

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



**TIEMPO DE ESPERA EN RELACIÓN AL NIVEL DE PRIORIDAD DE
ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA ESSALUD PIURA. 2019**

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

AUTORES:

**PAOLA DEL CARMEN VEGA BARCO
LESLIE KATHERIN VASQUEZ SIANCAS**

**CALLAO – PERU
2020**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALLES PRESIDENTE
- DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA SECRETARIO
- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO VOCAL

ASESORA: MG. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 17-2020

Fecha de Aprobación de tesis: 11/01/2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-CU de fecha 30 de Octubre del 2018, sobre designación de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional

DEDICATORIA

Mi tesis está dedicada a Dios por brindarme vida, salud, fortaleza,
por ser mi amigo fiel;

a mis padres por su apoyo incondicional en mis deseos de superación y
a mi querida hija Isabel, por ser mi fuente de motivación para poder superarme
y seguir creciendo académicamente.

Lic. Leslie Katherine Vásquez Siancas

Mi tesis la dedico a mi Dios todopoderoso

A mis queridos abuelos Benito y Fernanda, siempre los llevare en mi corazón.

A mi madre, Luzmila por enseñarme a ser perseverante.

A Wilbert sabes que siempre te apoyare en todo sentido y sobre todo a Rey
Fidel por su apoyo a lo largo de mi vida.

Lic. Paola del Carmen Vega Barco

INDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCION	7
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1. Descripción de la realidad problemática	9
1.2. Formulación del problema	9
1.2.1. Problema general	9
1.2.2. Problema específicos	9
1.3. Objetivos	11
1.3.1. Objetivo general	11
1.3.2. Objetivo específico	11
1.4. Limitantes de la investigación	12
1.4.1. Limitantes teóricos	12
1.4.2. Limitantes temporales	12
1.4.3. Limitantes espaciales	12
II. MARCO TEORICO	13
2.1. Antecedentes	13
2.1.1. Internacionales	13
2.1.2. Nacionales	14
2.2. Bases teóricas	14
2.3. Conceptual	15
2.4. Definición de términos básicos	16
III. HIPOTESIS Y VARIABLES	30
3.1. Hipótesis	31
3.1.1. Hipótesis general	32
3.1.2. Hipótesis específica	32
3.2. Definición conceptual de variables	32
3.2.1. Operacionalización de variable	

IV. DISEÑO METODOLOGICO	34
4.1. Tipo y diseño de investigación	34
4.2. Método de investigación	34
4.3. Población y muestra	34
4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado	36
4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la formación	37
4.6. Análisis y procesamiento de datos	37
V. RESULTADOS	38
5.1. Resultados descriptivos	38
5.2. Resultados inferenciales	46
5.3. Otro tipo de resultados estadísticos	
VI. DISCUSION DE RESULTADOS	48
6.1. Contratación y demostración de la hipótesis con los resultados	48
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	53
ANEXOS	56
• Matriz de consistencia	
• Instrumentos validados	
• Consentimiento informado en caso de ser necesario	
• Base de datos	

TABLAS DE CONTENIDO

TABLA N°1: DISTRIBUCIÓN SEGUN TOPICO DE ATENCION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

TABLA N°2: DISTRIBUCIÓN DE EDADES DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

TABLA N°3: DISTRIBUCION ENTRE TOPICO Y PRIORIDAD DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

TABLA N°4: DISTRIBUCION ENTRE TIEMPO DE ATENCIÓN Y PRIORIDAD DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

TABLA N°5: DISTRIBUCION ENTRE TIEMPO DE ATENCIÓN Y EDADES DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

TABLA N°6: CORRELACIÓN ENTRE TIEMPO DE ATENCIÓN Y NIVEL DE PRIORIDAD DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

TABLA N°7: CORRELACIÓN ENTRE TIEMPO DE ATENCIÓN Y EL SEXO DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

TABLAS DE GRAFICOS

GRAFICO N°1: DISTRIBUCIÓN SEGUN TOPICO DE ATENCION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

GRAFICO N°2: DISTRIBUCIÓN DE EDADES DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

GRAFICO N°3: DISTRIBUCION ENTRE TOPICO Y PRIORIDAD DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

GRAFICO N°4: DISTRIBUCION ENTRE TIEMPO DE ATENCIÓN Y PRIORIDAD DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

GRAFICO N°5: DISTRIBUCION ENTRE TIEMPO DE ATENCIÓN Y EDADES DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

GRAFICO N°6: CORRELACIÓN ENTRE TIEMPO DE ATENCIÓN Y NIVEL DE PRIORIDAD DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

GRAFICO N°7: CORRELACIÓN ENTRE TIEMPO DE ATENCIÓN Y EL SEXO DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

RESUMEN

Objetivo: Se determinó el tiempo de espera en relación al nivel de prioridad de atención de pacientes en el servicio de emergencia del hospital III José Cayetano Heredia Es salud Piura en el periodo julio 2019. *Metodología:* Es un estudio de naturaleza cuantitativa, observacional, correlacional, prospectivo y de corte transversal. *Material y métodos:* La población quedó conformada por el total de los pacientes atendidos durante el mes de julio del 2019 en el servicio de emergencia del hospital III José Cayetano Heredia el cual fue de 6000 pacientes, y la muestra en la presente investigación quedó constituida por 361 pacientes. El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos y la observación, dicho instrumento fue validado por 7 especialistas en juicio de expertos que laboran en diferentes hospitales del servicio de emergencia de la ciudad. *Resultados:* se encontró que, de los 361 pacientes en estudio, el 52.6% fueron atendidos en el tópico de medicina y 47.4% fueron atendidos en el tópico de cirugía, 53.5% pacientes son del sexo masculino y 46.5% fueron de sexo femenino, el 33.5 % de los pacientes atendidos tuvieron entre 25 a 44 años.

De acuerdo a prioridad de atención el 47.36% fueron prioridad II de atención, y 74.26% de estos se atendieron en tópico de medicina. El 46,26% fueron prioridad III de atención y de estos 74.40% se atendieron en tópico de cirugía. El 6.37% fueron prioridad IV de atención, y de estos 6.52% se atendieron en el tópico de cirugía. Según el nivel de atención por prioridad II se atendieron 7.49% dentro de la norma, de acuerdo a prioridad III, se atendieron 74.25% pacientes dentro del tiempo establecido según norma, y con respecto a la prioridad IV el 100% se atendió dentro del tiempo establecido según norma. Se llegó a la conclusión que si existe buena relación entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención en el servicio de emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia Es salud - Piura en el periodo julio 2019, basado en el valor de Rho de Spearman = 0.631, valor que se encuentra dentro del intervalo [0.6; 0.8].

Palabras clave: prioridad de atención, tiempo de espera, emergencia

ABSTRACT

Objective: The waiting time was determined in relation to the level of priority of patient care in the emergency service of the hospital III José Cayetano Heredia Essalud Piura in the period July 2019. **Methodology:** It is a quantitative, observational, correlational study, Prospective and cross-sectional. **Material and methods:** The population was made up of the total number of patients treated during the month of July 2019 in the emergency service of the Jose Cayetano Heredia III hospital which was 6000 patients, and the sample in the present investigation was constituted by 361 patients The instrument used was a data collection and observation sheet, said instrument was validated by 7 experts in the judgment of experts working in different hospitals of the emergency service of the city. **Results:** it was found that of the 361 patients under study, 52.6% were treated in the topic of medicine and 47.4% were treated in the topic of surgery, 53.5% patients were male and 46.5% were female, 33.5 % of the patients treated were between 25 and 44 years old.

According to priority of attention, 47.36% were priority II of attention, and 74.26% of these were treated in a topic of medicine. 46.26% were priority III care and of these 74.40% were treated in a topic of surgery. 6.37% were priority IV care, and of these 6.52% were treated in the topic of surgery. According to the level of care by priority II, 7.49% were treated within the norm, according to priority III, 74.25% patients were treated within the time established according to the standard, and with respect to priority IV, 100% were treated within the time established according to norm. It was concluded that if there is a good relationship between the level of priority of the triage and the waiting time in the emergency service of the Hospital José Cayetano Heredia Essalud - Piura in the period July 2019, based on the value of Spearman's $Rho = 0.631$, value that is within the range $[0.6; 0.8]$.

Keywords: attention priority, waiting time, emergency

INTRODUCCION

La creciente demanda asistencial no permite atender en forma oportuna y eficaz a todos los usuarios que acuden al servicio de emergencia en los diferentes establecimientos de salud. El tiempo de espera del paciente para recibir una atención o asistencia médica varía según los diferentes niveles de prioridad que estos presentan, por lo que en la mayor parte de los servicios de emergencia hospitalarios se establecen áreas de priorización asistencial según el modelo de triaje.

En los últimos años se ha evidenciado un crecimiento superior a lo normal de la población tanto en la capital como en las diferentes regiones a nivel nacional. Lo cual origina una progresiva saturación de los servicios de emergencia hospitalarios, lo cual ocasiona tiempos de espera prolongados e inaceptables, partiendo desde el punto de vista de la calidad de servicio, con lo cual el retraso de la atención nos indica una inadecuada atención.

El tiempo de espera de los pacientes según niveles de prioridad para ser adecuado debe cumplir con los tiempos de percentil de cumplimiento y del percentil de cumplimiento marginal que son porcentajes dentro de un nivel de triaje atendidos en un tiempo establecido.

Considerando el nivel de prioridad según un modelo de triaje, los tiempos de espera correspondientes varían, idealmente los niveles de mayor prioridad deben tener un tiempo de espera menor, comparados con los de menor prioridad.

La falta de un adecuado sistema de triaje y áreas de atención específicas para cada uno de los diferentes niveles de priorización en el servicio de emergencia, la poca literatura a nivel nacional, y la necesidad de conocer la realidad en nuestro medio es el motivo para la realización del presente trabajo de investigación.

La investigación comprende siete capítulos que se detallan:

Primer Capítulo, trata sobre el planteamiento del problema en el que se demuestra todas sus partes.

Segundo Capítulo, el marco teórico desarrollada con sustento para la elaboración del trabajo de investigación.

En el tercer capítulo, se presenta la Hipótesis y variables de la investigación.

En el Cuarto capítulo. Se plantea el diseño metodológico de investigación.

En el quinto capítulo se presenta el cronograma de actividades.

En el sexto capítulo se presenta el presupuesto.

