

**RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN  
DE LOS PACIENTES  
EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

**Plasencia, mayo 2009**

**INDICE:**

1. JUSTIFICACIÓN .....	3
2. OBJETIVOS DE LA RAC .....	3
• Generales	
• Específicos	
3. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO .....	4
• Recepción	
• Acogida	
• Clasificación	
4. EVALUACIÓN INICIAL DEL USUARIO Y DETERMINACIÓN DEL GRADO DE PRIORIDAD ...	5
• Entrevista	
• Inspección	
• Intervenciones	
• Prioridad Asistencial	
5. CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTROS .....	7
6. FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LA RAC .....	7
7. INDICADORES DE CALIDAD .....	7
• Tiempos	
• Nivel de cumplimentación del registro	
• Acontecimientos centinela	
8. ANEXOS .....	8
• Anexo I: Algoritmo	
• Anexo II: Funciones	
• Anexo III: Hoja de registro	
9. BIBLIOGRAFÍA .....	13
10. MIEMBROS GRUPO DE TRABAJO .....	13

## 1. JUSTIFICACIÓN

En las últimas décadas el aumento en la oferta y accesibilidad de los servicios sanitarios en todo el Sistema Nacional de Salud, ha provocado un incremento continuo en la demanda de atención sanitaria por parte de la población, con el consiguiente colapso de muchos de los dispositivos de urgencias.

Dado que está demostrado que la mayoría de las consultas realizadas a las distintas áreas de urgencias en todos los ámbitos se refieren a patologías banales, se hace necesario un método de clasificación rápido e individualizado de los usuarios a su llegada, para así poder delimitar inmediatamente cuáles de ellos precisan realmente una actuación prioritaria y a cuáles se les puede diferir su asistencia.

La RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN (RAC) de los pacientes en los dispositivos de urgencias, es un proceso de valoración clínica preliminar, que ordena los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa, de forma que los pacientes más urgentes son tratados los primeros, y el resto son controlados continuamente y reevaluados hasta que los pueda visitar el equipo médico.

La RAC es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes desde la óptica asistencial, por niveles de gravedad y su correspondiente clasificación y adecuación a la estructura del medio asistencial.

La disponibilidad de un sistema de RAC estructurado es una medida fundamental para mejorar la calidad de los Servicios de Urgencias y Emergencias, proteger a los pacientes, aumentar la satisfacción de los usuarios y optimizar recursos.

La RAC no ha de sustentarse en un diagnóstico clínico médico, sino, en una valoración de problemas de salud y de necesidades.

El personal de enfermería es, atendiendo a su cualificación profesional así como a una óptima distribución de tareas, el que mejor cumple el perfil para realizar la RAC.

En caso de ausencia del personal de enfermería será el médico quien realice la RAC.

## 2. OBJETIVOS DE LA R.A.C.

### OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad y la eficacia de la atención a la urgencia planteada en los Equipos de Atención Primaria, para la mejor respuesta a las necesidades de los usuarios, estableciendo criterios homogéneos, científicos y coherentes sobre la necesidad de atención que un paciente presenta con respecto a su demanda de asistencia y sobre la base de ello, establecer la prioridad asistencial.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1) **Identificar** rápidamente a los pacientes que sufren un proceso que pone en peligro su vida, mediante un sistema de clasificación válido y útil, con el objetivo de priorizar su asistencia y así disminuir el riesgo.

2) **Ordenar** de manera eficaz la demanda mediante valoración inicial.

Estableceremos así una prioridad asistencial que redundará en el tiempo de espera máximo que podrá soportar dicho paciente, siempre y cuando no existan recursos disponibles en ese momento para atenderlo, o éstos estén ocupados por otros paciente más graves o potencialmente graves.

Con esto se elimina el sistema de asistencia según orden de llegada.

