

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



**NIVEL DE PRIORIDAD DEL TRIAJE Y EL TIEMPO DE
ESPERA EN LA ATENCION DE EMERGENCIA EN
PACIENTES DE LA CLINICA JESUS DEL NORTE.**

LIMA. 2018

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**FANY GISELLA PARDO RIVERA
VERONICA LIZET CARDENAS FLORES**

**CALLAO, 2018
PERÚ**

**NIVEL DE PRIORIDAD DEL TRIAJE Y EL TIEMPO DE ESPERA EN LA
ATENCION DE EMERGENCIA EN PACIENTES DE LA CLINICA JESUS
DEL NORTE. LIMA. 2018**

AUTORES:

**FANY GISELLA PARDO RIVERA
VERONICA LIZET CARDENAS FLORES**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- PRESIDENTA
- SECRETARIA
- MIEMBRO
- SUPLENTE

ASESORA:

Nº de Libro:

Nº de Folio:

Nº de Acta:

Fecha de Aprobación de la tesis:

.....

Resolución de Sustentación:

Nº

DEDICATORIA

*A mis padres Rosario y Jhonny porque son mis incondicionales amigos,
siempre están conmigo brindándome su ayuda y gran amor.*

A mi esposo por su apoyo, ánimos y comprensión durante esta etapa.

*A mis hermosas hijas Sofía y Daniela porque son mi alegría, motivo y motor
para seguir adelante cumpliendo así nuestros sueños y metas.*

Verónica Cárdenas

*A mis padres Ilda I. Rivera Hurtado y Juan Pardo por su apoyo incondicional
en todo momento, por sus consejos, cariño, comprensión y sobre todo por su
esfuerzo y sacrificio durante mi formación como profesional.*

A mi novio Anthony L. Cabrera por su amor, paciencia y apoyo constante.

Fany Pardo.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por concedernos la serenidad y fortaleza todo momento.

A nuestros amados padres, quiénes siempre nos han brindado apoyo y motivación en nuestra formación académica.

A nuestra muy querida asesora Mg. Inés Ansualdo por impartirnos sus grandes conocimientos.

Finalmente, un profundo agradecimiento a la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

INDICE

RESUMEN.....	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN.....	7

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática.....	9
1.2 Formulación del Problema.....	11
1.2.1 Problema General.....	11
1.2.2 Problemas Específicos.....	11
1.3 Objetivos	11
1.3.1 Objetivo General.....	11
1.3.2 Objetivos Específicos.....	12
1.4 Limitantes de la investigación.....	12
1.4.1 Limitante teórico.....	12
1.4.2 Limitante temporal.....	12
1.4.3 Limitante espacial.....	12

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes	13
2.1.1 Antecedentes Internacionales	13
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	15
2.2 Marco.....	18
2.2.1 Teórico.....	18
2.2.2 Conceptual.....	21
2.2.3 Teórico – Conceptual.....	34
2.3 Definición de términos básicos.....	35

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis.....	37
3.2 Operacionalización de variables.....	38

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Tipo y diseño de la de Investigación.....	41
4.1.1 Tipo de la Investigación.....	41
4.1.2 Diseño de la Investigación	41
4.2 Población y muestra.....	42
4.2.1 Población.....	42
4.2.2 Muestra.....	42
4.2.3 Criterios de Inclusión	42
4.2.4 Criterios de Exclusión.....	42
4.3 Técnicas e Instrumentos para recolección de la información.....	43
4.4 Análisis y procesamiento de datos.....	43

CAPÍTULO V: RESULTADOS

5.1 Resultados Descriptivos.....	45
5.2 Resultados Inferenciales.....	50

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de la hipótesis.....	53
6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares.....	54
6.3 Responsabilidad ética.....	54

CONCLUSIONES.....	55
--------------------------	-----------

RECOMENDACIONES.....	56
-----------------------------	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
---	-----------

ANEXOS	59
Anexo 1: Instrumentos validados.....	60
Anexo 2: Consentimiento informado.....	62
Anexo 3: Base de datos.....	64
Anexo 4: Matriz de consistencia.....	65
Otros	

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo general determinar la relación entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes de la Clínica Jesús del Norte Lima. 2018.

El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y aleatorio ya que se calcula los tiempos de espera de los pacientes de emergencia desde la atención en triaje hasta la primera atención médica.

La muestra lo conformaron 152 historias clínicas que cumplieron criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se utilizó las historias clínicas de manera aleatoria a través de una ficha de registro de datos y como base se utilizó la norma técnica del ministerio de salud la cual nos da los parámetros que mide la calidad y oportunidad del servicio que se brinda en el servicio de emergencia, a través de la cuantificación del tiempo desde la recepción hasta la atención del paciente.

Los resultados principales fueron: El 55.26 % fueron de sexo masculino, la edad promedio fue de 42 años, teniendo en cuenta las prioridades, la mayor cantidad de número de pacientes son de prioridad III teniendo el 67.11% y por último el 82.24% de pacientes atendidos cumplieron con la norma técnica, mientras que el 17.76% no lo logró.

Se utilizó como prueba estadística para la correlación de las variables el Rho de Spearman con SPSS dándonos como resultado 0.811 que según la regla de discusión nos indica que la relación que existe entre el nivel de prioridad y el tiempo de espera es alta.

Palabras claves: triaje, nivel de prioridad, tiempo de espera, emergencia.

ABSTRACT

The purpose of this research work is to determine the relationship between the priority level of the triage and the waiting time for emergency care in patients of the Clínica Jesús del Norte Lima. 2018.

The study is of a quantitative, descriptive, retrospective and random type since it calculates the waiting times of emergency patients from triage care to the first medical attention.

The sample consisted of 152 clinical histories that fulfilled inclusion and exclusion criteria. For the collection of data, the clinical histories were used randomly through a data record card, the technical norm of the Ministry of Health was used as a basis, which gives us the parameters that measure the quality, and timeliness of the service provides in the emergency service, through the quantification of the time from reception to patient care.

The main results were: 55.26% were male, the average age was 42 years, taking into account the priorities, the largest number of patients are of priority III having 67.11% and finally 82.24% of patients attended met the technical standard, while 17.76% did not.

The Spearman Rho with SPSS was used as a statistical test for the correlation of the variables, giving as a result 0.811, which according to the discussion rule indicates that the relationship between the priority level and the waiting time is high.

Key words: triage, priority level, waiting time, emergency.

INTRODUCCIÓN

La creciente demanda de pacientes en el área de emergencia al parecer no permite atender en forma oportuna y eficaz a todos los usuarios de los servicios de emergencia de los establecimientos de salud.

Es así que los tiempos de espera de los pacientes se han extendido para recibir una atención o asistencia médica, ya que para dichas atenciones se aplican diferentes niveles de prioridad, por lo que en la mayor parte de los servicios de emergencia de los hospitales se establecen áreas de priorización asistencial según un modelo de triaje.

Por lo tanto, la disponibilidad de un modelo de triaje estructurado en los servicios de emergencias hospitalarios es una necesidad ineludible dentro de un sistema de salud que permite determinar el nivel de prioridad del paciente, sin embargo, en la actualidad el grado de implementación del triaje estructurado de emergencias en diferentes países es variable y en otros no existen. (1)

A nivel nacional, según el ranking de atenciones de emergencia según establecimientos de salud de los pacientes que pertenecen al SIS los establecimientos que presentaron mayor volumen de atenciones de emergencia acumuladas para todo el periodo del año 2010 - 2013 fueron el Hospital Regional de Loreto, en primer lugar con 73,216 atenciones en los 4 años, seguido del Hospital de Iquitos (60,036) y el Hospital Nacional Daniel A. Carrión (51,043) según el Estudio Epidemiológico de Distribución y Frecuencia de atenciones de emergencia a Nivel Nacional. 2010 - 2013 (2)

En el caso de la población con derecho a atención por el Seguro Social (EsSalud) los servicios de emergencia registraron 6 millones 756 mil

atenciones (61.1% se efectuaron en Prioridad II). El 86.5% de las atenciones se realizaron en los Hospitales I, II, III y Hospitales Nacionales, los cuales alcanzan la cifra de 5 millones 842 mil atenciones, para el año 2016, según análisis ejecutivo a nivel nacional de las prestaciones de salud 2016. (3)

Según la norma técnica del ministerio de salud de los servicios de emergencia el cumplimiento de la norma permite evaluar la calidad y oportunidad del servicio que se brinda en el servicio de emergencia, a través de la cuantificación del tiempo desde la recepción hasta la atención del paciente. Prioridad I una atención inmediata, prioridad II periodos de 10 min, prioridad III hasta periodos de 20 min y prioridad IV hasta periodos de 30 min a más. (4)

El presente trabajo de investigación titulado “Nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes de la clínica Jesús del norte. Lima. 2018” tiene como objetivo determinar la relación entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes que acuden a la Clínica Jesús del Norte.

El presente estudio consta de 6 capítulos: capítulo I: planteamiento de la investigación, objetivos y sus limitantes. Capítulo II: Marco teórico, antecedentes, marco conceptual. Capítulo III: Hipótesis y variables, Operacionalización de variables. Capítulo IV: Metodología de la investigación, tipo y diseño de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de la información, análisis y procesamiento de datos. Capítulo V: Resultados. Capítulo VI: Discusión de los resultados, conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

La afluencia de pacientes en los servicios de emergencias a sufrido un incremento debido al crecimiento exagerado de la población a nivel mundial ocasionando tiempos de espera prolongados e inaceptables desde el punto de vista de la calidad del servicio. Es así que en España están padeciendo un aumento permanente de la demanda, de tal forma que se ha pasado de 18 millones de urgencias en 1977 a 21,3 millones en 2001 y 26,25 millones en 2008. Por ello, el uso de las Urgencias Hospitalarias es cada vez mayor, lo que conduce a su masificación, y a consecuencias negativas tanto para el paciente como para el sistema organizativo. (5)

Según estudios realizados en el país de Costa Rica entre los resultados más relevantes de los sistemas de atención de urgencias hospitalarias a nivel mundial se identificó la saturación en las salas de urgencias como un problema real originado del aumento en la demanda de tales servicios a nivel mundial, lo cual redundo en una menor calidad en el servicio que se presta y también en un aumento en la mortalidad por los tiempos de espera. (6)

A nivel nacional, según el Estudio Epidemiológico de Distribución y Frecuencia de atenciones de emergencia a Nivel Nacional. 2010 - 2013 el ranking de atenciones de emergencia según establecimientos de salud de los pacientes que pertenecen al SIS los establecimientos que presentaron mayor volumen de atenciones de emergencia acumuladas para todo el periodo del año 2010 - 2013 fueron el Hospital Regional de Loreto, en primer lugar con 73,216 atenciones en los 4 años, seguido del

Hospital de Iquitos (60,036) y el Hospital Nacional Daniel A. Carrión (51,043).(2)

Según reporte por el Seguro Social (EsSalud) según análisis ejecutivo a nivel nacional de las prestaciones de salud 2016. (3) los servicios de emergencia registraron 6 millones 756 mil atenciones (61.1% se efectuaron en Prioridad II). El 86.5% de las atenciones se realizaron en los Hospitales I, II, III y Hospitales Nacionales, los cuales alcanzan la cifra de 5 millones 842 mil atenciones, para el año 2016, (3)

Por lo tanto, el Perú no es ajeno al incremento en la demanda de atención de los pacientes, es así que, en la ciudad de Lima, se puede observar que muchas veces colapsa el servicio de Emergencia de diferentes instituciones dando lugar a una atención deficiente en la mayoría de los casos; considerando el largo tiempo de espera, la falta de capacidad física en instalaciones y la falta de personal de salud.

