UNIVERSITAT DE BARCELONA

Triaje en los servicios de urgencias hospitalarios: Nivel competencial de la enfermera y satisfacción de los pacientes

Meritxell López Hernández

Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència ***Reconeixement 4.0. Espanya de Creative Commons***.

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia ***Reconocimiento 4.0. España de Creative Commons***.

This doctoral thesis is licensed under the ***Creative Commons Attribution 4.0. Spain License***.

UNIVERSITAT DE BARCELONA
Facultat d'Infermeria

Programa doctorat d´Infermeria i Salut

Línea de Investigación: Dimensions del cuidar: Gènere, família i societat

Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

TRIAJE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS: NIVEL COMPETENCIAL DE LA ENFERMERA Y SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

Doctoranda: Meritxell López Hernández

Director/a de Tesis: Dr. Jordi Galimany Masclans, Dra. Montserrat Puig Llobet

Profesor/a de Tesis: Dra. Montserrat Puig Llobet

Barcelona, abril 2024

Agradecimientos

A mis compañeros de urgencias del hospital de Viladecans y del hospital de Bellvitge por su voluntad en participar en el estudio

A los supervisores de los servicios de urgencias por facilitar la recogida de datos.

A marta franco, Sergio Higon, Yolanda Moreno y Lidia Miralles, sin ellos hubiera sido imposible realizar el estudio.

A mis directores de tesis, Montserrat Puig y Jordi Galimany. gracias por la comprensión infinita y los ánimos a seguir adelante en los momentos más difíciles.

A mis amigos y familia, a Mónica Ruiz y Montse Oliveras por estar ahí en mis momentos de colapso.

A mis hijos, Marc, Paula y Maria por recibir todo su cariño y comprensión en este largo camino.

Y, sobre todo a Vicente, sin su apoyo incondicional no hubiera sido posible llegar hasta aquí.

Gracias

ÍNDICE

GLOSARIO 11

RESUMEN 14

ABSTRACT 16

INTRODUCCIÓN 19

Triaje de los servicios de urgencias hospitalarios 20

Definición del término triaje 20

Historia del triaje 21

Definición del Triaje estructurado 22

Indicadores de calidad del sistema de triaje en urgencias 28

Competencias profesionales 29

Competencias enfermeras 30

Competencia clínica 33

Razonamiento clínico 34

El triaje como competencia enfermera 35

Marco teórico enfermero 40

Modelo de curas de Patricia Benner 40

Evaluación de las competencias enfermeras 45

Sistemas de evaluación de las competencias enfermeras 48

Satisfacción del paciente. Gestión de la calidad asistencial 53

Satisfacción del paciente de los cuidados enfermeros 56

Antecedentes del estudio 59

Nivel competencial de las enfermeras que realizan triaje en las urgencias hospitalarias 59

Satisfacción de los pacientes sobre la atención recibida por parte de las enfermeras en triaje de las urgencias hospitalarias 64
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO 69
OBJETIVOS Y HIPÓTESI 72
Objetivos generales y específicos 72
Hipótesis..... 73
METODOLOGÍA..... 74
Diseño 74
Ámbito de estudio..... 74
Sujetos de estudio..... 76
Enfermeras que realizan el triaje en urgencias 76
Pacientes atendidos por la enfermera de triaje de los servicios de urgencias hospitalarios 77
Selección de la muestra 77
Enfermeras que realizan triaje en urgencias 77
Pacientes atendidos por la enfermera en triaje de urgencias.....77
Técnica de muestreo 79
Criterios de inclusión y de exclusión 81
Variables de estudio..... 81
Variables sociodemográficas 81
Variables relacionadas con la experiencia profesional.....81
Variables relacionadas con la formación académica 82
Variables relacionadas con el nivel competencial y las 6 competencias descritas en el cuestionario COM_VA© 82
Variables sociodemográficas 83
Información relacionada con la asistencia en el triaje 83
Instrumentos de recogida de datos 85

Instrumentos de medida de las enfermeras 85
Instrumentos de medida de los pacientes 87
Recogida de datos 88
Fase piloto.....88
Análisis de los datos 92
Aspectos éticos 93
RESULTADOS 95
Características de las enfermeras 96
Características sociodemográficas de las enfermeras 96
Experiencia laboral y formación académica de las enfermeras 96
Aspectos relacionados con el nivel competencial de las enfermeras en triaje. 98
Relación entre la edad de las enfermeras y otras variables 100
Nivel competencial de las enfermeras.....104
Relación entre las variables de las enfermeras y el nivel competencial de las enfermeras que realizan el triaje 110
Relación del resultado de cuestionario COM_VA© con la variable ¿El triaje es una competencia enfermera?.....115
Resultados de los pacientes que han participado en el estudio..... 118
Implicaciones para la práctica asistencial 119
Perfil sociodemográfico de los pacientes 121
Perfil clínico de los pacientes que son atendidos por las enfermeras en el triaje 122
Nivel de satisfacción de los pacientes que son atendidos en triaje por una enfermera.....124
Relación de las características del paciente con el resultado de la escala CECSS 131
Relación del resultado de la CECSS con aspectos relacionados con el nivel competencial de las enfermeras 136

DISCUSIÓN 140
Competencias de las enfermeras en el triaje 140
Satisfacción del paciente de la atención recibida por la enfermera en el triage 147
Relación satisfacción del paciente con las características de los pacientes y motivos de consulta 149
Relación de la satisfacción del paciente con las características y el nivel competencial de las enfermeras en el triaje 151
Limitaciones del estudio 154
Propuestas de futuras líneas de investigación 156
CONCLUSIONES 158
BIBLIOGRAFIA 164
ANEXOS 181
Anexo 1. Formulario para la recogida de datos de las enfermeras 181
Anexo 2. Cuestionario de evaluación de competencias: COM_VA© 183
Anexo 3. Formulario para la recogida de datos de los pacientes 189
Anexo 4. Escala de satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros en urgencias adaptada (CECSS). 190
Anexo 5 Documento de aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital de Viladecans 191
Anexo 6. Documento informativo sobre el estudio para las enfermeras 193
Anexo 7. Documento informativo sobre el estudio para los pacientes 195
Anexo 8. Hoja de consentimiento informado para las enfermeras que participan en el estudio 197
Anexo 9. Hoja de consentimiento informado para los pacientes que participan en el estudio 198

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1. Descripción de las escalas más utilizadas de valoración del triaje estructurado (Elaboración propia) 25
Tabla 2. Criterios de tiempo de asistencia según los modelos de escala de triaje (Elaboración propia) 26
Tabla 3. Competencias enfermeras de urgencias i emergencias (SEEUE.,2002) ..32
Tabla 4. Características de los distintos niveles de pericia descritos en el Modelo de Adquisición de Habilidad de los hermanos Dreyfus (Adaptado de Benner,2004) ...41
Tabla 5. Clasificación de Benner: Conceptos principales y definiciones de las etapas de la enfermera en la clínica (Adaptado de Algarra,2015) 44
Tabla 6. Pruebas para la evaluación de competencias según los niveles de la Pirámide de Miller (Adaptado de LLeixà,2009).....46
Tabla 7. Peso competencial de cada dominio según el área asistencial (Adaptado Juvé,2013).....52
Tabla 8. Artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica sobre el nivel competencial de las enfermeras que realizan triaje en las urgencias hospitalarias (Elaboración propia) 59
Tabla 9. Descripción de los artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica sobre la satisfacción del paciente de la enfermera de triaje de los servicios de urgencias hospitalarios (Elaboración propia).....66
Tabla 10. Número total de urgencias que visita el HUB y el HV.....78
Tabla 11. Tamaño muestra según nivel de gravedad del paciente (Elaboración propia) 79
Tabla 12. Características de las enfermeras incluidas en el estudio.....96
Tabla 13. Experiencia laboral de las enfermeras 97
Tabla 14. Formación académica de las enfermeras de triaje 98
Tabla 15. Aspectos de la enfermera relacionados con el triaje 99
Tabla 16. Relación de la edad con la formación académica de la enfermera 101
Tabla 17. Relación edad con aspectos relacionados con la competencia enfermera en triaje 102
Tabla 18. Relación del nivel de seguridad con aspectos relacionados con la competencia enfermera.....103

Tabla 19. Relación entre nivel de seguridad de las enfermeras y experiencia laboral en triaje 104
Tabla 20. Puntuación del COM_VA© por hospitales 105
Tabla 21. Diferencia entre la puntuación del COM_VA© de la enfermera de triaje y la supervisora 106
Tabla 22. Categorización del COM_VA© según nivel de competencia y niveles de puntuación 107
Tabla 23. Descripción de los resultados obtenidos del COM_VA© por cada competencia 108
Tabla 24. Diferencia de puntuación entre la autoevaluación de las enfermeras y la evaluación de las supervisoras de urgencias 109
Tabla 25. Relación COM_VA© y el sexo de las enfermeras 111
Tabla 26. Relación COM_VA© con la experiencia laboral de las enfermeras en urgencias 111
Tabla 27. Relación COM_VA© con la experiencia laboral de las enfermeras en triaje 113
Tabla 28. Modelo de regresión lineal entre COM_VA© y experiencia laboral en triaje 113
Tabla 29. Relación entre el resultado COM_VA© y la formación de las enfermeras 114
Tabla 30. Relación COM_VA© con la formación en gestión del estrés en cada hospital 115
Tabla 31. Relación resultado cuestionario COM_VA© con la variable considerar si el triaje es una competencia enfermera 116
Tabla 32. Relación resultado COM_VA© con la variable la enfermera se sentía respetada por el equipo asistencial en su toma de decisiones 117
Tabla 33. COM_VA© vs nivel de seguridad de la enfermera en su praxis diaria ..118
Tabla 34. Características de los pacientes incluidos en el estudio 122
Tabla 35. Resultados nivel de satisfacción de los pacientes con la escala CECSS 125
Tabla 36. Resultado desglosado de la escala CECSS 127
Tabla 37. Relación entre las preguntas de la escala CECSS y el resultado global de la escala CECSS 131
Tabla 38. Relación del resultado CECSS con el dolor 133

Tabla 39. Asociación entre la CECSS y el dolor del paciente en cada hospital 134
Tabla 40. Relación resultado COM_VA© con nivel de triaje asignado a los pacientes y hospital 134
Tabla 41. Descripción de las variables CECCS, dolor y nivel de urgencias según el motivo de consulta del paciente 135
Tabla 42. Relación CECCS según COM_VA© y COM_VA© categorizado.....137
Tabla 43. Relación CECSS y resultado competencias del COM_VA© 138
Tabla 44. Relación CECSS según variables enfermeras 139

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1. Frecuentación de la población a las urgencias hospitalarias (SNS) (Adaptada del Ministerio de Sanidad,2023) 19
Figura 2. Pantalla Inicial programa e-Pat (Adaptada de Gómez, 2003) 27
Figura 3. Análisis conceptual de la competencia de triaje en enfermeras de urgencias (Adaptado de Hee,2017) 39
Figura 4. Pirámide de Miller (Adaptado de LLeixà,2009) 46
Figura 5. Valoración media de los diferentes servicios sanitarios públicos. Evolución 2015-2023. (Adaptado Ministerio de Sanidad, 2023) 54
Figura 6. Gerencia Territorial Metropolitana Sur, Institut Català de la Salud (Adaptado de Intranet Hospital de Bellvitge).....75
Figura 7. Diagrama de flujo del proceso de reclutamiento de los pacientes (Elaboración propia) 91
Figura 8. Diagrama de flujo de la muestra de enfermeras recolectadas. Criterios de exclusión (Elaboración propia) 95
Figura 9. Diagrama de barras de las prioridades de las habilidades para las enfermeras de triaje 99
Figura 10. Diagrama de barras de la percepción del respeto por parte del equipo en la toma de sus decisiones en triaje 100
Figura 11. Diagrama de barras de la relación de la edad de las enfermeras con su experiencia laboral 101
Figura 12. Diagrama de barras de la relación entre el nivel de seguridad de las enfermeras y la experiencia en urgencias 104
Figura 13. Diagrama de dispersión de las variables edad y el COM_VA© 110
Figura 14. Diagrama de cajas y dispersión de las variables del COM_VA© con relación a la experiencia laboral en urgencias de las enfermeras en cada hospital 112
Figura 15. Diagrama de cajas y de dispersión de las variables resultado COM_VA© y considerar el triaje como competencia enfermera 117
Figura 16. Diagrama de flujo de la muestra de pacientes incluida en el estudio ...119
Figura 17. Diagrama de sectores de los motivos de consultas de los pacientes a urgencias.....123
Figura 18. Diagrama de barras de la variable dolor de los pacientes en triaje 123

Figura 19. Diagrama de barras del nivel de dolor de los pacientes en cada hospital 124
Figura 20. Diagrama de dispersión de las variables edad del paciente y resultado de CECSS de cada hospital 132
Figura 21. Diagrama de cajas y dispersión de las variables CECSS y dolor según hospital 133

GLOSARIO

A

ACOE: Evaluación Objetiva Estructurada

AIC: Akaike Information Criterion

ATS: Australasian Triage Scale

C

CAEP: Asocaciación Canadiense de Médicos de Urgencias

CECSS: Consumenr Emergency Care Satisfaction Scale

CIE: Consejo Internacional de Enfermeras

CMBDU: Conjunto Mínimo de Datos Asistenciales de Urgencias

COM_VA©: Cuestionario de Evaluación de Competencias para enfermeras clínicas en el ámbito hospitalario

COPA: Assessment of Results and Performance of Competencies

CTAS: Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale

CUCACE: Cuestionario de Calidad de los Cuidados de Enfermería

D

DE: Desviación Estandard

E

ECAEE: Competence Scale of Actions of Nurses in Emergencies

ECO: Evaluación de Competencias

ECOEnf: Escala de Evaluación de Competencias en Enfermería

EEUU: Estado Unidos

ENA: Emergency Nurses Association

Enpss: Emergency Nursing Care Patient Satisfaction Scale

ESI: Emergency Severity Index

EVA: Escala Visual Analógica

G

GNCS-P: Good Nursing Care Scale for Patients

GRUDEs: Grado de Urgencia según la Edad

GRUDs: Grado de Urgencia según Destino desde urgencias

H

HUB: Hospital Universitario de Bellvitge

HV: Hospital de Viladecans

I

ICS: Institut Català de la Salut

K

KTAS: Korean Triage and Acuity Scale

M

MAH: Modelo de Adiquisición de Habilidades

MAT: Model Andorrà de Triatge

MTS: Manchester Triage System

N

N: Número

NCS: Nurse Competence Scale

NIHSS: National institute of Health Stroke Scale

NSNS: Newcastle Satisfaction with Nursing Scales

NTS: National Triage Scale for Australasian Emergency Departments

P

PAT: Programa de Ayuda al Triaje

Q

[Q1: Q3]: Rango cuartil 1 a cuartil 3

QCINFAP©: Cuestionario Evalua las Competencias de las Enfermeras en Atención Primaria

R

R2: Coeficiente de determinación

RAC: Recepción, Acogida y Clasificación

RGPD: Regamento General de Protección de Datos

RIC: Rango Intercuartílico

S

SCMU: Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias

SEEUE: Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias

SEM: Sistema d´Emergències Mèdiques

SEMES: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

SET: Sistema Español de Triaje

SNS: Sistema Nacional de Salud

SoCMUE: Societat Catalana de Medicina d´Urgències i Emergències

SUH: Servicio de Urgencias Hospitalario

T

TCS: Triage Competency Scale

TSS: Escala de Satisfacción del Triage

RESUMEN

Introducción: La competencia de las enfermeras en triaje es esencial para la calidad y seguridad en urgencias, requiriendo habilidades clínicas sólidas y toma de decisiones rápida. Mejora la eficiencia y la satisfacción del paciente, además de impactar en los resultados clínicos. Factores como la experiencia, formación y gestión del estrés pueden influir en estas competencias. La satisfacción del paciente refleja la calidad asistencial y es crucial para mejorar la práctica clínica en urgencias.

Objetivo: Analizar la relación entre el nivel competencial de la enfermera que realiza triaje y el grado de satisfacción de los pacientes que son atendidos por la enfermera en triaje en los servicios de urgencias hospitalarios.

Metodología: Se trata de un estudio multicéntrico, descriptivo y transversal. Se reclutaron un total de 77 enfermeras encargadas del triaje en los servicios de urgencias, junto con 624 pacientes atendidos por estas enfermeras en triaje. La investigación se llevó a cabo en el Hospital Universitari de Bellvitge y en el Hospital de Viladecans, ambos ubicados en la provincia de Barcelona y pertenecientes a la gerencia metropolitana Sur. El periodo de recolección de datos abarcó desde octubre hasta diciembre de 2019.

Se utilizaron dos instrumentos principales para recabar información: el cuestionario Evaluación de Competencias para enfermeras clínicas en el ámbito hospitalario (COM_VA©), empleado para evaluar el nivel competencial de las enfermeras; y la escala Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS), utilizada para medir el nivel de satisfacción de los pacientes atendidos por las enfermeras en el triaje.

Resultados: Se encontró un alto nivel de competencia entre las enfermeras de triaje, influenciado positivamente por su formación académica, experiencia laboral y especialización en urgencias y triaje. Se observó una relación significativa entre la competencia de las enfermeras y la satisfacción de los pacientes en el triaje influyendo factores como el dolor, motivo de consulta y nivel de triaje. Aunque los pacientes valoraron positivamente la competencia y empatía de las enfermeras, identificaron áreas de mejora en el manejo del dolor

y el apoyo emocional. La percepción de seguridad de las enfermeras también influyó en la satisfacción del paciente.

Conclusiones: El estudio muestra un alto nivel de competencia entre las enfermeras de triaje, con énfasis en la competencia "Cuidar". Se identificaron áreas de mejora, especialmente en "Facilitar el proceso de adaptación y afrontamiento". El trabajo en equipo y la empatía son destacados por su contribución a la alta satisfacción de los pacientes. Aunque la satisfacción general fue alta, se necesitan mejoras en el manejo del dolor y la atención emocional. Se encontró una relación significativa entre la competencia de las enfermeras y la satisfacción de los pacientes, enfatizando la importancia de fortalecer las habilidades enfermeras para mejorar la calidad en urgencias.

Relevancia para la práctica asistencial: Se enfatiza la necesidad de formación continua y desarrollo de habilidades para enfermeras en triaje, incluyendo razonamiento clínico, empatía, trabajo en equipo y adaptabilidad. Se destaca la importancia de mejorar el manejo del dolor y la comunicación para garantizar una atención efectiva en urgencias.

Palabras clave: enfermera, triaje, paciente, satisfacción, urgencias, competencia.

ABSTRACT

Introduction: The competence of nurses in triage is essential for quality and safety in emergencies, requiring solid clinical skills and quick decision-making. It improves efficiency and patient satisfaction, as well as impacting clinical outcomes. Factors such as experience, training, and stress management can influence these competencies. Patient satisfaction reflects the quality of care and is crucial for improving clinical practice in emergency settings.

Objective: To analyze the relationship between the competence level of nurses performing triage and the degree of satisfaction of patients attended to by these nurses in emergency department triage services.

Methodology: This is a multicenter descriptive and cross-sectional study. A total of 77 nurses responsible for triage in emergency departments, along with 624 patients attended to by these triage nurses, were recruited. The research was conducted at the Hospital Universitari de Bellvitge and the Hospital de Viladecans, both located in the province of Barcelona and belonging to the South Metropolitan Management area. Data collection occurred from October to December 2019.

Two main instruments were used to collect information: the Evaluation of Competencies for Clinical Nurses in the Hospital Setting questionnaire (COM_VA©), used to assess the competency level of nurses, and the Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS), used to measure the level of patient satisfaction with nurses in triage.

Results: A high level of competence was found among triage nurses, positively influenced by their academic background, work experience, and specialization in emergency and triage. A significant relationship was observed between nurses' competence and patient satisfaction in triage, with factors such as pain, reason for consultation, and triage level influencing satisfaction. Although patients positively valued nurses' competence and empathy, areas for improvement were identified in pain management and emotional support. Nurses' perception of safety also influenced patient satisfaction.

Conclusions: The study demonstrates a high level of competence among triage nurses, with an emphasis on the "Caring" competency. Areas for improvement were identified, especially in "Facilitating the adaptation and coping process". Teamwork and empathy are highlighted for their contribution to high patient satisfaction. Although overall satisfaction was high, improvements are needed in pain management and emotional care. A significant relationship was found between nurses' competence and patient satisfaction, emphasizing the importance of strengthening nursing skills to improve quality in emergencies.

Relevance for clinical practice: The need for continuous training and skill development for triage nurses is emphasized, including clinical reasoning, empathy, teamwork, and adaptability. The importance of improving pain management and communication to ensure effective emergency care is highlighted.

Keywords: nurse, triage, competence, satisfaction, patient, emergencies**.**

Nota: En el contexto de este estudio, el término "enfermera" se utiliza de manera inclusiva para referirse tanto a enfermeros como enfermeras, abarcando a todas las personas que ejercen esta profesión independientemente de su género.

INTRODUCCIÓN

Actualmente existe un augmento de la demanda asistencial en los servicios de urgencias hospitalarios con una población cada vez más envejecida que requiere unos cuidados más específicos y con unos recursos humanos cada vez más limitados.

La frecuentación de la población a las urgencias hospitalarias en los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) es de 0,44 veces por persona y año, lo que supone un total de 20.900.000 urgencias atendidas anualmente (2022). La frecuentación urgente en el nivel de atención especializada muestra una clara tendencia al alza desde 2012, y entre 2010 y 2019 ha aumentado en todos los territorios[1].

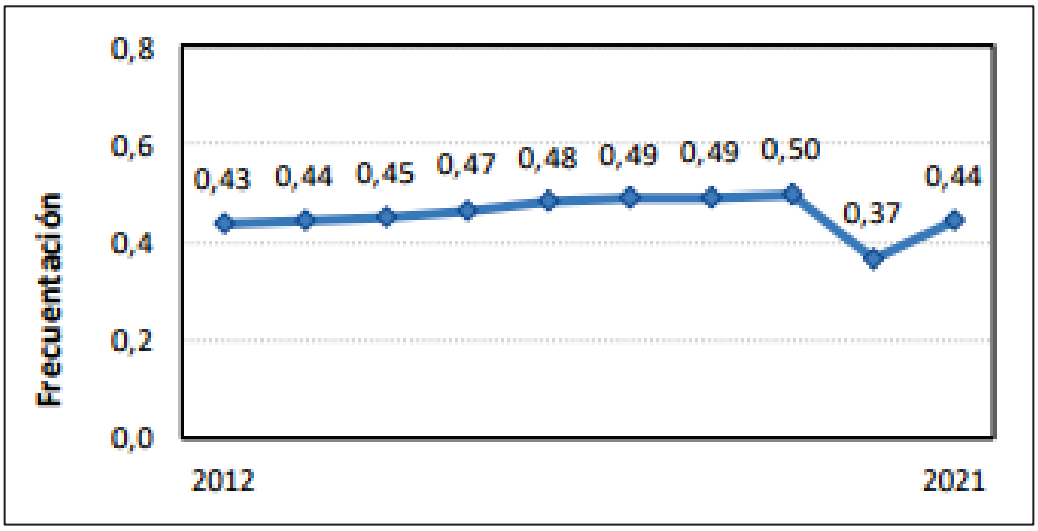


Figura 1. Frecuentación de la población a las urgencias hospitalarias (SNS) (Adaptada del Ministerio de Sanidad,2023)[1]

Esta masificación de los servicios de urgencias, común en todos los países desarrollados, provoca saturación en los servicios de urgencias, demora en el inicio de la asistencia, aumento en los tiempos de permanencia en los servicios de urgencias y por tanto una disminución de la satisfacción del paciente sobre la calidad asistencial recibida. Esta situación es provocada por diversos aspectos como el envejecimiento de la población y la cronicidad de las enfermedades, el mal uso de los servicios de urgencias por parte de los pacientes para la atención de situaciones no urgentes[2].

Cuando el paciente llega a los servicios de urgencias hospitalarios el primer contacto que tiene con el profesional asistencial es en triaje. El triaje es un proceso de toma de decisiones donde se clasifica el paciente, con la ayuda de un programa informático, en diferentes niveles de triaje según la prioridad de atención de la asistencia que requiere valorando el motivo de consulta por el que viene a ser atendido. Cada nivel de triaje se asocia con un grado de prioridad de atención asistencial que precisa cada paciente. La asignación del nivel de clasificación del triaje determinará la ubicación del paciente dentro del servicio de urgencias, la necesidad de recursos y el tiempo de espera hasta que sea visitado por el equipo asistencial dependiendo de cada modelo de escala de triaje[3]. Y este proceso se ha de realizar de una manera ágil, rápida y eficiente garantizando la seguridad de los pacientes que esperan a ser visitados por el equipo asistencial dando prioridad a la asistencia al paciente más urgente.

Triaje de los servicios de urgencias hospitalarios

Definición del término triaje

El término *triage* o *triaje* es un neologismo que proviene de la palabra francesa trier que se define como escoger, separar o clasificar. Empezó a utilizarse durante el periodo 1797-1801 en las batallas napoleónicas contra Egipto y Siria para la clasificación de la atención urgente de los pacientes y fue en 1964 Weinernan el pionero en la introducción de una sistematización del triaje en urgencias y emergencias en Baltimore.

El triaje es definido como el proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes según el grado de urgencias, de forma que los pacientes más urgentes son los primeros en ser atendidos y dependiendo de cómo, cuándo y dónde suceda se habla de triaje de urgencias, de emergencias o de catástrofes[3].

En 2004 la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE) *incorpora* un nuevo término de triaje en el ámbito de las urgencias hospitalarias, el de “Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) que hace referencia al primer contacto entre el paciente y el profesional asistencial en el servicio de urgencias hospitalarias (SUH), donde considera al enfermero como la figura que cumple los requisitos indispensables para priorizar y ordenar la

asistencia sanitaria teniendo en cuenta otros aspectos como los recursos humanos y materiales disponibles. Por tanto, el término triaje se utiliza más en el ámbito prehospitalario y RAC en el hospitalario[2].

Historia del triaje

En 1960, en EEUU se desarrolla un sistema de escala de triaje con 3 niveles de priorización (emergente, urgente y no urgente) que más adelante en 1995 fue superado por un modelo creado en América de 4 niveles, pero estos sistemas no están respaldados por evidencia científica en cuanto a su utilidad, validez y reproducibilidad y fueron substituidas a partir de los años 90 por escalas de 5 niveles de triaje que son aplicadas en los estándares del triaje estructurado[4].

En Australia en 1993 se creó la *National Triage Scale for Autralasian Emergency Departments (NTS),* una escala basada en 5 niveles de clasificación del triaje de uso universal creada por el Colegio de Medicina de Emergencias y basada en la evolución de la Escala Ipswich también de 5 niveles. La NTS plantea el abordaje de los pacientes en base a descriptores clínicos o síntomas centinela de una forma aparentemente arbitraria, *"a modus"* de ejemplo dentro de cada categoría de triaje, sin algoritmos clínicos de ayuda a la decisión. En el año 2000 la NTS fue revisada y recomendada como Escala Australiana de triaje (Australasian Triage Scale: ATS)[2,5].

En 1995 la Asociación canadiense de médicos de urgencias (CAEP) crea la Escala canadiense de triaje y gravedad para los servicios de urgencias (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: CTAS) utilizando como referencia la NTS. La CTAS utiliza un listado de síntomas y diagnósticos centinela e introduce los tiempos de actuación en función de la categoría, pero carece de algoritmos clínicos de ayuda a la decisión[6].

En 1996 el Grupo de triaje de Manchester crea el Sistema de triaje de Manchester (Manchester Triage System: MTS) que utilizan la NTS como referencia. Uno de los cambios más relevantes es que el MTS convierte el concepto de síntoma y diagnóstico centinela en categoría sintomática o de presentación que es clave para determinar la categoría de clasificación dentro de un sistema de algoritmos clínicos diferenciados por colores[7].

En 1999 en EEUU se creó el Índice de gravedad de urgencias (Emergency Severity Index: ESI) es una escala basada en un algoritmo simple, que tiene como referencia la MTS) e introduce el concepto de consumo de recursos diagnósticos y terapéuticos en la escala como criterio de clasificación[8].

Finalmente, en el año 2000 Gómez Jiménez y colaboradores desarrollan en Andorra, un nuevo sistema de triaje estructurado denominado «Model Andorrá de Triatge» (MAT), una versión adaptada de la CTAS, una escala basada en categorías sintomáticas con discriminantes clave y con algoritmos clínicos en formato electrónico[4]. En 2003 fue asumido por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) como el modelo estándar de triaje en castellano para todo el territorio español y se denominó «Sistema Español de Triaje» (SET)[3].

Definición del Triaje estructurado

Se define como triaje estructurado el hecho de disponer de una escala de triaje fiable, relevante, útil y válida, de una estructura física, profesional y tecnológica en los servicios de urgencias, que permitan realizar el triaje de los pacientes según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable. Los estándares del triaje estructurado definen los conceptos de utilidad, validez y reproductibilidad de manera que aseguran la eficacia, la precisión y la consistencia del proceso de triaje:

- Utilidad: capacidad de la escala para relacionar el grado de urgencia con la gravedad y la complejidad del paciente.
- Validez: clasifica en cada nivel de triaje a aquellos pacientes que realmente han de estar en ese nivel.
- Reproductibilidad o fiabilidad: es la capacidad de obtener el mismo resultado al aplicar una escala determinada, independientemente de la persona o el lugar donde se realice[9].

El triaje estructurado tiene como objetivos:

1. Priorizar la atención de los pacientes que presenten un riesgo vital.

2. Asegurar la priorización en la asistencia en función del nivel de clasificación del triaje.

3. Reevaluar los pacientes que esperan a ser atendidos en urgencias y no presentan un nivel de prioridad urgente.

4. Coordinar el flujo de pacientes según la demanda asistencia decidiendo cuál es el área dentro del servicio de urgencias más apropiada para atender a los pacientes.

5. Informar al paciente sobre el proceso asistencial que precisará, sobre el tiempo de probable de espera y mantener a los familiares informados.

6. Organizar el flujo de pacientes según la demanda asistencial para disminuir la congestión del servicio de urgencias[4].

Los niveles de clasificación del triaje según el nivel de prioridad de asistencia son:

- Nivel I: Prioridad absoluta. Situaciones con riesgo vital inmediato que requieren una intervención inmediata o resucitación.
- Nivel II: Emergencia. Son situaciones de riesgo vital alto, con inestabilidad hemodinámica o dolor intenso, donde las actuaciones a seguir dependen de la rapidez de acción fundamentalmente.
- Nivel III: Urgencia. Situaciones con riesgo vital potencial, pero con estabilidad hemodinámica y que generalmente van a requerir varios procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
- Nivel IV: Urgencia menor. Son situaciones menos urgentes que las anteriores que pueden llegar a ser serias, pero sin riesgo vital. Pueden necesitar una prueba diagnóstica y/o terapéutica.
- Nivel V: No urgencia. Son situaciones clínicas sencillas que no presentan gravedad, ni precisan pruebas diagnósticas y/o terapéutica, trámites administrativos, etc.

Por tanto, se considera que se ha realizado un triaje adecuado cuando el nivel de triaje asignado se corresponde realmente con la gravedad/urgencia del

paciente. Partiendo de un concepto clave del triaje donde lo urgente no es siempre grave y lo grave no es siempre urgente Es importante definir los conceptos de gravedad y de urgencia ya que tienen un cierto grado de superposición, pero en esencia no son lo mismo[10].

Concepto de gravedad: Está relacionada con la alteración fisiológica y/o pérdida de función de uno o más sistemas orgánicos y con la probabilidad de muerte del paciente.

Concepto de urgencia: Se genera en una situación que condiciona intervenir en corto periodo de tiempo entre la valoración del problema de salud en triaje y la instauración del tratamiento que precise el paciente. El concepto de urgencia así entendido, se vincula a la pregunta: ¿Con cuánta rapidez necesita el paciente ser visitado por el médico?; y no a la pregunta ¿Cuál es el estado de salud del paciente?[3,4].

Sin embargo, pueden ocurrir dos situaciones cuando se le asigna al paciente un nivel superior al que le corresponde, llamado sobretriaje, o bien cuando le es asignado un nivel inferior y se realiza un infratriaje[11].

Por un lado, sobreestimar la gravedad no supone riesgos para el paciente, pero puede perjudicar a otros más graves retrasando su atención, haciendo además un uso inadecuado de los recursos (mala gestión de la ocupación de las áreas asistenciales dentro del servicio de urgencias, de los recursos humanos con hacinamiento en la sala de urgencias y augmento de las cargas de trabajo). En cambio, en el infratriaje se puede poner en riesgo la vida del paciente ya que augmenta el tiempo de espera para ser atendido por el equipo asistencial pacientes que requieren un tiempo de actuación rápido[12,13].

Tipos de escalas de triaje estructurado

Actualmente existen 5 escalas de triaje estructurado ampliamente utilizadas en diferentes países con 5 niveles de clasificación de la urgencia (Tabla 1):

• Australian Triage Scale (ATS)

• Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)

• Manchester Triage System (MTS)

• Emergency Severity Index (ESI)

• Sistema Español de Triaje (SET)- Model Andorrà de Triatge (MAT)[14].

Tabla 1. Descripción de las escalas más utilizadas de valoración del triaje estructurado (Elaboración propia)

NOMBRE ESCALA DE VALORACIÓN DE TRIAJE	NATIONAL FOS AUSTRALIAN EMERGENCY DEPARTMENTS (NTS)	CANADIAN EMERGENCY DEPARTMENT TRIAGE AND ACUITY SCALE (CTAS)	AUSTRALIAN TRIAGE SCALE (ATS)	MACHESTER TRIAGE SYSTEM (MTS)	EMERGENCY SEVERITY INDEX (ESI)	MODEL ANDORRÀ DE TRIATGE (MAT) y en España (SET_MAT)
AÑO DE CREACIÓN	1993	1995	2000	1996	1999	2000
NIVELES DE CATEGORIZACIÓN DE TRIAJE	5	5	5	5	5	5
CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES	Nivel I Resucitación	Nivel I Resucitación	Nivel I Riesgo Vital Inmediato	Nivel I Riesgo Vital Inmediato	Nivel I Riesgo Vital Inmediato	Nivel I Resucitación
	Nivel II Emergencia	Nivel II Emergencia	Nivel II De riesgo vital inmediato y cuya intervención depende radicalmente del tiempo	Nivel II Muy Urgentes	Nivel II Situaciones de alto riesgo, con inestabilidad fisiológica o dolor intenso	Nivel II Emergencia
	Nivel III Urgente	Nivel III Urgente	Nivel III De riesgo vital potencial	Nivel III Urgente	Nivel III Generalment requieren múltiples exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas en pacientes con estabilidad fisiológica (constantes vitales normales)	Nivel III Urgente
	Nivel IV Semiurgente	Nivel IV Menos Urgente	Nivel IV Potencialmente seria y de complejidad-significativa o de gravedad	Nivel IV Semiurgente, constituyendose en estandares de la atención en los servicios de urgencias	Nivel IV Necesitan una exploración diagnóstica y/o terapéutica	Nivel IV Menos Urgente
	Nivel V No urgente	Nivel V No urgente	Nivel V Menos Urgentes; problemas clínico-administrativos	Nivel V Puede permitir una espera hasta de 4 horas para ser atendidas sin riesfo para el paciente	Nivel V No requieren ninguna exploración diagnóstica y/o terapéutica	Nivel V No urgente
CARACTERÍSTICAS	No está basada en algoritmos clínicos.	Escala basada en síntomas y diagnósticos centinela	Se utilia también para medir el rendimiento de los servicios de urgencias, las necesidades de recursos económicos y para determinar la calidad de la atención.	Contempla 52 motivos posibles de consulta que se pueden agrupar en 5 categorías: Enfermedad, Lesión, Niños, Conducta anormal e inusual y Catástrofes	Este modelo parte de un algoritmo simple para la clasificación de los pacientes	Dispone de 613 motivos clínicos de consulta integrados en 32 categorías sintomáticas Utiliza el CTA como referente
LUGAR CREACIÓN	Australia	Asociación canadiense de médicos de urgencias (CAEP)	Australia	Grupo de Triaje de Manchester	Grupo de trabajo del ESI en EEUU	Comisión de triaje del Servicio de Urgencias del Hospital Nostra Senyora de Meritxell

En la Tabla 2 se describen los criterios de tiempo de asistencia según el nivel de prioridad asignado y los tiempos de reevaluación del triaje mientras el paciente espera a ser visitado por el equipo asistencial de cada modelo de escala de triaje.

Tabla 2. Criterios de tiempo de asistencia según los modelos de escala de triaje (Elaboración propia)

Nivel de triaje	Tiempo de espera para la asistencia					Tiempo de reevaluación
	Manchester Triage System (MTS)	Emergency Department Triage and	Australian Triage Scale (ATS)	SET_MAT	Emergency Severity Index (ESI)	
Nivel I	Inmediato	Inmediato	Inmediato	Inmediato	Inmediato	Reevaluación continua
Nivel II	10 minutos	15 minutos	<10 minutos	Enfermería inmediato / 7 minutos médico	10 minutos	Cada 15 minutos
Nivel III	60 minutos	30 minutos	30 minutos	15/ 45* minutos	No indica tiempo de atención definidos	Cada 30 minutos
Nivel IV	120 minutos	60 minutos	60 minutos	30 / 120* minutos	No indica tiempo de atención definidos	Cada 60 minutos
Nivel V	240 minutos	120 minutos	120 minutos	40 / 240* minutos	No indica tiempo de atención definidos	Cada 120 minutos
* Tiempo de cumpliento marginal en el SET						

En España la MTS y la MAT_SET son las dos escalas de valoración de triaje estructurado de 5 niveles más utilizadas. La Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias (SCMU) considera un indicador de calidad básico o relevante de riesgo-eficiencia el hecho de que un servicio de urgencias disponga de un sistema de triaje estructurado[15].

El triaje estructurado es considerado un indicador de control de calidad de los servicios de urgencias, permite ofrecer una atención segura y eficiente, conocer los tiempos de espera y evaluar la asistencia prestada[16–18].

La escala triaje MAT_SET, que es la utilizada en este estudio, se caracteriza por ser un sistema de triaje estructurado con 5 niveles de prioridad, dotado de un programa informático de ayuda al triaje (PAT) y de ayuda a la decisión clínica en el triaje, el web e-PAT, dispone de una versión para la valoración de la población pediátrica y es válido con independencia del tipo de hospital, dispositivo o centro de asistencia.

Para realizar el triaje de una forma estructurada el programa tiene establecidas unas agrupaciones en base a unos criterios predeterminados de valoración que aparecen en la pantalla de triaje diferenciados por colores:

1. Necesidad de reanimación (color lila); Parada cardiorrespiratoria, paciente inconsciente, convulsiones generalizadas activas, shock, obstrucción de la vía aérea, disnea preparada cardíaca o hemorragia masiva incontrolable.
2. El estado general del paciente; signos y/o constantes vitales, dolor y estado emocional (color rojo).

3. Factores de riesgo relacionados con el motivo de consulta (color verde); riesgo epidémico, paciente inmunodeprimido/riesgo de infección, paciente diabético con algún tipo de infección, hipertenso con alguna sintomatología asociada y/o embarazo.
4. Escalas de gravedad relacionades con el motivo de consulta (color amarillo); Nivel de consciencia (valorado por la escala NIHSS), estado de consciencia, sintomatología respiratoria (en contexto de foco infeccioso), fiebre, deshidratación y hemorragia.
5. La clasificación sintomática que aportará unos motivos de consulta ya predeterminados (color azul)[19].

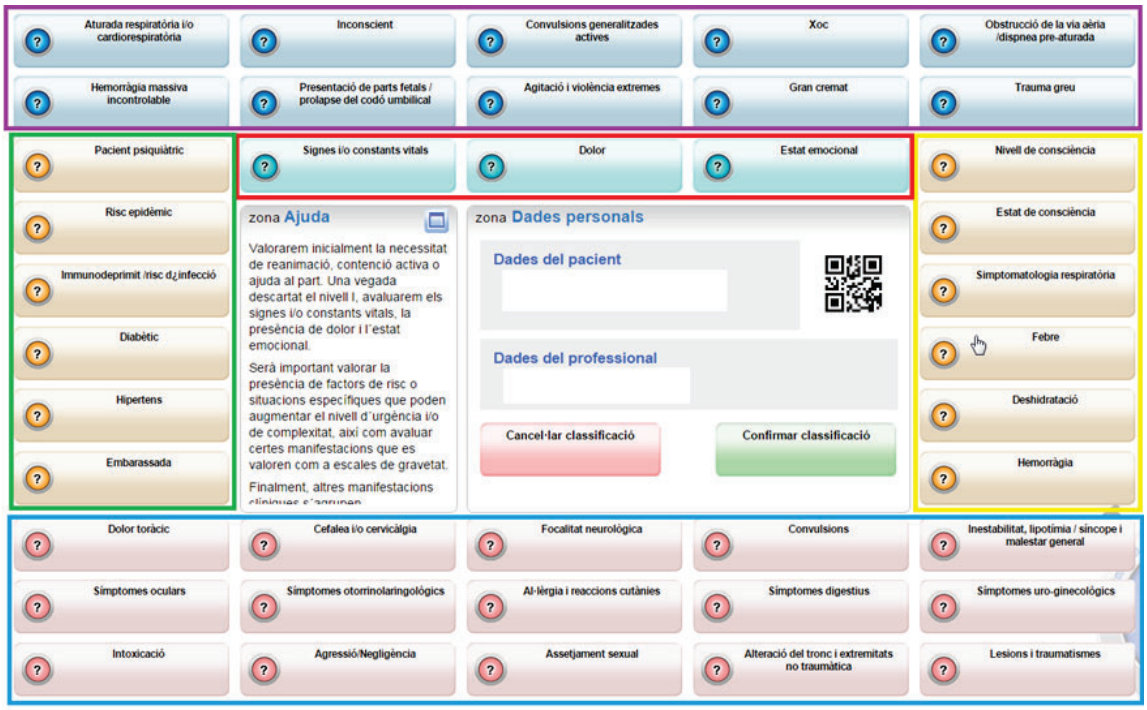


Figura 2. Pantalla Inicial programa e-Pat (Adaptada de Gómez, 2003)[19]

A partir de los síntomas que describe el paciente en la valoración que se realiza en triaje el programa lo clasifica en una categoría sintomática y mediante un algoritmo de preguntas relacionadas con el motivo de consulta y los discriminantes de gravedad se le asigna un nivel de prioridad. Dispone de 32 categorías sintomáticas y 14 subcategorías que en total agrupa 578 motivos de consulta con 2 discriminantes claves; los signos/constantes vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca…) y el nivel de dolor.

Indicadores de calidad del sistema de triaje en urgencias

El MAT-SET permite la monitorización de su actividad mediante unos indicadores de calidad y propone unos estándares de calidad con el objetivo de realizar una valoración continua de mejoras de la calidad asistencial que se realiza en triaje:

1. Índice de pacientes perdidos sin ser visitados por un médico, ya sea antes de ser clasificados en el triaje o bien una vez ya han sido triados y están esperando a ser visitados por el equipo asistencial.
2. El tiempo de llegada al Servicio de urgencias versus el tiempo de realización del triaje; >85% del total de los pacientes que acuden a urgencias deben ser triados en menos de 10 minutos desde su admisión en el servicio.
3. El triaje debe realizarse en menos de 5 minutos en >95% de los pacientes clasificados.
4. El tiempo de espera para ser visitado por el equipo asistencial; el 90% de los pacientes deben ser visitados en menos de 2 horas y el 100% de los pacientes en menos de 4 horas.

Otro indicador a tener en cuenta es la relación entre el índice de ingreso de los pacientes y el nivel de urgencia, es decir la estimación del índice de ingreso de pacientes desde urgencias según el nivel de triaje asignado dentro de un rango esperado: nivel I 70-90%, nivel II 40-70%, nivel III 20-40%, nivel IV 5-20% y nivel V 0-5%[20].

El programa ofrece otros valores como herramientas de gestión que aportan el conjunto mínimo de datos asistenciales de urgencias (CMBDU) y realizar el análisis de los pacientes atendidos en urgencias en base a dos parámetros, al Grado de urgencia que es el nivel de triaje asignado y el grado de Complejidad medida al clasificar a los pacientes en grupos según su destino desde urgencias (GRUDs) y según la edad (GRUDEs).
El nivel de dificultad de un caso ayuda a estimar cuánto tiempo y recursos serán necesarios para su atención. Esto se debe a que está relacionado con lo complicado que es diagnosticar y tratar al paciente, así como con el pronóstico

de su condición médica. Cuando un paciente tiene complicaciones adicionales o sufre de otras enfermedades relacionadas con su diagnóstico principal, esto aumenta la complejidad y, por lo tanto, puede requerir más tiempo y recursos para su atención. Esto suele ser especialmente cierto para pacientes frágiles o con un estado de salud ya deteriorado, así como para aquellos que presentan múltiples condiciones médicas relacionadas con el motivo de su consulta original. En algunos casos, esto puede incluso resultar en una visita a urgencias o en un ingreso hospitalario[20].

Competencias profesionales

En la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS, art. 42, la competencia se define como "la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean"[21].

A su vez, las competencias o habilidades asistenciales se pueden subdividir en:

- Capacidad para obtener información del paciente.
- Conocimiento y comprensión de las patologías.
- Juicio clínico y capacidad para resolver problemas clínicos.
- Habilidades técnicas necesarias para el diagnóstico y el tratamiento.

Según Fudaka, el marco de competencias enfermeras comprende cuatro habilidades esenciales: comprender los requisitos, brindar atención médica, fomentar el trabajo en equipo y facilitar la toma de decisiones informadas[22].

El término competencia tiene dos significados dependiendo de sus respectivos contextos de uso: las competencias de la práctica asistencial y las competencias de desarrollo profesional[23].

Las competencias de la práctica asistencial son elementos explicativos de las áreas de actuación enfermera en el cuidado de las personas sanas o enfermas, por ejemplo, la valoración, planificación y la evaluación del plan de cuidados, etc. en un determinado lugar de trabajo amparado legalmente en el derecho a decidir de manera autónoma en el marco del ámbito de responsabilidad disciplinar.

Las competencias de desarrollo profesional incluyen los requisitos disciplinares para asegurar no sólo una adecuada práctica clínica enfermera, sino también el avance y el "desarrollo" de la profesión como tal[24].

Otro autor define la competencia como: "El conjunto de conocimientos y capacidades que las personas tienen a su disposición y que pueden utilizar de manera eficiente y eficaz para alcanzar ciertas metas en una amplia variedad de contextos y situaciones"[25]. En principio una competencia está integrada por dos dimensiones: conocimientos denominada saber y habilidades que corresponde al hacer, pero hay una tercera dimensión que es quizá la más importante y es la que corresponde al ser[26].

Competencias enfermeras

Las competencias se han utilizado desde mediados de la década de 1990 para evaluar a los estudiantes y a las enfermeras. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) por un lado, define la enfermería como la disciplina que "abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas". A parte de la práctica asistencial la enfermera también abarca la investigación, la gestión y la docencia. Y, por otro lado, la CIE ha establecido que las competencias enfermeras son aquellas que se requieren comúnmente para desempeñar el papel de enfermeras[26].

Para una enfermera, su propósito fundamental es proporcionar cuidado. Esto implica ver a la persona en su totalidad, buscando su bienestar físico, emocional y mental para ofrecer una atención completa y comprensiva. Sin embargo, el cuidado va más allá de las acciones físicas; también implica dedicación, comportamiento profesional, apariencia, integridad moral y capacidad intelectual. Se trata de ofrecer una respuesta completa y oportuna a las necesidades y dificultades que pueda enfrentar un paciente en cualquier situación específica, abordando tanto sus aspectos emocionales como fisiológicos.

