



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS DE RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN (RAC) TRIAJE DE PACIENTES EN LAS EMERGENCIAS HOSPITALARIAS

**PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS
DE RECEPCIÓN, ACOGIDA
Y CLASIFICACIÓN (RAC)
TRIAJE DE PACIENTES EN LAS EMERGENCIAS
HOSPITALARIAS**

Santo Domingo, República Dominicana
Noviembre de 2017

Título original:

Procedimientos operativos de recepción, acogida y clasificación (RAC): triaje de pacientes en las emergencias hospitalarias.

Citar:

República Dominicana, Servicio Nacional de Salud; Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Procedimientos operativos de recepción, acogida y clasificación (RAC): triaje de pacientes en las emergencias hospitalarias. Santo Domingo, D.N.: SNS; 2017.

Servicio Nacional de Salud
Calle Leopoldo Navarro
Santo Domingo, D. N.

© Servicio Nacional de Salud, 2017.

Esta publicación fue elaborada con la cooperación técnica de la OPS/OMS.

Diseño y diagramación:

Vishnu Rafael Almonte H.

Impresión

Primera edición
1,000 ejemplares

Impreso en la República Dominicana

Autoridades

Dr. Nelson Rodríguez Monegro,

Director Ejecutivo del Servicio Nacional de Salud.

Dr. José Miguel Ferreras,

Director de Emergencias Médicas, Ministerio Salud Pública.

Dra. Mirna Font Frías,

Directora del Servicio Regional Metropolitano.

Dra. María Elexia Bautista,

Directora del Servicio Regional Valdesía.

Dra. Austria De La Rosa,

Directora del Servicio Regional Norcentral.

Dr. Ángel Federico Garabot,

Director del Servicio Regional Nordeste.

Dr. José Luis Pérez,

Director del Servicio Regional Enriquillo.

Dr. Virgilio Cedano ,

Director del Servicio Regional Este.

Dr. Héctor Guerrero,

Director del Servicio Regional El Valle.

Dr. Domingo Colón,

Director del Servicio Regional Cibao Occidental.

Dr. Freddy Abad,

Director del Servicio Regional Cibao Central.

Equipo responsable:

Dra. Mariam Montes de Oca,

MPH, Salud Pública. Encargada del Departamento de Atención a Urgencias y Emergencias, Servicio Nacional de Salud.

Dr. Byron Vidal,

Técnico de Salud del Departamento de Atención a Urgencias y Emergencias, Servicio Nacional de Salud.

Dr. Franklin Gómez,

Emergenciólogo, Gerente operativo, Servicio Regional Metropolitano.

Dra. Yunilda Irizarry,

Gerente de Emergencias del Hospital Juan Pablo Pina, Servicio Regional Valdesía.

Dr. Tomás Almonte,

Emergenciólogo, Servicio Regional Norcentral.

Dr. Víctor Flores Luna,
Emergenciólogo, Hospital San Vicente de Paul, Servicio Regional Nordeste.
Dr. Santos Arsenio Beltré,
Emergenciólogo, Hospital Jaime Mota, Servicio Regional Enriquillo.
Dra. Damaris Turner,
Emergencióloga, gerente de Emergencias, Hospital Antonio Musa, Servicio Regional Este.
Dra. Ramona Rosario,
Emergencióloga, Hospital Alejandro Cabral, Servicio Regional El Valle.
Dr. Arístides Bernard,
Emergenciólogo, Hospital Luis L. Bogart, Servicio Regional Cibao Occidental.
Dr. Nelfry Sánchez,
Emergenciólogo, Hospital Morillo King, Servicio Regional Cibao Central.
Dr. Marcelo Puello,
Traumatólogo. Gerente Operativo, Emergencias Médicas, Ministerio de Salud Pública.
Dr. Ruddy De Gracia,
Emergenciólogo, coordinador de Despacho 9.1.1.

Equipo de asesores externos:

Dr. Hernán Rodríguez González,
Asesor de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).
Dra. Alexandra Rodríguez,
Consultora nacional Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).
Dra. Laura Sosa,
Emergencióloga. Consultora externa nacional.
Dra. Liz Parra,
Asesora del Programa de Emergencias en Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).
Dra. Danyelle Monteiro Cavalcante,
Asesora externa de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).
Lic. Rosario Guzmán,
Consultora nacional en Gestión del Conocimiento de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	9
2. OBJETIVO GENERAL	10
3. ALCANCE	10
4. RESPONSABILIDADES	10
5. MARCO CONCEPTUAL	11
5.1 Modelo Manchester de Triage	13
6. DEFINICIONES: RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN (RAC) - TRIAJE	17
6.1 Recepción, Acogida y Clasificación (RAC)	17
6.2 Recepción	17
6.3 Acogida	17
6.4 Clasificación de riesgos o triaje	18
6.5 Sistema de clasificación de riesgo	19
7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO RAC	20
7.1 Competencias del personal asistencial en la recepción, acogida y clasificación	22
7.2 Factores de riesgo (clínicos y trauma) que son determinantes en la RAC.	23
7.3 Protocolo de triaje para pacientes adultos	35
7.3.1 Cuándo sospechar o criterios de inclusión:	35
7.3.2 Conducta	35
7.3.3 Esquema de priorización para el triaje de pacientes adultos	36
7.4 Recepción del paciente en ambulancia	37
8. SEGURIDAD DE PROFESIONALES Y PACIENTES	38
8.1 Seguridad de los profesionales	38
8.2 Seguridad de los pacientes	39

9. INDICADORES DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	41
9.1 Tiempo medio de realización de la RAC	41
9.2 Tiempo medio entre la RAC y la atención médica por el grado de prioridad	42
9.3 Porcentaje de atenciones por prioridad clínica	42
BIBLIOGRAFIA	44
ANEXO I	50
Resolución	
ANEXO II	54
La importancia del establecimiento de un nuevo flujo interno para la entrada en las salas de urgencia/emergencia para la implementación del RAC.	
ANEXO III	60
Tabla de identificación de los descriptores generales de signos y síntomas que determinan la clasificación RAC. Metodo Manchester.	
ANEXO IV	64
Proceso de atención de pacientes en urgencias/emergencias hospitalarias.	
ANEXO V	67
Formulario de la RAC y evaluación médica.	
ANEXO VI	68
Tarjetas de valoración.	

1. INTRODUCCIÓN

El uso del Triage para la clasificación de pacientes en los servicios de urgencias hospitalarias es un pilar fundamental para la correcta operación de las salas de emergencias.

Para el eficaz y estructurado funcionamiento de un sistema de triaje es necesario la existencia de un equipo de profesionales de salud calificado, que pueda identificar las necesidades de los pacientes que esperan por atención en las emergencias hospitalarias, y que pueda decidir por las prioridades de atención, según criterios de gravedad. Este personal debe ser formado para la aplicación de un protocolo de clasificación estandarizado, válido, útil y reproducible, con evidencia científica, a fin de garantizar su aplicabilidad y seguridad.

El Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana, como ente rector responsable de desarrollar las funciones de regulación, establece la implementación del triaje hospitalario a través de la Resolución Ministerial 000022 de 2016, en la cual determina una escala de triaje de cinco (5) niveles (clasificación de pacientes). A estos fines, luego de una rápida identificación de los usuarios ya clasificados, cada nivel podrá ser caracterizado por colores, siendo el nivel I por el color rojo, el nivel II por el color naranja, el nivel III por el color amarillo, el nivel IV por el color verde y el nivel V por el color azul, en consonancia con el modelo Manchester.

En tal sentido, el Servicio Nacional de Salud establece la operatividad del proceso de clasificación de pacientes (traje) con la implementación del proceso de atención conocido como RAC (Recepción, Acogida y Clasificación) de pacientes, en las salas de emergencias hospitalarias de los servicios públicos, definiéndose como la primera asistencia en situaciones de riesgo vital o emergencia,

con el fin de identificar las necesidades y problemas, y a su vez, clasificar por niveles de prioridad asistencial y cuidados en situaciones de atención individual. Implica una clasificación continua y consta de tres fases íntimamente relacionadas y aplicables simultáneamente.

Por lo anterior, se desarrolla este manual de recepción, acogida y clasificación (RAC) para que los hospitales realicen una valoración sistemática (pero rápida y eficaz) y una relación terapéutica que determine una toma oportuna de decisiones en la asistencia del paciente, adaptando dichas decisiones a las capacidades de servicio, y de respuesta material y humana, que presenta cada centro asistencial.

2. OBJETIVO GENERAL

Optimizar la gestión de los servicios de urgencias y emergencias, estableciendo criterios homogéneos, basados en evidencias científicas y de calidad, mediante la recepción, acogida y clasificación que permitan establecer la prioridad asistencial para mejorar la respuesta a las necesidades de los pacientes, brindando un servicio con eficacia, calidad y calidez.

3. ALCANCE

Todos los servicios de urgencias y emergencias hospitalarias de los establecimientos públicos del Servicio Nacional de Salud.

4. RESPONSABILIDADES

Las responsabilidades descritas en los procedimientos estarán dirigidas principalmente a médicos y licenciadas en enfermería de los servicios de urgencia y emergencia hospitalarios.

