

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INTERCONTINENTAL FACULTAD
DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA

**CONOCIMIENTO DE ENFERMEROS SOBRE RECEPCIÓN,
ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN (RAC) EN EL HOSPITAL DISTRITAL
DE TOMÁS ROMERO PEREIRA, 2023**

Línea de Investigación: Formación e innovación en Enfermería.
Tema: Cumplimiento de protocolos de procedimientos de Enfermería.

Clara Celia Zarza Villalba

Fabiola Dahiana Chamorro Ferreira

Tutor: Lic. Silvina Vázquez Báez

Proyecto de tesis de Carrera presentando en la universidad Tecnológica
intercontinental como requisito parcial para la obtención de título de
Licenciatura en Enfermería

María Auxiliadora, 2023

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe Lic. Silvina Vázquez Báez con documento de identidad N° 4176831, tutor del trabajo de conclusión de carrera (Programa de grado), la investigación es para finalización de la carrera de grado, titulado "Conocimiento de enfermeros sobre recepción, acogida y clasificación (RAC) en el Hospital Distrital Tomas Romero Pereira, 2023" elaborado por las alumnas Clara Celia Zarza Villalba y Fabiola Dahiana Chamorro Ferreira para obtener el título de Licenciada hace constar que las mismas reúnen los requisitos formales y de fondo exigidos por la Universidad Tecnológica Intercontinental y pueden ser sometidas a evaluación y presentarse antes los docentes que fueron designados para conformar la mesa examinadora.

En la ciudad de María Auxiliadora a los 18 del mes de diciembre del año 2023



Firma del tutor

DEDICATORIA

A Dios, por bendecirnos siempre y guiarnos en cada etapa de nuestra vida, dándonos fortaleza y ánimo para seguir adelante a pesar de los obstáculos que se nos presenta en el día a día.

A nuestros Familiares por ser nuestro apoyo incondicional, por darnos la mejor educación en nuestro hogar con valores éticos y morales.

A los docentes de la universidad por otorgarnos su tiempo en la enseñanza de cada materia profesional. A todos ellos dedico el presente trabajo, por que han fomentado en nosotros, el deseo de superación y de triunfo en la vida. Lo que ha contribuido a la consecución de este logro.

Esperamos contar siempre con su valioso e incondicional apoyo.

AGRADECIMIENTO

El principal agradecimiento es a Dios quien nos ha guiado y nos ha dado fortaleza para que sigamos adelante

A nuestra familia por su estímulo constante, además su apoyo incondicional a lo largo de nuestro estudio

Agradecemos de corazón a las personas por su ayuda incondicional y de apoyarnos en la realización de este presente trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

<i>Conocimiento de enfermeros/as sobre Recepción, Acogida y clasificación (RAC)</i>	1
MARCO INTRODUCTORIO	2
Recepción, Acogida y Clasificación de Pacientes (RAC)	2
Tema de investigación	3
Planteamiento del problema	4
Pregunta General	5
Preguntas Específicas.....	5
Objetivos de la investigación	5
Objetivo General	5
Objetivo Específico.....	5
Justificación de la investigación	6
Delimitaciones del Trabajo	7
Marco Teórico	7
Antecedentes de la investigación	7
Bases Teóricas	11
Recepción, Acogida y Clasificación de Pacientes (RAC)	11
OBJETIVOS DEL RAC	12
NIVEL I:	13
NIVEL II:	13
NIVEL III:	13
NIVEL IV:.....	13
NIVEL V:.....	13
Tabla de Síntomas generales para la clasificación según los Niveles	15
Clasificación de la demanda, según su gravedad.....	17
Emergencia:.....	17

Urgencia de segunda prioridad:.....	17
Urgencia menor o de tercera prioridad:	17
Urgencia de nivel secundario:.....	17
No urgencia:	17
Marco Legal.....	20
Decreto 4747 de 2007.....	20
ARTÍCULO 10.	20
Parágrafo 1°	21
Circular Única	21
Conceptualización y Operacionalización de las variables	22
Marco Metodológico.....	23
Tipo de investigación	23
Diseño de investigación	23
Nivel de conocimiento esperado	24
Descripción de la Población	24
Población.....	24
Técnica e Instrumento de recolección de datos	24
Descripción del procedimiento de análisis de los datos.....	25
APENDICE	37
Objetivos del RAC.....	37
¿Qué conocimientos tiene usted sobre objetivos del RAC?	37
Tipo de pacientes clasificados dentro de cada nivel.....	38
1- ¿Sabes clasificar los tipos de pacientes dentro de cada nivel de triaje.....	38
3- NIVEL II corresponde a pacientes en	38
4- NIVEL III corresponde al tipo de paciente en.....	39
5- NIVEL IV corresponde al tipo de paciente en	39
6- NIVEL V corresponde al tipo de paciente en	39
Urgencia respecto a la clasificación de la demanda según su gravedad en triaje.....	39
MARCO ANALITICO	26
1. Objetivos del RAC.....	26
2. Tipo de pacientes clasificados dentro de cada nivel.....	28
3. Urgencia según la clasificación de la demanda según su gravedad en triaje	34

Conclusiones	36
Bibliografía	41

Tablas

Tabla 1.....	26
Tabla 2.....	28
Tabla 3.....	29
Tabla 4.....	30
Tabla 5.....	31
Tabla 6.....	32
Tabla 7.....	33

Tabla de Grafico

Grafico 1	27
Grafico 2	28
Grafico 3	29
Grafico 4	30
Grafico 5	31
Grafico 6	32
Grafico 7	33
Grafico 8	34

Resumen

El objetivo del presente estudio es sobre el conocimiento del profesional de enfermería del Hospital Distrital Tomas Romero Pereira referente a Recepción, Acogida y Clasificación (RAC), Atender a la población con calidad y aplicar el principio bioético de justicia son los fundamentos de dotar a los Servicios de Urgencias del Paraguay de un sistema que clasifique a los y las pacientes según su prioridad de atención y que a su vez asegure su debida recepción y acogida en estos servicios. La investigación que se ha desarrollado es de tipo transversal, con diseño no experimental, realizado con una muestra de 30 personales de enfermería del Hospital Distrital Tomas Romero Pereira. Como técnica principal se utilizó la encuesta y como instrumento el cuestionario, lo cual explica los conceptos de diferentes medidas que se aplican para el (RAC). Se obtuvieron resultados 100% de manera positivo de acuerdo a los conocimientos teóricos, en los personales de enfermería referente a Recepción, Acogida y Clasificación (RAC)

PALABRAS CLAVES: *Enfermería, conocimiento, Recepción, Acogida y Clasificación (RAC)*

Conocimiento de enfermeros/as sobre Recepción, Acogida y clasificación (RAC)

Clara Celia Zarza Villalba

Fabiola Chamorro Ferreira

Nota de la autora

Universidad Tecnológica Intercontinental Facultad de ciencias de la salud Carrera
Licenciatura en enfermería

Notas del autor,

clarazarza2050@gmail.com

fabiolachamorro14@gmail.com

MARCO INTRODUCTORIO

Recepción, Acogida y Clasificación de Pacientes (RAC)

Según el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (OMS) RAC (Recepción, Acogida y Clasificación de Pacientes) es la correcta comprensión del problema de salud de los pacientes desde la óptica asistencial por niveles de gravedad y su correspondiente clasificación y adecuación a la estructura del medio asistencial.

El triaje es el proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su grado de urgencia, antes de la actuación diagnóstica y terapéutica completa en el servicio de urgencias, y que hace que en una situación de desequilibrio demanda/recursos, los pacientes más urgentes sean tratados primeros. Tiene objetivos de identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado o normalizado de clasificación.

- Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente.

El perfil profesional implica personas capacitadas para hacer funciones de triaje. Esta claramente definido que el personal de enfermería es quien debe realizar este proceso (INEPEO MSPYBS)

La presente investigación es de nivel descriptivo no experimental de corte transversal y enfoque cuantitativo.

En los párrafos siguientes se detallan los distintos aspectos a ser descritos en la presente investigación.

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

Bajo el título de Marco teórico, se detallan las bases teóricas que sustenta la investigación. Además, completa este apartado el marco legal y el cuadro de Operacionalización de las variables

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

Bajo el nombre de Marco analítico, se señalarán los resultados de la aplicación de la encuesta y la lista de cotejo realizada para el efecto, con su respectiva interpretación y análisis de los datos, se complementa con un apartado denominado discusión de los hallazgos.

Para finalizar se presentarán las Conclusiones y Recomendaciones; en la misma se presentarán la conclusión a la que se llegará en relación a los objetivos de investigación previstos y se citaran algunas ideas como sugerencias o propuestas de solución al problema planteado.

Tema de investigación

“Conocimientos de enfermeros/as del servicio de urgencias sobre RAC en el Hospital Distrital Tomas Romero Pereira, 2023”

Planteamiento del problema

Según la Real Academia Española el conocimiento es acción y efecto de conocer, en este contexto sobre el conocimiento del RAC viene de ser un gran desafío para el sector de urgencias del Hospital Distrital Tomas Romero Pereira el poder atender las prioridades existentes en dicho servicio.

