



CLÍNICA

LA ENFERMERA DE RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN. NURSES WORKING ON THE RECEPTION DESK: REGISTERING AND CLASSIFICATION IN THE EMERGENCY DEPARTMENT.

***Díaz Chicano, Juan Francisco.**

*Enfermero. Supervisor del Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Palabras clave: urgencias, Triage, clasificación de pacientes, RAC.

Key words: emergency, Triage, classification of patients, RAC..

RESUMEN

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 Triage. 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 Triage) 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 Triage Manchester.

ABSTRACT

The constant increase of the number of the consultations that are carried out in the services of the hospital urgencies, it makes that it is indispensable to prepare a system to classify the patient who go to our services in function of possible graveness for to take care of the high-priority form to one that more that require.

To this activity has been calling Triage traditionally. This term for their meaning and application historical should to be bounded, in the sanitary terminology, for to define the classification of victims taken place by accidents or catastrophes and, therefore, for application to the extrahospitable environment. In the environment for the hospital urgencies it has insert the term of the RECEPTION, WELCOME and CLASSIFICATION (RAC).

The RAC (term that in hospital urgencies it must substitute to Triage) it is a correct understanding of the problem of health of the patients and their ecosystem, environment and family, since the assistance optics, for levels of graveness, and their corresponding classification and adaptation to the assistance structure means of urgencies in which we are.

The RAC is an own activity of infirmery, like they recognize this way in the articles 52, 53 and 54 of the Real Ordinance 1231/2001, of 8 of November, for the approval of the general Statutes of Schoolboy Organization of Infirmary in Spain, the General Council and of the Ordination the professional activity of infirmary and the Law 44/2003, of 21 of November, of ordination of the sanitary professions in their articles 5.1,a) b) and c); article 7.1 and 2 a).

For that this activity will have been effective and efficient, it should apply some systems for the classification of the patient validated y/o consent, but also debit side to maintain and to reinforce the interpersonal relationship between user / victim and sanitary professional.

In our Hospital, the activity of the RAC it carries out it the infirmery of the urgencies service, and the system of the patient classification adopted it is the MTS or Manchester Triage System.

INTRODUCCIÓN

Se estima que más de 20 millones de consultas se han realizado en los servicios de urgencias en el año 2003 ¹. Ante este aluvión, es imprescindible tener un sistema para clasificar pacientes que acuden a nuestros servicios en función de su posible gravedad con el único objetivo de atender de forma prioritaria al que más lo necesita.

Tradicionalmente se ha utilizado el término TRIAGE para definir el acto de clasificar pacientes dependiendo de su gravedad, fundamentalmente en situaciones de accidentes y

catástrofes con múltiples víctimas, entendiendo esta situación en el ámbito extrahospitalario. Pero este término se trasladó al ámbito de las urgencias hospitalarias para definir el proceso por el que se prioriza la atención a los usuarios de estos servicios.

La recomendación científica 99/01/01, de 15 de junio de 1999, revisada y adaptada a 15 de noviembre de 2004 de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias (SEEUE) explicita que la utilización del término TRIAJE (y no TRIAGE), por su significado y aplicación histórica debe quedar circunscrito, en la terminología sanitaria, para definir la clasificación de víctimas producidas por catástrofes e introduce un nuevo término a mi juicio muy acertado, el de RECEPCIÓN, ACOGIDA y CLASIFICACIÓN².

I. NECESIDAD DE CLASIFICAR: CONCEPTO DE TRIAJE

En los hospitales públicos hay un preocupante y constante aumento de la demanda de asistencia en los Servicios de Urgencias. Estudios realizados en Atención Primaria³ indican que está aumentando la frecuentación de los servicios de urgencias hospitalarios por sus usuarios, incluso en la franja compatible con la consulta de Atención Primaria. Cerca de un 45% de las visitas se asocian a limitaciones en el acceso al sistema; bien por razones horarias (20%) o porque el paciente percibe una mayor facilidad y rapidez de resolución en el acceso hospitalario (25%). Si a estas cifras unimos la cantidad cada vez más elevada de inmigrantes que utilizan los servicios de urgencias como consultorio (entre otras razones porque no tienen otro sitio adonde ir), tenemos unos factores que contribuyen de forma definitiva a la saturación de los servicios y ocasiona graves dificultades para asegurar una atención rápida y eficaz a los usuarios.