La Evaluación de Resultados y Desempeño de Competencias (COPA), un modelo representativo de competencias enfermeras ha identificado ocho habilidades: habilidades de evaluación e intervención, habilidades de pensamiento crítico, habilidades de comunicación, habilidades de cuidado humano y relacionales, habilidades de gestión, habilidades de liderazgo, habilidades educativas y habilidades de integración de conocimientos[27].
Las competencias enfermeras no se limitan a adquirir conocimientos y habilidades básicas. También abarcan habilidades interpersonales y de comunicación que son esenciales para resolver problemas en una variedad de situaciones. Además, este concepto incluye la capacidad de liderazgo profesional, que implica integrar todas estas habilidades de manera efectiva para brindar atención de alta calidad y liderar dentro del campo de la enfermería. En pocas palabras, se trata de combinar habilidades técnicas con habilidades interpersonales y de liderazgo para ser un enfermero completo y efectivo[28].

En la práctica diaria la enfermera tiene un rol definido, los cuidados variaran dependiendo del tipo de necesitades que precise cada paciente en un momento y situación determinado dando lugar a acciones autónomas, ágiles, responsables, eficaces y eficientes dentro de sus competencias profesionales[26].

Un profesional es competente en la medida en que utiliza los conocimientos, las habilidades, las actitudes y el buen juicio asociados a su profesión, con la finalidad de poder desarrollarla de forma eficaz en aquellas situaciones que corresponden al campo de su práctica[29,30].

En el año 2002, la SEEUE asume la responsabilidad de definir y desarrollar las competencias específicas para el personal enfermero que trabaja en el ámbito de las urgencias y emergencias (Tabla 3). Esto se fundamenta en el reconocimiento de que el ejercicio de la profesión de la enfermera abarca no solo las funciones asistenciales, sino también las de investigación, gestión y docencia, según lo establecido en el artículo 52.1. Esto implica que los enfermeros que trabajan en urgencias y emergencias deben poseer habilidades y conocimientos específicos que les permitan desempeñarse de manera efectiva en este entorno, además de estar capacitados para contribuir al avance de la

profesión mediante la investigación, la gestión adecuada de recursos y la enseñanza de nuevas generaciones de enfermeros[21].

Tabla 3. Competencias enfermeras de urgencias i emergencias (SEEUE.,2002)[21]

1. Utilizar los conceptos teóricos y el conocimiento de los cuidados enfermeros como base para la toma de decisiones en la práctica enfermera de urgencias y emergencias.
2. Impulsar líneas de investigación que sean relevantes para el diagnóstico, las intervenciones y los resultados en urgencias y emergencias.
3. Adoptar actitudes concordantes, en la toma de decisiones éticas y en su aplicación con el Código deontológico de enfermería.
4. Hacer la recogida y el análisis de datos de salud o enfermedad de la persona, familia o comunidad, de forma continua y sistemática, de acuerdo con el marco conceptual de las enfermeras adoptado para la prestación de cuidados enfermeros en el ámbito de urgencias y emergencias y, según el conocimiento científico, la concepción de los cuidados enfermeros, los componentes de la situación y la percepción del paciente y su ecosistema.
5. Elaborar los pertinentes planes de atención de enfermera estandarizados para su posterior aplicación mediante planes de atención de enfermera individualizada basados en los diagnósticos enfermeros y, evaluar de forma rápida y eficaz las respuestas humanas que se generen ante problemas de salud reales o potenciales que amenazan la vida o no la permiten vivirla con dignidad.
6. Evaluar y modificar, si corresponde, los planes de cuidados basándose en las respuestas del paciente, de la consecución de objetivos y de resultados medibles.
7. Proporcionar atención integral a la persona para resolver individualmente o como miembros del equipo multidisciplinario los problemas de salud que afectan en cualquier estadiaje de la vida con criterios de eficiencia y calidad.
8. Someter a triaje a los pacientes a los que se prestan cuidados en situaciones de emergencia y catástrofes y, aplicar la RAC (recepción-acogida-clasificación) a los que se administran cuidados urgentes en el ámbito hospitalario y de atención primaria de salud y, en el ámbito de la atención urgente extrahospitalaria, determinando la prioridad de los cuidados basándose en las necesidades físicas y psicosociales y en los factores que influyan en el flujo y la demanda de pacientes.
9. Utilizar con destreza y seguridad los medios terapéuticos y de apoyo al diagnóstico que se caracterizan por su tecnología compleja.
10. Establecer una relación terapéutica eficaz con los usuarios para facilitar el afrontamiento adecuado de las situaciones que sufren.
11. Participar activamente con el equipo aportando la visión de experto en el área que le pertenece.
12. Formular, implementar y evaluar los estándares, guías de acción y protocolos específicos para la práctica de la enfermera de urgencias y emergencias.
13. Gestionar los recursos asistenciales con criterios de eficiencia y calidad.
14. Asesorar como experto en el marco sanitario global y en todos los niveles de toma de decisiones.
15. Proporcionar educación sanitaria a los usuarios para que adquieran conocimientos de prevención de riesgos y estilos de vida saludables.
16. Asesorar al equipo de salud en todos los aspectos relacionados con urgencias y emergencias.
17. Asumir responsabilidades y compromisos con respecto a la formación de los futuros enfermeros.

Según Juvé, la competencia de un profesional no solo está determinada por sus habilidades individuales, sino también por el entorno en el que se encuentra y otros factores personales. Las dimensiones competenciales son las características individuales que conforman la competencia de una persona. Estas dimensiones incluyen el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que se agrupan en cinco áreas principales: la dimensión cognitiva y de aprendizaje (aprender de la experiencia, formular preguntas, gestionar información y resolver problemas), la dimensión técnica (habilidades manuales y organizativas), la dimensión integradora (aplicar conocimientos en situaciones reales y gestionar la incertidumbre), la dimensión relacional (trabajar en equipo, comunicarse y manejar conflictos) y la dimensión moral y afectiva (inteligencia emocional, empatía y manejo del estrés)[23].

Competencia clínica

La competencia clínica se define como el conjunto de conocimientos, capacidades, cualidades y aptitudes que permiten al profesional asistencial a realizar las funciones y tareas necesarias para resolver con eficiencia y calidad los problemas de salud individuales y colectivos demandados por la sociedad. La competencia clínica requiere del dominio de conocimientos específicos propios de cada área de la salud; de habilidades de comunicación y organización; de habilidades y destrezas para trabajar en equipo y para solucionar problemas de habilidades de razonamiento en función de evidencias encontradas. Igualmente engloba valores tales como: vocación de servicio, sensibilidad social y responsabilidad[21].

La competencia de la enfermera clínica está influenciada por varios factores, incluida la educación y la formación, la experiencia, el desarrollo profesional, el juicio clínico, las habilidades para tomar decisiones y la comunicación[31,32].

El objetivo principal de la educación en enfermería es garantizar que los estudiantes adquieran la capacidad necesaria para desempeñarse con habilidad en el ámbito clínico. Esto implica no solo dominar habilidades técnicas, sino también desarrollar habilidades fundamentales para aplicar los conocimientos

enfermeros, comunicarse eficazmente, resolver problemas, tomar decisiones y ejercer un juicio clínico sólido[33].

Las enfermeras competentes desempeñan un papel crucial en la seguridad del paciente, priorizar y mantener la competencia clínica les permite ofrecer atención de alta calidad[22]. Se enfatiza la importancia de que las enfermeras sean conscientes de su propio nivel de competencia clínica con el fin de que tomen medidas para mantener y mejorar constantemente sus habilidades y conocimientos en el campo de la enfermería[31,34].

Razonamiento clínico

De acuerdo con la Teoría del Continuum Cognitivo de Hamond, las enfermeras utilizan el razonamiento clínico para tomar decisiones, lo que implica un pensamiento ordenado e intencional, basado en el conocimiento teórico y práctico y en la experiencia personal y profesional[35].

El razonamiento clínico es una parte esencial de la competencia clínica de una enfermera, ya que guía su capacidad para proporcionar una atención de calidad y segura a los pacientes en una variedad de entornos clínicos[36].

Un factor que puede estar asociado con la capacidad de triaje de las enfermeras de urgencias es la competencia de razonamiento clínico, que implica la capacidad de entender qué información es crucial para tomar decisiones importantes sobre el cuidado del paciente y considerar diferentes enfoques o comportamientos que podrían ser adecuados en una situación particular[37].

Una enfermera de triaje debe decidir rápidamente si un paciente requiere procedimientos de urgencia inmediatos en función de su primera impresión en una sala de triaje y, en estas situaciones, es importante la competencia de razonamiento clínico[36].

Según un estudio realizado por Griffits, el aumento de la competencia de razonamiento clínico da como resultado análisis más precisos de los problemas de salud de los pacientes, lo que lleva a una atención de la enfermera adecuada y segura basada en una información organizada. Estos resultados indicaron que

la competencia de razonamiento clínico puede tener un impacto en la capacidad de triaje de las enfermeras de urgencias[36].

El triaje como competencia enfermera

Los artículos 52,53 i 54 del RD 1231/2001, de 8 de noviembre por el cual se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de ordenación de la actividad profesional de Enfermería, y la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias regulan la actividad de recepción, acogida y clasificación de los pacientes en urgencias como propia de los enfermeros de urgencias al amparo de su titulación académica[38].

En consonancia con numerosos artículos[5,39–42] tanto la SEEUE (2002) y SEMES (2008) recomiendan que quien ha de liderar el triaje en los SUH es la enfermera[5].

El triaje lo llevan a cabo principalmente enfermeras de todo el mundo[36]. Por tanto, la competencia de triaje de las enfermeras, que significa la capacidad general para asignar eficientemente los recursos asistenciales para ser tratados de acuerdo con el estado de salud del paciente, adopta un aspecto muy importante[43.]

El concepto de competencia de triaje en enfermeras de urgencias se identificó en cinco atributos: juicio clínico, evaluación de expertos, manejo de recursos médicos, decisión oportuna y comunicación[28].

La SEEUE define las funciones las enfermeras en el RAC:
1. Ordenación eficaz de la demanda mediante entrevista rápida, observación y exploración, distribución si fuera necesario según la situación de la estructura y organización de la unidad.
2. La aplicación de ciertas técnicas propias del ejercicio profesional.
3. Ofrecer a los pacientes y a sus familiares o acompañantes, una aproximación humana y profesional al problema planteado como demanda asistencial en todo su contexto.

4. Facilitar estabilidad, confort y dar apoyo emocional y ayuda psicológica, para disponer al paciente en una actitud terapéutica positiva, obteniendo así el más alto índice de calidad posible en el conjunto de las prestaciones sanitarias.
5. La enfermera evaluará la situación del usuario a su llegada y determinará el grado de prioridad[40].

En Cataluña, la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències (SoCMUE) avala el triaje de urgencias como una especificidad en el perfil curricular enfermero y como una función propia no excluyente de la atención de las enfermeras en los SUH[40].

En 2014 l'Institut Català de la Salut (ICS) define el perfil y las funciones de la enfermera que realiza el proceso de Triaje:

1. Misión. Realizar el proceso de valoración clínica preliminar que ordena a los pacientes según su grado de urgencia, para que, a la espera de una valoración diagnóstica y terapéutica completa se priorice su atención, así como también dar atención a la persona en situación de urgencia.

2. Funciones principales del puesto:

- Realizar la recepción, acogida y clasificación - codificación de los pacientes en función de su grado de urgencia, utilizando el sistema estándar de triaje MAT-SET (Modelo andorrano de triaje- Sistema español de triaje).
- Identificar el estado basal del enfermo, sintomatología, cambios significativos y posibles señales de alarma, para poder actuar en consecuencia.
- Observar y recoger por escrito los datos clínicos necesarios para la correcta vigilancia y asistencia del paciente.
- Reevaluar a los pacientes que has sobrepasado el tiempo recomendado para la evaluación médica (diagnóstica/terapéutica).
- Cualquiera de las funciones propias de las enfermeras de un servicio de urgencias que el jefe inmediato le asigne.

3. Experiencia laboral. La enfermera de triaje debe tener dos años en unidades asistenciales del Sistema de Emergencias Médicas (SEM), servicios de urgencias y/o unidades de cuidados intensivos.

4. Formación. Como requisito se valora la formación reglada la maestría y/o posgrado en urgencias y emergencias, soporte vital y emergencias integrales, o en cuidados del enfermo crítico. Y como complementaria la formación en el Modelo andorrano de triaje y el sistema español de selección.

También se valoran los conocimientos sobre aplicación de códigos y de sistemas de información clínicos, sobre programa/es informático/s de triaje y otros conocimientos específicos sobre el soporte vital básico y avanzado, ventilación mecánica invasiva y no invasiva, electrocardiografía básica, farmacología en situaciones críticas y monitorización.

5. Perfil competencial. La enfermera de triaje de tener capacidad de planificación, organización y priorización; trabajo en equipo y cooperación; gestión de las emociones; capacidad resolutiva y toma de decisiones; mejora y aprendizaje permanentes[44].

La Emergency Nurses Association (ENA) en 2017 determina el perfil de las enfermeras de triaje en relación a años de experiencia, formación específica, liderazgo, colaboración en investigación y deben estar incluidas en un proceso de reevaluación continua del nivel competencial[45].

Las enfermeras que trabajan en triaje requieren habilidades y conocimientos avanzados porque las decisiones que toman tienen un gran impacto en la seguridad y calidad de la atención en el servicio de urgencias. Además de evaluar a los pacientes, deben coordinar el flujo de atención para reducir la congestión y organizar la asignación de recursos según las necesidades de cada paciente. Todo esto a menudo se realiza bajo presión, tanto por la situación clínica del paciente como por las emociones intensas de sus familiares. Por lo tanto, las enfermeras de triaje también necesitan habilidades adicionales como trabajar en equipo, tomar decisiones rápidas y resolver conflictos. Es crucial definir claramente qué habilidades y competencias deben tener estas enfermeras para desempeñar eficazmente su papel en el triaje.

La competencia se ve como un proceso de verificación constante que es parte integral de la práctica segura. Esto se debe a que el constante avance del

conocimiento, el rápido desarrollo científico y tecnológico, la globalización, las demandas institucionales y culturales, así como la comunicación a través de las redes sociales, entre otros factores, hacen que tanto los miembros de la sociedad como los profesionales necesiten actualizarse constantemente. Esta necesidad de actualización es aún mayor para aquellos que tienen la responsabilidad de formar a las nuevas generaciones de profesionales de la salud. Es esencial que estos recursos humanos estén equipados con los conocimientos y habilidades necesarios para comprender las necesidades reales de los usuarios y enfrentar las demandas que se les presentan en el entorno laboral[45].

La seguridad de los pacientes en los servicios de urgencias es una prioridad, lo que significa que el personal debe contar con el conocimiento y la experiencia necesarios para brindar la atención adecuada. Además, es crucial que dispongan de instalaciones y equipos adecuados para realizar la clasificación de los pacientes de manera eficiente y precisa. Esto garantiza que cada paciente reciba la atención adecuada en función de la gravedad de su situación y ayuda a evitar posibles riesgos o complicaciones durante su atención en urgencias.

Según Moon en su revisión sistemática determinó que existen cinco atributos de la competencia de la enfermera de triaje de los SUH: juicio clínico, evaluación profesional, gestión de recursos médicos, toma de decisiones oportuna y comunicación:

- El *juicio clínico* es el proceso mediante el cual los profesionales de la salud evalúan instintivamente a un paciente al comienzo de su evaluación, considerando la gravedad de su condición médica y anticipando qué tratamiento podría ser necesario. También implica la capacidad de revisar y reevaluar constantemente la situación del paciente para asegurarse de que están recibiendo la atención adecuada y que se están logrando los resultados deseados.
- La *evaluación profesional* implica reconocer lo que el paciente y su cuidador necesitan, así como identificar los signos típicos de la enfermedad que se esperan encontrar durante la evaluación física, todo ello basado en el juicio clínico del profesional de la salud. Es decir, se trata de identificar los

problemas del paciente y de su cuidador, y de observar los signos físicos que podrían indicar la presencia de una enfermedad, utilizando la experiencia y el conocimiento clínico para hacer estas evaluaciones de manera precisa y efectiva.

- La *gestión de los recursos* médicos es la asignación adecuada de los recursos médicos disponibles y del espacio en el servicio de urgencias.
- Las *decisiones oportunas* se toman de manera adecuada y rápida en las circunstancias imprevisibles del departamento de emergencias, incluida la confianza en la toma de decisiones, la agilidad, el manejo de tareas en situaciones estresantes y la flexibilidad.
- Las enfermeras de triaje requieren comprensión intercultural y habilidades de *comunicación* con los pacientes[28].

En 2011 ENA afirma que la clasificación de la gravedad en triaje de los servicios de urgencias es un proceso realizado por las enfermeras, y que la educación formal en enfermería no es suficiente para que las enfermeras tengan la capacidad de clasificar la gravedad[28].

El nivel competencial de las enfermeras de triaje influye en el proceso de triaje al afectar directamente la precisión de la evaluación del paciente, lo que puede afectar la calidad de la atención al paciente y poner en riesgo su seguridad (Figura 3).

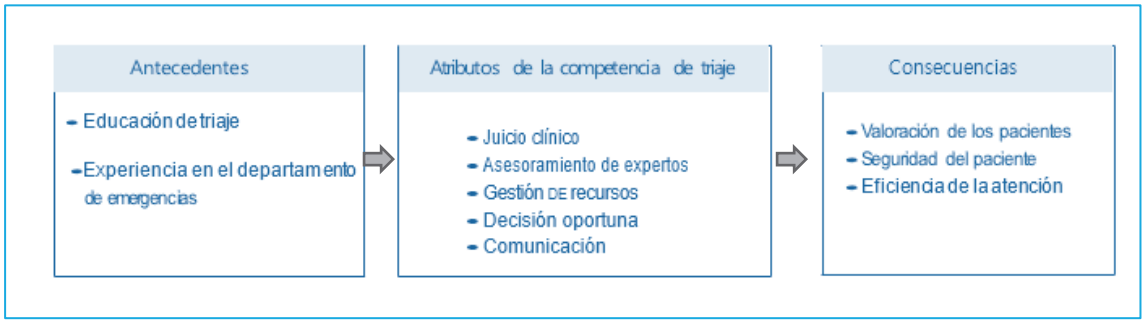


Figura 3. Análisis conceptual de la competencia de triaje en enfermeras de urgencias (Adaptado de Hee,2017)[28]

Marco teórico enfermero

Modelo de curas de Patricia Benner

Siguiendo el abordaje de las competencias, Stuart y Hubert Dreyfus desarrollaron en 1970 el modelo de adquisición de habilidades (MAH) (Tabla 4). Este paradigma despliega un modelo de cinco niveles competenciales de experticia (desde aprendiz a experto), que se van adquiriendo y demostrando con evidencias de comportamiento del profesional. También engloba unas características determinadas que permite valorar en qué nivel se está manifestando esa competencia y por tanto qué nivel de experticia tiene el profesional[46]. La competencia y la experticia son, en este sentido, conceptos sinónimos.

Los hermanos Dreyfus observaron los niveles en la adquisición de habilidades y cómo las personas aprenden, con base en ello han ofrecido un modelo de experiencia sobre cómo un individuo adquiere experticia progresivamente:

- Nivel 1 Principiante: Sigue las reglas, técnicas, instrucciones y procedimientos. No toma sus propias decisiones con respecto a cómo utilizar el conocimiento.
- Nivel 2 Principiante avanzado: Se siente más seguro por haber podido aplicar el conocimiento. Utiliza el pensamiento analítico basado en las normas de la institución.
- Nivel 3 Competente: Puede trabajar de manera eficiente, organizada y confiar en lo que está haciendo en base a sus experiencias previas. El estudiante considera que toda la formación es importante.
- Nivel 4 Eficiente: Está cualificado para entender más allá de la aplicación del conocimiento, aprender de sus errores y mejorar constantemente.
- Nivel 5 Experto: Utiliza como herramienta la intuición personal para lograr los resultados más significativos[26].

Tabla 4. Características de los distintos niveles de pericia descritos en el Modelo de Adquisición de Habilidad de los hermanos Dreyfus (Adaptado de Benner,2004)[34]

CUADRO 1. Características de los distintos niveles de pericia descritos en el Modelo de Adquisición de Habilidad

Nivel	Características
Aprendiz	No tiene o tiene poca experiencia práctica Su actuación se basa en normas y protocolos No sabe priorizar No sabe identificar excepciones No sabe actuar ante imprevistos
Principiante	Ha afrontado suficientes situaciones reales para empezar a determinar los aspectos más significativos y recurrentes de cada caso Aún necesita guía y supervisión para establecer prioridades Su actuación sigue basándose en la norma Aún no es capaz de identificar aquello que es realmente importante, especialmente en situaciones clínicas complejas
Competente	Actúa de forma organizada, pues ya ha integrado la aplicación práctica de los estándares o protocolos Sabe priorizar Es capaz de cuestionarse sus prácticas
Proeficiente	Empieza a saber manejarse en situaciones imprevistas Es capaz de percibir las situaciones como un todo en su conjunto Esta comprensión holística, le permite una toma de decisiones es más completa, rápida y acertada Es capaz de percibir intangibles y anticiparse al problema empleando algunos de los elementos de juicio intuitivo
Experto	Tiene un enorme acopio de experiencia y reflexión sobre su práctica Basa la toma de decisiones en los principios del juicio intuitivo Es reconocido de forma natural por los demás como alguien excepcional Tiene una gran certeza perceptiva y seguridad de criterio

Según Dreyfus, las personas aprenden principalmente de las instrucciones específicas y de la práctica repetida. Cuanto más practican siguiendo reglas y procedimientos, más habilidosos y competentes se vuelven en una tarea específica. Con el tiempo y la experiencia acumulada, dejan de depender tanto de seguir las reglas o procedimientos directamente, ya que desarrollan una comprensión más profunda y una intuición sobre cómo abordar la tarea de manera efectiva[26].

Las hipótesis principales del modelo de los hermanos Dreyfus son:

•La adquisición de experticia (o competencia) es un proceso.

•La consecución de un nivel determinado de competencia depende de las características individuales y del contexto.

•No todo el mundo llega a ser experto.

•Los niveles más altos de experticia (proficiente y experto) sólo se consiguen con la práctica continuada y reflexiva.

•La distribución de la experticia en la población profesional suele seguir una curva normal[23].

Siguiendo este contexto, Patricia Benner, enfermera norteamericana, estudió la práctica de la enfermería clínica, adaptando "El modelo de adquisición y desarrollo de habilidades y competencias" de los hermanos Dreyfus con el fin de aplicarlos a la enfermera en el área clínica[46]. La filosofía de Benner describe la forma en que las enfermeras adquieren pericia clínica en un proceso de desarrollo profesional que va desde que la enfermera es principiante hasta que se especializa en un área determinada.

El término pericia (expertise en inglés) se define como la sabiduría, práctica, experiencia y habilidad en algo determinado y el umbral de pericia identifica el nivel mínimo de interacción de conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para la toma de decisiones en la práctica asistencial[26].

La experiencia, según Benner, es la clave para aplicar los conocimientos y mejorar las competencias en la administración de las curas y define la enfermera experta “como aquella que tiene una gran experiencia, con conocimiento intuitivo de la situación y se centra en la precisa del problema”. Las enfermeras del servicio de urgencias deben tener experiencia clínica en el servicio de urgencias para poder realizar las funciones de clasificación de pacientes según la gravedad [47].

El enfoque de Benner aplicable a la práctica clínica es el de una formación de la enfermera por competencias del ser, el saber y el saber hacer que describa no sólo el crecimiento y desarrollo profesional si no también personal (valores, actitudes y aptitudes)[26].

La competencia se adquiere a través de la experiencia. Después de vivir varias experiencias, las personas pueden utilizar su intuición para tomar decisiones de manera más fluida y automática, sin depender tanto del conocimiento explícito[48]. Por ejemplo, una enfermera que trabaja en un área asistencial específica se enfrenta continuamente a nuevas situaciones que requieren aprendizaje, ya sea debido a cambios o a la repetición de ciertos escenarios. Con el tiempo,

adquieren habilidades y destrezas que solo se obtienen a través de la práctica clínica. En resumen, la competencia se desarrolla a medida que las personas acumulan experiencias y aprenden de ellas en el contexto de su trabajo.

Dentro de este marco, Benner clasifica el desarrollo competencial de la enfermera en 5 niveles: principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto. En cada nivel describe los cambios de comportamiento, habilidades y por tanto el nivel competencial que hacen que el desempeño profesional sea cada vez de mejor calidad (Tabla 5)[26].

Los elementos identificados con un mayor umbral de pericia se corresponden con contenidos competenciales que precisan de una habilidad desarrollada de juicio clínico, una marcada capacidad analítica, un amplio conocimiento disciplinar y una importante capacidad de juicio intuitivo[24].

El principiante empieza a demostrar una ejecución marginalmente aceptable, actúa de forma más flexible. Una enfermera se considera con perfil competente cuando analiza, predice y actúa. La enfermera experta es capaz de resolver problemas de alta complejidad, tiene una base intuitiva, genera pensamiento crítico y autocritico, mantiene un equipo de trabajo en mejora continua dando como resultado la prestación de un servicio de alta calidad y satisfacción para los pacientes y familiares[23,34].

Tabla 5. Clasificación de Benner: Conceptos principales y definiciones de las etapas de la enfermera en la clínica (Adaptado de Algarra,2015)[26]

Principiante	Principiante avanzada	Competente	Eficiente	Experta
La persona se enfrenta a una nueva situación. Este nivel Benner indica que podría aplicarse a una enfermera inexperta o la experta cuando se desempeña por primera vez en un área o en alguna situación no conocida previamente por ella.	En este nivel la enfermera después de haber adquirido experiencias se siente con mayor capacidad de plantear una situación clínica haciendo un estudio completo de ella y posteriormente demostrara sus capacidades y conocerá todo lo que esta exige.	Se es competente cuando la enfermera posee la capacidad de imitar lo que hacen los demás a partir de situaciones reales; la enfermera empieza a reconocer los patrones para así priorizar su atención, como también es competente cuando elabora una planificación estandarizada por si misma.	La enfermera percibe la situación de manera integral y reconoce sus principales aspectos ya que posee un dominio intuitivo sobre esta; se siente más segura de sus conocimientos y destrezas, y esta mas implicada con el paciente y su familia.	La enfermera Posee un completo dominio intuitivo que genera la capacidad de identificar un problema sin perder tiempo en soluciones alternativas, así mismo, reconoce patrones y conoce a sus pacientes aceptando sus necesidades sin importar que esto le implique planificar y/o modificar el plan de cuidado.

Otras premisas incluidas en este modelo, definen que la mayoría de las personas dentro de la población tendrían habilidades o pericias que se encuentran cerca de la media; no todos los individuos llegan a ser expertos y que los niveles más altos de pericia requieren *sine qua non,* práctica continuada y reflexiva[24].

En sus trabajos posteriores, Benner estudió las actuaciones y la toma de decisiones en enfermeras hospitalarias. En su obra “From novice to expert”, esta investigadora describe con detalle la relación entre los elementos que se toman en consideración en el proceso de toma de decisiones, por parte de cada uno de las enfermeras, en los distintos grados de pericia[49].

Evaluación de las competencias enfermeras

La competencia se refiere a todo lo que necesitas saber, poder hacer y tener la actitud correcta para hacer bien un trabajo. Esto incluye tanto conocimientos y habilidades, que son cosas concretas y tangibles, como actitudes, que son más abstractas y tienen que ver con tus valores personales, cómo te ves a ti mismo, tus motivaciones y comportamientos. Aunque tener conocimientos y habilidades es importante, tener la actitud adecuada, como ser proactivo, tener empatía y ser comprometido, es lo que realmente asegura que obtengas los mejores resultados o incluso resultados excepcionales en tu trabajo[50].

Miller describe la adquisición de competencia profesional utilizando una imagen de una pirámide, desde el conocimiento básico hasta la aplicación práctica en situaciones reales. Miller describe 4 niveles de formación por orden de complejidad (Figura 4)[51].

En la base de la pirámide están los conocimientos básicos que un profesional necesita para llevar a cabo su trabajo de manera efectiva (saber).

En el siguiente nivel, se encuentra la capacidad del profesional para aplicar esos conocimientos en la práctica, como realizar un diagnóstico y planificar cuidados, aunque de manera teórica (saber cómo).

En el tercer nivel, el profesional demuestra cómo llevaría a cabo estas tareas en un entorno clínico simulado, mostrando su habilidad en situaciones prácticas (mostrar cómo).

Finalmente, en la cima de la pirámide está la actuación real del profesional en situaciones y con pacientes reales, lo que requiere observación directa (hacer).

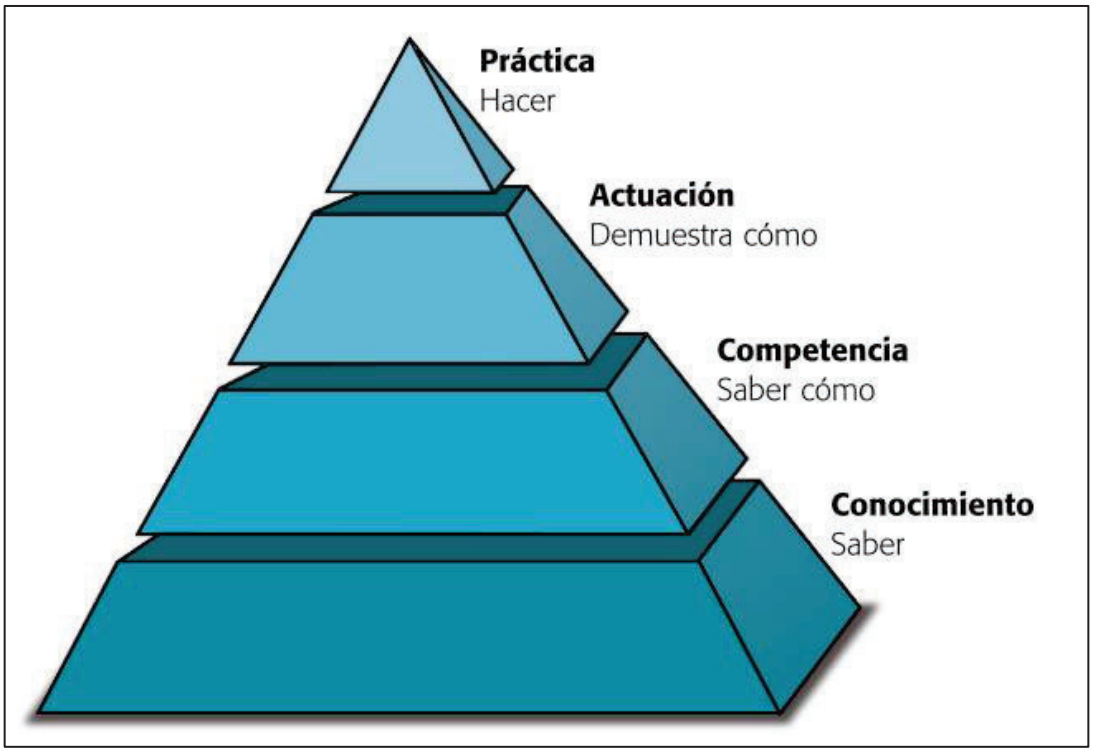


Figura 4. Pirámide de Miller (Adaptado de LLeixà,2009)[51]

Siguiendo la pirámide de Miller, se puede observar ver que hay diferentes tipos de pruebas para evaluar la competencia clínica dependiendo del nivel en el que se encuentre el profesional (Tabla 6).

Tabla 6. Pruebas para la evaluación de competencias según los niveles de la Pirámide de Miller (Adaptado de LLeixà,2009)[40]

Niveles	Pruebas para evaluación competencia
Conocimiento (saber)	Exámenes escritos o preguntas de opción múltiple que evalúan la comprensión teórica.
Competencia (saber cómo)	Casos clínicos o problemas para resolver que requieren la aplicación práctica de los conocimientos teóricos.
Actuación (demuestra cómo)	Estaciones de habilidades o simulaciones clínicas que imitan situaciones reales.
Conocimiento (saber)	Evaluaciones directas en el lugar de trabajo, donde se observa al profesional interactuando con pacientes reales.

Según Fernández Araque, un profesional puede acreditar el ser competente, pero ante una situación real no demostrarlo: no demostrar el saber, el saber estar, el saber hacer y el buen juicio enfermero, por lo que no responde a nivel profesional de calidad exigible en aquella situación[21].

La gestión por competencias es una herramienta estratégica que tiene como principal objetivo identificar el talento de cada una de las personas que trabajan en una organización y potenciarlo para maximizar sus resultados. La gestión por competencias se enfoca en promover la innovación y el liderazgo transformacional al permitir que los profesionales comprendan su perfil de habilidades, identifiquen áreas en las que necesitan mejorar y determinen qué habilidades son necesarias para un puesto específico[24,50.] Se trata de utilizar información sobre las habilidades y capacidades de los empleados para impulsar el cambio y el progreso en la organización, ayudándoles a desarrollar las habilidades necesarias para tener éxito en su trabajo y en la implementación de nuevas ideas y enfoques innovadores.

Es necesario considerar la evaluación como un instrumento diagnóstico de los déficits competenciales para modificar o mejorar la formación, para la selección de los profesionales y para cualquier sistema de incentivación y promoción profesional que se desee diseñar[21].

La evaluación de competencias, conocida como ECO, implica determinar el nivel o rango de habilidades en un contexto específico. Su propósito es discernir entre profesionales con distintos niveles de experiencia, desde expertos hasta principiantes, reconociendo que los expertos pueden tomar decisiones que no siempre siguen estrictamente las normas y protocolos establecidos. Es crucial que la evaluación de competencia considere el contexto real de la práctica clínica. Por lo tanto, la observación directa suele ser la mejor manera de inferir cómo se desempeña un profesional en su entorno laboral[52].

En la ECO deben considerarse 2 componentes principales: el instrumento de evaluación y el método. Para evaluar las competencias de manera efectiva, es fundamental contar con herramientas que sean confiables y válidas. La validez se relaciona con la precisión con la que un instrumento de evaluación puede

medir de manera efectiva aquello que se supone que debe medir o si realmente cumple su propósito previsto. Por otro lado, la fiabilidad se refiere a la consistencia y precisión con la que un instrumento de medición arroja resultados, es decir, su capacidad para proporcionar resultados confiables y consistentes cuando se utiliza en condiciones similares[54].

Pero la ECO no se limita solo a la confiabilidad y validez de los instrumentos utilizados, sino que también depende de cómo se utilice la herramienta de evaluación, su efecto en la educación, si es bien aceptada, su impacto económico y qué tan transparente es el proceso en su conjunto.

La Evaluación Objetiva Estructurada (ACOE) es una prueba de evaluación de competencia clínica que se introdujo por primera vez en el año 2001. Esta evaluación tiene como objetivo evaluar de manera objetiva las habilidades y actitudes de los profesionales de la salud frente a situaciones clínicas específicas. La ACOE se enfoca en determinar si se han alcanzado los niveles básicos de competencia durante la formación midiendo una serie de componentes: Anamnesis, exploración física, habilidades comunicativas, plan de manejo, relaciones interprofesionales y habilidades técnicas[51].

Sistemas de evaluación de las competencias enfermeras

Para asegurar que los servicios prestados a la población por parte de los sistemas sanitarios sean de calidad, hay que asegurar la competencia de los profesionales. La evaluación de la competencia clínica es, por lo tanto, un objetivo de las instituciones sanitarias.

Los sistemas de salud deben ser capaces de proporcionar una atención segura, efectiva y de alta calidad que satisfaga las necesidades y expectativas de las personas. Para garantizar esta calidad, además de una planificación y organización adecuadas y contar con los recursos necesarios, es fundamental asegurar que los profesionales de la salud sean competentes. Esto se logra a través de la certificación inicial y la evaluación periódica de su competencia profesional. Cada vez más países reconocen la importancia de este proceso de evaluación para garantizar la excelencia en la atención médica[40].

Contar con un instrumento que identifique las competencias actuales y las que aún deben adquirirse es crucial para asegurar una práctica enfermera segura, humanizada y profesional. Esto es vital para proteger tanto al paciente como a las enfermeras, así como para preservar la integridad de la institución de salud y de la comunidad en general. Este tipo de herramienta es esencial para garantizar que las acciones enfermeras sean individualizadas y de alta calidad, especialmente en áreas especializadas[30].

Realizar evaluaciones regulares y sistemáticas permite monitorear de cerca el desarrollo de las competencias a lo largo de la carrera profesional del enfermero. Además, facilita el seguimiento del progreso hacia metas y objetivos profesionales predefinidos.

La calidad de la atención médica se relaciona directamente con las habilidades y capacidades de los profesionales que la brindan. La gran pregunta es: ¿Cómo podemos estar seguros de que una enfermera es competente[29]?

La falta de capacidad profesional esperada por parte de las enfermeras de triaje puede conducir a errores en la priorización de las necesidades de los pacientes, lo que, a su vez, ocasiona congestión en la unidad de triaje, insatisfacción entre los pacientes y, en casos extremos, empeoramiento de las condiciones de salud de estos últimos. Por consiguiente, la evaluación de la capacidad profesional de las enfermeras resulta crucial para identificar áreas de mejora, determinar necesidades educativas, garantizar la prestación de cuidados óptimos, así como para identificar las fortalezas y debilidades de los programas educativos y el desarrollo profesional en este campo.

Para lograr una identificación precisa de las áreas en las que las enfermeras necesitan mejorar su desempeño profesional y detectar sus necesidades educativas, es esencial realizar una evaluación de su capacidad profesional mediante el uso de instrumentos válidos y confiables[54].

El instrumento más comúnmente utilizado para evaluar la competencia general de las enfermeras es la Nurse Competence Scale (NCS). Esta competencia se define como la capacidad funcional y la habilidad para combinar conocimientos,

habilidades, actitudes y valores en situaciones específicas. El marco teórico de la NCS se basa en el modelo "De principiante a experto" de Benner, que incluye siete categorías teóricas: el rol de asistencia, la enseñanza y el coaching, las funciones de diagnóstico, la gestión de situaciones, las intervenciones terapéuticas, el aseguramiento de la calidad y el rol laboral[55].

Brasil creó y validó en 2016 el instrumento “Assessment Scale for Emergency Nurses' Competence Levels” diseñado para evaluar la competencia profesional de enfermeros que trabajan en situaciones de emergencia[30].

En España, la legislación sanitaria actual regula la necesidad de establecer sistemas de gestión por competencias. Estos sistemas están diseñados para evaluar y desarrollar las competencias de los profesionales sanitarios, incluidos médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud, con el fin de garantizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

La Escala de Evaluación de Competencias en Enfermería (ECOEnf) desarrollada por un equipo de investigadores y expertos en el campo de la enfermería en el año 2017, es un instrumento utilizado para evaluar tanto competencias técnicas como competencias relacionales, tales como la capacidad para establecer una comunicación efectiva con los pacientes, trabajar en equipo, tomar decisiones clínicas acertadas, entre otras. Este instrumento de evaluación puede ser aplicado por supervisores, gerentes o educadores en el ámbito de la salud para identificar las áreas de fortaleza y debilidad de las enfermeras, así como para desarrollar planes de mejora y capacitación continua. Proporciona una estructura sistemática y objetiva para evaluar las competencias de los enfermeros, contribuyendo así a garantizar la calidad de la atención médica proporcionada por estos profesionales[56].

Otro Instrumento para evaluar las competencias clínicas de las enfermeras es Instrumento AL_COM que mide las habilidades específicas relacionadas con procedimientos clínicos, manejo de situaciones de emergencia y comunicación. Puede emplearse tanto para identificar áreas de mejora como para determinar si una enfermera ha alcanzado los estándares de competencia requeridos. Su uso puede variar según las políticas y prácticas institucionales[57].

En Cataluña, el marco de referencia para la atención de la enfermera en los hospitales del Institut Català de la Salut (ICS) se enfoca en entender cómo los cuidados enfermeros afectan los resultados clínicos de los pacientes. Por esta razón, en marzo de 2005, se inició el proyecto COM_VA© para definir y evaluar las competencias enfermeras en el ámbito hospitalario. Su objetivo principal es garantizar la seguridad de los pacientes y reducir el riesgo de errores durante los primeros días de trabajo de la enfermera recién incorporada. El proyecto se basa en una herramienta de gestión innovadora que ayuda a definir y evaluar las competencias profesionales necesarias, asegurando que cada profesional tenga el conjunto mínimo de conocimientos, habilidades y actitudes requeridas para su función.

El Cuestionario de Evaluación de Competencias para enfermeras clínicas en el ámbito hospitalario (COM_VA©) es una herramienta que evalúa las competencias enfermeras. Contiene 6 áreas de competencia (Cuidar Valoración, diagnosticar y abordar situaciones cambiantes, Ayudar al paciente a cumplir el tratamiento, Contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial, Facilitar los procesos de adaptación y afrontamiento y Trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante) y 30 elementos específicos de evaluación, cada uno con sus criterios de evaluación o comportamientos a evaluar. Este instrumento ha sido sometido a un riguroso proceso de validación para asegurar que es confiable y válido, es decir, que mide lo que pretende medir de manera consistente y precisa[52].

Cada elemento de competencia tiene diferentes criterios de evaluación que describen las acciones a valorar. Estas acciones se califican en una escala del 0 al 10, donde 0 indica una ejecución muy deficiente y 10 representa una ejecución excelente. La calificación refleja cómo el profesional realiza sus tareas de manera habitual en su trabajo diario. Esta evaluación se lleva a cabo mediante la observación directa de las acciones del profesional por parte de un supervisor durante su práctica asistencial.

El peso que tiene cada dominio competencial sobre el valor total varía según el área asistencial donde trabaje el profesional.

En urgencias, las áreas de competencia que tienen más peso son la competencia 2 “Valoración, diagnosticar y abordar situaciones cambiantes “(26%) y la primera competencia que es “Cuidar” (Tabla 7).

Tabla 7. Peso competencial de cada dominio según el área asistencial (Adaptado Juvé,2013)[53]

ÀREA	Cuidar	Valoración, diagnóstico ...	Ayudar al paciente en el tratamiento	Seguridad y proceso asistencial	Afrontamiento	Trabajo en equipo
Urgencias	22	26	19	15	7	11
Críticos i UAC	23	21	21	15	9	11
Alto índex de rotación i CMA	23	19	19	16	11	12
Quirófano	23	15	33	13	5	11
Perfusionistas	5	23	35	20	5	12
Hospital día / Gabinetes (I)	22	18	21	15	13	11
HaDomicilio Cex enfermera	21	14	15	17	22	11
Salud mental y Adicciones	21	14	13	21	20	11
Curas paliativas	24	12	12	14	26	12
Diagnóstico per la imagen	23	11	25	21	8	12
Laboratorio (área extracción)	23	17	32	11	5	12

UAC = Unidades de alta complejidad de curas; CMA = Cirugía mayor ambulatoria; (I) = Intervencionismo; HaDomicilio = Unidades de hospitalización a domicilio.

En 2007, el Instituto Catalán de la Salud (ICS) desarrolló un nuevo instrumento llamado QCINFAP© para evaluar las competencias de las enfermeras en la atención primaria. Este instrumento se basó en el éxito del proyecto COM_VA© y surgió de la necesidad de tener criterios claros para determinar el nivel de competencia de un profesional. El objetivo era ayudar a establecer el nivel de carrera profesional de cada enfermero, identificando en qué áreas necesitaban mejorar y dónde estaban destacando. Ambos proyectos fueron liderados Juvé[23].

La Competence Scale of Actions of Nurses in Emergencies (ECAEE) fue creada por de Holanda en 2015 y proporciona una estructura para evaluar las acciones específicas realizadas por las enfermeras en entornos de urgencias, lo que permite identificar áreas de fortaleza y oportunidades de mejora en su desempeño. Esta evaluación puede ayudar a garantizar que las enfermeras estén adecuadamente preparadas y capacitadas para manejar diversas situaciones de emergencia de manera efectiva[58].

Martínez en 2017 utilizó la escala COM_VA© para conocer el nivel competencial de las enfermeras que realizaban el triaje de los servicios de urgencias hospitalarios[40].

Y en el año 2018 Moon y Park desarrollaron en Corea del Sud la Triage Competency Scale (TCS) para evaluar la competencia en triaje entre enfermeras de emergencia evaluando diferentes aspectos de la competencia en triaje, como la capacidad para identificar la gravedad de la condición del paciente, la precisión en la asignación de prioridades de atención, la rapidez en la toma de decisiones y la efectividad en la comunicación con otros profesionales de la salud[59,60].

Estos programas de evaluación de competencias se enfocan en evaluar la práctica real del profesional, lo cual representa el nivel más complejo de evaluación. Este enfoque brinda información sobre las acciones concretas que el profesional realiza en su entorno laboral habitual. No obstante, esta evaluación es más complicada debido a consideraciones técnicas y factores organizacionales que pueden influir en el proceso.

Satisfacción del paciente. Gestión de la calidad asistencial

En 1975, Risser propuso una definición de la satisfacción del paciente con la atención de enfermería como la medida en la que las expectativas del paciente sobre la atención de enfermería ideal coinciden con su percepción de la atención de enfermería real que recibe[61]. Es decir, Risser consideraba que la satisfacción del paciente se basaba en la comparación entre lo que el paciente espera recibir en términos de atención de la enfermera y lo que realmente acaba experimentando. Esta definición enfatiza la importancia de la percepción del paciente en la evaluación de la calidad de la atención de la enfermera. Su trabajo fue fundamental para comprender cómo los pacientes evalúan la calidad de la atención sanitaria y contribuyó al desarrollo de medidas para evaluar y mejorar la satisfacción del paciente en entornos de atención sanitaria.

El SNS recoge desde 2019 en un informe la valoración que los ciudadanos tienen de los distintos servicios de atención urgente del Sistema Nacional de Salud,

siendo el mejor valorado el 061 y 112 con 7,4 puntos y el peor valorado el de urgencias hospitalarias con un 6,23 (Figura 5)[62].

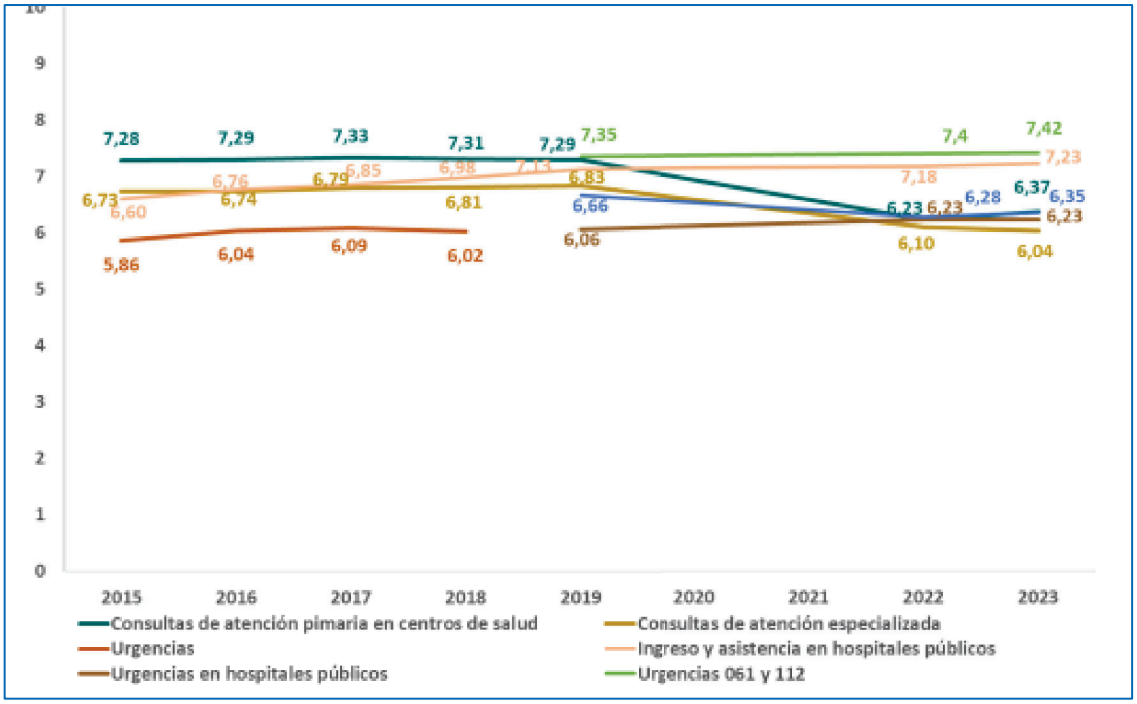


Figura 5. Valoración media de los diferentes servicios sanitarios públicos. Evolución 2015-2023. (Adaptado Ministerio de Sanidad, 2023)

Para mejorar la calidad y eficiencia en los SUH, es cada vez más necesario implementar sistemas de gestión de calidad asistencial. Esto se debe a varias razones importantes:

1.Demanda ciudadana: Los pacientes no solo esperan ser curados, sino que también desean estar satisfechos con la atención que reciben. Por lo tanto, es crucial ofrecer un servicio de alta calidad que satisfaga sus necesidades y expectativas[63].

