

**ASERTIVIDAD DE LA ENFERMERA DEL TRIAGE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS DEL HOSPITAL SANTO TOMAS**

**ASSERTIVITY OF THE TRIAGE NURSE IN THE EMERGENCY AND EMERGENCY DEPARTMENT OF THE SANTO TOMAS**

**ASSERTIVIDADE DO ENFERMEIRO TRIAGE DO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DE SANTO TOMAS**

**Magister Felipe De Jesús Ríos Mitre**

Hospital Santo Tomas, Ministerio de Salud

<https://orcid.org/0000-0003-4298-854x>

Correo electrónico: [felipau23@hotmail.com](mailto:felipau23@hotmail.com)

**Magistra Eyda Escudero Abrego**

Universidad de Panamá, Enfermería

<https://orcid.org/0000-0003-2292-0548>

Correo electrónico: [eyda.escudero@up.ac.pa](mailto:eyda.escudero@up.ac.pa)

**Dra. Lydia Gordón de Isaacs, PhD.**

Departamento Salud de Adultos

Profesora Titular e Investigadora

Coordinadora del Programa de Doctorado

Enfermería con Énfasis en Salud Internacional

Universidad de Panamá

Correo electrónico: [isaacs@cwpanama.net](mailto:isaacs@cwpanama.net)

<https://orcid.org/0000-0001-6322-0551>

**Fecha de Recepción:** 5 de mayo 2020

**Fecha de Aceptación:** 19 de enero 2021

## **Resumen**

El triage dentro de un servicio de urgencias y emergencias en una instalación de tercer nivel de atención, se convierte en una herramienta fundamental para la toma de decisiones de la enfermera. Conociendo la importancia del mismo, nos preguntamos ¿Está siendo la enfermera asertiva al momento de clasificar al paciente en el área de triage del servicio de emergencias y urgencias del Hospital Santo Tomas, tomando en consideración la impresión diagnóstica médica?.

Este trabajo busca conocer si las enfermeras están siendo asertivas o no al momento de clasificar el paciente en el área de triage y su relación con la impresión diagnóstica médica. Para ello se realizó una investigación aplicada de análisis de contenido se dividió en 3 etapas: 1- se realizó el análisis del problema, 2- se analizaron las variables clasificación de pacientes según nivel de prioridad y 3- proceso operacionalización del proyecto. Estos datos fueron obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes atendidos en el mes de julio 2019, se analizaron un total de 300 casos clínicos, donde se observó que 72.3% de los casos clínicos fue clasificado de manera asertiva y un 27.7% no asertiva, por la enfermera(o) tomando en consideración el motivo de consulta y la valoración de las constantes vitales.

Se concluye que se un gran porcentaje de las enfermeras si son asertivas al momento de realizar el triage; sin embargo, existe la necesidad de generar nuevas líneas de investigación vinculadas a la práctica.

**Palabras Claves:** triage, asertividad, enfermera, impresión diagnóstica médica.

### **Abstract**

Triage within an emergency and emergency service in a tertiary care facility becomes a fundamental tool for nurse decision-making. Knowing the importance of it, we ask ourselves, is the nurse being assertive when classifying the patient in the triage area of the emergency service of Santo Tomas Hospital, taking into account the medical diagnostic impression?

This work seeks to know if nurses are being assertive or not when classifying the patient in the triage area and its relationship with the medical diagnostic impression. For this, an applied content analysis research was carried out, it was divided into 3 stages: 1- the problem analysis was carried out, 2- the variables classification of patients according to priority level and 3- operationalization process of the project were analyzed. These data were obtained from the clinical records of the patients treated in the month of July 2019, a total of 300 clinical cases were analyzed, where it was observed that 72.3% of the clinical cases were classified assertively and 27.7% non-assertively. by the nurse taking into consideration the reason for consultation and the assessment of vital signs.

It is concluded that a large percentage of patients are affirmative at the time of carrying out the triage; however, there is a need to generate new lines of research linked to practice.

**Key Words:** triage, assertiveness, nurse, medical diagnostic impression.

## Resumo

A triagem em um serviço de emergência e emergência em uma unidade de cuidados terciários torna-se uma ferramenta fundamental para a tomada de decisão do enfermeiro. Sabendo da importância disso, nos perguntamos: o enfermeiro está sendo assertivo ao classificar o paciente na área de triagem do pronto-socorro do Hospital Santo Tomas, levando em consideração a impressão do diagnóstico médico?

