

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSGRADO
ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA EN SALUD



**RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE PRIORIDAD DEL TRIAJE
Y TIEMPO DE ESPERA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA – HOSPITAL TINGO MARÍA,
HUÁNUCO, 2020**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CALIDAD EN SALUD

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN
ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA EN SALUD**

TESISTA: ESPINOZA MONDALGO ANA MARIA

ASESORA: DRA. CASTAÑEDA EUGENIO NANCY ELIZABETH

HUÁNUCO – PERÚ

2022

DEDICATORIA

Al Todopoderoso mi agradecimiento infinito,
por tener esa dicha de alcanzar una de mis
metas académicas.

A mis adorados padres, fuente de inspiración y
ejemplos a seguir en esta lucha de servir a los demás.

Ana María

AGRADECIMIENTO

En este estudio se agradece a las siguientes entidades y personas:

A la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional “Hermilio Valdizán” de Huánuco, por los conocimientos recibidos durante mi formación en la Maestría de Administración y Gerencia en Salud.

A la plana docente de la Escuela de Posgrado, en especial de la Maestría en Administración y Gerencia en Salud, por sus sabias enseñanzas en este proceso de formación de posgrado. A los directivos del Hospital de Tingo María, por la autorización y las facilidades que me otorgaron para la ejecución del estudio.

Al Obsta. Mariano Valentín Vicente, por el apoyo en la parte estadística del estudio.

A la Dra. Nancy E. Castañeda Eugenio, por la asesoría brindada en el desarrollo de la tesis desde su etapa inicial.

RESUMEN

Objetivo del estudio: Determinar la relación existente entre el nivel de prioridad del triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María en el año 2020. Metodología: El estudio fue de tipo observacional-analítico, retrospectivo y transversal, de nivel relacional. La población estuvo conformada por 450 historias clínicas de pacientes del servicio de emergencia y la muestra representada por 207 pacientes, seleccionados por muestreo probabilístico y aleatorio simple. El diseño fue no experimental, transeccional y correlacional, se utilizó como instrumento la ficha de registro de datos. Resultados: la edad de 30-59 años predominó con 29,5%, el género femenino con 57,5%, la condición crítica que requiere atención inmediata, con peligro inminente de la vida fue la que más se consideró al 100%, siendo los casos de urgencia en 82,1%, el tiempo de espera fue 20 minutos con un 62.3%, el nivel de prioridad II tuvo mayor frecuencia con 69,1%. Conclusión: Existe una correlación positiva directa débil según el valor $p < 0,05$; por tanto, rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis de investigación, concluyendo que sí existe relación entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención del paciente del servicio de emergencia – Hospital de Tingo María, 2020.

Palabras claves: Niveles de prioridad, triaje, tiempo de espera.

ABSTRACT

Objective of the study: To determine the relationship between the level of triage priority and waiting time in the care of patients in the emergency service of the Hospital de Tingo María in 2020. Methodology: The study was observational-analytical, prospective and transversal, relational level. The population consisted of 450 medical records of patients from the emergency service and the sample represented by 207 patients, selected by probabilistic and simple random sampling. The design was non-experimental, transectional and correlational, the data record sheet was used as an instrument. Results: the age of 30-59 years prevailed with 29.5%, the female gender with 57.5%, the critical condition that requires immediate attention, with imminent danger of life was the one that was considered the most at 100%, being emergency cases in 82.1%, the waiting time was 20 minutes with 62.3%, priority level II was more frequent with 69.1%. Conclusion: There is a weak direct positive correlation according to the value $p < 0.05$; therefore, we reject the null hypothesis and accept the research hypothesis, concluding that there is a relationship between the triage priority level and the waiting time in emergency service patient care - Hospital de Tingo María, 2020.

Keywords: Priority levels, triage, waiting time.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	iii
ABSTRACT	iv
ÍNDICE	vi
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I. ASPECTOS BÁSICOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1 Fundamentación del problema	10
1.2 Justificación e importancia de la investigación.....	13
1.3 Viabilidad.....	14
1.4 Formulación del problema de investigación	14
1.4.1 Problema general	14
1.4.2 Problemas específicos.....	15
1.5 Formulación de objetivos.....	15
1.5.1 Objetivo general.....	15
1.5.2 Objetivos específicos	15
CAPÍTULO II. SISTEMAS DE HIPÓTESIS.....	16
2.1 Formulación de hipótesis	16
2.1.1 Hipótesis general.....	16
2.1.2 Hipótesis específicas.....	16
2.2 Operacionalización de variables	18
2.3 Definición operacional de las variables	20

CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO	22
3.1 Antecedentes	22
3.2 Bases teóricas	26
3.3 Bases conceptuales.....	27
CAPÍTULO IV. MARCO METODOLÓGICO.....	39
4.1 Ámbito.....	39
4.2 Tipo y nivel de investigación	39
4.3 Población y muestra	40
4.4 Diseño de investigación	42
4.5 Técnicas e instrumentos	42
4.6 Técnicas para el procesamiento y análisis de datos	44
4.7 Aspectos éticos.....	46
CAPÍTULO V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	47
5.1 Análisis descriptivo	47
5.2 Análisis inferencial y/o contrastación de hipótesis	54
5.3 Discusión de resultados.....	63
5.4 Aporte científico de la investigación.....	65
CONCLUSIONES	66
SUGERENCIAS	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
ANEXOS.....	72

INTRODUCCIÓN

Los servicios de emergencia constituyen una unidad hospitalaria designada para pacientes que acuden por una condición que involucra una situación de riesgo y requiere de una atención de manera inmediata. La emergencia es “una situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano”, entre los que podemos citar: la pérdida del conocimiento, el paro cardiaco-respiratorio, aquellos accidentes con hemorragias graves, las convulsiones, el electrocutamiento, la angina pecho en población de riesgo o con antecedentes de problemas del corazón, las complicaciones graves del embarazo, las grandes caídas, toda clase de heridas ocasionadas por cualquier arma, los traumatismos en todo el cuerpo, las quemaduras de gran parte del cuerpo, entre otras.

Una atención en salud tiene que ser oportuna y permanente, según el nivel de resolución del establecimiento, con personal especializado y con todo el equipamiento necesario, convirtiéndose en uno de los servicios que más atenciones tiene en los hospitales de cualquier lugar del mundo, sobre todo en aquellos del tercer nivel de atención, donde a la fecha presentan saturación y hasta colapso durante este proceso de atención. Esto, compromete la calidad de la atención de un servicio y a veces hasta la vida de los pacientes (citado por Taype, 2019) (1).

Señala Sánchez (2018) que “la medicina de urgencias y emergencias ha experimentado un desarrollo exponencial en los últimos 30 años. En la actualidad, se considera un indicador de desarrollo social, el contar con un Sistema de Emergencias Médicas suficiente, que sea capaz de llevar a cabo una atención prehospitalaria en el menor tiempo posible y con calidad, acorde con los avances de la tecnología en las ciencias médicas” (2).

Por lo tanto, una emergencia puede poner en riesgo alto la salud del paciente, que hace que se movilicen rápidamente recursos humanos, equipamiento, insumos, sin escatimar costos, incluso, requiere de un diagnóstico precoz para su atención o referencia si es

necesario y, un tratamiento lo más rápido posible para salvarle la vida; entonces, la medicina de emergencia es aquella que “actúa sobre una emergencia o sobre cualquier afección en un momento crítico. Cualquier respuesta a una emergencia médica dependerá principalmente de la situación del paciente y de la disponibilidad de recursos para asistirlo”. Por ello, en los hospitales existen los servicios de emergencia, en donde la atención “debe corresponderse con un sistema integral, como conjunto de actividades secuenciales complejas, ordenadas a través de protocolos dirigidos a optimizar la asistencia a pacientes en estado crítico, desde el momento de aparición del proceso hasta su incorporación a la vida social o laboral” (3).

La investigación realizada consta de 5 capítulos: El capítulo I incluye el problema de investigación: la fundamentación, justificación, viabilidad, la formulación de los problemas y los objetivos. El capítulo II contiene el sistema de hipótesis: hipótesis general y operacionalización de variables. El capítulo III se refiere al marco teórico, que abarca a los antecedentes, las bases teóricas y las bases conceptuales. El capítulo IV se refiere a los aspectos metodológicos: el ámbito de estudio, el tipo y diseño de investigación, la población y la muestra, las técnicas e instrumentos para la recolección de datos, así como el análisis y el procesamiento de datos. El capítulo V aborda los resultados y la discusión de los mismos. Finalmente, se presentan las conclusiones y las sugerencias, las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I. ASPECTOS BÁSICOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del problema

Una emergencia es definida como una condición que inicia o parece bruscamente, presenta un riesgo vital o de funcionamiento básico que requiere de asistencia de manera inmediata; es apreciable a simple vista, y obliga a que se ponga en marcha todos los recursos y los medios necesarios para la prevención de un desenlace funesto (2).

Es así como, en el 2015, alrededor del 50% de un total de 28 millones de muertes en el mundo fue como consecuencia de emergencias médicas, y la mayor parte de los casos, ocurrió en países pobres. A nivel nacional, la población con derecho a atención por la Seguridad Social (EsSalud) el año 2015 fue de 11 millones de personas, casi un tercio de la población nacional (citado por Vásquez, 2016) (4). Por otro lado, según la Organización Mundial de Salud (OMS, 2020), en el Perú la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito (por 100 000 habitantes) al año 2016 fue de 13,6 (5), además sin contar las otras enfermedades no transmisibles, esto hace crecer la demanda del servicio de emergencia en los nosocomios.

La Organización Mundial de Salud (2018), sobre las emergencias sanitarias señala: “debilitan los sistemas de salud”, de esta manera un sistema de salud debilitado en su organización incrementa las emergencias sanitarias; entonces un sistema de salud sólido se convierte en una alternativa de solución y protección para evitar que ciertas enfermedades se transformen en epidemias y para reducir los riesgos que sobrevienen del colapso del sistema de salud cuando no están preparados (7).

Los directivos de la toma de decisiones en las entidades de salud conocen de la imperiosa necesidad de gestionar de modo más eficiente los recursos que tiene la

entidad hospitalaria que dirige y para brindar un servicio de calidad se debe aplicar sus conocimientos a través de competencias que les permitan analizar, programar, planificar y priorizar la mejor forma de administrar los recursos disponibles.

En los diversos hospitales el tiempo de espera que se requiere para ser atendido es una pieza clave para medir la calidad del servicio, siendo la reducción del tiempo de espera un determinante de mucha importancia en la conducción de este tipo de sistemas (7), por lo que el triaje hospitalario, es un proceso sistemático de vital importancia en la administración clínica en unidades de emergencias cuando los requerimientos sobrepasan la disponibilidad de trabajadores de salud.

El servicio de triaje de emergencia constituye un sistema que asegura un modo de asignación de prioridades clínicas en situaciones de emergencia, sin juzgar si los pacientes están adecuadamente diagnosticados según su nivel de prioridad, por el contrario, debe asegurarse que aquellos que requiere de atención inmediata, la reciban de modo adecuado y en forma oportuna.

A través del funcionamiento del triaje en la emergencias hospitalaria se ha logrado obtener un mejoramiento de la calidad de atención de salud, puesto que se atiende adecuadamente y en caso de circunstancias patológicas que hacen necesaria una atención rápida se utiliza el tiempo necesario (8), y según niveles de prioridad se daría mejor asistencia médica (9), entonces de esta manera las atenciones en triaje se dan con menos de 10 minutos de espera por parte del paciente y en los diferentes niveles de prioridad (10).

En nuestro país y especialmente en Lima, no se cuenta con una base sistemática de las definiciones y de la implementación estandarizada del triaje en las emergencias hospitalarias. Es preciso analizar los conceptos en torno al triaje de aquellos servicios de emergencia y basados en este conocimiento los responsables o gestores

de salud establezcan normativas útiles para mejorar la primera atención de emergencia y garantizar la calidad en la atención (11).

El tiempo de atención que requiere o necesita en ser atendido un paciente se convierte en un elemento importante del servicio de emergencia de los hospitales, por lo tanto, este tiempo de respuesta profesional son de una importancia única que cada minuto que pasa para ser atendido el paciente son vitales significando a veces la vida o la muerte de este, en el peor de los casos, la complicación, preocupando al paciente de manera permanente.

Para contrarrestar esta situación en los servicios de salud colapsados por la demanda de atención se ha establecido modalidades de priorización en la atención del paciente, estos son los llamados niveles de prioridad que marcarán la hoja de ruta y atención en el paciente que ingresa a emergencias. El cumplimiento de la norma emanada por el MINSA permite hacer la evaluación de la calidad y las oportunidades del servicio que se ofrece en las áreas de emergencias, mediante el conteo de los tiempos desde que se inicia con la recepción hasta que sea atendido el paciente. Se considera prioridad I cuando la atención es inmediata, o sea sin demora alguna, la prioridad II es cuando la atención ocurre en el lapso de 10 minutos, la prioridad III cuando los periodos de atención demoran entre 20 minutos y la prioridad IV cuando la atención se da entre 30 minutos a más tiempo (12).

La presente investigación propone como propósito determinar la relación existente entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes del servicio de emergencia del Hospital “Tingo María” en el año 2020.

El Hospital Tingo María por su complejidad recibe las urgencias y emergencias de distintos distritos y lugares aledaños, considerando el flujo de referencias y contra referencias, siendo Aucayacu, Castillo Grande, Monzón, San Jorge y Supte. los lugares que tuvieron más urgencias teniendo en cuenta el orden de denominación, cifras altas de pacientes que es una preocupación de los profesionales de personal de salud su atención según niveles de prioridad e identificar oportunamente los

signos y síntomas en el triaje en el área de emergencia en el menor tiempo posible con fines de disminuir la morbilidad y mortalidad, siendo uno de los propósitos del estudio conocer este proceso de atención.

1.2 Justificación e importancia de la investigación

1.2.2. Justificación

Por su implicancia práctica; dentro del servicio de emergencia del Hospital de Tingo María, se han incrementado las actividades de atención de pacientes por diversas causas que afectan su salud física, sumado a ello la sobrepoblación de la provincia de Leoncio Prado, situación que pone en riesgo a los usuarios y profesionales de salud a pesar de su disposición de cumplir con las atenciones. Los resultados de la investigación permitirán tomar decisiones informadas en relación a los tiempos de espera en el servicio de emergencias.

Por su relevancia social; las emergencias y urgencias son un indicador de las condiciones de atención en salud, un reflejo de los determinantes sociales y un indicador de calidad de atención en los servicios de salud, aspectos que deben mejorarse conociendo su proceso interno, toda vez que tiene características específicas que algunas veces pueden verse deterioradas su sistema de atención, ocasionando problemas como: demora en la atención, triaje diferencial no previsto, no contribuir a la atención rápida en casos de emergencia, y, no reconocer los signos de alarma del ser humano; situaciones que ponen en peligro de vida de la persona que recurre por una atención digna y oportuna. De esta manera, estas situaciones se vuelven en un problema de salud pública por la insatisfacción de los pacientes. Con la investigación se beneficiarán los usuarios del servicio de emergencia al priorizar la reducción de los tiempos de espera.

Por su aporte teórico; el estudio permite profundizar en el conocimiento del manejo de los pacientes en situaciones de emergencia y que requieren de atención inmediata según niveles de prioridad.

1.2.2. Importancia

El estudio de investigación con respecto a triaje diferencial y tiempo de espera cobra una real importancia para la mejora en el servicio de emergencia de los hospitales en lo que concierne al tiempo transcurrido del paciente desde su llegada hasta su debida atención. Permite conocer la relación entre tiempo de espera y niveles de prioridad en la atención de pacientes en este servicio.

Los resultados del estudio servirán de base para rediseñar e implementar un mejor sistema de atención en esta área crítica de emergencia hospitalaria.

1.3 Viabilidad

El estudio realizado fue posible su ejecución por la autorización oportuna de los directivos del Hospital de Tingo María para el recojo de información a través de las historias clínicas de quienes fueron atendidos en el servicio de emergencia. Asimismo, se contó con los recursos económicos, informáticos y de tiempo para la ejecución del estudio.