- 3) **Clasificar** y distribuir los pacientes en base a sus necesidades asistenciales según la organización y estructura del centro.
- 4) **Disminuir** la congestión de los Puntos de Atención Continuada (PAC) mejorando el flujo de pacientes dentro de éste.
- 5) **Optimizar** la atención a la demanda de asistencia urgente en horario de consulta.
- 6) **Aplicar**, si procede, ciertas técnicas iniciales y básicas, propias del ejercicio profesional.
- 7) **Informar** al paciente sobre todo lo relativo al funcionamiento del servicio y al circuito que probablemente seguirá en función de su patología y de las pruebas complementarias que se le soliciten.
- 8) **Prestar** a los pacientes, y a sus familiares o acompañantes, una aproximación humana y profesional al problema planteado como demanda asistencial en todo su contexto.
- 9) **Facilitar** estabilidad y confort en la medida de lo posible.

### **3. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO**

El proceso de la RAC, consta de tres fases tan interrelacionadas entre sí, que es difícil describirlas por separado o ponerlas en un orden correlativo, porque según la gravedad del caso que se esté valorando, se podrán diferenciar como 1ª, 2ª y 3ª fase o bien se convertirá en una única etapa en los caso de riesgo vital.

Podríamos desglosarlas como:

#### 1ª Fase: **RECEPCIÓN**

El objetivo de la recepción no es establecer un diagnóstico médico, sino identificar las necesidades del usuario con el fin de determinar la prioridad de los cuidados.

La recepción es el momento en el cual se establece el primer contacto del paciente con el sistema sanitario.

En ésta fase se realizará una primera valoración en la que el paciente expone el problema que le ha llevado al servicio de urgencias, y el profesional hace un reconocimiento de signos para valoración del riesgo vital, con actuación inmediata si es el caso.

#### 2ª Fase: **ACOGIDA**

La acogida se realiza una vez descartada la emergencia, se hace una evaluación secundaria sistemática para poder elaborar una valoración del nivel de prioridad del paciente en función del nivel de gravedad.

#### 3ª Fase: **CLASIFICACION**

La clasificación es el momento en el que siguiendo criterios homogéneos se establece un nivel de asistencia al paciente.

#### **4. EVALUACIÓN INICIAL DEL USUARIO Y DETERMINACIÓN DEL GRADO DE PRIORIDAD**

La evaluación inicial del paciente se aconseja sea realizada en una sala que disponga de los recursos materiales necesarios para realizar la RAC y por tanto cumplimentar la hoja de registro.

Debe contar con las siguientes fases:

1) Entrevista, en la que preguntaremos específicamente: ¿qué le ocurre?, ¿desde cuándo? ¿a qué lo achaca? ¿ha tenido antes episodios similares?

Es importante tener claro que debe ser una entrevista breve, obteniendo los datos concretos y necesarios para poder hacer una valoración del nivel de gravedad y de la prioridad de asistencia, el interrogatorio exhaustivo para el diagnóstico médico lo realizará posteriormente el facultativo que atienda al paciente.

2) Inspección, en la que buscaremos signos de gravedad, se realizará observando signos que puedan desvelar un problema de salud grave relacionado con el motivo de consulta.

- Aspecto general: impresión de gravedad.
- Piel y mucosas:
  - Color: palidez, cianosis...
  - Temperatura.
  - Sudoración
- Neurológico:
  - Nivel de conciencia ( somnolencia, confusión ....)
  - Respuesta al dolor
  - Tamaño y respuesta pupilar
  - Motricidad
- Circulación:
  - Pulso: amplitud, intensidad, palpable en zonas distales en traumatismos.....
  - Relleno capilar
  - Frecuencia cardíaca
  - Tensión Arterial
- Respiración:
  - Permeabilidad de vías aéreas
  - Patrón respiratorio ( respiración superficial y rápida...)
  - Existencia de trabajo respiratorio
  - Fatiga

3) Intervenciones:

- Registrar todos éstos datos en la hoja de recepción, acogida y clasificación.
- Realización de técnicas necesarias (toma constantes vitales, pulsioximetría, glucemia, vendajes compresivos, inmovilización provisional de miembros, aplicación de frío....)

4) Establecimiento de la prioridad asistencial:

Con la información recogida anteriormente, se establece una valoración rápida sobre la situación del paciente para asignarle un nivel de urgencia, que llevará consigo un nivel de priorización a la hora de atenderle en el que se desarrolle la RAC (ya sea en horario de consulta o en el PAC).