Durante nuestro trabajo diario en el servicio de emergencia de la clínica Jesús del norte, donde la respuesta del personal de salud debe ser rápida y oportuna, los protocolos de atención en algunos casos no se aplican como debe de ser, conllevando así a un incumplimiento de las normas de salud, la cual emplea un triaje basado en signos y síntomas clínicos para la clasificación de los pacientes y se realiza bajo los criterios entre urgencia o emergencia, utilizando las prioridades de atención. Dicho incumplimiento se da debido a que la clínica experimenta un incremento en la afluencia de paciente y el personal médico no logra acudir a tiempo a dicha evaluación, generando muchas veces a una saturación del servicio y largos tiempos de espera; Ocasionando de esta manera malestar en los pacientes como en el personal de salud que brinda dicha atención.

Siendo así que los pacientes manifiestan su molestia con preguntas o llamadas de atención hacia el personal de triaje refiriendo: “*señorita yo llegue primero*” “*señorita mucho demoran para atender, ya me estoy muriendo*”, ¿realmente estamos aplicando las prioridades de atención de emergencia según la norma técnica del ministerio de salud? Es un dilema constante por que como profesionales de Enfermería sabemos que la priorización y las clasificaciones de los pacientes, son clave para el mejor funcionamiento de los servicios de emergencia. Por lo que nos planteamos el siguiente problema de investigación.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

- ¿Cuál es la relación entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes de la Clínica Jesús del Norte Lima. 2018?

1.2.2 Sub Problemas

- ¿Cuál es el nivel de prioridad del triaje en la atención de emergencia en pacientes de la Clínica Jesús del Norte Lima. 2018?
- ¿Cuál es el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes de la Clínica Jesús del Norte Lima. 2018?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

- Determinar la relación entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes de la Clínica Jesús del Norte Lima. 2018.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de prioridad del triaje en la atención de emergencia en pacientes de la Clínica Jesús del Norte. Lima. 2018
- Identificar el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes de la Clínica Jesús del Norte. Lima. 2018

1.4 Limitantes de la investigación

1.4.1 Limitante teórico

Para esta investigación encontramos pocas investigaciones relacionadas al tema del cual poder guiarnos.

1.4.2 Limitante temporal

Para esta presente investigación el limitante temporal fue en primer lugar lidiar con los horarios de trabajo y tiempo necesario, para recolección de datos de las historias clínicas y de la misma manera con la institución para obtener la autorización del jefe de servicio.

1.4.3 Limitante espacial

Este presente trabajo de investigación se realizó en la clínica Jesús del Norte ubicado en el distrito de Independencia de la ciudad de Lima, y el limitante espacial que encontramos es el reducido espacio para la revisión de historias clínicas, ya que se encuentra en el mismo servicio de emergencia.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

ANDRADE, P. (2015) en su estudio “Modelo de gestión del área de triaje y sus efectos en la calidad de atención de los pacientes de la Emergencia del Hospital de Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón”. Objetivo: Determinar el modelo de gestión del área de triaje y su incidencia en la calidad de atención de los pacientes de emergencia del Hospital de especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil. Resultados: A pesar que obtuvimos un índice muy alto de insatisfacción con respecto a la sala de espera del hospital, la encuesta dio un porcentaje menor del 50% de resultados muy satisfactorios con relación a la información brinda por el médico al usuario final. Conclusiones: La implantación del triaje ha supuesto un aumento de la calidad en los servicios asistenciales de urgencias organizando dicha asistencia y respetando los correspondientes tiempos de espera según gravedad. Gracias a este sistema se ha logrado que fluyan los sistemas de urgencias evitando grandes aglomeraciones. El profesional sanitario debe estar totalmente de acuerdo con la forma de desarrollar triaje y que esta implementación no le genere miedos, lo que contribuirá a una labor satisfactoria para el profesional favoreciendo el trabajo en equipo y logrando una homogeneidad en la asistencia al usuario. Se debería implantar más cursos de formación para los enfermeros y auxiliares enfermeros en la realización del triaje, mínimo al personal que trabaje en urgencias y emergencias. (7)

BUSTILLOS E. (2015), en su estudio de Estrategias de gestión para disminuir los tiempos de espera en el servicio de emergencia del Hospital

IESS Ambato, Enero a Junio del 2014. Objetivo: Estrategias de gestión para disminuir los tiempos de espera en el servicio de emergencia del Hospital IESS Ambato. Método: Es una investigación de modalidad cuali – cuantitativa, al haberse recogido los datos mediante variables cualitativas a través de un cuestionario aplicado a los pacientes y personal que labora en el servicio. Este estudio se analizó los tiempos de espera (ingreso – ticket, ticket – triaje y triaje – atención médica) en el servicio de Emergencia del Hospital IESS Ambato en el periodo de enero a junio del 2014. Los resultados obtenidos demuestran que la mayor afluencia de pacientes ocurre en el horario de la mañana y la prioridad mayormente atendida es la amarilla. Resultados: ,Al cotejar los resultados de los tiempos de espera del servicio con los tiempos de espera apropiados que sugiere el sistema de Triaje de Manchester, que se maneja en el servicio para categorizar a los pacientes, se determinó que en la mayoría de los casos, los usuarios tienen que esperar el tiempo apropiado para cada categoría. Se evidenció también que casos categorizados como azul se atendieron en menor cantidad que los esperados, sin embargo siguen constituyendo una causa para la demora en la atención de casos más complejos en el servicio. También se determinó que los usuarios no reciben apropiadamente información en el servicio que les oriente sobre el manejo de los pacientes y el protocolo de atención. Los resultados de la prueba de conocimiento del triaje de médicos y enfermeras demuestran que no existen conceptos claros sobre el triaje, sin embargo, los pacientes califican la atención del personal como muy buena y excelente. (8)

SILVA R. (2017) en su estudio Prioridades de clasificación de riesgo en una unidad de emergencia y desenlace de la atención Brasil - 2017, tuvo como objetivo asociar las prioridades propuestas del protocolo institucional de clasificación de riesgo con resultados de atención en la unidad de emergencia y evaluar el perfil de la atención.

Método: estudio observacional epidemiológico, basado en los datos del archivo informatizado de una Unidad de Emergencia Referenciada. Se evaluaron atendimientos de adultos en cuanto a la clasificación de riesgo y el desenlace (muerte, internación y alta hospitalaria) a través de los registros del boletín de atención de urgencia. Resultados: la edad media de los 97099 atendimientos registrados fue de 43,4 años, el 81,5% fueron búsqueda espontánea, el 41,2%, un 15,3% de color amarillo, un 3,7% azul, un 3% de rojo y un 36,9% no se clasificaron, el 90,2% recibieron alta, ,4% internaron y el 0,4% evolucionó a muerte. De los pacientes que recibieron, el 14,7% eran amarillo o rojo, de los internados el 13,6% eran verde o azul y de las muertes. El 1,8% se clasificó como azul o verde. Conclusión: el protocolo de clasificación de riesgos demostró buena sensibilidad para predecir situaciones graves que pueden evolucionar hacia la muerte o hospitalización. (9)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

JIMENEZ, W. (2017), en su estudio Factores personales en la aplicación del manual de atención en triaje del servicio de emergencia clínica privada San Isidro, 2017. Los profesionales de enfermería que laboran en emergencia en triaje, no se aplica el manual de atención, cabe recalcar existe edades diversas, predominantemente mujeres, que trabajan en su gran mayoría en más de dos lugares, su estado civil es oscilante, y el número de hijos diverso, cuentan con carga laboral, entre otros realizando cursos de post grado. Objetivo: Determinar los factores personales que influyen en la aplicación del manual de atención en triaje del servicio de emergencia de la clínica Ricardo Palma. Metodología: El estudio de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo explicativo, de diseño no experimental, de corte transversal. El tipo de muestreo será no probabilístico, es la técnica de muestreo donde los elementos son elegidos a juicio del investigador. No se conoce la probabilidad con la que

se puede seleccionar a cada individuo, censal, porque se definirá a toda la población para el estudio, bajo criterios de inclusión y exclusión. La técnica será el cuestionario y la guía observación, y como instrumentos se utilizará un cuestionario y una guía de observación, el consta de 7 preguntas con alternativas, para la cual se le asigno valores por escala de Lickert de 0 hasta 3 puntos, la guía de observación consta por 17 ítems, se le asignará un 1 punto a la respuesta si y 0 puntos a la respuesta no, la escala de medición para la aplicación del manual será: Aplica 15 - 17 puntos, no aplica menor igual a 14 puntos. Este instrumento fue sometido a validación de contenido por juicio de expertos que estuvo conformado por 8 enfermeros especialistas en emergencias y desastres, 2 magísteres, se aplicó la V de Aiken, teniendo como resultado 1, posteriormente se aplicó a una muestra piloto, se utilizó el KR20 como prueba estadística para medir la confiabilidad, obteniendo 0.77 lo que nos indica que es confiable. Los resultados nos permitirán tener un conocimiento certero de una de una realidad del área de triaje, para posteriormente implementar estrategias para el mejoramiento de los factores que estén afectando la aplicación del manual. (10)

ZAMBRANO, R. (2016), en su estudio Tiempo de espera y satisfacción del paciente con prioridad III en el proceso de atención del servicio de emergencia del Centro Médico Naval 2016. El presente trabajo tuvo como objetivo de investigación determinar la correlación entre el tiempo de espera y la satisfacción del paciente con prioridad III en el Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" 2016. La metodología es cuantitativo de alcance correlacional causal, se aplicó como instrumento una lista de cotejo para medir los tiempos de espera y un cuestionario para medir la satisfacción de los pacientes, participaron en el estudio un total de 161 pacientes. Los resultados principales fueron: El 61.2% fueron de sexo masculino, la edad promedio fue de 52 años, la satisfacción global sobre el tiempo de espera en el

proceso de atención de emergencia fue de 31,6% como tiempo de espera razonable, mientras que el 48,5% de los pacientes consideran que el proceso de atención en laboratorio es prolongado. Conclusión: Mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman ($r = -0.609$ $p < 0.001$) se pudo establecer que existe correlación negativa normal entre tiempo de espera y satisfacción de paciente con prioridad III durante el proceso de atención de emergencia del Centro Médico Naval 2016, es decir a mayor tiempo de espera en el proceso de atención de emergencia, menor satisfacción, esta correlación es estadísticamente altamente significativo. (11)