2. Problemas organizativos: Se ha observado que hasta un 80% de los problemas identificados en los SUH están relacionados con deficiencias en la organización, como la falta de formación del personal, la ausencia de protocolos claros y la falta de normativas establecidas. Implementar sistemas de gestión de calidad puede ayudar a abordar estas deficiencias y mejorar el funcionamiento general del servicio.

3. Costes de la no calidad: Los errores y deficiencias en la atención médica pueden tener consecuencias costosas, tanto en términos económicos como en la salud de los pacientes. Se estima que los costes asociados con la falta de calidad pueden representar hasta un 25% del costo total de la atención médica. Por lo tanto, invertir en mejorar la calidad asistencial no solo beneficia a los pacientes, sino que también puede ayudar a reducir los costos a largo plazo[64].

Los componentes esenciales de la calidad asistencial son tres:

a) El factor científico-técnico: La aplicación del mejor conocimiento disponible en función de los medios y recursos disponibles.

b) El factor percibido: La satisfacción de los pacientes con la atención, los resultados y el trato recibido.

c) El factor institucional o corporativo: Ligado a la imagen de un centro sanitario[65].

Las dimensiones de la calidad asistencial pueden clasificarse en 8 categorías: Competencia profesional o calidad científico-técnica, efectividad, eficiencia, accesibilidad, satisfacción, adecuación, atención centrada en el paciente y seguridad del paciente.

Según Donabedian, lo fundamental para evaluar la calidad del cuidado médico es su capacidad para mejorar la salud y satisfacer las necesidades de los pacientes. Incluso si el tratamiento es técnicamente perfecto desde el punto de vista médico, si los pacientes no están contentos con la atención recibida, no se considera óptimo para ellos. En otras palabras, la calidad del cuidado va más allá de la excelencia técnica y también incluye la satisfacción y bienestar percibido por los pacientes[66].

Donabedian impulsa el control de la calidad asistencial, dotándola de doctrina y metodología, definiéndola como aquella que proporcione al paciente el máximo y más completo bienestar tras valorar el balance de ganancias y pérdidas del proceso[67].

Satisfacción del paciente de los cuidados enfermeros

La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, como un estado de bienestar físico, psíquico y social, incluye la valoración de la satisfacción del paciente como una herramienta en la valoración del bienestar[64].

La experiencia, la satisfacción y la percepción de la atención del paciente están recibiendo cada vez más atención en el contexto de la atención centrada en el paciente[68]. La satisfacción del paciente se define como "el grado de congruencia entre las expectativas de un paciente de la atención ideal y su percepción de la atención real recibida"[69].

Muntlin et al enfatizan que los cuidados enfermeros son elementos importantes en la percepción de los pacientes de la calidad del proceso asistencial, influyendo en su satisfacción[70].

Aunque se reconoce que la satisfacción del paciente es crucial para medir la calidad de la atención asistencial, no siempre se emplea como un indicador de los resultados de dicha atención. Se ha notado que solo alrededor del 10% de los estudios que investigan la satisfacción del paciente son utilizados como criterios de calidad asistencial, y en su mayoría son realizados por las unidades de usuarios o la administración hospitalaria[66].

La calidad de los cuidados se valora de forma diferente por parte de los profesionales y los pacientes; así, la enfermera infravalora aspectos que los pacientes consideran altamente positivos, entre ellos el ambiente físico, los aspectos psicológicos de los cuidados y la profesionalidad de las enfermeras. Medir la calidad de los cuidados desde la perspectiva del paciente es un elemento importante en la evaluación de la calidad asistencial, aunque probablemente no sea el único[67].

Existen varias formas de conocer cómo se sienten los usuarios acerca del nivel de satisfacción y calidad de los cuidados que reciben, como, por ejemplo, a través de entrevistas directas, grupos focales con clientes, observación directa de las interacciones, entre otros métodos[71]. Sin embargo, el método más comúnmente utilizado y ampliamente aceptado es la encuesta. En el ámbito

anglosajón hay varios instrumentos disponibles para este propósito, pero la cantidad de instrumentos validados en español es limitada.

La escala de Satisfacción con la Enfermería de Newcastle (NSNS) es un cuestionario diseñado en el Reino Unido para evaluar la satisfacción de los pacientes con la atención enfermera que reciben. Contiene preguntas sobre diferentes aspectos de la atención, como la competencia del personal y la comunicación. Este cuestionario se ha utilizado en varios entornos de atención asistencial para entender mejor cómo perciben los pacientes la calidad de los cuidados enfermeros y para identificar áreas en las que se pueden hacer mejoras. En 2005 Rosario et al. tradujeron y valoraron la NSNS al castellano creando el Cuestionario de Calidad de los Cuidados de Enfermería (CUCACE)[67].

La Good Nursing Care Scale for Patients (GNCS-P) es un instrumento que se utiliza en varios países para evaluar la calidad de la atención enfermera percibida por los pacientes. Debido a que la calidad de la atención enfermera es importante en todo el mundo, esta escala se aplica en diversos entornos de atención médica y se utiliza en investigaciones para comprender mejor cómo los pacientes perciben la atención que reciben de las enfermeras. La GNCS-P ayuda a identificar áreas de mejora en la práctica clínica y en la calidad de la atención proporcionada[72].

La Emergency Nursing-Care Patient Satisfaction Scale (Enpss) es una escala diseñada para medir la satisfacción de los pacientes con la atención recibida por las enfermeras de urgencias. Ha sido utilizada para evaluar y mejorar la calidad de la atención enfermera en entornos de urgencias, así como para identificar áreas de mejora y fortalezas[73].

Davis en 1998 diseña una escala que mide la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros en urgencias: Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS). En el año 2002 Cuñado et al validan la CECSS para la población española, siguiendo los requisitos psicométricos necesarios para la validez y la fiabilidad[74].

La CECSS consta de 19 ítems agrupados en dos subescalas que recogen aspectos de satisfacción con la atención de enfermera en los servicios de urgencias. Una dimensión contiene 12 ítems que evalúan la "competencia profesional". La segunda dimensión, compuesta por tres ítems, evalúa la "información sobre el alta" proporcionada por la enfermera. Finalmente, la escala contiene cuatro ítems de control de carácter negativo: “La enfermera debería haber sido más atenta de lo que fue”, “la enfermera parecía demasiado ocupada en el control de enfermería para dedicar un rato a hablar conmigo”, “la enfermera no fue muy amable” y “la enfermera me trataba como un número en vez de como una persona”. La puntuación de estos ítems no se tiene en cuenta para el análisis estadístico de los datos (ítems número 5, 9, 14 y 17). Los sujetos califican cada uno de los ítems según su grado de acuerdo en una escala tipo Likert con cinco respuestas que van desde total desacuerdo (1) hasta total acuerdo (5). La escala total tiene un intervalo de puntuación que varía entre 15 y 75 puntos y se considera que la satisfacción comienza en 45 puntos(75). Las puntuaciones en la subescala “competencia profesional” (12 ítems) oscilan entre 12 y 60, considerándose satisfacción puntuaciones> 36. Las puntuaciones en la subescala de “información al alta” (3 ítems) variaron de 3 a 15, y una puntuación de> 9 indica satisfacción[74].

En 2005 en Japón Chan utiliza la escala CECCS para analizar el nivel de satisfacción de los pacientes que son atendidos por la enfermera de triaje de los servicios de urgencias hospitalarios(76).

Los resultados más relevantes acerca de la satisfacción de los enfermos muestran que la buena comunicación, la información, la empatía, la apariencia de los cuidados y la capacidad técnica son fuertes predictores de la evaluación del cuidado recibido[66].

Antecedentes del estudio

Nivel competencial de las enfermeras que realizan triaje en las urgencias hospitalarias

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de la literatura existente sobre las competencias de las enfermeras que realizan el triaje en urgencias de los servicios de urgencias hospitalarios entre 2013 y 2023 en las bases de investigación: PUBMED, COCHRANE, Joanna Briggs y CINAHL y Google Scholar. Para la estrategia de búsqueda se ha utilizado las palabras clave "enfermera", "competencia", "triaje" y "urgencias" excluyendo el triaje pediátrico y otros aspectos no relacionados con la competencia enfermera como el tiempo de espera (Tabla 8).

Tabla 8. Artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica sobre el nivel competencial de las enfermeras que realizan triaje en las urgencias hospitalarias (elaboración propia)

Autor, Revista y fecha	Participantes	Método de evaluación	Hallazgos	Valores
Mihoko Usui †, Nagoya J Med Science, 2019[39]	85 enfermeras de triaje en hospitales secundarios japoneses.	Cuestionario y el método Delphi modificado para establecer el consenso de sobre las competencias en triaje para enfermeras	Se identificaron 22 competencias importantes para las enfermeras de triaje.	Se deben desarrollar programas de capacitación para mejorar la competencia en razonamiento clínico de las enfermeras de triaje.
Hwang y Shin, Journal of Advanced Nursing, 2023.[36]	Enfermeras que trabajan en servicios de urgencias.	Cuestionarios estructurados para experiencia clínica de las enfermeras, en urgencias y en triaje. Escalas para evaluar la competencia de razonamiento clínico, el estrés laboral y la colaboración médico-enfermera.	Se halló que la competencia en triaje de las enfermeras está influenciada por varios factores, incluida la experiencia clínica, la experiencia específica en triaje, la certificación en triaje y la competencia de razonamiento clínico, además del estrés laboral y la colaboración médico-enfermera.	Destaca la importancia de considerar diversos factores, tanto personales como profesionales, que afectan la competencia de las enfermeras en el triaje de urgencias.

Yoon y Kim, Emergency Medicine Journal, 2021. [77]	Enfermeras que trabajan en servicios de urgencias.	Cuestionarios, su experiencia en emergencias y en triaje. Se midió la competencia en triaje con escalas validadas.	Se observó una asociación entre la competencia en triaje de las enfermeras y factores como la ubicación geográfica del lugar de trabajo (regiones metropolitanas), la experiencia en emergencias graves y la experiencia acumulada. Además, se encontró que la competencia en triaje aumenta con la experiencia laboral.	Destaca la importancia de la experiencia laboral y la ubicación geográfica en la competencia de triaje de las enfermeras, proporcionando información útil para la planificación de recursos y la formación del personal.
Cruz, et al. Emergencias, 2017.[78]	Enfermeras que trabajan en entornos de urgencias.	Entrevistas estructuradas y cuestionarios sobre estado civil de las enfermeras, experiencia clínica, el nivel educativo. La competencia clínica en triaje se utilizó escalas de evaluación validadas.	Se identificaron factores como el número de años de experiencia clínica, el nivel educativo, el estado civil y el bienestar emocional como posibles influencias en la competencia clínica de las enfermeras en un entorno de urgencias.	Destaca la importancia de considerar una variedad de factores personales y profesionales que pueden afectar la competencia de las enfermeras en el triaje de urgencias, lo que proporciona información relevante para la gestión del personal y el diseño de programas de capacitación.
Martínez-Segura E, et al. Emergencias. 2017[40]	Enfermeras de urgencias hospitalarias en España.	Cuestionario COM_VA© para evaluar las competencias de enfermería clínica	La competencia fue mayor en enfermeras con formación en paciente crítico y triaje, y con más experiencia en urgencias. La percepción de confianza al realizar triaje aumentó con la competencia y la formación en paciente crítico y triaje.	La formación y la experiencia en urgencias aumentan la competencia de las enfermeras de triaje y su percepción de confianza al realizarlo.
Duko B et al. BMC Res Notes. 2019[79]	Enfermeras de urgencias hospitalarias en Etiopía.	Cuestionario para evaluar el conocimiento y las habilidades en triaje y los factores asociados.	Las enfermeras tenían puntajes bajos en conocimiento de triaje, pero sus habilidades en triaje eran buenas. La experiencia laboral y la experiencia en triaje se asociaron significativamente con el conocimiento y las habilidades en triaje.	Se sugiere que se aborden las brechas en el conocimiento y las habilidades en triaje a través de programas de capacitación.
Moon SH, Park YH. Korean Acad Nurs 2018[59]	Enfermeros en Corea del Sud.	Desarrollar una escala de competencia en triaje (TCS) para enfermeras de urgencias.	Se identificaron 5 factores con 30 ítems en la escala TCS. La validez y confiabilidad de la escala fueron evaluadas de manera positiva.	La escala TCS es útil para la evaluación objetiva de la competencia en triaje entre las enfermeras de urgencias y la evaluación de

				programas de educación en triaje.
Kerie S, et al. BMC Res Notes, 2018[80]	Enfermeras de urgencias en Etiopía.	Cuestionario evaluar los niveles de habilidad en triaje y los factores asociados entre las enfermeras.	Más de la mitad de los participantes tenían un nivel moderado de habilidad en triaje. Se encontró una relación positiva fuerte entre el nivel de conocimiento y habilidad en triaje de las enfermeras. La formación en triaje, el nivel educativo y la experiencia de formación tuvieron una relación significativa con la habilidad en triaje.	Se recomienda que el Ministerio de Salud y los hospitales proporcionen formación y educación para mejorar la habilidad en triaje.
Bijani M, Khaleghi AA Galen, Medical J. 2019[81]	Enfermeras de triaje y especialistas en medicina en triaje, Irán.	Entrevistas y grupos focales para explorar los desafíos en las unidades de triaje.	Se identificaron desafíos relacionados con la competencia clínica y las capacidades psicológicas de las enfermeras de triaje.	
Malakeh.Z. Malak International Emergency Nursing. 2022[42]	125 enfermeras de urgencias, mayoría con licenciatura y 5-10 años de experiencia.	Estudio transversal con cuestionarios distribuidos a 150 enfermeras, 135 devueltos.	Mayoría mostró conocimientos (88.8%), habilidades moderadas (84.8%) y buenas prácticas (88.8%) de triaje	Destaca importancia de capacitación continua y experiencia en urgencias para mejorar triaje.
Sabwa, F.A. Nurse and Health: Journal Keperawatan. 2023[82]	Médicos y enfermeras que trabajan departamento de accidentes y emergencias durante más de seis meses	Se utilizó un diseño analítico transversal. Se utilizó un cuestionario estructurado y una lista de verificación de observación	Bajo nivel de conocimiento sobre triaje (35.5%). Competencia percibida en triaje moderada a alta. Deficiencias en la categorización y asignación de pacientes	Promover la formación continua en cursos de soporte vital y triaje. Realizar investigaciones adicionales para explorar áreas de mejora.
Aghil Habibi Soola BMC Emergency Medicine, 2022[83]	320 enfermeras del servicio de de la provincia de Ardabil, Irán	Cuestionario demográfico y el Inventario de Toma de Decisiones de Triaje (TDMI) para evaluar las habilidades de TDM: habilidades cognitivas, experiencia e intuición.	Se encontró una relación positiva entre experiencia laboral y curso de capacitación en triaje con la toma de decisiones de triaje (TDM). La experiencia y los niveles autoinformados de competencia en enfermería fueron predictores significativos de TDM.	Resalta la influencia de la experiencia, el curso de formación en triaje y otros factores en las habilidades de TDM. Se recomienda una formación adaptada a diferentes niveles de experiencia para mejorar habilidades y, la calidad de la atención en urgencias.

Los estudios sobre competencia en triaje de las enfermeras en entornos de urgencias han arrojado resultados consistentes en cuanto a los factores que influyen en dicha competencia. Hwang (2023), Malak (2022) y Sabwa (2023) destacan que varios factores, como la experiencia clínica, la experiencia en el servicio de urgencias, la experiencia en triaje y la formación en triaje, influyen significativamente en la competencia de triaje de las enfermeras[36,42,82]. Además, subrayan la importancia del razonamiento clínico, el estrés laboral y la colaboración médico-enfermera en esta competencia. Esta conclusión fue respaldada por Yoon (2021) y Duko (2019)[77,79]. Éste último añadió la importancia de abordar las brechas en conocimiento a través de programas de capacitación.

En el estudio de Habibi (2022), se encontró que la experiencia laboral y la participación en cursos de entrenamiento de triaje estaban significativamente asociados con una mayor competencia en la toma de decisiones de triaje entre las enfermeras[83].

Por otro lado, Yoon (2021) encontraron que la competencia de triaje de las enfermeras está asociada con la ubicación geográfica del lugar de trabajo, la experiencia en urgencias graves y la experiencia acumulada. Destacando que la competencia en triaje aumenta con la experiencia laboral[77].

En la línea de estos hallazgos Cruz (2017), identificó otros factores que influyen en la competencia clínica de las enfermeras en entornos de urgencias además de la experiencia clínica como son el nivel educativo, el estado civil y el bienestar emocional[78].

Asimismo, Bijani (2019) resalta desafíos relacionados con la competencia clínica y las capacidades psicológicas de las enfermeras de triaje, así como con la gestión de recursos humanos y estructurales en la gestión de las urgencias, ofreciendo una perspectiva sobre los desafíos específicos en unidades de triaje[81].

El estudio realizado por Usui (2019) empleó un método Delphi modificado para establecer el consenso de expertos sobre las competencias en triaje para enfermeras en hospitales secundarios y de nivel superior en Japón. Identificaron

22 competencias importantes para las enfermeras de triaje, proporcionando una base para el desarrollo de programas de capacitación para mejorar la competencia en razonamiento clínico de las enfermeras de triaje en el sistema de salud japonés[39].

Este hallazgo se suma a la importancia resaltada por otros estudios, como el de Hwang (2023) que destacó la influencia de factores como la experiencia clínica y la capacitación en la competencia en triaje de enfermeras en entornos de urgencias[36]. Este hallazgo también responde a la necesidad que identificó Moon (2018) de herramientas objetivas para evaluar esta competencia y desarrollar programas de educación en triaje[59]. Y contribuyeron al desarrollo de herramientas objetivas para evaluar la competencia en triaje, identificando factores que se utilizaron para diseñar una escala objetiva de competencia en triaje.

En el estudio realizado por Martínez (2017), se observó que la formación y la experiencia en el departamento de emergencias aumentan la competencia de las enfermeras de triaje y su percepción de confianza al realizarlo en servicios de urgencias hospitalarios[40].

En cuanto a la relación entre el nivel de conocimiento y la habilidad en triaje de las enfermeras, Kerie (2018) señaló una fuerte correlación, destacando la importancia de la formación en triaje y la experiencia de formación[80].

En resumen, la competencia enfermera en el triaje es un proceso multifacético que se ve influenciado por una combinación de factores que van desde la experiencia clínica y la formación hasta el razonamiento clínico y la gestión del estrés laboral. Su evaluación y desarrollo requieren enfoques integrales que aborden todos estos aspectos para garantizar una atención de calidad y segura en entornos de urgencias.

Satisfacción de los pacientes sobre la atención recibida por parte de las enfermeras en triaje de las urgencias hospitalarias

Se ha realizado una revisión de alcance con el objetivo de reunir toda la evidencia disponible y proporcionar un resumen de los hallazgos sobre el nivel de satisfacción de los pacientes sobre la atención que reciben de la enfermera en el triaje de los servicios de urgencias hospitalarias.

Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en diversas bases de datos electrónicas, como PUBMED, CINAHL, SCOPUS, la Biblioteca Cochrane y la Biblioteca Joanna Briggs. Esta búsqueda se completó en diciembre de 2023. Además, se realizó una búsqueda adicional utilizando Google y Google Scholar. Para complementar esta investigación, se revisaron las listas de referencias de cada artículo identificado para asegurar que ninguna fuente relevante fuera pasada por alto.

Los términos de búsqueda utilizados fueron “enfermera”, “triaje”, “paciente” y “satisfacción”. Se utilizaron varias combinaciones, términos MESH “satisfacción paciente”, el operador booleano “AND” y truncamientos para concretar la búsqueda. La estrategia de búsqueda no estuvo restringida por ningún diseño de investigación en particular. Se excluyeron estudios relacionados con el triaje en diferentes centros que no fueran hospitalarios como la atención primaria, el triaje no presencial (por teléfono), estudios relacionados con el paciente pediátrico y aquellos que mencionaran otros aspectos del triaje no relacionados con la atención de la enfermera como tiempos de espera, atención del médico o valoración del tipo de programa de triaje utilizado.

Con la estrategia de búsqueda empleada se hallaron 350 referencias identificadas en las bases de datos, de las cuales 122 fueron eliminadas por duplicidad. De las 228 restantes, 220 fueron descartadas revisando el título y el resumen del artículo y 3 fueron descartadas con la revisión del artículo completo. Finalmente 6 artículos fueron incluidos en esta revisión de alcance (Tabla 9).

Salma Abdul Rehman et al. en el año 2015, llevó a cabo una revisión sistemática para determinar los factores que influyen en la satisfacción del paciente con el

triaje enfermero en servicios de urgencia. De los 18 artículos incluidos, Rehman concluyó que aspectos como la capacidad de las enfermeras para brindar atención centrada en el paciente, habilidades de comunicación y competencia para tratar problemas de salud afectan la satisfacción del paciente. Se identificaron áreas de mejora como la disponibilidad y visibilidad de la enfermera, y la entrega de información comprensible[84].

En Turquía en el 2020 Özhanlı evaluó la satisfacción de pacientes en el triaje y las prácticas enfermeras en urgencias hallando un nivel moderado de satisfacción con la enfermera, pero sugirió mejorar el apoyo psicológico y el cuidado del paciente sobre su estado de salud[85].

En la investigación de Pollyane en el año 2016, evaluó el grado de satisfacción de pacientes en triaje de urgencias en Brasil. Se obtuvo una alta satisfacción, especialmente entre aquellos que recibieron más información sobre el triaje, resaltando la importancia de la comunicación efectiva y el trato respetuoso[86].

El estudio de Ibrahim en el 2012 evaluó la satisfacción de pacientes atendidos por las enfermeras en el triaje en hospitales de La Meca Al-Mukaramah. Se encontró que el 60% de los pacientes estaban satisfechos con su visita a urgencias, con factores asociados como la edad, el género y la presencia de dolor[87].

Finalmente, en la investigación de Hee (2022), se identificaron los factores que afectan la satisfacción del paciente en un servicio de urgencias que utiliza el Korean Triage and Acuity Scale (KTAS). Se encontró una satisfacción media alta de los pacientes, influenciada por la competencia enfermera. Se destacó la importancia de mejorar la competencia profesional enfermera y la comunicación con los pacientes para aumentar la satisfacción del paciente y la calidad de la atención[60].

Los estudios sobre la satisfacción del paciente en el triaje de urgencias hospitalarias han destacado la importancia la atención centrada en el paciente, la comunicación efectiva y la competencia profesional de las enfermeras como factores cruciales para obtener una experiencia satisfactoria por parte del

paciente. Se han identificado áreas de mejora, como la disponibilidad de la enfermera y la entrega de información comprensible.

Además, la satisfacción del paciente está influenciada por factores como la edad, el género y la presencia de dolor del paciente. También son aspectos clave la competencia profesional de las enfermeras y una comunicación efectiva.

Es fundamental seguir investigando cómo se sienten los pacientes con la atención que reciben en el triaje de urgencias porque permite siempre buscar maneras de hacer mejoras y ajustes para brindar una atención más efectiva y personalizada. Además, ayuda a utilizar los recursos de manera más inteligente y a mejorar la eficiencia en los servicios de urgencias, lo que beneficia tanto a los pacientes como al personal médico.

Investigar en este tema también tiene un impacto significativo en los resultados clínicos y la seguridad del paciente. También, puede ayudar a impulsar el desarrollo profesional y el empoderamiento enfermero al identificar áreas de fortaleza y oportunidades de mejora en su práctica clínica.

Tabla 9. Descripción de los artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica sobre la satisfacción del paciente de la enfermera de triaje de los servicios de urgencias hospitalarios (Elaboración propia)

Autor, Revista y fecha	Participantes	Método de evaluación	Hallazgos	Valores
Salma Abdul Rehman et al International Emergency Nursing 2015[84]	18 estudios de diferentes países. Criterios de inclusión: Estudios primarios o revisiones sistemáticas, escrito en inglés, o publicado en una revista revisada por pares.	Búsqueda en bases de datos entre 1980 y 2013: MEDLINE, CINAHL, PsycInfo, EMBASE, Cochrane Library y Joanna Briggs Se utilizó CASP para evaluar los estudios	Capacidad de las enfermeras para dar atención centrada en el paciente, habilidades de comunicación y de atención de las enfermeras, preocupación por el paciente, competencia para tratar y diagnosticar problemas de salud afectan satisfacción paciente. Resultado CECCS 54,30/75 puntos (Chan Chau).	Pacientes satisfechos con el triaje. A mejorar: disponibilidad y visibilidad de la enfermera, dar información con lenguaje comprensible, capacidad para responder preguntas y la oportunidad de hacerlas.

Pedro Fernández Rozas et al ICUE. Investigación y CUidados de Enfermería 2014[88]	353 pacientes (España) de urgencias Exclusión: patologías psiquiátricas, oftalmológicas y ginecológicas y nivel I de triaje	Encuesta anónima con preguntas dicotómicas sobre diversos aspectos del proceso de triaje creado por investigador.	Nivel triaje IV (69%) Motivo consulta (34% traumatología). Aspectos como el tiempo de espera (8,12/10) y el trato personal (8,31/10) fueron bien valorados. A mejorar administración de analgesia si dolor (5,99/10) y la confianza del tratamiento recibido.	Nivel aceptable de satisfacción con el triaje. 33% deseó cambio enfermera por el médico en triaje, lo que indica posible área de mejora en la percepción de la calidad el servicio. Establecer protocolos de triaje avanzado
Yasemin Özhanlı et al Florence Nightingale Journal of Nursing 2020.[85]	198 pacientes (Turquía) de urgencias. Criterios inclusión: Ser consciente, tener 18 años o más y haber sido dado de alta del servicio de urgencias tras recibir tratamiento y atención.	Se creó un formulario para las características demográficas de los pacientes. Se utilizó la TSS y la NSNS con un valor alfa de Cronbach fue de 0.955.	Nivel de triaje amarillo (51,1%), edad (38,5años de media, 41,9% hombres,61,4% eran casados,30,8% eran bachilleres. Nivel Satisfacción con la enfermera fue moderado (73,34/100). Mejorar el apoyo psicológico, el cuidado del paciente sobre su estado de salud y la forma en cómo explicar las cosas. Satisfacción relacionada con la edad, género y la presencia de dolor. Mayor percepción de competencial profesional, mayor satisfacción del paciente.	Pacientes satisfechos por la atención recibida. Mejorar el apoyo psicológico y el cuidado enfermero sobre el estado de salud. Identificar deficiencias con análisis periódicos y realizar ajustes en la prestación de los cuidados enfermeros.
Pollyane Liliane Silva et al Revista da Escola de Enfermagem da USP 2016[86]	300 pacientes en triaje de urgencias (Brasil). Criterios de inclusión: => 18 años, que no presente riesgo grave o inminente de muerte y acepte participar en el estudio.	Cuestionario estructurado propuesto por el Ministerio de Salud con preguntas sobre variables sociodemográficas y de satisfacción del paciente.	Pacientes: Edad 41 años de media, 43,7% eran hombres, motivo de consulta 38% medicina interna, 31,7% estudios secundaria incompleta. Alta satisfacción por parte de los pacientes. Valoraron positivamente la cortesía, respeto, confianza y interés de las enfermeras. Aquellos que recibieron más información sobre el funcionamiento del triaje mayor satisfacción.	La satisfacción del paciente fue alta, asociación positiva con la calidad de la atención recibida. Se resalta la importancia de una comunicación efectiva y el trato respetuoso por parte de la enfermera.

Youssryea M. Ibrahim et al Journal of Nursing and Health Science 2012[87]	100 pacientes entre dos hospitales de La Meca Al-Mukaramah, 50 de cada hospital.	Formulario para características de los pacientes. CECSS para satisfacción de los pacientes con la atención enfermera en triaje. Se comprobó la fiabilidad y validez de los cuestionarios.	Pacientes: edad 41,5 años de media,54% hombres, 42% tenían dolor, 50% tenían enfermedades crónicas. El 60% de pacientes del grupo triaje estaban satisfechos con su visita a urgencias. Aspectos mejor valorados: enfermeras escucharon sus preocupaciones, gentiles en procedimientos dolorosos y mostraron compresión. Pero habían de mejorar en cómo explicar las cosas. Factores relacionados con satisfacción: la edad, el género y la presencia de dolor.	Se destaca la importancia de la atención de la enfermera de triaje con la satisfacción del paciente, sugiriendo la implementación de esta práctica en todos los hospitales para mejorar la calidad de la atención y los resultados del paciente.
Keun Hee Park et al Korean Journal Adult Nursing 2022[60]	100 pacientes y 20 enfermeras de urgencias (Corea). Criterios inclusión: pacientes que acudieron a urgencias y enfermeras que trabajaban en la misma institución durante el periodo que fueron visitados los pacientes.	CECSS para evaluar la satisfacción de los pacientes. Cuestionario para datos de pacientes. Competencia profesional con una escala desarrollada por Bijani.	Pacientes: 46 años de media de edad, 46% hombres,44% nivel IV, 45% nivel III de triaje, 61% Título universitario,43% trabajaban en oficina,53% solteros La satisfacción media de los pacientes fue de 3,99/5. El nivel competencial enfermero, que obtuvo 3,60/5 puntos, influyó significativamente en la satisfacción del paciente. Características enfermeras formadas en triaje (70%), experiencia laboral en urgencias (6,37 años de media) y 2/3 años en triaje.	Importancia de mejorar la competencia profesional enfermera y la comunicación con los pacientes mientras esperan a ser visitados por el médico, para aumentar la satisfacción del paciente y la calidad de la atención.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El paciente se ha convertido en el protagonista del proceso para la valoración global de la calidad asistencial, la percepción que el paciente tiene de la atención recibida es un indicador clave, por tanto, cada vez es más relevante conocer qué valor otorgan los pacientes a las intervenciones asistenciales. La satisfacción del paciente refleja la relación entre las necesidades (calidad asistencial), las expectativas sobre la atención que desea recibir y lo que finalmente percibe del servicio prestado (calidad percibida). Una mayor satisfacción del paciente representa mejor nivel de calidad de los cuidados traduciéndose en mayor satisfacción para los profesionales al cumplir sus expectativas[89–91].

El usuario acude al SUH, en un estado de vulnerabilidad, siendo el triaje el primer contacto con el SUH, por ello éste es un punto clave en la percepción de la calidad. En los SUH, el triaje es competencia enfermera, donde se realiza una valoración inicial del paciente según el motivo de consulta y se clasifica en cinco niveles mediante un sistema de triaje estructurado (web e-PAT), el nivel de prioridad de la asistencia que requiere el paciente, siendo el nivel V el menos urgente. El triaje, como modelo de organización, promueve mejorar la atención, aumentar la calidad asistencial y, en definitiva, aportar valor a la atención.

La calidad de los cuidados que percibe el paciente en triaje viene influida por un conjunto de habilidades, actitudes y conocimientos que definen el perfil y el nivel competencial enfermero: habilidad en la toma de decisiones y en la resolución de conflictos, empatía, capacidad organizadora, nivel de experiencia laboral en urgencias y formación específica.

Para garantizar que se generan los resultados esperados y analizar qué mejoras se podrían introducir, es importante que las instituciones dispongan de instrumentos de evaluación del nivel competencial enfermero. De esta manera, el profesional puede conocer cuáles son sus fortalezas y áreas de mejora, y la institución pueda definir los puestos de trabajo e identificar las necesidades de formación requeridas para cada servicio específico.

Además de valorar el efecto de las intervenciones, es importante objetivar el impacto de las medidas y conocer la percepción que los usuarios tienen de las mismas.

Cada vez hay más estudios que evalúan el nivel de satisfacción de los pacientes con relación a la atención asistencial recibida y sobre los cuidados enfermeros[68,92–97]. Y en general, los pacientes están satisfechos con la atención recibida por parte de la enfermera[98–100].

Este estudio tiene como objetivo principal profundizar en la comprensión de la satisfacción del paciente en relación con el nivel competencial de las enfermeras que realizan el triaje en los SUH. Además de profundizar en la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención recibida durante el triaje, también busca contribuir al campo de la evaluación de competencias enfermeras en triaje, evaluando el nivel competencial de las enfermeras en triaje y sus factores relacionados.

Además, en este estudio se propone abordar una brecha en la investigación nacional al enfocarse específicamente en la satisfacción del paciente con la atención brindada por las enfermeras en triaje. Aunque existen estudios sobre la satisfacción general del paciente con la atención de la enfermera en urgencias, son escasas las investigaciones que se centran específicamente en el proceso de triaje. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo llenar este vacío en la literatura científica nacional.

Con este estudio se pretende identificar los factores que contribuyen a la percepción de paciente sobre la atención proporcionada por las enfermeras en triaje. Estos factores pueden incluir la habilidad de las enfermeras para tomar decisiones rápidas y precisas, su capacidad para manejar situaciones conflictivas, su empatía hacia los pacientes, así como su nivel de experiencia laboral en entornos de urgencias y su formación específica en triaje.

Al identificar los factores que influyen en la satisfacción del paciente en este contexto, se espera obtener información valiosa sobre qué aspectos de las competencias enfermeras son más relevantes.

Se espera que los resultados de este estudio proporcionen información valiosa para los profesionales de la salud y los responsables de la toma de decisiones en el ámbito de la atención de urgencias. Al comprender mejor cómo los pacientes perciben la calidad de la atención en triaje y qué aspectos influyen en su satisfacción, se podrán identificar áreas de mejora en la práctica clínica. Por ejemplo, si se encuentra que ciertas habilidades específicas de las enfermeras en triaje están fuertemente asociadas con una mayor satisfacción del paciente, esto podría llevar a recomendaciones concretas para mejorar la formación y el desarrollo profesional de las enfermeras en este ámbito. Asimismo, si se identifica áreas de mejora en la calidad de la atención durante el triaje, puede sugerir cambios en los protocolos de triaje y en la asignación de recursos para optimizar la atención y mejorar la experiencia del paciente en los servicios de urgencias. Estos hallazgos podrían informar directamente la toma de decisiones en la gestión de los servicios de urgencias y contribuir a la mejora continua de la atención de emergencia en las instituciones sanitarias.

En resumen, este estudio busca no solo comprender la satisfacción del paciente con respecto a las competencias en triaje, sino también avanzar en el desarrollo de estas competencias, con el fin último de mejorar la calidad de la atención en urgencias y la experiencia global del paciente.

OBJETIVOS Y HIPÓTESI

Objetivos generales y específicos

- **1º Objetivo General**

Analizar la relación entre las variables estudiadas de las enfermeras y el nivel competencial de las enfermeras que realizan el triaje en los hospitales del Institut Català de la Salut.

Objetivos específicos

✓ Describir el perfil sociodemográfico, profesional y académico de las enfermeras que realizan el triaje en los servicios de urgencias de los hospitales del Institut Català de la Salut.

✓ Identificar el nivel competencial de las enfermeras en triaje y aspectos relacionados en los servicios de urgencias de los Hospitales del área territorial Metropolitana Sud de l'Institut Català de la Salut.

- **2º Objetivo General**

Analizar el nivel de satisfacción de los pacientes sobre la atención recibida por parte de las enfermeras en triaje de los servicios de urgencias de los Hospitales del área territorial Metropolitana Sud de l'Institut Català de la Salut.

Objetivos específicos

✓ Determinar el perfil sociodemográfico de los pacientes que reciben atención de las enfermeras en el triaje.

✓ Describir los aspectos relacionados con el motivo de asistencia de los pacientes que son atendidos por las enfermeras en el triaje.

- **3º Objetivo General**

Identificar la relación entre el nivel competencial de las enfermeras de triaje y la satisfacción de los pacientes que reciben la atención de las enfermeras en triaje.

Objetivos específicos

- ✓ Valorar si existe relación entre las variables de las con el nivel de satisfacción de los pacientes que han sido atendidos en el triaje.

Hipótesis

Existe una correlación positiva entre el nivel competencial de las enfermeras de triaje y el nivel de satisfacción reportado por los pacientes atendidos por la enfermera de triaje.

METODOLOGÍA

Diseño

Para analizar los objetivos planteados, se ha realizado un estudio multicéntrico descriptivo y transversal.

El estudio se ha realizado en dos fases: Primero se ha analizado el nivel competencial de las enfermeras que realizan triaje y, posteriormente, se valorado el grado de satisfacción de los pacientes que son atendidos por las enfermeras en el triaje de los SUH.

Ámbito de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico realizado en los SUH de dos hospitales del Institut Català de la Salut (ICS); El Hospital Universitario de Bellvitge (HUB) y el Hospital de Viladecans (HV) Estos hospitales forman parte de una de las nueve Gerencias Territoriales del Instituto Catalán de la Salud (ICS), la Gerencia Metropolitana Sur situada en la provincia de Barcelona (Cataluña) (Figura 6).

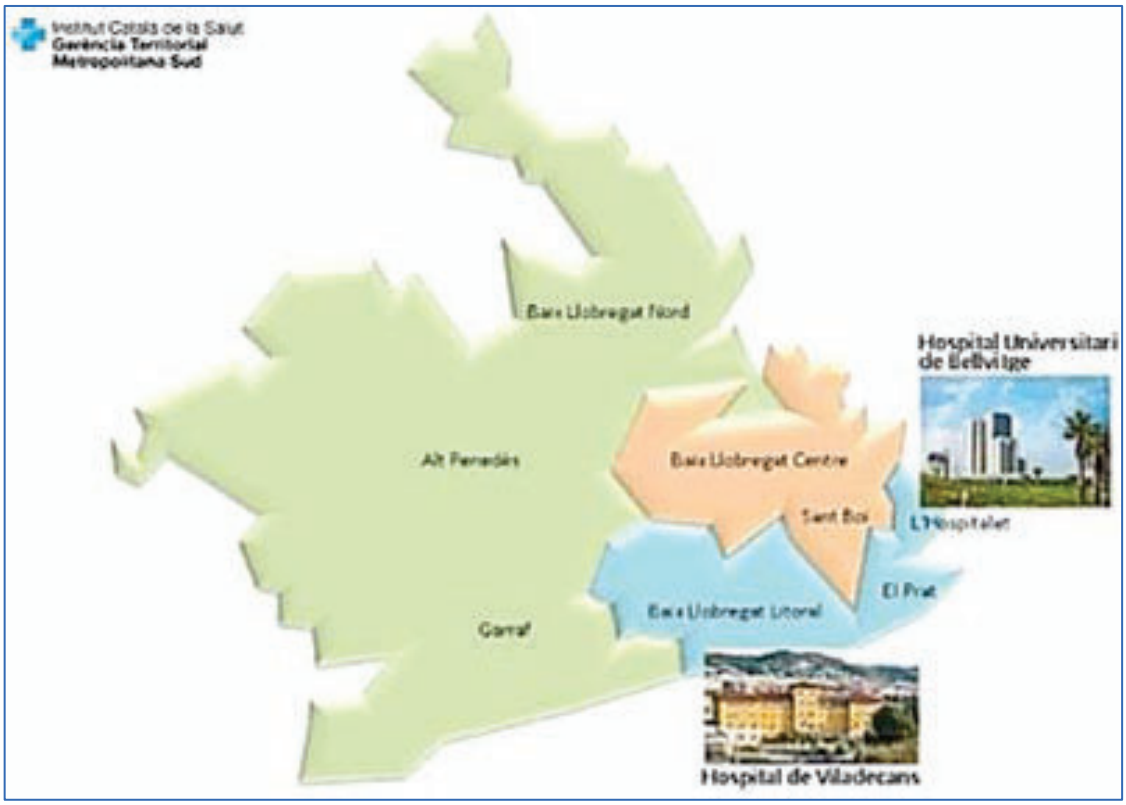


Figura 6. Gerencia Territorial Metropolitana Sur, Institut Català de la Salud (Adaptado de Intranet Hospital de Bellvitge)

El Hospital de Bellvitge es un destacado centro hospitalario de tercer nivel que desempeña un papel crucial como referencia para una amplia población. Concretamente, brinda atención médica de referencia para aproximadamente 201,192 habitantes de l´Hospitalet y el Prat de Llobregat. Sin embargo, su alcance va más allá, ya que se erige como un centro líder en los procesos que demandan tecnología avanzada para más de 2 millones de habitantes de las áreas Metropolitana Sur, Campo de Tarragona y Tierras del Ebro.

El servicio de urgencias del Hospital de Bellvitge se organiza en una infraestructura que consta de 64 boxes asistenciales, divididos estratégicamente en varios módulos especializados. Entre estos módulos se incluyen tres puntos de clasificación del triaje, cinco boxes asistenciales ambulatorios, 22 boxes asistenciales medicoquirúrgicos destinados a patologías leves, así como 11 boxes asistenciales quirúrgicos y 26 boxes asistenciales médicos, diseñados para ofrecer una atención especializada y completa a los pacientes que lo necesiten.

Por otro lado, el Hospital de Viladecans es un hospital comarcal de referencia para más de 185,000 habitantes del Baix Llobregat, Alt Penedès y Garraf. Su servicio de urgencias, aunque de menor tamaño en comparación con el HUB, desempeña un papel vital en la atención de emergencias en la región. Con un promedio de 190 visitas diarias, este servicio se estructura en dos puntos de triaje y 18 boxes asistenciales, garantizando una atención rápida y eficiente a los pacientes que lo requieran en la zona de influencia del hospital.

El período de estudio abarcó desde principios de octubre hasta principios de diciembre de 2019, y se llevó a cabo en varias fases:

1. Entrega y recogida de encuestas de enfermeras del Hospital de Viladecans.
2. Entrega y recogida de encuestas de enfermeras del Hospital de Bellvitge.
3. Captación de pacientes y recogida de cuestionarios en el Hospital de Viladecans.
4. Captación de pacientes y recogida de cuestionarios en el Hospital de Bellvitge.

Sujetos de estudio

Enfermeras que realizan el triaje en urgencias

Por un lado, se incluyeron como sujetos de estudio las enfermeras encargadas del triaje en los SUH tanto en HUB como en HV. En el hospital de Bellvitge, un total de 78 enfermeras se desempeñaban en el triaje, cubriendo los turnos de mañana, tarde y noche, proporcionando así cobertura las 24 horas del día, los 365 días del año.

Por otro lado, en el hospital de Viladecans, eran un total de 32 enfermeras las encargadas del triaje.

En conjunto, la población de estudio fue de 110 enfermeras responsables del triaje en los SUH.

Pacientes atendidos por la enfermera de triaje de los servicios de urgencias hospitalarios

Se incluyeron a los pacientes que acudían al servicio de urgencias hospitalario y fueron atendidos por la enfermera de triaje de HUB y de HV.

Selección de la muestra

Enfermeras que realizan triaje en urgencias

En el área de urgencias del Hospital Universitario de Bellvitge, un total de 78 enfermeras desempeñan las funciones en triaje, mientras que en el Hospital de Viladecans son 32 enfermeras. Para garantizar la representatividad máxima de la población estudiada, se incluyeron todas las enfermeras que realizaban triaje en ambos hospitales, sumando un total de 110. Por lo tanto, el tamaño de la muestra coincidió con la población total de estudio. En cuanto al tipo de muestra, esta fue intencional y no probabilística, ya que todas las enfermeras que deseaban participar y cumplían con los criterios de inclusión fueron consideradas en el estudio.

Pacientes atendidos por la enfermera en triaje de urgencias

Se utilizó el programa Granmo con el fin de calcular el tamaño de la muestra representativa de pacientes que fueron atendidos por enfermeras en el proceso de triaje durante los distintos turnos del día: mañana, tarde y noche. Esta evaluación se llevó a cabo durante una semana en los dos hospitales objeto de estudio. Durante este período, se registró y analizó la población de pacientes que recibieron atención en triaje, clasificándolos según los niveles de gravedad asignados (III, IV o V).

Los pacientes clasificados en triaje con nivel III son aquellos con una condición de gravedad urgente, pero hemodinámicamente estables, que requieren pruebas diagnósticas y/o terapéuticas y una respuesta de asistencia en menos de 60 minutos. Los pacientes nivel IV son menos urgentes y potencialmente no representan un riesgo vital, pudiendo esperar hasta 120 minutos para ser

atendidos. Mientras tanto, los pacientes nivel V son considerados no urgentes, con baja complejidad, y su atención puede demorarse hasta 240 minutos.

En la Tabla 10 se presenta datos sobre la cantidad de pacientes que visitan los servicios de urgencias de ambos hospitales en periodos anuales, mensuales y semanales, así como el número total de urgencias atendidas semanalmente, clasificadas según su nivel de gravedad en III, IV y V.

Tabla 10. Número total de urgencias que visita el HUB y el HV

Hospital	Número urgències anuals	Número urgències total mensual	Número urgències total setmanals	Número urgències nivell III,IV V mensual	Número urgències nivellIII,IVi V setmanals	Número de pacients classificats com nivell III en una setmana	Número de pacients classificats com nivell IV en una setmana	Número de pacients classificats com nivell V en una setmana
Bellvitge	90345	9584	2268	8632	2021	851	843	327
Viladecans	38677	4109	992	3934	958	237	497	224

Una vez se registró la cantidad de pacientes atendidos por la enfermera en triaje en ambos hospitales, se procedió a calcular el tamaño necesario de la muestra de pacientes. Se partió de un escenario donde se consideraba una máxima variabilidad en los datos (asumiendo que la probabilidad de éxito y fracaso era del 50%), con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Además, se tuvo en cuenta una tasa estimada de pérdida del 15%.

Se determinó que, dado el tamaño de la población atendida en el Hospital de Viladecans, que ascendía a 958 pacientes, y en el Hospital Universitario de Bellvitge, con una población de 2021 pacientes, se requería una muestra aleatoria de 308 pacientes en HV y 370 en HUB para realizar un análisis representativo y significativo.

En total la población de estudio fue 678 pacientes atendidos por la enfermera en triaje.

Técnica de muestreo

La técnica de muestreo utilizada para seleccionar a las enfermeras que llevan a cabo el triaje en los servicios de urgencias del Hospital Universitario de Bellvitge y Hospital de Viladecans fue intencional y no probabilística. En este contexto, se optó por una selección intencional para asegurar que las enfermeras elegidas representen adecuadamente la población objetivo y posean las características necesarias para cumplir con los objetivos del estudio.

Se calcularon los porcentajes de pacientes atendidos por la enfermera de triaje en cada nivel de gravedad (III, IV y V) durante una semana en cada hospital. Utilizando estos resultados, se proyectó la misma proporción para determinar la muestra de pacientes que se recogería en cada nivel de gravedad.

Para garantizar la representatividad de cada nivel de triaje en ambos hospitales, se calculó que, en el HUB, de los 2021 pacientes atendidos en una semana, el 42% fueron clasificados como nivel III en el triaje, otro 42% como nivel IV y el restante 16% como nivel V. Mientras tanto, en el Hospital de Viladecans, el 25% de los pacientes recibieron una clasificación de nivel III en el triaje, el 52% fueron nivel IV y el 23% restante fueron nivel V del total de pacientes atendidos.

Esta proporción se utilizó como referencia para determinar la cantidad de pacientes de cada nivel de triaje que se incluirían en el estudio, como se muestra en la Tabla 11.

