



**Universidad
Norbert Wiener**

ESCUELA DE POSGRADO

Tesis

“Nivel de conocimiento y práctica del enfermero de triaje en emergencia del
Hospital de emergencias Villa el Salvador - 2023”

Para optar el Grado Académico de:

Maestro de Gestión en Salud

Presentado por:

Autor: Vásquez Quiroz, Luther Iván

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3282-041X>

Asesora: Mg. Hermoza Moquillaza, Rocío Victoria

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7690-9227>

Línea de investigación general:

Salud y Bienestar

Lima Perú

2023

	DECLARACION JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO INVESTIGACION		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/

Yo, Vásquez Quiroz Luther Iván Egresado(a) de la Escuela Académica Profesional de Posgrado de la Universidad Privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL ENFERMERO DE TRIAJE EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR - 2023" asesorado por el docente: Hermosa Moquillasa Rocio Victoria Con DNI 40441142 Con ORCID 0000-0001-7690-9227 tiene un índice de similitud de 18 (dieciocho)% con código oid:14912:280129705 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
 Nombres y apellidos del Egresado
 Luther Iván Vásquez Quiroz
 DNI: 41435103.....

.....
 Firma de autor 2
 Nombres y apellidos del Eg.
 DNI:



.....
 Firma
 Nombres y apellidos del Asesor
 Rocio Victoria Hermosa Moquillasa
 DNI: 40441142.....

Dedicatoria:

Siempre a mi familia, la cual constituye el pilar donde se construye nuestro futuro personal, soporte emocional y alienta el progreso profesional.

Agradecimiento:

A la Universidad y a mis docentes por permitirme el crecimiento conceptual y práctico;
además de ser una guía en el camino del saber.

ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria:	iii
Agradecimiento:.....	iv
Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción	x
CAPITULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema	5
1.2.1 Problema general	5
1.2.2 Problemas específicos	5
1.3 Objetivos de la investigación	6
1.3.1 Objetivo general	6
1.3.2 Objetivos específicos	6
1.4 Justificación de la investigación.....	7
1.4.1 Teórica	7
1.4.2 Metodológica	7
1.4.3 Práctica	8
1.5 Limitaciones de la investigación	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes de la investigación.....	10
2.2 Bases teóricas	17
2.3 Formulación de Hipótesis	29
2.3.1 Hipótesis general.....	29
2.3.2 Hipótesis específicas	29
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	30
3.1. Método de investigación	30
3.2. Enfoque investigativo	30
3.3. Tipo de investigación	31
3.4. Diseño de la investigación	31

3.5. Población, muestra y muestreo.....	31
3.6. Variables y operacionalización.....	32
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	36
3.7.1. Técnica.....	36
3.7.2. Descripción.....	36
3.7.3. Validación.....	37
3.7.4. Confiabilidad.....	38
3.8. Procesamiento y análisis de datos.....	38
3.9. Aspectos éticos.....	39
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	40
4.1 Resultados.....	40
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados.....	40
4.1.2. Prueba de hipótesis.....	50
4.1.3. Discusión de resultados.....	53
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	56
5.1 Conclusiones.....	56
5.2 Recomendaciones.....	57
ANEXOS.....	65
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	65
Objetivos específicos.....	65
Anexo 2: Instrumentos.....	66
Anexo 3: Validez del instrumento.....	70
Anexo 4: Confiabilidad del instrumento.....	70
Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética.....	71
Anexo 6: Formato de consentimiento informado.....	72
Anexo 7: Informe del asesor de Turnitin.....	75

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla N°. 1: Baremos de la variable Conocimiento del Triage y sus dimensiones.....	40
Tabla N°. 2: Baremos de la variable Practicas de Triage y sus dimensiones.....	40
Tabla N°. 3: Percepción del personal de enfermería según la variable Conocimiento del Triage en el Hospital de Villa el Salvador.....	41
Tabla N°. 4: Percepción del personal de enfermería según la variable Práctica de Triage en el Hospital de Villa el Salvador.....	42
Tabla N° 5: Percepción del nivel de conocimiento y la práctica del enfermero de triaje en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.....	44
Figura N° 1: Percepción del nivel de conocimiento y la práctica del enfermero de triaje en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.....	45
Tabla N° 6: Percepción del nivel de conocimiento del enfermero de triaje en su dimensión conceptual y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.....	46
Figura N° 02: Percepción del nivel de conocimiento del enfermero de triaje en su dimensión conceptual y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.....	47
Tabla N° 07: Percepción del nivel de conocimiento del enfermero de triaje en su dimensión simulativa y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.....	48
Figura N° 03: Percepción del nivel de conocimiento del enfermero de triaje en su dimensión simulativa y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.....	49

Resumen

Mundialmente los servicios de emergencias están experimentando un aumento de la demanda en la atención de pacientes, trayendo como resultado la saturación de dichos servicios, para lograr abordar con eficacia y eficiencia dicha problemática se requiere personal de salud capacitado con conocimientos necesarios los cuales tengan relación con la práctica en el área de Triage; área que se encarga de seleccionar y priorizar según el grado de severidad y gravedad las necesidades en salud que requieran los pacientes. A esto se suma el nivel de conocimiento y práctica del personal de enfermería el cual que juega un papel importante en el flujo grama de la atención en pacientes en el área de emergencias. El objetivo del presente trabajo de investigación es Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del enfermero de triaje en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023. La metodología consiste en un estudio aplicativo, hipotético deductivo, cuantitativo y de corte transversal durante el mes de agosto del 2023. Se usan 2 instrumentos para evaluar el nivel de conocimiento del enfermero y la práctica en Triage, y el análisis estadístico de confiabilidad de los instrumentos se realizó con la prueba de Kuder Richardson obteniendo valores de 0.8 y 0.71 respectivamente.

Palabras clave: Conocimiento; Práctica; Triage; Enfermería.

Abstract

Worldwide, emergency services are experiencing an increase in demand for patient care, resulting in the saturation of these services, in order to effectively and efficiently address this problem, trained health personnel with the necessary knowledge are required, which are related to practice in the Triage area; area that is in charge of selecting and prioritizing according to the degree of severity and seriousness the health needs that patients require. Added to this is the level of knowledge and practice of the nursing staff, which plays an important role in the flow chart of patient care in the emergency area. The objective of this research work is to determine the relationship between the level of knowledge and the practice of the triage nurse in the Emergency Service of the Villa El Salvador Emergency Hospital - 2023. The methodology consists of an applicative, hypothetical deductive, quantitative study and cross-sectional during the month of August 2023. Two instruments are used to assess the level of nurse knowledge and practice in Triage, and the statistical analysis of the reliability of the instruments was performed with the Kuder Richardson test, obtaining values of 0.8 and 0.71 respectively.

Key words: Knowledge; Practice; triage; Nursing.

Introducción

En muchos países alrededor del mundo, la puerta de ingreso hacia los servicios de salud es mediante el primer nivel de atención y los servicios de emergencias, en un 55% y 45% de los casos respectivamente. Sin embargo, ambas modalidades han sido seriamente afectadas por las elevadas demandas de pacientes, largos periodos de tiempo de espera y sumado a la mala calidad de la atención constituyen un indicador de la capacidad de gestión en los centros hospitalarios. Estos principales factores han conllevado a que el servicio de emergencias mejore su sistema de clasificación y triaje, especialmente en pacientes que denoten una atención inmediata y pronta, debido al elevado riesgo de mortalidad. Es por ello que se destaca la palabra “traje” como una expresión de etimología francesa el cual significa: seleccionar, optimizar, escoger y priorizar; asimismo, otra definición acertada es el proceso estructurado de evaluación preliminar y de forma ordenada que permite identificar la atención según la gravedad de la patología. Día a día se intenta priorizar la atención por emergencia, y se realiza de forma estructurada para lograr una atención oportuna y eficiente realizado por un personal calificado y con un nivel de experiencia óptima para satisfacer las necesidades del paciente.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Mundialmente durante las últimas décadas, los diversos centros de emergencia han venido experimentando un gran incremento de la admisión de pacientes, dando como efectos la sobresaturación de los servicios de salud y prolongados tiempos de espera para la atención médica; esto conllevando a una insatisfacción del paciente como el personal de salud asistencial(1). Respecto al nivel de conocimiento y la práctica de los enfermeros a nivel internacional en el 2019 en Etiopía-Limpopo Hospital General las enfermeras con especialidad tenían mayor conocimiento de triaje de emergencia que las auxiliares, aunque un 61% de ellas realizaba una mala práctica y sólo el 30% tenía una buena práctica, con lo que se evidenciaba la dificultad para aplicar los conocimientos adquiridos académicamente o por la experiencia y llevarlos a la práctica(2).

Diversos estudios mencionan índices de insatisfacción que van hasta el 45% y tiempos de espera de la atención hasta de 4 horas en algunos países europeos; generando un aumento sistemático de los problemas médico- legales hasta en un 200%(3). Todo ello conduce a una masificación de los problemas y deficiencias en la atención por emergencias y severas consecuencias en la relación médico-enfermero-paciente.

Algunas investigación mencionan además una serie de causas y factores identificados que podrían estar relacionados estrechamente a estos desenlaces, como la falta de conocimientos necesarios por parte del personal de triaje al momento de identificar y priorizar al paciente, tal es así que podría generar una inadecuada práctica de triaje y tiempos de espera asignados de forma errónea(4). Aunque la evidencia es concreta en algunos países de Europa (35%) y América (41%), estos factores y entre otros más podrían ser fundamentales al momento de analizarlos y generar alguna propuesta de mejora durante el flujograma en la atención de pacientes. No importa el tipo de triaje usado; aunque muchos de los centros hospitalarios implementaron el Manchester Modificado, este ha sido objeto de estudios de calidad y satisfacción del usuario; concretándose como uno de los más usados y fácilmente de aplicar hoy en día; y que a su vez es necesario que sea difundido y conocido al detalle por el personal asistencial de triaje para una óptima atención(5).

Es así que el hacinamiento de los pacientes en el área de Emergencia, se constituye ahora en una problemática de salud pública mundial. La creciente demanda de atención médica y la poca disposición de camas en emergencia contribuyen al aumento de este problema(6). Éste panorama conlleva a una atención de mala calidad. Aumenta también la mortalidad de los pacientes y crece el número de ellos que abandonan el servicio de urgencias sin ser atendidos(7).

Experiencias como en España donde en el 77.6% de los Hospitales el triaje lo realiza los enfermeros, el grupo Español de Triaje Manchester como asociación científica recomienda que esta labor sea desempeñada por personal con capacidades necesarias para cumplir éste rol adecuadamente como lo son los profesionales de enfermería. En cuanto a la percepción por parte de los pacientes refieren que el personal de enfermería brinda un trato más humanizado en su atención que va más allá de la enfermedad o el accidente, disminuyendo así los tiempos de espera para su atención(8).

Por otro lado, en el año 2020 en México, un estudio realizado evaluó el nivel de conocimiento del personal de enfermería en triaje mediante un cuestionario basado en la guía de práctica clínica “Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencia Adultos para el Segundo y Tercer Nivel de Atención”, demostró en su estudio que el personal de enfermería desconoce el proceso de clasificación del triaje(9). Otros estudios han reportado que la falta de conocimiento, inexperiencia en el servicio, la carga administrativa y desorganización por el equipo de salud, son factores que influyen para una mala clasificación y práctica de triaje a los pacientes(10).

En el contexto nacional, Perú (Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma), se comprobó que los enfermeros del área de emergencias, respecto al conocimiento del Sistema de Triage Manchester, el 56% de enfermeros tienen un nivel de conocimiento medio; en la atención de víctimas en catástrofe un 56% tienen un nivel medio, respecto a las prioridades de atención el 68% tiene un nivel alto, 19% tienen un nivel medio y un nivel bajo de 13%. Respecto al conocimiento de los tipos de triaje y la clasificación, el 56% refirió tener poco conocimiento en cuanto a las causas que producen un uso inadecuado del Triage Manchester, el 64% refiere que el triaje debe ser realizado por el médico, así como por el enfermero(11).

En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, (Seguridad Social - EsSalud), durante el año 2018 evaluó a más de 1 millón de historias clínicas por emergencia, representando aproximadamente el 16% de la totalidad de atenciones por emergencia del seguro social, y todas ellas fueron evaluadas por el médico y enfermero de triaje inicialmente, en donde demostraron los conocimientos sobre triaje tipo Manchester Modificado y que pese a ello se evidenció cifras considerables de insatisfacción del usuario (33%), períodos prolongados de tiempo de espera y bajos niveles de calidad(12). Este nosocomio no es el único en el país con este sistema de atención por triaje, el hospital de Emergencias Villa el Salvador también cuenta con el mismo sistema y que hasta el momento ha funcionado desde hace varios años

sin una evaluación crítica de su efectividad, grado de conocimientos del personal de triaje y ni mucho menos la valoración en la práctica por parte del personal encargado del triaje. Este hecho ha sido considerado para el presente trabajo como el principal antecedente y motivo para llevarlo a cabo y de esta manera poder evaluar e identificar si existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del enfermero de triaje en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del enfermero de triaje en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento del enfermero de triaje en su **dimensión** conceptual y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023?
- ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento del enfermero de triaje en su **dimensión** simulativa y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del enfermero de triaje en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023

1.3.2 Objetivos específicos

- 1.** Determinar la relación entre el nivel de conocimiento del enfermero de triaje en su **dimensión** conceptual y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023
- 2.** Determinar la relación entre el nivel de conocimiento del enfermero de triaje en su **dimensión** simulativa y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

Para hacer frente a los problemas graves de la atención en emergencia, se ha implementado un proceso de clasificación denominado triaje, un término definido como un proceso de evaluación inicial estructurado que clasifica la eficacia de las condiciones de salud sobre la base de la gravedad, antes de una evaluación diagnóstica precisa y un tratamiento curativo en una situación de emergencia(4). Este concepto incluye un análisis estructurado de la identificación inmediata y priorización en base al conocimiento y práctica de Triage de la condición de riesgo vital del paciente, así como la evaluación periódica en función de la urgencia; todo ello para lograr reducir los tiempos de espera en el servicio y a su vez mantener a los familiares en todo momento informados del proceso de evaluación. Todo ese proceso de valoración ordenamiento y clasificación clínica, está fundamentado en principios teóricos y que pueden ser medidos con instrumentos objetivos sumados a evaluaciones estadísticas visibles(11).

