa función, debido a:

1. El aislamiento en el que trabajan, lejos de las demás enfermeras/os.
2. Los problemas que resultan de la comunicación inadecuada.
3. La brevedad de la interacción con el paciente y los familiares angustiados.
4. La atención que dispensan a pacientes de todas las edades, con alteraciones físicas o emocionales que no han sido aún diagnosticadas y que requieren una rápida intervención.
5. Exceso de trámites burocráticos.
6. La complejidad del proceso en sí.

Quizás los períodos de descanso durante la jornada laboral y la definición de las funciones disminuirían la tensión, aumentarían la eficacia de estos profesionales y mejorarían el clima laboral del servicio.

Este sistema avanzado de jerarquización de necesidades realizado por la enfermera ofrece muchas ventajas:

Los pacientes se muestran más satisfechos y mejor dispuestos a esperar después de que una enfermera/o les proporcione los primeros auxilios e inicie el proceso de atención.

Por consiguiente, las relaciones interpersonales paciente/familia-profesionales del servicio de urgencias mejoran considerablemente.

Los pacientes aprecian la oportunidad de hablar, en cuanto llegan al servicio, con una persona que proporciona atención a su salud.

Se agiliza la atención que se da al paciente, pues la enfermera/o inmediatamente solicita un examen radiológico o toma de muestras de sangre y las envía al laboratorio correspondiente. Con ello las demoras por los trámites se reducen al mínimo.

La enfermera/o se asegura de establecer las prioridades relativas a la atención según la gravedad de las condiciones del paciente.

El hecho de explicar a los familiares o acompañantes las indicaciones de su familiar, dónde deben esperar y hacerles partícipes de la información que se precisa para la atención y que el paciente no puede aportar, mejora la comunicación del paciente y su familia con el servicio de urgencias y disminuye la ansiedad.

La satisfacción de la enfermera del servicio de urgencias es mayor, porque cuenta con una mayor facultad de actuación que hace que sus conocimientos y capacidades les sean reconocidos.

SISTEMA SANITARIO Y TRIAJE ANTE UNA PANDEMIA DE GRIPE

La actual situación de pandemia gripal a la que se enfrenta nuestro sistema sanitario supone todo un reto que debe de ser gestionado de una manera integral por parte de los responsables sanitarios. Debido a una más que probable saturación del sistema sanitario a todos los niveles, es necesario instaurar protocolos de *triaje* coordinados entre los distintos niveles asistenciales. En este artículo se presenta como

novedad el importante papel que puede tener el *triaje* como una herramienta al servicio de los profesionales sanitarios para gestionar los flujos de pacientes que se producirán debido a la pandemia gripal, sin entrar a analizar los distintos protocolos de *triaje* que ya se manejan a nivel internacional. En definitiva, se da al *triaje* una importancia relevante en cuanto a su papel como herramienta clínica al servicio de la salud pública.

La Gripe A, denominada inicialmente gripe porcina o nueva gripe y actualmente gripe pandémica (H1N1) 2009 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una enfermedad viral producida
por una nueva variante de virus Influenzavirus tipo A, subtipo H1N1, de origen porcino.

Esta nueva variante de la cepa H1N1 se ha originado a partir de una mezcla de material genético viral procedente de una cepa aviar, dos cepas porcinas y una cepa humana que ha mutado. El virus ha pasado mediante contagio del cerdo a los humanos, y finalmente se ha acabado produciendo el contagio de persona a persona.

Los primeros casos conocidos se detectaron en marzo de 2009 en el estado de Veracruz (México). Los dos primeros casos humanos confirmados por el *Center for Disease Control and Prevention*
(CDC)3 fueron dos niños residentes en los Estados Unidos, en California y San Diego, que enfermaron el 28 y 30 de marzo respectivamente, sin haber tenido contacto con cerdos ni haber viajado a México. La primera muerte ocurrió en Oaxaca (México) en abril y era una mujer diabética que falleció por complicaciones respiratorias.

Posteriormente, la enfermedad se extendió por varios estados de México, Estados Unidos y Canadá para luego difundirse a nivel global, a través del contacto directo con personas que habían viajado a esos países. Actualmente la enfermedad está presente en prácticamente todo el mundo.