En el capítulo siete se hace mención a las referencias bibliográficas

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La gran demanda de pacientes en las unidades de emergencias hospitalarias, ha sufrido un incremento a nivel mundial desde el siglo pasado, acarreando una serie de consecuencias negativas, tanto para los pacientes como para el servicio en general.

Gran parte de este incremento de visitas se debe a las personas que utilizan los servicios de forma inadecuada. Este fenómeno ha puesto de manifiesto la necesidad de implantar sistemas de triaje estructurado, muchas veces pasando de cuatro niveles a cinco niveles de triaje, prolongando el tiempo de espera hospitalaria. ⁽¹⁾

De acuerdo con numerosos estudios, a nivel internacional, los servicios de urgencias presentan una elevada y creciente demanda por parte de los usuarios, en muchas ocasiones, debido a motivos que no son pertinentes para ser atendidos en ellos. Esto ha conllevado a que los servicios de urgencias cada vez jueguen un papel más relevante en los sistemas de salud a nivel mundial por factores asociados a: las condiciones de oferta de los mismos, las características de quienes los demandan, y a las condiciones de organización de los sistemas de salud de los que hacen parte. ⁽²⁾

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. ⁽³⁾

Según reporte por el Seguro Social (EsSalud) según análisis ejecutivo a nivel nacional de las prestaciones de salud 2016. 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. ⁽⁴⁾

En la ciudad de Piura, se encuentra el Hospital III José Cayetano Heredia, siendo de mayor complejidad en la región donde se atienden referencias de diferentes centros asistenciales de la región de la red de Es salud, entre las diferentes redes conformados por 20 centros asistenciales entre postas, centros de atención primaria (CAP) y hospitales de menor complejidad, de los cuales todas las emergencias son atendidas en este nosocomio.⁽⁵⁾

Entre el total de atenciones registradas en diferentes años, atendidas en el servicio de emergencia tenemos que en el año 2014 hubo un total de 58,079 atenciones de emergencia de los cuales en este año el mayor número de pacientes fueron de prioridad II (32,149). Durante el año 2015 hubo un total de 61,949 pacientes atendidos en el servicio de emergencia en el cual el mayor número de atenciones fueron de prioridad II (31,631).⁽⁶⁾

En el año 2016 se atendieron 64,568 pacientes en el servicio de emergencia de los cuales el mayor número de atenciones fue de prioridad II (45,226). Así mismo en el año 2017 se atendieron 67, 643 atenciones de emergencia de las cuales según grado de prioridad esta prioridad II con 50, 004 pacientes.⁽⁷⁾

En el año 2018 se atendieron 61, 549 pacientes en emergencia de los cuales 45,989 pacientes fueron de prioridad II. En el presente año hasta el mes de junio se tiene 30,901 pacientes atendidos en emergencia de los cuales 18, 895 pacientes fueron de prioridad II.⁽⁸⁾

Como se puede deducir las cifras son grandes, a pesar de tener personal capacitado, infraestructura dividida en diferentes áreas, tales como tópico de cirugía, tópico de medicina, UCE, emergencia ginecobstetricia, emergencia pediátrica, y unidades donde se monitorizan los pacientes con espera de hospitalización en la misma área de emergencia conocida como unidades de reposo. Pese a la distribución, aun así, se evidencia el tiempo de espera muchas veces sobrepasa lo estipulado según normativa de atención.

Es por todo ello que surgía inquietud por investigar: Cual es el tiempo de espera de acuerdo al nivel de prioridad de atención en el servicio de emergencia del hospital III José Cayetano Heredia.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el tiempo de espera en relación al nivel de prioridad de atención de pacientes en el servicio de emergencia del hospital III José Cayetano Heredia Essalud Piura en el periodo julio 2019?

1.2.2. Problema específicos

- ¿Cuál es el tiempo de espera en el servicio de emergencia del hospital III José Cayetano Heredia Essalud Piura en el periodo julio 2019?
- ¿Cuál es el nivel de prioridad de atención de pacientes en el servicio de emergencia del hospital III José Cayetano Heredia Essalud Piura en el periodo julio 2019?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar el tiempo de espera en relación al nivel de prioridad de atención de pacientes en el servicio de emergencia del hospital III José Cayetano Heredia Essalud Piura en el periodo julio 2019

1.3.2. Objetivo específico

- Identificar el tiempo de espera en el servicio de emergencia del hospital III José Cayetano Heredia Essalud Piura en el periodo julio 2019.

- Identificar el nivel de prioridad de atención de pacientes en el servicio de emergencia del hospital III José Cayetano Heredia Es salud Piura en el periodo julio 2019.

1.4. Limitantes de la investigación

1.4.1. Limitantes teóricos

No hubo limitantes teóricas ya que actualmente hay varios trabajos hechos con respecto a este tema en satisfacción laboral ya sea en la parte de salud u otras

1.4.2. Limitantes temporales

El tiempo fue un limitante, ya que instrumento de recolección de datos se aplicaba en horarios distribuidos en los tres turnos mañana, tarde, o noche, los cuales se cruzaban con nuestro horario de trabajo.

1.4.3. Limitantes espaciales

No hubo limitantes espaciales.

II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales

Soto V.; Morales G. (2018) en su tesis titulada “Tiempos de atención de urgencias neurológicas en un hospital regional de alta complejidad”. estudio fue prospectivo y observacional. Se seleccionó una muestra no probabilística. Se muestran las 859 consultas del período, de las cuales 289 fueron UV y 570 UNV. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre UV y las variables: edad, sexo masculino, etnia mapuche y ruralidad. Una gran proporción de las urgencias neurológicas son tiempo-dependientes³⁻⁵, por esto se recomienda que “cualquier paciente con un problema neurológico urgente pueda ser atendido por un neurólogo en menos de una hora del inicio de los síntomas”⁶. Idealmente, en urgencias neurológicas de riesgo vital, la evaluación debiera realizarse dentro de 15 min desde el ingreso. En nuestro estudio, solo 27,1% de los pacientes fue evaluado en menos de una hora, con una diferencia significativa entre UV y UNV (22,6 versus 36%). Además, con el cambio de modelo de atención el porcentaje de sujetos evaluados dentro de una hora desde su llegada aumentó de 19,3 a 30,3%. Dentro de las posibles causas del bajo cumplimiento de la recomendación destacan: colapso del servicio de urgencia (overcrowding), no disponibilidad de box de atención, retraso para la categorización, retraso entre priorización. ⁽⁸⁾

Martin M. (2013) en su estudio de investigación titulado: “Estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalario” Los objetivos de este estudio han sido determinar el número de pacientes que hace un uso inadecuado del servicio de urgencias, así como valorar si se cumplen criterios de calidad en cuanto al tiempo de espera desde que los pacientes quedan registrados en Admisión. El estudio realizado es de tipo observacional

descriptivo transversal. Se ha llevado a cabo en un Servicio de Urgencias Hospitalario, que presta atención médica a una población de aproximadamente 93.500 habitantes. De los n= 406 casos, 218 son de sexo masculino (53,7 %) y 188 son de sexo femenino (46,3 %). Una vez atendidos en el servicio de Triage, los pacientes esperan hasta ser vistos por el facultativo. En un 79 % de los casos (332 pacientes) sí se encuentran dentro del tiempo de espera según el nivel de prioridad del triaje, mientras que un 18% (74 pacientes) son atendidos por el facultativo pasado ese tiempo de espera establecido. En este Hospital donde se ha realizado el estudio, se obtuvo un 17% de visitas inadecuadas al servicio de urgencias, lo cual difiere bastante de estudios realizados por otros autores, cuyo porcentaje oscila entre 24-79%. Esta oscilación tan amplia puede deberse a las distintas definiciones empleadas para la inadecuación de la visita al servicio de urgencias y a factores locales y poblacionales. ⁽⁹⁾

Sanizo Z. L. en su tesis “Atención de recepción, acogida al usuario que acude al servicio de emergencia de la Caja Petrolera de Salud en el segundo trimestre 2013, La Paz – Bolivia”, tuvo por objetivo evaluar el sistema de atención al usuario que acude al servicio de emergencia, este estudio es de tipo descriptivo cuantitativo, transversal; los resultados fueron tiempo de espera para la atención, una hora y más de dos horas para la valoración por especialidad; el 72% es atendido de acuerdo a la llegada, sólo 5% al 7% son atendidos en menos de 15 minutos en el espacio físico disponibles. De acuerdo a resultados de la investigación se plantea una nueva reorganización e implementar el triaje para garantizar una asistencia integral y modular la asistencia de los procesos no urgentes, en un marco de continuidad asistencial. ⁽¹⁰⁾

2.1.2.Nacionales

Osorio R., Palacios R., en su estudio de investigación titulada: “relación entre los niveles de prioridad del triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia essalud-Lima Perú 2016”. Tuvo como objetivo principal determinar la relación que existe entre los niveles de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Marino Molina – EsSalud, octubre - diciembre 2015. Este estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, la muestra lo conformaron 385 historias clínicas, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. La información se recolectó a través de una ficha de registro de datos, utilizándose la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia. ⁽¹¹⁾

Vílchez Z. C. en su estudio titulado Aplicación de un sistema de triaje de cinco niveles en pacientes que acuden al servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote – EsSalud, realizado en Noviembre del 2008 a Setiembre 2009 – Perú, tuvo como objetivo evaluar el resultado de la aplicación de un sistema de triaje de cinco niveles en el servicio de emergencia del Hospital III Chimbote, en el cuál se obtuvieron los siguientes resultados, el tiempo promedio de duración del triaje por paciente fue de 3.48 minutos y el tiempo promedio de espera del paciente que pasó triaje para ser evaluado por el médico de tópico fue de 58.69 Minutos, teniendo como máxima espera a más de 180 minutos; concluye; que existe la necesidad de implementar en el Hospital III de Chimbote- EsSalud el sistema de triaje de V niveles las 24 horas del día, con recurso humano capacitado. ⁽¹²⁾

2.2. Bases teóricas

Watson: El Cuidado Humanizado El cuidar es el núcleo de la profesión enfermera; no obstante, analizando el contexto social y sanitario actual, debemos llevar a cabo un esfuerzo consciente para preservarlo dentro de nuestra práctica asistencial, gestora, de formación y/o de investigación. La teoría del Cuidado Humano de J. Watson es una de las claves para lograr este empeño. Actualmente nos encontramos en un espacio de convivencia cada vez más diverso y plural. En el ámbito sanitario las redes adquieren complejidades a medida que van absorbiendo poblaciones de orígenes distintos con necesidades desiguales y donde el cuidado de la persona y la atención a sus necesidades pasan a ser acciones con un sentido complejo y fundamental, ligado a múltiples factores simbólicos individuales entrelazados, entre otros, con los culturales y los éticos, exponiendo a la persona a sufrir algún evento adverso en el proceso de atención, disminuyendo la calidad de atención ⁽¹³⁾. Por ello surge la necesidad de acercarse al ser humano y repensar las relaciones y los cuidados. El reto de la diferencia está transformando los modelos asistenciales. La teoría de Watson surge, en parte, como respuesta a una observación de los continuos cambios producidos en las organizaciones sanitarias, con un enfoque excesivamente médico, técnico y, a su vez, económico, que va en detrimento de los valores del cuidado y de la Enfermería. Por tanto, considera que es necesario humanizar los cuidados núcleo de nuestra profesión ya de por sí sumergidos en un sistema de salud burocratizado, proporcionando un sistema de valores que contribuya a fomentar una profesión más social, moral y científica, y a la vez permita lograr un ambiente seguro para el paciente, siendo uno de los pilares principales de la calidad en la atención.