5. MARCO CONCEPTUAL

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. Durante este tiempo de espera puede empeorar el pronóstico de algunos estados clínicos que, en otras condiciones, se habrían beneficiado de una atención más rápida. Además, crea en el paciente y en sus familiares un sentimiento de desatención cuando se prolonga el periodo entre la recogida de datos administrativos y la atención médica.

Paralelamente, al inicio del sistema americano de la escala de triaje de 4 niveles, en Australia se fue consolidando también la Escala nacional de triaje para los servicios de urgencias australianos (National Triage Scale for Australasian Emergency Departments [NTS]), que nació de la evolución de una escala previa de 5 niveles, la de Ipswich. La NTS, planteada en 1993 por el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias, fue la primera escala con ambición de universalización basada en 5 niveles de priorización. En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como Escala australiana de triaje (Australasian Triage Scale [ATS]). Tras la implantación de la NTS, y claramente influenciadas por esta, en diferentes países se han ido desarrollando sistemas o modelos de triaje que han adaptado sus características, y que han tenido como objetivo la implantación del modelo o sistema, como modelo de triaje de urgencias universal, en sus respectivos territorios. Así, podemos decir que actualmente existen, además del modelo australiano definido en este párrafo, los siguientes:

- La Escala Canadiense de Triaje y Urgencia para los Servicios de Urgencias (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale [CTAS])

introducida por la Asociación Canadiense de Médicos de Urgencias (CAEP), en 1995, utilizando la NTS como referente.

- El Sistema de triaje de Manchester (Manchester Triage System [MTS]), introducido por el Grupo de triaje de Manchester en 1996.
- El índice de severidad de urgencias de 5 niveles de triaje (Emergency Severity Index© 5 Level Triage [ESI]), desarrollado por el grupo de trabajo del ESI en los EE. UU. en 1999.
- El Modelo Andorrano de Triaje (Model Andorrà de Triaje [MAT]), aprobado por el Servicio Andorrano de Atención Sanitaria (SAAS) en 2000 y aceptado como estándar catalán de triaje por la Societat Catalana de Medicina d'Urgencia (SCMU) en 2002 y como estandarizado andorrano por la Societat Andorrana d'Urgences y Emergencies (SAUE) en 2007, y que utiliza la CTAS como referente (13).
- El Sistema Español de Triaje, adaptación del Modelo Andorrano de Triaje que es adoptado en el 2003 por la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMES).

El Sistema de Triaje Manchester (MTS, de la sigla en inglés de Manchester Triage System), es un sistema de clasificación y priorización de pacientes creado para dar respuesta a un número importante de profesionales que laboran en los servicios de urgencias y emergencias. El sistema, parte fundamental del manejo de riesgo clínico en los servicios de urgencias, se basa en un sencillo método en el que, en función de la queja del paciente y unas preguntas bien definidas, estandarizadas y jerarquizadas, se le asigna al paciente niveles de prioridad para la atención de su urgencia.

El Manchester y otros sistemas como el SAT (Sistema

Andorrano de Triage); el SET (Sistema Español de Triage); el canadiense, y otros, están orientados a la clasificación individual, por lo que son especialmente interesantes en el medio intrahospitalario.

En la República Dominicana se han implementado diferentes modelos de triaje para la clasificación de los pacientes que visitan las salas de emergencias/urgencias, de modo que estas puedan manejar el alto flujo. En gran parte de las instituciones de salud dominicanas predomina el uso de la Escala Canadiense de Triage, pero en otras utilizan la de Manchester.

5.1 Modelo Manchester de Triage

El Sistema de Triage Manchester establece cinco niveles de prioridad -representados por colores-, según la posible demora en la atención al paciente. Fue diseñado en los años 90 por profesionales de los servicios de urgencias de los hospitales de la ciudad inglesa de Manchester para dar respuesta a una creciente inquietud profesional en aquel ámbito de trabajo. El sistema, parte fundamental del manejo de riesgo clínico en los servicios de urgencias, se basa en un sencillo método en el que, en función del motivo de consulta del paciente y unas preguntas bien definidas, estandarizadas y jerarquizadas, se le asigna al paciente un nivel de prioridad para su atención.

La escala de clasificación de pacientes contempla 52 motivos posibles de consulta que, de forma amplia, se pueden agrupar en las 5 categorías siguientes: Enfermedad, Lesión, Niños, Conducta Anormal e Inusual y Catástrofes. En cada uno se despliega un árbol de flujo de preguntas y después de 4-5 preguntas como máximo, clasifica al paciente en una de las 5 categorías que se traducen en un código de color y en un tiempo máximo de atención.

TABLA MODELO MANCHESTER DE TRIAJE

Prioridad 1:	atención	Inmediata	(identificados con el color rojo).
Prioridad 2:	atención	Muy Urgente	antes de 10 min, (color naranja).
Prioridad 3:	atención	Urgente	antes de 60 min (color amarillo).
Prioridad 4:	atención	Menos Urgente	antes de 120 min (color verde).
Prioridad 5:	atención	No Urgente	antes de 240 min (color azul).

Figura 1. Parámetros de prioridad según la gravedad y el tiempo de espera

PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III	PRIORIDAD IV	NO PRIORIDAD
Inmediata	Muy Urgente	Urgente	Menos Urgente	No Urgente
Condición de salud extrema que amenaza la vida del paciente.	Condición de salud de alto riesgo que representa una amenaza al estado de salud del paciente.	Condición aguda, no amenazante de la vida.	Condición de salud que puede ser aguda, pero no compromete el estado general del paciente.	Condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos, sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general del paciente.
Requiere una intervención médica inmediata.	Debe recibir atención médica inmediata.	Requiere consulta médica no inmediata.	No representa un riesgo evidente.	No representa un riesgo para la vida.
Atención inmediata con médico de la sala de emergencia.	Atención dentro de los siguientes 30 minutos con médico de la sala de emergencia.	Atención hasta 2 horas con médico y observación en sala de medicación o sala de emergencia (cuando hay necesidad de reposo en posición horizontal).	Atención de 2 hasta 4 horas y remisión a especialistas.	Atención, cita por consulta externa en ambulatorio o consulta médica agendada.

Estos cinco niveles se establecen en función de los siguientes criterios generales: riesgo vital, dolor, hemorragia, nivel de conciencia, temperatura y agudeza (tiempo de evolución), y se aplican a todos los pacientes, independientemente de su forma de presentación. El profesional selecciona un número de signos y síntomas de cada nivel de prioridad y utiliza los discriminadores dispuestos en forma de diagramas, para asignar a los pacientes a una de las 5 prioridades clínicas.

Según el Protocolo de Manchester, la clasificación de riesgo es un método 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, porque es una forma de evaluación rápida. Por eso debe ser ejecutado por una persona con un perfil específico, con mucha experiencia, con autoridad y capacidad para la toma de decisiones en circunstancias difíciles.

Se trata de un método de priorización de pacientes que es sencillo de aprender y utilizar, rápido en su ejecución. En el Sistema de Triage Manchester, cada triaje dura entre 1 y 1.5 minutos, es válido para pacientes adultos y en edad pediátrica, y define unos flujos y circuitos de pacientes que contribuyen de manera decisiva a la reorganización del servicio de urgencias. Con base en estos conceptos, podemos concluir que 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 primero.

Este método, que inicialmente se hizo para ser empleado en los servicios de urgencias de la ciudad de Manchester,

pronto fue adoptado como método de triaje en el Reino Unido y posteriormente en muchos países europeos y de América del Sur, con muy buenos resultados, y ahora se utilizará de manera oficial en todos los establecimientos públicos que prestan servicios de urgencias y emergencias en la República Dominicana.

6. DEFINICIONES: RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN (RAC) - TRIAJE

6.1 Recepción, Acogida y Clasificación (RAC.)

La RAC (Recepción, Acogida y Clasificación), es el proceso de atención para la primera asistencia de pacientes en situación de riesgo vital o de urgencia, con el fin de identificar sus necesidades y problemas, y clasificarlos por niveles de prioridad asistencial y/o cuidados, en situaciones de atención individual.

La RAC es sumar al concepto de triaje los elementos propios de la relación interpersonal entre el paciente y el profesional sanitario, estableciendo conexiones empáticas y centrando las acciones en el servicio al paciente.

6.2 Recepción

Es el momento en el cual se establece la primera relación asistencial como respuesta a la demanda del paciente y su familia.

Uno de los significados del término recibir es «salir al encuentro de uno que viene de fuera».

6.3 Acogida

Es el modo relacional en el que se desarrolla el primer

encuentro personal sanitario-paciente y conlleva la puesta en práctica de todo el conjunto de valores humanos hacia el paciente y la familia. Es la forma ética y adecuada, necesaria para suplir la demanda de asistencia de manera responsable y resolutiva del demandante. Se realiza una vez descartada la emergencia de riesgo vital que se presupone con la sola presencia física del que demanda la asistencia.

6.4 Clasificación de riesgos o triaje

El triaje es una toma de decisión rápida, basada en una información objetiva, ejecutado en un medio hostil y/o dramático, bajo presión emocional, ante un número indeterminada de lesionados de carácter pluri-patológico y con medios limitados.