<b>NIVEL DE URGENCIA</b>	<b>NIVEL DE PRIORIZACIÓN</b>	<b>DEMORA MÁXIMA PARA LA ASISTENCIA MÉDICA</b>
Nivel I (ROJO): Emergencia	Nivel I: Riesgo potencial elevado que requiere intervención inmediata.	Inmediata
Nivel II (AMARILLO): Urgencia no demorable	Nivel II: Potencial de deterioro que necesita cuidados rápidos.	30 min.
Nivel III (VERDE): Urgencia demorable	Nivel III: No hay riesgo potencial de deterioro en corto tiempo.	60 min.

**MOTIVOS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES EN CADA NIVEL**

<b>Nivel I (ROJO):</b>	<b>Nivel II (AMARILLO):</b>	<b>Nivel III (VERDE)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parada cardiorrespiratoria.</li> <li>- Insuficiencia respiratoria grave.</li> <li>- TCE con pérdida de consciencia</li> <li>- Síncope</li> <li>- Politraumatismos graves.</li> <li>- Aborto en curso</li> <li>- Parto precipitado-anteparto</li> <li>- Metrorragia 3ºtrimestre gestación</li> <li>- Obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño</li> <li>- Crisis convulsiva activa</li> <li>- Traumatismo penetrante en torax o abdomen</li> <li>- Fiebre con petequias o convulsiones</li> <li>- Hipertensión severa (&gt; 210/120) con cefalea o dolor torácico</li> <li>- Hipoglucemia severa</li> <li>- Ahogamientos por inmersión</li> <li>- Electrocuación</li> <li>- Dolor súbito en miembros sospechoso de isquemia arterial aguda</li> <li>- Grandes quemados.</li> <li>- Amputaciones de miembros</li> <li>- Hemorragias masivas</li> <li>- Dolores torácicos con grave afectación.</li> <li>- Alteraciones del ritmo cardíaco con afectación clínica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor abdominal agudo de cualquier localización ( excepto los acompañados de síndrome miccional o cuadro gastroenteritis)</li> <li>- Dolor torácico bien tolerado y sin antecedente isquémico.</li> <li>- Dolor epigástrico</li> <li>- Cefaleas con posible alteración meníngea.</li> <li>- Dificultad respiratoria.</li> <li>- Hemorragia digestiva, hematemesis, melenas, no masivas</li> <li>- Vómitos incoercibles claramente producidos por jaqueca, vértigo, cólico nefrítico o gastroenteritis aguda</li> <li>- Hematuria macroscópica</li> <li>- Dolor lumbar con fiebre en paciente monorreño</li> <li>- Palpitaciones con antecedentes cardiológicos</li> <li>- Hiperglucemia con afectación del estado general</li> <li>- Retención urinaria con sospecha de globo vesical</li> <li>- Reacciones alérgicas sin riesgo vital inmediato.</li> <li>- Intoxicación medicamentosa sin riesgo vital inmediato.</li> <li>- Afectación neurológica ( afasia,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor torácico con características osteomusculares</li> <li>- Intoxicación etílica aguda sin alteración del nivel de consciencia</li> <li>- Traumatismos osteoarticulares (contusiones y esguinces)</li> <li>- Reacciones alérgicas-urticaria, picadura.</li> <li>- Fiebre y/o procesos catarrales.</li> <li>- Abscesos.</li> <li>- Quemaduras menores.</li> <li>- Retención urinaria sin sospecha de globo vesical</li> <li>- Epíxtasis leve</li> <li>- Otras.</li> </ul>

<p>importante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niños en situación vital comprometida.</li> <li>- Pacientes en estado de shock.</li> <li>- Reacciones alérgicas con riesgo vital inmediato.</li> <li>- Intoxicación medicamentosa con riesgo vital inmediato.</li> <li>- Alteraciones conducta con auto/heteroagresión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>parálisis o paresia muscular, disartria, inestabilidad en la marcha)</li> <li>- Síndrome febril con afectación del estado general</li> <li>- Cuadros agudos confusionales o de desorientación</li> <li>- Síndrome de abstinencia al alcohol u otras drogas</li> <li>- Dolor en paciente con tto paliativo</li> <li>- Alteraciones conducta sin auto/heteroagresión</li> </ul>	
---	--	--

Las características del propio paciente, así como la severidad de los síntomas pueden hacer que una patología cambie de un nivel a otro.