En la actualidad y en nuestro contexto, la teoría de Watson nos guía hacia una toma de conciencia de la esencia de nuestra profesión, el

cuidado, y reformula su implementación en las diferentes áreas de actuación: asistencia, gestión, formación e investigación.⁽¹⁴⁾

2.3 Definición conceptual

TRIAJE:

El triaje como filtro y clasificación de pacientes tiene su origen en la palabra francesa “trier”, cuyo significado es clasificar, repartir los elementos de un conjunto en grupos, de acuerdo con criterios. El término fue usado por primera vez durante la guerra napoleónica, cuando el Emperador Napoleón Bonaparte le ordenó al Barón Dominique Jean Larrey, médico de las tropas: "Los soldados que no tengan capacidad de recuperarse deben dejarse en el frente de batalla y sólo deben llevarse al hospital a los pacientes que puedan recuperarse" con esa petición surgió el inicio del triaje, como método de clasificación y Barón Dominique Jean Larrey se considera el padre del triaje. Posteriormente, y debido a los acontecimientos militares durante los siglos XIX y XX, en la primera Guerra Mundial se usó el triaje para atender a los heridos de guerra.⁽¹⁵⁾

CLASIFICACION:

En 1860 Weinerman y colaboradores publicaron en Estados Unidos la primera descripción sistemática del uso de una clasificación de los pacientes civiles en los servicios de urgencias, a causa de un elevado porcentaje de pacientes que acudían a este servicio con enfermedades no urgentes. Se organizó como tal el triaje hospitalario, en la actualidad existen diversos modelos de triaje. ⁽¹⁵⁾

En 1990 se iniciaron trabajos para organizar el sistema de triaje basándose en fiabilidad y validación estadística. El sistema triaje tuvo como objetivo identificar a los pacientes en riesgo vital de manera rápida y determinar el área más adecuada al tratar a un paciente, disminuir la

congestión en las áreas de tratamiento del servicio de urgencias para mejorar el flujo de pacientes. En la actualidad existen cinco modelos de triage hospitalario de uso universal: el australiano (ATS), del departamento de Canadá (CTAS), de Manchester (MTS), índice de gravedad de urgencias (ESI) y sistema de triage andorrano (MAT). Estos modelos manejan cinco niveles de prioridad. ⁽¹⁶⁾

El sistema CAST utiliza una lista de descripciones que permite asignar a los pacientes en uno de los cinco niveles del triage, es de uso generalizado desde 1999, por el National Working Group del departamento de Canadá. Este sistema es reproducible y la estratificación del triage entre dos o más evaluadores no es dependiente exclusivamente del personal que lo usa, sino que por sí solo es una herramienta útil de clasificación, ya que se basa en motivos de consulta y en la experiencia del personal que lo elabora, obteniendo índices de calidad internacional de acuerdo con los niveles: I: 98%, II: 95%, III: 90%, IV: 85% y V: 80%. Reproducibilidad: kappa 0.68-0.89, lo que significa excelente para la concordancia entre evaluadores. ⁽¹⁵⁾

En México se maneja el triage modificado del canadiense, andorrano, inglés y del IMSS, el cual aparece en las guías de práctica clínica y tiene como objetivo optimizar la atención del paciente. ⁽¹⁷⁾

Niveles de prioridad de los cinco modelos de triage hospitalario:

Nivel I (código rojo, urgencia vital): prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora. Estos pacientes no necesitan triaje informático y su acceso es inmediato.

- Nivel II (código naranja, emergencia): situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.

- Nivel III (código amarillo, urgencia): procesos agudos, no críticos y estables hemodinámica mente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.
- Nivel IV (código verde, semiurgente): urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Son procesos banales y pueden requerir asistencia médica, en su mayoría, en un Centro de Salud de Atención Primaria. Demora máxima de 120 minutos.
- Nivel V (código azul, no urgencia). Poca complejidad en patología o cuestiones administrativas, citaciones, etc. Son procesos banales y que no precisan atención en servicios de urgencia hospitalaria. Demora de hasta 240 minutos.

A nivel mundial, los sistemas de triaje estructurado basados en 5 niveles, son los que han conseguido mayor grado de evidencia científica. ⁽¹⁸⁾

EMERGENCIA

Situación de inicio o aparición brusca que presenta un riesgo vital o de función básica que necesita asistencia inmediata (minutos) y que es objetivable, ya que la lesión puede progresar en severidad y producir complicaciones con alta probabilidad de muerte. Esta situación obliga a poner en marcha, recursos y medios especiales para prevenir un desenlace fatal. Ejemplos de estas situaciones son: paro cardiorespiratorio, neumotórax, infarto, etc.⁽¹⁹⁾

URGENCIA

Situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo, que condiciona un episodio asistencial con importante consumo de recursos, en un corto periodo de tiempo por lo que amerita asistencia rápida (horas).

En países a la vanguardia de la emergencia, los sistemas basados en el grado de urgencia y la complejidad se sustentan sobre la disponibilidad de una escala de cinco niveles de priorización en el triaje, válida, útil y reproducible, tal como recomiendan las sociedades científicas de medicina y enfermería de urgencias y emergencias de Australia, Canadá, Reino Unido, Estados Unidos y España, basándose en el consenso de expertos y en la revisión de la evidencia científica sobre el triaje de urgencias.

Efectivamente, la comunidad científica internacional coincide hoy en recomendar a los servicios de urgencias la adopción de escalas uniformes, validadas y estandarizadas de triaje de 5 niveles de priorización, de ámbito nacional, como medida para mejorar la calidad de la asistencia a los pacientes. Estos no solo priorizan a los pacientes, sino que, además, otorgan la primera atención básica y solicitan el estudio inicial. Ayuda también a mantener la calma, al otorgar un ambiente adecuado a los pacientes y sus familiares.

En base a lo anterior la escala nacional de triaje del Reino Unido y los consensos realizados al triaje canadiense, que han obtenido buena validación al considerar a los pacientes que solicitan atención en los departamentos de urgencia y emergencia en cinco niveles o escalas, donde los del nivel I indica resucitación, nivel II emergencia, nivel III urgencia, nivel IV menor urgente y nivel V ninguna urgencia. A la vez estos niveles pueden ser agrupados bajo dos prioridades:

PRIORIDAD UNO

Patologías emergentes o urgentes que requieren atención inmediata ya que representan un compromiso vital para el paciente según los conceptos de emergencia y urgencia. Engloban en este punto los pacientes del nivel I- nivel II y, deben ser atendidos en un periodo menor de 15 minutos.

PRIORIDADES

Patologías que no requieren atención inmediata, tratándose aquí de los pacientes del nivel III, IV, V, estos deberían atenderse en un periodo de 15 a 120 minutos.

NIVEL	NIVEL DE GRAVEDAD	TIEMPO
I	RESUCITACION	INMEDIATO
II	EMERGENCIA	15 MIN
III	URGENCIA	30 MIN
IV	MENOS URGENTE	60 MIN
V	NINGUNA URGENCIA	120 MIN

Fuente: (CTAS) Canadian Triage and Acuity Scale

NIVEL I: REQUERIMIENTO DE RESUCITACION

Situaciones que no admiten menor demora en la asistencia. Hay anomalías cardio-circulatorias que crean inestabilidad hemodinámica y compromiso neurológico. Ejemplo: Paro cardio-respiratorio o en choque severo, estos deben ser atendidos de inmediato ya que entre menor sea el tiempo para su atención mejor será el pronóstico y menos las complicaciones.

(19)

- Paro
- Trauma mayor
- Estado de shock
- Asma en preparó

- Insuficiencia respiratoria grave
- Estado mental alterado
- Status epiléptico

NIVEL II: RIESGO VITAL INMEDIATO

Con requerimiento de intervención precoz en cuanto al tiempo. Hay signos vitales, así como signos y síntomas que evidencian hipo perfusión y deterioro hemodinámico progresivo: valores extremos de presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, así como ventilación ineficaz y compromiso de conciencia. Al valorar el compromiso respiratorio, hay que tomar en cuenta la frecuencia saturación de oxígeno, el trabajo de los músculos respiratorios, así como el FEV1, ya que estos pueden estar alterados de forma crónica, como el EPOC. La evolución de la situación clínica es rápidamente evolutiva, hacia un deterioro tal que va a determinar la muerte del paciente en los próximos minutos, u horas. Es el caso de un poli traumatizado grave, un infarto de miocardio en shock, etc. Los que deben atenderse en un periodo de tiempo no mayor a 15 minutos. Estos dos grupos van directamente al área de reanimación a la vez que se consideran como prioridad I. ⁽¹⁹⁾

- Trauma craneal (mas signos de riesgo)
- Trauma severo
- Estado mental alterado (letargia somnolencia agitación)
- Reacción alérgica severa
- Dolor torácico visceral
- Dolor abdominal (>50 años)
- Sangrado gastrointestinal con signos vitales alterados
- Moderada a severa disnea
- Vómitos y diarrea con sospecha de deshidratación

