

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CONOCIMIENTO RESPECTO A TRIAJE EN INTERNOS DE
ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO – 2019**

TESIS

PRESENTADO POR:

JERSON ORLANDO PINEDA LAYME

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

CONOCIMIENTO RESPECTO A TRIAJE EN INTERNOS DE ENFERMERÍA
DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL

NÚÑEZ BUTRÓN PUNO - 2019

PRESENTADO POR:

JERSON ORLANDO PINEDA LAYME

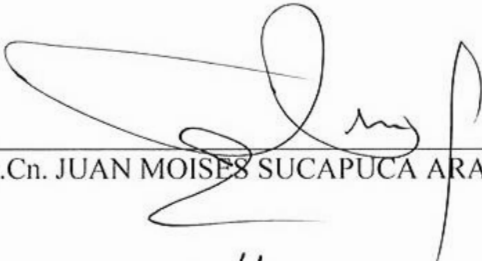
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA




APROBADO POR:

PRESIDENTE:


Dr.Cn. JUAN MOISES SUCAPUCA ARAUJO

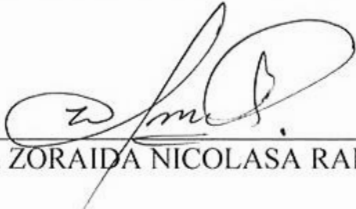
PRIMER MIEMBRO:


Dra. FRIDA JUDITH MALAGA YANQUI

SEGUNDO MIEMBRO:


M.Sc JULIETA CHIQUE AGUILAR

DIRECTOR / ASESOR:


Mg. ZORAIDA NICOLASA RAMOS PINEDA

Área : Gerencia y gestión en salud

Tema : Triage

Fecha de sustentación: 02 de Enero del 2020

DEDICATORIA

En primer lugar dedicar este proyecto de investigación a Dios, por bendecirme con su amor y bondad otorgándome la oportunidad de seguir superándome.

A mis queridos padres, Rogelio y Elsa por su sacrificio, comprensión, valores y consejos que siempre han sabido inculcar en mi persona, porque son motivación fundamental en mis triunfos.

A mi hermano Bruno por compartir tristezas y alegrías otorgándome su apoyo emocional en todo momento.

A mi compañera de vida Candy, por brindarme su apoyo moral y emocional, siendo ahora pilar fundamental en mi vida.

A mi hijo Hope, que es el motor de mi vida para seguir esforzándome cada día más, te amo hijo.

JERSON PINEDA.

AGRADECIMIENTO

- *A la Universidad Nacional del Altiplano Puno, por haberme otorgado la oportunidad de formarme como profesional de enfermería.*

- *A la facultad de Enfermería y a sus docentes por haber compartido sus conocimientos teóricos como prácticos inculcando los valores de enfermería.*

- *A mi directora y asesora de tesis, Mg. Zoraida Nicolasa Ramos Pineda por su apoyo, orientación, sugerencias que me brindo durante el desarrollo del presente proyecto*

- *A los miembros del jurado revisor Dr.Cn. Juan Moises Sucapuca Araujo, Dra. Frida Judith Malaga Yanqui, M.Sc. Julieta Chique Aguilar por sus aportes y sugerencias para la culminación de este proyecto.*

- *Al Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno por haberme dado las facilidades del caso para la ejecución del presente proyecto de investigación*

- *A las licenciadas de Enfermería del Servicio de Emergencia del H. R. M. N. B. Puno, en esencial a: Lic. Gregoria Velasquez, Lic. Roxana Zapata, Lic. Petronila Tisnado, Lic. Catalina Rojas y finalmente a la Lic. Celedonia Bombilla por haberme colaborado con su opinión y observación por juez de expertos en la revisión del instrumento*

- *A los internos e internas de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno. Por su colaboración y disponibilidad de tiempo para poder llevar a cabo la investigación.*

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
ACRONIMOS	
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
CAPITULO I	11
INTRODUCCIÓN	11
1.1. El problema de investigación.....	11
1.2. Formulación del problema	14
1.3. Objetivo de la investigación	15
CAPITULO II	16
REVISIÓN DE LITERATURA	16
2.1. Marco teórico.....	16
2.2. Marco conceptual.....	38
2.3. Antecedentes de la investigación	39
CAPITULO III	43
MATERIALES Y MÉTODOS	43
3.1. Tipo y diseño de investigación	43
3.2. Ámbito de estudio.....	43
3.3. Población y muestra.....	44
3.4. Variable y su operacionalización.....	45
3.5. Técnica e instrumento de recolección de datos	48
3.6. Procedimiento de recolección de datos.....	49
3.7. Procesamiento y análisis de datos.....	50
CAPITULO IV	51
4.1. Resultados.....	51
4.2. Discusión	54
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01 CONOCIMIENTO RESPECTO A TRIAJE EN INTERNOS DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN – PUNO	51
Tabla N° 02 CONOCIMIENTO DE LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA RESPECTO A LA DEFINICIÓN	52
Tabla N° 03 CONOCIMIENTO DE LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA RESPECTO AL OBJETIVO	52
Tabla N° 04 CONOCIMIENTO DE LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA RESPECTO AL FUNDAMENTO ÉTICO	53
Tabla N° 05 CONOCIMIENTO DE LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA RESPECTO AL MODELO	53
Tabla N° 05 CONOCIMIENTO DE LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA RESPECTO A LA APLICACIÓN	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01 CONOCIMIENTO RESPECTO A TRIAJE EN INTERNOS DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN – PUNO	73
GRÁFICO 02 CONOCIMIENTO RESPECTO A LA DEFINICIÓN DE TRIAJE	73
GRÁFICO 03 CONOCIMIENTO RESPECTO AL OBJETIVO DE TRIAJE	74
GRÁFICO 04 CONOCIMIENTO RESPECTO AL FUNDAMENTO ÉTICO DE TRIAJE	74
GRÁFICO 05 CONOCIMIENTO RESPECTO AL MODELO DE TRIAJE	75
GRÁFICO 06 CONOCIMIENTO RESPECTO A LA APLICACIÓN DEL TRIAJE ..	75

ACRÓNIMOS

MINSA: Ministerio de Salud

DIRESA: Dirección Regional de Salud

OE: Objetivo Especifico

OG: Objetivo General

UNAP: Universidad Nacional del Altiplano Puno

CDC: Centers for Disease G Control and Prevention

NTS: National Triage Scale for Australasian Emergency Departments

ATS: Australasian Triage Scale

CTAS: Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale

MTS: Manchester Triage System

ESI: Emergency Severity Index

MAT: Model Andorra de triatge

SEMES: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

SET: Sistema Español de Triage

DRAE: Diccionario de la Real Academia Española

RESUMEN

El triaje es un proceso de atención que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos, dando prioridad a las personas que presenten un grado de daño más complejo en comparación con los otros usuarios. La investigación se realizó con el objetivo de determinar el conocimiento que se tiene respecto a triaje en internos de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno. La presente investigación es cuantitativa de tipo descriptiva con diseño no experimental y transversal. La misma que estuvo conformada por una población de 52 internos de enfermería de los cuales solo se consideró a 48, esto debido a criterios de exclusión mencionados en el estudio. Siendo esta última una población de tipo censal.

La técnica fue la encuesta siendo el instrumento el cuestionario auto administrado cuya validez fue sometida a juicio de expertos y a una confiabilidad mediante la prueba alfa de cronbach dando como resultado un coeficiente de 0.754. Obteniendo como resultados de la investigación que: el 77% de internos de enfermería desconocen respecto a triaje y solo un 23% conoce respecto al tema mencionado. En cuanto a los resultados obtenidos por cada dimensión mencionada en los objetivos específicos se obtuvo que, el 92% de internos de enfermería desconoce la definición de triaje, seguido de un 77% que desconoce el objetivo de triaje, de manera menos incrementada el 54% desconoce respecto al fundamento ético, como penúltima dimensión el 67% de internos desconoce sobre el modelo de triaje y por último el 69% de internos desconocen respecto a la aplicación del triaje.

Palabras claves: Triage, internos de enfermería, priorización, conocimiento

ABSTRACT

Triage is a care process that allows clinical risk management to adequately and safely manage patient flows when demand and clinical needs exceed resources, giving priority to people with a more complex degree of damage. compared to the other users. The investigation was carried out with the objective of determining the knowledge that is had regarding triage in nursing interns of the emergency service of the Manuel Núñez Butrón de Puno Regional Hospital. The present investigation is quantitative of descriptive type with non-experimental and transversal design. It was made up of a population of 52 nursing interns, of which 48 attended the date indicated for the application of the questionnaire. The latter being a census type population

The technique was the survey, the instrument being the self-administered questionnaire whose validity was submitted to expert judgment and to a reliability using the cronbach alpha test resulting in a coefficient of 0.754. Obtaining as results of the investigation that: 77% of nursing interns do not know about triage and only 23% know about the aforementioned subject. Regarding the results obtained for each dimension mentioned in the specific objectives, it was obtained that 92% of nursing interns do not know the definition of triage, followed by 77% who do not know the triage objective, less 54% unknown about the ethical foundation, as a penultimate dimension 67% of inmates are unaware of the triage model and finally 69% of inmates are unaware of the application of triage.

Keywords: Triage, nursing interns, prioritization, knowledge

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. El problema de investigación

En los últimos años, la seguridad del paciente es una prioridad en los servicios hospitalarios a nivel mundial. En este contexto, el triaje es un proceso fundamental para proporcionar una atención eficaz y eficiente, ya que racionaliza el consumo de recursos materiales, técnicos y fortalece la organización del capital humano, facilita la administración del tiempo, aumentando la satisfacción de los usuarios. Siendo este un proceso de valoración preliminar, realizándose antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa; clasificando a los pacientes en base al criterio de su gravedad clínica, de tal forma que los más urgentes sean tratados primero, dicho proceso debe mantenerse las 24 horas del día para asegurar una calidad de atención óptima. (1)

Por consiguiente el termino triaje en el mundo clínico, claramente se ha identificado como un proceso de clasificación de los pacientes por un centro coordinador de urgencias y emergencias o por un equipo de atención hospitalaria ,en base a la valoración de los pacientes del área de emergencia, con la finalidad de identificar a los pacientes en condiciones graves y así poder garantizarles una atención urgente según el nivel más adecuado que resuelva su demanda(2) Es por ello que enfermería es la profesión asignada a la evaluación y clasificación de riesgo del paciente, guiado por un protocolo de clasificación(3) con el objetivo de dar prioridad a la atención del usuario de acuerdo a la gravedad del caso. (4)(5)

Es así que a nivel mundial los servicios de emergencias experimentan un incremento en la demanda de atención de pacientes, teniendo como consecuencia la saturación de los servicios y largos tiempos de espera; ocasionando de esta manera malestar en el usuario como en el personal de salud que brinda dicha atención.(6) Por ello, el uso de los servicios de emergencias es cada vez mayor, lo que conduce a su masificación, y a consecuencias negativas tanto para el paciente como para el sistema organizativo. (7)

De acuerdo a datos estadísticos expresados a continuación se puede observar un aumento

de la población tanto a nivel mundial, nacional y local, ya sea por inmigración, esperanza de vida o la cronificación de las enfermedades entre otros factores. (8) Es así que el estudio realizado por Cubero titulado “Los sistemas de triage: respuesta a la saturación en las salas de urgencias” los hospitales (privados y generales) a nivel mundial han evidenciado un incremento del 21% de la afluencia de pacientes a los servicios de emergencias. Evidenciándose que el personal médico, enfermero o personal de apoyo es insuficiente, pues también el ingreso de pacientes severamente enfermos o un excesivo número de pacientes con problemas menores, hacen un uso inapropiado del servicio de urgencias y/o emergencias. Mostrando una desorganización por la atención inmediata (9)

A nivel de Latinoamérica en México, se reportó que la demanda de atención de pacientes se ve reflejada en la saturación del servicio, aumentando de forma anual el número de pacientes con mayor tiempo de espera, por lo que implementaron un módulo de triaje, siendo esta estrategia útil ya que lograron disminuir tiempo de espera.(10) A sí mismo en Estados Unidos, el CDC (Centers for Disease G Control and Prevention) encontró que, de aquellos pacientes que los enfermeros de triaje juzgaron como críticos, más del 10% tuvo que esperar más de 1 hora para ver a un médico en el departamento de emergencias. (11) De la misma forma en España están padeciendo un aumento permanente de la demanda, de tal forma que se ha pasado de 18 millones de urgencias en 1977 a 21,3 millones en 2001 y 26,25 millones en 2008(3,4). Por ello, el uso de las Urgencias Hospitalarias es cada vez mayor, lo que conduce a su masificación, y a consecuencias negativas tanto para el paciente como para el sistema organizativo. (12)(13)

De la misma forma en el Perú, como en muchos países los servicios de emergencias de los hospitales públicos vienen experimentando un incremento en la demanda de atención de los pacientes, es así que en la ciudad de Lima el Hospital Nacional Cayetano Heredia pasó de 65 462 atenciones en el 2009 a 80743 en el 2013, (14) y finalmente se incrementó a 93606 pacientes atendidos en el año 2016 según las causas de Morbilidad de la Unidad Productora de salud (UPSS) (15)

Por ello Vilchez menciona que, generalmente la demanda de pacientes es más alta que la oferta, considerando que la priorización y clasificación de los pacientes son claves para el mejor funcionamiento de las salas de emergencia (16)

A nivel local, el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón considerado unos de los hospitales con mayor complejidad en la región de Puno y siendo punto base de referencia de los diferentes distritos que cuenta nuestra provincia; está ubicado en un nivel de categoría II-2 por lo que cuenta con un alto índice de ingresos de pacientes al servicio de emergencia. Teniendo como datos estadísticos las principales causas de morbilidad general de emergencia y siendo registrados por la Unidad de Estadística e Informática del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno a 13257 pacientes atendidos en el año 2016, a si mismo se puede observar un incremento de usuarios atendidos en el segundo semestre del 2016 siendo un total de 6824 pacientes atendidos, a diferencia del primer semestre que se lograron atender a 6433 pacientes. Es así que cuando la demanda de pacientes supera en número al equipo de salud el personal de enfermería capacitado en triaje, clasifica al paciente en un nivel de atención según la prioridad que amerita, hallándose como debilidad de la institución el horario de las licenciadas de Enfermería encargadas del ambiente de triaje percibiendo que no se encuentran las 24 horas del día que se las requiere, encomendando dicha responsabilidad a los internos de enfermería, observándose que solo se remiten a realizar el control de funciones vitales mas no cumplen con la priorización y clasificación del usuario suscitándose como problema principal un riesgo de morbimortalidad del paciente, consecuentemente a eso, el descontento del usuario y familiares, la aglomeración de personas en espera de ser atendidos. Afectando la imagen de la institución y del equipo de salud

Es por ello que el conocimiento juega un papel fundamental en el triaje ya que es entendido como un proceso cuyo desarrollo va del conocimiento limitado hasta su conocimiento profundo, preciso y completo.

Analizando los datos estadísticos expresados anteriormente, podemos apreciar que la demanda de pacientes tanto a nivel local como nacional e internacional va en aumento, por lo que los servicio de urgencias y/o emergencias se somete a una saturación por parte de la ciudadanía, ya sea por presentar casos clínicos de mayor o menor gravedad.

Es por ello que el conocimiento juega un papel fundamental en el triaje ya que es entendido como un proceso cuyo desarrollo va del conocimiento limitado hasta su conocimiento profundo, preciso y completo. Ya que nos va brindar una mejor

organización de los pacientes con el equipo de salud. También es necesario mencionar que el conocimiento respecto a triaje nos va a permitir que la enfermera encargada de triaje se encuentre con la capacidad suficiente para que los pacientes sean clasificados de acuerdo a la gravedad que presenten evitando poner en peligro la vida de usuarios que presenten daños más complejos, brindando así una atención de calidad, satisfaciendo al usuario como a los familiares por la atención prestada.

En tal sentido, el servicio de emergencias del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón está regido por la Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia los cuales están basados en signos y síntomas que concretamente tiene por resultante clasificar al paciente en 4 niveles de prioridad según la gravedad que presenta.

Es así que el triaje debe ser visto como una necesidad fundamental para la mejora continua de la calidad, y no sólo como un simple procedimiento administrativo, que en la mayoría de las ocasiones se implementa como requisito para lograr una certificación de los servicios de salud.

Finalmente es indudable la importancia de la participación de Enfermería, estando demostrado que puede coordinar con liderazgo, profesionalismo y seguridad; lo que aunado a las ventajas que sobresalen por sí mismas del triaje hace de ésta una herramienta esencial. (1)

1.2. Formulación del problema

¿Conocen respecto a triaje los internos de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno - 2019?

1.3. Objetivos de la investigación

Objetivo general:

- ✓ Identificar el conocimiento respecto a triaje en internos de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno 2019

Objetivos específicos:

- ✓ Identificar el conocimiento respecto a triaje en cuanto a definición.
- ✓ Identificar el conocimiento respecto a triaje en cuanto al objetivo.
- ✓ Identificar el conocimiento respecto a triaje en cuanto al fundamento ético.
- ✓ Identificar el conocimiento respecto a triaje en cuanto al modelo.
- ✓ Identificar el conocimiento respecto a triaje en cuanto a la aplicación.

CAPITULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. CONOCIMIENTO

A). DEFINICIÓN

Son muchas las definiciones de conocimiento. A pesar de que es una operación del día a día. La Real Academia de la Lengua Española define conocer como el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. A través del cual un individuo se hace consiente de su realidad y en éste se presenta un conjunto de representaciones sobre las cuales no existe duda de su veracidad. Además, el conocimiento es entendido como: una contemplación porque conocer es ver; como una asimilación porque es nutrirse y como una creación porque conocer es engendrar.

