



PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010

PTG-URG/IUD-001  
PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)

MODIFICACIONES RESPECTO A LA EDICIÓN ANTERIOR

Ed. 2 Modificación completa del PROTOCOLO TECNICO UNIDAD DE TRIAJE PTE-URG/IUD-001 y modificación del código y nombre.

**Elaborado:**

Coordinador Urgencias  
Jose Antonio Neguillo

Fecha: 01/06/2010

**Revisado:**

Responsable Calidad y  
Medioambiente  
Marga Grande

Fecha: 02/06/2010

**Aprobado:**

Comité de Dirección

Fecha: 02/06/2010



**PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)**

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010

**ÍNDICE**

1. JUSTIFICACIÓN
2. OBJETIVOS DE LA CONSULTA DE RAC
3. DOTACIÓN DE LA CONSULTA DE RAC
4. PROCESO DE RAC
5. MOTIVOS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES SEGÚN PRIORIDAD ASISTENCIAL
6. CIRCUITOS ESPECIFICOS DE TRIAJE
  - 6.1. CIRCUITO PACIENTE ORL.
  - 6.2. CIRCUITO PACIENTE GINECOLOGICO.
  - 6.3. CIRCUITO PACIENTE OFTALMOLOGICO.
7. CRITERIOS NORMATIVOS
8. MAPA DE COMPETENCIAS DE LA ENFERMERÍA DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS
9. REGISTRO DE RAC
10. GLOSARIO
11. ANEXO I: PETITORIO DE RX DESDE CONSULTA DE RAC.



**PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)**

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010

## 1. JUSTIFICACIÓN.

La necesidad de establecer criterios homogéneos para dar una respuesta adecuada en términos de eficiencia, efectividad y calidad frente a la demanda sanitaria de los usuarios en nuestra Unidad de Urgencias, hace necesario el desarrollo de un Protocolo de Recepción Acogida y Clasificación de Pacientes en Urgencias.

Dado que está demostrado que la gran mayoría de las consultas realizadas en los servicios de urgencias hospitalarios se refieren a patología banal, es necesario un método de clasificación rápida de los pacientes a su llegada a la Unidad de Urgencias para así poder delimitar inmediatamente cuales de ellos precisan realmente una atención prioritaria y cuales pueden demorar su asistencia.

De esta manera se conseguirá una mejor gestión de los recursos disponibles, aumentando con ello el grado de satisfacción de los pacientes.

## 2. OBJETIVOS DE LA CONSULTA DE RAC

a) Recibir y acoger al ciudadano:

Identificar y recibir a la persona que demanda asistencia.

b) Evaluación clínica rápida:

Se realiza una anamnesis rápida del paciente, que se basará tan solo en aquellos puntos que nos permitan formarnos una opinión sobre la gravedad del cuadro y la necesidad de atención más o menos inmediata. Esta anamnesis deberá realizarse en el mínimo tiempo



**PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)**

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010

posible después de la llegada del paciente a la unidad. Además se realizará la toma de constantes vitales y pruebas complementarias rápidas como ECG y determinación de glucemia.

Durante esta evaluación se pueden solicitar otro tipo de pruebas complementarias desde la consulta de RAC por parte del enfermero, que son claramente necesarias para el diagnóstico final del paciente por parte del facultativo, basándose en protocolos consensuados, agilizando así el proceso. Así mientras el paciente espera a ser visto por el facultativo este se va realizando las pruebas y estas se cursan para que cuando pase a la consulta, el facultativo disponga de ellas. Estas pruebas serán radiografías simples en caso de traumatismos claros, determinación de anticuerpos de streptococo faríngeo en pacientes pediátricos aquejados de fiebre y analíticas de orina en caso de afecciones que sugieran patología renal / urinaria (cólicos renales, discriminación de gestantes, etc). Todo ello debe quedar reflejado en el registro establecido.

Tras esta evaluación, el enfermero de RAC estará en condiciones de decidir si el paciente puede permanecer por su propio pie en la sala de espera, o si necesita otro tipo de recursos, como camilla, silla de ruedas y/o vigilancia especial mientras es atendido.

c) Realización de intervenciones de enfermería:

Son necesarias determinadas técnicas diagnósticas ya comentadas para poder encuadrar al paciente dentro de un marco de prioridad desde un punto de vista de la valoración de su problema. También se aplicarán cuidados necesarios ya desde esta consulta, como un vendaje en una herida sangrante, medios físicos en caso de fiebre, apoyo psicológico-emocional, contacto terapéutico, etc.

d) Establecer prioridad asistencial:

Fruto de los pasos anteriores podremos delimitar la gravedad del cuadro por el cual acude el paciente con unos datos objetivos y con la información que este nos da. Estableceremos así una prioridad asistencial que redundará en el tiempo de espera



**PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)**

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010

máximo que podrá soportar dicho paciente siempre y cuando no existan recursos disponibles en ese momento para atenderlo o estos estén ocupados por otros pacientes más graves o potencialmente graves.