NIVEL III: RIESGO VITAL POTENCIAL

Que requiere medidas diagnósticas y terapéuticas en el área de emergencia, con estabilidad fisiológica. Pueden presentar alteración de sus signos vitales, pero cursar asintomáticos. En estos el paciente debe ser asistido en el área de emergencia, aunque no en el área de reanimación, en principio. Para este grupo está establecido que deben atenderse en un periodo de tiempo no mayor a 30 minutos. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido (no emergente, dado que se encuentra estable desde el punto de vista fisiológico) aunque su situación, naturalmente, es esperable que empeore si no se actúa. ⁽¹⁹⁾

- Traumatismo moderado
- Agresión
- Vómitos y diarrea
- Signos de infección
- Problemas de diálisis
- Sangrado gastrointestinal con signos vitales estables
- Escala de dolor de 8 -10 con daños menores
- Escala de dolor 4-7 (cefalea o dolor cólico)

NIVEL IV: REQUIRIMIENTO DE PRUEBAS O TERAPEUTICAS

Sin entrar en la categoría del anterior, el paciente presenta un problema que, si bien no es para resolver en los próximos minutos por que su estabilidad fisiológica, no corre riesgo, se propone un periodo de tiempo no mayor a 60 minutos. Por la sintomatología, o el examen físico, merece ser resuelto en el mismo día. Aunque no siempre en el área de emergencias. El paciente es asistido por un profesional, quien lo atiende y resuelve la problemática que lo trajo a solicitar atención hospitalaria. ⁽¹⁹⁾

En los centros hospitalarios donde se implementa el triaje, los pacientes son revalorados continuamente así, un paciente de nivel IV, puede reclasificarse en III o II, si se cree conveniente. El retriage es el único medio seguro en emergencias para disminuir el número de errores médicos, y no el sobre

triaje. Los pacientes en este nivel a la vez no deben ser desatendidos por completo ya que, al tratarse de pacientes con enfermedades crónicas, estos pueden llegar a fallecer luego de la admisión hospitalaria.

Como se demostró en un estudio realizado por Andrew Dent, y Geoff Rofe, en el hospital de San Vicente Australia en 1997, en donde los porcentajes de muerte disminuyeron al disminuir el grado de urgencias por categoría de triaje, siendo las infecciones y las enfermedades crónicas las responsables de las muertes en este grupo.

Por lo que recomiendan que no solo hay que considerar el tiempo de atención de los casos urgentes sino la severidad que representan estas enfermedades.

- Traumatismo craneal despierto y sin vómitos
- Traumatismo menor
- Dolor abdominal agudo
- Dolor de oído
- Reacción alérgica menor
- Síntomas de infección de orina
- Dolor de cabeza
- Escala de dolor 4-7

NIVEL V: PACIENTES CON PROBLEMAS CLINICO-ADMINISTRATIVO

La solicitud de atención podría haberse solucionado en un área de atención primaria. El tiempo estimado para atender a este grupo de pacientes no debiese ser mayor a 120 minutos. Estos pacientes son mal derivados a emergencia, pero, por las características propias del hospital y el sistema de salud vigente son atendidos y luego derivados a consultorios externos o centros de atención primaria, según el problema que presentan. ⁽¹⁹⁾

- Dolor de garganta, sin síntomas respiratorios
- Diarrea sin deshidratación
- Vomito sin deshidratación

- Síntomas menores
- Escala de dolor <4
- Dolor abdominal crónico

SERVICIO DE EMERGENCIA:

El servicio de emergencia es un lugar en el hospital al que llega mayor cantidad de pacientes críticos en forma aguda y en etapa pre diagnóstica.

Habitualmente, la medicina de urgencias es una actividad multidisciplinar que se caracteriza por su horizontalidad, tanto organizativa al servir de puente entre los niveles de atención primaria y de atención hospitalaria, como doctrinal, al integrar conocimientos y técnicas procedentes de diferentes especialidades aplicándolos durante el periodo de evolución del proceso, en su fase aguda.

El sistema de emergencias médicas consiste en prestar atención de los servicios las 24 horas durante los 7 días de la semana en cantidad y calidad necesaria para satisfacer las demandas del servicio de emergencias médicas de la población atendida en cualquier momento.

Por consiguiente, el objetivo fundamental de atención de emergencia hospitalaria es lograr que se pueda atender de forma rápida y eficaz a cualquier paciente en una situación de emergencia médica. Sin embargo, en muchos países de América latina los hospitales están constituidos por unidades asistenciales débiles, en cuanto a estructura funcionamiento y misiones. Así también se carece de un sistema fiable y bien organizado de los cuidados progresivos de atención al paciente grave. Por ello respondiendo al gran aumento de la demanda, en la sala de emergencias es crucial reducir los tiempos de espera que se puedan traducir en una mejora indiscutible de la oferta, tanto en calidad como en cantidad.

El enfoque principal de un sistema de emergencias médicas debe ser, responder a las víctimas de enfermedad o traumatismos repentinos, que

requieran atención médica, de urgencia y a los que sufren dolor o malestar intensos.

En nuestro medio, emergencia es cualquier condición que, en opinión del paciente de sus parientes y amigos, requiere atención médica inmediata, lo que hace que el paciente se acerque a un establecimiento de salud. ⁽²⁰⁾

SALA DE OBSERVACIÓN

Área del Servicio de Emergencia para la permanencia de corta estancia y la atención, tratamiento, reevaluación y observación permanente de paciente con daños de prioridad I y II, en un periodo que no debe exceder de 24 horas. ⁽²¹⁾

TÓPICO DE EMERGENCIA

Área del Servicio de Emergencia destinada a la atención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de usuarios con daños de prioridad II y III. Los tópicos pueden ser diferenciados de acuerdo a la demanda y el nivel de complejidad del establecimiento de salud. ⁽²¹⁾

ROL DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

El profesional de Enfermería de este servicio, proporcionaremos cuidados enfermeros a personas con problemas de salud en situación crítica, de alto riesgo o en fase terminal, en el ámbito individual o colectivo, dentro del ámbito sanitario institucional, agilizando la toma de decisiones mediante una metodología fundamentada en los avances producidos en el campo de los cuidados de la salud, la ética y la evidencia científica lograda a través de una actividad investigadora directamente relacionada con la práctica asistencial. Enfermería es el encargado de hacer la primera evaluación del paciente y designar por medio de triaje el grado de dolencia que este presenta.

El equipo de enfermería realiza en pacientes adultos control de los signos vitales (temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno; 4 valores primordiales).

Se entrevista al paciente para conocer más detalles de su dolencia, antecedentes y factores de riesgo que se deben tomar en cuenta para una posterior atención.

Con todas estas evaluaciones el licenciado de enfermería en triaje determina si es una emergencia o urgencia, si debe pasar a un tópico, donde será atendido por el médico correspondiente. ⁽²²⁾

Dichos profesionales estarán capacitados y serán competentes para:

1. Prestar atención integral a la persona para resolver individualmente o como miembros de un equipo multidisciplinar, los problemas de salud que le afecten en cualquier estadio de la vida con criterios de eficiencia y calidad.
2. Utilizar con destreza y seguridad los medios terapéuticos y de apoyo al diagnóstico que se caracterizan por su tecnología compleja.
3. Diagnosticar, tratar y evaluar de forma eficaz y rápida las respuestas humanas que se generan ante los problemas de salud reales y/o potenciales que amenazan la vida o no permiten vivirla con dignidad.
4. Establecer una relación terapéutica eficaz con los usuarios para facilitarles el afrontamiento adecuado de las situaciones que padezcan.
5. Participar activamente con el equipo multidisciplinar aportando su visión de experto en el área que le compete.
6. Formular, implementar y evaluar los estándares, guías de acción y protocolos específicos para la práctica de la Enfermería Clínica. Avanzada en Urgencias y Emergencias.

7. Gestionar los recursos asistenciales con criterios de eficiencia y calidad.
8. Asesorar como especialista en el marco sanitario global y en todos los niveles de toma de decisiones.
9. Proporcionar educación sanitaria a los usuarios, así como asesorar al equipo de salud en todos los aspectos relacionados con su área en la especialidad.
10. Asumir las competencias en materia de formación de los futuros especialistas.
11. Impulsar líneas de investigación que sean relevantes para el diagnóstico, las intervenciones y los resultados en la clínica avanzada en urgencias y emergencias.

2.4 Definición de términos básicos

Niveles de prioridad de triaje

Es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de usuarios cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos.

Atención

Es el proceso conductual y cognitivo de concentración selectiva en un aspecto discreto de la información, ya sea considerada subjetiva u objetiva, mientras que se ignoran otros aspectos perceptibles.

Daño

Es el perjuicio o compromiso del estado de salud en grado diverso o eventos de emergencia como desastres naturales (colisiones, terremotos, entre otros). Se da la clasificación de los daños, de acuerdo a la prioridad en el Servicio de emergencia:

- Prioridad I (emergencia o gravedad súbita extrema): Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte, que requieren atención inmediata en la sala de resucitación o

Trauma Shock.

- Prioridad II (urgencia mayor): Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizarse en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos, desde su ingreso en una Sala de Emergencia.
- Prioridad III (urgencia menor): Pacientes que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Ameritan su atención en el tópico de emergencia.
- Prioridad IV (patología aguda común): Paciente sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en consulta externa o consultorios descentralizados.

III. HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis de investigación

El Nivel de prioridad del triaje tiene relación con el tiempo de espera en el servicio de emergencia del hospital III Jose Cayetano Heredia Essalud Piura en el periodo julio 2019

3.1.2. Hipótesis nula

El Nivel de prioridad del triaje no tiene relación con el tiempo de espera en el servicio de emergencia del hospital III José Cayetano Heredia Es salud Piura en el periodo julio 2019.

3.2. Definición conceptual de variables

- **NIVEL 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.
- **TIEMPO DE ESPERA:** 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.