1.4.2 Metodológica

El proceso de clasificar y priorizar la atención los pacientes que acuden a la admisión por emergencias se ha convertido en una obligatoriedad con el objeto de optimizar la atención por emergencia(13). Cada día la población aumenta y con ello se suman la necesidad de atención sanitaria masiva, hecho que condiciona una estrecha relación médico-enfermero-paciente diariamente. Cada uno de estos 3 componentes del triaje tiene un papel claro durante el flujo de atención, siendo los enfermeros los de mayor contacto con el paciente y es donde allí se centra nuestro estudio, su nivel de conocimientos y el efecto asociado a la puesta en práctica de dichos conocimientos desde el primer contacto institucional con el paciente.

Metodológicamente, la valoración de esta relación es factible gracias a una serie de instrumentos que permiten sentir y evaluar objetivamente con indicadores validados y estadísticamente reproducibles(14).

Permitirá determinar la conveniencia de continuar con la metodología que se utiliza para realizar el triaje el cual es el Manchester modificado basado en la NT042-MINSA o implementar alguna otra estrategia la cual pueda mejorar la atención de los pacientes y optimizarla dentro de los servicios de emergencia.

1.4.3 Práctica

Día a día los servicios de emergencias alrededor del mundo admiten a más de 4 millones de personas que buscan alguna atención de salud, desde patologías que condicionan la vida del paciente hasta condiciones crónicas reagudizadas. Cada uno de ellos, es atendido por un equipo de salud conformado por médicos, enfermería, técnicos y demás, y conllevan a que este flujo de atención sea constante y unidireccional(14). Desde el punto de vista práctico, el acto de atención diaria de los pacientes condiciona que este proceso sea accesible a ser evaluado y medido con las diversas técnicas propuestas, en nuestro caso, con instrumentos que permitan identificar el grado de conocimientos del personal de enfermería y la práctica sobre la atención de triaje de pacientes en emergencia con el objetivo de conseguir una atención priorizada(11).

1.5 Limitaciones de la investigación

El Hospital de Emergencias Villa el Salvador y su servicio de Emergencia, es un área de gran concurrencia en esta zona geográfica de Lima, Perú y con una atención diaria de más de 100 pacientes entre todas las prioridades del triaje Manchester, pero frente a ello, nuestra institución cuenta con limitados recursos humanos durante la atención de los pacientes. Esto

conlleva a que la población de enfermería estudiada sea limitada y que condicione un bajo poder estadístico del estudio durante el análisis de los datos. Otra importante limitación, es la presencia de factores externos a la relación enfermería-paciente en el servicio de emergencias como la falta de materiales o mala infraestructura que condicionaría que la práctica del triaje se vea afectada y prolongada, conllevando a que probablemente nuestros resultados puedan contener algún tipo de sesgo confusor de tercera variable.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Internacionales

Sosa y Cols. (2020) se plantearon el objetivo de crear y validar un instrumento que facilite evaluar el grado de conocimientos de enfermero acerca de su desempeño en triaje. Fue un estudio longitudinal lo aplicó en una población de 100 profesionales de enfermería con un muestreo no probabilístico por conveniencia. El proceso de validación de dicho instrumento lo realizaron en 3 etapas: 1) creación del constructo, 2) validación cualitativa por 23 jueces expertos y 3) validación cuantitativa por el Alpha de Cronbach y análisis factorial por componente rotados. El instrumento formado por 30 ítems tuvo un resultado de $\alpha=0.84$ también resultó como análisis factorial final una varianza de 47.85% con los cuales validaron la metodología para evaluar el nivel de conocimientos de los enfermeros(15).

Bautista, (2017) en su trabajo tuvo como objetivo “Identificar el conocimiento de los enfermeros para disminuir el nivel de insatisfacción de los pacientes con la atención brindada por ellos y diseñar un cronograma de capacitación acerca del sistema de triaje”, tuvo un diseño descriptivo de corte transversal. Usó una encuesta aplicada a 21 enfermeras concluyendo que el 67% desconoce acerca del significado de triaje, de las cuales un 81%

manifestaron desconocer los niveles de atención y prioridades, 86% manifestaron desconocer los tiempos de atención en el triaje. Estos hallazgos se consideraron como indicadores que indirectamente ponen en peligro la vida del paciente encontrándose un gran desconocimiento sobre el área de triaje(16).

Muñoz (2015) en su trabajo tuvo como objetivo 3 aspectos: tener conocimiento del tiempo de espera de los pacientes en el Servicio de Urgencias Hospitalarias de Palencia, determinar las características socio demográficas de los pacientes que acuden al servicio y observar si los pacientes que solicitan atención de urgencia acuden por propia iniciativa o por indicación médica. El trabajo que realizó lo hizo con un total de 889 casos siendo de tipo descriptivo y de corte transversal donde el 51.3% lo conformaron mujeres y una edad media total de 51 años. Por otro lado, con un nivel III de Prioridad de urgencia fueron triados un total de 366 pacientes (41.2%) y un 57.6% (512 casos) acudieron a urgencias por indicación médica y de ellos 231 pacientes (26%) necesitaron ser hospitalizados. Desde la admisión de un paciente hasta su triaje el tiempo medio fue de 8 minutos y desde triaje hasta su atención médica se clasificó como superior al que indica el protocolo para cada prioridad de urgencias en triaje. Concluyó así que hubo un alto porcentaje que acudió a urgencias por indicación médica, aun así un elevado porcentaje de ellos pudieron haber sido tratados en algún nivel de atención primaria evitando así la sobresaturación de los servicios de urgencias(17).

Vargas (2015) en su trabajo se planteó el objetivo hacer una comparación de los diversos parámetros y criterios que se presentan en la atención por niveles de triaje, según la escala de severidad ESI versión 4.0 de la Fundación Santa Fé de Bogotá, el estudio que realizó fue un estudio de corte transversal, observacional analítico, se evaluaron 385 pacientes

aleatorizados por nivel de atención. Se obtuvieron datos de variables específicas como el destino priorizado del paciente y consumo de recursos para la realización del análisis y descripción, así como también los datos demográficos. Se encuentran resultados principales como que el 54.5% fueron mujeres y la edad promedio estuvo en 44.9 años con IC95% (42.9 – 46.9). Además, para el nivel de prioridad I se encuentra un tiempo de espera promedio de 1.39 minutos, para el nivel de prioridad II de 22.9 minutos, prioridad III en 41.9 minutos, 56.9 minutos para el nivel de prioridad IV y de 52.1 minutos para el nivel de prioridad V. Se pudo verificar que los tiempos obtenidos en relación con estándares los mundiales en el nivel I,II y III son mayores($p<0.05$), solo en el nivel IV fue igual ($p<0.05$) y solamente para el nivel V fue menor($p=0.00$)(18).

Totoy (2014) en su trabajo planteó como objetivo el de determinar el conocimiento de triaje del personal de enfermería y su efecto en la priorización de la atención del paciente en emergencia. Usó una metodología observacional de enfoque cuantitativo, y de corte longitudinal, y aplicó una encuesta. Evaluó a 17 licenciadas que trabajaron en emergencias y entre los resultados obtuvo que el 100% del universo sí conocía sobre la definición de triaje, el 87.5% adquirió conocimientos por experiencia y autocapacitación, el 94% el proceso de triaje, aunque muchos de ellos no describían los pasos a seguir en dicho proceso. Se concluyó que el conocimiento sobre triaje influye en la categorización del paciente, donde la experiencia laboral del personal de enfermería juega un papel importante para lograr una adecuada práctica del triaje en Emergencia(19).

García (2013) en su tesis tuvo como objetivo el de determinar si es que con el sistema de triaje Manchester se han reducido los tiempos de espera para la atención médica de los pacientes en urgencias generales del Hospital de Cabueñes. Fue una tesis descriptiva

observacional, de corte transversal y retrospectiva y la información se obtuvo del archivo de registro de las historias clínicas de cada paciente. La muestra estuvo conformada por 15.754 pacientes y se concluyó que según el código de color destacaron que en cada prioridad del triaje fueron superados con los tiempos de las atenciones, siendo solo el 5% de las historias clínicas las que sí estuvieron dentro del tiempo estipulado(20).

De Argila N (2010) tuvo como objetivo analizar el impacto de un programa de triaje en la demora para la atención de pacientes en urgencias hospitalarias además determinar el tipo de valoración del enfermero que inicia la función de triaje. Estudio de tipo cohortes con un total de 1413 pacientes los que recibieron atención médica en el servicio de Urgencias fue de tipo observacional prospectivo, con una encuesta estructurada simple se analizó dicho programa desde el punto de vista de la experiencia del personal profesional de enfermería. Se observó que los tiempos desde la primera atención fueron mejorando progresivamente ($p < 0.05$); sin embargo, no se apreció diferencia significativa en relación a la estancia hospitalaria en emergencias(21).

Nacionales

Pisfil (2019) en su trabajo tuvo como objetivo la identificación del perfil de la enfermera de triaje que labora en el servicio de emergencia de los hospitales. Fue un trabajo de tipo revisión sistemática y se plantearon las siguientes interrogantes ¿Qué características debe tener el perfil del profesional de enfermería que realiza el triaje en el servicio de emergencia hospitalaria? Luego de una búsqueda bibliográfica por diferentes bases de datos, se seleccionaron diez investigaciones con la lista de Chequeo CASPE. Esta revisión concluyó que existen siete competencias importantes y entre ellas fueron las habilidades de

comunicación, capacidad de valoración, pensamiento crítico, conocimientos clínicos, manejo adecuado de las herramientas de triaje, autocontrol emocional y experiencia(22).

Pineda (2019) en su investigación, tuvo como objetivo el de identificar el nivel de conocimiento asociado al triaje en el personal interno de enfermería del servicio de Emergencia en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón de Puno. Investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y no experimental, se estudiaron a 48 internos de enfermería. Entre los resultados se identificaron que el 92% desconocía sobre la definición del triaje, el 54% desconocían sobre el fundamento ético del triaje, el 67% desconocían sobre el modelo de triaje y finalmente el 69% desconocían respecto sobre la práctica del triaje(23).

Vidal (2018) en su investigación tuvieron como principal objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento de triaje y la variable actitud del profesional de enfermería, la investigación fue de tipo descriptivo, correlacional y transversal. Entre los resultados se obtuvieron que un 46.7% de enfermeros adoptaba una actitud de indiferencia y un 58.3% poseía un conocimiento de triaje en nivel medio, comprobando así que existe una relación significativa entre estas dos variables. El desempeño respecto a la atención de víctimas y su clasificación por triaje estaba íntimamente relacionados con los conocimientos que poseían y las actitudes frente a dicha situación, favoreciendo la evacuación y priorización rápida de las víctimas lo cual aminoraba las complicaciones que se puedan presentar(24).

Hurtado y Puente (2018) en su estudio se plantearon el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de triaje en los enfermeros de emergencia para la Atención de víctimas de accidente de tránsito - Hospital Félix Mayorca Soto -Tarma 2018, fue un estudio descriptivo

y transversal con la aplicación de una encuesta, entre los resultados que se obtuvieron son que el 48 % de enfermeros tienen un nivel de conocimiento medio sobre triaje, 36% conocimiento alto y 16% bajo; llegando a su conclusión que los enfermeros del servicio de emergencia tienen un nivel medio de conocimiento del triaje para la atención de víctimas de accidente de tránsito(25).

Untiveros et al. (2017) en su trabajo se plantearon como objetivo el de determinar si existe relación entre la variable nivel de conocimiento en triaje y la variable actitud del personal enfermero del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho. Se evaluó una muestra de 25 enfermeras y usó una metodología correlacional, de diseño transversal y descriptivo, utilizándose un cuestionario para el conocimiento y una escala para la actitud. Entre los resultados obtenidos se describió que en el nivel de conocimiento sobre triaje fue aceptable en un 40% y muy bajo en el 8% de los casos. Asimismo, se identificó que existió un predominio de la actitud inadecuada en más del 50% de los casos y finalmente se concluyó que el nivel de conocimiento de triaje se relaciona significativamente con la actitud de los profesionales de enfermería con valores de $r_s=0.654$, $p=0.000$ con lo que se aceptó su hipótesis alterna(26).

Torres (2015) tuvo como objetivo “Determinar los conocimientos del profesional de enfermería sobre triaje en víctimas por desastres en la Unidad de Emergencia General del Hospital de Apoyo San Francisco Ayacucho”. Este estudio fue de nivel aplicativo, cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Entre los resultados que se obtuvieron fueron que el 40% de la muestra estudiada conoce y 60% desconoce sobre los principios básicos de triaje. Según el análisis de las dimensiones y prioridades, el 50% conocía y el 50% restante

desconocía, en la dimensión codificación de la prioridad, 40% conocía y 60% desconocía; y finalmente en relación a la dimensión ética, el 5% conocía y 95% desconocía(27).

Vílchez Z. C. (2010), tuvo como objetivo la evaluación de un mecanismo de triaje de 5 categorías en emergencia durante noviembre del año 2008 hasta Setiembre del 2009. Fue un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, y entre los principales resultados destacó que el tiempo promedio de duración en la atención en triaje fue de 3.48 minutos por cada paciente y desde triaje hasta recibir atención médica llevó un tiempo de espera de 58.69 minutos, con un tiempo máximo de espera de 180 minutos. Se concluyó que urge la necesidad y la importancia de implementar en el Hospital III de Chimbote- EsSalud el sistema de triaje de V niveles las 24 horas del día, con recurso humano capacitado(28).

Gutiérrez (2007) en su trabajo tuvo como objetivo determinar cuáles son las competencias que debería caracterizar el perfil ocupacional del enfermero que realiza la función de triaje, según el comentario del personal de enfermería del servicio de Emergencias del Hospital Nacional Dos de Mayo. Tuvo una metodología de tipo cualitativo-cuantitativo, descriptivo transversal y analítico. Entre los principales resultado se mostró que la opinión que tienen las enfermeras en relación a sus funciones es que, a veces aplican conocimientos y prácticas en la resolución de estados de crisis vitales del paciente crítico y siempre interactúan con el equipo de salud para atención del paciente crítico(29).