Por ello el conocimiento puede variar de un conocimiento científico, hasta un conocimiento no científico. Este último está conformado por los productos provenientes de la captación intuitiva, de la captación sensible. Es por ello que su exégesis es predominantemente fantástica y con cierta carencia de razón. He aquí el mundo de las viejas concepciones del hombre y su relación con el entorno en que se acontecen sus vivencias, aquí tiene cabida el mundo de los mitos y de las supersticiones. Está caracterizado por su espontaneidad, lo que conlleva a concluir que es producto de la ocasión, por tal razón no resulta de la planificación y es posible afirmar que está cargado de subjetividad.

En cambio cuando se trata de conocimiento científico, muchos son los partidarios en equivar este concepto con el de la ciencia, ya que éste posee elementos inherente a la ciencia, como su contenido, su campo y su método, además del hecho de presentarse como una manifestación cualificada, que la hacen distinguir de otros tipos de conocimiento.

(17)

Es así que Mario Bunge define el conocimiento “como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto”; considera que “el conocimiento vulgar es vago e inexacto limitado por la observación y el conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia”. (18)

Por otra parte, Nonaka y Takeuchi diferencian dos concepciones del conocimiento. De un lado, la epistemología occidental tradicional considera al conocimiento como algo estático y formal. Esta epistemología se ha centrado en la verdad como el atributo esencial del conocimiento, destacando la naturaleza abstracta, estática y no humana del conocimiento, expresado en proposiciones y en una lógica formal. La otra concepción a la que se refieren, y con la que se identifican estos autores, concibe al conocimiento como un proceso humano dinámico de justificación de la creencia personal en busca de la verdad. Esta concepción destaca la naturaleza activa y subjetiva del conocimiento, representada en términos de compromiso y creencias enraizadas en los valores individuales.

Así mismo, Venzin analiza la naturaleza del conocimiento según tres epistemologías: la cognitiva, la conexionista y la constructiva. Las distintas concepciones a las que hacen referencia es un ejemplo de las distintas formas de concebir la organización y el conocimiento. Así, la epistemología cognitiva considera la identificación, recogida y difusión de la información como la principal actividad de desarrollo del conocimiento. Entendiendo al conocimiento como representaciones del mundo, y siendo la tarea de los sistemas cognitivos la representación del mundo con la máxima precisión. Los enfoques cognitivos equiparan el conocimiento a la información y los datos.

Finalmente Davenport y Prusak mencionan que: “El conocimiento es un flujo en el que se mezclan la experiencia, valores importantes, información contextual y puntos de vista de expertos, que facilitan un marco de análisis para la evaluación e incorporación de nuevas experiencias e información. Se origina y es aplicado en la mente de los conocedores. En las organizaciones, a menudo se encuentra no sólo en los documentos sino también en las rutinas organizativas, procesos, prácticas y normas”. (19)

B). CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

Este conocimiento es adquirido a base de estudios claros y precisos. En este sentido si es necesario la comprobación. El conocimiento científico, se caracteriza por que expresa en concepto las leyes que rigen a los hechos, resultados de la constante vigilancia sobre sus puntos de partida, desarrollo y conclusiones, a partir de exigencias lógicas y empíricas fijadas en un método. Todo conocimiento científico debe ser un conocimiento sistematizado y verificable. Sus características, implica acciones de investigación, que impactaran a la sociedad. Tiene como finalidad, incrementar el conocimiento humano, procurando el bienestar común. (20) siendo este tipo de conocimiento el utilizado en el presente proyecto de investigación.

C). EL PROCESO DEL CONOCIMIENTO

Al analizar el proceso de conocimiento encontramos como participantes al sujeto cognoscente, el objeto de conocimiento y el conocimiento como producto del proceso cognoscitivo. Es así que el proceso de conocimiento aparece, como una interacción específica entre el sujeto cognoscente y el objeto del conocimiento, dando como resultado los productos mentales que llamamos conocimientos. Por medio del conocimiento el hombre trata de explicar los fenómenos que suceden ya sea en su interior psico-biológico o en el ámbito de sus relaciones con los demás. (21)

El primer paso en el conocimiento es la percepción mediante los sentidos de un sujeto que puede conocer, de un objeto que puede ser conocido. Esta percepción por sí misma no establece distinciones entre las diferentes sensaciones percibidas, por lo que el hombre realiza operaciones que le permitan organizar, codificar y reproducir las imágenes sensoriales que se han almacenado en la memoria intentando ordenar y jerarquizar los datos que en un primer momento aparecían como de igual importancia es la comprensión y es una operación regida por la lógica. Por medio de esta operación se intenta seleccionar los datos que inciden en forma permanente en el fenómeno y aparecen como absolutamente necesarios para la existencia del mismo.

Por ello cuando se plantea una hipótesis hace falta comprobar su veracidad o rechazarla. La comprensión (operación que elabora los conceptos) es insuficiente en este paso y

aparece como necesaria una nueva operación, es decir, la verificación. La inferencia es actualmente el método más productivo de la ciencia junto con otros como son la analogía, la inducción y la deducción. La inducción es el proceso que lleva de lo particular a lo universal; la deducción demuestra, mientras que la inducción solo muestra. La demostración de los hechos es más completa que la mostración, por lo que permite hacer inferencias más sólidas.

Finalmente se deduce que el proceso cognoscitivo es complejo y como veremos se relaciona con nuestras percepciones y sensaciones. Se inicia cuando al enfrentarse con un fenómeno (objeto de conocimiento) que no puede ser explicado dentro o desde sus marcos de conocimientos anteriores, el ser humano cae en un estado de incertidumbre que lo impulsa a buscar una solución. Pero sí el fenómeno percibido no puede ser explicado desde nuestros marcos previos, surge una pregunta o problema. Sí no se trata de aclarar la duda, no se genera un conocimiento nuevo, pero si se trata de ir más allá de los marcos previos surge la posibilidad de generar un nuevo conocimiento. Esto se enmarca dentro del conocimiento científico. Cuando un investigador se enfrenta a un fenómeno con el fin de explicar sus determinantes y causas, organiza sus experiencias científicas relacionadas con ese fenómeno particular y trata de dar una respuesta coherente al problema. Esta respuesta puede ser, en un primer momento, una respuesta hipotética, que podrá ser verdadera o falsa y que debe ser sometida a comprobación.

Cuando se verifica la hipótesis, es decir, se establece que las condiciones propuestas son todas y las únicas que intervienen, el nuevo conocimiento se sistematiza e integra al cuerpo de conocimientos científicos previos.

D). CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA

La enfermería es una profesión aprendida que abarca ciencia y arte. La ciencia de enfermería es un cuerpo organizado del conocimiento desarrollado por medio de la investigación científica y el análisis lógico; la práctica y el arte de enfermería, constituye el empleo de este conocimiento para servir gente. Roger en 1967 planteó: “Sin la ciencia de la Enfermería no puede existir la práctica profesional”. Por ello el conocimiento de enfermería surge de teorías generales de aplicación de diversas ciencias, de fundamentos de otras disciplinas y de conceptos propios que le dan categoría de profesión

independiente. (22)

De esta manera la filosofía de Enfermería comprende un sistema de creencias y valores de la profesión, incluye también una búsqueda constante de conocimientos, y por tanto, determina la forma de pensar sobre los fenómenos y, en gran medida, de su manera de actuar, lo que constituye a la práctica profesional. (23)

E). EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO

Según el capítulo I sobre Definición y características del reglamento de evaluación del aprendizaje de la Universidad Nacional del Altiplano Puno menciona lo siguiente:

Art. 5°. La evaluación del aprendizaje, es un proceso interactivo que permite la valoración sobre el nivel de logro del aprendizaje alcanzado por el estudiante, en el desarrollo de las competencias, con el propósito de tomar decisiones que conlleven a la mejora de los procesos de aprendizaje-enseñanza.

Según el capítulo II sobre Proceso de evaluación del reglamento ya mencionado describe lo siguiente:

Art. 19°. Las evidencias de conocimiento, desempeño y de producto se evalúan en la escala vigesimal de 0 a 20 puntos.

Según el capítulo IV sobre aprobación y desaprobación se menciona:

Art. 35°. Para aprobar un componente curricular el estudiante debe obtener un promedio final de once (11) puntos o más. En caso de obtener un promedio igual o menor a diez (≤ 10) se le considera desaprobado. (24)

De igual manera en el reglamento académico general de pregrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, capítulo IV – “evaluación” menciona lo siguiente:

Artículo 18° La evaluación como proceso educativo permanente, incentiva la mejora continua, tanto a los estudiantes como a los docentes de la UANCV. La escala de calificación es vigesimal (de cero a veinte). La nota aprobatoria es de once a más. (25)

De la misma forma el reglamento general de estudios de la universidad Privada San Carlos Sociedad Anónima Cerrada – Puno, capítulo II – “evaluación” menciona lo siguiente:

Art.103°. Los exámenes escritos, orales, tareas académicas y evaluación actitudinal, serán calificados de cero a veinte

Art.104°. Para aprobar una asignatura, el estudiante debe obtener un promedio final de 11 (once) puntos o más, en caso de obtener un promedio de 10 (diez) o menos se considera desaprobado. (26)

Considerando estos aspectos, el alumno que debería estar aprobado tendría que obtener una nota mayor al 50% (> a 10 puntos), y de una manera contraria el alumno que estaría siendo considerado como desaprobado debería tener una nota menor igual al 50% (<=10 puntos)

2.1.2. TRIAJE

A). Definición

El término triage o triaje es un neologismo que proviene de la palabra francesa trier que se define como escoger, separar o clasificar siendo un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, por lo tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar que posee un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos, (27) permitiendo clasificar a los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias Hospitalario (antes de que reciban prestación asistencial) siguiendo criterios de gravedad clínica que permita diferenciar el grado de urgencia. (28)

La palabra Triage ha creado mucha controversia por su uso en situaciones de asistencia sanitaria no catastróficas, y no ha sido reconocida e incorporada en el Diccionario de la Real Academia Española, DRAE. (29) Siendo verídico la existencia del verbo triar, que significa, entre otras acepciones: escoger, separar o entresacar. Se conoce como tria a la

acción y efecto de triar o triarse. Dado que el sufijo –aje forma sustantivos que expresan acción, creemos que el término más adecuado en castellano, en correspondencia con el término francés y anglosajón triage, sería el de triaje. (30)

A nivel mundial cualquier sistema de triaje se ha de basar en una escala de priorización útil, válida y reproducible. El concepto de utilidad hace referencia a la capacidad de la escala para relacionar la categoría asignada con el nivel de urgencia/gravedad del paciente. La validez permite asignar el nivel de triaje correspondiente a aquellos pacientes que realmente han de estar en aquel nivel. La reproducibilidad condiciona que dicha categorización se cumpla independientemente de la persona o categoría profesional que lo utilice o el hospital donde se aplique. (31)

B). HISTORIA DEL TRIAJE

Aunque el concepto de clasificación y espera son presumiblemente tan viejos como la medicina, el proceso que entendemos como triaje fue primero descrito por Barón Dominique Jean Larrey (1766-1842), (32) (33) cirujano jefe de la Guardia Imperial de Napoleón es considerado por la mayoría de autores como el primero en concebir y poner en práctica un sistema oficial de triage en el campo de batalla a través de la evaluación y clasificación rápida de los soldados heridos (34) (35)

Según señala Iseron, priorizó el tratamiento y la evacuación de heridos que exigían cuidados médicos urgentes en lugar de la espera de horas y hasta días o que la batalla termine. De esa manera, Larrey realizó cientos de amputaciones mientras que la batalla se desarrollaba, y también diseñó carros ligeros, que denominó "ambulancias voladoras" para transportar rápidamente al herido. Decía "los que están peligrosamente heridos deben recibir la primera atención, sin importar rango o distinción, los que se lesionan en un grado menor pueden esperar hasta que sus hermanos de armas, que están muy mutilados, hayan sido operados y vestidos, de lo contrario éstos no sobrevivirán durante muchas horas, rara vez, hasta el día siguiente" lo que quedó plasmado en sus memorias sobre la campaña de Rusia (35) (36)

La descripción del primer sistema de implementación del triaje en la medicina civil fue hecha por E. Richard Weinerman en Baltimore. (31) A principios de los años sesenta en

Estados Unidos, debido al aumento de la población que diariamente acudía a dichos servicios con un elevado porcentaje de patologías no urgentes, desarrollando un sistema de clasificación en tres niveles de categorización, que fue sustituido a finales del siglo pasado por un nuevo sistema de cuatro niveles. Estos sistemas no han conseguido un grado de evidencia científica suficiente como para ser considerados estándares del “triage” moderno. (37)

La clasificación de Weinerman incluía tres categorías:

- A. Emergente (condiciones que requieren atención médica inmediata, ya que ponen en riesgo la vida).
- B. Urgente (condiciones que requieren atención médica dentro de un periodo de pocas horas por considerarse un padecimiento agudo, pero no necesariamente grave).
- C. NO urgente (condición que no amerita el uso de los recursos del Departamento de Urgencias). Basado en las necesidades de los pacientes y el personal de salud que recibe en primer lugar a los pacientes que acuden a Emergencia. (38)

Paralelamente al nacimiento del sistema americano, en Australia, en el año 1933, se fue consolidando la National Triage Scale for Australasian Emergency Departments (NTS), siendo la primera escala con ambición de universalización basada en 5 niveles de priorización. En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como Escala australiana de “triage” (Australasian Triage Scale: “ATS”). Tras su implantación, en diferentes países, se han ido desarrollando modelos de “triage” que han adaptado sus características, y que han tenido como objetivo la implantación de un sistema de “triage” de urgencias universal, en sus respectivos territorios. Actualmente existen cinco sistemas, escalas o modelos de “triage” que, además del australiano, incluyen: la Escala canadiense de “triage” y urgencia (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: “CTAS”), el Sistema de “triage” de Manchester (Manchester Triage System: “MTS”), el Índice de severidad de urgencias de 5 niveles de “triage” (Emergency Severity Index 5 level triage: “ESI”), desarrollado por el Grupo de trabajo del ESI en los EE.UU. en 1999, y el Modelo andorrano de “triage” (Model Andorra de triatge: “MAT”).(39) En 2003, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) adopta el Sistema

Español de Triage (SET), como una adaptación del MAT, considerándose estándar español de triaje. (40)

C).MODELOS DE TRIAJE

TRIAJE ESTRUCTURADO

El triaje estructurado introduce un lenguaje común para todos los profesionales que asisten las Urgencias y Emergencias, independientemente de la medida, estructura o ubicación de los centros asistenciales basándose en una escala de priorización útil, válida y reproducible. El concepto de utilidad hace referencia a la capacidad de la escala para relacionar la categoría asignada con el nivel real de urgencia/gravedad del paciente. La validez permitirá asignar el nivel de triaje correspondiente a aquellos pacientes que realmente han de estar en aquel nivel. La reproducibilidad condicionará que dicha categorización se cumpla independientemente de la persona o categoría profesional que la utilice o del hospital donde se aplique. Permitiendo clasificar a los pacientes en base a su grado de urgencia siguiendo un modelo de calidad evaluable y mejorable, siendo una medida fundamental para mejorar la calidad de los Servicios de Urgencias y Emergencias aumentando la satisfacción de los usuarios y optimizando recursos.

De la misma forma el triaje estructurado permite identificar rápidamente a los pacientes que padecen una enfermedad que posa en peligro su vida, con el objetivo de priorizar su asistencia, disminuyendo su riesgo de morbimortalidad. Además permite controlar de forma continua todo lo que pasa dentro y fuera del servicio de Urgencias. Reevaluando a los pacientes y garantizando que sus necesidades de atención son satisfechas, controlando los tiempos de espera dando información fluida a los pacientes y a sus familiares.

A sí mismo el triaje estructurado es un triaje de enfermería no excluyente, integrado en una dinámica de servicio donde se prioriza la urgencia del paciente, sobre cualquier otro planteamiento estructural pues este se ha de realizar las 24 horas del día, tanto en situaciones de saturación como en ausencia de la misma realizando el triaje a todos los pacientes, tanto a niños como a adultos con independencia del motivo de consulta además permite disminuir la congestión de las áreas de tratamiento de los Servicios de Urgencias, determinando el área asistencial más adecuada para los pacientes. (41)

Características al aplicar el triaje estructurado

El profesional o profesionales que realicen la clasificación han de tener una buena capacidad de comunicación, ser empáticos, tener tacto, paciencia, capacidad de comprensión y discreción. Han de tener capacidad organizativa y resolutive en situaciones difíciles.

La enfermera de triaje ha de tener un acceso rápido o ha de estar cerca del área administrativa y de la sala de espera de los pacientes. Ésta ha de conocer perfectamente el modelo y escala aplicada, ha de realizar una valoración clínica recogiendo los datos expresados por el paciente o familia y dirigiendo la entrevista con preguntas abiertas (evaluación subjetiva) y cerradas (evaluación objetiva), también ha de tener en cuenta la comunicación no verbal para observar (aspecto, coloración, gestos, etc.), escuchar (si presenta tos, disnea, estridor, etc.), oler (alcohol, acetona, etc.), palpar al paciente (temperatura, ritmo, sudoración, etc.) y la toma de constantes vitales con el objetivo de priorizar y clasificar al paciente. Es muy importante la experiencia profesional de la enfermera para tener un buen juicio, evitar prejuicios y utilizar la intuición profesional. Cabe mencionar que en el triaje no se establecen diagnósticos médicos y se ha demostrado un buen índice de concordancia interobservador, recayendo esta función sobre enfermería.(1)

EL TRIAJE AVANZADO.