3.2.1. Operacionalización de variable

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
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 de Triage	Hora en la que se realiza una clasificación por parte del personal de salud responsable de triaje	Prioridad I: inmediata Prioridad II: menor de 15 minutos Prioridad III: menor de 30 minutos
		Hora de atención	Hora registrada en la historia clínica en la que se realiza la atención por parte del personal médico.	Prioridad IV: menor de 60 minutos Prioridad V: ninguna urgencia 120 minutos
Nivel de Prioridad	Los niveles de prioridad del triaje, son una forma en que se estructura la atención al paciente, dependiendo de la gravedad de su	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	Paro Cardio-respiratorio o en choque severo

	patología y del estado general que presente.		Reanimación – Shock Trauma	
		Prioridad II	Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias.	Politraumatizado grave, un infarto de miocardio con shock
		Prioridad III	Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes.	Dolor torácico con disnea, o el diabético con compromiso leve de conciencia, el cardiópata con palpitaciones, el hepatópata
		Prioridad IV	Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o	Dolor abdominal, los dolores articulares, la fiebre y otalgia,

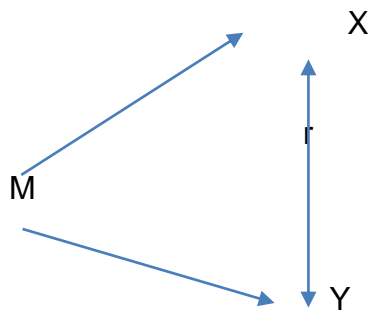
			Consultorios Descentralizados.	
		Prioridad V		Hernia inguinal no complicada, un nódulo mamario

IV. DISEÑO METODOLOGICO

4.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación fue Cuantitativo, descriptivo aplicado.

El diseño de estudio fue no experimental porque no se reemplazó las variables, se observó tal como se presentó, de cohorte transversal, porque se tomó los datos en un solo momento.



En donde:

M= Muestra del estudio

X= nivel de prioridad de atención

Y= tiempo de espera

r= relación entre el nivel de prioridad de atención y el tiempo de espera

4.2. Método de investigación

La observación aplicando una ficha de recolección de datos.

4.3. Población y muestra

La población quedara conformada por el total de los pacientes atendidos durante el mes de julio del 2019 en el servicio de emergencia del hospital III Jose Cayetano Heredia la cual es de 6000 pacientes.

Para Murria R. Spiegel (1991) Se llama muestra a una parte de la población a estudiar que sirve para representarla.

Para Levin & Rubín (1996) Una muestra es una colección de algunos de la población, pero no de todos.

La muestra en la presente investigación estará constituida por 361 pacientes del Servicio de Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia que cumplen con los criterios de inclusión durante el mes de julio 2019.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó aplicando la siguiente fórmula del muestreo aleatorio simple:

$$n = \frac{NZ^2P(1 - P)}{e^2(N - 1) + Z^2P(1 - P)}$$

Dónde:

N = 6000, es el total de pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital III Jose Cayetano Heredia, de Piura Periodo Julio 2019.

Z = 1.960 Valor tabular normal, elegido con un 95% de Confiabilidad

e = 0.05 es el error de precisión.

P = 0.5, proporción favorable a la característica en estudio.

q = 0.5, proporción desfavorable a la característica en estudio.

$$n = \frac{N * (\alpha_c * 0.5)^2}{1 + (e^2 * (N - 1))} = 361 \text{ Pacientes}$$

La muestra está conformada por 361 pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud Piura Periodo Julio 2019 que cumple con los criterios de inclusión y exclusión.

4.3.1 Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos hospitalizados, del Servicio de Emergencia del Hospital III Jose Cayetano Heredia
- Pacientes de 18 años de edad atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital III Jose Cayetano Heredia
- Pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia en el área de tópico de cirugía y medicina del Hospital III Jose Cayetano Heredia

4.3.2 Criterios de exclusión

- Paciente menor de 18 años de alta, del Servicio de Emergencia del Hospital III Jose Cayetano Heredia de Piura Emergencia 2019.
- Paciente que por alguna discapacidad no pueda expresar su opinión, del Servicio de Emergencia del Hospital III Jose Cayetano Heredia.
- Paciente de alta, que no desee participar en el estudio del Servicio de Emergencia del Hospital III Jose Cayetano Heredia.
- Pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia con orden de hospitalización en el área de tópico de cirugía y medicina del Hospital III Jose Cayetano Heredia
- Pacientes atendidos en el área de ginecoobstetricia de emergencia del Hospital III Jose Cayetano Heredia

4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado

El estudio fue desarrollado en el Hospital III José Cayetano Heredia Es salud Piura, durante el periodo de Julio 2019.

4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la formación

Este instrumento (Anexo N°01) fue utilizado por la Lic. García González R. Especialista en Urgencias y Cuidado Crítico, en su tesis denominada “Se ha reducido el tiempo de espera en el servicio de urgencias del hospital Cabueñes con la utilización del triaje Manchester”. ⁽²³⁾ Las investigadoras hicieron la modificación en algunos ítems por lo que se llevará a juicio de expertos. El comité de expertos estará conformado por 7 Licenciadas en Enfermería Especialistas en Emergencias y Desastres, que laboran en diferentes hospitales de ésta ciudad.

4.6. Análisis y procesamiento de datos

Para el análisis de los datos se procedió a la organización y ordenamiento de datos, utilizándose para el mismo proceso de la tabulación de datos y resultados correspondientes el paquete estadístico del SPSS Versión 20 representados en número y porcentaje a través de cuadros estadísticos de las respectivas variables estudiadas.

V . RESULTADOS

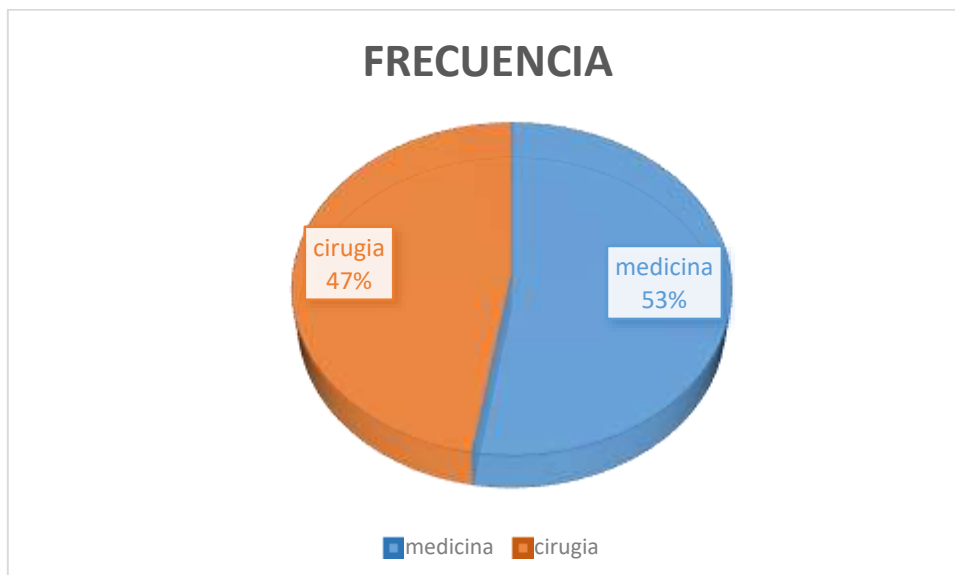
5.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

TABLA N°1: DISTRIBUCIÓN SEGUN TOPICO DE ATENCION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

TOPICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Medicina	190	52,6%
Cirugía	171	47,4%
Total	361	100%

Fuente: Cuestionario de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud – Piura.

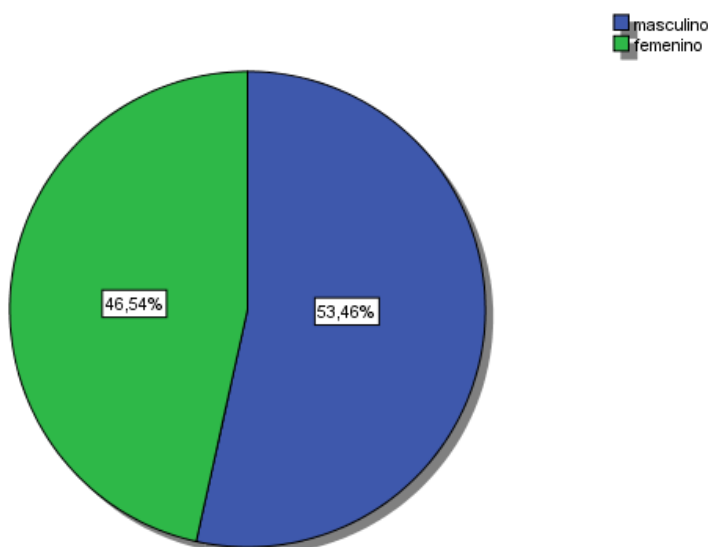
GRAFICO N°1: DISTRIBUCIÓN SEGUN TOPICO DE ATENCION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019



De la tabla N°1 y el grafico N°1, se aprecia que, en 361 pacientes, 190 (52.6%) se atendieron en el tópicó de medicina y 171(47.4%) se atendieron en el tópicó de cirugía.

TABLA N°2: DISTRIBUCIÓN DEL SEXO DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

**GRAFICA N°2
DISTRIBUCIÓN DEL SEXO DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019**



Fuente: Cuestionario de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud – Piura.

TABLA N°2: DISTRIBUCIÓN DEL SEXO DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	193	53.46%
FEMENINO	168	46.54%
	361	100%

INTERPRETACIÓN

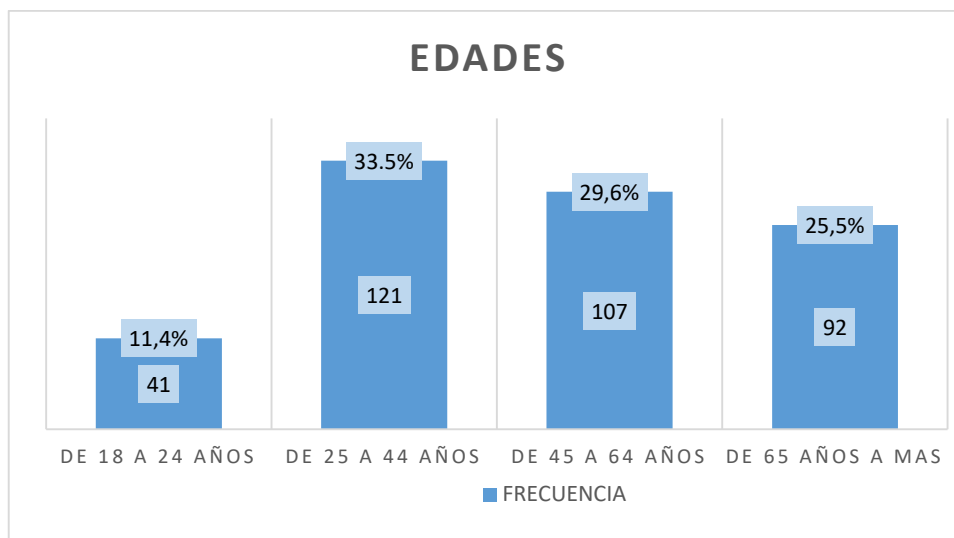
Con respecto a la distribución del sexo en pacientes, se puede observar que, de 361 de los pacientes, el 53.5% eran de sexo masculino y el 46.5% del sexo femenino.