JIMENEZ Z. (2017) en su estudio Prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención, atendidas en el Servicio de Emergencias de una Clínica Privada de Miraflores, Lima, 2017. El objetivo fue determinar la prevalencia de las consultas atendidas de urgencias y emergencias en el servicio de emergencias en una clínica privada de Miraflores, Lima, 2017. La metodología que se utilizó es de tipo cuantitativo, descriptivo retrospectivo, diseño no experimental, transversal y el tipo de muestreo es no probabilístico censal. Se utilizó las historias clínicas de paciente que fueron atendidos entre el 1 y 7 de febrero del 2016, los cuales sumaron 2087 historias clínicas, que fueron revisadas teniendo en cuenta los criterios de exclusión. Se obtuvo los siguientes resultados: el 38.7% de los pacientes fueron de prioridad III o urgencias menores, el 36.5 % de la prioridad IV que son patologías comunes, el 23,5% son prioridad de atención II o urgencias mayores y solo el 1.3% de la 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% son adulto joven, 24,9% son adulto. Resalta en cuanto al tipo de seguro, corresponde el 77% de la población a aquellos pacientes que cuentan con Seguro. 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 podemos afirmar que según la prioridad de atención en el servicio de emergencia se está realizando un inadecuado uso del servicio. (12)

2.2. MARCO

2.2.1 TEORICO

A.- TEORIAS DE ENFERMERÍA BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

- A. Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

- B. Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo

o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

- C. Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.
- D. Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.
- E. Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.
- F. Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad:
- Fuerza: Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.
 - Conocimientos: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
 - Voluntad: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones

oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Objetivos: Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

Cliente: Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio- psicosocial:

- 1.- Necesidad de respirar.
- 2.- Necesidad de beber y comer.
- 3.- Necesidad de eliminar.
- 4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- 5.- Necesidad de dormir y descansar.
- 6.- Necesidad de vestirse y desvestirse.
- 7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- 8.- Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
- 9.- Necesidad de evitar los peligros.
- 10.- Necesidad de comunicarse.
- 11.- Necesidad según sus creencias y sus valores.
- 12.- Necesidad de ocuparse para realizarse.
- 13.- Necesidad de recrearse.
- 14.- Necesidad de aprender.

El cliente debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Rol de la enfermera: Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos. (13)

B.- TEORIAS DE ENFERMERÍA BASADO EN EL MODELO DE DOROTEA OREM

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico-técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético- legales y morales que desarrolla la profesión. (15)

2.2.2 CONCEPTUAL

A. TRIAJE

a) CONCEPTO

Traje o clasificación, es un término de origen francés, actualmente aceptado por toda la comunidad médica mundial y que significa clasificación de pacientes según su estado de salud. (15)

Genéricamente consiste en un conjunto de procedimientos sencillos, rápidos y repetitivos, efectuados sobre cada una de las víctimas que en ese momento demandan asistencia y que orientan sobre sus posibilidades de supervivencia como consecuencia del proceso que le afecta. (15)

b) EL PROCEDIMIENTO GENERAL

La clasificación es un procedimiento médico individualizado, dirigido a obtener una visión general de cada víctima. Se trata de valorar su pronóstico vital, y establecer una prioridad en su transporte y/o en su tratamiento.

Está basado en dos principios fundamentales: salvar el mayor número de vidas y hacer el mejor uso de los recursos disponibles. (15)

c) OBJETIVOS DEL TRIAGE

- Asistencia precoz
- Aplicación de maniobras salvadoras
- Determinar el grado de urgencia
- Implementar el uso de recursos críticos
- Documentar a los pacientes
- Controlar el flujo de víctimas
- Asignar áreas de atención
- Distribuir al personal por áreas asistenciales
- Iniciar medidas diagnósticas
- Iniciar medidas terapéuticas
- Control precoz de las infecciones

- Preparar la atención al público
- Atención a los familiares (15)

B. NORMA TECNICA

Según la Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia N° 042 MINSA / DGSPV. 01, Perú – 2006; precisa que el tiempo promedio de espera para ser atendido, según casos de prioridad; permitirá evaluar la calidad y oportunidad del servicio que se brinda, a través de la cuantificación del tiempo, desde la recepción hasta la atención del paciente, por medio del servicio de triaje. (2)

a) DISPOSICIONES GENERALES

❖ DAÑO

Compromiso del estado de salud en grado diverso. Los daños en el servicio de emergencia se clasifican de acuerdo a la prioridad de atención.

- Prioridad I : Gravedad súbita extrem
- Prioridad II : Urgencia mayor
- Prioridad III : Urgencia menor
- Prioridad IV : Patología aguda común (2)

❖ TRIAJE

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

debe funcionar prioritariamente en aquellos donde la demanda supere la oferta de los servicios. Estará a cargo de un profesional de la salud capacitado en la identificación de prioridades. (2)

b) DE LOS RECURSOS HUMANOS

❖ ENFERMERA ASISTENCIAL

Enfermera colegiada, de preferencia con especialidad o con competencias en el manejo de pacientes en situación de emergencia.

Certificado o constancia de participación en actividades de capacitación referidas a la especialidad, expedidos por instituciones reconocidas.

Acreditar labor en forma exclusiva en el servicio de emergencia.

Contar con habilidades y actitudes proactivas, estabilidad psicológica y emocional, buena salud física y capacidad de trabajo. (2)

c) DISPOSICIONES ESPECIFICAS

❖ TRIAJE

El profesional de salud encargado del triaje, realiza el control de las funciones vitales del paciente y determina la prioridad del daño del mismo, a fin de derivarlo al área correspondiente de acuerdo al protocolo de triaje (lista de daños según prioridad)
(2)

El profesional de salud encargado del triaje, estará en permanente coordinación con el Médico Jefe de Guardia o quien esté programada como responsable. (2)

En el área de triaje se activará el código de alarma de emergencia ante la llegada de un paciente de Prioridad I, para que el equipo de reanimación se constituya en el acto, en la sala de Shock Trauma. (2)

d) DE LA CAPACITACION

El servicio de Emergencia contará con un programa anual de educación y capacitación permanente, acorde a las necesidades del servicio. El programa será coordinado con la oficina de apoyo a la docencia e investigación o similar. (2)

e) INDICADORES DE CALIDAD

Promedio de tiempo de espera en el servicio de emergencia para ser atendido según casos de prioridad.

Permite evaluar la calidad y oportunidad del servicio que se brinda en el servicio de emergencia, a través de la cuantificación del tiempo desde la recepción hasta la atención del paciente.

- Prioridad I : Atención inmediata
- Prioridad II : Periodos de 10 min
- Prioridad III : Periodos de 20 min
- Prioridad IV : Periodos de 30 min a más. (2)

f) LISTA DE DAÑOS SEGÚN PRIORIDAD

Se enumeran las patologías más frecuentes relacionadas con cada una de las prioridades establecidas en el triaje: (2)

❖ PRIORIDAD I

Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock Trauma. (2)

- 1.- Paro Cardio Respiratorio
- 2.- Dolor Torácico Precordial de posible origen criogénico con o sin hipotensión.
- 3.- Dificultad respiratoria (evidenciada por polipnea, taquipnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis)
- 4.- Shock (Hemorrágico, cardiogénico, distributivo, obstructivo)
- 5.- Arritmia con compromiso hemodinámico de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
- 6.- Hemorragia profusa
- 7.- Obstrucción de vía respiratoria alta
- 8.- Inestabilidad Hemodinámica (hipotensión / shock / crisis hipertensiva)
- 9.- Paciente inconsciente que no responde a estímulos.
- 10.- Paciente con trauma severo como:
 - Víctima de accidente de tránsito.
 - Quemaduras con extensión mayor del 20% Precipitación.
 - Dos o más fracturas de huesos largos proximales.

- Injurias en extremidades con compromiso neurovascular.
- Herida de bala o arma blanca.
- Sospecha de traumatismo vertebro medular.
- Evisceración.
- Amputación con sangrado no controlado.
- Traumatismo encéfalo craneano.

11.- Status Convulsivo.

12.- Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria.

13.- Ingesta de órgano fosforado, ácido, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos.

14.- Signos y síntomas de abdomen agudo con descompensación hemodinámica.

15.- Signos y síntomas de embarazo ectópico roto.

16.- Signos vitales anormales:

ADULTO

- Frecuencia Cardíaca < 50 x min.
- Frecuencia Cardíaca > 150 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 90 mmHg.
- Presión Arterial Sistólica > 220 mmHg.
- Presión Arterial Diastólica > 110 mmHg ó 30 mmHg por encima de su basal.
- Frecuencia Respiratoria > 35 x min.
- Frecuencia Respiratoria < 10 x min.

PEDIÁTRICO LACTANTE

- Frecuencia Cardíaca ≤ 60 x min.
- Frecuencia Cardíaca ≥ 200 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 60 mmHg.

- Frecuencia Respiratoria \geq a 60 x min. (hasta los 2 meses).
- Frecuencia Respiratoria \geq a 50 x min (desde los 2 meses al año)
- Saturación de oxígeno \leq a 85%.

PRE ESCOLAR

- Frecuencia Cardíaca \leq 60 x min.
- Frecuencia Cardíaca \geq 180 x min.
- Presión Arterial Sistólica $<$ 80 mmHg.
- Frecuencia Respiratoria $>$ a 40 x min. (sin fiebre).
- Saturación de oxígeno \leq a 85%.

17.- Suicidio frustrado

18.- Intento suicida

19.- Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva.

20.- Problemas específicos en pacientes pediátricos.

- Intoxicaciones por ingesta o contacto.
- Períodos de apnea.
- Cambios en el estado mental: letargia, delirio, alucinaciones, llanto débil.
- Deshidratación con Shock: Llenado capilar mayor de tres segundos.
- Sangrado: Hematemesis, sangrado rectal, vaginal, epistaxis severa.
- Quemaduras en cara o más del 10% de área corporal.
- Quemaduras por fuego en ambiente cerrado.
- Acontecimiento de aspiración u obstrucción con cuerpo extraño.

- Status convulsivo.
- Status asmático.
- Hipertermia maligna.
- Trastornos de sensorio.
- Politraumatismo.
- Herida por arma de fuego.
- Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la Sala de Reanimación. (2)

❖ **PRIORIDAD II**

Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias es decir un paciente urgente no crítico y que necesitan exploraciones complementarias urgentes para su diagnóstico y tratamiento adecuado inmediato, cuya atención debe realizar en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en Consultorios de Emergencia.