1.4 Formulación del problema de investigación

1.4.1 Problema general

¿Qué relación existe entre los niveles de prioridad del triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes del servicio de emergencia del Hospital “Tingo María” en el año 2020?

1.4.2 Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las condiciones sociodemográficas de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia?
2. ¿Cuáles son las condiciones de determinación para atribuir al paciente, el nivel de prioridad en triaje por el personal de salud del servicio de emergencia?
3. ¿Cuál es el tiempo de espera para la atención de pacientes en el servicio de emergencia según la edad?

1.5 Formulación de objetivos

1.5.1 Objetivo general

Determinar la relación existente entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes del servicio de emergencia del Hospital “Tingo María” en el año 2020.

1.5.2 Objetivos específicos

1. Describir las condiciones sociodemográficas de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia.
2. Identificar las condiciones de determinación para atribuir al paciente el nivel de prioridad en triaje por el personal de salud del servicio de emergencia.
3. Valorar el tiempo de espera para la atención de pacientes en el servicio de emergencia según la edad.

CAPÍTULO II. SISTEMAS DE HIPÓTESIS

2.1 Formulación de hipótesis

2.1.1 Hipótesis general

Hi: Sí existe relación entre el nivel de prioridad del triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes del servicio de emergencia del Hospital “Tingo María”, 2020.

Ho: No existe relación entre el nivel de prioridad del triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes del servicio de emergencia del Hospital “Tingo María”, 2020.

2.1.2 Hipótesis específicas

Hi1: Sí existe relación entre las condiciones sociodemográficas de los pacientes atendidos según niveles de prioridad en triaje, en el servicio de emergencia.

Ho1: No existe relación entre las condiciones sociodemográficas de los pacientes atendidos según niveles de prioridad en triaje, en el servicio de emergencia-

Hi2: Existe relación entre las condiciones de determinación para atribuir al paciente las prioridades para efectuar el triaje por el personal asistencial en la atención de pacientes de emergencia.

Ho2: No existe relación entre las condiciones de determinación para atribuir al paciente las prioridades para efectuar el triaje por el personal asistencial en la atención de pacientes de emergencia.

Hi3: Existe relación entre el tiempo de espera para la atención de pacientes en emergencia y la edad.

Ho3: No existe relación entre el tiempo de espera para la atención de pacientes en emergencia y la edad.

2.2 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIONES OPERACIONALES	TIPOS DE VARIABLE	ESCALAS DE MEDICIÓN	CATEGORIAS	INDICADORES	INDICE	FUENTE
Niveles de Prioridad	Se refieren a las maneras de estar estructuradas las atenciones de los pacientes, que dependerán de lo grave que sea la patología y también de la condición general que tiene.	Prioridad tipo I	Personas con algún cambio súbito y crítico en su estado de salud, con inminencia de riesgo de muerte y que necesitan ser atendidos	Cuantitativa	De intervalo	Cuantificable numérico	Paro cardiaco-respiratorio, shock, trauma de grado severo, obstrucción de las vías aéreas altas	Niveles de prioridad	Ficha de registro de datos
		Prioridad tipo II	inmediatamente en una Sala de reanimación o de trauma shock.	Cuantitativa	De intervalo	Cuantificable numérico	Crisis de asma, Diabetes mellitus con descompensación, trastornos sensoriales, hemoptisis, dolor del tórax		
		Prioridad tipo III	Pacientes que presentan un cuadro súbito, de inicio agudo, con un riesgo de muerte o que se complique seriamente.	Cuantitativa	De intervalo	Cuantitativo numérico	Dolor abdominal, deshidratación grado moderado, espasmos bronquiales leves, vértigos, trastornos vasculares		
		Prioridad tipo IV	Pacientes que no tienen inestabilidad ventilatoria, hemodinámicamente y neurológicamente estables, no presentan ningún riesgo de muerte tampoco de secuelas incapacitantes.	Cuantitativa	De intervalo	Cuantitativo numérico	Enfermedad diarreica aguda, trastornos crónicos no descompensados, resfríos comunes		

			Pacientes que no tienen compromiso de sus signos vitales ni riesgos de que se compliquen inmediatamente, éstos pueden ser atendidos mediante las consultas externas o consultas descentralizadas.						
Tiempo de espera en emergencia	Intervalo de tiempo que se mide desde que el paciente llega hasta el momento en que recibe la atención de un personal de salud.	Horas de triaje (H1) Horas de atención (H2)	Tiempo en el que el personal de salud que se encuentra en triaje procede a la clasificación Hora que se registra en el expediente clínico del momento en que se procede a la atención por parte del profesional médico.	Cuantitativa Cuantitativa	De intervalo De intervalo	Tiempo de espera en minutos	Inmediata o < 5 minutos < 10 minutos < 20 minutos < 30 minutos	Tiempo de atención	Historia Clínica

2.3 Definición operacional de las variables

Niveles de prioridad

Escala de valoración que permite ordenar situaciones objetivas, concordantes al quehacer metodológico, enfocado a la solución de realidades en distintos campos sociales, se considera una matriz de asignación puntual con criterios validados (13).

Triaje

Área específica donde acontece la medición de indicadores objetivos y subjetivos valorativos de la respuesta humana, los signos de peligro basal concadenado con los signos más representativos, discrimina estándares de medición por etapas de vida, considera importante medir la presión arterial, frecuencia cardiaca, pulso, frecuencia respiratoria, escala de Glasgow (14).

Tiempo de espera

Estancia para la atención en los diferentes servicios institucionales, requiere de estandarización de atención en torno a horas profesional. Es la oportunidad de atención que brinda el servidor considerando desde el ingreso hasta la salida de la atención (14).

Atención de pacientes

Calidad de atención en enfermería se la puede definir como aquella atención que se hace oportunamente, de modo personalizado, con humanismo, en forma continua y eficientemente, brindada por el profesional de enfermería según los estándares unificados para hacer una práctica profesional de modo competente y con responsabilidad, cuyo propósito es el logro de la satisfacción de las necesidades de los usuarios y por ende del personal de salud (15).

Emergencias

Se considera emergencia a toda aquella situación que reúne estas condiciones: está en peligro la vida de la persona, de uno o más de sus órganos o partes vitales de su cuerpo (15).

Pacientes en situación de emergencias

Para la OMS un paciente en situación de emergencia es aquel cuyos síntomas y signos de alarma indican que la salud de la persona está en peligro. Las emergencias ubican literalmente que una persona debe acudir inmediatamente a un hospital o centro de salud más cercano (16).

Relación o asociación

Conjunto de características que tienen la misma finalidad, contributivo al desarrollo de personas u objetos de estudio para significativamente emplear actividades sin modificar sus propias características (17).

CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes

3.1.1 Internacionales

Garcés Molina (18) (Madrid, 2017). Realizó un estudio respecto a “Organización del servicio de urgencia: análisis de actividades y de medidas adoptadas para mejorar la calidad”; concluyendo que las personas consideran que las unidades de urgencias en los hospitales no son fáciles de dirigir, porque los causantes de su sobrecarga son aquellos factores externos que no se pueden controlar y ni se pueden predecir; la población que se atendió en este servicio es mayormente de sexo femenino, de entre 26 y 55 años, la mayoría (55%) es clasificada con un nivel de gravedad 4, y un 80% como nivel de gravedad 5 (patología leve), el análisis de variables de calidad como ingresos, mortalidad por año, tiempo de espera han mostrado mejoría a lo largo del período en estudio.

Mesquita Mirta, Pavlicich Viviana, Luaces Carlos (19) (España, 2017). En el estudio acerca de “El sistema español de triaje en la evaluación de neonatos en urgencias pediátricas”; sus resultados muestran que a mayor nivel de prioridad mayores índices de hospitalizaciones y mayor uso de los recursos. El tiempo de atención de los pacientes fue de un promedio de 126 ± 203 , 51 ± 119 y 33 ± 81 minutos para los niveles I, II, y III, respectivamente y los de estancia unos 150 ± 203 , 80 ± 131 y 55 ± 86 minutos, respectivamente para dichos niveles ($p < 0,05$). Se concluye que los mayores niveles de priorización en la atención de neonatos en las urgencias pediátricas se correlacionan de manera positiva con una necesidad mayor de hospitalizaciones y mayor consumo de recursos. Asimismo, se requirió de más tiempo para la atención y estancia en la urgencia.

Muñoz Sánchez (20) (España, 2015). “Estudio de la frecuentación del servicio de urgencias en el Complejo Asistencial Universitario-Palencia”; los resultados muestran que el promedio de edad fue de 51 años y un 51,3% fueron de género femenino. Quienes asistieron con mayor continuidad fueron aquellos cuyas edades estaban entre 81 y 90 años. Se atiende más a las 12 de la mañana y el lunes es el día con mayor concurrencia de pacientes; el 41,2% tuvo un nivel III de urgencia y el 57,6% acudieron al servicio por orden médica; el 26% necesitó hospitalizarse. El tiempo promedio que se tardaron desde la toma de datos hasta el triaje fue 8 minutos. El tiempo de espera desde la clasificación a la atención médica fue mayor a lo que señalan los protocolos. Concluyen que el porcentaje de pacientes que llega por orden médica es alto, pero esos casos podrían haberse tratado en el nivel primario de atención y así evitar el colapso del servicio de emergencias.

Vargas R.G, González V.M. (8) (Colombia, 2015). “Comparación de Parámetros de Atención en una Escala de Triage con 5 niveles con los parámetros estándar, Colombia-2015”; entre sus resultados destacan la edad promedio de 44.9 años, el sexo femenino con 54.5%, el tiempo de espera para el nivel 1 de 1.39 min, para el nivel 2 de 22.9 min, para el nivel 3 de 41.9 min, para el nivel 4 de 56.9 min y para el nivel 5 de 52.1 min. El tiempo promedio de estancia en urgencias fue 5.9 horas y el 78.9% consumió recursos. Estos resultados están por encima de los tiempos recomendados a nivel mundial, con excepción del nivel 5 donde es significativamente menor ($p=0,00$).

3.1.2 Nacionales

Ramos Zavala, Patricia; Guillén Alarcón, Hildahora (10) (Andahuaylas, 2020). En el estudio sobre prioridad en el triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes del servicio de emergencia del Hospital Andahuaylas, 2020; Resultados: Existe una relación entre el nivel de prioridad de triaje y el tiempo de espera en el Servicio de Emergencia del Hospital Andahuaylas, año 2020. Asimismo, existe una relación entre el nivel de prioridad de triaje y el tiempo de espera en el Servicio de Emergencia del Hospital Andahuaylas, año 2020. El 86% de pacientes fueron atendidos dentro del tiempo de 1 a 10 minutos, seguido de un 12% que fueron atendidos entre los 11 a 20 minutos y un 2% de pacientes atendidos luego de más de 20 minutos. El 53% de atenciones en el Servicio de Emergencias del Hospital Andahuaylas en el año 2020 son de prioridad III, seguido del 46% con prioridad II, y solo un 1% de atención representan prioridad I, no teniendo atenciones con prioridad IV.

Vásquez-Alva Rolando, Luna-Muñoz Consuelo, Ramos-Garay Cleto M. (11) (Lima, 2019). El triaje hospitalario en los servicios de emergencia. Mediante la implementación del triaje en las emergencias se ha producido una mejora en la calidad asistencial, ya que se atiende de una manera adecuada y en el tiempo necesario a aquellas situaciones patológicas que hacen necesaria una asistencia rápida. El triaje en los servicios de emergencia ha sido evaluado en muchos trabajos de investigación donde concluyen que es una necesidad su creación, desarrollo y cambio según las exigencias de una mejor atención e incremento de la demanda en emergencia. Este último aspecto ha sido el determinante más importante a nivel mundial en el desarrollo y creación de diferentes escalas de triaje para atender las emergencias de manera adecuada y en el tiempo necesario.

Ríos Flores A.J. y Conde Moncada R.Y. (21) (Chiclayo, 2017). Efectuaron el estudio titulado Frecuencia y factores relacionados al rechazo de atención por triaje en el servicio de emergencia de un hospital de tercer nivel. Los resultados fueron: La frecuencia de rechazo por triaje fue 64,68%. De estos, el 64,29% fueron mujeres, tuvieron un promedio de edad de 38,55 años, siendo la mayoría padres de los pacientes (37,26%). Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (12,55%) y dolor abdominal (12,55%). Un 44,02% no consideró su problema una cuestión de vida o muerte. De todos ellos, el 16,00% fue atendido previamente en el primer nivel de atención. El turno más visitado fue el de noche (42,86%) y el día más concurrido fue el sábado (16,22%). Conclusiones: La frecuencia de rechazo de atención por triaje debido al uso inapropiado del servicio de emergencia es relativamente alta. Recomendamos mejorar y reforzar la educación de la población en general para lograr la concientización del buen uso del sistema de salud y los servicios de emergencia.

Jiménez Castillo Z.K; Rojas Pampa L.R. Lazarte Hemeryth K.Y. (22), (Lima, 2017). “Prevalencia de urgencias según prioridad de atención, atendidas en el servicio de emergencias de una clínica privada de Miraflores”. Se obtuvo los siguientes resultados: el 38.7% de los pacientes fueron de prioridad III o urgencias menores, el 36.5 % de prioridad IV, que son patologías comunes, el 23,5% de prioridad de atención II o urgencias mayores y solo el 1.3% de prioridad I; es decir, emergencia o gravedad súbita; la población predominante es de sexo femenino con un 61.4%, frente a un 38,6% de sexo masculino; por etapa de vida, se aprecia que la demanda mayoritaria con un 33,4% es el adulto joven, 24,9% son adultos. Concluyendo que la prevalencia de pacientes del servicio de emergencia de la clínica privada de Miraflores, se da por pacientes con patologías comunes y urgencias menores, las cuales pueden ser atendidas en consultorios descentralizados o ambulatorios. Asimismo, esto conlleva a saturar el servicio de emergencias, afectando el tiempo de espera y la calidad de atención

de las emergencias súbitas o urgencias mayores. Por lo que, se puede afirmar que, de acuerdo a la prioridad de atención en el servicio de emergencias se está realizando evidentemente un inadecuado uso del servicio.

3.1.3 Antecedentes locales

No se encontró estudios similares.

3.2 Bases teóricas

La Teoría social cognitiva de Dorothea Orem (23) propone que la autoeficacia constituye un principal factor que influye bastante en la fisiología humana, definiéndola como el juicios que tiene la persona en relación de sus capacidades con el fin de alcanzar ciertos niveles de rendimiento. Asimismo, la auto-eficacia puede ser definida como la confianza que un individuo posee en su capacidad para conseguir el éxito en una actividad determinada”.

La teoría del déficit del autocuidado de Orem Elizabeth (24) sostiene como autocuidado a toda conducta que el individuo aprende y está orientada hacia él mismo y su entorno a efectos de controlar a los factores que comprometen su desarrollo en pro de su vida, su salud y su bienestar”. Todas las personas, generalmente poseen habilidades tanto de conocimientos o intelectuales como de habilidades o prácticas que las van desarrollando a lo largo de su vida, para lograr la satisfacción de aquellas necesidades relacionadas a la salud, cuentan con destrezas que le permiten internalizar un autocuidado. Por otro lado, el medio ambiente constituye el entorno donde crece, se desarrolla con los demás y se forma como persona, reconociéndose en él sus componentes sociales, culturales, físicos, psicológicos y también espirituales. Se debe tener en consideración que la teoría del déficit de autocuidados de E. Orem se ve como la parte medular del enfoque; propone la interrelación entre las capacidades de acción que tiene el propio individuo para autogenerar su autocuidado y sus necesidades de cuidados

terapéuticos que le permitan satisfacer los requerimientos. Ahora bien, si la persona no tiene la suficiente capacidad para afrontar las demandas de salud aparecen las deficiencias en el autocuidado.

Teoría de las necesidades básicas del ser humano de Virginia Henderson (25). Esta teoría propone que el personal de enfermería debe desempeñarse con “experticia en el planeamiento científico” para mejorar su desempeño, y consecuentemente alude al interés de la independencia e interdependencia en relación a la atención sanitaria; determina la promoción y ejecución de las catorce necesidades básicas que tiene el ser humano, detallando en el capítulo 9 “Evitar los peligros del entorno” donde el personal de enfermería toma en consideración lo siguiente: la valoración, el diagnóstico, el planeamiento, la ejecución de acciones, cuyo propósito primordial será lograr la mejora del estado de salud, de acuerdo al ciclo de vida en la que se encuentra la persona.