Tabla 11. Tamaño muestra según nivel de gravedad del paciente (elaboración propia)

Hospital	Total de pacientes atendidos con nivel III,IV y V en una semana				Tamaño muestra de pacientes			
	Nº total de pacientes de nivel III,IV y V	Nº pacientes nivel III	Nº pacientes nivel IV	Nº pacientes nivel V	**Total tamaño muestra pacientes nivel III,IV y V**	Nº muestra pacientes nivel III	Nº muestra pacientes nivel IV	Nº muestra pacientes nivel V
Bellvitge	2021	851 (42%)	843 (42%)	327 (16%)	**370**	155	155	60
Viladecans	958	237 (25%)	497 (52%)	224 (23%)	**308**	77	160	71

Al utilizar esta proporción como base para determinar el tamaño de la muestra en cada nivel de triaje, se buscó evitar el sesgo en la selección de pacientes. Esto significa que se aseguró una representación equitativa de pacientes en

cada nivel de gravedad del triaje en ambos hospitales, lo que proporciona una visión más precisa y completa de la población estudiada. De esta manera, se minimizó la posibilidad de que los resultados estuvieran sesgados hacia un nivel de gravedad particular, permitiendo una evaluación más objetiva de la atención brindada en los servicios de urgencias.

Los pacientes que formaron parte del estudio fueron seleccionados utilizando un método de muestreo estratificado, lo que significa que se dividieron en grupos (o estratos) basados en su nivel de gravedad de triaje: III, IV y V.

Se utilizó un método de muestreo aleatorio por cuotas para seleccionar una muestra representativa de pacientes de cada nivel de gravedad (III, IV y V) durante un período de recolección de datos de 30 días entre los dos hospitales y, abarcó todos los días de la semana.

En el Hospital de Viladecans para cada nivel de gravedad y cada turno, el número de pacientes por día sería aproximadamente:

- Nivel III: 77 pacientes / 14 días ≈ 5-6 pacientes por día.
- Nivel IV: 160 pacientes / 30 días ≈ 11-12 pacientes por día.
- Nivel V: 71 pacientes / 30 días ≈ 5-6 pacientes por día.

En el Hospital Universitario de Bellvitge para cada nivel de gravedad y cada turno, el número de pacientes por día sería aproximadamente:

- Nivel III: 155 pacientes / 16 días ≈ 10 pacientes por día.
- Nivel IV: 155 pacientes / 16 días ≈ 10 pacientes por día.
- Nivel V: 59 pacientes / 16 días ≈ 4 pacientes por día.

El primer paciente reclutado al inicio de cada turno fue seleccionado al azar, y luego se reclutó a 1 de cada 4 pacientes para participar en el estudio. Este enfoque aseguró una muestra aleatoria y equitativa de pacientes en cada nivel de gravedad durante el período de recolección de datos.

La decisión de reclutar a uno de cada cuatro pacientes se tomó para maximizar la eficiencia y el uso óptimo de los recursos durante el período de recolección de datos de 30 días. Aunque seleccionar a solo uno de cada cuatro pacientes, se mantuvo la aleatoriedad para garantizar una muestra representativa y cumplir con la cuota de reclutamiento establecida para cada nivel de gravedad y hospital.

Este enfoque permitió obtener una muestra adecuada y equilibrada, asegurando que los resultados del estudio fueran significativos y aplicables a la población objetivo.

Criterios de inclusión y de exclusión

En el estudio participaron las enfermeras que desempeñaban funciones de triaje en los SUH. Se excluyó al personal que estuvo de baja laboral, de vacaciones o que optó por no participar en el estudio.

Los pacientes incluidos fueron aquellos atendidos por las enfermeras en triaje y clasificados con un nivel de triaje III, IV o V, pacientes mayores de 18 años, conscientes y orientados con habilidad de compresión lectora y escrita.

Se excluyeron a los pacientes menores de 18 años, a aquellos que estaban bajo custodia policial o que los motivos de consulta al servicio de urgencias estuvieran relacionados con agresiones, abortos o aquellos que presentaron alteraciones psiquiátricas agudas o crónicas. También se excluyeron aquellos que rechazaron participar o no firmaron el consentimiento informado por escrito.

Variables de estudio

Las variables relacionadas con las enfermeras se agruparon en variables sociodemográficas, experiencia profesional, aquellas relacionadas con el nivel competencial y las descritas en el cuestionario COM_VA©.

Variables sociodemográficas

- Edad: variable numérica no discreta que refleja el valor actual.
- Sexo: variable cualitativa con posibilidad de respuesta hombre, mujer.
- Lugar de trabajo: variable cualitativa con las posibilidades de respuesta HUB o HV.

Variables relacionadas con la experiencia profesional

- Experiencia laboral en el servicio de urgencias, en unidades de curas intensivas y/o en unidades asistenciales del Sistema de Emergencias

Médicas: variable cuantitativa estratificada (entre 1 y 2 años, entre 2 y 4 años, entre 4 y 6 años o más de 6 años).

- Experiencia laboral en triaje: variable cuantitativa estratificada (menos de 1 año, entre 1 y 2 años, entre 2 y 4 años, entre 4 y 6 años o más de 6 años).

Variables relacionadas con la formación académica

- Posgrado y/o Máster en urgencias hospitalarias y/o Unidad de Curas Intensivas: variable cualitativa con respuesta afirmativa o negativa.
- Formación en triaje: variable cualitativa con respuesta afirmativa o negativa.
  - En caso afirmativo, ¿Cuántas horas de formación tiene relacionadas con el triaje? Variable cuantitativa estratificada Menos de 5 horas, entre 5 y 10 horas, entre 10 y 20 horas, o más de 20 horas.
- Formación en códigos de emergencias: variable cualitativa con respuesta afirmativa o negativa.
- Formación en gestión del estrés, asertividad y trabajo en equipo: variable cualitativa con respuesta afirmativa o negativa.

Variables relacionadas con el nivel competencial y las 6 competencias descritas en el cuestionario COM_VA©

- Habilidades/capacidades que ha de tener la enfermera de triaje: variable cualitativa con posibilidades de respuesta (Habilidades comunicadoras, trabajo en equipo, juicio Clínico y empatía) puntuable en una escala tipo Likert del 1 al 4, en la que el 1 es la puntuación máxima.
- ¿El triaje es una competencia enfermera? variable cualitativa con respuesta afirmativa o negativa.
- Grado de seguridad que tienen cuando desempeñan sus funciones en la práctica diaria: Variable cuantitativa numérica puntuable en una escala tipo Likert del 1 al 10 donde 10 es la puntuación máxima.
- Sentirse respetada por el equipo asistencial ante la toma de decisiones clínicas: variable cualitativa con posibilidades de respuesta (siempre, a veces, nunca).

- Variables obtenidas en el cuestionario COM_VA©: variable cuantitativa numérica, puntuable en una escala tipo Likert del 1 al 10.

  Competencia 1: Cuidar

  Competencia 2: Valorar, diagnosticar y abordar situaciones cambiantes

  Competencia 3: Ayudar al paciente a hacer el tratamiento y hacerlo partícipe

  Competencia 4: Contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial

  Competencia 5: Facilitar el proceso de adaptación y afrontamiento

  Competencia 6: Trabajo en equipo

Las variables relacionadas con los pacientes se agruparon en variables sociodemográficas y variables relacionadas con la asistencia del paciente en triaje.

Variables sociodemográficas

- Edad: variable numérica no discreta que refleja el valor actual.
- Sexo: variable cualitativa con posibilidad de respuesta hombre, mujer.
- Hospital donde ha sido atendido: variable cualitativa con las posibilidades de respuesta HUB o HV.

Información relacionada con la asistencia en el triaje

- Motivo de consulta: variable cualitativa con varias posibilidades de respuesta, dolor torácico, cefalea/cervicalgia, focalidad neurológica, convulsiones, inestabilidad, lipotimia/síncope y malestar general, síntomas oculares, síntomas otorrinolaringológicos, alergia y reacciones cutánea, síntomas digestivos, síntomas uro-ginecológicos, intoxicación, agresión/negligencia, acoso sexual, alteración del tronco y extremidades no traumática, lesiones y traumatismos, diabético, hipertenso, sintomatología respiratoria, fiebre, hemorragia y otros.
- Nivel de triaje asignado: variable cualitativa con posibilidad de respuesta nivel III, nivel IV o nivel V.

- ¿Tiene dolor?: variable cualitativa con posibilidad de respuesta si, no.
- En caso afirmativo: Variable cuantitativa numérica puntuable en una escala tipo Likert del 1 al 10 donde 10 es la puntuación máxima.
- Variables obtenidas en la escala CECSS: variable cuantitativa numérica, puntuable en una escala tipo Likert del 1 al 5 donde 10 es la puntuación máxima de satisfacción.

1. La enfermera prestó sus servicios con competencia.
2. La enfermera sabía algo de mi enfermedad.
3. La enfermera sabía el tratamiento que yo necesitaba.
4. La enfermera debería haber sido más atenta de lo que fue.
5. La enfermera explicaba todos los procedimientos antes hacerlos
6. La enfermera explicaba las cosas en términos que yo podía entender.
7. La enfermera era comprensiva al escuchar mi problema.
8. La enfermera parecía de verdad preocupada por mi dolor y mis temores.
9. La enfermera fue lo más amable posible cuan hacía técnicas dolorosas.
10. La enfermera me trataba como un número en vez de como una persona.
11. La enfermera parecía comprender cómo me sentía.
12. La enfermera me dio la oportunidad de hacer preguntas.
13. La enfermera no fue muy amable.
14. La enfermera se tomaba el tiempo necesario para atenderme.
15. La enfermera se aseguró de que todas mis preguntas obtuvieran respuesta.

Instrumentos de recogida de datos

Instrumentos de medida de las enfermeras

Formulario de datos

Se creó un formulario de datos diseñado para recopilar información sobre variables sociodemográficas, experiencia profesional y aspectos relacionados con el nivel de competencia de las enfermeras encargadas de realizar el triaje. En la elaboración de las variables vinculadas a la experiencia profesional de las enfermeras, este estudio se basa en el documento publicado por el ICS en 2016 titulado "Perfil profesional de un/a enfermero/a de triaje de urgencias"[44]. Este documento establece los requisitos que deben cumplir las enfermeras que desempeñan funciones de triaje, abordando aspectos como la formación reglamentaria y complementaria, la experiencia previa, y el perfil de competencia específica recomendado.

Adicionalmente, se incorporó elementos de un cuestionario desarrollado por Martínez en 2017[101], el cual se utilizó para evaluar el nivel de experiencia y la percepción de seguridad de las enfermeras que realizan el triaje.

Esta combinación de fuentes permitió obtener una visión integral de las cualificaciones, experiencia y competencias de las enfermeras que llevan a cabo el triaje, facilitando así un análisis más completo de su desempeño en este ámbito (Anexo 1).

Cuestionario de evaluación de competencias: COM_VA©

Para evaluar el nivel de competencia de las enfermeras encargadas del triaje en los servicios de urgencias hospitalarias, se empleó el cuestionario de evaluación de competencias denominado COM_VA©[23].

Este cuestionario validado consta de seis competencias, cada una dividida en cinco elementos competenciales. En total, se evalúan 30 elementos competenciales utilizando una escala del 0 al 10, donde 0 indica un nivel muy deficiente y 10 corresponde a un nivel excelente.

Para calcular la puntuación final del COM_VA© se aplicó el peso o ponderación de cada competencia a la puntuación obtenida. El peso o ponderación estuvo relacionado con la unidad asistencial donde trabajaba el profesional (en este caso urgencias).

La competencia 1 “Cuidar” tiene una ponderación del 22% con relación a la ponderación total, la competencia 2” Valoración, diagnosticar y abordar situaciones clínicas cambiantes” es un 26%, la competencia 3 “Ayudar a los pacientes en el tratamiento” un 19%, la competencia 4 “Seguridad y proceso asistencial” un 15%, la competencial 5 “afrontamiento” un 7% y la competencia 6 “trabajo en equipo” un 11%.

El procedimiento para utilizar el COM_VA© incluye la autoevaluación por parte de la enfermera y la evaluación realizada por su superior inmediato (en este estudio fue la supervisora del servicio de urgencias).

La puntuación final se obtuvo de la mediana de las dos puntuaciones y en caso de que la diferencia de puntuación entre ambas evaluaciones superara el 20%, se solicitó la intervención de un tercer evaluador externo (el adjunto de enfermería del área de urgencias) (Anexo 2).

En caso de que hubiera la intervención de un tercer evaluador, la puntuación final se obtuvo de la mediana de las 2 puntuaciones más concordantes.

Basándose en el análisis de Martínez[101], que relacionó los niveles de competencia propuestos por Benner con las puntuaciones del COM_VA© (donde 5-6 puntos se consideran principiante, 6-7 puntos principiante avanzado, 7-8 puntos competente, 8-9 puntos eficiente y 9-10 puntos experto), se concluyó que una puntuación superior a 7 en el cuestionario COM_VA© se correlaciona con un nivel competente. Este nivel se considera el mínimo requerido para realizar el triaje de manera óptima.

Instrumentos de medida de los pacientes

Formulario de datos

Se diseñó un formulario de datos específico para recopilar información sociodemográfica y detalles relacionados con la atención en el triaje. Para evaluar el dolor, se empleó la Escala Visual Analógica (EVA), una herramienta que permite al paciente describir la intensidad de su dolor. La puntuación obtenida se dividió en tres categorías: dolor leve para puntuaciones menores de 3, dolor moderado para puntuaciones entre 4 y 7, y dolor severo para puntuaciones iguales o superiores a 8 (Anexo 3).

Escala de satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros en urgencias (CECSS)

La escala CECSS fue validada y adaptada al idioma español por Cuñado y colaboradores[75]. Este instrumento se compone de un total de 19 ítems que se utilizan para analizar la percepción del paciente en dos dimensiones principales: la satisfacción con los cuidados recibidos por parte de la enfermera y la satisfacción relacionada con la información y enseñanza sobre el autocuidado proporcionada por la enfermera al momento del alta hospitalaria.

De los 19 ítems, 12 están diseñados para evaluar la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros, mientras que 3 se centran en la satisfacción con la información recibida para el autocuidado. Los restantes 4 ítems tienen un carácter negativo y se utilizan como controles, aunque su puntuación no se considera en el análisis de satisfacción del paciente (ítems 5, 9, 14 y 17).

En este estudio, siguiendo la metodología de otros trabajos similares centrados en la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros en el triaje, solo se ha empleado la subescala de Cuidados de la CECSS[102,103].

La calificación de cada ítem se realizó mediante una escala Likert de 5 puntos, que va desde "completamente de acuerdo" hasta "totalmente en desacuerdo". Se consideró que el nivel de satisfacción del paciente comenzaba a partir de una puntuación de 36 puntos de un total de 60 (Anexo 4).

Recogida de datos

Fase piloto

Durante la fase de prueba piloto, se seleccionó un grupo 2 enfermeras de triaje de cada hospital para participar en el estudio. Tras una sesión de entrenamiento donde se explicó el propósito de la prueba piloto y se proporcionó orientación sobre los procedimientos y el uso del formulario de recolección de datos, se procedió a simular la recolección de datos para evaluar la comprensión y viabilidad del formulario y los procedimientos. Aunque durante el entrenamiento no se recibieron sugerencias, se procedió a realizar una simulación con 4 pacientes de la recolección de datos para evaluar la comprensión y viabilidad del formulario y los procedimientos.

Durante esta simulación, se detectó una limitación significativa relacionada con la comprensión y la lectura de las preguntas del cuestionario por parte de algunos pacientes. Específicamente, se observó que pacientes conscientes y orientados experimentaban dificultades para comprender las preguntas del formulario a pesar de saber leer.

Basados en la experiencia directa durante la simulación, se realizaron ajustes necesarios al formulario y procedimientos para abordar esta limitación. Entre los ajustes realizados, se decidió que el personal de investigación ayudara a leer las preguntas del cuestionario a los pacientes que experimentaban dificultades de comprensión o lectura. Esta medida se implementó con el fin de garantizar la inclusión de estos pacientes en el estudio y mejorar la calidad de los datos recolectados.

Durante la prueba del circuito de captación de pacientes, que incluyó a los cuatro pacientes seleccionados aleatoriamente, se determinó que no eran necesarios ajustes adicionales al formulario de recolección de datos ni al diagrama de flujo. Además, se constató que el personal encargado de la recolección de datos comprendía adecuadamente los procedimientos establecidos. Como resultado, se documentaron cuidadosamente todos los hallazgos y ajustes realizados

durante la prueba piloto para su incorporación en la implementación del estudio a gran escala.

Proceso de recogida de datos de las enfermeras

Se comenzó seleccionando un reducido grupo de enfermeras de triaje de los

El proceso de recolección de datos se inició con la obtención del consentimiento por parte de la dirección de cada hospital participante en el estudio. Se entregó una carta de presentación detallando el estudio a la dirección y solicitando la colaboración a los supervisores de enfermería de los servicios de urgencias para la organización de la difusión del estudio entre los profesionales y proporcionaran la información de la estructura y funcionamiento de rotación del personal del servicio para organizar la recogida de datos del triaje.

Una vez que ambos centros aprobaron el estudio, se llevó a cabo una serie de sesiones informativas dirigidas a las enfermeras de urgencias. Durante estas sesiones, se brindó una explicación detallada sobre el propósito del estudio y se solicitó la participación de los profesionales.

Los enfermeros interesados en participar en el estudio recibieron un cuestionario que abordaba tanto datos sociodemográficos como experiencia profesional, así como el cuestionario de evaluación COM_VA©. Se les otorgó un plazo de una semana para completarlos y fueron la investigadora principal, junto con la colaboración de los supervisores, lo que se encargaron personalmente de la distribución y recopilación de los cuestionarios.

Para asegurar una alta tasa de participación y minimizar las interferencias con los períodos vacacionales, la recolección de datos se programó fuera de los períodos vacacionales establecidos por los centros.

También se entregó el cuestionario COM_VA© a los supervisores de urgencias para que evaluaran a las enfermeras que habían aceptado participar.

Recogida de datos de los pacientes

Después de obtener la participación de las enfermeras en el estudio, se procedió a la recolección de datos de los pacientes. Durante este proceso, se aseguró que cada paciente fuera vinculado con las enfermeras que habían aceptado participar en el estudio. Esta medida se implementó para garantizar que solo se recopilaran datos de los pacientes atendidos por las enfermeras que estaban incluidas en el estudio.

La recogida de datos de los pacientes que acudieron a visitarse al servicio de urgencias se organizó teniendo en cuenta la infraestructura de cada hospital.

El proceso de reclutamiento de pacientes inicia con la selección al azar del primer paciente en cada turno. Luego, se evalúa si el paciente cumple con los criterios de inclusión del estudio, lo que incluye verificar si su nivel de gravedad corresponde a los requeridos (nivel III, IV o V). Si el paciente es descartado por no cumplir los criterios de inclusión, simplemente se pasa al siguiente paciente triado Si cumple con los criterios de inclusión, se verifica si se ha alcanzado la cuota de reclutamiento para su nivel de gravedad, incluyéndolo si corresponde. En caso contrario, se descarta y se pasa al siguiente paciente triado. La secuencia de reclutamiento se realiza seleccionando a uno de cada cuatro pacientes triados. Al finalizar el turno, se realiza una revisión exhaustiva para asegurar que todos los pacientes hayan sido evaluados y que se haya alcanzado la cuota de reclutamiento establecida para cada nivel de gravedad. En caso de cumplir con la cuota de reclutamiento de todos los niveles de triaje antes de concluir el turno, el proceso de reclutamiento para ese turno se da por finalizado de manera anticipada. Para una mejor comprensión visual y referencia, se adjunta la Figura 7 que ilustra el diagrama de flujo del proceso de reclutamiento de pacientes.

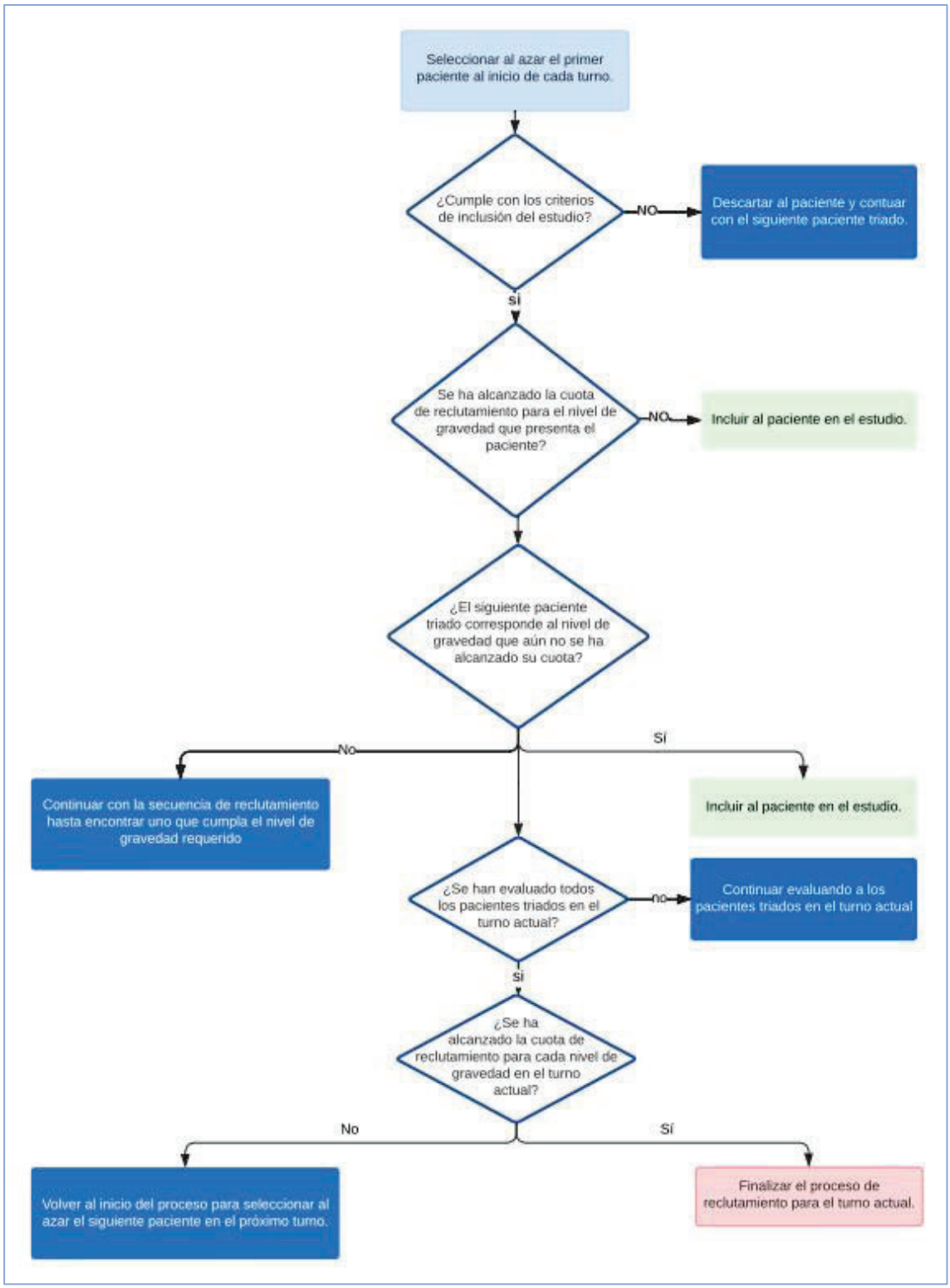


Figura 7. Diagrama de flujo del proceso de reclutamiento de los pacientes (Elaboración propia)

El procedimiento para la recolección de datos de los pacientes implicó explicarles detalladamente el estudio en la sala de espera de urgencias, una vez habían sido atendidos por la enfermera de triaje y antes de que fueran atendidos por el equipo médico. Aquellos pacientes que aceptaron participar recibieron tanto el

formulario de recogida de datos, como la escala CECSS. Este enfoque fue diseñado específicamente para evitar cualquier sesgo que pudiera influenciar en la satisfacción del paciente. De este modo, se garantizaba que su evaluación se centrara únicamente en la atención que recibieron en el triaje por parte de la enfermera.

Para establecer una relación entre el cuestionario de satisfacción del paciente y el formulario de datos de la enfermera que le atendió en el triaje, asignamos a cada enfermera de triaje un número único. Este número se registró en el cuestionario de satisfacción del paciente una vez que el paciente fue incluido en el estudio. De esta manera, se pudo asociar de manera precisa cada cuestionario de satisfacción con la enfermera específica que atendió al paciente en el triaje. Y por otra parte con este método de recogida de datos se supo cuántos pacientes incluidos en el estudio fueron triados por cada enfermera.

En caso de que el paciente manifestara dificultad para entender alguna pregunta o alguna ayuda relacionada con el cuestionario el investigador procedió a ayudarlo leyéndole las preguntas o aclarando alguna duda.

Análisis de los datos

Se llevaron a cabo diferentes análisis estadísticos para examinar las variables del estudio. En primer lugar, se presentaron las variables categóricas mediante sus valores absolutos y porcentajes correspondientes. Para las variables cuantitativas, se proporcionaron tanto la media como la desviación estándar (DE) en el caso de distribuciones que mostraron normalidad, lo cual se verificó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Por otro lado, para aquellas variables con distribuciones no normales, se empleó la mediana y el rango intercuartílico (RIC) como medidas descriptivas.

Se llevó a cabo un análisis de correlación para explorar la relación entre las variables de la escala CECSS y su resultado final, presentando los valores de correlación junto con sus intervalos de confianza del 95%. Además, se utilizaron modelos de regresión lineal simple para investigar la asociación entre la

puntuación COM_VA© y las variables relacionadas con la enfermera, así como entre la puntuación del paciente y las variables relacionadas con él.

Los resultados de estos análisis se comunicaron mediante valores beta y sus correspondientes intervalos de confianza del 95%. Todos los procedimientos estadísticos se realizaron con un nivel de significación bilateral de 0,05 y se ejecutaron utilizando el software R versión 4.1.0.

Aspectos éticos

El estudio fue sometido a la aprobación del Comité de Ética de Investigación del Hospital Universitari de Bellvitge con ref. PR194/19 (Anexo 5). Todos los involucrados, incluyendo la Dirección de Enfermería, supervisores de enfermería de urgencias y las enfermeras encargadas del triaje en ambos hospitales del ICS, fueron informados por escrito sobre el estudio a través de un documento informativo claro y comprensible (Anexo 6). Se les aseguró su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones y sin que esto les acarreara perjuicios. El equipo investigador se aseguró de que tanto los supervisores como las enfermeras comprendieran los objetivos y condiciones del estudio.

La confidencialidad de los datos de las enfermeras se aseguró mediante la asignación de códigos de identificación únicos, que no estaban vinculados a la identificación real de los participantes. Se tomaron todas las precauciones necesarias para limitar el acceso a los datos solo al equipo investigador, garantizando así la protección de la privacidad de los participantes cumpliendo la normativa legal vigente de protección de datos a nivel nacional y europeo (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, sobre protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y, adicionalmente, el Reglamento (UE) 2016/679 General de Protección de Datos (RGPD).

Para los pacientes que accedieron a participar en el estudio, se les proporcionó una hoja informativa y se les asignó un número de identificación desvinculado

de su identificación real (Anexo 7). Tanto las enfermeras como los pacientes que participaron en el estudio firmaron un consentimiento informado, lo que confirmó su comprensión y aceptación de los términos del estudio (Anexo 8 y 9).

Además, se contemplaron los derechos del participante al acceso, rectificación, cancelación y oposición, a limitar el tratamiento de datos que serán incorrectos y el derecho a solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) sus datos recogidos con motivo del estudio. Para ejercer estos derechos, el paciente o la enfermera podía dirigirse al equipo investigador, o bien al delegado de protección de datos del centro.

Este enfoque riguroso en la obtención de consentimiento y protección de la confidencialidad aseguró la integridad ética del estudio y la confiabilidad de los datos obtenidos.

RESULTADOS

De las 110 enfermeras en la población total, se incluyeron 79 en el estudio, con 52 procedentes del HUB y 27 del HV. Se identificaron seis enfermeras que no cumplían con los criterios de inclusión y tres que optaron por no participar. Las restantes no fueron incluidas debido a la falta de información completa en los cuestionarios. El diagrama de flujo detalla los motivos de exclusión (Figura 8). La tasa de participación de las enfermeras fue del 71.82%.

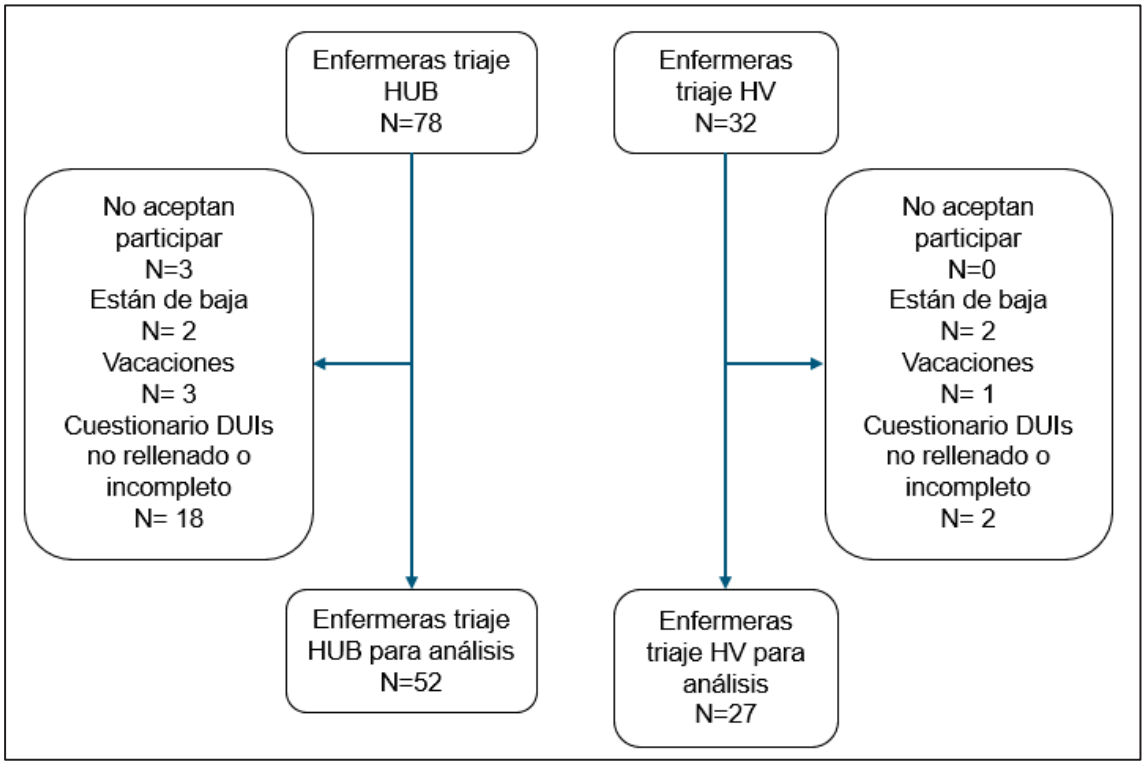


Figura 8. Diagrama de flujo de la muestra de enfermeras recolectadas. Criterios de exclusión (elaboración propia)

Características de las enfermeras

Características sociodemográficas de las enfermeras

La edad media de las enfermeras fue de 36,8 años siendo mujeres el 78.5% (Tabla 12).

Tabla 12. Características de las enfermeras incluidas en el estudio

	TOTAL	Viladecans	HUB	p.overall	N
	N=79	*N=27*	*N=52*		
Edad, Media (DE)	36.8 (8.37)	36.6 (8.05)	36.9 (8.61)	0.844	79
Sexo, N (%):				0.690	79
Mujer	62 (78.5%)	20 (74.1%)	42 (80.8%)		
Hombre	17 (21.5%)	7 (25.9%)	10 (19.2%)		

Experiencia laboral y formación académica de las enfermeras

El 69.6% de las enfermeras del conjunto de ambos hospitales tenían una experiencia laboral de más de 6 años trabajados en el servicio de urgencias, siendo las enfermeras del HUB las que tenían una mayor proporción de experiencia en este ámbito, con un 73.1%. Por otro lado, el 38% del total de las enfermeras contaba con más de 6 años de experiencia en triaje, destacando que las enfermeras de HV tenían una mayor proporción de experiencia en este campo, con un 55.6%. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los años de experiencia laboral tanto en urgencias (p=0.030) como en triaje (p=0.028) entre los dos hospitales (Tabla 13).

Tabla 13. Experiencia laboral de las enfermeras

	TOTAL	HV	HUB	p. overall	
Experiencia laboral urgencias, N (%):				0.030	79
Entre 1 y 2 años	4 (5.06%)	4 (14.8%)	0 (0.00%)		
Entre 2 y 4 años	4 (5.06%)	2 (7.41%)	2 (3.85%)		
Entre 4 y 6 años	16 (20.3%)	4 (14.8%)	12 (23.1%)		
Más de 6 años	55 (69.6%)	17 (63.0%)	38 (73.1%)		
Experiencia laboral triaje, N (%):				**0.028**	**79**
Menos de y año	4 (5.06%)	2 (7.41%)	2 (3.85%)		
Entre 1 y 2 años	11 (13.9%)	5 (18.5%)	6 (11.5%)		
Entre 2 y 4 años	12 (15.2%)	2 (7.41%)	10 (19.2%)		
Entre 4 y 6 años	22 (27.8%)	3 (11.1%)	19 (36.5%)		
Más de 6 años	30 (38.0%)	15 (55.6%)	15 (28.8%)		

En conjunto, el 79% de las enfermeras en los dos hospitales habían completado un máster o posgrado en urgencias hospitalarias y/o Unidad de Cuidados Intensivos, con un destacado 86.5% en el HUB. En cuanto a la formación en triaje, el 98.7% de las enfermeras había recibido este tipo de capacitación, llegando al 100% en el HUB. Además, el 47.5% había completado una formación específica en triaje de entre 10 y 20 horas, con un mayor porcentaje en el HUB (59.6%). Respecto a la formación en códigos de emergencia activados desde triaje, el 82.3% de las enfermeras había recibido la formación. Sin embargo, el 50.6% no había recibido ninguna formación relacionada con la gestión del estrés. No se observaron diferencias significativas entre los resultados de ambos hospitales, excepto en el número de horas de formación en triaje (p=<0.001) (Tabla 14).

Tabla 14. Formación académica de las enfermeras de triaje

	[TOTAL]	HV	HUB	p. overall	
Formación Postgrado/master, N (%):				0.074	79
No	16 (20.3%)	9 (33.3%)	7 (13.5%)		
Si	63 (79.7%)	18 (66.7%)	45 (86.5%)		
Formación Triaje, N (%):				0.342	79
No	1 (1.27%)	1 (3.70%)	0 (0.00%)		
Si	78 (98.7%)	26(96.3%)	52 (100%)		
¿Cuántas horas de formación en triaje ha recibido?, N (%):				<0.001	78
Menos de 5 horas	7 (8.97%)	6 (23.1%)	1 (1.92%)		
Entre 5 y 10 horas	14 (17.9%)	11(42.3%)	3 (5.77%)		
Entre 10 y 20 horas	37 (47.4%)	6 (23.1%)	31 (59.6%)		
Más de 20 horas	20 (25.6%)	3 (11.5%)	17 (32.7%)		
Formación en código emergencias, N (%):				0.217	79
No	14 (17.7%)	7 (25.9%)	7 (13.5%)		
Si	65 (82.3%)	20 (74.1%)	45 (86.5%)		
Formación en gestión del estrés, N (%):				0.694	79
No	40 (50.6%)	15 (55.6%)	25 (48.1%)		
Si	39 (49.4%)	12 (44.4%)	27 (51.9%)		

Aspectos relacionados con el nivel competencial de las enfermeras en triaje.

El 55.1% de las enfermeras consideró que la habilidad más importante que debe tener la enfermera que realiza el triaje en urgencias es el trabajo en equipo. La segunda habilidad más valorada fue la empatía, con un 47.4%. En tercer lugar, se encontraban las habilidades comunicativas, mencionadas por el 52.6% de las enfermeras. El juicio clínico fue la habilidad considerada en último lugar en comparación con las otras habilidades mencionadas por las enfermeras que realizan el triaje en urgencias (Figura 9).

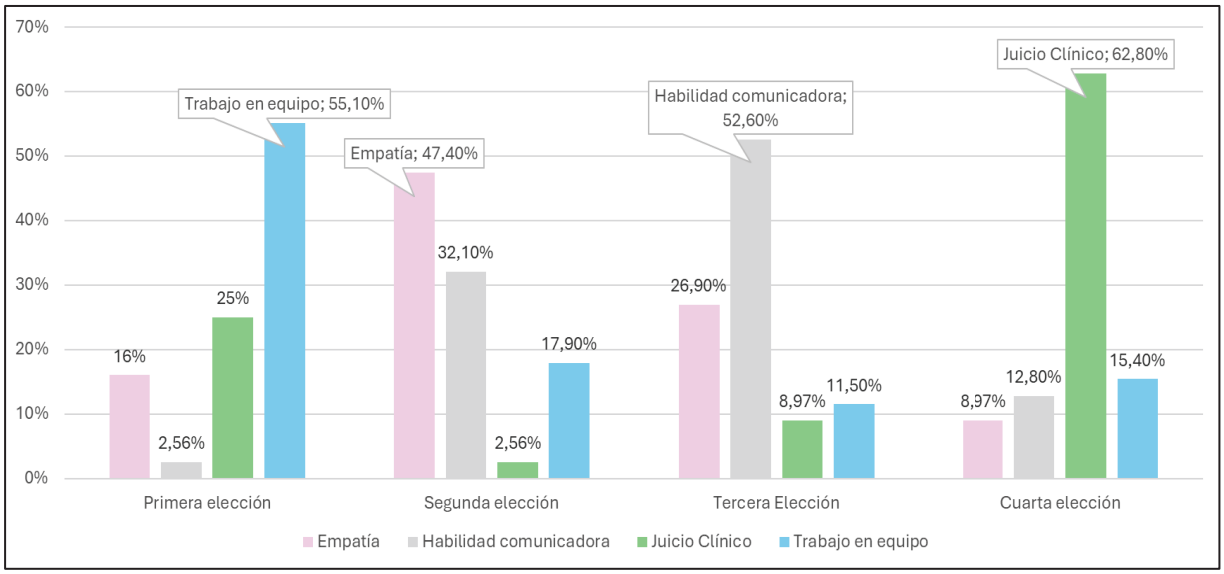


Figura 9. Diagrama de barras de las prioridades de las habilidades para las enfermeras de triaje

La gran mayoría de las enfermeras (92.4%) consideraron que el triaje es una competencia propia de su profesión. Solo un pequeño porcentaje (7.59%) expresó la opinión contraria, indicando que no consideraban el triaje como una competencia enfermera. Además, el grado de seguridad percibida al desempeñar sus funciones en la práctica diaria fue moderado para el 49.4% de las participantes. No se observaron diferencias significativas entre los hospitales en esta percepción, ya que los porcentajes fueron bastante similares tanto en el HUB como en HV (Tabla 15).

Tabla 15. Aspectos de la enfermera relacionados con el triaje

	Total	HV	HUB	p. overall	N
¿El triaje es una competencia enfermera?, N (%):				0.173	79
No	6 (7.59%)	4 (14.8%)	2 (3.85%)		
Si	73 (92.4%)	23 (85.2%)	50 (96.2%)		
Grado de seguridad cuando desempeñan tus funciones, N (%):				0.914	79
Bajo	2 (2.53%)	0 (0.00%)	2 (3.85%)		
Moderado	39 (49.4%)	14 (51.9%)	25 (48.1%)		
Alto	38 (48.1%)	13 (48.1%)	25 (48.1%)		

En cuanto a la percepción de ser respetadas por el equipo asistencial en la toma de decisiones, la mayoría de las enfermeras (75.9%) indicaron que a veces experimentaban este sentimiento. Sin embargo, hubo una diferencia significativa

entre los dos hospitales en este aspecto. En HUB, el 86.5% de las enfermeras manifestaron sentirse respetadas a veces, mientras que, en el HV, un 44.4% afirmaron sentirse respetadas siempre (Figura 10).

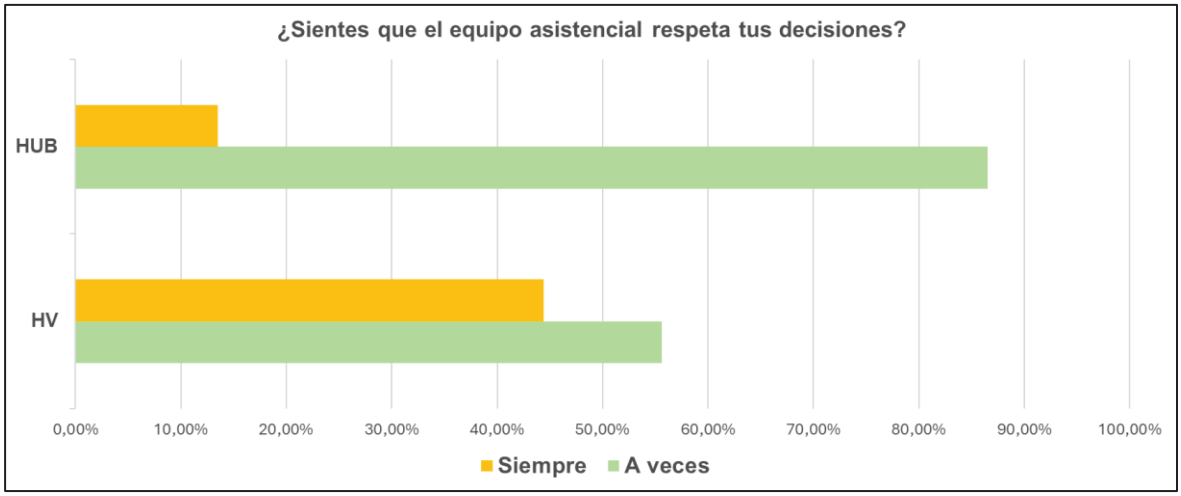


Figura 10. Diagrama de barras de la percepción del respeto por parte del equipo en la toma de sus decisiones en triaje

Relación entre la edad de las enfermeras y otras variables

La edad de las enfermeras está relacionada significativamente con la formación en postgrado o Master en urgencias o críticos (p = 0,031). Las enfermeras más jóvenes son las que tienen más formación de postgrado o master.

En cuanto a la formación en códigos de emergencias no existe significación estadística a pesar de que se observa que las enfermeras con más edad son las que tienen formación en códigos de emergencias.

Por último, hay asociación significativa entre la edad y la formación de gestión del estrés (p=0,002), con mayor edad más formación relacionada con el estrés tienen las enfermeras (Tabla 16).

Tabla 16. Relación de la edad con la formación académica de la enfermera

Edad vs formación de las enfermeras	Total	No	Si	p.overall	N
Edad y formación postgrado/máster	*N=79*	*N=16*	*N=63*		
Edad, Mean (DE)	36.8 (8.37)	42.2 (11.2)	35.4 (6.96)	0.031	79
Edad y formación en códigos emergencias	*N=79*	*N=14*	*N=65*		
Edad, Media (DE)	36.8 (8.37)	35.6 (8.50)	37.1 (8.39)	0.577	79
Edad y formación en estrés	*N=79*	*N=40*	*N=39*		
Edad, Media (DE)	36.8 (8.37)	34.0 (7.07)	39.7 (8.67)	0.002	79

En cuanto a la relación entre la edad de las enfermeras y su experiencia laboral en el servicio de urgencias se observó que existió una asociación estadísticamente significativa, las enfermeras que tenían más años de experiencia laboral en urgencias fueron las enfermeras que tenían mayor edad (p=<0,001). Igualmente ocurrió con la experiencia laboral en triaje hubo significancia estadística con la edad, las enfermeras con más edad eran las que tenían mayor experiencia en triaje (p=0,001) (Figura 11).

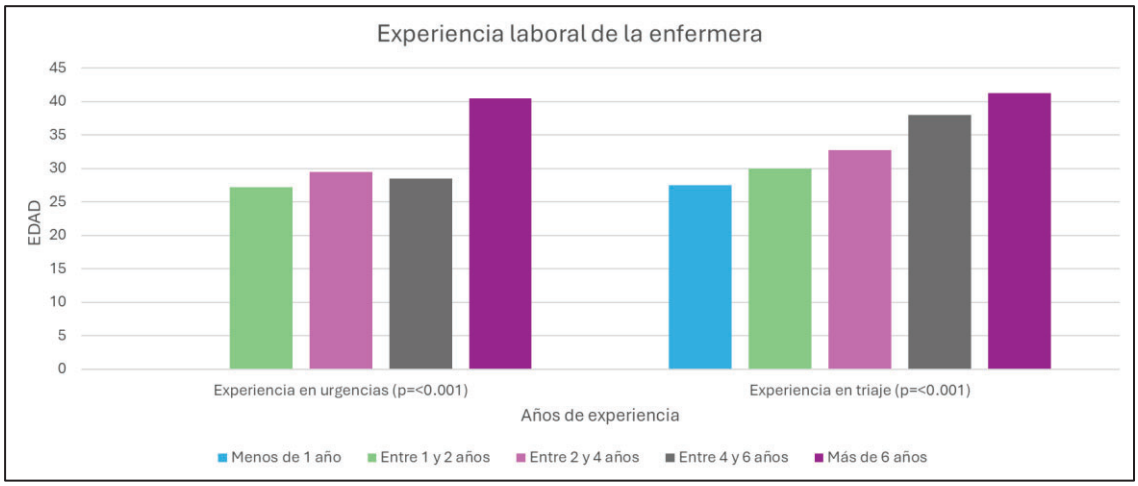


Figura 11. Diagrama de barras de la relación de la edad de las enfermeras con su experiencia laboral

Se examinó la relación entre la edad de las enfermeras y varios aspectos relacionados con su competencia en triaje. Se encontró que las enfermeras, con una edad media de 37 años, reportaron sentirse siempre respetadas, mientras

que aquellas con una edad media de 36.7 años solo se sentían respetadas a veces. Sin embargo, no se observó una asociación estadísticamente significativa entre estas variables (p=0.9).

La percepción de seguridad de la enfermera en su práctica diaria no fue significativamente estadística. Las enfermeras con más seguridad eran las que tenían más años.

Por otro lado, se encontró una relación estadísticamente significativa entre la edad y la percepción sobre si el triaje debiese ser considerado una competencia enfermera (p=0.022). En promedio, las enfermeras más jóvenes, con una edad media de 36.4 años, estaban más inclinadas a considerar que el triaje debía ser realizado por una enfermera, en comparación con las enfermeras de mayor edad (Tabla 17).

Tabla 17. Relación edad con aspectos relacionados con la competencia enfermera en triaje

Edad y sentirse respetada por el resto del equipo asistencial						
	Total	**A veces**	**Siempre**		**p.overall**	**N**
	N=79	*N=60*	*N=19*			
Edad, Media (DE)	36.8 (8.37)	36.7 (7.86)	37.1 (10.1)		0.900	79
Edad y percepción de seguridad en su práctica diaria						
	Total	**Bajo**	**Moderado**	**Alto**	**p.overall**	**N**
	N=79	*N=2*	*N=39*	*N=38*		
Edad, Media (DE)	36.8 (8.37)	35.5 (10.6)	34.8 (8.00)	38.9 (8.38)	0.096	79
Edad y ¿Enfermera debe hacer triaje?						
	Total	**No**	**Si**		**p.overall**	**N**
	N=79	*N=6*	*N=73*			
Edad, Media (DE)	36.8 (8.37)	42.2 (4.45)	36.4 (8.48)		0.022	79

Aunque no se encontró una asociación significativa estadísticamente, se observó que las enfermeras que cuentan con formación de posgrado o máster en urgencias tienden a percibir un nivel de seguridad más alto o moderado en la realización de su actividad diaria en triaje. Por otro lado, entre las enfermeras que a veces se sintieron respetadas por el equipo asistencial en la toma de sus decisiones, el 55% reportó un nivel de percepción de seguridad moderado en su

práctica diaria, mientras que aquellas que se sintieron siempre respetadas, en un 63.2%, tuvieron un nivel de seguridad alto.

Sin embargo, se identificó que entre las enfermeras que consideraban que el triaje es una competencia enfermera, el 52.1% tenía un nivel de seguridad moderado y alto un 46.6%, con una significancia estadística marginal de p=0,055 (Tabla 18).