- 1.- Frecuencia respiratoria \geq de 24 por minuto.
- 2.- Crisis asmática con broncoespasmo moderado.
- 3.- Diabetes Mellitus Descompensada.
- 4.- Hemoptisis.
- 5.- Signos y síntomas de Abdomen Agudo.
- 6.- Convulsión reciente en paciente consciente.
- 7.- Dolor torácico no cardiogénico sin compromiso hemodinámico.
- 8.- Arritmias sin compromiso hemodinámico.
- 9.- Sangrado gastrointestinal, con signos vitales estables.
- 10.- Paciente con trastornos en el sensorio.

11.- Hipotonía, flacidez muscular aguda y de evolución progresiva.

12.- Descompensación Hepática.

13.- Hernia umbilical o inguinal incarcerada.

14.- Signos y síntomas de descompensación tiroidea.

15.- Contusiones o traumatismos con sospecha de fractura o luxación.

16.- Herida cortante que requiere sutura.

17.- Injuria en ojos perforación, laceración, avulsión.

18.- Desprendimiento de retina.

19.- Fiebre y signos inflamatorios en articulaciones.

20.- Síntomas y signos de cólera.

21.- Deshidratación Aguda sin descompensación hemodinámica.

22.- Hematuria macroscópica.

23.- Reacción alérgica, sin compromiso respiratorio.

24.- Síndrome febril o Infección en paciente Inmunosuprimido.

25.- Pacientes Post-Operados de Cirugía altamente Especializada o pacientes en programa de Hemodiálisis, con síntomas y signos agudos.

26.- Coagulopatía sin descompensación hemodinámica.

27.- Sobredosis de drogas y alcohol sin depresión respiratoria.

28.- Cefalea con antecedentes de trauma craneal.

29.- Síndrome Meníngeo.

30.- Síntomas y signos de enfermedades vasculares agudas.

31.- Cólico renal sin respuesta a la analgesia mayor de 06 horas.

32.- Retención urinaria.

33.- Síndrome de abstinencia de drogas y alcohol.

- 34.- Cuerpos extraños en orificios corporales.
- 35.- Cuerpos extraños en esófago y estómago.
- 36.- Pacientes con ideación suicida.
- 37.- Pacientes con crisis de ansiedad.
- 38.- Pacientes con reagudización de su cuadro sicótico sin conducta suicida ni agitación psicomotora fuera de control.
- 39.- Cuadro de demencia con conducta psicótica.
- 40.- Esguinces.
- 41.- Contusiones o traumatismos leves sin signos o síntomas de fractura o luxación.
- 42.- Enfermedad Inflamatoria de la pelvis.
- 43.- Coagulopatía.
- 44.- Flebitis o Tromboflebitis.
- 45.- Herpes Zoster ocular.
- 46.- Enfermedad eruptiva aguda complicada.
- 47.- Cefalea mayor de 12 horas.
- 48.- Problemas específicos en pacientes Obstétricas:
 - Hemorragia de cualquier trimestre del embarazo.
 - Aborto provocado no terapéutico o intento fallido de aborto.
 - Amenaza de parto prematuro.
 - Gestante de 2º y 3º trimestre que reporta ausencia de movimiento fetales.
 - Sangrado post-parto.
 - Hipertensión que complica el embarazo.
 - Signos y síntomas de toxemia severa.
 - Bradicardia (menor de 120 x min.) y taquicardia (> de 160 x min.) Fetal.
 - Traumatismo Abdominal.
 - Deshidratación por hiperémesis.

- Cefalea.
- Epigastralgia.
- Edema Generalizado.

49.- Problemas Específicos en pacientes Pediátricos.

- Cualquier enfermedad en niños menores de 3 meses.
- Dolor Abdominal.
- Trauma craneano sin cambios en el estado mental o fracturas obvias.
- Niños con fiebre y petequias o púrpura.
- Niños menores de 3 meses con $T^{\circ} \geq$ que 38° C.
- Niños menores de 2 años con $T^{\circ} \geq$ que 39° C.
- Niños con síntomas de infección urinaria.
- Convulsiones recientes, síncope o mareos.
- Cefalea / epistaxis no controlada.
- Quemaduras en menos del 10% de área corporal.
- Trauma ocular no penetrante.
- Laceración que requiere sutura con sangrado activo.
- Niños que han sufrido agresión física.
- Odontalgia
- Otagia.
- Cualquier otro caso que a criterio del Médico tratante considere necesario la atención en algún Tópico de Emergencia. (2)

❖ PRIORIDAD III

Paciente con estabilidad de las funciones vitales, que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Amerita

atención en el Tópico de Emergencia III, teniendo prioridad la atención de casos I y II.

1.- Dolor abdominal leve con náuseas, vómitos, diarrea, signos vitales estables.

2.- Herida que no requiere sutura.

3.- Intoxicación alimentaria.

4.- Trastornos de músculos y ligamentos.

5.- Otitis Media Aguda.

6.- Deshidratación Hidroelectrolítica leve.

7.- Osteocondropatía aguda.

8.- Sinusitis aguda.

9.- Hiperémesis gravídica sin compromiso metabólico.

10.- Urticaria.

11.- Fiebre > de 39° sin síntomas asociados.

12.- Síndrome vertiginoso y trastorno vascular

13.- Celulitis o absceso con fiebre.

14.- Funcionamiento defectuoso de colostomía, ureterostomía, talla vesical u otros similares.

15.- Lumbalgia aguda.

16.- Broncoespasmo leve.

17.- Hipertensión arterial leve no controlada.

18.- Signos y síntomas de Depresión.

19.- Crisis de Ansiedad o Disociativas.

20.- Signos y síntomas de infección urinaria alta.

21.- Pacientes con neurosis de ansiedad.

22.- Pacientes sicóticos con reagudización de sus síntomas pero aún sin conducta psicótica.

Cualquier otro caso que el Médico tratante considere que la atención puede ser postergada sólo con relación a las anteriores prioridades de atención. (2)

❖ **PRIORIDAD IV**

Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios Descentralizados.

- 1.- Faringitis aguda.
- 2.- Amigdalitis aguda.
- 3.- Enfermedades diarreicas agudas sin deshidratación o vómitos.
- 4.- Absceso sin fiebre.
- 5.- Sangrado vaginal leve en no gestante, con funciones vitales estables.
- 6.- Fiebre sin síntomas asociados.
- 7.- Resfrío común.
- 8.- Dolor de oído leve.
- 9.- Dolor de garganta sin disfagia.
- 10.- Enfermedades crónicas no descompensadas. (2)

2.2.3. TEORICO – CONCEPTUAL

Para la investigación realizada el modelo conceptual de Virginia Henderson es importante en nuestro trabajo ya que al triar al paciente lo priorizamos de tal manera que nos permitirá organizar la atención de las personas según los recursos existentes y sus necesidades por este motivo se considera la teoría de Virginia Henderson ya que para ella era importante que se considere a la persona sana o enferma un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

La teoría de Dorotea Orem define al autocuidado como una actividad aprendida, orientada al objetivo por mantener la vida, la salud el desarrollo y el bienestar del individuo, dichos objetivos que tienen también las áreas críticas como es en el servicio de emergencias, ya que como equipo de salud se desea que el paciente se recupere de manera rápida y a la vez lleve consigo educación necesaria para su autocuidado abordándolo de manera integral en función de situar los cuidados en recuperarse de la enfermedad, afrontar las consecuencias y así mejorar su calidad de vida.

2.3. DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Hora de Ingreso:** Es la hora de ingreso en la “Hoja de puerta” del paciente (16).
- **Hora de Llegada:** Es el primer registro de tiempo del paciente al llegar a emergencias (16).
- **Hora de Triage:** Es la hora en que se inicia el triaje del paciente (16)
- **Hora de Valoración:** Es la hora en que se valora el paciente luego de haber sido clasificado (16)
- **Prioridad:** Aquello que es más importante frente a otras alternativas similares y por ello goza de un tratamiento especial. (15)
- **Tiempo de espera para Triage:** Diferencia entre hora de llegada y hora de Triage (16)
- **Tiempo de espera:** Diferencia entre la hora de triaje y la Hora de Valoración (16)
- **Tiempo en Emergencias:** Diferencia entre la hora de Ingreso y la hora de salida (16)

- **Triage:** Proceso que nos permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. (18)
- **Triage de Emergencia:** Proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica de acuerdo a: Nivel de Urgencia; Calidad Médica, Quirúrgica u Obstétrica; y Riesgo Biológico para pacientes y personal del Servicio de Emergencias (16).
- **Triage de Emergencias Masiva:** Sistema utilizado para establecer las prioridades de atención en casos de emergencias masivas según el grado de urgencia. (rojo, amarillo, verde y negro) (16)

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis General

El Nivel de prioridad del triaje tiene relación con el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes de la Clínica Jesús del Norte Lima. 2018.

3.1.2 Hipótesis Específicos

- El nivel de prioridad del triaje, influye de manera significativa con la hora del triaje.
- El nivel de prioridad del triaje, influye de manera significativa con la hora de atención.

3.2 Definición conceptual de las variables

3.2.1 Variable 1

Los niveles de prioridad del triaje, es una forma estructurada de la atención al paciente, dependiendo de la gravedad de su patología y del estado general que presente en el servicio de emergencia.

3.2.2 Variable 2

Es el tiempo que transcurre desde la llegada del paciente al triaje hasta el momento en que es atendido por un profesional médico calificado del servicio de emergencia.

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Niveles de prioridad.	Los niveles de prioridad del triaje, es una forma estructurada de la atención al paciente, dependiendo de la gravedad de su patología y del estado general que presente en el servicio de emergencia.	Emergencia o gravedad súbita extrema.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Riesgo inminente de muerte. ➤ Atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock Trauma. ➤ Funciones vitales de riesgo. ➤ Contiene lista de 20 daños. 	➤ Nominal
		Urgencia mayor	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte. ➤ Contiene lista de 49 daños. 	➤ Nominal

		Urgencia menor	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estabilidad ventilatoria. ➤ Estabilidad hemodinámica. ➤ Estabilidad neurológica que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. ➤ Contiene lista de 22 daños. 	➤ Nominal
		Prioridad IV	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin compromiso de funciones vitales ➤ Contiene lista de 10 daños. 	➤ Nominal

Tiempo de Espera	Es el tiempo que transcurre desde la llegada del paciente hasta el momento que es atendido por un profesional médico calificado.	Hora del Triaje (H1)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nivel I ➤ Nivel II ➤ Nivel III ➤ Nivel IV 	➤ Ordinal
		Hora de Atención (H2)	➤ Diferencia entre H2 y H1.	➤ Intervalo

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Tipo y Diseño de la Investigación

4.1.1 . Tipo de Investigación

Nuestro tipo de investigación es de enfoque Cuantitativo, Descriptivo, Retrospectivo, Correlacional porque se recolectarán datos para probar nuestras hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, permitiéndonos conocer la relación entre las variables (19).