Tal caso es fundamental, porque saber clasificar agiliza una atención coordinada, organizada y oportuna, siendo así que puede salvar vidas, en lo que nos enfocamos en esta investigación queriendo saber más sobre el conocimiento que tienen los enfermeros que trabajan en el servicio de urgencias del Hospital Distrital de Tomás romero Pereira.

Esta investigación se realiza desde un enfoque de la Carrera de Ciencias de la Salud, específicamente del área de conocimiento de la enfermería.

Objetivos del RAC son identificar rápidamente a los pacientes que sufren un proceso que pone en peligro su vida, mediante un sistema de clasificación válido y útil, con el objetivo de priorizar su asistencia y así disminuir el riesgo, también el ordenar de manera eficaz la demanda mediante valoración inicial

El tipo de pacientes clasificados dentro de cada nivel de triaje es similar en las diferentes escalas, cuyas escalas consta de cinco niveles de urgencias y cada uno con su respectivo tiempo de asistencia deseado.

La clasificación de la demanda según gravedad en triaje es fundamental tener en cuenta en todo momento que su finalidad es asignar un nivel de urgencias y no hacer un diagnóstico. Comprende el conjunto mínimo imprescindible de actuaciones que permitan decidir el grado de urgencia del paciente.

En este sentido, es importante plantear la siguiente formulación del problema.

Pregunta General

¿Qué conocimientos poseen sobre RAC los enfermeros/as del servicio de urgencias del Hospital Distrital Tomas Romero Pereira?

Preguntas Específicas

¿Qué conocimientos tienen los enfermeros/as de la urgencia respecto a los Objetivos de RAC?

¿Qué conocimientos poseen los enfermeros/as de la urgencia sobre tipo de pacientes clasificados dentro de cada nivel de triaje?

¿Qué conocimientos poseen los enfermeros/as de la urgencia respecto a la clasificación de la demanda, según su gravedad en triaje?

Objetivos de la investigación

Objetivo General

Determinar el conocimiento que poseen sobre RAC los enfermeros/as del servicio de urgencias del Hospital Distrital Tomas Romero Pereira

Objetivo Específico

Observar el conocimiento que tienen los enfermeros/as de la urgencia respecto a los objetivos del RAC

Evaluar el conocimiento que poseen los enfermeros/as de las urgencias sobre tipo de pacientes clasificados dentro de cada nivel

Valorar el conocimiento que poseen los enfermeros/as de la urgencia respecto a la clasificación de la demanda según su gravedad en triaje

Justificación de la investigación

RAC (Recepción, Acogida y Clasificación de Pacientes) es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes y su ecosistema, entorno y familia, desde la óptica asistencial por niveles de gravedad y su correspondiente clasificación.

En los servicios de urgencias ocurre en numerosas ocasiones un desequilibrio entre la demanda de atención y los recursos disponibles, condicionando que los pacientes que acuden al hospital no sean atendidos de forma inmediata.

Los resultados que se logren obtener pueden ser útiles para ayudar a controlar y modificar la asistencia a dicho servicio.

La historia demuestra que muchas enfermeras fueron pioneras en diversas causas y desafiaron el estatus que, con ideas creativas, tanto para la salud como para el desarrollo de la profesión. Sus pasos han dado éxito para que la enfermería sea reconocida como disciplina académica y como una profesión. Por ello el presente trabajo será un aporte más hacia el campo de la práctica profesional.

La investigación es factible ya que se cuenta con los recursos humanos y financieros para su realización.

Delimitaciones del Trabajo

El presente trabajo de investigación, solamente se delimita al personal de enfermería del Servicio de Urgencias del Hospital Distrital de Tomas Romero Pereira.

Marco Teórico

Antecedentes de la investigación

Perfil de la enfermera de Triage en urgencias hospitalarias revisión narrativa.
Trabajo fin de grado. Grado en Enfermería

Alumna: Sara de Santos Del Barrio

Tutora: Cristina Oter Quintana

08/06/2015

Introducción: El triaje es una actividad fundamental en los Servicios de Urgencias Hospitalarias, permitiendo clasificar a los pacientes que acuden a ellas en función de su gravedad y, por ende, determinar el orden en el cual serán atendidos. Esta actividad es desarrollada por los profesionales enfermeros.

Objetivo: Revisar la bibliografía disponible referida a las características que debe tener una enfermera de urgencias para realizar un triaje de calidad.

Metodología: Se ha llevado a cabo una revisión narrativa de la literatura científica consultando en las bases de datos: Pubmed, Cinahl, Cochrane y Cuiden. Se seleccionaron estudios que cumplieran los criterios de inclusión: que respondieran a la pregunta de investigación planteada, estuvieran publicados en los últimos 10 años, escritos en inglés o español, originales primarios o secundarios cuantitativos, cualitativos o de metodología mixta y cuyo abstract o resumen estuviese disponible.

Resultados: Se incluyeron 17 artículos en la revisión narrativa. Los resultados se ordenaron conforme a 9 líneas temáticas, que corresponden a las características o atributos de la enfermera de triaje: empatía, capacidad de valoración, pensamiento crítico, conocimientos clínicos, manejo de las herramientas de triaje, autocontrol emocional, experiencia, intuición y confianza.

Discusión: Analizando los resultados, parece constatar que todas estas características tienen relación entre sí. La mayoría de la bibliografía revisada se basa en características que las propias enfermeras de urgencias identifican, siendo escasos los estudios en los que se constata cómo afectan a la calidad del triaje realizado.

Conclusiones: Sería recomendable que el triaje fuera realizado por las enfermeras que reúnan ciertas características que, a priori, garanticen su calidad.

Tesis Doctoral

José Arenas Fernández Alicante, junio 2010

Investigación – acción y enfermería de urgencias un cambio en el proceso de enseñanza aprendizaje

El germen de este trabajo comienza a pergeñarse en el momento en que curso el Título Superior de Enfermería en la Universidad de Huelva, y la realización de la licenciatura por la Hogeschool de Zeland, que abren las puertas para los estudios de doctorado en el Departamento de Didáctica de la Universidad antes mencionada, motivado por el nexo profesor-enfermero. Intrigado por ir más

allá de un modelo biomédico de corte cuantitativo y no anclarme en cifras y relaciones porcentuales, así como mejorar mi práctica docente, me propuse hacer efectiva la máxima de que la Enfermería no es una ciencia exclusivamente experimental. De esta manera me introduje en la vertiente social, sobre todo, cuando la visión holística y humanista se impone en nuestros días y cuando la persona forma un todo en relación con los sistemas que pueden incidir sobre ella. En el Departamento de Didáctica entro en contacto con las propuestas de del Proyecto IRES, Investigación y Renovación Escolar (Grupo Investigación en la Escuela, 1991a, 1991b) y el Modelo de Investigación en la Escuela, donde concreto este nuevo enfoque, dándome la oportunidad de unir en mi trabajo, por un lado, la investigación-acción y por otro, aplicarlo en el proceso enseñanza aprendizaje. Habiendo cursado posteriormente el Máster en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Huelva, uno a estas experiencias educativas la realización de diversos estudios en relación a la docencia. Es sobre estas bases que llevo a cabo el presente trabajo de investigación. En él, realizo una propuesta de intervención mediante el diseño, desarrollo e implementación de una Unidad Didáctica en tercer curso de Enfermería.

Para ello y tras sesiones de análisis y reformas de proyectos, decido realizar la experimentación en la asignatura que imparto. Contaré con la ayuda inestimable de una docente del último curso de la diplomatura enfermera, no quedando el ámbito de actuación reducido al hecho académico realizado en las aulas, sino que llevaremos a la sociedad lo aprendido e intervendremos con ella y en ella. Por tanto, siguiendo la línea del Modelo de Investigación en la Escuela, basado en la investigación-acción, no sólo describiremos e interpretaremos los sucesos para comprender la realidad educativa, sino que nos posicionaremos social y críticamente para intentar mejorarla mediante la transformación de la misma.

El presente trabajo tiene tres bloques claramente diferenciados. En el primero establecemos el marco teórico sobre el que sustenta la investigación. Para ello comenzamos haciendo un recorrido por las bases en las que se

fundamenta la didáctica enfermera, los paradigmas que han influido en la Enfermería y los distintos modelos didácticos, que influenciados por aquellos han ido desarrollándose de manera conjunta, en especial en el que se apoya la presente experimentación. En el capítulo 2 se expone una breve evolución de la enseñanza enfermera en el último siglo en nuestro país, para continuar analizando distintas experiencias docentes publicadas y que coinciden con el auge de la disciplina. Para terminar este primer bloque se lleva a cabo un acercamiento a la Enfermería de Urgencias y Emergencias, analizando el momento actual y realizando una exposición de los temas que hoy centran el debate científico de esta área de la Enfermería, conformando el capítulo 3.

