

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**“CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO
DE EMERGENCIA SOBRE EL TRIAJE PARA LA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS
DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO -
TARMA 2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

AUTORES

Lic. SUSAN ANDREA HURTADO MONTES

Lic. ISEL MAGALY PUENTE SALCEDO

Callao, 2019

PERÚ

DEDICATORIA

A nuestros padres, hijos, por todo el apoyo incondicional que nos brindaron, por la comprensión que tuvieron por las horas de dedicación a los estudios y elaboración de nuestra tesis.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Callao, Facultad de Ciencias de la Salud por el convenio con el Colegio de Enfermeros del Perú; que permite el desarrollo de la profesión de Enfermería.

A los Docentes y Asesora, por su dedicación y apoyo en el desarrollo de nuestra investigación.

ÍNDICE

RESUMEN	10
ABSTRACT	11
INTRODUCCION	12
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	14
1.2 Formulación del problema.....	15
1.2.1. Problema general	15
1.2.2. Problema Específico.....	15
1.3 Objetivos	16
1.3.1 Objetivo general	16
1.3.2 Objetivos específicos.....	16
1.4 Limitantes de la investigación	16
1.4.1 Teórico.....	16
1.4.2 Temporal	16
1.4.3 Espacial.....	16
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes del estudio	17
2.2. Bases Teóricas	22
2.3. Marco Conceptual	23
2.4. Definición de términos básicos	46
CAPITULO III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1 Hipótesis	48
3.1.1 Hipótesis General.....	48
3.1.2 Hipótesis Especifico	48
3.2 Definición Conceptual de variables	48
3.2.1 Operacionalización de variables.....	50
CAPITULO IV. DISEÑO METODOLOGICO	
4.1 Tipo y diseño de la investigación	51
4.2 Método de investigación	51
4.3 Población y muestra.....	52

4.4 Lugar de estudio y periodo desarrollado	53
4.5 Técnicas e instrumentos para la recolección de información	53
4.6 Análisis y procesamiento de datos.....	54
CAPITULO V. RESULTADOS	
5.1. Resultados descriptivos.....	55
CAPITULO VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados	59
6.2. Contrastación de resultados.....	59
6.3. Responsabilidad ética a partir de los hallazgos encontrados	60
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63

TABLAS DE CONTENIDO

5.1 PRESENTACION Y ANALISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS DESCRIPTIVOS

TABLA 01	Nivel de conocimiento sobre triaje del profesional de enfermería del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	55
TABLA 02	Nivel de conocimiento sobre aspectos generales de triaje del profesional de enfermería del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	56
TABLA 03	Nivel de conocimiento sobre clasificación de victimas de accidente de tránsito del profesional de enfermería del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	57
TABLA 04	Nivel de conocimiento sobre politraumatizado del profesional de enfermería del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	58
A. DATOS GENERALES		
TABLA 01	Edad, sexo, tiempo se servicio, especialidad de los profesionales de enfermería del Hospital Felix Mayorca Soto – Tarma 2018	67
B. DATOS ESPECIFICOS		
TABLA 01	Profesionales de enfermería conocen el significado de Triage -Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	70
TABLA 02	Profesionales de enfermería conocen el concepto de Triage Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	71
TABLA 03	Profesionales de enfermería conocen las etapas de triaje del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	72
TABLA 04	Profesionales de enfermería conocen las características del Triage Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	73
TABLA 05	Profesionales de enfermería conocen modelos de triaje del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	74
TABLA 06	Profesionales de enfermería conocen modelos más utilizados de triaje del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	75

TABLA 07	Profesional de enfermería conocen los niveles de prioridad del triaje del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	76
TABLA 08	Profesionales de enfermería conocen la evaluación en niveles de prioridad del politraumatizado, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	77
TABLA 09	Profesionales de enfermería conoce clasificación para la adecuada atención del paciente, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	78
TABLA 010	Profesionales de enfermería conocen el concepto de politraumatizado, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	79
TABLA 011	Profesionales de enfermería conocen la Evaluación de triaje en Poli trauma, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018 ...	80
TABLA 012	Profesionales de enfermería conocen los tipos de politraumatismo en el Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	81
TABLA 013	Profesionales de enfermería conocen la finalidad tardía de dispensar cuidados tras producirse un accidente de tránsito, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	82
TABLA 014	Profesionales de enfermería conocen mortalidad inmediata de pacientes poli traumatizados, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	83
TABLA 015	Profesionales de enfermería conocen orden secuencial para la atención de politraumatizado, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	84
TABLA 016	Profesionales de enfermería conocen la etapa de la hora de oro (dorada), Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	85
TABLA 017	Profesionales de enfermería conocen tiempo de mortalidad por trauma en primera etapa, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	86
TABLA 018	Profesionales de enfermería conocen tiempo de mortalidad producida por lesiones múltiples por el trauma en la segunda Etapa, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	87

TABLA 019	Profesionales de enfermería pasos que se va teniendo en cuenta para establecer el tratamiento del traumatizado grave, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	88
TABLA 020	Profesionales de enfermería conoce las puntuaciones de la estala de Glasgow, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	89
TABLA 021	Profesionales de enfermería conocen medios de información de lesionado consiente del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	90
TABLA 022	Profesionales de enfermería conocen medios de información de lesionado inconsciente del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	91
TABLA 023	Profesionales de enfermería conocen signos de peligro en un politraumatizado del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	92
TABLA 024	Profesionales de enfermería conoce la base que se establece para la atención del paciente politraumatizado del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	93
TABLA 025	Profesionales de enfermería conocen causas principales para determinar la inestabilidad hemodinámica del politraumatizado del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	94
TABLA 026	Profesionales de enfermería diferencia entre una hemorragia arterial de una venosa, del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	95
TABLA 027	Profesionales de enfermería conocen movilización de un paciente con lesión de columna del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	96
TABLA 028	Nivel de conocimiento sobre triaje del profesional de enfermería del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	97

INDICE DE FIGURAS

5.1 PRESENTACION Y ANALISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Figura 01	Nivel de conocimiento sobre triaje del profesional de enfermería del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	55
Figura 02	Nivel de conocimiento sobre generales sobre triaje del profesional de enfermería del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	56
Figura 03	Nivel de conocimiento sobre clasificación de victimas de accidente de tránsito del profesional de enfermería del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.	57
Figura 04	Nivel de conocimiento sobre politraumatizado del profesional de enfermería del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 201En la Tabla N° 04. se observa que el 52 % de profesionales de enfermería tiene un nivel de conocimiento medio sobre politraumatizado, 40% tiene un conocimiento bajo y 8% tiene un conocimiento alto.	58

B. DATOS ESPECIFICOS

Figura 01	Profesionales de enfermería conocen el significado de Triage -Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	70
Figura 02	Profesionales de enfermería conocen el concepto de Triage Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	71
Figura 03.	Profesionales de enfermería conocen las etapas de triaje del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	72
Figura 04	Profesionales de enfermería conocen las características del triaje Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	73
Figura 05	Profesionales de enfermería conocen modelos de Triage del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	74
Figura 06	Profesionales de enfermería conocen modelos más utilizados de triaje del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	75

Figura 07	Profesional de enfermería conocen los niveles de prioridad del triaje del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	76
Figura 08	Profesionales de enfermería conocen la evaluación en niveles de prioridad del politraumatizado, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	77
Figura 09	Profesionales De Enfermería Conoce Concepto De Accidente De Tránsito, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	78
Figura 010	Profesionales De Enfermería Conocen El Concepto De Politraumatizado, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	79
Figura 011	Profesionales De Enfermería Conocen Datos De Identificación De Pacientes, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	80
Figura 012	Profesionales De Enfermería Conocen Bases Para Establecer Atención Al Paciente Del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	81
Figura 013	Profesionales de enfermería la finalidad tardía de dispensar cuidados tras producirse un accidente de tránsito, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	82
Figura 014	Profesionales De Enfermería Conocen la mortalidad inmediata de pacientes poli traumatizados, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	83
Figura 015	Profesionales de enfermería conocen orden secuencial para la atención de politraumatizado, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	84
Figura 016	Profesionales de enfermería conocen la etapa de la hora de oro (dorada), Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	85
Figura 017	Profesionales de enfermería conocen tiempo de mortalidad por trauma en primera etapa, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	86
Figura 018	Profesionales de enfermería conocen tiempo de mortalidad producida por lesiones múltiples por el trauma en la segunda Etapa del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	87

Figura 019	Profesionales de enfermería conocen pasos que se va teniendo en cuenta para establecer el tratamiento del traumatizado grave, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	88
Figura 020	Profesionales de enfermería conocen las puntuaciones de la estala de Glasgow, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018...	89
Figura 021	Profesionales de enfermería conoce medios de información de lesionado consiente del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	90
Figura 022	Profesionales de enfermería conocen medios de información de lesionado inconsciente del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	91
Figura 023	Profesionales de enfermería conocen signos de peligro en un politraumatizado del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	92
Figura 024	Profesionales de enfermería conocen la base que se establece para la atención del paciente politraumatizado del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	93
Figura 025	Profesionales de enfermería conocen causas principales para determinar la inestabilidad hemodinámica del politraumatizado del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.....	9
Figura 026	Profesionales de enfermería conocen diferencia entre una hemorragia arterial de una venosa, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	95
Figura 027	Profesionales de enfermería conocen la movilización de un paciente con lesión de columna del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018	96
Figura 028	Nivel de conocimiento sobre triaje del profesional de enfermeria del Hospital Felix Mayorca Soto – Tarma 2018	97

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 01	Edad de los profesionales de enfermería	68
GRAFICO 02	Sexo de los profesionales de enfermería.....	68
GRAFICO 03	Tiempo de servicio de los profesionales de enfermería..	69
GRAFICO 04	Especialidad del profesional de enfermería	69

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar el nivel de conocimiento sobre triaje del profesional de enfermería del servicio de emergencia para la Atención de víctimas de accidente de tránsito Hospital Félix Mayorca Soto-Tarma 2018, empleo la metodología de investigación descriptiva y transversal con la técnica de encuesta para la recolección de datos, nivel de conocimiento de triaje; constituido en 27 ítems en una escala de medición; Bajo 0- 09, Medio 10- 18, Alto 19- 27. Los resultados obtenidos muestran que el 48 % de profesionales de enfermería tiene un nivel de conocimiento medio sobre triaje para la atención de víctimas de accidente de tránsito, 36% tiene un conocimiento alto y 16% tiene un conocimiento bajo; por lo cual llegamos a la siguiente conclusión mostrando que los profesionales de enfermería del servicio de emergencia cuentan con nivel medio de conocimiento del triaje para la atención de victimas de accidente de tránsito.

Palabra clave: Triage, accidente de transito

ABSTRACT

The objective of the investigation was to determine the level of knowledge about triage of the nursing professional of the emergency service for the Care of victims of traffic accidents Hospital Félix Mayorca Soto-Tarma 2018, I use the descriptive and transversal research methodology with the technique of survey for data collection, level of knowledge of triage; constituted in 27 items in a measurement scale; Low 0- 09, Medium 10-18, High 19-27. The results obtained show that 48% of nursing professionals have a medium level of knowledge about triage for the care of victims of traffic accidents, 36 % have high knowledge and 16% have low knowledge; Therefore, we reach the following conclusion showing that the nursing professionals of the emergency service have a medium level of knowledge of the triage for the care of victims of traffic accidents.

Keyword: Triage traffic accident

INTRODUCCIÓN

El Triage hospitalario es un sistema de clasificación de pacientes basado en criterios de gravedad clínica en respuesta a la gran cantidad de demanda asistencial. En este estudio se habla de manera general de las funciones principales y la participación de enfermería en este proceso. El Triage debe ser visto como una necesidad fundamental para la mejora continua de la calidad del Servicio de Emergencias para la atención de víctimas de accidentes de tránsito, tratándose de una población con potencial riesgo de la vida.

En el Capítulo I; se realiza una breve introducción del tema a investigar; así mismo se describe dentro de que línea de investigación se encuentra la investigación; se describe el proyecto; seguidamente del planteamiento del problema, la formulación del problema, teniendo en cuenta la realidad nacional e internacional y los objetivos. Además de la justificación y la limitación del estudio.

En el Capítulo II; se plasma el marco teórico, donde se desarrollan los antecedentes del estudio, las bases teóricas que sustentan la investigación, los fundamentos conceptuales sobre las variables, se define los términos usados; y se formulan las hipótesis a comprobar al finalizar el estudio, es una predicción de los resultados esperados.

En el Capítulo III; se deja en claro la definición de las Variables y la operacionalización de las variables.

En el Capítulo IV, se define qué tipo de estudio es y cuál es su diseño; seguidamente se describe el lugar donde se ejecutó el estudio; luego se ha establecido el universo de estudio, la selección y tamaño de muestra, y la unidad de análisis; dejando en claro los criterios de inclusión y exclusión; detallando como se realizó la recolección de datos; se plasma el instrumento a utilizar y

métodos para el control de calidad de datos, destacando los aspectos éticos y explicando el análisis de datos.

En el Capítulo V; se muestran los resultados descriptivos y resultados inferenciales y otro tipo de resultados estadísticos. En el capítulo VI; se presentan la discusión de resultados, contrastación y demostración de la hipótesis. Por último, se adjuntan las Referencias Bibliográficas y los anexos, se evidencian los instrumentos que se utilizaran para llevar a cabo la investigación.

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

A nivel mundial se producen aproximadamente 3,5 millones de muertes y alrededor de 50 millones de lesionados anualmente produciendo un impacto social grave según Álvarez Álvarez B. En la actualidad cerca del 60% de todos los pacientes politraumatizados corresponden a eventos posteriores a un accidente del tránsito, con una alta tasa de mortalidad, por ello ha desplazado a otras causas de muerte y el trauma ha pasado del noveno lugar hasta un tercer o cuarto lugar entre las causas de muerte en la estadística global, convirtiéndose realmente en una pandemia mundial según Morales JM, Martínez.

La Organización Mundial de la Salud, ha calculado que las muertes por traumatismos se acrecentarán de 5,1 millones a 8,4 millones en 2020, y las causas principales serán los accidentes del tránsito según JD Muñoz FJ.

En el Perú, según cifras oficiales en el año 2010, hubo 2 852 muertos y 49 716 lesionados, que fueron el saldo de los 83 mil 753 accidentes registrados en todo el país, lo que representa cerca del 1,5% del Producto Interno Bruto (PBI) según Formes, L.

En la provincia de Tarma especialmente en el área urbana hay vehículos motorizados que han originado accidentes vehiculares en diversas oportunidades que han tenido secuelas graves hasta fallecimiento de las víctimas; es en este ámbito que se puede apreciar que los servicios de emergencia del Hospital Félix Mayorca , tiene demanda de pacientes por accidentes de tránsito y muchas veces no es clasificado correctamente es decir no es evaluado bien por el personal que trabaja en triaje suscitándose complicaciones en la salud de las víctimas .

El área de Triage está dirigida por personal de salud que trabaja en emergencia; podemos darnos cuenta que debido a la demanda de pacientes no se realiza una buena clasificación de los pacientes que llegan por accidentes de tránsito esto causa la saturación en la atención en emergencia al no ser aplicada adecuadamente el Triage, los pacientes manifiestan demora, e indica que el personal de salud no les atienden adecuadamente, estos fenómenos afectan directamente la atención al usuario en emergencia con efectos negativos en la imagen del personal y de la institución. Estos fenómenos planteados anteriormente nos permiten formular el siguiente problema de investigación.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre triaje del profesional de enfermería del servicio de emergencia para la Atención de víctimas de accidente de tránsito Hospital Félix Mayorca Soto-Tarma 2018?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es el conocimiento sobre aspectos generales de triaje del profesional de enfermería del servicio de emergencia para la Atención de víctimas de accidente de tránsito Hospital Félix Mayorca Soto-Tarma 2018?

¿Cuál es el conocimiento sobre Clasificación de víctimas de accidente de tránsito del profesional de enfermería del servicio de emergencia Hospital Félix Mayorca Soto-Tarma 2018?

¿Cuál es el conocimiento sobre Politraumatizado del profesional de enfermería del servicio de emergencia para la Atención de víctimas de accidente de tránsito Hospital Félix Mayorca Soto-Tarma 2018?

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento sobre triaje del profesional de enfermería del servicio de emergencia para la Atención de víctimas de accidente de tránsito Hospital Félix Mayorca Soto-Tarma 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar el conocimiento sobre aspectos generales de triaje del profesional de enfermería del servicio de emergencia para la Atención de víctimas de accidente de tránsito Hospital Félix Mayorca Soto-Tarma 2018.

Identificar el conocimiento sobre Clasificación de víctimas de accidente de tránsito del profesional de enfermería del servicio de emergencia Hospital Félix Mayorca Soto-Tarma 2018.

Identificar el conocimiento sobre Politraumatizado del profesional de enfermería del servicio de emergencia para la Atención de víctimas de accidente de tránsito Hospital Félix Mayorca Soto-Tarma 2018.

1.4. Limitantes de la investigación

1.4.1. Teórico

La poca evidencia científica con la que se cuenta, no existiendo estudios del mismo tema abordado. Haciendo más complejo determinar los antecedentes.

1.4.2. Temporal

La investigación se llevó a cabo en el tiempo planeado en el cronograma de estudio establecido.

1.4.3. Espacial

Durante la elaboración del presente trabajo, se ha presentado dificultades debido a la lejanía del lugar de trabajo de los investigadores al Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

A nivel Internacionales

Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A., en su tesis de El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias 2010. Los servicios de urgencias en España vienen sufriendo un acrecentamiento permanente de la demanda, este hecho dificulta la atención rápida y eficaz que se les exige. Esto es debido, en parte, a la elevada utilización de los servicios de urgencias para la atención de situaciones no urgentes, según estudios hasta el 70%², que pueden originar demoras en la asistencia de pacientes graves además de generar consecuencias negativas para el conjunto del hospital, incluyendo el incremento de costos de la atención, paralelamente, en esta década se ha asistido a una transformación profunda de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) con cambios estructurales, organizativos y funcionales para adaptarse a esta situación, siendo el sistema de triaje hospitalario uno de los puntos clave en mencionadas modificaciones.(4)

García González; M., Gago Fornells Valdés; J Guerrero, en España, el 2003, realizaron un estudio sobre; “Visión de la Enfermería de urgencias hospitalaria ante la herramienta de triaje”; cuyo objetivo es, analizar la actitud del enfermero frente al triaje, como instrumento de valoración en la unidad de urgencias del Hospital Universitario De Puerto Real (Cádiz) del 1-01-01. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario y escala Likert modificada. La muestra fue de 39 enfermeros. La conclusión a la que se llegó es: “Al analizar la asistencia al usuario; los problemas centrados en: seguimiento, comunicación, información y relaciones

interpersonales fueron consideradas como las principales. Los aspectos más valorados por los enfermeros de triaje fueron: autonomía, turno y comunicación paciente/familiar, siendo la falta de apoyo, respaldo del equipo y carencia de recursos los más negativos. Aunque se considera útil para el enfermero, el triaje es rechazado por el personal de enfermería. Quizá un enfoque multidisciplinario y una formación específica sean necesarios para incrementar tanto la calidad del proceso asistencial al enfermo que acude a urgencias, como la satisfacción del profesional que realiza el triaje” (5).