4.1.2. Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación es no experimental, transversal, correlacional porque no manipularemos las variables deliberadamente, ya que se observarán los fenómenos en su ambiente y medio natural en un solo momento, en un único tiempo para describir y analizar su interrelación. (19)

M: O₁----- X-----O₂

Dónde:

M: Representa la muestra en la que realizamos el estudio.

O₁: N° de observaciones previos al programa educativo
(pre- test).

X: Programa educativo (Intervención).

O₂: N° de observaciones post taller (post – test)

4.2 Población y Muestra

4.2.1 . Población

La población de la investigación está constituida por 250 historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia de la Clínica Jesús del Norte en el mes de octubre del 2018.

4.2.2 Muestra de Estudio

Se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 pqN}{\varepsilon^2(N-1) + z^2 pq}$$

$$n \geq \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}}$$

$$n = 152$$

La muestra está constituida por 152 historias clínicas de pacientes que fueron atendidos en el servicio de emergencia en octubre del 2018.

Criterios de Inclusión:

- Historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia durante el mes de octubre – 2018.
- Historias clínicas completas

Criterios de Exclusión:

- Historias clínicas de pacientes que fueron derivados a consultorios externos.
- Historia clínica de pacientes pediátricos.

4.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

4.3.1 Técnicas

- **Variable X:** Análisis documental.
- **Variable Y:** Análisis documental.

La recolección de datos se realizó en base a una ficha de registro de datos (ANEXO 01), las mismas que se aplicaron a las historias clínicas de emergencia de los pacientes que fueron atendidos durante el mes de octubre.

4.3.2 Instrumentos

El instrumento contiene cinco ítems: número de historia clínica, edad, sexo, nivel de prioridad y tiempo de espera (hora de triaje y hora de atención); lo que permitió a las investigadoras codificar ambas variables de estudio. El tiempo fue medido desde la hora de inicio de triaje hasta el inicio de la atención médica. Las investigadoras después de recolectar los datos de cada historia clínica sucinta, relacionarán el nivel de prioridad y el tiempo de espera; el cual será expresado en porcentajes, teniendo en cuenta los estándares del tiempo de espera para cada nivel de prioridad, establecidos en la norma técnica de salud de los servicios de emergencia; expresado de la siguiente manera: Adecuado; si el tiempo de atención cumple con los estándares determinados por la norma técnica en cada nivel de prioridad. Inadecuado; si el tiempo de atención es mayor que los estándares determinados por la norma técnica en cada nivel de prioridad.

4.4 Análisis y procesamiento de datos

El tratamiento estadístico de la información se realizó siguiendo el proceso siguiente:

Seriación: Se asignó un número de serie, correlativo a cada encuentro (cuestionario), lo que permitió tener un mejor tratamiento y control de los mismos.

Codificación: Se elaboró un libro de códigos, donde se asigna un código a cada ítem de respuesta, con ello se logró un mayor control del trabajo de tabulación.

Tabulación: Mediante la aplicación de la técnica matemática de conteo, se realizó la tabulación extrayendo la información, ordenándola en cuadros simples y de doble entrada con indicadores de frecuencia y porcentaje.

Graficación: Una vez tabulada la encuesta, se procedió a graficar los resultados en gráficas de barra, y otros.

Todo lo que sirvió para llevar los resultados al análisis e interpretación de los mismos.

Una vez obtenidos los datos, se procedió a analizar cada uno de ellos, atendiendo a los objetivos y variables de investigación; de manera tal que podamos contrastar hipótesis con variables y objetivos, y así demostrar la validez o invalidez de estas. Al final se formuló las conclusiones y recomendaciones para mejorar la problemática investigada.

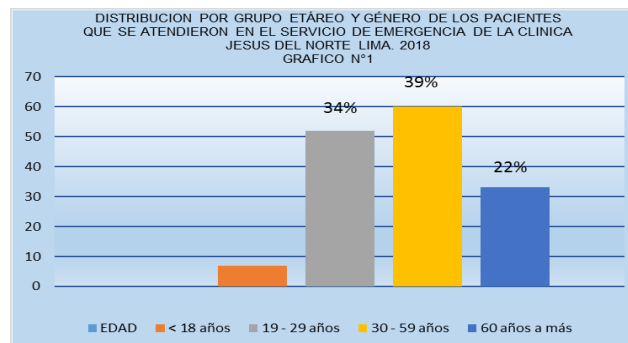
CAPÍTULO V RESULTADOS

5.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS

TABLA N° 5.1

**DISTRIBUCION POR GRUPO ETÁREO Y GÉNERO DE LOS
PACIENTES QUE SE ATENDIERON EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DE LA CLINICA JESUS DEL NORTE LIMA. 2018**

VARIABLES	n = 152	
	N°	%
EDAD		
< 18 años	7	4.61
19 - 29 años	52	34.21
30 - 59 años	60	39.47
60 años a más	33	21.71
SEXO		
Femenino	68	44.74
Masculino	84	55.26
TOTAL	152	100.00



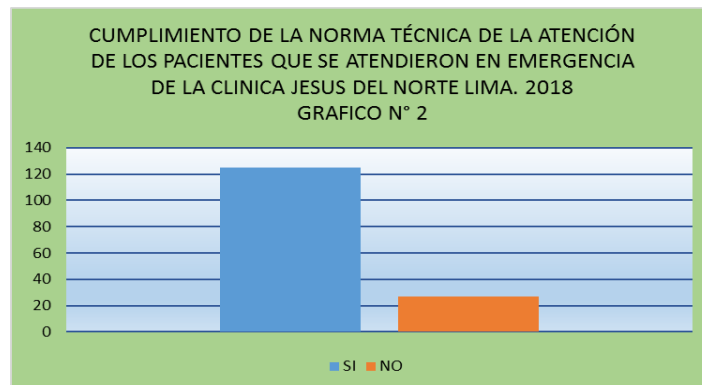
En la tabla N° 5.1 En cuanto a edades el mayor porcentaje que representa las edades que tienen los pacientes oscilan entre 30 a 59 años siendo el 39 %, siendo así el de menor porcentaje en el menores de 18 años 4.61 %.

En cuanto el sexo prevalece el sexo masculino con 55.26 % siendo el sexo femenino con menor porcentaje 44.74 %.

TABLA N° 5.2

**CUMPLIMIENTO DE LA NORMA TÉCNICA DE LA ATENCIÓN DE LOS
PACIENTES QUE SE ATENDIERON EN EMERGENCIA DE LA CLINICA
JESUS DEL NORTE LIMA. 2018**

CUMPLIMIENTO DE LA NORMA	N°	%
SI	125	82.24
NO	27	17.76
TOTAL	152	100.00



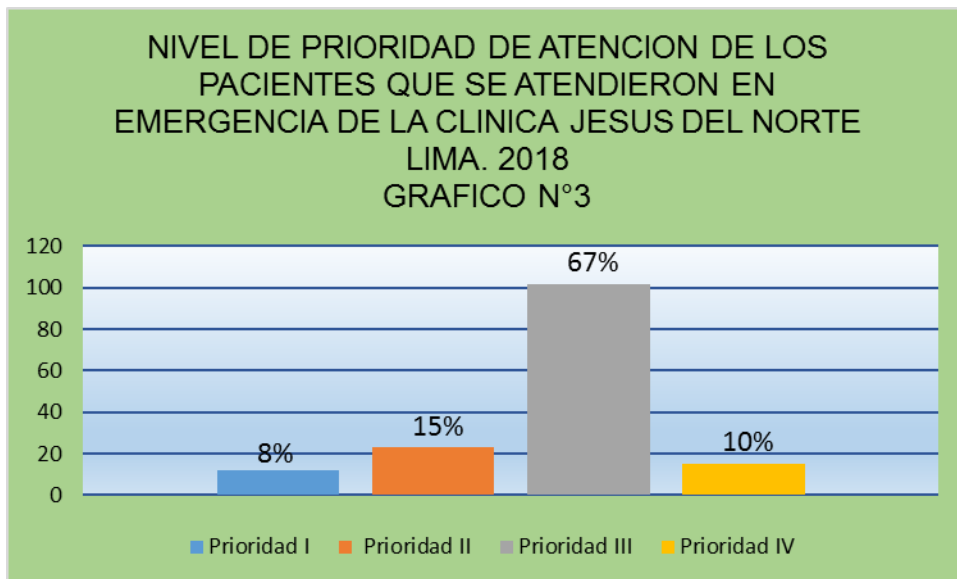
En la tabla N° 5.2 de acuerdo a la Norma Técnica del ministerio de salud de 152 pacientes atendidos, 125 cumplen con la norma ya que los pacientes fueron atendidos dentro del tiempo establecido y están representados con el 82.24 %.

Siendo el 17.76% los pacientes que no cumplen con la norma técnica ya que se extendieron con el tiempo de espera.