En ningún caso se pretende hacer un diagnóstico del paciente, tan solo descartar patologías graves que requieran una atención preferente por delante de aquellos pacientes que claramente no presentan gravedad y que por orden de llegada serían tratados antes.

e) Informar al paciente:

El enfermero de RAC es el primer contacto con personal sanitario que encuentra el paciente. Será nuestra tarea informarlo desde el principio del funcionamiento de la unidad y del circuito que probablemente seguirá en función de su patología y de las pruebas que se le soliciten. De esta forma se siente mejor atendido y más seguro dado que rápidamente desde su llegada es visto por personal sanitario e informado en todo aquello que plantee. Así facilitamos al paciente y a sus familiares una aproximación humana y profesional al problema planteado como demanda asistencial en todo su contexto, aportándoles estabilidad y confort y prestando ayuda emocional y psicológica predisponiendo así al paciente hacia una actitud terapéutica positiva.

### 3. UBICACIÓN Y DOTACIÓN DE LA CONSULTA DE RAC.

La ubicación de la consulta será un lugar estratégico dentro de la unidad de Urgencias. Permite el fácil y rápido acceso de los pacientes siendo siempre el lugar de su primera toma de contacto con el personal sanitario.

➤ *Recursos Materiales:*

- Mesa de entrevista.
- 3 sillas.
- Equipo informático.
- Material de papelería. Peticiones.
- Camilla de exploración.
- Esfigmomanómetro.



PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010

- Glucómetro y tiras.
- Pulsioxímetro portátil.
- Electrocardiógrafo.
- Termómetro.
- Fonendoscopio.
- Carro de curas/inyectables.
- Tira reactiva de orina.

➤ *Recursos Humanos:*

- Enfermero/a.

#### 4. PROCESO DE RAC.

El paciente y su historia clínica de urgencias pasará a la consulta acompañado de un familiar, donde estará el enfermero que realizara la RAC y posteriormente el paciente será conducido a la sala de espera que se indique, sala de espera, box de críticos..., según proceda.

Es importante que el enfermero que está realizando su función en esta consulta lo haga durante un periodo de tiempo prolongado y que aporte continuidad, pudiendo ser relevado luego por otro compañero. Así el enfermero de RAC posee una visión global de todos los pacientes que han llegado durante su turno y estar pendiente de posibles retrasos en su atención u otro tipo anomalías, ya que es la única persona que conoce el problema de todos los pacientes que están esperando.

Dentro de la consulta de RAC se realizará una evaluación clínica rápida del paciente, con el fin de obtener la información necesaria para determinar la prioridad asistencial del paciente. Podemos desglosar las actividades dentro de la consulta en:

a) Interrogatorio:

- ¿Qué le pasa? : **Motivo de consulta.** Descripción del cuadro y su sintomatología, delimitándolo para formarnos una opinión de su gravedad. Existencia de dolor, intensidad, localización y características.
- Para **efectuar una valoración del dolor** del paciente utilizaremos la siguiente escala de valoración de la intensidad del dolor:
  - ✓ Visual analogic scale: que valora la intensidad del dolor con valores comprendidos entre 0 y 10, donde 10 es el máximo nivel de dolor y cero es la ausencia de dolor.



**PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)**

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010

- ¿Desde cuando? : Determinamos si es un cuadro agudo o una afectación crónica, o crónica descompensada...
- Episodios previos.
- **Datos de interés relacionados con el motivo de consulta:** de toda esta guía de datos o puntos en los que nos podemos fijar y valorar, tan solo abordaremos aquellos que estén relacionados con el motivo de consulta del paciente y sean pertinentes y de ayuda en la priorización, ya que se pretende que la consulta sea lo más dinámica posible, y será el facultativo el que indague después en todos los antecedentes del paciente que sean necesarios para la historia clínica de urgencias.
  - ✓ Alergias a fármacos / intolerancias (preguntar siempre).
  - ✓ Enfermedades conocidas: aporte de informes médicos si los tiene.
  - ✓ Intervenciones quirúrgicas.
  - ✓ Tratamientos actuales o recientes que toma: así como la dosis diaria y la última dosis tomada de ellos.
  - ✓ Vacunas: En especial en niños (junto con el peso y la edad) y pacientes con heridas abiertas o enfermedades susceptibles de vacunas.
  - ✓ En caso de radiografías a mujeres en edad fértil preguntaremos la fecha de la última regla y la posibilidad de estar embarazada, en caso de dudas se realizará un test de gestación previo a la radiografía con su conocimiento.
  - ✓ La patología ginecológica y las patologías de la gestación o los cuadros claramente toco-ginecológicos se derivarán directamente a la unidad de Ginecología. Así aceleramos la atención especializada inevitable tanto por recursos técnicos como humanos que precisan este tipo de pacientes.



PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010

b) Inspección:

Búsqueda de signos de gravedad. Al igual que en el punto anterior, tan sólo nos detendremos en aquello que tenga relación con el motivo de consulta y que nos ayude a priorizar:

- Aspecto general: Impresión de gravedad.
- Piel y mucosas: Color: Palidez, cianosis, rubor...  
Temperatura.  
Sudoración.  
Aspecto: deshidratación...
- Neurológico: Nivel de consciencia.  
Respuesta al dolor.  
Tamaño y respuesta pupilar.  
Motricidad.
- Circulación: Pulso.  
Intensidad.  
Frecuencia cardíaca.
- Respiración: Permeabilidad de la vía aérea.  
Tipo de respiración.  
Existencia de dificultad respiratoria.





**PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)**

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010

c) Intervenciones de Enfermería:

- Constantes vitales: se realizará la determinación de aquellas constantes vitales que aporten luz al motivo de consulta del paciente para su posterior clasificación.
  - ✓ Temperatura.
  - ✓ Tensión Arterial.
  - ✓ Frecuencia cardiaca.
  - ✓ Frecuencia respiratoria.
  - ✓ Glucemia.
  - ✓ SAT O2.
- **Petición de determinados estudios:**
  - **Rx simple:** El enfermero/a de RAC solicitará Rx a aquellos pacientes cuyo motivo de consulta sea un traumatismo claro, previa exploración para determinar las proyecciones necesarias. No se solicitará Rx en ningún caso a pacientes con edad inferior a 15 años (según recomendaciones de SAECC 2002 (< 5 a)). Este sistema de solicitud de Rx simple está consensuado por Unidad de Urgencias y Unidad de Radiodiagnóstico por Imagen así como por la Dirección Médica del centro. Como premisa fundamental en caso de duda en la solicitud de Rx debe evitarse irradiar al paciente. (Anexo I: Petitorio de Rx desde consulta de RAC). No se someterá a exploración radiológica alguna a pacientes en los que exista una mínima duda sobre un posible estado de gestación.
  - **Analítica de orina:** Se solicitará sistemático de orina a aquellos pacientes cuyo motivo de consulta esté relacionado con aparato genitourinario, o siempre que se considere necesario para una aproximación diagnóstica posterior por parte del médico que asistirá al paciente (cuadros febriles en lactantes, traumatismos sobre fosas renales, sospecha de gestantes...etc).
  - **Strepto-test:** Paciente pediátrico mayor de 2 años con dolor de garganta y fiebre termometrada > 38° C **sin** síntomas catarrales.



**PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)**

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010

- EKG: se realizará siempre que se considere necesario para el establecimiento de la prioridad asistencial. Como premisa en caso de duda, siempre realizar EKG.

**Siempre que el motivo de consulta sea un dolor torácico no traumático, se debe garantizar la realización, en menos de diez minutos, de un EKG y la valoración del mismo por el médico responsable de la asistencia de ese paciente.**

- Otras técnicas: vendajes e inmovilizaciones provisionales, lavados oculares urgentes, medios físicos en hipertermias, vendajes compresivos en puntos sangrantes, hielo,...

Todo esto deberá quedar debidamente reflejado en la hoja de acogida, recepción y clasificación de pacientes del aplicativo de AHM triaje.

- ✓ Datos del paciente
- ✓ Hora de llegada.
- ✓ Hora de RAC (hora de entrada a la consulta)
- ✓ Tiempo de RAC (tiempo de permanencia en la consulta).
- ✓ Prioridad asistencial.
- ✓ Motivo de consulta y el registro de los signos y síntomas que expresa el paciente o su acompañante.
- ✓ Antecedentes personales de interés,...
- ✓ Alergias.
- ✓ Enfermero/a que realiza la RAC.
- ✓ Constantes anteriormente expresadas.
- ✓ Pruebas complementarias solicitadas desde la consulta de RAC (Rx, analítica de orina...) o realizadas en la misma (ECG).
- ✓ Intervenciones enfermeras realizadas en la consulta de RAC.
- ✓ Otros.



PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010

d) Establecer la prioridad asistencial:

La clasificación se determina en función del grado de gravedad de los síntomas y permite evitar el retraso que podría perjudicar al usuario.

Se establecerán cinco niveles de clasificación atendiendo a los motivos de consulta de los pacientes. Los niveles establecidos son los siguientes:

- **Prioridad 1. Resucitación. (P1)**  
Requiere intervención inmediata. Tiempo de espera 0 minutos.
- **Prioridad 2. Emergencia. (P2)**  
Emergencia, condiciones que entrañan un potencial compromiso vital o funcional, requiere una intervención rápida; la espera no debe pasar 5 minutos.
- **Prioridad 3. Urgencia. (P3)**  
Hay riesgo potencial de deterioro a corto tiempo; situaciones que pueden derivar a un problema más serio que requiera una situación emergente, la espera no debe pasar 15 minutos.
- **Prioridad 4. Urgencias menores. (P4)**  
Urgencias menores, situaciones que puedan complicarse o deteriorarse, por la edad u otros motivos, sino se atienden antes de 45 minutos.
- **Prioridad 5. Situaciones no urgentes. (P5)**  
Situaciones no Urgentes, no hay potencial de deterioro; la espera no es un factor de riesgo, hay que volver a reevaluarlo en 60 m.