Al mismo tiempo de la clasificación del triaje, se atribuye a enfermería la administración de analgesia básica, solicitud de pruebas complementarias y/o resolución del motivo de consulta en vista a protocolos, circuitos y órdenes médicas preestablecidas para un procedimiento, tratamiento o intervención que puedan ser aplicados por enfermería de forma autónoma una vez triados los pacientes y bajo criterios y circunstancias específicas.

Las condiciones para realizar el triaje avanzado son:

- Los protocolos han de ser aprobados por el jefe de servicio de urgencias o la estructura hospitalaria competente.
- El profesional de enfermería ha de haber completado la formación específica de cada protocolo, antes de ser aceptado para iniciar un procedimiento.
- El profesional de enfermería ha de demostrar capacidad/aptitud previa a la iniciación del procedimiento.
- El profesional de enfermería ha de iniciar las directrices médicas avanzadas según se especifica en las guías de práctica clínica.
- El profesional de enfermería ha de consultar con un médico cuando dude sobre si ha de realizar un estudio, una orden médica, un procedimiento o activar un circuito, o sobre que pruebas se han de pedir.
- Se realizará una revisión periódica de cada actuación, para revisar el adecuado cumplimiento del protocolo. (5)

TRIAJE MULTIDISCIPLINAR:

Da a conocer la actuación del equipo médico conjuntamente con enfermería. (42)
También pueden participar personal administrativo y auxiliar sanitario. Aparte de la valoración inicial, que en este caso la realiza el médico, consiste en la realización de pruebas básicas (hemo-grama, bioquímica y radiología simple) antes de que el paciente entre en la consulta de visita. (43)

D). NORMA TÉCNICA DE SALUD DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

NTS N°042 – MINSA/DGSP – V. 01 – LIMA 20 DE ABRIL DEL 2006

En este apartado se muestra el triaje utilizado por el servicio de Emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno

Triage

Proceso de evaluación, mediante el cual se prioriza el daño y se orienta acertadamente para su atención, a los pacientes que llegan al Servicio de Emergencia. Es la primera actividad que debe realizar el personal asistencial.

Área de Triage

Área del Servicio de Emergencia destinada a la evaluación inicial del paciente, en la cual se prioriza el daño y se decide la derivación para la atención en el caso que amerita. Esta área debe funcionar en aquellos donde la demanda supere la oferta de servicios. Estará a cargo de un profesional de la salud capacitado en la identificación de prioridades.

Disposiciones específicas para la atención del paciente al ingreso y admisión

- ✓ El área de triaje es la primera área donde el paciente debe ser evaluado para determinar la prioridad y el direccionamiento de su atención
- ✓ Luego de ser evaluado por triaje, el paciente será derivado al área de admisión. Si se trata de un caso crítico, el familiar o acompañante realizara los trámites respectivos en admisión

Objetivos específicos según norma técnica de salud de los servicios de emergencia

- ✓ Brindar prestaciones de salud en los Servicios de Emergencia, satisfaciendo las necesidades de atención del paciente bajo criterios de calidad y oportunidad
- ✓ Organizar y adecuar la oferta y demanda de los usuarios en situación de emergencia.
- ✓ Asegurar un flujo eficiente de los recursos destinados al cuidado del paciente en los Servicios de Emergencia.

Sobre la atención de salud

- ✓ 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 (lista de daños según prioridad de atención).
- ✓ El profesional de la salud encargado de triaje estará en permanente coordinación con el medico jefe de guardia o quien este programado como responsable
- ✓ En el área de triaje se activara el código de alarma de emergencia ante la llegada de un paciente de prioridad I, para que el equipo de reanimación se constituya en el acto, en la sala de shock trauma (lista de daños según prioridad de atención) (44)

Prioridades de atención

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.

1. Paro Cardio Respiratorio.
2. Dolor Torácico Precordial de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
3. Dificultad respiratoria (evidenciada por polipnea, taquipnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis)
4. Shock (Hemorrágico, cardiogénico, distributivo, obstructivo)
5. Arritmia con compromiso hemodinámico de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
6. Hemorragia profusa.
7. Obstrucción de vía respiratoria alta.
8. Inestabilidad Hemodinámica (hipotensión / shock / crisis hipertensiva).
9. Paciente inconsciente que no responde a estímulos.
10. Paciente con trauma severo como:
 - ✓ Víctima de accidente de tránsito.

- ✓ Quemaduras con extensión mayor del 20%.
- ✓ Precipitación.
- ✓ Dos o más fracturas de huesos largos proximales.
- ✓ Injurias en extremidades con compromiso neurovascular.
- ✓ Herida de bala o arma blanca.
- ✓ Sospecha de traumatismo vertebro medular.
- ✓ Evisceración.
- ✓ Amputación con sangrado no controlado.
- ✓ Traumatismo encéfalo craneano.

11. Status Convulsivo.

12. Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria.

13. Ingesta de órgano fosforado, ácido, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos.

14. Signos y síntomas de abdomen agudo con descompensación hemodinámica.

15. Signos y síntomas de embarazo ectópico roto.

16. Signos vitales anormales:

ADULTO

- ✓ Frecuencia Cardíaca < 50 x min.
- ✓ Frecuencia Cardíaca > 150 x min.
- ✓ Presión Arterial Sistólica < 90 mmHg.
- ✓ Presión Arterial Sistólica > 220 mmHg.
- ✓ Presión Arterial Diastólica > 110 mmHg ó 30 mmHg por encima de su basal.
- ✓ Frecuencia Respiratoria > 35 x min.
- ✓ Frecuencia Respiratoria < 10 x min.

PEDIÁTRICO

Lactante

- ✓ Frecuencia Cardíaca ≤ 60 x min.
- ✓ Frecuencia Cardíaca ≥ 200 x min.
- ✓ Presión Arterial Sistólica < 60 mmHg.
- ✓ Frecuencia Respiratoria \geq a 60 x min. (hasta los 2 meses).

- ✓ Frecuencia Respiratoria \geq a 50 x min (desde los 2 meses al año)
- ✓ Saturación de oxígeno \leq a 85%.

Pre Escolar

- ✓ Frecuencia Cardíaca \leq 60 x min.
- ✓ Frecuencia Cardíaca \geq 180 x min.
- ✓ Presión Arterial Sistólica $<$ 80 mmHg.
- ✓ Frecuencia Respiratoria $>$ a 40 x min. (sin fiebre).
- ✓ Saturación de oxígeno \leq a 85%.

17. Suicidio frustrado.

18. Intento suicida.

19. Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva.

20. Problemas específicos en pacientes pediátricos.

- ✓ Intoxicaciones por ingesta o contacto.
- ✓ Períodos de apnea.
- ✓ Cambios en el estado mental: letargia, delirio, alucinaciones, llanto débil.
- ✓ Deshidratación con Shock: Llenado capilar mayor de tres segundos.
- ✓ Sangrado: Hematemesis, sangrado rectal, vaginal, epistaxis severa.
- ✓ Quemaduras en cara o más del 10% de área corporal.
- ✓ Quemaduras por fuego en ambiente cerrado.
- ✓ Acontecimiento de aspiración u obstrucción con cuerpo extraño.
- ✓ Status convulsivo.
- ✓ Status asmático.
- ✓ Hipertermia maligna.
- ✓ Trastornos de sensorio.
- ✓ Politraumatismo.
- ✓ Herida por arma de fuego.

Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la Sala de Reanimación.

Prioridad II

Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizar en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en Consultorios de Emergencia.

1. Frecuencia respiratoria \geq de 24 por minuto.
2. Crisis asmática con broncoespasmo moderado.
3. Diabetes Mellitus Descompensada.
4. Hemoptisis.
5. Signos y síntomas de Abdomen Agudo.
6. Convulsión reciente en paciente consciente.
7. Dolor torácico no cardiogénico sin compromiso hemodinámico.
8. Arritmias sin compromiso hemodinámico.
9. Sangrado gastrointestinal, con signos vitales estables.
10. Paciente con trastornos en el sensorio.
11. Hipotonía, flacidez muscular aguda y de evolución progresiva.
12. Descompensación Hepática.
13. Hernia umbilical o inguinal encarcelada.
14. Signos y síntomas de descompensación tiroidea.
15. Contusiones o traumatismos con sospecha de fractura o luxación.
16. Herida cortante que requiere sutura.
17. Injuria en ojos perforación, laceración, avulsión.
18. Desprendimiento de retina.
19. Fiebre y signos inflamatorios en articulaciones.
20. Síntomas y signos de cólera.
21. Deshidratación Aguda sin descompensación hemodinámica.
22. Hematuria macroscópica.
23. Reacción alérgica, sin compromiso respiratorio.
24. Síndrome febril o Infección en paciente Inmunosuprimido (Ejemplo: Paciente diabético con infección urinaria).
25. Pacientes Post-Operados de Cirugía altamente Especializada o pacientes en programa de Hemodiálisis, con síntomas y signos agudos.

26. Coagulopatía sin descompensación hemodinámica.
27. Sobredosis de drogas y alcohol sin depresión respiratoria.
28. Cefalea con antecedentes de trauma craneal.
29. Síndrome Meníngeo.
30. Síntomas y signos de enfermedades vasculares agudas.
31. Cólico renal sin respuesta a la analgesia mayor de 06 horas.
32. Retención urinaria.
33. Síndrome de abstinencia de drogas y alcohol.
34. Cuerpos extraños en orificios corporales.
35. Cuerpos extraños en esófago y estómago.
36. Pacientes con ideación suicida.
37. Pacientes con crisis de ansiedad.
38. Pacientes con reagudización de su cuadro sicótico sin conducta suicida ni agitación psicomotora fuera de control.
39. Cuadro de demencia con conducta psicótica.
40. Esguinces.
41. Contusiones o traumatismos leves sin signos o síntomas de fractura o luxación.
42. Enfermedad Inflamatoria de la pelvis.
43. Coagulopatía.
44. Flebitis o Tromboflebitis.
45. Herpes Zoster ocular.
46. Enfermedad eruptiva aguda complicada.
47. Cefalea mayor de 12 horas.
48. Problemas específicos en pacientes Obstétricas:
 - ✓ Hemorragia de cualquier trimestre del embarazo.
 - ✓ Aborto provocado no terapéutico o intento fallido de aborto.
 - ✓ Amenaza de parto prematuro.
 - ✓ Gestante de 2º y 3º trimestre que reporta ausencia de movimientos fetales.
 - ✓ Sangrado post-parto.
 - ✓ Hipertensión que complica el embarazo.
 - ✓ Signos y síntomas de toxemia severa.
 - ✓ Bradicardia (menor de 120 x min.) y taquicardia (> de 160 x min.) Fetal.
 - ✓ Traumatismo Abdominal.

- ✓ Deshidratación por hiperémesis.
- ✓ Cefalea.
- ✓ Epigastralgia.
- ✓ Edema Generalizado

49. Problemas Específicos en pacientes Pediátricos.

- ✓ Cualquier enfermedad en niños menores de 3 meses.
- ✓ Dolor Abdominal.
- ✓ Trauma craneano sin cambios en el estado mental o fracturas obvias.
- ✓ Niños con fiebre y petequias o púrpura.
- ✓ Niños menores de 3 meses con $T^{\circ} \geq$ que 38° C.
- ✓ Niños menores de 2 años con $T^{\circ} \geq$ que 39° C.
- ✓ Niños con síntomas de infección urinaria.
- ✓ Convulsiones recientes, síncope o mareos.
- ✓ Cefalea / epistaxis no controlada.
- ✓ Quemaduras en menos del 10% de área corporal.
- ✓ Trauma ocular no penetrante.
- ✓ Laceración que requiere sutura con sangrado activo.
- ✓ Niños que han sufrido agresión física.
- ✓ Odontalgia.
- ✓ Otagia.

Cualquier otro caso que a criterio del Médico tratante considere necesario la atención en algún Tópico de Emergencia.

Prioridad III

Paciente que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Amerita atención en el Tópico de Emergencia III, teniendo prioridad la atención de casos I y II, cuya atención debe realizarse en un tiempo de espera de igual o mayor a 20 minutos

1. Dolor abdominal leve con nauseas, vómitos, diarrea, signos vitales estables.
2. Herida que no requiere sutura.
3. Intoxicación alimentaria.
4. Trastornos de músculos y ligamentos.

5. Otitis Media Aguda.
6. Deshidratación Hidroelectrolítica leve.
7. Osteocondropatía aguda.
8. Sinusitis aguda.
9. Hiperémesis gravídica sin compromiso metabólico.
10. Urticaria.
11. Fiebre > de 39° sin síntomas asociados.
12. Síndrome vertiginoso y trastorno vascular.
13. Celulitis o absceso con fiebre.
14. Funcionamiento defectuoso de colostomía, ureterostomía, talla vesical u otros similares.
15. Lumbalgia aguda.
16. Broncoespasmo leve.
17. Hipertensión arterial leve no controlada.
18. Signos y síntomas de Depresión.
19. Crisis de Ansiedad o Disociativas.
20. Signos y síntomas de infección urinaria alta.
21. Pacientes con neurosis de ansiedad.
22. Pacientes sicóticos con reagudización de sus síntomas pero aún sin conducta psicótica.

Cualquier otro caso que el Médico tratante considere que la atención puede ser postergada sólo con relación a las anteriores prioridades de atención.

Prioridad IV

Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios Descentralizados, cuya atención debe realizarse en un tiempo de espera de igual o mayor a 01 hora.

1. Faringitis aguda.
2. Amigdalitis aguda.
3. Enfermedades diarreicas agudas sin deshidratación o vómitos.
4. Absceso sin fiebre.
5. Sangrado vaginal leve en no gestante, con funciones vitales estables.

6. Fiebre sin síntomas asociados.
7. Resfrío común.
8. Dolor de oído leve.
9. Dolor de garganta sin disfagia.
10. Enfermedades crónicas no descompensadas. (45)

2.1.3. Ética y Bioética

A). Definición

El desarrollo de la ciencia en el campo de la salud se ha ido perfeccionando con el objetivo de satisfacer las necesidades de la población. Los profesionales de la enfermería tienen como premisa preservar o mejorar su estado de salud, vinculando los principios éticos y bioéticos en la realización de las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades. La enfermera y el enfermero de nuestros tiempos requieren de una preparación con los conocimientos científicos que exige el avance tecnológico moderno alcanzado y, a la vez, deben desarrollar la sensibilidad frente a los problemas del ser humano; de ahí el carácter humanista de la profesión. La práctica profesional de la enfermería se encuentra estrechamente ligada a la ética, ya que este personal es uno de los que mayor tiempo permanece cercano al paciente, al mismo tiempo que con frecuencia se enfrenta a múltiples dilemas éticos. (46)

Ética deriva del vocablo griego Ethos y del vocablo latín Moris que significa costumbres, hábitos. Por tanto, constituye la filosofía de la moral o la ciencia que aborda el tema de la moral, su origen y desarrollo; las reglas y normas de conducta de los hombres y sus deberes hacia la patria, el estado y la sociedad (47) (48) mientras que la ética de la enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones y los valores del ejercicio profesional, así como los cambios y las transformaciones a través del tiempo. Dentro de sus deberes fundamentales con los enfermos está el compromiso moral de preservar la vida humana, ya que la reflexión ética se basa en el respeto a dos principios fundamentales: la vida y la autodeterminación de la persona, por ello se mencionan cuatro principios fundamentales de la enfermería:

- ✓ Promover la salud.
- ✓ Prevenir las enfermedades.
- ✓ Restaurar la salud.
- ✓ Aliviar el sufrimiento.

Por otro lado la bioética constituye una nueva disciplina que sirve de puente entre las ciencias y las humanidades y hace énfasis en dos aspectos:

- ✓ La ética implica siempre una acción acorde con estándares morales
- ✓ La ética humana no puede ser separada ya de una comprensión realista de la ecología, entendida en su más alta acepción, de manera que "los valores éticos ya no pueden ser separados de los hechos biológicos. Esta nueva disciplina ha cobrado gran importancia en el mundo actual, donde la ciencia se une con la alta tecnología para ofrecer nuevos métodos con el fin de conservar la vida; pero que en ocasiones priva al paciente del calor humano y de su derecho propio a la vida, y también a la muerte. Los profesionales que conforman el equipo multidisciplinario de salud constituyen el centro medular para la preservación de los derechos y la calidad de vida de los pacientes, y evitan que la ciencia se convierta en la aplicación y desarrollo de técnicas y aparatos sin un trasfondo emocional, social y humano. (49)

B). Bioética

Es una disciplina joven de la filosofía, dentro del campo de la ética, con apenas 20 años de existencia, pero con gran aplicación en nuestros días. Los principios de la bioética, en la enfermería, tienen como base la satisfacción de las necesidades humanas y los aspectos que la afectan. Se convierte en un conjunto de acciones y principios que tienen como propósito brindar atención al hombre enfermo y sano, a la familia y la comunidad (50) (51)

Los antecedentes de la bioética fueron dados, a partir del código de Núremberg. Ya en los años 80 se introduce ésta ciencia, en Europa y es a partir de los 90 que se introduce en América y el Caribe, y más específicamente, en Cuba que a pesar de enfrentar el bloqueo, por más de 40 años, producto de su proyecto de justicia social, busca, en la

bioética, la necesidad de cultivar mejores virtudes. (52) (53)

En mayo de 1973, se aprobó el Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermeras, en el que se postularon sus 4 responsabilidades fundamentales: promover la salud, prevenir las enfermedades, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. (54) (55)

Principios de la bioética

- ✓ Principio de beneficencia: se basa en la necesidad de no hacer daño, de siempre hacer el bien, el personal de enfermería debe ser capaz de comprender al paciente a su cargo, y ver al paciente como el mismo.
- ✓ Principio de la no maleficencia: se trata precisamente de evitar hacer daño, evitar la imprudencia, la negligencia. Se debe prevenir el daño físico, mental, social o psicológico.
- ✓ Principio de la justicia: encierra en su significado la igualdad, la equidad y la planificación; se basa precisamente en atender primero al más necesitado de los posibles a atender; exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad; jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar; hacer uso racional de los recursos materiales para evitar que falten cuando más se necesiten.
- ✓ Principio de autonomía: se define como la capacidad que tiene la persona de tomar decisiones en relación con su enfermedad. Esto implica tener información de las consecuencias de las acciones a realizar. El principio de autonomía también supone respeto por las personas, tratarlas como lo que son. El mantenimiento de la autonomía del paciente supone considerarlo capaz para la toma de decisiones; para eso es necesario establecer una relación interpersonal sin coacción, ni persuasión, donde prevalezcan la información, las dudas y la consideración de los aspectos de su vida cotidiana. El objetivo de la información no es convencer al paciente de la propuesta que se le hace, sino que este pueda tener más argumentos para tomar decisiones relacionadas con su salud.(56)

Código de Ética y Deontología

CAPÍTULO I del Código de Ética y Deontología del colegio de Enfermeros del Perú menciona lo siguiente:

Artículo 1º.- La enfermera(o) brinda cuidados de Enfermería respetando la dignidad humana y la particularidad de la persona, sin distinción de índole personal, política, cultural, económica o social.