3.3 Bases conceptuales

3.2.1. Emergencia

La OMS define a las emergencias médica como todas las situaciones que se necesitan de decisiones y acciones médicas inmediatamente. Debido a lo complejo que es tal situación médica o enfermedad, se compromete la salud de las personas, poniéndolo en riesgo incluso de perder la vida. En las emergencias médicas el tiempo es sumamente valioso, es vital; por ello, debe iniciarse el tratamiento al paciente en el mismo lugar de la emergencia lo más pronto posible, con el propósito de ponerlo fuera de peligro, después de estabilizarlo se le tiene que trasladar al paciente a un establecimiento de salud (25).

3.2.2. Triage

Viene a ser un estilo de seleccionar y clasificar a los pacientes, teniendo en cuenta sus necesidades de tratamiento y los recursos con los que se dispone, se trata de una valoración clínica de modo breve que permite determinar las prioridades para la atención de un paciente. El triaje puede cambiar debido a que es un proceso dinámico, así como lo es el estado de salud del paciente. La clasificación de triaje constituye un proceso que facilita la gestión del riesgo clínico y de este modo manejar de modo más adecuado la afluencia de pacientes cuando las demandas y los requerimientos clínicos superan a la disponibilidad de recursos. “Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, y, por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además poseen un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos” (26).

Para el MINSA (2007), el triaje viene a ser el área de la unidad de emergencia que está destinada para evaluar inicialmente a un paciente, en donde se tiene que priorizar los daños y se toma la decisión de derivarlo para que reciba atención que el paciente amerita. Además, indica que el triaje debe funcionar sobre todo en los establecimientos donde la demanda sea mayor que la oferta, y tiene que funcionar bajo la responsabilidad de un determinado profesional de salud que esté en la capacidad de poder identificar las prioridades de salud (12).

El término "traje" proviene de la palabra francesa *trier* cuyo significado es “seleccionar o escoger”, “elegir o clasificar” y al momento de hacer uso en una unidad de urgencia hospitalaria está referida a la actividad de recepcionar y acoger al paciente que hace el personal de salud para su clasificación posterior en los niveles de gravedad de la situación, que permitirán determinar la prioridad para su atención, del mismo modo, adecuar las necesidades de los paciente al entorno hospitalario y derivarlo a lugar más conveniente, teniendo

en cuenta variables diversas como la disponibilidad de los recursos, los medios físico, la necesidad de atención en este servicio, entre otros, En un principio, el término “triaje” en los términos médicos estaba orientado a clasificar a aquellos pacientes heridos y a su identificación en conflictos militares, en situación de desastre o catástrofes de índole civil; por ello, algunas sociedades utilizan la terminología de “recepción, acogida y clasificación” pero la terminología “triaje” es la más aceptada y la más usada. Su uso empezó en la década de los sesenta en establecimientos de salud de Estados Unidos y a nivel del país a principios de los años noventa. (17)

El hacinamiento de los servicios de emergencia, definida como la situación en que la atención a las urgencias queda comprometida por el exceso de demanda frente a los recursos disponibles, se presenta alrededor del mundo como relevante problema de salud pública en diversos países. Estudiosos del tema elaboran estrategias para reducir los efectos negativos de estos eventos, tales como aumento de la mortalidad, prolongamiento del tiempo de internación y aumento del número de readmisiones. La evaluación del paciente por el enfermero utilizando protocolos de clasificación de riesgo representa una esencial estrategia para minimizar estos problemas. (27)

Principios del sistema de triaje

A continuación, se muestran los principales principios que caracterizan a un “sistema de triaje estructurado y moderno”, estos son:

- Debe contar con 5 niveles de priorización, debidamente documentado y acompañado de un programa informático de gestión del triaje, para realizar el registro de la clasificación, el monitoreo de los pacientes en el servicio y fuera de él, también el control de tiempos de actuación (“Timelines”).
- Debe ser integrador de los aspectos más importantes de aquellos modelos que se aplican ahora en triaje, de las cinco categorías, en los que aportará

aspectos que implican revisar y adaptarlo al ámbito de salud donde se va a aplicar (20).

- Tiene que ser un modelo de calidad, cuyos objetivos puedan alcanzarse, sugeridos a modo de indicador de calidad en el triaje, confiable, con validez, útil, de relevancia y que pueda aplicarse (20).

- Debe ser un modelo de triaje que no excluya, que esté integrado como una forma de servicio donde se da prioridad las urgencias que traen los pacientes, en torno a cualquier otro modelo de planteamiento profesional o estructural, como un modelo de especialización de las urgencias (20).

- Debe de disponer de un programa de informática que permita facilitar la toma de decisión médica en el triaje, con evaluación y validación, con apoyo continuo y con un sistema de registro de la anamnesis en el triaje (20).

- Debe ser un modelo de mejora continua de calidad, con seguimiento y evaluación de los indicadores de calidad en el triaje, que considere un criterio estandarizado de motivos de la consulta en este servicio y pueda permitir la evaluación de las casuísticas del servicio, entre otros (20).

- Debe estar integrado en un modelo de historias clínicas electrónicas, que permita la integración del actuar médico y de los demás profesionales de salud, estandarizada y de acuerdo con criterios de calidad, que facilite un control absoluto del manejo clínico y administrativo de la unidad de urgencia (20).

- Debe sugerir cambios estructurales y también de recursos humanos en el servicio de urgencias, acorde con los requerimientos de calidad de la unidad de triaje y de la formación especializada del profesional que allí labora (20).

- Tiene que ser un sistema de triaje holístico, que se aplique en el ambiente de urgencia hospitalaria pero también en el ámbito extrahospitalario, que se

aplique a niños y a adultos preferentemente y de modo independiente del tipo de establecimiento, unidad o centro asistencial (20).

En vista de no haberse demostrado fiabilidad suficiente, ni relevancia, tampoco su validez, se ha tenido que reemplazarse desde los años 90 por escalas novedosas con 5 niveles de priorización, pudiéndose ser aplicadas en modelos del triaje estructurado. (26)

En concordancia con la necesidad del paciente y del profesional de salud que recepciona en primera instancia a las personas que llegan a la unidad de emergencia, esta clasificación se fue modificando a través del expertiz y los trabajos variados desarrollados sobre investigación, por eso actualmente se propone un triaje con escala de 5 niveles teniendo en cuenta la priorización en consideración a la gravedad que se presenta (28).

- Nivel tipo I: Prioridad absoluta que requiere atención de modo inmediato y sin demoras (28).
- Nivel tipo II: Casos muy urgentes de riesgo con la vida, inestabilidad evidente o muy intenso dolor. La demora de la atención médica puede ser hasta unos 10 minutos (28).
- Nivel tipo III: situación urgente pero el paciente está estable, con riesgo potencial que compromete la vida y que posiblemente requiera de pruebas para el diagnóstico y el tratamiento. La demora en la atención es 60 minutos (28).
- Nivel tipo IV: Se trata de una urgencia menor, sin riesgo vital potencial para la persona. La máxima demora puede ser de 120 minutos (28).
- Nivel tipo V: Sin urgencias. No hay o es escasa la complejidad de la situación, puede tratarse de cuestiones administrativas, obtención de citas, entre otras. La demora es de 240 minutos como máximo (28).

La aplicación de tales escalas se genera a partir de una definición básica en triaje: “lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente”. Ello

permite realizar una clasificación de pacientes a partir del “grado de urgencia”, de tal modo que las personas con mayor urgencia deberán ser atendidas primero y las demás personas tienen que ser reevaluados por el personal médico. Por consiguiente, el triaje tiene las siguientes funciones:

- Identificar los datos personales del paciente en situación de riesgo vital.
- Priorizar la atención en base a los niveles de clasificación.
- Realizar la re-evaluación de los pacientes que pueden esperar.
- Establecer el ambiente más adecuado para brindar la atención a los pacientes.
- Brindar información acerca del proceso asistencial.
- Contar con información para brindar a los familiares.
- Mejorar la fluidez de usuarios y evitar que el servicio se congestione.
- Generar datos necesarios para el mejoramiento continuo del servicio (26).

Por lo que, se puede señalar que el triaje constituye todo un proceso que facilita la identificación y clasificación de pacientes según niveles de prioridad; el mismo que debe ser hecho por un profesional de salud competente, quien luego de una evaluación clínica determinará la gravedad o no del caso, y de ser necesario derivarlo al área correspondiente para su tratamiento.

El “traje estructurado” se refiere a la capacidad de disponer de una escala de triaje con validez, con utilidad, con relevancia y con la posibilidad de reproducirse, y al contar con recursos físicos, recursos humanos y recursos tecnológicos que hagan posible su realización, de acuerdo con un modelo de calidad que se pueda evaluar. Tiene como objetivo fundamental identificar de modo rápido a los pacientes en situación de peligro inminente para con su vida, para poder priorizar su atención y disminuir los riesgos, identificar el área más adecuada para su tratamiento, lograr una evaluación continua, en base a las reevaluaciones que se periódicamente, otorgar información

necesaria para lograr conocer y hacer comparaciones de las casuísticas en la emergencia, con el fin de lograr la optimización de recursos, el mejoramiento de la gestión administrativa con eficiencia (26).

Modelos de triaje hospitalario

- a) Escala de triaje Australiana, NTS de 1993 y ATS 2000
- b) Triage del Departamento de Urgencia de Canadá del año 1995
- c) Sistema de triaje de Manchester MTS elaborado el año 1996
- d) Índice de severidad de urgencias ESI propuesto en 1999
- e) Sistema español de triaje MAT-SET del 2003

Cualquier modelo de clasificación tiene que estar estandarizado, normalizado y debe poseer un nivel de concordancia interobservador muy alto, debe ser válido para la clasificación del paciente acorde a su nivel verdadero de urgencia. El objeto primordial de hacer la clasificación es la optimización del periodo de tiempo que empieza con la llegada del paciente hacia la unidad de emergencia y es evaluado por el profesional que le brindará la atención médica (11).

Por lo tanto, según Soler (2019) (26) citado por Ramos y Guillen (2020), señala que la aplicación de tales escalas obedece a una premisa básica que se maneja en el triaje: lo que es urgente no siempre es grave y lo que es grave no siempre es urgente. Lo cual permite hacer una clasificación de las personas partiendo del “grado de urgencia”; de modo tal que los pacientes con mayor urgencia van a ser atendidos en primer orden y los demás tendrán que ser reevaluados hasta que llegue el médico de turno.

Sanizo (2013), refiere que los niveles de prioridad del triaje, son una forma en que se estructura la atención al paciente, dependiendo de la gravedad de su patología y del estado general que presente, previa valoración de signos y

síntomas (14). Igualmente, los niveles de prioridad valoran la rapidez o velocidad para actuar en el paciente y el número de orden en que deben recibir la atención. Por lo tanto, los niveles de prioridad de triaje se clasifican en (13):

Prioridad tipo I (inmediata o menor de 5 minutos): Aquí se encuentran pacientes con súbitas alteraciones y con un estado de salud crítico, en inminente riesgo de morir y que necesitan de inmediata atención en la sala de reanimación o de trauma shock. La prioridad I tiene que ver con emergencias tales como paro cardíaco-respiratorio, shock, trauma severo, obstrucción de las vías aéreas altas, considera también las funciones vitales de riesgo tales como una frecuencia cardíaca menor a 50 por minuto o mayor a 150 por minuto, presión sistólica menor de 90 mmHg, presión sistólica mayor de 220 mmHg, presión la diastólica mayor a 110 mmHg o de 30 mmHg más que su nivel basal, frecuencia de respiración mayor a 35 por minuto o menor a 10 por minuto.

Prioridad II (10 minutos): Aquí están los portadores de cuadros súbitos, agudos, con riesgo de morir o de complicarse seriamente; entre estas se encuentran unos 49 daños diversos tales como: crisis por asma, diabetes mellitus descompensada, sangrado digestivo, trastornos sensoriales, dolor de tórax.

Prioridad III (menor de 20 minutos): Paciente que presenta “estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica” cuyo riesgo de muerte o riesgo de secuelas incapacitantes es mínimo. Entre la lista de daños de este nivel se encuentran dolor a nivel del abdomen, la deshidratación de nivel moderado, espasmo bronquial leve, síndrome vertiginoso y trastorno a nivel vascular.

Prioridad IV (menor a 30 minutos): Personas con urgencia menor y que no compromete a sus funciones vitales, tampoco hay riesgo de tener complicaciones inmediatas, por lo que estos casos pueden ser atendidos en los

consultorios externos o en la consulta descentralizada. Incluye unos diez daños, tales como la enfermedad diarreica aguda, las enfermedades crónicas sin descompensación, el resfrío común (29).

Según la “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia 042-MINSA/DGSPV.01, Perú – 2007 se establece que un tiempo promedio de espera para la atención de acuerdo a los niveles de prioridad, permitirá hacer la evaluación de la calidad y la oportunidad del servicio que se entrega, mediante la cuantificación de los tiempos, a partir de la recepción del paciente hasta su atención. Por lo que, se puede establecer que los tiempos de espera vienen a ser los tiempos considerados desde que el paciente hace su llegada al nosocomio hasta el momento en que recibe la atención de parte de un profesional médico calificado (12).

Fitz Gerald (citado por Vásquez, 2019) menciona que en Australia se implementó por vez primera un tipo de clasificación basado en las apreciaciones de las enfermeras para clasificar a los pacientes. Esta observación tiene por fin identificar diversas actividades consistentes y variadas luego de una evaluación minuciosa, las que se determinan por la urgencia de la situación y considera lo siguiente (11):

1. Solicitar atención médica de manera inmediata e iniciar la reanimación.
2. Asegurar la disponibilidad de un médico para el paciente.
3. Ubicar el historial de emergencia del paciente junto a la lista de espera y en orden.
4. Convencer al paciente que debe buscar ayuda en otro lugar o en otro momento.

Principios del triaje

De acuerdo con la OPS los principios fundamentales que identifican a un sistema de triaje estructurado y moderno señalado en el Manual para implementar un sistema de triaje para los servicios de emergencia (30) son:

- Sistema de triaje de 5 niveles de priorización, normalizado y dotado de un programa informático de gestión del triaje, que permita el registro de la clasificación, el control de todos los pacientes dentro y fuera del servicio y el control de tiempos de actuación (“Timelines”).
- Modelo integrador de asuntos de mayor importancia de los modelos modernos de triaje con 5 niveles, a los que tendría que añadir aspectos de revisión y de adaptación al entorno de salud donde se llevará a cabo.
- Modelo de calidad, con objetivos operativos, que se proponen como indicadores de calidad del triaje, confiable, válido, de utilidad, relevante y que se puede aplicar”.
- Modelo de triaje médico y de enfermería no excluyente, que se integra en una actividad de servicio donde prima la urgencia que trae el paciente, por sobre cualquier otro planteamiento estructural o profesional, dentro de un esquema especializado de urgencias.
- Modelo que cuenta con un sistema de informática de soporte a la toma de decisiones clínicas en el triaje, evaluado y validado, con soporte continuo y con registro de la anamnesis.
- Sistema integrado en un modelo de mejora continua de calidad, con seguimiento de los indicadores de la calidad en el triaje, que pueda definir estándares de motivos de consulta en las urgencias y que puede hacerse la evaluación de las casuísticas de ese servicio.
- Integración en un modelo general de historias clínicas electrónicas, que contenga la actividad del médico y de la enfermera, unificada y en concordancia con estándares de calidad, que dé la posibilidad de un buen control de la gestión asistencial y administrativa en la unidad de emergencias.
- Propulsar cambios o reajustes tanto de estructuras cuanto, de recursos humanos en la unidad de urgencia, según la necesidad de calidad del servicio de triaje y la preparación formación específica para el personal que trabaja en dicha unidad.

- Sistema de triaje holístico, que sirva tanto dentro de las urgencias intrahospitalaria como extrahospitalaria, para atención a niños como a adultos e independientemente del tipo de hospital, unidad o centro asistencial.