En un segundo bloque se describe la planificación de la experimentación. El capítulo 4 presenta el diseño de la investigación, con la propuesta de intervención, fases de la investigación, problemas y objetivos y la metodología. La Unidad Didáctica creada que se someterá a implementación con la finalidad de valorar su capacidad para mejorar la práctica docente de los profesores participantes y el nivel de aprendizaje de los alumnos constituye el capítulo 5. y en el tercer bloque y último, llevaremos a cabo la experimentación de la Unidad Didáctica, analizando los resultados, capítulo 6 y la síntesis final con las conclusiones obtenidas

Conocimiento y práctica del personal de enfermería en la atención de pacientes poli traumatizados por el servicio móvil de urgencias

Investigadoras: Belaunde García, Laura Adriana Ramírez López Lisset
Yohana Cáceres Robles Juan Carlos

Objetivo: Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos y las prácticas en la atención de pacientes poli traumatizado por el personal de

Diseño Metodológico: El tipo de estudio es con enfoque cuantitativo, correlacional corte transversal, área de estudio las 33 unidades del servicio móvil de urgencias, la población considerada es de 165 licenciados en enfermería.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos: se utilizará la encuesta y la lista de observación.

Plan de recolección de datos: Durante las reuniones mensual, se evaluará mediante el cuestionario y la lista de cotejo no participante que tiene como objetivo identificar tanto el nivel de conocimiento y el nivel de práctica respectivamente en la atención de pacientes poli traumatizados en la unidad móvil.

Análisis de Datos: Los datos serán recolectados mediante los instrumentos validados y aprobados por el juicio de expertos, que determinen su nivel de confiabilidad, el cuestionario consta de 28 preguntas, a su vez la lista de cotejo consta de 14 ítems, ambos compuestos por preguntas cerradas que será aplicado a los enfermeros y enfermeras que cumplan los criterios de inclusión, se tendrá en cuenta los criterios éticos según la declaración de Helsinki II.

Bases Teóricas

Recepción, Acogida y Clasificación de Pacientes (RAC)

El 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 **(Díaz Chicano, 2005)**.

El Triage hospitalario es un sistema que permite la clasificación de pacientes según el nivel de gravedad que presentan en su llegada a urgencias. Permite una mejor gestión para poder responder adecuadamente y de una manera ordenada el alto flujo de pacientes que asisten al servicio de urgencias hospitalario. Surge un nuevo concepto de Triage en el ámbito hospitalario en la recepción, acogida y clasificación de los pacientes llamado RAC, y se asigna el nombre de Triage a la clasificación en las catástrofes (José Luis, 2013).

Es cierto que la RAC puede considerarse como el punto de inicio en determinados procesos asistenciales, pero no como el inicio del proceso enfermero para cada uno de nuestros pacientes. La empatía, la calidez, la intimidad con el paciente y su familia no pueden considerarse como una filosofía del cuidado, simplemente es lo que diferentes autores han venido a llamar “mirada enfermera” que por supuesto debe estar presente en la RAC (Rosa Maria, 1999)

En base a estos conceptos, podemos definir triaje como el proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su grado de urgencia, antes de la actuación diagnóstica y terapéutica completa en el servicio de urgencias, y que hace que en una situación de desequilibrio demanda/recursos, los pacientes más urgentes sean tratados primeros (Social, 2011).

En esta definición se introduce el término “grado de urgencia”, que hay que entender de forma adecuada para tener claro cuál es el objetivo final del triaje. Requieren una actuación urgente aquellas situaciones clínicas con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo. En general se equipará a situaciones de mayor agudeza o de mayor gravedad, pero no siempre es superponible. La urgencia viene condicionada por el tiempo hasta la atención definitiva mientras que la gravedad tiene más que ver con el pronóstico final (Social, 2011).

OBJETIVOS DEL RAC

Aunque en la definición ya ha quedado clara la finalidad principal del triaje, en realidad es un proceso más completo y ambicioso y sus objetivos son:

- Identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado o normalizado de clasificación
- Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente

- Asegurar la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital
- Determinar el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta en el servicio de urgencias
- Informar a los pacientes y sus familias sobre el tipo de servicio que necesita el paciente y el tiempo de espera probable
- Disminuir la congestión, mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio
- Proporcionar información a los profesionales que ayude a definir y monitorizar la complejidad de su servicio. (social, 2011)

El tipo de pacientes clasificados dentro de cada nivel de triaje es similar en las diferentes escalas:

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

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

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

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

NIVEL V: Situaciones que pueden ser agudas, pero no son urgentes o que

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

forman parte de un proceso crónico. En cualquier caso, su atención podría ser retrasada y referida al

equipo de medicina primaria.

Uno de los fenómenos que en los últimos años han caracterizado la evolución de la atención de urgencia, a escala mundial, es el galopante aumento de las urgencias atendidas a nivel hospitalario que podían ser valoradas y tratadas en el área primaria de salud de haber acudido a ella.

Si se analizan los diferentes factores que influyen en dicho fenómeno, se podrían mencionar -entre otros- el arraigo en la población de antiguos modelos de sistemas de salud basados-fundamentalmente- en la atención hospitalaria; a lo cual se suma el incremento de la calidad en la atención y los recursos puestos a disposición del paciente que llega al servicio de urgencia del hospital, y el cual es atendido aun cuando su afección no requiera el nivel secundario. Si bien es cierto que para lograr un servicio de urgencias verdaderamente eficiente son necesarias, entre otras variables, la rapidez y la calidad en la prestación de la asistencia del personal sanitario, no es menos cierto que dependen, en gran medida, del uso adecuado que se haga de esos servicios.

Para lograr ese uso adecuado y racional se debe tener como premisa que el paciente urgente sea asistido en el nivel de atención que su afección requiera y transitar inicialmente por los distintos filtros sanitarios de los que el sistema de urgencias dispone antes de su llegada a la guardia de emergencias y que incluye: consultorios médicos externos, que es con lo que cuenta el Hospital, además de los consultorios externos de distintas obras sociales en la comunidad de La Consulta. (Social, 2011)

Tabla de Síntomas generales para la clasificación según los Niveles

	Nivel I INMEDIATA	Nivel II MUY URGENTE	Nivel III URGENTE	Nivel IV NORMAL	Nivel V NO URGENTE
ADULTO CON MAL ESTADO	Compromiso vías aéreas. Respiración inadecuada. Shock. Crisis comicial presenciada.	Alteración del nivel de conciencia. Antecedente de riesgo especial de infección. FC < 60 lpm o > 120 lpm o arritmico. Púrpura o exantema desconocido. Signos de meningismo. Temperatura > 41 °C. Dolor intenso.	Antecedente de viaje al extranjero. Instauración en las últimas 24 horas. Secreciones o vesículas generalizadas. Temperatura > 38,5 °C. Dolor moderado.	Temperatura > 37,5 °C. Problema acaecido en la última semana. Dolor.	
ADULTO CON SÍNCOPE O LIPOTIMIA	Compromiso vías aéreas. Respiración inadecuada. Shock. Crisis comicial presenciada.	Alteración del nivel de conciencia. Disnea aguda. Dolor cardiaco. Exantema desconocido. FC < 60 lpm o > 120 lpm o arritmico. Temperatura > 41 °C o < 35 °C. Dolor intenso.	Antecedente de alergia. Antecedente de inconsistencia. No concordancia. Pérdida de función focal o progresiva. Temperatura > 38,5 °C. Dolor moderado.	Temperatura > 37,5 °C. Problema acaecido en la última semana. Dolor.	
INTOXICACIÓN Y/O ENVENENAMIENTO	Compromiso vías aéreas. Respiración inadecuada. Shock. Crisis comicial presenciada. Glucosa capilar < 50 mg/dl	Antecedente inadecuada. Alteración del nivel de conciencia no atribuible completamente al alcohol. Alto riesgo de autolesión. Letalidad alta. No concordancia. Temperatura < 35 °C.	Alteración del nivel de conciencia atribuible completamente al alcohol. Antecedente de inconsciencia. Ansiedad notable. Letalidad moderada. Riesgo moderado de autolesión. TCE.	Lesión. Problema acaecido en la última semana. Dolor.	

