

**ESCOLA UNIVERSITARIA D'INFERMERIA SANTA MADRONA**  
De la Fundació "la Caixa"

# Infermeria de R.A.C.

# una realitat

AUTORS:

Bello Sánchez, Carmen

Madrid Roca, Montserrat

Pareja Martinez, Anna

Prat Tordera, Montserrat

Treball presentat al curs d'Administració i Gestió en Cures  
d'Infermeria

Treball dirigit pel professor: Marisol Rodriguez

Comissió avaluadora:

Montserrat Teixidor	Presidenta
Esteve Pont	Secretari
Concepció Ferrer	Vocal
Marisol Rodriguez	Vocal
José Tejada	Vocal

Presentat amb data: Setembre de 2007

Acceptat amb data:

Queda prohibit qualsevol reproducció total o parcial d'aquest treball sense l'autorització expressa per part dels autors.

**ÍNDIX:**

<b><u>TÍTOL</u></b>	<b><u>Nº PÀGINES</u></b>
<b>1. JUSTIFICACIÓ .....</b>	<b>5</b>
<b>2. INTRODUCCIÓ.....</b>	<b>9</b>
<b>3. MARC TEÒRIC.....</b>	<b>11</b>
<b>3.1 Rol d'infermeria.....</b>	<b>11</b>
<b>3.2 Triage o RAC .....</b>	<b>18</b>
<b>3.2.1 Definició</b>	
<b>3.2.2 Avantatges de la RAC</b>	
<b>3.2.3 Models de la RAC</b>	
<b>3.3 Infermeria de la RAC .....</b>	<b>22</b>
<b>3.3.1 Rol de la infermeria a la RAC</b>	
<b>3.3.2 La RAC efectuada per infermeria qualificada</b>	
<b>3.3.3 Avaluació dels pacients des de la seva</b> <b>arribada. Duració de la RAC</b>	
<b>3.3.4 Classificació de les prioritats</b>	
<b>3.3.5 Revaluació dels pacients durant el temps</b> <b>d' espera</b>	
<b>3.3.6 L'organització física</b>	
<b>3.3.7 Col·laboració entre professionals</b>	
<b>3.4. Cobertura legal de la RAC .....</b>	<b>31</b>
<b>4. OBJECTIUS .....</b>	<b>35</b>
<b>5. MATERIAL I MÈTODES .....</b>	<b>36</b>
<b>5.1. DISSENY.....</b>	<b>36</b>
<b>5.2. ÀMBIT D'ESTUDI .....</b>	<b>36</b>
<b>5.3. SUBJECTES D'ESTUDI .....</b>	<b>36</b>
<b>5.4. INSTRUMENTS.....</b>	<b>36</b>
<b>6. VARIABLES.....</b>	<b>37</b>

<b>7. CRONOGRAMA .....</b>	<b>46</b>
<b>8. RESULTATS.....</b>	<b>47</b>
<b>8.1. ANÀLISI DESCRIPTIU.....</b>	<b>47</b>
<b>8.2. RESULTATS: COMPARATIVAS PER HOSPITALS .....</b>	<b>50</b>
<b>8.3. RESULTATS COMPARATIVAS.....</b>	<b>56</b>
<b>8.4. RESULTATS DE LES PREGUNTES OBERTES .....</b>	<b>67</b>
<b>9.CONCLUSIONS.....</b>	<b>70</b>
<b>10.PROPOSTES .....</b>	<b>72</b>
<b>11.BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>73</b>

## **1. JUSTIFICACIÓ DEL PROJECTE**

El triatge és un procés dinàmic per assegurar una avaluació de la condició dels pacients des de la seva arribada a urgències .

Durant el transcurs dels últims 30 anys, l' increment d'assegurances, de malalties i l'envelliment de la població,entre altres coses, van generar un augment considerable del nombre de consultes a urgències. Per això s'ha fet essencial determinar la prioritat de les cures requerides en funció de l' urgència i la gravetat del cas i no segons la cronologia de les arribades.

El triatge és utilitzat com a un sistema de filtre, que gestiona l'afluència dels usuaris, prioritzant aquells pacients que presenten patologies més greus, de tal manera que l'atenció a aquests no es demori.

L'objectiu del triatge no és la disminució del temps d'espera, si no millorar l'assistència en els serveis, gestionant l'afluència dels usuaris amb fi d'esser atesos per ordre de gravetat i no d'arribada. Es pot constatar tota la seva importància particularment en períodes de gran afluència i de desbordament i quan els recursos de mà d'obra professional difícilment podem respondre la demanda.

El triatge és bastant corrent en els nostres serveis d'urgències. Sorgeixen els anys 60 a Amèrica del Nord. Considerant a la infermera un element constant en les urgències, és imprescindible la seva preparació per poder fer una bona tasca de selecció al triatge.

La comunitat científica internacional coincideix en recomanar els sistemes de triatge basats en escales on hi ha 5 nivells de prioritats, estandarditzades, com a mesura fonamental per garantir l'accessibilitat i millorar la qualitat en els serveis d'urgències.

A la actualitat hi ha 5 escales de triatge:

- Australasian Triage Scale (ATS). Publicada el 1993 i revisada el 2000.
- Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS). Publicada el 1995.
- Manchester Triage System (MTS). Introduït el 1996.
- Emergency Severity Index (ESI). Desenvolupat a EEUU el 1999.
- Model Andorra de triatge (MAT). Aprovat per el Servei Andorra d'atenció Sanitària en el any 2000.

Avantatges del triatge: el triatge és un benefici tan per els pacients de l'àrea d'urgències, com per el propi servei, com per la direcció del centre on s'aplica i pel servei de gestió de qualitat.

Per Infermeria

- Passa a ser, encara més, part activa i fonamental del servei.
- Prestigi professional.
- Coneix més a fons la problemàtica de la organització de l'assistència en el servei d'urgències.
- Augmenta la seva implicació en la gestió del servei.
- Els protocols o diagrames de presentació clínica són senzills i coherents, evita la variabilitat de l'observador (sense substituir el judici clínic) i per tant no es requereix una gran experiència a Urgències per a la seva utilització correcta.

Pels pacients a l'àrea d'urgències:

- Proporciona informació clara al pacient sobre el seu estat i el temps de demora, guanyant amb satisfacció de l'usuari.
- És l'entorn idoni per realitzar tasques d'educació sanitària, disminuint l'ansietat i el nerviosisme del pacient.
- L'atenció és per grau de gravetat, això genera confiança en el sistema.

Pel servei d'urgències:

- Orienta els fluxos de pacients en funció de la gravetat clínica.
- Permet, en qualsevol moment del cicle de treball, la reordenació de recursos en l'àrea d'urgències en funció de la demanda.
- Genera informació útil per la orientació dels recursos dels que té que disposar l'àrea d'urgències.
- Crea estadístiques del temps de demora.

Per la direcció del centre i el servei de gestió de qualitat:

- Dóna una resposta eficaç, basada en el pacient i la gravetat clínica, a un problema que és la gestió de pacients en l'àrea d'urgències.
- Són els diplomats d'infermeria i no els facultatius els que realitzin el triatge.
- Permet realitzar controls de qualitat en els temps d'espera.
- Permet realitzar polítiques dirigides a dotar de recursos estables a l'àrea d'urgències en funció de la gravetat i la tipologia dels casos vistos.
- És un avenç en les estratègies de millora de la qualitat .
- Augmenta la satisfacció dels usuaris del servei d'urgències.

La funció essencial del triatge consisteix en la identificació de les condicions urgents i la determinació del nivell de prioritat de les cures, excloent, així, la realització del diagnòstic mèdic. En tant consisteix en donar prioritat en les cures al pacient, fent referència a una visió del usuari com "un tot" una visió integral identificada i definida com a competència del metaparadigme infermer.

Malgrat tot, tenim la percepció de que infermeria no ho té consolidat com un rol propi. Una de les causes que sigui així és per una mena de seguretat i recolzament, cosa que podríem millorar amb una formació e informació adequada.

Donat que s'ha implantat en gran nombre de centres hospitalaris, volem insistir, que si la hipòtesi que plantegem és complexa, tindrem arguments per defensar que l'activitat de recepció, acollida i classificació és propi dels diplomats d'infermeria.



## **2. INTRODUCCIÓ**

El triatge a urgències és un procés dinàmic per assegurar una avaluació de la condició dels pacients des de la seva arribada a Urgències.

El sistema de triatge d'un servei d'urgències ha de respondre, abans de tot, a les necessitats dels pacients i permetre una millor organització de les seves cures, que permeti la missió dels establiments segons els recursos disponibles.

Durant els últims trenta anys, l'increment d'assegurances, de malalties, l'envelliment de la població i l'ampliació de les capacitats de la medicina han generat un augment considerable del nombre de consultes a Urgències. Per això, s'ha fet essencial determinar la prioritat de les cures requerides en funció de la urgència i la gravetat del cas, i no segons la cronologia de les arribades.

Actualment, el triatge és reconegut com un component crític de totes les unitats d'urgències que reben un volum fluctuant de pacients, presentant una gran varietat de problemes. Es pot constatar tota la seva importància particularment en períodes de gran afluència i de desbordament i quan els recursos de mà d'obra professional difícilment poden respondre a la demanda. El triatge és bastant corrent en els nostres serveis o departaments d'urgències, però els mètodes elaborats van sorgir generalment d'iniciatives locals i tenen diferents criteris de classificació

Dades del Ministeri de Sanitat i Consum de l'any 2000 indiquen més de 20,3 milions d'assistències urgents en tot el territori nacional. Avui dia es calcula que aquesta xifra ha augmentat, a expenses de

l'augment de pacients amb patologies no urgents, provocant la saturació dels serveis, l'espera dels malalts i per tant condicionant la necessitat de prioritzar l'atenció.

El 68.25% (dades de la SEMES 2003: Urgències sanitàries en Espanya: situació actual i propostes de millora) de les infermeres desenvolupen la funció de classificació/ prioritització en els serveis d'urgències hospitalaris, però amb una gran variabilitat en els sistemes de classificació i prioritització dels pacients.

### **3 MARC TEÒRIC**

#### **3.1. Rol d'Infermeria**

¿Coneixem les infermeres quin és el nostre rol professional dintre de la societat? Per poder assumir la RAC o triatge com a rol propi primer hauríem de tenir clar la definició de rol professional i a més a més conèixer quin és el nostre rol propi o autònom, d'aquesta manera podrem afegir a aquest rol autònom la RAC o triatge.

Segons la definició que trobem al Diccionari de la llengua catalana la paraula ROL es defineix com *"model de comportament que, en una societat determinada, hom espera d'una persona amb relació al seu status."* D'aquesta mateixa manera definiríem ROL PROFESSIONAL com la persona que segueix un model de comportament d'acord amb els drets i els deures d'una professió o ètica professional. Seguint aquesta línia, podríem definir ROL D'INFERMERIA com el comportament que la societat espera dels professionals d'infermeria, d'acord a la seva ètica professional.

Les activitats infermeres es reconeixen com pròpies d'una professió, ja que es relacionen amb les exigències següents: necessitat d'una gran destresa i d'una gran competència específica en la pràctica; un conjunt de coneixements, d'actituds i d'habilitats inherents a una disciplina, que no s'aconseguiria només amb l'exercici de l'activitat; un àmbit de decisió autònom en les seves intervencions; una formació científica universitària; la capacitat de judici clínic; i un codi deontològic propi.

Per poder exercir i desenvolupar el seu rol professional és imprescindible pels professionals de la infermeria poder comptar amb un cos sistemàtic de coneixements que doni suport a la seva pràctica.

En l'actualitat el rol professional de la infermera engloba dues dimensions, el rol autònom i el rol de cooperació. S'entén per **rol autònom** el que integra el conjunt de competències i actuacions (és a dir, coneixements, habilitats, actituds i valors) associades al servei específic que ofereixen els professionals de la infermeria en la seva pràctica professional de les cures. Aquest rol es basa en la presa de decisions que depenen exclusivament de la iniciativa de la infermera i es guia pels valors humanistes i ètics del fet de cuidar. Està adreçat a aconseguir l'autonomia i la qualitat de vida de les persones i les seves famílies en relació amb l'entorn. Inclou les intervencions autònomes en les cures d'infermeria, desenvolupament, suport, ensenyament, suplència i vigilància de l'estat de salut, intervencions que contribueixen a la satisfacció de les necessitats, a la actualització de la persona, al seu desenvolupament, benestar, recuperació de la salut, readaptació, i a la qualitat i continuïtat de la vida.

En aquest punt convé assenyalar que el model conceptual, el procés de cures i els diagnòstics d'infermeria, han d'articular-se partint de la base que el model proporciona les directrius per a la pràctica, el procés garanteix una pràctica reflexiva i els diagnòstics faciliten una manera d'identificar els problemes de les persones i les causes que són presents en la situació, factors que obliguen la infermera a adoptar decisions.

Molt important també és el **rol de cooperació**, que integra les intervencions que la infermera fa en complementarietat amb la resta dels membres de l'equip multidisciplinari. És una visió compartida conscient de què el protagonista principal és la persona i que, per respondre a les seves demandes i necessitats, convé orientar les cures i centralitzar les intervencions dels professionals al seu servei.

### **Rol Professional**

Existeixen unes bases científiques del rol que permeten la capacitat per aplicar adequadament el rol professional de la infermera.

