

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



**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRIAJE Y ACTITUD DE LAS
ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL
REGIONAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA
AYACUCHO, 2017**

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

AUTORES:

LIZ NADIA UNTIVEROS CUCHO
EUGENIO ALEJANDRO ALDERETE FLORES

Callao, 2017
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. PABLO GODOFREDO ARELLANO UBILLUZ PRESIDENTE
- DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA SECRETARIA
- MG. PAUL GREGORIO PAUCAR LLANOS VOCAL

ASESORA: DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 231

Fecha de Aprobación de tesis: 14/11/2017

Resolución de Decanato N° 3278-2017-D/FCS de fecha 10 de Noviembre del 2017, donde se designa jurado examinador de tesis para la obtención del título de segunda especialidad profesional.

DEDICATORIA

A mis padres por su apoyo constante, sus consejos, valores, fortaleza y amor.

A mi tía, por estar siempre pendiente de mí y enseñarme a crecer, su ejemplo de perseverancia y constancia ha fortalecido mi carácter.

Liz Nadia

A Dios, por su infinito amor y bondad. A mi familia por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, valores, fortaleza y amor.

Eugenio.

AGRADECIMIENTOS

A la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud Dra. Arcelia Olga Rojas Salazar, por incentivar y promover el desarrollo de la investigación

Al Decano del Colegio de Enfermeros Consejo Regional X Lic. Axel Acori Tinoco, por ser gestor de los convenios e incentivar el desarrollo de la segunda especialización Filial Ayacucho

Al señor director del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho, Jhon Chachi Gonzales Navarro, por las facilidades para acceder a la ejecución de la investigación y la aplicación de los instrumentos.

A la docente asesora Dra. Lindomira Castro Llaja, quien colaboró con la validación de juicio de expertos para la elaboración de la tesis.

A las Licenciadas en Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho por su disposición en el llenado del instrumento

Autores

INDICE

	Pág.
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
I PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.1 Identificación del problema	7
1.2 Formulación del problema	9
1,3 Objetivos de la investigación	10
1.4 Justificación	10
II MARCO TEÓRICO	13
2,1 Antecedentes de estudio	13
2.2 Marco conceptual	20
2.3 Base teórica	29
2.4 Definición de términos básicos	31
III VARIABLES E HIPÓTESIS	33
3.1 Definición de las variables	33
3.2 Operacionalización de variables	34
3.3 Hipótesis general e hipótesis específica	36
IV METODOLÓGIA	37
4.1 Tipo de investigación	37
4.2 Diseño de investigación	37
4.3 Población y muestra	38
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	39
4.5 Procedimiento de recolección de datos	40
4.6 Procedimiento estadístico y análisis de datos	42
V RESULTADOS	43
VI DISCUSIÓN DE RESULTADOS	49
6.1 Contrastación de hipótesis con los resultados	49
6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares	53

VII CONCLUSIONES	57
VIII RECOMENDACIONES	58
IX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	
• Matriz de consistencia	
• Instrumentos	
• Prueba de juicio de expertos - prueba binomial	
• Base de datos	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N 5.1	Distribución de Enfermeros/as por edad, del Servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho 2017.	43
Tabla N 5.2	Distribución de Enfermeros/as por Condición Laboral, del Servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho 2017.	44
Tabla N 5.3	Distribución de Enfermeros/as por tiempo de servicio que labora en el Servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena – Ayacucho 2017.	45
Tabla N 5.4	Nivel de Conocimiento sobre Triage y Actitud de las Enfermeras del Servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho 2017.	46
Tabla N 5.5	Nivel de Conocimiento Sobre triaje y Actitud afectiva de las Enfermeras del Servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho 2017.	47
Tabla N 5.6	Nivel de Conocimiento sobre Triage y Actitud conductual de las Enfermeras del Servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho 2017.	48
Tabla N 6.1	Correlación entre el Nivel de Conocimiento sobre el Triage y la Actitud de las Enfermeras del Servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel mariscal Llerena - Ayacucho 2017.	49

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica N 5.1	Porcentaje de Enfermeros/as por edad, del Servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel mariscal Llerena - Ayacucho 2017.	43
Gráfica N 5.2	Porcentaje de Enfermeros/as por Condición Laboral, del Servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel mariscal Llerena - Ayacucho 2017.	44
Gráfica N 5.3	Porcentaje de Enfermeros/as por tiempo de servicio que labora en el Servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel mariscal Llerena - Ayacucho 2017.	45

RESUMEN

La investigación titulado “Nivel de conocimiento sobre triaje y actitud de las enfermeras del Servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017”, tuvo el objetivo general, determinar la relación entre nivel de conocimiento sobre triaje y actitud de las enfermeras del servicio de emergencia en el Hospital Regional de Ayacucho. **Material y método.** El estudio tuvo una muestra censal de 25 profesionales de enfermería del servicio de emergencia. El nivel de investigación fue correlacional, con diseño transversal y descriptivo, mediante técnica de encuesta por el instrumento, aplicando el cuestionario y la escala de actitud los cuales fueron validados y fiabilizados; las hipótesis se contrastaron con el coeficiente de correlación “Rho” de Spearman, teniendo en cuenta los aspectos éticos. **Resultados.** El nivel de conocimiento sobre triaje fue medio en el 52% de las enfermeras, alto en el 40% y bajo en el 8%. Por otro lado, predominó la actitud inadecuada en el 52% de enfermeras, indiferente en 36% e inadecuada en 12%.

Conclusión. El nivel de conocimiento sobre triaje se relaciona significativamente con la actitud de las enfermeras del servicio de emergencia en el Hospital Regional de Ayacucho ($r_s = 0,654$; $p = 0,000$) por lo que se aceptó la hipótesis de investigación

Palabras clave: Conocimiento, triaje, actitud, emergencia.

ABSTRACT

The present research study entitled "Level of knowledge about triage and attitude of nurses of the emergency service in the Regional Hospital of Ayacucho, 2017", had as general objective, to determine the relationship between level of knowledge about triage and attitude of nurses of the emergency service at the Regional Hospital of Ayacucho, 2017. **Material and method.** The study had a population of 25 (100%) nursing professionals from the emergency service. The level of research was correlational with cross-sectional design using the survey technique, applying the questionnaire and the attitude scale; the statistic of contrast of hypotheses was the correlation coefficient "Rho" of Spearman.

Results. The level of knowledge about triage was half in 52% of the nurses, high in 40% and low in 8%. On the other hand, the inadequate attitude predominated in 52% of nurses, indifferent in 36% and inadequate in 12%.

Final conclusion. The level of knowledge about triage was significantly related to the attitude of the nurses of the emergency service at the Regional Hospital of Ayacucho ($r_s = 0.654$, $p = 0.000$).

Key words: Knowledge, triage, attitude, emergency.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación del Problema

La sociedad española de medicina de urgencias y emergencias (SEMES) (1) manifiesta que actualmente el personal de enfermería es el que con mayor frecuencia realiza el triaje hospitalario, proceso fundamental e imprescindible para el uso seguro y eficiente de un servicio de urgencias, siendo su objetivo no la disminución de los tiempos de espera, sino la mejora de la asistencia en dichos servicios, asegurando que el paciente recibe el nivel y la calidad de atención adecuada a sus necesidades clínicas y optimizando los recursos de los servicios de urgencias. Por todo ello se recomienda que el profesional que realiza el triaje tenga formación y experiencia profesional en urgencias, emergencias y cuidados críticos, formación específica en el sistema de triaje a utilizar, así como habilidades comunicativas y capacidad para la toma de decisiones, actuando según los principios bioéticos (autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia, fidelidad y veracidad).

La unidad de triaje en un servicio de emergencia asegura la calidad asistencial de los cuidados brindados al paciente, analizando y/o valorar los diferentes sistemas de triaje existentes, para conocer cuál es el que más se adapta a las necesidades del paciente; según el grado de urgencia que presenta tras una valoración de signos y síntomas.

A nivel mundial los servicios de emergencias hospitalarias ha sufrido un incremento en la demanda de pacientes desde el siglo pasado; conllevando a la sobrecarga de las unidades de emergencia acarreado una serie de consecuencias negativas tanto en pacientes como para el servicio

El principal problema de las unidades de emergencia en el Perú es la llamada saturación; situación que acontece cuando la demanda asistencial supera la oferta disponible de los servicios de salud, a falta de una unidad de triaje; que tiene por objetivo priorizar y optimizar la atención del paciente en los servicios de emergencia (2).

Se reconoce que el déficit del personal de enfermería en las unidades críticas es uno de los principales obstáculos para el desarrollo de la prestación de servicios de quienes más los necesitan; elemento importante que corta el logro de diversos objetivos.

En la sociedad actual, los continuos cambios científicos y tecnológicos motivan que el conocimiento se quede obsoleto a un ritmo acelerado, siendo este uno de los aspectos en los que la formación continuada es de vital importancia, ya que los profesionales de enfermería, debemos ser capaces de mantener al día nuestras competencias, tanto en conocimientos como en actitudes y destrezas.

El Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho no es ajena a este problema; situación que se ve reflejada en la atención brindada el año 2016 en la que se tuvo un total de 27547 atenciones brindadas en sus diferentes unidades (medicina, cirugía, pediatría y trauma shock);acarreado dificultades al personal de enfermería que no se da abasto para la valoración adecuada de los

pacientes de los diferentes grupos etareos; sumándose a ello la carencia de la guía de práctica clínica del triaje, limitación del personal exclusivo para dicha unidad, dotación insuficiente de insumos y materiales; debido a la escasa coordinación entre las diferentes unidades, ocasionado serias repercusiones y efectos en una inadecuada valoración del paciente verdaderamente urgente.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

¿Existe relación entre el Nivel de Conocimiento sobre triaje y la Actitud de las Enfermeras del Servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel mariscal Llerena - Ayacucho, 2017?

1.2.2. Problemas Específicos

a) ¿Cuál es la relación entre el Nivel de Conocimiento sobre triaje y la Actitud Afectiva de las Enfermeras del Servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017?

b) ¿Existe relación entre el Nivel de Conocimiento sobre triaje y la Actitud de las Enfermeras del Servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el Nivel de Conocimiento sobre triaje y la Actitud de las Enfermeras del Servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos

- a) Identificar la relación entre el Nivel de Conocimiento sobre triaje y la Actitud Afectiva de las Enfermeras del Servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017.
- b) Establecer la relación entre el Nivel de Conocimiento sobre triaje y la Actitud Conductual de las Enfermeras del Servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017.