El grado de difusión geográfica alcanzado actualmente por la enfermedad ha hecho que, a partir del 11 de junio, la OMS haya declarado el nivel de alerta seis o nivel de pandemia, es decir de epidemia global de una enfermedad. El nivel de

pandemia significa la aparición de brotes locales originados sin la presencia
de una persona infectada proveniente de la región del brote inicial. El nivel de alerta no define la gravedad de la enfermedad sino su extensión geográfica. La letalidad de la enfermedad fue inicialmente alta, pero se ha reducido debido al uso de los tratamientos antivirales.
Han aparecido los primeros casos de resistencia a los antivirales y la evolución del virus es aún impredecible. Los cambios antigénicos mayores en los virus influenza A han producido tradicionalmente brotes de gripe más graves, epidemias globales o
pandemias en ciclos de diez a quince años desde la inicial pandemia de 1918. Las variaciones antigénicas menores en los virus influenza A y B (y menos en los C) suelen producir gripes estacionales anuales menos graves y de extensión variable.

Las tasas de morbilidad en una zona afectada por gripe A son muy variables, y oscilan entre 10 y el 20% de la población general, aunque en algunas pandemias anteriores como la de 1918-1919 han alcanzado el 30%.

Las cepas H1N1 que han circulado en los últimos años han sido poco virulentas, han causado una enfermedad menos grave y sólo han producido epidemias, pero no pandemias. La última pandemia de gripe A (subtipo H3N2) se inició en Hong Kong entre 1968 y 1969. Los datos de la OMS en cuanto a tasa de incidencia (22- 33%) se basan en datos históricos. Las tasas de ataque esperadas han sido rebajadas hasta el 20% por algunos organismos oficiales, aunque bien es cierto que el comportamiento del virus puede cambiar tal y como nos enseña la experiencia de pandemias pasadas. La tasa de incidencia de la gripe estacional es de un 5-15% dependiendo de las poblaciones.

La mortalidad se espera que sea similar a la de la gripe estacional (en torno al 0,14%), y la hospitalización alrededor del 1-2%, y es más frecuente en gente joven y en grupos vulnerables.

Históricamente, las pandemias de gripe han producido alta mortalidad, alta morbilidad y alteraciones sociales graves8. La pandemia gripal más grave del siglo XX fue la gripe de 1918-1919 que produjo entre 40 y 50 millones de muertos a nivel mundial. Debido a que el mundo actual está altamente

interconectado y existe un alto nivel de movimiento de viajeros, la diseminación del virus sería muy rápida. Por ello, las estimaciones hechas en base a los actuales modelos epidemiológicos de proyección sugieren que una pandemia produciría entre 2 y 7,4 millones de muertes totales.

Es razonable esperar como consecuencias potenciales:

a) una alta demanda de vacunas, agentes antivirales y antibióticos para tratar las infecciones secundarias, lo cual puede generar dificultades de producción y abastecimiento.
b) una saturación de los centros sanitarios debido al exceso de demanda de atención sanitaria por gripe y otros problemas relacionados con ella.
c) falta de personal en determinados servicios de atención comunitaria.

Para prevenir o mitigar estos efectos potenciales es esencial reforzar los mecanismos de preparación ante pandemias, especialmente si se prevé que ésta será extensa o grave. La OMS dispone de instrucciones técnicas para la prevención y la actuación en estos casos.

Necesidad del triaje en pandemia gripal: Los datos expuestos anteriormente en cuanto a tasa de incidencia nos indican un impacto probable sobre la sociedad mayor que el esperado para la gripe estacional, por lo que el sistema sanitario debe poner en marcha planes para el manejo de esta situación a nivel poblacional y de salud pública que contemplen la necesidad del triaje.

Actualmente los procedimientos de clasificación de pacientes son una herramienta útil para mejorar la gestión de los flujos de pacientes en los sistemas de urgencias y emergencias, además de disminuir la morbimortalidad de los pacientes graves y disminuir sus tiempos de espera gracias a su identificación precoz, ya sea a nivel hospitalario o extrahospitalario.

A nivel prehospitalario, el triaje se ha asociado con mayor frecuencia a los incidentes con múltiples víctimas (IMV) y las catástrofes, en ambos casos con objetivos generales similares, como son la mejora en la gestión de los flujos de pacientes y la disminución de la morbimortalidad de los pacientes críticos, gracias todo ello a la adopción de una serie de medidas organizativas y asistenciales como son: clasificación de

pacientes, uso de tarjetas de triaje, estabilización de pacientes críticos en la
medida de lo posible, traslado a centro sanitario útil, y distribución de pacientes entre centros sanitarios.