COMPORTAMIENTO EXTRAÑO	Compromiso vías aéreas. Respiración inadecuada. Shock. Crisis comicial presenciada. Glucosa capilar < 50 mg/dl.	Alteración del nivel de conciencia. Alto riesgo de autolesión. Alto riesgo de dañar a otros. Antecedente psiquiátrico mayor. Antecedente de sobredosis y envenenamiento.	Antecedente de inconsciencia. Ansiedad notable. Antecedente psiquiátrico. Comportamiento perturbante. Pérdida de función focal o progresiva. Riesgo moderado de autolesión. Riesgo moderado de dañar a otros. Signos/síntomas neurológicos recientes. TCE.		
EMBARAZO	Compromiso vías aéreas. Crisis comicial presenciada. Hemorragia desangrante. Prolapso de cordón umbilical. Presentación de partes fetales. Respiración inadecuada. Shock.	Alteración del nivel de conciencia. Antecedente de convulsiones. Parto activo. Sangrado en gestación de más de 24 semanas. Sangrado vaginal abundante. Dolor intenso.	Antecedente de traumatismo. Antecedente inapropiado. Dolor en vértice de hombro. No concordancia. Sangrado vaginal. Tensión arterial elevada. Dolor moderado.	Temperatura > 37,5 °C. Dolor.	
HERIDAS E INFECCIONES LOCALES	Compromiso vías aéreas. Hemorragia desangrante. Respiración inadecuada. Shock.	Compromiso vascular distal. Enfisema subcutáneo. Hemorragia incontrolable. Temperatura > 41 °C. Dolor intenso.	Articulación caliente. Dolor al mover la articulación. No concordancia. Hemorragia menor incontrolable. Signos/síntomas neurológicos recientes. Temperatura > 38,5 °C. Dolor moderado.	Herida contaminada. Inflamación local. Infección local. Problema acaecido en la última semana. Temperatura > 37,5 °C. Dolor.	
AGRESIÓN	Compromiso vías aéreas. Hemorragia desangrante. Respiración inadecuada. Shock.	Alteración del nivel de conciencia. Disnea aguda. Hemorragia mayor incontrolable. Mecanismo de lesión determinante. Dolor intenso.	Antecedente de inconsciencia. Hemorragia menor incontrolable. Signos/síntomas neurológicos recientes. Dolor moderado.	Deformidad. Problema acaecido en la última semana. Tumefacción. Dolor.	

(social, 2011)

Clasificación de la demanda, según su gravedad

●**Emergencia:** Todo problema patológico agudo, que comprometa la vida del paciente, algún órgano o parte esencial de su organismo por riesgo real o potencial, que requiera medidas, o condiciones de sostén, inmediatas. En tales casos, el nivel primario tomará las primeras medidas terapéuticas y hará la transportación adecuada del paciente al nivel secundario, donde se le brindará una atención especializada.

●**Urgencia de segunda prioridad:** Contempla problemas patológicos que de acuerdo con la evolución de su gravedad podrían poner en peligro, en tiempo mediano, la vida del paciente.

●**Urgencia menor o de tercera prioridad:** Problema patológico que por el curso de su evolución no pondría en peligro la vida del paciente en tiempo inmediato ni mediano, aunque pudiera peligrar a partir de complicaciones. Las dos últimas, a su vez, serán agrupadas en:

●**Urgencia de nivel secundario:** Son las urgencias de primera prioridad y la mayoría de las de segunda que requieran el concurso de fuerzas o medios disponibles sólo a nivel hospitalario.

●**No urgencia:** Problema patológico crónico sin crisis de agudización que precisan atención médica no englobada en las definiciones anteriores al no ofrecer -la terapéutica inicial de urgencia- cambios significativos en su evolución, por lo que pudiera esperarse el curso de 24-48hs para ser tratados por su médico de familia. No obstante, desde el punto de vista del paciente, algunas son consideradas como urgencias sentidas o subjetivas. Forma de acceso al servicio de emergencia: Decisión que lleva al paciente a acudir al cuerpo de guardia del Hospital: (social, 2011)

- Por iniciativa propia del paciente o su familiar, sin que mediara en ello un criterio médico previo.

- A través de filtros sanitarios: remitido por la atención primaria de salud (APS). Para ello se define como filtro sanitario: todo servicio asistencial de salud por el cual debe cursar un paciente previamente a su atención en un servicio más especializado, al cual puede ser remitido, después de ser valorada su afección y determinado el nivel asistencial que requiere. Esto garantiza la clasificación de los casos desde el inicio, lo cual favorece que se les brinde mejor atención en el nivel preciso, y se alivie al resto de los niveles de una sobrecarga asistencial innecesaria. (Reguera", 2018)

- Porque al paciente le resulta ventajoso y más "cómodo" acudir a la guardia y no sacar el correspondiente turno para consultorio externo.

- Es claro que también no hay suficiente cantidad de profesionales y turnos para cubrir la demanda de pacientes de la comunidad (muchos refieren que no alcanzaron a sacar turno porque se terminaron).

- Algunos pacientes refieren que tienen horarios de trabajo durante el día, por lo cual no pueden acudir a la consulta externa. Destino del paciente: Lugar al que fue enviado el paciente después de ser atendido en el cuerpo de guardia: (belen, 2013)

1. A su casa y 2. Al hospital. Lo anteriormente escrito está íntimamente relacionado con la causa de sobrecarga en los Departamentos de Emergencia. La literatura coincide en cuatro grandes factores, de los cuales uno es dependiente del propio funcionamiento del Departamento de Emergencia y los restantes tres se clasifican en Comunitarios, propios del paciente y del propio hospital. (belen, 2013)

Para mejorar el funcionamiento de nuestro departamento y tratar de corregir esa sobrecarga, la Dirección de Emergencia concluyó que:

- Que los pacientes no urgentes, no deben determinar sobrecarga en Emergencia,
- No deben significar ocupación de tiempo asistencial especializado prolongado.
- No deben generar gastos innecesarios. Por eso es que estamos abocados a:
 - Mejorar los tiempos en el funcionamiento del propio Departamento.
 - Identificar la causa de la superpoblación y demoras en cada uno de los sectores.
 - Mejorar la calidad de asistencia del paciente con un adecuado asesoramiento técnico.
 - Evaluar todas las medidas contenidas en los puntos anteriores

Teniendo en cuenta la sobrecarga de pacientes que es originada por diferentes causas y la demanda de recurso humano que esto implica es muy importante aplicar en los servicios de Urgencias y Emergencias un sistema de triaje, esto es la clasificación de pacientes según su gravedad. Los servicios de emergencia muestran debilidades en la gestión de recursos humanos lo que conduce al fracaso de sus sistemas de contención de consultas, generando altos costos de producción, baja calidad e insatisfacción en los usuarios.

Aplicar políticas de recursos humanos que operen en sistemas de gerenciamiento de pre-admisión para mejorar el uso y utilización de los recursos asignados. Se entiende por triaje, o tamizaje de necesidades, a un sistema eficaz de ordenamiento del trabajo asistencial para racionalizar las consultas horarias y diarias en los servicios de urgencia y emergencia y hacer un uso inteligente de los recursos.

El objetivo mayor es a través de la gente, disminuir la espera, adecuar el consumo de los recursos e insumos del servicio a las reales necesidades de

la demanda, mejorando así el comportamiento de las personas, disminuir el stress laboral evitando factores desmotivadores, adecuar el clima laboral y minimizar riesgos de conflictos personales. Este sistema de tamizaje y clasificación disminuye la morbilidad de los casos graves por su rápida identificación y permite a la organización realizar controles de calidad.

El triaje es un componente esencial en los servicios de Emergencia. Consiste en un proceso coordinado por el cual los pacientes son clasificados rápidamente para distinguir entre los que requieren una atención médica inmediata y los que pueden diferirse con riesgo calculado.

El proceso de clasificación por triaje es una necesidad por la gran demanda de consultas y por la saturación que sufren estos servicios conduciendo a una inadecuación de la relación oferta y demanda. El eje central de este sistema es el personal de enfermería capacitado en el proceso de tamizaje y clasificación. (belen, 2013)

Los servicios de urgencias y emergencias son áreas asistenciales muy especiales en los que se producen situaciones de una complejidad no comparable a ningún otro contexto asistencial. (belen, 2013)

Marco Legal

Decreto 4747 de 2007

(Diciembre 07)

Capítulo. III

Proceso de Atención

ARTÍCULO 10. Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en Urgencias "Triage". El Ministerio de la Protección Social definirá un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado "traje", el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios.

Parágrafo 1°. El procedimiento de verificación de derechos será posterior a la selección y clasificación del paciente, "triaje" y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.

Circular Única

Atención Inicial de Urgencias De conformidad con los artículos 48 y 49 de la Constitución Política y su desarrollo legal contenido en el artículo 168 de la ley 100 de 1993 , el artículo 12 del Decreto 783 de 2000, artículo 67 de la Ley 715 de 2001, el artículo 3 del Decreto 2284 de 2003 y el parágrafo del artículo 20 de la Ley 1122 de 2007 todos los habitantes del territorio nacional, independientemente de su capacidad de pago, clase de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud o régimen de excepción tienen derecho recibir la atención inicial de urgencias en cualquier institución prestadora de servicios de salud del país sea pública o privada. Entiéndase como urgencia la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. (Artículo 9 de la Resolución 5261 de 1994).