1.4. Justificación

Dado que el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena – Ayacucho es una dependencia de categoría 2- II y que responde a una población que supera los seiscientos mil habitantes y centra su campo de acción en tres importantes y grandes rubros: Emergencias, Hospitalización y Consultorios Externos; carece de la unidad de triaje, por la limitación del personal exclusivo para dicha unidad, sumado a ello la escasa coordinación entre las diferentes unidades, ocasionando

serias repercusiones y efectos en una inadecuada valoración del paciente verdaderamente urgente.

Desde la esfera **legal**, se enmarca en la normatividad vigente de la Ley General de Salud N° 26842 que señala: “El servicio de emergencia debe contar con el área de triaje y se ubicarán al ingreso del servicio; garantizando una adecuada cobertura de prestación de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad” (3)

Desde el punto de vista **social**, del nivel de preparación y capacidad de respuesta del profesional de enfermería en triaje, depende la salud de los pacientes, por ende se beneficiarán los pacientes y el Hospital Regional de Ayacucho, porque será posible optimizar la creación de la unidad de triaje que cuente con la estructura adecuada, personal calificado e insumos que facilitaran la atención oportuna basados en los principios bioéticos (autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia, fidelidad y veracidad).

Desde el punto de vista **práctico**, como integrantes del equipo de salud, existe el compromiso de analizar la problemática descrita y contribuir en la solución del problema. Las profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia cumplen un rol imprescindible en la recuperación del pacientes procurando su seguridad. En este contexto, es indispensable la aplicación adecuada de las normas del triaje para brindar sus servicios en forma oportuna y eficiente, lo que se debe reflejar finalmente en la disminución de los índices de mortalidad y secuelas.

Los resultados obtenidos acrecientan el marco referencial para futuros trabajos de investigación, para quienes también resulta interesante la propuesta, tomando en cuenta que en algún momento de su desempeño profesional realizaran el triaje de manera rápida y eficiente. Por estas razones es que realizamos el presente estudio a fin de explicar de manera sistemática la temática abordada.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

Internacionales

De Santos S. (2015), “Perfil de la enfermera de triaje en urgencias hospitalarias”, España. Se trata de una investigación descriptiva simple y transversal sobre una muestra intencional de 7 artículos científicos procedentes de las bases de datos: Pubmed, Cinahl, Cochrane y Cuiden. La técnica de recolección de datos fue el análisis bibliométrico y el instrumento, la lista de chequeo. Los resultados describen que las características o atributos de la enfermera de triaje son las siguientes: empatía, capacidad de valoración, pensamiento crítico, conocimientos clínicos, manejo de las herramientas de triaje, autocontrol emocional, experiencia, intuición y confianza. Se concluye que la mayoría de las bibliografías revisadas se basa en características que las propias enfermeras de urgencias identifican, siendo escasos los estudios en los que se constata cómo afectan a la calidad del triaje realizado (4).

Molina R. (2014), “Conocimiento de la guía clínica de triaje por el personal de enfermería” El objetivo del presente estudio es identificar si el personal de enfermería conoce la Guía de Práctica Clínica (GPC) Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel de Atención siendo un estudio descriptivo simple y transversal

sobre una muestra intencional de 19 profesionales de enfermería de un Hospital General Regional. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento, el cuestionario. Como resultado representativo se obtuvo que el 26% no conoce la guía de práctica clínica de triaje. El personal que cuenta con formación de nivel superior resultó ser quien conoce en mayor proporción esta guía (64%). Se concluye que el desconocimiento sobre el triaje se debe a la baja frecuencia de actividades de capacitación y evaluación al personal para mejorar su desempeño (5).

Ayuso M. (2013), “Valoración de un proyecto de triaje de urgencias por enfermería en atención primaria”, España. El objetivo es conocer la valoración por parte de enfermeras y estudiantes de enfermería, sobre cambios organizativos para la instauración de un sistema de triaje de urgencias en atención primaria, la investigación fue exploratoria y etnográfica sobre una muestra intencional de 7 enfermeras asistenciales del Centro de Salud Zona IV de Albacete y 5 estudiantes del tercer curso de enfermería. La técnica de recolección de datos fue la entrevista en profundidad y el instrumento, la guía de entrevista no estructurada. Los resultados develan un acuerdo en ambos grupos sobre la factibilidad de esta tarea y en general, se consideraban con suficiente cualificación para su desempeño. Subrayaron asimismo la importancia de que no recaiga sobre el área administrativa la responsabilidad de decidir quién y cuándo se debe atender a un paciente que requiere atención inmediata. En el grupo de enfermeras se hizo especial hincapié en que este proyecto no sería viable con

las cargas de trabajo actuales, por lo que planteaban la necesidad introducir cambios organizativos. Los estudiantes se mostraban interesados por asumir este tipo de tareas, aunque desearían una mayor formación específica en su currículo académico. Se concluye que las enfermeras cualificadas en el trabajo en atención primaria y estudiantes de enfermería en la fase final de su formación coinciden en la factibilidad de implantar un sistema de “triage” para pacientes que requieren atención inmediata en un centro de salud (6).

Totoy L, “Conocimiento de triaje en el personal Profesional de Enfermería y su relación con la categorización del paciente en el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente Riobamba. Periodo Octubre 2013 – Marzo 2014”, Ecuador. El objetivo es determinar el conocimiento del triaje del personal profesional de enfermería y su efecto en la categorización del paciente en el servicio de emergencia. La investigación fue descriptiva y transversal sobre una población de 16 licenciadas/os de enfermería. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y observación directa; en tanto los instrumentos, el cuestionario y la lista de chequeo. Los resultados develan que el 100% de licenciadas de enfermería si conocen de triaje y el 87,5% adquirió mediante experiencia y auto-educación; el 94% conoce el procedimiento de triaje pero no describe los pasos a seguir en el triaje. Se concluye que el conocimiento de triaje si influye en la categorización del paciente (7) .

Sánchez J, “Evaluación comparativa de oportunidad y pertinencia del triaje en el servicio de urgencias adulto del Hospital Meissen en los periodos

octubre 2011-marzo 2012 versus octubre 2012-marzo 2013”, Colombia. El objetivo es evaluar y compara la oportunidad y pertinencia de los modelos de triaje en el marco de atención inicial de urgencias puestos en marcha en los periodos octubre 2011 a marzo 2012 Vs. Octubre 2012 a marzo 2013, en el servicio de urgencias adulto en el hospital Meissen, la investigación fue descriptiva y longitudinal sobre una muestra al azar simple de 2441 historias clínicas (1203 con triaje tradicional y 1237 con triaje estructurado) de una población de 48136 historias clínicas de pacientes con triaje. La técnica de recolección de datos fue la recopilación documental y el instrumento, la lista de chequeo. Los resultados más representativos describen que en ambos modelos de Triage hay un adecuado diligenciamiento de los formatos institucionales, una buena adherencia a la guía institucional y se evidencia concordancia entre el Triage y la consulta de urgencia en la mayoría de las situaciones. En conclusión, en lo referente a diligenciamiento de triaje no existe diferencia estadística significativa entre el triaje tradicional (realizado por médicos) y el triaje estructurado (realizado por enfermeras) (8).

Castaño L. y Toro D. (2012), “Percepción del proceso de triaje en los usuarios del servicio de urgencias del Hospital Departamental Centenario de Sevilla”, España. El objetivo es Conocer la percepción del triaje en los usuarios del servicio de urgencias del Hospital Departamental Centenario de Sevilla El estudio fue descriptivo simple y transversal sobre una muestra intencional de 29 usuarios. La técnica de recolección de datos fue la entrevista y el instrumento, el guión de entrevista. Los resultados más

representativos describen que el 38% de usuarios desconocen en qué consiste el proceso del triaje y el 59% señalan que el tiempo de espera para la atención de urgencias es prolongada. Se concluye que los usuarios ignoran que el triaje influye en la calidad de atención, concentrándose más en el tiempo de espera (9).

Crespo A. y Yugsi L. (2012), “Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, julio 2011 a julio 2012”. El estudio fue descriptivo simple y transversal en una muestra intencional de 35 enfermeras y 70 pacientes. Las técnicas de recolección de datos fueron la encuesta y observación; en tanto los instrumentos, el cuestionario y la lista de chequeo. Los resultados describen que el 100% de las enfermeras/os que laboran en el área de shock trauma del servicio de emergencia no conocen el orden de prioridad de las medidas para el manejo de la vía aérea, el 37% no conocen la importancia de la oxigenoterapia, el 87% no saben la clasificación de la escala de coma de Glasgow, el 39% no conocen la importancia de la valoración pupilar, el 39% no saben diferenciar cuales son los signos clínicos de aumento de la presión intracraneal, el 63% no conoce importancia de la posición de la cabecera. Concluyendo que el 100 % de las enfermeras/os no están capacitadas para el manejo de este tipo de pacientes, en especial en lo que se refiere al manejo y orden de prioridad de la vía aérea del paciente (10).

Nacionales

Huerto Falcón ,Keyla Kenat, cuadros Araujo, Maribel Susana “El triaje inadecuado, el número de recursos humanos insuficientes y la decisión propia del paciente son factores relacionados a la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II - Huánuco ESSALUD 2014” el objetivo es: Determinar que el Triage inadecuado, el Número de Recursos Humanos Insuficientes y La Decisión Propia del Paciente son factores relacionados a la saturación de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital II - Huánuco ESSALUD 2014. Dentro de lo materiales y métodos utilizados se encuentra lo siguiente: Diseño transversal, prospectivo analítico, realizado en dicho hospital, determinando la muestra al azar a 336 pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia que incluyó los 4 servicios tales como Medicina, Cirugía, Ginecología y Pediatría en el período comprendido entre el 24 y 30 de Noviembre del 2014. La realizaron 336 encuestas dirigidas a los pacientes en los horarios de: 6am, 9am, 12am, 3pm, 6pm y 9 pm los 7 días de la semana. Los 336 pacientes cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados obtenidos son: La población de nuestro estudio fue femenina (61,6%), entre los grupos de edad de 31 a 40 años (27.7%). De procedencia del distrito de Huánuco (34,1%), con educación superior (76,2%) y ocupación trabajo dependiente (49.1%). El diagnóstico más frecuente fue dolor abdominal leve que es crónica o recurrente (10.1%), dolor de cabeza (8%) y vómitos y/o diarrea solos (8%). La frecuencia de la saturación de pacientes del servicio de emergencia fue

casi en todo el estudio (97.6%, El Triage Inadecuado tuvo una elevada frecuencia de 88,7% El número de recursos humanos inadecuados tuvo una frecuencia de 25,9%. Al realizar el análisis bivariado de nuestras variables independientes con la dependiente no se encontraron asociaciones significativas las cuales son: El triaje inadecuado relacionado con la saturación del servicio de emergencia fue de 94,6% ($p= 0,11$; OR: 3,113 IC: 0,722-13,422). El número de recursos humanos insuficientes relacionado con la saturación de pacientes del servicio de emergencia fue de 95.4% ($p= 0.12$ OR: 0.339 IC: 0.083-1.385) y la decisión propia del paciente con la saturación de pacientes del servicio de emergencia fue de 97,7% ($p= 0.85$ OR: 1.235 IC: 0.148-10.345). El único resultado significativo fue la relación de los recursos humanos insuficientes con la saturación de pacientes en el servicio de emergencia se encuentra relacionado en el horario de las 6pm fue de 50% con resultado significativo ($p=0.0002$ OR: 0.02 IC: 0.001-0.23) Conclusión: No se encontró relación entre el triaje inadecuado, número de recursos humanos insuficientes, decisión propia del paciente con la saturación del servicio de emergencia debido a que el 97,6% de todo el desarrollo de la investigación había hacinamiento. Existe relación entre el número de recursos humanos insuficientes y la saturación de pacientes en el servicio de emergencia en el horario de las 6pm siendo significativo el resultado (11).