Isa Kroon (2009) en su tesis tuvo como objetivo el de implementar como prueba piloto un sistema de triaje el cual favorecería a la satisfacción del paciente aumentando la capacidad de resolución del servicio en el Hospital Central de la Policía. La metodología se basó en una escala de triage pediátrico canadiense modificado según la historia clínica institucional.

Entre los resultados destacaron que para la atención en triaje el tiempo de espera fue de 3-60 minutos. Para la atención en consulta de urgencias fue de 1-360 minutos tomando todos los niveles de triaje. Concluyeron que la realización del triaje mejoraría la percepción del usuario del servicio debido que desde el primer contacto con el profesional de la emergencia se le está informando sobre el estado del paciente, realizando la valoración, ordenamiento y clasificación del paciente con base en los conocimientos adquiridos, esto generando una tranquilidad en los padres o cuidadores(30).

2.2 Bases teóricas

Triaje en la actualidad

Los servicios de emergencias son el primer punto de contacto entre el paciente con la institución de salud y su principal objetivo es la atención a aquellas personas que son admitidos con problemas de salud que generan en ellos, o en su familia, una conciencia de necesidad de atención pronta(4). En cada uno de estos servicios, la atención está a cargo de un equipo multidisciplinario, en donde el personal de enfermería lo conformó. El principio básico de la atención en triaje es priorizar sistemáticamente y clasificar la atención médica ya sea de urgencia o de forma inmediata. Este flujo de atención tiene mayor importancia justamente cuando existe una demanda asistencial alta, la cual sobrepasa y supera la capacidad de resolución del recurso humano y de infraestructura disponible para la adecuada atención médica de los usuarios, lo cual ocasiona un detrimento en la atención de calidad de los pacientes. La emergencia médica es definida como toda afectación aguda o crónica la cual es percibida por los pacientes como condiciones que ponen en riesgo su vida, y que generalmente no es grave y en un 65% de los casos podrían ser solucionados por consultorio externo. Las cifras varían de un país a otro y oscilan entre 80-85% del total de atención por emergencia(15).

Se reporta actualmente en todo el mundo un aumento considerable en la afluencia de pacientes que solicitan atención en los servicios de urgencias médicas, en hospitales europeos por cada 1000 habitantes el ingreso de pacientes es de 300 a 400 al año, países latinos como México y Perú en sólo 3 años muestran un aumento de entre el 50 - 62%. En el caso del Perú, la explosión demográfica y epidemiológica, los sistemas sanitarios actuales, el crecimiento urbano, los altos índices de inseguridad ciudadana y de violencia, se ven reflejados en elevadas cifras de víctimas con lesiones graves o muy graves(31).

En los últimos 20 años el Perú, ha sufrido un incremento considerable en la demanda de pacientes a los triajes de los servicios de salud de emergencia, influenciado además por el turismo y la inmigración demográfica. Éstos últimos utilizan más estos servicios que los habitantes natales del sitio a migrar. Por otro lado, se ha reportado una elevada incidencia de problemas legales hasta en un 33%, por casos de mala atención y práctica en triaje por emergencia y períodos de espera que superan en muchas veces a los 180 minutos en casos de verdaderas emergencias(32).

Generalidades del triaje

El término triage tiene su origen en el verbo francés trier, la cual en sus inicios fue descrita en el siglo XII y que significó “separar”. En la Real Academia de la Lengua Española, no existe la palabra triage como tal pero existe el término “tria” que significa la acción y efecto o de triar o triarse, y que en vocablos más sencillos se traduce como priorización, clasificación o selección(22). La Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia N° 042 MINSA / DGSP-V. 01, Perú – 2007; *“El profesional de salud encargado del triaje, realiza el control de las funciones vitales del paciente y determina la prioridad del daño del mismo, a fin de derivarlo al área correspondiente de acuerdo al protocolo de triaje”*. De tal manera que podemos mencionar que el triaje es un proceso en el cual se identifica, clasifica

y prioriza por niveles enfocados a las necesidades o prioridades en salud de los pacientes. Este proceso es realizado por un profesional de salud calificado, médico o enfermería, quienes determinan el estado de gravedad del paciente según los scores de valoración clínica, siendo derivándolos a las diversas áreas correspondientes para su tratamiento oportuno(33). La Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE) cuando se refiere a triaje prefiere usar los términos de Recepción, Acogida y Clasificación de pacientes (RAC), aunque la palabra triaje continúa siendo la más y aceptada formalmente. Es así que podemos aceptar que triaje signifique un proceso de valoración clínica y evaluación detallada preliminar la cual facilite la pronta clasificación del paciente con relación a su gravedad, al cual se le va a asignar un tiempo máximo para ser atendido según el nivel de prioridad emergente y no por el orden de su llegada a la institución de salud. Las principales funciones que desempeña el triaje son: Organizar el flujo de pacientes que son admitidos en los servicios de Urgencias, priorizar la atención de los pacientes con condiciones graves, y gestionar la atención de manera más eficaz y eficiente posible, teniendo como meta final y principal institucional el aumento y mejorar de la calidad asistencial(34).

Modelos de Triaje

Actualmente existen 5 modelos de triaje utilizados en los diferentes hospitales del mundo y todos ellos se basan en el motivo de consulta, grado de afectación de las constantes, categorías de los síntomas y la necesidad de cuidados que presente el paciente durante la admisión a la emergencia(15). Estas escalas son la ATS (Australian Triage Scale: 1993, 2000), CTAS (Canadian Emergency Department and Acuity Scale, 1995), MTS (Manchester Triage System, 1996), ESI (Emergency Severity Index, 1999) y MAT (Model Andorra de Triage, 2000, 2003)(28). En muchos países europeos, los principales sistemas usados son el MAT o Sistema Español de Triaje (SET), que consiste en una modificación

del MAT en el 2003 por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y el MTS. Pese a todos los estudios relacionados a su efectividad en el uso para clasificar pacientes, han demostrado su capacidad de adaptarse a los distintos contextos en los que se han implantado.

Estos 5 modelos de triaje descritos, tienen en común que la evaluación de los pacientes se realiza en base a 5 niveles de prioridad clínica(15):

- **Prioridad I:** Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación– Shock Trauma, ésta prioridad incluye 20 daños entre ellos; Paro Cardio Respiratorio, shock, trauma severo, obstrucción vía aérea alta, además considera signos vitales de riesgo como: Frecuencia cardiaca <50 x min, Frecuencia cardiaca >150 x min, Presión arterial sistólica <90mmHg, Presión arterial sistólica >220mmHg, Presión arterial diastólica >110mmHg o 30mmHg por encima de su basal, Frecuencia respiratoria >35xmin, Frecuencia respiratoria <10xmin.
- **Prioridad II:** Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias; incluye una lista de 49 daños entre ellas; Crisis asmática, diabetes mellitus descompensa da, hemoptisis, trastornos del sensorio, dolor torácico.
- **Prioridad III:** Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Contiene una lista con 22 daños de las cuales se menciona; Dolor abdominal, deshidratación moderada, broncoespasmo leve, síndrome vertiginoso y trastorno vascular.
- **Prioridad IV:** Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios descentralizados. Contiene lista de 10 daños entre ellos; enfermedades diarreicas

agudas, enfermedades crónicas no descompensadas, resfrió común.

- **Prioridad V:** Tiempo de espera 240 minutos. Actualmente no se constituye una urgencia.

Rol del Enfermero en Triage.

Actualmente, el personal de enfermería es el encargado de llevar a cabo el triaje en una gran parte del mundo, el 77% de hospitales europeos y el 23% de los hospitales latinos, logrando recuperar un campo que previamente pertenecía a personal médico y técnico(1).

Diversas organizaciones sanitarias científicas como la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias, la SEMES (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias), el Grupo Español de Triage Manchester y, recomiendan que dado que los profesionales de enfermería cuentan con la capacidad necesaria para ejercer a función de triaje de manera correcta y adecuada. Sin embargo, muchos otros consensos de organizaciones científicas han manifestado que es un punto de controversia y crítica, tal es así que se ha intentado comparar el nivel de atención de triaje entre el profesional de enfermería frente a otros miembros del equipo profesional de salud en el contexto hospitalario. Muchas investigaciones han demostrado que la calidad del triaje del personal de enfermería es igual o hasta mejor en ciertos centros hospitalarios, que el del médico (87% vs 76%); asociado además a elevados índices de satisfacción del usuario con la atención con enfermería (89% vs 78%) con un enfoque más empático y humanizado(28).

Al hablar de un sistema de triaje de calidad hace referencia al que se designa de manera precisa y detallada a cada paciente según la escala de gravedad, logrando garantizar que sea atendido de forma oportuna. Pese a ello, la demora está asociada a un retraso al tratamiento

del dolor, aumentando los índices de morbilidad y problemas legales con la institución prestadora de servicios de salud. El personal de enfermería que se encuentre encargado del área de triaje, debe intentar mejorar estos eventos que podría generar un mal flujograma del triaje e insatisfacción del usuario(33).

Es por ello que teniendo en cuenta la real importancia que logra alcanzar el triaje en los servicios de urgencias de los centros hospitalarios sus consecuencias de un mal uso del mismo; es importante, la gestión de enfermería desde el ámbito asistencial logrando que se garantice que el triaje sea llevado a cabo por aquellas personas que cuenten con los conocimientos necesarios y una práctica adecuada en triaje para brindar una atención de calidad(11).

Para abordar el papel que desempeñan los profesionales de enfermería en Triaje es necesario abordar diversos factores y competencias profesionales que incluyen las habilidades de saber hacer, saber conocer y saber ser, experticia, conocimientos, actitudes, prácticas y propias experiencias de cada profesional. El personal de enfermería deberá tener un conocimiento acertado en el área que desempeña y del cómo está estructurado funcionalmente el servicio de emergencia con los protocolos respectivos que el área de triaje(20).

El Enfermero de Triaje debe ser capaz de realizar una correcta valoración ABCD, la cual debe incluir una acertada entrevista y evaluación detallada, un registro de información objetiva y poco subjetiva, en donde describan sobre el padecimiento o motivo de la consulta. Deberá precisar si el caso es una urgencia o emergencia, y será priorizado y asignado según las prioridades correspondientes. Este proceso permite estandarizar la atención con la consiguiente mejora en la clasificación de pacientes por emergencia según la gravedad

clínica de su condición. Todo este proceso de enfermería en el área de triaje permitirá establecer un acertado vínculo o relación con el paciente de manera integral, logrando disminuir la ansiedad o tensión por el mismo paciente y/o familiares. Esto generará un ámbito de confianza y de seguridad sanitaria, pese al aumento en la admisión de pacientes lo que justifique una atención rápida en cortos periodos de tiempo(19).

Principios bioéticos en el cuidado de Enfermería en el área de Emergencia.

El enfermero en Emergencia debe aplicar los principios bioéticos los cuales estén direccionados a hacer partícipes a los pacientes en las etapas de valoración, planeación u ordenamiento, ejecución o clasificación y evaluación de las acciones de enfermería, la enfermería está ligada a la ética, debido a que es una profesión que tiene mayor contacto y permanencia con el paciente y los familiares, es así que es susceptible de enfrentarse a dilemas éticos(26). El ejercicio de la profesión tiene implicancias legales en su actuar, la Enfermería como profesión independiente interactúa con otras para lograr el cuidado de la salud del paciente. La atención de Enfermería en Triage está guiada por los principios bioéticos en todo momento, una atención basada en no dañar y hacer el bien, buscando el beneficio del paciente en términos terapéuticos en la emergencia médica se cumple con el principio de Beneficencia; cumple también con el principio de la No – Maleficencia, cuando en la práctica evitamos el daño, se elimina la negligencia, se toma buenas decisiones para clasificar y priorizar al paciente de acuerdo a su cuadro clínico, con el principio de Justicia garantizamos, atender al que más lo necesita, designando una correcta prioridad al paciente que significa tratamiento oportuno eficaz y eficiente, tratar a todos por igual, sin discriminación, priorizar las acciones que realiza, evitar la falta de recurso haciendo un uso racional de ello. Se cumple además con el principio de Autonomía, cuando hacemos partícipe al paciente como principal actor de la decisión que él mismo toma en torno al

proceso de su enfermedad(23). Para ello se aplica lo que se conoce como el consentimiento informado el cual es un proceso paulatino que garantiza la comprensión del paciente acerca de la información brindada, asegurar una información clara, fidedigna y real al paciente y acompañante es necesario para la atención en emergencia.

En el Perú, vista la necesidad por parte del Ministerio de Salud de garantizar la óptima atención del paciente en situación de emergencia en los Hospitales del Sector y con los objetivos de brindar la normatividad técnica y los lineamientos en los procedimientos de atención de los pacientes en situación de emergencia además de asegurar un flujo eficiente de los recursos destinados a su cuidado en los Servicios de Emergencia se aprueba la Norma técnica de salud de los servicios de emergencia NTS n°042 – minsa/dgsp – v. O1 – lima 20 de abril del 2006, la cual tiene un alcance y aplicación de carácter nacional a ser aplicado por todos los hospitales del sector que cuenten con áreas destinadas a la atención de pacientes en Emergencia, la cual menciona algunas disposiciones específicas para la atención del paciente en triaje como son(35): El área de triaje es la primera área donde el paciente debe ser valorado para determinar la prioridad y el direccionamiento de su atención. Posterior a la evaluación por triaje el paciente tiene que dirigirse al área de admisión y de tratarse de un caso crítico de emergencia, el encargado de realizar este proceso será el familiar o el acompañante.