Ante esta situación, y aún entendiendo que en el conjunto del sistema sanitario no es la solución, es necesario equilibrar la oferta y demanda de forma más adecuada en los Servicios de Urgencia. Para ello, en la mayoría de los hospitales se están implantando sistemas de jerarquización de las necesidades de asistencia de los usuarios a los que se les denomina TRIAJE.

El TRIAJE se ha definido como un proceso para evaluar de forma rápida la gravedad de la afección del usuario con el fin de priorizar el orden de tratamiento y asignar el lugar y los medios adecuados para el mismo⁴.

Genéricamente consiste en un conjunto de procedimientos sencillos, rápidos y repetitivos, efectuados sobre cada una de las víctimas que en ese momento demandan asistencia.

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

La palabra TRIAGE (escribo bien, en vez de TRIAJE), se utiliza en inglés para referirse a la jerarquización de necesidades asistenciales, y se deriva del término francés trier que significa selección o escoger.

Ya hemos dicho, que tradicional e históricamente, el término debe quedar circunscrito a la clasificación de víctimas producidas por catástrofes. La extrapolación del término a la acción de clasificar pacientes en los servicios de urgencia no coincide por tanto con su significado y uso original. Además el término no está admitido por la Real Academia Española de la Lengua, y además, en castellano, todas las palabras terminadas en -aje se escriben siempre con jota; de ahí el lío ortográfico plasmado en las líneas anteriores para intentar diferenciar el término que aparece en la bibliografía médica y cómo debe figurar.

Volviendo otra vez al concepto, el Triage supone en algunas ocasiones prescribir pruebas complementarias o decidir si es un paciente candidato a ser visto en urgencias o por el contrario por el médico del centro de salud⁵, en definitiva escoger. Escoger no es función de la enfermera/o.

II. RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN (RAC)

Debemos desterrar de nuestro vocabulario la voz TRIAJE. El primer contacto de los pacientes con el personal sanitario en los servicios de urgencias, tanto hospitalarias como del nivel asistencial de Primaria, es entendido y definido, por la **SEEUE**, como RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES EN URGENCIAS (**RAC**).

La RAC (término que debe sustituir definitivamente a Triage) 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 encontremos⁶.

Da un *paso importante en la concepción de clasificación de pacientes* en urgencias. **No es solo priorizar. Supera el instante del Triage.** Mantiene y **refuerza la relación** interpersonal entre usuario / víctima y profesional sanitario.

La SEEUE establece los siguientes objetivos de la RAC⁵

1. Mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de urgencias y emergencias, mediante una respuesta adecuada a las necesidades de los usuarios, estableciendo criterios homogéneos, científicos y coherentes sobre la necesidad de atención, que el paciente presenta con respecto a su demanda de asistencia y sobre la base de ello aplicar las intervenciones enfermeras para garantizar su seguridad.
2. Ordenar de manera eficaz la demanda mediante valoración enfermera inicial.
3. Clasificar y distribuir los pacientes en base a sus necesidades asistenciales según la organización y estructura de la Unidad.
4. Aplicar, si procede, ciertas técnicas, iniciales y básicas, propias del ejercicio profesional.
5. Prestar a los pacientes, y a sus familiares o acompañantes, una aproximación humana y profesional al problema planteado como demanda asistencial en todo su contexto.
6. Facilitar estabilidad y confort en la medida de lo posible.
7. Prestar apoyo emocional y ayuda psicológica, para disponer al paciente hacia una actitud terapéutica positiva, obteniendo así el más alto índice de calidad posible en el conjunto de las prestaciones sanitarias.