Este trabalho busca saber se o enfermeiro está sendo assertivo ou não ao classificar o paciente na área de triagem e sua relação com a impressão do diagnóstico médico. Para isso, foi realizada uma pesquisa de análise de conteúdo aplicada, dividida em 3 etapas: 1- foi realizada a análise do problema, 2- foi analisada a classificação das variáveis de pacientes segundo o nível de prioridade e 3- processo de operacionalização do projeto. Esses dados foram obtidos nos prontuários dos pacientes atendidos no mês de julho de 2019, um total de 300 casos clínicos foram analisados, onde se observou que 72,3% dos casos clínicos foram classificados de forma assertiva e 27,7% não assertiva. o enfermeiro levando em consideração o motivo da consulta e a avaliação dos sinais vitais.

Conclui-se que grande porcentagem dos enfermeiros sabe se é assertivo no momento da triagem; no entanto, há necessidade de gerar novas linhas de pesquisa vinculadas à prática.

**Palavras-chave:** triagem, assertividade, enfermeiro, impressão diagnóstica médica.

## Introducción

El Triage hospitalario es un método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles (Rovira, 2012). Según Soler y otros (2010), el triage/clasificación se define como 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 respuesta rápida, fácil de aplicar y que además poseen un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de los recursos. De manera interesante nos hace ver que históricamente al momento de realizar el triaje se han utilizado escalas o niveles de categorización y que la aplicación de dichas escalas parte de un concepto básico en triaje “lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente”.

En cuanto a el procedimiento de triage, podemos rescatar que se inicia con una evaluación rápida del paciente en el momento de su llegada a Urgencias; mediante la aplicación de ABC de la revisión vital se obtiene la primera impresión del estado general del paciente y se determina el área donde será atendido el paciente para su tratamiento (Navarro y Rodríguez, 2006).

En muchos países del mundo es un proceso que lleva a cabo la enfermera. Por ejemplo en España el MAT-SET es un modelo de triage estructurado y holístico de enfermería no excluyente, que recoge los elementos más relevantes de los sistemas de triage de cinco categorías vigentes en la actualidad, además de incluir aspectos de revisión y adaptación en el entorno sanitario (Gómez, 2003). En la República de Panamá, el Hospital Santo Tomás no escapa de esta realidad, ya que es la enfermera quién realiza este abordaje inicial.

López, Montiel y Licona (2006), plasman la importancia del rol del profesional que realiza el triage con relación a la identificación correcta de las necesidades del paciente, de establecer prioridades y de implantar un tratamiento adecuado mediante la investigación y la disposición de recursos. De igual manera, resaltan la importancia del uso de la clasificación de los pacientes en los cinco niveles, donde hay signos y síntomas por sistemas y de igual manera, las probables impresiones diagnósticas centinelas de los pacientes.

En nuestra experiencia observamos las diversas quejas de los pacientes en la demora en la atención por el personal de salud, la poca sensibilización médica con relación a la atención de los pacientes en cuanto a la clasificación dada en el área de triage, el poco recurso humano (enfermera) para triage, el manejo de algunos tiempos promedios con base a la experiencia de la práctica de la enfermera, entre otros problemas; y enfermería tiene una responsabilidad fundamental en estos procesos.

Así, en Panamá en el Hospital Santo Tomás desde 1 de septiembre del 2009, las enfermeras (os) son las que realizan el triage, logrando consolidar una producción con base a colores, prioridades y cantidad de pacientes atendidos en el servicio de urgencias. La enfermera es la que clasifica con base a los signos y síntomas del paciente, utilizando el protocolo de selección, donde se define un color en la prioridad de atención; la cual está medida en tiempo ya estandarizado para el respectivo abordaje por el médico. También es la que llena el formulario de motivo de la consulta en el área de triage donde se toman como base aspectos objetivos y subjetivos del paciente, valoración clínica, constantes vitales (temperatura, pulso, respiración, presión arterial, glicemia capilar, saturación de los niveles de oxígeno en el paciente), antecedentes de alergias, enfermedades, operaciones. Cabe señalar que el médico realiza su impresión diagnóstica médica apoyándose entre otros aspectos en el motivo de la consulta y constantes vitales y se espera que su impresión no debe alejarse de la clasificación del paciente realizada por la enfermera en el área de triage, es importante señalar que el tiempo que transcurre de la clasificación a la atención médica es una variable que puede intervenir en los resultados de la evaluación inicial del triage y la médica.