El médico que atiende al paciente, previa adecuada valoración médica será quien define si la patología que presenta corresponde o no a una urgencia, señalando:

- a- Las actividades, procedimientos e intervenciones necesarios para la estabilización de los signos vitales del paciente de manera autónoma.
- b- La realización de un diagnóstico de impresión.
- c- La definición del destino inmediato de la persona con esta patología de urgencia.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud que de forma independiente tengan adoptada en el servicio de Urgencias, una metodología y definición de clasificación de pacientes, según el grado de urgencia de los síntomas y signos que estos presentan, con el fin de priorizar su atención, (triage o triaje), deben conocer que la aplicación de la misma NO corresponde ni suple a la atención inicial de urgencias y que dicha categorización debe ser realizado por profesional médico entrenado

Conceptualización y Operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicadores	Operacionalización
Conocimientos de enfermeros/as del servicio de urgencias sobre el RAC en el Hospital Distrital Tomas Romero Pereira	Conocimiento del 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.	Objetivos del RAC	-Identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital -Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente -Asegurar la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital -Determinar el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta en el servicio de urgencias -Informar a los pacientes y sus familias sobre el tipo de servicio que necesita el paciente y el tiempo de espera probable - Disminuir la congestión, mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio	Cuestionario
		Tipo de pacientes clasificados	Nivel I Nivel II	

		dentro de cada nivel de triaje.	Nivel III Nivel IV Nivel V	
		Clasificación de la demanda, según su gravedad en triaje.	-Emergencia -Urgencia de segunda prioridad -Urgencia menor o de tercera prioridad	

Marco Metodológico

Tipo de investigación

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

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

Diseño de investigación

El diseño seleccionado es el no experimental transversal, pues se trabajará con informaciones veraces que no se han de modificar. “Los diseños de investigación transaccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández, Fernández & Baptista, 2003). En la presente investigación no se manipularán las variables, sino que en un solo momento se observará el fenómeno de estudio tal como se dio en su contexto natural.

Nivel de conocimiento esperado

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

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

Descripción de la Población

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

Población

La población está compuesta por 30 profesionales en enfermería que se desempeñan en el servicio de urgencias del Hospital Distrital de Tomas Romero Pereira.

Técnica e Instrumento de recolección de datos

La investigación presente se desarrollará en la Ciudad de María Auxiliadora, específicamente en el Servicio de urgencias del Hospital Distrital de Tomas Romero Pereira.

Antes del proceso de recolección de los datos, los instrumentos fueron validados por profesionales expertos en el área de enfermería, con el fin de

corregir los mismos; para lo cual se realizarán los ajustes necesarios de algunos ítems.

Para la recolección de los datos se empleó la técnica de la encuesta, es una encuesta por muestreo que es un modo de obtener información preguntando a los individuos que son el objeto de investigación que forma parte de una muestra mediante un procedimiento estandarizado como lo es el cuestionario en la cual obtendremos respuestas de cada uno de los integrantes de la población con el fin de estudiar las relaciones existentes entre las variables (Piergiorgio, 2007)

Según (Sampieri, 2014) El Cuestionario se va a iniciar definiendo las preguntas que contendrá el cuestionario a través del análisis previo de informaciones referentes al tema investigado. Posteriormente se les va a entregar a cada sujeto seleccionado con anterioridad un cuestionario que deberán completar de forma individual en un periodo de tiempo determinado, a continuación, se recogerán para posteriormente procesar la información recabada. Se optó por este instrumento por ser un recurso de mayor facilidad de obtención de información de grupos numerosos.

Las encuestas se realizaron a través de la modalidad cuestionario, realizándose las mismas por cada enfermero/a de la sala de urgencias del Hospital Distrital de Tomas Romero Pereira.

En la investigación se consideraron 3 principios éticos fundamentales:

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

MARCO ANALITICO

1. Objetivos del RAC

Pregunta 1: ¿Qué conocimientos tiene usted sobre objetivos del RAC?

Tabla 1

Objetivos del RAC	SI	NO
Identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital	30	0
Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente	27	3
Asegurar la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital	22	8
Determinar el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta en el servicio de urgencias	9	21
No requiere informar a los pacientes y sus familias sobre el tipo de servicio que necesita el paciente y el tiempo de espera probable	8	22
Disminuir la congestión, mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio	25	5
No requiere proporcionar información a los profesionales que ayude a definir y monitorizar la complejidad de su servicio.	7	23

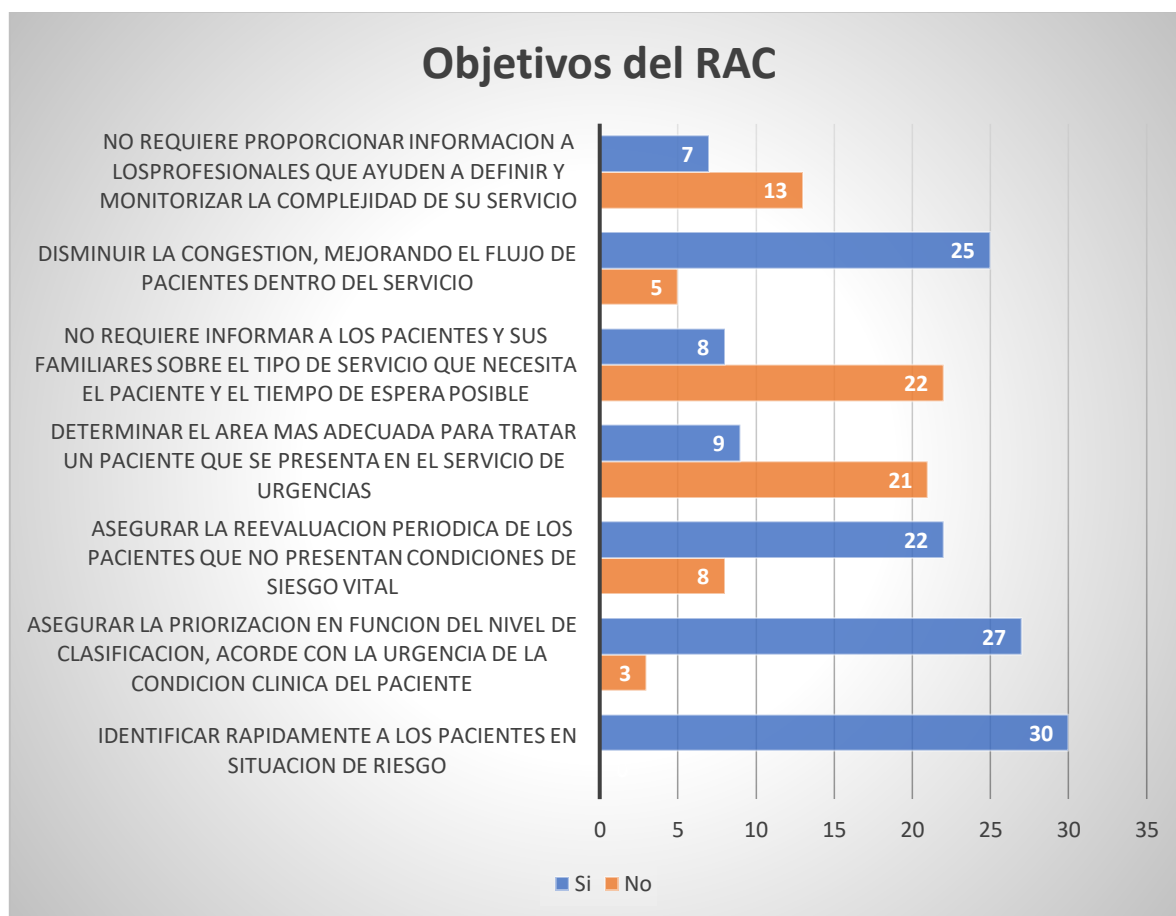


Grafico 1

Los resultados de esta pregunta muestran que los enfermeros/as tienen un buen conocimiento de los objetivos del RAC. Los objetivos más conocidos son identificar rápidamente a los pacientes en riesgo vital, asegurar la priorización en función del nivel de clasificación y determinar el área más adecuada para tratar al paciente. Los objetivos menos conocidos son informar a los pacientes y sus familias sobre el tiempo de espera probable y proporcionar información a los profesionales que ayude a definir y monitorizar la complejidad del servicio.

2. Tipo de pacientes clasificados dentro de cada nivel

Pregunta 1: ¿Si un paciente acude a la urgencia con temperatura 37,5 ° C a qué nivel corresponde?