Estamos definiendo por tanto, una actividad donde la enfermería no sólo es parte del proceso. **La actividad de Recepción, Acogida y Clasificación de los pacientes de urgencias, es propia de la enfermería.**

Esta afirmación se sustenta sobre cuatro pilares:

1. La cualificación profesional de la enfermera al amparo de su titulación académica.

2. 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.
3. 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);
4. y de manera específica cuando expresamente se contemple en procedimientos y/o protocolos de unidades o centros asistenciales, (TSJ Andalucía (Sevilla) Sala de lo social, S-22-5-2001, nº 2190/2001, rec. 3887/2000).

III. PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN

Según define la SEEU:

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

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

La **clasificación** determina una toma de decisiones en cuanto a la asistencia del paciente con relación a su estado de salud, adecuando esa toma de decisiones a las capacidades del servicio y de respuesta material y humana, que presenta cada unidad asistencial.

*La clasificación se hará en función de los síntomas y manifestaciones subjetivas del paciente, o acompañante, en aras de una priorización en la atención médica y de **cuidados enfermeros**.*

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

En cuanto a la escala empleada para clasificar asignando una prioridad en la atención, se 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.

En España, lo más habitual es priorizar en tres niveles distintos^{5,6,7,8}. Se diferencia entre situaciones de extrema gravedad (asistencia inmediata) y situaciones banales con un tiempo de espera asistencial largo. El resto de los casos que se pueden considerar urgentes presentan como único criterio de priorización la hora de llegada. Su nomenclatura suele ser:

Nivel I	emergencia
Nivel II	urgencia
Nivel III	no urgente

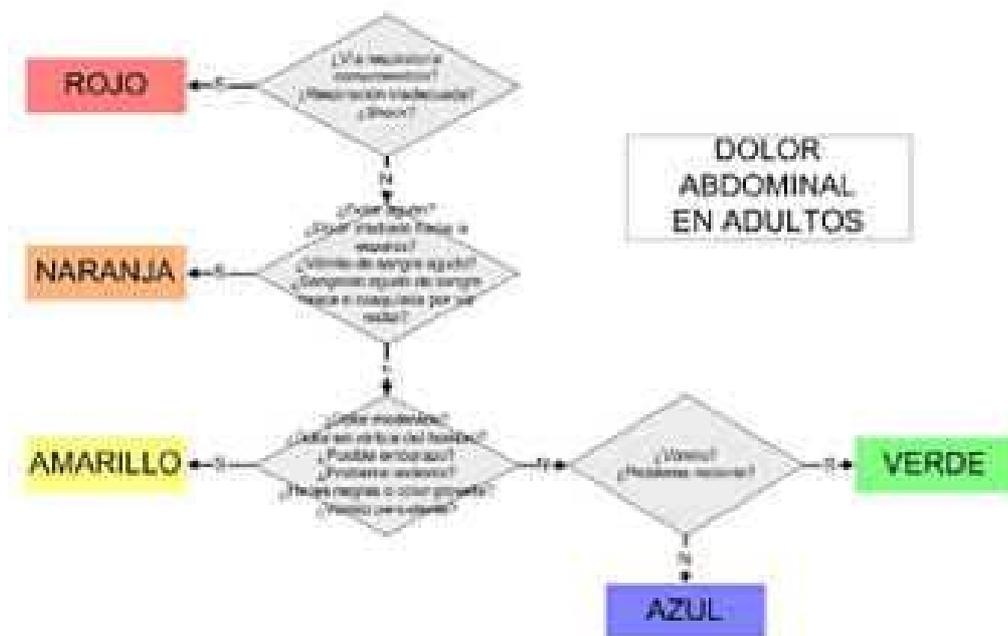
Otras escalas de clasificación hacen mención a 4 ó 5 niveles de prioridad en los que prima la atención médica. En este sentido, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) impulsó en el 2003 el Sistema Español de Triage (SET) . Es un sistema de cinco niveles basado en el Sistema Andorrano de Triage.

Ejemplo escala de prioridad:

Nivel 1.- Resucitación.
Nivel 2.- Emergencia.
Nivel 3.- Urgente.
Nivel 4.- Semiurgente.
Nivel 5.- No urgente.