<b>Funció autònoma</b>	<b>funció de cooperació</b>	
Suport a la persona	Vigilància de l'estat de la persona	Aplicació de les tècniques especialitzades i de les ordres mèdiques
<b>Ciències infermeres</b> Model conceptual de cures d'infermeria Procés de cures Diagnòstic d'infermeria Judici crític Presa de decisions Procés d'ensenyament i d'aprenentatge Codi deontològic, ètica Ciències de la intervenció Psicologia personalista Antropologia aplicada a la salut Tècniques de cures Metodologia de la recerca Relació d'ajuda	<b>Ciències infermeres</b> <b>Ciències mèdiques</b> Judici crític Presa de decisions Fisiopatologia Psicologia aplicada Tècniques de cures Treball en equip	<b>Ciències infermeres</b> <b>Ciències mèdiques</b> Judici crític Presa de decisions Model mèdic Fisiopatologia Farmacologia Tècniques de cures
<b>Apropament humanístic : infermera-persona</b>		
<b>Marc conceptual de cures d'infermeria</b>		

Actualment la infermeria catalana està vivint un moviment i reforma important, com és la creació de les especialitats d'infermeria. Com a conseqüència de viure en una societat desenvolupada, els serveis sanitaris cada vegada estan desplegant una major varietat de professions dividides en especialitats, totes elles coincidint en una finalitat comú de garantir i millorar la salut dels individus i de la població.

El Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut es va enfrontar des de la seva constitució amb el repte d'afrontar la definició de les especialitats, des de la perspectiva de les **COMPETÈNCIES PROFESSIONALS**. Aquest consell és un marc de trobada, de reflexió i de debat inter i intrahospitalari, constituït per facilitar una comunicació horitzontal, entre els diferents professionals de la salut, prenent superant conflictes d'interessos jurisdiccionals que es poden crear a l'hora de definir aquestes competències professionals. Els problemes que es poden generar s'han de resoldre des de la comprensió dels rols recíprocs dels que es troben en el mateix terreny per cooperar, de no oblidar el fi comú **EL SERVEI AL CIUTADÀ**. Ell ha de ser la referència i per tant, el que s'hagi de fer, ho faci el més competent per fer-ho en aquell lloc i moment, i la resposta pot variar de lloc en lloc i de circumstància en circumstància. És per això que serà important arribar el més aviat possible als criteris qualitius diferencials en tots els àmbits de juxtaposició jurisdiccional, per facilitar la resolució de conflictes de la realitat del dia a dia i evitar la seva generalització que comportaria l'augment de confusió conceptual i potser la degradació de les actituds de cooperació que ens són tant necessàries. El triatge fet per infermeria als serveis d'urgències de molts hospitals catalans és un exemple d'aquest tipus de conflictes que es poden crear. Són les/els infermers/res els que em d'assumir-ho com a rol propi i incloure-ho dins de les nostres competències professional.

Des del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona es va crear una COMISSIÓ D'INFERMERIA per a realitzar un treball on van quedar definides les competències de la professió d'infermeria. Es van definir unes competències genèriques de la professió, per això, alguns col·lectius poden trobar aspectes que no siguin totalment específics, però es pot anar avançant en aquest sentit i trobar les competències que més defineixen el nostre treball.

Aquesta comissió va definir la infermeria com:

- És una professió de serveis, que proporciona cures d'infermeria aplicant els coneixements i tècniques específiques de la seva disciplina i es basa en els coneixements científic i se serveix del progrés tecnològic, així com dels coneixements i les tècniques derivades de les ciències humanes, físiques, socials i biològiques.
- Actualment es centra en l'atenció a la persona, la família i la comunitat.
- Té en compte a la persona com a subjecte d'emocions, relacions socials i es vincula a un sistema de valors personal.
- Accepta la responsabilitat i ostenta l'autoritat necessària en la prestació directe de les cures d'infermeria. Per tant el professional exerceix de forma autònoma la infermeria en el si d'un equip de salut.
- Té un sòlid compromís amb la societat per tal de donar una resposta ajustada a les seves necessitats. La infermeria ajuda a les persones, família i grups a determinar i aconseguir el seu potencial físic, mental i social contribuint a la millora de la qualitat de vida. Aquestes activitats les desenvolupa en el marc d'una societat en canvi permanent i es veu influenciada per un conjunt de factors socials, econòmics, culturals i polítics.

També van definir les competències, què són i per a què serveixen:

- Són aquell conjunt d'habilitats, actituds i coneixements per a la presa de decisions que permet que l'actuació professional estigui en el nivell exigible en cada moment.
- Fan referència a un saber fer en tres dimensions, conceptuals o pensament crític, interpersonals i tècniques.
- Fan referència a termes de responsabilitat respecte els pacients/ usuaris/ clients, un mateix, la professió, la comunitat i la societat.

Tenir les competències definides permet :

- Reflexionar sobre el propi treball
- Monitoritzar la qualitat dels serveis que es presten.
- Facilitar la definició dels objectius educatius a les institucions docents.
- Especificar els nivells exigibles en cada una de les fases formatives i de responsabilitat en l'exercici de la professió.
- Tenir un marc de referència dels sistemes avaluadors i de titulació.
- Una major mobilitat i flexibilitat interprofessional.
- Orientar la formació continuada.
- Detectar el potencial dels professionals.
- Estructurar les carreres professionals en les organitzacions d'acord al nivell competencial.
- Permet una gestió per competències dels recursos humans.
- Apropar els serveis d'infermeria a la població per donar una resposta adient a les seves necessitats.



Les competències van ser agrupades sota títols genèrics:

- **Procés de cures** – proporcionar cures d'infermeria individualitzades mitjançant un mètode sistemàtic i organitzat.
- **Prevenició i promoció de la salut** – desenvolupar accions que condueixen a la promoció de la salut, la prevenició de la malaltia i l'educació sanitària en els diferents àmbits de la pràctica.
- **Procediments i protocols** – proporcionar cures d'infermeria de forma sistematitzada tenint en compte la situació de cada usuari i fent èmfasi en la comunicació i informació.
- **Tenir cura de les persones en situacions específiques** – dur a terme la pràctica professional en els diferents àmbits i situacions.
- **Comunicació** – aconseguir una comunicació efectiva i establir una relació terapèutica amb l'usuari.
- **Treball en equip i relació interprofessional** – donar una atenció integral i coordinada mitjançant el treball en equip.
- **Comunicació interprofessional** – garantir la continuïtat de les cures utilitzant la comunicació formal i estructurada.
- **Manteniment de les competències professionals** – donar una resposta professional i de qualitat a les diferents situacions de la pràctica.
- **Ètica, valors i aspectes legals** – incorporar a la pràctica els principis ètics i legals que guien la professió.
- **Implicació i compromís professional** – fer present el compromís professional amb la societat a través de la participació i la implicació.

### **3.2.Triatge (R.A.C.)**

#### **3.2.1. Definició**

Troblem habitualment etiquetes diferents, per a un mateix subprocés: classificació, triatge, RAC (recepció, acollida, i classificació), ambulants, unitat de primera assistència ...

La Societat Espanyola d'infermeria d'urgències, davant la permanent controvèrsia sostinguda en els fòrums de debat dels professionals sanitaris d'urgències i emergències sobre l'oportunitat de l'activitat d'infermeria en les àrees assistencials que comunament es denomina "triatge d'urgències", i després d'un estudi bibliogràfic, fa les següents puntualitzacions:

1. La utilització del terme Triage, pel seu significat i aplicació històrica, ha de quedar circumscrit, en la terminologia sanitària, per definir la classificació de víctimes en les emergències produïdes per catàstrofes.
2. El primer contacte dels pacients amb el personal sanitari a les portes d'urgències dels hospitals és entès i definit, per la Societat Espanyola d'Infermeria d'Urgències, com RECEPCIÓ, ACOLLIDA I CLASSIFICACIÓ (RAC) en funció dels símptomes i manifestacions subjectives del pacient, o acompanyant, per una prioritització, en la atenció mèdica i de cures d'infermeria, acord amb els recursos materials i humans posats per l'entitat responsable i prestadora de l'assistència sanitària.

La RAC a Urgències implica avaluar la condició del pacient, determinar la urgència d'intervenció mèdica segons una classificació predeterminada i dirigir el pacient a la sala de tractament

corresponent o a la sala d'espera per enviar-lo a un altre recurs. També implica una revaluació periòdica i sistemàtica dels pacients en espera de rebre un tractament.

Es tracta doncs d'acollir a tots els pacients que es presentin a un departament d'urgències i d'identificar, el més aviat possible, les seves necessitats, en funció del risc potencial que el seu estat presenta per a la seva vida o salut. Aquesta avaluació s'efectua a partir d'una breu recopilació d'informacions basades en la consulta, tenint en compte els signes i símptomes del pacient, segons el seu estat general i segons l'observació de certs paràmetres. Això no implica la determinació d'un diagnòstic mèdic. Es tracta sobretot d'elaborar una constatació clínica referent al grau de gravetat potencial del problema de salut, és a dir, identificar les condicions que amenacen la vida del pacient i aquelles que comporten uns riscos d'agreujament i després, assegurar que el pacient és tractat corresponentment.

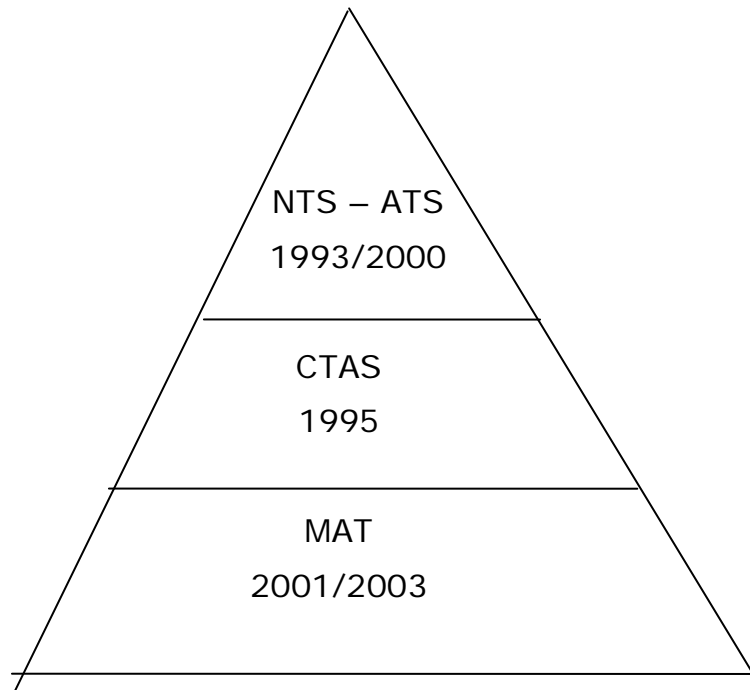
La funció essencial del RAC consisteix en la identificació de les condicions urgents i la determinació del nivell de prioritat de les cures. A part d'aquesta funció principal, aquest sistema també serveix d'informació, d'alleujament i d'educació.

### 3.2.2. Avantatges de la RAC

Aquestes avantatges, per els pacients de l'àrea d'Urgències, pel Servei d'urgències, per Infermeria i per la Direcció del Centre queden ben definides en la justificació del projecte (pàgines 6 i 7).

### 3.2.3. Models de triatge o R.A.C.

Històricament a l'any 1993 Jerry Fitzgerald i George Jelinek van desenvolupar el sistema NTS de triatge (National Triage Escala for Australasian Emergency Departments), basat en el sistema australià que es venia realitzant des de 1977 i que l'any 2000 es reanomenarà ATS (Australasian Triage Scale). A partir del NTS va néixer també el sistema canadenc al 1995 i posteriorment va sorgir el sistema andorrà al 2001 mantenint la base de l'australià.



**A l'actualitat existeixen en el món cinc models de RAC estructurat.**

- Australian Triage Scale (ATS). *L'any 2000, la NTS va ser revisada i reanomenada com a Escala Australiana de Triage.*
- Canadian Triage and Acuity Scale (CATS). *Adaptació local de la NTS.*

- Manchester Triage Scale (MTS). *Utilitza la NTS com a referent.*
- Emergency Severity Index (ESI). *Utilitza el MTS com a referent.*
- Model Andorrà de Triage (MAT). *Utilitza el CTAS com a referent. Adoptat per la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) com a estàndard de triatge estructurat espanyol (SET), i per la Societat Catalana de Medicina d'Urgència (SCMU)*
- Sistema Español de Triage (SET). *Adopta el sistema MAT*

Aquests models de RAC utilitzen una escala de cinc nivells de gravetat. Qualsevol sistema de RAC estructurat s'ha de basar en una escala de prioritització útil, vàlida i reproducible. El concepte d'utilitat fa referència a la capacitat de l'escala per relacionar la categoria assignada amb el nivell d'urgència/gravetat del malalt. La validesa permetrà assignar el nivell de RAC corresponen a aquells malalts que realment han d'estar en aquell nivell. La reproductibilitat condicionarà que dita categorització es compleixi independentment de la persona o categoria professional que l'utilitzi o l'hospital on s'apliqui. La disponibilitat d'un sistema de RAC estructurat en els serveis d'urgències hospitalaris és un indicador de qualitat bàsic o rellevant de risc- eficiència.