TABLA N° 5.3

NIVEL DE PRIORIDAD DE ATENCION DE LOS PACIENTES QUE SE ATENDIERON EN EMERGENCIA DE LA CLINICA JESUS DEL NORTE LIMA. 2018

PRIORIDAD	N°	%
Prioridad I	12	7.89
Prioridad II	23	15.13
Prioridad III	102	67.11
Prioridad IV	15	9.87
TOTAL	152	100.00

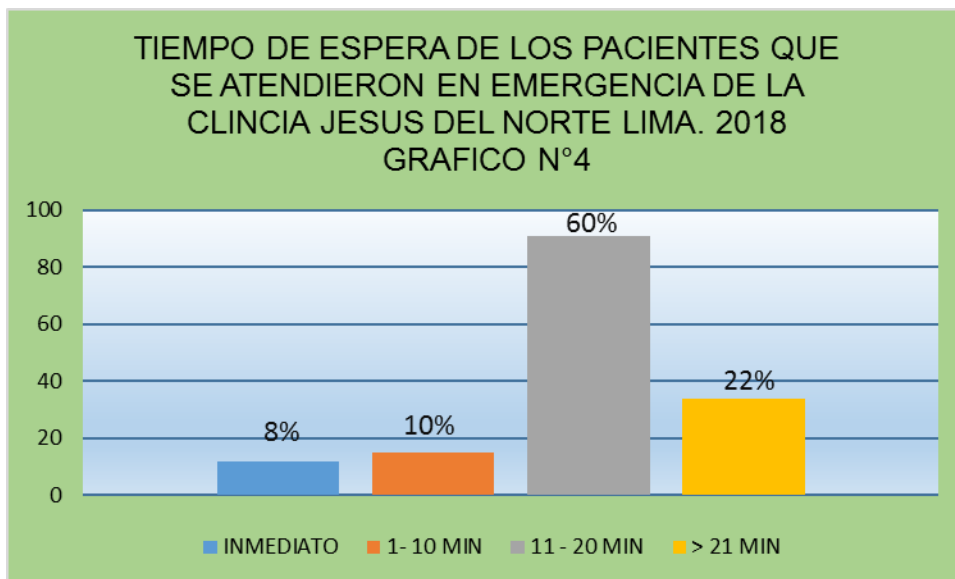


En la tabla N° 5.3 sobre prioridad de atención de los 152 pacientes que se atendieron en emergencia, observamos que el mayor porcentaje representa la prioridad III (67%) , en segundo lugar prioridad II (15.13 %), por tercer lugar prioridad IV (9.87%) y prioridad I (7.89%)

TABLA N° 5.4

TIEMPO DE ESPERA DE LOS PACIENTES QUE SE ATENDIERON EN EMERGENCIA DE LA CLINICA JESUS DEL NORTE LIMA. 2018

TIEMPO DE ESPERA	N°	%
INMEDIATO	12	7.89
1- 10 MIN	15	9.87
11 - 20 MIN	91	59.87
> 21 MIN	34	22.37
TOTAL	152	100.00

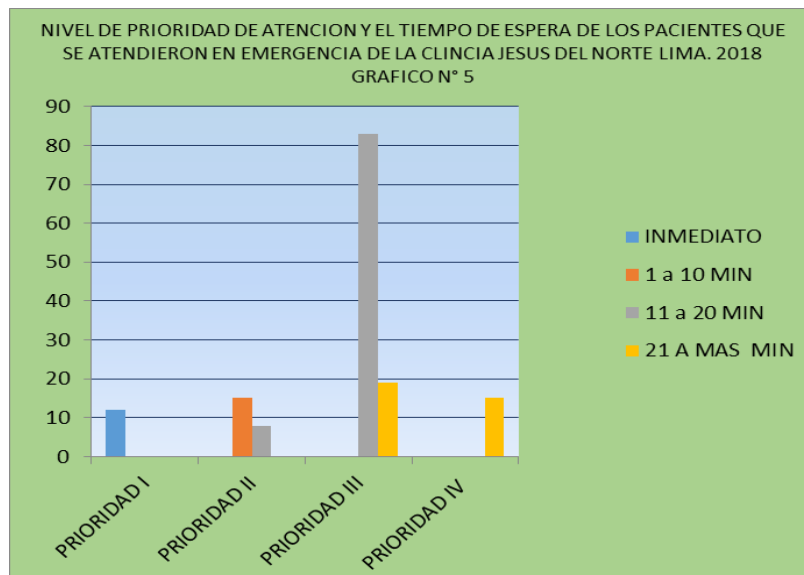


En la tabla 5.4 El tiempo de espera con mayor porcentaje que tuvieron los pacientes de la Clínica Jesús del norte es de 11 a 20 minutos siendo (59.8%) y encontrando como menor porcentaje a la atención inmediata teniendo (7.89%).

TABLA N ° 5.5

NIVEL DE PRIORIDAD DE ATENCION Y EL TIEMPO DE ESPERA DE LOS PACIENTES QUE SE ATENDIERON EN EMERGENCIA DE LA CLINICA JESUS DEL NORTE LIMA. 2018

			TIEMPO DE ESPERA				Total
			Inmediato	1 a 10 min.	11 a 20 min.	> 21 min.	
NIVEL DE PRIORIDAD	Prioridad I	Recuento	12	0	0	0	12
		% del total	7,9%	0,0%	0,0%	0,0%	7,9%
	Prioridad II	Recuento	0	15	8	0	23
		% del total	0,0%	9,9%	5,3%	0,0%	15,1%
	Prioridad III	Recuento	0	0	83	19	102
		% del total	0,0%	0,0%	54,6%	12,5%	67,1%
	Prioridad IV	Recuento	0	0	0	15	15
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	9,9%	9,9%
Total		Recuento	12	15	91	34	152
		% del total	7,9%	9,9%	59,9%	22,4%	100,0%



En la tabla 5.5 podemos observar que en el caso de los pacientes con prioridad I todos fueron atendidos inmediatamente cumpliendo en su totalidad con los parámetros establecidos por la norma técnica. En pacientes con prioridad II 15 de 23 pacientes fueron atendidos dentro de los parámetros establecidos (1-10min) mientras que 8 de ellos no. Los Pacientes con prioridad III 83 de 102 pacientes fueron atendidos dentro de los parámetros establecidos (11-20min) mientras que 19 de ellos no. Por último, los pacientes de prioridad IV todos fueron atendidos dentro de los parámetros establecidos no teniendo mayor inconveniencia.

5.2 Resultados Inferenciales

TABLA 5.6
NIVEL DE PRIORIDAD Y TIEMPO DE ESPERA SEGÚN Rho DE
SPEARMAN

		NIVEL DE PRIORIDAD	TIEMPO DE ESPERA
Rho de Spearman	NIVEL DE PRIORIDAD		
	Coeficiente de correlación	1,000	,811
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	152	152
	TIEMPO DE ESPERA		
	Coeficiente de correlación	,811	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	152	152

DISCUSIÓN

6.1 Contrastación de la Hipótesis

Pasos para la prueba de hipótesis Rho de Spearman

Paso1. Tabla (datos)

Tabla 6.1
Distribución según puntuaciones Agrupadas

		TIEMPO DE ESPERA				Total
		Inmediato	1 a 10 min.	11 a 20 min.	> 21 min.	
NIVEL DE PRIORIDAD	Prioridad I	12	0	0	0	12
	Prioridad II	0	15	8	0	23
	Prioridad III	0	0	83	19	102
	Prioridad IV	0	0	0	15	15
Total		12	15	91	34	152

Paso 2. Formulación de la hipótesis H_0 y H_1 .

H_0 : No existe relación entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes de la Clínica Jesús del Norte.

H_1 : Existe relación entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes de la Clínica Jesús del Norte.

Paso 3. Suposiciones:

La muestra es una muestra aleatoria simple.

Paso 4. Estadística de prueba:

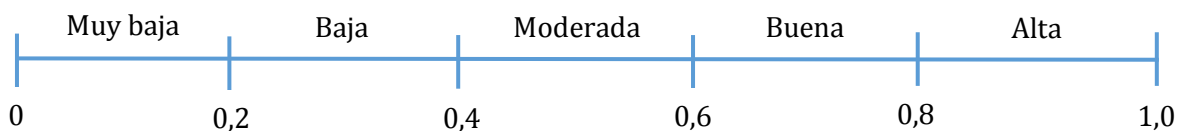
La estadística de prueba es:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Rho de Spearman

Paso 5. Regla de decisión:

Se evalúa la existencia de la relación entre las variables nivel de prioridad y tiempo de espera, según la regla de decisión estadística siguiente:



Paso 6. Cálculo de la estadística de prueba (Rho de Spearman):

Haciendo uso de la Tabla 6.1 y con el procesamiento de los datos de esta tabla con el paquete estadístico SPSS, se obtuvo Rho de Spearman = 0.811 (tabla 5.6)

Paso 7. Decisión estadística:

Dado que el valor de Rho de Spearman = 0.811, se procede a rechazar la hipótesis nula (**H₀**). Según la regla indicada 0.811 se encuentra dentro del intervalo [0.8; 1.0], por lo que existe relación alta entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes de la Clínica Jesús del Norte.

Paso 8. Conclusión:

Existe relación alta entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes de la Clínica Jesús del Norte.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de la hipótesis

Para contrastar las hipótesis planteadas, se usó la prueba de hipótesis Rho de Spearman, esta prueba se ha usado porque es una medida de la correlación (la asociación o interdependencia) entre dos variables aleatorias (tanto continuas como discretas).

Dado que el valor de Rho de Spearman = 0.811, se procede a rechazar la hipótesis nula (**H₀**). Según la regla indicada 0.811 se encuentra dentro del intervalo [0.8; 1.0], por lo tanto existe relación entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes de la Clínica Jesús del Norte y se procede a rechazar la hipótesis nula.

6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares

En la investigación tiempo de espera y satisfacción del paciente con prioridad III en el proceso de atención del servicio de emergencia del centro médico naval 2016 donde el objetivo de investigación determinar la correlación entre el tiempo de espera y la satisfacción del paciente con prioridad III en el Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” 2016, donde se aplicó como instrumento una lista de cotejo para medir los tiempos de espera y un cuestionario para medir la satisfacción de los pacientes encontramos ciertas similitudes con nuestra investigación pues la satisfacción global sobre el tiempo de espera en el proceso de atención de emergencia fue de 31,6% como tiempo de espera razonable, mientras que el 48,5% de los pacientes consideran que el proceso de atención en otras áreas de la emergencia es prolongado, dando como conclusión que la atención en el

centro médico naval la espera por la primera atención médica al igual que la Clínica Jesús del norte es razonable y es que debido a la creciente demanda del servicio de emergencia el tiempo de espera es la variable con más influencia en la satisfacción del paciente por lo tanto si no hay un buen proceso de priorización en el triaje, no habrá la atención médica oportuna y adecuada en el paciente, llevándolo a una insatisfacción y posteriormente a una queja. Así mismo el mayor porcentaje de atendidos son de sexo masculino y el promedio en edades de los pacientes atendidos oscilan entre la etapa de vida de adulto maduros.

6.3 Responsabilidad ética

Principio de Beneficencia; en la investigación se garantizará la custodia y confidencialidad de las historias clínicas.

Principio de No Maleficencia, durante la investigación se obtendrá información de manera verídica sin causar daños a la institución, al personal de salud y sin hacer uso inadecuado de las historias clínicas.

Principio de Justicia, se seleccionarán las historias clínicas de los pacientes que fueron atendidos en el mes de octubre sin discriminación de las mismas.

Principio de Autonomía; se garantizará el uso adecuado de las historias clínicas, sólo para fines del estudio, sin manipulación alguna.

CONCLUSIONES

1. Existe relación entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes que acuden a la Clínica Jesús del Norte.
2. El mayor porcentaje es de sexo masculino con el 55% asimismo siendo el grupo etario entre las edades de 30 – 59 años (39%) de mayor afluencia.
3. Del total de todos los pacientes el 82% de los pacientes fueron atendidos dentro del tiempo establecido de la norma técnica de salud de los servicios de emergencias establecida NT° 042 – MINSA/ DGSP-V.01; este resultado se dio a la atención oportuna en su mayoría por parte del personal de salud.
4. Existe un alto porcentaje de pacientes con prioridad III que acuden al servicio de emergencia de la Clínica Jesús del Norte representando este un 67% del total de historias clínicas y a su vez siendo estos en su mayoría atendidos dentro del tiempo adecuado.
5. Los pacientes con prioridad IV tiene uno de los menores porcentajes, así mismo son los pacientes en los cuales la atención puede demorar más tiempo según la norma técnica, ocupando así tópicos que podrían ser ocupados por otros pacientes con prioridades que ameriten más de un recursos (Rx, laboratorio, etc).