Objetivos del triaje

Según López (2006) (31) (citado por Vásquez y Col (2019), señala que “los objetivos del sistema de triaje en emergencias apuntalan hacia una ubicación rápida y de modo oportuno de pacientes en situación de riesgo con sus vidas, tiene la intención de disminuir el congestionamiento de pacientes para asegurar el otorgamiento de la prioridad correspondiente derivándolos al área más adecuada para recibir el tratamiento que amerita. Por lo tanto, establecer diagnósticos no es el propósito, sino darle la prioridad de atención necesaria. Un aspecto importante dentro de los objetivos es dotar de información tanto al paciente como a su familia con relación al estado de salud general de la persona y del promedio o rango de los tiempos de espera.

Ventajas que presenta el triaje

El triaje otorga al usuario la información necesaria acerca de su condición de salud y el tiempo promedio que ha de esperar, teniendo en cuenta la gravedad clínica para su atención. Además, permite canalizar los flujos de pacientes según su gravedad, lo cual permite el reordenamiento de todos los recursos del servicio de emergencia según las demandas de atención.

Funciones del triaje

Identificar la condición de riesgo vital de la persona, a través de un sistema de prioridades de la atención, identificando el ámbito más idóneo para el tratamiento del paciente, orientando al paciente y familia acerca de las acciones iniciales que se realizarán por su prioridad de atención y los probables tiempos de espera (11).

En el estudio de García (2013), sobre el tiempo comprendido entre la hora de triaje y la hora de atención, donde lo define como “el tiempo expresado en minutos comprendido desde que el paciente es clasificado en triaje hasta la hora que recibe atención por parte del personal facultativo”, siendo:

- Hora de triaje: Hora en la que se realiza una clasificación por parte del personal de salud responsable de triaje (32).
- Hora de atención: Es la hora que se registra en la historia clínica con el inicio de la atención por parte del profesional médico (32).

3.1.3 Tiempo de espera

Se toma en consideración los estándares de los tiempos de espera por cada uno de los niveles de prioridad, consignados en la norma técnica de salud de servicios de emergencia; que vienen a ser:

- **Adecuado**, cuando los tiempos de atención cumplen con los criterios establecidos por la norma técnica en cada uno de los niveles de prioridad (14).
- **Inadecuado**, cuando los tiempos de atención son mayores que los estándares establecidos por la norma técnica en cada uno de los niveles de prioridad (14).

Para la variable “nivel de prioridad”, puede considerarse como uno de sus indicadores la clasificación de los pacientes según prioridades tipo I, II, III y IV, que determina el médico responsable del triaje y que consigna los datos en el expediente clínico.

CAPÍTULO IV. MARCO METODOLÓGICO

4.1 **Ámbito**

El presente estudio se desarrolló en el Hospital Tingo María, ubicado en la localidad de Mapresa, Distrito de Luyando, Provincia de Leoncio Prado, Departamento de Huánuco, específicamente en el servicio de emergencia. Dicho nosocomio tiene categoría II-1.

El Hospital Tingo María cuenta con los servicios de medicina general y especialidades de cirugía, ginecología, etc., también cuenta con programas de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, atención prenatal, farmacia y atención de parto, inclusive los programas de atención a niños y adolescentes.

El ámbito temporal corresponde al periodo comprendido entre julio a setiembre de 2020.

4.2 **Tipo y nivel de investigación**

El tipo de estudio:

1. Según la intervención en el estudio, fue observacional, limitándose la investigadora a “observar, analizar y medir las variables, sin ejercer control directo de intervención” (Hernández Sampieri) (33).
2. Según la planeación en la toma de datos, el estudio fue retrospectivo, ya que “los datos fueron recogidos de hechos pasados que se han presentado de fuente secundaria”. (Supo, José) (34).
3. Por el alcance temporal y el número de veces en que midieron las variables de estudio fue transversal, ya que “las variables en estudio fueron realizadas en un solo momento”. (Pardo de Vélez, Graciela) (35).
4. De acuerdo al número de variables de interés, fue de tipo analítico, ya que se cuenta con dos variables de estudio. (Hernández, 2013) (33).

La investigación pertenece al nivel relacional, porque a partir de la variable dependiente “tiempo de espera” se estableció la relación con la variable independiente “niveles de prioridad” en la atención. (34).

4.3 Población y muestra

4.3.1 Descripción de la población

Constituida por 450 historias clínicas de pacientes atendidos por profesional de salud en los diferentes turnos de mañana, tarde y noche en el servicio de emergencia del Hospital Tingo María, durante julio a setiembre 2020.

4.3.2 Muestra y método de muestreo

La muestra quedó conformada por 207 historias clínicas, así mismo, se estimó una proporción al alcance del investigador, utilizando el valor $p = 0.5$ y de $q = 0.5$ con un nivel de confianza de 95% y un error de 0.05.

Se utilizó el muestreo probabilístico, aplicando el tipo aleatorio simple, por ser una población conocida.

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

Donde:

Z^2 = Nivel de confianza de 95 % (1.96).

p = Proporción estimada, asumiendo 0.5

$p = 0,5$. $q = 1 - P$.

E^2 = Magnitud del error de 5 %.

N = Población

Al reemplazar:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (450)}{(0.05)^2 (449) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = 207$$

4.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterio de inclusión

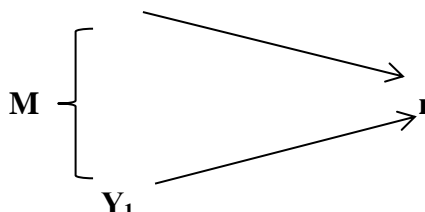
- Historia clínica de paciente con atención en el servicio de emergencia
- Historia clínica de paciente que registre la urgencia o emergencia de atención.
- Historia clínica de paciente que registre hora de inicio y término de atención.

Criterio de exclusión

- Historia clínica de pacientes atendidos en otros servicios o programas.
- Historia clínica de pacientes que fueron derivados a consultorios externos por la simplicidad del caso.
- Historias clínicas de pacientes atendidos en emergencia, pero inconclusas por derivación.
- Historias clínicas de pacientes atendidos en emergencia, pero con datos incompletos del paciente.
- Historias clínicas de pacientes atendidos en emergencia, que no registre hora de inicio y término de atención.

4.4 Diseño de investigación

El estudio fue no experimental – transeccional correlacional, (33) porque no hubo manipulación deliberada de variable alguna, solo se observó y analizó los fenómenos en su ambiente natural; representado con el esquema siguiente:



Donde:

M = Muestra (Historia clínicas atendidas en emergencia).

X₁ = Nivel de prioridad del triaje

Y₁ = Tiempo de espera

r = Relación entre las variables

4.5 Técnicas e instrumentos

4.5.1. Técnica

En el estudio se hizo uso de la técnica de análisis de contenido, que según Hernández y cols. (2014) consiste en el estudio de algún tipo de comunicación de un modo objetivo y sistemático, que cuantifica los contenidos en varias categorías o subcategorías y procede a un análisis estadístico” (33). Además, como señala Sierra (2003) la observación documental tiene como finalidad ver si los datos prueban o no las hipótesis formuladas (36).

4.5.2. Instrumento

Para la ejecución del estudio se usó una Ficha de Registro de Datos, elaborado por la investigadora, que consta de los aspectos generales siguientes:

1. Condición del paciente
2. Edad del paciente
3. Género
4. Prioridad
5. Tiempo de espera
6. Condiciones o criterios de determinación atribuibles al paciente.

4.5.2.1 Validación de los instrumentos para la recolección de datos

La Ficha de Registro de Datos, requirió realizar su validez de contenido mediante el juicio de expertos (validación por jueces), utilizando el método Delphi para obtener la opinión de los expertos de una manera sistemática con el resultado siguiente:

Nº	Apellidos y nombres de los jueces	Promedio de validación
1	Dra. Digna A. Manrique de Lara S.	3,8
2	Mg. Carmen Merino Gastelu	3,7
3	Mg. Lolita Perea Hidalgo	3,8
4	Mg. Isabel Nieves Condezo	3,9
5	Mg. Edver Accilio Tucto	3,8
	Total	3,8

Los resultados obtenidos demuestran que el instrumento de recojo de información poseen **alta** validez de contenido respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad, por estar comprendido entre los valores de 3,7 y 3,9.

4.5.5.2 Confiabilidad de los instrumentos para la recolección de datos

Este procedimiento que consiste en la aplicación de una prueba piloto para su posterior análisis no fue necesario en el presente estudio, por cuanto siendo un estudio cuyas fuentes fueron secundarias, a través del análisis documental y con la aplicación de una ficha de registro de datos, no existe el riesgo que conllevan los instrumentos aplicados directamente a los sujetos de estudio.

4.6 Técnicas para el procesamiento y análisis de datos

Para la ejecución del estudio se tuvo en consideración lo siguiente:

- Se contó con la autorización del titular del Hospital Tingo María y atención del jefe del área de estadística de dicho nosocomio para la identificación de historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencias en el periodo de estudio.
- Se identificaron las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia según criterios de inclusión, registrándose los datos en la Ficha de registro de datos.

4.6.1 Elaboración de datos

Se plantearon los siguientes pasos:

- Revisión de datos: se revisó de modo crítico todas las fichas de registro de datos, dándoles un control de calidad para proceder a las correcciones pertinentes.
- Codificación de datos: se codificaron los datos en la fase de recolección, transformándolos en códigos numéricos según las respuestas esperadas en las fichas de registro según las variables estudiadas.
- Clasificación de datos: se procedió de acuerdo con las variables según las respuestas de cada ítem y de esta manera tener la información para su análisis posterior.
- Presentación de datos: Se presentan los datos en tablas y figuras de las variables en estudio.

4.6.2 Análisis e interpretación de los datos

En cuanto al análisis se procedió de la manera siguiente:

- Análisis descriptivo: se tuvo en consideración para cada variable las medidas de tendencia central para variables numéricas y de porcentaje para variables que son categóricas.
- Análisis inferencial e interpretación de datos: se hizo uso de la prueba no paramétrica de Correlación de Pearson, considerando para ello los datos obtenidos de las historias clínicas procesadas y presentadas en tablas de frecuencias y figuras de barras.

4.7 Aspectos éticos

La finalidad del estudio fue recolectar información real y confiable para su posterior procesamiento y mostrar los resultados; en este caso, se mantuvo la confidencialidad de la información de cada participante, cumpliendo con el principio de Helsinki (2004), que señala que cualquier información recabada debe estar bajo la responsabilidad del investigador, garantizando de tal modo la custodia de la información brindada (37).

CAPÍTULO V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo

5.1.1 Condiciones sociodemográficas

Tabla 1

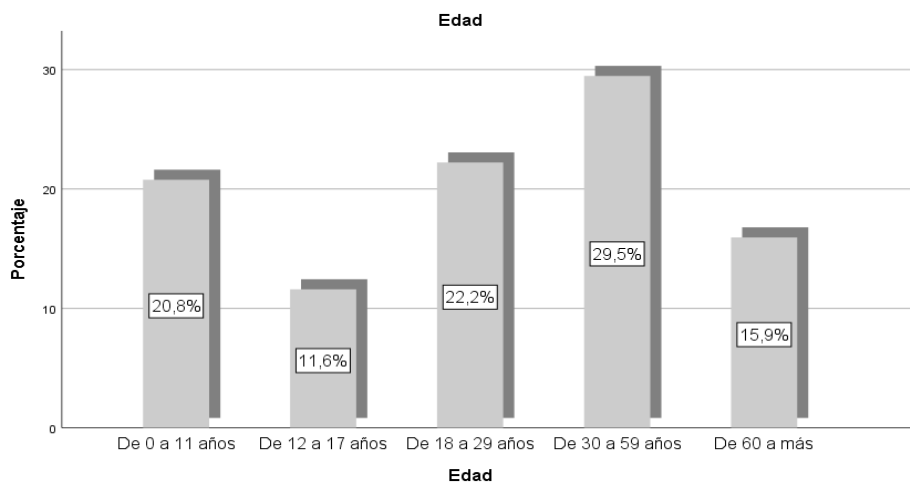
Edad de pacientes atendidos según nivel de prioridad en triaje en el servicio de emergencia – Hospital “Tingo María”, 2020.

	Frecuencia	Porcentaje
Edad	De 0 a 11 años	43 20,8
	De 12 a 17 años	24 11,6
	De 18 a 29 años	46 22,2
	De 30 a 59 años	61 29,5
	De 60 a más	33 15,9
	Total	207

Fuente: elaboración propia

Interpretación

Según tabla y figura 1, respecto a la edad de los pacientes, el 20,8% tuvieron entre 0 y 11 años, el 11,6% entre 12 a 17 años, el 22,2% entre 18 a 29 años, el 29,5% entre 30 a 59 años y el 15,9% de 60 a más años.

Figura 1. Edad de pacientes atendidos**Tabla 2**

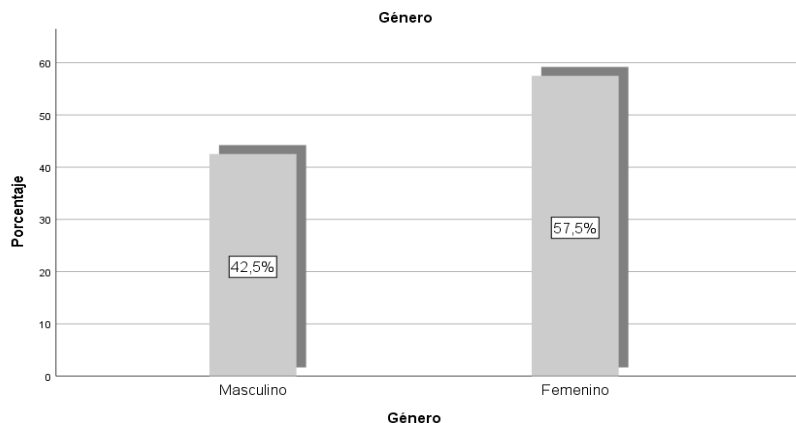
Género de pacientes atendidos según nivel de prioridad en triaje, en el servicio de emergencia – Hospital “Tingo María”, 2020.

		Frecuencia	Porcentaje
Género	Masculino	88	42,5
	Femenino	119	57,5
	Total	207	100,0

Fuente: elaboración propia

Interpretación

Según tabla y figura 2, respecto al género, el 42,5% fueron de género masculino y el 57,5% de género femenino.

Figura 2. Género de pacientes atendidos

5.1.2 Criterios de determinación de prioridad para atribuir al paciente

Tabla 3

Criterios de determinación para atribuir al paciente el nivel de prioridad, en triaje por el personal de salud del servicio de emergencia - Hospital "Tingo María", 2020.

		Frecuencia	Porcentaje
Criterios de determinación de prioridad atribuibles al paciente	Condición crítica que requiere atención inmediata, con peligro inminente de la vida.	207	100,0
Total		207	100,0

Fuente: elaboración propia

Interpretación

Según tabla y figura 3, el 100% del personal de salud del servicio de emergencia reportaron al profesional al momento de la atención que los criterios para atribuir el nivel de prioridad es la condición crítica, que requiere atención inmediata donde el peligro de muerte es inminente.