Conocimientos de enfermería en triaje

Los pacientes que asisten a un centro de emergencia médica esperan una atención de manera segura en un tiempo adecuado y sobre todo con calidad, quizá el tiempo adecuado para recibir la atención sea percibido por el paciente como el indicador más importante de calidad en los servicios de emergencia, dicho indicador está estrechamente relacionado a la gestión

adecuada de los recursos asistenciales con los que priorizan y realizan una clasificación de todos los pacientes tomando en cuenta el nivel de urgencia que presentan; es así que desde que se ha implementado los sistemas de Triage se ha conseguido disminuir los tiempos que los pacientes esperan para recibir la atención de un galeno. Existen diversas formas de medir la calidad de atención, en éste apartado abordaremos aquella forma que valora las dimensiones de calidad asistencial las cuales son(36):

- **Calidad científico-técnica:** Es aquella que se refiere a la utilización de conocimientos y recursos para favorecer el mejoramiento de la salud y de esta manera alcanzar la satisfacción usuaria mediante la adecuada puesta en práctica de dichos conocimientos. Ésta es la más usada para medir la calidad en la atención sanitaria.
- **Efectividad:** Nivel en que se produce un beneficio como producto de la atención médica en condiciones concretas y reales.
- **Eficiencia:** Consiste en conseguir el nivel de calidad más alto posible, utilizando el menor costo posible.
- **Accesibilidad:** Se habla de esta dimensión cuando nos referimos a la facilidad con la que los pacientes consiguen la atención médica que requieren, ésta incluye distintos tipos de barrera como las culturales, estructurales, económicas, sociales y organizativas.
- **Satisfacción:** Constituye el efecto deseado de la atención asistencial en el área de emergencia. Esta dimensión incluye: Actitudes respecto al trato personal que reciben como: información sincera y de fácil comprensión y empatía. Aspectos organizativos: como el tiempo de espera en el área de triaje, tiempo de espera desde la clasificación por prioridad en triaje hasta la atención médica, ambiente físico.
- **Aceptabilidad:** Nivel de colaboración del usuario, quiere decir la medida en la que el paciente cumple y acepta con el tratamiento y los cuidados que se le indican.

- **Adecuación:** consiste en la medida que el área y su servicio asistencial se corresponde con los requerimientos de los pacientes.
- **Continuidad:** cuando la atención brindada se realiza de manera ininterrumpida y de forma coordinada entre todas las áreas y niveles de asistencia.
- **Seguridad clínica:** cuando se identifica los procedimientos terapéuticos, clínicos y diagnósticos son los más seguros en temas de eficacia, los cuales estén dirigidos a los clientes de manera correcta y sin equivocaciones.

En el mismo sentido para fortalecer esta definición el autor Nicolás José y sus colaboradores definen que la clasificación y priorización de pacientes puede realizarse de una forma estructurada o no estructurada(37). El triaje estructurado hace referencia a la disponibilidad de una escala de triaje válida, útil, relevante y reproducible, y de una estructura física, profesional y tecnológica en los servicios que permitan su realización, según un modelo de calidad evaluable. Sus objetivos finales son: Identificar rápidamente los pacientes en situaciones de peligro inminente vital, con objeto de priorizar su asistencia y disminuir el riesgo, determinar el área de tratamiento más adecuada, permitir una evaluación continua, gracias a reevaluaciones periódicas, proporcionar información que permita conocer y comparar la casuística de emergencia, con la finalidad de optimizar recursos, mejorar la gestión y eficiencia(38).

Práctica en enfermería.

Pérez (2010), aplicar los conocimientos y llevarlos a la acción constituye la práctica. Aquella persona que persigue una finalidad útil, que piensa y luego actúa de acuerdo a la realidad, aquel que es capaz de resolver situaciones fortuitas o inesperadas sin perder el control apoyándose en los recursos con los que cuenta o se ingenia sin necesidad de experiencias anteriores, se considera como una persona práctica. Al proceso de entrenamiento entendido

como el concepto de una actividad en particular se le denomina práctica. Un punto esencial para el proceso de mejora lo constituye la práctica; por otro lado cuando una persona desarrolla una actividad con gran habilidad, se puede entender que tiene mucha práctica(39).

La teórica Patricia Benner, en su estudio de la práctica de Enfermería clínica trata de descifrar el nivel de conocimiento que sustenta la práctica de los profesionales de enfermería. Sostiene que el conocimiento aumenta de manera progresiva con el tiempo en una disciplina práctica la cual se desarrolla con el diálogo en escenarios y situaciones particulares. Es así que surge el conocimiento articulado. Benner establece la diferencia entre el conocimiento teórico y la práctica, afirmando que el conocimiento práctico (saber práctico) se desarrolla en base a estudios científicos con relación en la teoría y exploración del conocimiento práctico existente el cual evoluciona a partir de la experiencia clínica en la práctica de esta disciplina. Benner afirma que los profesionales de enfermería no registran de manera adecuada sus conocimientos clínicos y que el ausentismo en temas de observaciones clínicas y prácticas contribuye a que las teorías de enfermería tengan escasa riqueza y originalidad del conocimiento en la práctica clínica experta(40).

El modelo de Patricia Benner establece cinco niveles: (desde Principiante - Experta).

Principiante: están aquí los estudiantes de enfermería y los enfermeros nuevos en otra área que recién se incorporan; deben afrontar nuevas situaciones que son desconocidas para ellos.

Principiante avanzado: están aquí los enfermeros con la suficiente experiencia para manejar temas o situaciones a la cual se tienen que enfrentar como enfermeros profesionales, aún necesitan consejos de los enfermeros más expertos en el área a pesar de mostrar un alto sentido de responsabilidad. Aquí están los enfermeros que están empezando su carrera como profesionales.

Competente: aquí están los enfermeros que han logrado una práctica que les permite realizar nuevas pautas y formas de elaborar una buena planificación. En este nivel están los profesionales que tienen entre 2 o 3 años aproximadamente en determinada área laboral.

Eficiente: aquí están aquellos profesionales que ven las situaciones desde un punto de vista macro o global, ellos poseen un grado más de cualidad que el nivel anterior, dominan de manera intuitiva y comprometida a la situación del paciente y familia.

Experta: aquí están los profesionales que tienen el nivel más alto de cualidades, conocen al paciente y se anteceden a sus patrones de respuesta ya que poseen una gran práctica.

Demuestran gran dominio de la clínica asimilan fácilmente el conocimiento práctico, son las que tienen una visión en conjunto y tienen la capacidad para prever respuestas inesperadas(40).

2.3 Formulación de Hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

(Hi) Existe una relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del enfermero de triaje en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023

(Ho) No existe una relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del enfermero de triaje en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023

2.3.2 Hipótesis específicas

(Hi) Existe relación entre el nivel de conocimiento del enfermero de triaje en su **dimensión** conceptual y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023

(Ho) No existe una relación entre el nivel de conocimiento del enfermero de triaje en su **dimensión** conceptual y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023

(Hi) Existe relación entre el nivel de conocimiento del enfermero de triaje en su **dimensión** simulativa y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023

(Ho) No existe una relación entre el nivel de conocimiento del enfermero de triaje en su **dimensión** simulativa y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

Método hipotético deductivo, ya que se partió de la premisa de comprobar una hipótesis y así comprobarla con el desarrollo del trabajo de investigación. Se ha descrito que el método hipotético deductivo, es el conjunto de teorías y conceptos básicos, elaborando en forma deductiva las consecuencias empíricas de las hipótesis, y tratada de falsearla para reunir la información pertinente. Por tanto, busca la solución a los problemas pertinentes (2,4).

3.2. Enfoque investigativo

Dado que los resultados fueron cuantificables y presentados en cuadros estadísticos y valores numéricos el presente trabajo de investigación tuvo un enfoque Cuantitativo. Los métodos cuantitativos se centran en mediciones objetivas y análisis estadístico, matemático o numérico de los datos recopilados (15,37).

3.3. Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo aplicada ya que partimos de conocimientos previos que fueron utilizados para resolver el problema que nos hemos planteado al inicio de nuestro estudio favoreciendo la calidad de atención al paciente en triaje, el nivel de investigación fue correlacional debido a que busca establecer relación entre dos variables objeto de investigación. La investigación correlacional es un tipo de método de investigación no experimental en el cual un investigador mide la relación de dos variables (32,36).

3.4. Diseño de la investigación

No experimental de corte transversal, ya que se trabajó con las variables tal y como se presentan en la realidad sin manipularlas deliberadamente, y se estudiaron en un determinado periodo de tiempo, en un grupo definido de personas, por lo que no hubo manipulación de la variable (3, 15).

3.5. Población, muestra y muestreo

A. Población:

La población de estudio estuvo conformada por 120 profesionales de Enfermería de la Emergencia del Hospital de Emergencias de Villa el Salvador, durante el mes de Setiembre del 2023.

B. Muestra:

- **Personal de enfermería**

Se realizó en un número $n=118$ enfermeros. La cual fue no probabilística por conveniencia, 2 profesionales constituyeron el criterio de exclusión

C. Muestreo:

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia

D. Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Los enfermeros que voluntariamente aceptaron participar en el estudio.
- Enfermeros que fueron entrevistados dentro del período del estudio.

Exclusión:

- Enfermeros que se encuentren con licencia por enfermedad.
- Enfermeros que no respondan completamente el instrumento.
- Enfermeros de designación provisional de personal.
- Enfermeros que fueron entrevistados fuera del período del estudio.

La muestra de 118 enfermeros fue censal y el muestreo fue no probabilístico por conveniencia, ya que por la proximidad al investigador y mayor factibilidad para la recolección de datos fueron elegidos los enfermeros que trabajan en el área de Emergencia del Hospital de emergencias Villa el Salvador. En relación a las guías de observación, se evaluaron 118 de forma censal y no probabilística por conveniencia a una razón de 1:1; es decir, 1 guía de observación por personal de enfermería evaluado.

3.6. Variables y operacionalización.

Variable 1: Conocimiento de Triage

Variable 2: Práctica de enfermería

Matriz operacional de la variable 1 y 2:

Variable 1: Conocimiento de Triage

Definición Operacional: Es toda aquella información que refieren tener los enfermeros sobre la atención en Triage, en sus dimensiones conceptual y simulativa, con una encuesta que consta de 2 dimensiones conceptual con 19 ítems y simulativa con 11 ítems. Siguiendo el criterio de calificación de 0 a 5 y que corresponden a escalas de TA: Totalmente de acuerdo; DA: De acuerdo, NN: Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo; ED: En desacuerdo; TD: Totalmente en desacuerdo.; los valores finales de la variable serán Conoce y Desconoce

Matriz operacional de la variable 1:

<i>Dimensión</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Item</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Niveles y Rangos (Valor final)</i>
Conceptual	Significado	1. El triaje no clasifica al paciente en urgencia y emergencia; solo se basa en los signos vitales, priorización e intervenciones.	Nominal	Conoce
	Conocimiento	2. En urgencias la atención médica no se enfoca a la limitación del daño y secuelas.		
	Procedimientos	3. El triaje, se debe realizar en más de 5 minutos.		
		4. La evaluación en el triaje no involucra valoración de la vía aérea, ventilación y circulación		
	Tiempos de atención	5. El motivo de consulta: es el único dato para asignar la prioridad del paciente.		
		6. Dentro de la valoración debe de evaluarse los signos vitales del paciente.		
	Priorización en clasificación.	7. La anamnesis; indica la causa principal de solicitud de consulta		
		8. La sala de observación, reanimación y consultorios no son de triaje.		
	Personal que atiende	9. El triaje de 4 niveles no optimiza la atención al paciente.		
		10. El triaje según Manchester Modificado tiene: Prioridad I, II, III y IV.		
		11. Alerta Roja =¿paciente ingresa directo al área de reanimación?		
		12. Prioridad I: ¿debe esperar para recibir su consulta?		
		13. Triage, y posterior envío a médico familiar o domicilio es prioridad IV.		
		14. Prioridad I, eventos que ponen en peligro la vida, debe ser atendido en los primeros 10 minutos.		
		15. Prioridad II, condiciones, debe ser atendido en menos de 10 minutos.		
		16. La categorización del triaje dependiendo de la escala de Glasgow.		
		17. Prioridad I, ponen en riesgo su vida y tiene un tiempo límite para la atención.		
		18. El Glasgow y la glicemia ayudan a clasificar a un paciente.		

Simulativa	Conocimiento de casos clínicos	<p>19. Los TCE no deben ser evaluados en menos de 15 minutos.</p> <p>20. Prioridad III; se debe informar del estado de salud y el tiempo de espera al paciente</p> <p>21. Prioridad II, pueden ir a hospitalización, quirófano, unidad de cuidados intensivos, mortuario</p> <p>22. Prioridad II, puede ser enviado a su domicilio o unidad médico familiar.</p> <p>23. Paciente femenino de 42 años, P/A: 70/50 mm/Hg, FC: 98x`, FR: 27x` SO2: 88%, T° =35.6°C, dolor pélvico EVA 10/10, hemoglobina de 7.2 g/dl y hematocrito de 24.6%, embarazo ectópico roto ¿se clasifican prioridad II?</p> <p>24. Paciente con Gastroenteritis, dolor abdominal, sed, náusea, palpitaciones, deshidratación, P/A: 126/75 mm/Hg, FC: 112x`, FR: 20x`, SO2: 90%, T°: 37.8°C, ¿se clasifica como prioridad II?</p> <p>25. Paciente con P/A: 175/ 100 mm/Hg, FC: 117 x`, ECG: 9 puntos y HGT: 208 mg/dl, caída de aproximadamente 2 metros de altura TEC moderado más herida tipo escalpe en temporal derecho, ¿se clasifica como prioridad I?:</p> <p>26. Paciente con PCR ¿se clasifica como prioridad I?.</p> <p>27. Paciente con: focalización neurológica, pérdida del estado de alerta, disnea, dolor torácico, diaforesis, taquicardia, hipotensión, hemorragia profusa, pulso en extremidad ausente, trauma mayor, quemaduras < 20% ¿debe ingresar a shock trauma?</p> <p>28. Paciente con cefalea, obstrucción de la vía aérea incompleta, dolor torácico atípico, dificultad respiratoria aguda ¿se clasifica como Prioridad IV?</p> <p>29. Pacientes con dolor abdominal agudo, déficit neurológico > 6hrs, hematuria franca, trauma menor, hemorragia moderada, quemaduras < al 20%, efectos adversos a fármacos ¿se clasifica como Prioridad III?.</p> <p>30. Paciente con cefalea, mareo. náuseas, EVA 7/10, P/A: 130/86 mm/Hg, FC: 99 x`, FR: 18x`, SO2: 94%, T°: 36.3°C, ¿se clasifica como Prioridad II?</p>	Nominal	<p>Conoce</p> <p>Desconoce</p>
------------	--------------------------------	---	---------	--------------------------------

Variable 2: Practica de Triage

Definición Operacional: La práctica es la acción regular del enfermero de triaje donde valora, ordena y clasifica a los pacientes. Siempre utilizando el sentido común, se medirá mediante una guía de observación conformada por 10 preguntas relacionadas a las prácticas sobre triaje de emergencia de los enfermeros. Las preguntas tienen alternativa de respuesta de SÍ y NO, donde SÍ tiene un puntaje de (1) y NO tiene puntaje (0) y tendrá un valor final de Adecuado y No adecuado

Matriz operacional de la variable 2:

<i>Dimensión</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Item</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Niveles y Rangos (Valor final)</i>
Valoración	Valoración del paciente en triaje	1) ¿Valora en menos de 15 minutos?	Nominal	Adecuado
Ordenamiento	Ordena mediante la valoración de enfermería. Determina el área según prioridad. Disminuye la congestión y determina las áreas de tratamiento. Reevalúa a los pacientes e informa a los pacientes y familiares del tiempo de espera. Orienta a los pacientes a otro nivel de asistencia. Actúa de interlocutor.	2) ¿Ordena mediante valoración inicial?		
		3) ¿Prioriza la asistencia cuando se origina espera para la visita?		
		4) ¿Disminuye la congestión de las áreas de tratamiento y determina el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta en el servicio de emergencias?		
		5) Garantiza reevaluación durante la espera. ¿Informa a los pacientes y familiares acerca del tiempo de espera?		
		6) ¿Orienta a los pacientes a otros niveles de asistencia?		
		7) ¿Actúa de interlocutor con los miembros de los equipos de transporte sanitario?		
		8) Consideras el triaje; ¿sencillo, rápido, apropiado?		
		9) ¿Consideras la realización del triaje como una función específica de enfermería?		
Clasificación	Clasificación del paciente. Orden de atención del paciente Prioridad de atención al paciente	10) ¿Te genera tensión - ansiedad realizar la función del triaje?		