Regionales

Torres E, “Conocimiento del profesional de enfermería sobre triaje en víctimas por desastres en la unidad de emergencia general. Hospital de Apoyo San Francisco-Ayacucho, 2013”. La investigación fue descriptivo simple y transversal sobre una población conformada por 20 enfermeras. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento, el cuestionario. Los resultados describen que el 60% no conoce las normas del triaje. En cuanto a la dimensión clasificación de la prioridad, 50% conoce y 50% no conoce; en la dimensión codificación de la prioridad, 40% conoce y 60% no conoce y en la dimensión ética, el 5% conoce y 95% no conoce. En conclusión, el mayor porcentaje de profesionales no conocen que los pacientes que necesitan traslado y pueden esperar corresponde a la prioridad II, que la condición de insalvable corresponden a la prioridad I, deben ser etiquetados con color negro, y que los ancianos deben recibir atención preferente antes que los jóvenes; seguido de un porcentaje considerable que conocen que los pacientes en condición insalvable corresponden a la prioridad I, se necesitan 30 segundos para clasificar a una persona como muerta y las personas con discapacidad deben recibir atención preferente antes que las personas sin discapacidad (12).

2.2. Marco conceptual

2.2.1. Definición de conocimiento

Es el conjunto de información, adquirido de forma científica o empírica. Por tanto, conocer es aprehender o captar con la inteligencia los entes y así

convertirlos en objetos de un acto de conocimiento. Todo acto de conocimiento supone una referencia mutua o relación entre: sujeto – objeto; entendido el sujeto como la persona que busca, obtiene o posee el conocimiento; y el objeto como el hecho, fenómeno, tema o materia que el sujeto estudia (13).

Tipos de conocimiento

En general, se identifican dos tipos básicos de conocimiento:

a) Conocimiento vulgar o común. Es un tipo de saber cotidiano que surge de la opinión o de la experiencia particular de los individuos. En la mayoría de los casos se adquiere de forma casual y no intencional. En consecuencia, es un conocimiento no verificado, que se transmite de generación en generación permaneciendo en forma de falsa creencia. No obstante, en algunas oportunidades, el conocimiento vulgar puede servir de base para la construcción del conocimiento científico, debido a que una creencia puede ser investigada y posteriormente comprobada.

b) Conocimiento científico. Es un saber producto de una investigación en la que se ha empleado el método científico. Tal condición le confiere características que lo hacen verificable, objetivo, metódico, sistemático y predictivo. Pero, además de los atributos mencionados, este tipo de conocimiento posee una cualidad muy importante que es la falibilidad o posibilidad de incurrir en fallas, errores o equivocaciones.

Elementos del conocimiento

En el proceso del conocer intervienen los siguientes elementos:

- a) **Sujeto.** Es el agente del conocimiento y que a través de su consciencia abstrae la información del objeto que intenta conocer
- b) **Objeto.** Ente con la capacidad de ser conocido a través de la información significativa que se extrae de él.
- c) **Relaciones entre el sujeto y objeto.** Permiten que el primero se apropie de la información significativa que le ofrece el segundo.
- d) **Conocimiento.** Contenido informativo del objeto, procesado por abstracción por el sujeto y expresable a través de enunciados y proposiciones.

Nivel de conocimiento

Es la cantidad y calidad de información sobre algún contenido temático. Se estratifica del siguiente modo:

- a) **Bajo.** Las personas exhiben un dominio elemental o poco satisfactorio de los contenidos o capacidades cognitivas evaluadas y esperables según los objetivos curriculares.
- b) **Medio.** Las personas exhiben un dominio satisfactorio de los contenidos o capacidades cognitivas evaluadas y esperables según los objetivos curriculares.

c) **Alto.** Las personas exhiben un dominio destacado de los contenidos o capacidades cognitivas evaluadas y esperables según los objetivos curriculares.

En síntesis, el nivel de conocimiento es la cantidad y calidad de información que dispone el sujeto sobre un tema en particular y puede ser estratificado en alto, medio y bajo, quedando de la siguiente manera:

- **Alto.** Conocimiento bueno (15 – 20 puntos).
- **Medio.** Conocimiento regular (11 - 14 puntos).
- **Bajo.** Desconocimiento (0 - 11 puntos).

2.2.1 Actitud

La actitud es una disposición fundamental que interviene en la determinación de las creencias, sentimientos y acciones de aproximación- evitación del individuo con respecto a un objeto, que se expresa mediante la evaluación de una entidad (u objeto) concreta con cierto grado de favorabilidad o des favorabilidad (14).

En síntesis, la actitud es la predisposición de la persona para actuar favorable o desfavorablemente frente a un estímulo cualquiera.

Dimensiones de la actitud

La actitud es un constructo multidimensional y consta de los siguientes elementos (15).

a) Afectivos. Son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se evidencian (física y/o emocionalmente) ante el objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado o apenado).

b) Conativos. Muestran las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud. Cabe destacar que éste es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes que incluye además la consideración de las intenciones de conducta y no sólo las conductas propiamente dichas.

Las evaluaciones o juicios generales que caracterizan la actitud pueden ser adecuados, indiferentes e inadecuados y pueden variar en su extremosidad o grado de polarización (16) .

2.2.2 Triage

Área del servicio de Emergencia destinada a la evaluación inicial del paciente, en la cual se prioriza el daño y se decide la derivación para la atención que el caso amerita (2).

El término triage o triaje es un neologismo que proviene de la palabra francesa trier que se define como escoger, separar o clasificar. 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 (17).

En medicina es la elección, selección o clasificación y concretamente el método usado en la práctica pre hospitalaria para clasificar a pacientes víctimas de un suceso con gran número de afectados, antes de que reciban la asistencia precisa (18).

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

- La Australian Triage Scale (ATS)
- La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)
- El Manchester Triage System (MTS)
- El Emergency Severity Index (ESI)
- El Sistema Español de Triage (SET)

a) Reglas para el triaje

El triaje, para que ser eficaz, debe cumplir una serie de reglas (20).

- **Rápido.** Para no retrasar la atención de las víctimas que esperan su turno. De una manera general se considera que se deben emplear treinta segundos en clasificar una víctima muerta, un minuto para una víctima leve y tres minutos para clasificar una víctima grave.

- **Preciso y seguro.** Pues todo error inicial puede ser fatal para una urgencia grave, pues no siempre es posible ratificar.

Para llevar a cabo estas reglas, se hace necesario que la persona responsable del triaje, sea un facultativo con mucha experiencia en emergencias médicas y traumatología. Todo ello condiciona que la organización del triaje, debe ser objeto de una cuidadosa planificación tanto dentro de los planes extra hospitalario o de los propios hospitales.

b) Funciones del triaje

La literatura bibliográfica señala que las funciones del *traje* son las siguientes (21) :

- Identificación de pacientes en situación de riesgo vital.
- Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
- Asegurar la reevaluación de los pacientes que deben esperar.
- Decidir el área más apropiada para atender a los pacientes.
- Aportar información sobre el proceso asistencial.
- Disponer de información para familiares.
- Mejorar el flujo de pacientes y la congestión del servicio.
- Aportar información de mejora para el funcionamiento del servicio.

c) Etapas del triaje

Es preciso establecer que el triaje es un proceso dinámico y por ello, los responsables de efectuarlo deben estar alerta ante las condiciones cambiantes de los pacientes y de la propia emergencia que puede sustancialmente modificar la respuesta final. En una forma esquemática, podemos establecer las siguientes etapas de triaje (22) :

- **Triaje de campo.** Se realiza en la propia escena de la emergencia, en el lugar designado para este fin por el responsable del sistema de comando en incidentes. En este puesto de triaje, un técnico o profesional en urgencias médicas nivel avanzado, seleccionará y clasificará a los pacientes, efectuando el etiquetado de cada uno, de acuerdo al código de colores. En este lugar se inicia la estabilización del paciente y se le prepara para su transporte, sobre la base de su prioridad, a sus lesiones, a los medios disponibles y a la unidad hospitalaria receptora.
- **Triaje en la sala de urgencias.** En algunos casos se sugiere incluso, se destine un área previa a la entrada de urgencias para regular el flujo de pacientes. El responsable del triaje en este sitio debe ser un médico cirujano ampliamente capacitado y con experiencia en el manejo masivo de víctimas. En esta etapa, además de priorizar las lesiones, se debe decidir a qué área hospitalaria se destina al paciente; quirófano, terapia intensiva, observación, etc.

- **Triaje hospitalario por áreas.** Esta etapa nuevamente reclasifica los pacientes que han sido asignados a un área para optimizar los recursos. La responsabilidad del triaje en cada área del hospital debe ser el médico responsable de cada una de ellas. Por ejemplo, los destinados a cirugía deben ser evaluados por el jefe de cirugía quien decide por prioridad quién o quiénes ingresan al quirófano. De la misma forma se hace selección en otras áreas hospitalarias.

a) Priorización en la atención

Las diferentes escalas coinciden ampliamente en establecer parámetros comunes:

- **Prioridad I.** Prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.
- **Prioridad II.** Situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.
- **Prioridad III.** Urgente pero estable hemodinámica mente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.
- **Prioridad IV.** Urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.
- **Prioridad V.** No urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citaciones, etc. Demora de hasta 240 minutos.