El concepto de triaje puede y debe de ser aplicado en una situación de pandemia, ya que podría darse una desproporción entre recursos y necesidades, lo que llevaría a tener que tomar decisiones buscando el beneficio para la población y no sólo para el individuo, tal y como sucede en los IMV y las catástrofes.
De la misma manera que en el bien estudiado caso de los atentados terroristas el sobretriaje aumenta la mortalidad debido a que en tal caso se destinarían recursos a pacientes que no los necesitan en detrimento del resto, en el caso de una pandemia gripal se podría repetir este hecho.
Es por ello que los protocolos de triaje deben de ser adaptados a las distintas fases de la pandemia, y en este caso además tendrían otros efectos como son el evitar la diseminación del virus, la saturación de centros sanitarios con pacientes leves y la contaminación de centros sanitarios con el virus, así como disminuir la morbimortalidad de los pacientes críticos.

Para conseguir estos objetivos, es necesario un trabajo conjunto y coordinado entre todas las estructuras sanitarias, en nuestro país principalmente el sistema de atención primaria, el sistema de emergencias extrahospitalario y el sistema hospitalario.

En la coordinación de estos tres elementos juegan un papel fundamental los departamentos de salud pública de cada comunidad autónoma y del Ministerio de Sanidad. El Ministerio de Sanidad y Consumo establece que las premisas que deben tener las líneas de coordinación son:

a) necesidades de atención a la población
b) máximo manejo domiciliario de los casos
c) derivación según criterios únicos bien definidos.

Flujos de pacientes y *triaje*

En una situación de pandemia, los flujos de pacientes hacia el sistema sanitario seguirán un patrón determinado caracterizado por un aumento progresivo de las demandas asistenciales a los tres niveles anteriormente expuestos.

Este aumento de demanda seguirá el patrón de la curva epidémica

que se vaya produciendo. Los tres niveles asistenciales deben de actuar de manera conjunta, ya que se debe gestionar de manera integral este “aflujo masivo de víctimas”, término adoptado de
la medicina de catástrofes, para conseguir evitar la diseminación del virus y los ingresos hospitalarios innecesarios de manera que cada paciente sea tratado en un nivel asistencial acorde a su gravedad y/o complejidad clínica. Debido a que ante una pandemia de gripe los servicios sanitarios podrán llegar a estar desbordados, y aunque este aumento de demanda suceda de una
manera progresiva que dependerá en gran medida de la evolución de la onda epidémica en cada región o lugar, es necesario implementar sistemas de *triaje* a cada nivel asistencial que sirvan de apoyo a la toma de decisiones de una manera uniforme entre todos los profesionales. En estos algoritmos de *triaje* se deben
de tener en cuenta determinados aspectos:

a) definición de caso clínico
b) factores de riesgo para poder ser denominado “caso” si fuesen necesarios
c) factores de riesgo clínico del paciente

d) procedimiento del uso de equipos de protección individual por parte de los profesionales sanitarios

e) protocolo de traslado de pacientes potencialmente infectados f) criterios de ingreso hospitalario o de tratamiento domiciliario

g) zonas de aislamiento hospitalario.

Las ventajas de la implementación de sistemas de *triaje* serían la uniformidad en la toma de decisiones entre todos los profesionales, el control de casos, el control de la transmisibilidad del virus y la disminución de la mortalidad de pacientes críticos

entre otras. Este último hecho no sólo por la identificación correcta de los pacientes potencialmente graves, sino también por el hecho que una correcta selección de pacientes leves optimiza el

uso de los recursos sanitarios. Si no se establecieran estos protocolos de *triaje* adaptados a cada nivel asistencial, probablemente se realizaría un *sobretriaje* espontáneo debido a que ante una alarma social los pacientes tenderían a acudir a los centros sanitarios ante cualquier malestar, lo que produciría una saturación de los mismos. Este *sobretriaje* espontáneo

produciría un aumento de la mortalidad de los pacientes críticos tal y como se ha demostrado en el caso de los IMV, debido al coste de oportunidad que supone el tener que atender a todas las demandas asistenciales, lo que produce un consumo excesivo de recursos que dejan de dedicarse a identificar y tratar a los pacientes graves. Ante este *sobretriaje* espontáneo, la mejor arma de que dispone nuestro sistema sanitario son los centros coordinadores de urgencias, que tendrían un papel protagonista en la gestión telefónica de los pacientes leves, y la red de atención primaria, que probablemente sería la puerta de entrada al sistema sanitario de la mayoría de los pacientes leves. Uno de los objetivos fundamentales sería el lograr que el mayor número de casos posibles sean controlados y tratados a nivel domiciliario. Esto mejoraría la respuesta global del sistema en dos aspectos principales:

1) los recursos hospitalarios se reservarían para aquellos pacientes que realmente los precisasen

2) al mantener a los pacientes afectados en sus domicilios, se disminuye la posibilidad de contagio al resto de la población y especialmente en las instalaciones sanitarias.