Un sistema de clasificación debe ser entendido como un sistema que integra la red de servicios de salud, para mejorar la calidad de los servicios de urgencias, cuya implantación tiene efectos positivos directos sobre los pacientes, sobre los profesionales y sobre el sistema sanitario en su globalidad.

La clasificación de riesgo debe garantizar la categorización según la evaluación de los signos y síntomas para la definición del grado de urgencia que presentan los pacientes desde su llegada a los servicios de atención a las urgencias.

La RAC es un dispositivo importante para las salas de emergencias hospitalarias, pues hace la diferenciación de los pacientes por el riesgo de complicaciones y su gravedad, en base a criterios clínicos.

Existen varios protocolos de clasificación de riesgo, probados y validados, pero el protocolo debe ser adecuado a la realidad de las necesidades de la población a que atiende y los profesionales deben estar

capacitados para su uso.

Para el personal de urgencias, la RAC ofrece un nuevo marco asistencial, debe tener un lenguaje común entre los diferentes componentes del sistema de atención a las urgencias y emergencias, y un flujo establecido que haga más eficiente el proceso asistencial.

Las acciones que permitirán imprimir calidad a los servicios donde se implantó la RAC también se deben a los cambios de los flujos de la entrada de pacientes en las salas de emergencia hospitalarias, a la capacitación del personal, además de la supervisión y análisis de los resultados.

Es necesario tener presente que el trabajo centrado en el paciente es la razón de ser de los sistemas de salud pública, y que esto es posible con una organización de la asistencia en la que primen los principios de justicia y equidad en la atención del usuario y dando mayor información a los profesionales, paciente y sus familias.

6.5 Sistema de clasificación de riesgo

Los sistemas de clasificación y/o triaje siguen un esquema de árbol de decisión, que agiliza la toma de decisiones y el juicio clínico:

Recepción: identificación del paciente, valoración primaria y soporte vital.

Acogida: reforzar relaciones (buscar la disposición terapéutica positiva), valoración secundaria y atención inicial.

Clasificación: priorización asistencial basada en criterios de gravedad del paciente.

Esta clasificación debe ser hecha en un tiempo corto y de forma ágil y efectiva. 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 equipara 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.

7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO RAC

Es el método de intervención más eficaz para la satisfacción de los propósitos de la asistencia sanitaria, de manera que pueda ser aplicado en cualquier ámbito de urgencias y emergencias por un profesional de la salud, capacitado para dicho fin.

Debe 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.

Con la evaluación no se pretende establecer un diagnóstico, sino identificar las necesidades del usuario con el fin de determinar la prioridad de los cuidados y de atención médica/enfermería/social.

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 del paciente sea cual sea el ámbito donde se realice, debe contar con los siguientes pasos en cada situación:

1. Motivo de la consulta de urgencia:

Debe ser hecho un interrogatorio al paciente: ¿Qué le pasa?

- a. Descripción del cuadro y su sintomatología delimitando el cuadro, para formarnos una opinión de su gravedad. Existencia de dolor, localización y características.
- b. Debe contener la declaración del problema: tipo de incidente crítico (accidente laboral, tráfico, precipitado, autolesión, agudización de crónico, proceso agudo).
- c. Sitio del escenario del incidente crítico.
- d. Niveles de atención recibida: ¿Fueron implementadas medidas de estabilización?
- e. Sistema de transporte en el que ha venido: ¿Con cuáles medios de traslado?
- f. Delimitar si es un cuadro agudo o una afectación crónica, o crónica descompensada, entre otros: ¿Desde cuándo?
- g. Episodios previos: averiguar la existencia de cuadros recurrentes.

Datos de interés relacionados con el motivo de la 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 médico, y/o el enfermero quien profundice después en todos los antecedentes del paciente que sean necesarios para la historia clínica de urgencias.

2. Inspección del paciente: búsqueda de signos de gravedad y parámetros de control. Lo pertinente con el motivo de la consulta y que ayude a priorizar. Aspecto general: impresión de gravedad, existencia de trabajo

respiratorio. Se realizan intervenciones diagnósticas iniciales, de medida de signos vitales, que el personal asistencial de la RAC considere oportunas para la aproximación al problema del paciente, siguiendo un protocolo estandarizado adecuado a cada motivo de consulta, el que permite establecer un circuito unidireccional del paciente y facilita la labor diagnóstica y que están en tablas de apoyo en anexo a este manual.

De esta manera, podemos distinguir cuatro fases en el desarrollo de la clasificación de pacientes en urgencias:

1. Identificar la queja de presentación, que es el motivo de la ida a la urgencia.
2. Elegir el FLUJO de decisión aplicable, TRAUMA O CLÍNICO, los que engloban la gran mayoría de las situaciones que se presentan en las urgencias.
3. Determinar los factores de riesgo y las respuestas a las siete preguntas.
4. Como consecuencia de lo anterior, determinar la PRIORIDAD, designada por un color, con un tiempo objetivo correspondiente para la espera por atención médica.

7.1 Competencias del personal asistencial en la recepción, acogida y clasificación

- a. Identificar los problemas y las necesidades de los pacientes y los riesgos para su seguridad en el medio asistencial.
- b. Ordenar de forma eficaz la demanda, mediante entrevista rápida, observación, exploración y distribución.
- c. Ofertar a los pacientes y a sus familiares o acompañantes una aproximación humana y

profesional al problema planteado como demanda asistencial en todo su contexto.

- d. Facilitar estabilidad, comodidad, seguridad y prestar apoyo emocional y apoyo psicológico, para poner al paciente en una actitud terapéutica positiva.
- e. Evaluar la situación del paciente a su llegada y determinar el grado de prioridad.
- f. Derivar al usuario que precisa cuidados inmediatos hacia el área de tratamiento y cuidados apropiados.
- g. Evaluar más detenidamente al paciente que no precisa cuidados inmediatos.
- h. Iniciar los cuidados necesarios según los procedimientos establecidos para la RAC en función de las alteraciones de salud manifestadas y necesidades identificadas.
- i. Orientar adecuadamente al paciente o a su familia si presentan déficit de conocimientos relacionados con el motivo de la consulta, aclarando cualquier duda que expresen.

7.2 Factores de riesgo (clínicos y trauma) que son determinantes en la RAC

- a. **Riesgo de muerte:** el riesgo de muerte es cualquier ausencia o inestabilidad de signos vitales (A - vía aérea, B - respiración, C - circulación), los cuales colocan al paciente en el primer grupo de prioridades. Estos son:
 - Incapacidad para mantener su vía aérea por cualquier período de tiempo o tiene obstrucción de las vías aéreas. Estridor inspiratorio y espiratorio o

presenta un grave riesgo en su vía aérea.

- Respiración inadecuada, siendo aquel paciente que no puede respirar lo suficiente para mantener una oxigenación adecuada. Puede haber señales de esfuerzo respiratorio, señales de ventilación ineficaz o agotamiento.
 - La ausencia de pulso durante la palpación por 5 segundos del pulso carotideo en el adulto o braquial en el niño, que pueden ser seguidos de sudoración, palidez, taquicardia, hipotensión y la alteración del estado de conciencia o choque.
- b. **Nivel de conciencia:** se debe estar muy atento con el nivel de conciencia del paciente. Para evaluar eso se puede usar la observación, el interrogatorio y también la evaluación estandarizada por medio de la escala de coma de Glasgow, en los casos más difíciles de determinar.

Figura 2. Escala de evaluación del nivel de consciencia.

Escala de coma de Glasgow		
Parámetros	Respuesta observada	Puntuación
Apertura ocular	Espontánea	4
	Al estímulo verbal	3
	Al estímulo doloroso	2
	Ninguna	1
	Orientada	5
Respuesta verbal	Confusa	4
	Palabras inadecuadas	3
	Sonidos incomprensibles	2
	Ninguna	1
	Obedece órdenes	6
Respuesta motora	Localiza el dolor	5
	Movimiento de retirada	4
	Flexión hipertónica (decortificación)	3
	Extensión hipertónica (descerebración)	2
	Ninguna	1
	Sin alteración	
Leve	Moderado	Grave
13 a 14	9 a 12	5 a 8
		Gravísimo
		≤ 4

Fuente: Escala de coma de Glasgow

c. Dolor:

- El dolor intenso representa un dolor muy fuerte o insoportable, naranja o rojo, según la escala de dolor.
- Dolor moderado de refiere a un dolor intenso, significativo pero admisible, amarillo, según la escala de dolor.
- Cualquier dolor de inicio desde hace menos de siete días y de intensidad inferior al dolor moderado, como un dolor leve reciente, debiendo ser asignado en la prioridad poco urgente (verde); observar otros determinantes que indique una mayor prioridad, según la escala de dolor.

Para realizar esa descripción se deben usar escalas como la que está a continuación, para su más clara descripción:

Figura 3. Escala de evaluación de la severidad del dolor

Evaluación de la severidad del dolor - ADULTO			
0	1 2 3	4 5 6	7 8 9 10
Sin dolor. Actividad normal o leve. Desconocido.	Dolor leve. No interfiere en las actividades o poca limitación.	Dolor moderado. Causa dificultad. No realiza algunas actividades.	Dolor fuerte o incapacidad. No realiza las actividades habituales. Dolor insoportable. Intenso. Peor dolor de la vida. Sin control.