Cuando transcurrido el tiempo máximo de espera para un paciente en función de su prioridad asistencial aún no ha sido atendido por el médico responsable de su asistencia o bien cuando la situación de partida del paciente ha cambiado sustancialmente se debe realizar una reevaluación, es decir, se debe volver a clasificar realizando aquellas fases de la RAC que se consideren necesarias para volver a establecer una nueva prioridad asistencial.



PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010

<u>NIVEL</u>	<u>TIPO DE URGENCIA</u>	<u>ASISTENCIA</u>
I	<b>Resucitación.</b> Condiciones que entrañen un compromiso vital o un inminente riesgo de deterioro que requiere una atención agresiva inmediata. Tiempo de espera 0 minutos.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Requiere intervención inmediata.</li><li>- RCP o Reanimación inmediata.</li></ul>
II	<b>Emergencia.</b> Condiciones que entrañan un potencial compromiso vital o funcional, requiere una intervención rápida; la espera no debe pasar 5 minutos.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Estabilización hemodinámica</li><li>- Exploración inmediata</li><li>- Aproximación diagnóstica</li><li>- Pruebas diagnósticas inmediatas</li><li>- Tratamiento sintomático hasta diagnóstico definitivo</li></ul>
III	<b>Urgencia.</b> Hay riesgo potencial de deterioro a corto tiempo; situaciones que pueden derivar a un problema más serio que requiera una situación emergente, la espera no debe pasar 15 minutos.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Control hemodinámico.</li><li>- Exploración urgente</li><li>- Aproximación diagnóstica</li><li>- Pruebas diagnósticas urgentes</li><li>- Tratamiento sintomático hasta diagnóstico definitivo</li></ul>
IV	<b>Urgencias Menores.</b> Situaciones que puedan complicarse o deteriorarse, por la edad u otros motivos, sino se atienden antes de 45 minutos.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prevención de riesgos</li><li>- Exploración rápida</li><li>- Pruebas diagnósticas rápidas</li><li>- Medidas de prevención de riesgos</li><li>- Observación en sala de urgencias</li></ul>
V	<b>Situaciones No Urgentes.</b> No hay potencial de deterioro; la espera no es un factor de riesgo, hay que volver a reevaluarlo en 60 m.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Historia clínica</li><li>- Pruebas diagnósticas en plazos razonables</li><li>- Espera en salas generales</li><li>- Valoración de riesgos</li><li>- Derivación a consultas externas para diagnóstico y tratamiento.</li></ul>



PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010

## 5. MOTIVOS DE CONSULTA MÁS FRECUENTE SEGÚN PRIORIDAD ASISTENCIAL.

### ➤ Nivel I: Resucitación.

*Diagnósticos centinela:*

- Parada respiratoria o Cardiorrespiratoria.
- Politraumatizado, Glasgow menor de 9.
- Estado de shock.
- Inconsciencia o coma.
- Signos vitales inestables o ausentes.
- Deshidratación severa.
- Distrés respiratorio severo, no puede hablar, letargia, confusión, acompañado de SAT O<sub>2</sub><90%,
- Gran quemado de edad pediátrica.

### ➤ Nivel II: Emergencia.

*Diagnósticos centinela:*

- Traumatismos severos.: Herida penetrantes, TCE con alteración del nivel de consciencia con Glasgow entre 10 y 13.
- Agresiones sexuales.
- Reacciones alérgicas severas.
- Vómitos y diarreas con sospechas de deshidratación.
- Estados de alteración mental: agitación, focalidad neurológica, cuadro de confusión.
- Dolores torácicos de características isquémicas.
- Crisis convulsivas activas en adultos.
- Grandes quemados.
- Dolor abdominal de 8-10/10, que afecta a zonas viscerales, acompañado de náuseas vómitos y con signos vitales anormales (hipotensión, hipertensión, taquicardia, fiebre).
- Pacientes con temperatura > 38.5 °C con hemodinámica comprometida.
- Cefaleas: dolor de inicio súbito de 5 a 30 minutos, con constantes vitales anormales (tensión arterial > 220/130 mmHg) y sintomatología vegetativa.



**PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)**

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010

- Intoxicaciones que requieren un análisis de tóxicos, monitorización, prevención de absorción o neutralización por antídoto.
- Pacientes con aumento del trabajo respiratorio, articula palabras o frases cortas, estridor, acompañado de Sat O<sub>2</sub><92%.
- Pacientes con hiper (>300 mg/dl) o hipoglucemia acompañado de diaforesis, alteraciones mentales, vómitos, etc...
- Sangrados activos con repercusión hemodinámica: metrorragias, hematurias, hemorragias digestivas.

❖ *Niños:*

- Crisis de asma severa.
- Niños menores de 7 días por ictericia.
- Niños menores de 3 meses con temperatura menor de 36°C o mayor de 38°C.
- Niños mayores de 3 meses y hasta 3 años de edad con temperatura > 38.5 °C y signos de gravedad que precisan una intervención inicial rápida.