Otro aspecto positivo que aporta el establecer que el sistema de urgencias y emergencias sea el primer punto de contacto del paciente con el sistema sanitario es que el traslado de los pacientes con criterios de evaluación hospitalaria se realice en transporte sanitario, que evita el uso de vehículos particulares o transporte público para así contener la transmisión del virus.

Las categorías de *triaje* ante una pandemia pueden ser adaptadas a la realidad de cada sociedad y sistema sanitario, aunque se han publicado categorías específicas para estos casos; es lo que se ha denominado *triaje* SEIRV, que clasifica a los pacientes en:

– Susceptibles: susceptibles pero no expuestos.
– Expuestos: expuestos pero no infectados.
– Infectados: los que están infectados.
– Retirados: los fallecidos y los recuperados de la infección.
– Vacunados: Aquellos protegidos por vacunación o medicación profiláctica.

Por lo tanto, uno de los pasos claves del *triaje*, una vez decidido si el paciente es sospechoso de estar infectado, es

decidir qué tipo de asistencia va a recibir el paciente. El tipo de asistencia dependerá en gran medida de la manera de acceso del paciente
al sistema sanitario. Lo ideal sería que este acceso fuese a través del número de teléfono de urgencias sanitarias, para evitar la saturación de otros dispositivos asistenciales, o bien a través de la red de atención primaria. Por ello es importante que previamente
se haya desarrollado una potente campaña de información sanitaria al ciudadano sobre el uso racional de los recursos sanitarios en caso de pandemia gripal.
Desde el centro coordinador se decidirá, en función de los protocolos de triaje telefónico, el tipo de recurso que precisa el paciente según su cuadro clínico. Si existe una alta sospecha de cuadro gripal y el paciente no presenta signos o síntomas de gravedad, se tenderá a prestar una asistencia domiciliaria por el equipo de atención primaria o por los equipos de urgencias con el objetivo de disminuir al máximo la transmisión del virus entre la población. En caso de pacientes graves, éstos serían asistidos por las unidades de soporte vital avanzado (USVA) al igual que cualquier otro paciente crítico, aunque éstas deberán de contar con equipos de protección y protocolos de gestión de

residuos contaminados y descontaminación de la unidad en caso de ser necesario.

Una estrategia a tener en consideración sería la creación de USVA específicas para asistir a pacientes graves por gripe, aunque esto sólo sucedería en la peor situación epidemiológica posible, y probablemente sería sólo factible en grandes centros urbanos con una casuística de este tipo lo suficientemente alta como para que estuviese justificado la creación de estos nuevos recursos, o bien con el suficiente número de USVA como para especializar a algunas de ellas en estos pacientes.

Esta estrategia reduciría además la diseminación del virus entre el personal de los servicios de emergencias al disminuir el número de profesionales en contacto con el virus y aumentar su pericia en el uso de los equipos de protección y las técnicas de descontaminación.

Los pacientes que precisen traslado hospitalario sin asistencia médica serán trasladados en unidades de soporte vital básico, las cuales deberán cumplir los protocolos indicados para la gestión de

residuos y uso de los equipos de protección, o bien crear igualmente unidades específicas. En el brote de Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) ocurrido en Taipei en el año 2003 se crearon unidades específicas para el traslado de los pacientes afectados.

Se ha publicado hasta la fecha multitud de guías de triaje, cada una de ellas con unos criterios de gravedad y/o derivación de pacientes determinados, adaptados a la realidad local pero con unos fundamentos similares que son:

a) determinar la probabilidad de que el paciente esté infectado por el virus de la gripe
b) determinar el tipo de recurso sanitario que precisa el paciente
c) valorar la posibilidad de realizar tratamiento y seguimiento domiciliario
d) valorar los criterios de ingreso hospitalario
e) establecer los criterios de terapia intensiva hospitalaria.

Con respecto al manejo hospitalario de esta situación de llegada masiva de pacientes, el objetivo principal es evitar la saturación de los servicios de urgencias (un buen triaje telefónico y en atención primaria, junto con la información a la población, serían los elementos clave), de las zonas de hospitalización y de las unidades de cuidados intensivos. El servicio de urgencias debe tener elaborado su protocolo específico de triaje para pacientes con gripe.