TABLA N°3: DISTRIBUCIÓN DE EDADES DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De 18 a 24 años	41	11,4%
De 25 a 44 años	121	33,5%
De 45 a 64 años	107	29,6%
De 65 años a mas	92	25,5%
Total	361	100%

Fuente: Cuestionario de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud – Piura.

GRAFICO N°3: DISTRIBUCIÓN DE EDADES DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019



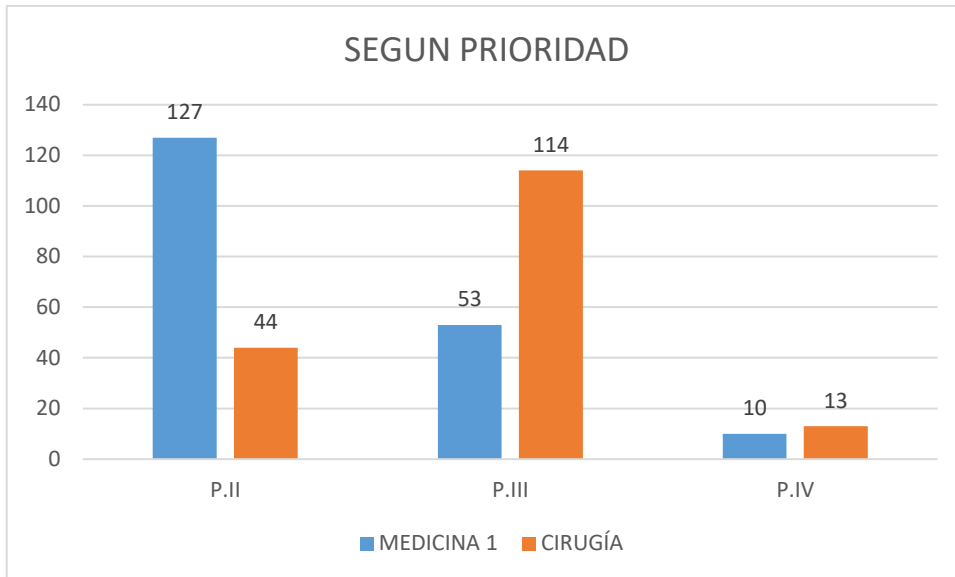
En la tabla N°2 se observa que el mayor porcentaje representa las edades de 25 a 44 años siendo un porcentaje de 33.5% y el menor porcentaje representa de 18 a 24 años con un porcentaje de 11.4%.

TABLA N°4: DISTRIBUCION ENTRE TOPICO Y PRIORIDAD DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

PRIORIDAD		TOPICO		TOTAL
		MEDICINA 1	CIRUGÍA	
P.II	P.II	127	44	171
	P.III	53	114	167
	P.IV	10	13	23
Total		190	171	361

Fuente: Cuestionario de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud – Piura.

GRAFICO N°4: DISTRIBUCION ENTRE TOPICO Y PRIORIDAD DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019



En la tabla N°4 se observa que:

De acuerdo al grado de prioridad de atención

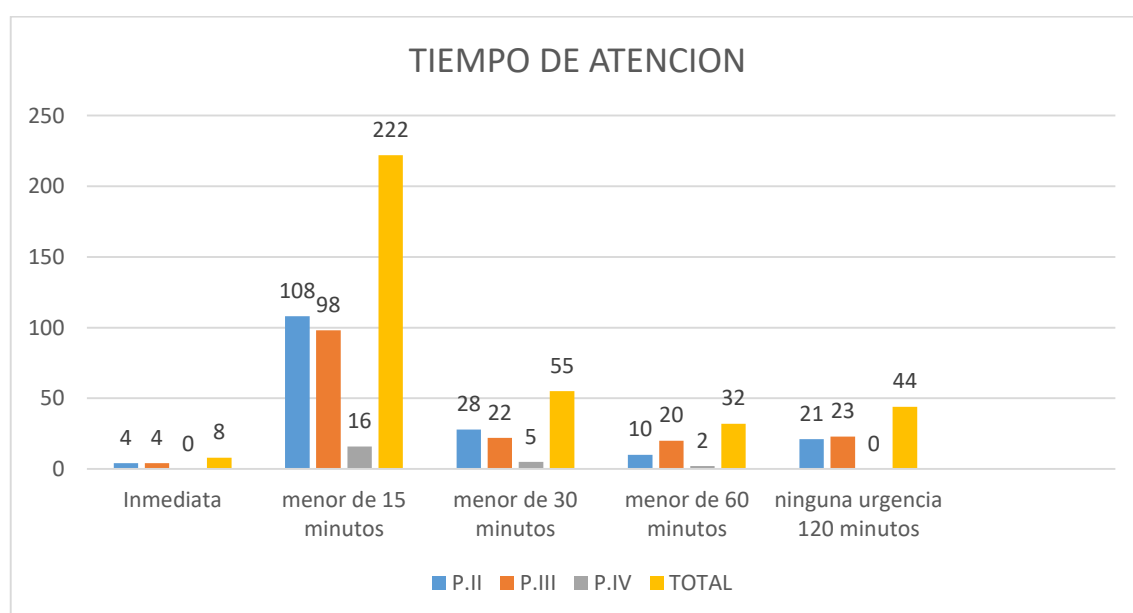
- Del total 361 pacientes, 171 pacientes fueron Prioridad II de atención lo cual corresponde a 47.36%. y de esta cantidad 127 pacientes fueron atendidos en el tópico de medicina lo cual corresponde a un 74.26%.
- Del total de 361 pacientes, 167 pacientes fueron Prioridad III de atención, lo cual corresponde a un 46.26% y de esta cantidad 114 pacientes fueron atendidos en el tópico de cirugía lo cual corresponde a un 64.40%.
- Del total de 361 pacientes, 23 pacientes fueron prioridad IV de atención lo cual corresponde a 6,37% y de esta cantidad 13 pacientes fueron atendidos en el tópico de cirugía lo cual corresponde a 56.52%.
- Por lo que se desprende que, en el servicio de medicina atendió mayor cantidad de pacientes con prioridad II, y el servicio de cirugía atendió mayor cantidad de pacientes con prioridad III y prioridad IV.

TABLA N°5: DISTRIBUCION ENTRE TIEMPO DE ATENCIÓN Y PRIORIDAD DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

		TIEMPO DE ATENCION					Total
		Inmediata	menor de 15 minutos	menor de 30 minutos	menor de 60 minutos	ninguna urgencia 120 minutos	
PRIORIDAD	P.II	4	108	28	10	21	171
	P.III	4	98	22	20	23	167
	P.IV	0	16	5	2	0	23
Total		8	222	55	32	44	361

Fuente: Cuestionario de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud – Piura.

GRAFICO N°5: DISTRIBUCION ENTRE TIEMPO DE ATENCIÓN Y PRIORIDAD DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019



De acuerdo a la tabla número 5, distribución entre el tiempo y la prioridad de atención tenemos:

- Según prioridad II del total de 171 pacientes, el tiempo de atención que se espera es menor de 15 minutos, se atendieron 112 pacientes lo cual representa un 65, 49% cuya atención fue dentro de lo estipulado.
- Según Prioridad III del total de 167 pacientes, el tiempo de atención que se espera es menor de 30 minutos, se atendieron 124 pacientes lo cual representa un 74,25% cuya atención fue dentro de lo estipulado.
- Según Prioridad IV del total de 23 pacientes, el tiempo de atención que se espera es menor de 60 minutos, el 100% fue atendido dentro del rango sugerido.

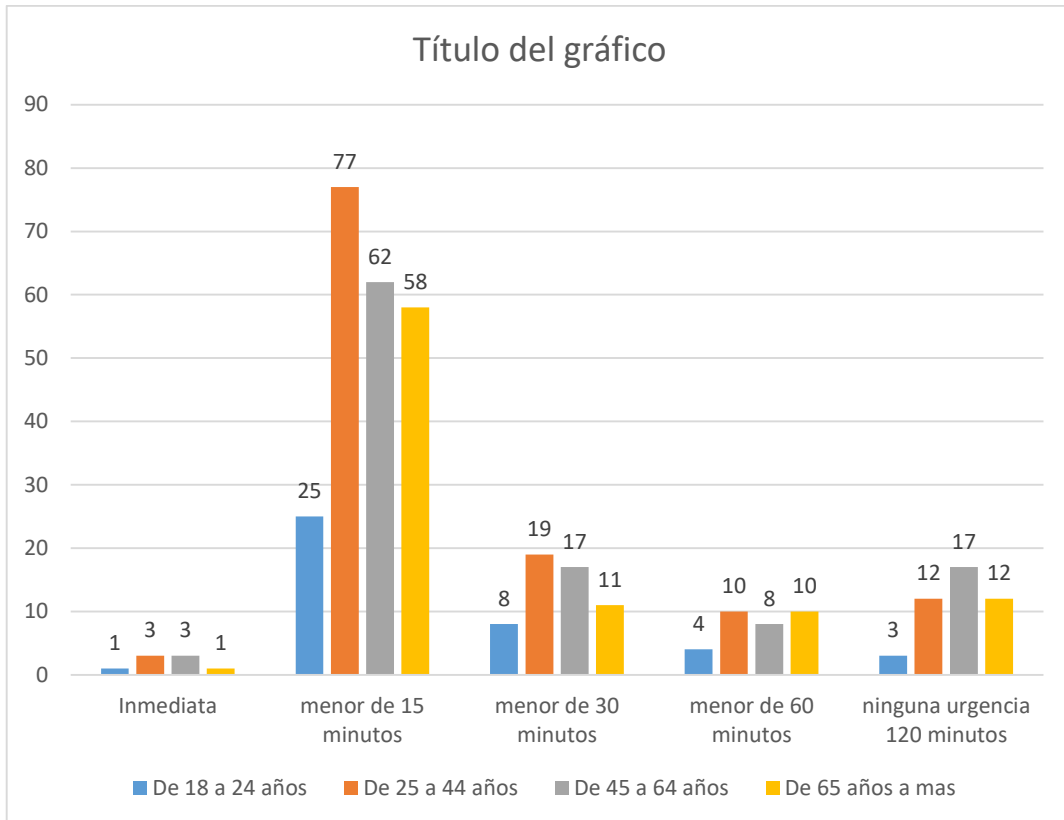
Según el grado de prioridad tanto en Prioridad II III IV fueron atendidos dentro de lo correspondiente, cumpliendo con la norma técnica de acuerdo a nivel de prioridad de atención del MINSA.