El Ministerio de Salud, establece la necesidad de clasificar por su gravedad para establecer su prioridad en su atención médica. Para realizar estas acciones es necesario conocer las tarjetas de prioridad. Establece y clasificar las víctimas (23).

- **Color negro.** Se cataloga como paciente de prioridad IV, el cual se encuentra en condición no salvable.
- **Color verde.** Se cataloga como paciente de prioridad III, el cual no se encuentra en peligro su vida y puede esperar.
- **Color amarillo.** Corresponde a la prioridad II en que necesita atención urgente o mediata, esta en riesgo su vida.
- **Color rojo.** Tiene como prioridad I cuando el paciente se encuentra en situación grave, requiere atención inmediata..

2.3. Base teórica

Teoría del cuidado humano de Jean Watson (1997)

Esta teoría explica que el elemento central de la atención es la provisión de cuidados humanísticos, que contempla un conjunto de factores curativos y están referidos a la formación de un sistema humanístico – altruista de valores, la inculcación de la fe-esperanza, el cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás, el desarrollo de una relación de ayuda-confianza, la promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos; el uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones, la

promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal, provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual; asistencia en la gratificación de las necesidades humanas y permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas (24).

Se consideró la teoría del cuidado humano por enfatizar la conducta ética del profesional de enfermería, la aplicación del método científico, la provisión de cuidados espirituales y la regulación de las emociones propias y de los demás. En este contexto, caracteriza a los cuidados humanísticos como centro de la atención.

El papel de la enfermera en el triaje es relevante, porque amerita preparación, experiencia, regulación de las emociones y una actitud ética a la hora de promover el bienestar del paciente, ayudándolo a adoptar conductas promotoras de salud.

El establecimiento de una interrelación de ayuda-confianza enfermera-paciente es esencial para el cuidado transpersonal. Sabemos que una interrelación basada en la confianza fomenta la expresión de sentimientos, creencias, temores, preocupaciones, entre otros. Siendo así, implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.

Teoría del cuidado humano de Simone Roach (1987)

Sustenta que la capacidad de cuidar es inherente a la naturaleza humana y juega un rol esencial en su desarrollo humano. El cuidado técnico-científico no puede desligarse del amor y la vocación de servicio.

Por tanto, cuidar presenta cinco características: compasión, competencia, confianza, conciencia y compromiso (24) .

La compasión está referida a la capacidad de percibir como propio el sufrimiento ajeno, implica interiorizar el padecimiento de otro ser humano y vivirlo como si se tratara de una experiencia propia. La competencia involucra al conjunto de conocimientos, habilidades y destrezas para resolver de manera oportuna y segura el problema de salud. La confianza, es una cualidad que promueve apego y seguridad. La conciencia, está referida a la prudencia, cautela y conocimiento de las cosas. El compromiso, es la disposición del profesional para la acción. Este sentimiento compromete a los profesionales en el tratamiento del paciente.

Según esta teoría, la ética es esencial en el cuidado de enfermería que apela a la formación humanística y sensibilidad del profesional enfermero. En el triaje de pacientes la enfermera se enfrenta a una serie de cuestionamientos o dilemas propios de la situación. Por tanto, su actuación deberá estar enmarcada en los protocolos y en el respeto de los derechos del paciente.

2.4 Definición de términos básicos

Conocimiento

Es cuánto saben las enfermeras asistenciales sobre clasificación y codificación de la prioridad como la ética en la atención de pacientes.

Triage

Área del servicio de emergencia destinada a la evaluación inicial del paciente en la cual se prioriza el daño y se decide la derivación para la atención que el caso amerite

Enfermera en la unidad de triaje

Licenciada en enfermería con título universitario que gestiona adecuadamente y con seguridad el riesgo clínico de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos.

Actitud del profesional de enfermería

Disposición de la enfermera para brindar cuidados al usuario, atendiendo sus necesidades bio-psico-sociales y espirituales.

CAPITULO III.

VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1. Definición de las variables

3.1.1. Variable 1

Nivel de conocimiento sobre triaje de los enfermeros(as) del servicio de Emergencia.

3.1.2. Variable 2

Actitud frente al triaje de los enfermeros(as) del servicio de Emergencia.

3.2 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL (dimensiones)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION DE LA VARIABLE
nivel de conocimiento sobre triaje	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 recursos. (23)	Conocimientos	<input type="checkbox"/> Prioridad correspondiente a pacientes graves con altas posibilidades de sobre vivir	<p style="text-align: center;">ORDINAL</p> <p>Alto = Conocimiento bueno: 15 - 20 puntos (3) Medio = Conocimiento regular: 11 - 14 puntos (2) Bajo = Desconocimiento: 0 - 10 puntos (1)</p>
			<input type="checkbox"/> Prioridad correspondiente a pacientes que necesitan traslado y pueden esperar	
			<input type="checkbox"/> Prioridad correspondiente a pacientes con traslado diferido o por sus propios medios	
			<input type="checkbox"/> Prioridad correspondiente a pacientes en condición de insalvables	
			<input type="checkbox"/> Los pacientes graves con altas posibilidades de sobrevivir deben ser etiquetados	
			<input type="checkbox"/> Los pacientes que necesitan traslado y pueden esperar deben ser etiquetados	
			<input type="checkbox"/> Los pacientes con traslado diferido o por sus propios medios deben ser etiquetados	
			<input type="checkbox"/> Los pacientes en condición de insalvables deben ser etiquetados	
			<input type="checkbox"/> Los pacientes en estado de coma corresponden a la prioridad	
			<input type="checkbox"/> Los pacientes con paro cardiorrespiratoria corresponden a la prioridad	
			<input type="checkbox"/> Los pacientes con dificultad respiratoria severa corresponden a la prioridad	
			<input type="checkbox"/> Tiempo necesario para clasificar a una persona como muerta	
			<input type="checkbox"/> Tiempo necesario para clasificar a una persona en condición de riesgo leve	
			<input type="checkbox"/> Tiempo necesario para clasificar a una persona en condición grave o muy grave	
			<input type="checkbox"/> Etiquetado de los pacientes con una frecuencia respiratoria mayor de 30?	
			<input type="checkbox"/> Etiquetado de los pacientes que caminan	
<input type="checkbox"/> Atención preferente según grupo de edad				
<input type="checkbox"/> Atención preferente según sexo				
<input type="checkbox"/> Prioridades en el atención de pacientes				

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION PERACIONAL (dimensiones)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION DE LA VARIABLE
Actitud frente al triaje	La actitud corresponde a ciertas regularidades de los sentimientos, pensamientos y predisposiciones de un individuo a actuar hacia algún aspecto del entorno. (19)	Afectivo	• Especialización para realizar el triaje de víctimas por desastres.	<p style="text-align: center;">ORDINAL</p> <p>Adecuado: 34 a 42 puntos</p> <p>Indiferente: 24 a 33 puntos</p> <p>Inadecuada: 14 a 23 puntos</p>
			• Interés en la actualización sobre triaje en víctimas por desastres	
			• Disposición a salir a los lugares donde acontecen los desastres para realizar el triaje de las víctimas.	
			• Convencimiento que un buen triaje asegura la supervivencia de las víctimas por desastres.	
			• Capacidad para realizar un triaje de calidad en víctimas por desastres	
			• Capacitación necesaria para el manejo de víctimas por desastres	
		Conductual	• Preparación para realizar el triaje de las víctimas por desastres.	
			• Oportunidad de realizar el triaje de víctimas por desastres.	
			• Triaje en los niños como atención preferente antes que los ancianos.	
			• Triaje en mujeres como atención preferente antes que los varones.	
			• Triaje en las personas con discapacidad como atención preferente antes que las personas sin discapacidad.	
			• Conocimiento de la priorización de la atención de las víctimas por desastre	
			• Conocimiento de la codificación de la atención de víctimas	
• Triaje en los ancianos como atención preferente antes que los jóvenes.				

3.3. Hipótesis general e hipótesis específicas

3.3.1 Hipótesis general

- **H₁**: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud de las enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017.
- **H₀**: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud de las enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017.

3.3.2 Hipótesis específicas

- **H₁**: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud afectiva de las enfermeras del servicio de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017.
- **H₂**: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud conductual de las enfermeras del servicio de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Tipo de investigación

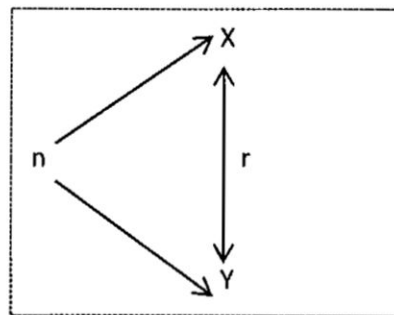
Roberto Hernández Sampieri (2016), el estudio es cuantitativo, porque los datos fueron procesados estadísticamente en cuadros y gráficos de distribución numérica y porcentual.

Descriptivo porque caracteriza el comportamiento de las variables.

Correlacional, porque determinó la existencia de correlación y el grado de correlación entre las variables.

4.2. Diseño de investigación

La investigación responde a un diseño no experimental transversal, porque la información fue acopiada en un tiempo determinado. Responde al siguiente esquema:



Donde:

n : Tamaño de la muestra o población.

X : Nivel de conocimiento sobre triaje.

Y : Actitud frente al triaje.

r : Relación entre el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud.

4.3. Población y muestra

La población estuvo constituida por 25 enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, teniendo como marco referencial el rol de turnos de las licenciadas. Se determinó como muestra a la totalidad de la población

4.3.1. Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión

- Licenciadas en Enfermeras que acepten participar en el estudio de investigación.
- Licenciadas de Enfermería que labora bajo las diferentes modalidades (nombrado, contratado, suplencia, terceros).

Criterios de Exclusión

- Licenciadas de Enfermeras que no acepte participar en el estudio.
- Licenciadas de Enfermeras que estén de licencia por enfermedad o vacaciones durante la etapa de recolección de datos.
- Estudiantes y/o internos de medicina y enfermería.

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.4.1. Técnicas

- **Encuesta** La técnica empleada fue la encuesta que fue entregada a las licenciadas en enfermería del servicio de emergencia previo consentimiento informado; agradeciéndole por la veracidad de sus repuestas durante su desarrollo, que tuvo una duración de 20 minutos.