Tabla 2

Respuesta	Cant.
Nivel V	22
Nivel IV	4
Nivel III	4

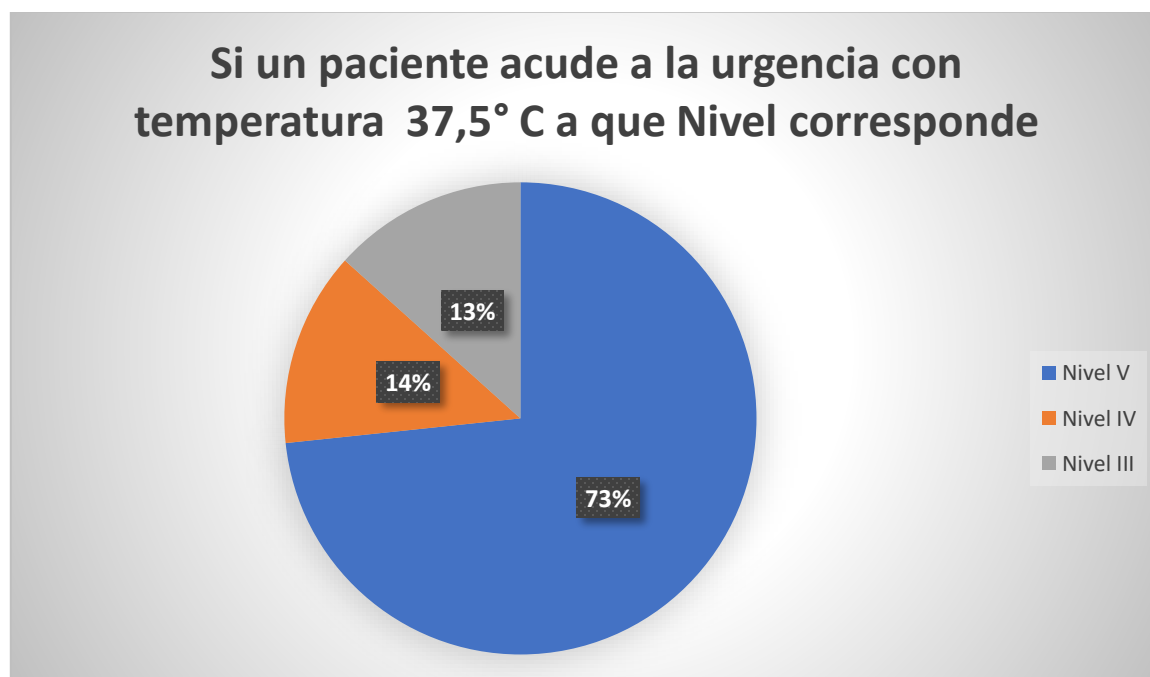


Grafico 2

Los resultados de esta pregunta muestran que la mayoría de los enfermeros (73%) saben que los pacientes que acuden a la urgencia con temperatura 37,5° C, corresponden al nivel V. Sin embargo, un (14%) de los enfermeros reconoce que a los pacientes que acuden a la urgencia con temperatura 37,5° C corresponde al Nivel IV y un (13%) dice que corresponde al Nivel III

Pregunta 2: Pacientes con riesgo vital inmediato que requieren resucitación corresponde a:

Tabla 3

Respuesta	Cant.
Nivel I	27
Nivel II	1
Nivel III	2

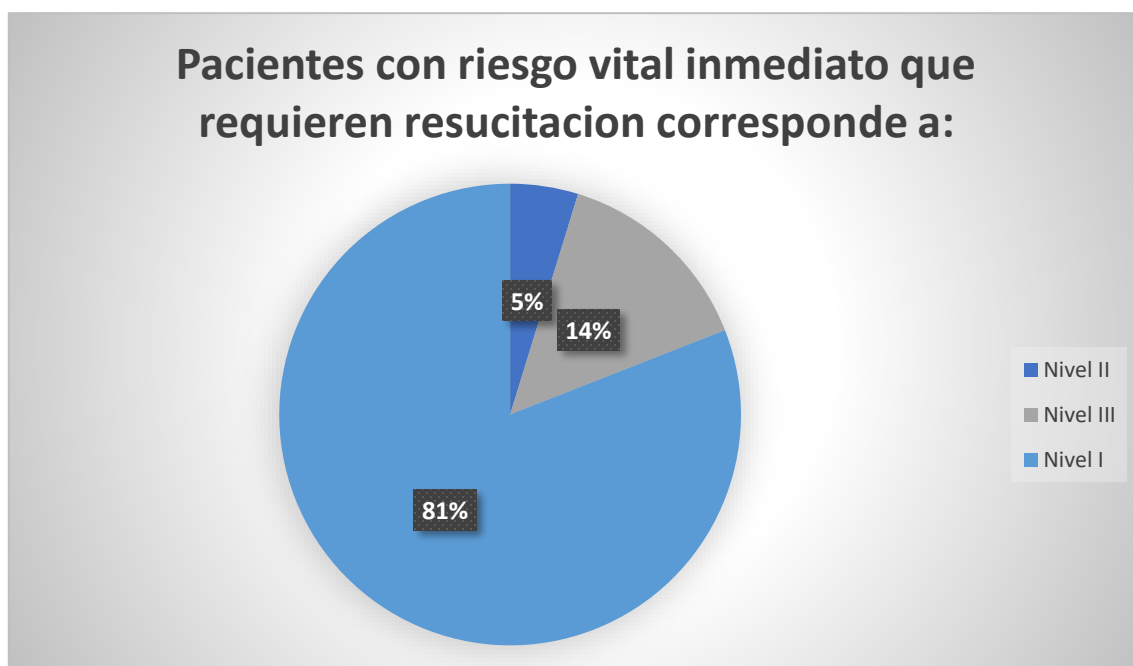


Gráfico 3

Los resultados de esta pregunta muestran que la mayoría de los enfermeros/as (81%) sabe que los pacientes con riesgo vital inmediato que requieren resucitación corresponden al nivel I de triaje. Sin embargo, el 5 y 14 % optaron por el nivel III y II

Pregunta 3: NIVEL II No corresponde a pacientes en:

Tabla 4

Respuesta	Cant.
Situaciones de emergencia o muy urgentes	30
De riesgo vital inmediato	30
Cuya intervención depende radicalmente del tiempo	30
Riesgo vital inmediato que requieren resucitación	0

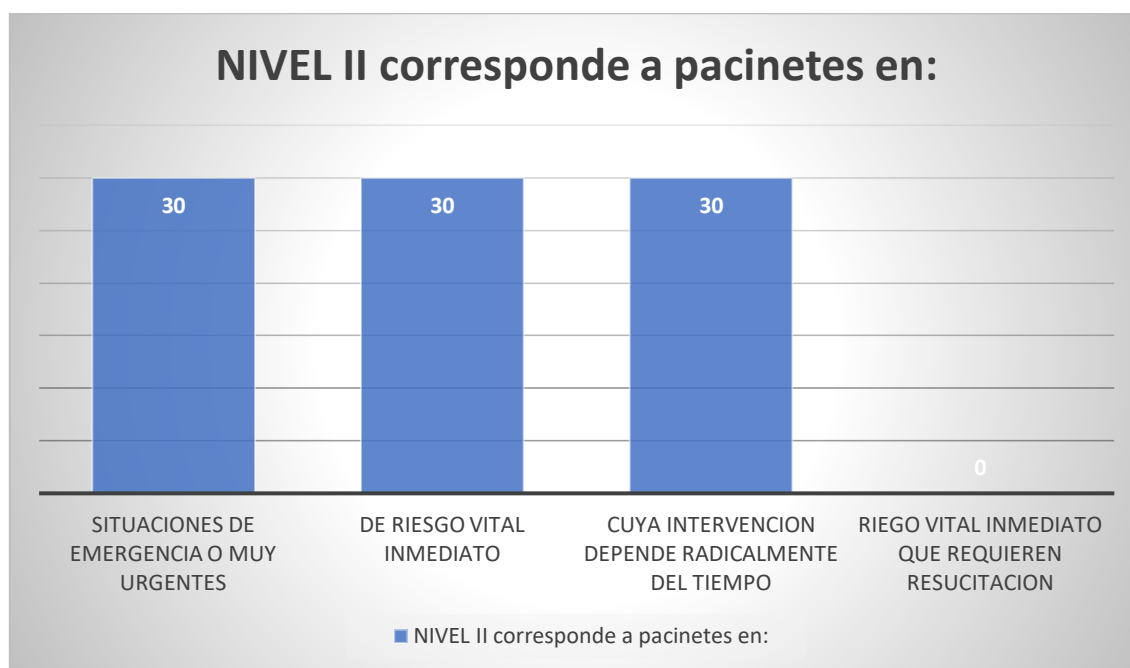


Grafico 4

Los resultados de esta pregunta muestran que la mayoría de los enfermeros/as (100%) sabe que el nivel II de triaje corresponde Situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital inmediato y cuya intervención depende radicalmente del tiempo. Sin embargo, el 0% de los enfermeros/as cree que el nivel II No corresponde a pacientes con riesgo vital inmediato que requieren resucitación

Pregunta 4: NIVEL III corresponde al tipo de paciente en:

Tabla 5

Respuesta	Cant.
Situaciones urgentes	30
De riesgo vital potencial generalmente requieren múltiples exploraciones	30
Se beneficiarían de una intervención por parte del personal médico	0
Por la edad del paciente o su proceso, podrían empeorar	0
Paciente con riesgo vital inmediato que requieren resucitación	0