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica que se utilizó para identificar el conocimiento fue la escala Likert encuesta, que se aplicó a los 118 enfermeros del servicio de Emergencia con sus 5 opciones de respuesta y su criterio de calificación de 0 a 5 y que corresponden a escalas de TA: Totalmente de acuerdo; DA: De acuerdo, NN: Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo; ED: En desacuerdo; TD: Totalmente en desacuerdo. Para la evaluación de la práctica de los enfermeros se usó fue la Guía de Observación a cada enfermero que comprende la población (1:1).

3.7.2. Descripción

A continuación, se describirá la ficha técnica de los instrumentos que se utilizó.

- a.** La ficha técnica del instrumento 1 “Escala nivel de conocimiento en el manejo de triage en personal de enfermería (NICMA-TRIPE)”. (Sosa-Sánchez et. al.)

Población: Está formada por 100 licenciados en enfermería del servicio de emergencia

Momento: Los licenciados se encontraban en el Hospital durante el turno en triaje.

Lugar: Servicio de Emergencia del Hospital Puebla, México.

Validez: Alfa de Cronbach, teniendo el valor de 0.71

Fiabilidad: Prueba binomial, teniendo como valor de $p < 0.05$

Tiempo de llenado: 10 min.

Número de ítems: 30 Ítems.

Dimensiones: Conceptual (19 preguntas) y Simulativo (11 preguntas).

Alternativas de respuesta: TA: Totalmente de acuerdo DA: De acuerdo, NN: Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo; ED: En desacuerdo; TD: Totalmente en desacuerdo.

Para fines estadísticos del estudio se logra agrupar en DA y ED

Baremos (niveles, grados) de la variable: Conoce, Desconoce.

- b. La ficha técnica del instrumento 2“Conocimiento y práctica del triaje de emergencia en profesionales de enfermería de un hospital nacional de Lima, 2018”. (M. Baquero)

Población: Está formada por 85 licenciados en enfermería del servicio de emergencia

Momento: Los licenciados se encontraban en el Hospital antes de empezar sus turnos.

Lugar: Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unánue.

Validez: V de Aiken, teniendo como valor de 0.90

Fiabilidad: KR20, teniendo como valor de KR20=0.80

Tiempo de llenado: 15 min.

Número de ítems: 10 Ítems.

Dimensiones: Valoración (1,7,8,10), Ordenamiento (2,5,6), Clasificación (3,4,9)

Alternativas de respuesta: Sí y No.

Baremos (niveles, grados) de la variable: Adecuada, No Adecuada.

3.7.3. Validación

Debido a que los instrumentos ya han sido validados anteriormente; se realizó una prueba piloto para determinar la validez de su aplicación en nuestro estudio; además se sometió al primer instrumento a juicio de expertos para verificar su aplicabilidad en nuestra población, validez que se considera vigente para nosotros dado que se aplicaron en profesionales de enfermería que laboran en el área de emergencia y desempeñan su labor en triaje, constituyendo una similitud poblacional considerable para nuestro trabajo de investigación.

3.7.4. Confiabilidad

Se realizó mediante la prueba Kuder Richardson que se aplicó en un total de 20 unidades de análisis que constituyeron la prueba piloto obteniendo como resultados para el instrumento de la encuesta $KR= 0.80$ y para determinar la confiabilidad de la guía de observación un $KR=0.71$. resultados que nos brindan la confiabilidad y estabilidad de los instrumentos que se utilizaron.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Se realizó el trámite administrativo en el Hospital de Emergencias Villa el Salvador mediante el envío de una carta formal del director de la escuela de posgrado de la Universidad Privada Norbert Wiener presentando al tesista dirigida al Director Ejecutivo del Hospital, asimismo la carta de presentación del tesista al Director para la autorización en la ejecución de la tesis. Luego se realizaron las coordinaciones en la Jefatura de Enfermería con el Coordinador del área del Servicio de Emergencia, a fin de establecer el cronograma para la recolección de datos considerando un tiempo de entre 20 y 30 minutos para la ejecución de los instrumentos. La selección de la muestra fue no probabilística por conveniencia, se sometió una prueba piloto a 20 licenciados que laboran en el área de emergencias, luego de recolectados los datos, éstos fueron ingresados al programa Excel, y estadísticamente analizados con la prueba Kuder Richardson. Para el análisis de datos se usó la prueba de Chi cuadrado de Pearson, dado que se trata de un estudio correlacional con variables cualitativas nominales y se tomará como valores significativos los que sean menores a $p<0.05$.

3.9. Aspectos éticos

Se tuvo en cuenta la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial con respecto a los principios éticos, la que se basa en el bienestar de las personas. En el trabajo de campo, éste se llevó a cabo previa aceptación de los sujetos de estudio mediante la firma del consentimiento informado el cual tiene como objetivo cumplir con los 4 principios bioéticos universales: al momento de informar el objetivo de su participación o si desean no hacerlo teniendo el carácter de confidencialidad de la información se cumplió con el principio de Autonomía; informando al participante de nuestra preparación para realizar dicho estudio cumpliendo con el compromiso ético cumplimos con el principio de Beneficencia; el principio de Justicia está representado al momento de establecer los criterios de inclusión y exclusión de los participantes; la No maleficencia estuvo representada en el carácter de no causar daño al aplicar los instrumentos.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

Para realizar el análisis de datos se ha aplicado el instrumento a 118 enfermeros en hospital de Villa el Salvador, para el análisis se consideró el siguiente baremo, por variable y dimensiones:

Tabla N° 01: Baremos de la variable Conocimiento del Triage y sus dimensiones

Estadísticos	Conceptual	Simulativa	CONOCIMIENTO DE TRIAJE
Conoce	[13 - 19]	[9 - 17]	[21 - 28]
Desconoce	[4 - 12]	[3 - 8]	[7 - 20]

Tabla N° 02: Baremos de la variable Practicas de Triage y sus dimensiones

Estadísticos	VALORACIÓN	ORDEAMIENTO	CLASIFICACIÓN	PRACTICA DE TRIAJE
Adecuado	[4 - 5]	[3 - 4]	[3 - 4]	[8 - 10]
No adecuado	[0 - 3]	[0 - 2]	[0 - 2]	[3 - 7]

Las puntuaciones de las tablas N° 01 y 02, nos permitieron los análisis descriptivos del estudio.

Análisis descriptivo

Tabla N° 03: Percepción del personal de enfermería según la variable Conocimiento del Triaje en el Hospital de Villa el Salvador.

		Conocimiento de Triaje					
		Desconoce		Conoce		Total	
Dimensión	Categoría	N	%	n	%	N	%
Conceptual	Desconoce	58	90.6%	10	18.5%	68	57.6%
	Conoce	6	9.4%	44	81.5%	50	42.4%
	Total	64	100.0%	54	100.0%	118	100.0%
Simulativa	Desconoce	59	92.2%	18	33.3%	77	65.3%
	Conoce	5	7.8%	36	66.7%	41	34.7%
	Total	64	100.0%	54	100.0%	118	100.0%

Fuente: entrevista a enfermeros.

En la dimensión conceptual, se observa que el 90.6% de los encuestados desconoce el triaje. Del total de 68 personas encuestadas en esta dimensión, el 57.6% no tiene conocimiento sobre el triaje y el 42.4% sí lo tiene. En la dimensión simulativa, se evidencia que el 92.2% de los encuestados desconoce el triaje. De las 77 personas encuestadas en esta dimensión, el 65.3% no tiene conocimiento sobre el triaje y el 34.7% sí lo tiene, los resultados indican que la mayoría del personal de enfermería en el Hospital de Villa el Salvador tiene un bajo conocimiento sobre el triaje, tanto en la dimensión conceptual como en la simulativa.

Tabla N° 04: Percepción del personal de enfermería según la variable Práctica de Triage en el Hospital de Villa el Salvador.

Dimensión	Categoría	Practica de Triage					
		No adecuado		Adecuado		Total	
		N	%	N	%	n	%
Valoración	No adecuado	55	90.2%	29	50.9%	84	71.2%
	Adecuado	6	9.8%	28	49.1%	34	28.8%
	Total	61	100.0%	57	100.0%	118	100.0%
Ordenamiento	No adecuado	56	91.8%	24	42.1%	80	67.8%
	Adecuado	5	8.2%	33	57.9%	38	32.2%
	Total	61	100.0%	57	100.0%	118	100.0%
Clasificación	No adecuado	53	86.9%	9	15.8%	62	52.5%
	Adecuado	8	13.1%	48	84.2%	56	47.5%
	Total	61	100.0%	57	100.0%	118	100.0%

Fuente: entrevista a enfermeros.

En la dimensión de "Valoración", se observa que el 90.2% de los encuestados consideró que la práctica de triaje no es adecuada, mientras que solo el 9.8% se consideró como adecuada. Esto indica que la mayoría del personal de enfermería percibe que la práctica de triaje en el hospital no cumple con los estándares necesarios. Además, se puede observar que un 50.9% de los encuestados que consideraron la práctica de triaje no adecuada representan aproximadamente la mitad de los encuestados en total, mientras que el 49.1% de aquellos que la consideraron adecuada representan una proporción similar. En la dimensión de "Ordenamiento", se encontró que el 91.8% de los encuestados percibieron que la práctica de triaje no era adecuada, mientras que solo el 8.2% consideró que era adecuada. Estos resultados reflejan una gran preocupación por parte del personal de enfermería en cuanto al orden y la organización del proceso de triaje en el hospital. Se destaca que el 42.1% de aquellos que consideraron el triaje no adecuado representan aproximadamente la mitad de

los encuestados en total, mientras que el 57.9% de aquellos que lo consideraron adecuado también representa una proporción similar. En la dimensión de "Clasificación", el 86.9% de los encuestados consideraron que la práctica de triaje no era adecuada, mientras que el 13.1% la consideró adecuada. Esto indica una preocupación significativa en cuanto a la clasificación de los pacientes durante el proceso de triaje. Se puede destacar que el 15.8% de aquellos que consideraron el triaje no adecuado representa una proporción menor del total de encuestados, mientras que el 84.2% de aquellos que lo consideraron adecuado representa una proporción mayor, la tabla revela una percepción generalizada entre el personal de enfermería en el Hospital de Villa el Salvador de que la práctica de triaje no es adecuada en todas las dimensiones evaluadas.

Objetivo general

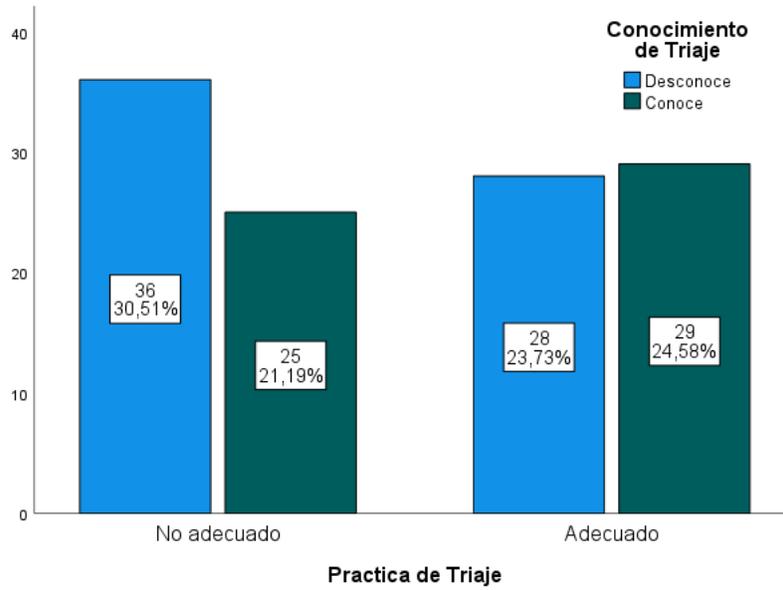
Tabla N° 05: Percepción del nivel de conocimiento y la práctica del enfermero de triaje en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023.

Variable / Dimensión	Categoría	Practica de Triage					
		No adecuado		Adecuado		Total	
		N	%	N	%	N	%
Conocimiento de Triage	Desconoce	36	30.5%	28	23.7%	64	54.2%
	Conoce	25	21.2%	29	24.6%	54	45.8%
	Total	61	51.7%	57	48.3%	118	100.0%

Fuente: entrevista a enfermeros.