Álvarez, en 1998, en Chile, realizó un estudio titulado; “El triaje en los servicios de urgencias hospitalarios. Papel de la enfermera del Hospital de Cabueñes de Gijón –Asturias 1998”; cuyo objetivo fue conocer el perfil del profesional de enfermería encargado del triaje en los servicios de urgencia y la protocolización del triaje y las experiencias en el Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes de Gijón. El método fue descriptivo, la muestra lo conformaron el personal de enfermería experto con mínimo de dos años de experiencia en dicho servicio. Las conclusiones a las que llegaron fueron “que el paciente que acude al servicio de urgencias, el primer profesional de la salud que le acoge es el profesional de enfermería de la unidad de triaje, valora, prioriza su atención y le establece a la unidad correspondiente donde un equipo multidisciplinario de profesionales le prestara la atención necesaria, se consideró que el trabajo de la enfermera es valioso, intenso, de gran responsabilidad, que requiere de una actualización inmediata y eficaz, se observó que cuentan con excelente preparación y calidad personal”.(6)

Formes en 1999, en Colombia, en su estudio; “Ubicación de áreas de atención en la unidad de emergencia pediátrica para la atención de víctimas

de un sismo en la ciudad de Mérida, Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes", el cual tuvo como objetivo diagnosticar el estado situación actual de los lineamientos empleados para evaluar, clasificar y distribuir víctimas de un sismo en la unidad de Emergencia Pediátrica por medio de la realización de un simulacro. El estudio fue de tipo cuantitativo, método analítico experimental, la población estuvo conformada por 52 niños para simulacro en edades entre 10 – 12 años. Las conclusiones a las que llegaron son ; “que la carencia de entrenamiento especializado llevó a múltiples conductas administrativas y asistenciales inadecuadas, en la atención e implementación del sistema de clasificación de pacientes según su condición clínica, surgiendo un sistema tentativo en la Sala de Emergencias Pediátricas para clasificar y distribuir por área de atención a las víctimas de un desastre, por lo que existe la necesidad de desarrollar y ejercitar un plan de atención médica en situación de desastre para el Instituto Autónomo del Hospital Universitario de los Andes como preparativo para un efectivo desempeño del personal hospitalario ante situaciones de desastre”(7)

Antecedentes Nacionales

Vásquez Quiroz, Luther Iván, en Lima – Perú, el 2011, realizó una tesis “Nivel de conocimientos y actitudes de los enfermeros sobre la atención a pacientes en la unidad de triaje en el servicio de emergencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins – 2010”. El objetivo del estudio fue determinar el nivel de conocimiento y la actitud de los enfermeros sobre la atención a pacientes en la unidad de triaje en el servicio de emergencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins – 2010. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población

estuvo constituida por 32 licenciados en enfermería del área de emergencias del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario y la escala de Likert modificado. Las conclusiones entre otras fueron: “En cuanto al nivel de conocimiento de los enfermeros en la dimensión de recepción y acogida del paciente en triaje un porcentaje considerable tiene un nivel de conocimientos medio a bajo referido a definir el triaje como la valoración al paciente a su llegada al medio hospitalario, en la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de las actividades de enfermería en triaje, seguido de un porcentaje bajo y alto. Los aspectos que en su mayoría desconocen son: la valoración ABCDE del paciente a su llegada, la relación que debe de existir entre el enfermero con el paciente, familia y visitante”. “La actitud de los enfermeros en la dimensión de clasificación del paciente un porcentaje considerable de los enfermeros tienen una actitud medianamente favorable en torno al cumplimiento de los principios bioéticos por parte del profesional de enfermería en su atención diaria en triaje, seguido de un porcentaje favorable y desfavorable. Los aspectos relacionados con favorable son entre otros que el enfermero muestra habilidad necesaria para realizar sus labores de enfermería en triaje, y desfavorable son: que, por diversos motivos, ya sea el tiempo, o exigencia se realiza la clasificación de pacientes por orden de llegada y no de gravedad para facilitarles el flujo, y la atención que se brinda sin tener en cuenta la biodiversidad cultural que tiene los pacientes” (8).

Ramos Arévalo, Zulema; en Chancay – Perú, el 2009, realizó un estudio titulado “Nivel de conocimientos del enfermero en la evaluación inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital de

Chancay. 2008”; cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos de las enfermeras(os) en la evaluación inicial del paciente politraumatizado que acude a la emergencia del Hospital de Chancay, 2008. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 42 enfermeras del Hospital Nacional de Chancay provincia de Huaral. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario. Las conclusiones a las que se llegó fueron q: “El nivel de conocimientos de las enfermeras en la evaluación inicial del paciente politraumatizado que acude al servicio de emergencia del Hospital Nacional de Chancay en su mayoría es medio (86%) seguido de un mínimo porcentaje alto y bajo respectivamente en igual proporción (17%). Los aspectos relevantes que más desconocen son signos de obstrucción de la vía aérea”. Por los antecedentes revisados se puede evidenciar que existen pocos estudios o investigaciones relacionadas con los cuidados iniciales que brinda el profesional de enfermería al paciente politraumatizado por accidente de tránsito en el ámbito extrahospitalario; siendo de gran importancia realizar el estudio a fin de que sus hallazgos permita diseñar y/o elaborar programas de educación permanente dirigidas a actualizar los conocimientos y competencias del profesional de enfermería acorde a los avances científico tecnológicos que orienten a mejorar la calidad de atención al paciente sobre los cuidados iniciales que brinda el profesional de enfermería al paciente politraumatizado destinado a disminuir los riesgos a complicaciones y controlar la mortalidad derivada de la enfermedad(9).

2.2. BASE TEORICA

La orientación de Wiedenbach es una filosofía de la enfermería que encamina la acción de la enfermera en el arte de la enfermería. Especificó los cuatro elementos de enfermería clínica: filosofía, objetivo, práctica y arte. Esta autora postuló que la enfermería clínica se dirige a satisfacer las necesidades de ayuda percibidas por el paciente, con un punto de vista acerca de la disciplina que refleja un énfasis considerable en el arte de la enfermería.

Decía Wiedenbach que para que el cumplimiento de estas necesidades sea eficaz debe complementarse el conocimiento con una actuación responsable de la enfermera(o), en su relación con el paciente que le permita aplicar criterios y técnicas que producen un máximo beneficio al paciente.

Wiedenbach propuso que la teoría prescriptiva podría guiar y mejorar la práctica de la enfermería. Su trabajo se considera una filosofía del arte de la enfermería, propuso que las enfermeras deben identificar las necesidades de ayuda de los pacientes mediante lo siguiente:

- Observación de comportamientos compatibles o incompatibles con su bienestar.
- Exploración del significado de su comportamiento.
- Determinación de la causa de su malestar o incapacidad.
- Determinación de si pueden resolver sus problemas o si tienen necesidad de ayuda.

Después de eso, la enfermera debe administrar la ayuda necesaria y debe comprobar que se haya satisfecho la necesidad de ayuda. Para que la enfermera pueda proceder en el proceso de ayuda para el paciente, debe incorporar su contexto más próximo que es la familia del mismo, que serán un pilar fundamental para la recuperación y rehabilitación del paciente (10).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

El «*triaje*/clasificación» es un proceso que nos 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, y, por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además poseen un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recurso. El triaje es 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. Actualmente se utilizan sistemas de *triaje* estructurado con cinco niveles de prioridad que se asignan asumiendo el concepto de que lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente y hacen posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico.⁹

La aplicación de dichas escalas parte de un concepto básico en *triaje*: lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente ¹⁰. Ello hace posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico. El profesional de salud encargado del triaje, estará en permanente coordinación con el médico jefe de guardia o quien este programado como responsable en el área de triaje se activará 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 (11).

PRINCIPIOS (12).

Los principios en los que se basa el triaje son:

1. La disponibilidad de un sistema de triaje estructurado es una medida fundamental para mejorar la calidad de los servicios de urgencias y emergencias.
2. El sistema de triaje estructurado a definir un estándar de motivos de consulta a urgencias y ha de tener suficiente solides científica para ser aplicada tanto a los niños y adultos, independiente de tipo de hospital o servicio de urgencias hospitalarias, centro de urgencias de atención primaria, servicios de emergencia extra hospitalaria y centros de coordinación de emergencias.
3. En triaje estructurado ha de permitir identificar rápidamente a los pacientes que padecen una enfermedad que ponen en peligro su vida, con el objetivo de priorizar su asistencia, para disminuir su riesgo.
4. El triaje estructurado permite mejorar la seguridad de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias y emergencias.
5. El sistema de triaje estructurado ha de ser realizado por profesionales sanitarios y ha de tener un carácter multidisciplinario.
6. El triaje estructurado se ha de implementar como parte de un sistema de control de pacientes en tiempo real, dentro de un sistema de registro informático.
7. El triaje estructurado se ha de realizar las 24 horas del día, con independencia del tipo de paciente o de centro o servicio de urgencias donde se aplique.

8. El triaje estructurado permite disminuir la congestión de las áreas de tratamiento de los servicios de urgencias, determinando el área asistencias más adecuado para los pacientes.
9. La implantación del triaje estructurado de ha de realizar siguiendo un procedimiento estandarizado.
- 10.El triaje estructurado introduce un lenguaje común para todos los profesionales que asisten a las urgencias y emergencias, independientemente de la medida, estructura o ubicación de los centros asistenciales.

OBJETIVOS DEL TRIAJE (12):

Los objetivos que pretenden conseguir con un sistema de triaje son:

- Asistencia precoz
- Aplicación de maniobras salvadoras
- Determinación del grado de emergencia
- Implementar el uso de recursos críticos
- Documentar a los pacientes
- Controlar el flujo de victimas
- Asignar áreas de atención
- Distribuir al personal por áreas asistenciales
- Iniciar medidas diagnosticas
- Iniciar medidas terapéuticas
- Control precoz de las infecciones
- Preparar la atención al publico
- Atención a los familiares

PRIORIDADES DE LA ENFERMERA DE TRIAJE (13,14):

La enfermera de Triage en nuestro Servicio de Urgencias acumula un gran número de tareas a realizar, lo cual le puede llevar en ocasiones a una saturación excesiva de su trabajo y de las tareas a realizar, por lo tanto, se hace preciso una priorización de las labores que realiza. Se podría simplificar de la siguiente manera:

1ª Prioridad: Realizar la labor de Triage en sí, es decir RAC, Recepción, acogida, clasificación y distribución. Se realizará a todos los pacientes que acudan al Servicio en menos de 15 min.

2ª Prioridad: Atención de los pacientes de Consulta Rápida

Las etapas no han de ser necesariamente sucesivas y que en algunos casos pueden realizarse de manera simultánea, son 13:

- Recepción y acogida.
- Valoración.
- Clasificación.
- Distribución.

Recepción y acogida:

El enfermero de Triage es el primer miembro del personal sanitario que establece contacto con el paciente, debe identificarse ante él, explicarle el proceso al que va a ser sometido y lo que se derivará del mismo. También debe explicarle algunas normas básicas del Servicio: dónde esperar, paso de familiares al interior, etc. En esta etapa el enfermero también puede decidir qué pacientes no necesitan esperar un triage debido a lo evidente de su patología. Esta parte del proceso se realizará a ser posible en un ambiente de discreción y seguridad para el paciente entrevistado,

preferiblemente en una dependencia habilitada a tal fin dotada de medios simples.

Valoración:

El enfermero de Triage debe identificar el problema y motivo de la consulta del paciente, así como una breve historia y valoración de los signos y síntomas que presenta el paciente.

En primer lugar, llevará a cabo una entrevista breve en las que tratará de saber lo que le pasa al paciente, desde cuando le viene sucediendo, las enfermedades que padece, el tratamiento que recibe y si le había sucedido antes. La entrevista ha de realizarse con preguntas directas, de una en una y con un lenguaje que el paciente pueda comprender. Mientras realiza la entrevista el enfermero hará una rápida inspección general del paciente, para detectar situaciones que puedan poner la vida del paciente en peligro, a continuación, valora al paciente si lo cree necesario para la posterior clasificación del paciente el estado respiratorio, circulatorio y neurológico.

Clasificación:

Se considera la parte clave del proceso, en algunos artículos se habla de ella como Triage en sí, ya que en la misma quedará establecida la prioridad de atención al paciente que marcará la demora para la atención facultativa. El Triage de Enfermería se hará siempre en base a signos y síntomas manifestados por el paciente y no en base a diagnósticos médicos o sospechas médicas diagnósticas.

Nivel I (rojo): Emergencia o riesgo vital inminente. Pacientes que no superan la valoración ABC (vía aérea, ventilación y circulación). Procesos agudos, críticos o inestables que presentan impresión general de extrema gravedad. Su atención debe ser inmediata.

Presenta cianosis central y periférica, palidez grisácea, livideces, frialdad a Respiración ausente, lenta o superficial. Sin pulsos periféricos o muy débiles, bradicardia y TA imperceptible. Inconsciente y poco o nada reactivo. Su atención debe ser inmediata. Dentro de este nivel se encontrarían:

- PCR
- Pre-PCR
- Poli traumatizado grave.

Nivel II (amarillo): Paciente agudo crítico. Pacientes que superan la valoración ABC (vía aérea, ventilación y circulación) pero cuya situación es de potencial deterioro). Pasan a box de reanimación o consulta adecuada (Trauma en caso de accidente, general para EKG en caso de dolor torácico, etc.). Dentro de este grupo nos encontraríamos con cuadros que pueden conducir a deterioro rápido respiratorio, neurológico y/o hemodinámico. Deben ser atendidos en menos de 10 minutos. Los signos apreciables en este nivel serían:

- Impresión general de gravedad.
- Piel y mucosas.
- Estatus convulsivo.
- Hemorragia Digestiva Alta inestable.
- Diabetes descompensada.
- Traumatismos graves.
- Fracturas de miembros más signos de gravedad.
- Quemados más signos de gravedad.
- Traumatismos torácicos más signos de gravedad.

Nivel III (verde): Agudo no crítico. Se consideran aquellos procesos agudos estables, no críticos. Suponen una parte importante del grueso de pacientes que acuden al Servicio. No deberían esperar más de 30 minutos. Entre las patologías que se pueden encuadrar en este apartado tenemos:

- Estado postcrítico.
- Cefalea brusca.
- Paresia y alteraciones del habla.
- Ingesta medicamentosa.
- Hipertensión arterial.
- HDA estable.
- Vértigo con afectación vegetativa.
- Síncope sin alteración de constantes.

Nivel IV (blanco): Son aquellos usuarios que presentan procesos banales y pueden requerir asistencia médica, pero no urgente. En aras de una buena calidad asistencial deberían ser atendidos antes de 2 horas. Entre los procesos que nos podemos encontrar en este grupo están:

- Otagias.
- Odontalgias.
- Dolores inespecíficos leves.
- Traumatismos y esguinces leves.
- Miembros dolorosos sin signos de isquemia.
- Enfermos con patología no aguda, remitidos o no.
- Dolores osteomusculares sin signos de fracturas.

Se debe considerar la clasificación como un proceso continuo, donde podamos ir reevaluando los niveles asignados, ya que puede haber variaciones durante la espera del paciente que necesiten una

nueva asignación, esto incluye la sala de espera. Ante una situación difícil y comprometida en el momento de clasificar, la enfermera siempre debe elegir el nivel de gravedad mayor consultando si es preciso con un facultativo o experto. Al establecer los niveles de prioridad la enfermera deberá diferenciar entre la prioridad clínica y la prioridad relativa debido a situaciones especiales: ancianos desorientados, pacientes agresivos, agresiones sexuales, etc. También se tendrán en cuenta factores externos como la hora del día, la presión asistencial, etc. La clasificación no debe considerarse algo cerrado ya que de una misma patología se pueden establecer niveles de gravedad diferentes dependiendo de los factores que afecten al paciente. La clasificación es una de las partes del proceso que más afecta al paciente, ya que de ella se derivará su posible espera, por lo tanto, es necesaria una información precisa y clara de sus resultados. Es imprescindible aclararle al paciente o sus familiares el grado de prioridad y el tiempo máximo que tendrán que esperar y porqué. Con una buena información inicial se evitan problemas posteriores.

Una vez realizada la Clasificación la enfermera registrara el nivel de gravedad en la Hoja de Enfermería de Urgencias.

Distribución.

Tras la clasificación del paciente la enfermera de triaje debe ser la mejor preparada para decidir en ese momento cual es el área del servicio de urgencias donde mejor atención se le prestará. Por lo tanto, esta profesional debe saber en todo momento la situación asistencial del servicio: qué áreas están más saturadas, la presión asistencial, la cantidad y calidad de recursos humanos disponibles y ocupados. En base a estas circunstancias tomará sus decisiones, aunque esto debe estar también protocolizado y suele

establecerse según el nivel de clasificación que se haya adjudicado en el triaje, no debe dejarse en ningún modo cerrado, porque como se ha explicado anteriormente el triaje es un proceso abierto y las circunstancias tanto del usuario como del servicio son cambiantes.

Distribución según niveles de gravedad:

- **Paciente ROJO o paciente crítico:** será acompañado rápidamente al Box de Críticos o Reanimación alertando al resto del personal de la llegada, así mismo se irán tomando las primeras medidas para su estabilización. Se seguirá el protocolo de actuación en pacientes críticos. Se propone que el personal mínimo para atender a un paciente de este tipo es: 1 médico, 2 enfermeras y 1 auxiliar de enfermería.
- **Paciente AMARILLO o agudo inestable:** se derivará según su gravedad o disponibilidad del servicio al Box de Críticos o a un Box General. Se propone que el personal mínimo para atender a estos pacientes es: 1 médico, 1 enfermera y 1 auxiliar de enfermería.
- **Paciente VERDE o agudo estable:** se derivará a un box general o a la consulta rápida dependiendo de su estado. Si es una persona con problemas de movilización o que por su estado no deba permanecer en la consulta se trasladará a un Box. Si se prevé que precisará de las siguientes técnicas: EKG, Punción Lumbar, Sondaje Vesical, Sondaje Nasogástrico, Canalización vía o extracción en pacientes pediátricos, inmovilización con yeso, administración de O₂, se pasará siempre a un Box del interior donde será valorada por Enfermería.
- **Paciente BLANCO o de patología banal:** el paciente será atendido en la consulta rápida por el médico encargado de la misma con la ayuda de la enfermera de Triage cuando sea preciso

CARACTERISTICAS DEL TRIAJE (15):

Un buen triaje o clasificación en condiciones difíciles precisa de una disciplina en el trabajo rigurosa y mantenida. La clasificación es siempre previa a cualquier tratamiento individualizado debe tener las siguientes características:

- **Personalizada:** individuo a individuo en todos individuos afectados.
- **Dinámica:** mantener una cadena de atención ininterrumpida, eficiente, regular en el tiempo empleado en cada uno de los afectados, sin interrupciones dilatadas en el análisis de ninguno de ellos.
- **Permanente:** en toda la cadena asistencial, reevaluando permanentemente a cada víctima cada vez que entra en una estación asistencial nueva.
- **Adaptada:** al número de pacientes, la distancia a los centros asistenciales, en el número de medios de transporte y la capacidad asistencial en la zona.
- **Socialmente aceptable:** siempre que la circunstancias lo permita, mantener los núcleos familiares y sociales dentro de áreas próximas a su lugar de residencia.
- **En sentido anterógrado:** sin volver hacia atrás hasta haber examinado a todos.

Para llevar a cabo estas reglas se hace necesario, que la persona responsable del triaje sea un facultativo con una amplia experiencia en emergencias médicas y un gran sentido clínico, además de poseer cualidades personales como dotes de mando, serenidad, capacidad organizativa e imaginación.

Triaje como indicador y control de calidad

La disponibilidad de un sistema de triaje estructurado en los SHU ha sido considerado como un índice de calidad básico y relevante de la relación

riesgo-eficiencia aceptándose que el porcentaje de pacientes dentro de cada nivel de triaje es como la «huella digital» del SUH, de tal forma que se puede establecer cuál es el perfil del SHU en función al nivel de urgencia y la intensidad del servicio que se presta.

Gómez Jiménez propone cuatro índices de calidad (12) que deben ser asumidos por el sistema de *triaje* implantado y que se convierten en testigos de su capacidad como indicador de calidad del propio servicio de urgencias. Son:

1. El índice de pacientes perdidos sin ser vistos por el médico (\leq del 2% de todos los pacientes que acuden a urgencias). Divide a este índice en aquéllos que se pierden sin ser clasificados y aquéllos que se trían, pero se van antes de ser visitados.
2. Tiempo desde la llegada a urgencias hasta que se inicia la clasificación (menor de 10 minutos).
3. Tiempo que dura la clasificación (menor de cinco minutos como recomendación).
4. Tiempo de espera para ser visitado, establecido en cada uno de los niveles de prioridad de que conste el sistema de Triage y que varía entre la atención inmediata del nivel I de prioridad hasta los 240 minutos, considerados como el tiempo máximo que debe esperar la prioridad menos urgente (16).

Todas las escalas comentadas anteriormente coinciden ampliamente en estos parámetros:

Nivel I: prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.

Nivel II: situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.

Nivel III: urgente pero estable hemodinámica mente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.

Nivel IV: urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.

Nivel V: no urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citaciones, etc. Demora de hasta 240 minutos.

Estos cinco niveles se establecen en base a:

1. Descriptores clínicos, síntomas centinela o categorías sintomáticas, abiertas o cerradas, con o sin ayuda de algoritmos o diagramas.
2. Discriminantes del nivel de urgencia: riesgo vital, constantes fisiológicas, tiempo de evolución, nivel de dolor, mecanismo de lesión, etc.
3. Un sistema estructurado de *triaje* puede servir también para valorar otra serie de parámetros, como son el tiempo de estancia en urgencias, el porcentaje de ingresos en función del nivel de gravedad, las necesidades de recursos, etc. que indirectamente van a relacionarse con cada uno de los niveles de prioridad y que están estrechamente condicionados por el incremento de la demanda, la cual depende tanto de determinantes externos (afluencia) como internos (propia capacidad del servicio, demora de exploraciones, espera de cama para ingreso, espera de transporte, problemas socio

sanitarios). Estos parámetros son fundamentales para orientar la gestión organizativa, económica y el funcionamiento del propio servicio de urgencias (15).