Este protocolo debe de estar consensuado con los equipos de atención primaria, ya que determinados pacientes que acudan directamente a urgencias no requerirán tratamiento hospitalario, y por tanto podrán ser derivados a su centro de atención primaria

o a equipos de seguimiento domiciliario. El principal objetivo del triaje en el servicio de urgencias hospitalario sería determinar qué pacientes precisan ingreso u observación hospitalaria durante unas horas, además de identificar a aquellos pacientes que presenten riesgo vital y deban de ser ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI). El remitir a otros dispositivos asistenciales a los pacientes leves mejorará la asistencia prestada a los pacientes que

ingresen en el hospital. En definitiva, la gestión de los pacientes en el servicio de urgencias determinará en gran medida el funcionamiento del resto de unidades hospitalarias.

Pero el triaje no acaba en el servicio de urgencias. Está dentro de lo hipotéticamente posible el que un porcentaje elevado de pacientes con complicaciones de la gripe precisen soporte ventilatorio en la UCI. Esto hace que nos podamos encontrar con un déficit de recursos (ventiladores) y un exceso de demanda, lo que supone introducir un importante concepto de la medicina de catástrofes, que es el hecho de que los recursos se ven sobrepasados por las necesidades.

Por ello es igualmente importante que una vez que desde el servicio de urgencias, según el protocolo de triaje, se ha decidido que el paciente precisa ingreso en la UCI, desde ésta se determine la necesidad o no de soporte ventilatorio no ya sólo en base a los criterios clínicos habituales, sino también teniendo en cuenta que debido a escasez de recursos (en este caso ventiladores), éstos deban de ser usados en determinados pacientes con posibilidades reales de sobrevivir.

El departamento de salud de Utah (EEUU) ha desarrollado un protocolo de triaje en el que incluye criterios de inclusión y exclusión para el uso de soporte ventilatorio en las UCI en caso de pandemia gripal.

Puntos de triaje

Un aspecto fundamental del triaje en caso de una pandemia de gripe con múltiples afectados es el lugar en el que se realice el triaje. Hay que tener en cuenta que uno de los objetivos del sistema sanitario será el evitar la propagación del virus, especialmente en los centros sanitarios.

El triaje telefónico no plantea ningún problema en cuanto al riesgo de transmisión del virus al personal sanitario o en centros sanitarios. Sin embargo
hay que tener en cuenta que probablemente un gran número de pacientes acudan por iniciativa propia a centros sanitarios, ya sean de la red de atención primaria o a los hospitales. En estos centros, los flujos de pacientes con sospecha clínica de cuadro gripal y el resto deben diferenciarse ya desde la misma entrada al centro sanitario, lugar en el que se debe de habilitar la zona

de triaje, para posteriormente diferenciar dos salas de espera distintas. Estos flujos de pacientes no se deberían mezclar en ningún punto del proceso asistencial.

En algunas recomendaciones se establece que al menos debe de haber una separación mínima de 3 metros entre los pacientes con síntomas gripales y el resto, además de proporcionar mascarilla quirúrgica a los sospechosos.

Aspectos a tener en cuenta

Se ha expuesto hasta ahora algunas de las medidas que pueden frenar la transmisión de virus en la comunidad (manejo domiciliario, uso del sistema de emergencias como primera toma de contacto del paciente con el sistema sanitario, transporte sanitario, etc.). Con respecto a este hecho, hay algunas consideraciones que se deben tener en cuenta. Por un lado, es fundamental que la población tenga información veraz y adaptada sobre la enfermedad, que incluya conocimientos sobre signos y síntomas iniciales, sobre medidas para evitar la transmisión y sobre el uso de los recursos sanitarios, así como conocimiento para detectar signos y síntomas de alarma.

Para ello las autoridades sanitarias deben proporcionar esta información a la población antes de que se inicie la onda epidémica, y previamente haber realizado estudios sobre la percepción y la actitud ante la enfermedad, lo que determinará el contenido de estos programas informativos.

Con respecto al impacto de la pandemia sobre el personal sanitario, éste representa uno de los principales grupos de riesgo debido a su contacto con los enfermos. Para evitar la transmisión al personal sanitario existen protocolos sobre el uso de equipos de protección.

Es importante su elaboración de una manera consensuada, pero tan importante como que su contenido sea el correcto es el desarrollo de planes de entrenamiento para todo el personal sanitario susceptible de usarlos.