En la categoría de "Conocimiento de Triage", se observa que el 30.5% de los enfermeros encuestados desconocen los conceptos y principios del triaje y tienen una práctica no adecuada, mientras que el 21.2% de ellos tienen conocimiento sobre el tema, aunque tienen una práctica no adecuada. Esto indica que existe un porcentaje significativo de enfermeros que no están familiarizados con los procesos y procedimientos necesarios para realizar adecuadamente el triaje en el Servicio de Emergencia. También se puede evidenciar que el 23.7% desconocen de Triage; aunque tienen una práctica adecuada, el 24.6% de participantes conocen de Triage y a la vez tienen una práctica adecuada en el servicio. Esto sugiere que hay una división cercana entre aquellos que perciben su práctica de triaje como no adecuada y aquellos que la consideran adecuada, la tabla muestra que en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador en 2023, una proporción considerable de enfermeros desconoce los conceptos y principios del triaje.

Figura N° 01: Percepción del nivel de conocimiento y la práctica del enfermero de triaje en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023.



Fuente: entrevista a enfermeros.

Objetivos específicos

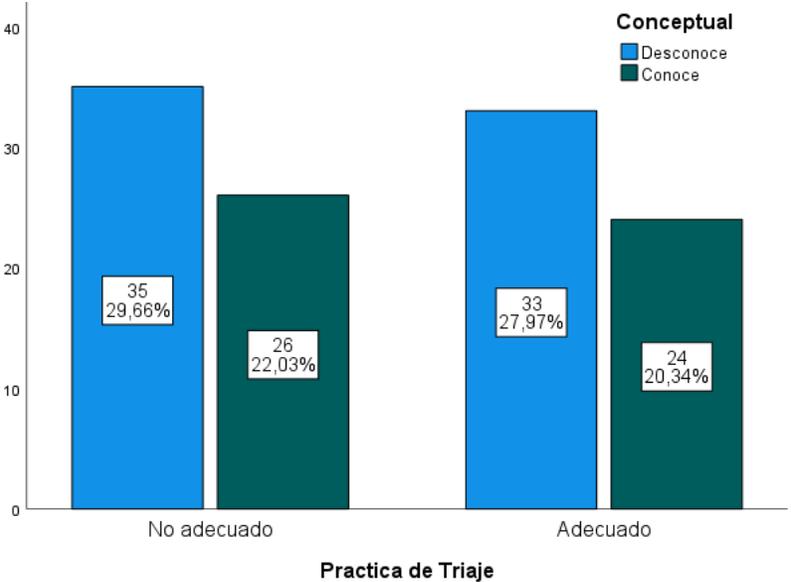
Tabla N° 06: Percepción del nivel de conocimiento del enfermero de triaje en su dimensión conceptual y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023.

Variable / Dimensión	Categoría	Practica de Triage					
		No adecuado		Adecuado		Total	
		N	%	n	%	N	%
Conceptual	Desconoce	35	29.7%	33	28.0%	68	57.6%
	Conoce	26	22.0%	24	20.3%	50	42.4%
	Total	61	51.7%	57	48.3%	118	100.0%

Fuente: entrevista a enfermeros.

En la categoría de "Conceptual", se observa que el 29.7% de los enfermeros encuestados desconocen los conceptos y principios del triaje en su dimensión conceptual y tiene una práctica no adecuada de triaje, mientras que el 22.0% de ellos tienen conocimiento sobre el tema, aunque tienen una práctica no adecuada de Triage. Esto indica que existe un porcentaje significativo de enfermeros que no están familiarizados con los conceptos y principios teóricos del triaje en el Servicio de Emergencia. En cuanto a la práctica del triaje, el 28.0% de los enfermeros consideraron que su práctica de triaje en la dimensión conceptual es adecuada, aunque desconocen en ésta misma dimensión el triaje, mientras que el 20.3% la calificaron como adecuada y al mismo tiempo conocen del tema. Esto sugiere que hay una división cercana entre aquellos que perciben su práctica de triaje en la dimensión conceptual como inadecuada y aquellos que la consideran adecuada.

Figura N° 02: Percepción del nivel de conocimiento del enfermero de triaje en su dimensión conceptual y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023.



Fuente: entrevista a enfermeros.

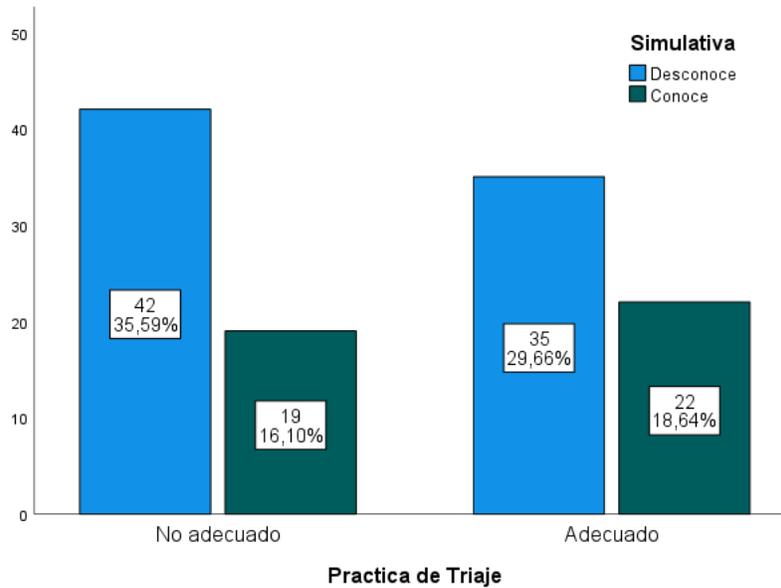
Tabla N° 07: Percepción del nivel de conocimiento del enfermero de triaje en su dimensión simulativa y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023.

Variable / Dimensión	Categoría	Practica de Triage					
		No adecuado		Adecuado		Total	
		N	%	n	%	N	%
Simulativa	Desconoce	42	35.6%	35	29.7%	77	65.3%
	Conoce	19	16.1%	22	18.6%	41	34.7%
	Total	61	51.7%	57	48.3%	118	100.0%

Fuente: entrevista a enfermeros.

En la categoría de "Simulativa", se observa que el 35.6% de los enfermeros encuestados desconocen los aspectos prácticos y de simulación del triaje al mismo tiempo tienen una práctica no adecuada, mientras que el 16.1% de ellos tienen conocimiento sobre el tema, aunque realizan una práctica no adecuada de triaje. Esto indica que existe un porcentaje considerable de enfermeros que no están familiarizados con la aplicación práctica y la simulación del triaje en el Servicio de Emergencia. En cuanto a la práctica del triaje, el 29.7% de los enfermeros consideraron que su práctica de triaje en la dimensión simulativa es adecuada, aunque desconocen del tema, mientras que el 18.6% la calificaron como adecuada los mismos que conocen en la dimensión simulativa del triaje. Esto sugiere que hay una división cercana entre aquellos que perciben su práctica de triaje en la dimensión simulativa como no adecuada y aquellos que la consideran adecuada.

Figura N° 03: Percepción del nivel de conocimiento del enfermero de triaje en su dimensión simulativa y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023.



Fuente: entrevista a enfermeros.

4.1.2. Prueba de hipótesis

Hipótesis general

Hi: Existe una relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del enfermero de triaje en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023

Ho: No existe una relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del enfermero de triaje en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023.

Nivel de significancia: 0.05.

Estadístico de prueba: Chi cuadrado, Phi de Cramer.

Tabla N° 08: Contraste de Hipótesis del nivel de conocimiento y la práctica del enfermero de triaje en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023.

Estadístico	Valor	gl	p-valor
Chi-cuadrado de Pearson	1.162	1	0.281
Phi	0.099		0.281

Fuente: entrevista a enfermeros.

El estadístico Chi-cuadrado de Pearson es 1.162 con un grado de libertad (gl) de 1 y un p-valor de 0.281. Además, el estadístico Phi es 0.099. Dado que el p-valor (0.281) es mayor que el nivel de significancia (0.05), no tenemos suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula (Ho). Esto implica que no podemos afirmar que existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica del enfermero de triaje en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador en el año 2023.

Hipótesis específicas 1

Hi: Existe relación entre el nivel de conocimiento del enfermero de triaje en su dimensión conceptual y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023

Ho: No existe una relación entre el nivel de conocimiento del enfermero de triaje en su dimensión conceptual y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023.

Nivel de significancia: 0.05.

Estadístico de prueba: Chi cuadrado, Phi de Cramer.

Tabla N° 09: Contraste de Hipótesis del nivel de conocimiento del enfermero de triaje en su dimensión conceptual y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023.

Estadístico	Valor	gl	p-valor
Chi-cuadrado de Pearson	0.003	1	0.955
Phi	-0.005		0.955

Fuente: entrevista a enfermeros.

El estadístico Chi-cuadrado de Pearson es 0.003 con un grado de libertad (gl) de 1 y un p-valor de 0.955. Además, el estadístico Phi es -0.005. Dado que el p-valor (0.955) es mucho mayor que el nivel de significancia (0.05), no tenemos suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula (Ho). Esto implica que no podemos afirmar que existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento del enfermero de triaje en su dimensión conceptual y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador en el año 2023.

Hipótesis específicas 2

Hi: Existe una relación entre el nivel de conocimiento del enfermero de triaje en su dimensión simulativa y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023

Ho: No existe una relación entre el nivel de conocimiento del enfermero de triaje en su dimensión simulativa y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023.

Nivel de significancia: 0.05.

Estadístico de prueba: Chi cuadrado, Phi de Cramer.

Tabla N° 11: Contraste de Hipótesis del nivel de conocimiento del enfermero de triaje en su dimensión simulativa y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023.

Estadístico	Valor	gl	p-valor
Chi-cuadrado de Pearson	0.721	1	0.396
Phi	0.078		0.396

Fuente: entrevista a enfermeros.

El estadístico Chi-cuadrado de Pearson es 0.721 con un grado de libertad (gl) de 1 y un p-valor de 0.396. Además, el estadístico Phi es 0.078. Dado que el p-valor (0.396) es mayor que el nivel de significancia (0.05), no tenemos suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula (Ho). Esto implica que no podemos afirmar que existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento del enfermero de triaje en su dimensión simulativa y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador en el año 2023.

4.1.3. Discusión de resultados

En diversos estudios de investigación ha sido abordado el tema del triage llegando a la conclusión que la creación, desarrollo y modificaciones de éste sistema se constituye en una necesidad para lograr un mejor nivel de atención de acuerdo al aumento de la demanda en el servicio de emergencia de los diversos hospitales. En nuestro país y en Lima particularmente no existe desarrollado un método sistemático en el manejo de conceptos y la implementación convencional única para todos los servicios de emergencia de los hospitales. Para ello se hace imperiosa la necesidad de conocer aspectos como conceptos, definiciones que circundan al triage y con relación a ello establecer normas y actividades dirigidas por las entidades rectoras de la salud nacional que conlleven a mejorar la atención de entrada en los hospitales, aumentando la calidad del servicio en emergencia.

Es así que con el resultado del presente estudio no me permite rechazar la hipótesis nula, esto quiere decir que no podemos afirmar que existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica del enfermero de triaje en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador; estadísticamente hablando se obtuvo un valor Phi de Cramer de $p=0.81$ valor que se aleja del nivel de significancia que se desearía (0.05), para ser correlacional; así como también se acepta la hipótesis nula para cada una de sus dimensiones en la variable conceptual de conocimiento de triage y su relación con la práctica con un valor de $p= 0.955$ y la dimensión simulativa del conocimiento y la relación con la práctica con un valor de $p= 0.396$, determinamos que existen porcentajes superiores al 50% que sitúan el nivel de desconocimiento relacionado con la práctica de triaje realizado por los profesionales de Enfermería resultados que preocupan por el grado de magnitud e impacto en la atención y priorización del paciente estos resultados podrían conllevar a errores que pongan en riesgo la salud de los usuarios que acuden al nosocomio; resultados que se podrían

dar debido a la gran afluencia de pacientes que acuden al servicio, saturan el área sin tratarse de situaciones de emergencia, los cuales pueden ser atendidos y resueltos en el primer nivel de atención; además también se puede deber a la poca experiencia que tienen la mayoría de profesionales entrevistados ya que tienen menos de 2 años de experiencia en el área de trabajo; es necesario que el personal de enfermería a cargo de realizar el triaje, debe estar constituido por profesionales que tengan experiencia y práctica necesarias, características de respeto, empatía, buen trato durante la entrevista, realizar y anticipar algunos tratamientos basados en los principios bioéticos, toda actuación basada en la experiencia la cual le permitirá detectar situaciones vitales y críticas en los pacientes, tomando decisiones con liderazgo y de carácter multidisciplinario el cual asegure una atención integral de los pacientes desde su ingreso hasta el proceso del alta asegurando la atención en triaje de manera óptima que no implique en ningún momento el riesgo hacia la salud de los usuarios(41). En el caso del Hospital de Emergencias Villa el Salvador ceñirse en el manual de atención de Triaje que se basa en NTS n°042 – minsa/dgsp – v. O1 – lima 20 de abril del 2006, la cual tiene un alcance y aplicación de carácter nacional a ser aplicado por todos los hospitales del sector que cuenten con áreas destinadas a la atención de pacientes en Emergencia, la cual menciona algunas disposiciones específicas para la atención del paciente en triaje.

Resultados que se pueden comparar con los obtenidos en el estudio de Bautista, el cual concluyó que el 67% desconoce acerca del significado de triaje, de las cuales un 81% manifestaron desconocer los niveles de atención y prioridades, 86% manifestaron desconocer los tiempos de atención en el triaje, resultados que al igual el autor concluye que éstos indicadores en salud ponen en peligro la vida del paciente encontrándose un gran desconocimiento sobre el área de triaje(16). Resultados igual de comparables obtiene Torres en su investigación obtuvo 60% desconoce sobre los principios básicos de triaje, en la

dimensión codificación de la prioridad el 60% desconocía; y finalmente en relación a la dimensión ética, el 95% desconocía, acerca del Triage(27). Pineda obtuvo en su investigación, resultados como que el 92% de su población estudiada desconocía sobre la definición del triaje, el 54% desconocían sobre el fundamento ético del triaje, el 67% desconocían sobre el modelo de triaje y finalmente el 69% desconocían respecto a la práctica del triaje(23), estos últimos resultados nos hacen advertir la importancia en la implementación y difusión de los conocimientos en triaje del personal que va a ejecutar sus labores en distintas áreas de emergencia y específicamente en triaje, conllevando de esta manera al correcto desempeño y atención con eficiencia y eficacia por parte de los profesionales de la salud.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- 1.** No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica del enfermero en triaje del hospital de emergencias de Villa el Salvador; Phi de Cramer = 0.099 y un valor de $p=0.281$, no se rechaza la hipótesis nula.
- 2.** No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento en su dimensión conceptual y la práctica del enfermero en triaje del hospital de emergencias de Villa el Salvador; Phi de Cramer = -0.005 y un valor de $p=0.955$, no se rechaza la hipótesis nula.
- 3.** No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento en su dimensión simulativa y la práctica del enfermero en triaje del hospital de emergencias de Villa el Salvador; Phi de Cramer = 0.078 y un valor de $p=0.396$, no se rechaza la hipótesis nula.