Figura 4. Escala de dolor, según FLACC, para niños de 1 mes a 3 años y para pacientes no colaboradores

Escala de dolor para niños de 1 mes a 3 años y en pacientes no colaboradores			
	GRADO		
	0	1	2
Cara	Cara relajada o expresión neutra	Arruga la nariz	Mandíbula tensa
Extremidades inferiores	Relajadas	Inquietas	Golpea con los pies
Actividad	Acostado y quieto	Se dobla sobre el abdomen encogiendo las piernas	Rígido
Llanto	No llora	Se queja, gime	Llanto fuerte
Capacidad de consuelo	Satisfecho	Puede distraerse	Dificultad para ser consolado
0: No dolor	1-2: Dolor Leve	3-5: Dolor moderado	6-8: Dolor fuerte/intenso
9 - 10: Máximo de Dolor Imaginable			
La calificación del dolor por esta escala es de 0 a 10 - donde el 0 equivale a no dolor y el 10 al máximo de dolor imaginable			

Fuente: Escala FLACC.

d. Sangrado/hemorragias

- **Hemorragia sin control:** es cuando la muerte se producirá rápidamente si no se detiene el sangrado/hemorragia.
- **Hemorragia severa o incontrolable:** es aquella en la cual la sangre se mantiene abundante a pesar de la compresión directa y sostenida. Hemorragia moderada: ocurriría cuando el sangrado es discreto o se mantiene escurriendo después de la compresión. Cualquier hemorragia, por menor que sea, debe ser clasificada como prioridad urgente (amarillo).

e. Temperatura

- Un adulto muy caliente y/o un niño caliente deben ser siempre clasificados como muy urgente (naranja).
- Mientras que un adulto caliente debe ser clasificado como urgente (amarillo).
- El paciente hipotérmico debe estar siempre en la prioridad de muy urgente (naranja).

Para una mejor identificación de los grados se debe usar la tabla con los signos vitales que se incluye a continuación.

c. Signos vitales - Parámetros estandarizados
 Figura 6. Parámetros de signos vitales para adultos

PARÁMETROS DE LOS SIGNOS VITALES ADULTOS					
PAS	PAD	FC	SO ² (%)	FR	T
Inaudible, ≤ 80 o ≥ 200 mmHg con síntomas	≥ 131 mmHg con síntomas	≥ 140 o ≤ 50 lpm con síntomas	≤ 85%	≥ 40 rpm	Fiebre similar a convulsión o < 35°
≤ 80 o ≥ 200 sin síntomas	≥ 131 sin síntomas	> 140 o < 50 lpm sin síntomas	80 a 86%	≤ 39 rpm	Adulto: ≥ 41° o ≤ 35° Niños: ≤ 38.5° o ≥ 40.9°
> 141 a < 199 mmHg	> 100 a < 130 mmHg	91 a 139 lpm	≤ 92 a ≥ 86%	> 35 a ≤ 38 rpm	≤ 38.5° a ≥ 40.9°
> 120 a < 140 mmHg	> 80 ± 15 mmHg	> 70 a 90 lpm	≥ 92%	30 a 35 rpm	≤ 37.5° a ≥ 38.4°
> 100 a ≤ 120 mmHg	≤ 79 mmHg	60 e 70 lpm	≥ 96%	25 a 34 rpm	35° a 37.5°

Figura 7. Parámetros de signos vitales para niños

PARÁMETROS DE SIGNOS VITALES PARA NIÑOS					
SO ₂ (%)	FR	T	FC	FR	
≤ 79%	≥ 40 rpm	≥ 40,5° C	RN: < 80 o > 200 lpm	RN: ≥ 60 rpm	
80 a 84%	≤ 39 rpm	39,5° a 40,4° C	1 mes a 1 año: < 80 o > 180 lpm	1 mes a 1 año: ≥ 50 rpm	
85 a 89%	> 35 a ≤ 38 rpm	38,5° a 39,4° C	01 a 8 años: < 80 o > 160 lpm		
≥ 90%	30 a 35 rpm	37,0° a 38,4° C	> 8 años: < 60 o = 160 lpm	> 1 año: ≥ 40 rpm	
≥ 92%	25 a 34 rpm	36,0° a 36,9° C			

f. Mecanismos de trauma severo o grave

- Caída de altura superior a 6 metros.
- Accidente automovilístico con eyección del vehículo.
- Accidente automovilístico con vuelco.
- Accidente automovilístico con tiempo de rescate > 20 min.
- Accidente automovilístico con abolladura significativa del compartimiento del conductor/pasajero.
- Accidente automovilístico con muerte en el mismo compartimiento del vehículo del conductor/pasajero.
- Accidente automovilístico con impacto frontal en velocidad > 40 km/h (sin cinturón de seguridad) o en velocidad > 60 km/h (con cinturón de seguridad).
- Accidente con motocicleta con impacto de coche a velocidad mayor de 30 km/h, especialmente cuando el motociclista está separado de la motocicleta.
- Atropello de peatón o ciclista por coche a velocidad > 10 km/h.
- Caída de altura mayor a 3 veces la altura del paciente.

Importante: siempre considerar los mecanismos de trauma en la recepción de los pacientes en las unidades de atención. Debe tomarse en cuenta la necesidad de inmovilización.

g. Riesgos severo o grave para pacientes clínicos

- Inmunosupresión, sida, insuficiencia cardiaca congestiva, insuficiencia renal crónica (IRC), cuadro hipertensivo (CH), diabetes mellitus(DM).
- Drogas/productos químicos/venenos de alta letalidad.

- Eventos anteriores graves que requirieron intervenciones inmediatas.
- Signos vitales alterados con historia de infarto agudo de miocardio (IAM) o enfermedad vascular cerebral (EVC).

Importante: esos pacientes nunca podrán ser clasificados como verdes.

La medición de los signos vitales es obligatoria para:

a. Presión arterial:

- ancianos;
- gestantes;
- hipertensos;
- historia de diabetes;
- obesos;
- queja de dolor de cabeza, vértigo o desmayo.

b. Glucosa en sangre capilar:

- historia de diabetes;
- queja de vértigo o desmayo.

c. Frecuencia cardiaca:

- historia de enfermedad del corazón;
- queja de dolor torácico;
- queja de intoxicación exógena.

7.3 Protocolo de triaje para pacientes adultos

7.3.1 Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

todo paciente que llegue a la sala de emergencias por sus propios medios o en ambulancia que no es del 9.1.1.

7.3.2 Conducta

a. Recepción y acogida de pacientes, se puede hacer una evaluación rápida de los signos y síntomas más visibles:

- nivel de conciencia;
- color de la piel;
- traumas visibles;
- sangrado visible;
- patrón respiratorio.

b. Clasificación

Declaración del problema, reconocimiento inmediato de signos vitales y factores de riesgo y de la seguridad del paciente:

- permeabilidad de la vía aérea;
- ventilación y oxigenación;
- nivel hemodinámico: pulso y relleno capilar.

Por eso, es vital hacer una primera valoración de riesgo: ¿Emergencia? ¿Sí o no?

De ser sí, se debe actuar rápidamente: clasificarse como rojo o naranja y debe irse a sala de emergencia inmediatamente.

Si es no, el paciente será llevado para la clasificación de riesgo y allá se debe iniciar el llenado del formulario de evaluación RAC, en el que se establece el nivel y la hora

del triaje. Esto permite el diligenciamiento de los registros para la información de la atención del paciente.

Se produce, entonces, una valoración secundaria del nivel de gravedad y del nivel de prioridad por el análisis e interpretación de los datos obtenidos mediante la aplicación del protocolo.

Se toman las decisiones clínicas, se envía el paciente para la consulta de urgencia o se traslada a la sala de emergencia, a otro nivel asistencial o a otra área asistencial concreta.

7.3.3 Esquema de priorización para el triaje de pacientes adultos

El protocolo de la RAC es una herramienta de apoyo a la atención; cuando prioriza los casos por gravedad ayuda también a la decisión clínica, por tener una forma y lenguaje universal para las urgencias clínicas y traumáticas.

Tiene como propósito la identificación del usuario más grave, permitiendo una atención rápida y segura de acuerdo con el potencial de riesgo, con soporte en las evidencias científicas existentes.

Se trata de un análisis breve y sistematizado, que permite identificar situaciones que amenazan la vida. Se basa en la aplicación de conceptos de la medicina de desastres y se refiere al análisis sucinto y normalizado, orientado por las siguientes claves para la toma de decisiones:

- nivel de conciencia y/o estado mental;
- permeabilidad de las vías aéreas;
- evaluación de la respiración y ventilación;
- evaluación de la circulación;
- evaluación del dolor (escalas);

- signos y síntomas generales y específicos.

La clasificación de pacientes debe establecer la prioridad según su afectación, de acuerdo al esquema incluido en el anexo II.

Importante: las embarazadas y los niños deben tener prioridad para la atención, sin realización de clasificación de riesgo, en casos de hospitales generales.