➤ **Nivel III: Urgencia.**

*Diagnósticos centinela:*

- Traumatismos moderados: luxación que debe de ser reducida, pronación dolorosa y fracturas con un nivel de dolor de 8 a 10/10 en pacientes estables.
- TCE con Glasgow de 14 ó 15 con náuseas y vómitos con un dolor menor de 8/10 en pacientes estables.
- Disnea moderada, taquipnea, acompañado de saturaciones mayores o igual 92-94%.
- Dolor torácico de dudoso origen isquémico.
- Sangrado activo sin repercusión hemodinámica.
- Urgencias psiquiátricas: pacientes no violentos que cooperan adecuadamente, intentos de autolisis con signos vitales normales, trastornos bipolares.
- Cuadro sincopal: de menos o cinco minutos de evolución, alerta y con constantes vitales normales, síndrome vertiginoso sintomático.
- Dolor agudo severo (8-10/10).
- Dolor agudo moderado (4-7/10) que puede deteriorarse rápidamente: migrañas, cólicos renales.



**PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)**

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010

- Pacientes con cifras de tensión arterial iguales o  $> 220/130$  mmHg sin sintomatología asociada, o bien, con cifras tensionales inferiores con cefalea u otra clínica asociada.
- Pacientes hemodializados y/o transplantados.

❖ *Niños:*

- Vómitos y diarreas en menores de dos años y con constantes vitales normales.
- Niños mayores de 3 meses con temperatura  $> 38.5$  °C con buen estado general.
- Resto igual que adultos.

➤ **Nivel IV: Urgencias menores.**

*Diagnósticos centinela:*

- Dolor agudo moderado (4-7/10): otalgias, odontalgias, patología ocular (excepto pérdida visual o intenso dolor).
- Traumatismos menores, fracturas menores, contusiones, abrasiones, laceraciones, con constantes vitales normales y dolor moderado (4-7/10).
- Dolor abdominal de intensidad moderada (4-7/10), con signos vitales normales, sin náuseas ni vómitos.
- Cefaleas no severas, de intensidad de (4-7/10), no migrañosas y con signos vitales normales.
- Dolor torácico, en paciente sin factores de riesgo, con signos vitales normales, y de origen osteomuscular y con un nivel de dolor de 4-7/10.

❖ *Niños:*

- Vómitos y diarreas en mayores de dos años, sin signos de deshidratación y con constantes vitales normales.
- Cuadro catarral, congestiones, fiebre.
- Resto igual que adultos.



**PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)**

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010

➤ **Nivel V: Situaciones no urgentes.**

*Diagnósticos centinela:*

- Patología banal poco sintomática: traumatismos menores (abrasiones menores que no requieren oclusión, tendinitis...).
- Situaciones que requieren intervenciones enfermeras, atención primaria, ó trámites administrativos.
- Patología crónica sin signos de deterioro.
- Dolor abdominal menor de 4/10, con signos vitales normales.
- Patología psiquiátrica: problemas sociales, depresiones crónicas, etc.
- Cuadros catarrales bien tolerados, fiebre inferior a 39°C (excepto niños).