CARACTERÍSTICA	ATS	CTAS	MTS	ESI	MAT/SET
Escala de 5 nivells o categories	SI	SI	SI	SI	SI
Anàlisis de concordança	SI	SI	NO	SI	SI
Estudis de validesa i utilitat	SI	SI	NO	SI	SI
Utilització universal al seu país	SI	SI	SI	NO	SI
Basada en categories simptomàtiques	NO	NO	SI	NO	SI
Basada en algorismes clínics	NO	NO	SI	SI	SI
Basada en escales d'urgència predefinides	SI	SI	NO	NO	SI
Format electrònic	NO	NO	SI	NO	SI

### **3.3. INFERMERIA DE TRIATGE O RAC**

#### **3.3.1 Rol de la infermeria al RAC**

Per a senyalar el paper d'infermeria al triatge és necessari considerar l'articulació de diversos elements i definir les competències professionals amb què s'ha de comptar respecte el saber fer i saber ser, coneixements, habilitats, experiències i actituds.

Respecte als coneixements, la infermera ha de conèixer l'organització i funcionament del servei d'urgències, la seva plataforma estratègica, la ubicació de l'àrea de triatge, els recursos humans, equips i materials, les àrees que el conformen, la distribució de torns, els registres, els serveis de suport, així com les normes, manuals i protocols del servei d'urgències.

És imprescindible que el professional d'infermeria tingui coneixements clars i actualitzats del perfil epidemiològic dels malalts que ingressen o sol·liciten atenció al servei d'urgències, així com la fisiologia i patologia de les alteracions més freqüents per a donar atenció o cures específiques d'infermeria a les emergències, a les urgències i a les catàstrofes. La infermeria compta amb especialitzacions a les àrees d'urgències, emergències i cures intensives. L'actualització i investigació permanent són condicions indispensables per a un bon desenvolupament a aquesta àrea, i la evidència científica és una altre eina que permet estar actualitzats amb els últims coneixements a l'àrea.

Ha de tenir, a més a més, habilitats i destresa per fer la valoració física, i valoració primària i secundària, reanimació bàsica i avançada, i aplicació de guies i protocols que afavoreixen el treball i la racionalització dels recursos.

Pel que fa a l'experiència, és indispensable una ampla experiència amb aquest tipus de malalts per no caure en errors i poder donar atenció ràpida i de qualitat.

Altres països, com Itàlia, tenen definit clarament el rol del infermer a l'àrea de triatge i legalment s'especifica aquest rol. A Catalunya és un nou camp d'acció, un repte pel desenvolupament professional de la infermeria i representa una oportunitat extraordinària per a la professió.

### **3.3.2 La RAC efectuada per infermeria qualificada.**

És important tant per a la qualitat del servei com per a la satisfacció del pacients que un professional qualificat procedeixi a la acollida del pacient a Urgències. La literatura recent i la pràctica han demostrat que la infermera és la professional que permet l'inici d'intervencions eficaces, des del primer contacte del pacient amb el departament d'urgències. La seva primera funció és avaluar ràpidament la condició del pacient des de la seva arribada, i evitar tot allò que li pugui perjudicar.

Intervenir en la RAC forma part de les comeses de la infermera. L'avaluació igual que la decisió relativa a la determinació del grau d'urgència constitueixen tasques importants dins la seva pràctica autònoma, encara que els criteris són prèviament establerts. Ella respon a la qualitat de l'aplicació d'aquests criteris.

Considerant la importància de la decisió de la infermera, aquesta funció requereix formació i experiència. La infermera encarregada de la RAC ha de tenir una titulació i posseir una experiència professional pertinent. Una experiència d'un any (a temps complet) en tractaments d'urgències en pacients greument afectats d'una malaltia és un requisit imprescindible. A més, el programa d'orientació específica per la RAC ha de comprendre una formació teòrica i un període de supervisió directa seguit d'avaluacions de la qualitat de les RAC efectuades. L'aprovació d'aquestes avaluacions és

essencial abans d'assumir la funció d'infermera de triatge. A més, hauria d'assistir a un programa de manteniment de la seva competència.

Així mateix és important oferir aquesta formació a un determinat nombre d'infermeres aptes per realitzar la funció de RAC a fi de poder assegurar la permanència d'aquest servei.

L'avaluació inicial compren la raó de la consulta, l'avaluació subjectiva amb els principals símptomes i l'avaluació objectiva comprenent l'apreciació de l'estat general, el grau de l'angoixa (inclòs el dolor, si n'hi ha), l'estat emocional i la mida dels paràmetres bàsics (tensió arterial, pols, temperatura), si la gravetat del problema ho permet i si aquests paràmetres són necessaris per determinar el nivell d'urgència. Un breu examen físic pot ajudar si es requereix.

La infermera utilitza la intensitat del dolor com un dels criteris determinants del grau de prioritat de les cures; per a un mateix problema la intensitat del dolor ha d'influenciar el nivell de prioritat. El dolor s'avalua ordinàriament segons una escala analògica o colorimètrica. Així mateix es poden considerar l'edat del pacient (nen, anciana), l'edat mental i l'embaràs, entre d'altres.

La quantitat d'informació recollida per la RAC pot variar segons la gravetat del cas, la gent o el temps d'atenció, però sempre hauria de ser suficient per assegurar una decisió apropiada. Les informacions complementàries, com els antecedents mèdics o quirúrgics, al·lèrgies i la medicació que es pren poden ser útils, quan la situació ho permet.

La determinació d'una infermera qualificada per la RAC es basa en els seus coneixements i en l'experiència adquirida, i conjuntament amb un bon sistema de classificació, es reconegut com un element fiable per poder determinar les prioritats. En cas de dubte entre dos nivells de prioritat, la infermera haurà d'acordar la prioritat, assegurant l'avaluació mèdica més ràpida possible.



Les informacions recollides i la decisió de la infermera han de formar part del dossier del pacients, i la infermera les guarda normalment en un full específic, elaborat segons les exigències de la RAC.

### **3.3.3 Avaluació dels pacients des de la seva arribada.**

#### **Duració de la RAC**

Qualsevol centre on hi ha un servei o departament d'urgències ha d'implantar un sistema de RAC a fi de poder respondre en prioritat a les necessitats dels pacients que requereixen tractaments immediats. Dins l'ambient de persones molt dèbils i variables, s'ha de preveure l'assignació específica d'una infermera de RAC, que apart de realitzar altres funcions, hauria d'estar disponible per avaluar immediatament la condició dels pacients que es presentin a Urgències.

L'objectiu principal de la RAC és assegurar l'avaluació dels pacients des del moment de la seva arribada; i els temps d'espera abans de la RAC han de ser sistemàticament controlats. Idealment no es tolera cap temps d'espera. En períodes de punta, és important procurar que el temps d'espera no sigui més de deu minuts o que no hi hagi més de dos pacients esperant la RAC. En cas d'esperes addicionals, s'han de posar en marxa les mesures ja previstes com encarregar una altra infermera o una observació ràpida (*quick look*) dels pacients que esperen una avaluació més elaborada.

La duració de l'avaluació per la infermera de RAC ha de ser curta. Es situa en uns cinc minuts per pacient. De nou, el procés ha de ser dinàmic, i la duració de la RAC pot variar segons l'estat del pacient, el temps d'espera i l'afluència a la sala d'urgències

### **3.3.4 Classificació de les prioritats**

Per als processos de triatge s'utilitza una classificació, a fi de determinar el grau d'urgència de les cures requerides pel pacient, per evitar qualsevol deteriorament del seu estat durant el temps d'espera. La decisió de la infermera referent al nivell de prioritat a atribuir al pacient s'ha de basar en l'avaluació de la seva condició clínica i expressar-se en funció del temps d'espera abans de l'atenció mèdica.

El criteri principal per determinar el grau d'urgència sempre serà la condició del pacient i mai la durada de l'espera.

El grau de prioritat que s'adjudiqui als tractaments d'un pacient ha de determinar-se segons una classificació prèviament establerta i acceptada conjuntament per les infermeres i metges. El model de classificació ha de permetre una resposta eficaç a les necessitats dels pacients. Hi ha varis models de classificació de prioritats que varien entre un hospital i un altre. Per tant és necessari estandarditzar aquesta classificació, i sembla que un sistema a cinc nivells permet una discriminació adequada de les necessitats del pacient.

En cas de produir-se freqüents demores, s'han d'introduir modificacions a les organitzacions de cures i serveis, o s'ha de qüestionar la validesa dels objectius de demora acordats per als diferents nivells de prioritat.

El resultat de la intervenció i classificació ha de quedar registrada en el sistema de informació del Centre i ser part integrant del conjunt mínim bàsic de dades del servei d'urgències

**TAULA DE NIVELLS DE PRIORITAT**

Nivell	Tipus d'urgència	Assistència	Demora
I	Urgència Vital	Reanimació hemodinàmica	0 min.
II	Patologia molt urgent	Estabilització hemodinàmica Exploració immediata Aproximació diagnòstica Proves diagnòstiques immediates Tractament pal·liatiu fins diagnòstic definitiu	15 min.
III	Patologia Urgent	Prevenició de riscos Exploració ràpida Proves diagnòstiques ràpides Mesures de prevenició de riscos Observació d'urgències	30 min.
IV	Patologia menys Urgent	Historia clínica Proves diagnostiques en plaços raonables Espera en sales generals Valoració de riscos Derivació a atenció primària per diagnòstic i tractament si procedeix.	60 min.
V	Patologia no Urgent	Derivació a atenció primària per diagnòstic i tractament si procedeix.	120 min.

### **3.3.5. Revaluació dels pacients durant el temps d'espera.**

La revaluació dels pacients esperant la consulta mèdica forma part integrant de la RAC. La condició clínica d'aquests pacients efectivament deu ser revaluada, quan sembla que el seu estat empitjora o si ha passat el temps de demora establert per a la seva assistència. Segons aquesta revaluació, la infermera pot modificar el nivell de prioritat, si la condició clínica del pacient ho justifica. Aquesta revaluació també ha de constar al dossier.

La possibilitat de la infermera de RAC d'orientar als pacients referent a altres recursos es pot considerar com una alternativa per proposar als pacients, en condicions i situacions clíniques ben definides.

De vegades, aquests recursos existents a l'entorn immediat del centre poden constituir una opció interessant per assegurar una resposta apropiada i eficient per als pacients i permetre una descongestió evident de les sales d'espera a Urgències. Aquesta opció només es pot proposar als pacients del nivell V, que presenten casos classificats com a no urgents.

Així, dins un context on les condicions i les situacions són ben definides als protocols, permetent una orientació segura, la infermera informa al pacient del seu nivell de prioritat, de la durada d'espera estimada i dels recursos disponibles per les seves necessitats. Una condició essencial ha de prevaldre sempre: el pacient mateix ha d'elegir si vol esperar la consulta mèdica al centre o utilitzar altres recursos. Recordem que dins aquest context, la infermera és responsable de l'avaluació i de la determinació del nivell de prioritat. El centre ha de conservar els formularis d'avaluació efectuats per les infermeres així com les informacions obtingudes, encara que sigui el mateix pacient qui abandona la consulta mèdica.

El centre haurà d'elaborar una llista actualitzada dels recursos disponibles de les rodalies. Si un pacient ha de tornar a Urgències, després d'haver consultat amb un metge d'un altre recurs, s'han de preveure les mesures per facilitar-li l'accés al seu tractament corresponent.

Com que la primera funció del triatge és la determinació del nivell de prioritat de les cures requerides i no la orientació dels pacients, hem de recomanar la màxima prudència i el respecte absolut per a l'elecció del pacient.

Igualment hem d'anar amb compte amb els centres que publiquen de manera dissuasiva, a la porta d'entrada d'urgències, el temps d'espera estimat per a la consulta mèdica. Existeix el risc que aquest procediment influèncii a un pacient que pot necessitar uns tractaments urgents i decideixi marxar abans de qualsevol avaluació de triatge.

### **3.3.6. L'organització física**

L'organització física de la sala d'urgències constitueix una part important d'un sistema de RAC eficaç, ja que infermeria ha de realitzar un control visual continuat dels pacients que arribin a peu o en ambulàncies. L'espai de RAC s'ha d'ubicar a la porta d'entrada utilitzada pels pacients i ha de ser prou ampli per facilitar el desplaçament i l'examen dels pacients. Infermeria de RAC també ha de ser capaç de vigilar tots els pacients a la sala d'espera, i consegüentment assegurar la gestió dins aquest espai clínic. Els pacients han de poder identificar la infermera de RAC i avisar si experimenten un canvi de la seva condició. És important assegurar el respecte de la confidència, la intimitat dels pacients i la seva seguretat així com la seguretat de les persones que intervenen.

Infermeria i els metges han de ser consultats referent a qualsevol projecte de renovació dels serveis o dels departaments d'urgència per a l'adequació de l'organització física a fi d'augmentar l'eficàcia i l'eficiència del sistema de RAC professional

### **3.3.7. La col·laboració entre professionals.**

Infermeria i metges acostumen a subratllar que un sistema de RAC eficaç requereix una col·laboració entre els diferents professionals de l'equip. Considerant el fet que la feina d'uns influeix necessàriament en la dels altres, aquesta col·laboració és essencial i s'ha de reflectir en tots els estats del procés de RAC. Cada dia, les funcions i responsabilitats immediates del RAC corresponen més a infermeria, mentre que els metges ocupen molt més el paper de consellers, la seva participació en l'avaluació del conjunt dels processos de triatge és essencial. Els seus dictàmens es poden utilitzar també per al quadre de formació del personal de RAC.

Per concretar aquesta col·laboració, s'han d'assignar un infermer/a i un metge o un comitè conjunt per discutir les dificultats trobades, suggerir solucions, avaluar les diverses etapes de RAC i reavaluar periòdicament els diferents protocols de RAC.