Tabla 18. Relación del nivel de seguridad con aspectos relacionados con la competencia enfermera

Percepción seguridad en su praxis diaria y formación postgrado/máster					
	Total	**No**	**Si**	**p.overall**	**N**
	N=79	*N=16*	*N=63*		
Seguridad, N (%):				0.539	79
Bajo	2 (2.53%)	1 (6.25%)	1 (1.59%)		
Moderado	39 (49.4%)	8 (50.0%)	31 (49.2%)		
Alt	38 (48.1%)	7 (43.8%)	31 (49.2%)		
Percepción seguridad y sentirse respetada por el equipo asistencial					
	Total	**A veces**	**Siempre**	**p.overall**	**N**
	N=79	*N=60*	*N=19*		
Seguridad, N (%):				0.136	79
Bajo	2 (2.53%)	1 (1.67%)	1 (5.26%)		
Moderado	39 (49.4%)	33 (55.0%)	6 (31.6%)		
Alto	38 (48.1%)	26 (43.3%)	12 (63.2%)		
Percepción seguridad en su praxis diaria y el triaje es competencia enfermera					
	Total	**No**	**Si**	**p.overall**	**N**
	N=79	*N=6*	*N=73*		
Seguridad, N (%):				0.055	79
Bajo	2 (2.53%)	1 (16.7%)	1 (1.37%)		
Moderado	39 (49.4%)	1 (16.7%)	38 (52.1%)		
Alto	38 (48.1%)	4 (66.7%)	34 (46.6%)		

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de percepción de seguridad de las enfermeras y su experiencia laboral en urgencias. A medida que aumentaba el número de años de experiencia en urgencias de las enfermeras, se observó un aumento en su nivel de seguridad en la práctica diaria (p=0,027) (Figura 12).

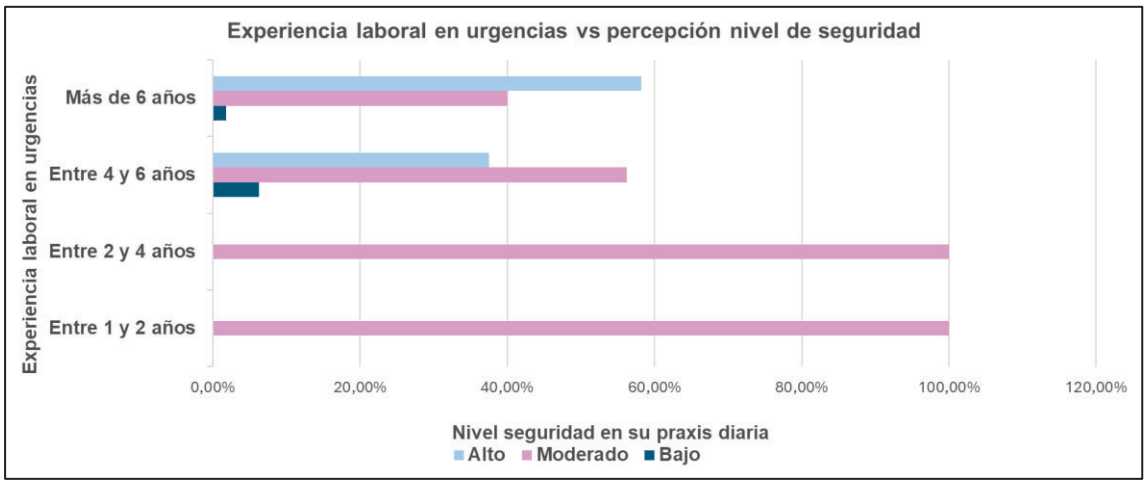


Figura 12. Diagrama de barras de la relación entre el nivel de seguridad de las enfermeras y la experiencia en urgencias

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la percepción de seguridad y los años trabajados en triaje, a pesar de que las enfermeras con más años de experiencia en triaje fueron las que manifestaron un nivel más alto de seguridad (p=0.123) (Tabla 19).

Tabla 19. Relación entre nivel de seguridad de las enfermeras y experiencia laboral en triaje

Nivel de seguridad vs experiencia en triaje							
	Total	**Menos de 1 año**	**Entre 1 y 2 años**	**Entre 2 y 4 años**	**Entre 4 y 6 años**	**Más de 6 años**	**p.overall**
	N=79	N=4	N=11	N=12	N=22	N=30	
Seguridad, N (%):							0.123
Bajo	2 (2.53%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (8.33%)	0 (0.00%)	1 (3.33%)	
Moderado	39 (49.4%)	4 (100%)	8 (72.7%)	6 (50.0%)	10 (45.5%)	11 (36.7%)	
Alto	38 (48.1%)	0 (0.00%)	3 (27.3%)	5 (41.7%)	12 (54.5%)	18 (60.0%)	

Nivel competencial de las enfermeras

La puntuación promedio del COM_VA© en ambos hospitales fue de 8.47 sobre un total de 10, siendo ligeramente mayor en HV con un promedio de 8.51 puntos.

No se observaron diferencias significativas entre los dos hospitales en términos de la puntuación final obtenida, según se muestra en la Tabla 20.

Tabla 20. Puntuación del COM_VA© por hospitales

Resultado COM_VA	Total	HV	HUB	p. overall	N
	N=79	N=27	N=52		
COM_VA total, Media (DE)	8.47 (0.67)	8.51 (0.59)	8.46 (0.71)	0.720	79
Mediana [Q1; Q3]	8.50 [7.97;8.98]	8.34 [8.16;8.92]	8.64 [7.96;9.00]	0.812	79

Se identificó una discrepancia entre las puntuaciones otorgadas por las enfermeras de triaje en su autoevaluación del COM_VA© y las evaluaciones realizadas por los supervisores de urgencias. Específicamente, en 10 evaluaciones del HUB, la discrepancia superó el 20% de diferencia entre ambos resultados, lo que requirió la intervención de un tercer evaluador. No se observaron casos similares en el HV. Además, se observó una diferencia significativa (p=0.013) entre ambos hospitales en cuanto a la discrepancia entre las valoraciones de los supervisores de urgencias y las enfermeras de triaje (Tabla 21).

Tabla 21. Diferencia entre la puntuación del COM_VA© de la enfermera de triaje y la supervisora

COM_VA enfermera vs supervisora	Total	HV	HUB	p. overall	N
	N=79	*N=27*	*N=52*		
Diferencia enfermera-supervisora (cat), N (%):				0.013	79
No	69 (87.3%)	27 (100%)	42 (80.8%)		
Sí	10 (12.7%)	0 (0.00%)	10 (19.2%)		
Diferencia enfermera-supervisora (cat), N (%):	10.3 (8.23)	7.82 (3.95)	11.5 (9.54)	0.018	79
Median [Q1;Q3]	8.34 [4.41;13.5]	7.51 [4.96;10.7]	9.05 [4.14;15.6]	0.301	79

Siguiendo el criterio de Martínez[101], que establece que una enfermera de triaje debe alcanzar al menos un nivel competente (COM_VA© > 7) para desempeñar sus funciones de manera óptima, se evaluó el nivel de competencia de las enfermeras participantes. Se observó que solo el 3,8% de las enfermeras de triaje no alcanzó dicho nivel.

Al analizar los datos, se detectó la presencia de un efecto techo, ya que la gran mayoría de los pacientes mostraron niveles de competencia muy altos (96,2%). Esta situación dificultó la detección de diferencias significativas en los extremos superiores de la escala. Para abordar este problema, se optó por subdividir el grupo de pacientes clasificados como 'Competente' en subgrupos más específicos según los niveles de competencia de Patricia Benner: Competente (de 7 a 8), eficiente (de 8 a 9) y experto (de 9 a 10)[26]. Esta subdivisión permitió realizar una evaluación más detallada de los niveles de competencia dentro de este grupo.

Al categorizar los resultados del COM_VA© por intervalos de puntuación, se observó que el 49,4% de las enfermeras obtuvieron una puntuación entre 8 y 9 puntos sobre 10. No se encontraron diferencias significativas entre los dos hospitales en este aspecto (Tabla 22).

Tabla 22. Categorización del COM_VA© según nivel de competencia y intervalos de puntuación

Puntuación COM_VA	Total N=79	HV N=27	HUB N=52	p. overall	N
COM_VA total (cat), N (%):				0.547	79
Cat. Inferior al nivel competente	3 (3.80%)	0 (0.00%)	3 (5.77%)		
Competente (>7)	76 (96.2%)	27 (100%)	49 (94.2%)		
COM_VA total (cat), N (%):				0.763	79
(0,7]	3 (3.80%)	0 (0.00%)	3 (5.77%)		
(7,8] Nivel Competente	18 (22.8%)	6 (22.2%)	12 (23.1%)		
(8,9] Nivel Eficiente	39 (49.4%)	15 (55.6%)	24 (46.2%)		
(9,10] Nivel Experto	19 (24.1%)	6 (22.2%)	13 (25.0%)		

En la Tabla 23 se presenta el análisis de los resultados de las 6 competencias evaluadas por el COM_VA© en los hospitales. Se encontró que la competencia mejor valorada fue la número 1, "Cuidar", con una puntuación media de 8.56 sobre 10, seguida de cerca por la competencia número 4, "Contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial", con un promedio de 8.53. La competencia “Valorar, diagnosticar y abordar situaciones cambiantes” obtuvo una puntuación de 8.48 quedando en penúltimo lugar. Al comparar las evaluaciones de competencias entre los dos hospitales, se observó que en HV la competencia mejor valorada fue la número 3, "Dar soporte a la prestación de curas", mientras que en HUB fue la competencia "Cuidar". Ambos hospitales coincidieron en que la competencia menos puntuada fue la número 5, "Facilitar el proceso de adaptación y afrontamiento", con una media de 8.11 puntos entre los dos hospitales. No se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones de las competencias entre los dos hospitales.

Tabla 23. Descripción de los resultados obtenidos del COM_VA© por cada competencia

Competencias COM_VA	Total *N=79*	HV *N=27*	HUB *N=52*	p. overall	
Cuidar, Media (DE)	8.56 (0.70)	8.57 (0.69)	8.55 (0.72)	0.943	79
Cuidar, (cat), N (%):				0.547	79
Nivel inferior a competente	3 (3.80%)	0 (0.00%)	3 (5.77%)		
Competente	76 (96.2%)	27 (100%)	49 (94.2%)		
Valorar, diagn. y abordar situaciones cambiantes, Media (DE)	8.48 (0.72)	8.46 (0.70)	8.50 (0.74)	0.798	79
Valorar, diagn. y abordar situaciones cambiantes(cat), N (%):				0.547	79
Nivel inferior a competente	3 (3.80%)	0 (0.00%)	3 (5.77%)		
Competente	76 (96.2%)	27 (100%)	49 (94.2%)		
Dar soporte a la prestación de curas, Media (DE)	8.50 (0.73)	8.63 (0.64)	8.44 (0.77)	0.256	79
Dar soporte a la prestación de curas (cat), N (%):				0.547	79
Nivel inferior a competente	3 (3.80%)	0 (0.00%)	3 (5.77%)		
Competente	76 (96.2%)	27 (100%)	49 (94.2%)		
Contribuir a garantizar la seguridad, Media (DE)	8.53 (0.72)	8.55 (0.66)	8.52 (0.75)	0.847	79
Contribuir a garantizar la seguridad (cat), N (%):				0.293	79
Nivel inferior a competente	4 (5.06%)	0 (0.00%)	4 (7.69%)		
Competente	75 (94.9%)	27 (100%)	48 (92.3%)		
Facilitar el proceso de adaptación, Media (DE)	8.11 (0.73)	8.12 (0.72)	8.10 (0.74)	0.885	79
Facilitar el proceso de adaptación(cat), N (%):				0.658	79
Nivel inferior a competente	6 (7.59%)	1 (3.70%)	5 (9.62%)		
Competente	73 (92.4%)	26 (96.3%)	47 (90.4%)		
Trabajo en equipo, Media (DE)	8.50 (0.79)	8.52 (0.69)	8.49 (0.85)	0.853	79
Trabajo en equipo(cat), N (%):				0.089	79
Nivel inferior a competente	6 (7.59%)	0 (0.00%)	6 (11.5%)		
Competente	73 (92.4%)	27 (100%)	46 (88.5%)		

Se analizó la diferencia de puntuación entre el promedio obtenido en la autoevaluación COM_VA© de las enfermeras y el de las supervisoras. La competencia 6 "Trabajo en equipo" fue la que obtuvo mayor diferencia de puntación entre ambos evaluadores. En general, las enfermeras calificaron esta competencia más alta en su autoevaluación que las supervisoras de urgencias. Por otro lado, se encontró que la competencia 4 "Contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial" mostró una discrepancia menor entre ambas evaluaciones, lo que se reflejó en puntuaciones más similares entre las enfermeras y las supervisoras. Esto indica una mayor consistencia en la evaluación de esa competencia (Tabla 24).

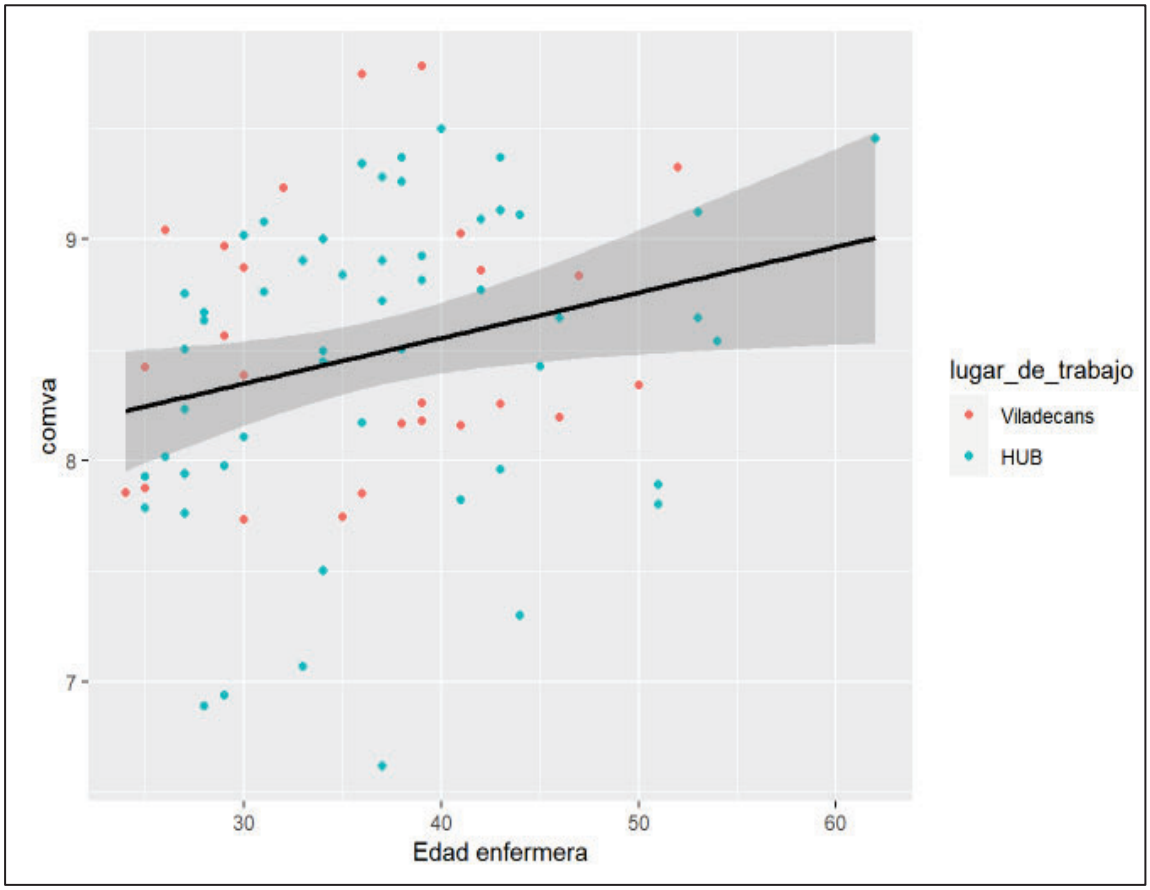
Tabla 24. Diferencia de puntuación entre la autoevaluación de las enfermeras y la evaluación de las supervisoras de urgencias

Competencias COM_VA vs enfermera/supervisión	**Enfermera** N=79	**Supervisora** N=79	**Dif.**
Cuidar, Media (DE)	8.59 (0.78)	8.53 (1.05)	0,06
Valorar, diagn. y abordar situaciones cambiantes, Media (DE)	8.40 (0.72)	8.54 (1.12)	-0,14
Dar soporte a la prestación de curas, Media (DE)	8.44 (0.69)	8.51 (1.13)	-0,07
Contribuir a garantizar la seguridad, Media (DE)	8.54 (0.69)	8.52 (1.09)	0,02
Facilitar el proceso de adaptación, Media (DE)	8.04 (0.91)	8.08 (1.19)	-0,04
Trabajo en equipo, Media (DE)	8.68 (0.76)	8.37 (1.22)	0,31

Relación entre las variables de las enfermeras y el nivel competencial de las enfermeras que realizan el triaje

Resultado COM_VA© y edad de las enfermeras

Se realizó un análisis de correlación entre la variable edad de las enfermeras y el promedio del resultado COM_VA© obtenido de ambos hospitales y se obtuvo una correlación de 0.256 indica que hay una relación positiva, pero relativamente débil. Por lo tanto, la relación entre las variables no es muy marcada (Figura 13).



La correlación entre edad de la enfermera y COM_VA ©es 0.256, IC 95% [0.034,0.454].

Figura 13. Diagrama de dispersión de las variables edad y el COM_VA©

Resultado COM_VA© y el sexo de las enfermeras

No se encontró una correlación significativa entre los resultados del cuestionario COM_VA© y el sexo de las enfermeras, con un valor p de 0.548 (Tabla 25).

Tabla 25. Relación COM_VA© y el sexo de las enfermeras

COM_VA y sexo de las enfermeras				
	Total	**Mujer**	**Hombre**	**p.overall**
	N=79	*N=62*	*N=17*	
COM_VA, Media (DE)	8.47 (0.67)	8.45 (0.69)	8.56 (0.61)	0.548
Mediana [Q1; Q3]	8.50 [7.97;8.98]	8.44 [7.93;9.02]	8.77 [8.39;8.87]	0.377

Resultado COM_VA© y la experiencia laboral en urgencias de las enfermeras

La experiencia laboral en urgencias tuvo un impacto significativo en la puntuación del COM_VA©. Tener 1 o 2 años de experiencia en urgencias, en comparación con tener más de 6 años (la categoría de referencia), disminuyó la puntuación del COM_VA© en 0.81 puntos. Asimismo, tener entre 4 y 6 años de experiencia en urgencias, en comparación con tener más de 6 años, también disminuyó la puntuación del COM_VA© en 0.46 puntos (Tabla 26).

Tabla 26. Relación COM_VA© con la experiencia laboral de las enfermeras en urgencias

COM_VA según experiencia laboral en urgencias	**Entre 1 y 2 años**	**Entre 2 y 4 años**	**Entre 4 y 6 años**	**Más de 6 años**	**p.overall**
	N=4	*N=4*	*N=16*	*N=55*	
COM_VA, Media (DE)	7.97 (0.30)	8.22 (0.62)	8.18 (0.66)	8.62 (0.66)	0.034
Median [Q1;Q3]	7.86 [7.83;8.01]	8.25 [7.82;8.64]	8.17 [7.78;8.69]	8.72 [8.18;9.10]	0.016

En el diagrama de cajas, se pudo observar una clara tendencia de aumento en las puntuaciones del COM_VA© a medida que aumentaba la experiencia en urgencias. Específicamente, se observó que las enfermeras con más de 6 años de experiencia tendían a obtener puntuaciones más altas en el COM_VA© en comparación con aquellas con menos experiencia (Figura 14).

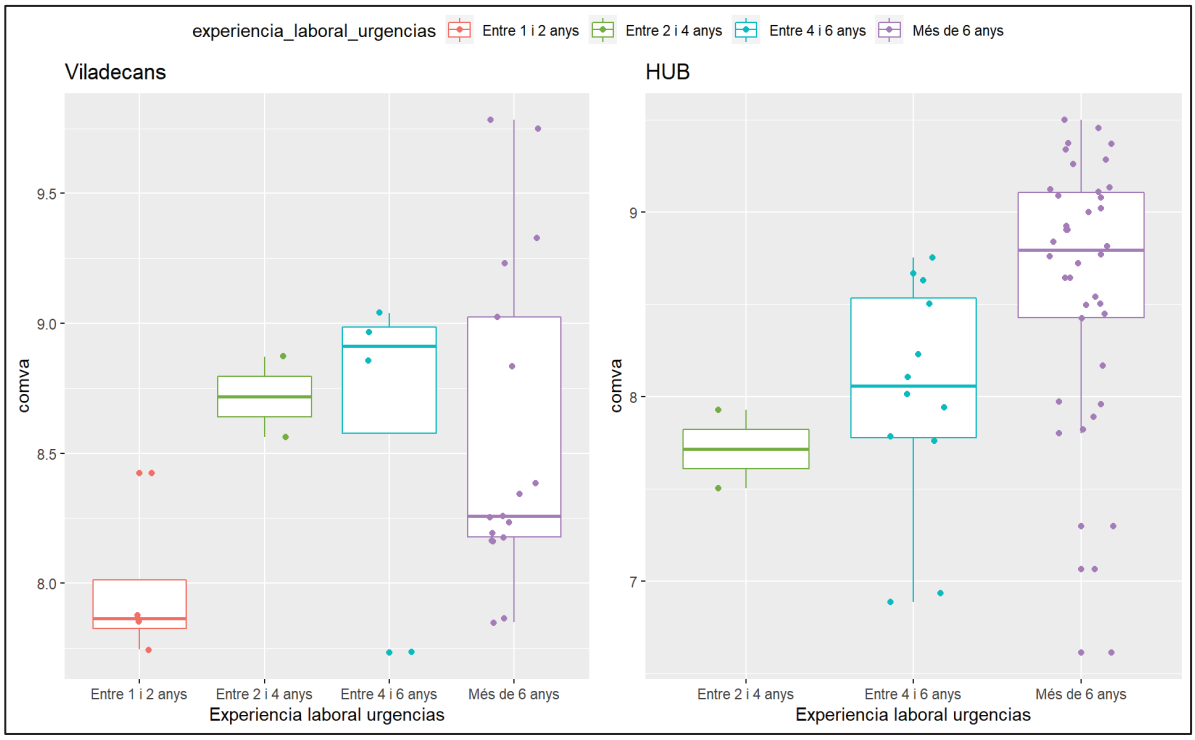


Figura 14. Diagrama de cajas y dispersión de las variables del COM_VA© con relación a la experiencia laboral en urgencias de las enfermeras en cada hospital

Resultado COM_VA© y la experiencia laboral de las enfermeras en triaje

Tal y como se observa en la tabla 27, se obtuvo una relación significativa entre el resultado COM_VA© y la experiencia laboral de las enfermeras en triaje (p=0,031).

Tabla 27. Relación COM_VA© con la experiencia laboral de las enfermeras en triaje

COM_VA según experiencia laboral en triaje	Menos de 1 año	Entre 1 y 2 años	Entre 2 y 4 años	Entre 4 y 6 años	Más de 6 años	p.overall
	N=4	*N=11*	*N=12*	*N=22*	*N=30*	
COM_VA, media (DE)	8.19 (0.69)	8.21 (0.43)	8.06 (0.83)	8.65 (0.65)	8.64 (0.60)	0.031
Mediana[Q1;Q3]	8.10 [7.71;8.58]	7.94 [7.86;8.60]	8.17 [7.57;8.76]	8.87 [8.24;9.06]	8.50 [8.20;9.12]	0.040

Se llevó a cabo un análisis mediante un modelo de regresión lineal para examinar la relación entre la puntuación del COM_VA© y dos variables predictoras: el tipo de hospital (HUB o no HUB) y la experiencia en triaje de las enfermeras, categorizada en diferentes intervalos de años en comparación con más de 6 años de experiencia, que se consideró como la categoría de referencia.

Los resultados mostraron que no hubo una diferencia significativa en la puntuación del COM_VA© entre los hospitales HUB y HV. Sin embargo, tener entre 2 y 4 años de experiencia en triaje se asoció con una disminución significativa en la puntuación del COM_VA© en comparación con tener más de 6 años de experiencia. Por otro lado, otras categorías de experiencia en triaje no mostraron una diferencia significativa en la puntuación del COM_VA© (Tabla 28).

Tabla 28. Modelo de regresión lineal entre COM_VA© y experiencia laboral en triaje

COM_VA según hospital y experiencia laboral en triaje				
Predictors	*Estimates*	*std. Error*	*CI*	*p*
(Intercept)	8.66	0.14	8.38 to 8.95	**<0.001**
Hospital-HUB	-0.04	0.16	-0.37 to 0.29	0.811
Menos de 1 años vs Más de 6	-0.45	0.34	-1.14 to 0.23	0.190
1-2 años vs Más de 6	-0.43	0.23	-0.88 to 0.03	0.065
2-4 años vs Más de 6	-0.56	0.23	-1.02 to -0.11	**0.015**
4-6 años vs Más de 6	0.03	0.19	-0.35 to 0.40	0.896
Observaciones	79			
R2 / R2 ajustado	0.133 / 0.073			
AIC	162.603			

Resultado COM_VA© y la formación de las enfermeras de triaje

Se observó que, aunque un mayor número de enfermeras tenian máster o postgrado en urgencias, no se encontró ninguna relación significativa con el resultado del COM_VA© (p=0,304).

Además, dado que prácticamente todas las enfermeras participantes en el estudio tenían formación en triaje, se investigó cómo influían las horas de formación específica en triaje en los resultados del COM_VA©. Sin embargo, no se encontró ninguna asociación significativa entre el número de horas de formación en triaje y los resultados del COM_VA©. Tampoco se encontró relación significativa entre el resultado COM_VA© y la formación de la enfermera en códigos de emergencias (Tabla 29).

Tabla 29. Relación entre el resultado COM_VA© y la formación de las enfermeras

COM_VA vs formación en postgrado/master			**No**	**Si**	**p.overall**
			N=15	*N=62*	
COM_VA, Media (DE)			8.37 (0.56)	8.51 (0.70)	0.401
COM_VA vs formación en gestión del estrés			**No**	**Si**	**p.overall**
			N=40	*N=39*	
COM_VA, Media (DE)			8.26 (0.65)	8.70 (0.62)	0.003
COM_VA vs formación códigos emergencia			**No**	**Si**	**p.overall**
			N=14	*N=65*	
COM_VA, Media (DE)			8.20 (0.75)	8.53 (0.64)	0.144
COM_VA vs formación en triaje	**Menos de 5 horas**	**Entre 5 y 10 horas**	**Entre 10 y 20 horas**	**Más de 20 horas**	**p.overall**
	N=7	*N=14*	*N=37*	*N=20*	
COM_VA, Media (DE)	8.62 (0.78)	8.54 (0.64)	8.27 (0.68)	8.76 (0.57)	0.057

Según el modelo de regresión lineal utilizado en la Tabla 30, se encontró que la formación en gestión del estrés tiene una influencia significativa en la puntuación

del COM_VA©. Específicamente, tener formación en gestión del estrés se asoció con un aumento estimado de 0.44 puntos en la puntuación del COM_VA©, en comparación con aquellos que no recibieron esta formación. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la puntuación del COM_VA© entre los hospitales HUB y no HUB.

Tabla 30. Relación COM_VA© con la formación en gestión del estrés en cada hospital

COM_VA según hospital y formación estrés				
Predictores	**Estimaciones**	**std. Error**	**IC**	**p**
(Intercept)	8.31	0.14	8.04 to 8.59	**<0.001**
Hospital-HUB	-0.09	0.15	-0.39 to 0.22	0.569
Formación estrés- Sí	0.44	0.14	0.16 to 0.73	**0.003**
Observaciones	79			
R^2 / R^2 ajustado	0.112 / 0.089			
AIC	158.45			

Relación del resultado de cuestionario COM_VA© con la variable ¿El triaje es una competencia enfermera?

Según lo revelado en la Tabla 31, hubo una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación del COM_VA© en función de si la enfermera creía que el triaje era una competencia de su rol o no, con un valor de p global inferior a 0.001. Las enfermeras que creían que el triaje era una competencia enfermera mostraron una puntuación promedio de COM_VA© más alto (8.51 puntos).

Tabla 31. Relación resultado cuestionario COM_VA© con la variable considerar si el triaje es una competencia enfermera

COM_VA según el hospital y ¿El triaje es una competencia enfermera?				
Predictors	**Estimates**	**std. Error**	**CI**	**p**
(Intercept)	8.03	0.28	7.48 to 8.58	**<0.001**
Hospital-HUB	-0.12	0.16	-0.43 to 0.20	0.473
Enfermera triaje- Sí	0.56	0.29	-0.01 to 1.13	0.053
Observaciones	79			
R^2 / R^2 adjusted	0.050 / 0.025			
AIC	163.822			

En el diagrama de cajas se presenta la puntuación del COM_VA© según si las enfermeras consideraban que el triaje era una competencia enfermera o no y el hospital en el que trabajaban. Los resultados mostraron que hubo una diferencia significativa en la puntuación del COM_VA© entre las enfermeras que consideraban que era una función de la enfermera y las que no, tanto en el HV como en el HUB. En ambos hospitales, las enfermeras que consideraban el triaje una competencia enfermera tendían a tener puntuaciones promedio del COM_VA© más altos en comparación con aquellas que no lo consideraban (Figura 15).

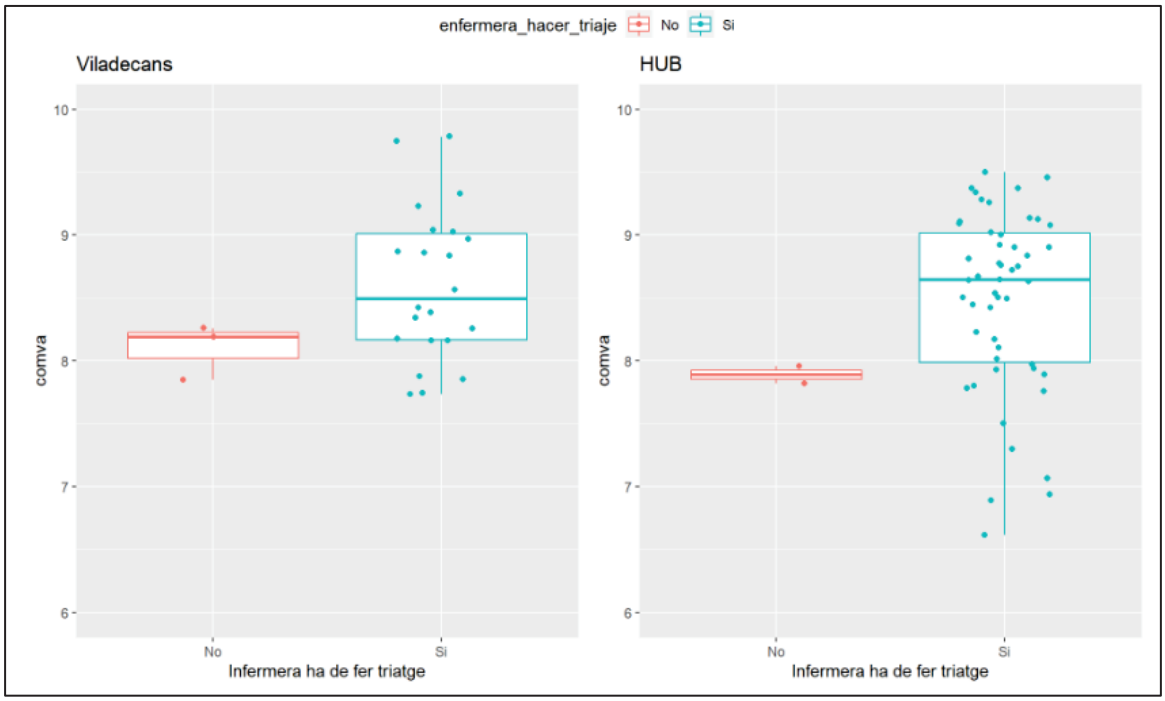


Figura 15. Diagrama de cajas y de dispersión de las variables resultado COM_VA© y considerar el triaje como competencia enfermera

En cuanto a la percepción de respeto por parte del equipo asistencial, no hubo una diferencia significativa en la puntuación del COM_VA© entre las enfermeras que a veces se sentían respetadas y aquellas que siempre se sentían respetadas (p=0.508) (Tabla 32).

Tabla 32. Relación resultado COM_VA© con la variable la enfermera se sentía respetada por el equipo asistencial en su toma de decisiones

COM_VA vs sentirse respetada por el equipo	A veces	Siempre	p.overall
	N=60	*N=19*	
COM_VA, Media (DE)	8.50 (0.67)	8.38 (0.68)	0.508

Se observó una asociación significativa entre el nivel de seguridad percibido y las puntuaciones del COM_VA©. Las enfermeras que informaron un nivel de seguridad bajo obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en el COM_VA© en comparación con aquellas que informaron un nivel de seguridad alto (p = 0.033). Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas entre las enfermeras que informaron un nivel de seguridad moderado y aquellas con un nivel de seguridad alto (p = 0.818).

Estos resultados sugieren que la percepción de seguridad en el entorno laboral puede tener un impacto en el nivel de competencia de las enfermeras en el triaje. Un mayor sentido de seguridad podría estar asociado con un desempeño más efectivo y competente en la evaluación y clasificación de los pacientes durante el triaje (Tabla 33).

Tabla 33. COM_VA© vs nivel de seguridad de la enfermera en su praxis diaria

COM_VA según nivel de seguridad en la praxis asistencial en triaje				
Predictors	*Estimates*	*std. Error*	*CI*	*p*
(Intercept)	8.53	0.15	8.22 to 8.84	**<0.001**
Hospital-HUB	-0.05	0.16	-0.37 to 0.28	0.766
Bajo vs Alto	-1.06	0.48	-2.02 to -0.09	**0.033**
Moderado vs Alto	0.04	0.15	-0.27 to 0.34	0.818

Resultados de los pacientes que han participado en el estudio

En el proceso de captación de pacientes en el triaje, se logró incluir en el estudio a 624 de los 789 pacientes identificados por los investigadores, de los cuales 333 fueron de HUB y 291 de HV. Sin embargo, un total de 165 pacientes fueron excluidos por diversos motivos, tales como la falta de consentimiento para participar en el estudio, el incumplimiento de los criterios de inclusión, respuestas incompletas en el cuestionario o la exclusión de la enfermera encargada del triaje debido a la entrega incompleta de su cuestionario.

Los motivos de exclusión de los pacientes en cada hospital se detallan en siguiente diagrama de flujo (Figura 16).

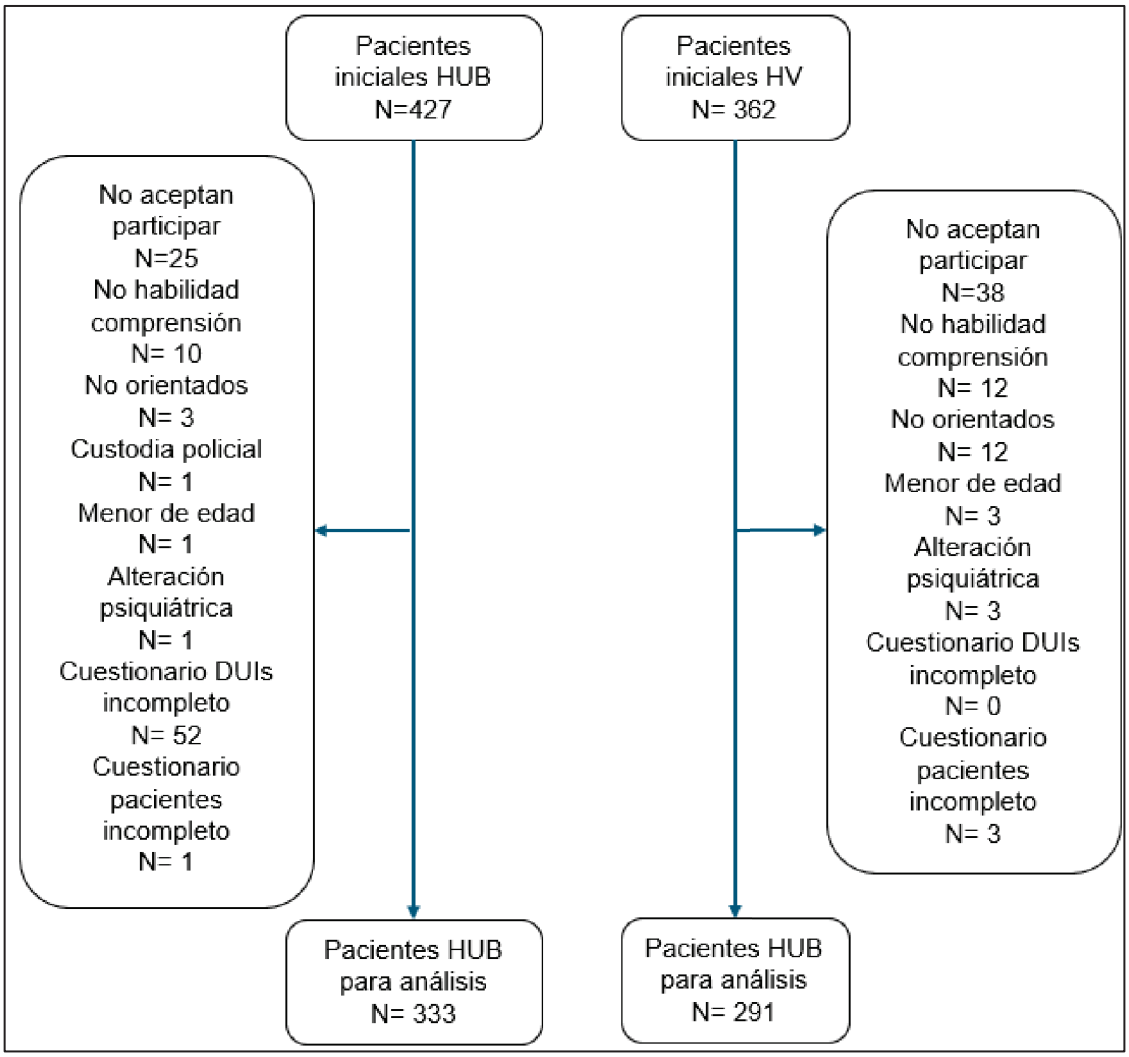


Figura 16. Diagrama de flujo de la muestra de pacientes incluida en el estudio

Implicaciones para la práctica asistencial

Los hallazgos de este estudio tienen implicaciones importantes para la práctica enfermera en el contexto del triaje en los servicios de urgencias. En primer lugar, es crucial que los profesionales reconozcan y promuevan el triaje como una competencia esencial de la enfermera. Esto significa que las instituciones de salud deben respaldar y facilitar la formación continua en triaje para que las enfermeras puedan desarrollar y mantener sus habilidades en esta área.

Además, se necesita un enfoque específico en la formación en triaje. Los resultados muestran que la formación específica en triaje tiene un impacto positivo en la competencia de las enfermeras. Por lo tanto, es fundamental

invertir en programas de formación que se centren en aspectos clave del triaje para mejorar el desempeño clínico y la satisfacción del paciente.

Otro aspecto importante es el desarrollo de habilidades de razonamiento clínico. Dado que el razonamiento clínico es esencial en el triaje, se deben implementar programas de formación y desarrollo profesional que se centren específicamente en mejorar las habilidades de razonamiento clínico de las enfermeras en el contexto del triaje en los servicios de urgencias. Estos programas podrían incluir sesiones de entrenamiento que simulen escenarios de triaje realistas, donde las enfermeras practiquen la evaluación rápida y precisa de la condición de los pacientes, la interpretación de signos y síntomas clave, y la toma de decisiones fundamentadas en la información clínica disponible.

Además, se podrían implementar técnicas de entrenamiento en razonamiento clínico, como el análisis de casos de estudio, la discusión de situaciones clínicas complejas en grupos de trabajo y la retroalimentación estructurada por parte de profesionales experimentados en triaje. Estas actividades permitirían a las enfermeras desarrollar su capacidad para identificar patrones, formular hipótesis y tomar decisiones efectivas en situaciones de alta presión y con recursos limitados.

La empatía y el cuidado integral también deben ser prioridades. Es crucial que los programas de formación y desarrollo profesional para enfermeras en servicios de urgencias se centren específicamente en mejorar las habilidades de comunicación y en el abordaje de las necesidades emocionales de los pacientes durante el proceso de triaje. Esto podría incluir sesiones de entrenamiento práctico que simulan situaciones de triaje donde las enfermeras aprendan a reconocer y responder de manera empática a las preocupaciones y emociones de los pacientes.
Además, se podrían implementar técnicas de comunicación efectiva, como el uso de lenguaje claro y comprensible, el establecimiento de contacto visual, la demostración de empatía a través de gestos y expresiones faciales, y la práctica de habilidades de escucha activa para entender completamente las preocupaciones del paciente. Los programas de formación también podrían

incluir educación sobre el manejo de situaciones emocionalmente difíciles durante el triaje, como la comunicación de malas noticias o el apoyo a pacientes y familiares en momentos de crisis. Esto podría involucrar el desarrollo de estrategias para ofrecer apoyo emocional y recursos adecuados, así como la capacitación en cómo trabajar en colaboración con otros miembros del equipo de salud mental o servicios de apoyo social dentro del hospital.

Es crucial fomentar el trabajo en equipo y la adaptabilidad. Esto implica implementar programas que mejoren la integración en el equipo, fomenten la comunicación efectiva y la colaboración, y fortalezcan la capacidad de adaptación a entornos cambiantes. Una relación colaborativa entre médicos y enfermeras puede contribuir significativamente al desarrollo de habilidades y competencias efectivas en la atención de salud.

Por último, se debe prestar especial atención al manejo del dolor durante el triaje. Dado que el manejo del dolor influye en la percepción del paciente sobre la calidad de la atención, se deben implementar estrategias para mejorar la evaluación y el tratamiento del dolor de manera oportuna y efectiva en el contexto del triaje. Sería interesante examinar cómo las intervenciones específicas durante el proceso de triaje, cómo la administración temprana de analgésicos o la implementación de protocolos de manejo del dolor, impactan en los resultados clínicos y en la experiencia del paciente. Esto podría incluir estudios controlados aleatorizados para evaluar la efectividad de diferentes enfoques en la mejora de los resultados del paciente y la eficiencia en la atención de urgencias.

Perfil sociodemográfico de los pacientes

La media de edad de los pacientes incluidos en el estudio fue de 50.8 años, y las mujeres representaron el 51.8% del total de pacientes participantes.

Después de que los pacientes fueron triados, las enfermeras les asignaron un nivel de triaje, donde destacó el nivel IV, que abarcó al 56.4% de los pacientes, seguido del nivel III, que comprendió al 31.2% del total de pacientes triados en ambos hospitales.

Se observó una diferencia significativa entre los dos hospitales en cuanto a la distribución de los niveles de triaje. En el Hospital de Viladecans, se triaron más pacientes con niveles IV y V, representando el 61.9% y el 13.7% respectivamente, en comparación con el HUB (Tabla 34).

Tabla 34. Características de los pacientes incluidos en el estudio

Características de los pacientes					
	Total	**HV**	**HUB**	**p. overall**	
	N=79	*N=27*	*N=52*		
	N=624	*N=291*	*N=333*		
Edad, Media (DE)	50.8 (20.3)	51.7 (21.5)	50.1 (19.2)	0.326	624
Mediana [Q1;Q3]	50.0 [32.8;68.2]	50.0 [32.0;72.0]	50.0 [33.0;66.0]	0.407	624
Sexo, N (%):				1.000	624
Mujer	323 (51.8%)	151 (51.9%)	172 (51.7%)		
Hombre	301 (48.2%)	140 (48.1%)	161 (48.3%)		
Nivel de urgencia, N (%):				0.003	624
III	195 (31.2%)	71 (24.4%)	124 (37.2%)		
IV	352 (56.4%)	180 (61.9%)	172 (51.7%)		
V	77 (12.3%)	40 (13.7%)	37 (11.1%)		

Perfil clínico de los pacientes que son atendidos por las enfermeras en el triaje

Se realizó un análisis de los motivos de consulta por los cuales los pacientes fueron triados por las enfermeras en urgencias. Destacaron las lesiones traumáticas, que representaron el 18.6% del total, seguidas de los síntomas oculares, que comprendieron el 17.5%. Además, se observó un porcentaje significativo de casos relacionados con alteraciones no traumáticas del tronco y las extremidades, que representaron el 10.9% del total (Figura 17).

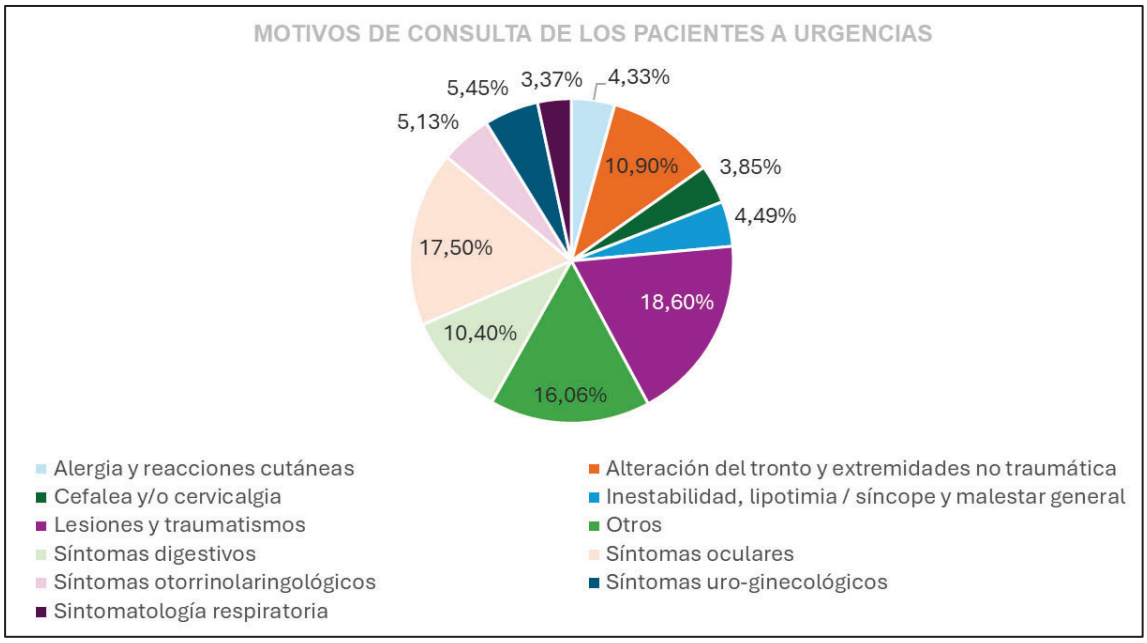


Figura 17. Diagrama de sectores de los motivos de consultas de los pacientes a urgencias

El 77,20% de los pacientes que fueron atendidos entre los dos hospitales en triaje manifestaron tener dolor en el triaje (Figura 18).

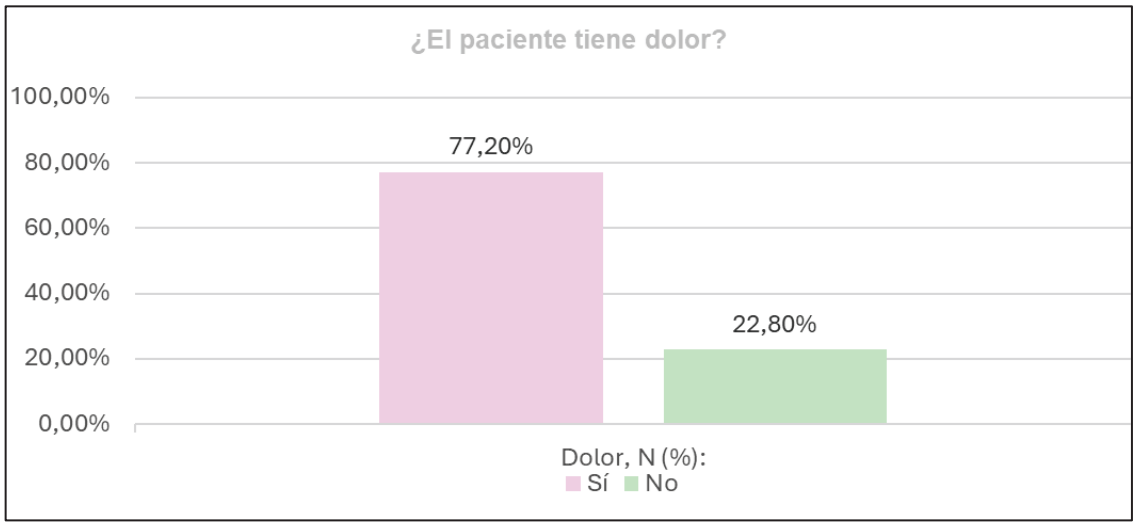


Figura 18. Diagrama de barras de la variable dolor de los pacientes en triaje

Según la escala de dolor (leve, moderado y severo) se identificó que del 76,6% del total de los pacientes visitados en HV el 42.6% tuvieron un nivel de dolor moderado y del 77,8% en HUB el 43.6% fue severo (Figura 19).