❖ *Niños: Igual que adultos*

## 12. CIRCUITOS ESPECIFICOS DE TRIAJE

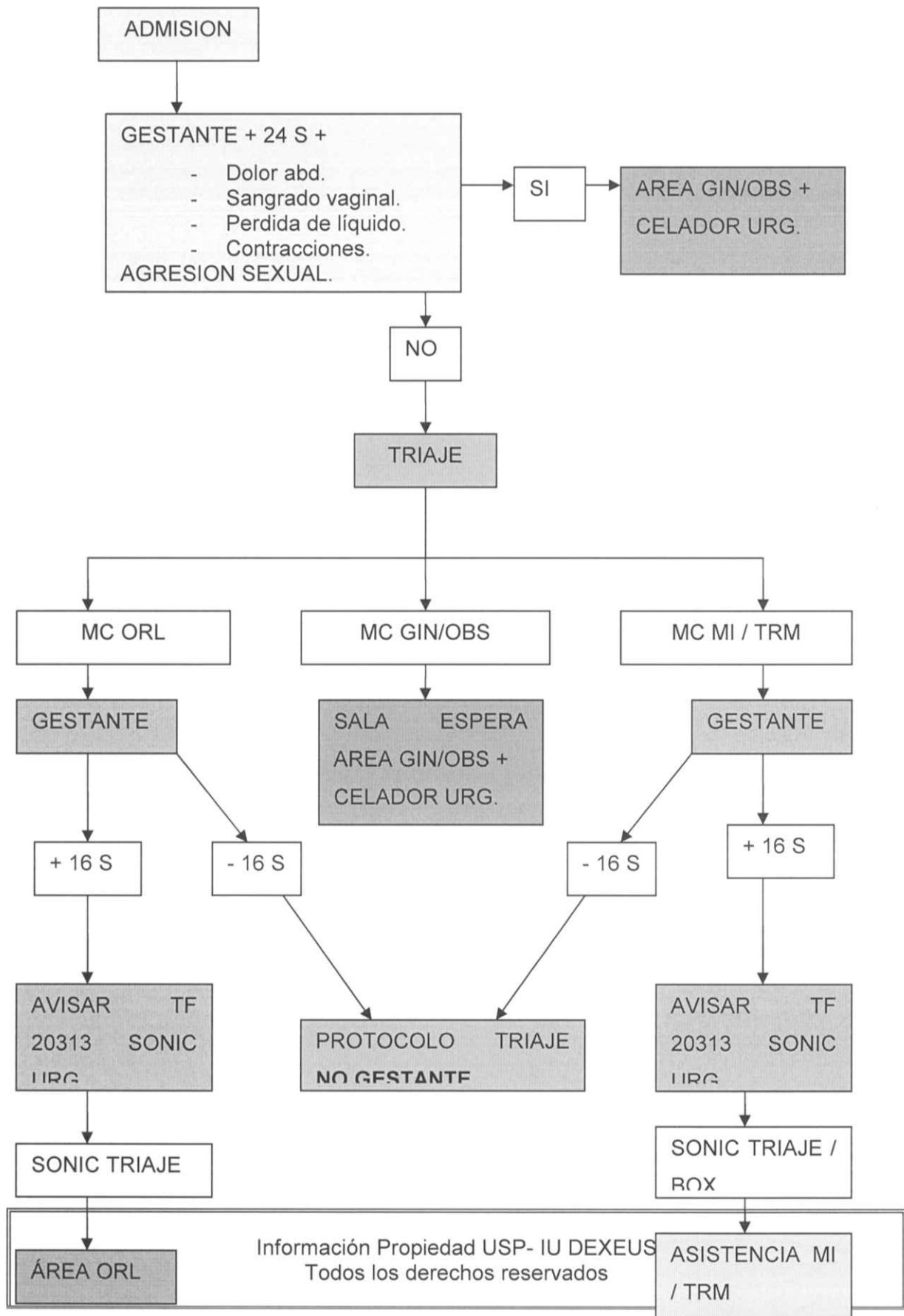
### 6.1. CIRCUITO PACIENTE GINECOLOGICO.





PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010





**PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)**

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010

**MC GIN / OBS**

**GINECOLOGIA:**

- PRURITO
- LEUCORREA.
- DISMENORREA
- METRORRAGIA.
- DOLOR PELVICO Y/O VAGINAL.
- CONSULTAS SOBRE ANTICONCEPCION ORAL.
- PATOLOGIA AXILAR Y/O MAMARIA.
- POSTOPERADA GINE.

**OBSTETRICIA:**

**- GESTANTE +:**

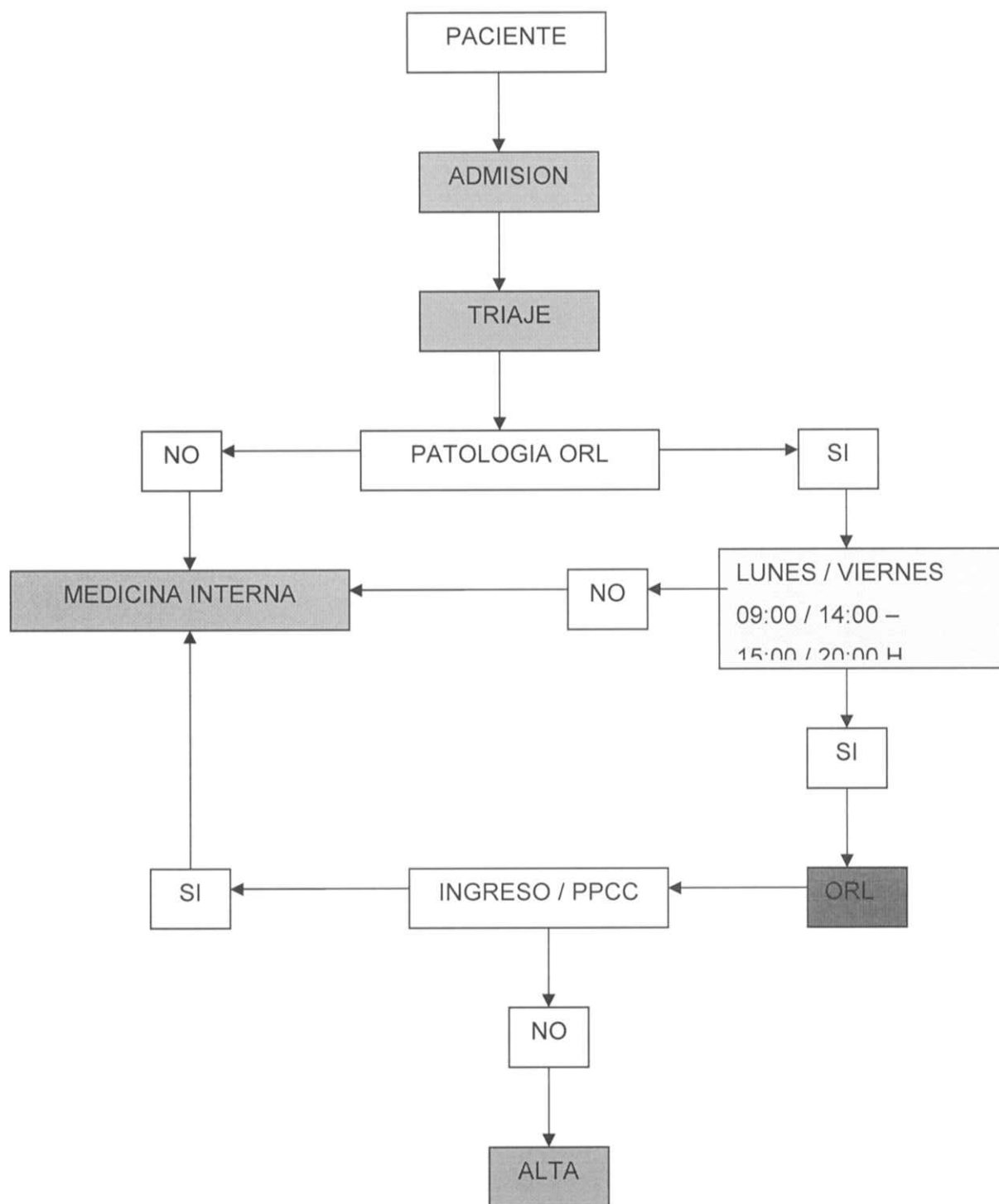
- ITU.
- DIABETES GESTACIONAL.
- CONSULTA POSTPARTO / POSTCESAREA.
- HIPEREMESIS GRAVIDICA.
- HIPERTENSION / CEFALEA / EDEMAS + GESTANTE / POSTPARTO.
- FIEBRE POSTPARTO.
- FIEBRE SIN FOCO + GESTANTE.
- DOLOR ABDOMINAL + GESTANTE.
- HEMORROIDES.
- INDICACION DE MONITORIZACION FETAL.