Triage pediátrico

Todas las escalas que hemos nombrado se han diseñado para ser aplicadas a la población adulta y secundariamente se han desarrollado adaptaciones dirigidas a la población pediátrica que no siempre han demostrado la misma validez por las diferencias clínicas entre ambas poblaciones. Así, pues se ha objetivado que el triaje pediátrico presenta unas características propias (18).

- Menor grado de urgencia (mayor porcentaje de niveles IV y V).
- El nivel I se concentra en los niños de menor edad.
- Menor complejidad para un mismo nivel de urgencia.
- Menor tiempo de estancia, de consumo de recursos e índice de ingreso para un mismo nivel de Triage que en adultos.
- Preponderancia de los procesos infecciosos y febriles.

Actualmente se reconocen cinco modelos de triaje estructurado con una amplia implantación (19,20,21):

1. La Australian Triage Scale (ATS)
2. La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)
3. El Manchester Triage System (MTS)
4. El Emergency Severity Index (ESI)

5. El Sistema Español de Triage (SET) adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES) a partir del Model Andorrá de Triage: MAT

A nivel del estado español, la MTS y el SET son los dos sistemas que han alcanzado mayor difusión, aunque también coexisten con otros de implantación local, más adaptados a su propia realidad, como pueden ser el «Sistema Donostiarra de *triaje*» del Hospital Donostia, el Sistema de *triaje* de la red pública de hospitales de Navarra, estos dos sobre escalas de cinco prioridades, o el sistema de clasificación en base a escalas de cuatro niveles de priorización (Plan Andaluz de urgencias y Emergencias de la Consejería de Salud)

El sistema español de *triaje* (SET) y el sistema de *triaje* Manchester (MTS) son los dos sistemas normalizados de mayor implantación en nuestro país, pero analizamos también el sistema de *triaje* elaborado en Navarra que se integra en la historia clínica informatizada (HCI) y que se utiliza en toda la red pública hospitalaria de Navarra. Todos son sistemas multidisciplinares basados en motivos y en la urgencia de la consulta, pero no en diagnósticos y son llevados a cabo por enfermería con apoyo médico puntual.

Sistema español de triaje (SET)

Gómez Jiménez y colaboradores desarrollan en junio de 2000, en el Hospital *Nostra Senyora de Meritxell* de Andorra, un nuevo sistema de *triaje* estructurado denominado «*Model Andorrá de Triage*» (MAT), que nace de una adaptación conceptual de la CTAS y convierte una escala basada en síntomas y diagnósticos centinela, en una escala basada en categorías sintomáticas con discriminantes clave y con algoritmos clínicos en formato electrónico. Sus principios fundamentales son 19:

- Triage de 5 niveles normalizado, con un programa informático de gestión del *triaje* y otro de ayuda a la decisión clínica en el *triaje* (PAT).
- Modelo de *triaje* de enfermería no excluyente, que prioriza la urgencia del paciente sobre cualquier otro planteamiento.
- Integrado en un sistema de mejoría continua de la calidad, con seguimiento de indicadores de calidad en el *triaje*.
- Debe integrarse en un modelo global de historia clínica electrónica.

Categorías sintomáticas

Son un conjunto de síntomas o síndromes que el profesional interpreta y reconoce a partir del motivo de consulta referido por el paciente y que permiten clasificarlo dentro de una misma categoría clínica.

El SET reconoce 32 categorías sintomáticas y 14 subcategorías que agrupan 578 motivos clínicos de consulta, todos vinculados a las diferentes categorías y subcategorías sintomáticas.

Discriminantes y escalas de gravedad

Un discriminante es un factor que permite diferenciar el grado de urgencia entre niveles de *triaje*. El SET utiliza:

- Constantes: discriminan a los pacientes con la misma sintomatología, entre el nivel II y el III (temperatura, presión arterial sistólica, frecuencia cardíaca, SpO2, glucemia capilar, Glasgow, NIHSS).

- Signos vitales anormales (estado de la piel, estado del pulso radial, frecuencia y profundidad respiratoria y somnolencia o confusión).
- Dolor: el SET dispone de una guía clínica de evaluación el dolor en el *triaje* que permite objetivar los valores que los pacientes manifiestan.

Escalas de gravedad

Las escalas de Glasgow, del coma no traumático, de grados de deshidratación, de gravedad clínica de la disnea o de gravedad clínica del asma entre otras, están disponibles para el profesional mediante el programa de ayuda PAT.

Abordaje de la urgencia

En el SET la diferenciación entre niveles se lleva a cabo mediante discriminantes, preguntas específicas y la aplicación de escalas de gravedad. La escala de *triaje* del SET se estructura en base a una serie de escalas generales que se van incluyendo en las diferentes categorías sintomáticas. A partir de cada categoría sintomática se desarrollan los algoritmos que integran la escala de *triaje* y aspectos específicos relacionados con los motivos de consulta incluidos en la categoría sintomática.

Las categorías sintomáticas del SET tienen su desarrollo algorítmico en el Programa de Ayuda al *triaje* (web e-PAT), de manera que cualquier entrada sintomática acabará rindiendo un nivel de *triaje*, una vez contestadas las preguntas planteadas por el programa.

Calidad y monitorización

Es un aspecto importante en el SET. Contempla, por un lado, indicadores de calidad y, por otro, el conjunto mínimo de datos asistenciales de urgencias (CMBDU) para realizar análisis de comparación con estándares o benchmarking, tanto en adultos como en niños y todo ello relacionado con los niveles de *triaje*.

El CMBDU hace posible también el análisis de casuística o case-mix de los pacientes atendidos en urgencias que se realiza principalmente en base a dos parámetros:

- Grado de urgencia: nivel de *triaje* asignado
- Complejidad: medida al clasificar a los pacientes en grupos según su destino desde urgencias (GRUDs) y según la edad (GRUDEs)

Sistema Manchester (MTS)

El Manchester Triage Group nació en el mes de noviembre de 1994 y sus esfuerzos se centraron en 5 objetivos:

1. Elaborar una nomenclatura común.
2. Usar definiciones comunes.
3. Desarrollar una metodología sólida de *triaje*.
4. Implantar un modelo global de formación.
5. Permitir y facilitar la auditoria del método de *triaje* desarrollado.

Se estableció un sistema de clasificación de 5 niveles y a cada una de estas nuevas categorías o niveles se le atribuyó un número, un color y un nombre que se definió en términos de «tiempo clave» o «tiempo máximo para el primer contacto con el terapeuta»

El sistema se revisó en 2006 y se introdujeron las aportaciones recibidas en esos 10 años. A lo largo de este tiempo ha sido adoptado en muchos hospitales de todo el mundo.

En España el Servicio de Urgencias del complejo Hospitalario de Ourense (Galicia), en el año 2002, realizó un estudio de validación y aplicación de MTS en nuestro medio, concluyendo que reúne las condiciones adecuadas para su aplicación (24).

En el año 2003, se crea el Grupo Español de *triaje* Manchester (GET-M) que se integra en el Grupo Europeo de *triaje* Manchester el 30 de abril de 2004 y que participa en reuniones científicas del mismo.

Análisis del MTS (27):

La escala de clasificación de pacientes contempla 52 motivos posibles de consulta que, de forma amplia se pueden agrupar en las 5 categorías siguientes: Enfermedad, Lesión, Niños, Conducta anormal e inusual y Catástrofes. En cada uno se despliega un árbol de flujo de preguntas. Después de 4-5 preguntas como máximo, clasifica al paciente en una de las 5 categorías que se traducen en un código de color y en un tiempo máximo de atención. El profesional selecciona un número de signos y síntomas de cada nivel de prioridad y utiliza discriminadores dispuestos en forma de diagramas para asignar a los pacientes a una de las 5 prioridades clínicas.

Los discriminadores generales son: riesgo vital, dolor, hemorragia, nivel de conciencia, temperatura y agudeza (tiempo de evolución) y se aplican a todos los pacientes independientemente de su forma de presentación.

El método es coherente en sus planteamientos ya que los síntomas guía pueden conducir a más de un diagrama de presentación clínica. Así, un paciente que no se encuentra bien con el cuello rígido y dolor de cabeza tendrá la misma prioridad si el profesional utiliza los diagramas de «adulto con mal estado general», «dolor de cuello» o «dolor de cabeza».

Tampoco hace ninguna suposición sobre el diagnóstico y puede ser desarrollado por cualquier enfermero o enfermera independientemente de su grado de experiencia. Como requisito imprescindible se exige haber superado la formación inicial necesaria.

El sistema tiene ya una experiencia acumulada de 14 años, permite realizar auditorías de calidad en la clasificación de pacientes tanto internas como externas, es válido, reproducible y aplicable, tiene una buena concordancia y es muy ágil y rápido en su aplicación cotidiana. Discrimina bien los pacientes críticos 33 y es aplicable tanto a pacientes adultos como a pacientes en edad pediátrica (26).

El MTS es el sistema más ampliamente usado en hospitales de Europa y existen también grupos de Triage nacionales en países como Alemania, Holanda, Inglaterra e Irlanda, Portugal y España. En el Reino Unido es el sistema mayoritariamente utilizado.

Ley de los servicios de emergencias (28):

Artículo N° 01.- modificación de los artículos 3º y 39 de la ley n° 26842.

Artículo 3º toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médico quirúrgico de emergencia cuando lo necesite,

estándolos establecimientos de salud sin excepción obligados a prestar la atención, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y la salud. Después de atendida la emergencia, el reembolso de los gastos será efectuado de acuerdo a la evaluación del caso que realice el servicio Social respectivo, en mal forma que señale el reglamento. Las personas indigentes debidamente calificadas están exoneradas de todo pago. El reglamento establece los criterios para determinar la responsabilidad de los conductores y personal del establecimiento de salud, sin perjuicio de la denuncia penal a que hubiere lugar contra los infractores.

Artículo 39 °.- Los establecimientos de salud sin excepciones están obligados a prestar atención médico quirúrgico de emergencia a quien la necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para la vida y la salud. Estos establecimientos de salud, después de atendida la emergencia, tienen derecho a que se le reembolse el monto de los gastos en que hayan incurrido, de acuerdo a la evaluación del caso que realice el Servicio Social respectivo, en la forma que señale el reglamento. Las personas indigentes debidamente calificadas están exoneradas de todo pago.

ACCIDENTE DE TRANSITO (30):

Por ser una causa frecuente de mortalidad y mortalidad se requiere adecuado conocimiento de los mecanismos del trauma, para sospechar y para detectar oportunamente las lesiones que presentan este tipo de pacientes, y así realizar un tratamiento apropiado. Siempre se debe de tener en cuenta: posición de los ocupantes del vehículo en el momento del impacto, tipos de dispositivos de protección utilizados, muertos en el mismo, daños materiales en el vehículo y si el pasajero fue rosado, o no, lo cual nos da la idea de la gravedad del accidente y de las posibles condiciones en que

se encuentran sus ocupantes. El impacto puede ser dividido en tres componentes:

- 1) impacto entre el vehículo y el objeto golpeado,
- 2) impacto del ocupante con alguna parte del interior del vehículo o del exterior si es expulsado,
- 3) interacción entre el órgano y las paredes de la cavidad corporal.

TIPOS DE COLISION (30):

La interacción entre el paciente y el vehículo depende del tipo de colisión: frontal, lateral, posterior, rotacional o angular, o de si se trata de volcadura o expulsión.

Impacto frontal

El vehículo chocó de frente con un objeto que viene a diferente velocidad. Normalmente el vehículo y sus ocupantes se mueven a igual velocidad y tiempo, estado que se conserva hasta que los ocupantes son detenidos por algún elemento interno o externo al automóvil -primera ley de Newton sobre el movimiento. Lo anterior suele ocurrir en los pasajeros sin cinturón de seguridad.

Impacto lateral

Se presenta cuando el choque ocurre contra un costado del vehículo, lo cual produce un cambio en la dirección frontal a una combinación con desplazamiento lateral. La cantidad de movimiento lateral depende de la velocidad y peso del vehículo impactante con relación al vehículo impactado.

Impacto posterior

Ocurre cuando un vehículo se encuentra detenido o que se mueve a menor velocidad es golpeado en la parte trasera, por lo cual es acelerado junto con su ocupante. El cuerpo es impulsado por la silla hacia delante, lo que no

ocurre con la cabeza – cuando no hay respaldo para esta-, produciéndose un hiperextensión del cuello hacia atrás, que ocasiona lesiones cervicales por el estiramiento de las estructuras que sostienen el cuello. Si adicionalmente, al ser impulsado el vehículo, choca contra otro que se encuentre frente a él, puede ocurrir un impacto frontal.

Impacto rotacional

Cuando el golpe no es en un área central del vehículo, la porción golpeada inmediatamente se desacelera, mientras que el lado opuesto continúa su movimiento, lo cual genera una rotación. Los ocupantes mantienen la dirección original del vehículo hasta golpear con el interior del mismo al este iniciar la rotación.

Impacto frontal

El conductor y la motocicleta viajan a la misma velocidad; cuando esta golpea con su rueda delantera un objeto, pierde su punto de gravedad y se inclina frontalmente, mientras el conductor continúa en movimiento hacia adelante, chocando inicialmente el tórax con el manubrio, abdomen o miembros inferiores para luego, al ser finalmente expulsado, golpearse contra el suelo u otro objeto.

Impacto lateral

Se pueden presentar lesiones similares a las del impacto lateral vehicular, con fracturas abiertas, cerradas o lesiones por aplastamiento en miembros inferiores.

Expulsión

Es común en los motociclistas y ciclistas, quienes generalmente sufren lesiones múltiples y de gravedad, con heridas externas en el punto del impacto.

Impacto de peatones

Las heridas que se generan dependen no solo de la fuerza de la colisión sino también de la edad del paciente y de su estatura. Un adulto ante un vehículo que se dirige hacia donde él está, casi siempre emprende huida presentando lesiones laterales o posteriores, mientras que los niños se quedan observando con curiosidad y reciben impactos anteriores.

Existen tres fases de impacto

- Con el parachoques delantero del vehículo: inicialmente son el parachoques o la tromba del carro los que chocan con el peatón, por ello influye de manera importante en la estatura. En los adultos, el impacto ocurre generalmente en la pelvis o en los miembros inferiores, mientras que en las personas de talla baja o en niños ocurre en el tórax, abdomen o en ambos.
- Con el techo y el parabrisas: en un segundo tiempo el cuerpo es arrojado principalmente contra el capo y el parabrisas afectándose el tórax, el abdomen, la pelvis, la proximal del fémur, la columna y la cabeza.
- Contra el suelo: finalmente la víctima es arrojada contra el suelo, lesionándose la cabeza ((cráneo cerebro) y la columna. Los niños en muchas ocasiones no alcanzan a caer sobre el carro, sino que son arrastrados por el suelo.

Por la forma súbita en que se presentan y ña violencia de los movimientos de tórax, cuello y cabeza en cualquiera de los impactos anteriores, es altamente probable la lesión de la columna cervical con inestabilidad.

Caídas

Son causa frecuente de lesiones no fatales, especialmente de tipo neurológico (cerebrales y columna). El mecanismo principal de lesión es la desaceleración súbita en el momento del impacto; los tejidos dentro del cuerpo continúan su movimiento ocasionado desgarros. La gravedad de la lesión depende del tipo de superficie de contacto, de las propiedades viscoelásticas del cuerpo, de la parte del cuerpo que recibe el primer impacto, del tamaño del área corporal que entra en contacto con el objeto estacionario. Mientras mayor sea el área de contacto, la energía que se dispara aumenta, disminuyendo el grado de desaceleración (30).

2.4 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

Triage

El «traje/ clasificación» es un proceso que nos 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, y, por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además poseen un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos⁵.

La aplicación del triaje, tal como lo conocemos, proviene del mundo anglosajón que desarrolla a partir de los años 60 diversos planteamientos basados en escalas de 3 o 4 niveles de categorización que, al no haber demostrado suficiente fiabilidad, relevancia y validez.

Politraumatizado

Se entiende por poli traumatizado o traumatizado grave al paciente que presenta dos o más lesiones de las que al menos una de ellas pone en

compromiso su vida (11). Es importante tener en cuenta a la hora de atender un accidente de tráfico la cadena de supervivencia, que establece el orden de actuación. En primer lugar, proteger tanto a las víctimas como a nosotros mismos. A continuación, alertar a los servicios de emergencia o en caso de no ser posible, pedir algún otro tipo de ayuda, y por último atender a los heridos según los protocolos de actuación (12).

Conocimiento

El **conocimiento** es un conjunto de representaciones abstractas que se almacenan mediante la experiencia o la adquisición de conocimientos o a través de la observación. En el sentido más extenso que se trata de la **tenencia de variados datos interrelacionados** que al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

Accidentes de tránsito

Acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, independientemente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta por la aparición de lesiones orgánicas o trastornos mentales.

III. HIPOTESIS Y VARIABLE

3.1. Hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

HI: Existe alto nivel de conocimiento sobre triaje del profesional de enfermería del servicio de emergencia para la Atención de víctimas de accidente de tránsito Hospital Félix Mayorca Soto-Tarma 2018.

3.1.2. Hipótesis específicos

Existe alto conocimiento sobre aspectos generales de triaje del profesional de enfermería del servicio de emergencia para la Atención de víctimas de accidente de tránsito Hospital Félix Mayorca Soto-Tarma 2018.

Existe alto conocimiento sobre Clasificación de víctimas de accidente de tránsito del profesional de enfermería del servicio de emergencia Hospital Félix Mayorca Soto-Tarma 2018.

Existe alto conocimiento sobre Politraumatizado del profesional de enfermería del servicio de emergencia para la Atención de víctimas de accidente de tránsito Hospital Félix Mayorca Soto-Tarma 2018.

3.2. Definición Conceptual de variables

El «*triaje/clasificación*» es un proceso que nos 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, y, por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además poseen un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recurso.

El triaje es 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. Actualmente se utilizan sistemas de *triaje* estructurado con cinco niveles de prioridad que se asignan asumiendo el concepto de que lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente y hacen posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico.

3.2.1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	CONCEPTO	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO	ESCALA VALORATIVA
conocimiento	Aspectos Generales de Triage	Es un proceso que nos 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	Significado Concepto Etapas Características Modelos más usados	(1)(2)(3)(4)(5)(6)	Cuestionario de Encuesta	General Bajo 0- 9 Medio 10-18 Alto 19-27
	Clasificación de víctimas de accidente de tránsito	Realizar la labor de Triage en sí, es decir RAC, Recepción, acogida, clasificación y distribución.	Prioridad I Prioridad II Prioridad III Prioridad IV	(7)(8)(9)		
	Politraumatizado	Todo sujeto que presente dos o más lesiones traumáticas graves ya sea periféricas o viscerales.	Concepto Tipos Cuidados de enfermería	(10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27)		

IV. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Tipo y diseño de la investigación

- Según el análisis y el alcance de los resultados el estudio es de tipo Descriptivo; porque se determinó como es y como esta, la situación de la variable estudiada en una muestra representativa que luego fueron explicadas.
- Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio fue de tipo prospectivo, porque se registró la información según van ocurriendo los fenómenos hacia el futuro.
- Según el periodo y secuencia del estudio fue de tipo transversal, porque las variables fueron estudiadas simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo de estudio
En el presente trabajo de investigación se utilizó el diseño descriptivo. Este tipo de investigación mide las variables individuales.

El diagrama de este estudio será el siguiente:



Donde.

M: Muestra

Ox: Observación de la muestra

4.2 Método de investigación

Investigación Científica

4.3 Población y muestra

Población Maestral

La población del presente proyecto está conformada por 25 enfermeras del servicio de Emergencias del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma. Para determinar la muestra de nuestra investigación, se empleará la fórmula para una población conocida.

a. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personal de salud que se encuentra trabajando en el servicio de emergencias.

b. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Profesional de enfermería que se encuentra de vacaciones.
- Profesional de enfermería que se encuentra ausente por enfermedad.

Tamaño de la muestra:

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q \cdot N}{e^2(N-1) + Z^2 p \cdot q}$$

$$Z=1.96 \text{ (95\%)}$$

$$p=0,5 \text{ (50\%)}$$

$$q=1-p$$

$$e=0.05 \text{ (5\%)}$$

$$N= 24$$

Para la recolección de datos de la presente investigación se utilizará como técnica la encuesta y el instrumento un cuestionario, para recoger de fuente directa información.