RECOMENDACIONES

1. Socializar o coordinar con el personal médico para adoptar medidas que puedan mejorar el tiempo de espera.
2. Proponer la elaboración de capacitaciones continuas para los pacientes sobre la importancia de la atención según prioridades y concientizar sobre lo que es una urgencia y una emergencia.
3. Incrementar el número de recursos humanos de la Clínica Jesús del Norte y evaluar debilidades y amenazas que hacen que aumenten el tiempo de espera de los pacientes.
4. Mantener el marcado de historias clínicas con las tarjetas de prioridad.
5. Se debería implementar un área de consultas rápidas y así poder atender a los pacientes con prioridad IV de manera más rápida y mantener los tópicos limpios para paciente con prioridades II y III, ya que los pacientes con prioridad IV no tienen compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata y puede ser atendido en consulta externa y así mejorar el tiempo de espera en estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez J . (2003). Clasificación de pacientes en servicios de urgencias y emergencias. *Emergencias* ; 15 :165-174
2. Ministerio de Salud (2010-2013). Estudio Epidemiológico de Distribución y Frecuencia de atenciones de emergencia a Nivel Nacional. (19-30). Lima – Peru
http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/miradorgrep/archivos/20160425_Estudio2013_estuepididistfrecatencemergnivnac.pdf
3. Seguro social de salud (essalud). Estadística institucional. Essalud en cifras: informativo mensual. Definitivo al mes de diciembre 2015. Lima , Perú. Recuperado el 15 de marzo del 2016.
<Http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>
4. Ministerio de Salud (2007). Norma técnica de salud de los servicios de emergencia. E – 1. NT. N° 042-MINSA/DGSP-V.O1, Lima - Peru. El Ministerio.
5. Alvarez A. Bragulat E. Gómez M. Soler W. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Scielo. Vol 33,56-66.
6. Cubero Alpizar C. (2014). Los sistemas de triaje: respuesta a la saturación en las salas de urgencias. Repositorio institucional de la Universidad de Costa Rica. Vol. 27.
7. Andrade V. Cando A. (2015). Modelo de gestión del área de triaje y sus efectos en la calidad de atención de los pacientes de la emergencia del Hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón en la ciudad de Guayaquil. Recuperado 15 noviembre del 2015 de <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/1131?Mode=full>
8. Bustillos E., (2015) Estrategias de gestión para disminuir los tiempos de espera en el servicio de emergencia del Hospital IESS Ambato, Enero a Junio del 2014. Recuperado 12 de julio 2015 de <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/495>

9. Silva R., Monteiro I., (2017) Prioridades de la clasificación de riesgo en una unidad de emergencia y resultado del atendimento. Recuperado el 07 de octubre del 2017 de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2974.pdf
10. Jimenez T., Willington G., Espinoza C., Estuardo F., (2017) Factores personales en la aplicación del manual de atención en triaje del Servicio Emergencia Clínica privada de San Isidro, 2017. **Recuperado el 26 de julio del 2017 de <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/810>**
11. Zambrano R.Y., (2017) Tiempo de espera y satisfacción del paciente con prioridad III en el proceso de atención del servicio de emergencia del Centro Médico Naval 2016. Recuperado el 12 de diciembre del 2017 de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/8787>
12. Jimenez Z.K., Rojas L.R., (2017) Prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención, atendidas en el Servicio de Emergencias de una Clínica Privada de Miraflores, Lima, 2017. Recuperado el 26 de julio del 2017 de <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/812>
13. Luis MT, Fernández M, Navarro M. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2 ed. Barcelona: Masson; 2003. Pag. 8-9
14. Pereda Acosta M. (2011) Explorando la teoría general de enfermería de Orem
15. Alvarez Leiva C. Macias S. (2001). Puesta al día en urgencias, emergencias y catástrofes. Triage: Generalidades.
16. 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 Manchester?. [Tesis Doctoral] .España: Universidad de Oviedo; 2013.

ANEXOS

ANEXO 01:
INSTRUMENTOS VALIDADOS

INSTRUMENTO N° 2

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

N° HISTORIA CLINICA:

SEXO: FEMENINO

MASCULINO

EDAD:

¿QUE TIPO DE PRIORIDAD TIENE EL PACIENTE?

I

II

III

IV

TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA

HORA DE LLEGADA A LA CLINICA (H1)

HORA DE ATENCIÓN EN EL TRIAJE (H2)

DIFERENCIA: H2- H1 ____:____:____ =

ADECUADO SI CUMPLE CON EL ESTÁNDAR SEGÚN NORMA TÉCNICA

NO ADECUADO SI ES MAYOR QUE EL ESTÁNDAR SEGÚN NORMA TÉCNICA

DATOS PERSONALES

Responsable: RIMAC S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD
 Centro de Trabajo: CORTE SUPERIOR DE JUSTICIA DE LIMA NORTE
 Franquicia: ATENCION S/ 40
 Historia Clínica: 4954534 C
 Registro: 526450 DNI: 45458297
 Nombre: HERRERA GUERRERO MILAGROS ESTEFANIA
 Dirección: PSAJE AMARILIS 191 VILLA LOS ANGELES Edad: 30 AÑOS 1 MESES 5 DIAS
 Teléfono: 7777777 Fecha/Hora de Atención: 30/11/2018 08:31:38a.m.
 Conducido: Especificación

FUNCIONES VITALES

Presión Arterial: 120/60 mmHg Temperatura: 36.9 °C Frec. respiratoria: 20 /min. Frec. Cardíaca: 87 /min.

FUNCIONES BIOLÓGICAS

Peso: kg Talla: cm E.C.G (GLASGOW): 15.00 SAT.O2(Pulsioximetría): 100.00 % E.N.dolor: 4 Prioridad: 3

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

Antecedentes	Observaciones	Médico
Alergias	niega	BORDA JAICO HELEN FRANSHEKA

MOTIVO DE ATENCIÓN

paciente acude por dolor de cabeza de fuerte intensidad holocraneana, sensibilidad a la luz y náuseas y vómitos. Tiempo de Enfermedad: 1 día

SIGNOS Y SINTOMAS

Anamnesis	Descripción	Médico
Directa	cefalea, náuseas y vómitos	BORDA JAICO HELEN FRANSHEKA

Observaciones

se evalúa paciente en regulares condiciones generales hidratado afebril al tacto cabeza normocefala, centrado doloroso a la digitopresión

IMPRESION DIAGNOSTICA

Cat.CIE-10	Descripción Cat.CIE-10	Sub-Cat.CIE-10	Descripción Sub-Cat.CIE-10	Principal	Médico
G44	OTROS SINDROMES DE CEFALEA	G44.1	CEFALEA VASCULAR, NCOP	NO	BORDA JAICO HELEN FRANSHEKA

Observaciones

ANEXO 02:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado “**NIVEL DE PRIORIDAD DEL TRIAJE Y EL TIEMPO DE ESPERA EN LA ATENCION DE EMERGENCIA EN PACIENTES DE LA CLINICA JESUS DEL NORTE. LIMA. 2018**”, por esta razón es muy importante que conozca y entienda la información necesaria sobre el estudio de forma que permita tomar una decisión sobre su participación en el mismo. Cualquier duda o aclaración que surja respecto al estudio, le será aclarada por el investigador responsable.

El estudio pretende Determinar la relación entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes de la Clínica Jesús del Norte Lima. 2018

Por medio de este documento se asegura y garantiza la total confidencialidad de la información suministrada por usted y el anonimato de su identidad. Queda explícito que los datos obtenidos serán de uso y análisis exclusivo del estudio de investigación con fines netamente académicos.

DECLARACIÓN PERSONAL

He sido invitado a participar en el estudio titulado “**NIVEL DE PRIORIDAD DEL TRIAJE Y EL TIEMPO DE ESPERA EN LA ATENCION DE EMERGENCIA EN PACIENTES DE LA CLINICA JESUS DEL NORTE. LIMA. 2018**”, Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente el propósito de la investigación y se me han aclarado dudas relacionadas con mi participación en dicho estudio. Por lo tanto, acepto participar de

manera voluntaria en el estudio, aportando la información necesaria para el estudio y sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento.

Firma del participante

ANEXO 03:
BASES DE DATOS

Historia Clínica	Edad	Sexo	Tipo de Prioridad	Tiempo de espera en min	Cod. Tiempo de espera	Cumplimiento de la norma técnica	Diagnostico médico	Cod. De Diagnostico médicos
HCL 1	17	1	3	25	4	2	Intoxicación alimentaria	26
HCL 2	17	1	3	21	4	2	Gastroenteritis	18
HCL 3	17	1	3	19	3	1	Osteocondritis	29
HCL 4	16	2	3	20	3	1	Gastroenteritis	18
HCL 5	17	2	4	35	4	1	Faringitis	17
HCL 6	17	2	4	26	4	1	Resfrío común	33
HCL 7	17	2	4	23	4	1	Faringitis	17
HCL 8	19	1	4	43	4	1	EDA sin deshidratación	16
HCL 9	26	1	3	20	3	1	Hiperemesis Gravidica	22
HCL 10	25	1	2	15	3	2	Intento de suicidio	24
HCL 11	20	1	4	24	4	1	EDA sin deshidratación	16
HCL 12	19	1	3	19	3	1	Crisis de ansiedad	7
HCL 13	21	1	3	18	3	1	Crisis de ansiedad	7
HCL 14	22	1	3	19	3	1	Infeccion urinaria	25
HCL 15	28	1	3	19	3	1	Infeccion urinaria	25
HCL 16	27	1	3	20	3	1	Infeccion urinaria	25
HCL 17	25	1	3	23	4	2	Broncoespasmo leve	3
HCL 18	19	1	3	20	3	1	Broncoespasmo leve	3
HCL 19	20	1	3	19	3	1	Urticaria	38
HCL 20	23	1	3	20	3	1	Abceso	1
HCL 21	19	1	3	18	3	1	Otitis aguda	30
HCL 22	19	1	3	20	3	1	Herida que no requiere sutura	21