4.4.2. Instrumentos

- **Cuestionario:** Permitió medir el nivel de conocimiento de las enfermeras sobre triaje, estuvo constituido por 20 preguntas de opciones múltiples y dicotómicas referidas a aspectos generales, clasificación, codificación del triaje, expresados con la siguiente escala de evaluación.(Anexo 2)

- **Alto** = Conocimiento bueno: 15 – 20 puntos (3)

- **Medio** = Conocimiento regular: 11 - 14 puntos (2)

- **Bajo** = Desconocimiento: 0 – 10 puntos (1)

El cual fue sometido a juicio de expertos conformado por siete profesionales; quiénes manifestaron sus apreciaciones y observaciones

- **Escala de actitud:** Fue pertinente para evaluar la actitud de los profesionales de enfermería frente al triaje. Se trata de un instrumento de elaboración propia. Está constituida por 14 ítems con escalamiento tipo Likert distribuida en dos dimensiones:

afectiva y conductual, estableciendo las siguientes categorías:

(Anexo 3)

- **Adecuado:** 34 a 42 puntos
- **Indiferente:** 24 a 33 puntos
- **Inadecuada:** 14 a 23 puntos

4.5. Procedimiento de recolección de datos

- **Preparación de instrumentos.** Se elaboraron en función a los objetivos de la investigación.
- **Validez de expertos.** Se recurrió a la opinión de siete expertos para optimizar la redacción y precisión de los ítems, siendo demostrados mediante la prueba binomial (Anexo 4y 5)
- **Prueba de fiabilidad.** Es un procedimiento para evaluar la precisión de los instrumentos a través de la consistencia interna. El procedimiento elegido fue el coeficiente de Kuder Richardson para el cuestionario (Anexo 6) y Alpha de Cronbach para la escala de actitud (Anexo 7), efectivizada con la prueba piloto en una muestra de 10 profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Se obtuvo un coeficiente de fiabilidad de 0,789 para el cuestionario y 0,809 para la escala de actitud.
- **Gestión de permisos.** Consentimiento informado entregado al personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena -Ayacucho (Anexo 8).

- **Aplicación de instrumentos.** Los instrumentos fueron administrados en el servicio de emergencia del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, previa coordinación con la jefa de servicio y con el consentimiento informado de los profesionales de enfermería que participaron en el estudio.
- **Consideraciones éticas** Son los aspectos éticos tomados para la ejecución de la tesis :
 - **Beneficencia** Los resultados del presente estudio acrecentarán el marco referencial para futuros trabajos de investigación.
 - **No maleficencia** No presento riesgo alguno a razón de que no se manipuló la muestra de estudio
 - **Autonomía** Cada unidad de estudio participó libremente en el llenado del cuestionario, sin coacción alguna
 - **Justicia** Cada muestra en estudio fue tratada con las mismas consideraciones de todas
 - **Fidelidad** Los resultados de la investigación son verdaderos a razón de que representan la realidad
- **Procesamiento de la información.** Los datos fueron procesados informáticamente utilizando el Software IBM-SPSS versión 23,0; para la presentación tabular y gráfica de los resultados como para el cálculo del estadígrafo de contraste de hipótesis (Anexo 9).
- **Redacción y sustentación de la tesis.** La redacción de la tesis se realizó de acuerdo al esquema oficial y requerimientos de la Universidad Nacional del Callao.

Los datos fueron presentados en tablas y figuras estadísticas, interpretados y contrastados con investigaciones previas.

4.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos

- En el procesamiento estadístico se aplicó el Software IBM-SPSS versión 23.0, Excel. A nivel descriptivo, se recurrió al cálculo de las proporciones y se efectivizó a través de la presentación de tablas y gráficas. A nivel inferencial, se aplicó el Coeficiente de Correlación “Rho” de Spearman, es una prueba libre de distribución que permite establecer la correlación lineal entre dos variables de escala ordinal, cuyos valores oscilan de -1 a +1.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

TABLA N° 5.1

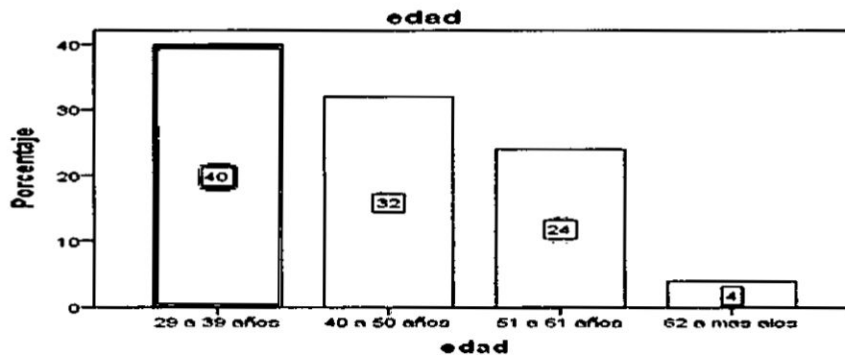
DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEROS/AS POR EDAD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA -AYACUCHO 2017.

Edad	N°	%
29 – 39	10	40%
40 – 50	8	32%
51 -61	6	24%
61 a más	1	4%
Total	25	100%

Fuente: Cuestionario de Conocimientos y Escala de Actitud frente al Triaje aplicados a las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Regional Miguel Ángel Llerena - Ayacucho, 2017.

GRÁFICO N° 5.1

PORCENTAJE DE LAS ENFERMEROS/AS POR EDAD, DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA - AYACUCHO 2017.



En el Gráfico N° 5.1, podemos observar que el [40% (10)] de licenciadas en enfermería del servicio de emergencia fluctúan entre 29 a 39 años, a diferencia del [32% (8)] fluctúan entre 40 a 50 años y en menor porcentaje [4% (1)] fluctúan entre 60 a más años.

TABLA N° 5.2

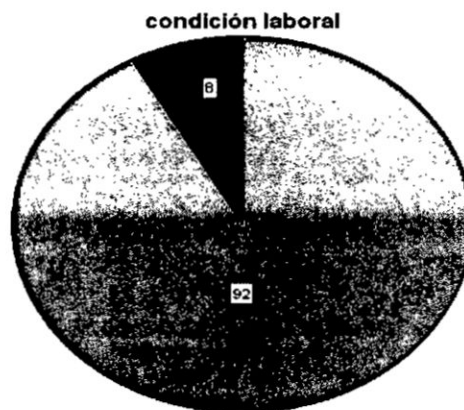
DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEROS/AS POR CONDICIÓN LABORAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA - AYACUCHO 2017.

Condición laboral	N°	%
Nombrado	23	92,0
Contratado	2	8,0
Total	25	100,0

Fuente: Cuestionario de Conocimientos y Escala de Actitud frente al Triage aplicados a las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Regional Miguel Ángel Llerena - Ayacucho, 2017.

GRÁFICO N° 5.2

PORCENTAJE DE LAS ENFERMEROS/AS POR CONDICIÓN LABORAL, DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA”, AYACUCHO 2017.



En el Gráfico N° 5.2, podemos observar que él [92% (23)] de licenciadas en enfermería del servicio de emergencia son nombrados a diferencia del [8% (2)] son de condición laboral contrata

TABLA N° 5.3

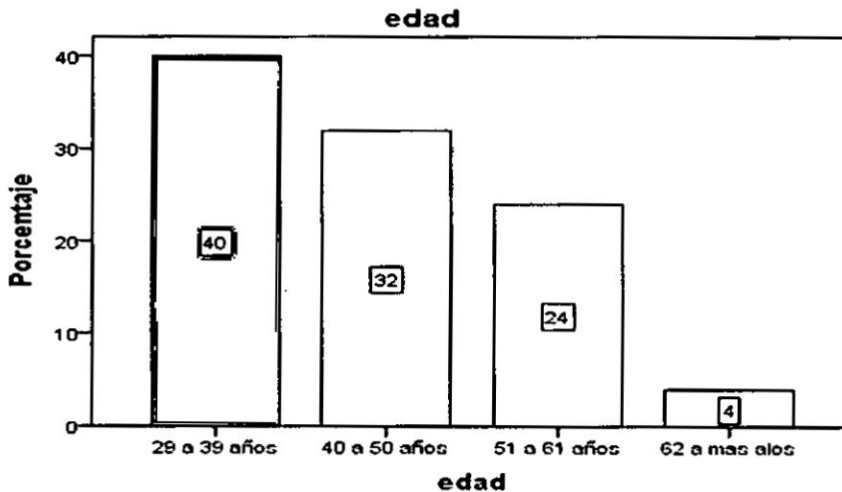
PORCENTAJE DE LAS ENFERMEROS/AS POR TIEMPO DE SERVICIO QUE LABORAL, DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA-AYACUCHO 2017.

Tiempo de Servicio	N°	%
6-15 años	4	16%
16-25 años	12	46%
26-35 años	7	22%
36-46 años	2	16%
46-a más	0	%
Total	25	100%

Fuente: Cuestionario de Conocimientos y Escala de Actitud frente al Triaje aplicados a las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Regional Miguel Ángel Llerena - Ayacucho, 2017.

GRAFICA N° 5.3

PORCENTAJE DE LAS ENFERMEROS/AS POR TIEMPO DE SERVICIO QUE LABORAL, DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA-AYACUCHO 2017



En el grafico N° 5.3, podemos observar que él [48% (12)] licenciadas en enfermería tienen de 16 a 25 años de servicio en la unidad de emergencia a diferencia del [8% (2)] que tienen 36 a 46 años de servicio.

TABLA N° 5.4

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA SOBRE TRIAJE SEGÚN ACTITUD EN EL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA-AYACUCHO 2017.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRIAJE	ACTITUD						TOTAL	
	Inadecuada		Indiferente		Adecuada		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Bajo	1	4,0%	1	4,0%	0	0,0%	2	8,0%
Medio	2	8,0%	7	28,0%	4	16,0%	13	52,0%
Alto	0	0,0%	1	4,0%	9	36,0%	10	40,0%
TOTAL	3	12,0%	9	36,0%	13	52,0%	25	100,0%

Fuente: Cuestionario de Conocimientos y Escala de Actitud frente al Triaje aplicados a las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Regional Miguel Ángel Llerena - Ayacucho, 2017.

INTERPRETACIÓN

En la presente tabla se aprecia que el nivel de conocimientos y actitud sobre triaje en los profesionales de enfermería, evidencia que cerca de la mitad [52% (13)] presento un nivel conocimiento medio, de los cuales el [28% (7)] reportó una actitud inadecuada, [16% (4)] y el [8% (2)] ,seguido de un [40% (10)] presentó un nivel de conocimiento alto sobre triaje, de quienes [36% (9)] 3 reporta una actitud adecuada y [4% (1)] indiferente. El [8% (2)] presentó un nivel de conocimiento bajo sobre triaje, de ellas 4% (1) expresaron una actitud indiferente e inadecuada respectivamente.