7.4 Recepción del paciente en ambulancia

Es importante conocer qué implica el traslado de un paciente en ambulancia terrestre, para comprender la necesidad de recepción inmediata del mismo. El personal de salud que asiste a los pacientes durante el traslado es, usualmente, un personal entrenado que transporta bajo condiciones estables y aplicando las medidas necesarias para arribar en las mejores condiciones. Con frecuencia, los pacientes que requieren este servicio se encuentran con algún compromiso de su hemodinámica, por lo que debemos proceder a una inspección inmediata de la condición general del paciente ante su llegada a la sala de emergencia/urgencia.

Los pacientes trasladados en ambulancia ya han pasado por un proceso de triaje extrahospitalario, donde se determinó la necesidad de derivar a un centro de salud, bajo la custodia de un personal paramédico. Se efectúa una coordinación con garantía de recepción del paciente a su destino, se documenta el estado del paciente antes y durante el traslado, así como los procedimientos realizados.

El paciente que es recibido en las salas de emergencia, el cual fue transportado por el Sistema de Emergencias y Seguridad Ciudadana 9.1.1, por el Centro Coordinador de Respuesta a Urgencia y Emergencias (CRUE) u otro transporte sanitario, será presentado al personal de

servicio en las salas de emergencias bajo el procedimiento de presentación de paciente establecido por la Dirección de Emergencias Médicas del Ministerio de Salud Pública, y con una clasificación previa de atención prehospitalaria.

Nota: el flujo de llegada de los pacientes por ambulancia se conecta con el flujo de admisión hospitalaria descrito arriba. Como medida general, se recibirá al paciente en posición horizontal en la camilla, y en las mismas condiciones, se traspasará a una camilla de atención en la sala de emergencia/urgencia. Sin embargo, hay situaciones donde la condición general del paciente ha mejorado o la capacidad del establecimiento receptor ha sobrepasado su capacidad de respuesta a pacientes en camilla, y en estos casos se permitirá colocarlo de forma vertical, bajo la decisión del médico/enfermera asistente, para procesar su atención médica, bajo condiciones de seguridad para el paciente.

8. SEGURIDAD DE PROFESIONALES Y PACIENTES

8.1 Seguridad de los profesionales

Existen avances sustanciales en los aspectos relativos a la bioseguridad, para prevenir los riesgos derivados de la accidentalidad que conlleven a la adquisición de una enfermedad infecto-contagiosa. Tener en cuenta lo siguiente:

- El riesgo de exposición con agujas está directamente relacionado con la categoría laboral, la experiencia profesional, el área de trabajo y la actividad realizada.
- El exceso de confianza genera una serie de actitudes que dificultan la prevención de riesgos en el personal asistencial de salud.

- El personal de salud debe notificar de manera inmediata si presenta un accidente con material cortopunzante, a fin de recibir la asistencia adecuada y proceder con los trámites del caso.
- Asegurarse de utilizar siempre medidas de protección personal (guantes, gafas para protección de fluidos, mascarillas, delantal y otros, según el evento a tratar).

8.2 Seguridad de los pacientes

- En el 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud estableció la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, mediante la Resolución WHA55.18, con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo. La Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS, expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria. Su creación destaca la importancia internacional de la seguridad del paciente y viene impulsando la conciencia de los profesionales sanitarios respecto de la seguridad de los pacientes.
- De una manera muy específica, el personal asistencial, en el marco de la RAC, debe promover y aplicar los criterios de seguridad del paciente, aplicando sus conocimientos y competencias para evitar daños adicionales durante la atención de los pacientes en los servicios de urgencia y emergencia. El paciente clasificado no puede salir del servicio sin ser atendido, es importante dejar eso claro, porque la RAC no es un instrumento de exclusión de la asistencia al paciente; pero es una herramienta de priorización de la atención según la gravedad del usuario que busca los servicios hospitalarios de urgencia y emergencia.

- Las caídas de pacientes, la aparición de úlceras por presión y vasculares, las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) relacionadas con la atención sanitaria, las relacionadas con los diversos sondajes y distintos tipos de cateterismo endovenosos, entre otros; los riesgos derivados de los tratamientos farmacológicos y su indicación y administración, las infecciones por inadecuada higiene de manos entre otras, son situaciones ampliamente estudiadas y conocidas en los diversos sistemas sanitarios.

El personal asistencial de la RAC puede, y debe, tener capacidad y competencia para detectar dichos riesgos, a partir de los problemas y las circunstancias personales de cada paciente; y además, describirlos y registrarlos para una mejor asistencia en la continuidad de cuidados, propia de la atención en urgencias. Lo ideal es que no se presente un evento adverso adicional (daño durante la atención sanitaria de manera no intencional) en el proceso de atención de su emergencia/urgencia

Cuando un paciente esté en el servicio de emergencias se deben realizar los siguientes procedimientos:

- Identificación correcta del paciente (nombre y apellidos) en la cabecera de la camilla, con el número de la misma.
- Las camillas deben tener colocadas las barandas de seguridad.
- Vigilancia estricta de pacientes críticos.
- Comunicación fluida y clara en las órdenes médicas verbales y escritas dadas al personal de enfermería, bioanalistas y técnicos de imagen, entre otros. Si las órdenes no son claras, asegure la rectificación de las mismas.

- El manejo de los pacientes en los servicios de emergencias por residentes, pasantes e internos debe contar con la aprobación del médico adjunto o el médico responsable de la sala.

Cuando se administren medicamentos, tener en cuenta lo siguiente:

- Paciente correcto.
- Medicamento correcto.
- Vía correcta.
- Dosis correcta.
- Rapidez correcta.
- Registro correcto.
- Prescripción correcta.

9. INDICADORES DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

La preocupación por la obtención de indicadores para el seguimiento de los resultados de la RAC debe ser hecha en conjunto con su implementación. Es necesario que los formularios de los pacientes evaluados en la clasificación sean confiables, para que se pueda organizar las informaciones del grado de los pacientes y que permitan la construcción de indicadores de monitoreo.

En este manual, se recomiendan algunos indicadores para la evaluación del proceso de la RAC.

9.1 Tiempo medio de realización de la RAC

- Meta:** El tiempo promedio de la clasificación debe ser, como máximo, 5 minutos.
- Método de cálculo:** La suma de los tiempos de

realización de la RAC por periodo de tiempo.

Número total de usuarios clasificados en el mismo periodo de tiempo.

9.2 Tiempo medio entre la RAC y la atención médica por el grado de prioridad

- a. **Meta:** El tiempo promedio de espera entre la clasificación y la atención médica según la prioridad deberá ser:
 - Prioridad Roja: tiempo cero.
 - Prioridad Naranja: hasta 10 minutos.
 - Prioridad Amarilla: hasta 30 minutos.
 - Prioridad Verde: hasta 120 minutos.
 - Prioridad Azul: hasta 240 minutos.
- b. **Método de cálculo:** Suma de los tiempos entre la realización de la RAC y la atención médica con la misma prioridad. Número total de usuarios con la misma prioridad en el mismo periodo de tiempo

9.3 Porcentaje de atenciones por prioridad clínica

- a. **Meta:** este indicador es muy importante para evaluar la calidad de la atención primaria, porque el porcentaje de clasificados con prioridad V o Azul, no debe ser mayor que 20%. Después de la primera medida, se puede crear metas para alcanzar los objetivos.

b. Método de cálculo:

Número total de usuarios clasificados con la misma prioridad
clínica en un periodo de tiempo x 100

Número total de usuarios clasificados en todos los niveles
en un periodo de tiempo

BIBLIOGRAFIA

1. Abbês C; Massaro A. Acogimiento con clasificación de riesgo. Campinas: Hospital Municipal Mário Gatti; 2009.
2. Almoyna M M; Nitschke CAS. Regulação médica de urgências e de transferências inter-hospitalares de pacientes graves. 2. ed. Brasília: Rede Brasileira de Cooperação em Emergências / Ministério da Saúde; 2000.
3. Araújo, Gilvan Ferreira de; Moreira, Susana Maria. Gestión y humanización de salud pública: experiencias construidas en el Hospital Municipal Odilon Behrnes. Belo Horizonte: Sigma editora; 2008.
4. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acogimiento y clasificación de riesgo en obstetricia. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
5. Brasil, Secretaria de Estado de la Salud del Piauí. Manual de acogimiento y clasificación de riesgo del Estado de Piauí – Brasil – Teresina, 2015.
6. Constitución de la República Dominicana. Gaceta Oficial No. 10805 del 10 de julio de 2015.
7. Chile, Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. Protocolo de priorización de demanda o recepción, acogida y clasificación. Unidad de emergencia referida del adulto. Santiago; julio 2012.
8. Gran Quemado. São Paulo, Brasil: Hospital Israelita Albert Einstein; 2004. Disponible en: http://www.einstein.br/diretrizes/png/png_01.pdf.
9. Navarro Genta, Marcela. Manual de organización de la Unidad de Emergencia Referida del Adulto. Santiago, Chile: Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse; 2009.