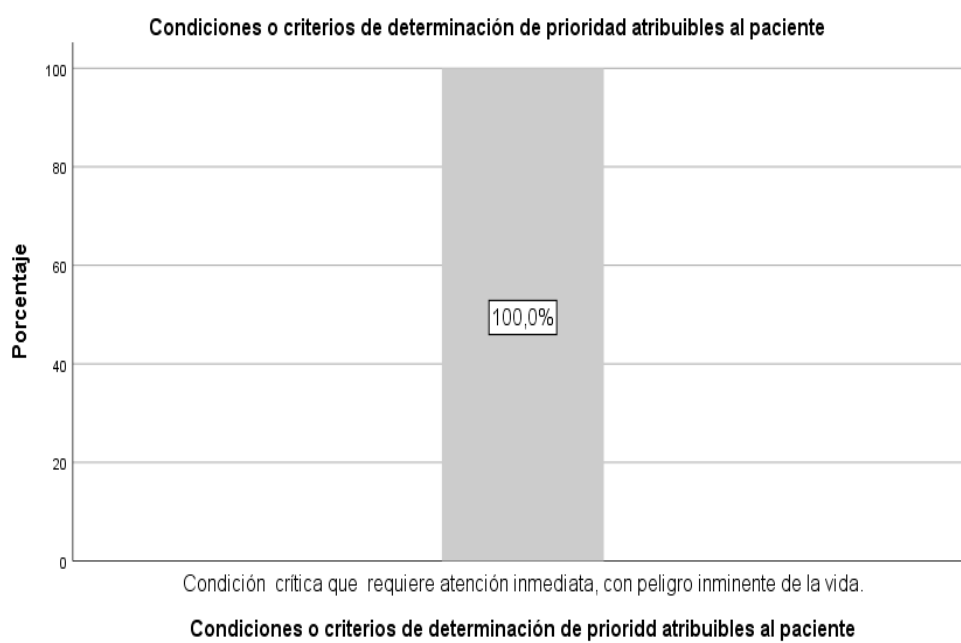
Figura 3. Criterios de determinación de prioridad

Tabla 4

Condiciones según necesidad de atención de pacientes del servicio de emergencia – Hospital “Tingo María”, 2020.

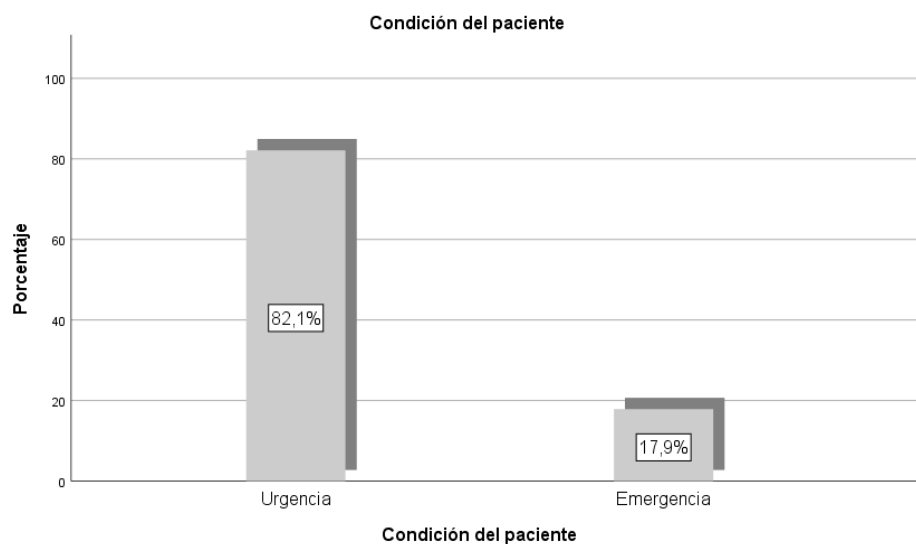
Condición del paciente	Frecuencia	Porcentaje
	a	e
Urgencia	170	82,1
Emergencia	37	17,9
Total	207	100,0

Fuente: elaboración propia

Interpretación

Según tabla y figura 4, según las condiciones de necesidad de atención, el 82,1% presentaron urgencia médica y el 17,9% una emergencia médica.

Figura 4. Condición del paciente



5.1.3 Tiempo de espera para la atención en emergencia

Tabla 5

Tiempo de espera en la atención de pacientes del servicio de emergencia -Hospital “Tingo María”, 2020.

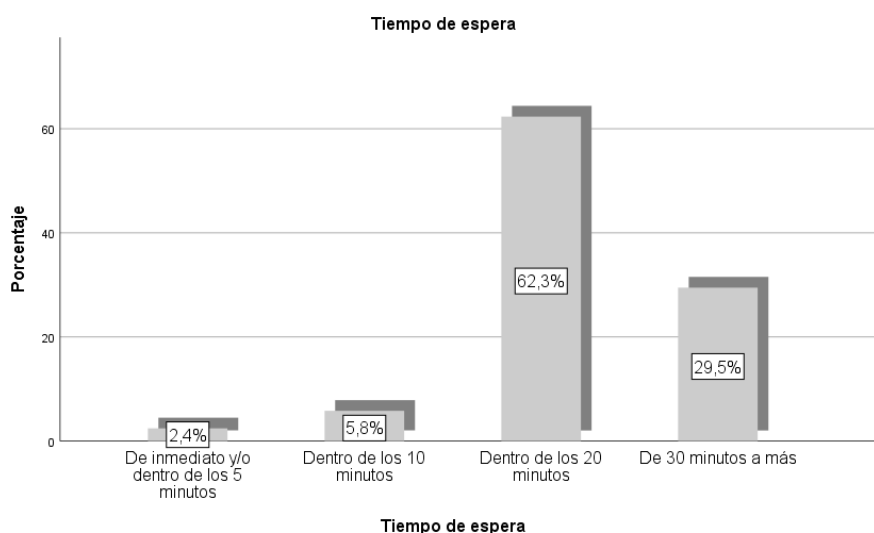
		Frecuencia	Porcentaje
Tiempo de espera	De inmediato y/o dentro de los 5 minutos	5	2,4
	Dentro de los 10 minutos	12	5,8
	Dentro de los 20 minutos	129	62,3
	De 30 minutos a más	61	29,5
Total		207	100,0

Fuente: elaboración propia

Interpretación

Según tabla y figura 5, el 2,4% de los pacientes atendidos tuvieron un tiempo de espera para la atención dentro de los 5 minutos, el 5,8% tuvieron una espera dentro de los 10 minutos, el 62,3% tuvieron una espera dentro de los 20 minutos y el 29,5% tuvieron una espera de 30 minutos a más.

Figura 5. Tiempo de espera en emergencia



5.1.4 Niveles de prioridad en triaje del paciente atendido

Tabla 6

Atención de pacientes según niveles de prioridad del servicio de emergencia del Hospital “Tingo María”, 2020.

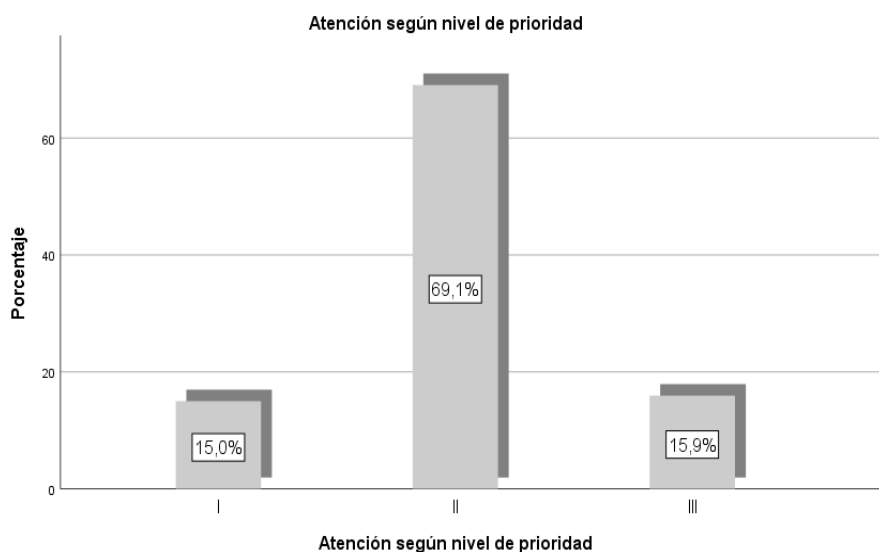
		Frecuencia	Porcentaje
Nivel de prioridad	I	31	15,0
	II	143	69,1
	III	33	15,9
Total		207	100,0

Fuente: elaboración propia

Interpretación

Según tabla y figura 6, de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia, el 15% tuvieron un nivel de prioridad I, el 69,1% un nivel de prioridad II y el 15,9% un nivel de prioridad III.

Figura 6. Niveles de prioridad de atención del paciente



5.2 Análisis inferencial y/o contrastación de hipótesis

Tabla 7

Nivel de prioridad y tiempo de espera en la atención de pacientes del servicio emergencia - Hospital Tingo María, 2020.

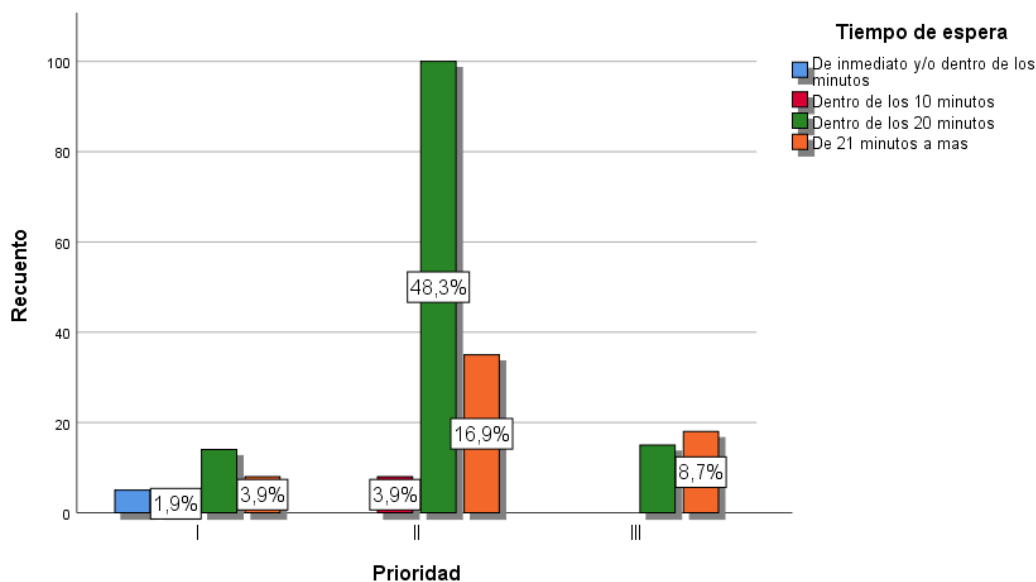
		Prioridad			Total	Correlación r de Pearson	Sig. (bil.)
		I	II	III			Valor p
Tiempo de espera	De inmediato y/o dentro de los 5 minutos	5	0	0	5	0,265**	0,000
	%	2,4	0,0	0,0	2,4		
	Dentro de los 10 minutos	4	8	0	12		
	%	1,9	3,9	0,0	5,8		
	Dentro de los 20 minutos	14	100	15	129		
	%	6,8	48,3	7,2	62,3		
	De 30 minutos a más	8	35	18	61		
	%	3,9	16,9	8,7	29,5		
Total		31	143	33	207		
%		15,0	69,1	15,9	100,0		

Fuente: elaboración propia

Interpretación

Según tabla y figura 7, del total de pacientes atendidos con un tiempo de espera dentro de los 5 minutos, todos ellos tuvieron prioridad I; quienes fueron atendidos con un tiempo de espera dentro de los 10 minutos, el 1,9% tuvieron nivel de prioridad I y el 3,9% una prioridad II; los atendidos dentro de los 20 minutos, el 6,8% tuvieron prioridad I, el 48,3% prioridad II y el 7,2% prioridad III; de pacientes atendidos con un tiempo de espera de 30 minutos a más, el 3,9% tuvieron prioridad I, el 16,9% prioridad II y el 8,75 prioridad III; observando el valor $p < 0,05$ podemos concluir que sí existe correlación significativa entre las dos variables.

Figura 7. Tiempo de espera y nivel de prioridad



Comprobación de hipótesis

Hi: Sí existe relación entre el nivel de prioridad del triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes del servicio de emergencia - Hospital “Tingo María”, 2020.

Ho: No existe relación entre el nivel de prioridad del triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes del servicio de emergencia - Hospital “Tingo María”, 2020.

Observando el valor $p < 0,05$, rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis de investigación, concluyendo que sí existe relación entre el nivel de prioridad del triaje y tiempo de espera en la atención del paciente del servicio de emergencia – Hospital “Tingo María”, 2020.

Tabla 8

Edad en intervalos y nivel de prioridad en la atención de pacientes del servicio de emergencia – Hospital Tingo María, 2020.

		Prioridad				Correlación r de Pearson	Sig. (bil.) Valor p
		I	II	III	Total		
Edad en intervalo s	De 0 a 11 años	Recuento	7	23	13	43	0,269 0,010
		%	3,4	11,1	6,3	20,8	
	De 12 a 17 años	Recuento	2	17	5	24	
		%	1,0	8,2	2,4	11,6	
	De 18 a 29 años	Recuento	2	41	3	46	
		%	1,0	19,8	1,	22,2	
	De 30 a 59 años	Recuento	13	40	8	61	
		%	6,3	19,3	3,9	29,5	
	De 60 a más	Recuento	7	22	4	33	
		%	3,4	10,6	1,9	15,9	
	Total	Recuento	31	143	33	207	
		%	15, 0	69,1	15,9	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Interpretación

Según tabla y figura 8, de los pacientes entre 0 a 11 años, el 3,4% fueron atendidos con un nivel de prioridad I, el 11,1% con un nivel de prioridad de II, y el 6,3% con un nivel de prioridad III; de pacientes entre 12 a 17 años, el 1% fueron atendidos con un nivel de prioridad I, el 8,2% con un nivel de prioridad de II, el 2,4% con un nivel de prioridad III;

de pacientes entre 18 a 29 años, el 1% fueron atendidos con un nivel de prioridad I, el 19,8% con un nivel de prioridad II, el 1% con un nivel de prioridad III; de pacientes entre 30 a 59 años, el 6,3% fueron atendidos con un nivel de prioridad I, el 19,3% con un nivel de prioridad II, el 3,9% con un nivel de prioridad III; de pacientes de 60 a más años de edad atendidos en el servicio de emergencia, el 3,4% fueron atendidos con un nivel de prioridad I, el 10,6% con un nivel de prioridad II, el 1,9% con un nivel de prioridad III; observando el valor $p < 0,05$ podemos concluir que sí existe correlación significativa entre las dos variables.

Figura 8. Edad de pacientes y nivel de prioridad

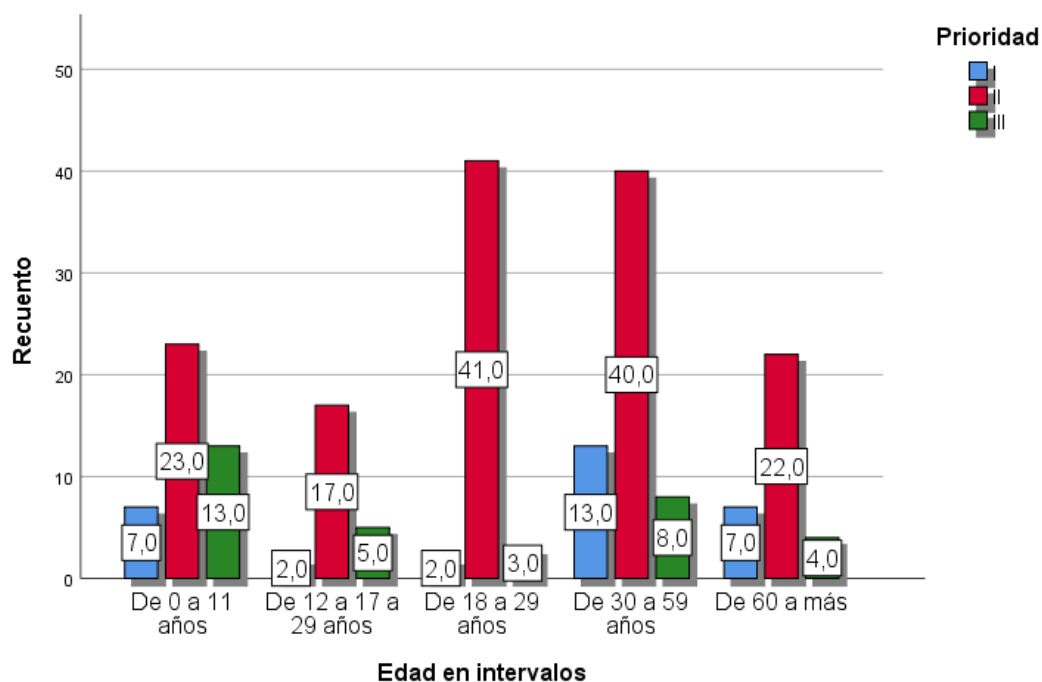


Tabla 9

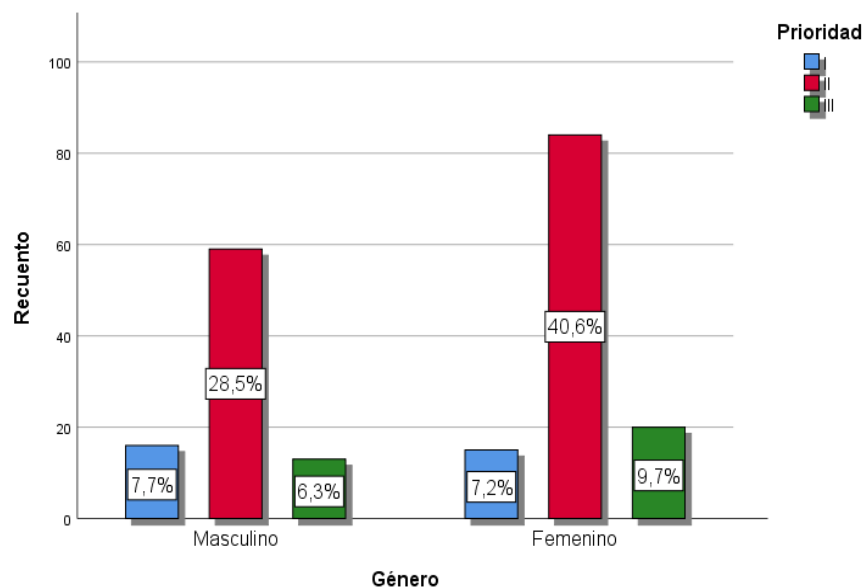
Género y nivel de prioridad en la atención de pacientes del servicio de emergencia – Hospital Tingo María, 2020.