Una vez concluidas todas las etapas de la RAC el paciente será derivado al área asistencial establecida.

La RAC ha de ser dinámica, de tal forma que la enfermera que la realice deberá reevaluar a aquellos pacientes que no hayan sido vistos en el tiempo previsto, siempre coordinado con el resto de los profesionales-sanitarios.

Desde la RAC se iniciarán los cuidados derivados del problema de salud consultado, según cada centro tenga establecido.

## **5. CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTROS**

El registro de la RAC es un soporte estructurado para la recogida de información sobre hechos u observaciones significativas, relacionados con la atención del paciente y la valoración inicial para la priorización asistencial.

Por cuestiones operativas, se entiende que la dinámica de trabajo ante una solicitud de atención urgente en horario de consulta será la misma, pero no se hace necesario el empleo de éste registro.

El documento aparece en el ANEXO I

La función del registro es crear un documento legal donde quede reflejado el nivel de prioridad para la asistencia, el trabajo realizado con el paciente, se comuniquen los cuidados prestados, y se facilite la continuidad de cuidados.

Éste documento debe quedar archivado en la Hª Clínica del paciente junto con el informe de asistencia de urgencias.

## **6. FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LA RAC**

- Recibir al paciente y sus acompañantes con la máxima confidencialidad.
- Realización de técnicas propias necesaria tanto para la clasificación del paciente como para iniciar los cuidados (toma de constantes vitales, pulsioximetría, glucemia, aplicación vendaje compresivo...)
- Ordenación eficaz de la demanda mediante entrevista rápida, observación-exploración, y clasificación en niveles de gravedad y de prioridad.
- Registro de datos en la hoja de la RAC
- Informar al resto de profesionales sanitarios corresponsables de la asistencia.
- Reevaluar a los paciente, sobre todo en los casos en los que el tiempo de espera previsto se prolongue.

- Control general del servicio de pacientes clasificados, tiempos de espera, salas y espacios.
- Informar a los pacientes y familiares sobre todo lo relativo a la atención que van a recibir, aportando una aproximación humana y profesional al problema planteado.
- Redistribución de recursos tanto humanos como materiales.
- La enfermera, en aquellos casos en que constituya el único personal sanitario en el lugar de la asistencia, podrá dirigir al usuario hacia otros recursos del sistema de salud.

## **7. INDICADORES DE CALIDAD:**

### 1) TIEMPOS

- Tiempo de llegada-RAC

Es el tiempo que transcurre desde que el enfermo demanda la asistencia, hasta que toma contacto con la enfermera de la RAC.

Procedimiento: Cuando un usuario acuda a cualquier dispositivo demandando asistencia urgente, se anotará en la hoja de registro de la RAC la hora de llegada al Centro, la del momento en la que toma el primer contacto personal con la enfermera de la RAC.

- Tiempo de duración de la RAC

Es el tiempo transcurrido durante el proceso de clasificación.

Lo recomendable para que la RAC sea operativa, es que éste tiempo no sea superior a 5 minutos por usuario.

Procedimiento: Cuando un usuario acuda a cualquier dispositivo demandando asistencia urgente, se anotará en la hoja de registro de la RAC, la hora de entrada así como la de salida de la consulta de RAC.

- Tiempo de respuesta en la primera asistencia facultativa

Es el tiempo transcurrido desde la hora de llegada del usuario al centro sanitario, hasta que toma el primer contacto personal con un médico del equipo asistencial.

Procedimiento: Cuando un usuario acuda demandando asistencia urgente a cualquier centro sanitario, se anotará en el registro la hora de llegada al mismo, la del momento en la que toma el primer contacto personal con algún médico del equipo asistencial.

### 2) NIVEL DE CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO DE LA RAC.

Descripción: Porcentaje de cumplimentación de manera legible del conjunto de apartados considerados básicos.