10. Organización Mundial de la Salud. 59ª Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA55.18. Seguridad del paciente. Mayo, 2006. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf
11. Organización Mundial de la Salud. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente versión 1.1: informe técnico 2009. Ginebra: OMS; 2009. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf
12. Organización Panamericana de la Salud. Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias. Washington, DC: OPS; diciembre 2010. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=12631&Itemid=270&lang=es
13. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; España, Embajada en Paraguay, Oficina Técnica de Cooperación; Organización Panamericana de la Salud. Manual de procedimientos recepción, acogida y clasificación (RAC). Asunción: MSPBS; 2011. Disponible en: http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=350-manual-de-procedimientos-recepcion-acogida-y-clasificacion&Itemid=253
14. Protocolo de acogimiento con clasificación de riesgo. Belo Horizonte: Hospital Municipal Odilon Behrens; 2006.
15. Protocolo técnico para clasificación de riesgo en las UPA's. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2004.
16. Romero-Nieva Lozano J. Recepción, acogida y clasificación asistencial de los pacientes en urgencias. Barcelona: Universidad de Barcelona, Instituto de Formación Continua; 2010. Disponible en: <http://cvirtual2.il3.ub.edu/repository/coursefilearea/file.php/1/mf/cursos/>

sal_meuh/sal_meuh_m1t1.pdf

17. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales Sis San Navarra*. 2010, 33(Suppl. 1):55-68. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es
18. Souza, Cristiane Chaves de; Toledo, Alexandre Duarte; Tadeu, Luiza; Ferreira; Ribeiro; Chianca, Tânia Couto Machado. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011, 19(1), 26-33. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100005>
19. Recomendación Científica 99/01/01, de 15 de junio de 1999, revisada y adaptada al 15 de noviembre de 2004. Recepción, acogida y clasificación asistencial de los pacientes en urgencias. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias.
20. República Dominicana. Ley de creación del Servicio Nacional de Salud, no. 123-15 del 16 de julio del 2015.
21. República Dominicana. Ley de creación del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01, del 8 de mayo del 2001 y sus reglamentos de aplicación.
22. República Dominicana. Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, No. 1-12 del 25 de enero del 2012.
23. República Dominicana. Ley General de Salud, No. 42-01 del 8 de marzo del 2001 y sus reglamentos de aplicación.
24. República Dominicana. Ley Orgánica de la Administración Pública No. 247-12 del 14 de agosto del 2012.
25. República Dominicana, Ministerio de Salud Pública. Resolución No. 000022 del 10 de agosto del 2016. Santo Domingo: MSP; 2016.

26. República Dominicana, Presidencia de la República. Decreto No.434-07 del 18 de agosto del 2007. Reglamento general de centros especializados de atención en salud de las redes públicas.
27. Silva, Flavia Claro da; Thuler, Luiz Claudio Santos. Traducción y adaptación transcultural de dos escalas para evaluación del dolor en niños y adolescentes. *Jornal de Pediatria*. 2008. 84(4), 344-349. <https://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572008000400010>
28. Sistema Único de Salud de Brasil - SUS. Protocolo de acogimiento con clasificación de riesgo. Fortaleza, Brasil: Secretaria Municipal de Salud; 2008.

ANEXOS

ANEXO I



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

“Año del Fomento de la Vivienda”

000022

10 AGO 2016

RESOLUCIÓN NO. _____

QUE ORDENA LA APLICACIÓN DE TRIAJE HOSPITALARIO EN TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE PRESTACIÓN DE ATENCIÓN EN SALUD

CONSIDERANDO: Que dentro de las atribuciones de los Ministros esta dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colinden con la Constitución, la leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

CONSIDERANDO: Que la Ley General de Salud No. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la funciones de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CONSIDERANDO: Que desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, establece las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

CONSIDERANDO: Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud No. 42-01, es la de formular todas las políticas, medidas, normas y procedimientos que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada, con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

000022

10 AGO 2016

CONSIDERANDO: Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que es necesario establecer directrices que permitan un manejo eficiente del equipo de profesionales de la salud en los servicios de emergencia, para que sea capaz de identificar de manera correcta las necesidades del paciente, de establecer prioridades y de implantar un tratamiento adecuado mediante la investigación y la disposición de recursos, que garantice una atención adecuada y oportuna de las personas que demandan atención en situación de emergencia o urgencia.

VISTA: La Constitución actual de la República Dominicana.

VISTA: La Ley Orgánica de la Administración Pública, número 247-12 del 14 de agosto de 2012.

VISTA: La Ley General de Salud, número 42-01 del 8 de marzo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, número 87-01 del 8 de mayo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, número 1-12 del 25 de enero de 2012.

VISTO: El Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, Decreto No. 434-07, del 18 de agosto de 2007.

VISTA: La Ley que crea el Servicio Nacional de Salud, número 123-15 del 16 de julio de 2015.

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud No. 42-01, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

PRIMERO: Se ordena que todo establecimiento donde se oferte prestación de atención en salud garantice una atención adecuada y oportuna del paciente en situación de emergencia o urgencia médica, conforme a lo establecido en la legislación nacional vigente. Todo

000022

10 ABO 2016

paciente que llega al servicio de emergencia debe ser recibido y atendido en esta unidad. La determinación de la condición de emergencia médica es realizada por el profesional médico encargado de la atención, bajo responsabilidad de la dirección del establecimiento.

PÁRRAFO I: A los fines de la presente resolución y para la aplicación en el Sistema Nacional de Salud, se entenderá por emergencia médica aquella situación de salud que supone riesgo inminente de muerte, tanto real como potencial, que debe ser atendido en forma inmediata por un personal especializado y adiestrado para su manejo.

PÁRRAFO II: A los fines de la presente resolución y para la aplicación en el Sistema Nacional de Salud, se entenderá por urgencia médica aquella situación en la que si bien no existe riesgo inminente de muerte, es necesaria una pronta asistencia médica especializada para el inicio de un tratamiento eficaz en el menor tiempo posible, a fin de evitar potencial morbi-mortalidad y o restablecer el bienestar del paciente.

SEGUNDO: Se ordena que todo establecimiento de salud que oferte servicios de atención a emergencias o urgencias aplique un triaje hospitalario, conforme a lo estipulado en la presente resolución, que permita:

- a) Identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital.
- b) Determinar el área más adecuada para tratar a un paciente que acude al servicio.
- c) Asegurar el seguimiento oportuno de los pacientes.
- d) Informar a los pacientes y sus familiares del tipo de servicio que se necesita y el tiempo probable de espera.
- e) Asegurar las prioridades en función del nivel de clasificación.
- f) Contribuir con información que ayude a definir la complejidad del servicio, eficiencia y satisfacción del usuario.

PÁRRAFO: A los fines de la presente resolución y para la aplicación en el Sistema Nacional de Salud, se entenderá por triaje como el procedimiento clínico de clasificación por escala de riesgo de los usuarios que demandan servicios de emergencia y urgencia, con el objetivo de priorizar los eventos flagrantes, inminentes o potenciales, de mayor riesgo para la salud, considerando los signos vitales, la escala de dolor y la escala de coma de Glasgow.

TERCERO: La escala de triaje que debe ser aplicada en los servicios de emergencias y servicios de urgencias en el Sistema Nacional de Salud es la siguiente:

Nivel I: Situaciones que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato o inminente de deterioro. Necesitan intervención agresiva inmediata.

Nivel II: Situaciones con riesgo inminente para la vida o la función. El estado del paciente es grave y de no ser tratado en los siguientes 15 minutos puede haber disfunción orgánica o riesgo para la vida. Los tratamientos, como la trombólisis o antidotos, quedan englobados en este nivel.

10 AGO 2016

000022

Nivel III: Situaciones urgentes, de riesgo vital potencial en 30 minutos.

Nivel IV: Situaciones menos urgentes, potencialmente grave. Pacientes que necesitan una exploración diagnóstica o terapéutica.

Nivel V: Situaciones menos urgentes o no urgentes, tales como problemas clínicos o administrativos, que no requieren ninguna exploración diagnóstica o terapéutica. Permite la espera incluso hasta 4 horas para la atención y pueden ser derivadas al servicio de consulta externa.

PÁRRAFO: A los fines de una rápida identificación de los usuarios ya clasificados, cada nivel podrá ser señalado por colores, siendo el Nivel I caracterizado por el color rojo, el Nivel II caracterizado por el color naranja, el Nivel III caracterizado por el color amarillo, el Nivel IV caracterizado por el color verde y el Nivel V caracterizado por el color azul.

CUARTO: Se instruye al Servicio Nacional de Salud a elaborar e implementar, en un plazo de tres meses a partir de la presente resolución, un procedimiento de triaje hospitalario a ser aplicado en toda la red pública de servicios de salud. Este procedimiento debe asegurar la atención oportuna en todos los niveles y coordinar las acciones con los procedimientos de triaje prehospitalario establecidos por el Ministerio de Salud.

QUINTO: La presente resolución es de cumplimiento obligatorio para todos los establecimientos que prestan atención en salud y la vigilancia de su cumplimiento corresponde a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en coordinación con el Nivel Central de este Ministerio de Salud.

SEXTO: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información a publicar en el portal web institucional el contenido de la presente disposición.

DADA, FIRMADA Y SELLADA, en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los _____ (10) días del mes de agosto del año dos mil dieciséis.