Artículo 2º.- La enfermera(o) debe respetar los valores, usos, hábitos, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad; siempre que estos no pongan en riesgo su salud, considerando los principios bioéticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

Artículo 3º.- El cuidado de Enfermería en la interrelación enfermera(o)-persona debe centrarse en los problemas del usuario y en los valores y principios fundamentales: respeto, equidad, fraternidad, solidaridad y justicia. (57)

2.2. MARCO CONCEPTUAL

Área de Emergencia

Es aquel ambiente dependiente de un Centro Hospitalario, donde se otorgan prestaciones de salud las 24 horas del día a pacientes que demandan atención inmediata. De acuerdo a su Nivel de Complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños. (58)

Calidad

Es el grado de satisfacción que ofrecen las características del producto/servicio, en relación con las exigencias del consumidor al que se destina, es decir, un producto o servicio es de calidad, cuando satisface las necesidades y expectativas del cliente o usuario, en función de determinados parámetros, tales como seguridad, confiabilidad y servicio prestado. (59)

Daño

Compromiso del estado de salud en grado diverso. Los daños en el Servicio de Emergencia se clasifican de acuerdo a su prioridad: 1. Prioridad I Emergencia o Gravedad Súbita Extrema 2. Prioridad II Urgencia Mayor 3. Prioridad III Urgencia Menor 4. Prioridad IV Patología Aguda Común. (44)

Emergencia

Situación de inicio o aparición brusca que presenta un riesgo vital o de función básica que necesita asistencia inmediata (minutos) y que es objetivable, ya que la lesión puede progresar en severidad y producir complicaciones con alta probabilidad de muerte. Esta situación obliga a poner en marcha recursos y medios especiales para prevenir un desenlace fatal. (60) (61) (62)

Gravedad

Calidad relacionada con el grado de descompensación fisiológica y/o pérdida de función de uno o más sistemas orgánicos (gravedad de la enfermedad) y con la probabilidad de muerte (riesgo de mortalidad). (63)

Urgencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define urgencia sanitaria como “la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”. (64)

2.3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Revisada la información, son escasos los estudios realizados sobre triaje, sin embargo se encontró investigaciones a nivel internacional y nacional, los mismos que se presentan a continuación:

INTERNACIONAL

- ✓ La presente investigación realizada por Bautista Sangoquiza en la provincia de Pastaza cantón Puyo, en el Hospital General Puyo con el tema “Análisis situacional de la atención de enfermería en la implementación de triage en el servicio de emergencia del hospital general Puyo”, cuyo objetivo principal fue diseñar un plan de capacitación sobre el sistema de triage para disminuir el nivel de insatisfacción del usuario con la atención de enfermería, la metodología empleada es un estudio de diseño transversal y descriptivo, la técnica que se utilizó para la recolección de datos es la encuesta realizada a 21 enfermeras del Hospital Provincial General Puyo del servicio de emergencia para identificar sus conocimientos en el área de triage llegando a la siguiente conclusión, el 67% de enfermeras responden que desconocen sobre el significado de triaje, de las mismas el 81% de encuestados manifiestan desconocer los niveles de atención y prioridades que se debe dar en el Servicio de Emergencia, seguidamente se observa que el 86% de encuestado manifiesta desconocer los tiempos de atención en el triaje, conjuntamente el 76% responden que no conocen las prioridades para la clasificación de víctimas, mientras que el 24 % indica conocer sobre dicha información pero no lo ponen en práctica y finalmente el 60% de enfermeras tiene problemas debido al desconocimiento en la clasificación de víctimas lo que llevaría a la muerte del paciente y la gravedad de muchas otras patologías. por lo que ponen en peligro la vida del paciente encontrándose un gran desconocimiento sobre el área de triaje. (43)

- ✓ En el estudio realizado por Ricardo Abraham Molina Álvarez. Pasante de la carrera de Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México, titulado “Conocimiento de la guía de práctica clínica de triaje por personal de enfermería” publicado por la revista CONAMED en el año 2014. Realizó un estudio descriptivo y transversal que se llevó a cabo del mes de octubre al mes de enero en un Hospital General Regional perteneciente al ISEM. Se empleó un cuestionario basado en la Guía de Práctica Clínica “Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel de Atención”. Se aplicó a una muestra por conveniencia que incluye a todo el personal de enfermería perteneciente al servicio de urgencias en el turno matutino y vespertino 100%. Los resultados mostraron que el 74% del personal de enfermería

conoce la Guía de Práctica Clínica (GPC) y 26% del personal no la conoce. Al analizar las variables, es importante destacar que la formación académica resultó ser proporcional al conocimiento de la GPC ya que el 64% del personal que conoce la guía cuenta con un título de nivel superior, contrastando con el 36% que cuenta con un título de nivel medio superior y conoce la guía. Los resultados fueron homogéneos para las siguientes dos categorías: un 7% del personal que conoce la GPC se desempeña como auxiliar; la misma proporción corresponde a la categoría especialista. (40)

- ✓ En otro estudio realizado por María Martín García. Diplomada en Enfermería. Soria titulado “estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalario” 2013 emitido por la revista de enfermería CyL Castilla León. La afluencia de pacientes hacia los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) ha sufrido un incremento a nivel mundial desde el siglo pasado. Esta demanda conlleva a la sobrecarga de los SUH acarreando una serie de consecuencias negativas, tanto para los pacientes como para el Servicio. En parte, este incremento de visitas se debe a las personas que utilizan el SUH de forma inadecuada. Este fenómeno ha puesto de manifiesto la necesidad de implantar Sistemas de Triage Estructurado. La función de triaje consiste en clasificar a los pacientes que acuden a un SUH (antes de que reciban prestación asistencial) siguiendo criterios de gravedad clínica que permita diferenciar el grado de urgencia. Este estudio se ha llevado a cabo en un Servicio de Urgencias Hospitalario, entre el 21 y 27 de marzo de 2011, en horario de mañana y tarde de 8 a 22 horas. Es de tipo observacional descriptivo transversal y se ha obtenido una muestra de n=406 casos. En cuanto al tiempo desde que los pacientes son registrados en Admisión hasta que se les hace el triaje, se recogieron los siguientes datos: de 0 a 10 minutos: 266 personas; 65%, de 10 a 20 minutos 81 personas; 20% - más de 20 minutos: 59 personas; 15%. Una vez atendidos en el servicio de Triage, los pacientes esperan hasta ser vistos por el facultativo. En un 79 % de los casos (332 pacientes) sí se encuentran dentro del tiempo de espera según el nivel de prioridad del triaje, mientras que un 18% (74 pacientes) son atendidos por el facultativo pasado ese tiempo de espera establecido. Destaca que 11 pacientes (3% del total) abandonaron el servicio de Urgencias sin ser atendidos por personal médico, decidiendo ir a su domicilio y/o a Atención Primaria. (65)

✓ **A NIVEL NACIONAL**

En el estudio realizado por Rolando Vásquez Alva, Consuelo Luna Muñoz y Cleto M. Ramos Garay; titulado “El triage hospitalario en los servicios de emergencia” de la facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma – Lima. En el Perú en general y en Lima en particular, los cambios no se han dado de manera progresiva y continua, sino más bien se han sobrepuesto varias etapas como producto del cambio epidemiológico y demográfico ocurrido en los últimos 30 años y donde la violencia del terrorismo y de pandillas así como los rápidos cambios en el parque automotor y las enfermedades crónico-degenerativas han determinado una sobredemanda de los servicios de emergencia. La respuesta del sistema de salud no ha sido oportuna. La mayoría de los servicios de emergencia para enfrentar esta sobredemanda han potenciado áreas como el triage, pero de manera desordenada y sin fundamentos normativos generales y específicos, lo mencionado se ve reflejado preliminarmente en un estudio sobre triage en los hospitales de Lima. Obteniendo que el 50% de establecimientos de salud usan escalas de triaje y 85% del personal de los establecimientos que las usan tienen conocimiento de las mismas. (66)

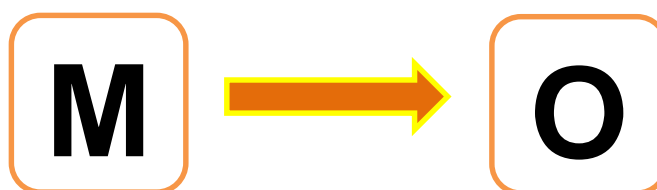
CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo y diseño de investigación

La presente investigación es cuantitativa de tipo descriptiva por que describe el conocimiento en internos de Enfermería respecto a triaje del servicio de Emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno - 2019. El diseño es no experimental ya que no se manipula la variable y es transversal porque se hace un corte en el tiempo para recoger información sobre el triaje.

Dónde: “M” representa la muestra y “O” representa los datos obtenidos



3.2. Ámbito de estudio

La presente investigación se ejecutó en el Departamento de Puno, Provincia Puno, distrito Puno; específicamente en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, en el Servicio de Emergencia.

El Hospital Regional Manuel Núñez Butrón es uno de los primeros hospitales de mayor complejidad en la Región Puno categorizado como II-2, forma parte de la Dirección Regional de Salud Puno, depende administrativa y económicamente del Gobierno Regional, tiene como domicilio legal la Av. El Sol N° 1022, respecto al horario, atiende las 24 horas, siendo un establecimiento de referencia regional, proporcionan atención integral ambulatoria y hospitalaria con carácter recuperativo a través de sus unidades funcionales puestas a disposición de la población y con una capacidad resolutive acorde a la demanda de los servicios de salud. El servicio de Emergencia está ubicado en el primer piso del nosocomio cuenta con 14 ambientes, de los cuales 1 ambiente encargado

de triaje, 3 son consultorios: 1 de pediatría, 1 de medicina, 1 de cirugía; 4 ambientes son destinados para la observación de los pacientes incluido el ambiente de shock trauma y los demás ambientes están destinados para esterilización, admisión, caja, estar de médicos, servicios higiénicos. Los ambientes de observación están clasificados por género, etapa cronológica y según la gravedad que presenta el paciente distribuidos en: observación varones, observación mujeres, observación pediatría y shock trauma.

3.3. Población y muestra

El presente trabajo de investigación se tomó en cuenta como población a 52 internos de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno 2019, de los cuales solo se aplicó el cuestionario a 48 internos, esto debido a criterios de inclusión y exclusión mencionados en el presente estudio. La población es de tipo censal porque representa a toda la población. (67) Es por ello, que la población a estudiar se precise como censal por ser simultáneamente universo, población y muestra. (68)

Criterios de inclusión:

Internos e internas de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno:

- ✓ Que hayan asistido a la reunión programada, para la ejecución del proyecto de investigación.
- ✓ Que hayan otorgado su consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- ✓ Internos de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno; que hayan llegado después de dar inicio al cuestionario aplicado.

3.4. Variable y su operacionalización

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORÍA	INDICE
<p>CONOCIMIENTO RESPECTO A TRIAJE</p> <p>Es analizada como la capacidad cognitiva de los internos de enfermería respecto al triaje utilizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón- Puno.</p>	Definición	<p>1.- ¿Cómo define “traje”? Proceso de evaluación, mediante el cual se prioriza el daño del paciente y se orienta acertadamente para su atención. Siendo la primera actividad que se realiza.</p> <p>2.- ¿Según su etimología que significa triaje? El término triage o triaje es un neologismo que proviene de la palabra francesa trier que se define como escoger, separar o clasificar.</p>	<p>a) 1 punto b) 0 puntos c) 0 puntos d) 0 puntos</p> <p>a) 0 puntos b) 0 puntos c) 0 puntos d) 1 punto</p>	<p>CONOCE</p> <p>>50%</p>
	Objetivo	<p>3.- ¿Cuál cree que es el objetivo primordial del triaje? Garantizar la óptima atención y priorización del paciente según el daño que presenta, satisfaciendo las necesidades de atención bajo criterios de calidad y oportunidad asegurando un flujo eficiente en el servicio de emergencia disminuyendo el riesgo de morbimortalidad</p> <p>4.- Uno de los beneficios principales al aplicar el triaje es: Priorizar la atención de la persona en inminente riesgo de muerte</p>	<p>a) 0 puntos b) 1 punto c) 0 puntos d) 0 puntos</p> <p>a) 0 puntos b) 0 puntos c) 1 punto d) 0 puntos</p>	
		<p>5.- La aplicación del triaje se fundamenta en el siguiente principio de la bioética: Justicia</p>	<p>a) 0 puntos b) 0 puntos c) 0 puntos d) 1 punto</p>	



		<p>6.- Aplicar la justicia en el paciente significa: Atender primero al más necesitado de los posibles a atender</p> <p>7.- El código deontológico de enfermería, en uno de sus artículos dice: El cuidado de enfermería, en la interrelación enfermera(o) persona debe centrarse en los problemas del usuario y en los valores y principios fundamentales de: respeto, equidad, fraternidad, solidaridad y justicia.</p> <p>8.- Las fases del triaje son: Valoración, Priorización y clasificación</p> <p>9.- ¿Qué tipo de triaje se utiliza en el servicio de emergencia? Estructurado</p>	<p>a) 1 punto b) 0 puntos c) 0 puntos d) 0 puntos</p> <p>a) 1 punto b) 0 puntos c) 0 puntos d) 0 puntos</p> <p>a) 0 puntos b) 0 puntos c) 1 punto d) 0 puntos</p> <p>a) 0 puntos b) 0 puntos c) 0 puntos d) 1 punto</p>	
	Fundamento ético			
	Modelo	<p>10.- Las prioridades según el daño que presenta el paciente, se clasifican en: I, II, III, IV</p> <p>11.- El área de shock trauma está destinada para pacientes con prioridad: Prioridad I</p>	<p>a) 0 puntos b) 1 punto c) 0 puntos d) 0 puntos</p> <p>a) 1 punto b) 0 puntos c) 0 puntos d) 0 puntos</p>	
				<p>DESCONOCE</p> <p><=50%</p>

	<p>Aplicación</p>	<p>12.- Cuanto es el tiempo de espera para la atención del paciente en prioridad “ I ” Atención inmediata</p> <p>13.- Los pacientes pediátricos menores de 3 meses con $T^{\circ} \geq 38^{\circ}$ C. en que prioridad se les ubica Prioridad II</p> <p>14.- Los pacientes que ingresan al servicio de emergencia por presentar enfermedades diarreica aguda sin deshidratación o vómitos en que prioridad se les ubica. Prioridad IV</p> <p>15.- Los pacientes que ingresan al servicio de emergencia por presentar dolor abdominal leve con nauseas, vómitos, diarrea y signos vitales estables en que prioridad se les ubica. Prioridad III</p>	<p>a) 0 puntos b) 0 puntos c) 0 puntos d) 1 punto</p> <p>a) 0 puntos b) 1 punto c) 0 puntos d) 0 puntos</p> <p>a) 0 puntos b) 0 puntos c) 0 puntos d) 1 punto</p> <p>a) 0 puntos b) 0 puntos c) 1 punto d) 0 puntos</p>	
--	-------------------	---	---	--

3.5. Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica que se utilizó para identificar el conocimiento respecto a triaje fue la encuesta, cuyo instrumento fue el cuestionario auto administrado, compuesto por 15 preguntas con alternativas cerradas las cuales fueron elaboradas por el investigador sometiénolas a una prueba de confiabilidad y validez por juicio de expertos. Obteniendo como resultado 0.754 respecto a la prueba de alfa de Chronbach que otorga la confiabilidad al instrumento. Consecuentemente a los resultados, la matriz de concordancia entre jueces de expertos “P” es menor que 0.05 concluyendo que el grado de concordancia es significativo por ello el instrumento de medición es válido.

El cuestionario estuvo constituido por preguntas preparadas y respuestas preestablecidas de acuerdo a triaje en asunto de su definición, objetivo, fundamento ético, modelo y aplicación. La cual fue ejecutada en forma anónima e individual. Estableciendo como calificación de cada pregunta la siguiente representación:

RESPUESTA		PUNTAJE
Correcta		1
Incorrecta		0

Respecto a la calificación del cuestionario se realizó mediante la regla de tres simple siendo un procedimiento aritmético que nos permite calcular el valor de una cantidad, mediante una comparación tres magnitudes que guardan en si una relación de proporcionalidad.