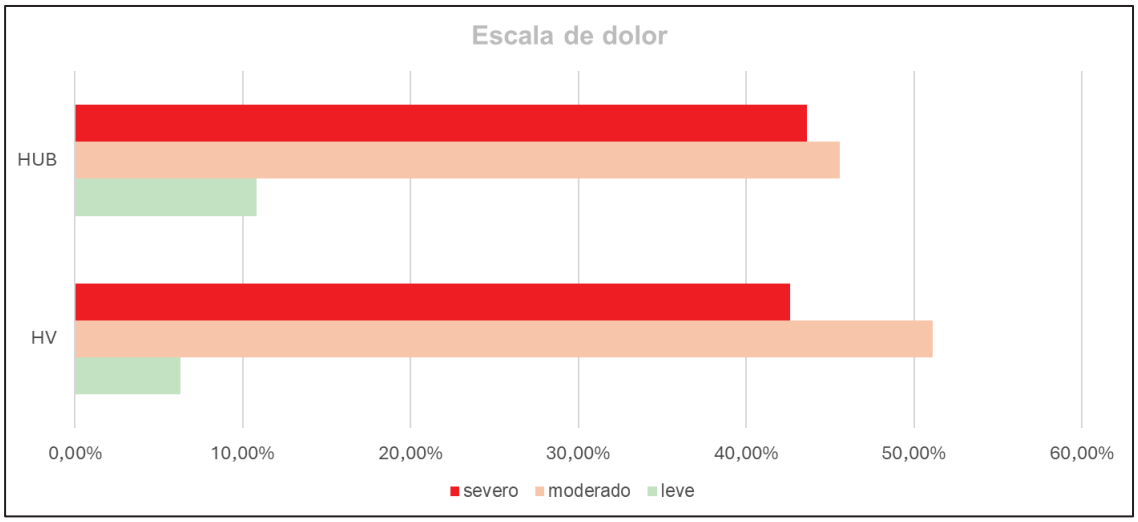


Figura 19. Diagrama de barras del nivel de dolor de los pacientes en cada hospital

Nivel de satisfacción de los pacientes que son atendidos en triaje por una enfermera

El grado de satisfacción de los pacientes durante la atención en triaje fue evaluado mediante la aplicación de la escala CECSS, focalizando en la subescala de cuidados enfermeros. Los resultados revelaron una puntuación total de satisfacción de 48.4 sobre 60 puntos, con una puntuación promedio de 50.1 en el Hospital HV y de 46.8 en el Hospital HUB. Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre ambos hospitales. Siguiendo la definición de un nivel satisfactorio por parte del autor de la escala, que comienza a partir de 36 puntos, se determinó que el 90.2% de los pacientes atendidos en ambos hospitales expresaron su satisfacción con los cuidados enfermeros en el triaje. Este porcentaje se desglosó en un 94.2% en HV y un 86.5% en HUB. La diferencia en la satisfacción entre los dos hospitales también fue estadísticamente significativa (Tabla 35).

Tabla 35. Resultados nivel de satisfacción de los pacientes con la escala CECSS

ESCALA CECSS. Subescala cuidados de la enfermera.					
	TOTAL	**HV**	**HUB**	**p.overall**	**N**
Puntuación, media (DE)	48.4 (9.23)	50.1 (8.76)	46.8 (9.36)	<0.001	624
Mediana [Q1;Q3]	50.0 [43.8;56.0]	52.0 [46.0;56.5]	49.0 [41.0;54.0]	<0.001	624
Puntuación (cat), N (%):				0.003	624
Insatisfacción	61 (9.78%)	17 (5.84%)	44 (13.2%)		
Satisfacción	563 (90.2%)	274 (94.2%)	289 (86.8%)		

Se desglosó la valoración de cada pregunta de la escala CECSS en cinco opciones de respuesta: Total desacuerdo, desacuerdo, regular, de acuerdo y total acuerdo. Como el resultado obtenido de las opciones de respuesta más extrema "total acuerdo" y "total desacuerdo" tuvieron una frecuencia baja, se combinaron con las categorías "acuerdo" y "desacuerdo", respectivamente, para aumentar la cantidad de datos en esas categorías y proporcionó una estimación más precisa de la percepción de los pacientes. Esto permitió una mejor diferenciación entre los niveles de acuerdo y desacuerdo, siendo así más relevante desde una perspectiva analítica.

En el análisis de las respuestas de los pacientes, se encontró que las preguntas mejor valoradas fueron "La enfermera prestó sus servicios con competencia" con una puntuación media de 4.61 sobre 5, seguida de "La enfermera fue comprensiva al escuchar mi problema" con 4.51 y "La enfermera explicaba las cosas en términos que yo podía entender" con 4.43 puntos.
Por otro lado, las preguntas peor valoradas fueron "La enfermera sabía el tratamiento que yo necesitaba" con una puntuación de 3.05 puntos y "La enfermera sabía algo de mi enfermedad" con 3.22 puntos. Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre los dos hospitales en ambas preguntas (p=<0.001), con una puntuación más alta para HV en ambos casos (3.34 y 3.47, respectivamente).

Además, se encontraron diferencias significativas entre los hospitales en otras preguntas, como "La enfermera explicaba los procedimientos antes de hacerlos" (p=0.003), con una puntuación más alta en HV (4.12 puntos), así como en "La

enfermera parecía de verdad preocupada por mi dolor y mis temores" (p=0.003) y "La enfermera me dio la oportunidad de hacer preguntas" (p=<0.001), con una puntuación mayor en HV (4.22 puntos) (Tabla 36).

Tabla 36. Resultado desglosado de la escala CECSS

	[ALL]	Viladecans	HUB	p.overall	N
	N=624	*N=291*	*N=333*		
La enfermera prestó sus servicios con competencia, Media (DE)	4.61 (0.68)	4.67 (0.69)	4.57 (0.68)	0.071	624
La enfermera prestó sus servicios con competencia (cat), N (%):				0.959	624
Acuerdo	589 (94.4%)	275 (94.5%)	314 (94.3%)		
Desacuerdo	8 (1.28%)	4 (1.37%)	4 (1.20%)		
Regular	27 (4.33%)	12 (4.12%)	15 (4.50%)		
La enfermera sabía algo de mi enfermedad, Media (DE)	3.22 (1.47)	3.47 (1.42)	3.00 (1.47)	<0.001	624
La enfermera sabía algo de mi enfermedad (cat), N (%):				0.009	624
Acuerdo	306 (49.0%)	161 (55.3%)	145 (43.5%)		
Desacuerdo	207 (33.2%)	81 (27.8%)	126 (37.8%)		
Regular	111 (17.8%)	49 (16.8%)	62 (18.6%)		
La enfermera sabía el tratamiento que yo necesitaba, Media (DE)	3.02 (1.50)	3.34 (1.48)	2.74 (1.47)	<0.001	624
La enfermera sabía el tratamiento que yo necesitaba (cat), N (%):				<0.001	624
Acuerdo	263 (42.1%)	151 (51.9%)	112 (33.6%)		
Desacuerdo	245 (39.3%)	91 (31.3%)	154 (46.2%)		
Regular	116 (18.6%)	49 (16.8%)	67 (20.1%)		
La enfermera debería haber sido más atenta de lo que fue, Media (DE)	2.02 (1.45)	2.10 (1.51)	1.94 (1.39)	0.181	624
La enfermera debería haber sido más atenta de lo que fue (cat), N (%):				0.301	624
Acuerdo	128 (20.5%)	67 (23.0%)	61 (18.3%)		
Desacuerdo	457 (73.2%)	208 (71.5%)	249 (74.8%)		
Regular	39 (6.25%)	16 (5.50%)	23 (6.91%)		
La enfermera explicaba todos los procedimientos antes hacerlos, Media (DE)	3.96 (1.26)	4.12 (1.21)	3.82 (1.29)	0.003	624
La enfermera explicaba todos los procedimientos antes hacerlos (cat), N (%):				0.011	624
Acuerdo	446 (71.5%)	224 (77.0%)	222 (66.7%)		
Desacuerdo	82 (13.1%)	34 (11.7%)	48 (14.4%)		
Regular	96 (15.4%)	33 (11.3%)	63 (18.9%)		
La enfermera explicaba las cosas en términos que yo podía entender, Media (DE)	4.43 (1.00)	4.51 (0.94)	4.35 (1.04)	0.043	624

La enfermera explicaba las cosas en términos que yo podía entender (cat), N (%):				0.206	624
Acuerdo	542 (86.9%)	260 (89.3%)	282 (84.7%)		
Desacuerdo	37 (5.93%)	15 (5.15%)	22 (6.61%)		
Regular	45 (7.21%)	16 (5.50%)	29 (8.71%)		
La enfermera era comprensiva al escuchar mi problema, Media (DE)	4.51 (0.88)	4.51 (0.96)	4.51 (0.82)	0.979	624
La enfermera era comprensiva al escuchar mi problema (cat), N (%):				0.051	624
Acuerdo	559 (89.6%)	259 (89.0%)	300 (90.1%)		
Desacuerdo	25 (4.01%)	17 (5.84%)	8 (2.40%)		
Regular	40 (6.41%)	15 (5.15%)	25 (7.51%)		
La enfermera parecía de verdad preocupada por mi dolor y mis temores, Media (DE)	3.93 (1.17)	4.09 (1.10)	3.79 (1.21)	0.001	624
La enfermera parecía de verdad preocupada por mi dolor y mis temores (cat), N (%):				0.037	624
Acuerdo	443 (71.0%)	221 (75.9%)	222 (66.7%)		
Desacuerdo	75 (12.0%)	28 (9.62%)	47 (14.1%)		
Regular	106 (17.0%)	42 (14.4%)	64 (19.2%)		
La enfermera fue lo más amable posible cuan hacía técnicas dolorosas, Media (DE)	4.07 (1.14)	4.19 (1.08)	3.97 (1.19)	0.015	624
La enfermera fue lo más amable posible cuan hacía técnicas dolorosas (cat), N (%):				0.265	624
Acuerdo	459 (73.6%)	223 (76.6%)	236 (70.9%)		
Desacuerdo	60 (9.62%)	25 (8.59%)	35 (10.5%)		
Regular	105 (16.8%)	43 (14.8%)	62 (18.6%)		
La enfermera me trataba como un número en vez de cómo una persona, Mean (SD)	1.85 (1.32)	1.82 (1.33)	1.87 (1.31)	0.660	624
La enfermera me trataba como un número en vez de cómo una persona (cat), N (%):				0.598	624
Acuerdo	100 (16.0%)	44 (15.1%)	56 (16.8%)		
Desacuerdo	487 (78.0%)	232 (79.7%)	255 (76.6%)		
Regular	37 (5.93%)	15 (5.15%)	22 (6.61%)		
La enfermera parecía comprender cómo me sentía, Media (DE)	4.12 (1.06)	4.24 (1.07)	4.02 (1.05)	0.011	624
La enfermera parecía comprender cómo me sentía (cat), N (%):				0.047	624
Acuerdo	497 (79.6%)	241 (82.8%)	256 (76.9%)		

Desacuerdo	47 (7.53%)	23 (7.90%)	24 (7.21%)		
Regular	80 (12.8%)	27 (9.28%)	53 (15.9%)		

La enfermera me dio la oportunidad de hacer preguntas, Media (DE)	3.99 (1.28)	4.22 (1.17)	3.80 (1.34)	<0.001	624
La enfermera me dio la oportunidad de hacer preguntas (cat), N (%):				0.004	624
Acuerdo	457 (73.2%)	231 (79.4%)	226 (67.9%)		
Desacuerdo	92 (14.7%)	35 (12.0%)	57 (17.1%)		
Regular	75 (12.0%)	25 (8.59%)	50 (15.0%)		
La enfermera no fue muy amable, Media (DE)	1.73 (1.31)	1.74 (1.32)	1.72 (1.30)	0.841	624
La enfermera no fue muy amable (cat), N (%):				0.987	624
Acuerdo	88 (14.1%)	41 (14.1%)	47 (14.1%)		
Desacuerdo	509 (81.6%)	237 (81.4%)	272 (81.7%)		
Regular	27 (4.33%)	13 (4.47%)	14 (4.20%)		
La enfermera se tomaba el tiempo necesario para atenderme, Media (DE)	4.31 (0.99)	4.42 (0.95)	4.22 (1.01)	0.013	624
La enfermera se tomaba el tiempo necesario para atenderme (cat), N (%):				0.156	624
Acuerdo	527 (84.5%)	254 (87.3%)	273 (82.0%)		
Desacuerdo	38 (6.09%)	16 (5.50%)	22 (6.61%)		
Regular	59 (9.46%)	21 (7.22%)	38 (11.4%)		
La enfermera se aseguró de que todas mis preguntas obtuvieran respuesta, Media (DE)	4.18 (1.13)	4.34 (1.03)	4.04 (1.20)	0.001	624
La enfermera se aseguró de que todas mis preguntas obtuvieran respuesta (cat), N (%):				0.063	624
Acuerdo	498 (79.8%)	244 (83.8%)	254 (76.3%)		
Desacuerdo	54 (8.65%)	20 (6.87%)	34 (10.2%)		
Regular	72 (11.5%)	27 (9.28%)	45 (13.5%)		
Score, Media (DE)	48.4 (9.23)	50.1 (8.76)	46.8 (9.36)	<0.001	624
Median [Q1;Q3]	50.0 [43.8;56.0]	52.0 [46.0;56.5]	49.0 [41.0;54.0]	<0.001	624
Score (cat), N (%):				0.003	624
Insatisfacción	61 (9.78%)	17 (5.84%)	44 (13.2%)		
Satisfacción	563 (90.2%)	274 (94.2%)	289 (86.8%)		

Se realizó un análisis de correlación entre las variables de la escala CECSS y el resultado de la propia escala, se calcularon las correlaciones junto con sus intervalos de confianza del 95%. Este análisis proporcionó información sobre la fuerza y la dirección de la relación entre cada variable individual y la puntuación global. La pregunta 8 "La enfermera parecía de verdad preocupada por mi dolor y mis temores" y la pregunta 15 "La enfermera se aseguró de que todas mis preguntas obtuvieran respuesta" mostraron correlaciones positivas fuertes (por encima de 0,75) con el resultado global de CECSS, lo que sugiere que a medida que aumenta el valor de estas variables, también lo hace la CECSS.

Todas las correlaciones fueron significativas con valores de p muy bajos ($p<0.001$), lo que sugiere que es poco probable que los resultados observados sean el resultado del azar. Esto indica una relación estadísticamente sólida entre las variables analizadas y la CECSS, lo que respalda la validez del modelo de análisis utilizado (Tabla 37).

Tabla 37. Relación entre las preguntas de la escala CECSS y el resultado global de la escala CECSS

Correlación entre las variables de la subescala CECSS y la puntuación total de la escala CECSS	
	Correlación y 95% IC
1.La enfermera prestó sus servicios con competencia.	**0.539**, [0.481;0.593], p<0.001
2.La enfermera sabía algo de mi enfermedad.	**0.577**, [0.522;0.627], p<0.001
3.La enfermera sabía el tratamiento que yo necesitaba.	**0.582**, [0.527;0.631], p<0.001
4.La enfermera debería haber sido más atenta de lo que fue.	-0.153, [-0.229;-0.075], p<0.001
5.La enfermera explicaba todos los procedimientos antes hacerlos.	**0.688**, [0.644;0.727], p<0.001
6.La enfermera explicaba las cosas en términos que yo podía entender.	**0.689**, [0.645;0.728], p<0.001
7.La enfermera era comprensiva al escuchar mi problema	**0.678**, [0.633;0.718], p<0.001
8.La enfermera parecía de verdad preocupada por mi dolor y mis temores.	**0.775**, [0.742;0.805], p<0.001
9.La enfermera fue lo más amable posible cuan hacía técnicas dolorosas.	**0.672**, [0.626;0.713], p<0.001
10.La enfermera me trataba como un número en vez de como una persona.	-0.2, [-0.274;-0.123], p<0.001
11.La enfermera parecía comprender cómo me sentía.	**0.73**, [0.692;0.765], p<0.001
12.La enfermera me dio la oportunidad de hacer preguntas.	**0.738**, [0.7;0.772], p<0.001
13.La enfermera no fue muy amable.	-0.223, [-0.297;-0.147], p<0.001
14.La enfermera se tomaba el tiempo necesario para atenderme.	**0.724**, [0.684;0.759], p<0.001
15.La enfermera se aseguró de que todas mis preguntas obtuvieran respuesta.	**0.767**, [0.733;0.798], p<0.001

Relación de las características del paciente con el resultado de la escala CECSS

En el estudio, se llevó a cabo un análisis de correlación para investigar la relación entre la edad de los pacientes y el resultado de la escala CECSS. Los resultados mostraron una correlación negativa de -0.063 entre la edad del paciente y la CECSS, lo que sugiere una relación inversa entre estas variables.

En el siguiente cuadro de dispersión de las variables de edad del paciente y resultado de la CECSS no se observa una relación clara o evidente entre ellas. Los puntos se distribuyen aleatoriamente en el gráfico, sin seguir un patrón discernible de asociación lineal. Esto indicó que la edad del paciente y el resultado de la escala CECSS no estuvieron relacionados de manera significativa según los datos del estudio (Figura 20).

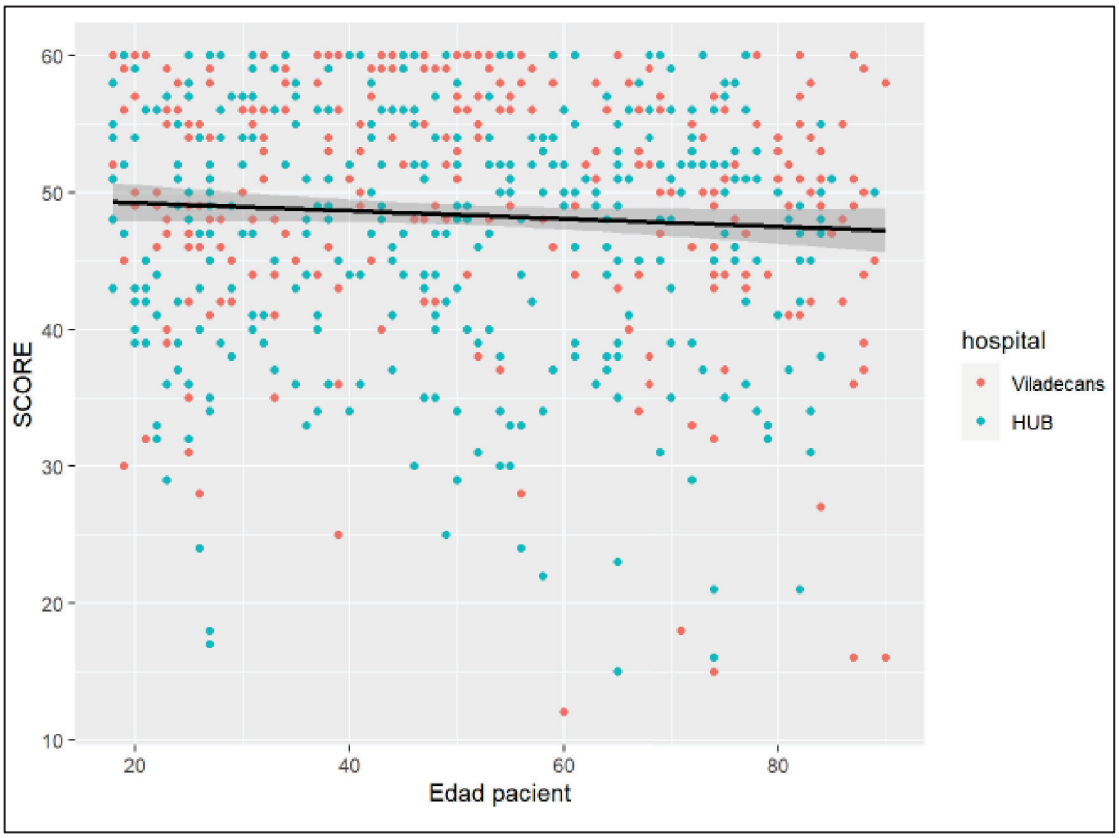


Figura 20. Diagrama de dispersión de las variables edad del paciente y resultado de CECSS (score) de cada hospital

El análisis de la variable sexo a través del modelo de regresión lineal no reveló diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de satisfacción del paciente (CECSS) entre hombres y mujeres (p=0.948) (Tabla 38).

Tabla 38. Relación del resultado CECSS con el sexo del paciente

CECSS según sexo del paciente	beta	CI 95%	p.valor
Sexo-Hombre	0.048	[-1.405 to 1.5]	0.948

La Figura 21 muestra la variación de los resultados en relación con la presencia o ausencia de dolor en cada hospital. Se observa que los pacientes muestran mayor satisfacción cuando experimentan dolor, siendo este nivel de satisfacción aún más pronunciado entre los pacientes del HV.

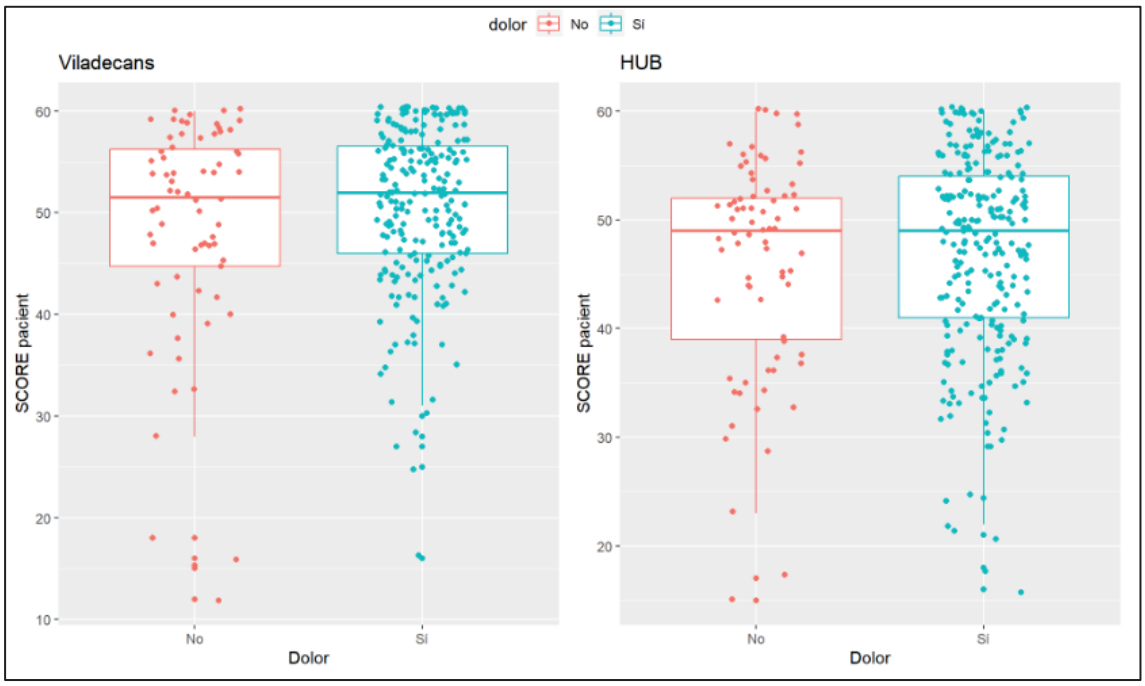


Figura 21. Diagrama de cajas y dispersión de las variables CECSS y dolor según hospital

Los hallazgos en el modelo de regresión revelaron diferencias en la asociación entre la presencia de dolor y la CECSS entre los dos hospitales. En el HUB, no se encontró una asociación significativa entre la presencia de dolor y la CECSS (p=0.418). Sin embargo, en el hospital Viladecans, se observó una tendencia hacia la significancia estadística (p = 0.065), lo que sugiere una posible influencia del dolor en el resultado de la CECSS en este contexto hospitalario.

Además, que los pacientes atendidos en Viladecans y que reportaron dolor tuvieron un aumento promedio de 2.24 puntos en la CECSS en comparación con aquellos que no reportaron dolor (Tabla 39).

Tabla 39. Asociación entre la CECSS y la variable dolor del paciente en cada hospital

	HUB: CECSS según dolor				**Viladecans: CECSS según dolor**			
Predictors	*Estimates*	*std. Error*	*CI*	*p*	*Estimates*	*std. Error*	*CI*	*p*
(Intercept)	46.05	1.09	43.91 to 48.20	**<0.001**	48.40	1.06	46.31 to 50.48	**<0.001**
Dolor - Sí	1.00	1.23	-1.43 to 3.43	0.418	2.24	1.21	-0.14 to 4.61	0.065
Observaciones	333				291			
R^2 / R^2 ajustado	0.002 / -0.001				0.012 / 0.008			
AIC	2438.827				2090.563			

Se realizó un análisis de los niveles de triaje, clasificando los niveles IV/V como menos urgentes en comparación con el nivel III, que requiere atención más inmediata. Se empleó un modelo de regresión logística para investigar la relación entre los niveles de triaje y la variable COM_VA©. En HUB se observó una asociación significativa donde los pacientes con niveles de urgencia IV/V obtuvieron una puntuación promedio de 2.11 puntos más baja que los niveles III. Sin embargo, en HV, se encontró una asociación opuesta: los pacientes con niveles IV/V experimentaron un aumento promedio de 3.61 puntos en comparación con los pacientes con urgencia nivel III (Tabla 40).

Tabla 40. Relación del resultado CECSS según hospital y el nivel de triaje asignado a los pacientes

	HUB: CECSS según nivel triaje				**Viladecans: CECSS según nivel triaje**			
Predictors	*Estimates*	*std. Error*	*CI*	*p*	*Estimates*	*std. Error*	*CI*	*p*
(Intercept)	48.15	0.84	46.51 to 49.80	**<0.001**	47.38	1.03	45.36 to 49.40	**<0.001**
Urgencia IV/V vs III	-2.11	1.06	-4.18 to -0.03	**0.047**	3.61	1.18	1.29 to 5.93	**0.002**
Observaciones	333				291			
R^2 / R^2 ajustado	0.012 / 0.009				0.031 / 0.028			
AIC	2435.513				2084.693			

Relación de la CECSS según los motivos de consulta por los que son atendidos los pacientes en triaje

Los motivos de consulta de los pacientes que acudieron a urgencias fueron clasificados en distintos grupos para su análisis. Estos grupos incluyeron: agresión/negligencia, síntomas digestivos, síntomas médicos, síntomas musculoesqueléticos, síntomas neurológicos, síntomas oculares, síntomas otorrinolaringológicos, síntomas uro-ginecológicos, sintomatología respiratoria y otros (Tabla 41).

Tabla 41. Descripción de las variables CECCS, dolor y nivel de urgencias según el motivo de consulta del paciente

	CECSS (Media, DE)	CECSS (Mediana, [Q1; Q3])	CECSS Insatisfacción, N (%)	CECSS Satisfacción, N (%)	Dolor: No, N (%)	Dolor: Si N (%)	Nivel urgencia: III, N (%)	Nivel urgencia IV/V, N (%)	Número pacientes
Agresión / Negligencia	43.3 (13.8)	38.0 [35.5;48.5]	1 (33.3%)	2 (66.7%)	2 (66.7%)	1 (33.3%)	0 (0.00%)	3 (100%)	3
Otros	49.1 (9.30)	51.0 [44.8;56.0]	9 (9.38%)	87 (90.6%)	29 (30.2%)	67 (69.8%)	26 (27.1%)	70 (72.9%)	96
Síntomas digestivos	49.4 (9.63)	51.0 [44.0;56.0]	6 (9.23%)	59 (90.8%)	6 (9.23%)	59 (90.8%)	33 (50.8%)	32 (49.2%)	65
Síntomas médicos	46.0 (10.2)	47.0 [42.0;52.0]	6 (13.3%)	39 (86.7%)	20 (44.4%)	25 (55.6%)	28 (62.2%)	17 (37.8%)	45
Síntomas musculo esqueléticos	49.9 (7.97)	51.5 [45.0;56.0]	11 (5.19%)	201 (94.8%)	14 (6.60%)	198 (93.4%)	52 (24.5%)	160 (75.5%)	212
Síntomas neurológicos	44.9 (13.9)	52.0 [42.5;52.0]	1 (14.3%)	6 (85.7%)	3 (42.9%)	4 (57.1%)	7 (100%)	0 (0.00%)	7
Síntomas oculares	45.6 (9.83)	48.0 [39.0;52.0]	18 (16.5%)	91 (83.5%)	44 (40.4%)	65 (59.6%)	14 (12.8%)	95 (87.2%)	109
Síntomas otorrinolarin-gológicos	48.6 (8.64)	50.5 [44.8;54.2]	2 (6.25%)	30 (93.8%)	6 (18.8%)	26 (81.2%)	9 (28.1%)	23 (71.9%)	32
Síntomas uro/gine-cológicos	48.2 (9.99)	50.0 [41.2;55.8]	4 (11.8%)	30 (88.2%)	9 (26.5%)	25 (73.5%)	14 (41.2%)	20 (58.8%)	34
Síntomas respiratorios	47.1 (8.30)	49.0 [42.0;53.0]	3 (14.3%)	18 (85.7%)	9 (42.9%)	12 (57.1%)	12 (57.1%)	9 (42.9%)	21

Se observó una variabilidad en la CECSS entre los diferentes grupos de motivos de consulta en urgencias. Por ejemplo, los pacientes con síntomas musculoesqueléticos presentaron la puntuación más alta (49.9, SD=7.97),

mientras que en aquellos con Agresión / Negligencia fue más baja (43.3, SD=13.8).

En términos de satisfacción del paciente, la mayoría de los grupos reportaron un nivel alto de satisfacción con su atención médica en urgencias. Sin embargo, hubo diferencias en los niveles de insatisfacción entre los grupos, siendo más altos en los grupos de Síntomas oculares (16.5%) y Síntomas neurológicos (14.3%).

La presencia de dolor varió significativamente entre los diferentes grupos de motivos de consulta. Por ejemplo, los grupos de síntomas musculoesqueléticos y síntomas digestivos tuvieron una alta proporción de pacientes con dolor, mientras que los grupos de Síntomas neurológicos y Agresión / Negligencia tuvieron una baja proporción de pacientes con dolor.

La distribución de los niveles de urgencia también mostró variaciones entre los grupos. Por ejemplo, los pacientes con síntomas neurológicos y Agresión / Negligencia fueron mayoritariamente clasificados con un nivel de urgencia III, mientras que aquellos con síntomas musculoesqueléticos fueron principalmente clasificados con un nivel de urgencia IV/V.

Relación del resultado de la CECSS con aspectos relacionados con el nivel competencial de las enfermeras

Se realizó un modelo de efectos mixtos con efecto aleatorio de la enfermera que identificara los pacientes que son atendidos por la misma enfermera.

Por una banda se investigó la relación entre la puntuación de la CECSS y el nivel competencial de las enfermeras, evaluado mediante COM_VA©. En el primer modelo se observó que cada aumento de 1 punto en COM_VA© se asoció significativamente con un aumento promedio de 1.53 puntos en la puntuación de la CECSS ($p = 0.026$).

Al categorizar la variable COM_VA©, se encontró una diferencia significativa entre las enfermeras clasificadas como 'competentes' y 'menos competentes'. Aquellas consideradas 'competentes' mostraron un aumento estimado de 6.80 puntos en la puntuación de la CECSS en comparación con las 'menos

competentes' (p = 0.004). Al desglosar el COM_VA por intervalos (menos de 7, entre 7 y 8, entre 8 y 9, entre 9 y 10), se observó un aumento en la puntuación de la CECSS a medida que aumentaba el intervalo de la puntuación COM_VA. Se identificó un gradiente, desde 6.24 puntos de CECSS en el intervalo de 7 a 8 COM_VA hasta 7.31 puntos entre 9 y 10 (Tabla 42).

Tabla 42. Relación CECCS según COM_VA© y COM_VA© categorizado

	Modelo mixto CECCS según COM_VA				**Modelo mixto CECSS según COM_VA categorizado**				**Modelo mixto CECSS según COM_VA por intérvalos**			
Predictors	*Estimates*	*std. Error*	*CI*	*p*	*Estimates*	*std. Error*	*CI*	*p*	*Estimates*	*std. Error*	*CI*	*p*
(Intercept)	35.26	5.86	23.74 to 46.77	**<0.001**	41.75	2.32	37.19 to 46.31	**<0.001**	41.75	2.33	37.16 to 46.33	**<0.001**
COM_VA	1.53	0.69	0.18 to 2.88	**0.026**								
COM_VA competente vs menos competente					6.80	2.37	2.16 to 11.45	**0.004**				
COM_VA (7,8] vs (0,7]									6.24	2.53	1.27 to 11.22	**0.014**
COM_VA (8,9] vs (0,7]									6.83	2.42	2.08 to 11.58	**0.005**
COM_VA (9,10] vs (0,7]									7.31	2.52	2.36 to 12.26	**0.004**
Marginal R^2 / Conditional R^2	0.012 / 0.057				0.019 / 0.065				0.021 / 0.067			
AIC	4537.353				4531.601				4530.833			

Los resultados de los análisis univariantes mostrados en la Tabla 43 entre el resultado CECSS y cada competencia del COM_VA, revelaron que la competencia "Trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante" demostró una asociación significativa más fuerte con la puntuación de la CECSS, mostrando un aumento de 1.87 puntos (p < 0.001). Seguida de la competencia "Facilitar el proceso de adaptación" con un aumento de 1.54 puntos (p = 0.012) y de "Contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial" con un aumento significativo en la puntuación de la CECSS (p = 0.021).

Sin embargo, la competencia "Ayudar al paciente a cumplir tratamiento y hacerlo partícipe" y “Valorar, diagnosticar y abordar situaciones cambiantes” no mostraron una asociación estadísticamente significativa con la puntuación de la CECSS (p = 0.128 y p=0.218) respectivamente.

Tabla 43. Relación CECSS y resultado competencias del COM_VA©

	CECCS y Competencias del COM_VA											
	CECSS según Cuidar				CECSS según Facilitar el proceso de adaptación				CECSS según Contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial			
Predictores	Estimación	std. Error	CI	p	Estimación	std. Error	CI	p	Estimación	std. Error	CI	p
(Intercepción)	36,24	5,8	24,87 to 47,61	<0,001	35,81	4,99	26,04 to 45,59	<0,001	36,02	5,35	25,53 to 46,51	<0,001
COM-VA												
Cuidar	1,4	0,67	0,08 to 2,72	0,037								
Facilitar					1,54	0,61	0,34 to	0,012				
Contribuir									1,43	0,62	0,21 to 2,65	0,021
	CECSS según Valorar, diagnosticar y abordar situaciones cambiantes				CECSS según Trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante				CECSS según Dar soporte a la prestación de curas			
Predictores	Estimación	std. Error	CI	p	Estimación	std. Error	CI	p	Estimación	std. Error	CI	p
(Intercepción)	41,51	5,53	30,67 to 52,35	<0,001	32,31	4,54	23,41 to 41,21	<0,001	40	5,47	29,28 to 50,73	<0,001
Cuidar									0,97	0,64	-0,28 to 2,23	0,128
Valorar	0,8	0,65	-0,47 to 2,08	0,218								
Trabajar en Equipo					1,87	0,53	0,83 to 2,91	<0,001				
Dar soporte									0,97	0,64	-0,28 to 2,23	0,128

Los resultados de la tabla 44 indican que ni la edad ni el sexo de las enfermeras tuvieron un efecto significativo en la puntuación de la CECSS (p = 0.285 y p = 0.334, respectivamente). Tampoco se encontraron diferencias significativas en la puntuación de la CECSS en relación con la formación posgrado (p = 0.493).

Se observó que sentirse siempre respetada por el equipo en la toma de decisiones se relacionó significativamente con una puntuación más alta en la CECSS (p = 0.023).

Sin embargo, la experiencia laboral tanto en el ámbito de urgencias como en triaje no mostró impactos significativos en la puntuación de la CECSS (p = 0.122 en urgencias y p = 0.758 en triaje). Además, aunque la percepción de que el triaje es una competencia enfermera mostró una asociación positiva con la puntuación de la CECSS, esta asociación no alcanzó significancia estadística (p = 0.167).

Un hallazgo relevante fue que la percepción de un bajo nivel de seguridad en la práctica diaria tuvo un efecto significativo y negativo en la puntuación de la CECSS (p = 0.023).

Tabla 44. Relación CECSS según variables enfermeras

CECSS y variables de las enfermeras								
	CECSS según Edad				**CECSS según Sexo**			
Predictores	Estimación	std. Error	CI	p	Estimación	std. Error	CI	p
(Intercepción)	50,57	2,17	46,32 to 54,81	<0,001	48,08	0,53	47,05 to 49,12	<0,001
Edad	-0,06	0,06	-0,18 to 0,05	**0,285**				
Sexo - hombre					1,16	1,2	-1,19 to 3,50	**0,334**
	CECSS según formación posgrado				**CECSS según se siente respetada por el equipo**			
Predictores	Estimación	std. Error	CI	p	Estimación	std. Error	CI	p
(Intercepción)	47,64	1,08	45,53 to 49,76	<0,001	47,77	0,52	46,76 to 48,78	<0,001
Formación posgrado/màster - Sí	0,82	1,2	-1,53 to 3,17	**0,493**				
Respetada - Siempre					2,6	1,14	0,36 to 4,84	**0,023**
	CECSS según Experiencia en urgencias				**CECSS según Experiencia en triaje**			
Predictores	Estimación	std. Error	CI	p	Estimación	std. Error	CI	p
(Intercepción)	48,07	0,58	46,94 to 49,20	<0,001	49,04	0,77	47,53 to 50,54	<0,001
Urgencias 1-2 años vs más de 6	2,68	1,73	-0,72 to 6,07	**0,122**				
Triaje menos de un año vs más de 6					0,66	2,13	-3,52 to 4,83	**0,758**
	CECSS según Triaje es una competencia				**CECSS según nivel de seguridad de la enfermera**			
Predictores	Estimación	std. Error	CI	p	Estimación	std. Error	CI	p
(Intercepción)	45,95	1,76	42,50 to 49,41	<0,001	48,37	0,68	47,03 to 49,70	<0,001
Triaje/ competencia	2,53	1,83	-1,05 to 6,11	**0,167**				
Seguridad- nivel bajo					-5,13	2,25	-9,54 to -0,71	**0,023**

DISCUSIÓN

Competencias de las enfermeras en el triaje

El reconocimiento del triaje como una competencia enfermera, respaldado por los artículos 52, 53 y 54 del Real Decreto 1231/2001, es un hallazgo significativo de este estudio[38]. En este estudio, el 100% de los profesionales que realizaron el triaje son enfermeras, superando notablemente el promedio de los hospitales de Cataluña con un 80.3%[6], el 77.6% de los hospitales de la red sanitaria nacional pública[5], y el 87% de las enfermeras de los hospitales españoles encuestadas[104]. Es relevante señalar que, aunque un pequeño porcentaje (7,59%) expresó la opinión de que el triaje no es una competencia específica de la enfermera, esta percepción ha mejorado considerablemente en comparación con investigaciones previas. En estudios anteriores, según Bermejo (2015), los porcentajes de desacuerdo fueron mucho más altos, alcanzando un 66%[104], y según Martínez (2017), un 16.7%[40], lo que sugiere un cambio positivo en la percepción de la competencia del triaje dentro de la profesión enfermera en España que puede tener un impacto significativo en la mejora de la calidad y eficiencia de los servicios de urgencias, lo que a su vez podría beneficiar a los pacientes al recibir una atención más rápida y adecuada. Cuando las enfermeras reconocen el triaje como una competencia fundamental de su praxis, es más probable que se dediquen a mejorar sus habilidades en esta área. Esto puede llevar a una mayor precisión en la clasificación de la gravedad de los pacientes y, por lo tanto, a una atención más rápida y adecuada para aquellos que necesitan atención urgente.

Los resultados de este estudio revelan aspectos significativos sobre el nivel competencial de las enfermeras en el ámbito de urgencias hospitalarias. En general, se observó que el 96.2% de las enfermeras alcanzaron un nivel competente según el criterio establecido por el COM_VA©, con puntuaciones promedio altas en ambos hospitales, con un promedio de 8.47 sobre un total de 10, resultado que supera el obtenido en el estudio de Martínez (2017) donde obtuvo un 7.8 e iguala el resultado obtenido en 2023 por Hwang con un promedio de 92,02 sobre 100 donde se empleó la escala “Triage Competency Scale for

emergency room nurses” [36,40]. Esto refleja una sólida preparación en general de las enfermeras para sus responsabilidades en triaje. En cambio, hubo otros estudios como el de Bijani (2019) o Aloyce (2014) donde los enfermeros que participaron en estos estudios demostraron déficits significativos en el conocimiento y las habilidades sobre el triaje de los pacientes. Para corregir estos déficits propusieron llevar a cabo talleres inmediatos de capacitación y educación en el servicio, seguidos de un desarrollo profesional continuo de forma regular, que incluyera capacitación de actualización, supervisión de apoyo y sesiones de habilidades clínicas[81,105].

La edad media de 36.8 años entre las enfermeras de triaje refleja una tendencia demográfica común dentro de la profesión, lo cual está respaldado por investigaciones previas como los estudios de Martínez y Bermejo(2015)[40,104]. Esto indica una consistencia en la composición demográfica de la fuerza laboral de las enfermeras y destaca la estabilidad de estas características a lo largo del tiempo. A pesar de haber observado una correlación positiva y moderada entre la edad y el nivel competencial, se optó por priorizar la experiencia clínica en triaje como la variable principal para reflejar la competencia, siguiendo el mismo criterio utilizado en el estudio de Hwang (2023)[36], de este modo se brinda una visión más clara y precisa de las habilidades y conocimientos adquiridos en este campo en particular y a evitar confusiones relacionadas con la influencia conjunta de otras variables en el análisis.

Estudios previos, como el de Chan (2005) y Malak (2022), han observado que las enfermeras en el área de triaje suelen tener una experiencia laboral considerable, con promedios de alrededor de 6 años de experiencia. En este estudio, se observó que una gran proporción de enfermeras alcanzó este umbral, con un 89.9% de enfermeras con experiencia en urgencias y un 65.8% en triaje[42,76].

Varios autores, entre ellos Bermejo (2015), Göransson (2010), Martínez (2017), Yoon (2021), Duko (2019), Malak (2022), Habibi (2022), Cruz (2017) y Hammad (2017), han subrayado la importancia de contar con una experiencia mínima en el servicio de urgencias para realizar el triaje de manera autónoma y segura, asociándola con la competencia de las enfermeras en esta área[40–42,77–79,104,106].

Este estudio respalda estos hallazgos al establecer una asociación significativa entre la experiencia acumulada en urgencias y triaje, y las puntuaciones obtenidas en la evaluación del COM_VA©. Las enfermeras con menos experiencia en triaje mostraron puntuaciones más bajas en el COM_VA© en comparación con aquellas con más de 6 años de experiencia, lo que sugiere que la experiencia laboral impacta significativamente en la competencia de las enfermeras en el triaje.

En resumen, estos resultados indican que las enfermeras cuentan con una sólida base de conocimientos y habilidades en la evaluación y clasificación de pacientes, lo que las prepara adecuadamente para enfrentar las demandas del entorno de urgencias de manera efectiva.

Las enfermeras muestran un fuerte compromiso con la formación y especialización en el ámbito de las urgencias, como lo demuestra el alto porcentaje que ha completado másteres o posgrados en urgencias hospitalarias y cuidados intensivos. Asimismo, prácticamente todas las enfermeras recibieron formación específica en triaje, con un 98.7% en general y un 100% en el HUB. Estos resultados son significativamente superiores a los obtenidos en estudios anteriores, como Bermejo (2015) donde se obtuvo un total de 77.2%, el de Martínez (2017) con un 56.9%, el de Hwang (2023) con un 73.7% o el de Aloyce (2014) que obtuvo una puntuación muy baja con un 35% de las enfermeras[36,40,104,105].

El hecho de tener postgrado o máster en urgencias no se asoció de manera significativa con un mayor nivel competencial evaluado por el COM_VA©, aunque las puntuaciones promedio y las medianas fueron ligeramente más altas para las enfermeras con postgrado o máster.

Los resultados no alcanzaron significación estadística ($p=0.057$) en cuanto a la relación entre el nivel de formación específica en triaje y los resultados del COM_VA©. Sin embargo, se observó una tendencia interesante: las enfermeras con más de 20 horas de formación en triaje tuvieron una puntuación media ligeramente más alta en el COM_VA© en comparación con aquellas que recibieron menos horas de formación. Esto sugiere una posible mejora en el desempeño clínico con una mayor formación en triaje, lo que respalda la

necesidad de invertir en programas de formación más extensos o enfocados en áreas específicas del triaje.

Estos hallazgos están respaldados por investigaciones previas, como las de Sabwa (2023), Malak (2022), Usui (2019), Hwang (2023), Martínez (2017), Cruz (2017), Kerie (2018) y Habibi (2022), que destacan la influencia significativa de la experiencia en formación en triaje en el nivel de habilidades y competencia en triaje de los profesionales de la salud[36,39,40,42,78,80,82,83]. Por ejemplo, Sabwa (2023) encontró una asociación positiva entre una mayor participación en formación en triaje y un mayor nivel de habilidades y competencia en áreas críticas del triaje[82].

Contrariamente, el estudio de Wolf (2018) detectó que muchas enfermeras encargadas del servicio de triaje carecían de capacitación formal en triaje, aprendiendo en el trabajo, lo que resultó en una disminución de la comprensión del triaje adecuado y un aumento de las imprecisiones en el triaje[107].

Estas investigaciones subrayan la importancia de la capacitación en triaje para el desarrollo de competencias efectivas en la atención de urgencias, respaldando así los resultados obtenidos en este estudio. Cabe destacar la aportación de Bijnai (2019) quien señala que la experiencia laboral por sí sola puede no garantizar un conocimiento adecuado sobre cómo realizar el triaje correctamente, especialmente si no se complementa con una formación específica, acceso a recursos actualizados y un entorno de trabajo que fomente el aprendizaje continuo[81].

La competencia "Valorar, Diagnosticar y Abordar Situaciones Cambiantes" es identificada por Juvé en 2013, quien diseñó el cuestionario COM_VA© como la más influyente en la puntuación total del cuestionario en el ámbito de urgencias[52]. Esta competencia implica la capacidad de las enfermeras de triaje para evaluar de manera precisa el estado de los pacientes y detectar cambios significativos durante su evolución, lo que está estrechamente relacionado con el razonamiento clínico en el contexto del triaje. Autores como Hwang (2023), Bijani (2019) y Usui (2019) también resaltan la importancia del razonamiento clínico en esta competencia[36,39,81].

Por otro lado, autores como Kerie (2018), Aloyce (2014), Hee (2017), Bermejo(2015) y Martínez (2017) definen esta competencia como la habilidad de las enfermeras en el triaje para emitir juicios clínicos precisos sobre la urgencia del paciente, considerándola crucial en el proceso de toma de decisiones en el triaje[28,40,80,104,105].