Procedimiento: Los siguientes apartados se consideran básicos en todo registro de RAC

- Identificación del paciente: Debe recoger los datos de filiación, edad. Se anotará como "desconocido" ante la imposibilidad de recoger los datos.
- Hora de llegada al centro sanitario
- Hora de toma de contacto con el enfermero de la RAC
- Motivo de consulta: debe reflejarse literalmente como lo expresa el paciente.
- Prioridad. Debe recogerse la prioridad en la asistencia sobre la base de 3 grados de severidad:
  - Emergencia. (ROJO)
  - Urgencia no demorable (AMARILLO)
  - Urgencia demorable y patología no urgente (VERDE)
- Derivación según grado de prioridad.
- Valoración del motivo de consulta.
- Identificación del enfermero responsable.



### 3) ACONTECIMIENTOS CENTINELA

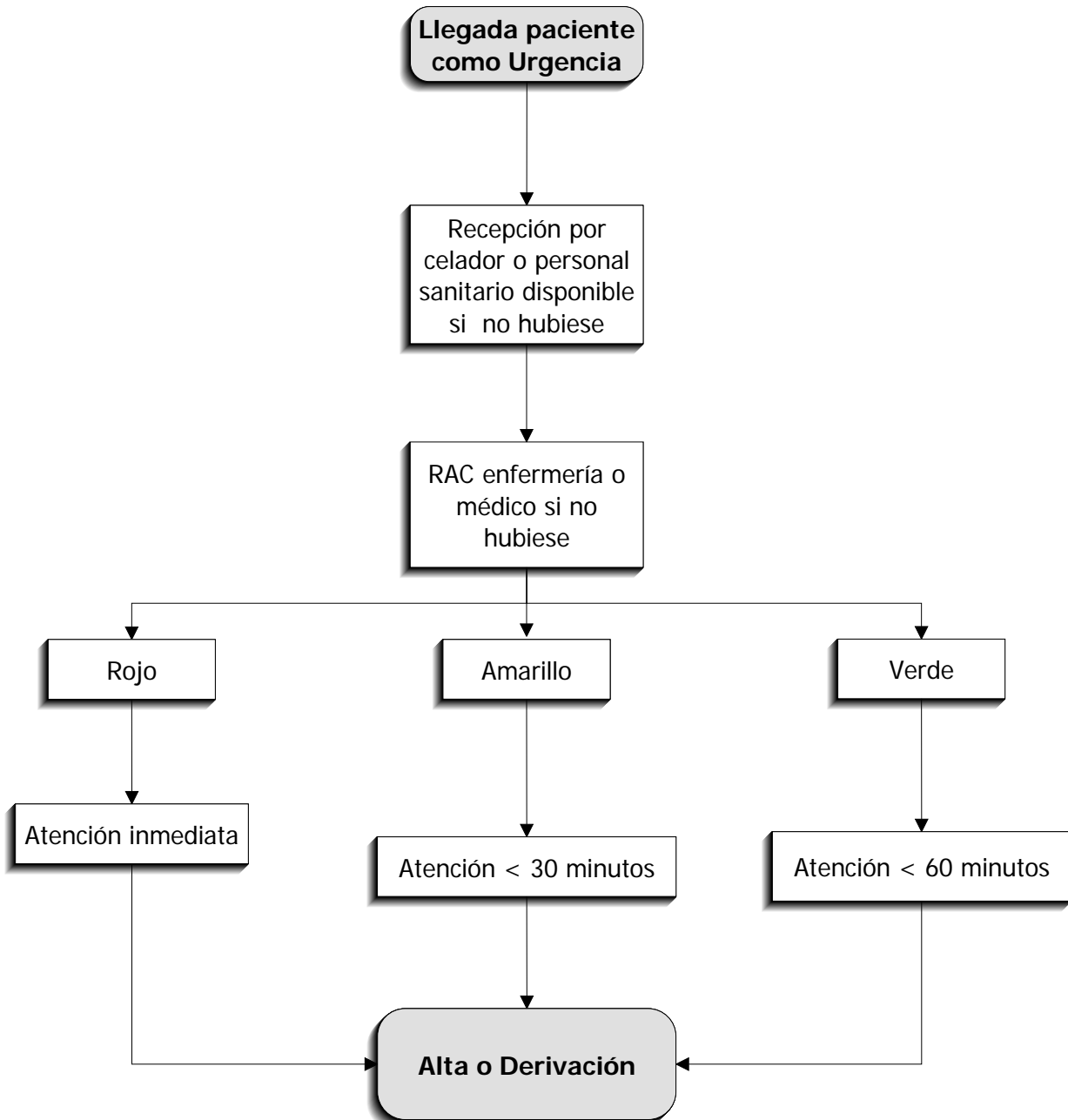
Se considerarán acontecimientos centinelas todos aquellos eventos que, aún ocurriendo excepcionalmente, indican u orientan hacia un posible error en la asistencia a un paciente determinado y que, por su gravedad, debe ser siempre analizado por el equipo asistencial. Son ejemplos:

- Pacientes que sufren una parada cardiorrespiratoria, fuera de las zonas específicamente identificados como asistenciales ( en el pasillo, en las salas de espera, etc. ), durante la espera para ser atendidos o en el transcurso de la realización de exploraciones complementarias.
- Errores en la identificación de pacientes.
- Errores en la administración de fármacos o terapias diversas que afecten severamente a la situación clínica del paciente.
- Retraso en la realización de ECG en paciente que acude por dolor precordial.

### **8. ANEXOS:**

- ANEXO I: ALGORITMO RAC
- ANEXO II: FUNCIONES RAC
- ANEXO III: HOJA DE REGISTRO DEL RAC

**ANEXO I – ALGORITMO**



**ANEXO II – FUNCIONES RAC**

CELADOR	ENFERMERÍA	MEDICINA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro de datos administrativos.</li> <li>- Informa a sanitarios de presencia de enfermos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro hoja RAC.</li> <li>- Establece nivel de prioridad.</li> <li>- Presta cuidados si procede.</li> <li>- Informa paciente / familiar.</li> <li>- Reevalúa si pasado tiempo de espera estimado se sobrepasa.</li> <li>- Registro datos administrativos en hoja RAC si no hay celador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración de todas las hojas de la RAC.</li> <li>- Atención inmediata a nivel I.</li> <li>- Atención por orden de prioridad.</li> <li>- Registro y prioridad según RAC si no disponible enfermería.</li> </ul>

ANEXO III- HOJA DE REGISTRO



JUNTA DE EXTREMADURA  
Consejería de Sanidad y Dependencia

Apellidos: .....

Nombre: ..... Edad: .....

Fecha ..... Hora de llegada: .....

C.I.P.:

**Hoja de registro para R.A.C. en urgencias de Atención Primaria**

El paciente acude:  solo  acompañado .....  
Hora de entrada R.A.C. .... Enfermero/a: .....

**Nivel de prioridad asignado**

**Motivo de consulta:**

**Valoración del motivo de consulta**

Cronología: .....

Intensidad: .....

- Valoración de la intensidad del síntoma principal (1 mínimo, 10 máximo) 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Localización: .....

Desencadenante: .....

Características: .....

- Irradiación: .....

- Constante:  ..... - Intermitente:  .....

- Otras: .....

**Factores que lo modifican:**

- Agravantes: .....

- Atenuantes: .....

Otros síntomas acompañantes de interés: .....

Situaciones previas similares:  No  Si .....

**Antecedentes patológicos de interés para la R.A.C.**

FRC-V:  HTA  DM  Dislipemia  Tabaquismo  Otros .....

Otros antecedentes patológicos: .....

Otros hábitos tóxicos: .....

Intervenciones quirúrgicas: .....

**Información adicional**

Alergias: .....

Medicación actual .....

Embarazo  Si  No  No sabe

**Evaluación objetiva:** (según motivo de consulta)

TA ..... mmHg	F. cardíaca ..... l/m	F. respiratoria ..... r/m	Temperatura ..... °C	Saturación O <sub>2</sub> ..... %	Glucosa ..... mg/dl	Glasgow
------------------	--------------------------	------------------------------	-------------------------	--------------------------------------	------------------------	---------

Piel:  Normocoloración  Coloración anormal

Otras alteraciones de la piel: .....