La escala de calificación para el objetivo general como para los objetivos específicos está representada de la siguiente manera:

Calificación cuantitativa	Calificación cualitativa
> 50 %	Conoce
<= 50%	Desconoce

Fuente: Elaborado según el Reglamento de Evaluación del Aprendizaje de la U.N.A.P. 2018 y el investigador

3.6. Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección, procesamiento y análisis de datos se realizó las siguientes actividades:

A). Respecto a la validación y confiabilidad del instrumento

El instrumento fue elaborado en función al objetivo general y específicos del proyecto de investigación. Se realizó una prueba piloto en internos de enfermería del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca, para otorgar la confiabilidad al instrumento mediante la prueba alfa de chronbach alcanzando un coeficiente de: 0.754 comprobando que el instrumento es confiable

De la misma manera la validez del instrumento se realizó por juicio de expertos obteniendo que “P” es menor que 0.05 por lo tanto el nivel de concordancia es altamente significativo entre juez de experto.

B). Coordinaciones

- ✓ Se solicitó a la Sra. Decana de la Facultad de Enfermería una carta de presentación dirigida al director del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, con la finalidad de obtener facilidades y autorización para la ejecución del proyecto de investigación
- ✓ Se presentó el documento emitido por la Facultad de Enfermería a mesa de parte para el tramite documentario respectivo, el cual paso a la unidad de apoyo a la investigación y docencia, emitiendo esta ultima un oficio dirigido al director, con la

finalidad de obtener la carta de aceptación emitida por el Hospital para facilitar la ejecución del proyecto de investigación.

- ✓ Se coordinó con la jefa del Dpto. de Enfermería, asiéndole llegar la carta de presentación emitida por el director del Hospital y la Facultad de Enfermería de la U.N.A.P. Llegando al acuerdo de realizar una reunión con los internos de enfermería para el día 25 de junio del 2019 a horas 8 am.

C). Ejecución:

- ✓ Al llegar el día de la ejecución, se dio a conocer el título del proyecto de investigación, objetivo general y específico finalmente se mencionó la importancia del trabajo de investigación
- ✓ Aclaradas todas las dudas e interrogantes. Se solicitó su consentimiento informado antes de la aplicación del instrumento
- ✓ Se aplicó el cuestionario a todos los internos asistentes a la reunión suscitada en el auditorium del Hospital, en un tiempo aproximado de 30 minutos
- ✓ Una vez concluido el cuestionario se procedió a recoger y agradecer a los internos de enfermería por la valiosa participación

3.7. Procesamiento y análisis de datos

A). Procesamiento de datos

- ✓ Una vez obtenidos los cuestionarios se procedió a vaciar los datos en el programa Excel y SPSS 22.0
- ✓ Seguidamente se procedió calificar el instrumento por cada pregunta propuesta.
- ✓ Posteriormente se elaboró las tablas y gráficos estadísticos de acuerdo a los objetivos
- ✓ Finalmente se analizó e interpreto los datos en forma porcentual

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Tabla N° 01

OG.

**CONOCIMIENTO RESPECTO A TRIAJE EN INTERNOS DE ENFERMERÍA
DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL
NÚÑEZ BUTRÓN – PUNO 2019**

CONOCIMIENTO RESPECTO A TRIAJE	N°	%
CONOCE	11	23%
DESCONOCE	37	77%
TOTAL	48	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los internos de Enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno - 2019

La tabla muestra que el 77% de internos de enfermería desconocen respecto al tema de triaje, mientras que solo el 23% conoce sobre el tema mencionado.

OE N°1

Tabla N° 02

**CONOCIMIENTO DE LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA RESPECTO A LA
DEFINICIÓN DE TRIAJE.**

CATEGORÍA	N°	%
CONOCE	4	8%
DESCONOCE	44	92%
TOTAL	48	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los internos de Enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón
Puno - 2019

En la tabla se observa que el 92% de internos de enfermería desconocen respecto a la definición de triaje, mientras que solo el 8% conoce sobre la dimensión mencionada.

OE N°2

Tabla N° 03

**CONOCIMIENTO DE LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA RESPECTO AL
OBJETIVO DE TRIAJE.**

CATEGORÍA	N°	%
CONOCE	11	23%
DESCONOCE	37	77%
TOTAL	48	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los internos de Enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón
Puno - 2019

En la tabla se observa que el 77% de internos de enfermería desconocen respecto al objetivo de triaje, por otro lado se observa que el 23% de internos conocen el objetivo de triaje.

OE N°3

Tabla N° 04

**CONOCIMIENTO DE LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA RESPECTO AL
FUNDAMENTO ÉTICO DEL TRIAJE.**

CATEGORÍA	N°	%
CONOCE	22	46%
DESCONOCE	26	54%
TOTAL	48	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los internos de Enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno - 2019

La tabla muestra que el 54% de internos e internas de enfermería desconocen el fundamento ético, mientras que el 46% conoce respecto al fundamento ético de triaje.

OE N°4

Tabla N° 05

**CONOCIMIENTO DE LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA RESPECTO AL
MODELO DEL TRIAJE.**

CATEGORÍA	N°	%
CONOCE	16	33%
DESCONOCE	32	67%
TOTAL	48	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los internos(as) de Enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno - 2019

En la expuesta se puede observar que el 67% de internos de enfermería desconocen respecto al modelo de triaje, mientras que el 33% conoce dicha dimensión.

OE N°5

Tabla N° 06

**CONOCIMIENTO DE LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA RESPECTO A LA
APLICACIÓN DEL TRIAJE.**

CATEGORÍA	N°	%
CONOCE	15	31%
DESCONOCE	33	69%
TOTAL	48	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los internos(as) de Enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno - 2019

En la tabla se puede observar que el 69% de internos de enfermería desconoce cómo aplicar el triaje, mientras que solo el 31% conoce su aplicación.

4.2. Discusión

Aunque el concepto de triaje (clasificación) son presumiblemente tan viejos como la medicina (32) (33). Es entendida hasta ahora como un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. (27) Permitiendo clasificar a los pacientes que acuden a un servicio de urgencias hospitalario antes de que reciban prestación asistencial, siguiendo criterios de gravedad clínica que permita diferenciar el grado de urgencia de cada paciente. (28)

Es por ello que el conocimiento juega un papel fundamental en el triaje ya que es entendido como un proceso cuyo desarrollo va del conocimiento limitado hasta su conocimiento profundo, preciso y completo. (69)

Concerniente al objetivo general se obtuvo que las tres cuartas partes (77%) de los internos de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez

Butrón de Puno desconocen respecto al tema de triaje

En comparación con el estudio realizado por Ricardo Molina, sus resultados mostraron que en casi las tres cuartas partes del personal de enfermería conoce la Guía de Práctica Clínica (GPC). A sí mismo Rolando, Consuelo y Cleto Ramos coinciden en que el personal de enfermería conoce respecto a triaje (66)

Los resultados obtenidos nos hacen reflexionar sobre el desconocimiento que tiene el interno de enfermería con respecto al tema de triaje, pudiendo ser perjudicial para la persona que llega al servicio de emergencia en un estado crítico, el cual se debate entre la vida y la muerte o la adquisición de secuelas invalidantes. Comparando los resultados de los estudios realizados por Ricardo, Rolando, Consuelo y Cleto coinciden en que la mayoría del personal de enfermería conoce respecto al tema de triaje mientras que los resultados obtenidos en el presente estudio difieren, dando a resaltar que el interno desconoce respecto al tema de triaje.

Estos resultados se podrían atribuir a que el presente estudio tuvo como población a internos de enfermería en comparación con los estudios realizados por Ricardo Abraham Molina Álvarez quien tuvo como población a enfermeras tituladas. De la misma forma en el estudio realizado por Rolando, Consuelo y Cleto quienes también realizaron sus estudios en el personal de enfermería.

Comparando el presente proyecto de investigación con ambos estudios encontrados se podría atribuir que la experiencia profesional es proporcional al conocimiento, pero no por ello los internos de enfermería deberían desconocer el tema de triaje.

Concerniente a la definición de triaje, la norma técnica de salud de los servicios de emergencia define a triaje como: proceso de evaluación, mediante el cual se prioriza el daño y se orienta acertadamente para su atención, a los pacientes que llegan al Servicio de Emergencia siendo la primera actividad que debe realizar el personal asistencial. (44) Y etimológicamente hablando el término triage o triaje es un neologismo que proviene de la palabra francesa trier que se define como escoger, separar o clasificar. (25)

Es así que respecto a la definición de triaje se obtuvo los siguientes resultados: de 48 internos de enfermería, el 92% desconoce la definición de triaje y solo el 8 % conoce dicha dimensión. Tal desconocimiento se puede deber a que el 42% de los internos de enfermería indican que el triaje es proceso de valoración del paciente dedicada a cumplir explícitamente el control signos vitales, de los mismos el 27 % indica que el triaje es un proceso de evaluación mediante el cual se prioriza el daño del paciente y se orienta acertadamente para su atención, siendo la segunda actividad que se realiza después del proceso de admisión, por otro lado los internos que contestaron correctamente están representados por un 17% definiendo a triaje como proceso de evaluación, mediante el cual se prioriza el daño del paciente y se orienta acertadamente para su atención, siendo la primera actividad que se realiza. Estos resultados son los más relevantes con respecto al ítem 1. Concerniente al ítem 2 el 27% indica que el termino triaje es la acción de registro de las funciones vitales. (Ver anexo 05)

En comparación con el estudio realizado por Bautista Llega a la siguiente conclusión, que en casi las tres cuartas partes del personal de enfermeras responden que desconocen sobre el significado de triaje. (43) En tal sentido los resultados obtenidos en la presente investigación son similares a los encontrados en el estudio realizado por Bautista en los que nos hacen entender que el interno de enfermería tanto como el personal de enfermería a nivel latinoamericano desconocen sobre la definición de triaje, pudiendo esto afectar la imagen de la institución, del equipo de salud y en especial de Enfermería.

Tal desconocimiento se puede deber a que una gran mayoría de los internos de enfermería tienen conceptos erróneos sobre la definición de triaje y su procedencia etimológica, dando a saber que triaje solo es un ambiente destinado al control de funciones vitales mas no a la priorización y clasificación del paciente, Además indican que el triaje es la segunda actividad que se realiza después del proceso de admisión siendo totalmente erróneo este concepto, tal pensamiento puede deberse a que el interno de enfermería está habituado a indicar al paciente o familiares que debe contar con los datos de admisión llenados para iniciar el proceso de triaje, pudiendo acarrear problemas en la salud del usuario.

Por otra parte la presente investigación cuenta con la dimensión del objetivo de triaje el cual esta mencionado en la norma técnica de salud de los servicios de emergencia, esta misma cita tres objetivos específicos:

1. Brindar Atenciones de salud en los servicios de emergencia, de acuerdo a las normas establecidas, con criterios de calidad y oportunidad.
2. Fortalecer la organización y el funcionamiento de los servicios de emergencias para la atención de los pacientes.
3. Asegurar un flujo adecuado de los recursos destinados al cuidado del paciente en los servicios de emergencia y promover el uso racional de los mismos.

A partir de los tres objetivos específicos propuestos por NTS N°042, se propone un objetivo respecto a triaje, el cual se menciona de la siguiente manera: Garantizar la óptima atención y priorización del paciente según el daño que presenta, satisfaciendo las necesidades de atención bajo criterios de calidad y oportunidad, asegurando un flujo eficiente en el servicio de emergencia disminuyendo el riesgo de morbimortalidad. (44) En ese sentido el beneficio principal al aplicar el triaje es priorizar la atención de la persona en inminente riesgo de muerte.

Es por ello que concerniente a la segunda dimensión: se encontró que el 77% de internos desconoce sobre el objetivo de triaje, tal desconocimiento esta dado a que el 52% de internos de enfermería respondió de manera incorrecta el ítem 03 al indicar que el objetivo de triaje es controlar las funciones vitales aportando al proceso de diagnóstico médico manteniendo la calma del paciente y familiares, durante la espera de la atención médica, de los mismos el 42% de internos indica que el objetivo de triaje es asegurar un flujo eficiente de los recursos destinados al cuidado del paciente dando información adecuada sobre el caso clínico que presenta, encontrándose solo un 2% de internos que respondió bien al indicar que el objetivo de triaje es garantizar la óptima atención y priorización del paciente según el daño que presenta, satisfaciendo las necesidades de atención bajo criterios de calidad y oportunidad asegurando un flujo eficiente en el servicio de emergencia disminuyendo el riesgo de morbimortalidad. Estos resultados son los más sobresalientes respecto al desconocimiento que se tiene sobre el ítem 03. Por otro lado los internos que respondieron erróneamente en el ítem 04, el 56% manifiesta que el beneficio principal al aplicar el triaje es el control de funciones vitales para un certero diagnóstico médico, de igual manera el 36% indica que el beneficio principal al aplicar

el triaje es evitar discusiones entre el equipo de salud y el paciente hallándose solo un 6% de internos que respondió de manera correcta al indicar que el beneficio principal es priorizar la atención de la persona en inminente riesgo de muerte (ver anexo 05),

Ya que no existen autores que hablen sobre el objetivo y el beneficio principal al aplicar el triaje se puede observar que el interno de enfermería está mal informado al indicar que el objetivo de triaje solo es el control de las funciones vitales más no la óptima atención y priorización del paciente en inminente riesgo de muerte. Lo que puede conllevar a que en un momento de saturación del servicio de emergencia se puedan perder vidas por no priorizar al paciente que se encuentra en riesgo de muerte.

Por otro lado el triaje tiene un contenido ético y bioético. Según la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería, el cual lo define como una ciencia en el campo de la salud que se ha ido perfeccionando con el objetivo de satisfacer las necesidades de la población. El enfermero de nuestros tiempos debe desarrollar la sensibilidad frente a los problemas del ser humano; de ahí el carácter humanista de la profesión. Ya que la profesión de enfermería se encuentra estrechamente ligada a la ética y bioética. (46)

Según Guillart. La justicia es uno de los principios bioéticos de enfermería el cual está estrechamente relacionado con el triaje dándole un significado de igualdad, equidad y planificación; se basa precisamente en atender primero al más necesitado de los posibles a atender; exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad; jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar; hacer uso racional de los recursos materiales para evitar que falten cuando más se necesiten. (56)

Así mismo el Código de Ética y Deontología del colegio de Enfermeros del Perú menciona que: El cuidado de enfermería, en la interrelación enfermera(o) persona debe centrarse en los problemas del usuario y en los valores y principios fundamentales de: respeto, equidad, fraternidad, solidaridad y justicia. (57)

Es por ello que respecto al fundamento ético de triaje: se obtuvo que el 54% de internos desconocen el fundamento ético del triaje y por otro lado en casi igual proporción el 46% refieren conocer dicha dimensión. Es así que el porcentaje de internos que respondieron equivocadamente el ítem 05, el 42% indica que la aplicación del triaje se fundamenta en

el principio de la no maleficencia, el 25% indica que se fundamenta en el principio de la autonomía y solo un 21% de internos respondieron bien al indicar que el triaje se fundamenta en el principio bioético de la justicia. Así mismo los internos que respondieron equivocadamente el ítem N° 06, el 23% indica que aplicar la justicia en el paciente significa atender según el orden de llegada, por otro lado el 69% respondió de una manera correcta así como saber que aplicar la justicia en el paciente significa atender primero al más necesitado de los posibles a atender. Finalmente en el ítem N° 07 menciona lo siguiente “El código deontológico de enfermería, en uno de sus artículos dice”. En respuesta a esta interrogante el 52% de internos de enfermería respondió de manera correcta indicando que el cuidado de enfermería, en la interrelación enfermera(o) persona debe centrarse en los problemas del usuario y en los valores y principios fundamentales de: respeto, equidad, fraternidad, solidaridad y justicia, mientras que los internos que respondieron equivocadamente a este ítem fue de un 21% indicando que el cuidado de enfermería, en la interrelación enfermera(o) persona debe centrarse en el principio de beneficencia y no maleficencia (ver anexo 05). Estos son los resultados son los más relevantes respecto a cada ítem del fundamento ético de triaje.

En comparación con el estudio realizado por Bautista, el cual menciona que el 24 % de enfermeras indica conocer sobre las prioridades para clasificación de víctimas pero no lo ponen en práctica. (43) Por otro lado en la presente investigación la mayoría de internos de enfermería desconocen respecto al fundamento ético de triaje observándose que tienen conceptos erróneos al indicar que el triaje se fundamenta en el principio de la no maleficencia y la autonomía además indican que la aplicar la justicia en el paciente es atender según el orden de llegada.

Los resultados expresados anteriormente nos hace referencia a que la mayoría de internos de enfermería desconocen el principio bioético de la justicia, en tal sentido se observa que no lo ponen en práctica a pesar de que se menciona en el código de ética y deontología del colegio de enfermeros del Perú, los cuales en algún momento pueden acarrear problemas en la atención de pacientes con daños más complicados que necesitan ser atendidos de forma inmediata por el equipo de salud.

Por otro lado es necesario mencionar que el modelo de triaje utilizado es el estructurado, el cual introduce un lenguaje común para todos los profesionales que asisten las Urgencias y Emergencias, independientemente de la medida, estructura o ubicación de los centros

asistenciales basándose en una escala de priorización útil, válida y reproducible. El concepto de utilidad hace referencia a la capacidad de la escala para relacionar la categoría asignada con el nivel real de urgencia/gravedad del paciente. La validez permitirá asignar el nivel de triaje correspondiente a aquellos pacientes que realmente han de estar en aquel nivel. La reproducibilidad condicionará que dicha categorización se cumpla independientemente de la persona o categoría profesional que la utilice o del hospital donde se aplique.