### **3.4. COBERTURA LEGAL DEL TRIATGE o RAC**

Al plantejar-nos quina cobertura legal tenen les infermeres per poder fer triatge en els hospitals i en els centres de salut, ens qüestionem dues coses. Nosaltres com a infermeres tenim la competència per poder realitzar el triatge i la segona, quina cobertura ens dona la llei?

Per poder resoldre aquestes dues qüestions, el primer que hem buscat és informació sobre diferents països on es tingué implantat el triatge, hem avaluat si dins les competències de la professió en aquests països estan incloses les tasques que realitza infermeria en el triatge.

A diferents països el triatge el realitza la infermera; estem parlant de Canadà, Austràlia i EE.UU. En aquests, dins les competències de la professió infermera ja tenen descrites les tasques del triatge; en concret, a Canadà una de les competències de la infermera és la realització de la valoració i classificació dels pacients segons signes i símptomes. Aquesta definició seria l'equivalent al triatge. El mateix passa a EE.UU. Tenen definides les competències del professional d'infermeria per realitzar el triatge, i fins i tot defineixen quina eina utilitzarà la infermera per poder realitzar aquest triatge. La valoració de símptomes, quins són els signes guia i quines escales de prioritització han d'utilitzar.

Al nostre país, tenim definit les competències de la infermera, des del Consejo Español General de Enfermería i més en la nostra àrea des del Col·legi d'Infermeria. A primer cop d'ull, no hi ha definides les competències del triatge com a tal com en altres països, però si analitzem bé i aprofundim en la definició de les nostres competències veurem que no estan definides directament per realitzar el triatge però sí definides en el "com" el realitzem.

Referent al procés de cures, es defineix com a competència de la infermera:

**a) Valoració, recollida de dades i formulació de problemes**

- Fer una entrevista clínica completa amb l'usuari i/o persones significatives.
- Observar i valorar signes objectius: saber fer una exploració física.
- Recollir i valorar símptomes subjectius manifestats per l'usuari i/o persones significatives.
- Enregistrar i expressar de forma sistemàtica les dades prioritàries de la informació recollida.

**b) Priorització i actuació:**

- Prioritzar els problemes detectats dels usuaris, desenvolupar un pla d'actuació i executar un pla d'acció per disminuir-los i/o eliminar-los i promoure la seva salut i autonomia.
- Prioritzar els problemes detectats i, en base a ells, elaborar un pla de cures que inclogui objectius e intervencions adequades als problemes definits.
- Executar les activitats planificades, tan pel que fa al rol autònom com al col·laborador.
- Mantenir la planificació d'activitats de forma actualitzada.
- Complimentar registres.

**c) Avaluació:**

- Establir criteris de resultats.
- Avaluat els objectius formulats en el pla de cures.
- Fer una avaluació continuada del procés de cures.



Aquestes són entre altres les competències infermeres que es defineixen des de del Consell Català d'especialitats en Ciències de la Salut.

Si analitzem la definició de triatge donada anteriorment, valoració de signes i símptomes que presenta el pacient d'on es determina la prioritats d'acord amb el nivell de gravetat, veurem que la tasca del triatge pot realitzar-la infermeria, doncs està inclosa en les competències descrites anteriorment sempre que la valoració no es faci utilitzant diagnòstics mèdics. Valorem el pacient amb signes i símptomes no amb possibles diagnòstics. Així la nostra percepció és que infermeria pot fer triatge i que hi ha una cobertura per les competències definides.

Vàrem consultar al servei jurídic del Col·legi d'Infermeria de Barcelona i varem parlar amb la Sra. Isabel Pera, infermera del servei de medicina legal de la Vall d'Hebró, i ens va explicar que és un tema en discussió, malgrat hi ha hospitals on infermeria ja està criant, no està clar, a nivell legal, si ho podem fer; ens va fer molta incidència en què si es fa, ha de ser només valorant signes i símptomes tal com hem explicat anteriorment. És la única manera com infermeria ho pot assumir.

El problema que ella ens va plantejar és que actualment estan instaurant una sèrie de programes de treball de triatge, on hi ha diagnòstics mèdics, i que aquest tipus de programa no ens cobreix. Va manifestar que el triatge era un tema difícil i actualment conflictiu, i que de moment, no acaba d'estar resolt i no hi ha consens.

Hem de tenir clar que no diagnostiquem, en tant que valorem i triem nivells de prioritització segons uns algorismes establerts. El més important és que aquests algorismes es basin en signes i símptomes guies i que no hi hagi cap tipus de referència a possible diagnòstic mèdic.

És un tema candent i de discussió, on hi ha centres que no volen entrar, i diferents tendències i opinions dins de la mateixa professió.

Tot el que la Sra. Isabel Pera ens va explicar ens va sobtar, però encara més quan el dia 26/10/06 en el diari mèdic es va publicar un article amb l'enunciat següent: *"Enfermeria hará triaje en urgencias del ICS."* Aquest article parla de la instauració a curt termini del triatge als centres de l'Institut Català de la Salut , on explica que el sistema de triatge l'aplicaran metges i infermeres.

També fa referència al fet que les infermeres que realitzin el triatge han de tenir una formació prèvia i un nivell d'experiència clínica elevat. Parla del diferents programes que avala la SEMES (Servei d'emergències mèdiques espanyoles) i de la seva futura implantació.

## **4.- OBJECTIUS:**

### **4.1 OBJECTIU GENERAL:**

Analitzar la relació entre formació i informació d'infermeria respecte "la consolidació" el triatge com un rol propi.

### **4.2 OBJECTIUS ESPECÍFICS**

- Corroborar el triatge com a rol propi d'infermeria.
- Analitzar la relació entre un protocol sistematitzat de triatge i la seguretat i motivació d'infermeria.
- Analitzar la relació entre formació – informació versus motivació satisfacció i seguretat de la infermera de triatge.
- Detectar el grau de formació de les infermeres de triatge.
- Detectar el grau d'informació del personal d'infermeria de triatge.

### **4.3 PREGUNTA:**

La formació i informació d'infermeria en triatge el consolida com un rol propi per la infermera?

### **4.4 HIPÒTESI:**

*La formació i informació d'infermeria en triatge fa consolidar-lo com a rol propi.*

## **5.- MATERIAL I MÈTODES:**

### **5.1 Disseny:**

Estudi observacional de tipus transversal. Anàlisi descriptiu de les variables i posterior anàlisi multivariant a través del càlcul de les puntuacions dels qüestionaris. Aplicació d'estudi transversal per observar si hi ha una correlació entre formació i informació en el tenir el triatge com un rol propi.

### **5.2 Població d'estudi:**

#### **5.2.1 Diana:**

Diplomades d'infermeria.

#### **5.2.2 Accessible:**

Diplomades d'infermeria que treballin al servei d'urgències.

#### **5.2.3 Elegible:**

Diplomades d'infermeria que treballin als hospitals que elegim per la mostra d'estudi.

#### **5.2.4 Mostra:**

*Diplomada d'infermeria que treballin habitualment al servei d'urgències dels hospitals: Hospital Municipal de Badalona, Hospital General de Granollers, l'Hospital General de l'Hospitalet, Hospital de l'Esperit Sant i Corporació Taulí (hospital General) i durant el període des de 1 de desembre de 2006 fins a 31 de gener de 2007.*

### **5.3 Instruments:**

Els instruments utilitzats per recollir les dades són: dues enquestes prèviament validades (una als directius dels centres d'estudi i una altra realitzada als professionals d'infermeria d'urgències segons mostra.)

Els càlcul estadístic es realitza amb el suport informàtic, paquet estadístic SPSS.

**6.-VARIABLES:**

<b>VARIABLES:</b>	<b>DEFINICIÓ OPERATIVA DE LA VARIABLE:</b>	<b>FUNCIÓ DE LA VARIABLE:</b>	<b>SISTEMES DE CONTROL:</b>	<b>INSTRUMENTS UTILITZATS:</b>	<b>ESCALA DE MESURA:</b>
<b>FORMACIÓ:</b>	Realització de X hores d'experiència en curs per triatge + 1 any mínim d'experiència.	Independent	Manipulació intencional	Qüestionari	Formació (sí/no) Qualitativa /dicotòmica
<b>INFORMACIÓ:</b>	Saber: - Significat d'infermera de triatge. - Cobertura legal i professional	Independent	Manipulació intencional	Qüestionari	Informació (sí/no) Qualitativa /dicotòmica

<p><b>TRIATGE COM A ROL PROPI</b></p>	<p>El triatge és una tasca d'infermeria en tant que valora la persona usuària d'urgències com un tot global, previ a la seva entrada, per establir unes prioritats, segons ordre de gravetat.</p>	<p>Dependent</p>	<p>_____</p>	<p>Qüestionari</p>	<p>Quantitativa/ polítomica. (Diverses preguntes de resposta múltiple o obertes, i la suma dels valors el grau de percepció del triatge com a rol propi).</p>
<p><b>CENTRE HOSPITALARI</b></p>	<p>(...)</p>	<p>Unificadora / intervinent</p>	<p>Control estadístic</p>	<p>Qüestionari</p>	<p>Qualitativa/ polítomica</p>
<p><b>INFERMERA D'URGÈNCIES</b></p>	<p>(...)</p>	<p>Unificadora</p>	<p>Control estadístic</p>	<p>Qüestionari</p>	<p>Qualitativa/ dicotòmica</p>

<b>SEXE</b>	Gènere: Home/dona	Intervinent	Control estadístic	Qüestionari	Qualitativa/ dicotòmica
<b>EDAT</b>	Anys que han passat des del naixement	Intervinent	Control estadístic	Qüestionari	Quantitativa
<b>TORN</b>	(...)	Intervinent	Control estadístic	Qüestionari	Qualitativa/ tricotòmica
<b>SATISFACCIÓ LLOC DE TREBALL</b>	(...)	Intervinent	Control estadístic	Qüestionari	Qualitativa/ Dicotòmica
<b>SATISFACCIÓ TORN DE TREBALL</b>	(...)	Intervinent	Control estadístic	Qüestionari	Qualitativa/ dicotòmica

<b>TIPUS DE CONTRACTE</b>	- Fixa amb lloc de treball. - Fixa sense lloc de treball estable - Eventual	Intervinent	Control estadístic	Qüestionari	Qualitativa/ Tricotòmica
<b>ANYS D'EXPERIÈNCIA COM A DUE</b>	(...)	Intervinent	Control estadístic	Qüestionari	Quantitativa
<b>ANYS D'EXPERIÈNCIA A URGÈNCIES</b>	(...)	Intervinent	Control estadístic	Qüestionari	Quantitativa
<b>ANYS D'EXPERIÈNCIA A TRIATGE</b>	(...)	Intervinent	Control estadístic	Qüestionari	Quantitativa



<p><b>FORMACIÓ GENERAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Postgraus</li> <li>- Màsters</li> <li>- Cursos o seminaris</li> <li>- Assistència a congrés</li> <li>- Recerca</li> <li>- Comunicació o pósters</li> </ul>	<p>Intervinent</p>	<p>Control estadístic</p>	<p>Qüestionari</p>	<p>Qualitativa/ polítomica</p>
------------------------------------	---	--------------------	---------------------------	--------------------	------------------------------------

## **VARIABLES**

### **FORMACIÓ**

És un requisit imprescindible que la infermera encarregada de la RAC posseeixi una experiència professional en tractaments d'urgències, mínim d'un any en pacients greument afectats d'una malaltia.

Ha de tenir una formació teòrica amb un període de supervisió directe amb avaluacions de qualitat de la RAC efectuada. És imprescindible l'aprovació d'aquestes avaluacions per assumir la funció d'infermera de RAC

### **INFORMACIÓ**

Els professionals d'infermeria han de saber que significa i quina és la tasca de la infermera de RAC, com a professional que permet l'inici d'intervencions eficaces, des del primer contacte del pacient amb el departament d'urgències,avaluant ràpidament la condició del pacient des de la seva arribada al servei Urgències, i determinant el grau d'urgència de la seva simptomatologia per evitar tot allò que li pugui perjudicar.

Per la determinació de la cobertura legal i professional, ens hem de dirigir a la definició de les competències d'infermeria del Consell Català d'especialitats en Ciències de la Salut, i al Col·legi d'infermeria

### **CENTRE HOSPITALARI :**

Els centres hospitalaris de referència on es farà l'estudi i , en conseqüència, es passarà l'enquesta, són:

- Hospital Municipal de Badalona
- Corporació Organitzativa de la Corporació Sanitària Parc Taulí: Hospital de Sabadell
- Hospital Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet

- Hospital General de l'Hospitalet
- Hospital General de Granollers

En aquests cinc hospitals es realitza el triatge d'urgències per part d'infermeria. A l'Hospital de Sabadell segueixen l'escala de valoració Canadenca, i als quatre hospitals restants utilitzen el model andorrà amb el seu programa MAT PAT®.

Als annexes consten les dades més importants i descripció dels quatre hospitals.

### **INFERMER/A D'URGÈNCIES:**

Es considerarà infermer/a d'urgències tota persona diplomada en infermeria o que hagi aprovat el curs d'anivellació en el seu defecte. Així mateix també s'acceptarà a persones convalidades com a diplomades d'infermeria tot i que no hagin realitzat els estudis a l'estat espanyol. Ha de treballar al servei d'urgències tant sigui a nivell eventual, com a nivell fixa.

### **SEXE:**

Entenem coma sexe el gènere del professional a enquestar que tant pot ser home com dona, excloent-se una resposta de l'altra.

### **EDAT:**

Anys que han passat des del naixement de la persona enquestada fins al dia que s'omple el qüestionari.