A pesar de su importancia, el hecho de que las enfermeras de este estudio valoren el juicio clínico como la última habilidad que debe tener la enfermera que realiza triaje y la baja puntuación obtenida en el COM_VA, sugiere oportunidades de mejora en la práctica del triaje. Esto indica que el desempeño en esta competencia podría no estar a la altura de lo esperado, lo que posiblemente señala deficiencias en áreas como el razonamiento clínico, la capacidad para tomar decisiones rápidas y precisas, o la interpretación correcta de los signos y síntomas presentados por los pacientes en situaciones de urgencia.

El hallazgo de la discrepancia entre el alto nivel de formación y capacitación en urgencias y triaje de las enfermeras, y su desempeño relativamente bajo obtenido en la competencia de "Valorar, Diagnosticar y Abordar Situaciones Cambiantes", sugiere que la educación y la capacitación por sí solas pueden no ser suficientes para garantizar un desempeño óptimo en esta área crítica del triaje hospitalario. A pesar de que las enfermeras puedan contar con una sólida base teórica y conocimientos adquiridos en la formación, podrían enfrentarse a desafíos en la aplicación práctica de estas habilidades en situaciones dinámicas y cambiantes de la vida real en el entorno de la urgencia. En este aspecto resalta la importancia de incorporar programas de capacitación y desarrollo profesional que no solo se centren en la adquisición de conocimientos teóricos, sino también en el desarrollo de habilidades con un enfoque más práctico y orientado a la aplicación. Es fundamental brindar oportunidades de actualización continua para mantenerse al día con las mejores prácticas y desarrollar habilidades de razonamiento clínico necesarias para el ejercicio efectivo del triaje en la práctica clínica. Esta conclusión se ve respaldada por varios autores, Karin (2015), Wolf (2018), Martínez (2017) y Aghababaeian (2013) que sugieren mejorar las habilidades de clasificación en la práctica clínica mediante programas prácticos, como la simulación, que ofrecen una herramienta efectiva para el aprendizaje en

el triaje, ya que permiten a los profesionales adquirir tanto habilidades técnicas como no técnicas y prepararse antes de enfrentarse a situaciones reales[40,107–109].

La competencia "Cuidar", que se enfoca en establecer una relación terapéutica, preservar la dignidad y proporcionar apoyo emocional, es fundamental en el contexto del triaje. La capacidad de establecer una conexión empática con los pacientes desde el inicio puede influir significativamente en su percepción de la calidad de la atención y en su disposición a colaborar durante el proceso de triaje. Por lo tanto, el hecho de que esta competencia haya sido la mejor valorada en el COM_VA sugiere que las enfermeras de triaje están bien preparadas para establecer relaciones positivas con los pacientes desde el primer contacto. Otro dato relacionado que aporta este estudio es que la empatía ocupa el segundo lugar dentro de las habilidades que las enfermeras consideran que ha de tener una enfermera que realiza el triaje. Datos que se corroboran con otros autores como Ebrahimi (2016), Savieto (2018), Bermejo (2015) y Martínez (2017) que refieren que el significado del cuidado y la percepción de la asistencia calificada para los pacientes en el triaje están influenciados por la calidad de las relaciones interpersonales, la empatía, los profesionales abiertos a hablar y escuchar, y la validación de las informaciones que ellos proporcionan. La enfermera en triaje deben actuar con empatía hacia los pacientes, así como, respetar su cultura[40,104,110,111].

Se destacó que las enfermeras de triaje mostraron fortalezas significativas en competencias relacionadas con la seguridad y el manejo eficiente de la atención de los pacientes en este contexto específico. Por ejemplo, en la competencia "Contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial", las enfermeras demostraron habilidades excepcionales para prevenir lesiones, abordar respuestas emocionales que puedan poner en peligro la seguridad del paciente, manejar de manera adecuada la documentación necesaria y coordinar eficazmente las necesidades de atención de varios pacientes simultáneamente. En la misma línea que los estudios de Usui (2019), Maillard (2018) y Fukada (2018) donde la enfermera de triaje debe garantizar la seguridad de su atención, debe ser capaz de establecer la prioridad de atención de acuerdo a la condición

clínica de cada paciente y establecer el área adecuada de tratamiento, este hallazgo resalta su capacidad para proporcionar un entorno seguro y una atención coordinada en situaciones de alta demanda en el triaje[22,39,112].

Sin embargo, se observaron áreas de mejora en competencias más centradas en el aspecto emocional y adaptativo de la atención como es en "Facilitar el proceso de adaptación y afrontamiento". Esto sugiere la necesidad de programas de formación y desarrollo profesional con el objetivo de mejorar la capacidad de las enfermeras de triaje en el desarrollo de habilidades para evaluar las necesidades emocionales y de adaptación de los pacientes durante el proceso de triaje para brindar un cuidado integral y centrado en las necesidades de los pacientes en el contexto de la urgencia. Según Hee (2022), esta competencia es crucial en el contexto del triaje, ya que implica ayudar a los pacientes a enfrentar la situación de urgencia, comprender su estado de salud y adaptarse al tratamiento[60].

Las enfermeras de este estudio consideran que la habilidad más importante que debe adquirir la enfermera de triaje es el trabajo en equipo, hecho que se corrobora con otros autores como Martínez (2017), Hwang (2023), Hitchcock (2014) y Fukada (2018) que respaldan que la comunicación, la colaboración y el trabajo en equipo son factores clave para el proceso del triaje mejorando los resultados de la atención asistencial[22,36,40,47]. Sin embargo, los desacuerdos existentes en la valoración de la competencia “Trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante” entre las enfermeras de triaje y sus supervisoras se centran en aspectos como la cordialidad, la sintonía, la disponibilidad y colaboración con el equipo inmediato, así como la adaptación a la dinámica grupal. Estos hallazgos resaltan la necesidad de implementar programas de desarrollo profesional enfocados en mejorar la integración en el equipo, fomentar la creación de cohesión, facilitar la comunicación efectiva y la colaboración, y fortalecer la capacidad de adaptación a entornos cambiantes.

El hallazgo de que ninguna enfermera se sintió desacreditada por el equipo asistencial en la toma de decisiones durante el triaje es destacable, especialmente al compararlo con estudios previos como el de Bermejo (2015) donde una proporción significativa reportó sentirse poco respetada por los

facultativos[104]. El trabajo en equipo ofrece una serie de ventajas que son fundamentales para el éxito colaborativo. Entre estas ventajas se encuentran la promoción de la tolerancia, el respeto y la cooperación entre los miembros del equipo (Martínez,2017)[101].

La mayoría de las enfermeras en este estudio indicaron sentir un nivel moderado o alto de seguridad en su desempeño durante el triaje. Este hallazgo coincide con investigaciones previas, como las de Göransson (2010), Bermejo (2015) y Martínez (2017), que resaltan la importancia de este aspecto[40,41,104]. Hee (2022) en su estudio destaca la importancia de asegurar que la enfermera esté bien capacitada y tenga confianza en su capacidad para brindar una atención de calidad[61]. Además, la relación significativa identificada entre una baja seguridad y puntuaciones más bajas en el COM_VA© resalta la necesidad de brindar apoyo y recursos adicionales a las enfermeras que puedan experimentar inseguridad en su función de triaje. Este hallazgo también enfatiza la importancia de implementar estrategias que promuevan un entorno laboral que fomente la confianza y la seguridad en las habilidades profesionales de las enfermeras durante el triaje.

Satisfacción del paciente de la atención recibida por la enfermera en el triage

Uno de los aspectos clave abordados en este estudio fue evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes con la atención proporcionada por las enfermeras en triaje. Para este propósito, se empleó la escala CECSS, centrándose específicamente en la subescala de cuidados enfermeros, donde se considera la satisfacción a partir de una puntuación de 36 puntos. Los resultados obtenidos revelaron una alta satisfacción por parte de los pacientes, con una puntuación total de satisfacción de 48.4 sobre 60 puntos.

Comparando estos resultados con estudios previos que utilizaron el mismo instrumento de medida, se observa una cercanía al puntaje más alto de satisfacción reportado por Raper (1999), que obtuvo 48.8 sobre 60[103]. A pesar de posibles variaciones en los resultados con otros estudios, como los de Elder

(2004), Chan (2005), Ibrahim (2016) y Hee (2022), todos coinciden en la conclusión general: los pacientes muestran un alto nivel de satisfacción con la atención brindada por las enfermeras en triaje[60,76,87,102].

Es importante señalar que, aunque algunos estudios, como los de Ozhanli (2020), Göransson (2010), Hee (2022), Pollyane (2016) y Rehman (2016) no utilizaron el mismo instrumento de medida, encontraron resultados similares que respaldan la idea de que los pacientes están satisfechos con la atención recibida por las enfermeras en triaje[41,60,84–86]. Estos hallazgos sugieren consistentemente que la calidad del cuidado brindado por las enfermeras en triaje es percibida positivamente por los pacientes.

Este estudio, en consonancia con investigaciones previas de Chan (2005), Ibrahim (2016), Ozhanli (2020) y Hee (2022), destaca una tendencia positiva hacia la apreciación de la competencia de las enfermeras durante el triaje. Específicamente, los pacientes valoraron altamente la competencia en la prestación de servicios, la empatía, la capacidad de las enfermeras para comunicarse de manera clara y comprensible y la comprensión por parte de las enfermeras. Se resaltó la competencia general de las enfermeras en términos de habilidades de evaluación, toma de decisiones y manejo del proceso de triaje, incluyendo la capacidad de responder preguntas, brindar orientación y asegurar una atención oportuna y de calidad[60,76,85,87]. Estos hallazgos mejoran los resultados de Rehman (2015) y Ibrahim (2012) donde destaca como aspecto a mejorar el proporcionar información con lenguaje comprensible, la capacidad de responder preguntas sin embargo también corrobora la mejora sobre brindar al paciente la oportunidad de hacer preguntas[84,87].

Además, se encontró que las enfermeras demostraron habilidades efectivas de comunicación y manejo interpersonal, mostrando un trato amable, escuchando activamente las preocupaciones de los pacientes y su gentileza ante procedimientos dolorosos. Esta comprensión y empatía hacia los problemas de los pacientes destacan la importancia de una comunicación efectiva y una actitud receptiva hacia las preocupaciones emocionales de los pacientes, lo que

concuerda con los hallazgos de Pollyane (2016), Göransson (2010) y Ibrahim (2012)[41,86,87].

Sin embargo, el estudio también reveló que los pacientes valoraron más bajo el conocimiento específico de las enfermeras en el triaje sobre la enfermedad del paciente y el tratamiento necesario. Esto sugiere que, a pesar de la competencia general percibida, la falta de transmisión de conocimientos específicos o el inicio de tratamientos para aliviar el dolor o su malestar durante el triaje pueden generar preocupaciones o insatisfacción entre los pacientes. Este hallazgo está en consonancia con los estudios de Fernández (2017), Pollyane (2016) y Ozhanli (2020) quienes destacan la importancia de mejorar la confianza del tratamiento recibido[85,86,88].

Por lo tanto, se enfatiza la importancia de no solo la competencia técnica general de las enfermeras, sino también de su capacidad para proporcionar información relevante y orientación sobre el tratamiento inicial durante el triaje. Es crucial que las enfermeras cuenten con la formación adecuada y el apoyo necesario para comunicar eficazmente esta información, lo que no solo contribuirá a la satisfacción del paciente, sino también a un entorno de atención más seguro y confiable durante las situaciones de urgencia.

En consonancia con otros autores como Chan (2005) y Ozhanli (2020), la preocupación genuina del enfermero por el miedo y la ansiedad del paciente, así como la suavidad en la realización de procedimientos dolorosos y el apoyo psicológico fueron[76,85]. Estos hallazgos indican que, aunque los enfermeros pueden ser competentes en aspectos técnicos y de comunicación, puede haber margen para mejorar el abordaje de las necesidades físicas y emocionales de manera integral, demostrando una verdadera preocupación por sus temores.

Relación satisfacción del paciente con las características de los pacientes y motivos de consulta

En relación a las características del paciente, la ausencia de diferencias significativas encontradas tanto en este estudio como en investigaciones previas,

como las de Elder (2004), Ibrahim (2016) y Chan (2005), sugiere que la edad y el sexo pueden no ser factores determinantes en la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención en el servicio de triaje[76,87,102]. Este hallazgo podría indicar que la satisfacción del paciente está más relacionada con la calidad de la atención y la experiencia recibida, en lugar de factores demográficos como la edad o el sexo. Sin embargo, las discrepancias encontradas en estudios como los de Hee (2022) e Ibrahim (2016), donde se observaron diferencias significativas con respecto a la edad y la satisfacción del paciente, subrayan la necesidad de investigaciones adicionales para comprender mejor esta relación[60,87].

Con relación al manejo del dolor en el contexto del triaje, se evidenció una necesidad de mejora, con una puntuación promedio relativamente baja, lo que indica posibles deficiencias en la atención de la enfermera en esta área. Este aspecto es crucial, ya que el manejo efectivo del dolor durante el triaje puede impactar significativamente en la percepción general de la calidad de la atención por parte de los pacientes. Es interesante destacar la tendencia hacia la significancia entre la presencia de dolor y la satisfacción del paciente con la atención de la enfermera en el triaje, especialmente en el Hospital de Viladecans donde se realiza intervenciones avanzadas en el triaje. Esto sugiere que el tipo de triaje implementado puede influir en la percepción del paciente sobre la atención recibida, particularmente en el manejo del dolor. Estos hallazgos son consistentes con las investigaciones de Ozhanli (2020), Ibrahim (2016) y Fernández (2017) donde se estableció una relación entre el dolor experimentado por los pacientes y su satisfacción con la atención enfermera en el triaje[85,87,88]. Es crucial considerar el manejo del dolor como un aspecto integral de la atención de la enfermera en el triaje, para mejorar la experiencia del paciente y la percepción de la calidad de la atención.

Por último, se observó que ciertos motivos de consulta, como problemas musculoesqueléticos, digestivos y urológicos, estuvieron asociados con niveles más altos de satisfacción por parte de los pacientes. Estos hallazgos son significativos ya que coinciden con los síntomas que más frecuentemente están asociados con el dolor en los pacientes.

Relación de la satisfacción del paciente con las características y el nivel competencial de las enfermeras en el triaje

En el análisis de los resultados, se observó que variables como la edad y el sexo de las enfermeras, así como su formación de posgrado o máster, no mostraron un efecto significativo en la puntuación de la escala de CECSS. Este resultado refuerza los estudios de Elder (2004), Chan (2005) y Hee (2022), donde factores como la edad, el género y el nivel educativo de las enfermeras pueden no influir directamente en la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención recibida[60,76,102]. De manera similar a los estudios de Elder (2004) y Hee (2022), este estudio reveló que la experiencia laboral de las enfermeras en entornos de urgencias y del triaje no mostró una relación significativa con la satisfacción de los pacientes[60,102]. Este resultado sugiere que la percepción de calidad de atención por parte de los pacientes no está necesariamente ligada al tiempo de experiencia de las enfermeras en estos contextos específicos.

Sin embargo, se encontró una relación significativa entre sentirse siempre respetada por el equipo en la toma de decisiones y una puntuación más alta en la CECSS. Esto destaca la importancia de un ambiente de trabajo colaborativo y respetuoso en el contexto de la atención de la enfermera en triaje.

Un hallazgo relevante, fue la importancia de abordar las preocupaciones de seguridad percibidas por las enfermeras en su práctica diaria en el área de triaje, específicamente en relación con su convicción de que las actividades que realizan son correctas. La asociación significativa y negativa entre una baja percepción de seguridad y la satisfacción del paciente subraya la influencia directa que tiene el ambiente laboral en la experiencia del paciente en el servicio de triaje. Cuando las enfermeras se sienten inseguras sobre la corrección de sus acciones, esto puede impactar negativamente en la calidad percibida de la atención por parte del paciente. La confianza en la competencia y habilidades de las enfermeras es fundamental para generar un ambiente de seguridad y confianza para los pacientes. Varios autores, Hitchcock (2014), Wolf (2018), White (2016), Pollyane (2016) y Martínez (2017) mencionan que trabajar en el desarrollo de las competencias esenciales, fortalece la capacidad de las enfermeras para sentir seguridad en su práctica diaria en el triaje, lo que en última instancia contribuye a una atención de mayor calidad y seguridad para los

pacientes. Las enfermeras experimentadas se ven a sí mismas como personas con más coraje y fe en sí mismas y aportando una sensación de seguridad al equipo de triaje[47,86,101,107,113].

La presente investigación ha arrojado resultados significativos que destacan la relación entre la competencia de las enfermeras en triaje, evaluada a través del cuestionario COM_VA©, y la satisfacción del paciente con la atención recibida, medida mediante la puntuación de la CECSS. Estos resultados son fundamentales para comprender cómo la calidad del cuidado proporcionado en el triaje puede influir en la percepción del paciente sobre su experiencia en el sistema de salud. Cuando las enfermeras poseen un alto nivel de competencia, es más probable que proporcionen una atención eficiente, efectiva y empática, lo que a su vez contribuye positivamente a la experiencia global del paciente.
Estos resultados sustentan otros estudios relacionados como el de Hee (2022), Göransson (2010), Ozhanli (2020), Pollyane (2016), Ibrahim (2012) y la revisión sistemática de Rehman (2016), donde se manifiesta que la alta competencia profesional de las enfermeras es un factor que tiene un efecto positivo en la satisfacción del paciente[41,60,84–86].
En este estudio, las competencias “Valorar, diagnosticar y abordar situaciones cambiantes” y “Dar soporte a la prestación de curas” no han obtenido asociación significativa con la escala CECSS. Para los pacientes, en el contexto del triaje, existen otras competencias de la enfermera como el trabajo en equipo adaptándose a un entorno cambiante, la facilitación del proceso de adaptación y el cuidar que tienen un impacto más significativo en su satisfacción. De hecho, las correlaciones más fuertes con la puntuación global de la CECSS se encontraron en las variables la enfermera se preocupaba por mi dolor y temores, parecía entender cómo me sentía, me dio la oportunidad de hacer preguntas y se aseguró que éstas obtuvieran respuesta.

La competencia "Trabajo en equipo y adaptación al entorno cambiante" demostró ser fundamental. Esto resalta la importancia de que las enfermeras trabajen de manera efectiva en equipo y se adapten a situaciones cambiantes en el entorno de triaje. Hallazgos similares en los estudios de Rehman (2016), Martínez (2017) y respaldan esta conexión, subrayando la influencia positiva de

esta competencia en la percepción del paciente sobre la calidad de la atención recibida[40,84].

Por otro lado, la competencia "Cuidar" en el contexto del triaje, influye en la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención proporcionada por las enfermeras. Los pacientes valoran aspectos como la empatía, la disposición para ayudar, la cordialidad y el trato amable de las enfermeras durante el proceso de triaje. Además, destacan la importancia de que las enfermeras demuestren una escucha activa, estén accesibles y disponibles para responder a sus preguntas y preocupaciones. Para los pacientes, es esencial sentirse tranquilos y confiados durante el triaje, y esto se logra en gran medida a través de la interacción con las enfermeras de triaje. En la línea de este resultado, autores como Chan (2005), Pollyane (2016) y Ibrahim (2016) hacen énfasis a la capacidad de transmitir tranquilidad y generar confianza en los pacientes que es fundamental para establecer una relación terapéutica efectiva y garantizar una experiencia positiva durante su atención en el servicio de urgencias[76,86,87].

Por otro lado, la competencia "Facilitar el proceso de adaptación" destaca la necesidad de brindar apoyo emocional, educación y orientación para ayudar al paciente y su familia a enfrentar su situación de salud y se alinea con el estudio de Rehman, que encontró una correlación entre la satisfacción del paciente y la calidad de la interacción interpersonal con la enfermera de triaje. Los hallazgos de los estudios de Pollyane (2016) y Fernández (2017) refuerzan esta idea al destacar la importancia de factores como la cortesía, la confianza en el equipo asistencial y la calidad del entorno físico en la satisfacción del paciente[86,88]. Se resalta la importancia de considerar las necesidades específicas de cada paciente para proporcionar una atención personalizada y efectiva en urgencias.

Además, la competencia "Contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial" resalta la necesidad de prevenir lesiones, abordar respuestas emocionales y seguir adecuadamente los planes de cuidados del paciente. La conexión entre esta competencia y la satisfacción del paciente sugiere que garantizar la seguridad del paciente y seguir correctamente el proceso asistencial también impacta positivamente en la percepción del paciente sobre

la calidad de la atención. Hee (2022) destaca en su estudio que la alta competencia psicológica de la enfermera puede regular las emociones y centrarse en proporcionar tratamiento a los pacientes incluso en situaciones estresantes[60]. Por otro lado, Ibrahim (2016) enfatiza la importancia de proporcionar a los enfermeros de triaje un entrenamiento especializado en habilidades de comunicación para mejorar su capacidad para interactuar efectivamente con los pacientes y satisfacer sus necesidades emocionales y de información[87]. Estos hallazgos respaldan la necesidad de fortalecer las habilidades de comunicación y manejo emocional de las enfermeras en triaje para mejorar la calidad de la atención y la satisfacción del paciente.

Limitaciones del estudio

Muestra de las enfermeras: Aunque se seleccionaron todas las enfermeras que realizaban triaje en los hospitales específicos, la generalización de los resultados a otros entornos de atención asistencial podría ser limitada debido a las diferencias en las prácticas y políticas de triaje entre distintos hospitales o centros de salud.
Además, el tamaño de la muestra podría no ser suficiente para capturar completamente la diversidad de experiencias y perspectivas de las enfermeras en el triaje. Esto podría afectar la representatividad de los resultados y limitar la extrapolación de las conclusiones a contextos más amplios.

Exclusión de enfermeras: La exclusión de enfermeras debido a la incompletitud de los cuestionarios podría haber introducido sesgos en los resultados al eliminar ciertos perfiles o perspectivas que podrían ser relevantes para el estudio.
Estas enfermeras excluidas podrían haber tenido características o percepciones distintas a las incluidas en el estudio, lo que podría sesgar la interpretación de los resultados y limitar la validez externa del estudio

Muestra de los pacientes: Es importante reconocer que los porcentajes obtenidos en los resultados de los pacientes atendidos en cada nivel de gravedad pueden ser aproximados, pero no exactos a la proporción detallada en la técnica de muestreo del estudio. Esto puede ser debido a variaciones

naturales en la distribución de los pacientes en cada nivel de triaje a lo largo del tiempo, así como a otros factores externos que pueden influir en la demanda y la clasificación de los pacientes en los servicios de urgencias. Es esencial tener en cuenta que, aunque se haya calculado una proporción específica para determinar la muestra de pacientes en cada nivel de gravedad, los resultados obtenidos pueden desviarse ligeramente de esta proporción debido a la naturaleza dinámica y variable de los servicios de urgencias. No obstante, siempre se debe aspirar a que la muestra sea lo más representativa posible de la población objetivo y que refleje adecuadamente la distribución de los pacientes en los diferentes niveles de triaje en ambos hospitales.

Sesgo de respuesta de los pacientes: La presencia del personal de investigación durante la lectura de las preguntas del cuestionario podría haber influido en las respuestas de las enfermeras, especialmente si los pacientes percibían que sus respuestas podrían afectar su atención en urgencias.
La presencia del personal de investigación podría haber generado un sesgo de deseabilidad social, donde los pacientes podrían haber respondido de manera más favorable o menos sincera debido a la presencia de los investigadores, lo que afectaría la validez de los datos recopilados.

Resultados con relación al nivel clasificación del triaje y el nivel competencial de la enfermera: Una limitación de este estudio radica en la variabilidad observada en los efectos del nivel de urgencia en la variable COM_VA© entre diferentes contextos hospitalarios. Esta variabilidad sugiere que los resultados obtenidos pueden no ser generalizables a todos los entornos de atención de urgencias y que la influencia del nivel de triaje en la percepción de competencia de las enfermeras puede variar según el hospital o el contexto específico. Esta limitación destaca la necesidad de considerar cuidadosamente el contexto en el que se realiza el estudio y las posibles diferencias en los sistemas de triaje, prácticas clínicas y poblaciones de pacientes atendidas al interpretar los resultados y al aplicar conclusiones a otros entornos de atención de urgencias. La discusión y reflexión sobre este sesgo resaltan la importancia de adoptar un enfoque reflexivo y crítico en la interpretación de los resultados. Además, subrayan la necesidad de futuras investigaciones que examinen más a fondo

este tipo de sesgos y desarrollen estrategias efectivas para minimizar su impacto en la validez y fiabilidad de los datos obtenidos. Una línea futura de investigación para abordar esta limitación podría ser realizar un estudio comparativo en múltiples hospitales o entornos de atención de urgencias para analizar la consistencia o variabilidad de los efectos del nivel de urgencia en la percepción de competencia de las enfermeras. Este estudio podría incluir una evaluación detallada de los sistemas de triaje, prácticas clínicas y características de la población atendida en cada contexto hospitalario para identificar los factores que contribuyen a las diferencias observadas. Este enfoque ayudaría a proporcionar una comprensión más completa de cómo el contexto hospitalario influye en la práctica de triaje de las enfermeras y en la atención de urgencias en general, lo que podría informar mejores prácticas y políticas de salud.

Escasez de Estudios sobre Satisfacción del Paciente en enfermera Triaje Hospitalario: Otra limitación de la tesis es la escasez de artículos relacionados con la satisfacción del paciente con la atención de la enfermera de triaje en los servicios de urgencias hospitalarios. Esta limitación puede haber restringido la disponibilidad de información relevante y la profundidad del análisis sobre este tema específico. Como resultado, la comprensión integral de la percepción del paciente y su satisfacción con la atención recibida durante el proceso de triaje puede verse comprometida.

Propuestas de futuras líneas de investigación

Investigación comparativa de prácticas de triaje:
Se podría llevar a cabo una investigación que compare las prácticas de triaje en una variedad de hospitales, incluidos centros urbanos y rurales, hospitales de diferentes tamaños y niveles de recursos, y hospitales especializados versus generales. Esto permitiría una comprensión más completa de las diferencias en las prácticas de triaje y sus efectos en la atención al paciente.

Desarrollo de intervenciones para mejorar la integridad de los datos:
Sería beneficioso desarrollar y probar intervenciones destinadas a mejorar la integridad de los datos recopilados, como la capacitación específica para el

personal sobre la importancia de completar los cuestionarios o el uso de sistemas de registro electrónico para reducir la incompletitud de los formularios.

Exploración de factores que influyen en la percepción de los pacientes sobre la atención en el triaje:

Se podría realizar una investigación más profunda sobre los factores que influyen en la percepción de los pacientes sobre la atención recibida en el triaje, como la comunicación interpersonal, la empatía del personal y la percepción de la calidad de la atención. Esto ayudaría a mejorar la calidad de la atención en urgencias al abordar las preocupaciones específicas de los pacientes.

CONCLUSIONES

1º Objetivo General: Analizar la relación entre las variables estudiadas de las enfermeras y el nivel competencial de las enfermeras que realizan el triaje en los hospitales del Institut Català de la Salut.

Existe una correlación positiva, aunque relativamente débil, entre la edad de las enfermeras y su nivel competencial en el triaje, sugiriendo una tendencia hacia un mayor nivel competencial con la edad. En cambio, el género no influyó en este aspecto.

La experiencia laboral en urgencias y triaje, así como la participación en programas de formación específica en triaje, son factores determinantes en el nivel competencial de las enfermeras.

La formación en gestión del estrés mostró una influencia significativa en el nivel competencial.

La percepción del triaje como una competencia enfermera y la sensación de seguridad en su práctica diaria en el triaje se asociaron positivamente con el nivel competencial, destacando la importancia de la percepción del rol y el apoyo institucional en el desarrollo competencial.

Objetivos Específicos:

- ✓ **Describir el perfil sociodemográfico, profesional y académico de las enfermeras que realizan el triaje en los servicios de urgencias de los hospitales del Institut Català de la Salut.**

Se detecta una edad promedio de 36.8 años y una sólida experiencia laboral de las enfermeras en urgencias y en triaje.

La gran mayoría de las enfermeras superaban los requisitos mínimos de experiencia establecidos por el ICS, lo que sugiere una preparación sustancial para enfrentar las demandas del entorno de urgencias de manera efectiva.

Existe una gran participación significativa en programas de formación y especialización en urgencias y cuidados intensivos, lo que indica un compromiso con el desarrollo profesional continuo.

- ✓ **Identificar el nivel competencial de las enfermeras en triaje y aspectos relacionados en los servicios de urgencias de los Hospitales del área territorial Metropolitana Sud de l'Institut Català de la Salut.**

Cerca de la mitad de las enfermeras mostraron un nivel competencial alto según el COM_VA©. Además, no se observaron diferencias significativas en el nivel competencial entre los hospitales, lo que sugiere una consistencia en el desempeño de las enfermeras evaluadas.

La competencia mejor valorada fue "Cuidar", seguida por "Contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial", destacando la importancia de estas áreas en el desempeño de las enfermeras en el triaje. Sin embargo, la competencia "Facilitar el proceso de adaptación y afrontamiento" fue la menos puntuada, señalando un área específica de mejora.

Se observó una discrepancia en la evaluación de la competencia "Trabajo en equipo" entre las autoevaluaciones de las enfermeras y las evaluaciones de los supervisores, lo que resalta la importancia de fomentar un entorno de trabajo colaborativo y comunicativo en el equipo de triaje para mejorar la coherencia en la evaluación del desempeño.

Se destaca un cambio positivo en la percepción de la profesión enfermera en España respecto a la competencia en el triaje. Este cambio indica una mejora significativa en la valoración de la habilidad del triaje como fundamental para las enfermeras.

El trabajo en equipo fue identificado como la habilidad más importante para las enfermeras de triaje, seguido de la empatía y las habilidades comunicativas.
Aunque la mayoría de las enfermeras consideraron el triaje como una competencia propia de su profesión, hubo una percepción moderada de seguridad al desempeñar sus funciones en la práctica diaria.

La mayoría de las enfermeras se sentían a veces respetadas en la toma de decisiones por parte del equipo asistencial.

2º Objetivo General: Analizar el nivel de satisfacción de los pacientes respecto a la atención proporcionada por las enfermeras en triaje en los servicios de urgencias de los Hospitales del área territorial Metropolitana Sud de l'Institut Català de la Salut.

Se encontró una alta satisfacción por parte de los pacientes, indicando que la calidad del cuidado brindado por las enfermeras en triaje es percibida positivamente.

La competencia de la enfermera, su comprensión hacia los pacientes y su capacidad para explicar conceptos complejos fueron aspectos destacados.
Se identificaron áreas de mejora en la comprensión del tratamiento por parte de la enfermera y su conocimiento sobre la enfermedad del paciente.

Aspectos como la preocupación de la enfermera por el dolor del paciente y la capacidad de respuesta a sus preguntas, se correlacionaron fuertemente con la satisfacción general del paciente.

Objetivos específicos:

✓ **Determinar el perfil sociodemográfico de los pacientes que reciben atención de las enfermeras en el triaje.**

Se observaron tendencias demográficas que pueden ser útiles para mejorar la planificación y la prestación de servicios de salud en estos entornos. La edad media de los pacientes fue de 50.8 años, con un equilibrio entre hombres y mujeres.

✓ Describir los aspectos relacionados con el motivo de asistencia de los pacientes que son atendidos por las enfermeras en el triaje.

Las lesiones traumáticas y síntomas oculares destacaron como motivos de consulta principales en el triaje.

Se observó una alta prevalencia de dolor entre los pacientes en el triaje.

La mayoría de los pacientes fueron clasificados en el nivel IV. Esto puede ayudar a mejorar la atención y la priorización de los pacientes en función de sus necesidades clínicas y sintomáticas en el contexto de urgencias.

3º Objetivo general: Identificar la relación entre el nivel competencial de las enfermeras de triaje y la satisfacción de los pacientes que reciben la atención de las enfermeras en triaje.

Se identificó una relación significativa entre el nivel competencial de las enfermeras de triaje y la satisfacción de los pacientes que recibieron atención en este contexto. Los resultados revelaron que un alto nivel de competencia en triaje por parte de las enfermeras se asoció positivamente con una mayor satisfacción del paciente, lo que sugiere la importancia de fortalecer las habilidades y conocimientos de las enfermeras en esta área para mejorar la calidad de la atención en urgencias.
Destaca la competencia técnica y la empatía de las enfermeras como aspectos bien valorados. Sin embargo, se identificaron áreas de mejora, especialmente en el manejo del dolor y la atención a las necesidades emocionales de los pacientes.

Objetivo Específicos

- ✓ ***Valorar si existe relación entre las variables de las enfermeras y el nivel de satisfacción de los pacientes que han sido atendidos en el triaje***.

Factores como la edad, el sexo y la formación posgrado de las enfermeras no mostraron una asociación significativa con la satisfacción del paciente, se observó que la percepción de seguridad por parte de las enfermeras influye en la percepción del paciente sobre la calidad de la atención recibida.

Una baja percepción de seguridad de las enfermeras con relación a la práctica diaria que realiza en triaje se asoció negativamente con la satisfacción del paciente, subrayando la necesidad de proporcionar apoyo y recursos adicionales a las enfermeras para promover un entorno laboral seguro y confiable.

- ✓ ***Analizar si existe relación entre las variables de los pacientes y su nivel de satisfacción de la atención recibida por la enfermera en triaje.***

La edad y el sexo del paciente no parecen influir significativamente en su satisfacción con la atención en triaje.

Existe una tendencia a que el dolor pueda influir en la satisfacción del paciente, especialmente en ciertos contextos hospitalarios.

La satisfacción varía según el nivel de urgencia asignado a los pacientes, mostrando diferencias entre hospitales.

La satisfacción también varía según el motivo de consulta, los pacientes con síntomas musculoesqueléticos expresaron una mayor satisfacción.

En resumen, este estudio ha arrojado luz sobre el nivel competencial de las enfermeras que desempeñan funciones de triaje en los servicios de urgencias del área territorial Metropolitana Sud de l'Institut Català de la Salut. Este hallazgo refleja que la calidad del cuidado brindado por las enfermeras en triaje es percibida positivamente por los pacientes, lo que respalda la efectividad de su labor en este contexto. En general, se ha observado un alto nivel de competencia entre estas enfermeras, respaldado por su formación académica, experiencia laboral y participación en programas de especialización en urgencias y triaje. Además, se ha identificado un cambio positivo en la percepción del triaje como una competencia esencial de la enfermera en España, lo que indica una evolución significativa en la profesión enfermera en este país. Este estudio no solo ha proporcionado una comprensión detallada del nivel competencial de las enfermeras en triaje, sino que también ha destacado la importancia de seguir fortaleciendo estas competencias para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de urgencias.

Se identificaron áreas de mejora específicas en la atención brindada por las enfermeras en triaje, especialmente en el manejo del dolor y la atención a las necesidades emocionales de los pacientes. Aunque los pacientes valoraron positivamente la competencia técnica y la empatía de las enfermeras, señalaron la importancia de mejorar en aspectos relacionados con el alivio del dolor y el apoyo emocional ofreciendo un enfoque personalizado para mejorar la calidad y la eficacia de la atención en urgencias.

Se ha de continuar estudiando la satisfacción del paciente en el triaje de urgencias es esencial para garantizar una atención de calidad, eficiente y centrada en el paciente, lo que puede conducir a mejores resultados clínicos, una mayor seguridad del paciente y una experiencia global más positiva en el entorno de urgencias hospitalarias.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022 - Resumen ejecutivo. Dep Salud [Internet]. 2023;1–43. Available from: https://cpage.mpr.gob.es
2. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. Triage: a key tool in emergency care [Internet]. Vol. 33, An. Sist. Sanit. Navar. 2010 [cited 2018 Nov 17]. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf
3. Jiménez JG. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. Emergencias [Internet]. 2006;18:156–64. Available from: http://www.triajeset.com/acerca/archivos/Constructo.pdf
4. Kuriyama A, Urushidani S, Nakayama T. Five-level emergency triage systems: Variation in assessment of validity. Emerg Med J [Internet]. 2017 Nov 1;34(11):703–10. Available from: https://emj-bmj-com.sire.ub.edu/content/emermed/34/11/703.full.pdf
5. Bermejo R, Cortés C, Rincón B, Fernández E, Peña S, de Las Heras EM. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. Emergencias [Internet]. 2013;25(1):66–70. Available from: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2013_25_1_66-70.pdf
6. Bermejo R, Herrero A, Garvi M. Los Sistemas de Triaje de urgencias en el siglo XXI: Una visión internacional. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2021;95:1–6. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272021000100201&lng=es. Epub 04-Jul-2022.
7. Chaves C, Machado T, Cordeiro W, Paixao M do C, Lana G. Reliability analysis of the Manchester Triage System: inter-observer and intra-observer agreement. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2018 Jul 16 [cited 2018 Nov 17];26:e3005. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30020337
8. Hernández T, Leal C, Adánez M de G, García B, Nova D, Díaz JL.

Evidence of the validity of the Emergency Severity Index for triage in a general hospital emergency department. Emergencias Rev la Soc Esp Med Emergencias [Internet]. 2015 Oct [cited 2018 Sep 19];27(5):301–6. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29087054

9. Bellod JM. Desarrollo de un sistema de triaje de urgencias escalable, reproducible y con interoperabilidad semántica. [Internet]. Universitat d' Alacant; 2017 [cited 2018 Nov 13]. Available from: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/71514/1/tesis_jose_miguel_bellod_guillen.pdf
10. Gómez-Angelats E, Miró Ò, Bragulat E, Santaliestra AA, Sánchez M. Relación entre la asignación del nivel de triaje y las características y experiencia del personal de enfermería Triage level assignment and nurse characteristics and experience. Emergencias [Internet]. 2018;30:163–8. Available from: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2018_30_3_163-168.pdf
11. Huabbangyang T, Rojsaengroeng R, Tiyawat G, Silakoon A, Vanichkulbodee A, Sri-on J, et al. Associated Factors of Under and Over-Triage Based on The Emergency Severity Index; a Retrospective Cross-Sectional Study. Arch Acad Emerg Med [Internet]. 2023;11(1):1–11. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10475743/pdf/aaem-11-e57.pdf
12. Ageron FX, Porteaud J, Evain JN, Millet A, Greze J, Vallot C, et al. Effect of under triage on early mortality after major pediatric trauma: a registry-based propensity score matching analysis. World J Emerg Surg [Internet]. 2021;16(1):1–9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7791780/
13. Dengler BA, Plaza-Wüthrich S, Chick RC, Muir MT, Bartanusz V. Secondary Overtriage in Patients with Complicated Mild Traumatic Brain Injury: An Observational Study and Socioeconomic Analysis of 1447 Hospitalizations. Clin Neurosurg [Internet]. 2020;86(3):374–82. Available from: https://journals.lww.com/neurosurgery/abstract/2020/03000/secondary_overtriage_in_patients_with_complicated.8.aspx

14. Zachariasse JM, Van Der Hagen V, Seiger N, Mackway-Jones K, Van Veen M, Moll HA. Performance of triage systems in emergency care: A systematic review and meta-analysis. BMJ Open [Internet]. 2019 May 1;9(5). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6549628/
15. Manzanares B. Triage clinic practice. Application of different systems of triage. Rev Enferm [Internet]. 2014 Mar [cited 2018 Sep 19];37(3):17–22. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24851338
16. Flores-González E, Espinoza-Charrier P, González-Trujillo C, Hernández-Rivas S, Barría-Pailaquilen RM. Eficiencia del sistema de triaje en un servicio de emergencia hospitalario. Rev Cuid [Internet]. 2020 Aug 14;9(18). Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/cuidarte/cui-2020/cui2018e.pdf
17. Torunn Vatnøy MF, Smith N, Slettebø S. Triage assessment of registered nurses in the emergency department. Int Emerg Nurs [Internet]. 2013 [cited 2018 Sep 19];21:89–96. Available from: https://ac-els-cdn-com.sire.ub.edu/S1755599X12000870/1-s2.0-S1755599X12000870-main.pdf?_tid=7f391642-e708-4094-bfc9-67e2e3b4999f&acdnat=1537340781_67333f8752f975f14157a157979e5394
18. Travers DA, Waller AE, Bowling JM, Flowers D, Tintinalli J. Five-level triage system more effective than three-level in tertiary emergency department. J Emerg Nurs [Internet]. 2002 Oct 1 [cited 2018 Nov 17];28(5):395–400. Available from: https://www-sciencedirect-com.sire.ub.edu/science/article/pii/S0099176702000338
19. Gómez J. Sistema estructurado de triaje-SET: Manual de implementación [Internet]. 2015th ed. Gómez J, editor. Andorra; 2015. Available from: https://drive.google.com/file/d/0B20N7sQWDZBqMHpITIF5V3B0a3c/view?resourcekey=0-ybqFwb8HvY0Po0CffwISVQ
20. Gómez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. Emergencias [Internet]. 2003 [cited 2018 Nov 17];15:165–74. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/clasificacion_y_triaje.pdf

21. Fernández AM. Competencias de las profesiones sanitarias. Nursing (Lond) [Internet]. 2008 Aug 1 [cited 2023 Mar 25];26(7):56–64. Available from: https://www-elsevier-es.sire.ub.edu/es-revista-nursing-20-articulo-competencias-profesiones-sanitarias-13125849
22. Fukada M. Nursing Competency: Definition, Structure and Development. Yonago Acta Med [Internet]. 2018;61:001–7. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5871720/pdf/yam-61-001.pdf
23. Juvé M.E., Huguet M, Monterde D, Sanmartín MJ, Martí N, Cuevas B, et al. Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. Parte I. Nursing (Lond) [Internet]. 2007 Apr;25(4):56–61. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021253820770907X
24. Juvé E, Farrero S, Monterdet D, Sevillano M, Olivé C, Casado A et al. Umbral de pericia requerido para la ejecución competencial enfermera. Metas de Enfermería [Internet]. 2009;11(10):8–15. Available from: http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/33805
25. Monteagudo JL. Telemedicine and primary care. Aten primaria [Internet]. 2009 Mar [cited 2016 Jan 20];41(3):129–30. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708000668
26. Algarra C, Julia A, Serrano G, Orjuela C, Marcela C, Sánchez D, et al. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica Review of Patricia Benner's philosophy in clinical practice. Enfermería Glob [Internet]. 2013;12(32):347–60. Available from: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/revisiones5.pdf
27. Moon SH, Park YH. Concept Analysis of Triage Competency in Emergency Nursing. J Korean Crit Care Nurs [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2018 Nov 17];10(3):41–52. Available from: https://koreamed.org/SearchBasic.php?RID=0256JKCCN/2017.10.3.41&DT=1#VOID
28. Hee S, Hwan Y. Concept Analysis of Triage Competency in Emergency Nursing. J Korean Crit Care Nurs [Internet]. 2017;10(3):41–52. Available from: https://www.jkccn.org/upload/pdf/jkccn-10-3-41.pdf
29. Pegueroles AF. La nueva formación de profesionales: sobre la

competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería New professional training: professional competence and the nursing student competence. Educ Médica [Internet]. 2004 [cited 2023 Mar 25];7(1):42–5. Available from: https://scielo.isciii.es/pdf/edu/v7n1/original4.pdf

30. Holanda F, Marra C, Cunha I, Holanda F, Marra C, Cunha I. Assessment of professional competence of nurses in emergencies: created and validated instrument. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 Aug [cited 2018 Nov 17];71(4):1865–74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000401865&lng=en&tlng=en
31. Almarwani AM, Alzahrani NS. Factors affecting the development of clinical nurses' competency: A systematic review. Nurse Educ Pract [Internet]. 2023;73. Available from: https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103826
32. Mabel P, Chailán M, Patricia I;, Jara DT, Ii C. El saber práctico en Enfermería Practical knowledge in Nursing. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2010 [cited 2023 Mar 26];26(2):37–43. Available from: http://scielo.sld.cu
33. Forsgren S, Forsman B, Carlström ED. Working with Manchester triage - Job satisfaction in nursing. Int Emerg Nurs [Internet]. 2009;17(4):226–32. Available from: https://pdf.sciencedirectassets.com/276922/1-s2.0-S1755599X09X00042/1-s2.0-S1755599X09000263/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjECkaCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCICeeEML3p8RGg5PeG7tEaw5ag8bwQ86C6XgHI3Sc9LUFAiEAxKNzN15yPL93omMy%2FQc8elJJt1AFezZBJfiH1CNfg1
34. Hassankhani H, Hasanzadeh F, Powers KA, Dadash Zadeh A, Rajaie R. Clinical Skills Performed By Iranian Emergency Nurses: Perceived Competency Levels and Attitudes Toward Expanding Professional Roles. J Emerg Nurs [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2019 Feb 12];44(2):156–63. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2017.06.007
35. Standing M. Clinical judgement and decision-making in nursing - Nine modes of practice in a revised cognitive continuum. J Adv Nurs [Internet].

2008;62(1):124–34. Available from: https://onlinelibrary-wiley-com.sire.ub.edu/doi/epdf/10.1111/j.1365-2648.2007.04583.x

36. Hwang S, Shin S. Factors affecting triage competence among emergency room nurses: A cross-sectional study. J Clin Nurs [Internet]. 2023 Jul 1;32(13–14):3589–98. Available from: https://onlinelibrary-wiley-com.sire.ub.edu/doi/epdf/10.1111/jocn.16441

37. Dateo J. What Factors Increase the Accuracy and Inter-Rater Reliability of the Emergency Severity Index Among Emergency Nurses in Triaging Adult Patients? J Emerg Nurs [Internet]. 2013 Mar 1 [cited 2018 Nov 17];39(2):203–7. Available from: https://www-sciencedirect-com.sire.ub.edu/science/article/pii/S0099176711004715

38. Sánchez R, Ramos N, Sánchez AB, Barrios E, Fernández E, Díaz MA, et al. Comparación de la capacidad de predecir hospitalización y consumo de recursos del Programa de Ayuda al Triaje 3M TAS y el Sistema Español de Triaje-Model Andorrà de Triaje (SET-MAT). Emergencias [Internet]. 2016;28:21–5. Available from: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2016_28_1_21-25.pdf

39. Usui M, Yamauchi T. Guiding patients to appropriate care: Developing Japanese outpatient triage nurse competencies. Nagoya J Med Sci [Internet]. 2019;81(4):597–612. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6892672/pdf/2186-3326-81-0597.pdf

40. Martínez-Segura E, Lleixà-Fortuño M, Salvadó-Usach T, Solà-Miravete E, Adell-Lleixà M, Chanovas-Borrás MR, et al. Perfil competencial en los profesionales de triaje de los servicios de urgencias hospitalarios. Emergencias [Internet]. 2017;29(3):173–7. Available from: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2017_29_3_173-177.pdf

41. Göransson KE, von Rosen A, E. K. Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department. Int Emerg Nurs [Internet]. 2010 Jan 1 [cited 2019 Feb 12];18(1):36–40. Available from: https://www-sciencedirect-com.sire.ub.edu/science/article/pii/S1755599X09000871?via%3Dihub

42. Malak MZ, Mohammad N, Bashir D. Knowledge, Skills, and Practices of Triage among Emergency Nurses in Jordan. Int Emerg Nurs [Internet]. 2022;65(May):101219. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101219
43. Harding AD, Walker-Cillo GE, Duke A, Campos GJ, Stapleton SJ. A Framework for Creating and Evaluating Competencies for Emergency Nurses. J Emerg Nurs [Internet]. 2013 May 1 [cited 2018 Nov 17];39(3):252–64. Available from: https://www-sciencedirect-com.sire.ub.edu/science/article/pii/S009917671200222X
44. Institut Català de la Salut. Llista de perfils professionals definits.Infermer/a de triatge d' urgències [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 17]. Available from: http://ics.gencat.cat/ca/detall/article/Accediu-a-la-llista-de-perfils-professionals-definits
45. Stone E, Wolf L. Triage Qualifications and Competency. J Emerg Nurs [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2018 Nov 17];43(6):571–4. Available from: http://caep.ca/sites/caep.ca/files/caep/files/ctased16.pdf
46. Benner P. Using the dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. Bull Sci Technol Soc [Internet]. 2004;24(3):188–99. Available from: https://pdf.sciencedirectassets.com/783535/1-s2.0-S0002945923X00035/1-s2.0-S000294592300061X/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjECoaCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCICTV8qgSVnFfl4CHbtRXdbh56yM9ARIWnNUsNRl0a%2BEPAiEA1MgCl8AZpy6Ndw81YpCLQ3qlC9AACUN%2FIoSsdtaQ
47. Hitchcock M, Gillespie B, Crilly J, Chaboyer W. Triage: An investigation of the process and potential vulnerabilities. J Adv Nurs [Internet]. 2014;70(7):1532–41. Available from: https://onlinelibrary-wiley-com.sire.ub.edu/doi/epdf/10.1111/jan.12304
48. Escobar-Castellanos B, Jara P. Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: propuestas de estrategias de aprendizaje. Educación [Internet]. 2019;28(54):182–202. Available from: http://www.scielo.org.pe/pdf/educ/v28n54/a09v28n54.pdf
49. Benner P. From Novice to Expert. Vol. 82, The American journal of

nursing. 1982. 402 p.