HCL 23	21	1	3	22	4	2	Gastroenteritis	18
HCL 24	22	1	3	19	3	1	Gastroenteritis	18
HCL 25	22	1	3	17	3	1	Intoxicación alimentaria	26
HCL 26	28	1	3	15	3	1	Lumbalgia	27
HCL 27	25	2	1	0	1	1	Herida con arma blanca	19
HCL 28	19	2	2	8	2	1	Herida cortante	20
HCL 29	22	2	2	10	2	1	Esguince	15
HCL 30	25	2	2	10	2	1	Esguince	15
HCL 31	26	2	2	13	3	2	Herida cortante	20
HCL 32	26	2	1	0	1	1	Herida con arma blanca	19
HCL 33	24	2	2	10	2	1	Esguince	15
HCL 34	23	2	3	19	3	1	Broncoespasmo leve	3
HCL 35	28	2	3	17	3	1	Gastroenteritis	18
HCL 36	26	2	3	15	3	1	Lumbalgia	27
HCL 37	23	2	3	19	3	1	Gastroenteritis	18
HCL 38	27	2	3	18	3	1	Lumbalgia	27
HCL 39	27	2	3	19	3	1	Lumbalgia	27
HCL 40	24	2	4	26	4	1	Lumbalgia	27
HCL 41	25	2	3	24	4	2	Gastroenteritis	18
HCL 42	23	2	4	22	4	1	Faringitis	17
HCL 43	22	2	3	18	3	1	Lumbalgia	27
HCL 44	21	2	4	27	4	1	Faringitis	17
HCL 45	19	2	3	18	3	1	Broncoespasmo leve	3

HCL 46	20	2	3	20	3	1	Mordedura de perro	28
HCL 47	26	2	3	24	4	2	Gastroenteritis	18
HCL 48	25	2	3	17	3	1	Intoxicación alimentaria	26
HCL 49	28	2	3	18	3	1	Gastroenteritis	18
HCL 50	25	2	3	19	3	1	Gastroenteritis	18
HCL 51	27	2	3	20	3	1	Otitis aguda	30
HCL 52	29	2	3	16	3	1	Sinusitis aguda	36
HCL 53	26	2	3	18	3	1	Síndrome vertiginoso	35
HCL 54	20	2	3	20	3	1	Herida que no requiere sutura	21
HCL 55	20	2	3	19	3	1	Gastroenteritis	18
HCL 56	21	2	3	18	3	1	Gastroenteritis	18
HCL 57	22	2	3	19	3	1	Herida que no requiere sutura	21
HCL 58	28	2	3	19	3	1	Herida que no requiere sutura	21
HCL 59	28	2	3	20	3	1	Sinusitis aguda	36
HCL 60	38	1	1	0	1	1	Policontuso	32
HCL 61	37	1	2	8	2	1	Crisis Asmática	8
HCL 62	44	1	2	9	2	1	Esguince	15
HCL 63	40	1	2	15	3	2	Diabetes Mellitus descompensada	12
HCL 64	56	1	2	10	2	1	Crisis Asmática	8
HCL 65	45	1	4	21	4	1	Faringitis	17
HCL 66	37	1	4	22	4	1	Dolor de oído leve	13
HCL 67	45	1	4	34	4	1	Faringitis	17
HCL 68	48	1	3	21	4	2	Osteocondritis	29

HCL 69	37	1	3	20	3	1	Infeccion urinaria	25
HCL 70	38	1	3	19	3	1	Broncoespasmo leve	3
HCL 71	45	1	3	26	4	2	Dolor de oido leve	13
HCL 72	49	1	3	19	3	1	Lumbalgia	27
HCL 73	55	1	3	20	3	1	Infeccion urinaria	25
HCL 74	56	1	3	18	3	1	Infeccion urinaria	25
HCL 75	58	1	3	18	3	1	Lumbalgia	27
HCL 76	59	1	3	19	3	1	Cefalea leve	4
HCL 77	53	1	3	17	3	1	Lumbalgia	27
HCL 78	32	1	3	16	3	1	Broncoespasmo leve	3
HCL 79	30	1	3	25	4	2	Otitis aguda	30
HCL 80	31	1	3	17	3	1	Cefalea leve	4
HCL 81	33	1	3	19	3	1	Gastroenteritis	18
HCL 82	33	1	3	20	3	1	Gastroenteritis	18
HCL 83	36	1	3	26	4	2	Broncoespasmo leve	3
HCL 84	39	1	3	20	3	1	Celulitis	5
HCL 85	45	1	3	18	3	1	Hiperemesis Gravidica	22
HCL 86	44	1	3	19	3	1	Lumbalgia	27
HCL 87	32	1	3	17	3	1	Lumbalgia	27
HCL 88	35	2	1	0	1	1	Herida con arma blanca	19
HCL 89	37	2	1	0	1	1	TEC Severo	37
HCL 90	38	2	2	9	2	1	Crisis Asmatica	8
HCL 91	39	2	2	10	2	1	Esguince	15

HCL 92	48	2	4	25	4	1	Faringitis	17
HCL 93	51	2	4	24	4	1	Faringitis	17
HCL 94	34	2	3	21	4	2	Lumbalgia	27
HCL 95	56	2	3	21	4	2	Lumbalgia	27
HCL 96	59	2	3	20	3	1	Lumbalgia	27
HCL 97	45	2	3	19	3	1	Lumbalgia	27
HCL 98	48	2	3	26	4	2	Gastroenteritis	18
HCL 99	45	2	3	19	3	1	Lumbalgia	27
HCL 100	56	2	3	20	3	1	Resfrío común	33
HCL 101	46	2	3	18	3	1	Gastroenteritis	18
HCL 102	56	2	3	18	3	1	Lumbalgia	27
HCL 103	58	2	3	19	3	1	Cefalea leve	4
HCL 104	59	2	3	17	3	1	Lumbalgia	27
HCL 105	34	2	3	16	3	1	Osteocondritis	29
HCL 106	33	2	3	25	4	2	Cefalea leve	4
HCL 107	30	2	3	17	3	1	Lumbalgia	27
HCL 108	56	2	3	19	3	1	Gastroenteritis	18
HCL 109	43	2	3	20	3	1	Lumbalgia	27
HCL 110	34	2	3	26	4	2	Lumbalgia	27
HCL 111	36	2	3	20	3	1	Cefalea leve	4
HCL 112	30	2	3	18	3	1	Gastroenteritis	18
HCL 113	32	2	3	19	3	1	Gastroenteritis	18
HCL 114	40	2	3	17	3	1	Broncoespasmo leve	3

HCL 115	50	2	3	20	3	1	Broncoespasmo leve	3
HCL 116	43	2	3	18	3	1	Cefalea leve	4
HCL 117	56	2	3	19	3	1	Lumbalgia	27
HCL 118	53	2	3	19	3	1	Cefalea leve	4
HCL 119	56	2	3	20	3	1	Lumbalgia	27
HCL 120	88	1	1	0	1	1	Arritmia	2
HCL 121	76	1	1	0	1	1	Dolor Torácico	14
HCL 122	61	1	2	14	3	2	Diabetes Mellitus descompensada	12
HCL 123	83	1	1	0	1	1	Arritmia	2
HCL 124	62	1	2	10	2	1	Crisis Asmática	8
HCL 125	78	1	2	9	2	1	Deshidratación aguda	10
HCL 126	70	1	2	11	3	2	Diabetes Mellitus descompensada	12
HCL 127	69	1	2	10	2	1	Retención urinaria	34
HCL 128	88	1	3	16	3	1	Infección urinaria	25
HCL 129	82	1	4	22	4	1	Resfrío común	33
HCL 130	76	1	3	26	4	2	Hipertensión arterial leve no controlada	23
HCL 131	64	1	3	19	3	1	Broncoespasmo leve	3
HCL 132	68	1	3	17	3	1	Deshidratación Leve	9
HCL 133	69	1	3	20	3	1	Hipertensión arterial leve no controlada	23
HCL 134	75	1	3	18	3	1	Broncoespasmo leve	3
HCL 135	71	1	3	19	3	1	Crisis de ansiedad	7
HCL	72	1	4	27	4	1	Depresión	11

136								
HCL 137	80	1	3	20	3	1	Hipertensión arterial leve no controlada	23
HCL 138	73	2	2	10	2	1	Hipertensión arterial leve no controlada	23
HCL 139	65	2	2	10	2	1	Retención urinaria	34
HCL 140	60	2	3	19	3	1	Broncoespasmo leve	3
HCL 141	70	2	1	0	1	1	Dolor Torácico	14
HCL 142	75	2	2	8	2	1	Retención urinaria	34
HCL 143	67	2	3	18	3	1	Hipertensión arterial leve no controlada	23
HCL 144	81	2	1	0	1	1	Arritmia	2
HCL 145	82	2	1	0	1	1	Paro Cardio Respiratorio	31
HCL 146	75	2	2	16	3	2	Retención urinaria	34
HCL 147	84	2	3	23	4	2	Broncoespasmo leve	3
HCL 148	83	2	1	0	1	1	Paro Cardio Respiratorio	31
HCL 149	74	2	2	18	3	2	Deshidratación aguda	10
HCL 150	62	2	2	20	3	2	Colico Renal	6
HCL 151	62	2	3	24	4	2	Hipertensión arterial leve no controlada	23
HCL 152	74	2	3	26	4	2	Hipertensión arterial leve no controlada	23

ANEXO 04

MATRIZ DE CONSISTENCIA

NIVEL DE PRIORIDAD DEL TRIAJE Y EL TIEMPO DE ESPERA EN LA ATENCION DE EMERGENCIA EN PACIENTES DE LA CLINICA JESUS DEL NORTE. LIMA. 2018

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variables	Dimensiones	Indicadores	Item
¿Cuál es la relación entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes de la Clínica Jesús del Norte Lima. 2018?	Determinar la relación entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes de la Clínica Jesús del Norte Lima. 2018	El Nivel de prioridad del triaje tiene relación significativa con el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes de la Clínica Jesús del Norte Lima. 2018.	V1 Nivel de prioridad del triaje	Prioridades	-Emergencia o gravedad súbita extrema -Urgencia mayor -Urgencia menor -Patología aguda común	Marcar el tipo de prioridad: Prioridad I Prioridad II Prioridad III Prioridad IV
PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS		V2 Tiempo de espera	Tiempo de promedio en espera	Hora de llegada a la clínica (h1) Hora de atención en el triaje (h2)	Cumple con la norma. No cumple con la norma.
¿Cuál es el nivel de	Identificar el nivel de					

<p>prioridad del triaje en la atención de emergencia en pacientes de la Clínica Jesús del Norte Lima. 2018?</p> <p>¿Cuál es el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes de la Clínica Jesús del Norte Lima. 2018?</p>	<p>prioridad del triaje en la atención de emergencia en pacientes de la Clínica Jesús del Norte. Lima. 2018</p> <p>Identificar el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes de la Clínica Jesús del Norte. Lima. 2018</p>					
---	--	--	--	--	--	--