5.2 Recomendaciones

1. El triaje como sistema en las entidades de salud debe ser sometido a evaluación constante y a criterios de actualización si no selectivo, de manera integral para que se pueda garantizar un funcionamiento acorde a la demanda cada vez creciente.
2. El personal que sea encargado de realizar la labor de triaje tiene que obligatoriamente ser instruido en el proceso y método que se utilice, mantener una continua y adecuada formación el cual le permita mantener los conocimientos actualizados y con la experiencia comprobada en el tema.
3. A la institución en general y específicamente al área de triaje ceñirse a la guía para la labor en ésta área y su manual de acciones en triaje, basado en la NT 042-MINSA de atención en emergencia la cual formaliza y describe las funciones que se deben desempeñar en el área de triaje.
4. Es necesario identificar mediante una evaluación al modelo y proceso de Triaje para poder identificar errores ya sea en su implementación, modificación o ejecución del sistema de triaje el cual nos conlleve a disminuir los errores en su desarrollo y ejecución con la finalidad de proponer soluciones que vayan en pro de la seguridad y satisfacción del usuario en la atención médica.
5. Someter a evaluación y mejoramiento constante los instrumentos que se puedan utilizar para medir variables como conocimiento y práctica respecto al área de triaje en determinado centro que oferte servicios de salud, evaluar la realización de ello con guías de observación y cuestionarios que se ajusten a nuestra realidad validados y confiables, dentro de las políticas sanitarias actualizadas y estandarizadas.

6. Es crucial el fomento y ejecución de futuras investigaciones acerca del tema de triaje intrahospitalario para poder identificar y establecer un modelo o sistema que se adecúe a nuestra realidad y se ejecute de la mejor manera posible dentro del contexto de la atención sanitaria.
7. Siendo el área de triaje la primera y la cual determina la priorización y clasificación de pacientes dentro de emergencia, debe ser realizada por un personal de enfermería que cumpla cierto perfil profesional el cual reúna experiencia, motivación y con criterio científico y práctico para realizar dicha actividad; ya que ésta priorización puede determinar la rápida recuperación de la salud o el detrimento de ella.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hurtado Montes SA, Puente Salcedo I. Conocimiento del profesional de enfermería del servicio de emergencia sobre el triaje para la atención de víctimas de accidente de tránsito Hospital Félix Mayorca Soto-Tarma 2018. 2019.
2. Phukubye Thabo A, Mbombi Masenyani O, Mothiba Tebogo M. Conocimientos y prácticas de triaje entre enfermeras que trabajan en los servicios de emergencia de los hospitales rurales de la provincia de Limpopo- Sudáfrica 2019, disponible en <https://openpublichealthjournal.com/VOLUME/12/ PAGE/439/>
3. Mamani Calle G. Conocimiento del profesional de enfermería sobre triaje en Servicio de Emergencia, Clínica del Sur La Paz-Bolivia gestión 2021.
4. Mamani Candia JE, Aranda Quino PT. Conocimiento sobre triaje en las enfermeras profesionales que trabajan en Emergencias del Hospital Obrero N° 1, gestión 2018. 2019.
5. Baquero Panduro M. Conocimiento y práctica del triaje de emergencia en profesionales de enfermería de un hospital nacional de Lima, 2018. 2019.
6. Somma DS, Paladino AL, Vaughan EL, Lalle JI, Magrini PL, Magnanti AM., El hacinamiento en el departamento de emergencias: un problema internacional. Pasante EmergMed 2015; 10 2: 171-175.Citado aquí
7. Carter EJ, Pouch SM, Larson EL. La relación entre el hacinamiento del departamento de emergencias y los resultados de los pacientes: una revisión sistemática. J NursScholarsh 2014; 46 2: 106-115. Citado aquí

8. Bermejo RS, Fadrique CC, Fraile BR, et al. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias* 2013; 25(1), 66-70.
9. MolinaÁlvarez RA, Zavala SE. Conocimiento de la Guía de Práctica Clínica de triaje por personal de enfermería. *Rev CONAMED*. 2014; 19(1):11-16.
10. DeSouza CC, Diniz AS, Da Mata LR, Chianca TC. Nurses' perception about risk classification in an emergency service. *Invest Educ Enferm*. 2014; 32(1):78–86.
11. Hurtado Montes, Puente Salcedo I. Conocimiento del profesional de Enfermería del servicio de emergencia sobre el triaje para la atención de víctimas de accidentes de tránsito Hospital Félix Mayorca Soto- Tarma 2018 [Tesis de Especialidad]. Callao: Universidad Nacional del Callao. Disponible en: [http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/4311/HURTADO MONTES - PUENTES SALCEDO 2da espec enfermeria 2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/4311/HURTADO_MONTES_-_PUENTES_SALCEDO_2da_espec_enfermeria_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
12. Asalde Saravia P, Facho Verástegui EI. Conocimientos sobre triaje prehospitalario básico en profesionales de Enfermería de los Centros de Salud de la Microred-Chiclayo, 2018. 2018.
13. Guillén JMB. Desarrollo de un sistema de triaje de urgencias escalable, reproducible y con interoperabilidad semántica. 2017.

14. Jimenez Tarazona WG, Espinoza Cueva EF. Factores personales en la aplicación del manual de atención en triaje del Servicio Emergencia Clínica privada de San Isidro, 2017. 2017.
15. Sosa Sanchez A, Torres Reyes A , De León Ramírez M, et al Validación de la escala nivel de conocimiento en el manejo de triaje en personal de enfermería (NICMA-TRIPE)[Internet]. Puebla - México [citado 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4990>
16. Bautista-Espinel G. Conocimiento e importancia en los estudiantes de enfermería sobre el consentimiento informado en actos del cuidado de enfermería. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2015; 17 (2): 1-17.
17. Muñoz Sánchez E. Estudio de la frecuentación del Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de Palencia. 2015.
18. Vargas Rodríguez G, Vargas Varela M. Comparación de parámetros de atención en una escala de triaje de 5 niveles con los parámetros estándar. 2015.
19. MolinaÁlvarez RA, Suárez EZ. Conocimiento de la Guía de Práctica Clínica de triaje por personal de enfermería. Revista CONAMED. 2014;19(1):11-6.
20. García González R. ¿ Se ha reducido el tiempo de espera en el Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes con la utilización del sistema de Triaje Manchester? 2013.
21. Egea Zerolo Zerolo B, Argila Fernández-Durán N, Carnevali Ruiz D. Evaluación del impacto tras la implantación del triaje de adulto gestionado por enfermería Revista

- científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. N° 14. 2010.
22. Pisfil Custodio RL. Revisión crítica: perfil del profesional de enfermería que realiza el triaje en el servicio de emergencia hospitalaria. 2019.
 23. Pineda Layme JO. Conocimiento respecto a triaje en internos de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno–2019. 2020.
 24. Vidal German GL. Conocimiento y actitud del profesional de enfermería sobre atención de víctimas en caso de sismo, Nuevo Chimbote. 2019.
 25. Hurtado Montes S, Puente Salcedo I. Conocimiento del profesional de enfermería del servicio de emergencia sobre el triaje para la atención de víctimas de accidente de tránsito hospital Félix Mayorca Soto - Tarma 2018.
 26. Untiveros Cucho LN, Alderete Flores EA. Nivel de conocimiento sobre triaje y actitud de las enfermeras del servicio de emergencia en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena Ayacucho, 2017. 2017.
 27. Torres Palomino E. Conocimiento del profesional de enfermería sobre triaje en víctimas por desastres en la Unidad de Emergencia General Hospital de Apoyo San Francisco Ayacucho 2013. 2015.
 28. Vilchez Zapata CA. Aplicación de un sistema de triaje de cinco niveles en pacientes que acuden al servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote–Essalud. Noviembre del 2008 a setiembre 2009. 2010.

29. Gutierrez Garcia CM. Perfil ocupacional de la enfermera del triaje según la opinión de las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo. 2007.
30. Kroon Bellazon I.et.al. Triage en el Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital Central de la Policía. [Tesis especialidad]. Bogotá: Universidad El Bosque; 2009
31. Prada Dávalos C. Intervención de enfermería en la clasificación de pacientes según nivel de prioridad en el triaje de emergencia del Hospital Regional Guillermo Diaz De La Vega Abancay Apurimac 2015-2017. 2018.
32. Segura EM, Fortuño ML, Usach TS, Miravete MES, Lleixà MA, Borrás MC, et al. Perfil competencial en los profesionales de triaje de los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*. 2017;29(3):173-7.
33. Valera C, Alejandra N. Revisión crítica: eficacia de la aplicación del triángulo de evaluación pediátrica por enfermería al sistema de clasificación de triaje en el servicio de emergencia. 2018
34. Huanatico V, Indes M, Benites Navarro VK. Nivel de conocimiento sobre triaje en la capacidad de respuesta frente a desastres, en el personal de enfermería en emergencia del Hospital Nacional Sergio e. Bernales de Collique 2019. 2019.
35. Suárez LV, Castellano CH, Montesdeoca OD. Triage, historia y perspectiva actual. *EGLE*. 2019;6(13):39-52.
36. Pérez P, Ehvelhyn RM. Intervención de enfermería al paciente en el área de triaje del servicio de emergencia. 2021.

37. Palacios Sánchez GN, Osorio Yalán R de F, Trejo Chávez MM, Pérez Contreras KR. Relación entre los niveles de prioridad del triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia–ESSALUD, Lima, Perú 2016. 2016.
38. Pisfil Custodio RL. Revisión crítica: perfil del profesional de enfermería que realiza el triaje en el servicio de emergencia hospitalaria. 2019.
39. Pérez Porto, J., Gardey, A. Práctica - Qué es, características, definición y concepto. Definicion.de. 2010 Última actualización el 16 de junio de 2021. Recuperado el 7 de abril de 2023 de <https://definicion.de/practica/>
40. Sánchez Castro, Sara; et al. Propuesta de modelo organizativo de cuidados: Gestión por Competencias. Propuesta de modelo organizativo de cuidados: Edit Biblioteca Lascasas, Salamanca, 2013; 9(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0725ascasas/documentos/lc0725.php>.
41. Silvariño Di Rago R, Acevedo Vanessa, Moyano Magdalena et al. Experiencia de triaje estructurado en el departamento de urgencia. Rev Med Urug [Internet]. 2011 junio [acceso 21 mar 2019]. 27 (2): 88-93. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902011000200005&lang=es

ANEXOS

Anexo1: Matriz de consistencia.

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema General.</p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del enfermero de triaje en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento del enfermero en la dimensión conceptual de triaje y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento del enfermero en la dimensión simulativa de triaje y la práctica del enfermero en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023?</p>	<p>Objetivo General.</p> <p>Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del enfermero de triaje en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar la relación entre el nivel de conocimiento del enfermero en la dimensión conceptual de triaje y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023</p> <p>Determinar la relación entre el nivel de conocimiento del enfermero en la dimensión simulativa de triaje y la práctica en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023</p>	<p>Hipótesis General.</p> <p>(H₁) Existe una relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del enfermero de triaje en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023</p> <p>(H₀) No existe una relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del enfermero de triaje en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023</p>	<p>Nivel de conocimiento</p> <p>Conceptual Simulativa</p> <p>Practica sobre triaje</p> <p>Valoración Ordenamiento Clasificación.</p>	<p>Tipo de Investigación</p> <p>Aplicada</p> <p>Método y diseño de la investigación.</p> <p>Hipotético - deductivo, No experimental de corte transversal</p> <p>Población Muestra</p> <p>120 enfermeros 118 pacientes</p>

Anexo 2: Instrumentos

I. INSTRUMENTO 1

Nivel de conocimientos del enfermero en triaje

Presentación:

El presente instrumento tiene como objetivo obtener información sobre los conocimientos que usted tiene sobre triaje. Los resultados se utilizarán sólo con fines de estudio, es de carácter anónimo y confidencial. Esperando obtener sus respuestas con veracidad, se le agradece anticipadamente su valiosa participación.

Instrucciones:

Lea detenidamente las preguntas que a continuación se le formula y marque con una X la respuesta que usted considere conveniente.

Aspectos generales

Edad _____ Sexo M F

Tiempo de servicios como enfermero: 0-2 años () 2-3 años () + 3 años ()

TA: Totalmente de acuerdo; **DA:** De acuerdo, **NN:** Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo; **ED:** En desacuerdo; **TD:** Totalmente en desacuerdo

DIMENSIONES	RESPUESTAS				
	TA	DA	NN	ED	TD
CONCEPTUAL					
1. El triaje no clasifica al paciente en urgencia calificada, emergencia y urgencia no calificada; solo se basa en la evaluación de signos vitales, priorización de atención médica e intervenciones terapéuticas.					
2. En el servicio de urgencias la atención médica otorgada no se enfoca a la limitación del daño y secuelas de la patología.					
3. En el triaje, el proceso de asignación de la urgencia se debe realizar en más de 5 minutos.					
4. La evaluación en el triaje para la clasificación del paciente no involucra la valoración de la vía aérea, ventilación y circulación					
5. El motivo de consulta: es el único dato que se necesita para asignar la prioridad del paciente.					
6. Dentro de la valoración clínica preliminar deben de evaluarse los signos vitales del paciente.					
7. La anamnesis; indica la causa principal de solicitud de consulta					
8. La sala de observación, sala de reanimación y consultorios son parte de la infraestructura del servicio de urgencias mismas que no se involucran en el triaje.					
9. El triaje de 4 niveles no optimiza la atención al paciente en el servicio de urgencias.					
10. El triaje según Manchester Modificado está clasificado en: Prioridad I, II,III y IV.					