			Prioridad			Total	Correlación r de Pearson	Sig. (bil.) Valor p
			I	II	III			
Género	Masculino	Recuento	16	59	13	88	0,141	0,529
		%	7,7	28,5	6,3	42,5		
	Femenino	Recuento	15	84	20	119		
		%	7,2	40,6	9,7	57,5		
Total		Recuento	31	143	33	207		
		%	15,0	69,1	15,9	100,0		

Fuente: elaboración propia

Interpretación

Según tabla y figura 9, de pacientes de género masculino atendidos en el servicio de emergencia, el 7,7% fueron atendidos con un nivel de prioridad I, el 28,5% con un nivel de prioridad II y el 6,3% con un nivel de prioridad III; de pacientes de género femenino que atendidos en el servicio de emergencia, el 7,2% fueron atendidos con un nivel de prioridad I, el 40,6% con un nivel de prioridad II, el 9,7% con un nivel de prioridad III; observando el valor $p > 0,05$ podemos concluir que no existe correlación estadísticamente significativa entre las dos variables.

Figura 9. Género según prioridad**Tabla 10**

Condición del paciente y nivel de prioridad en la atención de pacientes del servicio de emergencia – Hospital Tingo María, 2020.

			Prioridad			Total	Correlación r Pearson	Sig (bil) Valor p
			I	II	III			
Condición del paciente	Urgencia	Recuento	3	134	33	170	131,090	0,000
		%	1,4%	64,7%	15,9%	82,1%		
	Emergencia	Recuento	28	9	0	37		
		%	13,5%	4,3%	0,0%	17,9%		
Total	Recuento	31	143	33	207			
	%	15,0%	69,1%	15,9%	100,0%			

Fuente: elaboración propia

Interpretación

Según tabla y figura 10, de las pacientes con condición de urgencia 1,4% tienen criterios de prioridad I, el 64,7% prioridad II y el 15,9% prioridad III; de aquellos con condición de emergencia el 13,5% tienen prioridad I, el 4,3% tienen prioridad II; observando el valor $p < 0,05$ podemos concluir que sí existe correlación significativa entre las dos variables.

Figura 10. Condición del paciente y prioridad

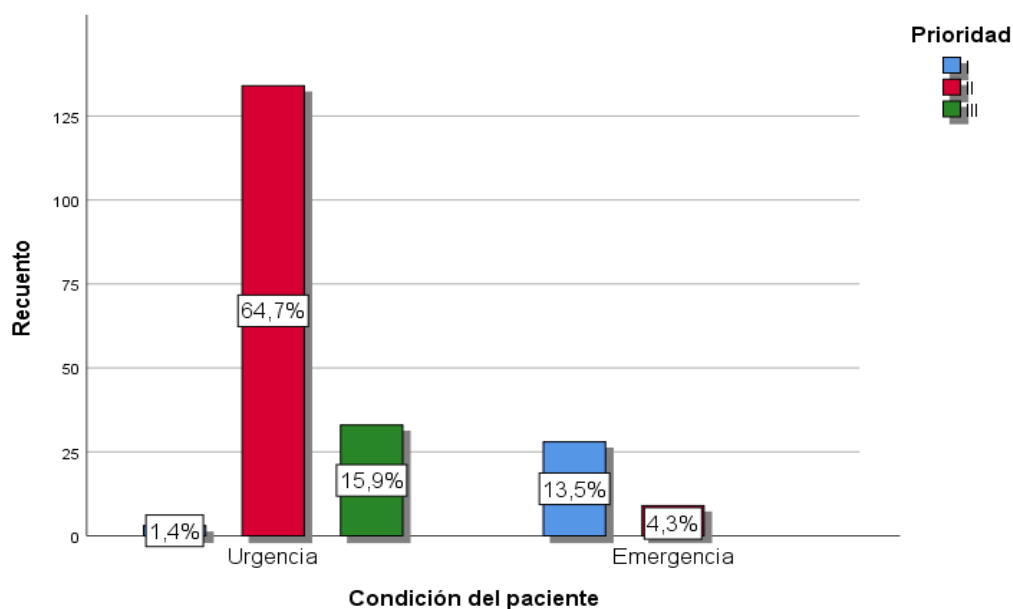


Tabla 11

Tiempo de espera y edad en la atención de pacientes del servicio de emergencia – Hospital Tingo María, 2020.

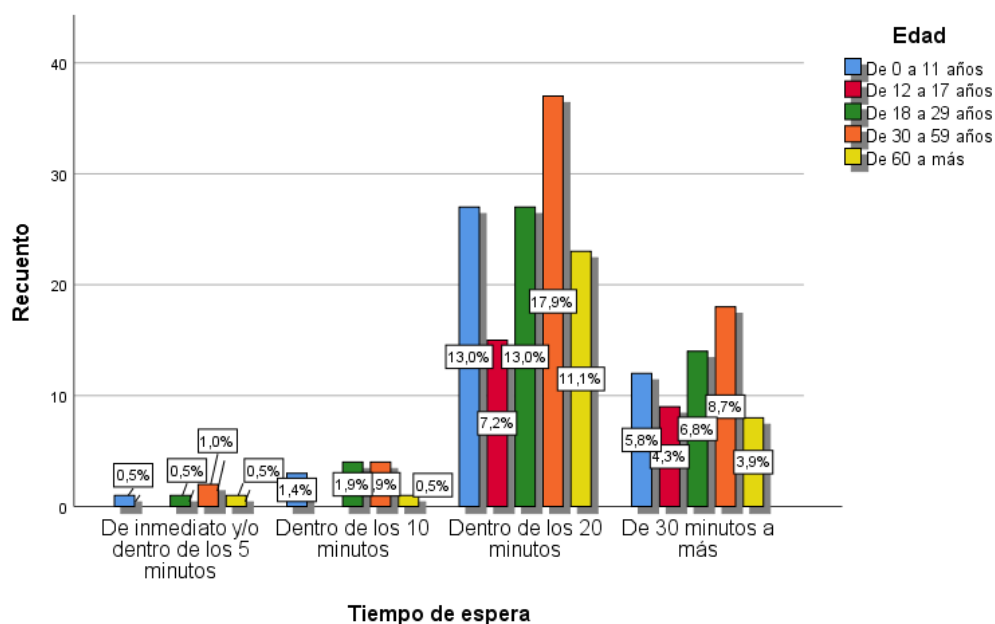
		Edad					Total	Correlación r de Pearson	Sig. (bil.) valor p	
		De 0 a 11 años	De 12 a 17 años	De 18 a 29 años	De 30 a 59 años	De 60 a más				
Tiempo de espera	De inmedia to y/o	Recuento	1	0	1	2	1	5	0,132	0,9 65
	dentro de los 5 minutos	%	0,5 %	0,0%	0,5%	1,0%	0,5 %	2, 4 %		
	Dentro de los 10 minutos	Recuento	3	0	4	4	1	12		
	%	1,4 %	0,0%	1,9%	1,9%	0,5 %	5, 8 %			
a	Dentro de los 20 minutos	Recuento	27	15	27	37	23	12 9 62		
	%	13,0 %	7,2%	13,0 %	17,9 %	11,1 %	,3 %			
	De 30 minutos a más	Recuento	12	9	14	18	8	61 29		
	%	5,8 %	4,3%	6,8%	8,7%	3,9 %	,5 %			
Total		Recuento	43	24	46	61	33	20 7		
		%	20,8 %	11,6 %	22,2 %	29,5 %	15,9 %	10 0,0		

Fuente: elaboración propia

Interpretación

Según tabla y figura 11, con respecto al tiempo de espera para la atención de pacientes en el servicio de emergencia según edad; se observa que del 2,4% de pacientes que fueron atendidos de inmediato o dentro de los 5 minutos, 0,5% tuvieron entre 0 a 11 años, 0,05% entre 18 y 29 años, 1% entre 30 a 59 años y 0,5% de 60 años a más; de aquellos pacientes con tiempo de espera dentro de los 10 minutos, el 1,4% tuvieron de 0 a 11 años, el 1,9% entre 18 a 29 años, el 1,9% de 30 a 59 años y el 0,5% de 60 años a más; de pacientes atendidos con un tiempo de espera dentro de 20 minutos el 13% tuvieron de 0 a 11 años, el 7,2% de 12 a 17 años, el 13% de 18 a 29 años, el 17,9% de 30 a 59 años, el 11,1% de 60 años a más; de pacientes atendidos con un tiempo de espera de 30 minutos a más el 5,8% tuvieron de 0 a 11 años, el 4,3% de 12 a 17 años, el 6,8% de 18 a 29 años, el 8,7% de 30 a 59 años y el 3,9% de 60 años a más; observando el valor $p > 0,05$ podemos concluir que no existe correlación significativa entre las dos variables.

Figura 11. Tiempo de espera y edad



5.3 Discusión de resultados

Según señala Vásquez, en nuestro país de modo general y en Lima de modo particular, no hay un desarrollo sistemático del concepto y de la implementación uniformizada del triaje en el servicio de emergencia hospitalaria (11). Esta constituye una de las razones del estudio para conocer la relación entre los niveles de prioridad que hay en el triaje y los tiempos que esperan los pacientes para su atención.

Así mismo, mucho tiene que ver qué tipo de paciente más acude a estas atenciones de emergencia para posteriores mejoras; en el estudio realizado, en las tablas 1 y 2 se muestra que según la edad es más frecuente la asistencia a este servicio de emergencia de máxima necesidad humana pacientes cuyas edades oscilan entre 30 a 59 años y predominando más el género femenino; coincidiendo con los estudios de Garcés y Ríos (18, 21), esto demuestra que las mujeres muestran mayor concurrencia a estos servicios e incluso los síntomas más frecuentes se atribuyen a fiebre y dolor abdominal, variables que se debe considerar en estudios posteriores y conocer a profundidad sus causas que lo originan y hacen que estas sean de mayor concurrencia en los servicios de emergencia de los diferentes nosocomios.

Debido a la presencia de diferentes síntomas que presentan los pacientes al momento de la atención, permite a los profesionales del servicio de emergencias hacer su clasificación si es de urgencia o emergencia y es más, si está en peligro de muerte, tal como se muestra en la tabla 3, donde el 100% de los pacientes que conforman la muestra de estudio manifestaba por los síntomas que presentaba al momento de atención que eran de condición crítica con peligro de muerte; no coincidiendo con Ríos (21), donde solo el 44% no consideró su problema una cuestión de vida o muerte. Por ello, en la tabla 4, el 82,1% de los pacientes atendidos fueron de urgencia, datos que no coinciden con los estudios de Jiménez (22), cuyo resultado fue de 38,7% de urgencias menores, esto puede deberse a que en el estudio esa mayoría encontrada de pacientes presentaron urgencias menores y patologías leves

que hizo que acudan a recibir atención y calmar su molestia, esto también se debe a que la población que acudió a este nosocomio valora su salud y recurre a recibir una atención médica al menor síntoma que perciben. Al igual, sobre la atención de emergencia se muestra en la tabla 4, que un 37% acudió a recibir una atención en este servicio, no coincidiendo con Ríos (21) y Ramos (10), cuyos resultados son de mayor porcentaje al del estudio ejecutado, de continuar en aumento significaría una saturación del servicio de emergencia siendo los afectados los pacientes por falta de recursos humanos.

Todo paciente que acude a un nosocomio sea cual fuera su nivel de prioridad, espera ser atendido lo más pronto posible y más aún cuando este es de emergencia, que está en peligro su vida, sea cual fuera su situación de salud: fiebre, cólicos abdominales, intoxicaciones, fracturas por accidentes, hemorragias, entre otros más, como se muestra en la tabla 5, donde hay un porcentaje de 62,3% de pacientes que fueron atendidos dentro de los 20 minutos, estudio comparable con Muñoz (20), quien señala que los tiempo de espera del paciente desde que es clasificado por el profesional médico, fue mayor a lo establecido en el protocolo y no coincidiendo con Ramos (10) donde un 12% fue atendido dentro de 11 a 20 minutos, esto nos sugiere que se debe dotar de más recursos humanos en el Hospital de Tingo María y mejorar la atención de pacientes, elevando así la calidad de atención.

Por otro lado, en el servicio de emergencia es necesario tener en cuenta los niveles de prioridad al momento de realizar el triaje e inmediatamente hacer la gestión clínica de emergencia según la demanda de pacientes y los recursos humanos disponibles, de esta manera salvar la vida del paciente. Como se observa en la tabla 6 y según el nivel de prioridad se tiene que un 69,1% de pacientes atendidos corresponden al nivel II, cuyas dolencias podrían ser crisis asmática, diabetes mellitus, pérdida del sensorio, hemoptisis, trastornos del sensorio entre otros más, resultados que no coinciden con Ramos (10) cuyos resultados corresponde al nivel II mayoritariamente.

Al final, en la tabla 7, al relacionar el tiempo de espera con el nivel de prioridad se observa el valor de correlación de Pearson de 0,265 siendo dicho valor diferente a “0”, afirmando por tanto que, hay correlación positiva directa débil; observando el valor $p < 0,05$ se concluye que sí existe correlación significativa entre las dos variables; coincidiendo con Ramos (10) quien señala en su estudio que hay relación entre los niveles de prioridad de triaje y los tiempos de espera con valor de nivel de significancia $p=0.000$ que es menor a 0.05, similar a lo encontrado por Vargas (8) donde el nivel 5 es significativamente menor los tiempos ($p=0,000$) según los estándares mundiales.

5.4 Aporte científico de la investigación

El estudio ejecutado permitió conocer y valorar la relación existente con el nivel de prioridad del triaje y los tiempos de espera para atender al paciente y afianzar las teorías sobre las necesidades básicas del ser humano, en cuanto este llegue a un nosocomio por una atención profesional sobre su salud que sea inmediata; por ende, el estudio favoreció comprobar la teoría social cognitiva del profesional en cuanto valoró la situación de salud del paciente según niveles de prioridad y el tiempo de espera, de lo que se desprende que a mayor gravedad debe brindarse la atención en el menor tiempo posible. En este caso, mucho hace el conocimiento y las competencias del profesional para demostrar su eficacia en la atención oportuna en el menor tiempo posible en el triaje del servicio de emergencia.