4.4 Lugar de estudio y periodo desarrollado

El estudio se realizará en el Hospital Félix Mayorca Soto en el servicio de Emergencia Tarma en el año 2018.

4.5 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

Técnicas

La técnica aplicada para la recolección de los datos fue la encuesta donde utilizamos:

➤ **Plan de tabulación.**

La tabulación y procesamiento de datos se hará mediante la técnica mecánica aplicando programas o paquetes estadísticos de sistema computarizado. Se utilizará el paquete estadístico de la SPSS para establecer los cuadros y gráficos unidimensionales.

➤ **Plan de análisis.**

Se hará uso de la estadística descriptiva, y la estadística inferencial para la prueba de hipótesis.

El análisis e interpretación de los datos se harán mediante las frecuencias absolutas relativas más significativas, según los objetivos y variables en estudio propuesto en los cuadros estadísticos.

➤ **Prueba de Hipótesis.**

En el presente trabajo de investigación no se consideran las hipótesis por ser trabajo de nivel descriptivo.

Instrumentos

El instrumento que aplicamos es el cuestionario constituido para evaluar nivel de conocimiento contiene 27 ítems, distribuidos en dos bloques. El primero consiga los datos generales (1-4 ítems): edad, sexo, tiempo de servicio, Especialidad. El segundo valora los datos específicos; es decir, Datos de aspectos generales del triaje 1- 6 Ítems; Datos de aspectos Clasificación de víctimas de accidente de tránsito 7-9 Ítems; datos de politraumatizado 10- 27 Ítems; en total 27 Ítems; se constituyó en un baremo Bajo 0- 9 puntos, Medio 10-18 puntos, Alto 19-27 puntos.

Al instrumento se realizó la validación a través de tres expertos.

4.6 Análisis y procesamiento de datos

La información fue procesada con el Software IBM-SPSS versión 25,0 el que permitirá la elaboración de tablas y figuras estadísticas. El análisis estadístico fue descriptivo mediante el cálculo de las proporciones (porcentajes) e inferencial.

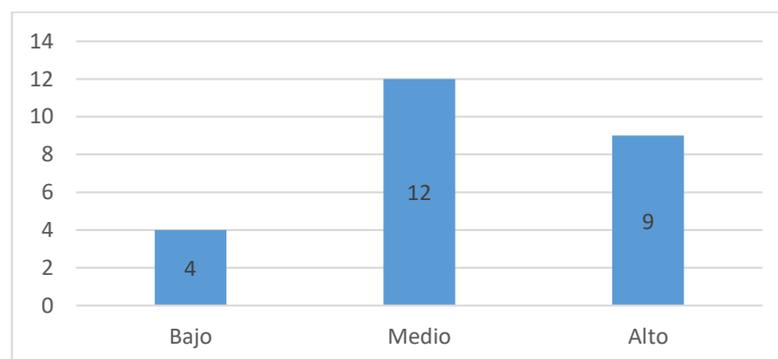
V. RESULTADOS

5.1 PRESENTACION Y ANALISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS DESCRIPTIVOS

TABLA 01. Nivel de conocimiento sobre triaje del profesional de enfermería del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

Nivel de conocimiento	N°	%
Bajo	4	16,0
Medio	12	48,0
Alto	9	36,0
Total	25	100,0

Figura 01. Nivel de conocimiento sobre triaje del profesional de enfermería del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018



Fuente: Base de datos

En la Tabla N° 01.se observa que el 48 % de profesionales de enfermería tiene un nivel de conocimiento medio sobre triaje para la atención de víctimas de accidente de tránsito, 36 % tiene un conocimiento alto y 16% tiene un conocimiento bajo.

TABLA 02. Nivel de conocimiento sobre aspectos generales de triaje del profesional de enfermería del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

Nivel de conocimiento aspectos generales de Triage	N°	%
Bajo	1	4,0
Medio	3	12,0
Alto	21	84,0
Total	25	100,0

Fuente: Base de datos

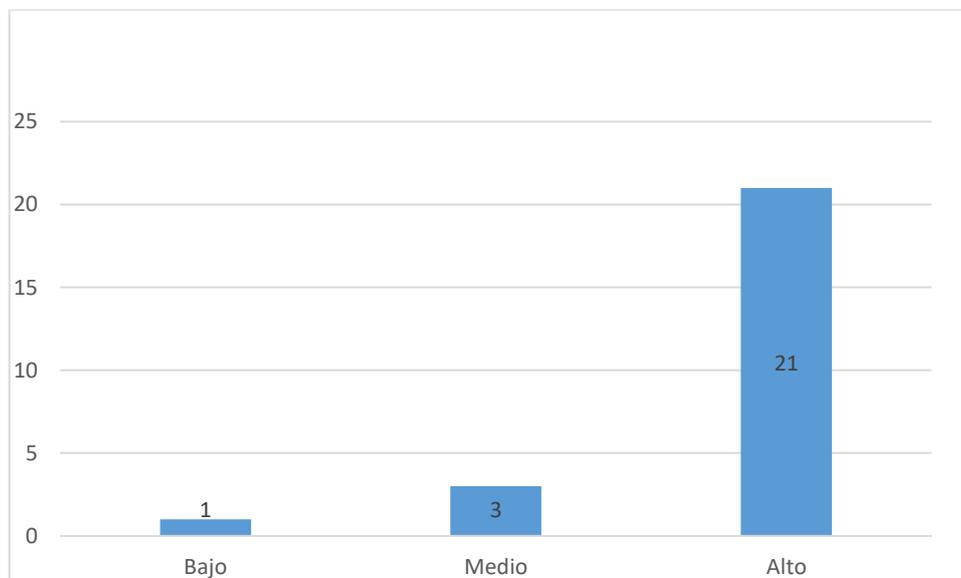


Figura 02. Nivel de conocimiento sobre generales sobre triaje del profesional de enfermería del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N° 02. Se observa que el 84 % de profesionales de enfermería tiene un nivel de conocimiento alto sobre aspectos generales en triaje, 12 % tiene un conocimiento medio y 4% tiene un conocimiento bajo.

TABLA 03. Nivel de conocimiento sobre clasificación de víctimas de accidente de tránsito del profesional de enfermería del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

Clasificación de víctimas	N°	%
Bajo	8	32,0
Medio	6	24,0
Alto	11	44,0
Total	25	100,0

Fuente: Base de datos

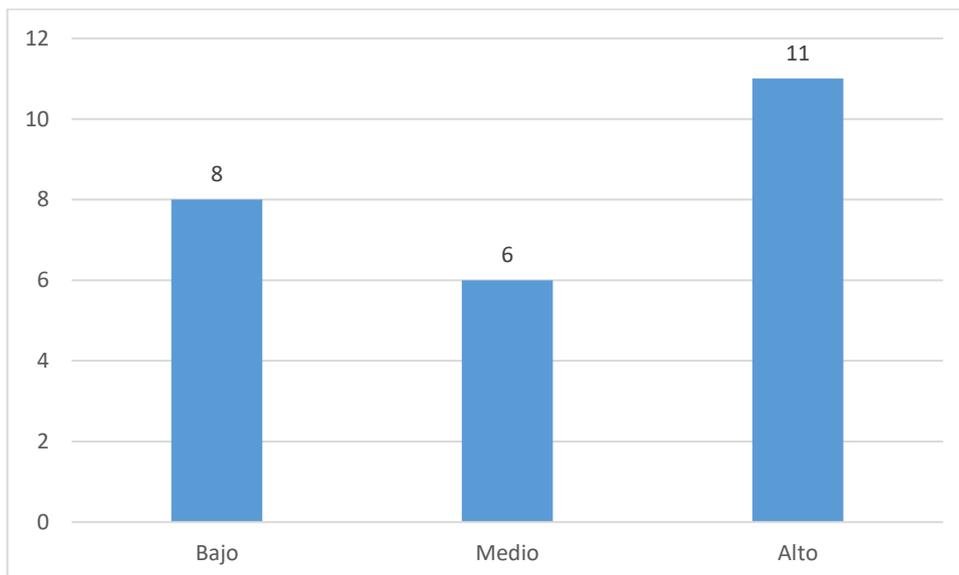


Figura 03. Nivel de conocimiento sobre clasificación de víctimas de accidente de tránsito del profesional de enfermería del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.

En la Tabla N° 03. Se observa que el 44 % de profesionales de enfermería tiene un nivel de conocimiento alto sobre clasificación de víctimas de accidentes de tránsito, 32% tiene un conocimiento bajo y 24% tiene un conocimiento medio.

TABLA 04. Nivel de conocimiento sobre politraumatizado del profesional de enfermería del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

Politraumatizado	N°	%
Bajo	10	40,0
Medio	13	52,0
Alto	2	8,0
Total	25	100,0

Fuente: Base de datos

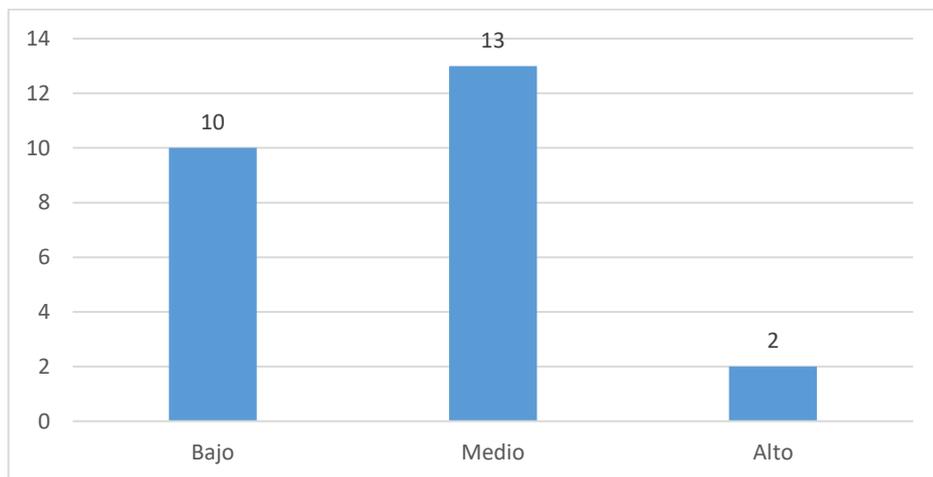


Figura 04. Nivel de conocimiento sobre politraumatizado del profesional de enfermería del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018. En la Tabla N° 04. se observa que el 52 % de profesionales de enfermería tiene un nivel de conocimiento medio sobre politraumatizado, 40% tiene un conocimiento bajo y 8% tiene un conocimiento alto.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados

La responsabilidad ética a partir de los hallazgos encontrados aceptamos la hipótesis nula general que establece que no existe alto nivel de conocimiento sobre triaje del profesional de enfermería del servicio de emergencia para la Atención de víctimas de accidente de tránsito hospital Félix Mayorca Soto-Tarma 2018.

6.2. Contrastación de resultados

Estos resultados guardan relación con lo que sostienen Vásquez Quiroz, Luther Iván, en Lima – Perú, el 2011, realizó un estudio sobre “Nivel de conocimientos y actitudes de los enfermeros sobre la atención a pacientes en la unidad de triaje en el servicio de emergencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins – 2010”. “En cuanto al nivel de conocimiento de los enfermeros en la dimensión de recepción y acogida del paciente en triaje un porcentaje considerable tiene un nivel de conocimientos medio a bajo referido a definir el triaje como la valoración al paciente a su llegada al medio hospitalario, en la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de las actividades de enfermería en triaje, seguido de un porcentaje bajo y alto. Ello es acorde con lo que en este estudio se halla.

Estos resultados guardan relación con lo que sostienen Ramos Arévalo, Zulema; en Chancay – Perú, el 2009, realizó un estudio titulado “Nivel de conocimientos del enfermero en la evaluación inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital de Chancay. 2008”, “El nivel de conocimientos de las enfermeras en la evaluación inicial

del paciente politraumatizado que acude al servicio de emergencia del Hospital Nacional de Chancay en su mayoría es medio (86%) seguido de un mínimo porcentaje alto y bajo respectivamente en igual proporción (17%). Los aspectos relevantes que más desconocen son signos de obstrucción de la vía aérea. Ello es acorde con lo que en este estudio se halla.

6.3. Responsabilidad ética a partir de los hallazgos encontrados

De los resultados obtenidos las autoras e hacen responsables de la información vertida en el mismo. Quedando por reiterado la veracidad del mismo.

CONCLUSIONES

El objetivo fundamental de esta tesis es abordar el problema de determinar el conocimiento sobre triaje del profesional de enfermería del servicio de emergencia para la atención de víctimas de accidentes de tránsito.

El resultado de este trabajo es que el profesional de enfermería de emergencia de triaje el 48% tiene nivel de conocimiento medio, 36% de los profesionales tiene un conocimiento alto y 16% tiene un conocimiento bajo. Lo cual llegamos a la conclusión que el personal de enfermería tiene un nivel de conocimiento medio sobre triaje para la Atención de victimas de accidente de tránsito.

El conocimiento sobre aspectos generales de triaje del profesional de enfermería conocen el significado de triaje 96%; conocen el concepto de triaje 96%; conocen las etapas de triaje 96%; Características del triaje 84%; conocen modelos de triaje 80%; conocen modelos más utilizados en triaje 72%.

El conocimiento sobre Clasificación de victimas de accidente de tránsito conoce los niveles de prioridad de triaje 72%; conocen la evaluación de niveles de prioridad del politraumatizado 64%; conocen la clasificación para la adecuada atención del paciente 56%.

El conocimiento sobre politraumatizados conocen La causa de muerte producida por lesiones 68%; las puntuaciones de la escala de Glasgow 68%; evaluar el estado de conciencia del lesionado 68%; Movilización de paciente politraumatizado con lesión en la columna lumbosacra 76%. No conocen Cuál es la finalidad tardía de dispensar cuidados de enfermería tras producirse un accidente de tránsito 12%; la mortalidad inmediata de pacientes poli traumatizados 16%; El orden secuencial para la asistencia de enfermería para el paciente politraumatizado.

RECOMENDACIONES

- A las autoridades del Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma, garantizar capacitaciones, pasantías, diplomados, y talleres sobre triaje en accidentes de tránsito, ya que los enfermeros por ser profesionales deben tener un conocimiento alto del tema en mención.
- A los enfermeros Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma, mejorar el conocimiento, ya que la atención en triaje, depende del nivel de conocimiento para así reducir las complicaciones de las víctimas mortales y complicaciones que se puedan presentar en los accidentados.
- A los profesionales, seguir investigando la línea tomada en la tesis, para seguir incrementando los conocimientos y mejorar la práctica de la enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. 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.
2. Muñoz FJ. Consenso como método para la elaboración de estándares de recepción, clasificación e intervención sanitaria inicial de pacientes en urgencias: resultados y conclusiones (II). *Tempus Vitalis* 2003; 3: 15-24.
3. Formes, L. Ubicación de áreas de atención en la unidad de emergencia pediátrica para la atención de víctimas de un sismo en la ciudad de Mérida. Colombia. Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. 1999.
4. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A., El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. España. 2010.
5. García González; M., Gago Fornells Valdés; J Guerrero; “Visión de la Enfermería de urgencias hospitalaria ante la herramienta de triaje”, Cádiz 2003.
6. Álvarez; “El triaje en los servicios de urgencias hospitalarios. Papel de la enfermera del Hospital de Cabueñes de Gijón –Asturias 1998”, Chile,1998.
7. Formes; “Ubicación de áreas de atención en la unidad de emergencia pediátrica para la atención de víctimas de un sismo en la ciudad de Mérida, Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes”, Colombia,1999.
8. Vásquez Quiroz, Luther Ivan. “Nivel de Conocimientos y Actitudes de los enfermeros sobre la atención a pacientes en la Unidad de Triage en el servicio de emergencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins – 2010”

- [Trabajo de Investigación para optar el Título de Especialista en Enfermería de Emergencias y Desastres] Lima-Perú. UNMSM. 2010.
9. Ramos Arévalo, Zulema. “Nivel de conocimientos del enfermero en la evaluación inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital de Chancay. 2008”. [Tesis para optar el Título de Especialista en Enfermería de Emergencias y Desastres] Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) Chancay – Perú 2009.
 10. Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligood, MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA. Octava Edición. España: Elsevier Mosby; 2015.
 11. Gómez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el *triaje* estructurado. Emergencias 2006; 18: 156-164
 12. Gómez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de *triaje* estructurado de urgencias y emergencias. Emergencias 2003; 15: 165-174.
 13. Atención a situaciones de emergencia con múltiples víctimas y catástrofes; edición enero 2018.
 14. Nicolás González Casares; Protocolo de triaje o recepción, acogida y clasificación (RAC) de Enfermería en Urgencias del Hospit.
 15. Álvarez Leiva C, Macías Seda J. Puesta al día en urgencia, emergencias y catástrofes: Triage: generalidades. 2001. Segundo volumen: 125-133.
 16. Gómez J, Faura J, Burgues L, Pàmies S. Gestión clínica de un servicio de urgencias hospitalario: indicadores de calidad, benchmarking y análisis de la casuística (case mix). Gestión hospitalaria 2004; 15: 3-12.
 17. Gómez Jiménez J, Puiguriquer J, Ferrando JB, et al. 1r Curs de formació en tria d'urgències. Bases conceptuals del Programa d'Ajuda al Triatge (PAT). Model Andorrà de Tria. Escaldes-Engordany, Desembre 2002-Abril 2003. <http://www.colegidemetges.ad/sum/sum2.html>

18. Gómez J, Boneu F, Prat J, Becerra O, Albert E, Ferrando JB, Medina M. Validación clínica de la nueva versión del Programa de Ayuda al *triaje* (web_e-PAT v3) del Modelo Andorrano de *triaje* (MAT) y Sistema Español de *triaje*(SET). Fiabilidad, utilidad y validez de la población pediátrica y adulta. *Emergencias* 2006; 18: 207-214
19. Gómez Jiménez J, Murray MJ, Beveridge R, Pons J, Albert E, Ferrando JB et al. Implementation of the Canadian Emergency Department *Triage* and Acuity Scale (CTAS) in the Principality of Andorra: Can *triaje* parameters serve as Emergency Department Quality Indicators? *Can J Emerg Med* 2003; 5: 315-322
20. Peiró S, García-Sempere A. El papel de los sistemas de clasificación de pacientes en la financiación de las urgencias hospitalarias. *Gac Sanit* 2003; 17: 441-443.
21. Gómez Jiménez J, Torres Trillo M, López Pérez J, Jiménez Murillo L. Sistema Español de *triaje* (SET). Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES); 2004
22. Gómez Jiménez J, Ferrando Garrigós JB, Vega García JL, Tomás Vecinas, Roqueta Egea F, Chanovas Borràs M. Model Andorrà de *Triatge*: Bases conceptuais i manual de formació. Principat d'Andorra: Ed. Gómez Jiménez J. Servei Andorrà d'Atenció Sanitària; 2004.
23. Emergency triage/Manchester triage Group; edited By Kevin Mackway-jones, Janet Marsden, Jill Windle. 2nded. London BMJ Blackwell 1994.
24. Windle J. Mackway-jones K. Don't throw triage out with the bathwater. *Emerg Med J* 2003; 20: 119-120.
25. *Triaje* de urgencias hospitalarias editado por Kevin Mackway-Jones Editores de la versión en castellano Blanco Ramos M, Caeiro Rey J, Pascual Clemente F. BMJ Publising, 2004.

26. Roukema J, Steyerberg EW, Van Meurs A, Ruige M, Van Der Leij J, Moll HA. Validity of *triage* system in paediatric emergency care. *Emerg Med J* 2006; 23: 906-910.
27. Croning JG. The Introduction of the Manchester *Triage* scale to an Emergency department in The Republic of Ireland. *Accid Emerg Nurs* 2003; 11: 121-125.
28. Diario El Peruano (en línea). Perú: Editora Peruana; 2001. (Fecha de acceso 16 de marzo de 2019). Disponible en: <http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/27604.pdf>.
29. Organización Panamericana de la Salud. World report on road traffic injury prevention: Resume Suiza: Tushita Graphic Vision; 2004. p.38.
30. Jaime M, Restrepo J y Munera A. Manual de normas y procedimientos en trauma. 3a Ed. Colombia: Universidad de Antioquia; 2006.
31. Blow O, Bassam D, Buttler K, Cephas GA, Brady W, Young JS. Velocidad y eficiencia en la reanimación de pacientes con traumatismo cerrado con lesiones múltiples: la ventaja del lavado peritoneal diagnóstico sobre la tomografía computarizada abdominal. *J trauma* 1998; 44: 287- 290.
32. Grant IS, Andrew PS. ABC de los cuidados intensivos: apoyo neurológico. *Bmj* 1999; 312:10 – 113.