### **TORN:**

Definirem la variable torn com el horari laboral que la persona realitza al seu lloc de treball, el qual pot ser de matí, tarda, nit, corretorns o qualsevol altre pel qual hagi estat contractada.

**ROL PROPI:**

Definirem la variable rol propi com el model de comportament professional que una persona assumeix dins les regles i els deures de la seva professió.

**SATISFACCIÓ LLOC DE TREBALL**

Definirem que una persona està satisfeta al seu lloc de treball quan aquest compleix totes o la majoria d'expectatives que la persona tenia sobre el lloc, quedant així cobertes les seves necessitats laborals i personals.

**TIPUS DE CONTRACTE:**

Es refereix a la condició laboral i lligam amb l'empresa que una persona té al seu lloc de treball, el qual normalment queda formalitzat en un paper signat per ambdues parts: individu i empresa. Actualment poden existir moltes varietats de contractes però els més habituals són fixes o suplències.

**ANYS D'EXPERIÈNCIA PROFESSIONAL:**

Considerem els temps que el professional o diplomad d'infermeria està treballant de forma activa en el mercat laboral des de l'obtenció del títol d'infermer/ era fins l'actualitat, treballant a diferents àrees i serveis.

**ANYS D'EXPERIÈNCIA AL SERVEI D'URGÈNCIES:**

Temps que el professional d'infermeria porta treballant al servei d'urgències. Anys que dins la seva vida laboral ha treballat i treballa en l'actualitat en aquest servei.

**ANYS D'EXPERIÈNCIA EN TRIATGE:**

Temps que el professional d'infermeria porta fent triatge en els serveis assistencials, tan d'urgències com d'àrea bàsica. Experiència en aplicació de sistemes de triatge en diferents serveis, o en un servei assistencial determinat.

**FORMACIÓ COMPLEMENTÀRIA:**

Formació realitzada un cop acabada la diplomatura d'infermeria, per poder exercir i millorar la nostra qualitat d'assistència.

Relacionar aquella formació que sigui especialment significativa.

Sigui per la duració del curs, o pel seu contingut, o perquè aquest està en relació directa amb el perfil professional

Tipus de formació: Màsters, postgrau, i altres cursos.

Centre on es cursa, durada de la formació i període de realització.

Habitualment aquesta formació està dirigida al lloc de treball que estem ocupant.

**7.-CRONOGRAMA:**

MARÇ 2006	ABRIL 2006	MAIG 2006	JUNY 2006	JULIOL 2006	AGOST 2006	SETEMBRE 2006	OCTUBRE 2006	NOVEMBRE 2006	DESEMBRE 2006
presentació projecte									
	avaluacio projecte								
			Creació i entrega marc teòric						
							MARC PRÀCTIC Indicadors Instruments Mostra		

GENER 2006	FEBRER 2007	MARÇ 2007	ABRIL 2007	MAIG 2007	JUNY 2007	JULIOL 2007	AGOST 2007	SETEMBRE 2007
MARC PRÀCTIC Recollida d'informació								
				MARC PRÀCTIC Anàlisi d'informació				
								Entrega treball

## 8. RESULTATS:

### 8.1. ANÀLISI DESCRIPTIU

Acompliment prèvia entrevista amb els directius dels centres d'estudi. Es van repartir les enquestes al personal d'urgències amb un total de 96 enquestes respostes.

Taula 1. Número d'enquestes respostes per hospital

Hospital	Nº. treballadors a urgències	Nº. Enquestes respostes	Percentatge
A	25	25	100%
B	24	19	79%
C	20	20	100%
D	60	19	31.7%
E	24	13	54%

- **DADES SOCIO DEMOGRÀFIQUES:**

- Un 27,1% dels enquestats són homes i el 72,9, dones.
- La mitjana d'edat és de aproximadament de 35 anys. Amb un màxim de 58 i mínim de 21. Tenint 2 valors com a moda : 40 i 46 anys.
- Anys treballats al Servei d'urgències: un 69,8 % té una experiència superior a quatre anys.
- La mitjana de mesos d'experiència en RAC realitzada per infermeria és de 48 mesos (4 anys).
- Respecte el coneixement de les funcions de la RAC, un 99% responen afirmatiu.
- Un 68,8% han viscut la implantació de la RAC en el seu hospital dels quals, un 37,9% van viure la implantació de manera regular; un 36,4 bona i un 18,2% molt bona.
- Torn de treball: Un 31,3% del personal enquestat són de matí; un 20,8% són de tarda i un 47,9% són de nit. (S'ha de tenir en compte que la nit està composta de 2 torns).

- Tipus de contracte : Un 79,2 % dels enquestats tenen contracte fixa i la resta eventual.
- La valoració dels professionals sobre la seva satisfacció del seu lloc de treball (urgències) és bona amb un 49% i molt bona amb un 33,3%. Tenint en compte també que un 60,7% dels treballadors prioritzen el servei de treball enfront el torn.



- **DADES DE FORMACIÓ:**

- A nivell de formació acadèmica general d'infermeria (no necessàriament d'urgències) obtenim els següents resultats:
  - Formació cursos: 79,2%
  - Formació postgrau: 65,6%
  - Formació màster: 16,6%
- Un 61,5% han rebut formació en RAC, i el 57,1% opinen que la formació rebuda és suficient.
- La valoració d'aquesta formació és en un 54,2% bona i pel que fa a les hores rebudes de formació trobem dos extrems molt definits: el 21,2% de la mostra ha rebut 4 hores, i el 19,2% han rebut 20 hores.
- Un 70,2% han estat formats en l'eina o protocol de RAC utilitzat en el seu hospital.
- Pel que fa a la valoració de la eina utilitzada en RAC, segueix una tendència a la baixa amb un 49,4% que consideren la eina com a bona i un 32,9% de persones que la consideren regular.
- Un 91,6% han estat informats sobre el concepte i les tasques de la RAC realitzada per infermeria.
- Pel que fa a la cobertura legal que proporciona la RAC, no s'obtenen dades significatives, doncs, un 51,1% no té coneixements de quina cobertura tenen i un 48,9% sí que tenen coneixements.
- Un 74,7% està d'acord amb la RAC feta per infermeria i un 75,3% considera la RAC com a rol propi.

**8.2. RESULTATS: COMPARATIVA PER HOSPITALS**

Per poder interpretar les dades següents, cal tenir en compte que el número de persones enquestades a cada centre és diferent i no es poden comparar entre ells. Es pot observar el perfil d'infermeria d'urgències de cada centre de manera independent.

Hem analitzat les dades dels hospitals creuant cadascun d'ells amb les diferents variables, obtenint els següents resultats :

Taula 2: Anys treballats a urgències, tipus de contracte, prioritització del lloc de treball per hospitals :

		Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D	Hospital E	Chi quadrat
Anys treballats a urgències (%)	< 1 any	12,0	5,3	15,0	26,3	0,0	0.303
	>1 a 2 anys	8,0	0	5,0	0	8,3	
	>2 a 3 anys	0	10,5	15,0	10,5	0	
	>3 a 4 anys	12,0	5,3	0	5,3	0	
	> 4 anys	68,0	78,9	65,0	57,9	91,7	
Tipus de contracte (%)	Fixa	80.0	84.2	90.0	63.2	75.0	0.428
	Eventual	20.0	15.8	10.0	31.6	16.7	
	Interí	0	0	0	5.3	8.3	
Priorització lloc de treball	Torn	12.5	76.5	36.8	44.4	40.0	0.002
	Servei	87.5	23.5	63.2	55.6	60	

Pel que fa a al número d'anys treballats, observem que la majoria de la mostra obtinguda en tots els centres té una experiència professional superior a 4 anys, i el tipus de contracte més prevalent és el fixa.

En el cas de la prioritització del torn o servei, veiem que en quatre centres prioritzen el servei i a l'hospital B prioritzen el torn i mitjançant la prova del Chi quadrat de Pearson, veiem que la diferència és significativa amb un valor de 0.002.

Taula 3: Formació cursos, formació postgraus, formació màster per hospitals

		Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D	Hospital E	Chi quadrat
Formació cursos	Sí	88.0	84.2	75.0	68.4	75.0	
	No	12.0	15.8	25.0	31.6	25.0	0.539
Formació postgraus	Sí	84.0	31.6	75.0	68.4	58.3	
	No	16.0	68.4	25.0	31.6	41.7	0.006
Formació màster	Sí	8.0	21.1	5.0	36.8	16.7	
	No	92.0	78.9	95.0	63.2	83.3	0.059

En aquesta taula podem observar tal i com hem explicat a la descriptiva, que la majoria de professionals de cada centre està formada en gran part per cursos i postgraus, i poc en màster. Pel que fa als postgraus, obtenim una  $p < 0.05$  demostrant significació.

Taula 4: Coneixement de les funcions d'infermeria de RAC, rebut informació en RAC, viure la implantació de la RAC, conèixer la cobertura legal per hospitals

		Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D	Hospital E	Chi quadrat
Coneixes les funcions d'inf. De triatge (RAC) (%)	Sí	100	100	100	94.7	100	
	No	0	0	0	5.3	0	0.400
Rebut informació en triatge (RAC) (%)	Sí	96.0	100	85.0	89.5	83.3	
	No	4.0	.0	15.0	10.5	16.7	0.339
Viure la implantació del triatge (RAC) (%)	Sí	72.0	63.2	80.0	63.2	58.3	
	No	28.0	36.8	20.0	36.8	41.7	0.655
Conèixer la cobertura legal (%)	Sí	52.2	52.6	50.0	47.4	30.0	
	No	57.8	57.4	50.0	52.6	70.0	0.799

En aquesta taula observem que el coneixement de les funcions d'infermeria i la informació rebuda en RAC és alta en tots els centres.

En els hospitals A, B, C i D en la majoria dels enquestats van viure la implantació de la RAC en el seu centre, i a l'hospital E, no passa el mateix.

Pel que fa a la cobertura legal, no la coneixen més d'un 50% a destacar l'hospital E amb un 70%. Però les diferència en aquests aspectes analitzats en aquesta taula no són significatives en cap cas.

Taula 5: Formació rebuda en la RAC, formació suficient en RAC, formació en l'eina de RAC per hospitals

		Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D	Hospital E	Chi quadrat
Formació rebuda en triatge (RAC) (%)	Sí	88.0	63.2	55.0	52.6	25.0	
	No	12.0	36.8	45.0	47.4	75.0	0.004
Formació suficient en triatge (RAC) (%)	Sí	68.2	50.0	54.5	45.5	50.0	
	No	31.8	50.0	45.5	54.5	50.0	0.719
Formació en l'eina de triatge (RAC) (%)	Sí	88.0	94.7	50.0	63.2	30.0	
	No	12.0	5.3	50.0	36.8	70.0	0.000

En aquesta taula s'observa que els hospitals A, B, C, i D han rebut formació tant la RAC com en l'eina utilitzada, en canvi a l'hospital E no s'ha rebut formació ni en RAC ni en l'eina ( $p < 0.05$ ).

De les persones que han estat formades, un 50% aproximadament la consideren una formació suficient en número d'hores.

Taula 6: Estar d'acord amb el RAC fet per infermeria, RAC com a rol propi per hospitals

		Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D	Hospital E	Chi quadrat
Estar d'acord amb el triatge (RAC) fet per infermeria (%)	Sí	87.5	68.4	85.0	78.9	33.3	
	No	12.5	31.6	15.0	21.1	66.7	0.006
Triage (RAC) com a rol propi (%)	Sí	87.5	68.4	80.0	78.9	40.0	
	No	12.5	31.6	20.0	21.1	60.0	0.052

A la taula 6, destaca que l'hospital E és on el percentatge de persones que estan d'acord amb la RAC feta per infermeria i consideren la RAC com a rol propi els resultats són molt més baixos que en la resta de centres ( $p < 0.05$ ). Si ho comparem amb taula 5, també veiem que la formació rebuda era la més baixa en aquest hospital.

Per contra, la resta de centres consideren la RAC com a rol propi i estan d'acord en la RAC feta per infermeria en un percentatge molt elevat (d'un 70%).

**8.3. RESULTATS: COMPARATIVA**

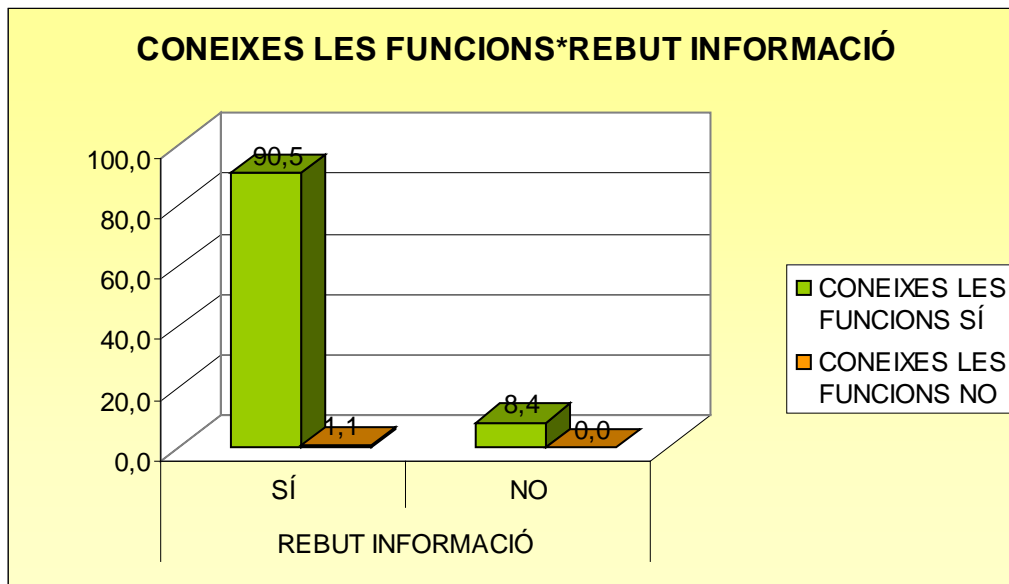
Les diferents variables de l'enquesta les hem creuat amb la formació i la informació en tant que d'aquesta manera responem a la nostra hipòtesi i als objectius d'estudi.