TABLA N° 5.5

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA SOBRE TRIAJE SEGÚN ACTITUD AFECTIVA EN EL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA - AYACUCHO 2017.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRIAJE	ACTITUD AFECTIVA							
	Inadecuada		Indiferente		Adecuada		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	1	4,0	1	4,0%	0	0,0%	2	8,0%
Medio	4	16,0	7	28,0%	2	8,0%	13	52,0%
Alto	0	0,0	1	4,0%	9	36,0%	10	40,0%
TOTAL	5	20,0	9	36,0%	11	44,0%	25	100,0%

Fuente: Cuestionario de Conocimientos y Escala de Actitud frente al Triage aplicados a las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Regional Miguel Ángel Llerena - Ayacucho, 2017.

INTERPRETACIÓN

Como podemos visualizar en la Gráfico N° 5.5, nivel de conocimientos y actitud afectiva frente al triaje, del 100% (30) de enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho el 52% (13) presentó un nivel de conocimiento medio sobre triaje, de las cuales, 28% (7) reportó una actitud afectiva indiferente, 16% (4) inadecuada y 8% (2) adecuada. El 40% (10) presentó un nivel de conocimiento alto sobre triaje, de quienes 36% (9) reporta una actitud adecuada y 4% (1) indiferente. El 8% (2) presentó un nivel de conocimiento bajo sobre triaje, de ellas 4% (1) expresaron una actitud afectiva indiferente e inadecuada respectivamente.

TABLA N° 5.6

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA SOBRE TRIAJE SEGÚN ACTITUD CONDUCTUAL EN EL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA- AYACUCHO 2017.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRIAJE	ACTITUD CONDUCTUAL							
	Inadecuada		Indiferente		Adecuada		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	1	4,0%	1	4,0%	0	0,0%	2	8,0%
Medio	2	8,0%	7	28,0%	4	16,0%	13	52,0%
Alto	0	0,0%	1	4,0%	9	36,0%	10	40,0%
TOTAL	3	12,0%	9	36,0%	13	52,0%	25	100,0%

Fuente: Cuestionario de Conocimientos y Escala de Actitud frente al Triage aplicados a las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Regional Miguel Ángel Llerena - Ayacucho, 2017.

INTERPRETACIÓN

Como podemos visualizar en la tabla N° 5.3, nivel de conocimientos y actitud conductual frente al triaje, del 100% (30) de enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho el 52% (13) presentó un nivel de conocimiento medio sobre triaje, de las cuales, 28% (7) reportó una actitud conductual indiferente, 16% (4) adecuada y 8% (2) inadecuada. El 40% (10) presentó un nivel de conocimiento alto sobre triaje, de quienes 36% (9) reporta una actitud adecuada y 4% (1) indiferente. El 8% (2) presentó un nivel de conocimiento bajo sobre triaje, de ellas 4% (1) expresaron una actitud conductual indiferente e inadecuada respectivamente.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contrastación de la hipótesis con los resultados

TABLA N° 6.1

CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TRIAJE Y LA ACTITUD DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA - AYACUCHO, 2017.

Coeficiente de Correlación "Rho" de Spearman		Conocimiento
Actitud afectiva	Coeficiente de correlación	,731**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	25
Actitud conductual	Coeficiente de correlación	,738**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	25
Actitud	Coeficiente de correlación	,654**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	25

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Los valores de significancia asociados al Coeficiente de Correlación "Rho" de Spearman (0,000) fueron menores que el valor crítico ($\alpha = 0,05$). Por tanto existe evidencia de que la variable conocimiento se relaciona significativamente con las actitudes de las enfermeras en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho ($r_s = 0,654$; $p = 0,000$); lo cual indica que existe una relación media y significativa.

Hipótesis general:

a) Formulación de Hipótesis

- Hi: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud de las enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017.
- Ho: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud de las enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017.

b) Establecimiento del nivel de significancia

$p= 0.05$

c) Establecimiento de prueba estadística

Prueba de hipótesis: Coeficiente de Correlación “Rho” de Spearman que se utiliza cuando ambas variables tienen escala ordinal.

d) Significancia del Coeficiente de Correlación “Rho” de Spearman $p= 0,000$

e) Decisión estadística

Como el p calculado igual a 0,000 y es menor al p constante 0,05, se acepta la hipótesis Alternativa (Hi).

f) Conclusión

Podemos concluir que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud de las enfermeras del servicio de

Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017 ($r_s = 0,654$; $p = 0,000$).

Primera hipótesis específica:

a) Formulación de Hipótesis

- H_i : Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud afectiva de las enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017.

b) Establecimiento del nivel de significancia

$P = 0.05$

c) Establecimiento de prueba estadística

Prueba de hipótesis: Coeficiente de Correlación “Rho” de Spearman que se utiliza cuando ambas variables tienen escala ordinal.

d) Significancia del Coeficiente de Correlación “Rho” de Spearman $p = 0,000$

e) Decisión estadística

Como el p calculado igual a $0,000$ y es menor al p constante $0,05$, se acepta la hipótesis Alternativa (H_i).

f) Conclusión

Podemos concluir que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud afectiva de las enfermeras del

servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017 ($r_s = 0,731$; $p = 0,000$).

Segunda hipótesis específica:

a) Formulación de Hipótesis

- H_i : Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud conductual de las enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017.

b) Establecimiento del nivel de significancia $p = 0.05$

c) Establecimiento de prueba estadística

Prueba de hipótesis: Coeficiente de Correlación “Rho” de Spearman que se utiliza cuando ambas variables tienen escala ordinal.

d) Significancia del Coeficiente de Correlación “Rho” de Spearman $p = 0,000$

e) Decisión estadística

Como el p calculado igual a $0,000$ y es menor al p constante $0,05$, se acepta la hipótesis Alternativa (H_i).

f) Conclusión

Podemos concluir que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud conductual de las enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017 ($r_s = 0,738$; $p = 0,000$).

6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares

La presente investigación trata sobre la relación entre nivel de conocimiento sobre triaje y actitud de las enfermeras del servicio de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena – Ayacucho, 2017. Del mismo modo los instrumentos empleados en este estudio fueron válidos y fiables. La muestra seleccionada fue representativa; de validez interna ya que el estudio en mención no permite hacer inferencia sobre diversos trabajos de investigación que aborden dicho tema; teniendo como limitante el trámite burocrático de la autorización del lugar de estudio.

Para sustentar las hipótesis significativas, se consideró la teoría del cuidado humano de Jean Watson, por enfatizar la conducta ética del profesional de enfermería, la aplicación del método científico, la provisión de cuidados espirituales y la regulación de las emociones propias y de los demás. En este contexto, caracteriza a los cuidados humanísticos como centro de la atención.

El papel de la enfermera en el triaje es relevante, porque amerita preparación, experiencia, regulación de las emociones y una actitud ética a la hora de promover el bienestar del paciente, ayudándolo a adoptar conductas promotoras de salud.

Los hallazgos más relevantes contrastados con investigaciones previas se detallan a continuación

El nivel de conocimiento sobre triaje fue medio en el 52% de las enfermeras del servicio de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, alto en el 40% y bajo en el 8%.

Crespo A. y Yugsi L. (2012) (10), en el servicio de emergencia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo establecieron que el 100 % de las enfermeras/os no están capacitadas para el manejo de este tipo de pacientes, en especial en lo que se refiere al manejo y orden de prioridad de la vía aérea del paciente.

Torres E. (2015) (12), en el Hospital de Apoyo San Francisco (Ayacucho), menciona que el 40% (8) de enfermeras conoce y 60% (12) no conoce sobre el triaje.

Solo cuatro de cada diez enfermeras del servicio de emergencia conoce de manera apropiada el triaje, una condición deseable porque optimiza su capacidad de respuesta frente a estas situaciones.

Significa que el mayor porcentaje de enfermeras no están actualizadas para el triaje, situación de podría derivar en procesos administrativos por mala praxis. Por esta razón, es necesario que la dirección del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena – Ayacucho, implemente programas de capacitación del personal de salud asistencial sobre triaje como promover la especialización de las enfermeras en emergencias y desastres.

Por otro lado, predominó la actitud adecuada en el 52% de enfermeras del servicio de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, indiferente en 36% e inadecuada en 12%.

Alfaro S. (2015) (11), en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho señala que el 51,3% presenta un nivel de preparación regular en simulacros de evacuación por sismos y predominó en 41,5% la capacidad de respuesta regular. El 27,5% presenta una preparación de nivel malo en simulacros de evacuación por sismos y predominó en 24,8% la mala capacidad de respuesta.

El mayor porcentaje de enfermeras no se hallan dispuestas a realizar el triaje de víctimas por desastres, una condición adversa que refleja su escasa preparación en estos casos.

Analizando la relación de variables se constata que del 40% de enfermeras con un nivel de conocimiento bueno sobre triaje el 36,7% (11) reportó una actitud adecuada sobre triaje y 3,3% (1) inadecuada. El 16,7% (5) presentó un nivel de conocimiento malo sobre triaje y todos expresan una actitud inadecuada frente al triaje.

Alfaro S. (2015) (11), en enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho señala que el nivel de preparación se relaciona significativamente con la capacidad de respuesta en simulacros de evacuación por sismos ($r_s = 0,817$; $p < 0,05$).

Según el Coeficiente de Correlación “Rho” de Spearman existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud de las enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017 ($r_s = 0,654$; $p = 0,000$). Similar tendencia se observó al correlacionar el nivel de conocimiento con la actitud afectiva ($r_s = 0,731$; $p = 0,000$) y conductual ($r_s = 0,738$; $p = 0,000$).

El adecuado conocimiento sobre triaje propicia una capacidad de respuesta y actitud adecuada, lo que garantiza el tratamiento oportuno.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

- 1) Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud de las enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017 ($r_s = 0,654$; $p = 0,000$) rechazándose la hipótesis nula.
- 2) Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud afectiva de las enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017 ($r_s = 0,731$; $p = 0,000$) aceptándose la hipótesis alterna.
- 3) Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud conductual de las enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017 ($r_s = 0,738$; $p = 0,000$) aceptándose la hipótesis alterna.

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

A la Dirección del Hospital Regional de Ayacucho.

- Implementar el Área de Triage en el Hospitales Regional.
- implementar programas de educación continua en situaciones de emergencias y desastres.

Al departamento de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho.

- Gestionar la pasantía de las enfermeras asistenciales del servicio de emergencia en establecimientos de alta especialización para mejorar su capacidad de respuesta en el triaje de víctimas
- Asumir la responsabilidad profesional del cuidado humanizado priorizando el daño del paciente

A los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho.