A. DATOS GENERALES

TABLA 1 EDAD, SEXO, TIEMPO SE SERVICIO, ESPECIALIDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO – TARMA 2018

EDAD	N°	%
De 30 a 35 años	4	16,0
De 36 a 40 años	5	20,0
De 41 a 50 años	13	52,0
De 51 años a mas	3	12,0
SEXO	N°	%
Femenino	18	72,0
Masculino	7	28,0
TIEMPO DE SERVICIO	N°	%
1 a 5 años	7	28,0
6 a 10 años	9	36,0
11 a 20 años	7	28,0
21 años a más	2	8,0
ESPECIALIDAD	N°	%
SI	14	56,0
NO	11	44,0
TOTAL	25	100%

Fuente: Base de datos

En la tabla N°5.1.1 se observa, que el 52 % de la población abordada posee entre 41-59 años de edad; que el mayor porcentaje 72.0% son de sexo femenino. Con respecto al tiempo de servicio 36% trabaja de 6 a 10 años, 56% tiene especialidad en emergencia.

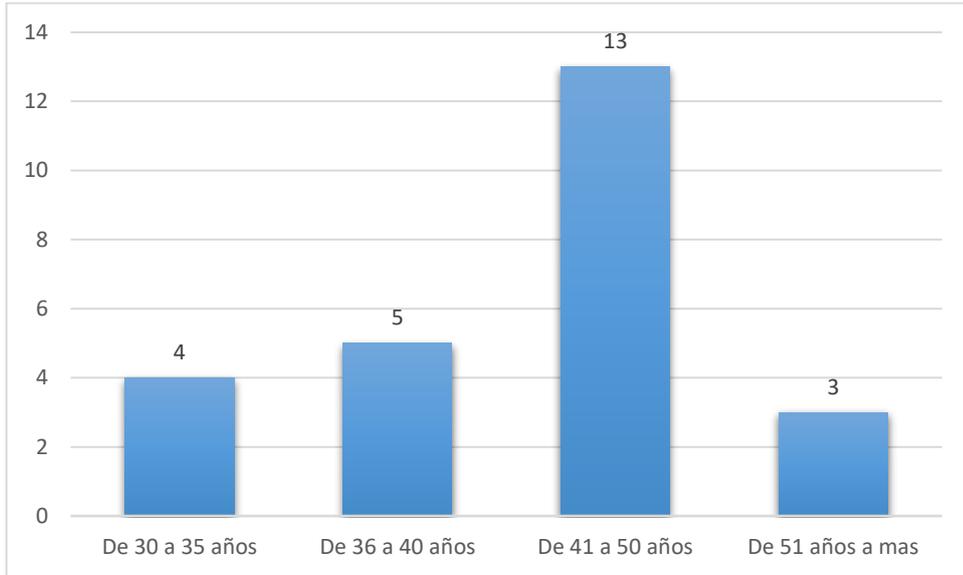


GRAFICO 1. EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA

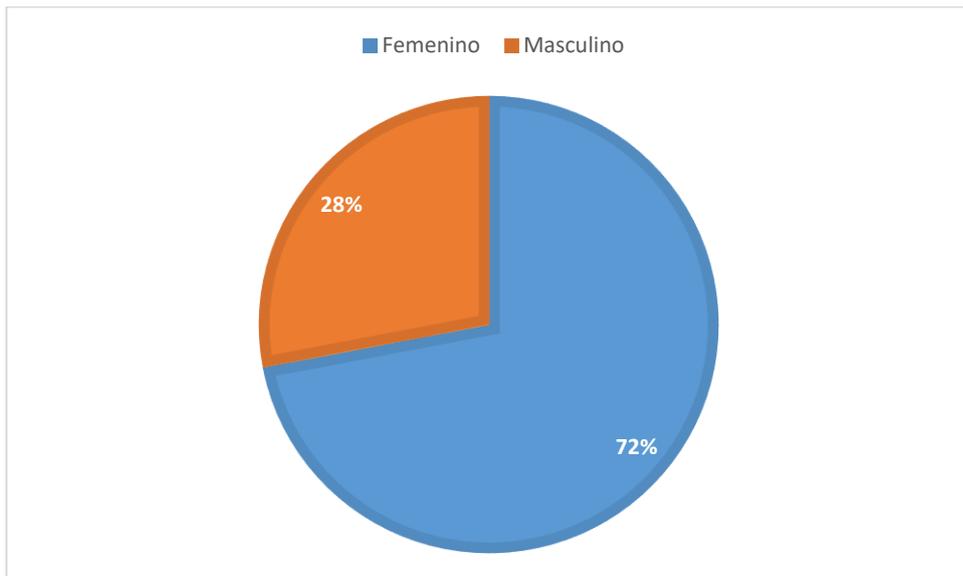


GRAFICO 2 SEXO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA

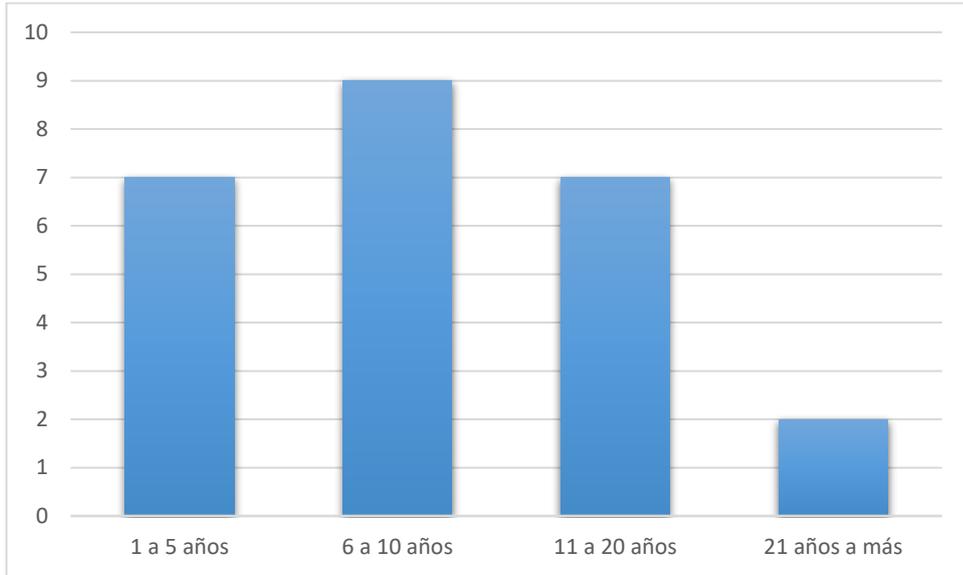


GRAFICO 03. TIEMPO DE SERVICIO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA

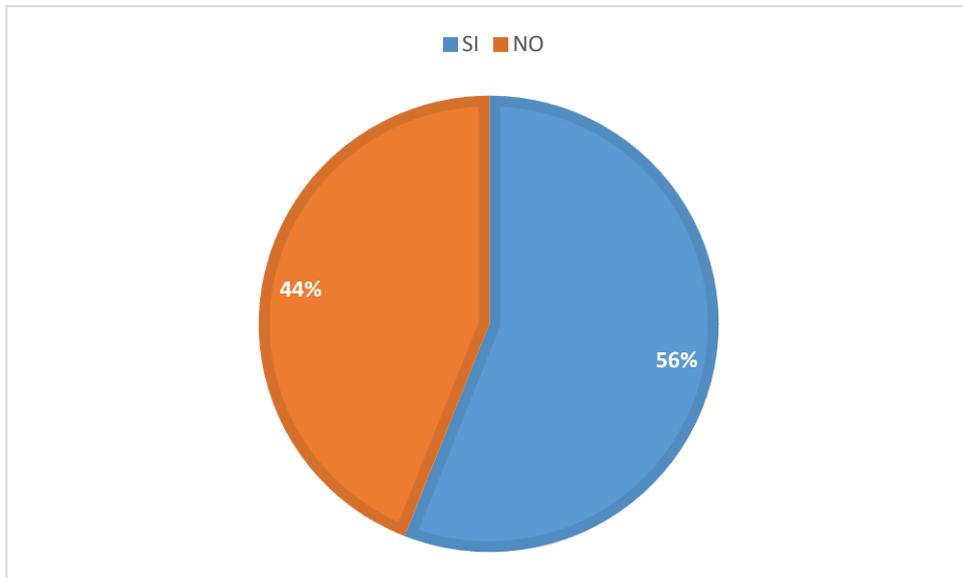


GRAFICO 04. ESPECIALIDAD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA

B. DATOS ESPECIFICOS

TABLA 01. Profesionales de enfermería conocen el significado de Triage -Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

SIGNIFICADO TRIAJE	N°	%
No	1	4,0
Si	24	96,0
Total	25	100,0

Fuente: Base de datos

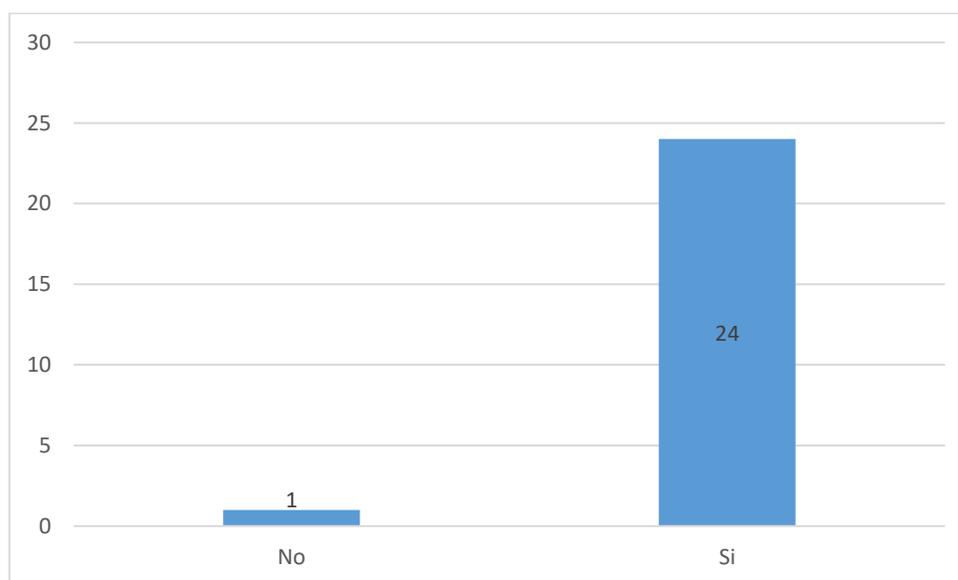


FIGURA 01. Profesionales de enfermería conocen el significado de Triage -Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N° 01 se observa que el 96% de profesionales de enfermería si conocen el significado de triaje y 4% no conoce.

TABLA 02. Profesionales de enfermería conocen el concepto de Triage Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

CONCEPTO DE TRIAJE	N°	%
No	1	4,0
Si	24	96,0
Total	25	100,0

Fuente: Base de datos

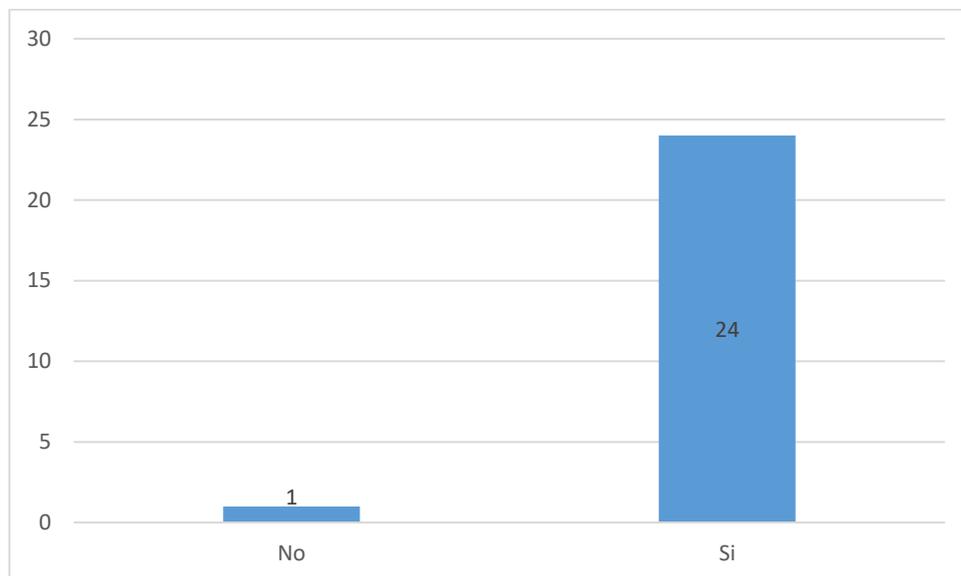


Figura 02. Profesionales de enfermería conocen el concepto de Triage Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N° 02. Se observa que el 96% de profesionales de enfermería si conocen el concepto de triaje 4% desconoce.

TABLA 03. Profesionales de enfermería conocen las etapas de triaje del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

ETAPAS DE TRIAJE	N°	%
No	1	4,0
Si	24	96,0
Total	25	100,0

Fuente: Base de datos

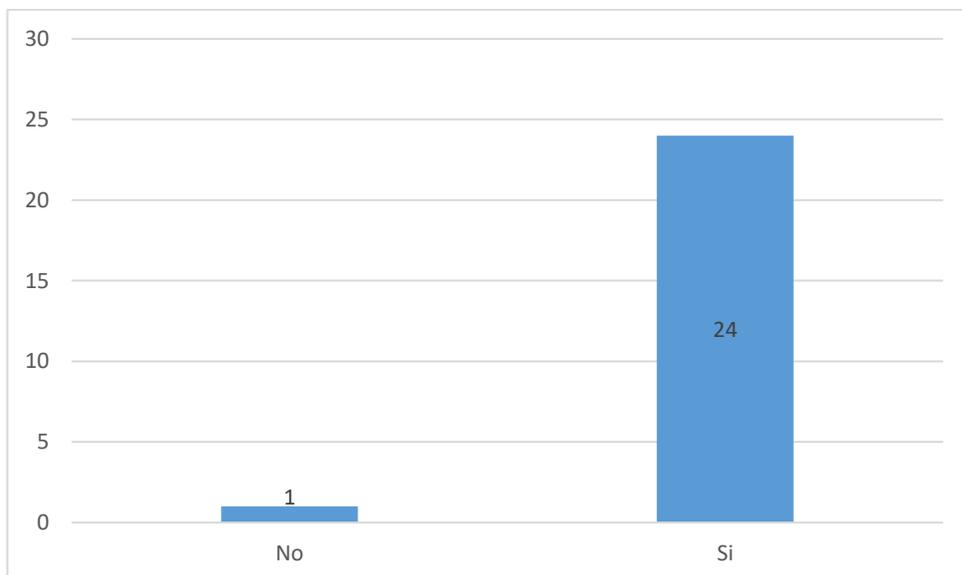


Figura 03. Profesionales de enfermería conocen las etapas de triaje del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N°03 se observa que el 96% de profesionales de enfermería si conocen las etapas de triaje, 4% no conoce.

TABLA 04. Profesionales de enfermería conocen las características del Triaje Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

CARACTERISTICAS DEL TRIAJE	N°	%
No	4	16,0
Si	21	84,0
TOTAL	25	100,0

Fuente: Base de datos

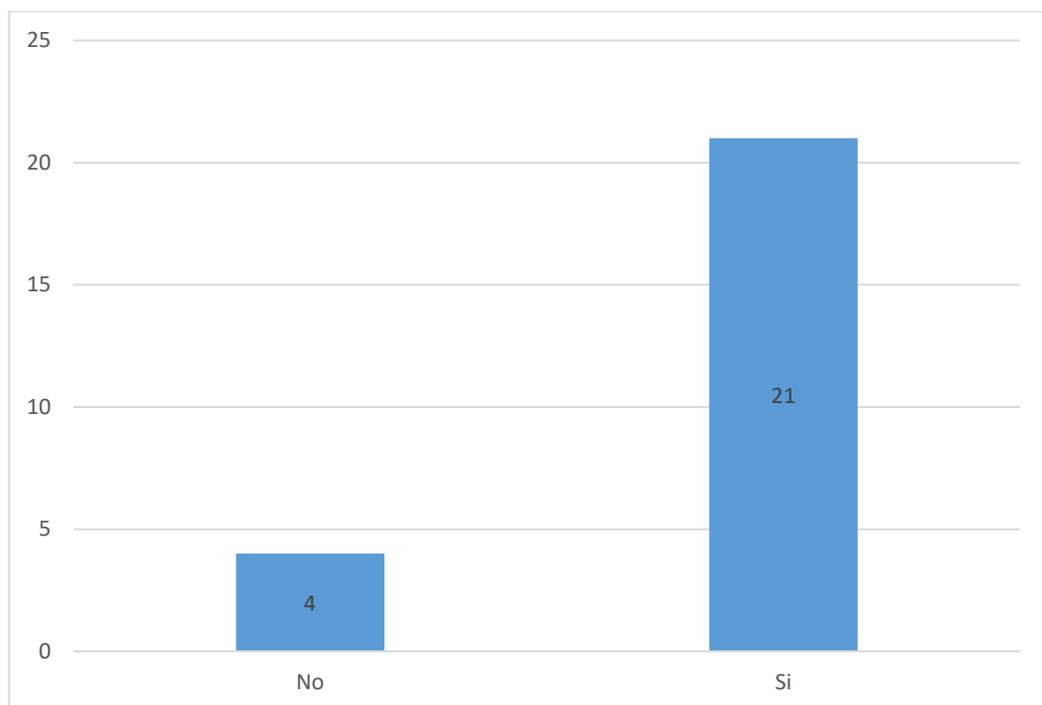


Figura 04 Profesionales de enfermería conocen las características del triaje Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N°04 se observa que el 84 % de profesionales de enfermería si conocen las características del triaje,16% no conoce.

TABLA 05. Profesionales de enfermería conocen modelos de triaje del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

MODELOS DE TRIAJE	N°	%
No	5	20,0
Si	20	80,0
TOTAL	25	100,0

Fuente: Base de datos

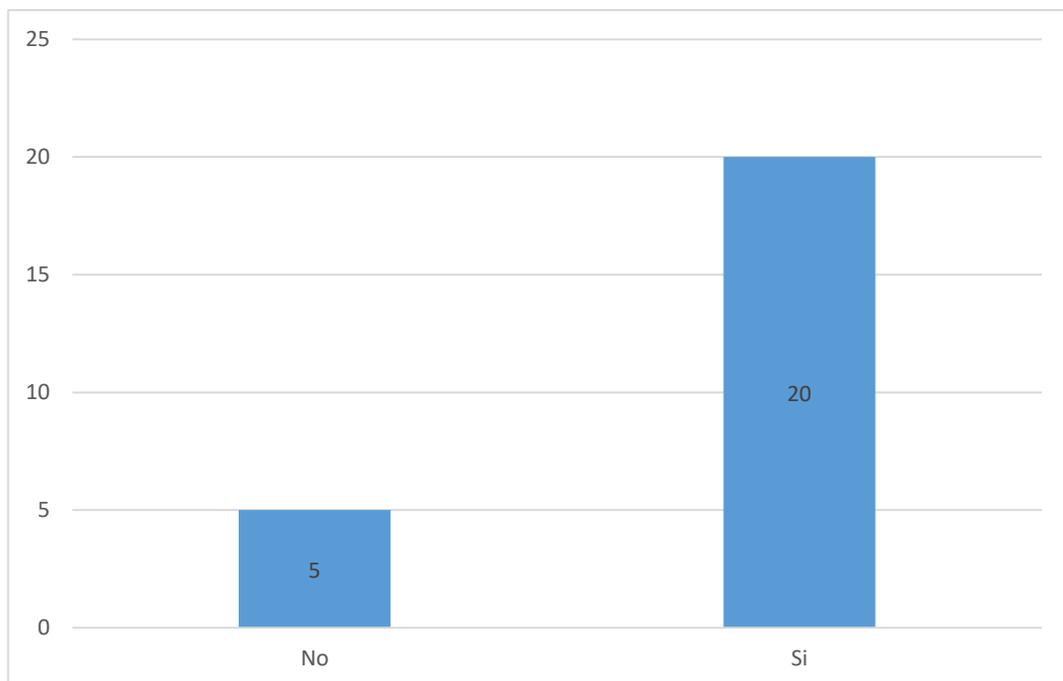


Figura 05. Profesionales de enfermería conocen modelos de Triage del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N° 05 se observa que el 80% de profesionales de enfermería si conocen los modelos de triaje, 20% no conoce.