TABLA N°6: DISTRIBUCION ENTRE TIEMPO DE ATENCIÓN Y EDADES DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

	TIEMPO DE ATENCIÓN					Total
	Inmediata	menor de 15 minutos	menor de 30 minutos	menor de 60 minutos	ninguna urgencia 120 minutos	
EDAD						
De 18 a 24 años	1	25	8	4	3	41
De 25 a 44 años	3	77	19	10	12	121
De 45 a 64 años	3	62	17	8	17	107
De 65 años a mas	1	58	11	10	12	92
Total	8	222	55	32	44	361

Fuente: Cuestionario de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud – Piura.

GRAFICO N°6: DISTRIBUCION ENTRE TIEMPO DE ATENCIÓN Y EDADES DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019



- Podemos observar que, de 361 pacientes, 77 de ellos tienen edades de 25 a 44 años y fueron atendidos en menos de 15 minutos.
- De 32 pacientes, 4 de ellos tienen de 18 a 24 años y fueron atendidos en menos de 60 minutos.

5.2. RESULTADOS INFERENCIALES

TABLA N°7: CORRELACIÓN ENTRE TIEMPO DE ATENCIÓN Y NIVEL DE PRIORIDAD DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

		TIEMPO DE ATENCION	PRIORIDAD
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	1,000	0,025
	TIEMPO DE ATENCION	.	0,631
	PRIORIDAD	0,025	1,000
	Sig. (bilateral)	0,631	.

Fuente: Cuestionario de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud – Piura.

GRAFICO N°7: CORRELACIÓN ENTRE TIEMPO DE ATENCIÓN Y NIVEL DE PRIORIDAD DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

Dado que el valor de Rho de Spearman = 0.631, se procede a rechazar la hipótesis nula (H_0). Según la regla indicada 0.631 se encuentra dentro del intervalo [0.6; 0.8], por lo que existe relación buena entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención en el servicio de emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia Essalud - Piura en el periodo julio 2019.

TABLA N°8: CORRELACIÓN ENTRE TIEMPO DE ATENCIÓN Y EL SEXO DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

			TIEMPO DE ATENCION	SEXO
Rho de Spearman	TIEMPO DE ATENCION	Coeficiente de correlación	1,000	-0,040
		Sig. (bilateral)	.	0,453
	SEXO	Coeficiente de correlación	-0,040	1,000
		Sig. (bilateral)	0,453	.

Fuente: Cuestionario de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia Essalud – Piura.

GRAFICO N°8: CORRELACIÓN ENTRE TIEMPO DE ATENCIÓN Y EL SEXO DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

Dado que el valor de Rho de Spearman = 0.453, se procede a rechazar la hipótesis nula (H₀). Según la regla indicada 0.453 se encuentra dentro del intervalo [0.4; 0.6], por lo que existe relación moderada entre el tiempo de atención del triaje y el sexo en el servicio de emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia Essalud - Piura en el periodo julio 2019.

VI.DISCUSION DE RESULTADOS

5.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados

Para contrastar las hipótesis planteadas, se usó la prueba de hipótesis Rho de Spearman, esta prueba se ha usado porque es una medida de correlación (la asociación o interdependencia) entre dos variables aleatorias (tanto continuas como discretas). Dado que el valor de Rho de Spearman= 0.631, se procede a rechazar la hipótesis nula (H_0). Según la regla indicada 0.631 se encuentra dentro del intervalo [0.6; 0.8], por lo tanto, existe relación entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención en el servicio de emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia Essalud - Piura en el periodo julio 2019, por lo tanto, se procede a rechazar la hipótesis nula. (24)

5.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares

Tal como podemos apreciar, en el presente estudio, la mayoría de pacientes que fueron atendidos en el servicio de emergencia; 53,6% fueron de sexo masculino y el 46.5% fueron de sexo femenino, lo cual podría relacionarse con la dificultad de conseguir citas por consultorio externo o se consiguen con fechas prolongadas.

En el estudio de Vilchez, 2010, aplicación de un sistema de triaje cinco niveles en pacientes que acuden a emergencia en el hospital III de Chimbote Essalud, se observa también que la distribución de acuerdo a sexo el 59.6% fueron de sexo masculino, y el 41.3% fueron de sexo femenino. En el estudio de Blazquez R.; Chozas G.; Dominguez P., se obtuvieron resultados según sexo, no encontrando diferencias entre ambos sin embargo se descubrieron que la mayoría de pacientes acuden por la emergencia por haber una mayor confianza al centro hospitalario (29.3%), por creer que se abordaría con mayor rapidez su problema (26.4%), y desconocimiento entre emergencia y urgencia (25.9%). En otro estudio de Calderon G.; se encontró que el sexo femenino fue predominante, siendo este justificado por las características demográficas de la población.

Por otro lado, en nuestro estudio de investigación se obtuvo que la edad promedio más frecuente de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia fue de 25 a 44 años, estos resultados son relativamente similares a los encontrados en el estudio de investigación de Nuñez y Flores, cuyo promedio de edad en las atenciones por emergencia fue de 48.5 años, la cual tiene una relación con mayor prevalencia de enfermedades crónicas.

En este estudio de investigación del total de pacientes; 82% fueron atendidos dentro del tiempo establecido. En nuestro estudio de investigación de acuerdo a la clasificación de prioridades, en la prioridad II 65% de los pacientes fueron atendidos dentro del tiempo establecido, en la prioridad III 74% de los pacientes fueron atendidos dentro del tiempo establecido y en la prioridad IV el 100% fueron atendidos dentro del rango establecido.

En cuanto a la atención por prioridades en los tópicos de acuerdo a la prioridad II, se obtuvo 47.36% y de estos el 74.26% se atendieron en el tópico de medicina. En la prioridad III se obtuvo un 46.26% y de estos 64.40% se atendieron en tópico de cirugía. En la prioridad IV se obtuvo 6.37% y de estos 56.52% se atendieron en el tópico de cirugía.

En un estudio de investigación realizado por Vilchez,2010; se obtuvo que la clasificación usada por el médico de triaje y el medico de tópico concuerda en la revaloración de acuerdo a los pacientes que fueron catalogados como prioridad I y prioridad III; sin embargo, la revaloración en pacientes catalogados como una Prioridad II y IV, si existió una diferencia significativa. En la actualidad existen 5 escalas con suficiente peso científico, para ser considerada como triaje estructurado, por lo que se debe capacitar al recurso humano que atiende en el servicio de emergencia para que todos brinden una atención estandarizada; si bien es cierto en nuestra sede de investigación no existe un área exclusiva de triaje, para poder notar estas diferencias, se debería estandarizar el tipo de triaje a usar; ya que actualmente se usa el triaje 5 niveles para la distribución de los pacientes, sin embargo si nos abocamos a la norma técnica del MINSA 2006, aún siguen usando la escala de triaje 4 niveles.

De acuerdo a la correlación entre tiempo de atención y nivel de prioridad de pacientes en el servicio de emergencia, el valor de Rho de Spearman = 0.631, se encuentra dentro del intervalo [0.6; 0.8], por lo que existe relación buena entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención en el servicio de emergencia, en el estudio de investigación denominado “nivel de prioridad de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes de la clínica Jesus Norte de Lima 2018.” Cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en la cual fue un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo. Cuyo resultado obtuvo que existe relación entre el nivel de prioridad de triaje y el tiempo de espera, en nuestro estudio de investigación también se obtuvo una relación buena entre estas dos variables.

CONCLUSIONES

1. Según el valor de Rho de Spearman = 0.631, se puede afirmar que existe relación buena entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención en el servicio de emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia Essalud - Piura en el periodo julio 2019.
2. El mayor porcentaje de pacientes atendidos es de sexo masculino con un porcentaje de 53.46% y el grupo etáreo con mayor prevalencia fue de 24 a 44 años.
3. De acuerdo a prioridad de atención el 47.36% fueron prioridad II de atención y 74.26% de estos se atendieron en tópico de medicina.
4. El 46,26% fueron prioridad III de atención y de estos 74.40% se atendieron en tópico de cirugía. El 6.37% fueron prioridad IV de atención, y de estos 6.52% se atendieron en el tópico de cirugía.
5. Según el nivel de atención por prioridad II se atendieron 7.49% dentro de la norma, de acuerdo a prioridad III, se atendieron 74.25% pacientes dentro del tiempo establecido según norma, y con respecto a la prioridad IV el 100% se atendió dentro del tiempo establecido según norma.

RECOMENDACIONES

1. Proponer capacitaciones constantes sobre la importancia de una buena clasificación según las prioridades de atención, debido al personal nuevo en dichas unidades.
2. Sensibilizar a la población asegurada y no asegurada de hacer uso correcto del servicio de emergencias, para no saturar la atención.
3. Garantizar el recurso humano completo en cada unidad, que esté acorde para atender demanda de pacientes, ya que el periodo del mes estudiado se ha evidenciado que en algunos turnos hay 2 enfermeras y en otros turnos solo una en cada tópico, siendo más frecuente este desabastecimiento de personal en el tópico de medicina.
4. Sensibilizar al profesional médico y enfermero del trato humanizado al paciente y la familia.
5. Conducir nuevos estudios donde se compare el tiempo que se realiza la indicación médica con el tiempo en el que la enfermera ejecuta dicha indicación.