CONCLUSIONES

1. Se acepta la hipótesis de investigación, donde podemos afirmar que hay una correlación positiva directa débil; según el valor $p < 0,05$; por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de la investigación, concluyendo que sí existe relación entre el nivel de prioridad del triaje y tiempo de espera en la atención del paciente del servicio de emergencia – Hospital “Tingo María”, 2020.
2. Entre las condiciones sociodemográficas que destacan en el estudio están la edad, con un 29,5% de entre 30 a 59 años, hay un predominio del género femenino con 57,5%. Así mismo, hay una correlación de Pearson de 0,269, con valor $p < 0,05$, existiendo correlación significativa entre la edad y los niveles de prioridad. Mientras que para el género y niveles de prioridad hay una correlación de Pearson de 0,141 con un valor $p > 0,05$; por lo que no existe correlación estadísticamente significativa entre las variables.
3. De los criterios de determinación para atribuir al paciente el nivel de prioridad en triaje por el profesional son de urgencias con 82,3%. Además, fue la condición crítica que requiere atención inmediata con peligro inminente de la vida en un 100% la razón de la atención inmediata.
4. El tiempo de espera que más predomina en el estudio es de 20 minutos con 62,3%. Además, se acepta la hipótesis nula 3 “No existe relación entre los tiempos de espera para que el paciente sea atendido en la emergencia con la edad”, según el valor de correlación de Pearson de 0,132, que es $p > 0,05$, por lo tanto, no hay relación entre las dos variables.

SUGERENCIAS

A los directivos y profesionales de salud:

1. Los profesionales de salud responsables del servicio de emergencia, solicitar capacitación continua sobre atención en emergencia y el manejo correcto de los diferentes equipos y materiales con la finalidad de mejorar los resultados en el menor tiempo de atención en triaje, según el nivel de prioridad y evitar las complicaciones de salud del paciente.

A los investigadores:

2. Realizar estudios semejantes al ejecutado, ampliar variables sociodemográficas como estado civil, condición de seguro de salud, día de semana y turno de atención, además precisar si el paciente fue atendido previamente en un nivel primario y qué tipo de profesional realizó la atención.

A los directivos y personal de salud del servicio de emergencia:

3. Gestionar mayor dotación de recursos humanos especialistas en emergencias, sean estos médicos, enfermeras u obstetras, así como de equipos de atención inmediata a los pacientes en triaje de acuerdo con el nivel de prioridad. Así mismo, consignar en la historia clínica datos relevantes del paciente: síntomas que presenta al momento de atención y si fue atendido en otro nosocomio de menor nivel y si recibió tratamiento alguno, de manera que su atención en emergencia sea inminente.

A los directivos del Hospital Tingo María:

4. Considerar el uso de la guía educativa de triaje de emergencia para categorización y valoración del paciente y lograr reducir los tiempos de espera, mejorando el registro de tiempo de espera del paciente hasta su primera valoración y su alta de este, con mejoría del problema de salud.

REFERENCIAS

1. Taype W, Chucas L, De la Cruz L, Amado J. Tiempo de espera para atención médica urgente en un hospital terciario después de implementar un programa de mejora de procesos. *An Fac med.* 2019 diciembre; 80(04): p. 438-42.
2. Sánchez L. Un acercamiento a la medicina de urgencias y emergencias. *MEDISAN.* 2018; 22(07).
3. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de los servicios de Emergencias 042-MINSA/DGSP-V.01. Norma. Lima: MINSA; 2007.
4. Vásquez R, Amado J, Ramírez F, Velásquez R, Huari R. Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú. *An Fac med.* 2016 agosto; 77(04): p. 379-385.
5. Organización Mundial de Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre los resultados de la OMS. Primera edición ed. Paris: Studio FFFOG; 2018.
7. Rodríguez G, Gonzáles A, Hernández S, Hernández M. Análisis del servicio de Urgencias aplicando teoría de líneas de espera. *Contaduría y Administración.* 2017 abril; 62(2017).
8. Vargas Rodríguez G, González Varela M. Comparación de parámetros de atención en una escala de triaje de 5 niveles con los parámetros estándar [Tesis Especialización]. Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario Programa de Especialización en Medicina de Emergencias Fundación Santa Fe de Bogotá; 2015.
9. Jimenez Castillo Z, Rojas Pampa L, Lazarte Hemeryth. Prevalencia de urgencias y emergencias [Tesis posgrado]. Universidad Peruana Unión, Ciencias de la Salud. Lima; 2017.
10. Ramos Zavala, Patricia; Guillén Alarcón, Hildahora. Prioridad en el triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes del servicio de emergencia del hospital Andahuaylas, 2019. [Tesis de segunda especialidad]. Lima: Universidad del Callao; 2020 Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12952/6213>
11. Vásquez R, Luna C, Ramos C. El Triage Hospitalario en los Servicios de Emergencias. *Rev. Fac. Med. Hum.* 2019 enero; 19(1): p. 90-100.

12. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de los servicios de Emergencias 042-MINSA/DGSP-V.01. Norma. Lima: MINSA; 2007.
13. Revista Informativa UESA, Unidad de epidemiología. Indicadores sanitarios y calidad de atención a usuarios Internos y externos, Tingo María; 2016
14. Sanizo Zevallos L. Atención de recepción, acogida al usuario que acude al servicio de emergencia de la Caja Petrolera de Salud en el segundo trimestre 2013. [Tesis de Grado presentada para optar al título de Magister Scientiarum en Gerencia y Gestión en Enfermería]. La Paz; 2013.
15. Rodríguez AJ, Peláez MN, Jiménez LR, editores. Manual de triaje pre hospitalario. 4a ed. España: Elsevier; 2008. p. 7.
16. Quintero Moran C. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. Unibiblos.200; 3(2): p.104; 2007.
17. Torres Pique AM. Experiencia de conceptualización de enfermería. Primera edición, Ceja 2001
18. Garcés Molina. “Organización de un servicio de urgencias: análisis de la actividad y de las medidas adoptadas para mejorar la calidad. Analizar las características de la atención sanitaria en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Sureste de Arganda del Rey” [Tesis doctoral], Madrid 2017.
19. Mesquita Mirta, Pavlicich Viviana, Luaces Carlos. El sistema español de triaje en la evaluación de los neonatos en las urgencias pediátricas. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2017 [citado 2022 Abr 09]; 88(1):107-112. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.07.001>.
20. Muñoz Sánchez E. Estudio de la frecuentación del Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de Palencia. [Tesis Licenciatura]. España: Universidad de Valladolid; 2015.
21. Ríos, A., & Conde, R. (2016). Frecuencia y factores relacionados al rechazo de atención por triaje en el servicio de emergencia de un hospital de III nivel, 2015. Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrobojo.
22. Jiménez Castillo Z, Rojas Pampa L, Lazarte Hemeryth. Prevalencia de urgencias y emergencias [Tesis posgrado]. Universidad Peruana Unión, Ciencias de la Salud. Lima; 2017.

23. Luna Almanza J. Estudio aleatorio de tiempos de espera de pacientes según niveles de prioridad. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Tesis de especialista]. Lima 2004.
24. Malpartida Tarazona W, Trujillo Jiménez N. Intervención de enfermería para la satisfacción de los usuarios servicio de emergencia Hospital Regional Hermilio Valdizán [Tesis especialidad]. Universidad San Agustín de Arequipa – Convenio Huánuco, Huánuco; 2018
25. Orem, D.E. Teoría y modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Teoría general de enfermería. Barcelona. Ed. Masson-Salvat; 199
26. Soler W, Gómez M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. An. Sist. Sanit. Navar. 2010; 33(01): p. 55-68.
27. Silva R, Monteiro M. Prioridades de la clasificación de riesgo en una unidad de emergencia y resultado del atendimento. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25(e2974).
28. Organización Panamericana de la Salud. Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencia. Primera Edición ed. Molina M, editor. Washington; 2010.
29. Uscher - Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. Am J Manag Care. 2013; 19(1):47-59.
30. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias. Washington D.C.: OPS/OMS2010 http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf
31. López RJ, Montiel EMD, Licona QR. Triage en el servicio de urgencias. Med Int Méx 2006; 22: 310-308.
32. García Gonzales. ¿Se ha reducido el tiempo de espera en el Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes con la utilización del sistema de Triage Mancheste? [Tesis Doctoral]. España: Universidad de Oviedo; 2013.

33. Hernández R., Fernández C. y Baptista L.” Metodología de la Investigación” 6º Ed. Mc Graw Hill / Interamericana Editores, S. A. México 2014.
34. Supo J. Seminarios de investigación científica. Perú, Arequipa. 2014; pp.1-3.
35. Pardo de Vélez G y Cedeño M. Investigación en Salud: Mc Graw Gill. Colombia. 2016: pp.108.
36. Sierra Bravo, R Tesis Doctorales y trabajos de Investigación científica. Metodología general de su elaboración y documentación. Thomson Editores Spanish. Parainfo. S.A. 5ªedición, 3ª reimpresión 2003. Madrid, España.
37. 37. Ramírez Rivera, Nilda Alejandra. Declaración de Helsinki sobre ética en la investigación en medicina. 2002. Revista Médica de la Universidad Veracruzana. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com>

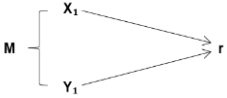
ANEXOS

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE PRIORIDAD DEL TRIAJE Y TIEMPO DE ESPERA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL SEVICIO DE EMERGENCIA – HOSPITAL TINGO MARÍA, HUÁNUCO, 2020

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS / VARIABLES	METODOLOGÍA		
<p>PROBLEMA GENERAL: ¿Qué relación existe entre los niveles de prioridad del triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes del servicio de emergencia del Hospital “Tingo María” en el año 2020?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS: 1. ¿Cuáles son las condiciones</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar si existe relación entre el nivel de prioridad del triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes del servicio de emergencia - Hospital “Tingo María”, 2020.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 1. Describir las condiciones</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL. Ha: Si existe relación entre el nivel de prioridad del triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes del servicio de emergencia - Hospital “Tingo María”, 2020.</p>	<p>AMBITO El Hospital Tingo María ubicado en la localidad de Mapresa, Distrito Luyando, Provincia Leoncio Prado, Departamento de Huánuco.</p>	<p>TIPO Observacional Retrospectivo Transversal Analítico</p>	<p>TÉCNICA DE DATOS Recopilación de información según las historias clínicas, previa la atención de emergencia</p>
		<p>HIPÓTESIS NULA: Ho: No existe relación entre el nivel de prioridad del triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes de Emergencia Hospital Tingo María 2020.</p>			
		VARIABLE			

<p>sociodemográficas de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia?</p> <p>2. ¿Cuáles son las condiciones o criterios de determinación para atribuir al paciente, el nivel de prioridad en triaje por el personal de salud del servicio de emergencia?</p> <p>3. ¿Cuál es el tiempo de espera para la atención de pacientes en el servicio de emergencia según la edad?</p>	<p>sociodemográficas de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia.</p> <p>2. Identificar las condiciones o criterios de determinación para atribuir al paciente el nivel de prioridad en triaje por el personal de salud del servicio de emergencia.</p> <p>3. Valorar el tiempo de espera para la atención de pacientes en el servicio de emergencia según la edad.</p>	<p>DEPENDIENTE: Atención de pacientes en emergencia Tiempo de espera</p> <p>VARIABLE INDEPENDIENTE: Niveles de prioridad del triaje</p> <p>INDICADORES DE LA VI: <u>-Niveles de prioridad del triaje</u> Paro cardio respiratorio, shock, trauma severo, obstrucción vía aérea alta, crisis asmática, diabetes, mellitus descompensado, hemoptisis, trastornos del sensorio, dolor torácico. Dolor abdominal, deshidratación moderada, broncoespasmo leve, síndrome vertiginoso y trastorno vascular. Enfermedades diarreicas agudas, enfermedades</p>	<p>María, los meses de julio a setiembre 2020.</p> <p>MUESTRA: 207 historias clínicas del servicio de emergencia.</p> <p>TIPO DE MUESTREO: Probabilístico, MAS (Muestreo aleatorio simple)</p>	<p>DISEÑO No experimental- transeccional correlacional.</p> <p>Esquema:</p>  <p>Donde: M= Muestra. Historias clínicas atendidas en emergencia. X1= Nivel de prioridad del triaje Y1= Tiempo de espera r= Relación entre las variables</p>	
---	---	---	--	--	--

		<p>crónicas no descompensadas, resfrío común.</p> <p>- Tiempo de espera Diferencia: H2 – H1 Prioridad I: Inmediata o < 5 minutos Prioridad II: < 10 minutos Prioridad III: < 20 minutos Prioridad IV: < 30 minutos</p> <p>VARIABLE INTERVINIENTES: Edad Género</p>			
--	--	--	--	--	--



ANEXO 02
CONSENTIMIENTO INFORMADO



ID: _____

FECHA: _____

TÍTULO: RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE PRIORIDAD DEL TRIAJE Y TIEMPO DE ESPERA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HOSPITAL TINGO MARÍA, HUÁNUCO, 2020.

OBJETIVO: Determinar la relación existente entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes del servicio de emergencia del Hospital “Tingo María” en el año 2020.

INVESTIGADOR: ANA MARIA ESPINOZA MONDALGO

Consentimiento / Participación voluntaria

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la intervención (tratamiento) sin que me afecte de ninguna manera.

• **Firmas del participante o responsable legal**

Huella digital si el caso lo amerita



Firma del participante: _____

Firma del investigador responsable: _____

Lugar/...../.....

ANEXO 03
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSGRADO

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

N° DE FICHA-----	N° DE HISTORIA CLÍNICA:	
RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE PRIORIDAD DEL TRIAJE Y TIEMPO DE ESPERA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA - HOSPITAL TINGO MARÍA, HUÁNUCO, 2020		
FECHA: / /	HORA DE INICIO:	HORA FINAL:
1. DATOS GENERALES	EDAD	AÑOS CUMPLIDOS DEL PACIENTE:
	GÉNERO	MASCULINO (1)
		FEMENINO (2)
	CONDICION DEL PACIENTE	URGENCIA (1)
		EMERGENCIA (2)
2. PRIORIDAD	I NIVEL	(1)
	II NIVEL	(2)
	III NIVEL	(3)
	IV NIVEL	(4)
3. TIEMPO DE ESPERA	HORA DE TRIAJE (H1):	
	HORA DE ATENCIÓN (H2):	
	CONDICIONES O CRITERIOS DE DETERMINACIÓN ATRIBUIBLES AL PACIENTE: - Condición crítica que requiere atención inmediata, con peligro inminente de la vida. (1) - Según orden de llegada (2) - Según tipo de seguro de salud (3) - Según jurisdicción poblacional atribuida (4)	



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILLIO VALDIZAN
ESCUELA DE POSGRADO



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre del experto: Isabel Nieves Condezo Especialidad: Cuidado Enfermero en Emergencia y Desastre.
"Calificar con 1, 2, 3 y/o 4 cada ítem respecto a los criterios relevancia, coherencia, suficiencia y claridad"

DIMENSION	ITEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
PRIORIDAD	CONDICIÓN DEL PACIENTE				
	1. Condición de urgencia	3	3	3	3
	2. Condición de emergencia	4	4	4	4
	NIVEL DE ATENCIÓN				
	I nivel	4	4	4	4
	II nivel	4	4	4	4
	III nivel	4	4	4	4
TIEMPO	HORA				
	Hora de triaje	4	4	4	4
	Hora de atención	4	4	4	4
	CONDICION DE DETERMINACIÓN ATRIBUIBLE AL PACIENTE				
	Condición crítica que requiere atención inmediata, con peligro inminente de la vida (1)	4	4	4	4
	Según orden de llegada (2)	4	4	4	4
	Según tipo de seguro de salud (3)	4	4	4	4
	Según jurisdicción poblacional atribuida (4)	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI NO () CALIFICACION DEL INSTRUMENTO

3,9

Lic. Enf. Isabel Nieves Condezo
Especialista en Emergencias y Desastres
Firma y sello del experto



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILLIO VALDIZAN
ESCUELA DE POSGRADO



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre del experto: LOLITA PEREA HIDALGO