TABLA 06. Profesionales de enfermería conocen modelos más utilizados de triaje del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

MODELOS MAS UTILIZADOS	N°	%
No	7	28,0
Si	18	72,0
TOTAL	25	100,0

Fuente: Base de datos

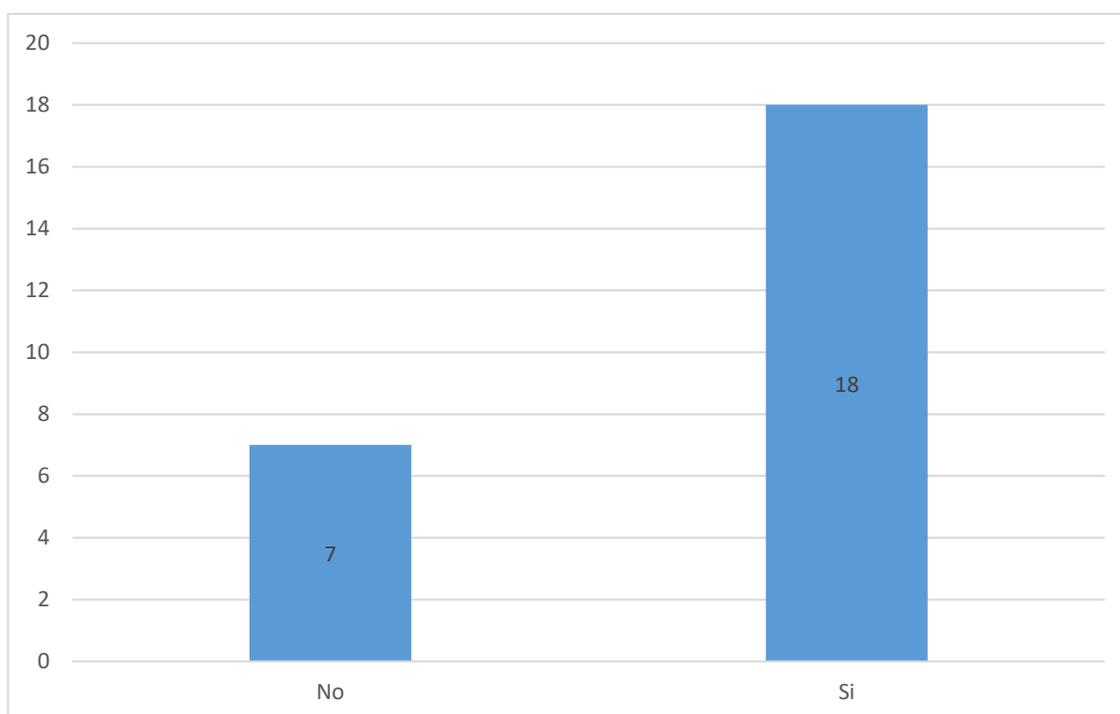


Figura 06. Profesionales de enfermería conocen modelos más utilizados de triaje del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N°06 se observa que el 72 % de profesionales de enfermería si conocen modelos más utilizados de triaje 28% no conoce.

TABLA 07. Profesional de enfermería conocen los niveles de prioridad del triaje del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

NIVELES DE PRIORIDAD DEL TRIAJE	N°	%
No	7	28,0
Si	18	72,0
TOTAL	25	100,0

Fuente: Base de datos

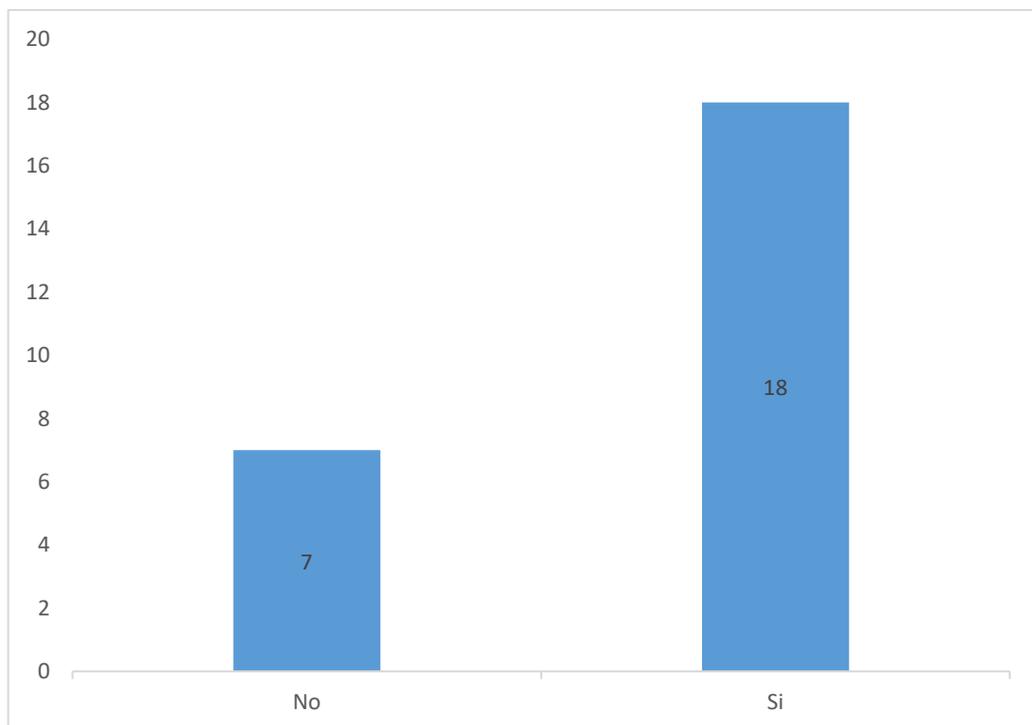


Figura 07 Profesional de enfermería conocen los niveles de prioridad del triaje del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N° 07 se observa que el 72 % de profesionales de enfermería si conocen niveles de prioridad del triaje,28% no conocen.

TABLA 08. Profesionales de enfermería conocen la evaluación en niveles de prioridad del politraumatizado, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

EVALUACION EN NIVELES DE PRIORIDAD	N°	%
No	9	36,0
Si	16	64,0
TOTAL	25	100,0

Fuente: Base de datos

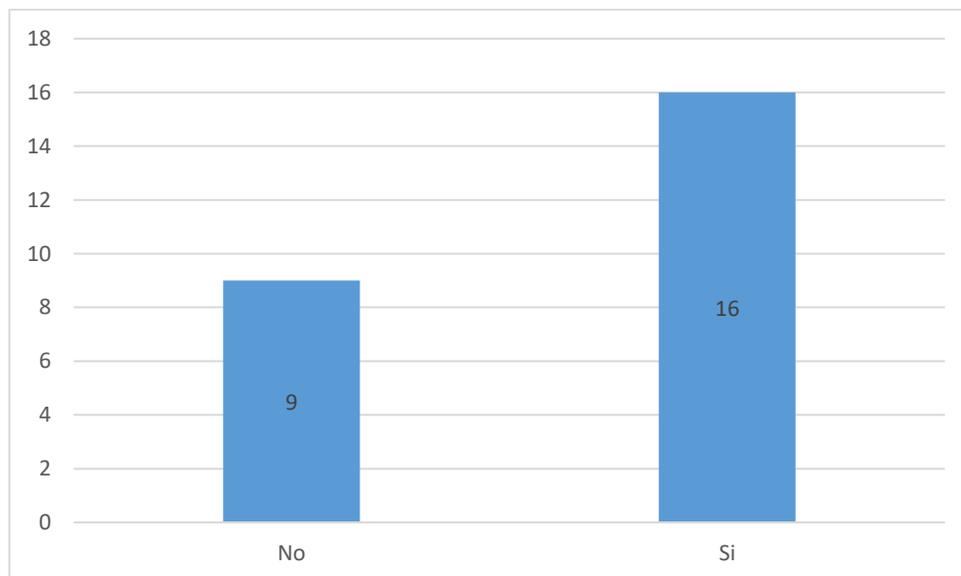


Figura 08. Profesionales de enfermería conocen la evaluación en niveles de prioridad del politraumatizado, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N° 08 se observa que el 64 % de profesionales de enfermería si conocen la evaluación en niveles de prioridad del politraumatizado,36% no conocen.

TABLA 09. Profesionales de enfermería conoce clasificación para la adecuada atención del paciente, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

CLASIFICACION PARA ATENCION	N°	%
No	11	44,0
Si	14	56,0
Total	25	100,0

Fuente: Base de datos

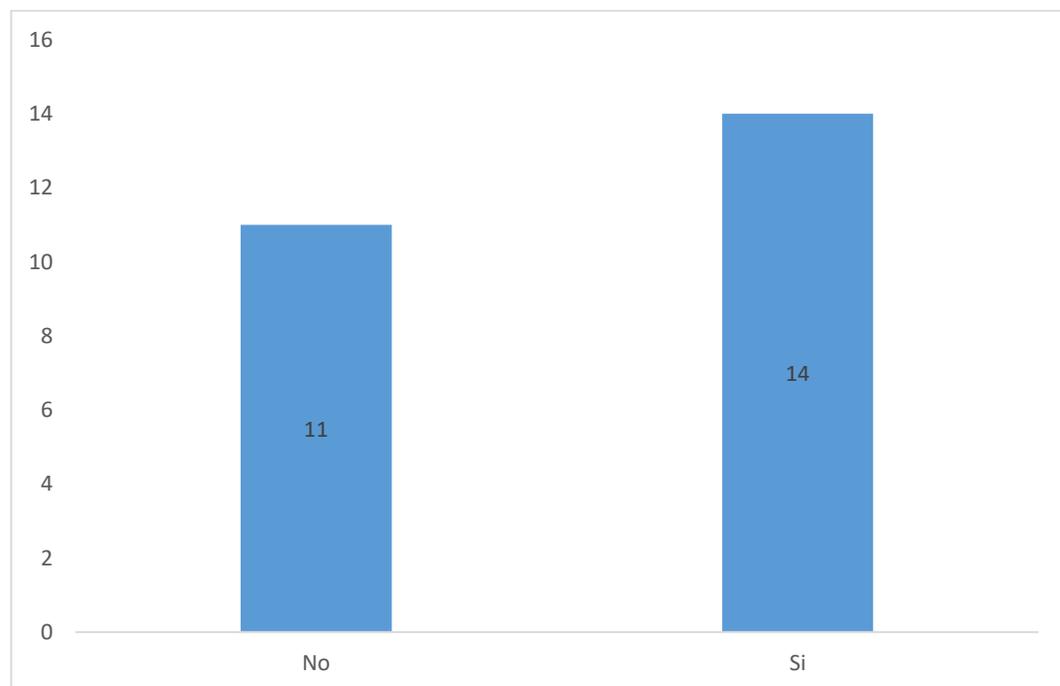


Figura 09. Profesionales De Enfermería Conoce Concepto De Accidente De Tránsito, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N° 09 .se observa que el 56 % de profesionales de enfermería si conoce clasificación para la adecuada atención del paciente,44% no conocen.

TABLA 010. Profesionales de enfermería conocen el concepto de politraumatizado, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

POLITRAUMATIZADO	N°	%
No	12	48,0
Si	13	52,0
Total	25	100,0

Fuente: Base de datos

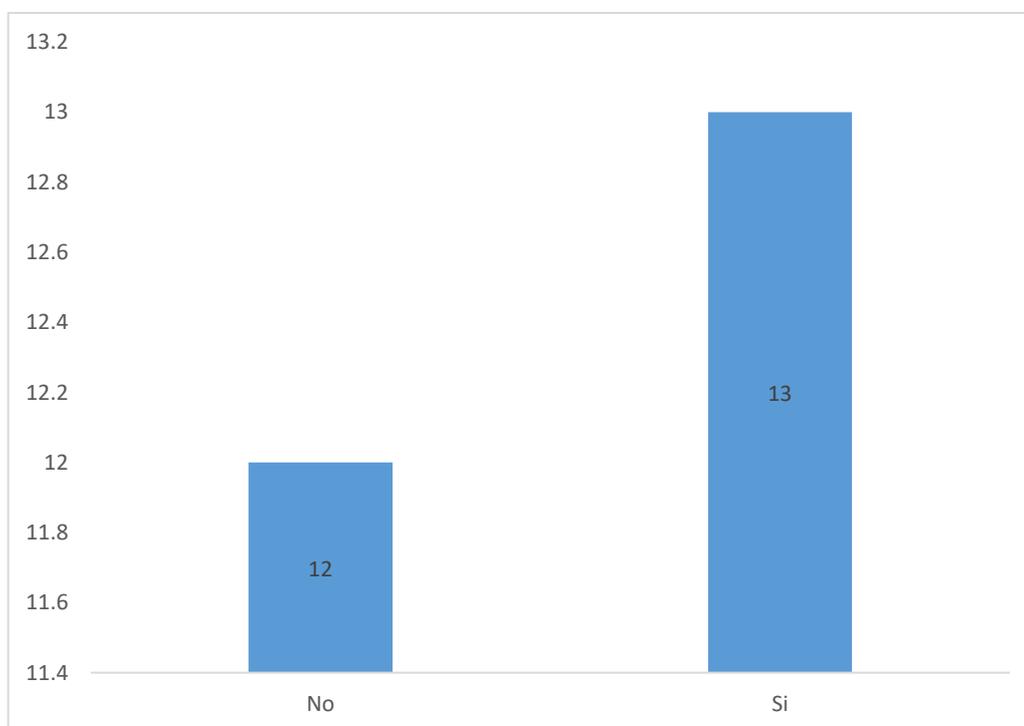


Figura 010. profesionales De Enfermería Conocen El Concepto De Politraumatizado, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N° 010 se observa que el 52% de profesionales de enfermería si conocen el concepto de politraumatizado,48% no conocen.

TABLA 011. Profesionales de enfermería conocen la Evaluación de triaje en Poli trauma, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

EVALUACIÓN DE TRIAJE	N°	%
No	11	44,0
Si	14	56,0
Total	25	100,0

Fuente: Base de datos

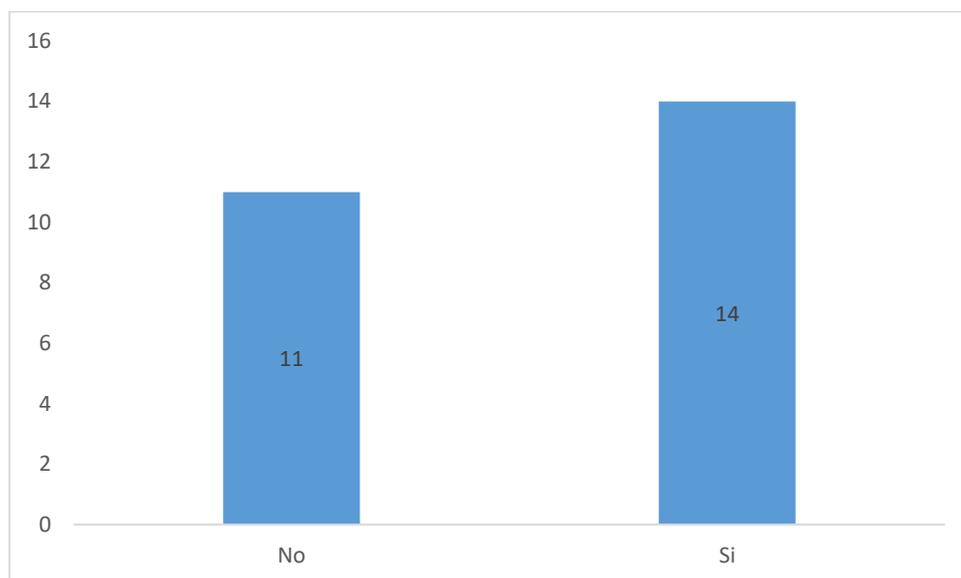


Figura 011. Profesionales De Enfermería Conocen Datos De Identificación De Pacientes, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N°011 se observa que el 56% de profesionales de enfermería si conocen la evaluación de triaje en Poli trauma, 44% no conocen.

TABLA 012. Profesionales de enfermería conocen los tipos de politraumatismo en el Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

TIPOS DE POLITRAUMATISMO	N°	%
No	10	40,0
Si	15	60,0
Total	25	100,0

Fuente: Base de datos

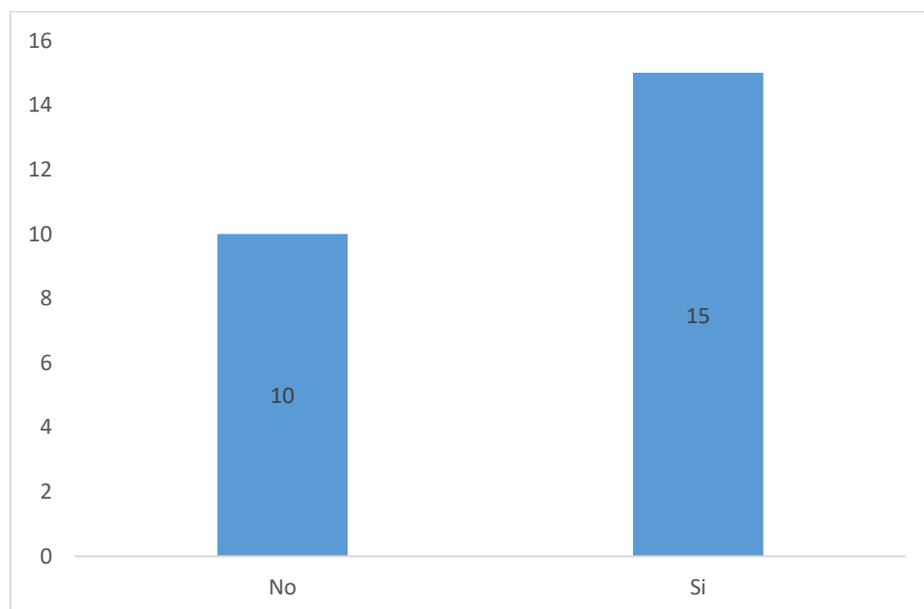


Figura 012. Profesionales De Enfermería Conocen Bases Para Establecer Atención Al Paciente Del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N° 12 se observa que el 60 % de profesionales de enfermería si conocen los tipos de politraumatismo,40% no conoce.

TABLA 013. Profesionales de enfermería conocen la finalidad tardía de dispensar cuidados tras producirse un accidente de tránsito, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

FINALIDAD TARDIA DE LOS CUIDADOS	N°	%
No	22	88,0
Si	3	12,0
Total	25	100,0

Fuente: Base de datos

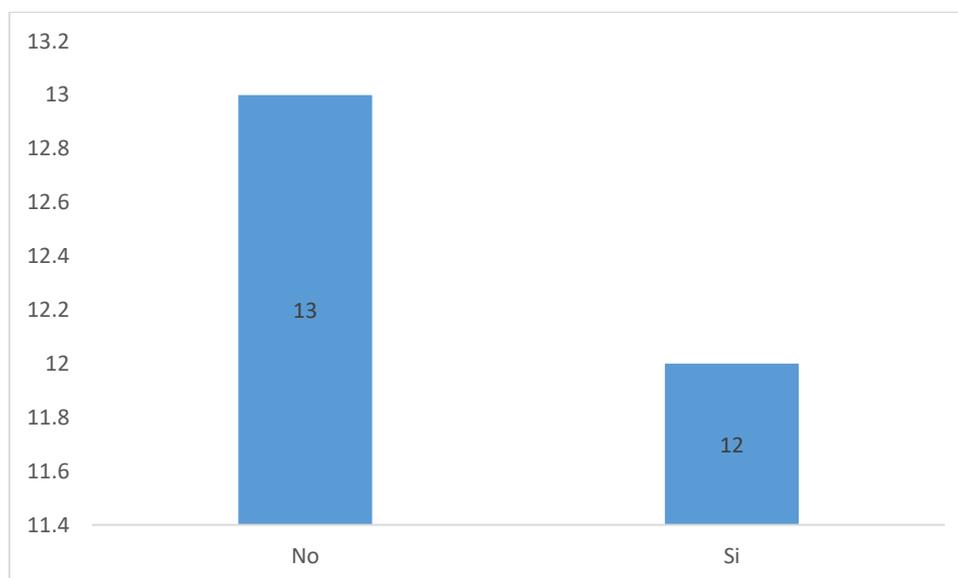


Figura 013. Profesionales de enfermería la finalidad tardía de dispensar cuidados tras producirse un accidente de tránsito, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N°14. Se observa que el 88 % de profesionales de enfermería no conocen la finalidad tardía de dispensar cuidados tras producirse un accidente de tránsito, 12 % si conocen.