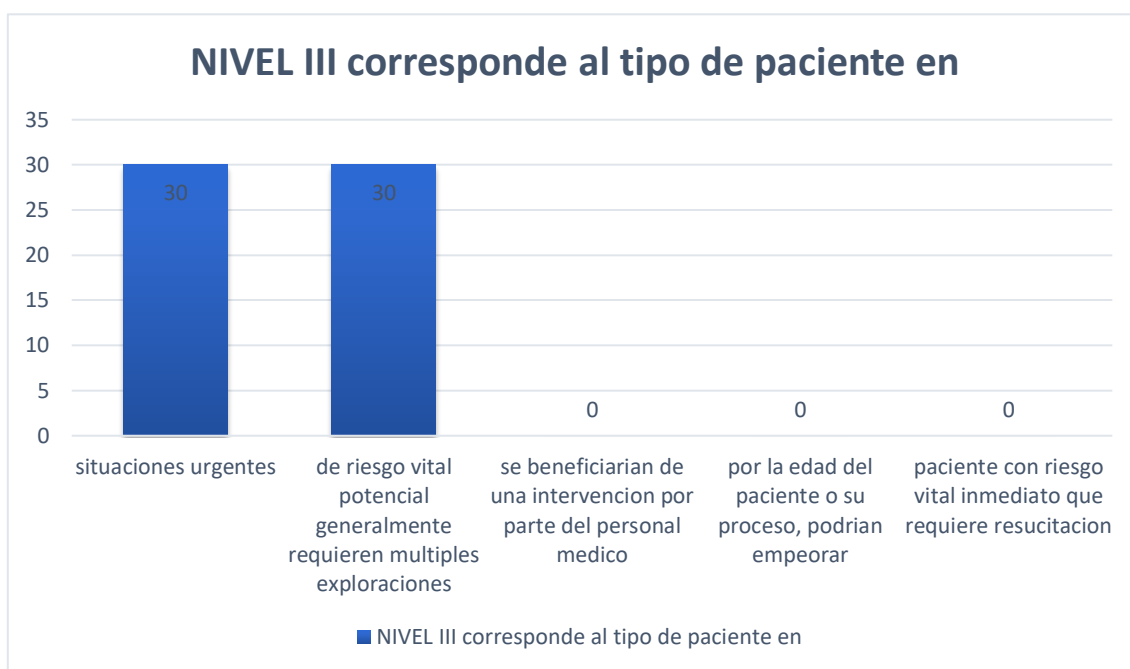


Grafico 5

Los resultados de esta pregunta muestran que la mayoría de los enfermeros/as (100%) sabe que el nivel III de triaje corresponde Situaciones urgentes, de riesgo vital potencial, que generalmente requieren múltiples exploraciones.

Pregunta 5: NIVEL IV corresponde al tipo de paciente en:

Tabla 6

Respuesta	Cant.
Situaciones que, por la edad del paciente	30
Su proceso podría empeorar y se beneficiarían de una intervención por parte del personal médico	30
Situaciones urgentes	0

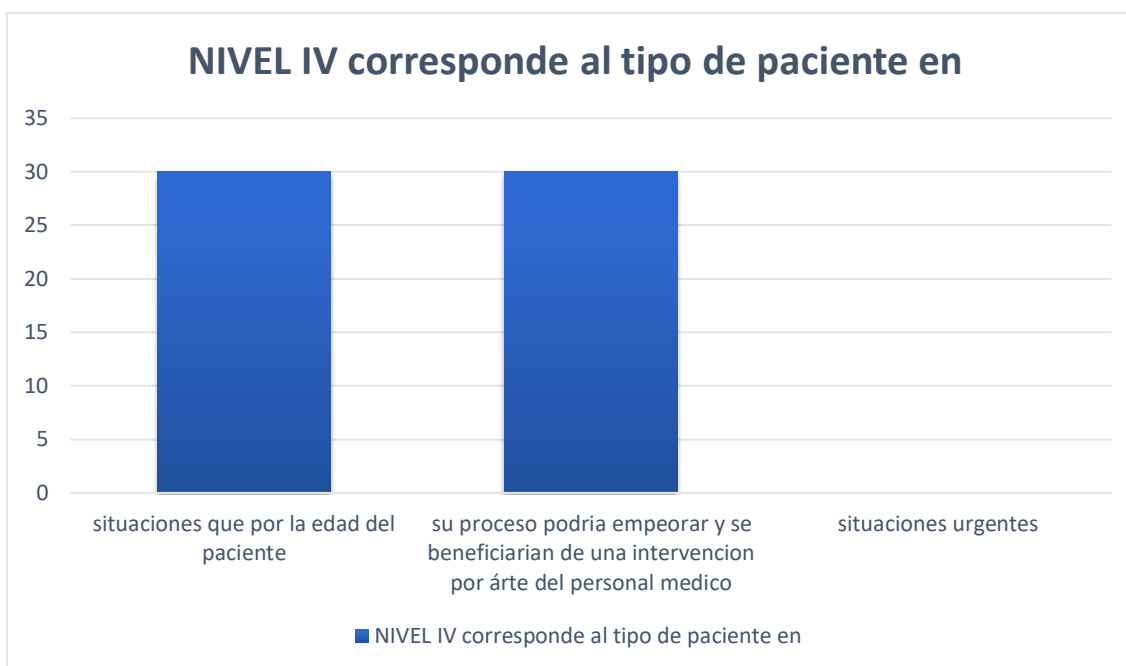


Grafico 6

Los resultados de esta pregunta muestran que la mayoría de los enfermeros/as (100%) sabe que el nivel IV de triaje corresponde a pacientes en situaciones que por la edad del paciente y por su proceso, podrían empeorar y se beneficiarían de una intervención por parte del personal médico. Sin embargo, un 0% de los enfermeros/as cree que el nivel IV no corresponde a situaciones urgentes

Pregunta 6 Nivel V Corresponde al tipo de paciente en

Tabla 7

Respuesta	Cant
Situaciones que pueden ser agudas	30
No son urgentes o que forman parte de un proceso crónico	30
Su atención podría ser retrasada	30
Referida al equipo de medicina primaria	30
Su proceso podría empeorar y se beneficiarían de una intervención por parte del personal medico	0

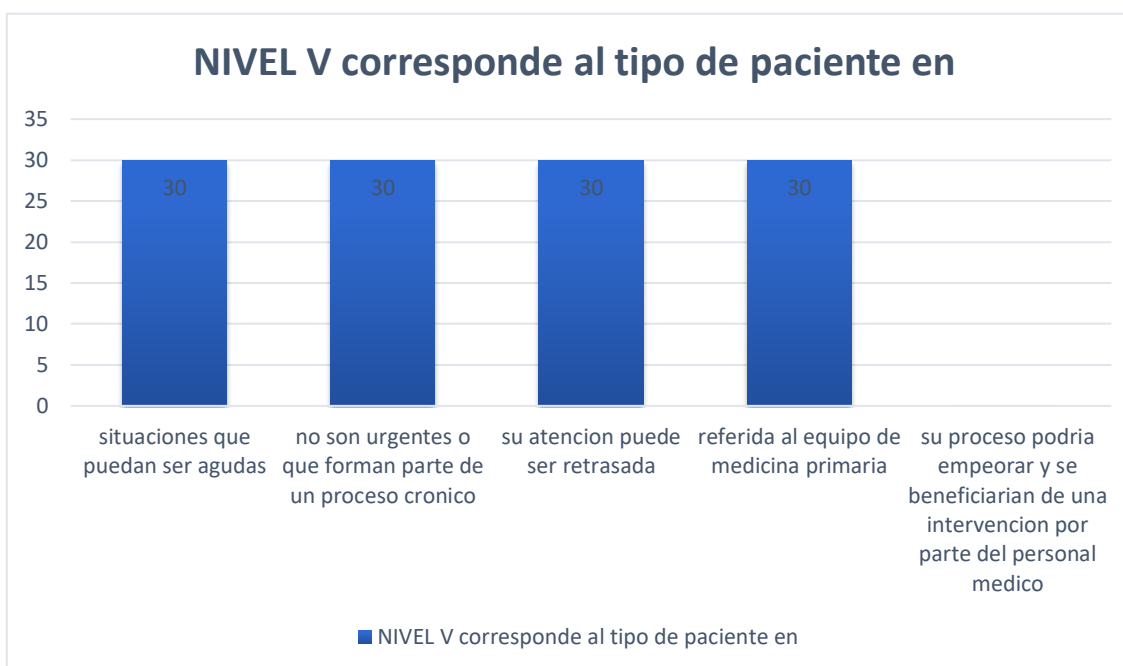


Grafico 7

Los resultados de esta pregunta muestran que la mayoría de los enfermeros/as (100%) sabe que el nivel V de triaje corresponde Situaciones que pueden ser agudas, pero no son urgentes o que forman parte de un proceso crónico. En cualquier caso, su atención podría ser retrasada y referida al equipo de medicina primaria. Sin embargo, un 0% de los enfermeros/as cree que el nivel V No corresponde que su proceso podría empeorar y se beneficiarían de una intervención por parte del personal medico