DRA. ALTAGRACIA GUZMAN MARCELINO
Ministra de Salud Pública y Asistencia Social

ANEXO II

LA IMPORTANCIA DEL ESTABLECIMIENTO DE UN NUEVO FLUJO INTERNO PARA LA ENTRADA EN LAS SALAS DE URGENCIA/EMERGENCIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL RAC.

El establecimiento de flujos de entrada para la organización de los pacientes desde su llegada ya sea caminando o trasladado en ambulancia, es muy importante para auxiliar la definición de prioridades y también es una estrategia de disminución de la congestión en las salas de emergencia, con el objetivo de lograr:

- la humanización en la atención al paciente;
- mayor resolución;
- eficiencia (optimización de los costos);
- reducción de las desigualdades en el tratamiento;
- atención basada en la evidencia;
- seguridad para los profesionales y para los pacientes;
- reorganización y optimización de los procesos de trabajo de los equipos;
- oportunidad de proporcionar asistencia de manera rápida y oportuna (lo mejor posible, con el menor tiempo de respuesta).

La entrada de los pacientes que llegan a las salas de emergencias hospitalarias por medios propios y/o caminando, lo que en algunos países se denomina demanda espontánea, que son los casos en que el propio paciente, por sentirse mal procura atención en los hospitales, constituye por lo general la mayor demanda para las salas de emergencias.

En la República Dominicana los datos del Servicio Nacional de Salud y el Sistema 9.1.1 indican que la demanda espontánea de pacientes está alrededor del

80% del total de entradas en las salas de emergencia y por eso es muy importante que se establezcan medidas substanciales para su recepción y atención.

En países que ya tienen implementados procedimientos de clasificación de riesgo, los datos indican que más de la mitad de los pacientes que van a las emergencias por medios propios no son pacientes que deberían estar en el área de emergencia. Por esta razón, es necesario estructurar consultorios de clasificación de riesgo y atención médica, preferiblemente fuera de las salas de emergencia, con salas para la administración de medicamentos y observación por corto tiempo, y que se tenga un equipo de profesionales específicamente para esa atención, distinto del equipo que cuida de los pacientes más críticos, que requieren mayor tiempo de observación y con mayor potencial de complicaciones.

Para la elaboración e implementación de flujos organizacionales según gravedad de los pacientes es importante la división de la ruta de los pacientes por gravedad, que organiza la llegada y recepción de los pacientes en los ambientes hospitalarios de atención de emergencia, direccionándolos a los cuidados que necesitan con mayor rapidez y capacidad de resolución, por lo que es necesario que la distribución de los pacientes se lleve a cabo en ambientes específicos para el manejo propio y tratamiento correcto, según su necesidad de cuidado.

Con esta medida se evita la mezcla de pacientes graves y no graves, y favorece la disminución de los tiempos de respuesta en la atención a los pacientes, así como el riesgo de infecciones cruzadas, además de aumentar la calidad de la atención.

Para eso es fundamental que el ambiente en las emergencias sea modificado para la atención de

los pacientes según la gravedad, la cual debe ser determinada por el protocolo de clasificación de riesgos, y organizados en rutas específicas de entrada, conforme los colores establecidos en la clasificación.

Estas rutas se relacionan a las condiciones clínicas de los pacientes: 1. Los que están en estado crítico y/o con riesgo de muerte, compuesto por un grupo de tres áreas principales en la sala de emergencia propiamente dicha: a) área de observación; b) área de semicríticos; y, c) área de trauma shock o reanimación. 2. Los menos graves: a) sala de observación; b) sala de administración de medicamentos, consultorios y área de triaje. Así, se divide en ambientes organizacionales para el cuidado de pacientes, con el objetivo de optimizar los recursos, siendo más costo-efectivos.

Áreas internas de la sala de emergencias

Área de trauma *shock* o reanimación: es para la atención inmediata de los pacientes en riesgo de muerte inminente, donde se realizan procedimientos invasivos de emergencia que serán señalizados con el **color rojo**. Hay que tener al menos un médico y un licenciado en enfermería, responsables 24 h/día.

Área de pacientes semicríticos: destinada a los pacientes que ya han sido estabilizados, pero aún requieren cuidados especiales. En la actualidad no figura en las salas de emergencias, por lo que deberá ser dispuesto un espacio destinado para este fin o puede ser compartida con el área de observación (pacientes amarillos), solo que será señalizada con el **color naranja**. Debe tener al menos un médico y un licenciado en enfermería, responsables 24 h/día, pero pueden compartir el equipo de la sala de reanimación, o de la de observación, siempre que se tenga un auxiliar de

enfermería para la asistencia al paciente.

Sala de observación: para los pacientes menos críticos porque están estables, lo cuales deben ser divididos por género y edad (niños y adultos), dependiendo de la demanda, lo que se puede hacer por medio de paneles divisores o cortinas que separan los entornos, con una estación de enfermería central que tenga contacto visual con todos los pacientes en la sala. Será señalizada con el **color amarillo**.

Áreas externas a la sala de emergencia

Área de administración de medicamentos: lugar destinado para la aplicación de medicamentos intravenosos o intramusculares rápidos por personal de enfermería, para pacientes sin riesgo de vida clasificados con prioridad o nivel de triaje verde o azul, con un pequeño puesto de enfermería para preparación de medicación y ubicación del personal de enfermería. Tener en cuenta que en esta sala no se hacen procedimientos y solo es permitido nebulizar.

Consultorios médicos: uno o más espacios destinados para la atención médica de pacientes sin riesgo de vida clasificados con prioridad o nivel de triaje verde o azul, equipados con camillas y equipos para la evaluación de pacientes. La cantidad de estos espacios dependerá de la demandad asistencial.

Área de triaje o consultorio: uno o más espacios destinados para la realización de la clasificación de riesgo/triaje con equipos para toma de signos vitales. En esta área no se realiza examen físico y diagnóstico, solo aplicación del protocolo de clasificación. La cantidad necesaria de oficinas de triaje depende de la demanda asistencial. Necesita tener un licenciado en enfermería y un auxiliar de enfermería por 24 h/día.

Otras áreas:

Es relevante que estén localizadas cerca, áreas para el descanso del personal de salud, y las áreas de apoyo técnico como son el área de yeso, farmacia satélite, área administrativa, sala de espera, baños y área de atención al usuario.

Dado que esta es un área de atención a pacientes graves, no se recomienda la presencia de acompañantes en la sala, exceptuando los pacientes pediátricos, para que no causen disturbios en los procesos de atención; pero cabe señalar la necesidad de que estos esperen cómodamente en un ambiente próximo.

Es necesario tener un espacio destinado para que los profesionales de asistencia social y apoyo psicológico puedan establecer un intercambio de información con los acompañantes y familiares. Este espacio debe facilitar una comunicación eficiente, por lo que se recomienda que sea un espacio privado, cerca de la recepción y/o sala de espera.

Macroflujo de los procesos de trabajo en el ambiente hospitalario, según la RAC

Este flujo es la continuidad del diseño de flujo hecho para el despacho del 9.1.1, pero acá es posible percibir el ingreso de los pacientes que llegan al ambiente hospitalario por medios propios, lo que en algunos países se llama «demanda espontánea», en la que el propio paciente, por sentirse mal acude al servicio hospitalario para recibir atención.

ANEXO III

TABLA DE IDENTIFICACIÓN DE LOS DESCRIPTORES GENERALES DE SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE DETERMINAN LA CLASIFICACIÓN RAC.

PRIORIDAD I - ROJO	
Coma o inconsciencia.	
Impresión extrema de gravedad, con sangre visible y/o sin consciencia.	
Coloración azul en la piel.	
Frialdad generalizada.	
Víctima de accidente con múltiples heridas de gravedad.	
Dificultad respiratoria aguda, grave (patrón respiratorio anormal o sin respirar).	
Traumatismo craneo encefálico.	
Alteración aguda de los signos vitales.	
Hemorragia masiva/ herida con sangrado activo no compresible.	
Signos de shock hipovolémico.	
Crisis convulsiva.	
Obstrucción de las vías aéreas superiores.	
Coloración azul en la piel.	
Frialdad generalizada.	
Proceso agudo, crítico o inestable.	
Dificultad respiratoria aguda, grave (patrón respiratorio anormal o sin respirar).	
Palidez grisácea.	
Alteración aguda de los signos vitales.	
Signos de shock hipovolémico.	
Víctima de abuso sexual.	
Vómito + pérdida de consciencia o dolor torácico durante más de 30 minutos (de origen cardiaco).	