Es así que la enfermera ha de conocer perfectamente el modelo y escala aplicada, ha de realizar una valoración clínica recogiendo los datos expresados por el paciente o familia y dirigiendo la entrevista con preguntas abiertas (evaluación subjetiva) y cerradas (evaluación objetiva), también ha de tener en cuenta la comunicación no verbal para observar (aspecto, coloración, gestos, etc.), escuchar (si presenta tos, disnea, estridor, etc.), oler (alcohol, acetona, etc.), palpar al paciente (temperatura, ritmo, sudoración, etc.) y la toma de constantes vitales con el objetivo de priorizar y clasificar al paciente. Es muy importante la experiencia profesional de la enfermera para tener un buen juicio, evitar prejuicios y utilizar la intuición profesional. (1)

Finalmente la norma técnica de salud de los servicios de emergencia, menciona los cuatro niveles de prioridad para clasificar al paciente según el daño que presente, los cuales están compuestos por signos y síntomas. (44)

Es así que respecto al modelo de triaje se obtuvo los siguientes resultados, el 67% de internos de enfermería desconoce sobre el modelo de triaje y por otro lado el 33% refieren conocer el modelo. De los internos que respondieron erróneamente el ítem N° 08 un 44% refiere que las fases del triaje son la acogida, clasificación, recepción, mientras que un 38% indica que las fases son el recojo de datos de afiliación, control de funciones vitales, clasificación y asistencia médica, finalmente un 17% indica que las fases son admisión, control de funciones vitales y atención médica. Por otra parte solo un 2% respondió de manera correcta indicando que las fases del triaje son valoración, priorización y clasificación. Así mismo en el ítem N°09, un 33% de los internos que responde equivocadamente menciona que el tipo de triaje que se utiliza en el servicio de emergencia es multidisciplinar, seguido de un 31% que indica que el tipo de triaje es estructura y avanzado, finalmente un 27% indica que el triaje utilizado en el servicio de emergencia es avanzado, encontrándose que solo un 6% responde de manera correcta mencionando

que se utiliza un triaje estructurado. Concerniente al último ítem de esta dimensión, un 58% responde que las prioridades según el daño que presenta el paciente, se clasifican en 3 Prioridades (Prioridad I, Prioridad II y prioridad III), un 6% indica que se clasifican en 6 prioridades y por ultimo un 4% indica que se clasifica en 5 prioridades, hallándose que solo un 31% responde de manera correcta, indicando que las prioridades según el daño que presenta el paciente se clasifica en 4 prioridades de atención.

Confrontado con el estudio realizado por Bautista, cuyo objetivo fue identificar sus conocimientos en el área de triaje llegando a la siguiente conclusión, que más de las tres cuartas partes del personal de enfermería (81%) manifiestan desconocer los niveles de atención y prioridades que se debe dar en el Servicio de Emergencia.(43) Estos resultados son casi similares a los encontrados en la presente investigación ya que también en casi las tres cuartas partes de los internos de enfermería desconocen respecto al modelo de triaje que se utiliza en el servicio de emergencia.

Este desconocimiento que se tiene respecto al modelo de triaje provoca que los internos de enfermería no realicen un correcto procedimiento para la valoración del paciente, consecuentemente a eso prioricen la atención de un paciente de manera equivocada, debido a que la mayoría de internos desconocen las prioridades de clasificación que maneja el hospital.

Finalmente podemos hablar de la aplicación del triaje el cual está plasmado en la norma técnica de salud de los servicios de emergencia n°042 mencionando los 4 niveles de clasificación, dentro de los cuales existen signos y síntomas que ayudan a la correcta aplicación del triaje.

- ✓ 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.

- ✓ Prioridad II Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizar en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en Consultorios de Emergencia.

- ✓ Prioridad III Paciente que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Amerita atención en el Tópico de Emergencia III, teniendo prioridad la atención de casos I y II, cuya atención debe realizarse en un tiempo de espera de igual o mayor a 20 minutos
- ✓ Prioridad IV Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios Descentralizados, cuya atención debe realizarse en un tiempo de espera de igual o mayor a 01 hora. (44)

Es así que concerniente a la aplicación de triaje se obtuvo los siguientes resultados por cada ítem y están representados de la forma siguiente. En el ítem N°11 de los internos que respondieron equivocadamente, el 27% refiere que el área de shock trauma está destinada para pacientes con prioridad IV, el 15% manifiesta que está destinada para pacientes con prioridad III y el 4% indica que está destinada para pacientes con prioridad II, mientras que un 54% ha respondido de manera correcta indicando que está destinada para pacientes con prioridad I. Así mismo en el ítem N° 12 los internos que contestaron incorrectamente, en un 59% respondieron que el tiempo de espera para la atención del paciente en prioridad “ I ” es de tiempo indefinido, el 29% respondió que el tiempo de espera es no mayor o igual a 10 minutos, por otro lado solo un 10% contesto correctamente indicando que el tiempo de espera para un paciente con prioridad I es una atención inmediata. De igual forma en el ítem N°13 el 44% de internos que respondieron incorrectamente manifiesta que los pacientes pediátricos menores de 3 meses con $T^{\circ} \geq 38^{\circ} C$ se los clasifica en una prioridad I, el 21% manifiesta que se les ubica en una prioridad III y el 6% indica que se les ubica en una prioridad IV, mientras que solo un 29% de internos respondió correctamente indicando que se les clasifica en prioridad II. Como penúltimo ítem, un 65% de internos que contesto incorrectamente menciona que los pacientes que ingresan al servicio de emergencia por presentar enfermedades diarreicas agudas sin deshidratación o vómitos se los clasifica en la prioridad I, el 29% menciona que se los clasifica en la prioridad II, mientras que solo el 6% de los internos que respondieron correctamente indica que se los clasifica en una prioridad III. Finalmente los internos que respondieron de manera incorrecta el ítem N° 15, un 60% indica que los pacientes que ingresan al servicio de emergencia por presentar dolor abdominal leve con nauseas, vómitos, diarrea y signos vitales estables se los clasifica en

la prioridad I, el 23% indica que se los clasifica en la prioridad II y el 10% responde que se los clasifica en la prioridad IV, mientras que solo un 6% de internos respondió de manera correcta indicando que se los clasifica en una prioridad III (ver anexo 05). Analizando todos estos resultados se concluye en que el 69% de internos de enfermería desconoce respecto a la aplicación del triaje y solo el 31% conoce dicha dimensión.

Comparando con el estudio realizado por Martín García menciona que una vez atendidos en el servicio de triaje los pacientes esperan hasta ser vistos por el facultativo. Es por ello que en un 79 % de los casos sí se encuentran dentro del tiempo de espera según el nivel de prioridad del triaje, mientras que un 18% son atendidos por el facultativo pasado ese tiempo de espera establecido. Destaca que 11 pacientes (3% del total) abandonaron el servicio de Urgencias. (65)

Estos resultados son diferentes a los obtenidos en la presente investigación ya que se observa que los resultados obtenidos por García hace destacar que más de las tres cuartas partes de los enfermeros maneja adecuadamente los tiempos de espera según la prioridad que amerita el paciente dando a conocer que tienen mayor conocimiento respecto a la aplicación del triaje

Por otra parte Bautista, manifiesta que en un 60% de enfermeras tiene problemas en la clasificación de víctimas lo que conllevaría a la muerte del paciente y la gravedad de muchas otras patologías. (43)

Es así que el resultado encontrado por Bautista se asemeja en mayor porcentaje al encontrado en el presente estudio, dando a resaltar el desconocimiento que se tiene por parte del interno de enfermería respecto a la aplicación del triaje siendo esta última una de las dimensiones con más importancia a la hora de priorizar la atención del paciente

Por ello podemos decir que el interno de enfermería desconoce los signos y síntomas característicos de cada prioridad establecida en la norma técnica de salud de los servicios de emergencia conllevando a una incorrecta clasificación del paciente, lo que podría provocar la atención de pacientes con daños menos graves dejando de lado a pacientes que necesitan una atención inmediata.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Los internos de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en tres cuartas partes de la población de estudio (77%) desconocen respecto a triaje.

SEGUNDA: Los internos de enfermería en su gran totalidad (92%), desconocen sobre la definición del triaje.

TERCERA: Los internos de enfermería en sus tres cuartas partes de la población (77%), desconocen sobre el objetivo del triaje.

CUARTA: Los internos de enfermería en un poco más de la mitad (54%), desconocen respecto el fundamento ético del triaje.

QUINTA: Los internos de enfermería en casi las tres cuartas partes de la población de estudio (67%), desconocen sobre el modelo de triaje

SEXTA: Los internos de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, en casi sus tres cuartas (69%) desconocen respecto a la aplicación del triaje.

RECOMENDACIONES

AL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO.

Coordinar capacitaciones, seminarios, cursos, talleres, coloquios tanto prácticos como teóricos, realizando evaluaciones semestrales con el objetivo de aumentar el conocimiento de los internos de enfermería con respecto a triaje, ya que el sistema de triaje es un tema reconocido a nivel mundial y en el caso del hospital de Puno regido por una norma técnica.

A LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN

Proponer en su plan de trabajo capacitaciones teórico prácticas con respecto a la definición, objetivo, fundamento ético, modelo y aplicación del triaje, empleando como guía la norma técnica de salud de los servicios de Emergencia.

A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

Dar mayor énfasis a estrategias de enseñanzas con respecto al tema de triaje en materias referidas a urgencias y/o emergencias con el sentido de formar a los estudiantes desde los primeros semestres.

A LOS BACHILLERES DE ENFERMERÍA.

Realizar estudios concernientes a factores socio institucionales que inciden en el conocimiento respecto a triaje en los internos de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Olvera-Arreola SS, Cadena-Estrada JC. El triaje hospitalario. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2011;19(3):119–21.
2. Núñez Rocha G, Flores Guerrero F, et al, Triage. Una alternativa en el departamento de emergencias. *Revista de Investigación clínica / Vol. 56, No 3/ Mayo – Junio, 2004/ pp 314 – 320*.
3. Souza C, Toledo A, Tadeu L, Chianca T. Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011 [Acesso 20 nov 2013];19(1):26-33. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/05.pdf>
4. Storm-Versloot MN, Vermeulen H, van Lammeren N, Luitse JSK, Goslings JC. Influence of the Manchester triage system on waiting time, treatment time, length of stay and patient satisfaction; a before and after study. *Emerg Med J*. 2014 [Acesso 15 dez 2015];31:13-8. Disponible en: <http://emj.bmj.com/content/31/1/13.long>
5. Silva M, Oliveira G, Marconato A, Marconato R, Bargas E, Araujo I. Assessment and risk classification protocol for patients in emergency units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014 [Acesso 18 mai 2015];22(2):218-25. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/0104-1169-rlae-22-02-00218.Pdf>
6. Palanca I, Elola J, Mejía F, León J, Alvarez J, Castro M, et al. Unidad de urgencias hospitalarias estándares y recomendaciones. [Internet].2010 [citado 14 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
7. María MG. Estudio del triaje en un servicio de emergencias hospitalario. *Rev Enf*. [Internet].2013 [citado 2 Oct 2014]; Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/9>.
8. Ana R, Benavente S. sistema de triaje en urgencias generales autora. 2014.
9. Cubero C. *Revistas Académicas. Revista Enfermería*. 2014 Octubre.
10. Toxqui Delgado O. Priorización en la atención de los pacientes del servicio de emergencias utilizando triaje como estrategia para brindar atención de calidad. [Tesis Especialización]. México: Instituto Politécnico Nacional Escuela Superior de Medicina; Febrero 2011.

11. Fabián V. Saturación de las guardias de emergencia. Parte I. Causas y efectos. Rev Nob. [Internet].2014 [citado 8 Nov]; 2(2):1-13. Disponible en: http://www.noblearp.com/src/img_up/28052014.1.pdf.
12. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. An. Sist. Sanit. Navar. 2010; 33(Supl.1):55-68. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>
13. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008. [Citado 1-4-2011]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/ESCRI2008.pdf>
14. Análisis de Situación de Salud Hospitalario 2014 Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/Inicio/images/stories/epidemiologia/2014/asis_hc_h_2014.pdf
15. Heredia HC. Análisis de la situación de salud (Asisho) 2017 Hospital Cayetano Heredia. Artículo. 2012;66:37–9.
16. Vílchez Zapata C. Aplicación de un sistema de triaje de cinco niveles en pacientes que acuden al servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote – EsSalud. [Tesis Doctoral] .Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
17. Martínez A, Ríos F. Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. Cinta de Moebio [Internet]. 2006;(25):0. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10102508>
18. (Mario, Bunge. “La Ciencia y su Método y Filosofía”, Buenos Aires. Editorial siglo XX, 1988 pág. 308)
19. Segarra M, Bou Llusar J. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. Revista de Economía y Empresa. Rev Econ y Empres [Internet]. 2005;(1):175–96. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2274043.pdf>
20. Fundamentos C. El Conocimiento y La Ciencia en Occidente II. 1986.
21. (Arellano, S.: Elementos de investigación, la investigación a través de su informe. Universidad Estatal a distancia. Costa Rica, 1980)

22. Benitez B, El fraude de la ciencia. Ciencia y Desarrollo. 1988. Capítulo (XIV).
Pag: 51-58.
23. Bunge, M.: La ciencia, su método y filosofía. 1978. Ediciones Siglo XX. Buenos Aires- Argentina.
24. Universidad Nacional del Altiplano. Reglamento De Evaluación Del Aprendizaje. 2016;45–6. Available from: http://portal.unap.edu.pe/sites/default/files/Documentos/reglamento_evaluacion_aprendizaje_2016.pdf
25. Reglamento-Academico-General-de-Pregrado U.A.N.C.V.pdf.
26. UPSC SAC. Reglamento General de Estudios de la Universidad Privada San Carlos Sociedad Anónima Cerrada Puno. :1–18.
27. Gómez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. Emergencias 2006; 18: 156-164
28. Álvarez Álvarez B, Gorostidi Pérez J, Rodríguez Maroto O, Antuña Egocheaga A, Alonso Alonso P. Estudio del triaje y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias.1998; 10(2):100- 104. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol10_2/100-104.pdf
29. Ángeles Vizcaíno. Implantación de un nuevo sistema de clasificación en andalucía, el sistema español de triaje (set). :1–21.
30. J. Gómez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. 2003;165–74.
31. Aranguren E, Capel JA, Solano M, Jean Louis C, Larrumbe JC, Elejalde JI. Estudio de la validez pronóstica de la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el área de urgencias en un hospital terciario. An. Sist. Sanit. Navar.2005; 28(2):177-188. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v28n2/original1.pdf>
32. Ramón Nogué Bon, Master en cirugía y medicina de urgencias. Evolución de la medicina de urgencias Facultad de medicina; Udl Lleida; 31 de Enero 2007 5)
33. Larrey DJ. Surgical Memoirs of the Campaigns in Russia, Germain and France. Trans. John C Mercer, Philadelphia Carey and Lea 1832. Cited in Winslow G. Triage and Justice. University of California Press
34. Mitchell GW. A Brief History of Triage. Disaster Medicine and Public Health Preparedness. Cambridge University Press; 2008;2(S1):S4–S7.

doi:10.1097/DMP.0b013e3181844d43

35. Iserson K, Moskop J. Triage in Medicine, Part I: Concept, History, and Types
Annals of Emergency Medicine Volume 49 N 3 March 2007
36. Koyama T, Kashima T, Yamamoto M, Ouchi K, Kotoku T, Mizuno Y, A study
of the effect of introduction of JTAS in the emergency room Acute Medicine &
Surgery Vol 4, 3 2017 262-270
37. Puigblanqué E, Noheras M, Nogueras M, Perapoch N. El triaje en el servicio de
urgencias. Enferm Clin. 2008; 18: 3-4.
38. López RJ, Montiel EMD, Licona QR. Triage en el servicio de urgencias. Med Int
Méx 2006; 22: 310-308
39. Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de
urgencias. Washington, DC.: OPS; 2011.
40. Molina-Álvarez RA, Zavala Suárez E. Nursing staff knowledge of the Practical
Clinical Guide of triage. Rev CONAMED [Internet]. 2014;19(1):11–6. Available
from:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4730738&info=resumen&idoma=ENG>
41. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta
fundamental en emergencias. Anales del sistema sanitario de Navarra. An Sist
Sanit Navar [Internet]. 2010;33:55–68. Available from:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008
42. Guillén C de V. El triaje en los servicios de urgencias hospitalarios. 2017;
43. Bautista Sangoquiza D. Analisis situacional de la atencion de enfermeria en la
implementacion de triaje en el servicio de emergencia del Hospital General Puyo
[Internet]. Universidad Regional Autonoma de los Andes; 2017.
44. Ministerio de salud. Norma tecnica de Salud de los Servicios de Emergencias.
2006.
45. Dirección General de Salud de las Personas. Norma Técnica de los servicios de
cuidados intensivos de los hospitales del sector salud. 2004;(1):1–94.
46. Federación Panamericana de Profesionales de la Enfermería. Código de ética.
Buenos Aires: Revista de la AECAF. Edición especial 50 aniversario. 2004.
47. Reyes López M, Ríos Pacheco M, Hidalgo de Paz A. Exploración de