TABLA 014. Profesionales de enfermería conocen mortalidad inmediata de pacientes poli traumatizados, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

MORTALIDAD INMEDIATA	N°	%
No	21	84,0
Si	4	16,0
Total	25	100,0

Fuente: Base de datos

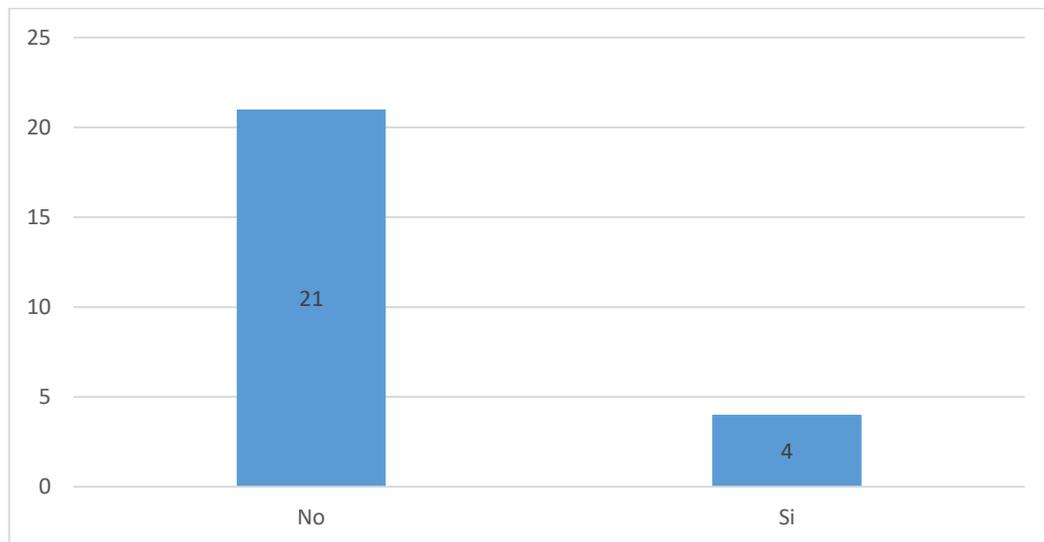


Figura 014. Profesionales De Enfermería Conocen la mortalidad inmediata de pacientes poli traumatizados, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N° 014 se observa que el 84 % de profesionales de enfermería no conocen la mortalidad inmediata de pacientes poli traumatizados, 16% si conocen.

TABLA 015. Profesionales de enfermería conocen orden secuencial para la atención de politraumatizado, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

ORDEN SECUENCIAL PARA LA ATENCION	N°	%
No	22	88,0
Si	3	12,0
Total	25	100,0

Fuente: Base de datos

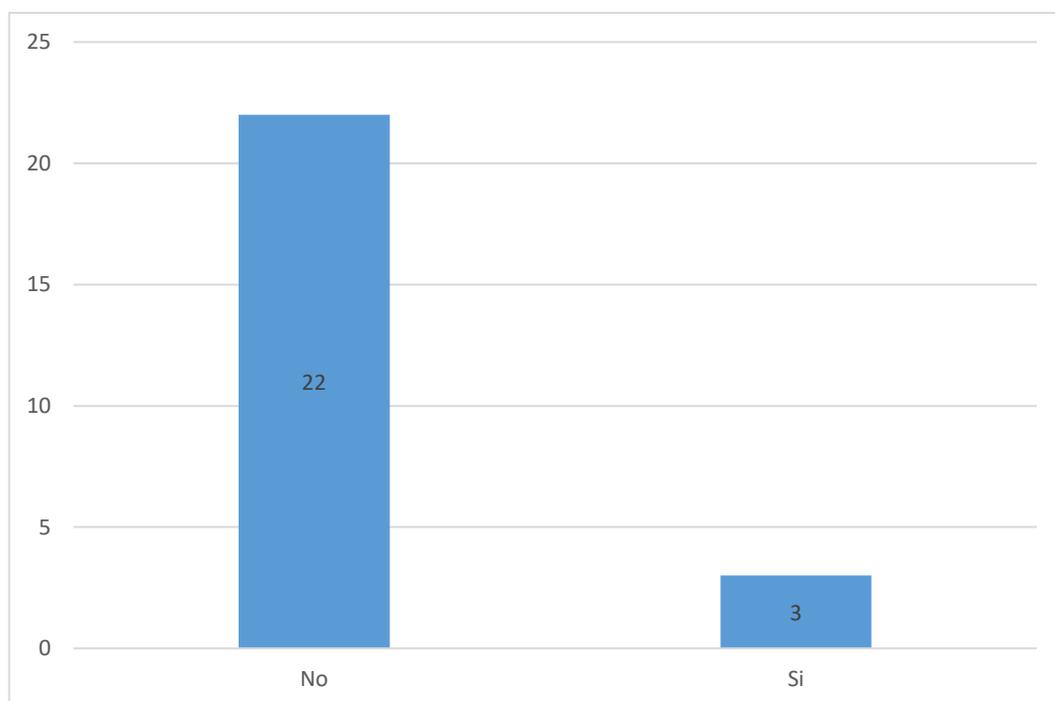


Figura 015. Profesionales de enfermería conocen orden secuencial para la atención de politraumatizado, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N° 015, se observa que el 88% de profesionales de enfermería no conocen el orden secuencial para la atención de politraumatizado, 12% si conocen.

TABLA 016. Profesionales de enfermería conocen la etapa de la hora de oro (dorada), Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

ETAPA DE LA HORA	N°	%
No	10	40,0
Si	15	60,0
TOTAL	25	100,0

Fuente: Base de datos

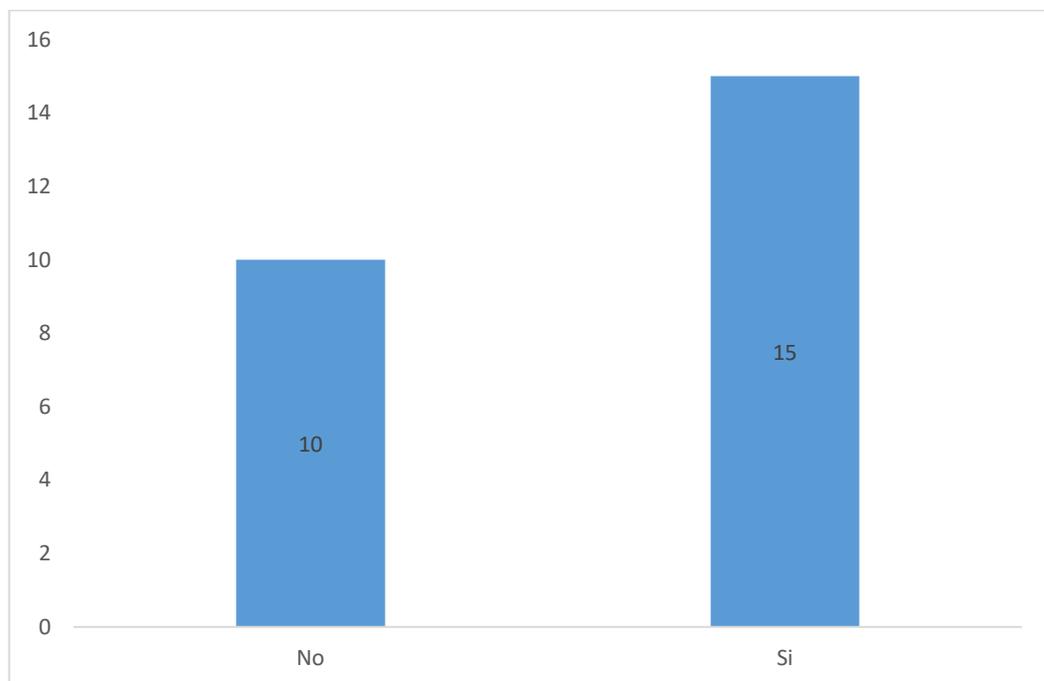


Figura 016. Profesionales de enfermería conocen la etapa de la hora de oro (dorada), Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N° 016 se observa que el 60 % de profesionales de enfermería si conocen la etapa de la hora de oro (dorada),40% no conocen.

TABLA 017. Profesionales de enfermería conocen tiempo de mortalidad por trauma en primera etapa, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

MORTALIDAD POR TRAUMA EN PRIMERA ETAPA	N°	%
No	9	36,0
Si	16	64,0
TOTAL	25	100,0

Fuente: Base de datos

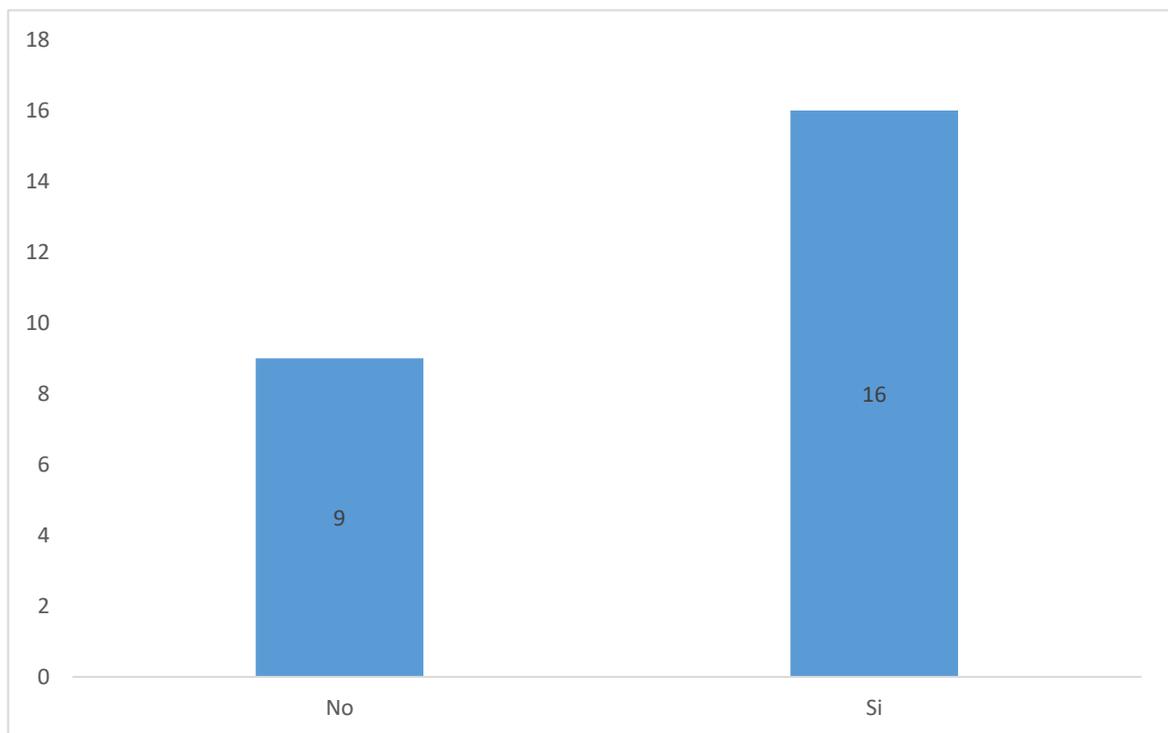


Figura 017. Profesionales de enfermería conocen tiempo de mortalidad por trauma en primera etapa, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N° 017 se observa que el 64 % de profesionales de enfermería si conocen tiempo de mortalidad por trauma en primera etapa, 36% no conoce.

TABLA 018. Profesionales de enfermería conocen tiempo de mortalidad producida por lesiones múltiples por el trauma en la segunda Etapa, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

MORTALIDAD EN LA SEGUNDA ETAPA	N°	%
No	8	32,0
Si	17	68,0
Total	25	100,0

Fuente: Base de datos

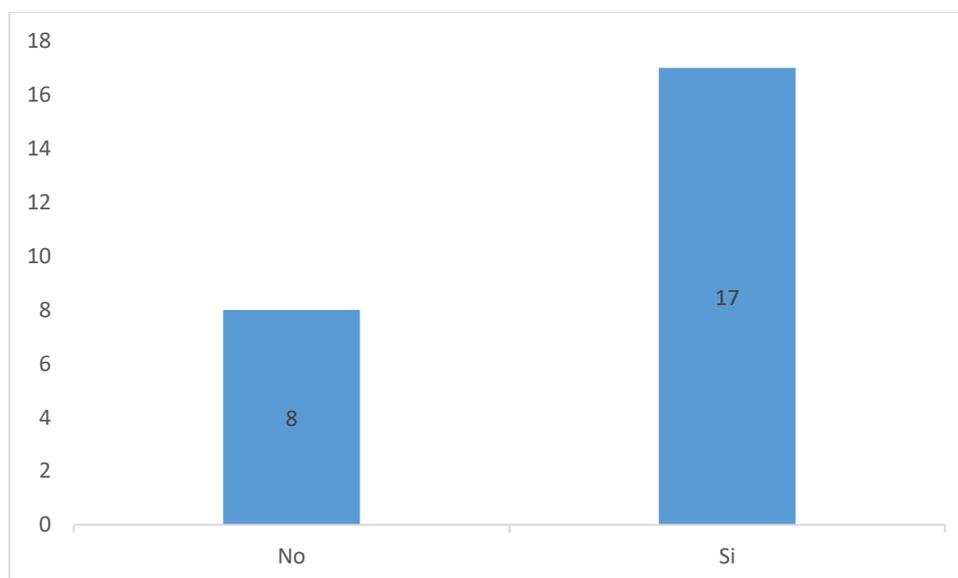


Figura 018. Profesionales de enfermería conocen tiempo de mortalidad producida por lesiones múltiples por el trauma en la segunda Etapa del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N°018 se observa que el 68 % de profesionales de enfermería si conocen tiempo de mortalidad producida por lesiones múltiples por el trauma en la segunda Etapa, 32% no conoce.

TABLA 019. Profesionales de enfermería pasos que se va teniendo en cuenta para establecer el tratamiento del traumatizado grave, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

TRATAMIENTO POLITRAUMATIZADO	N°	%
No	20	80,0
Si	5	20,0
Total	25	100,0

Fuente: Base de datos

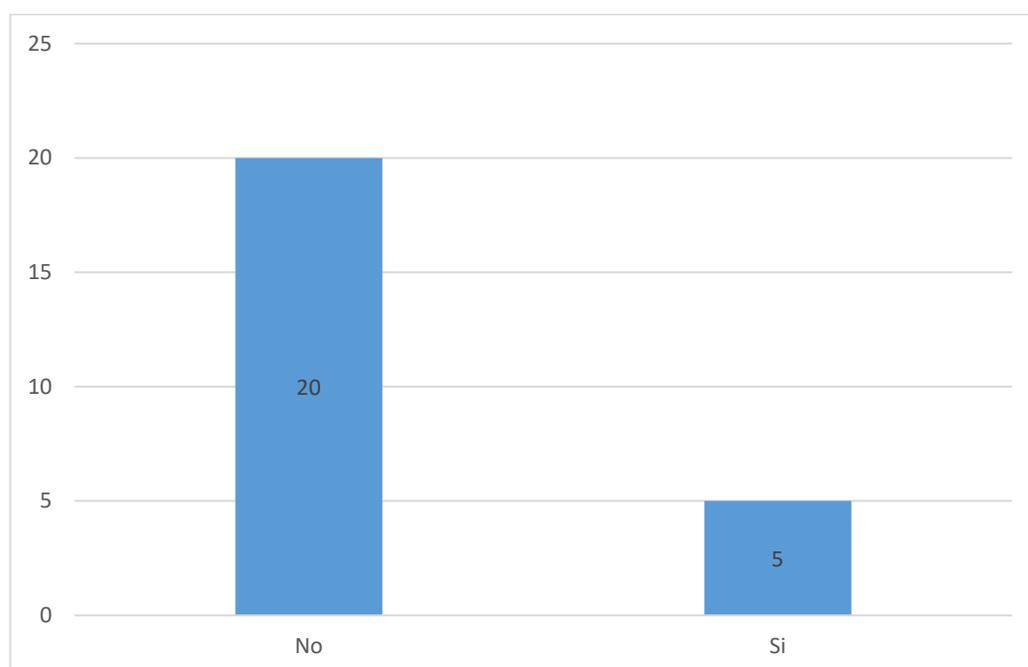


Figura 019. Profesionales de enfermería conocen pasos que se va teniendo en cuenta para establecer el tratamiento del traumatizado grave, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N° 019 se observa que el 80 % de profesionales de enfermería no conocen pasos que se va teniendo en cuenta para establecer el tratamiento del traumatizado grave, 20% si conocen.

TABLA 020. Profesionales de enfermería conoce las puntuaciones de la estala de Glasgow, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

PUNTUACIÓN ESCALA GLASGOW	N°	%
No	8	32,0
Si	17	68,0
Total	25	100,0

Fuente: Base de datos

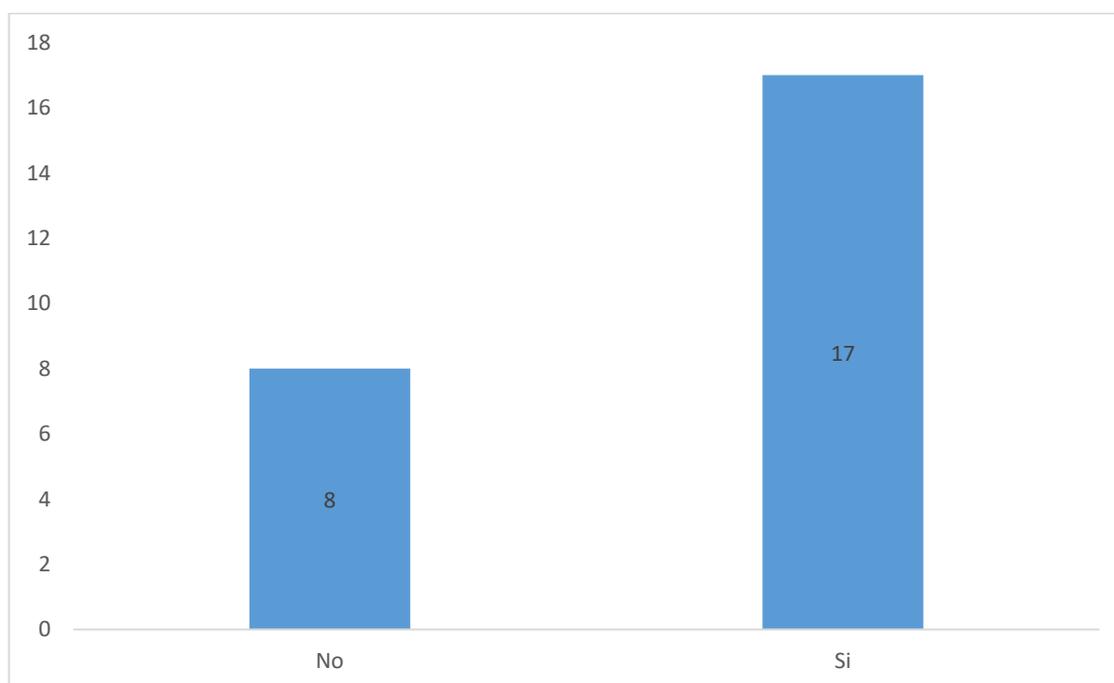


Figura 020. Profesionales de enfermería conocen las puntuaciones de la estala de Glasgow, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N° 020 se observa que el 68 % de profesionales de enfermería si conoce las puntuaciones de la estala de Glasgow, 32% no conocen.