3. Urgencia según la clasificación de la demanda según su gravedad en triaje

Clasificación según la demanda	Emergencia	Urgencia de segunda prioridad	Urgencia menor o de tercera prioridad
Todo problema patológico agudo, que comprometa la vida del paciente, algún órgano o parte esencial de su organismo por riesgo real o potencial, que requiera medidas, o condiciones de sostén, inmediatas	30	0	0
Problema patológico que por el curso de su evolución no pondría en peligro la vida del paciente en tiempo inmediato ni mediato, aunque pudiera peligrar a partir de complicaciones	0	25	5
Contempla problemas patológicos que de acuerdo con la evolución de su gravedad podrían poner en peligro, en tiempo mediato, la vida del paciente.	5	5	20

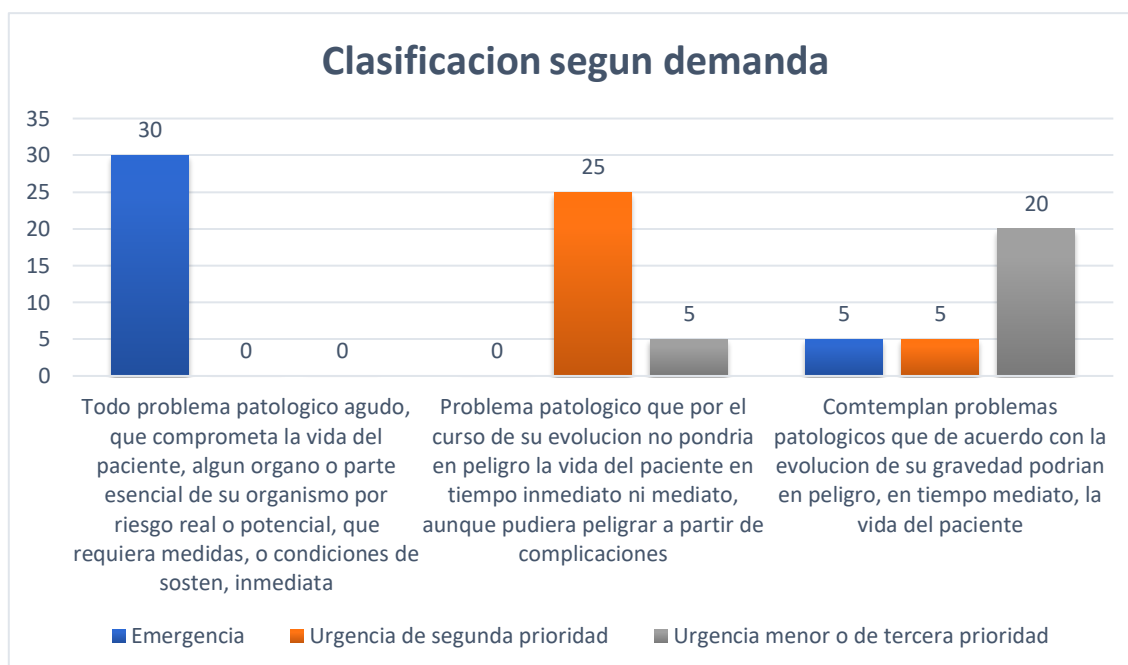


Grafico 8

Los resultados de esta pregunta muestran que los enfermeros/as tienen un buen conocimiento de la clasificación de la demanda según su gravedad en triaje. La mayoría de los enfermeros/as (100%) sabe que la definición de emergencia corresponde a un problema patológico agudo, que comprometa la vida del paciente, algún órgano o parte esencial de su organismo por riesgo real o potencial. La mayoría de los enfermeros/as (75%) también sabe que la definición de urgencia de segunda prioridad corresponde a un problema patológico que no pondría en peligro la vida del paciente en tiempo inmediato ni mediato, pero que podría peligrar a partir de complicaciones. Finalmente, la mayoría de los enfermeros/as (50%) sabe que la definición de urgencia menor o de tercera prioridad corresponde a un problema patológico que podría poner en peligro, en tiempo mediato, la vida del paciente.

Conclusión

El Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes desde la óptica asistencial por niveles de gravedad y su correspondiente adecuación a la estructura del medio asistencial

Los conocimientos que tienen los enfermeros a cerca de Recepción, Acogida y Clasificación RAC respondieron la mayoría que si conocen

Referente a los Tipo de pacientes dentro de cada Nivel y clasificación la mayoría también si conocen

En cuanto a la clasificación de Demanda según su gravedad en triaje, los enfermeros conocen la cual respondieron correctamente

En general, los resultados de esta encuesta muestran que los enfermeros/as tienen un buen conocimiento, llegando así a responder a la pregunta general

APENDICE

Nos dirigimos a Ud. a fin de solicitar su valiosa colaboración para completar este cuestionario, cuyos datos reportarán una relevante información para nuestro trabajo de investigación acerca de los “Conocimientos de enfermeros sobre Recepción, Acogida y Clasificación”

Los datos son anónimos y confidenciales.

Marque los indicadores que usted conoce.

¡¡¡Muchas Gracias!!!

Objetivos del RAC

¿Qué conocimientos tiene usted sobre objetivos del RAC?

Objetivos del RAC	SI	NO
Identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital		
Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente		
Asegurar la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital		
Determinar el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta en el servicio de urgencias		

No requiere informar a los pacientes y sus familias sobre el tipo de servicio que necesita el paciente y el tiempo de espera probable		
Disminuir la congestión, mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio		
No requiere proporcionar información a los profesionales que ayude a definir y monitorizar la complejidad de su servicio.		

Tipo de pacientes clasificados dentro de cada nivel

1- ¿Si un paciente acude a la urgencia con temperatura 37,5 ° C a qué nivel corresponde?

- a- Nivel V
- b- Nivel IV
- c- Nivel III

2- Pacientes con riesgo vital inmediato que requieren resucitación corresponde a:

- a- Nivel II
- b- Nivel III
- c- Nivel I

3- NIVEL II corresponde a pacientes en

- a- Situaciones de emergencia o muy urgentes
- b- de riesgo vital inmediato
- c- cuya intervención depende radicalmente del tiempo

d- riesgo vital inmediato que requieren resucitación

4- NIVEL III corresponde al tipo de paciente en

- a- Situaciones urgentes
- b- de riesgo vital potencial generalmente requieren múltiples exploraciones
- c- se beneficiarían de una intervención por parte del personal médico
- d- por la edad del paciente o su proceso, podrían empeorar
- e- Pacientes con riesgo vital inmediato que requieren resucitación

5- NIVEL IV corresponde al tipo de paciente en

- a- Situaciones que, por la edad del paciente
- b- Su proceso podría empeorar y se beneficiarían de una intervención por parte del personal médico
- c- Situaciones urgentes

6- NIVEL V corresponde al tipo de paciente en

- a- Situaciones que pueden ser agudas
- b- no son urgentes o que forman parte de un proceso crónico
- c- su atención podría ser retrasada
- d- referida al equipo de medicina primaria
- e- Su proceso podría empeorar y se beneficiarían de una intervención por parte del personal médico

Urgencia respecto a la clasificación de la demanda según su gravedad en triaje

Clasificación según la demanda	Emergencia	Urgencia de segunda prioridad	urgencia menor o de tercera prioridad
--------------------------------	------------	-------------------------------	---------------------------------------

Todo problema patológico agudo, que comprometa la vida del paciente, algún órgano o parte esencial de su organismo por riesgo real o potencial, que requiera medidas, o condiciones de sostén, inmediatas			
Problema patológico que por el curso de su evolución no pondría en peligro la vida del paciente en tiempo inmediato ni mediato, aunque pudiera peligrar a partir de complicaciones			
Contempla problemas patológicos que de acuerdo con la evolución de su gravedad podrían poner en peligro, en tiempo mediato, la vida del paciente.			

Bibliografía

- belen, b. g. (2013). sobre cargas de pacientes en la urgencias. *UNCuyo* .
- Diaz Chicano, J. (2005). LA ENFERMERA DE RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN. *UNIVERSIDAD DE MURCIA* .
- José Luis, G. L. (2013). Triage de Enfermería en el servicio de Urgencias hospitalarias. *Repositorio Comillas* .
- Piergiorgio, C. (2007). *Metodología y Técnica de Investigación Social Segunda Edición*.
- Reguera", P. ". (2018). "Filtro sanitario" en las urgencias médicas. Un problema a reajustar SciELO. *Revista Cubana de Medicina* .
- Rosa Maria, A. C. (1999). *"Los contextos conceptuales históricos: una propuesta de análisis de la evolución de la.*
- Sampieri, H. (2014). *Medología de la Investigación*. Mexico : Sexta Edición.
- social, m. d. (2011). *RAC*.
- Social, M. d. (2011). *RECEPCIÓN ACOGÍDA Y CLASIFICACIÓN DEL RAC*.