• **COMPARATIVA RESPECTE REBRE INFORMACIÓ:**

A la gràfica número 1 observem que tant els professionals que han rebut informació com els que no n'han rebut, tenen la percepció de conèixer les seves funcions.

Taula 7: Coneixes les funcions vs rebut informació

		REBUT INFORMACIÓ		Chi quadrat
		SÍ	NO	
CONEIXES LES FUNCIONS	SÍ	90,5	8,4	0,760
	NO	1,1	0,0	

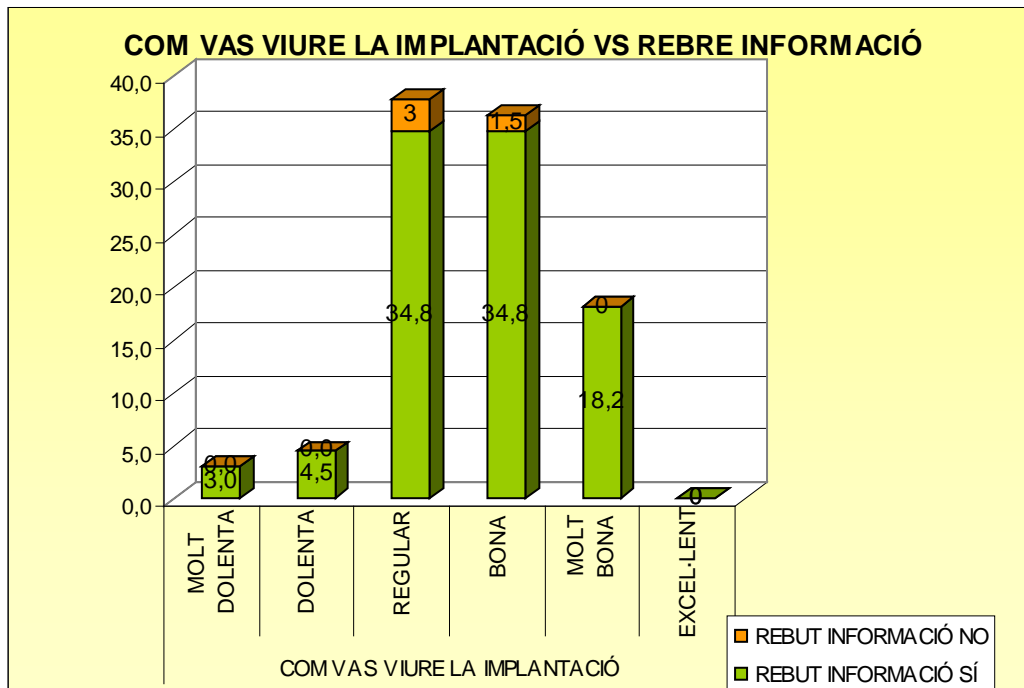


Gràfica1



Taula 8: Com vas viure la implantació vs rebut informació

		REBUT INFORMACIÓ		Chi quadrat
		SÍ	NO	
COM VAS VIURE LA IMPLANTACIÓ	MOLT DOLENTA	3,0	0,0	0,826
	DOLENTA	4,5	0,0	
	REGULAR	34,8	3	
	BONA	34,8	1,5	
	MOLT BONA	18,2	0	
	EXCEL·LENT	0	0	



Gràfica 2

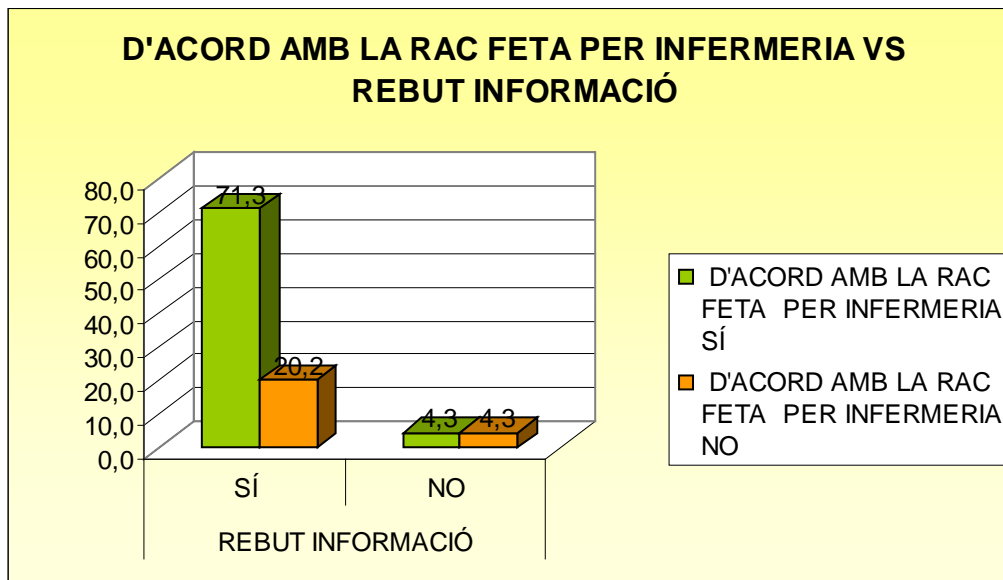
A la gràfica 2 s'observa que la majoria del personal ha rebut informació sobre la RAC i en general, la implantació de la RAC es va viure de manera bona o molt bona.

A la taula 9, veiem que el 75,5% considera estar d'acord amb la RAC feta per infermeria i d'aquest (un 71,3%) ha rebut informació.

Del 24,5% que no estan d'acord amb la RAC feta per infermeria, el 20,2% han estat informats.

Taula 9: RAC feta per infermeria vs rebut informació

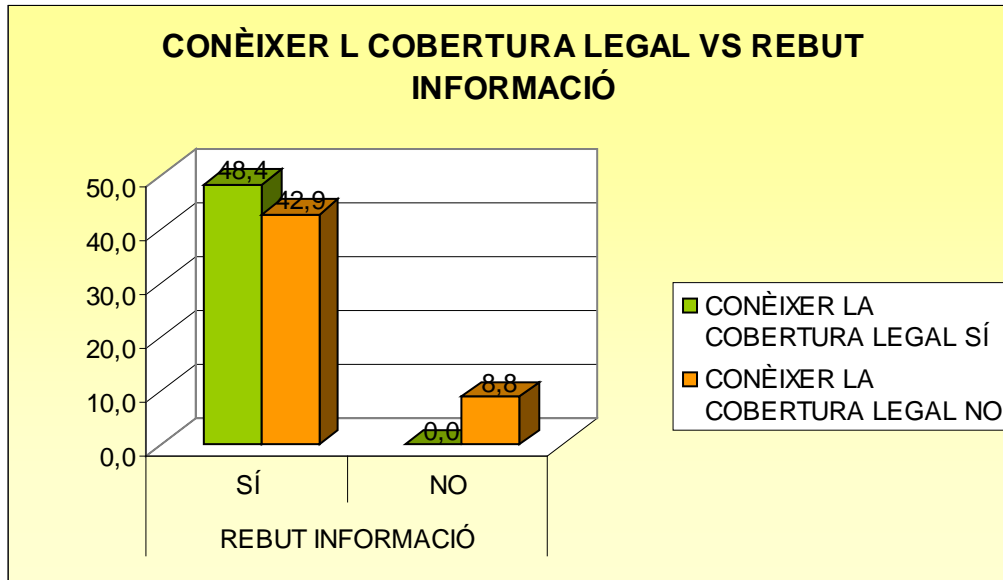
		REBUT INFORMACIÓ		Chi quadrat
		SÍ	NO	
D'ACORD AMB LA RAC FETA PER INFERMERIA	SÍ	71,3	4,3	0,079
	NO	20,2	4,3	



Gràfica 3

Taula 10: Conèixer la cobertura legal vs rebut informació

		REBUT INFORMACIÓ		Chi quadrat
		SÍ	NO	
CONÈIXER LA COBERTURA LEGAL	SÍ	48,4	0,0	0,040
	NO	42,9	8,8	

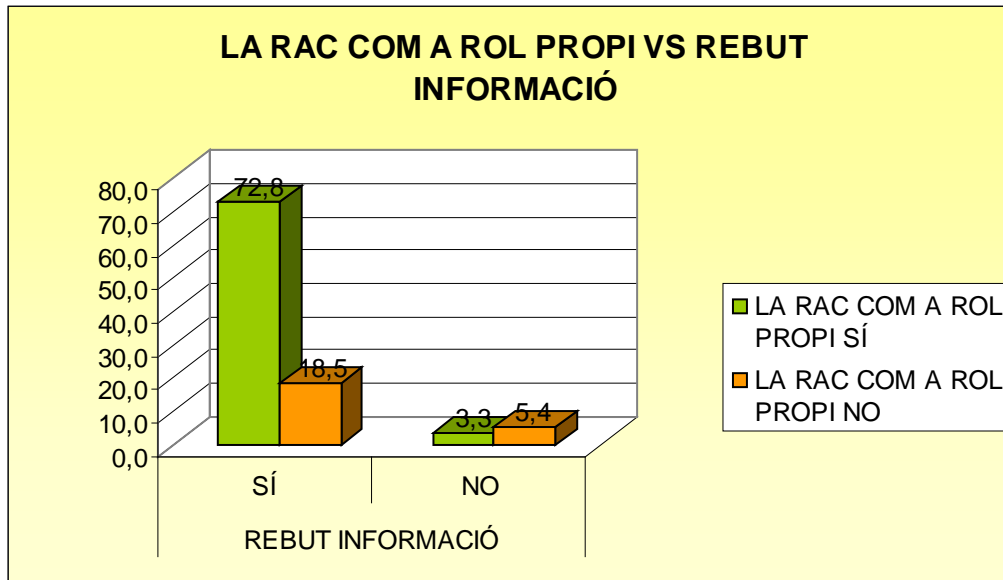


Gràfica 4

A la gràfica 4 s'observa que un 91,2% diuen que han rebut informació, i d'aquests, un 42,9% no saben de la seva cobertura legal ( $p < 0,04$ ).

Taula 11: La RAC com a rol propi vs rebut informació.

		REBUT INFORMACIÓ		Chi quadrat
		SÍ	NO	
RAC COM A ROL PROPI	SÍ	72,8	3,3	0,070
	NO	18,5	5,4	



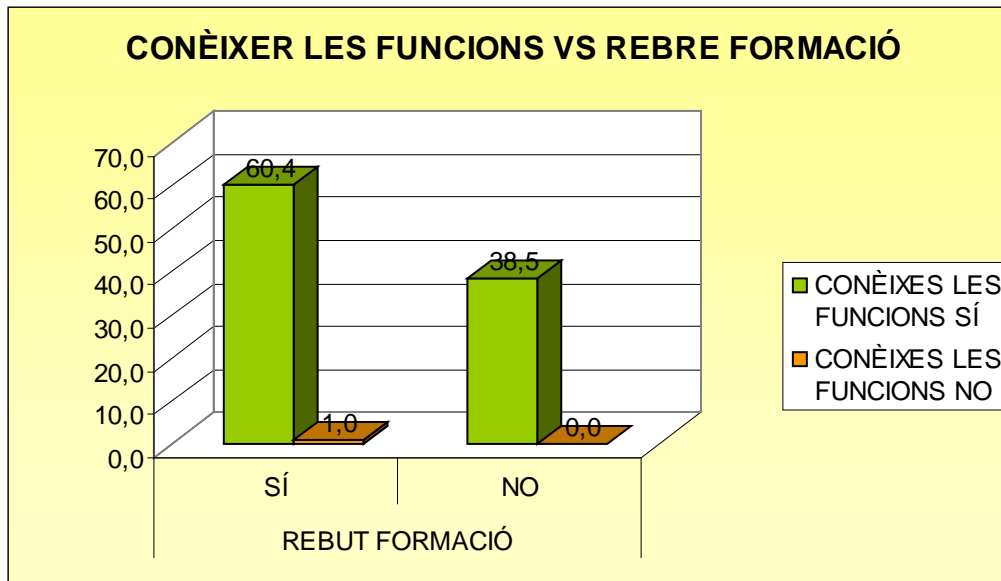
Gràfica 5

A la taula 11, volem destacar que el 91,3% han rebut informació i d'aquests, un 72% consideren la RAC com a rol propi.