Especialidad: ENFERMERA CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO

“Calificar con 1, 2, 3 y/o 4 cada ítem respecto a los criterios relevancia, coherencia, suficiencia y claridad”

DIMENSION	ITEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
PRIORIDAD	CONDICIÓN DEL PACIENTE				
	1. Condición de urgencia	3	3	3	3
	2. Condición de emergencia	3	3	3	3
	NIVEL DE ATENCIÓN				
	I nivel	4	4	4	4
	II nivel	4	4	4	4
	III nivel	4	4	4	4
	IV Nivel	4	4	4	4
TIEMPO	HORA				
	Hora de triaje	4	4	4	4
	Hora de atención	4	4	4	4
	CONDICION DE DETERMINACIÓN ATRIBUIBLE AL PACIENTE				
	Condición crítica que requiere atención inmediata, con peligro inminente de la vida (1)	4	4	4	4
	Según orden de llegada (2)	4	4	4	4
	Según tipo de seguro de salud (3)	4	4	4	4
	Según jurisdicción poblacional atribuida (4)	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (X)

En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO () CALIFICACION DEL INSTRUMENTO

3.8

Firma y sello del experto

LPH
Mg. Lolita Perea Hidalgo
CEP. N° 43845 RNE N° 7520



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILLIO VALDIZAN
ESCUELA DE POSGRADO



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre del experto: Dra. Digna Amabilia Manrique de Lara Suárez Especialidad: Dra. Ciencias de la Salud
"Calificar con 1, 2, 3 y/o 4 cada ítem respecto a los criterios relevancia, coherencia, suficiencia y claridad"

DIMENSION	ITEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
PRIORIDAD	CONDICIÓN DEL PACIENTE				
	1. Condición de urgencia	4	4	3	3
	2. Condición de emergencia	4	4	3	3
	NIVEL DE ATENCIÓN				
	I nivel	4	4	4	3
	II nivel	4	4	4	3
	III nivel	4	4	4	3
	IV Nivel	4	4	4	3
TIEMPO	HORA				
	Hora de triaje	4	4	4	4
	Hora de atención	4	4	4	4
	CONDICIÓN DE DETERMINACIÓN ATRIBUIBLE AL PACIENTE				
	Condición crítica que requiere atención inmediata, con peligro inminente de la vida (1)	4	4	4	4
	Según orden de llegada (2)	4	4	4	4
	Según tipo de seguro de salud (3)	4	4	4	4
Según jurisdicción poblacional atribuida (4)	4	4	4	4	

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO ()

En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI () NO () CALIFICACION DEL INSTRUMENTO

3.8


Firma y sello del experto
Digna A. Manrique de Lara S.



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILLIO VALDIZAN
ESCUELA DE POSGRADO



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre del experto: Carmen Merino Gastela

Especialidad: Emergencias y Desastres

"Calificar con 1, 2, 3 y o 4 cada ítem respecto a los criterios relevancia, coherencia, suficiencia y claridad"

DIMENSION	ITEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
PRIORIDAD	CONDICIÓN DEL PACIENTE				
	1. Condición de urgencia	4	4	3	3
	2. Condición de emergencia	4	4	3	3
	NIVEL DE ATENCIÓN				
	I nivel	4	4	4	4
	II nivel	4	4	4	4
	III nivel	4	4	4	4
IV Nivel	4	4	4	4	
TIEMPO	HORA				
	Hora de triaje	4	4	3	3
	Hora de atención	4	4	3	3
	CONDICION DE DETERMINACIÓN ATRIBUIBLE AL PACIENTE				
	Condición crítica que requiere atención inmediata, con peligro inminente de la vida (1)	4	4	4	4
	Según orden de llegada (2)	4	4	4	4
	Según tipo de seguro de salud (3)	4	4	4	4
	Según jurisdicción poblacional atribuida (4)	3	3	3	3

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (X)

En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO () CALIFICACION DEL INSTRUMENTO

3.7

Carmen Merino Gastela
Lic. Carmen Merino Gastela
Esp. en Cuidados Intensivos - Adulto
CEP. 43732 RNE. 6712

Firma y sello del experto



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILLIO VALDIZAN
ESCUELA DE POSGRADO



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre del experto: ME. EDNER FACILIO TACTO

Especialidad: GERENCIA PUBLICA

“Calificar con 1, 2, 3 y/o 4 cada ítem respecto a los criterios relevancia, coherencia, suficiencia y claridad”

DIMENSION	ITEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
PRIORIDAD	CONDICIÓN DEL PACIENTE				
	1. Condición de urgencia	4	3	3	3
	2. Condición de emergencia	4	3	3	3
	NIVEL DE ATENCIÓN				
	I nivel	4	4	4	4
	II nivel	4	4	4	4
	III nivel	4	4	4	4
	IV Nivel	4	4	4	4
TIEMPO	HORA				
	Hora de triaje	4	4	3	3
	Hora de atención	4	4	4	4
	CONDICION DE DETERMINACIÓN ATRIBUIBLE AL PACIENTE				
	Condición crítica que requiere atención inmediata, con peligro inminente de la vida (1)	4	4	4	4
	Según orden de llegada (2)	4	4	4	4
	Según tipo de seguro de salud (3)	4	4	4	4
	Según jurisdicción poblacional atribuida (4)	3	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO ()

En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta?

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO () CALIFICACION DEL INSTRUMENTO

3.8

Firma y sello del experto

NOTA BIOGRÁFICA

Ana Maria ESPINOZA MONDALGO, nació en la ciudad de Lima el 10 de mayo del año 1963, hija del Sr. Felix Espinoza Llícua y la Sra. Santa Raquel Mondalgo, realizó sus estudios de educación primaria en la Escuela Centro Educativo N° 35516 Atacocha-Pasco en el año 1970 a 1976 y la secundaria en el colegio Corazón de Jesús Barrios altos de Lima culminando año el año de 1982 y sus estudios universitarios lo realizó en la Universidad de Huánuco sede Tingo María UDH en el año 2000 al 2004, en la carrera profesional de Enfermería, la experiencia laboral durante su carrera los hizo en diferentes empresas privadas como públicas y actualmente trabajadora del Hospital Tingo María servicio de Emergencia hasta la actualidad.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 099-2019-SUNEDU/CD



Huánuco – Perú

ESCUELA DE POSGRADO

Campus Universitario, Pabellón V "A" 2do. Piso – Cayhuayna
 Teléfono 514760 -Pág. Web. www.posgrado.unheval.edu.pe



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAESTRO

En la Plataforma Microsoft Teams de la Escuela de Posgrado, siendo las **18:30h**, del día **jueves 06 DE OCTUBRE DE 2022** ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

Dra. Enit Ida VILLAR CARBAJAL	Presidenta
Mg. Yola ESPINOZA DE SANTIAGO	Secretaria
Mg. Rosario del Pilar DE LA MATA HUAPAYA	Vocal

Asesor (a) de tesis: Dra. Nancy Elizabeth CASTAÑEDA EUGENIO (Resolución N° 01271-2019-UNHEVAL/EPG-D)

La aspirante al Grado de Maestro en Administración y Gerencia en Salud, Doña Ana Maria ESPINOZA MONDALGO.

Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: **“RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE PRIORIDAD DEL TRIAJE Y TIEMPO DE ESPERA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HOSPITAL TINGO MARÍA, HUÁNUCO, 2020”.**

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación de la aspirante al Grado de Maestro, teniendo presente los criterios siguientes:

- Presentación personal.
- Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y recomendaciones.
- Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente.
- Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis **las observaciones** siguientes:

.....

.....

Obteniendo en consecuencia la Maestría la Nota de **DIECIOCHO** (**18**)
 Equivalente a **MUY BUENO**, por lo que se declara **APROBADO**
(Aprobado o desaprobado)

Los miembros del Jurado firman el presente **ACTA** en señal de conformidad, en Huánuco, siendo las... **19:30** ... horas de 06 de octubre de 2022.

.....
PRÉSIDENTE
 DNI N° **22408286**.....

.....
SECRETARIO
 DNI N° **22468386**.....

.....
VOCAL
 DNI N° **22474880**.....

Leyenda:
 19 a 20: ExcelenteS
 17 a 18: Muy Bueno
 14 a 16: Bueno

(Resolución N° 02774-2022-UNHEVAL/EPG)



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

ESCUELA DE POSGRADO



CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe:

Dr. Amancio Ricardo Rojas Cotrina

HACE CONSTAR:

Que, la tesis titulada: **“RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE PRIORIDAD DEL TRIAJE Y TIEMPO DE ESPERA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA – HOSPITAL TINGO MARÍA, HUÁNUCO, 2020”**, realizado por la Maestría en Administración y Gerencia en Salud, **Ana Maria ESPINOZA MONDALGO** cuenta con un **índice de similitud del 13%**, verificable en el Reporte de Originalidad del software **Turnitin**. Luego del análisis se concluye que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio; por lo expuesto, la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias, además de presentar un índice de similitud menor al 20% establecido en el Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

Cayhuayna, 13 de setiembre de 2022.



Dr. Amancio Ricardo Rojas Cotrina
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE POSGRADO



AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DIGITAL Y DECLARACIÓN JURADA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR UN GRADO ACADÉMICO O TÍTULO PROFESIONAL

1. Autorización de Publicación: (Marque con una "X")

Pregrado		Segunda Especialidad		Posgrado:	Maestría	X	Doctorado	
-----------------	--	-----------------------------	--	------------------	----------	---	-----------	--

Pregrado (tal y como está registrado en **SUNEDU**)

Facultad	
Escuela Profesional	
Carrera Profesional	
Grado que otorga	
Título que otorga	

Segunda especialidad (tal y como está registrado en **SUNEDU**)

Facultad	
Nombre del programa	
Título que Otorga	

Posgrado (tal y como está registrado en **SUNEDU**)

Nombre del Programa de estudio	ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA EN SALUD
Grado que otorga	MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA EN SALUD

2. Datos del Autor(es): (Ingrese todos los **datos** requeridos **completos**)

Apellidos y Nombres:	ESPINOZA MONDALGO ANA MARIA							
Tipo de Documento:	DNI	X	Pasaporte		C.E.		Nro. de Celular:	963450145
Nro. de Documento:	06037796					Correo Electrónico:	anamariaem@hotmail.com	

Apellidos y Nombres:								
Tipo de Documento:	DNI		Pasaporte		C.E.		Nro. de Celular:	
Nro. de Documento:						Correo Electrónico:		

Apellidos y Nombres:								
Tipo de Documento:	DNI		Pasaporte		C.E.		Nro. de Celular:	
Nro. de Documento:						Correo Electrónico:		

3. Datos del Asesor: (Ingrese todos los **datos** requeridos **completos** según **DNI**, no es necesario indicar el Grado Académico del Asesor)

¿El Trabajo de Investigación cuenta con un Asesor?: (marque con una "X" en el recuadro del costado, según corresponda)							SI	X	NO
Apellidos y Nombres:	CASTAÑEDA EUGENIO NANCY ELIZABETH					ORCID ID:	0000-0002-3016-663X		
Tipo de Documento:	DNI	X	Pasaporte		C.E.		Nro. de documento:	22494508	

4. Datos del Jurado calificador: (Ingrese solamente los **Apellidos y Nombres** completos según **DNI**, no es necesario indicar el Grado Académico del Jurado)

Presidente:	VILLAR CARBAJAL ENIT IDA
Secretario:	ESPINOZA DE SANTIAGO YOLA
Vocal:	DE LA MATA HUAPAYA ROSARIO DEL PILAR
Vocal:	
Vocal:	
Accesitario	



5. Declaración Jurada: (Ingrese todos los **datos** requeridos **completos**)

a) Soy Autor (a) (es) del Trabajo de Investigación Titulado: (Ingrese el título tal y como está registrado en el Acta de Sustentación)
RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE PRIORIDAD DEL TRIAJE Y TIEMPO DE ESPERA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL TINGO MARÍA, HUÁNUCO, 2020.
b) El Trabajo de Investigación fue sustentado para optar el Grado Académico o Título Profesional de: (tal y como está registrado en SUNEDU)
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA EN SALUD
c) El Trabajo de investigación no contiene plagio (ninguna frase completa o párrafo del documento corresponde a otro autor sin haber sido citado previamente), ni total ni parcial, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias.
d) El trabajo de investigación presentado no atenta contra derechos de terceros.
e) El trabajo de investigación no ha sido publicado, ni presentado anteriormente para obtener algún Grado Académico o Título profesional.
f) Los datos presentados en los resultados (tablas, gráficos, textos) no han sido falsificados, ni presentados sin citar la fuente.
g) Los archivos digitales que entrego contienen la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado.
h) Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán (en adelante LA UNIVERSIDAD), cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido del Trabajo de Investigación, así como por los derechos de la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros de cualquier daño que pudiera ocasionar a LA UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causas en la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido del trabajo de investigación. De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.



6. Datos del Documento Digital a Publicar: (Ingrese todos los **datos** requeridos **completos**)

Ingrese solo el año en el que sustentó su Trabajo de Investigación: (Verifique la Información en el Acta de Sustentación)			2022			
Modalidad de obtención del Grado Académico o Título Profesional: (Marque con X según Ley Universitaria con la que inició sus estudios)	Tesis	<input checked="" type="checkbox"/>	Tesis Formato Artículo	<input type="checkbox"/>	Tesis Formato Patente de Invención	<input type="checkbox"/>
	Trabajo de Investigación	<input type="checkbox"/>	Trabajo de Suficiencia Profesional	<input type="checkbox"/>	Tesis Formato Libro, revisado por Pares Externos	<input type="checkbox"/>
	Trabajo Académico	<input type="checkbox"/>	Otros (especifique modalidad)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Palabras Clave: (solo se requieren 3 palabras)	NIVELES DE PRIORIDAD		TRIAJE		TIEMPO DE ESPERA	
Tipo de Acceso: (Marque con X según corresponda)	Acceso Abierto	<input checked="" type="checkbox"/>	Condición Cerrada (*)	<input type="checkbox"/>		
	Con Periodo de Embargo (*)	<input type="checkbox"/>	Fecha de Fin de Embargo:			
¿El Trabajo de Investigación, fue realizado en el marco de una Agencia Patrocinadora? (ya sea por financiamientos de proyectos, esquema financiero, beca, subvención u otras; marcar con una "X" en el recuadro del costado según corresponda):	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>		
Información de la Agencia Patrocinadora:						

El trabajo de investigación en digital y físico tienen los mismos registros del presente documento como son: Denominación del programa Académico, Denominación del Grado Académico o Título profesional, Nombres y Apellidos del autor, Asesor y Jurado calificador tal y como figura en el Documento de Identidad, Título completo del Trabajo de Investigación y Modalidad de Obtención del Grado Académico o Título Profesional según la Ley Universitaria con la que se inició los estudios.

7. Autorización de Publicación Digital:

A través de la presente. Autorizo de manera gratuita a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán a publicar la versión electrónica de este Trabajo de Investigación en su Biblioteca Virtual, Portal Web, Repositorio Institucional y Base de Datos académica, por plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente. Se autoriza cambiar el contenido de forma, más no de fondo, para propósitos de estandarización de formatos, como también establecer los metadatos correspondientes.

		
Firma:		
Apellidos y Nombres:	ESPINOZA MONDALGO ANA MARIA	Huella Digital
DNI:	06037796	
Firma:		
Apellidos y Nombres:		Huella Digital
DNI:		
Firma:		
Apellidos y Nombres:		Huella Digital
DNI:		
Fecha: 21/12/2022		

Nota:

- ✓ No modificar los textos preestablecidos, conservar la estructura del documento.
- ✓ Marque con una **X** en el recuadro que corresponde.
- ✓ Llenar este formato de forma digital, con tipo de letra **calibri, tamaño de fuente 09**, manteniendo la alineación del texto que observa en el modelo, sin errores gramaticales (*recuerde las mayúsculas también se tildan si corresponde*).
- ✓ La información que escriba en este formato debe coincidir con la información registrada en los demás archivos y/o formatos que presente, tales como: DNI, Acta de Sustentación, Trabajo de Investigación (PDF) y Declaración Jurada.
- ✓ Cada uno de los datos requeridos en este formato, es de carácter obligatorio según corresponda.