IV. LA CLASIFICACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA

En nuestro servicio se apostó por el Sistema Manchester (MTS). La escala MTS, clasifica al paciente que llega a un área de urgencias en **52 motivos diferentes**. Dentro de cada motivo se despliega un árbol de flujo de preguntas cuya contestación es siempre **Sí / No** (figura 1).



El sistema no clasifica en función de una aproximación diagnóstica, sino en función de una prioridad clínica basada en síntomas y signos que presente el usuario (por ejemplo, un esguince de tobillo con dolor intenso presenta una mayor prioridad clínica que el esguince de tobillo con dolor leve o sin dolor).

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.

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

En la actualidad se ha creado y validado una plataforma informática (de próxima implantación) basada en el Sistema Manchester. Este sistema está totalmente optimizado para ser utilizado por enfermeras /os o por facultativos.

La informatización e implantación del MTS en nuestro servicio debe permitir aumentar la facilidad y rapidez de aplicación del sistema, atenuar la variabilidad inter observador y permitir obtener estadísticas a tiempo real para adecuar los medios a las necesidades reales y los recursos a las desviaciones puntuales.

El área de recepción, acogida y clasificación de pacientes (RAC) (figura 2), dispone de TRES consultas:



1. Una consulta de clasificación (figura 3); dotada con un Diplomado en Enfermería
2. Una consulta médica de resolución rápida; dotada con un médico del servicio de urgencias.
3. Una consulta de enfermería dotada con un Diplomado en Enfermería y el apoyo de un auxiliar de enfermería.



Tras obtener en el mostrador de admisión el documento de asistencia /admisión, el celador acompaña al usuario al área de RAC (figura 4).



La valoración debe ser inmediata, iniciándose una serie de actuaciones que comprenden (figura 5):



1. Valoración general de estado de gravedad
2. Toma de Presión arterial, temperatura, pulso y valoración respiratoria
3. Motivo de consulta
4. Alergias
5. ECG en caso de dolor torácico o epigástrico, síncope, arritmia captada en pulso.
6. Simultáneamente se aplica el procedimiento de clasificación de pacientes de Manchester; fruto del cual el paciente queda encuadrado en uno de los CINCO grupos del sistema (azul, verde, amarillo, naranja y rojo)

Estas actuaciones deben **incluir actividades de recepción y acogida**: Dar la bienvenida, tranquilizar al usuario, darle apoyo emocional y seguridad e incluir información general sobre el funcionamiento del servicio de urgencias, zona de destino y tiempo de espera.

Ventajas que encontramos en este sistema:

a) Para los pacientes del área de urgencias (en general común a todos los sistemas de clasificación):

1. Proporciona información clara al usuario sobre su estado y el tiempo aproximado de espera, ganando en satisfacción. También se convierte en el entorno idóneo para realizar tareas de educación sanitaria, disminuyendo la ansiedad y nerviosismo del paciente.

2. Crea un primer contacto de su demanda con la estructura sanitaria, otorgándole una respuesta clara en función de su estado de salud.
3. Se atiende antes al más grave. Genera confianza en el sistema.

b) Para el servicio de urgencias

1. Orienta los flujos de pacientes en función de su gravedad clínica.
2. Permite, en cualquier momento del ciclo de trabajo, la reordenación de recursos en el área de urgencias en función de la demanda.
3. Genera información útil para la orientación de los recursos que debe disponer el área de urgencias.
4. Crea estadísticas de tiempos de demora según escalas de priorización clínica.

c) Para enfermería

1. Pasa a ser, aún más si cabe, parte activa y fundamental del servicio.
2. Prestigio profesional.
3. Conoce más a fondo la problemática de la organización de la asistencia en urgencias.
4. Aumenta por tanto su implicación en la gestión del servicio.
5. Los diagramas de presentación clínica son sencillos y coherentes, evita la variabilidad del observador (sin sustituir el juicio clínico) y por tanto no es preciso una gran experiencia en urgencias para manejarlos correctamente.