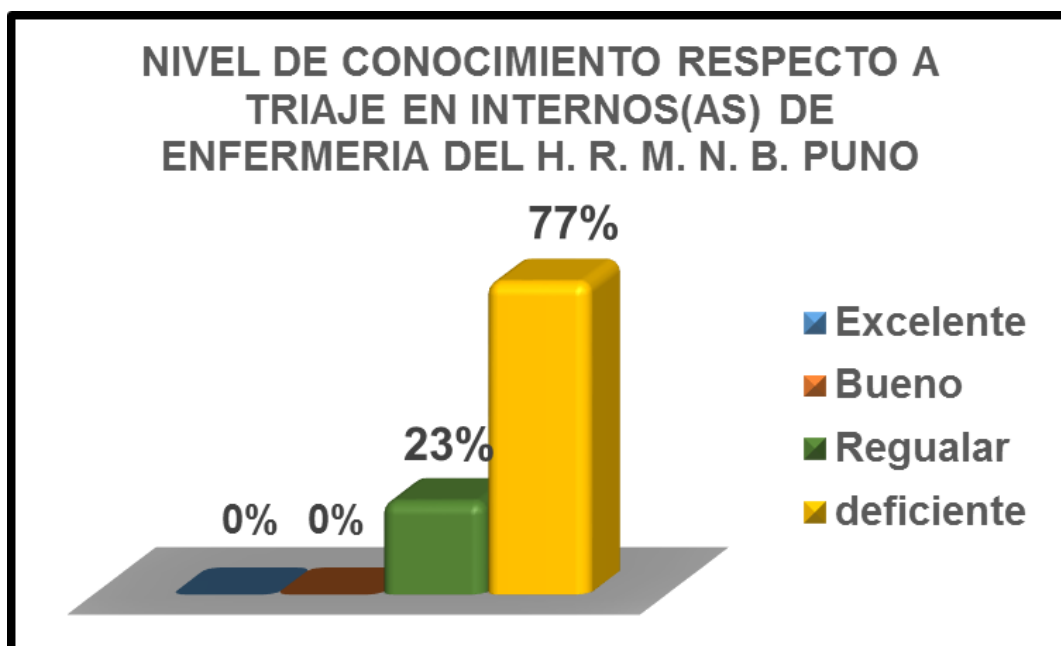
- conocimientos bioéticos en el personal de enfermería del hospital clinicoquirúrgico de Cienfuegos. Rev. Cubana Enfermer (periódica en línea). 1997; 13 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403191997000100004&lng=%20es&nrm=iso&tlng=es Acceso: 25/5/2009
48. Suárez VM, Téllez E, Jasso ME, Hernández ME. La bioética y la praxis de la enfermería. Arch Cardiol Mex 2002; 72 (Supl. 1): 286-90
 49. Santos Vargas L. La bioética como una disciplina crítica. En: Acosta Sariego JR, ed. Bioética para la sustentabilidad. La Habana: Acuario; 2002. p. 55-68.
 50. León Correa FJ. Dignidad humana, libertad y bioética: bioética y reproducción humana. Rev Cuaderno de Bioética 1992; 4 (2): 96-8.
 51. Dickens BM. Tendencias actuales de la bioética en Canadá. Bol of Sanit Panam 1990; 108 (5-6): 524-30.
 52. Pierson W. Considering the nature of intersubjectivity within professional Nursing. Journal of Advanced Nursing. 1999; 30 (2): 294-302.
 53. Colliere M. Promover la vida. Madrid: Mc. Graw Hill, Interamericana; 1993
 54. Roger C. El proceso de convertirse en persona. 17 ed. Barcelona: Paldos; 196
 55. Arena N. El cuidado como manifestación de la condición humana. Rev Facultad de enfermería
 56. Guillart LM. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería Ethical and bioethical principles applied to the quality of nursing care. 2015;28(2):228–33.
 57. Colegio de enfermeros del Perú. Código de Ética y Deontología
 58. Ministerio de Salud. Norma técnica de los servicios de emergencia de Hospitales del Sector Salud. Perú: MINSA; 2004. 2004;1–57.
 59. Gumucio RL. la calidad total en la empresa moderna. 2005.
 60. Pediatrics Triage Guidelines. St. Luis: Mosby, 1997.
 61. S.E.M.E.S (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias) Actitud integral en urgencias. [Citado en 15 de Noviembre del 2000]. Disponible en URL: [http://www.semes.org/web_institucional/la semes/ semes_institucional.htm](http://www.semes.org/web_institucional/la%20semes/semes_institucional.htm)
 62. Murray M, Bullard M, Grafstein E; for the CTAS and CEDIS National Working Groups. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines. November 2004 (6) CJEM

- 63.** Gómez J, Ramón P, Por C. Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias Carlos Rúa Moncada, Consultor para la Respuesta de los Servicios de Salud a Emergencias Sanitarias y Desastres, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial [Internet]. 2010. 1-60 p. Available from: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf
- 64.** Gómez Jiménez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias*.2006; 18:156-164. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol18_3/5.pdf
- 65.** Martín-García M. Estudio Del Triaje En Un Servicio De Urgencias Hospitalario. *RevistaEnfermeríaCyL* [Internet]. 2013;5(1):42–9. Available from: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/91>
- 66.** Rolando Vásquez Alva, Consuelo Luna Muñoz CMRG. el triaje hospitalario en los servicios de. 2019;19(1):90–100.
- 67.** Fernández. Metodología. *Planta*. 2010;1–14.
- 68.** Bracho Y. Marco Metodológico. Gestión Calid en las Empres del Sect Azucar del Occident Venez [Internet]. 2007;(2006):67–79. Available from: <http://virtual.urbe.edu/tesispub/0092506/cap03.pdf%0Ahttp://gestiondecalidadenelsectorazucarero.blogspot.com/>
- 69.** Baluarte A. Nivel de conocimiento y medidas de prevención que adoptan las enfermeras que laboran en unidades críticas frente al síndrome de bourn – out en el Hospital José Casimiro Ulloa 2009. 2010;1:28,29. Available from: [file:///F:/PUmgHoIBc/marco conceptual/Baluart conocimiento.pdf](file:///F:/PUmgHoIBc/marco%20conceptual/Baluart%20conocimiento.pdf)

ANEXOS

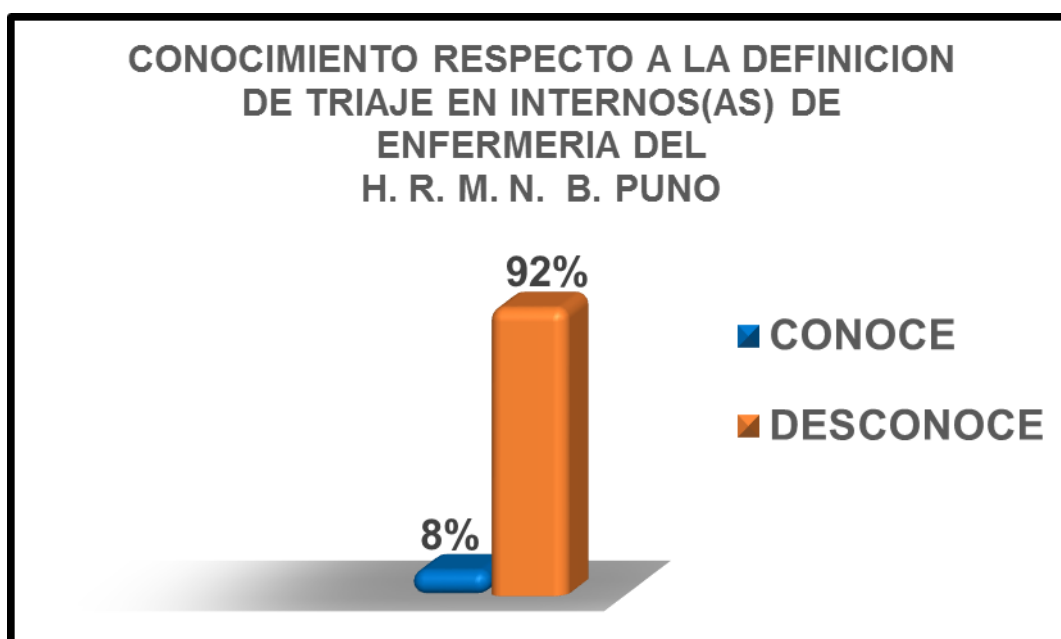
ANEXO 01

GRÁFICO 01



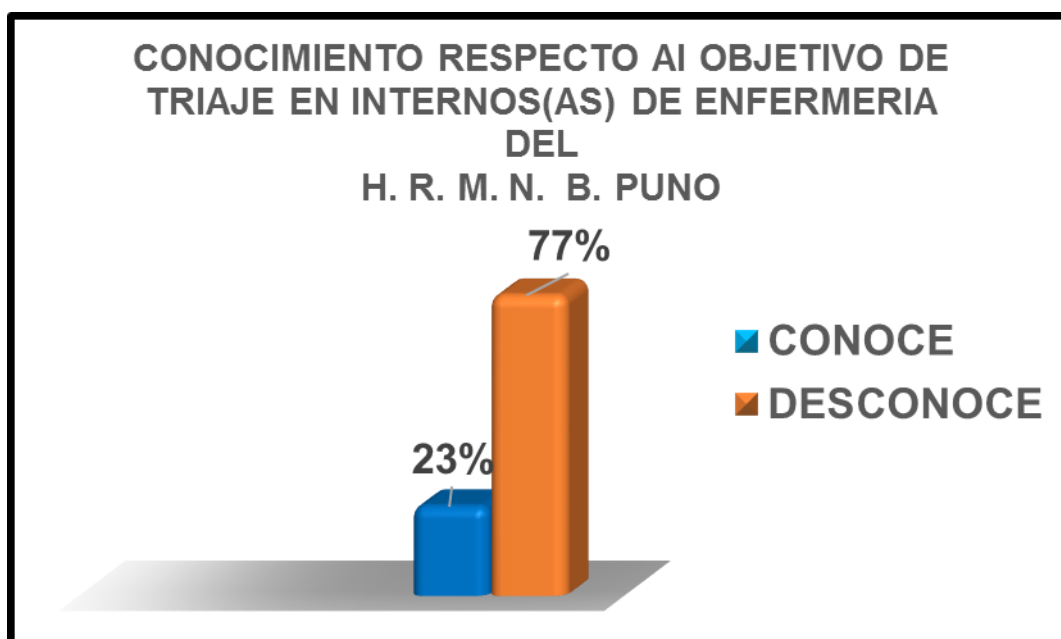
Fuente: Encuesta aplicada a los internos de Enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno - 2019

GRÁFICO 02



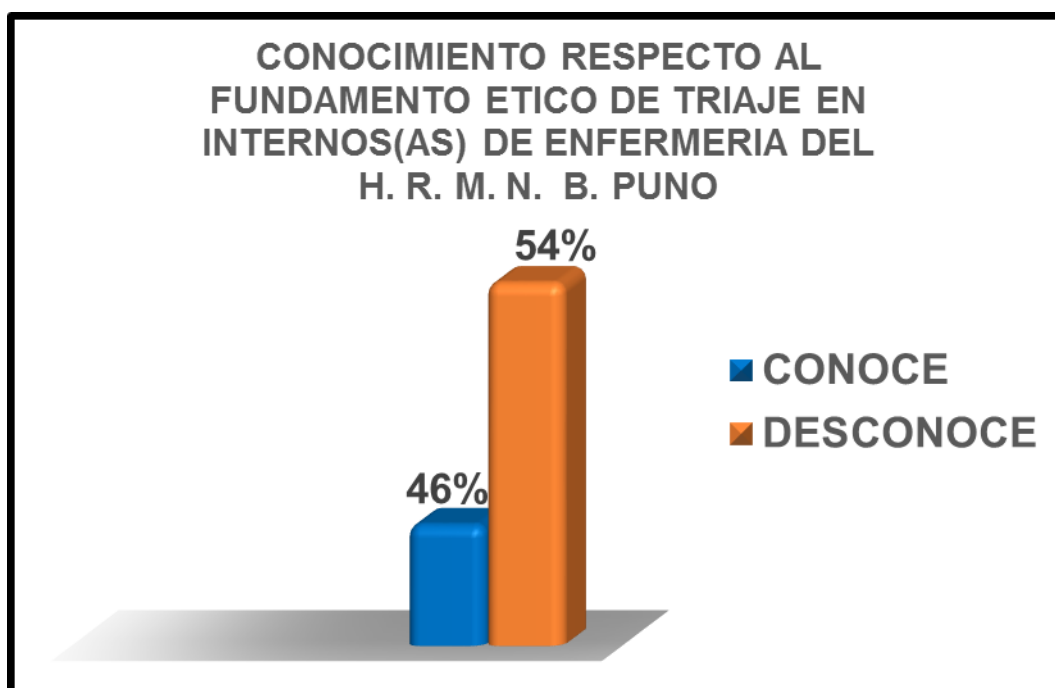
Fuente: Encuesta aplicada a los internos de Enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno - 2019

GRÁFICO 03



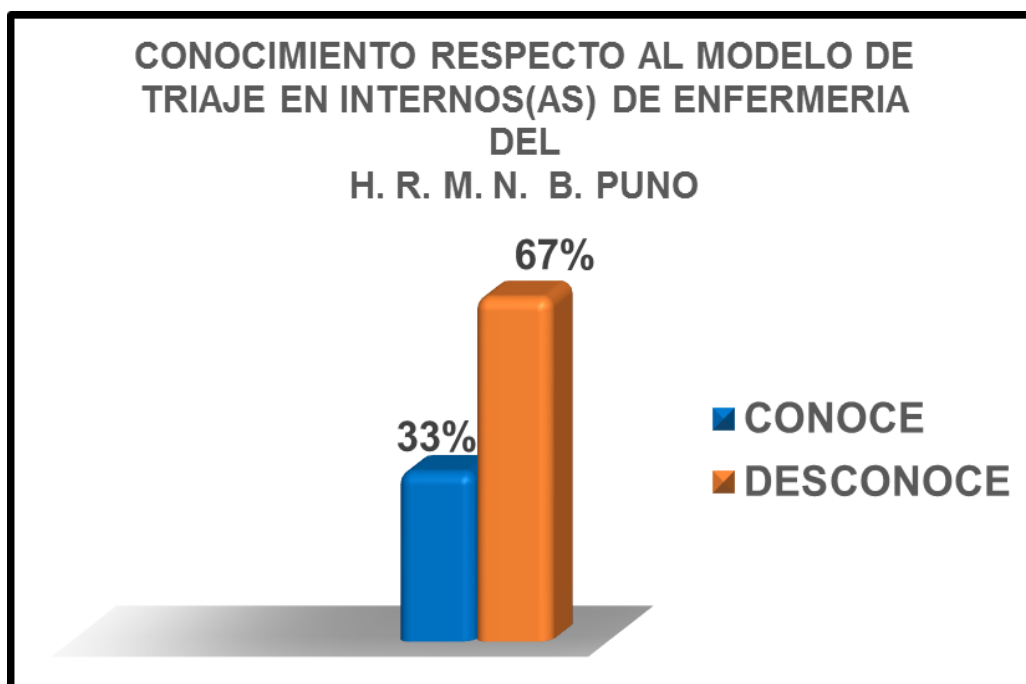
Fuente: Encuesta aplicada a los internos de Enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno - 2019

GRÁFICO 04



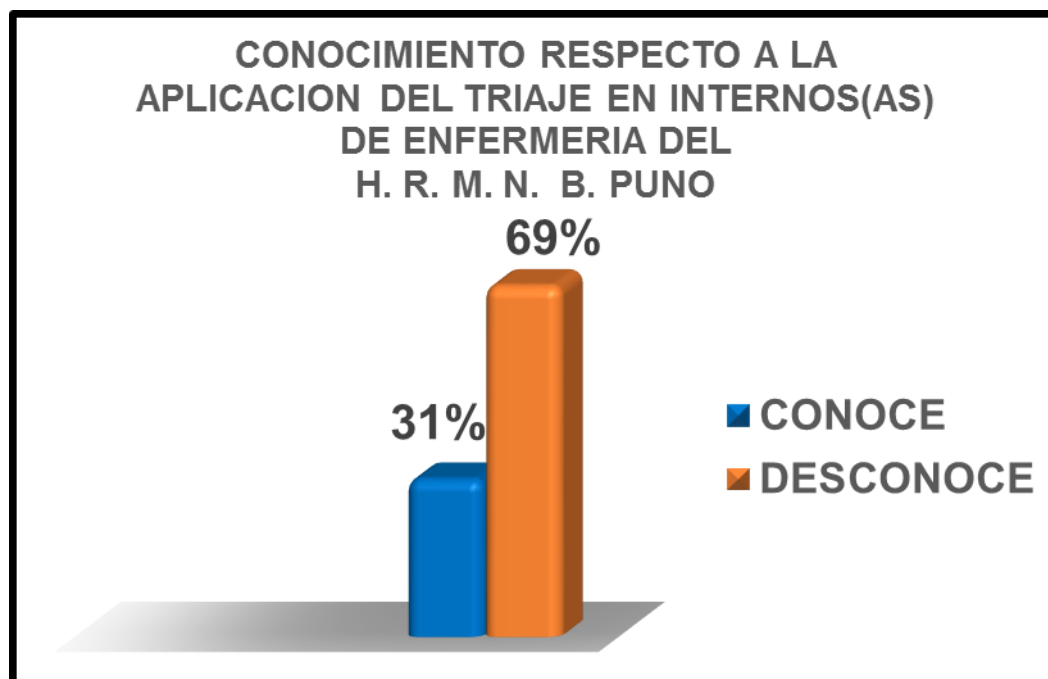
Fuente: Encuesta aplicada a los internos de Enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno - 2019

GRÁFICO 05



Fuente: Encuesta aplicada a los internos de Enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno - 2019

GRÁFICO 06



Fuente: Encuesta aplicada a los internos de Enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno - 2019

ANEXO 02

PRUEBA DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Alfa de Chronbach	N° de elementos
0.754	15

La prueba Alfa de Chronbach alcanzó un coeficiente de: 0, 754, por lo que se comprueba que el instrumento es confiable

MATRIZ DE CONCORDANCIA DEL CUESTIONARIO ENTRE JUECES EXPERTOS

N° de criterios	1er juez	2do juez	3er juez	4to juez	5to juez	P-VALOR
1	1	1	1	1	1	0.0067
2	1	1	1	1	1	0.0067
3	1	1	1	1	1	0.0067
4	1	1	1	1	1	0.0067
5	1	1	1	1	1	0.0067
6	1	1	1	1	1	0.0067
7	1	1	1	1	1	0.0067

Se considera:

0: Si la respuesta es "NO"

1: Si la respuesta es "SI"

El valor de "P" es menor que 0.05 por lo tanto el nivel de concordancia es altamente significativo. Dando a conocer que el instrumento de medición es válido.