VII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. María MG, estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalario, Rev. enferm. CyL. 2013; Vol(5):1. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/articloe/viewFile/91/69>
2. Fredy RP, Wilson JB, uso de los servicios de urgencias en bogota, Colombia: un análisis desde el triaje, Universidad y Salud(internet).2013(citado 15,may 2019). Disponible en: <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/3562/4792>
3. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3358.pdf>
4. http://www.essalud.gob.pe/downloads/estadistica/analisis_ejecutivo_nivel_nacional_2016.pdf
5. Essalud análisis ejecutivo a nivel nacional 2015 lima mayo 2016 EsSalud, 2016 Seguro Social de Salud Jr. Domingo Cueto N° 120, Jesus María – Lima 11 – Perú Teléfonos (511) 265-6000 / 265-7000 <http://www.essalud.gob.pe> Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo Gerencia de Gestión de la Información Sub Gerencia de Estadística Coordinación y dirección de elaboración: Econ. Renan Quispe Llanos, Gerente de Gestión de la Información Econ. Raúl Valdiviezo López, Sub Gerente de Estadística
6. Vásquez-Alva Rolando, Amado-Tíneo José, Ramírez-Calderón Fanny, Velásquez-Velásquez Rafael, Huari-Pastrana Roberto. Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú. An. Fac. med. [Internet]. 2016 Oct [citado 2019 Nov 25] ; 77(4): 379-385. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832016000400010&lng=es. Estadística
7. Soto V. Álvaro, Morales I. Gladys, Vega C. Claudio, Echeverría V. Gonzalo, Colinas G. María Belén, Canales O. Pedro et al . Tiempos de atención de urgencias neurológicas en un hospital regional de alta complejidad. Rev. méd. Chile [Internet]. 2018 Jul [citado 2019 Nov 25] ; 146(7): 885-889. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000700885&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000700885>.
8. Soto V. Álvaro, Morales I. Gladys, Vega C. Claudio, Echeverría V. Gonzalo, Colinas G. María Belén, Canales O. Pedro et al . Tiempos de atención de urgencias neurológicas en un hospital regional de alta complejidad. Rev. méd. Chile [Internet]. 2018 Jul [citado 2019 Nov 25]

- ; 146(7): 885-889. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000700885&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000700885>
9. Pimentel-Jaimes, J. A., Casique-Casique, L., Álvarez-Aguirre, A., Higuera-Sainz, J. L., & Bautista-Alvarez, T. M. (2019). Consulta de enfermería: un análisis de concepto. *SANUS*, (10), 70-84.
 10. 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; 2015
 11. Osorio Yalán, Rosita de Fátima; Palacios Sánchez, Gladys Noelia; Pérez Contreras, Karina Rosario; Trejo Chávez, Magdaly Milen Relación entre los niveles de prioridad del triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia – ESSALUD, Lima, Perú 2016URI: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/641>
 12. Vilchez Zapata, C. A. (2010). *Aplicación de un sistema de triaje de cinco niveles en pacientes que acuden al servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote – Essalud. Noviembre del 2008 a setiembre 2009.*
 13. alvarez, L. N. R., & Triana, Á. (2007). Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country. *Bogotá* Disponible en: https://www.ucursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO_HUMANIZADO_DE_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEO_RIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.pdf.
 14. Aguilar Alban A. cultura de seguridad del paciente según percepción de las enfermas de los servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia – ESSALUD Piura Febrero 2018 [licenciatura en Enfermería]. Universidad Nacional de Piura; 2018.
 15. Velázquez-Guzmán MA, Morales-Hernández AE, Fonseca-Carrillo I, Brugada-Yáñez A. Correlación clínica del triaje con el diagnóstico clínico de ingreso y egreso realizado en los pacientes que acuden al servicio médico de urgencias de un hospital privado. *Med. interna Méx.* [revista en la Internet]. 2017 Ago [citado 2019 Nov 25] ; 33(4): 466-475. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000400466&lng=es.
 16. Soler W., Gómez Muñoz M., Bragulat E., Álvarez A.. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2010 [citado 2019 Nov 25] ; 33(Suppl 1): 55-68. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es.

17. Avilés-Martínez KI, López-Enríquez A, LuévanosVelázquez A, Jiménez-Pérez BA, García-Armenta MB, Ceja-Moreno H et al. Triage: instrumentos de priorización de las urgencias pediátricas. *Acta Pediatr Mex* 2016;37:4-16.
18. Aranguren E, Capel JA, Solano M, Jean Louis C, Larrumbe JC, Elejalde JI. Estudio de la validez pronóstica de la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el área de urgencias en un hospital terciario. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2005; 28(2):177-188. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v28n2/original1.pdf>.
19. Lescano Alva A. "Implementación del sistema de triaje estructurado en el servicio de emergencia del Hospital regional Eleazar Guzman Barron. Chimbote 2015 [tesis para obtener título de segunda especialidad en emergencias y desastres.]. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015.
20. Lara Bárbara A, Cataldo Alejandro, Castro Ricardo, Aguilera Pablo R, Ruiz Carolina, Andresen Max. Medicina de urgencia y unidades de cuidados intensivos: Una alianza necesaria en busca de la mejoría de la atención de pacientes críticos. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2016 Jul [citado 2019 Nov 25] ; 144(7): 911-917. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000700014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000700014>.
21. Ministerio de Salud, Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia. RM 519. Ministerio de Salud. 2006.
22. Jacobo, C., Rosa, C., García Hoyos, J. R., & Cardenas Matto, R. M. (2017). Calidad del cuidado de Enfermería en pacientes del Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue Lima 2017.
23. Osorio Y. R - Palacios S G - Pérez C K - Trejo C. Universidad Peruana Cayetano Heredia (Tesis) Relación entre los niveles de prioridad del triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia Es salud, lima, Perú 2016(Tesis para optar el título de especialista en emergencias y desastres) : - Lima – Perú 2017.
24. Luis B. Coeficientes de correlación de Pearson y de spearman(internet). 2015, julio (consultado agosto 2019). Disponible en: <https://es.slideshare.net/LuisAlejandroBastard/presentacin3-estadistica>

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

TIEMPO DE ESPERA EN RELACION AL NIVEL DE PRIORIDAD DE ATENCION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD PIURA EN EL PERIODO JULIO 2019

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVOS GENERAL	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es el tiempo de espera en relación al nivel de prioridad de atención de pacientes en el servicio de</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar el tiempo de espera en relación al nivel de prioridad de atención de pacientes en el servicio de</p>	<p>Hipótesis de investigación:</p> <p>El Nivel de prioridad del triaje tiene relación con el tiempo de espera en el servicio de emergencia</p>	<p>V.1. Tiempo de Espera</p> <p>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.</p>	<p>Cuantitativo: es el procedimiento de decisión que pretende señalar, entre ciertas alternativas usando magnitudes numéricas que pueden ser tratadas mediante</p>	<p>POBLACION</p> <p>La población quedara conformada por el total de los pacientes atendidos durante el mes de julio del 2019 en el servicio de</p>	<p>Para la recolección de datos de ambas variables en el presente trabajo, se consideran</p> <p>Técnicas: Encuesta y Observación</p>

<p>emergencia del hospital III José Cayetano Heredia Essalud Piura en el periodo julio 2019?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>¿Cuál es el tiempo de espera en el servicio de emergencia del hospital III José Cayetano Heredia Essalud Piura</p>	<p>emergencia del hospital III José Cayetano Heredia Essalud Piura en el periodo julio 2019</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Identificar el tiempo de espera en el servicio de emergencia del hospital III José Cayetano Heredia</p>	<p>del hospital III Jose Cayetano Heredia Essalud Piura en el periodo julio 2019.</p> <p>Hipótesis nula:</p> <p>El Nivel de prioridad del triaje no tiene relación con el tiempo de espera en el servicio de</p>	<p>V.2. Nivel de Prioridad</p> <p>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.</p>	<p>herramientas del campo de la estadística por eso la investigación cuantitativa se produce por la causa y efecto de las cosas</p> <p>Correlacional</p> <p>determina si dos variables están correlacionadas o no. Esto significa analizar si un aumento o disminución en una variable coincide con un aumento o</p>	<p>emergencia del hospital III José Cayetano Heredia la cual es de 6000 pacientes.</p> <p>MUESTRA</p> <p>La muestra está conformada por 361 pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital</p>	<p>Instrumento:</p> <p>Para el análisis de los datos se procedió a la organización y ordenamiento de datos, utilizándose para el mismo proceso de la tabulación de datos y resultados correspondientes el paquete estadístico del SPSS Versión 20</p>
--	--	--	---	---	--	--

<p>en el periodo julio 2019? ¿Cuál es el nivel de prioridad de atención de pacientes en el servicio de emergencia del hospital III José Cayetano Heredia Essalud Piura en el periodo julio 2019?</p>	<p>Essalud Piura en el periodo julio 2019. Identificar el nivel de prioridad de atención de pacientes en el servicio de emergencia del hospital III Jose Cayetano Heredia Essalud Piura en el periodo julio 2019.</p>	<p>emergencia del hospital III Jose Cayetano Heredia Essalud Piura en el periodo julio 2019.</p>		<p>disminución en la otra variable.</p>	<p>III Jose Cayetano Heredia EsSalud Piura Periodo Julio 2019 que cumple con los criterios de inclusión y exclusión.</p>	
--	--	--	--	---	--	--

ANEXO N°4:

PRUEBA DE VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS PRUEBA BINOMIAL

Formato	juez1	juez2	juez3	juez4	juez5	juez6	Suma	Probabilidad
item1	1	1	1	1	1	1	6	0.015625
item2	1	1	1	1	1	1	6	0.015625
item3	1	1	1	1	1	1	6	0.015625
item4	1	1	1	1	1	1	6	0.015625
							sumatoria	0.25
							p	0.04166667

RESULTADO DE PRUEBA BINOMIAL

Siendo el p calculado = 0.041 es menor que el p valor estándar de $p=0.05$ el instrumento es válido para su aplicación.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Por medio del presente saludarlo cordialmente me dirijo a Ud. A fin de solicitar su participación la cual tiene como objetivo recoger evidencias sobre el estudio de investigación titulado: "Tiempo de espera en relación al nivel de prioridad de atención de pacientes en el servicio de emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia periodo abril-junio 2019" Agradeciendo su comprensión.

N° HISTORIA CLINICA:.....

SEXO: FEMENINO
MASCULINO

EDAD:.....

PRIORIDAD:

I	
II	
III	
IV	
V	

TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA

HORA DE TRIAJE (H1)	HORA DE ATENCIÓN (H2)	DIFERENCIA: H2- H1

Adecuado: Si cumple con el estándar según norma técnica

No Adecuado: Si es mayor que el estándar según norma técnica