• **COMPARATIVA RESPECTE REBRE FORMACIÓ:**

Taula 12: Coneixes les funcions vs formació en RAC

		REBUT FORMACIÓ		Chi quadrat
		SÍ	NO	
CONÈIXES LES FUNCIONS	SÍ	60,4	38,5	0,400
	NO	1,0	0,0	

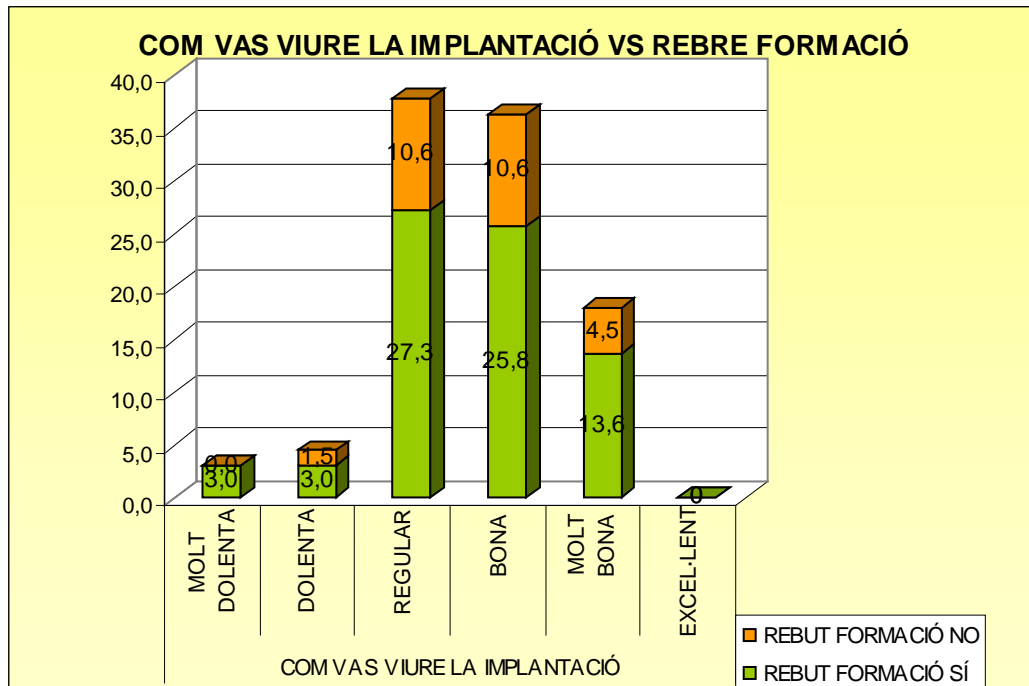


Gràfica 6

A la taula 12, s'observa que un 99% del personal enquestat coneix les funcions, i d'aquests, un 60,4% han rebut formació.

Taula 13: Com vas viure la implantació vs rebre formació

		REBUT FORMACIÓ		Chi quadrat
		SÍ	NO	
COM VAS VIURE LA IMPLANTACIÓ	MOLT DOLENTA	3,0	0,0	0,800
	DOLENTA	3,0	1,5	
	REGULAR	27,3	10,6	
	BONA	25,8	10,6	
	MOLT BONA	13,6	4,5	
	EXCEL·LENT	0	0	



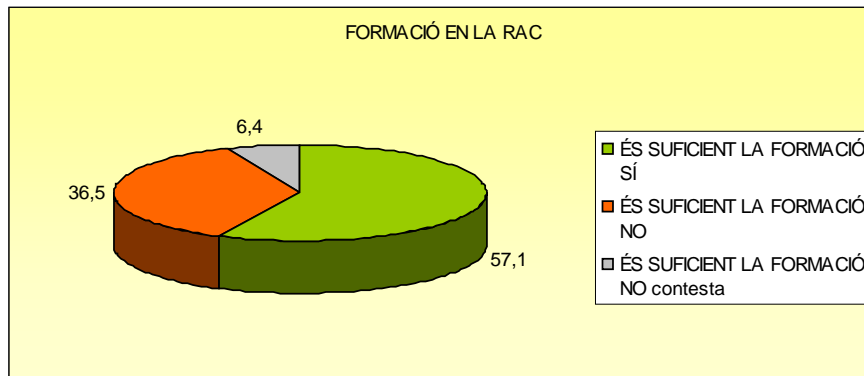
Gràfica 7

A la gràfica 7, s'observa que hi ha una tendència central de com es va viure la implantació, entre regular i bona, tot i que la suma de bona i molt bona és superior als valors negatius.

Per altra banda, s'observa que la majoria de personal enquestat que va viure bé la implantació, coincideix que va fer formació.

Taula 14: És suficient la formació vs formació en la RAC

		FORMACIÓ EN LA RAC
ÉS SUFICIENT LA FORMACIÓ	SÍ	57,1
	NO	36,5
	NO contesta	6,4



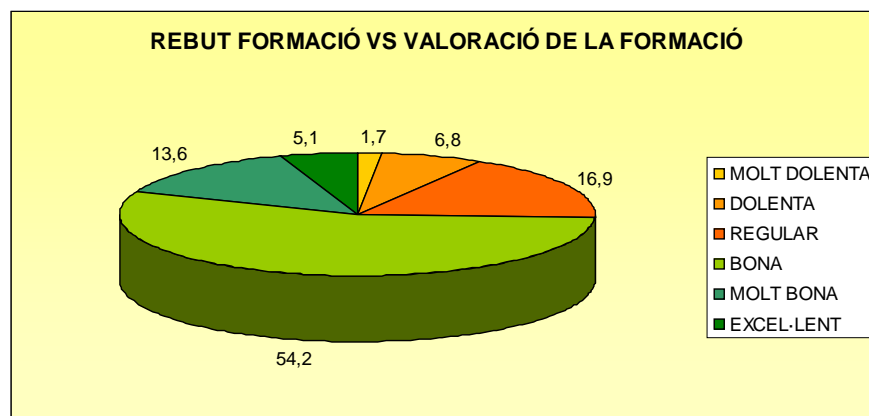
Gràfica 8

Tant la taula 14 com la 15 s'ha tingut en compte el grup que ha respost afirmatiu a la pregunta de si han rebut formació o no.

Si tenim en compte només aquest grup afirmatiu, observem que la majoria la consideren suficient i bona.

Taula 15.: Valoració de la formació vs rebut formació

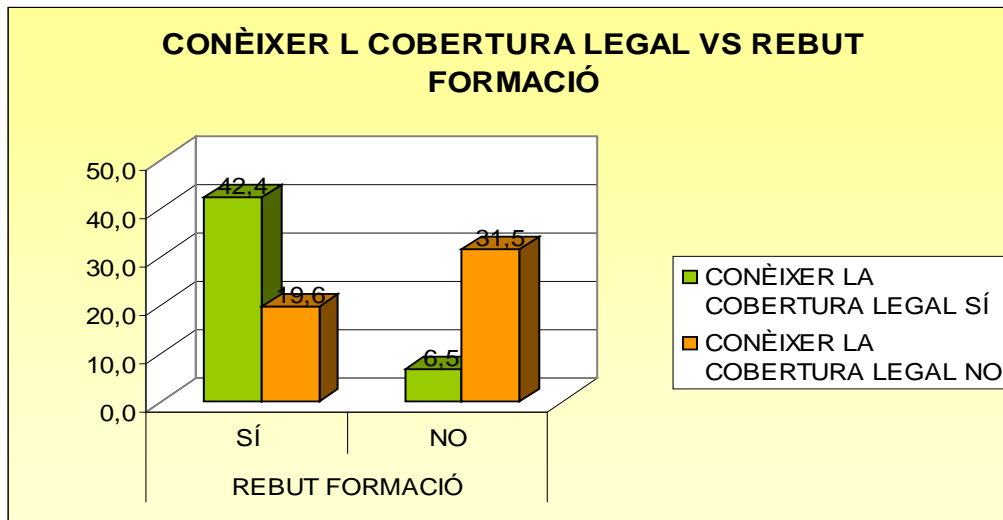
		REBUT FORMACIÓ
VALORACIÓ DE LA FORMACIÓ	MOLT DOLENTA	1,7
	DOLENTA	6,8
	REGULAR	16,9
	BONA	54,2
	MOLT BONA	13,6
	EXCEL·LENT	5,1



Gràfica 9

Taula 16.: Conèixer la cobertura legal vs rebut formació

		REBUT FORMACIÓ		Chi quadrat
		SÍ	NO	
CONÈIXER LA COBERTURA LEGAL	SÍ	42,4	6,5	0,690
	NO	19,6	31,5	



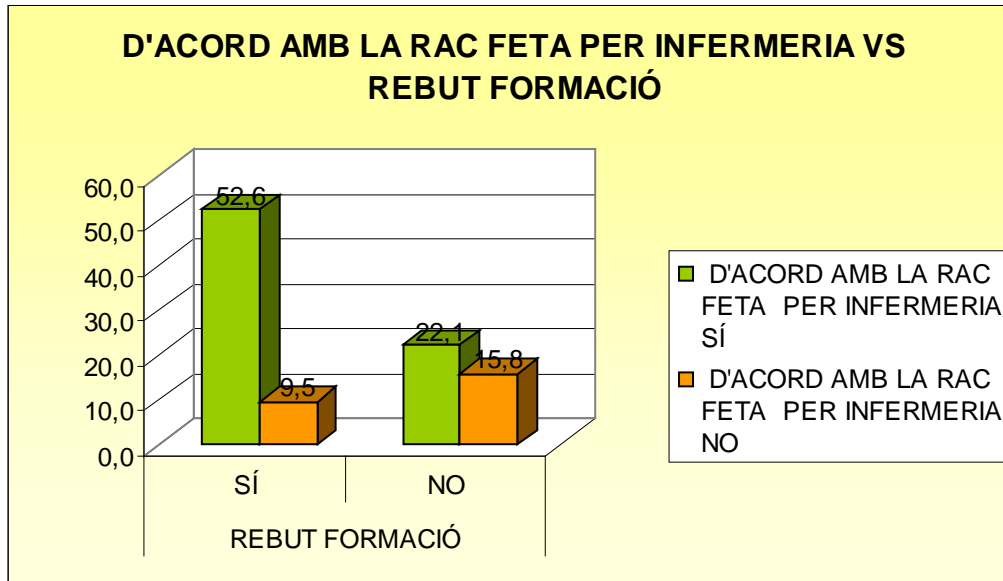
Gràfica10

En la gràfica 10 s'observa que hi ha una relació directe respecte rebre formació i el coneixement de la cobertura legal: el personal que ha rebut formació coneixen la cobertura legal en un 42.4% i el personal que no ha estat format, no coneix la cobertura legal amb un 31.5%.



Taula 17: Estar d'acord amb la RAC feta per infermeria vs rebre formació

		REBUT FORMACIÓ		Chi quadrat
		SÍ	NO	
D'ACORD AMB LA RAC FETA PER INFERMERIA	SÍ	52,6	22,1	0,004
	NO	9,5	15,8	

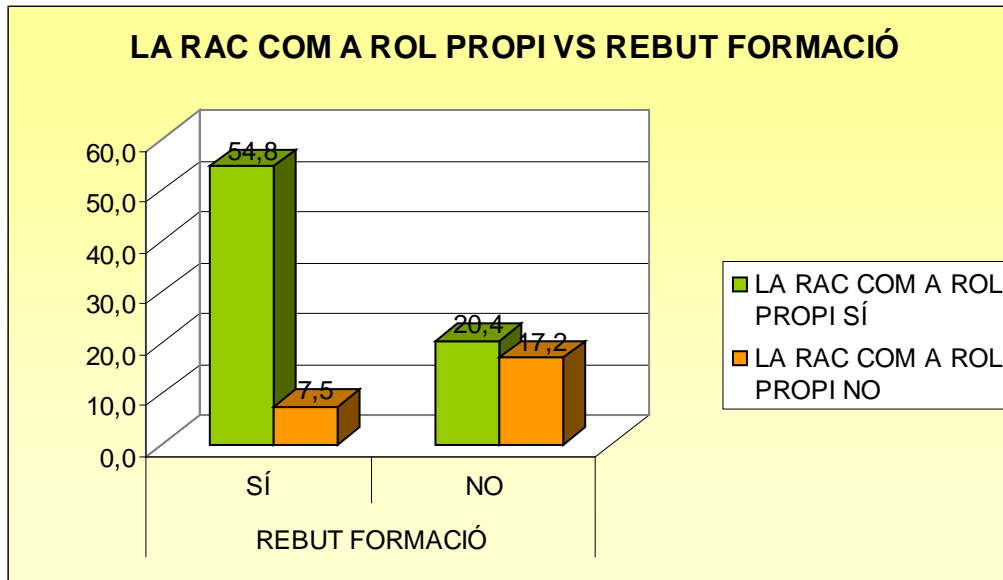


Gràfica: 11

En la taula anterior, s'observa que els professionals en general estan d'acord amb la RAC feta per infermeria, sobretot, els professionals que han rebut formació estan clarament d'acord amb la RAC feta per infermeria amb un 52.6%. (p= 0.004)

Taula 18: La RAC com a rol propi vs rebre formació:

		REBUT FORMACIÓ		Chi quadrat
		SÍ	NO	
LA RAC COM A ROL PROPI	SÍ	54,8	20,4	0,000
	NO	7,5	17,2	



Grafica12

Tant a la taula 18 com a la gràfica 12 s'observa que la nostra hipòtesi queda corroborada, en tant que està ben relacionada la formació amb la concepció de la RAC com a rol propi, amb un 54.8% i una Chi-quadrat de Pearson de 0.000.

**8.4. RESULTATS DE LES PREGUNTES OBERTES**

A les enquestes entregades hi havia quatre preguntes obertes perquè els professionals donessin la seva opinió sobre la RAC feta per infermeria, valorant els punts forts, punts dèbils, perquè és rol propi i perquè no. A continuació mostrem a les taules 19 i 20 els resultats obtinguts amb els comentaris més prevalents ressaltats amb negreta.