11. ¿Cuándo se activa la alerta Roja el paciente ingresa de forma directa al área de reanimación?					
12. Paciente clasificado como prioridad I: debe esperar para recibir su consulta sin pasar por el área de observación					
13. El siguiente proceso en el área de urgencias: triaje, control, sala de espera, primer contacto, sala de observación y posterior es enviado a su unidad médico familiar o domicilio se denomina prioridad IV.					
14. Triage de prioridad I son eventos que ponen en peligro la vida o función de un órgano en forma aguda, por lo que debe ser atendido en los primeros 10 minutos.					
15. Triage con prioridad II son condiciones en las que el paciente puede deteriorarse, llegando a poner en peligro su vida por lo que debe ser atendido en menos de 10 minutos.					
16. La categorización del triaje debe modificarse dependiendo la escala de Glasgow del paciente.					
17. Triage con prioridad I presenta condiciones en la que el paciente las considera prioritarias pero que pueden poner en riesgo su vida y tiene un tiempo límite para la atención.					
18. La escala de Glasgow y la glicemia capilar son parámetros que nos ayudan a clasificar a un paciente referente al triaje.					
19. Los pacientes con TCE deben ser evaluados en menos de 15 minutos.					
SIMULATIVA					
20. Usted tiene un paciente con Prioridad III; por lo que debe de informar de su estado de salud y el tiempo de espera para recibir su consulta.					
21. El paciente clasificado como prioridad II se puede trasladar a áreas como: hospitalización, quirófano, unidad de cuidados intensivos, mortuario					
22. El paciente clasificado como prioridad II puede ser enviado a su unidad médico familiar					
23. Ingresa con usted un paciente femenino de 42 años con los siguientes signos vitales: Presión arterial: 70/50 mm/Hg, frecuencia cardiaca: 98 por minuto, frecuencia respiratoria: 27 por minuto, saturación de oxígeno: 88% temperatura 35.6°C, la cual refiere súbitamente dolor en la región pélvica con una EVA 10/10, se consigue un acceso venoso periférico y se toma una biometría hemática, la cual refiere una hemoglobina de 7.2 g/dl y hematocrito de 24.6%, además, se realiza un USG pélvico que revela un embarazo ectópico roto, de acuerdo al triaje, usted lo clasifica en prioridad II eso es:					
24. Ingresa un paciente diagnosticado con gastroenteritis presentando dolor abdominal, sed, náusea, palpitations, deshidratación con los signos vitales siguientes: presión arterial: 126/75 mm/Hg, frecuencia cardiaca: 112 por minuto, frecuencia respiratoria: 20 por minuto, saturación de oxígeno 90%, temperatura 37.8°C, por lo que en la nota de enfermería lo han clasificado como prioridad II, para usted esto es:					
25. Paciente con presión arterial: 175/ 100 mm/Hg, frecuencia cardiaca de 117 por minuto, escala de Glasgow de 9 puntos y glicemia capilar de 208 mg/dl, la cual presenta caída de aproximadamente 2 metros de altura presentando un traumatismo craneoencefálico					

moderado más herida tipo escalpe en temporal derecho, es considerado en triaje un paciente con prioridad I:					
26. Paciente con paro cardiorrespiratorio es considerado la urgencia máxima por lo que es clasificado dentro del triaje como prioridad I.					
27. Paciente con pérdida del estado de alerta, focalización neurológica, dificultad respiratoria aguda y/o en reposo, dolor torácico, taquicardia, diaforesis, hipotensión, pulso en extremidad ausente, hemorragia profusa, trauma mayor, quemaduras < 20 superficie corporal total debe ingresar a la unidad de reanimación o sala de choque					
28. Paciente con cefalea sin signos neurológicos, obstrucción de la vía aérea incompleta, dolor torácico atípico, dificultad respiratoria aguda son patologías clasificadas como prioridad IV y van a la sala de espera del área de urgencias					
29. Pacientes con déficit neurológico > 6hrs, dolor abdominal agudo, hematuria franca, trauma menor, hemorragia moderada, quemaduras < al 20% de superficie corporal total, efectos adversos a la absorción de fármacos en estas patologías se ofrece atención en el área de observación clasificándolos en triaje con prioridad III.					
30. El paciente que ingresa al triaje y se asigna la prioridad II es aquel que presenta los siguientes síntomas cefalea, náuseas, mareo con escala visual analógica para el dolor 7/10 presión arterial 130/86 mm/Hg, frecuencia cardiaca 99 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, saturación de oxígeno 94%, temperatura 36.3°C.					

INSTRUMENTO 2

Práctica de la enfermera en triaje de emergencia

- 1) ¿Valora al paciente de manera rápida en menos de 15 minutos?
1. Si () 2. No ()
- 2) ¿Ordena de manera eficaz la demanda mediante la valoración de enfermería inicial?
1. Si () 2. No ()
- 3) Determina el área de tratamiento adecuado, ¿priorizando la asistencia cuando la situación del servicio origina una espera para la visita?
1. Si () 2. No ()
- 4) ¿Disminuye la congestión de las áreas de tratamiento y determinar el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta en el servicio de emergencias?
1. Si () 2. No ()
- 5) Garantiza que las necesidades de atención del paciente son reevaluadas durante su espera. ¿Informa a los pacientes y familiares acerca de la asistencia y el tiempo aproximado de espera?
1. Si () 2. No ()
- 6) ¿Orienta a los pacientes a otros niveles de asistencia de la institución si lo requieren?
1. Si () 2. No ()
- 7) ¿Actúa de interlocutor con los miembros de los equipos de transporte sanitario?
1. Si () 2. No ()
- 8) Consideras el sistema de triaje; ¿sencillo, rápido, apropiado?
1. Si () 2. No ()
- 9) ¿Consideras que la realización del triaje es una función específica de enfermería?
1. Si () 2. No ()
- 10) ¿Te genera tensión - ansiedad tener que realizar la función del triaje?
1. Si () 2. No ()

Anexo 3: Validez del instrumento.

Se toma la validez establecida en los instrumentos ya realizados en sus estudios previos, además que fue sometido a juicio de expertos, por lo cual se toma consideración para la ejecución de éste trabajo de investigación.

La ficha técnica del instrumento 1 “Escala nivel de conocimiento en el manejo de triage en personal de enfermería (NICMA-TRIPE)”. (Sosa-Sánchez et. al.), tuvo una:

Validez: Alfa de Cronbach, teniendo el valor de 0.71

Fiabilidad: Prueba binomial, teniendo como valor de $p < 0.05$

La ficha técnica del instrumento 2 “Conocimiento y práctica del triaje de emergencia en profesionales de enfermería de un hospital nacional de Lima, 2018”. (M. Baquero), tuvo una:

Validez: V de Aiken, teniendo como valor de 0.90

Fiabilidad: KR20, teniendo como valor de $KR20 = 0.80$

Anexo 4: Confiabilidad del instrumento

Para medir el grado de confiabilidad del instrumento que evalúa el nivel de conocimiento en el manejo de triage en el personal de enfermería que se realizó en el presente estudio fue sometido a la prueba estadística de confiabilidad de Kuder Richardson, obteniendo un valor de: 0.80

Para establecer el grado de confiabilidad del instrumento que mide la práctica del enfermero en triaje, fue sometido a la prueba de Kuder Richardson, obteniendo un valor de: 0.71

Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética

Resolución del CEI de la UNW



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 24 de mayo de 2023

Investigador(a)
Luther Iván Vásquez Quiroz
Exp. N°: 0601-2023

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEI-UPNW) evaluó y **APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: “Nivel de conocimiento y práctica del enfermero de triaje en emergencia del Hospital de Emergencias Villa el Salvador - 2023” Versión 01 con fecha 27/04/2023.
- Formulario de Consentimiento Informado Versión 01 con fecha 27/04/2023.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Luther Iván Vásquez Quiroz y a los investigadores colaboradores (no aplica).

La **APROBACIÓN** comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. La vigencia de la aprobación es de dos años (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. El Informe de Avances se presentará cada 6 meses, y el informe final una vez concluido el estudio.
3. Toda enmienda o adenda se deberá presentar al CIEI-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
4. Si aplica, la Renovación de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,


Yenny Marisol Bellido Fuente
Presidenta del CIEI-UPNW



Anexo 6: Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PÍLOTO

(El formato pertenece a FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO(FCI) EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIEI-VRI)

Título de proyecto de investigación: “Nivel de conocimiento y práctica del enfermero de triaje en emergencia del hospital de emergencias Villa el Salvador - 2023”

Investigador: Luther Iván Vásquez Quiroz

Institución(es): Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio **PILOTO** de investigación titulado: “Nivel de conocimiento y práctica del enfermero de triaje en emergencia del hospital de emergencias Villa el Salvador - 2023”. de fecha 10/08/2023 y versión.01. Este es un estudio desarrollado por el investigador de la Universidad Privada Norbert Wiener(UPNW).

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del enfermero de triaje en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Villa El Salvador – 2023. Su ejecución ayudará/permitirá conocer e implementar metodologías para favorecer el conocimiento y práctica de los profesionales de enfermería respecto al área de triaje.

Duración del estudio (meses): 1

Nº esperado de participantes: 120 enfermeros

Criterios de Inclusión y exclusión:

Inclusión:

- Los enfermeros que voluntariamente aceptaron participar en el estudio.
- Enfermeros que sean entrevistados dentro del período del estudio.
- Enfermeros de emergencia que deseen participar voluntariamente del estudio

Exclusión:

- Enfermeros que se encuentren con licencia por enfermedad.
- Enfermeros que no respondan completamente el instrumento.
- Enfermeros de designación provisional de personal.
- Enfermeros que no acepten participar en el estudio.
- Enfermeros que sean entrevistados fuera del período del estudio.

(No deben reclutarse voluntarios entre grupos "vulnerables": presos, soldados, aborígenes, marginados, estudiantes o empleados con relaciones académicas o económicas con el investigador, etc. Salvo que la investigación redunde en un beneficio concreto y tangible para dicha población y el diseño así lo requiera).

Procedimientos del estudio: Si Usted decide participar en este estudio se le realizará los siguientes procesos:

- Recepción y llenado de encuesta - cuestionario

La *entrevista/encuesta* puede demorar unos 10 minutos y (*según corresponda añadir a detalle*).

Los resultados se le entregarán a usted en forma individual y se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

Riesgos: (*Detallar los riesgos de la participación del sujeto de estudio*)
Su participación en el estudio *no* presenta riesgo alguno.

Beneficios: (*Detallar los riesgos la participación del sujeto de estudio*)
Usted no se beneficiará del presente proyecto.

Costos e incentivos: Usted no pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

Derechos del paciente: La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con el Investigador Principal (*Detallar el nombre, número de teléfono y correo electrónico del investigador principal*).

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio,
Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, Presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, **Email:** comité_etica@uwiener.edu.pe

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado(FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

(Firma)
Nombre **participante**:
DNI:
Fecha: (dd/mm/aaaa)

(Firma)
Nombre **investigador**:
DNI:
Fecha: (dd/mm/aaaa)

(Firma)
Nombre testigo o representante legal:
DNI:
Fecha: (dd/mm/aaaa)

Nota: La firma del testigo o representante legal es obligatoria solo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en el caso de no saber leer y escribir.

Anexo 7: Informe del asesor de Turnitin

● 18% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 17% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 10% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	3%
2	repositorio.upch.edu.pe Internet	3%
3	hdl.handle.net Internet	2%
4	docplayer.es Internet	<1%
5	dspace.udla.edu.ec Internet	<1%
6	Universidad Wiener on 2022-11-29 Submitted works	<1%
7	Universidad Wiener on 2022-09-15 Submitted works	<1%
8	revista.saludcyt.ar Internet	<1%

Anexo 8. Juicio de expertos.

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable []
Aplicable después de corregir []
No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. FERNÁNDEZ CAMANO ANDELME DEL ROSADO

DNI: 41288239

Especialidad del validador:

MAESTRIA EN GERENCIA CON MENCIÓN EN ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN REM N° 001890
AUDITORÍA EN SALVO RAE N° 000914
ESPECIALIDAD EN GERENCIA EN CUIRANOS (CURSOS) REE N° 6654

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Lima ... 20 ... de Setiembre del 2023.


Firma del Experto Informante.
FERNÁNDEZ CAMANO ANDELME DEL ROSADO
Especialidad en Gerencia
CUIRANOS (CURSOS)

Firma del Experto Informante.

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable
Aplicable después de corregir
No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. *SORIA SALDANA ROYER*

DNI: *44637045*

Especialidad del validador:
- *CUIDADO DE ENFERMOS EN CARDIOLOGIA Y CARDIOVASCULAR*
- *ENFERMERIA EN CUIDADOS ESPECIALIZADOS*
- *MAESTRO EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD*

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo
Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Lima *21* de *09* del 202*3*



Firma del Experto Informante.

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable []
Aplicable después de corregir []
No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador:
Delgado Cordero Rosa Laura

DNI: *06755860*

Especialidad del validador: *Supervisora de Enfermeras Hospital María Auxiliadora*
Especialidad en Emergencias y Desastres
Maestría en Gerencia en Salud
Maestría en Docencia y Gestión Educativa

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo
Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Lima *19* de *09* del 20 *23*



Firma del Experto Informante.

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable
Aplicable después de corregir
No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. *Palacios Cuba Liliana*

DNI: *08889621*

Especialidad del validador:

*Specialista en Gestión de Servicios en Enfermería
Sección de los Servicios de la Salud Pública - Maestro*

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Lima *19* de *09* del 20*23*

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE SALUD

RH 01585

Firma del Experto Informante.

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable
Aplicable después de corregir
No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador.

DNI:

Especialidad del validador: *Cardiología e Intensivo de Coronario*
Especialista en Emergencias y Traumatología en Hospital
Dr. Dante Quispe Vega

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Lima *19* de *09* del 20 *23*

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

DR. DANTE QUISPE VEGA
ENFERMERO JEFE DEL SERVICIO DE ENFERMERIA Y A.C.
C.O.P.E.P. N° 2174 - R.O.S. 01314

Firma del Experto Informante.