**6.2. CIRCUITO PACIENTE ORL.**



PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010





PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010

MOTIVOS DE CONSULTA ORL

**SANGRADO:**

- GARGANTA.
- NARIZ: Excepto epistaxis activa que será atendida en urgencias por Medicina.
- OIDO

**DOLOR:**

- GARGANTA.
- NARIZ
- OIDO

**CUERPO EXTRAÑO:**

- GARGANTA.
- NARIZ
- OIDO

**TRAUMATISMO:**

- GARGANTA.
- NARIZ
- OIDO

**BULTO EN CUELLO**

6.3. CIRCUITO PACIENTE OFTALMOLOGICO.



PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010

## 6. CRITERIOS NORMATIVOS.

- ❖ Los pacientes en edad pediátrica esperarán en la sala de espera especialmente habilitada para ellos una vez clasificados.
- ❖ Los pacientes clasificados con prioridad cuatro o cinco deberán esperar en la sala de espera general hasta ser atendidos.
- ❖ Los pacientes clasificados con prioridad tres o dos, deberán ser pasados a un box en espera de ser atendidos.
- ❖ Los pacientes con prioridad uno serán acompañados al Box de Críticos, avisando al médico responsable de su asistencia. Así mismo se irán tomando las primeras medidas para su estabilización.
- ❖ Todos los pacientes menores de 14 años permanecerán acompañados por un acompañante salvo en situaciones en los que los profesionales que le atienden consideren que debe permanecer sin acompañante por motivos asistenciales.
- ❖ La prioridad de la enfermería del RAC debe ser la realización de la recepción a todos los paciente que acuden a Urgencias y en segundo lugar la realización del resto de labores asistenciales cuando la afluencia de pacientes a la consulta de RAC lo permita.

## 7. MAPA DE COMPETENCIAS DE LA ENFERMERÍA DE TRIAJE.

### D: Deseable I: Imprescindible

Requisito: Diplomada en Enfermería

CONOCIMIENTOS		NIVEL INICIO Selección	NIVEL MADUREZ Experto	NIVEL OPTIMO Excelente
	Acogida y Clasificación de Enfermos en Urgencias	D	I	I
	Cuidados en los principales procesos críticos-urgentes (Dolor Torácico, Politraumatismos, Disnea, Violencia Familiar...)	I	I	I
	Traslado de Enfermos Críticos	D	I	I
C028	Soporte Vital Avanzado Adulto , Pediátrico y Neonatal	I	I	I
C021	Organización y legislación sanitaria	I	I	I
C009	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I



**PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)**

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010

C014	Formación básica en Prevención de Riesgos Laborales	I	I	I
C025	Promoción de la Salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I
C018	Metodología de cuidados	D	I	I
C020	Metodología en gestión de procesos (Flujogramas, Guías de Práctica Clínica, Mapa de Cuidados,...)	D	I	I
C007	Conocimientos básicos de Calidad (Indicadores, estándares, acreditación...)	D	I	I
C019	Metodología de la investigación nivel básico (Búsqueda bibliográfica, Bases de Datos documentales, EBE...)	D	I	I
C006	Conocimientos Básicos de gestión de recursos	D	I	I
C002	Bioética	D	D	I
C016	Inglés, nivel básico	D	I	I
C012	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas. Liderazgo	D	D	I
C030	Tecnologías para la información y las comunicaciones (SIH, Cuadro de Mando)	I	I	I
<b>HABILIDADES</b>		<b>NIVEL INICIO Selección</b>	<b>NIVEL MADUREZ Experto</b>	<b>NIVEL OPTIMO Excelente</b>
	Principales Intervenciones en Urgencias (canalizaciones, sondajes, vendajes...)	I	I	I
H024	Individualización de los Cuidados	I	I	I
H016	Capacidad para tomar decisiones	D	I	I
H030	Resolución de problemas	D	I	I
H011	Capacidad de Relación Interpersonal	D	I	I
H012	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I
H005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I
H025	Informática, nivel usuario	D	I	I
H021	Gestión del tiempo	D	I	I
H010	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I
H014	Capacidad para delegar	D	I	I
H001	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I
H013	Capacidad docente	D	I	I
H033	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I
H004	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I
H002	Afrontamiento del estrés	D	I	I
H006	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I
H007	Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso Capacidad de motivar	D	D	I
H031	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I
H017	Comunicación oral y escrita	I	I	I



**PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)**

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010

H022	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I
<b>ACTITUDES</b>		<b>NIVEL INICIO Selección</b>	<b>NIVEL MADUREZ Experto</b>	<b>NIVEL OPTIMO Excelente</b>
A001	Actitud de aprendizaje y mejora continua			
A013	Orientación al cliente (el ciudadano como centro) respeto de los derechos de los pacientes			
A016	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad)			
A012	Orientación a resultados			
A017	Responsabilidad			
A008	Flexible, adaptable al cambio, accesible			
A010	Honestidad, sinceridad			
A003	Capacidad de asumir compromisos			
A006	Dialogante, negociador			
A011	Juicio Crítico			
A009	Generar Valor Añadido a su trabajo			
A014	Positivo			
A018	Sensatez			
A007	Discreción			
A002	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D		
A005	Creatividad	D		
A004	Colaborador, cooperador			
A015	Resolutivo			
A019	Visión de futuro			

## 8. REGISTRO DE RAC.

Registro	Responsable del archivo	Soporte	Lugar de archivo	Tiempo de conservación
Triage	SSII	Informático	Aplicativo AHM	Indefinido

## 9. GLOSARIO.



**PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)**

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010

- ✓ *Politraumatizado:* paciente con al menos dos o más lesiones traumáticas que entrañen compromiso vital.
- ✓ *Grandes quemados:*
  - Quemaduras de segundo grado con una extensión superior al 25% de la superficie corporal total en adultos y el 15% en niños y ancianos.
  - Quemaduras de tercer grado que abarquen más de un 10% de la superficie corporal total.
  - Quemaduras químicas y eléctricas.
  - Quemaduras de segundo grado en cara, cráneo y cuello.
- ✓ *Quemaduras extensas:*
  - Quemaduras de segundo grado con una extensión entre el 10% y el 25% de superficie corporal total en adultos y entre el 5% y el 15% en ancianos y niños.
  - Quemaduras de tercer grado que abarquen menos del 10% de la superficie corporal total.
- ✓ *Disnea con signos de insuficiencia respiratoria grave:* frecuencia respiratoria de más de 30 rpm, confusión, cianosis, Sat O<sub>2</sub> < 90%, movimientos toracoabdominales paradójicos.
- ✓ *Criterios de gravedad en un cuadro febril:*
  - Alteración del nivel de conciencia o desorientación temporoespacial.
  - Presencia de crisis convulsiva en pacientes no epilépticos.
  - Hipertermia rebelde a medicación antipirética correcta.
  - Taquipnea, hipotensión arterial y/o signos de hipoperfusión periférica.

## 10. ANEXO I: PETITORIO DE RX DESDE CONSULTA DE TRIAJE.

### Tórax:

Tórax	AP y L:	81159
Parrilla costal	AP y Oblicua:	81246

### Miembro Superior:





**PROTOCOLO RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES (RAC)**

Edición: 2  
Fecha: 02/06/2010

Dedos	AP y L	81056
Mano	AP y L / Oblicua	81109 / 81219
Antebrazo	AP y L	81009
Codo	AP y L	81038
Humero	AP y L	81093
Hombro	AP y L	81088

**Miembro inferior:**

Dedos	AP y Oblicua	81213
Pie	AP y L / Oblicua	81122 / 81224
Tobillo	AP y L	81150
Tibia	AP y L	81226
Rodilla	AP y L	81134
Fémur	AP y L	81077
Cadera	AP y Axial	81024
Pelvis	AP	81119