TABLA 021. Profesionales de enfermería conocen medios de información de lesionado consiente del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

INFORMACION LESIONADO CONCIENTE	N°	%
No	8	32,0
Si	17	68,0
Total	25	100,0

Fuente: Base de datos

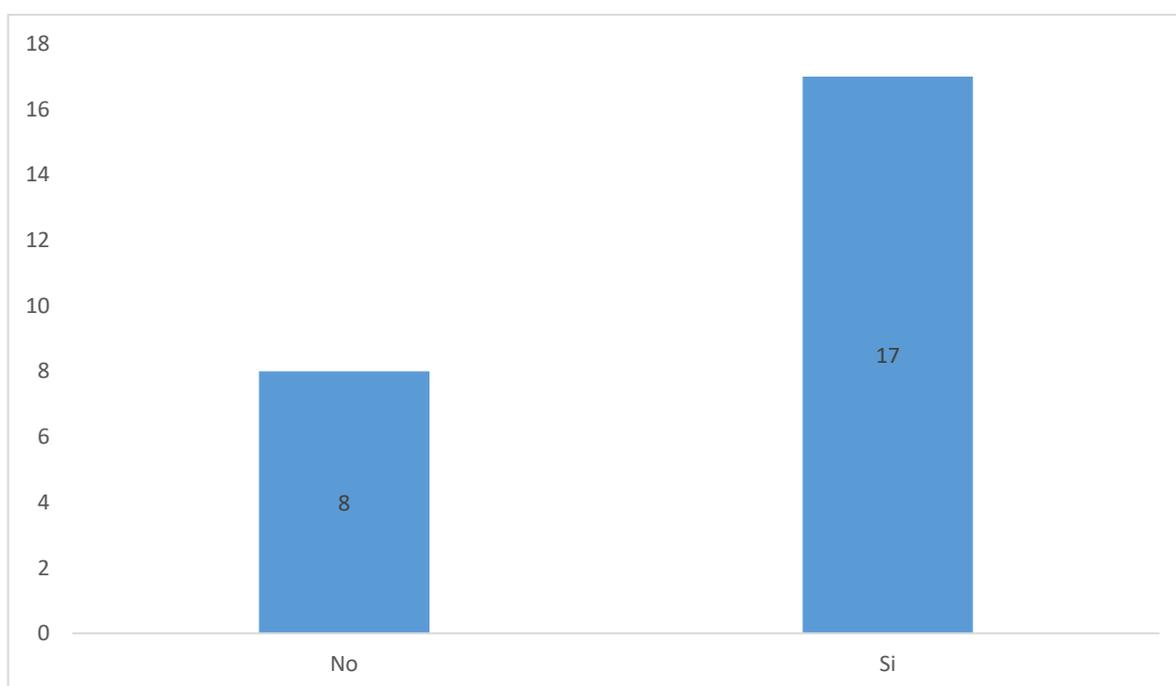


Figura 021 Profesionales de enfermería conoce medios de información de lesionado consiente del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N° 021 se observa que el 68 % de profesionales de enfermería si conoce los medios de información de lesionado conciente,32% no conocen.

TABLA 022. Profesionales de enfermería conocen medios de información de lesionado inconsciente del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018.

INFORMACION LESIONADO INCONCIENTE	N°	%
No	20	80,0
Si	5	20,0
Total	25	100,0

Fuente: Base de datos

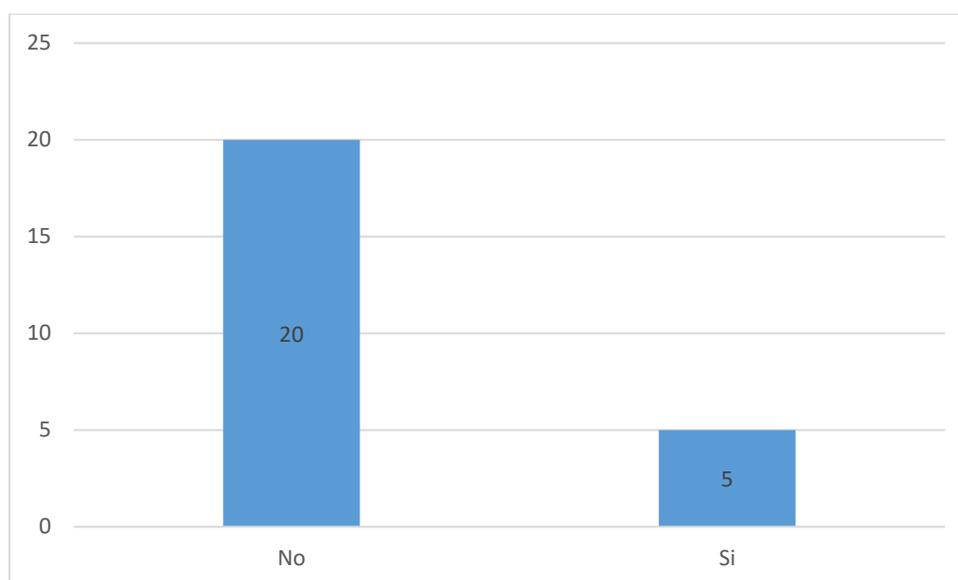


Figura 022. Profesionales de enfermería conocen medios de información de lesionado inconsciente del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N° 022 se observa que el 80% de profesionales de enfermería no conocen medios de información de lesionado inconsciente, 20% si conocen.

TABLA 023. Profesionales de enfermería conocen signos de peligro en un politraumatizado del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

SIGNOS DE PELIGRO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO	N°	%
No	11	44,0
Si	14	56,0
Total	25	100,0

Fuente: Base de datos

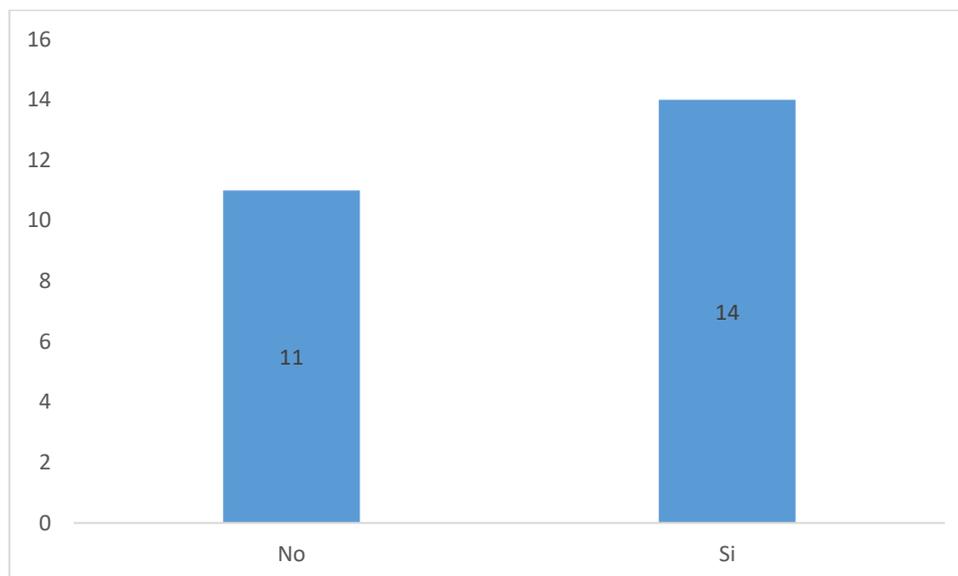


Figura 023 Profesionales de enfermería conocen signos de peligro en un politraumatizado del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N°023 se observa que el 56 % de profesionales de enfermería si conoce conocen signos de peligro en un politraumatizado, 44% no conocen.

TABLA 024. Profesionales de enfermería conoce la base que se establece para la atención del paciente politraumatizado del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

BASES PARA LA ATENCION DE UN POLITRAUMATIZADO	N°	%
No	12	48,0
Si	13	52,0
Total	25	100,0

Fuente: Base de datos

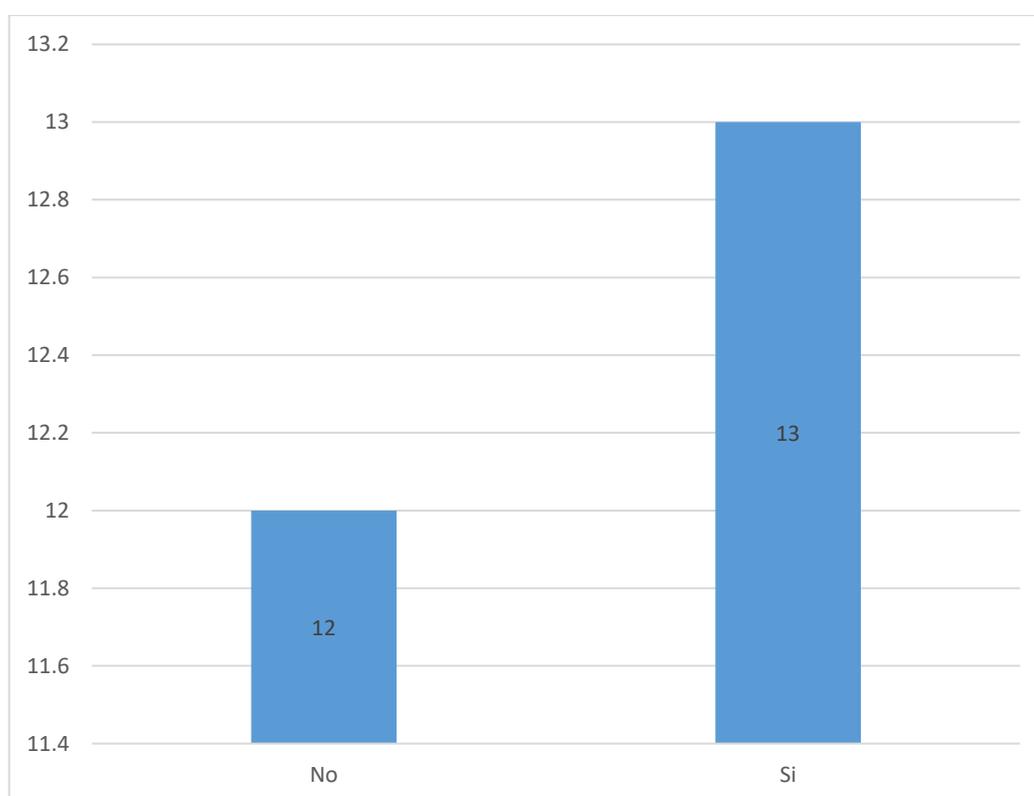


Figura 024 Profesionales de enfermería conocen la base que se establece para la atención del paciente politraumatizado del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N°024 se observa que el 52% de profesionales de enfermería si conoce la base que se establece para la atención del paciente politraumatizado, 48% no conoce.

TABLA 025. Profesionales de enfermería conocen causas principales para determinar la inestabilidad hemodinámica del politraumatizado del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

CAUSAS INESTABILIDAD HEMODINAMICA	N°	%
No	13	52,0
Si	12	48,0
Total	25	100,0

Fuente: Base de datos

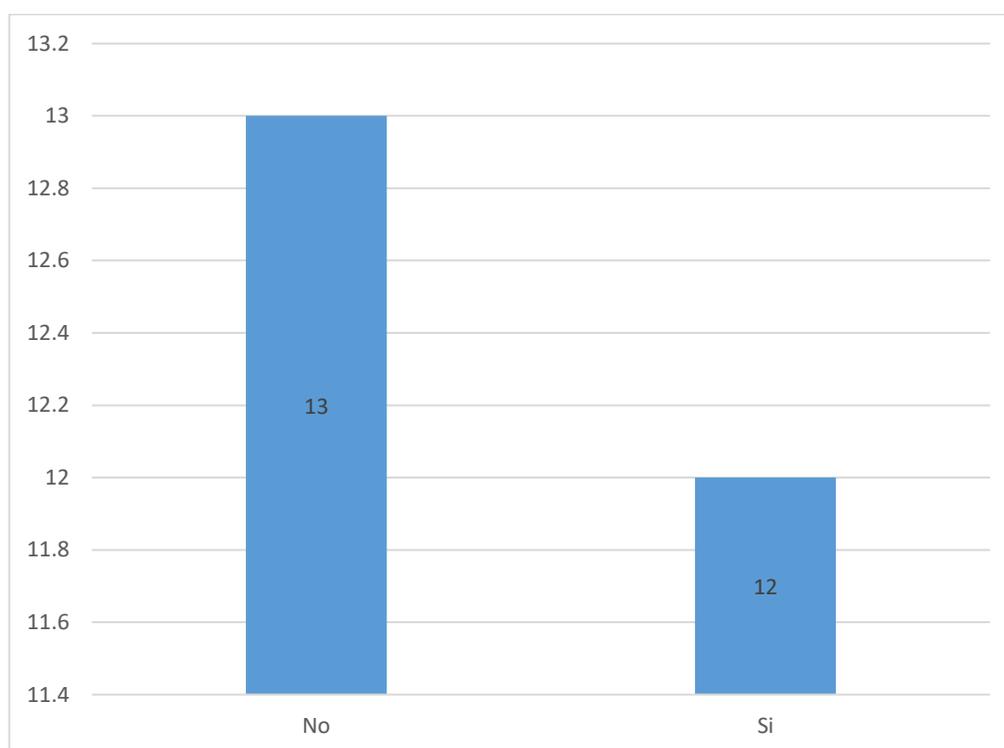


Figura 025. Profesionales de enfermería conocen causas principales para determinar la inestabilidad hemodinámica del politraumatizado del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N°025 se observa que el 52 % de profesionales de enfermería no conoce causas principales para determinar la inestabilidad hemodinámica del politraumatizado, 48% si conocen.

TABLA 026. Profesionales de enfermería diferencia entre una hemorragia arterial de una venosa, del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

TIPO HEMORRAGIA	N°	%
No	10	40,0
Si	15	60,0
Total	25	100,0

Fuente: Base de datos

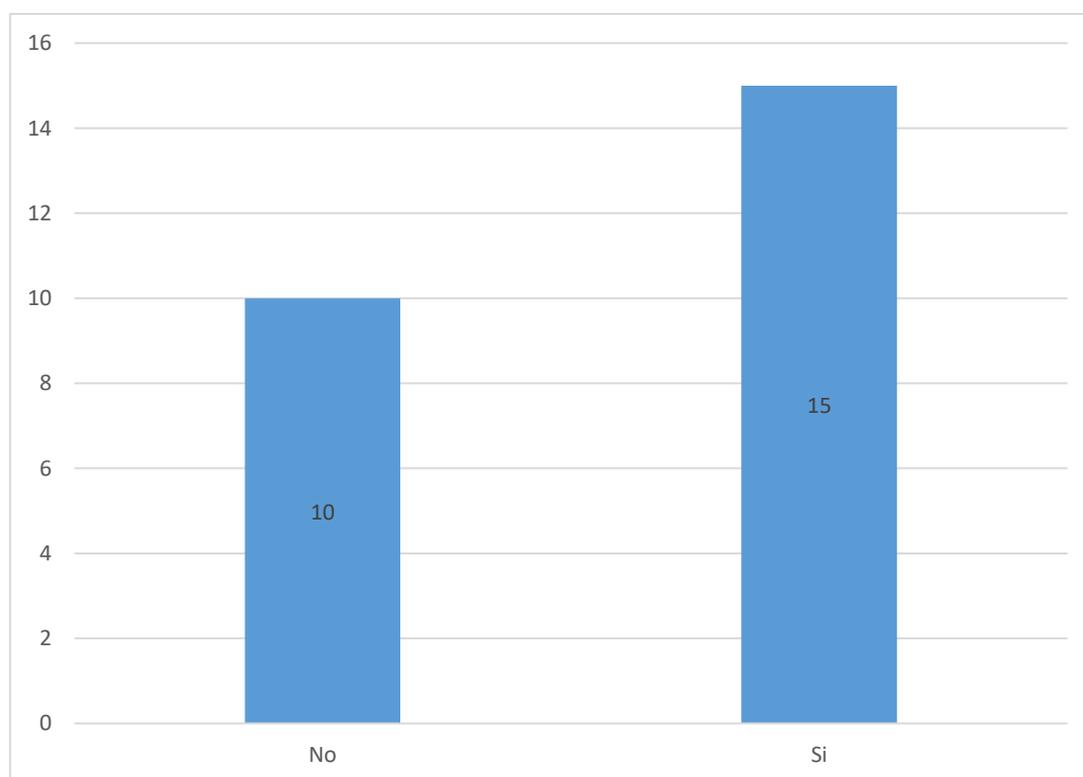


Figura 026. Profesionales de enfermería conocen diferencia entre una hemorragia arterial de una venosa, Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N°026 se observa que el 60 % de profesionales de enfermería si conoce diferencia entre una hemorragia arterial de una venosa, 40% no conocen.

TABLA 027. Profesionales de enfermería conocen movilización de un paciente con lesión de columna del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

Movilización de lesionado	N°	%
No	6	24,0
Si	19	76,0
Total	25	100,0

Fuente: Base de datos

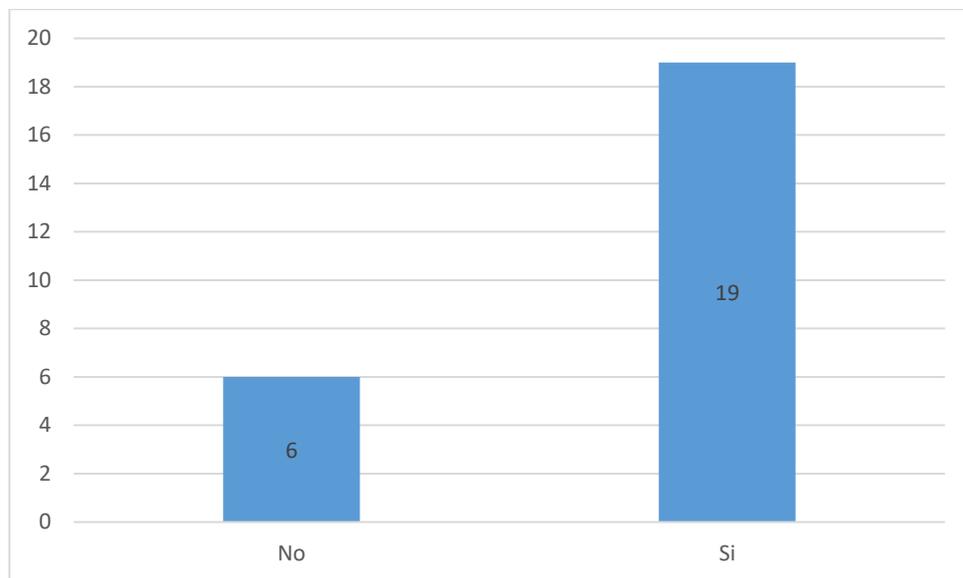


Figura 027. Profesionales de enfermería conocen la movilización de un paciente con lesión de columna del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N° 027 se observa que el 76 % de profesionales de enfermería si conoce la movilización de un paciente con lesión de columna,24% no conocen.

TABLA 028. Nivel de conocimiento sobre triaje del profesional de enfermería del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2018

Movilizacion de lesionado	N°	%
Bajo	4	16,0
Medio	12	48,0
Alto	9	36,0
Total	25	100,0

Fuente: Base de datos

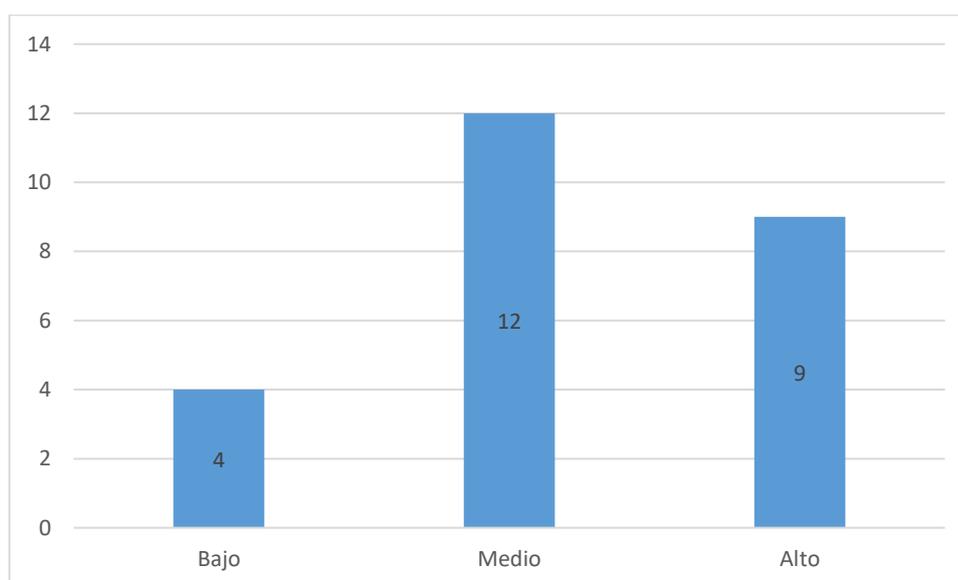


Figura 028. Nivel de conocimiento sobre triaje del profesional de enfermeria del Hospital Felix Mayorca Soto – Tarma 2018

En la Tabla N° 028 .se observa que el 48 % de profesionales de enfermería tiene un nivel de conocimiento medio sobre triaje, 36 % tiene un conocimiento alto y 16% tiene un conocimiento bajo.