PRIORIDAD II - NARANJA	
Nivel de consciencia bajo o poca respuesta.	II
Sangrado incontrolable.	
Sangrado en oído.	
Fractura expuesta o con desviación.	
Amputación traumática.	
Falta de circulación en brazos o piernas;	
Evisceración o empalamiento.	
Trauma grave, pero sin pérdida de la conciencia.	
Quemaduras 1° y 2° ($\leq 80\%$ - usar tabla de quemados).	
Quemaduras eléctricas.	
Perforación de globo ocular.	
Mecanismos de trauma grave* (usar descriptivo de mecanismos de trauma grave).	
Alteración súbita de comportamiento o consciencia.	
Arritmias con alteración hemodinámica.	
Dificultad respiratoria (patrón respiratorio anormal con frecuencia respiratoria aumentada).	
Sangrado incontrolable o hemorragia intensa bajo el uso de anticoagulante.	
Sangrado en oído u otorrino liquorragia.	
Sensación de ahogo.	
Hemorragia digestiva estable.	
Falta de circulación en brazos o piernas.	
Dolor de pecho con características de infarto.	
Agitación psicomotora.	
Diabetes descompensada (glicemia ≥ 250 mg/dL).	
Signos de hipoglucemia (≤ 50 mg/dL).	
Trastornos de equilibrio, tinnitus, pérdida de visión.	
Debilidad muscular en la cara o miembros (unilateral o bilateral).	
Déficit motor agudo (menos de 24 h).	
Hipotermia o hipertermia.	
Signos de toxemia.	
Lesión ocular por productos químicos.	
Intoxicación química o medicamentos de alta letalidad.	
Envenenamiento.	
Pacientes psiquiátricos agresivos.	
<i>*Sangrado vaginal en embarazadas.</i>	

PRIORIDAD III - AMARILLO	
Pérdida de la consciencia.	III
Amnesia lacunar (parcial o temporal).	
Heridas o lesiones superficiales con sangrado compresible.	
Accidente biológico con material perfora–cortante.	
Fractura cerrada sin desviación.	
Luxación o esguince.	
Pérdida de la conciencia o desmayo.	
Historia de alteración de comportamiento o consciencia.	
Dolor de cabeza severo.	
Vértigo severo.	
Dolor agudo o intenso en el pecho de origen no cardiaco.	
Dolor abdominal intenso y agudo.	
Ataques de asma.	
Broncoespasmo.	
Prurito intenso.	
Sin signos de infección en heridas quirúrgicas.	
Diarrea y vómito persistente o con distensión abdominal.	
Melena, hemorragia rectal y hematemesis no aguda.	
Deshidratación (mucosas secas).	
Infecciones localizadas.	
Reacciones alérgicas con brotes generalizados.	
Ardor al orinar, con fiebre.	
Hiperglucemia o hipoglucemia (diagnosticada en examen).	
Fiebre con 38. 5° a 40.9° C.	
Diabetes descompensada (glicemia \geq 200 mg/mL).	
Sangrado moderado que para con compresión.	
Sangrado vaginal con dolor abdominal sin estar embarazada.	
Limitación aguda de movimientos y/o funciones.	
Arritmias con alteración hemodinámica.	
Disturbio vascular en extremidades.	
Hemoptisis.	
Sangrado vaginal con dolor abdominal.	

PRIORIDAD IV - VERDE (urgencia relativa)	IV
Síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos), sin fiebre ni deshidratación.	
Dolor leve y moderado de más de 24 horas de evolución.	
Dolor de cabeza.	
Tos crónica, sin dificultad respiratoria.	
Dolor osteomuscular de más de un día de evolución.	
Sangrado vaginal sin dolor abdominal.	
Cistitis.	
Trastornos neurovegetativos.	
Faringitis o amigdalitis con fiebre.	
Diarrea sin deshidratación.	
Fiebre $\leq 38.5^{\circ}$ C.	
Cuerpo extraño en el canal auditivo/disminución de la audición.	
Sollozo.	
Edema localizado.	
NO PRIORIDAD - AZUL (ambulatorio/ consultorio agendado)	V
Síntomas gripales.	
Tos crónica, sin dificultad para respirar o signos de infección.	
Estreñimiento.	
Dolor abdominal, leve crónico.	
Gastritis crónica.	
Dolor postraumático leve.	
Inapetencia.	
Dermatitis.	
Patología de más de un día de evolución, sin compromiso del estado general.	
Quejas sin alteración aguda.	
Procedimientos programables, como curas, recetas médicas, evaluación de resultados de exámenes, certificados médicos, entre otros.	

*Todas las embarazadas y niños tienen prioridad para la realización de la clasificación de riesgo.

ANEXO IV

PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS/EMERGENCIAS HOSPITALARIAS:

Recepción	Momento en el cual se establece la relación sanitario-paciente. Requiere identificación, valoración primaria y medidas asistenciales de emergencia.	Primer contacto con el paciente. El personal asistencial deberá presentarse con nombre y servicio que ofrecerá (cargo). Se produce la transferencia si procede, identificación y motivo de consulta, así como riesgos para la seguridad del paciente. Medidas de soporte vital básico y/o avanzado, si procede.
Acogida	Comienza una vez descartada la emergencia para reforzar las relaciones humanas y profesionales hacia el paciente y la familia, seguida de una valoración secundaria, sistemática; la realización de pruebas diagnósticas, medidas asistenciales de urgencias y una relación terapéutica que determina la toma de decisiones en cuanto a la asistencia del paciente con relación a su estado de salud.	Se inicia la relación terapéutica, técnicas de comunicación terapéutica. Tranquilizar al paciente y la familia. Valoración primaria y técnicas diagnósticas básicas (ECG y otros). Medidas de asistencia básica si procede (p. ej.: control de sangrado masivo, inmovilización de fractura inestable, colocación de collarín cervical, entre otras pertinentes para estabilizar al paciente durante la evaluación y clasificación).

<p>Clasificación o triaje</p>	<p>Momento en el que, siguiendo criterios homogéneos, se establece un nivel de asistencia al paciente que deriva en una actuación concreta.</p>	<p>Se decide el nivel de prioridad asistencial del paciente.</p> <p>Se deriva al área correspondiente de atención para estabilización.</p>
<p>Admisión, registro y facturación</p>	<p>Acciones de carácter administrativo que se realizan de manera simultánea a las anteriores para recogida de datos del paciente, registrar las entradas de los mismos y generar los documentos necesarios, según el expediente administrativo de cada hospital.</p>	<p>Registro de entrada de pacientes.</p> <p>Completar la documentación oportuna.</p> <p>Solicitud de datos personales, aseguradora, y otros.</p> <p>Ingresa datos del paciente al sistema y envía a facturación.</p> <p>Realiza el procedimiento administrativo del ingreso del paciente y/o asigna cita.</p> <p>El personal de atención al usuario (trabajo social) se encarga de los anteriores si el paciente no tiene familiar.</p> <p>Informar al paciente.</p> <p>El personal de recursos financieros (caja) se encarga de generar el recibo y recibe el pago, y avisa a las ambulancias.</p>

<p>Atención médica</p>	<p>Momento en el que se traslada al paciente al consultorio médico o área adecuada en la sala de emergencia para la toma de decisiones de conducta médica y diagnóstico.</p>	<p>Traslado al área física de atención en sala de emergencias, acorde a su clasificación.</p> <p>Intervenciones terapéuticas, acorde a la condición del paciente.</p> <p>Estudios paraclínicos: radiografías, laboratorios, EKG y otros.</p> <p>Diagnóstico y toma de decisión de conducta médica.</p> <p>Realización de rondas médicas diarias y gestión del tiempo de estancia (Kan Ban).</p>
<p>Egreso de la emergencia</p>	<p>Momento de la intervención donde se dirige al paciente a referencia para hospitalización, traslado a otro nivel de atención, como UCI, o su contrarreferencia para la atención primaria o a cuidados ambulatorios con seguimiento de consulta externa programada.</p>	<p>Egreso a la consulta ambulatoria.</p> <p>Ingreso hospitalario: UCI, hospitalización en el mismo hospital y/o morgue por muerte (óbito).</p> <p>Traslado a otro nivel de atención por falta de servicio en la cartera institucional, por falta de espacio físico en UCI, por falta de espacio físico en internamiento.</p> <p>Traslado a otro nivel de atención cuando la necesidad es por servicios de complejidad menor, como servicios de los hospitales nivel 1 o 2 y/o atención primaria.</p> <p>Alta a petición.</p>

ANEXO V

FORMULARIO DE LA RAC Y EVALUACIÓN MÉDICA.

FORMULARIO DE RAC

No Registro: _____ No. de caso 9.1.1.: _____

CLASIFICACIÓN DE RIESGO (Protocolo Manchester Adaptado)

Fecha y hora: _____
(DD/MM/AA) y (AM/PM)

Clasificación			
Rojo	<input type="checkbox"/>	Verde	<input type="checkbox"/>
Naranja	<input type="checkbox"/>	Azul	<input type="checkbox"/>
Amarillo	<input type="checkbox"/>		

Identificación

Fecha y hora: _____
(DD/MM/AA) y (AM/PM)

Nombre: _____ Apellidos: _____ Género ____ Edad ____

Teléfono: _____ Nombres Acompañante: _____

Dirección: _____

ingreso : Ambulancia Propios Medios Referido _____

Motivo de la consulta

Signos vitales a su llegada

HORA	T.A. (mmHg)	FC (L/M)	FR (R/M)	TEMP	Sat O2 (%)	GLUCEMIA

Evaluación médica

Nombre médico tratante: _____ Fecha y hora _____

Historia de la enfermedad actual

Diagnóstico presuntivo

CID10 _____

Conducta médica