Taula nº19: punts forts i punts dèbils de la RAC

<b>24- PUNTS FORTS</b>	<b>Nº</b>	<b>25- PUNTS DÈBILS</b>	<b>Nº</b>
<b>Ubicació dels pacients i organització del servei</b>	<b>25</b>	Dificultat de valoració de signes i símptomes	6
<b>Priorització de la patologia segons la gravetat</b>	<b>33</b>	A vegades l' incompliment del temps a causa de la saturació del servei	5
Coneixement del pacient	7	Poc coneixement de la RAC	2
<b>Rapidesa de valoració dels pacients en espera</b>	<b>16</b>	Revalorització del pacient	4
<b>Autonomia d'infermeria</b>	<b>13</b>	<b>Conflictes amb altres professionals</b>	<b>28</b>
Visió global del servei d'urgències	4	Possibilitat de criteri subjectiu per prioritzar	5
Experiència en la identificació de la simptomatologia	7	Stress	8
		<b>Repercussions legals</b>	<b>15</b>
<b>Valoració de la professió</b>	<b>10</b>	Impossibilitat d'administrar medicació i/o iniciar proves previ a visita mèdica	2
Satisfacció - reconeixement	5	<b>Suport informàtic no ha de substituir l'experiència clínica</b>	<b>10</b>
Formació	6	Pressió	8
Possibilitat de revalorització	1	Inseguretat	4
Entorn adequat	1	Maltractament psicològic	3
Crea llocs de treball per a infermeria	2	Esgotament mental al cap de unes hores	4
<b>Cobertura legal</b>	<b>14</b>	Falta d'hores de formació	2
Fiabilitat	5	Deficiències del programa informàtic	5
Revaloració	4	Manca de personal triant	5
Seguretat	1	Rol de col·laboració	1
Aporta capacitat analítica a infermeria	1	Responsabilitat	2

Visió holística de la persona	5	No garanteix el temps establert per l'atenció	1
Potencia el rol propi d'infermeria	1	Amb un programa sistematitzat es corre el risc d'abandonar l'ordre lògic i el raonament pràctic.	1
Ensenya la qualificació professional d'infermeria a altres professionals	1	Dificultat en la protocol·lització del triatge	2
<b>24- PUNTS FORTS</b>		<b>25- PUNTS DÈBILS</b>	
Seguiment del pacient des de l'arribada	3	Càrrega de treball	3
Capacitat de gestió de recursos	2	Recursos d'espai i tècnics	3
Interdisciplinarietat	1	Programa informàtic poc ràpid	1
Unificació de criteris	3	Ocasionalment, tenir responsabilitats que no pertanyen a nosaltres	2
Possibilitat de càlcul de càrregues de treball	2	No poder derivar al CAP en cas de patologia banal	1
		No separa per serveis	1
		Molta demanda de nivell III que suposa entrar a URG	1
		Falta de recolzament	1
		Falta de protocol d'actuació	1
		Es fa la RAC sense protocols.	1

Taula nº 20: per què és rol propi i per què no és rol propi

<b>27- PER QUÈ ÉS ROL PROPI</b>		<b>27-PER QUÈ NO ÉS ROL PROPI</b>	
<b>Perquè infermeria està capacitada per a distribuir als pacients al servei d'urgències segons patologia i gravetat</b>	<b>42</b>	És molt difícil la valoració del pacient en poc temps	4
<b>Capacitat de valorar simptomatologia i no diagnosticar</b>	<b>16</b>	És més precís el triatge mèdic	6
Millor relació del malalt amb infermeria	1	Rol de col·laboració no rol autònom	2
La informàtica ens aporta cobertura legal com a rol propi	2	Per manca de formació	4
"Millor una infermera amb experiència a urgències que un MIR que comença"	1	Excés de responsabilitat	3

Facilita la dinàmica al servei d'urgències	1	Perquè la finalitat és arribar a un diagnòstic mèdic.	4
En situacions inespecífiques costa derivar a un servei o un altre	2	Es fa amb pocs recursos i condicions no adequades	1
		Falta de reconeixement	2

Amb aquets comentaris dels professionals es confirma la importància de la RAC per a l'organització del servei d'urgències , la priorització del malalt per la seva gravetat i com afavoreix l'autonomia d'infermeria.

Respecte a la concepció de la RAC com rol propi, a la taula 20 observem una gran majoria de resultats a favor, ressaltant la capacitat d'infermeria per la seva capacitat professional organitzativa amb bons criteris de priorització descartant el diagnòstic en front de la valoració simptomatològica.

## 9. CONCLUSIONS:

A nivell sociodemogràfic cal destacar que la majoria de les persones enquestades fa més de 4 anys que treballen al servei d'urgències, i treballant amb RAC des de fa més de 4 anys. Les condicions laborals són en un 79,2% amb contracte fixa i amb una satisfacció del lloc de treball valorada com a bona i molt bona. Un 99% refereix conèixer les funcions d'infermeria a la RAC.

Tot això ens indica que la mostra té un elevat nivell d'expertesa al servei d'urgències i les respostes són donades amb criteri. Aquesta informació concorda amb el fet de què les dues edats més freqüents (moda) dels professionals enquestats és de 40 i 46 anys sense distinció de sexe. Aquestes dades confirmen les dades observades per nosaltres en la nostra sanitat catalana actual, on el perfil de infermeria és d'edat avançada.

A nivell formatiu, s'observa que en general els professionals de la mostra han fet formació complementària en estudis de postgrau generals (cursos, postgraus, màsters).

Pel que fa a la formació específica en RAC, hi ha més del 60% de professionals informats i formats en l'eina de treball i observem la paradoxa de què la formació en RAC està considerada com a bona o molt bona i en canvi l'eina utilitzada està considerada com a bona-regular. Amb això observem que tot i que en un principi els models utilitzats semblen bons teòricament, a la pràctica, s'observa que molts hospitals no l'utilitzen correctament o amb els recursos que aquests demana (per exemple: falta de personal triant, infraestructura incorrecte per realitzar-lo, no revalorització,...).

A nivell formatiu també hem observat un punt dèbil que és el coneixement de la cobertura legal, on un 51,1% no coneix quina cobertura legal té la infermeria de RAC.

Com ja hem expressat en el marc teòric, s'observa un buit respecte aquest tema, àdhuc per part del Col·legi d'infermeria, al·legant que ha anat més ràpid el procés de instauració de la RAC feta per infermeria que la normativa legal, segurament causat per la pressió assistencial.

Un cop creuades les dades ja donades a l'apartat de resultats, hem arribat a la conclusió de què els professionals d'urgències estan a favor de la RAC feta per infermeria (74,7%) així com que és considerat com a rol propi d'infermeria en un 75,3%. Cal destacar que la mostra obtinguda de l'hospital E són els professionals amb menys formació i els qui també tenen menys percepció de què la RAC sigui un rol d'infermeria.

Queda així corroborada la nostra hipòtesi de què una bona formació i informació consolida la RAC com a rol propi d'infermeria.

**10. PROPOSTES:**

Al realitzar aquest estudi ens han sorgit noves línies d'investigació a tenir en compte per la seva importància, com per exemple:

- Valoració dels models de RAC sistematitzats utilitzats al nostre país.
- Adequació de l'eina utilitzada respecte als hospitals.
- Observació i seguiment de la normativa establerta per a la realització de la RAC en els hospitals de Catalunya.
- Satisfacció dels usuaris envers la RAC feta per infermeria.
- Efectivitat de la RAC.
- Avaluació del seguiment i compliment dels criteris establerts en la RAC per la resta dels nivells del servei d'urgències.
- Avaluació continuada dels professionals de la RAC.



## 9. BIBLIOGRAFIA:

- (Mars 2002). Contenu de formation pour le formateur et la participante.Échelle de triage et de gravité... ORDRE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS DU QUEBEC.
- (1995). Soins infirmiers dans les services d´urgence et de première ligne: un triage efficace et une prise en charge globale.. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC.
- (1997). Emergency Triage, Londres. MANCHESTER TRIAGE GROUP; BMJ Publising Group, pp.
- Murray, M i Leblanc, L (1999). THE CANADIAN EMERGENCY DEPARTMENT TRIAGE AND ACUITY SCALE. Toronto , Ontario Hospital Association: .
- (2006 Enero). EXCELENCIA ENFERMERA. Revista científica y de divulgación, pp. 1 a 5.
- Josep Gómez Jiménez. Servei Andorrà D´Atenció Sanitària (SAAS), Societat Catalana d´Urgència (SCMU) (2004). MODEL ANDORRÀ DE TRIATGE (MAT). Andorra: .
- Josep Gómez Jiménez. Jefe Servicio de Urgencias. Hospital Nostra Senyora de Meritxell (2004). TRIAJE ESTRUCTURADO Y ANÁLISIS DE CAUSÍTICA (CASE MIX) EN BASE A LA URGENCIA, UN NUEVO MODELO DE GESTIÓN PARA LOS SERVICIOS DE URGENCIAS. Gaceta Sanitaria, pp. 410-411.
- Josep Gómez Jiménez, Cap del Servei de Urgencies/SUM-116. Hospital Nostra Senyora de Meritxell (Junio-2003). LA URGENCIA, LA GRAVEDAD Y EL TRIAJE DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. Andorra la Vella

- Murray, Micharl J. MD CCFP (EM), Chair; CAEP CTAS National Working Group, Medical Director RVH ED Barrie, Past President CAEP (). THE CANADIAN ED TRIAGE AND ACUITY SCALE. Canada.
- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) (22 Mayo 2002). PROYECTO DE PROGRAMA DOCENTE DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. Diario Médico.
- Wojtek Michalowski, Roman Slowinski, Szymon Wilk. School of Management, University of Ottawa, Canada and Institute of Computing Science, Poznan University of Technology, Poland. (2004). MET SYSTEM: A NEW APPROACH TO M-HEALTH IN EMERGENCY TRIAGE. The Journal on information Technology in Healthcare
- Revisión y puesta al día de la Recomendación Científica 99/01/01 de 15 de Junio de 1999, de la Sociedad Española de de Enfermería de Urgencias y Emergencias, llevada a cabo per un grupo ad hoc de expertos y aprobada en Comité Científico de la SEEUE. RAC DE ENFERMERIA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS. RECEPCION, ACOGIDA Y CLASIFICACION. <http://www.enfermeriadeurgencias.com/fundamentos/rac.html>.
- Giralt i Radigales, Jesús (Ed.). (1995). DICCIONARI DE LA LLENGUA CATALANA (Vols. ). Barcelona: Enciclopedia Catalana, S.A..
- EUI Santa Madrona de la Fundació "la Caixa" (2002). LA SALUT I LA QUALITAT DE VIDA, UN REpte PER A LES INFERMERES ASSISTENCIALS, DOCENTS I GESTORES. Barcelona: Fundació "la Caixa".

- María Paulina gutiérrez González , Elizabeth Rocío Nuñez Carrasco, Carmen Luz Rivera (2002,septiembre).  
CARACTERÍSTICAS DEL ROL EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA INTRAHOSPITALARIO. Revista enfermería Chile nº120, pp. .
- Col.egi Oficial d´Infermeria de Barcelona (2006).  
COMPETÈNCIES DE LA PROFESSIÓ. Consultat en agost,29,2006 en <http://www.coib.es>.
- Manosalva Murillo,Josefina (2005, Enero-Junio). ROL DEL ENFERMERO EN EL ÀREA DE TRIAGE. Avances en enfermeria, pp. 82 - 88.
- Pàgina web oficial de l'hospital Parc Taulí:  
<http://www.cspt.es>
- Pàgina web oficial de l'Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma  
<http://www.hospitalesperitsant.com>
- Pàgina web oficial de d'Hospital General de Granollers  
<http://www.fhag.es>
- BADALONA SERVEIS ASSISTENCIALS: MEMÒRIA 2005.  
Coordinació: BSA i Ajuntament de Badalona. Realització: hores extraordinàries. Disseny: Lluïsa Cobos. Fotografies: Pere Jimenez i BSA. D.L.B: 35226-2006
- Pintado,D.(coordinació), Benaiges,N. , Gimenez,S. , Insense, M.A. , Jimenez,V. , Moragriega,E. (grup de treball) (2003).  
MARC DE REFERÈNCIA DE LA INFERMERIA DE L´HOSPITAL GENERAL DE L´HOSPITALET. Barcelona: Signo Impressió Gràfica, sa..p.p.: 1-20.
- Informació cedida del departament de Comunicació de Badalona Serveis Assistencials. En data 8 de juny de 2007.

- Introducció a l'anàlisi Estadística amb SPSS. Apunts del màster d'administració de cures de pediatria de l'EUI Bellvitge (UB).  
Autora: Silvia Garcia Garcia. Curs: 2003 - 2005.
- Tejada Fernández, José (1997). EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Pacheco del Cerro, E. , Beneit Montesinos, J.V.(coordinador) (2004). ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA. : Síntesis.
- Anton Almenara,P. (2003). ETICA Y LEGISLACIÓN EN ENFERMERIA. : Masson. Anton Almenara,P. (2003). ETICA Y LEGISLACIÓN EN ENFERMERIA. : Masson.
- Delia Medina, C. LEGISLACIÓN EN ENFERMERIA. Colección enfermera siglo XXI, pp. .
- Col.legi Oficial D´Infermeria de Barcelona (1986). CODI D´ÉTICA D´INFERMERIA. Barcelona.
- Pera, I. (març 2001). EL TRIATGE ALS SERVEIS D´URGENCIES. Enfermeria Barcelona, pp. .
- Bello, C. , Madrid,M. , Pareja,A. , Prat,M. (2006). "entrevista amb Isabel Pera Fabregas". ASPECTES LEGALS DEL TRIATGE FET PER INFERMERIA, , .