Pupilas:  Miosis  Midriasis  Simétricas  Asimétricas

Otros datos: .....

**Pruebas complementarias:** (según motivo de consulta)

E.C.G.  Combur test  Test de gestación  Peak-Flow

Otras: .....

Resultado: .....

**Otras intervenciones**

.....  
.....

**El paciente pasa a:**

Sala de espera  Consulta de enfermería  Consulta del médico. **Hora de asistencia** .....

**Reevaluación**

Hora	DUE	Prioridad	Observaciones
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Escala de coma de Glasgow**

<b>Ojos</b>	
Abren espontáneamente .....	4
A una orden verbal .....	3
Al dolor .....	2
No responden .....	1
<b>Mejor respuesta motora</b>	
Obedece a una orden verbal .....	6
Localiza el dolor a un estímulo doloroso .....	5
Retirada y flexión .....	4
Flexión anormal .....	3
Extensión .....	2
No responde .....	1
<b>Mejor respuesta verbal</b>	
Orientado y conservado .....	5
Desorientado y hablando .....	4
Palabras inapropiadas .....	3
Sonidos incomprensibles .....	2
Ninguna respuesta .....	1
<b>TOTAL</b>	.....

Nivel de urgencia	Nivel de priorización	Demora máxima para asistencia médica
<b>Nivel I (ROJO)</b> Emergencia	Riesgo potencial elevado que requiere intervención inmediata	Inmediata
<b>Nivel II (AMARILLO)</b> Urgencia no demorable	Potencial de deterioro que necesita cuidados rápidos	30 minutos
<b>Nivel III (VERDE)</b> Urgencia demorable	No hay riesgo potencial de deterioro en corto tiempo	60 minutos

El/la Enfermero/a

Firmado: .....

## **9. BIBLIOGRAFÍA**

- Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. RAC de enfermería en urgencias y emergencias.
- Gómez Jiménez, Joseph. Presentación del Sistema Español de Triage. XV Congreso Nacional SEMES
- M. García Irimia; A. Jaén de Cara; D. Daza Varea. Gestión y Recepción, Acogida y Clasificación (RAC). Servicio de urgencias del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.
- M.I Gómez. Hospital Virgen del Camino (Pamplona). Triage de enfermería en el servicio de urgencias.
- Romero-Nieva Lozano, J. De las funciones y tareas propias de los diplomados en enfermería en la RAC.
- A. Serrano Moraza, M<sup>a</sup> Jesús Briñas Freire, Andrés Pacheco Rodríguez, Alejandro Pérez Belleboni – SUMMA 112 - Diferentes métodos de triaje.
- Protocolo de coordinación de la asistencia extrahospitalaria urgente y emergente del sistema sanitario público de Andalucía.

## **11. MIEMBROS GRUPO TRABAJO**

- D. José Manuel Álvarez Presas.- Coordinador E.A.P. ´s – Gerencia de Área de Plasencia
- D. Javier Amarilla Donoso.- Enfermero – U.M.E. 7.1 Plasencia
- D<sup>a</sup> Carmen Jerez Barroso.- Responsable de Enfermería de E.A.P. ´s.- Gerencia de Área de Plasencia
- D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Paz Montero Gómez.- Responsable de Enfermería.- PAC Plasencia
- D<sup>a</sup> Lidia Peral Baena.- Directora Enfermería.- Gerencia de Área de Plasencia
- D. José Luis Prieto García.- Enfermero Coordinador.- E.A.P. Casas del Castañar
- D. Juan Carlos Sánchez Guerra.- Médico.- E.A.P. Casas del Castañar
- D<sup>a</sup> Belén Sánchez Montero.- Directora Médico de Atención Primaria.- Gerencia de Área de Plasencia
  
- Nuestro agradecimiento a las Secretarías de Dirección de Atención Primaria de la Gerencia del Área de Plasencia, que han llevado a cabo el trabajo administrativo: D<sup>a</sup> Teresa HERNÁNDEZ GALINDO y D<sup>a</sup> Consuelo SIMÓN GARCÍA.