Dado que el personal sanitario es un punto clave en la respuesta, es fundamental que se adopten las medidas de

protección adecuadas para evitar absentismo laboral por enfermedad gripal.

En el caso del brote de SARS en Taipei, hasta la mitad del personal de emergencias se vio expuesto al virus con necesidad de aislamiento domiciliario, lo que supone una importante merma
en los recursos humanos del sistema de emergencias y por tanto un aspecto logístico a tener en cuenta por las autoridades sanitarias.

CAPÍTULO VI

RAC (RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS)

1. JUSTIFICACIÓN

El cambio experimentado en el sistema sanitario en los últimos años, centrado en la búsqueda de la máxima calidad en la asistencia y partiendo del ciudadano como centro, hace indispensable un cambio en lo que se ha dado a conocer tradicionalmente como triage y que se ha venido realizando por enfermeras del ámbito de las urgencias y emergencias de nuestro sistema sanitario.Por ser este un tema de debate a lo largo de los últimos años en las reuniones y congresos con los profesionales, en el seno de la SEEUE surge un grupo de trabajo convencido de la necesidad de cambiar el concepto de triage por el de RAC (recepción, acogida y clasificación de pacientes) siendo la enfermera la figura que cumple los requisitos indispensables para el desempeño de esta función.

El objetivo de este trabajo, es la creación de un documento (recomendación científica) para la recepción, acogida y

clasificación de pacientes en el ámbito de urgencias y emergencias, con la ayuda de los profesionales que realizan su labor en esta área.

Dado que está demostrado que la mayoría de las consultas realizadas a las distintas áreas de urgencias en todos los ámbitos se refieren a patologías banales, se hace necesario un método de clasificación rápida e individualizada de los usuarios a su llegada, para así poder delimitar inmediatamente cuál de ellos precisan realmente una atención prioritaria y cual puede demorar su asistencia.

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

2. DEFINICIÓN. DIFERENCIACIÓN CON CONCEPTO CLÁSICO DE TRIAJE

El concepto triage o clasificación, es un término de origen francés y eminentemente militar, actualmente aceptado a nivel

mundial por toda la comunidad sanitaria y que significa clasificación de pacientes según su estado de salud.

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

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

La valoración resulta incompleta porque el análisis sistemático es

estandarizado, rápido, objetivo, conciso y dirigido a valorar las capacidades de supervivencia inmediata. No se contemplan patologías previas, no existen datos complementarios ni apoyos al diagnóstico.

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

La RAC no puede entenderse sólo como un proceso exclusivo del

ámbito de la atención urgente hospitalaria. Superado el instante del triage en situaciones de catástrofes, desastres o accidentes con múltiples víctimas, se mantienen y refuerza la relación interpersonal, inevitable de otro modo, entre víctima-paciente/profesional sanitario. En esta relación hay que establecer
conexiones empáticas y éstas se enmarcan en el continuo del proceso RAC.

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

3. FASES

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

1ª Fase: RECEPCIÓN

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

Valoración primaria:

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

2ª Fase: ACOGIDA

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

Valoración secundaria:

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

3ª Fase: CLASIFICACION

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

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

El método de intervención más eficaz para la satisfacción de los propósitos de la asistencia sanitaria a través de la práctica enfermera, de manera que pueda ser aplicada en cualquier ámbito de urgencias y emergencias por un profesional de enfermería capacitado para dicho fin (recogida de datos/juicio clínico/acción/evaluación).

4. OBJETIVOS DE LA R.A.C.

OBJETIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Recibir y acoger al ciudadano: la recepción y la acogida del paciente que acude demandando asistencia ante una situación de urgencias, son dos fases relacionadas de un mismo proceso.
Consiste en tratar de una determinada manera a alguien que llega planteándole una opinión o propuesta. En esta fase se quiere cumplir el objetivo de recibir, identificar y valorar a la persona que requiere asistencia sanitaria.

2. Evaluación clínica rápida: se realiza una anamnesis rápida del paciente, que se basará tan solo en aquellos puntos que nos permitan formarnos una opinión sobre la gravedad del cuadro y la necesidad de atención más o menos inmediata. Deberá realizarse en el mínimo tiempo posible después de la llegada del paciente al ámbito de urgencias y emergencias en el que nos encontremos.