ANEXO 03

ESCALA DE CALIFICACIÓN DE JUEZ DE EXPERTOS

N°	CRITERIO	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación			
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.			
3	La estructura del instrumento es adecuada.			
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6	Los ítems son claros y entendibles.			
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

NOMBRE Y APELLIDOS DEL EXPERTO	FIRMA

ANEXO 04

INSTRUMENTO

TRIAJE

➤ **DIMENSIÓN RESPECTO A LA DEFINICIÓN DE TRIAJE****1. ¿Cómo define “triaje”?**

- a) **Proceso de evaluación, mediante el cual se prioriza el daño del paciente y se orienta acertadamente para su atención. Siendo la primera actividad que se realiza.**
- b) Proceso de valoración del paciente dedicada a cumplir explícitamente el control signos vitales.
- c) Ambiente destinado a la orientación del paciente hacia un consultorio médico (cirugía, medicina, pediatría)
- d) Proceso de evaluación, mediante el cual se prioriza el daño del paciente y se orienta acertadamente para su atención. Siendo la segunda actividad que se realiza después del proceso de admisión.

2. ¿Según su etimología que significa triaje?

- a) El termino triage o triaje según la Real Academia de la Lengua Española lo define como acción de registro de las funciones vitales.
- b) El término triaje proviene del prefijo griego trier se expresa como “tres” dando a conocer los tres pasos a seguir para la atención del paciente: valoración, diagnóstico y tratamiento.
- c) El término triage proviene del prefijo latino trier que se define como recepción , acoger y clasificación
- d) **El término triage o triaje es un neologismo que proviene de la palabra francesa trier que se define como escoger, separar o clasificar.**

➤ **DIMENSIÓN RESPECTO AL OBJETIVO DE TRIAJE**

3. ¿Cuál cree que es el objetivo primordial del triaje?

- a) Asegurar un flujo eficiente de los recursos destinados al cuidado del paciente en los Servicios de Emergencia. Dando información adecuada al paciente y familiares sobre el caso clínico que presenta
- b) Garantizar la óptima atención y priorización del paciente según el daño que presenta, satisfaciendo las necesidades de atención bajo criterios de calidad y oportunidad asegurando un flujo eficiente en el servicio de emergencia disminuyendo el riesgo de morbimortalidad**
- c) Controlar las funciones vitales aportando al proceso de diagnóstico médico. Manteniendo la calma del paciente y familiares durante la espera de la atención medica
- d) Dar información adecuada al paciente y familiares sobre el consultorio donde lo atenderán con el objetivo de disminuir el riesgo de morbimortalidad

4. El beneficio principales al aplicar el triaje es:

- a) Mantener la calma del paciente y familiares
- b) Evitar discusiones entre el equipo de salud y el paciente
- c) Priorizar la atención de la persona en inminente riesgo de muerte**
- d) El control de funciones vitales para un certero diagnostico medico

➤ **DIMENSIÓN RESPECTO AL FUNDAMENTO ÉTICO DEL TRIAJE**

5. La aplicación del triaje se fundamenta en el siguiente principio de la bioética:

- a) No maleficencia.
- b) Beneficencia.
- c) Autonomía.
- d) Justicia.**

6. Aplicar la justicia en el paciente significa:

- a) **Atender primero al más necesitado de los posibles a atender**
- b) Atender según el orden de llegada
- c) Atender primero al paciente que ya cuente con los datos de admisión completos
- d) Atender primero al paciente más angustiado y desesperado

7. El código deontológico de enfermería, en uno de sus artículos dice:

- a) **El cuidado de enfermería, en la interrelación enfermera(o) persona debe centrarse en los problemas del usuario y en los valores y principios fundamentales de: respeto, equidad, fraternidad, solidaridad y justicia.**
- b) El cuidado de enfermería, en la interrelación enfermera(o) persona debe centrarse en el principio de beneficencia y no maleficencia
- c) El cuidado de enfermería, en la interrelación enfermera(o) persona debe centrarse en los problemas del usuario con empatía, respeto y fraternidad
- d) El cuidado de enfermería, en la interrelación enfermera(o) persona debe centrarse en los 13 dominios utilizados en el diagnóstico de enfermería

➤ DIMENSIÓN RESPECTO AL MODELO DE TRIAJE**8. Las fases del triaje son:**

- a) Acogida, clasificación, recepción
- b) Admisión, control de funciones vitales, Atención médica
- c) **Valoración, Priorización y clasificación**
- d) Recojo de datos de afiliación, control de funciones vitales, clasificación y Asistencia medica

9. ¿Qué tipo de triaje se utiliza en el servicio de emergencia?

- a) Avanzado
- b) Estructura y avanzado
- c) Multidisciplinar
- d) **Estructurado**

10. Las prioridades según el daño que presenta el paciente, se clasifican en:

- a) I, II, III
- b) I, II, III, IV**
- c) I, II, III, IV, V
- d) I, II, III, IV, V, VI

➤ **DIMENSIÓN RESPECTO A LA APLICACIÓN DEL TRIAJE**

11. El área de shock trauma está destinada para pacientes con prioridad:

- a) **I**
- b) II
- c) III
- d) IV

12. Cuanto es el tiempo de espera para la atención del paciente en prioridad “ I ”

- a) No mayor o igual a 10 minutos
- b) Atención por consultorio externo
- c) Tiempo indefinido
- d) Atención inmediata**

13. Los pacientes pediátricos menores de 3 meses con $T^{\circ} \geq$ que 38° C. en que prioridad se les ubica

- a) I
- b) II**
- c) III
- d) IV

14. Los pacientes que ingresan al servicio de emergencia por presentar enfermedades diarreica aguda sin deshidratación o vómitos en que prioridad se les ubica.

- a) I
- b) II
- c) III
- d) IV**

15. Los pacientes que ingresan al servicio de emergencia por presentar dolor abdominal leve con nauseas, vómitos, diarrea y signos vitales estables en que prioridad se les ubica.

- a) I
- b) II
- c) III**
- d) IV

ANEXO 05

**TABLAS ESTADÍSTICAS RESPECTO A CADA ÍTEM DEL
CUESTIONARIO**

➤ **DIMENSIÓN RESPECTO A LA DEFINICIÓN DE TRIAJE**

ÍTEM N° 1: ¿Cómo define “triaje”?	N°	%
ALTERNATIVA CORRECTA		
a) Proceso de evaluación, mediante el cual se prioriza el daño del paciente y se orienta acertadamente para su atención. Siendo la primera actividad que se realiza.	8	17%
ALTERNATIVAS INCORRECTAS		
b) Proceso de valoración del paciente dedicada a cumplir explícitamente el control signos vitales.	20	42%
c) Ambiente destinado a la orientación del paciente hacia un consultorio médico (cirugía, medicina, pediatría)	7	15%
d) Proceso de evaluación, mediante el cual se prioriza el daño del paciente y se orienta acertadamente para su atención. Siendo la segunda actividad que se realiza después del proceso de admisión.	13	27%

ÍTEM N° 2: ¿Según su etimología que significa triaje?	N°	%
ALTERNATIVA CORRECTA		
d) El término triage o triaje es un neologismo que proviene de la palabra francesa trier que se define como escoger, separar o clasificar.	18	38%
ALTERNATIVAS INCORRECTAS		
a) El termino triage o triaje según la Real Academia de la Lengua Española lo define como acción de registro de las funciones vitales.	13	27%
b) El término triaje proviene del prefijo griego trier se expresa como “tres” dando a conocer los tres pasos a seguir para la atención del paciente: valoración, diagnóstico y tratamiento.	7	15%
c) El término triage proviene del prefijo latino trier que se define como recepción , acoger y clasificación	10	21%

➤ **DIMENSIÓN RESPECTO AL OBJETIVO DE TRIAJE**

ÍTEM N° 3: ¿Cuál cree que es el objetivo primordial del triaje?	N°	%
ALTERNATIVA CORRECTA		
b) Garantizar la óptima atención y priorización del paciente según el daño que presenta, satisfaciendo las necesidades de atención bajo criterios de calidad y oportunidad asegurando un flujo eficiente en el servicio de emergencia disminuyendo el riesgo de morbimortalidad	1	2%
ALTERNATIVAS INCORRECTAS		
a) Asegurar un flujo eficiente de los recursos destinados al cuidado del paciente en los Servicios de Emergencia. Dando información adecuada al paciente y familiares sobre el caso clínico que presenta	20	42%
c) Controlar las funciones vitales aportando al proceso de diagnóstico médico. Manteniendo la calma del paciente y familiares durante la espera de la atención medica	25	52%
d) Dar información adecuada al paciente y familiares sobre el consultorio donde lo atenderán con el objetivo de disminuir el riesgo de morbimortalidad.	2	4%

ÍTEM N° 4: El beneficio principal al aplicar el triaje es:	N°	%
ALTERNATIVA CORRECTA		
c) Priorizar la atención de la persona en inminente riesgo de muerte	3	6%
ALTERNATIVAS INCORRECTAS		
a) Mantener la calma del paciente y familiares	1	2%
b) Evitar discusiones entre el equipo de salud y el paciente	17	36%
d) El control de funciones vitales para un certero diagnostico medico	27	56%

➤ **DIMENSIÓN RESPECTO AL FUNDAMENTO ÉTICO DEL TRIAJE**

ÍTEM N° 5: La aplicación del triaje se fundamenta en el siguiente principio de la bioética:	N°	%
ALTERNATIVA CORRECTA		
d) Justicia.	10	21%
ALTERNATIVAS INCORRECTAS		
a) No maleficencia.	20	42%
b) Beneficencia.	6	13%
c) Autonomía.	12	25%

ÍTEM N° 6: Aplicar la justicia en el paciente significa:	N°	%
ALTERNATIVA CORRECTA		
a) Atender primero al más necesitado de los posibles a atender	33	69%
ALTERNATIVAS INCORRECTAS		
b) Atender según el orden de llegada	11	23%
c) Atender primero al paciente que ya cuente con los datos de admisión completos	3	6%
d) Atender primero al paciente más angustiado y desesperado	1	2%

ÍTEM N° 7: El código deontológico de enfermería, en uno de sus artículos dice:	N°	%
ALTERNATIVA CORRECTA		
a) El cuidado de enfermería, en la interrelación enfermera(o) persona debe centrarse en los problemas del usuario y en los valores y principios fundamentales de: respeto, equidad, fraternidad, solidaridad y justicia.	25	52%
ALTERNATIVAS INCORRECTAS		
b) El cuidado de enfermería, en la interrelación enfermera(o) persona debe centrarse en el principio de beneficencia y no maleficencia	10	21%
c) El cuidado de enfermería, en la interrelación enfermera(o) persona debe centrarse en los problemas del usuario con empatía, respeto y fraternidad	5	10%
d) El cuidado de enfermería, en la interrelación enfermera(o) persona debe centrarse en los 13 dominios utilizados en el diagnóstico de enfermería	8	17%

➤ **DIMENSIÓN RESPECTO AL MODELO DE TRIAJE**

ÍTEM N° 8: Las fases del triaje son:	N°	%
ALTERNATIVA CORRECTA		
c) Valoración, Priorización y clasificación	1	2%
ALTERNATIVAS INCORRECTAS		
a) Acogida, clasificación, recepción	21	44%
b) Admisión, control de funciones vitales, Atención médica	8	17%
d) Recojo de datos de afiliación, control de funciones vitales, clasificación y Asistencia medica	18	38%

ÍTEM N° 9: ¿Qué tipo de triaje se utiliza en el servicio de emergencia?	N°	%
ALTERNATIVA CORRECTA		
d) Estructurado	3	6%
ALTERNATIVAS INCORRECTAS		
a) Avanzado	13	27%
b) Estructura y avanzado	15	31%
c) Multidisciplinar	16	33%

ÍTEM N° 10: Las prioridades según el daño que presenta el paciente, se clasifican en:	N°	%
ALTERNATIVA CORRECTA		
b) I, II, III, IV	15	31%
ALTERNATIVAS INCORRECTAS		
a) I, II, III	28	58%
c) I, II, III, IV, V	2	4%
d) I, II, III, IV, V, VI	3	6%

➤ **DIMENSIÓN RESPECTO A LA APLICACIÓN DEL TRIAJE**

ÍTEM N° 11: El área de shock trauma está destinada para pacientes con prioridad:	N°	%
ALTERNATIVA CORRECTA		
a) Prioridad I	26	54%
ALTERNATIVAS INCORRECTAS		
b) Prioridad II	2	4%
c) Prioridad III	7	15%
d) Prioridad IV	13	27%

ÍTEM N° 12: Cuanto es el tiempo de espera para la atención del paciente en prioridad “ I ”	N°	%
ALTERNATIVA CORRECTA		
d) Atención inmediata	5	10%
ALTERNATIVAS INCORRECTAS		
a) No mayor o igual a 10 minutos	14	29%
b) Atención por consultorio externo	1	2%
c) Tiempo indefinido	28	59%

ÍTEM N° 13: Los pacientes pediátricos menores de 3 meses con $T^{\circ} \geq$ que 38° C. en que prioridad se les ubica: Los pacientes pediátricos menores de 3 meses con $T^{\circ} \geq$ que 38° C. en que prioridad se les ubica:	N°	%
ALTERNATIVA CORRECTA		
b) Prioridad II	14	29%
ALTERNATIVAS INCORRECTAS		
a) Prioridad I	21	44%
c) Prioridad III	10	21%
d) Prioridad IV	3	6%

ÍTEM N° 14: Los pacientes que ingresan al servicio de emergencia por presentar enfermedades diarreica aguda sin deshidratación o vómitos en que prioridad se les ubica.	N°	%
ALTERNATIVA CORRECTA		
d) Prioridad IV	3	6%
ALTERNATIVAS INCORRECTAS		
a) Prioridad I	31	65%
c) Prioridad II	14	29%
d) Prioridad III	0	0%

ÍTEM N° 15: Los pacientes que ingresan al servicio de emergencia por presentar dolor abdominal leve con nauseas, vómitos, diarrea y signos vitales estables en que prioridad se les ubica.	N°	%
ALTERNATIVA CORRECTA		
c) Prioridad III	3	6%
ALTERNATIVAS INCORRECTAS		
a) Prioridad I	29	60%
c) Prioridad II	11	23%
d) Prioridad IV	5	10%

ANEXO 06**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INTERNO(A) DE ENFERMERÍA PARTICIPANTE DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN****INVESTIGADOR:** Pineda Layme Jerson Orlando**PARTICIPANTES:** Internos de enfermería**TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:** NIVEL DE CONOCIMIENTO RESPECTO A TRIAJE EN INTERNAS DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO – 2019

A Ud. Tenga a bien recibir mis saludos, e invitarlo(a) cordialmente a ser partícipe del estudio de investigación ya mencionado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que ayude a discernir sus dudas respecto al tema.

La presente investigación es desarrollada con el objetivo de medir el nivel de conocimiento respecto a triaje en internas de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno

En tal sentido este proyecto de investigación tiene como relevancia fundamental: formular estrategias que busquen reforzar los conocimientos respecto al triaje, permitiendo un mejor desenvolvimiento del interno de enfermería y una mejor atención de calidad hacia el paciente. Pues también servirá de referente para otros estudios incrementando de esta manera los conocimientos enfermeros y finalmente aportará con un instrumento de investigación válido y confiable que determine el nivel de conocimiento respecto a triaje.

ACLARACIONES

- El cuestionario en aplicación es totalmente anónimo y con fines de investigación
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para Ud.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá ninguna remuneración por su participación.
- La información obtenida en este estudio, en cuanto a los datos de identificación será mantenida con estricta confidencialidad por el investigador.
- En caso de tener dudas respecto al tema o alguna otra inquietud, puede Ud. consultar al investigador.

Jerson Orlando Pineda Layme**DNI: 70237239****Cel.: 959149652****Dirección electrónica: jerson.orlan@gmail.com**

Si considera que no hay dudas ni preguntas puede firmar la carta de consentimiento informado que forma parte de este documento.

Universidad Nacional del Altiplano

Facultad de enfermería

Yo.....
.....identificada(o) con DNI
N°....., declaro que después de haber sido completa y ampliamente
informada(o) sobre el proyecto de investigación titulado “Nivel de conocimiento respecto
a triaje en internas de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Regional
Manuel Núñez Butrón Puno -2019”, que tiene por objetivo general medir el nivel de
conocimiento respecto a triaje en internas de enfermería del servicio de Emergencia del
Hospital Regional Manuel Núñez Butrón- Puno y que será ejecutado por el bachiller en
enfermería Jerson Orlando Pineda Layme. Después de todo lo anteriormente expresado,
otorgo mi consentimiento para que se me considere participe de la presente investigación,
haciendo referencia con mi nombre, DNI y firma, por lo cual responderé a las preguntas
del cuestionario que se me realice, respetando la confidencialidad de mis respuestas, las
mismas que podrán publicarse como parte de la investigación. Sobre los datos que yo
proporcione me asisten los derechos de acceso, rectificación y cancelación si estos no se
ajustan a lo que yo he requerido expresar. La encuesta es sin cobro alguno ni
remuneración por esta. Se me ha facilitado el teléfono y la dirección electrónica del
investigador a las que puede acceder para cualquier consulta de aclaración.
Puno, Junio del 2019

FIRMA DEL PARTICIPANTE

ANEXO 07

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



Bienvenida y presentación por parte de la Lic. Jefe del departamento de enfermería



Explicación del proyecto de investigación y consentimiento informado



Ejecución del cuestionario destinado a las internas de enfermería



Palabras finales por parte del investigador hacia los internos de enfermería y agradecimiento a la Lic. Jefe del departamento de enfermería del H. R. M. N. B. Puno - 2019.