Cabe señalar que el proceso de validación del protocolo de selección según signos y síntomas los llevo a consensuar y a establecer el sistema de triage de cinco colores, por considerarlo el más completo y el que mejor se adecuaba a los requerimientos del servicio de urgencias, en esas mesas de trabajo iniciadas a mediados del 2017 e inicio del 2018, participaron, médicos especialistas en urgencias, médicos generales con experiencia laboral

de muchos años en los servicios de urgencias, enfermeras con vasta experiencia en los servicios de urgencias, todos designados/as por sus propias instalaciones de salud.

Este artículo se basa en el resultado de la motivación de generar nuevos aportes de conocimientos al sector salud con relación al ejercicio de la enfermera(o) en el triage hospitalario del Hospital Santo Tomás en junio 2019 y considerando que a la fecha existía un vacío y carencia de evidencias científicas de aspectos relacionados con el proceso del triage, cuya selección es fundamental hacerla de manera asertiva; resaltando que de esta selección dependen las acciones que realice el personal de salud.

Luego de realizar un análisis de los problemas del HST, se elige la falta de evidencia científica de la asertividad de la enfermera que realiza el triage en el servicio de emergencias y urgencias del Hospital Santo Tomás, tomando en cuenta elementos de viabilidad y los beneficios que se obtendrían tanto para el servicio de emergencias y urgencias, personal de enfermería del triage, autoridades en salud y principalmente el paciente. El objetivo de este estudio fue evidenciar la asertividad del juicio clínico de la enfermera con relación a la impresión diagnóstica médica al momento de clasificar al paciente en el triage.

Por otra parte, debemos mencionar que a nivel internacional se han realizado investigaciones en relación al rol de enfermería en el servicio de urgencias así presentamos este artículo titulado: ¿Cómo definen los profesionales de enfermería hospitalarios sus competencias asistenciales?, de Juvé y otros (2007), que clasificaron las competencias asistenciales hospitalarias con la colaboración de un grupo de profesionales en urgencias, en seis dominios: 1) cuidar al enfermo; 2) valorar, diagnosticar y abordar situaciones clínicas cambiantes; 3) ayudar al enfermo a cumplir el tratamiento; 4) contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial; 5) facilitar el proceso de adaptación y afrontamiento, y 6) trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante. A estos dominios se les creó elementos competencial y criterios de evaluación y conductas a valorar. En el dominio cuatro algunos de los elementos competenciales están “organizar, planificar y coordinar las necesidades de atención de múltiples pacientes simultáneamente o comunicarse con los servicios de soporte para adecuar las intervenciones clínicas al estado del paciente” y cuyos criterios de evaluación y conductas a valorar están: “es capaz de procesar la información relevante de diferentes enfermos, sin obviar datos importantes, sabe priorizar, sabe coordinarse con otros profesionales de diferentes servicios”. De acuerdo con lo anterior citado, rescatamos esas competencias del saber estar, saber, saber hacer y saber ser enmarcados en la atención que brindan nuestros profesionales de enfermería en la atención de los pacientes de triage y sobre todo con el nivel de priorización que se le dé a nuestra población, para mejorar los tiempos de espera, disminución al nivel de ansiedad de los que acuden al servicio a atenderse, una atención oportuna y eficiente, lo que contribuye a bajar a su vez el nivel de complicaciones, las hospitalizaciones y sobre todo la mortalidad en la población.

También podemos resaltar otro estudio realizado en Ecuador referente al “análisis situacional de la atención de enfermería en la implementación de triage en el servicio de

emergencia del Hospital General Puyo”, con el objetivo principal de diseñar un plan de capacitación sobre el sistema de triage para disminuir el nivel de insatisfacción del usuario con la atención de enfermería; cuya metodología fue a través de una encuesta a enfermeras que contemplaba los conceptos de triage, forma en que adquirió el conocimiento, los niveles de atención y las prioridades en el servicio de urgencias, tiempo de atención, prioridades de clasificación de atención de víctimas, supervivencia del paciente, cómo actuar ante una situación emergente, entre otras. La conclusión fue el desconocimiento de la enfermera del área de triage en un 60%, lo que lleva a aumentar los problemas en la salud de los pacientes, por no realizar una correcta clasificación en el área. (Bautista, 2017). Aunque en Panamá se realizó un estudio con otra metodología, este documento nos permite ver el panorama de enfermería en otro país en relación al nivel de conocimiento de la enfermera en este tema.

En ese mismo año en Ecuador, se realiza un estudio en relación al cumplimiento de la atención por triage Manchester en el servicio de emergencia del Hospital Luis Gabriel Dávila, cuyo objetivo principal fue implementar una base de datos que contribuya a verificar y respaldar el cumplimiento de Triage Manchester, se recogieron datos de 376 pacientes con relación a la clasificación por nivel de prioridad, las principales impresiones diagnósticas, entre otras; se demostró el 57.71% era adecuadamente clasificado y el 42.29 % tenían una inadecuada clasificación. (Ortiz, 2018). Esta investigación ofrece elementos que nos demuestran que existe un alto porcentaje de inadecuada clasificación por parte del personal de salud, lo que es preocupante ya que de esta evaluación inicial depende la continuidad, el tratamiento y el seguimiento en la atención de los pacientes. Este artículo no se aleja de nuestro proyecto que busca determinar si la enfermera es o no asertiva en el cumplimiento de un protocolo de clasificación de pacientes de acuerdo con sus signos y síntomas por sistemas.

Con base a estos conceptos, se decidió concentrar esfuerzos en una investigación aplicada de análisis de contenido que busca evidencia científica de la asertividad de la enfermera de triage en el servicio de emergencias y urgencias, del Hospital Santo Tomás, instalación de tercer nivel de atención y IV grado de complejidad, se dividió en 3 etapas: 1- se realizó el análisis del problema, 2- se analizaron las variables clasificación de pacientes según nivel de prioridad y 3- proceso operacionalización del proyecto. Estos datos fueron obtenidos de los expedientes clínicos de los pacientes atendidos en el mes de julio 2019, se analizaron un total de 300 casos clínicos. Para este estudio se planteó las siguientes hipótesis de trabajo más del 50% de los casos clínicos de las diferentes historias clínicas o expedientes revisados fueron asertivos por parte de la enfermera(o)

Dentro de los principales resultados tenemos que se observó que 72.3% de los casos clínicos fue clasificado de manera asertiva y un 27.7% no asertiva, por la enfermera(o) tomando en consideración el motivo de consulta y la valoración de las constantes vitales. lo que nos indica de alguna manera que existe la necesidad de generar nuevas líneas de investigación vinculadas a la práctica de realización de triage por las enfermeras(os) en Panamá, en los temas de atención en salud, y mayormente en los motivos de las consultas.

## Metodología

La metodología utilizada para la realización de este estudio fue una investigación aplicada de análisis de contenido; busca solucionar un problema de la práctica en conjunto con la institución. En este estudio se trabajó con los expedientes clínicos con el método de análisis de contenido para determinar la asertividad de la enfermera en la clasificación de los pacientes y su relación con la impresión diagnóstica médica, se utilizó el protocolo de selección según signos y síntomas por sistemas- adultos como una guía, y el registro de los datos del formato de auditoría de expedientes validado para tal fin. Esta investigación fue aprobada por el comité de bioética de la Universidad de Panamá.

En relación a la muestra se tomó en cuenta que el promedio de pacientes semanales que se ven el Servicio de Emergencias y Urgencias del Hospital Santo Tomás, son de 1,285(mil doscientos ochenta y cinco) pacientes; preservando un nivel de confianza de 95% y un margen de error de un 5% se calculó una muestra de 300 expedientes clínicos.

En los Criterios de inclusión las historias o expedientes clínicos, tenían que tener: la prioridad (color de clasificación), representada por los colores rojo, naranja, amarillo, verde y azul Datos generales, con el sexo, edad y lugar de procedencia; las constantes vitales del paciente que incluye presión arterial, pulso, respiración y temperatura, glicemia capilar y saturación de oxígeno, aunque la glicemia y saturación de oxígeno estaba sujeta a criterio profesional; la Impresión diagnóstica médica y el motivo de consulta que incluye de manera explícita los síntomas del paciente, los signos, fenómenos observados, alergias, enfermedades y operaciones previas, ayuno del paciente, información subjetiva, durante la valoración clínica del paciente por la enfermera(o) en triage, entre otros datos que registra la enfermera(o).

Dentro de los Criterios de exclusión tenemos a los expedientes sin clasificación o priorización de la atención, traducida en color asignado, sin constantes vitales, ni motivo de consulta; las historias clínicas o expedientes de pacientes definidos como adentros para la consulta, en cardiopulmonar o trauma mayor o menor; las historias o expedientes clínicos que el motivo de consulta se coloque el motivo de referencia como impresión diagnóstica, mas no por signos y síntomas; cuando no se evidencie con claridad la impresión diagnóstica médica; no se marque el color por omisión o error a pesar de conocer los signos y síntomas, motivo de consulta y signos vitales por la enfermera; expedientes que no contarán con impresión diagnóstica médica.

Instrumentos: A-Formato de auditoría de expediente clínico se utilizó para el análisis de contenido de expedientes clínicos, el cual se sometió a un proceso de validación de expertos (Escobar y Cuervo, 2008) , a fin de recolectar las variables asociadas a la asertividad de acuerdo con los protocolos de selección según signos y síntomas por sistemas del paciente en el área de triage, buscando comparar la impresión diagnóstica médica y clasificación de la enfermera, de igual forma la clasificación de la enfermera de la prioridad del paciente con el motivo de consulta y constantes vitales. B-También se utilizó el protocolo de selección según signos y síntomas del Ministerio de Salud como un instrumento de guía al momento de evaluar la asertividad de la enfermera.

Para su mayor comprensión y desarrollo este proyecto se dividió en 3 etapas; en la etapa I se realizó el análisis del problema, en la etapa II se recolectaron los datos (historias clínicas de pacientes en calidad de egresos), se trabajó con una muestra específica a evaluar en un ciclo diario de 24 horas, durante dos semanas es decir de lunes a domingo, hasta completar la muestra (técnica de muestreo: al azar). El análisis de los datos será de tendencia central, determinando en términos de frecuencia y porcentajes la coincidencia entre el juicio de la enfermera y la impresión diagnóstica médica. En la etapa III se realizó el proceso operacionalización del proyecto y se utilizó la matriz de planificación de proyectos en la cual se dividió en las etapas de preparación y organización, intervención y resultados. Se siguió todo un proceso de sistematización.

Es importante señalar que hay condiciones clínicas que pueden variar de un paciente a otro, tomando como referencia patologías previas, edad del paciente, tiempo de inicio de un comportamiento clínico. En este proceso de toma de decisiones clínicas al momento de clasificar un paciente esta lo oportuna y pronta atención que merece y debe tener un paciente en un momento dado. Adicional a esto hemos colocado cuadros y gráficas, representativo de los resultados generales de la investigación con las variables de datos generales de la población estudiada como sexo, edad, provincia de procedencia, los diagnósticos o impresiones médicas más comunes, prioridad según color más común, entre otras.

## Resultados

A continuación estaremos presentando dos cuadros con los resultados más relevantes obtenido de los 300 expedientes clínicos analizados:

Tabla 1.

Clasificación asertiva y no asertiva de la enfermera(o), según protocolo de selección (constantes vitales). Servicio de emergencias y urgencias- HST, julio 2019.

| Clasificación asertiva | Constantes vitales (presión Arterial, pulso, respiración, temperatura, saturación de oxígeno, glicemia capilar) |      |
|------------------------|---|------|
|                        | N°  | %    |
| <b>TOTAL</b>           | 300   | 100  |
| <b>Si</b>              | 281   | 93.7 |
| <b>No</b>              | 19  | 6.3  |

**Fuente:** Auditoria realizada a expedientes clínicos en el Servicio de Emergencias y Urgencias del Hospital Santo Tomas, julio 2019.



Las constantes vitales, son un elemento clave a tomar en cuenta en la clasificación, por signos y síntomas en la enfermera(o), en el área de TRIAGE; es por ello que podemos evidenciar Que 281 casos clínicos auditados de un total de 300, que representa el 93.7%, fueron asertivos, tomando de referencia los límites de normalidad de las constantes vitales esperadas en la población adulta y en condiciones clínicas propias de algunas patologías clínicas; sin embargo el 6.3% de ellos “no”, de acuerdo a rangos esperados de normalidad en la población.

Tabla 2.

Clasificación asertiva y no asertiva de la enfermera(o), por prioridad en la atención de paciente. Servicio de emergencia y urgencias-HST. Julio 2019.

| Prioridad de atención o color de clasificación por la enfermera(o) | TOTAL |      | Clasificación de casos clínicos |      |             |      |
|--|-------|------|---------------------------------|------|-------------|------|
|  |       |      | Asertiva                        |      | no Asertiva |      |
| TOTAL  | N     | %    | N                               | %    | N           | %    |
|  |       | 300  | 100                             | 217  | 72.3        | 83   |
| <b>Rojo-I</b>  | 3     | 1.0  | 1                               | 0.3  | 2           | 0.7  |
| <b>Naranja-II</b>  | 4     | 1.3  | 1                               | 0.3  | 3           | 1.0  |
| <b>Amarillo-III</b>  | 117   | 39.0 | 88                              | 29.3 | 29          | 9.7  |
| <b>Verde-IV</b>  | 169   | 56.3 | 122                             | 40.7 | 47          | 15.7 |
| <b>Azul- V</b>   | 7     | 2.3  | 5                               | 1.7  | 2           | 0.7  |

**Fuente:** Auditoria realizada a expedientes clínicos en el Servicio de Emergencias y Urgencias del Hospital Santo Tomás, julio 2019.

Que de un total de 300 expedientes o casos clínicos auditados, en el área de triage del servicio de emergencias y urgencias del Hospital Santo Tomás, en el mes de julio de 2019, el 72.3% fue clasificado de manera asertiva y un 27.7% no asertiva, por la enfermera(o), tomando en consideración el motivo de consulta, que contiene: datos subjetivos y objetivos del paciente, alergias, enfermedades previas, operaciones; adicional las constantes vitales (temperatura, pulso, respiración, presión arterial), glicemia capilar y saturación de oxígeno, que le permite tener un juicio clínico o tomar una decisión del nivel de prioridad o clasificación de paciente definida en color y tiempo para ser abordado por el médico tratante, con base al protocolo de clasificación de signos y síntomas por sistemas de adulto, tomando de referencia la impresión diagnóstica médica inicial.

Existe la necesidad de generar nuevas líneas de investigación vinculadas a la práctica de realización de triage por las enfermeras(os) en Panamá, con especial atención en la identificación de los tiempos promedios en el proceso de atención del personal de salud, satisfacción de los usuarios al ser atendidos en triage, atención y cuidado humanizado, nivel de conocimientos de la enfermera para realizar correctamente la clasificación de pacientes según la prioridad en su atención.

Con respecto al análisis estadístico de la hipótesis planteada que más del 50% de los casos clínicos de las diferentes historias clínicas o expedientes revisados fueron asertivos por parte de la enfermera(o) se realizó una prueba de proporción para una muestra con un valor fijo en este caso del 50%. Como muestra a continuación:

1) Planteamiento de hipótesis:

$$H_0: p \leq 0.50$$

$$H_1: p > 0.50$$

2) Determinar estadístico de la prueba Z:

$$\sigma_p = \sqrt{(0.50)(1-0.50) / 300} = 0.02886$$

$$p = 217/300 = 0.723$$

$$Z_c = (0.723 - 0.50) / 0.02886 = 7.62$$

3) Determinar el valor de Z en tablas de acuerdo al valor de alfa 5%:

$$Z \text{ de tablas para } 0.05 = -1.96$$

4) Interpretación y conclusiones:

Dado que  $Z_c = 1.96$  es menor que  $Z_t = -7.62$  la  $H_0$ , se rechaza a un nivel alfa del 5%.

Lo que significa que se aprueba la hipótesis alternativa que nos dice que más del 50% de los casos clasificados fueron asertivos por parte de la enfermera.

## Discusión

La enfermera en muchos países del mundo es quién realiza el primer abordaje al paciente a través del triage, reconocemos con este estudio la importancia de tener un personal de salud que realice con asertividad este trabajo. Esto también lo resalta (Cubero, 2014) cuando

menciona que el personal de salud es un elemento fundamental por tener un importante peso para la clasificación y el flujo de usuarios en los centros de atención.

Otro de los aspectos que se menciona en la literatura son las competencias que debe tener la enfermera que se encuentra realizando este trabajo en el área del triage, así nos menciona (Juvé y otros, 2007) que el profesional de enfermería deberá poder procesar datos relevantes de los pacientes, sin obviar datos importantes, debe saber priorizar y coordinarse con otros profesionales de diferentes servicios; en este estudio pudimos evidenciar el porcentaje de asertividad que posee la enfermera de urgencia en esta instalación de salud de Panamá según las constantes vitales fue de un 93.7 % , consideramos que es alto el porcentaje de enfermeras asertivas por consiguiente podemos pensar que ese porcentaje de enfermeras tienen las competencias que mencionan los autores en mención, de analizar los datos de los pacientes, priorizar según sus necesidades y también de direccionar a la atención que le corresponde.

La realización de triage o selección de pacientes, con base a un nivel de priorización en los servicios de urgencias y emergencias de un tercer nivel de atención, cada vez más se convierte en una alternativa o proceso de abordaje de la población al momento de buscar una atención de salud en situaciones urgentes y emergentes; la instalación de salud busca hacerle frente a la saturación de los servicios de urgencias y emergencias, resolver la alta demanda de consultas que pueden ser resueltas en un primer y segundo nivel de atención, disminuir los niveles de ansiedad y contribuir a un proceso de educación continua sobre la adecuada utilización de los servicios de urgencias en la población , prever de manera oportuna y en tiempo de atención el abordaje de algunas patologías en los pacientes, y es la enfermera(o) la que realiza ese vínculo entre el médico tratante y el paciente que busca atención en salud; es por ello que Parrilla 2003 citado por Cubero y Medina, 2013 en la Revista electrónica enfermería actual en Costa Rica nos dicen que “hasta el momento no hay diferencia en efectividad del triage aplicado por el profesional de Enfermería y el facultativo” y luego Cubero (2014) realiza una investigación de la evidencia publicada durante los últimos 15 años de los sistemas de Triage: respuesta a la saturación en las salas de urgencias, donde incluye la observación del personal que allí trabaja y reafirma que no hay contradicción en la clasificación realizada por el profesional de enfermería y la efectuada por el médico. Pensamos que aunque no realizamos una prueba estadística comparativa, nuestros resultados son similares a lo que menciona Cubero ya que la clasificación que realizó la enfermera en el triage fue de alguna forma comparada con la impresión diagnóstica médica para conocer si la enfermera fue o no asertiva, como observamos en los resultados se obtuvo un porcentaje del 72.3% en la asertividad de la enfermera con relación a la clasificación de pacientes de acuerdo a su prioridad en la atención.

Por otra parte Ortiz (2018) en la investigación de denominada cumplimiento de la atención por triage Manchester, en el servicio de emergencias, del hospital Luis Gabriel Dávila estudio el indicador 6, relacionado a la efectividad en la designación de prioridad manchester, en sus análisis de resultados nos expresa, que el porcentaje de pacientes que tuvieron una adecuada designación de prioridad manchester según su diagnóstico fue del

75.27%, por lo que se asigna un nivel de cumplimiento parcial según la escala de medición utilizada en el estudio, que se diferencia del resultado obtenido en un análisis estadístico inicial, donde la variable evaluada “pacientes con adecuada clasificación”, según Manchester, con un 57.71%, que fue la base para plantearse por esta autora una estrategia de intervención ,tipo educativa, para evidenciar el cumplimiento de triage Manchester. El resultado final de este estudio en esta línea de investigación, es muy similar al obtenido en nuestro estudio, con un 72.33 % de asertividad en la clasificación de signos y síntomas, tomando como referencia la impresión diagnóstica médica, que estamos consciente, no es el diagnostico final; sin embargo nos da un panorama del proceso que estamos ejecutando a la fecha, y que nos permite levantar datos a fin de crear un ciclo de mejora en el proceso de realización de triage o selección de pacientes por la enfermera(o); pese a que el porcentaje obtenido representa más del 50% de asertividad del total de casos, estadísticamente representado.

Por último en diciembre de 2018 se publicó en España un estudio retrospectivo que evaluaba la calidad y la adecuación del triaje realizado por enfermeras, donde se considera adecuado el triaje realizado por las enfermeras, sin embargo en relación con la variable calidad resaltan que hay que mejorar los tiempos de espera pero a la vez lo justifican por ser suficientemente correcto el lugar de atención y tipo de alta para cada nivel de triaje dentro de lo deseable (Viñuales y otros, 2018); aunque se utilizó otro método en nuestro estudio, el resultado obtenido es similar, en relación a considerar un buen porcentaje de enfermeras asertivas al momento de clasificar o priorizar la atención, de igual manera el tiempo de atención sigue siendo un problema que requiere ser de alguna manera resuelto.

### **Conclusión**

A manera de conclusiones tenemos que según este estudio un porcentaje significativo de enfermeras están siendo asertivas al momento de clasificar el paciente en el área de triage, tomando en consideración la impresión diagnóstica inicial del médico; a pesar de esto debemos generar nuevas líneas de investigación vinculadas a la práctica de realización de triage, nuevos conocimientos y estrategias para mantener y mejorar las competencias del profesional de enfermería; todo esto con el fin de contribuir a optimizar el servicio de emergencias y urgencias que se le brinda a la población panameña.

### **Referencias**

- Bautista, D. (2017). **Análisis situacional de la atención de enfermería en la implementación de triage en el servicio de emergencia del Hospital General Puyo**. Repositorio Institucional UNIANDDES. Recuperado de: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/7052>
- Cubero---Alpizar, C. (2014). **Los sistemas de triage: respuesta a la saturación en las salas de urgencias**. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica, 27, 1---12. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i27.16145>

- Cubero C. y Medina, K.. (2013). **Los procesos de clasificación de usuarios y su impacto en la atención en las salas de urgencias a nivel hospitalario**. REVENF Sitio web: <https://www.redalyc.org/pdf/448/44826081009.pdf>
- Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez.(2008). **Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización**. Institución Universitaria Iberoamericana, Colombia Sitio web: [http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3\\_Juicio de expertos\\_27-36.pdf](http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf).
- Gómez, J. (2003). **Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias**. SCIELO Sitio web: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/clasificacion\\_y\\_triaje.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/clasificacion_y_triaje.pdf)
- Juvé, M., Farrero, S., Matud, C., Monterde D., Fierro, G., Marsal, R., Reyes, C., García, B., Pons, A., Arnau, M., Martínez, R. y Flores, C. (2007) **¿Cómo definen los profesionales de enfermería hospitalarios sus competencias asistenciales?** 17 de abril 2018, de Elsevier Sitio web: [https://www.researchgate.net/profile/Maria-Eulalia-Juve-Udina/publication/273568910\\_Como\\_definen\\_los\\_profesionales\\_de\\_enfermeria\\_hospitalarios\\_sus\\_competencias\\_asistenciales/links/5a46134da6fdcce1971a97dc/Como-definen-los-profesionales-de-enfermeria-hospitalarios-sus-competencias-asistenciales.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Maria-Eulalia-Juve-Udina/publication/273568910_Como_definen_los_profesionales_de_enfermeria_hospitalarios_sus_competencias_asistenciales/links/5a46134da6fdcce1971a97dc/Como-definen-los-profesionales-de-enfermeria-hospitalarios-sus-competencias-asistenciales.pdf)
- López, J., Montiel, M. y Licon, R. (2006). **Triaje en el servicio de urgencias**. Medigraphic Artemisa en línea. Sitio web: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2006/mim064k.pdf> .
- Navarro, V. y Rodríguez, G. (2006). **Abordaje inicial al paciente con una emergencia médica**. Rev. de las ciencias de la salud de Cienfuegos. Vol. 11. N° Especial 1. Pág. 7-11. Recuperado de: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/3\\_abordaje\\_inicial.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/3_abordaje_inicial.pdf)
- Ortiz, V. (2018). **Cumplimiento de la atención por triaje manchester en el servicio de emergencia del hospital Luis Gabriel Dávila, 2017**. <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/8087>.
- Rovira G, E. (2012). **Urgencias en enfermería: difusión de avances de enfermería**. Barcelona, España.
- Solís, J., Flores, G., De León, L. Álvarez, A., Bragulat, E., Gómez Muñoz, M., Soler, W. (2010). **El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias**. 25 julio 2017, de Scielo Sitio web: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1137-66272010000200008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1137-66272010000200008)
- Viñuales, I., Monzón-Fernández, A., Viñuales, M. y Sanclemente, T. (2018). **Evaluación del triaje realizado por enfermeras en el Servicio de Urgencias del Hospital**

**Clínico Universitario «Lozano Blesa» (Zaragoza).** 17 de abril 2018, de EL

SEVIER Sitio web:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862117301936>

### **Agradecimientos**

Nuestra profunda gratitud al Ministerio de Salud, por la descarga laboral y para el personal del Hospital Santo Tomas, quién nos abrió las puertas y nos facilitó la información para realización de esta investigación.