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

inmovilización provisional a la espera de estudios radiológicos, apoyo psico-emocional…

4. Establecer prioridad asistencial: fruto de los pasos anteriores podremos delimitar la gravedad del cuadro por el cual acude el paciente con unos datos objetivos y con la información que este nos da. Estableceremos así una prioridad asistencial que redundará en el tiempo de espera máximo que podrá soportar dicho paciente y siempre y cuando no existan recursos disponibles en ese momento para atenderlo o estos estén ocupados por otros paciente más graves o potencialmente graves.
Con esto estamos eliminando la relación asistencia en función del orden de llegada.

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

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

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

Debe de ser relativamente breve, recoger suficientes datos para establecer la gravedad del usuario y determinar la prioridad de los cuidados en función de su estado de salud.

El objetivo de la evaluación no es establecer un diagnóstico, sino identificar las necesidades del usuario con el fin de determinar la prioridad de los cuidados.

La clasificación se establece en función del grado de gravedad de los síntomas y permite evitar el retraso que podría perjudicar al usuario, causándole daños mayores.

La evaluación inicial de paciente sea cual sea el ámbito donde se realice debe contar con las siguientes fases:

1ª Fase: Interrogatorio

¿Qué le pasa?: motivo de consulta. Descripción del cuadro y su sintomatología delimitando el cuadro, para formarnos una opinión de su gravedad. Existencia de dolor, localización y características.

¿Desde cuándo?: delimitamos si es un cuadro agudo o una afectación crónica, o crónica descompensada… Episodios previos: averiguamos la existencia de cuadros recurrentes.

Datos de interés relacionados con el motivo de consulta: y que sean pertinentes y de ayuda en la priorización, ya que se pretende que la consulta sea lo más dinámica posible, será el facultativo quien ahonde después en todos los antecedentes del paciente que sean necesarios para la historia clínica de urgencias.

2ª Fase: Inspección

Búsqueda de signos de gravedad. Tan sólo nos fijaremos en aquello que sea pertinente con el motivo de consulta y que nos ayude a priorizar.

- Aspecto general: impresión de gravedad.
- Piel y mucosas:
- Color: palidez, cianosis...
- Temperatura.
- Neurológico:
- Nivel de consciencia
- Respuesta al dolor
- Tamaño y respuesta pupila
- Motricidad
- Circulación:
- Pulso: palpable en zonas distales a traumatismos, amplitud, intensidad...
- Frecuencia cardíaca
- Respiración:
- Permeabilidad de vías aéreas
- Patrón respiratorio
- Existencia de trabajo respiratorio

3ª Fase: Intervenciones enfermeras:

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

4ª Fase: Establecer prioridad asistencial:

Una vez llegados aquí y tras la recogida de datos, se establece un juicio clínico rápido sobre la situación clínica del paciente (y su familia) para asignarle un nivel asistencial, que llevará consigo un nivel de priorización a la hora de atenderle en el ámbito de urgencias en el que se desarrolle la RAC.

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

Como guía definimos 4 niveles de priorización:

- Nivel I: riesgo potencial elevado y requiere intervención inmediata.
- Nivel II: potencial de deterioro que necesita cuidados rápidos; la espera no debe pasar 30 minutos.
- Nivel III: no hay riesgo potencial de deterioro a corto tiempo; la espera no debe pasar 2 horas.

- Nivel IV: no hay riesgo; la espera no es un factor de riesgo.

NIVEL TIPO DE URGENCIA ASISTENCIA

I; Urgencia vital

-Reanimación inmediata

II; Patología muy urgente

-Estabilización hemodinámica

-Exploración inmediata

-Aproximación diagnóstica

-Pruebas diagnósticas inmediatas

-Tratamiento paliativo hasta diagnóstico definitivo

III; Patología urgente

-Prevención de riesgos

-Exploración rápida

-Pruebas diagnósticas rápidas

-Medidas de prevención de riesgos

-Observación en cama en sala de urgencias

IV; Urgencias relativas

-Historia clínica

-Pruebas diagnósticas en plazos razonables

-Espera en salas generales

-Valoración de riesgos

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

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

Ha de ser dinámica, de tal forma que la enfermera que la realice deberá reevaluar a aquellos pacientes que no hayan sido vistos en el tiempo previsto, siempre coordinado con el resto de los profesionales de enfermería.

Desde la RAC se iniciarán los cuidados derivados del problema de Salud consultado, según cada centro tenga establecido. Debe de disponer de los recursos humanos y materiales suficientes para llevar a la práctica el concepto definido.

6. CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTROS ENFERMEROS

Un registro clínico de enfermería es un soporte estructurado para la recogida de información sobre hechos u observaciones significativas, relacionados con la atención del paciente y de su familia, cuya última finalidad es facilitar el proceso de cuidar y dejar constancia escrita del mismo.

Funciones de los registros:

- Crear un documento legal.
- Identificar patrones de respuesta y cambios en el estado del paciente.
- Comunicar los cuidados prestados.
- Analizar la calidad de los cuidados impartidos.
- Facilitar la continuidad de los cuidados.
- Facilitar la comprensión de los fundamentos del trabajo enfermero.
- Justificar los servicios prestados.
- Contribuir a la inserción de nuevo personal.
- Proporcionar una base de datos.
- Características de los sistemas de registro efectivos:
- Estar adaptados a los problemas más frecuentes que presentan los pacientes del centro donde se utilicen.

- Reflejar el uso del proceso enfermero.
- Desaconsejar la doble documentación y las anotaciones irrelevantes.
- Contribuir al aumento de la calidad de los registros enfermeros.
- Estar diseñados de forma que los datos cruciales puedan recuperarse fácilmente para facilitar la comunicación, evaluación, investigación y mejora de la calidad.
- Pero sobre todo, ser adecuados legalmente.

La hoja de recepción y clasificación de pacientes debe ser creada a tal efecto y deben existir como mínimo los siguientes apartados:
- Datos del paciente.
- Hora de llegada.
- Hora de entrada en consulta de RAC.
- Tiempo de permanencia en la RAC.
- Nivel de prioridad.
- Consulta o zona designada.
- Espacio para el motivo de consulta y el registro de los signos y síntomas que expresa el paciente o su acompañante.

- Espacio para aquellos otros datos relacionados con el motivo de consulta, como antecedentes personales de interés…
- Alergias.
- Enfermero que realiza la RAC.
- Constantes vitales: presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, pulsioximetría, glucemia, temperatura, peso(en caso de pacientes pediátricos).
- Pruebas complementarias solicitadas desde la consulta de RAC o realizadas (ECG).
- Valoración inicial anotando problemas de colaboración, manifestaciones de dependencia o problemas de autonomía fundamentalmente relacionados con el motivo de consulta.
- Intervenciones de enfermería iniciadas o realizadas en la consulta de RAC.

7. FUNCIONES PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA RAC

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

La aplicación de ciertas técnicas propias del ejercicio profesional.

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

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

La enfermera evaluará la situación del usuario a su llegada y determinará el grado de prioridad. Derivará al usuario que precisa cuidados inmediatos hacia el área de tratamiento y cuidados apropiados. Procediendo a una evaluación más detenida, al usuario que no precisa cuidados inmediatos.

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

orientará adecuadamente, aclarando cualquier duda que expresen.

CONCLUSIONES

La enfermera representa actualmente en la medicina critica el eslabón necesario para mantener la atención continua de alta calidad de que tanto se habla. Sin embargo para tener este ideal de enfermería , es necesario acabar con las tradiciones inoperantes y seguir nuevos sistemas de educación y entrenamiento. Sólo así se lograra prepara el personal esto incluye enfermeras y también médicos.

Llegados a este punto, queda suficientemente demostrada la necesidad de que la enfermera, que desempeñe su labor en la recepción, acogida y clasificación en el ámbito de las urgencias y emergencias, disponga de unos conocimientos, unas habilidades y unas actitudes que le permitan desarrollar su trabajo de la mejor manera posible.

Es justamente en la atención de urgencias donde se ponen en evidencia los principios éticos tradicionales en medicina y enfermería: no dañar, hacer el bien, fidelidad y veracidad ante todo, no dañar a causa de un diagnóstico irreflexivo, por frialdad o indiferencia en el actuar del médico.

Puede ser también la equivocación al administrar un medicamento por negligencia de la enfermera, al violar lo reglamentado al realizar este proceder. No se deberá faltar al principio de fidelidad con el paciente, por parte de la enfermera, quien deberá cumplir sus compromisos y obligaciones con el paciente que tiene bajo su cuidado, especialmente en las condiciones que impone la urgencia, en que la capacidad, la habilidad y la destreza, y el sentido de responsabilidad, posibilitan en considerable ocasiones, el salvar una vida.

Es también en la atención de urgencias en que impone, más que en ningún otro caso, la jerarquización correcta de los principios de la bioética: ante todo la justicia, atendiendo al más necesario de los posibles a recuperar; y la beneficiencia en aras de salvar el valor fundamental, el hombre.