- Acceder a programas de especialización en emergencias y desastres para optimizar su nivel de preparación y capacidad de respuesta en situaciones de atención y referencia de víctimas.

IX. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Emergencias sedteuy. recomendaciones del triaje. [Online].; 2006 [cited 2017 setiembre 10. Available from: <http://www.semes.org/set/documentos.php>.
2. minsa. Norma técnica de salud de los servicios de emergencia: disposiciones generales; 2006.
3. minsa. norma técnica de los servicios de emergencias; 2006..
4. De santos de barrios s. Perfil de la enfermera en triaje en urgencias hospitalarias. [tesis pre grado] Madrid - españa: Universidad Autónoma de Madrid, España; 2015.
5. Molina Alvarez, RA, Zavala Suarez. Conocimiento de la guía de práctica clínica de triaje por personal de enfermería, México. conamed; 2014.
6. Anyuso Raya MC. Valoración de un proyecto de triage de urgencias por enfermería en atención primaria, E. Cielo. 2013.
7. Totoy Cabezas LJ. Conocimiento de triaje en el personal Profesional de enfermería y su relación con la categorización del paciente en el servicio de emergencia del hospital provincial general docente [Tesis de licenciatura. Ecuad. Tesis pre grado. Riobamba]Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo; 2014.
8. Sánchez Dias JE. Evaluación comparativa de oportunidad y pertinencia del triage en el servicio de urgencias adulto[Tesis de maestría] Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2014.
9. Castaño D, Tora, N. Percepción del proceso de triaje en los usuarios del servicio de urgencias [Tesis de maestría] Bogota: Universidad Nacional de colombia, Ayacucho; 2012.
10. Crespo, AL, Yugsi, R. Crespo A. y Yugsi L. Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave en el area de shock trauma y su relacion con la tención de enfermeria [Tesis de pre grado] Quito: Universidad central del Ecuador; 2012.
11. Huerto Falcón, KK, Cuadros Araujo, MS. El triaje inadecuado, el número de recursos humanos insuficientes y la decisión propia del paciente son factores relacionados a la Saturación de pacientes en el servicio de emergencia[Tesis de pre grado] Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2014.

12. Torres Palomino, E. Conocimiento del profesional de enfermería sobre triaje en víctimas por desastres en la Unidad de Emergencia General [Tesis pre grado] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos , Ayacucho; 2013.
13. Acimed. Conocimiento empírico y conocimiento activo transformador: algunas de sus relaciones con la gestión del conocimiento. Cielo; 2014.
14. F SG. “Medición de actitudes”; 1982..
15. F. M. Psicología Social. España: España: Mc Graw-Hill; 1999.
16. Becerra , A, De la Corte, L. Qué es persuasión [Biblioteca Nueva] Madrid; 2001.
17. SOLER W GMBEÁA. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra; 2010.
18. J. V. Triaje. Cuba.. [Online]; 2014. [cited 2017 setiembre domingo 10. Available from: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdguanabo/triage.pdf> Recuperado de
19. J G. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia . basado en el triaje estructurado. [un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado]; 2010.
20. SALUD. OOPDLSMDL. Organización de los servicios de la salud para situaciones de desastres. Organización de publicación científica. 1983.
21. Gómez, J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. 2003.
22. Illescas, G. Triaje. In Illescas ,G. Triage: atención y selección de pacientes.: Medigraphic Artemisa; 2006.
23. MINSA. Acciones de respuesta. [Online].; 2013 [cited 2017 octubre 9. Available from: http://www.minsa.gob.pe/ogdn/cd1/pdf/PLS_03/doc67II.pdf.
24. Marriner, A, Raeli, M. Modelos y teorías de enfermería. Madrid – España: Harcourt Brace; 1999.

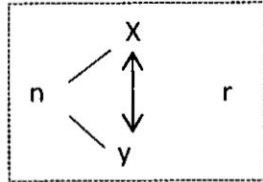
ANEXOS

ANEXO N°1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRIAJE Y ACTITUD DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA.

HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2017.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p align="center">Problema General</p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud de las enfermeras del servicio de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017?</p>	<p align="center">Objetivo General</p> <p>Relacionar el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud de las enfermeras del servicio de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017?</p>	<p align="center">Hipótesis General</p> <p>Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud de las enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017?</p>	<p align="center">Variable 1</p> <p>Nivel de conocimiento sobre triaje</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos básicos • Conocimiento avanzado 	<p align="center">TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional transversal</p> <p align="center">DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>No experimental descriptivo, correlacional. Responde al siguiente esquema:</p>
<p align="center">Problemas Específicos</p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud afectiva de las enfermeras del servicio de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud conductual de las enfermeras del servicio de</p>	<p align="center">Objetivos Específicos</p> <p>Identificar la relación entre el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud afectiva de las enfermeras del servicio de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017?</p> <p>Establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud conductual de</p>	<p align="center">Hipótesis Específicos</p> <p>H₁: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud afectiva de las enfermeras del servicio de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017?</p> <p>H₂: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre triaje y la actitud conductual de las enfermeras del servicio de</p>	<p align="center">Variable 2</p> <p>Actitud frente al triaje</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Afectiva • Conductual 	 <p>Donde: n: Muestra X: Variable 1 Y: Variable 2 r: Relación entre variables</p>

<p>emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017?</p>	<p>las enfermeras del servicio de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017?</p>	<p>emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017?</p>			<p>POBLACIÓN Y MUESTRA</p> <p>POBLACIÓN 25 enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2017.</p> <p>MUESTRA 25 enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho, 2017.</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</p> <p>TÉCNICAS Encuesta.</p> <p>INSTRUMENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario (Para medir el nivel de conocimientos de las enfermeras sobre triaje) • Escala de actitud (Para medir la actitud de las enfermeras frente al triaje) <p>PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estadística inferencial.
---	--	---	--	--	---



ANEXO N°2

INSTRUMENTOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

ESCUELA DE POSGRADO

SECCIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRIAJE Y ACTITUD DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA - AYACUCHO, 2017.

CUESTIONARIO

Presentación: Buen Día Colega Somos Los Licenciados Nadia Untiveros Cucho Y Eugenio Alderete Flores Estudiantes de la Especialidad en Enfermería de la Universidad Nacional del Callao y nos encontramos realizando la investigación “Nivel de Conocimiento sobre Triage y Actitud de las Enfermeras del Servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena – Ayacucho, 2017. Motivo por el cual solicito su participación en el desarrollo del presente cuestionario recordándole que es anónimo y agradeciéndole su veracidad durante su desarrollo.

Instrucciones

A continuación se presenta una serie de enunciados que Ud. debe responder con sinceridad marcando con un aspa (x) según crea conveniente.

I.DATOS GENERALES

1. Edad

- a) 29 a 39 años ()
- b) 40 a 50 años ()
- c) 51 a 61 años ()
- d) 62 a más años ()

2. Tiempo de servicio

- a) 6 - 15 años ()
- b) 16 - 25 años ()
- c) 26 - 35 años ()
- d) 36 - 46 años ()
- e) 46 - a más años ()

3. Condición laboral

- a) Nombrada/o ()
- b) Contratada/o ()

II. DATOS ESPECÍFICOS

1. ¿A qué prioridad corresponde los pacientes graves con altas posibilidades de sobrevivir?
 - a) Prioridad I ()
 - b) Prioridad II ()
 - c) Prioridad III ()
 - d) Ninguno ()

2. ¿A qué prioridad corresponden los pacientes que necesitan traslado y pueden esperar?
 - a) Prioridad I ()
 - b) Prioridad II ()
 - c) Prioridad III ()
 - d) Ninguno ()

3. ¿A qué prioridad corresponde los pacientes con traslado diferido o por sus propios medios?
 - a) Prioridad I ()
 - b) Prioridad II ()
 - c) Prioridad III ()
 - d) Prioridad IV ()

4. ¿A qué prioridad corresponden los pacientes en condición de insalvables?
 - a) Prioridad I ()
 - b) Prioridad II ()
 - c) Prioridad III ()
 - d) Prioridad IV ()

5. ¿Con qué color deben ser etiquetados los pacientes graves con altas posibilidades de sobrevivir?
 - a) Rojo ()
 - b) Verde ()
 - c) Negro ()
 - d) Amarillo ()

6. ¿Con qué color deben ser etiquetados los pacientes que necesitan traslado y pueden esperar?

- a) Rojo ()
- b) Verde ()
- c) Negro ()
- d) Amarillo ()
7. ¿Con qué color deben ser etiquetados los pacientes con traslado diferido o por sus propios medios?
- a) Rojo ()
- b) Verde ()
- c) Negro ()
- d) Amarillo ()
8. ¿Con qué color deben ser etiquetados los pacientes en condición de insalvables?
- a) Rojo ()
- b) Verde ()
- c) Negro ()
- d) Amarillo ()
9. ¿A qué prioridad corresponden los pacientes en estado coma?
- a) Prioridad I ()
- b) Prioridad II ()
- c) Prioridad III ()
- d) Prioridad IV ()
10. ¿A qué prioridad corresponden los pacientes con paro cardio-respiratorio?
- a) Prioridad I ()
- b) Prioridad II ()
- c) Prioridad III ()
- d) Prioridad IV ()
11. ¿A qué prioridad corresponden los pacientes con dificultad respiratoria severa?
- a) Prioridad I ()
- b) Prioridad II ()
- c) Prioridad III ()
- d) Prioridad IV ()
12. ¿Cuántos segundos se necesita para clasificar a una persona como muerta?

- a) 10 segundos ()
b) 20 segundos ()
c) 30 segundos ()
d) 40 segundos ()
13. ¿Cuántos segundos se necesita para clasificar a una persona en condición de riesgo leve?
a) 10 segundos ()
b) 30 segundos ()
c) 50 segundos ()
d) 60 segundos ()
14. ¿Cuántos segundos se necesita para clasificar a una persona en condición grave o muy grave?
a) 60 segundos ()
b) 120 segundos ()
c) 150 segundos ()
d) 180 segundos ()
15. ¿Con qué color deben ser etiquetados los pacientes con una frecuencia respiratoria mayor de 30?
a) Rojo ()
b) Verde ()
c) Negro ()
d) Amarillo ()
16. ¿Con qué color deben ser etiquetados los pacientes que caminan?
a) Rojo ()
b) Verde ()
c) Negro ()
d) Amarillo ()
17. ¿Quiénes deben recibir atención preferente según grupo de edad?
a) Niños ()
b) Jóvenes ()
c) Ancianos ()
18. ¿Quiénes deben recibir atención preferente según sexo?

a) Mujeres ()

b) Varones ()

19. ¿Cuáles son los niveles de prioridad en la atención de pacientes?

a) Prioridad I y II ()

b) Prioridad III y IV ()

c) Prioridad I;II;III;IV;V ()

d) Ninguno ()

20. ¿Cuáles son las reglas del triaje?

a) Rápido ()

b) Preciso y seguro ()

c) inseguro ()

d) Rápido, preciso y seguro ()

Escala de evaluación:

- **Alto.** Conocimiento bueno (15 – 20 puntos).
- **Medio.** Conocimiento regular (11 - 14 puntos).
- **Bajo.** Desconocimiento (0 – 10 puntos).



ANEXO N°3

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
ESCUELA DE POSGRADO
SECCIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRIAJE Y ACTITUD DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA - AYACUCHO, 2017.

ESCALA DE ACTITUD

Presentación: Nosotras Nadia Untiveros Cucho y Eugenio Alejandro Alderete flores alumnos de la Universidad Nacional del Callao Escuela de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, nos encontramos realizando la presente investigación “Nivel de Conocimiento sobre Triage y actitud de las Enfermeras del servicio de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017” que pretende Evaluar la actitud de las enfermeras del servicio de emergencia frente al triaje en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho.

En esta oportunidad solicitamos su participación para el desarrollo de la presente escala, agradeciéndole que lo realice en forma veraz. El cuestionario es anónimo y confidencial.

Instrucciones

El presente cuestionario tiene una serie de enunciados a los cuáles Ud. debe de responder con sinceridad marcando con un aspa (X) según crea conveniente.

Recomendaciones:

I.DATOS GENERALES

1.1. Fecha: _____ / _____ / _____

1.2. Observador: _____

II. DATOS ESPECÍFICOS

N°	ÍTEMS	De acuerdo (3)	Ni de acuerdo / ni en desacuerdo	En desacuerdo (1)
1	El profesional encargado de triaje debe estar preparada para realizar la clasificación de las víctimas por desastres			
2	La priorización de la atención de las víctimas por desastres es importante			
3	La codificación de la atención de las víctimas por desastres permite salvarles la vida			
4	Pienso que estoy capacitada para realizar un triaje de calidad en víctimas por desastres.			
5	Considero que aún me falta capacitación para el triaje de víctimas por desastres			
6	El triaje de víctimas por desastres solo debe ser realizado por enfermeras especialistas.			
7	Estoy interesada en actualizarme sobre triaje en víctimas por desastres			
8	He tenido la oportunidad de realizar el triaje de víctimas por desastres.			
9	Estoy dispuesta a salir a los lugares donde acontecen los desastres para realizar el triaje de las víctimas.			
10	Estoy convencida que un buen triaje asegura la supervivencia de las víctimas por desastres.			
11	En el triaje los niños deben recibir atención preferente antes que los ancianos			
12	En el triaje las mujeres deben recibir atención preferente antes que los varones			
13	En el triaje las personas con discapacidad deben recibir atención preferente antes que las personas sin discapacidad.			
14	En el triaje los ancianos deben recibir atención preferente antes que los jóvenes			

Fuente: Elaboración propia

Escala de evaluación:

- Adecuado: 34 a 42 puntos
- Indiferente: 24 a 33 puntos
- Inadecuada: 14 a 23 puntos

ANEXO N°4



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

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EL JUICIO EXPERTOS

I. INFORMACION GENERAL

- 1.1 Nombres y Apellidos:
- 1.2 Lugar de Centro laboral:
- 1.3 Cargo que desempeña:
- 1.4 Instrumento a validar:
- 1.5 Autores:

ITEM	PREGUNTA	APRECIACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?			
2	¿En el instrumento de recolección de datos se aprecia las variables de investigación?			
3	¿El instrumento de recolección de datos facilita el logro de los objetivos de la investigación?			
4	¿Los instrumentos de recolección de datos se relacionan con las variables de estudio?			
5	¿Los instrumentos de recolección de datos presenta la cantidad de ítems correctos?			
6	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es coherente?			
7	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilita el análisis y procesamiento de datos?			
8	¿Del diseño del instrumento de recolección de datos, usted eliminaría algún ítem?			
9	¿Del instrumento de recolección de datos usted agregaría algún ítem?			
10	¿El diseño del instrumento de recolección de datos es accesible a la población sujeto de estudio?			
11	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?			

II. Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

- III. Procede su ejecución:**
 Si () No ()

Fecha: / /

 Firma y sello

ANEXO N°5

PRUEBA DE VALIDEZ DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS PRUEBA BINOMIAL

ENUNCIADOS	NUMERO DE JUECES							SUMA	PROBABILIDAD
	juez1	juez2	juez3	juez4	juez5	juez6	juez7		
item1	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
item2	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
item3	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
item4	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
item5	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
item6	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
item7	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
item8	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
item9	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
item10	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
item11	1	1	1	1	1	1	1	7	0.0078125
								Sumatoria	0.0859375
								p-valor	0.012276786

Como el p calculado = 0.0123 es menor que el p valor estándar de $p=0.05$ el instrumento es válido para su aplicación.

ANEXO N° 6

PRUEBA DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO POR KUDER RICHARDSON DEL CUESTIONARIO

Confiabilidad de los instrumentos de investigación

Para evaluar la confiabilidad de los instrumentos, mediante el coeficiente de Kuder Richardson se utilizó la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{S_t^2} \right)$$

Escala de interpretación de la Confiabilidad

Intervalo	Descripción
0,53 a menos	<i>Confiabilidad nula</i>
0,54 a 0,59	<i>Confiabilidad baja</i>
0,60 a 0,65	<i>Confiable</i>
0,66 a 0,71	<i>Muy confiable</i>
0,72 a 0,99	<i>Excelente confiabilidad</i>
1,00	<i>Confiabilidad perfecta</i>

Fuente: Triola, M. (2009; 528)

Luego del procesamiento de fórmula y por connotación por el programa estadístico SPSSV23 el instrumento obtuvo como resultado:

Estadísticos de fiabilidad

Kuder Richardson	N de elementos
,789	20

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Kuder Richardson si se elimina el elemento
c1	13,77	14,047	,435	,775
c2	13,93	14,616	,248	,788
c3	13,77	14,047	,435	,775
c4	13,80	14,028	,428	,775
c5	13,80	14,166	,389	,778
c6	13,60	14,110	,557	,770
c7	13,63	15,137	,170	,790
c8	13,67	14,644	,307	,783
c9	13,70	14,493	,334	,781
c10	13,67	14,575	,329	,782
c11	13,67	14,920	,221	,788
c12	13,60	14,110	,557	,770
c13	13,70	14,562	,313	,783
c14	13,67	15,333	,096	,795
c15	13,77	15,220	,104	,796
c16	13,77	14,668	,257	,787
c17	13,87	13,913	,445	,774
c18	13,57	14,254	,562	,771
c19	13,57	14,254	,562	,771
c20	13,73	13,995	,467	,773

Por lo tanto, el instrumento evaluado es Confiable para su aplicación.

ANEXO N°7

PRUEBA DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO POR ALPHA DE CRONBACH

Confiabilidad de los instrumentos de investigación

Para evaluar la confiabilidad de los instrumentos, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach se utilizó la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum s_i^2}{S_t^2} \right)$$

Escala de interpretación de la Confiabilidad

Intervalo	Descripción
0,53 a menos	<i>Confiabilidad nula</i>
0,54 a 0,59	<i>Confiabilidad baja</i>
0,60 a 0,65	<i>Confiable</i>
0,66 a 0,71	<i>Muy confiable</i>
0,72 a 0,99	<i>Excelente confiabilidad</i>
1,00	<i>Confiabilidad perfecta</i>

Fuente: Triola, M. (2009; 528)

Luego del procesamiento de fórmula y por connotación por el programa estadístico SPSSV23 el instrumento obtuvo como resultado:

Estadísticos de fiabilidad

Alpha de Cronbach	N de elementos
,809	14

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alpha de Cronbach si se elimina el elemento
a1	13,17	16,420	,449	,796
a2	13,30	17,528	,154	,814
a3	13,10	17,128	,284	,806
a4	13,23	16,392	,440	,797
a5	13,20	17,269	,223	,810
a6	13,03	16,378	,539	,792
a7	13,03	18,033	,061	,816
a8	13,10	17,334	,229	,809
a9	13,13	17,223	,248	,808
a10	13,07	17,306	,249	,807
a11	13,07	17,857	,100	,815
a12	13,03	16,240	,581	,790
a13	13,10	16,507	,453	,796
a14	13,13	15,568	,699	,782

Por lo tanto, el instrumento evaluado es Confiable para su aplicación.

ANEXO N° 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____

a través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulado “Nivel de Conocimiento sobre triaje y Actitud de las Enfermeras del Servicio de Emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena - Ayacucho, 2017”

Habiendo sido informado (a) del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que se vierta en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigadora utilizara adecuadamente dicha información asegurándome de la misma confidencialidad.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado colega

Los investigadores del estudio para la cual usted ha manifestado su deseo de participar, dado su consentimiento informado, se compromete con usted a guardar la misma confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudiquen en lo absoluto.

ATTE.

ANEXO N °9
BASE DE DATOS

Número	Edad	Con lab	Tiem ser	con bas	con ava	Conocimiento	Act afe	Act codn	Actitud
1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
2	1	2	1	3	2	3	3	3	3
3	1	2	1	3	3	3	3	3	3
4	1	1	1	2	1	2	2	2	2
5	2	1	2	2	1	2	1	2	2
6	2	1	2	1	2	2	1	1	1
7	2	1	2	3	3	3	3	3	3
8	2	1	2	1	1	1	2	1	2
9	2	1	2	2	2	2	1	2	2
10	1	1	1	1	2	2	1	1	1
11	2	1	2	3	3	3	3	3	3
12	2	1	2	2	2	2	2	2	2
13	3	1	2	2	2	2	2	2	2
14	3	1	3	3	2	3	3	3	3
15	2	1	2	2	2	2	2	2	2
16	3	1	3	3	3	3	3	3	3
17	1	1	2	3	3	3	3	3	3
18	3	1	3	3	3	3	3	3	3
19	3	1	3	2	2	2	2	2	2
20	3	1	3	2	2	2	3	2	3
21	2	1	2	3	3	3	2	2	2
22	1	1	4	3	3	3	3	3	3
23	1	1	3	2	2	2	3	3	3
24	4	1	3	2	2	2	2	3	3
25	3	1	3	2	2	2	2	3	3