50. González A, López R, Pascual LM, Blasco RM. El mapa de competencias para directivos de enfermería como herramientas de gestión y evaluación. Nurs (Ed española) [Internet]. 2009 Nov;27(9):62–6. Available from: https://www-elsevier-es.sire.ub.edu/es-revista-nursing-20-pdf-S0212538209706284

51. Lleixà Fortuño M. La Tutoria Virtual I La Inserció Laboral Dels Professionals D'Infermeria [Internet]. 2009. Available from: https://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/download/5/5/21-1?inline=1

52. Juvé E, Farrero S, Matud C, Monterde D, Fierro G MR. ¿Cómo definen los profesionales de enfermería hospitalarios sus competencias asistenciales? Nurs (Ed española) [Internet]. 2007;25(7):62–73. Available from: https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/34005/1/615383.pdf

53. Gómez M, Sonsoles, Hernández-Iglesias, Crespo Almudena PA, M G, JV B. Fiabilidad de una escala para la evaluación de competencias enfermeras: estudio de concordancia. Educ Médica [Internet]. 2019;20(4):221–30. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-avance-resumen-fiabilidad-una-escala-evaluacion-competencias-S1575181318303450

54. Bijani M, Rakhshan M, Fararouei M, Torabizadeh C. Development and psychometric assessment of the triage nurses' professional capability questionnaire in the emergency department. BMC Nurs [Internet]. 2020;19(1):82–82. Available from: https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-020-00476-0

55. Flinkman M, Leino-Kilpi H, Numminen O, Jeon Y, Kuokkanen L, Meretoja R. Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review. J Adv Nurs [Internet]. 2017;73(5):1035–50. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jan.13183?src=getftr

56. Gómez del Pulgar M PE, González A, Fernández MP BJ. Diseño y validación de contenido de la escala "ECOEnf" para la evaluación de competencias enfermeras. Index Enferm [Internet]. 2017;26(4):265–9. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300006&lng=es.

57. Gaínza-Calleja, Alicia; Marín-Fernández B. Elaboración de un cuestionario para medir competencias enfermeras. Tesela [Internet]. 2017;22. Available from: https://www.index-f.com/tesela/ts22/ts11584.php
58. Ferreira E. Adaptación transcultural y validación al castellano de la subescala Tipos de Autocuidado del cuestionario Self-Care of Home Dwelling Elderly (SCHDE) [Internet]. Universitat Rovira i Virgili; 2017 [cited 2018 Nov 23]. Available from: https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/461976/TESI.pdf?sequence=1&isAllowed=y
59. Moon SH, Park YH. Development of a Triage Competency Scale for Emergency Nurses. J Korean Acad Nurs [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2018 Nov 17];48(3):362. Available from: https://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.4040/jkan.2018.48.3.362
60. Hee PK, Min Y, Soo KM. Factors Influencing Patient Satisfaction in an Emergency Department Based on the Use of the Korea Triage and Acuity Scale. Korean J Adult Nurs [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 5];34(3):338–49. Available from: https://doi.org/10.7475/kjan.2022.34.3.338http://www.ana.or.kr
61. Risser NL. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. Nurs Res [Internet]. 1975;24(1):45–52. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1038021/
62. Secretaría General de Salud Digital I e I del S. Informe Barómetro Sanitario 2023 [Internet]. Vol. 3397. 2023. p. 1–29. Available from: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2023/Marginales_1era_oleada_Es3397mar_A_def.pdf
63. Karagun O, Yesilagac H, Gulalp B, Gokel Y. What Can We Do to Improve Patient Satisfactıon in the Emergency Department? A Prospective Study in a Turkish University Hospital. Adv J Emerg Med [Internet]. 2018;2(4):41. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31172104/
64. Salvador F, Millán J, Téllez C, Pérez C, Oliver C. Implantación de un plan de calidad en un servicio de urgencias y su impacto en la satisfacción del paciente. Emergencias [Internet]. 2013;25(3):163–70. Available from: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-

2013_25_3_163-170.pdf
65. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2017;28(5):785–95. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268
66. Pujiula-Masó J, Suñer-Soler R, Puigdemont-Guinart M, Grau-Martín A, Bertrán-Noguer C, Hortal-Gasull G, et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. Enferm Clin [Internet]. 2006 Jan 1;16(1):19–26. Available from: https://www-elsevier-es.sire.ub.edu/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-satisfaccion-pacientes-hospitalizados-como-13084270
67. Alonso R, Blanco-Ramos M, Gayoso P. Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de enfermería. Rev Calid Asist [Internet]. 2005 Aug 1 [cited 2018 Nov 23];20(5):246–50. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134282X05750922
68. Bustamante P, Avendaño D, Camacho B, Ochoa E, Xavier F, González A, et al. Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. Emergencias [Internet]. 2013;25:171–6. Available from: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2013_25_3_171-176.pdf
69. Hoonakker PLT, Carayon P, Brown RL, Werner NE. A Systematic Review of the Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS). J Nurs Care Qual [Internet]. 2022 Oct 1 [cited 2023 Apr 10];37(4):349–55. Available from: https://journals-lww-com.sire.ub.edu/jncqjournal/Fulltext/2022/10000/A_Systematic_Review_of_the_Consumer_Emergency_Care.11.aspx
70. Blanco-Abril S, Sánchez-Vicario F, Chinchilla-Nevado MA, Cobrero-Jimenez EM, Mediavilla-Durango M, Rodríguez-Gonzalo A, et al. Satisfacción de los pacientes de urgencias con los cuidados enfermeros. Enfermería Clínica [Internet]. 2010 Jan 1 [cited 2018 Nov 7];20(1):23–31. Available from: https://www-sciencedirect-com.sire.ub.edu/science/article/pii/S1130862109002034
71. Möller M, Fridlund B, Göransson K. Patients' conceptions of the triage

encounter at the Emergency Department: Patients' conceptions of the triage encounter. Scand J Caring Sci [Internet]. 2010;24(4):746–54. Available from: https://onlinelibrary-wiley-com.sire.ub.edu/doi/pdfdirect/10.1111/j.1471-6712.2010.00772.x

72. Rehnström L, Christensson L, Leino-Kilpi H, Unosson M. Adaptation and psychometric evaluation of the Swedish version of the Good Nursing Care Scale for Patients. Scand J Caring Sci [Internet]. 2003;17(3):308–14. Available from: https://onlinelibrary-wiley-com.sire.ub.edu/doi/epdf/10.1046/j.1471-6712.2003.00232.x

73. Haruna J, Minamoto N, Shiromaru M, Taguchi Y, Makino N, Kanda N, et al. Emergency Nursing-Care Patient Satisfaction Scale (Enpss): Development and Validation of a Patient Satisfaction Scale with Emergency Room Nursing. Healthcare (Basel) [revista en Internet] 2022 [acceso 20 de octubre de 2022]; 10(3): 1-20. Healthcare [Internet]. 2022;10(3):518. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35326996/

74. Barrio AC, García CB, Cereijo CR, López FG, Cuñado Barrio A, García CB, et al. Spanish Validation of an Instrument To Measure the Quality of Nursing Care in Hospital Emergency Units. J Nurs Care Qual [Internet]. 2002;16(3):13–23. Available from: https://journals-lww-com.sire.ub.edu/jncqjournal/fulltext/2002/04000/spanish_validation_of_an_instrument_to_measure_the.4.aspx

75. Del Barrio M, Reverte M. Evaluation of the teamwork in six intensive care units of two university hospitals. Enfermería intensiva / Soc Española Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias [Internet]. 2010 Jan 1 [cited 2016 May 2];21(4):150–60. Available from: http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-evaluacion-del-trabajo-equipo-seis-13187323

76. Chan JNH, Chau J. Patient satisfaction with triage nursing care in Hong Kong. J Adv Nurs [Internet]. 2005 Jun 1 [cited 2018 Oct 30];50(5):498–507. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2005.03428.x

77. Yoon J, Son H. Factors associated with school nurses' triage competency in south korea. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 Aug

2;18(16). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8392305/

78. Cruz JP. Quality of life and its influence on clinical competence among nurses: a self-reported study. J Clin Nurs [Internet]. 2017;26(3–4):388–99. Available from: https://onlinelibrary-wiley-com.sire.ub.edu/doi/10.1111/jocn.13402

79. Duko B, Geja E, Oltaye Z, Belayneh F, Kedir A, Gebire M. Triage knowledge and skills among nurses in emergency units of Specialized Hospital in Hawassa, Ethiopia: cross sectional study. BMC Res Notes [Internet]. 2019 Jan 14 [cited 2019 Feb 4];12(1):21. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30642384

80. Kerie S, Tilahun A, Mandesh A. Triage skill and associated factors among emergency nurses in Addis Ababa, Ethiopia 2017: A cross-sectional study. BMC Res Notes [Internet]. 2018 Sep 10 [cited 2019 Feb 5];11(1):658. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30201042

81. Bijani M, Khaleghi AA. Challenges and Barriers Affecting the Quality of Triage in Emergency Departments: A Qualitative Study. Galen Med J [Internet]. 2019;8. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8344134/

82. Sabwa F. Triage Competency and Its Associated Factors Among Healthcare Providers in Emergency Department in Kenya. Nurse Heal J Keperawatan [Internet]. 2023;12(1):75–83. Available from: https://ejournal-kertacendekia.id/index.php/nhjk/article/view/532

83. Soola AH, Mehri S, Azizpour I. Evaluation of the factors affecting triage decision-making among emergency department nurses and emergency medical technicians in Iran: a study based on Benner's theory. BMC Emerg Med [Internet]. 2022;22(1):1–9. Available from: https://bmcemergmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12873-022-00729-y#Sec6

84. Rehman SA, Ali PA. A review of factors affecting patient satisfaction with nurse led triage in emergency departments. Int Emerg Nurs [Internet]. 2016 Nov [cited 2019 Feb 12];29:38–44. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26657803

85. Ozhanli Y, Akyolcu N. Satisfaction of Patients with Triage and Nursing Practice in Emergency Departments. Florence Nightingale J Nurs [Internet]. 2020 Mar 9;28(1):49–60. Available from: https://fnjn.org/en/satisfaction-of-patients-with-triage-and-nursing-practice-in-emergency-departments-131237
86. Silva PL, Paiva L, Faria VB, Ohl RIB, Chavaglia SRR. Triage in an adult emergency service: Patient satisfaction. Rev da Esc Enferm [Internet]. 2016;50(3):427–32. Available from: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/DCH4PfPQs9z4jSgRxgL8Tjr/?format=pdf&lang=en
87. Ibrahim YM, El-Khedr SM. Patients' Satisfaction with Triage Nursing Care in Selected Hospitals in Makkah Al-Mukaramah. IOSR J Nurs Heal Sci [Internet]. 2016;5(6):66–73. Available from: www.iosrjournals.org
88. Fernández-Rozas P, Mora-Acosta S, Araya-Cruz F. Satisfacción de los usuarios del Hospital General de Granollers con el proceso de triaje en urgencias. ICUE Investig y Cuid Enfermería [Internet]. 2017 Jan 11 [cited 2023 Apr 3];1(3). Available from: https://www.revistaicue.es/revista/ojs/index.php/ICUE/article/view/19
89. Jiménez J, Boneu F, Becerra O, Albert E, Ferrando JB, Medina M, et al. Validacion clínica de la nueva versión del programa ayuda al triaje (web_e-PAT v3) del modelo Andorrano de Triaje (MAT) y Sistema Español de Triaje (SET). Fiabilidad, utilidad y validez en la población pediátrica y adulta. Emergencias [Internet]. 2006;18:207–14. Available from: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2006_18_4_207-14.pdf
90. Sonis JD, Aaronson EL, Lee RY, Philpotts LL, White BA. Emergency Department Patient Experience: A Systematic Review of the Literature. J patient Exp [Internet]. 2018 Jun [cited 2019 Mar 1];5(2):101–6. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29978025
91. Dávila FA, Herrera JS, Yasnó DA, Forero LC, Alvarado M V. Satisfacción en un servicio de urgencias según el sistema de aseguramiento en salud. Rev Calid Asist [Internet]. 2017;32(2):89–96. Available from: https://www-elsevier-es.sire.ub.edu/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X1630118X

92. Ríos MI, García M, Lozanol E, Mateo G, Sabucor E MF. Estudio de la relación entre la complejidad del centro hospitalario y la satisfacción del usuario que ingresa desde urgencias con la atención de enfermería recibida en esta área. Emergencias Rev la Soc Española Med Emergencias [Internet]. 2013 [cited 2018 Nov 20];25(3):177–83. Available from: http://emergencias.portalsemes.org/numeros-anteriores/volumen-25/numero-3/estudio-de-la-relacion-entre-la-complejidad-del-centro-hospitalario-y-la-satisfaccion-del-usuario-que-ingresa-desde-urgencias-con-la-atencion-de-enfermeria-recibida-en-esta-area/
93. Jennings N, Clifford S, Fox AR, O'Connell J, Gardner G. The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: A systematic review. Int J Nurs Stud [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2018 Nov 5];52(1):421–35. Available from: https://www-sciencedirect-com.sire.ub.edu/science/article/pii/S002074891400176X
94. Mollaoğlu M, Çelik P. Evaluation of emergency department nursing services and patient satisfaction of services. J Clin Nurs [Internet]. 2016 Oct [cited 2019 Mar 1];25(19–20):2778–85. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27264389
95. Messina G, Vencia F, Mecheroni S, Dionisi S, Baragatti L, Nante N. Factors affecting patient satisfaction with emergency department care: an Italian rural hospital. Glob J Health Sci [Internet]. 2015 [cited 2022 Oct 16];7(4):30–9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4802104/pdf/GJHS-7-30.pdf
96. Konateke S, Yılmaz M. Turkish validity and reliability study of the Brief Emergency Department Patient Satisfaction Scale. Int Emerg Nurs [Internet]. 2022;61(March 2021):101145. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101145
97. Bakhribah AH, Eissa GA, Alsulami DW, Alotaibi MA, Abdulmannan HM, Khojah IM. Patients' Expectations in Emergency Department at King Abdulaziz University Hospital: A Cross-Sectional Survey-Based Study. Cureus [Internet]. 2024;16(2):1–10. Available from: https://assets.cureus.com/uploads/original_article/pdf/227652/20240316-

13760-147901b.pdf
98. Mulugeta H, Wagnew F, Dessie G, Biresaw H, Habtewold TD. Patient satisfaction with nursing care in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. BMC Nurs [Internet]. 2019;18(1). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10617841/pdf/ms9-85-5611.pdf
99. Pelayo R, Mario. G. Eficacia de la terapia larval en el tratamiento de heridas crónicas. Nure Investig [Internet]. 2016 Nov;13(85):1–7. Available from: http://sire.ub.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=119318721&login.asp&lang=es&site=ehost-live&scope=site
100. Hosseini S, Sadeghi T, Heydari A. Patient satisfaction with nursing care in Iran: a systematic review and meta-analysis. Ann Med Surg [Internet]. 2023;85(11):5611–20. Available from: https://journals.lww.com/annals-of-medicine-and-surgery/fulltext/2023/11000/patient_satisfaction_with_nursing_care_in_iran__a.47.aspx
101. Martínez E. Competències dels professionals d'infermeria que realitzen recepció, acollida i classificació als serveis d'urgències hospitalaris de les terres de l'ebre: anàlisi de la situació i impacte d'un programa formatiu [Internet]. Universitat de Barcelona; 2017 [cited 2019 Mar 10]. Available from: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/461975/TESI.pdf?sequence=1&isAllowed=y
102. Elder R, Neal C, Davis BA, Almes E, Whitledge L, Littlepage N. Patient satisfaction with triage nursing in a rural hospital emergency department. J Nurs Care Qual [Internet]. 2004 [cited 2019 Mar 1];19(3):263–8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15326996
103. Raper J, Davis BA, Scott L. Patient satisfaction with emergency department triage nursing care: A multicenter study. J Nurs Care Qual [Internet]. 1999 Aug [cited 2019 Jun 1];13(6):11–24. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10476621
104. Sánchez-Bermejo R. Encuesta a los profesionales de enfermería

españoles sobre el triaje en los servicios de urgencias hospitalarios. Emergencias Rev la Soc Esp Med Emergencias [Internet]. 2015;27:103–8. Available from: https://revistaemergencias.org/numeros-anteriores/volumen-27/numero-2/encuesta-a-los-profesionales-de-enfermeria-espanoles-sobre-el-triaje-en-los-servicios-de-urgencias-hospitalarios/

105. Aloyce R, Leshabari S, Brysiewicz P. Assessment of knowledge and skills of triage amongst nurses working in the emergency centres in Dar es Salaam, Tanzania. African J Emerg Med [Internet]. 2014;4(1):14–8. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.afjem.2013.04.009
106. Hammad K, Peng L, Anikeeva O, Arbon P, Du H, Li Y. Emergency nurses' knowledge and experience with the triage process in Hunan Province, China. Int Emerg Nurs [Internet]. 2017;35:25–9. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.05.007
107. Wolf LA, Delao AM, Perhats C, Moon MD, Zavotsky KE. Triaging the Emergency Department, Not the Patient: United States Emergency Nurses' Experience of the Triage Process. J Emerg Nurs [Internet]. 2018;44(3):258–66. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.06.010
108. Grossmann J, Gaddis G, Cignacco E DK, Schwendimann R NC. Nurses' accuracy and self-perceived ability using the Emergency Severity Index triage tool: A cross-sectional study in four Swiss hospitals. Scand J Trauma Resusc Emerg Med [Internet]. 2015;23(1). Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s13049-015-0142-y
109. Aghababaeian H, Sedaghat S, Tahery N, Moghaddam AS, Maniei M, Bahrami N, et al. A comparative study of the effect of triage training by role-playing and educational video on the knowledge and performance of emergency medical service staffs in Iran. Prehosp Disaster Med [Internet]. 2013;28(6):605–9. Available from: https://www-cambridge-org.sire.ub.edu/core/services/aop-cambridge-core/content/view/A2902C156B4A4535D7E7DB133DE8A979/S1049023X13008911a.pdf/div-class-title-a-comparative-study-of-the-effect-of-triage-training-by-role-playing-and-educational-video-on-the-knowledge-and-performance-of-emergency-medical-service-staffs-in-iran-div.pdf

110. Ebrahimi M, Mirhaghi A, Mazlom R, Heydari A, Nassehi A, Jafari M. The Role Descriptions of Triage Nurse in Emergency Department: A Delphi Study. Scientifica (Cairo) [Internet]. 2016;2016. Available from: https://www.hindawi.com/journals/scientifica/2016/5269815/
111. Savieto RM, Mercer S, Matos CCP, Leão ER. Nurses in the triage of the emergency department: Self-compassion and empathy. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2019;27. Available from: https://www.scielo.br/j/rlae/a/CxbgdjYBBrMc5QyGvZqyjCD/?lang=es&format=pdf
112. Maillard Acker C. L'infirmier organisateur de l'accueil aux urgences, un poste en constante évolution. Soins [Internet]. 2018;63(825):30–3. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0038081418300859
113. White DAE, Anderson ES, Pfeil SK, Graffman SE, Trivedi TK. Differences between emergency nurse perception and patient reported experience with an ED HIV and Hepatitis C Virus Screening Program. J Emerg Nurs [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2020 Jun 3];42(2):139–45. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26547573

ANEXOS

Anexo 1. Formulario para la recogida de datos de las enfermeras

Número:

(a rellenar por el investigador)

Edad:

Lugar de trabajo: ☐ 1- Hospital de Viladecans ☐ 2- Hospital de Bellvitge

Sexo: ☐ 1- Mujer ☐ 2- Hombre

Experiencia laboral

- Tiempo de experiencia laboral en urgencias, unidad de críticos o sistema de emergencias médicas:

	1- menos de 1 año
	2- entre 1 y 2 años
	3- entre 2 y 4 años
	4- entre 4 y 6 años
	5- más de 6 años

- Experiencia laboral trabajado en triaje:

	1- menos de 1 año
	2- entre 1 y 2 años
	3- entre 2 y 4 años
	4- entre 4 y 6 años
	5- más de 6 años

Formación

- Posgrado y/o Máster en urgencias hospitalarias y/o Unidad de Curas Intensivas.

☐ Sí ☐ No

- ¿Tiene formación sobre el triaje?

☐ Sí ☐ No

- En caso afirmativo:
  - ¿Cuántas horas de formación relacionadas con el triaje?

	1- Menos de 5 horas
	2- Entre 5 y 10 horas
	3- Entre 10 Y 20 horas
	4- Más de 20 horas

  - ¿Es una formación acreditada?

☐ Sí ☐ No

- Formación en Códigos de emergencias.

☐ Sí ☐ No

- Formación en gestión del estrés, asertividad y trabajo en equipo.

☐ Sí ☐ No

Otros aspectos relacionados con el triaje

- Ordena del 1 al 4, siendo el 4 el más importante, ¿Qué habilidades/capacidades crees que ha de tener una enfermera que realiza triaje?

	Habilidades comunicadoras
	Trabajo en equipo
	Juicio Clínico
	Empatía

- ¿Crees que la enfermera ha de realizar el triaje en urgencias?

☐ Sí ☐ No

- Indica del 0 al 10, siendo 10 la máxima puntuación, el grado de seguridad percibida cuando realizas triaje:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- Delante de las decisiones que has tomado al realizar el triaje. ¿Te sientes respetada por el resto del equipo asistencial?

	1- Siempre		2.- A veces		3.- Nunca

Anexo 2. Cuestionario de evaluación de competencias: COM_VA©

Competencia 1 COM-VA. CUIDAR

Código	Elemento Competencial	Criterios de evaluación / Conductos a valorar	Puntuación
1	Establecer una relación terapéutica y estar presente.	Empatía. Actitud de ayuda. Cordialidad y trato amable. Escucha activa. Accesibilidad y disponibilidad. Transmite tranquilidad. Inspira confianza.	
2	Adecuar las actuaciones a los principios bioéticos.	Beneficencia: Procura el bienestar. Justicia: No hace diferencias por razón de edad, sexo, etnia, religión o capacidades (discriminación positiva). Autonomía: Implica al paciente en la toma de decisiones	
3	Instruir la dignidad, la confidencialidad y la intimidad, a pesar de las limitaciones estructurales y organizativas.	Discreción. Mantiene la privacidad de la información personal y clínica (verbal y escrita). Actúa protegiendo la privacidad física y emocional del enfermo. Es muestra respetuoso con la situación del enfermo	
4	Suplir, ayudar o supervisar al enfermo en la realización de actividades que contribuyen a mantener o mejorar su estado de salud (o a una muerte digna).	Favorece la participación del enfermo/familia en el autocuidado. Es sensible a las necesidades. Orienta las actuaciones hacia la independencia del paciente.	
5	Proporcionar información y apoyo emocional.	Adecua la información a las necesidades y capacidades del enfermo. Se expresa claramente con un lenguaje al alcance del paciente. Transmite optimismo. Da ánimos, evitando seguridades prematuras. Canaliza la expresión emocional	

Puntuación

0, 1 o 2	Ejecución muy deficiente.
3 o 4	Ejecución insuficiente. Requiere supervisión y/o ayuda constante.
5	Ejecución mínima aceptable. Puede requerir ayuda ocasional.
6 o 7	Ejecución autónoma, correcta.
8 o 9	Ejecución muy buena.
10	Ejecución excelente, muy destacada.

Competencia 2 COM-VA. VALORAR, DIAGNOSTICAR Y ABORDAR SITUACIONES CLÍNICAS CAMBIANTES

Código	Elemento Competencial	Criterios de evaluación / Conductos a valorar	Puntuación
1	Identificar el estado basal del enfermo y planifica los cuidados adecuados	Realiza la valoración inicial, identifica los problemas principales que se derivan y pauta los cuidados adecuados. Situación: ingreso o primer contacto con el paciente	
2	Identificar cambios significativos en el estado del enfermo y actúa en consecuencia	Conoce el estado del paciente y reconoce nuevas manifestaciones Contrasta y analiza la información previa con la valoración actual. Actúa o planifica la actuación en concordancia con la nueva situación. Situación: evolución, el enfermo presenta signos o síntomas nuevos	
3	Identificar precozmente señales de alarma: previsión de complicaciones antes de que se confirmen claramente las manifestaciones	Sabe interpretar signos inespecíficos y anticipar el inicio de una complicación. Detecta precozmente y se anticipa al problema. Intensificando la vigilancia e iniciando acciones correctoras y/o preventivas. Rapidez y seguridad de criterio. Situación: el enfermo se encuentra en las fases más iniciales de una complicación	
4	Identificar y ejecutar correctamente y a tiempo, actuaciones en casos de extrema urgencia con riesgo por la vida del enfermo o en el caso de una crisis o complicación grave repentina, hasta la llegada del médico	Sabe interpretar signos inespecíficos y anticipar el inicio de una complicación. Detecta precozmente y se anticipa al problema. Intensificando la vigilancia e iniciando acciones correctoras y/o preventivas. Rapidez y seguridad de criterio. Situación: el enfermo se encuentra en las fases más iniciales de una complicación	
5	Preparar con antelación y abordar de forma ordenada y eficiente el desarrollo de situaciones graves o de alta intensidad de cuidados casi-simultáneas o "en cadena" en diferentes enfermos	Prevé y prioriza las actuaciones en situaciones de pico de presión asistencial. Se organiza adecuadamente el tiempo y se coordina con los demás, actuando como líder en caso necesario. Actúa de forma rápida y eficaz (aplicación protocolo de actuación urgente si procede). Situación: Pico de presión asistencial o situación de urgencia (varios enfermos)	

Puntuación

0, 1 o 2	Ejecución muy deficiente.
3 o 4	Ejecución insuficiente. Requiere supervisión y/o ayuda constante.
5	Ejecución mínima aceptable. Puede requerir ayuda ocasional.
6 o 7	Ejecución autónoma, correcta.
8 o 9	Ejecución muy buena.
10	Ejecución excelente, muy destacada.

Competencia 3 COM-VA. APOYAR LA PRESTACIÓN DE CUIDADOS

Código	Elemento Competencial	Criterios de evaluación / Conductos a valorar	Puntuación
1	Utilizar la investigación y la evidencia científica para mejorar la planificación de cuidados y los resultados clínicos de los pacientes	Realiza trabajos de investigación en curas. Aplica los resultados de la investigación en cuidados para adecuar los estándares y los cuidados individualizados. Conoce el estado de los enfermos y apoya a la enfermera en la planificación, ejecuciión y evaluación de los cuidados	
2	Da apoyo a la enfermera asistencial en casos complejos	Actúa como referente para ayudar a la enfermera en el cuidado de enfermos complejos. Facilita las herramientas clínicas necesarias en casos de complejidad. Ayuda a la enfermera a contrastar el estado del paciente con la prescripción a realizar, retrasando, suspenden o modificando puntualmente el plan de cuidados y el plan terapéutico, según los resultados de la valoración.	
3	Velar por la correcta implantación y cumplimiento de los estándares de curas.	Lidera participativamente el proceso de implantación de nuevos protocolos o estándares de cuidados. Realiza el seguimiento de la aplicación de los protocolos y normativas. Colabora en la elaboración, revisión y actualización de los protocolos y estándares de cuidados	
4	Participa activamente en otros procesos de mejora y de evaluación de la calidad y de evaluación de materiales y tecnologías de cuidados	Realiza el seguimiento e informa de los resultados de la evaluación periódica de los objetivos pactados. Se implica en los grupos de mejora. Colabora proactivamente en la evaluación de productos sanitarios	
5	Combinar los diferentes estilos de liderazgo con el fin de favorecer las dinámicas de los equipos y la consecución de objetivos	Aplica el liderazgo participativo de manera habitual. Sabe adecuar puntualmente el estilo de liderazgo (autoritario, concesivo, etc,) al contexto o situación determinada. Sabe dar una orden, delegar, implicar y entusiasmar al personal.	

Puntuación

0, 1 o 2	Ejecución muy deficiente.
3 o 4	Ejecución insuficiente. Requiere supervisión y/o ayuda constante.
5	Ejecución mínima aceptable. Puede requerir ayuda ocasional.
6 o 7	Ejecución autónoma, correcta.
8 o 9	Ejecución muy buena.
10	Ejecución excelente, muy destacada.

Competencia 4 COM-VA. CONTRIBUIR A GARANTIZARLA SEGURIDAD Y EL PROCESO ASISTENCIAL

Código	Elemento Competencial	Criterios de evaluación / Conductos a valorar	Puntuación
1	Prevenir lesiones y/o abordar adecuadamente las respuestas emocionales que ponen en peligro la seguridad del paciente u otros a su voltean	Realiza actividades para garantizar la integridad física y los dispositivos terapéuticos. Asertividad. Pacto , negociación. Procura un entorno seguro. Reconduce el desbordamiento emocional/ agresividad. Situación: alteraciones de la conciencia o psicoemocionales por encefalopatías, demencias, intoxicaciones farmacológicas, abuso de sustancias, tumores cerebrales... Dificultades de adaptación, proceso de duelo, disfunciones organizativas.	
2	Utilizar la documentación necesaria y cumplimentar adecuadamente los registros de enfermería.	Hace un uso correcto de la historia clínica. Registra la actividad y la evolución del estado del paciente. Sigue las normas básicas de complementación de los registros (lenguaje claro, legible...).	
3	Modificar los planes de cuidados y/o los planes terapéuticos según el estado del paciente y actuar en consecuencia.	Contrasta de manera continuada el estado del paciente con la prescripción a realizar, retrasando, suspenden o modificando puntualmente el plan terapéutico.	
4	Comunicarse con el médico para sugerir, obtener y/o pactar modificaciones del plan terapéutico más adecuados al estado del paciente	Demuestra habilidades de comunicación y relación. Sabe describir el estado del paciente. Sabe argumentar las propuestas terapéuticas. Pacta/consensúa las modificaciones el plan terapéutico.	
5	Organizar, planificar y coordinar las necesidades de atención de múltiples pacientes simultáneamente. Y/o Comunicarse con los servicios de apoyo para adecuar las intervenciones clínicas al estado del paciente	Es capaz de procesar la información relevante de diferentes enfermos. Sin obviar datos importantes. Sabe priorizar. Sabe coordinarse con otros profesionales de diferentes servicios (dietética, RX, admisiones, fisioterapia...).	

Puntuación

0, 1 o 2	Ejecución muy deficiente.
3 o 4	Ejecución insuficiente. Requiere supervisión y/o ayuda constante.
5	Ejecución mínima aceptable. Puede requerir ayuda ocasional.
6 o 7	Ejecución autónoma, correcta.
8 o 9	Ejecución muy buena.
10	Ejecución excelente, muy destacada.

Competencia 5 COM-VA. FACILITAR EL PROCESO DE ADAPTACIÓN Y AFRONTADO

Código	Elemento Competencial	Criterios de evaluación / Conductos a valorar	Puntuación
1	Valorar el estado y los recursos del enfermo para afrontar el proceso.	Identificar la interpretación que el enfermo hace de su estado de salud, teniendo en cuenta sus creencias y valores. Evalúa la capacidad/voluntad del paciente para implicarse en el autocuidado.	
2	Facilitar una interpretación adecuada de su estado y proporcionar pautas explicativas que favorezcan recuperar la sensación de control de la situación.	Realiza medidas informativas y de apoyo para ayudarle a comprender los cambios y las pérdidas (duelo). Dosifica adecuadamente la información en función del estado del paciente.	
3	Enseñar al paciente a realizar las actividades terapéuticas prescritas que pueda llevar a cabo él mismo.	Transmite esperanza con una visión realista. Realiza adecuadamente actividades educacionales para potenciar la participación del paciente en su recuperación física y para implicarlo en la prevención de la dependencia.	
4	Valorar el estado y los recursos de la familia/ cuidador para afrontar el proceso y potenciarlo si es necesario.	Identifica la interpretación que hace la familia/ cuidador principal del estado de salud del paciente. Evalúa la capacidad/ voluntad de la familia/cuidador principal para implicarse en el autocuidado.	
5	Influir en la aptitud de la familia/cuidador para afrontar el proceso. Enseñar a la familia/cuidador a realizar las actividades terapéuticas prescritas que pueda llevar a cabo .	Realiza actividades educacionales para potenciar la participación de la familia/cuidador en el proceso de recuperación y en la prevención de la dependencia. Tutela, cuando es necesario, el proceso de adaptación al rol de cuidador	

Puntuación

0, 1 o 2	Ejecución muy deficiente.
3 o 4	Ejecución insuficiente. Requiere supervisión y/o ayuda constante.
5	Ejecución mínima aceptable. Puede requerir ayuda ocasional.
6 o 7	Ejecución autónoma, correcta.
8 o 9	Ejecución muy buena.
10	Ejecución excelente, muy destacada.

Competencia 6 COM-VA. TRABAJAR EN EQUIPO Y ADAPTARSE A UN ENTORNO CAMBIANTE

Código	Elemento Competencial	Criterios de evaluación / Conductos a valorar	Puntuación
1	Trabajar en equipo con otros mandos de enfermería	Cordialidad y sintonía con el equipo. Ofrece disponibilidad y colaboración con el equipo de trabajo. Se adapta a la dinámica de los equipos. Situación: equipos de enfermería de diferentes unidades	
2	Crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo (dentro del equipo de enfermería)	Procura equilibrar la demanda y la oferta de ayuda. Se muestra asertivo. Transmite tranquilidad en situaciones de estrés. Canaliza los esfuerzos propios y de los demás hacia la consecución de objetivos comunes. Se implica y mantiene una actitud resolutiva. Situación: equipo enfermería	
3	Crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo con diferentes profesionales de múltiples disciplinas y diferentes entornos.	Procura equilibrar la demanda y la oferta de ayuda. Se muestra asertivo. Transmite tranquilidad en situaciones de estrés. Canaliza los esfuerzos propios y de los demás hacia la consecución de objetivos comunes. Se implica y mantiene una actitud resolutiva. Situación: otros profesionales	
4	Establecer y delegar la responsabilidad de ejecución de tareas indirectas y organizar y participar en el establecimiento/pacto de las condiciones de la delegación de tareas o actuaciones a los miembros del equipo asistencial	Establece la participación del personal en el proceso de curas. Organiza, pacta y coordina las condiciones de delegación de tareas y hace el seguimiento.	
5	Participar en el proceso de aprendizaje de los nuevos miembros del equipo y de los alumnos de enfermería	Se expresa claramente con un lenguaje adecuado al interlocutor. Comparte su conocimiento. Refuerza positivamente el aprendizaje. Colabora activamente en la formación del personal en relación a su área de pericia.	

Puntuación

0, 1 o 2	Ejecución muy deficiente.
3 o 4	Ejecución insuficiente. Requiere supervisión y/o ayuda constante.
5	Ejecución mínima aceptable. Puede requerir ayuda ocasional.
6 o 7	Ejecución autónoma, correcta.
8 o 9	Ejecución muy buena.
10	Ejecución excelente, muy destacada.

Anexo 3. Formulario para la recogida de datos de los pacientes

Número:
(a rellenar por el investigador)

Edad: ☐

Sexo: ☐ 1- Mujer ☐ 2- Hombre

Hospital dónde ha sido atendido:
☐ 1- Hospital de Viladecans ☐ 2- Hospital de Bellvitge

Información clínica y relacionada con el triaje:

- Motivo de consulta

☐ Dolor torácico
☐ Cefalea y/o cervicalgia
☐ Focalidad neurológica
☐ Convulsiones
☐ Inestabilidad, lipotimia / síncope y malestar general
☐ Síntomas oculares
☐ Síntomas otorrinolaringológicos
☐ Alergia y reacciones cutáneas
☐ Síntomas digestivos
☐ Síntomas uro-ginecológicos
☐ Intoxicación
☐ Agresión/Negligencia
☐ Acoso sexual
☐ Alteración del tronco y extremidades no traumática
☐ Lesiones i traumatismos
☐ Diabético
☐ Hipertenso
☐ Sintomatología respiratoria
☐ Fiebre
☐ Hemorragia
☐ Otros

- Nivel de urgencia:

☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

- ¿Tiene dolor?

☐ Sí ☐ No

- En caso afirmativo, teniendo en cuenta que 0 es No dolor y 10 mucho dolor, indique el nivel del dolor que presenta:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo 4. Escala de satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros en urgencias adaptada (CECSS).

Por favor, marque el acuerdo o desacuerdo con cada pregunta en relación a su estancia en urgencias					
1= Total desacuerdo 2= Desacuerdo 3= Regular 4= De acuerdo 5= Total acuerdo	1	2	3	4	5
1. La enfermera prestó sus servicios con competencia.					
2. La enfermera sabía algo de mi enfermedad.					
3. La enfermera sabía el tratamiento que yo necesitaba.					
4. La enfermera debería haber sido más atenta de lo que fue.					
5. La enfermera explicaba todos los procedimientos antes hacerlos					
6. La enfermera explicaba las cosas en términos que yo podía entender.					
7. La enfermera era comprensiva al escuchar mi problema.					
8. La enfermera parecía de verdad preocupada por mi dolor y mis temores...					
9. La enfermera fue lo más amable posible cuan hacía técnicas dolorosas.					
10. La enfermera me trataba como un número en vez de cómo una persona.					
11. La enfermera parecía comprender cómo me sentía.					
12. La enfermera me dio la oportunidad de hacer preguntas.					
13. La enfermera no fue muy amable.					
14. La enfermera se tomaba el tiempo necesario para atenderme.					
15. La enfermera se aseguró de que todas mis preguntas obtuvieran respuesta.					

Anexo 5 Documento de aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital de Viladecans

Bellvitge
Hospital Universitari
Institut Català de la Salut

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

El Dr. Enric Sospedra Martínez, Secretario del Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitari de Bellvitge,

CERTIFICA

Que el Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitari de Bellvitge, en su reunión de fecha 06/06/2019 (Acta 11/19), tras examinar toda la documentación presentada sobre el proyecto de investigación con nuestra ref. **PR194/19**, titulado:

"ANÁLISIS DEL NIVEL COMPETENCIAL DE ENFERMERÍA DE TRIAJE Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE SON ATENDIDOS POR LA ENFERMERA EN TRIAJE"

Documentos con versiones:

Protocolo	Versión 1 de fecha Mayo 2019
Hoja de Información y Consentimiento Informado (pacientes)	Versión 1 de fecha Mayo 2019
Hoja de Información y Consentimiento Informado (enfermeras)	Versión 1 de fecha Mayo 2019

Presentado por la Sra. Meritxell López Hernández enfermera del Servicio de Urgencias del Hospital de Viladecans, como promotora e investigadora principal, ha acordado emitir INFORME FAVORABLE al mencionado proyecto.

Que la composición actual del Comité de Ética de la Investigación es la siguiente:

Presidente	Dr. Francesc Esteve Urbano	Médico - Medicina Intensiva
Vicepresidente	Dra. Pilar Hereu Boher	Médico - Farmacología Clínica
Secretario	Dr. Enric Sospedra Martínez	Farmacéutico - Farmacia Hospitalaria
Vocales:	Dr. Jordi Adamuz Tomás	Enfermero – Enfermería
	Dra. María Berdasco Menéndez	Bióloga - miembro no sanitario
	Dra. Concepción Cañete Ramos	Médico - Neumología
	Dr. Enric Condom Mundo	Médico - Anatomía Patológica
	Dr. Xavier Corbella Virós	Médico - Medicina Interna
	Sra. Consol Felip Farrás	Miembro Laico - Docencia
	Dr. José Luis Ferreiro Gutiérrez	Médico - Cardiología
	Dra. Ana María Ferrer Artola	Farmacéutica - miembro sanitario

HUBC
Hospital Universitari de Bellvitge
Feixa Llarga s/n
08907 L'Hospitalet de Llobregat
Tel. 932 607 500
www.bellvitgehospital.cat

Bellvitge
Hospital Universitari

Institut Català de la Salut

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Dr. Josep Ricard Frago Montanuy	Médico - Cirugía General y Digestiva
Dr. Xavier Fulladosa Oliveras	Médico - Nefrología
Dra. Margarita García Martín	Médico - Oncología Médica
Dr. Carles Lladó i Carbonell	Médico- Urología
Dr. Josep Manel Llop Talaveron	Farmacéutico – Farmacia Hospitalaria
Sra. Sonia López Ortega	Graduado Social - Atención a la Ciudadanía
Dr. Sergio Morchón Ramos	Médico - Medicina Preventiva
Dr. Joan Josep Queralt Jiménez	Jurista
Dr. Ricard Ramos Izquierdo	Médico - Cirugía Torácica
Dra. Gemma Rodríguez Palomar	Farmacéutica – Atención Primaria
Dra. Nuria Sala Serra	Bióloga - miembro no sanitario
Dr. Petru Cristian Simon	Médico - Farmacología Clínica

Que este Comité cumple la legislación española vigente para este tipo de proyectos, así como las normas ICH y las Normas de Buena Práctica Clínica.

Que en dicha reunión del Comité de Ética de la Investigación se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

Lo que firmo en L'Hospitalet de Llobregat, a 6 de junio de 2019.

Bellvitge
Hospital
Comité Ètic d'Investigació Clínica

Fdo. Dr. Enric Sospedra Martínez
Secretario del CEIm

Hospital Universitari de Bellvitge
Feixa Llarga s/n
08907 L'Hospitalet de Llobregat
Tel. 932 607 500
www.bellvitgehospital.cat

Anexo 6. Documento informativo sobre el estudio para las enfermeras

Hoja informativa para las enfermeras.

Invitación a participar:

Apreciada Sr/a.

Le invitamos a participar en el estudio **ANÁLISIS DEL NIVEL COMPETENCIAL DE ENFERMERÍA DE TRIAJE Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE SON ATENDIDOS POR EL TRIAJE.**

Actualmente a parte de tener una buena herramienta de trabajo como es el sistema de triaje que utilizan los servicios de urgencias, es fundamental que la enfermera que realiza el triaje tenga experiencia, formación y un nivel competencial elevado.

La finalidad del estudio es conocer el nivel competencial de las enfermeras que realizan triaje en los servicios de urgencias de los Hospitales y analizar el nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en triaje con relación al nivel competencial de la enfermera y a la información que reciben por parte de la enfermera de triaje. Incorporando el nivel de satisfacción de los pacientes como un indicador de calidad más del triaje.

Desarrollo del estudio:

Se le hará entrega del auto cuestionario COM_VA para conocer su nivel competencial, del mismo modo se hará entrega del mismo cuestionario a su superior inmediato. Con el resultado de ambos cuestionarios se evaluará el nivel competencial que tiene para el puesto de trabajo de enfermera de triaje.

También deberá rellenar un cuestionario relacionado con sus datos sociodemográficos, experiencia laboral y académica y otros aspectos relacionados con el triaje.

Todos los datos recogidos en el estudio serán considerados como confidenciales. En las hojas de recogida de datos solamente constara el número que se le haya asignado en el estudio. En el informe final del estudio o en caso de comunicar estos resultados a la comunidad científica se mantendrá su identidad en el anonimato. Se le informa, tal como se prevé en la normativa legal vigente de protección de datos a nivel nacional y europeo (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, sobre protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y, adicionalmente, el Reglamento (UE) 2016/679 General de Protección de Datos (RGPD) de los derechos que asisten a los participantes del estudio de consultar, modificar o eliminar del fichero sus datos personales. Para ejercer estos derechos, puede dirigirse al equipo investigador, o bien al delegado de protección de datos del centro.

Su participación en este estudio es voluntaria y en cualquier momento puede retirarse del mismo. Si decide hacerlo no tendrá ninguna consecuencia.

Este estudio no prevé dar ningún tipo de compensación económica.

Si tiene alguna duda sobre el estudio o le gustaría comentar algún aspecto de esta información, puede contactar por correo electrónico en mlopezhe@gencat.cat o bien por teléfono en el 639444444.

Una vez leída esta información y consultadas las dudas que puedan habérsele planteado y caso de que quiera participar en el estudio deberá firmar el consentimiento informado.

Agradecemos de antemano su participación en el estudio,

Meritxell LópezHernández.
Investigadora principal.

Anexo 7. Documento informativo sobre el estudio para los pacientes

Hoja de información para los pacientes

ANÁLISIS DEL NIVEL COMPETENCIAL DE ENFERMERÍA DE TRIAJE Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE SON ATENDIDO POR EL TRIAJE.

Invitación a participar: Apreciada Sr/a.

Le invitamos a participar en el estudio: **ANÁLISIS DEL NIVEL COMPETENCIAL DE ENFERMERÍA DE TRIAJE Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE SON ATENDIDOS POR EL TRIAJE.**

Actualmente a parte de tener una buena herramienta de trabajo como es el sistema de triaje que utilizan los servicios de urgencias, es fundamental que la enfermera que realiza el triaje tenga experiencia, formación y un nivel competencial elevado.

La finalidad del estudio es conocer el nivel competencial de las enfermeras que realizan triaje en los servicios de urgencias del hospital y analizar el nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en triaje en relación al nivel competencial de la enfermera y a la información que reciben por parte de la enfermera de triaje.

Incorporando el nivel de satisfacción de los pacientes como un indicador de calidad más del triaje.

Desarrollo del estudio:

Se le hará entrega de cuestionario Escala de satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros en urgencias (CECSS) que valorará la satisfacción que usted tiene sobre el nivel de competencia profesional de la enfermera que le ha atendido en el triaje y la satisfacción de la información recibida por parte de la enfermera.

Todos los datos recogidos en el estudio serán considerados como confidenciales. En las hojas de recogida de datos solamente constara el número que se le haya asignado en el estudio. En el informe final del estudio o en caso de comunicar estos resultados a la comunidad científica se mantendrá su identidad en el anonimato. Se le informa, tal como se prevé en la normativa legal vigente de protección de datos a nivel nacional y europeo (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, sobre protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y, adicionalmente, el Reglamento (UE) 2016/679 General de Protección de Datos (RGPD) de los derechos que asisten a los participantes del estudio de consultar, modificar o eliminar del fichero sus datos personales. Para ejercer estos derechos, puede dirigirse al equipo investigador, o bien al delegado de protección de datos del centro.

Su participación en este estudio es voluntaria y en cualquier momento puede retirarse del mismo. Si decide hacerlo no tendrá ninguna consecuencia.

Este estudio no prevé dar ningún tipo de compensación económica.

Si tiene alguna duda sobre el estudio o le gustaría comentar algún aspecto de esta información, puede contactar por correo electrónico en mlopezhe.hv@gencat.cat o

bien por teléfono en el 639444444.
Una vez leída esta información y consultadas las dudas que puedan habérsele planteado y caso de que quiera participar en el estudio deberá firmar el consentimiento informado.

Agradecemos de antemano su participación en el estudio,

Meritxell López Hernández. Investigadora principal

Anexo 8. Hoja de consentimiento informado para las enfermeras que participan en el estudio

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENFERMERIA

ANÁLISIS DEL NIVEL COMPETENCIAL DE ENFERMERÍA DE TRIAJE Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE SON ATENDIDOS POR EL TRIAJE

Yo_____

(Nombre y apellidos de la enfermera).

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He sido informada por_____(Nombre y apellidos del investigador)

_____

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio, cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados y atención sanitaria.

Doy libremente mi conformidad para participar en el estudio,

Anexo 9. Hoja de consentimiento informado para los pacientes que participan en el estudio

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PACIENTES

ANÁLISIS DEL NIVEL COMPETENCIAL DE ENFERMERÍA DE TRIAJE Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE SON ATENDIDOS POR EL TRIAJE

Yo_____

(Nombre y apellidos del paciente.

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He sido informada por_____(Nombre y apellidos del investigador)

_____

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio, cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados y atención sanitaria.

Doy libremente mi conformidad para participar en el estudio,