d) Para la dirección del centro

1. Da una respuesta eficaz, basada en el usuario y en la gravedad clínica, a un problema como es la gestión de pacientes en el área de urgencias.
2. Permite realizar controles de calidad de los tiempos de espera.
3. Permite realizar políticas dirigidas a dotar de recursos estables al área de urgencias en función de la gravedad y tipología de los casos vistos. Supone un avance en las estrategias de mejora de la calidad.
4. Debe aumentar la satisfacción de los usuarios del servicio de urgencias

Desventajas que hemos encontrado

1. El que la clasificación la asuma enfermería es interpretada a veces como una carga de trabajo añadida.
2. Puede suponer un obstáculo más en el circuito del paciente antes de ser visto por un médico.
3. Hay ciertas dificultades en asumir la responsabilidad que implica la clasificación de pacientes.
4. Por parte de los facultativos hubo ciertas reservas a que el trabajo y flujo de pacientes a las distintas áreas de la unidad fuera organizado por enfermeras.

5. Aunque el sistema está abierto a nuevos diagramas de presentación clínica, actualmente está limitado a 52 posibles. En la práctica hay situaciones que no encajan bien en el catálogo de diagramas disponibles.
6. Hemos recibido quejas de usuarios, fundamentalmente los que presentan patología menos o no urgente, que interpretan que la clasificación es un obstáculo más para ser visto por un médico.

CONCLUSIONES

El constante aumento de demanda de asistencia de urgencias y la masificación de los servicios de urgencias hospitalarios, crean la necesidad de implantar sistemas de clasificación de pacientes para asegurar la prestación de una asistencia acorde con la gravedad de la afección que presenta el usuario.

El término *Triage* debe reservarse a la clasificación que se realiza en situaciones de accidentes y catástrofes con múltiples víctimas. Esta situación no debe entenderse en el ámbito de las urgencias hospitalarias, sino en la atención de emergencias extra o prehospitalarias.

En el ámbito de las urgencias hospitalarias debe utilizarse el término *Recepción, Acogida y Clasificación de pacientes (RAC)*, que además es *competencia de enfermería*.

La RAC no es solo el acto de clasificar, sino que implica una relación interpersonal entre usuario y profesional sanitario, en la que deben establecerse conexiones empáticas y éticas.

Los sistemas de clasificación de pacientes deben estar validados o como mínimo consensuados en la unidad donde se vayan a implantar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mackway-Jones K y Grupo Español de Triage de Manchester. Triage de urgencias hospitalarias. Inova Auria, S.L. 2004
2. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Recomendación científica 99/01/01, revisada y adaptada a 15 de noviembre de 2004. Recepción, Acogida y Clasificación asistencial de los pacientes en urgencias. www.enfermeriadeurgencias.com/recomendaciones/funciones.html
3. Larizgoitia I. La Atención primaria y su relación con la necesidad sanitaria, demanda y utilización. El médico interactivo. Diario electrónico de la Sanidad (medynet.com/elmedico) N° 892-10-enero-03
4. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Recomendación científica 99/01/01, de las funciones de los Diplomados en Enfermería en la Recepción, Acogida y Clasificación asistencial de los pacientes en urgencias. SEEUE. Madrid, 1999.
5. Vila Gimendo. Réplica al artículo "El Triage en los servicios de urgencias hospitalarios: papel de la enfermería". *Enfermería Clínica* 2002; 12(2):86-87

6. Martínez Veny S. Procedimiento de Triage en la urgencia hospitalaria. Metas de enfermería octubre 2003; 6(8):57-60
7. Rojas Ocaña MJ, Rodríguez Rodríguez JB. Área de Triage. Rev. Rol Enf. 2000; 23(6) 464-468
8. Álvarez Baza MC. El triage en los servicios de urgencias hospitalarios: papel de la enfermera. Enfermería Clínica 2001;11(5):230-238.
9. Valenzuela AJ, Cámara Anguita S. RAC: Recepción, Acogida y Clasificación de enfermería. Evolución y adaptación a equipos de emergencias sanitarias. www.enferurg.com/articulos/rac.htm.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia