



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDAS ESPECIALIDADES
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y
DESASTRES**

**“NIVELES DE PRIORIDAD DEL TRIAJE Y TIEMPO DE
ESPERA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE URGENCIAS
– ESSALUD POLICLINICO CHINCHA, 2022”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO
DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

AUTOR:

LIC. OCHOA CARBAJO, KARINA YSABEL

<https://orcid.org/0000-0001-9578-1951>

ASESOR:

Mg. FAJARDO CANAVAL, MARIA DEL PILAR

<https://orcid.org/0000-0001-9942-0491>

LIMA – PERÚ

2022

DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD

Yo, OCHOA CARBAJO, Karina Ysabel con DNI 21576522, en mi condición de autora del trabajo académico presentado para optar el Título profesional de especialista en enfermería en emergencias y desastres de Título **“NIVELES DE PRIORIDAD DEL TRIAJE Y TIEMPO DE ESPERA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE URGENCIAS – ESSALUD POLICLINICO CHINCHA, 2022”**, AUTORIZO a la Universidad María Auxiliadora (UMA) para producir y publicar de manera permanente e indefinida en su repositorio institucional, bajo la modalidad de acceso abierto, el archivo digital que estoy entregando, en cumplimiento a la Ley N° 30035 que regula el Repositorio Nacional de ciencia, Tecnología e innovación de acceso abierto y su respectivo reglamento.

Asimismo, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud de 12% y que se han respetado los derechos de autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se esta entregando la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado evaluador.

En señal de conformidad con lo autorizado y declarado, firmo el presente documento a los 30 días del mes de noviembre del 2022.

Lic. Ochoa Carabajo, Karina Ysabel

DNI: 21576522

Mg. Fajardo Canaval, María del Pilar.

DNI: 25967604

¹ Se emite la presente declaración en virtud de lo dispuesto en el artículo 8°, numeral 8.2, tercer párrafo, del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI, aprobado mediante Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU/CD, modificado por Resolución de Consejo Directivo N° 174-2019-SUNEDU/CD y Resolución de Consejo Directivo N° 084-2022-SUNEDU/CD.

INFORME DE ORIGINALIDAD – TURNITIN

INFORME DE ORIGINALIDAD

12%

INDICE DE SIMILITUD

12%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Maria Auxiliadora
SAC

Trabajo del estudiante

4%

2

repositorio.uwiener.edu.pe

Fuente de Internet

3%

3

tesis.usat.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

aprenderly.com

Fuente de Internet

1%

5

Submitted to Universidad Nacional de
Colombia

Trabajo del estudiante

1%

6

creativecommons.org

Fuente de Internet

1%

7

web2016.cmp.org.pe

Fuente de Internet

1%

8

diu.unheval.edu.pe

Fuente de Internet

1%

9

www.paho.org

Fuente de Internet

1%

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
I. INTRODUCCIÓN	8
II. MATERIAL Y METODO	18
III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	24
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	26
ANEXOS	34

INDICE DE ANEXOS

ANEXO A. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE O VARIABLES	34
ANEXO B. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	36
ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO	38
ANEXO D. HOJA DE INFORME DE SIMILITUD	40

Resumen

Objetivo: 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 Urgencias del Policlínico Chincha – EsSalud, 2022.

Material y métodos: 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.

Resultados: 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.

Conclusiones: La investigación aportara información valiosa para el policlínico Chincha, permitiendo tomar acciones de mejora en beneficio de los pacientes que acuden al Servicio de urgencias, ayudando a disminuir los tiempos de espera en la atención de pacientes.

Palabras clave: Triage, Prioridad del Paciente, Tiempo de espera (DecS)

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship that exists between the triage priority levels and the waiting time in the care of patients who come to the Emergency Service of the Chincha Polyclinic - EsSalud, 2022.

Material and methods: The study is of a quantitative, descriptive, retrospective and random type, since the waiting times of emergency patients are calculated, from triage care to first medical care. The sample was made up of 153 medical records that met the inclusion and exclusion criteria. For the data collection, the clinical histories were used randomly through a data record sheet and as a base the technical standard of the Ministry of Health was used, which gives us the parameters that measure the quality and opportunity of the service that is provided. provided in the emergency service, through the quantification of the time from reception to patient care.

Results: 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 priority III having 67.11% and finally 82.24%. of patients attended met the technical standard, while 17.76% did not. Spearman's Rho with SPSS was used as a statistical test for the correlation of the variables, giving us 0.811 as a result, which according to the discussion rule indicates that the relationship between the priority level and the waiting time is high.

Conclusions: The research will provide valuable information for the Chincha polyclinic, allowing improvement actions to be taken for the benefit of patients who come to the Emergency Department, helping to reduce waiting times in patient care.

Keywords: Triage, Patient Priority, Waiting Time (DecS)

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial en estos últimos años, las áreas de emergencias soportan un incremento en la demanda de atención de pacientes, teniendo como resultado una saturación de los servicios y extensos tiempos de espera; provocando malestar en el paciente como en el personal de salud que brinda atención en el servicio de emergencias. Un estudio en el año 2018, en los hospitales españoles se atendieron 26.265.096 urgencias (79,4% hospitales públicos), las urgencias hospitalarias aumentaron en un 23,2%, entre 2016 y 2017. Por consiguiente, las Emergencias Hospitalarias son cada vez mayores, lo que nos conlleva a un hacinamiento, y efectos negativos tanto para el paciente como para el personal de salud (1).

La Organización Mundial de la Salud, refiere que los servicios hospitalarios encargados de atender las urgencias están colapsando debido a que la demanda asistencial es mayor a los recursos disponibles. Esto podría condicionar una falta de calidad en la asistencia sanitaria, con repercusiones sobre los profesionales y los usuarios (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define urgencia como “la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”. Esta definición implica la pluralidad de la urgencia, en la cual el paciente recibe una atención rápida y resolutive (3).

Así mismo la Organización Mundial de la Salud, refiere que hay un aumento considerable en las emergencias más del 50% en el año 2021, aumento en los tiempos de espera hasta la atención médica ocasionando malestar entre el usuario y el personal de salud, por ello reconoció que en las áreas de emergencias se debe proponer acciones básicas: mejorar la utilización del triaje estructurado entre el equipo de salud (4).

Así mismo la OPS, refiere que la ejecución del triaje en las áreas de urgencias se basa en la evidencia científica, el triaje se hace necesario cuando la saturación en las áreas de urgencias aumenta y los recursos disponibles disminuyen. Por otro lado, los tiempos de espera según el nivel de triaje genera una herramienta clara para definir el nivel de saturación que sufre un servicio de urgencias en un momento dado (5).

Por otro lado, en el año 2018, en los hospitales españoles se atendieron 26.265.096 urgencias (79,4% hospitales públicos), las urgencias hospitalarias aumentaron en un 23,2%, entre 2016 y 2017. Por consiguiente, las Emergencias Hospitalarias son cada vez mayores, lo que nos conlleva a un hacinamiento, y efectos negativos tanto para el paciente como para el personal de salud (6).

Además, en Barcelona se ha demostrado mediante estudios realizados en urgencias pediátricas que de un total de 49. 288 pacientes atendidos, se encontró que la tasa de reingresos fue del 7% en las 72 horas después del alta los motivos de los reingresos fueron por una dosificación inadecuada y complicaciones por sus patologías de ingreso (7)

Así también en México reportan un aumento en la demanda de atención a pacientes que se ve reflejada en la saturación del servicio, aumentando en forma anual el número de pacientes con mayor tiempo de espera, por lo que se implementa un módulo de triaje, esta estrategia es útil, ya que se logró disminuir los tiempos de espera (8).

Por otro lado, estudios realizados en Costa Rica entre los resultados más relevantes de los sistemas de atención de urgencias hospitalarias a nivel mundial se determinó 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 redundaba en una menor calidad en el servicio que se presta y también en un aumento en la mortalidad por los tiempos de espera. (9)

Así mismo en Colombia en el año 2018, los servicios de urgencias y atendieron un total de 20 852 006 consultas y en Bogotá se atendieron 907 444. En ese mismo año en Medellín se atienden diariamente en promedio 123.34 consultas en urgencias. El

proceso de atención de los pacientes en el área de urgencias inicia desde que ingresa el paciente al centro asistencial sin este tener conocimiento de tipo de urgencia que tiene, siendo el triage el encargado de realizar la clasificación según la gravedad (10).

Así mismo, Cubero en un estudio titulado “Los sistemas de triage: respuesta a la saturación en las salas de urgencias” los hospitales (privados y generales) a nivel mundial han evidenciado un incremento del 21% de la afluencia de pacientes a los servicios de emergencias. Evidenciándose que el personal médico, enfermero o personal de apoyo es insuficiente, pues también el ingreso de pacientes severamente enfermos o un excesivo número de pacientes con problemas menores, hacen un uso inapropiado del servicio de urgencias y/o emergencias. Mostrando una desorganización por la atención inmediata (11).

En el Perú, como en muchos países los servicios de emergencias de los hospitales públicos vienen experimentando un incremento en la demanda de atención de los pacientes, es así que en la ciudad de Lima el Hospital Nacional Cayetano Heredia pasó de 65462 atenciones en el 2013 a 90743 en el 2017, y finalmente se incrementó a 99606 pacientes atendidos en el año 2020 según las causas de Morbilidad de la Unidad Productora de salud (UPSS) (12).

Por otro lado, en el caso de la población con derecho a atención por el Seguro Social (EsSalud) los servicios de emergencia registraron 6 millones 756 mil 8 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 2018, según análisis ejecutivo a nivel nacional de las prestaciones de salud 2018 (13).

Por otro lado, 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. (14)

Asimismo, el Ministerio de Salud en los últimos años ha desarrollado grandes esfuerzos y múltiples iniciativas para mejorar la calidad de la atención evaluando la satisfacción de los usuarios internos y externos en los Establecimientos de Salud, donde se percibe un que el 85% de usuarios presenta insatisfacción en sus atenciones en el sistema de salud (15).

De todo lo referido anteriormente se evidencia que Las emergencias sanitarias debilitan los sistemas de salud. A su vez, los sistemas debilitados amplifican las emergencias sanitarias. Los sistemas de salud sólidos son nuestra mejor defensa para impedir que los brotes de enfermedades se conviertan en epidemias y para mitigar los riesgos derivados del colapso de los sistemas de salud en entornos frágiles, por ejemplo, en situaciones de conflicto (16)

Los responsables de la toma de decisiones de los centros hospitalarios son cada vez más conscientes de la necesidad de administrar de manera más eficiente los recursos hospitalarios a su cargo. Para proporcionar un buen servicio, los responsables deben utilizar herramientas que les permitan analizar, programar, planificar, priorizar, en general, decidir sobre la mejor forma de administrar los recursos disponibles (17).

En los sistemas hospitalarios el tiempo de espera para recibir atención es un elemento clave en la medición de la calidad del servicio, por lo que la disminución de dicho tiempo de espera se ha vuelto un factor de suma importancia en la administración de esta clase de sistemas (18)

El Triage hospitalario, es una parte fundamental de la gestión clínica en emergencia cuando la demanda excede la disponibilidad de recursos humanos y técnicos. El Triage de emergencia es un sistema que ofrece un método para asignar prioridad clínica en situaciones de emergencia. No está diseñado para juzgar si los pacientes están adecuadamente diagnosticados en el marco de la emergencia, sino para asegurarse de que aquellos que necesitan atención urgente la reciban adecuada y oportunamente (19).

Mediante la implementación del triaje en las emergencias se ha producido una mejora en la calidad asistencial, ya que se atiende de una manera adecuada y en el tiempo necesario a aquellas situaciones patológicas que hacen necesaria una asistencia rápida. El Triage en los servicios de emergencia ha sido evaluado en muchos trabajos de investigación donde concluyen que es una necesidad su creación, desarrollo y cambio según las exigencias de una mejor atención e incremento de la demanda en emergencia. Este último aspecto ha sido el determinante más importante a nivel mundial en el desarrollo y creación de diferentes escalas de triaje para atender las emergencias de manera adecuada y en el tiempo necesario (20).

En el Perú en general y en Lima en particular, no existe un desarrollo sistemático de los conceptos y de la implementación uniforme del triaje en los servicios de emergencia hospitalarios. Es necesario conocer los conceptos que rodean al triaje de los servicios de emergencia hospitalarios y en función a ello establecer las normativas, por los entes rectores en salud, necesarias para mejorar la atención inicial y de calidad en emergencia (21)

El término triaje procede del verbo francés *trier*, vocablo que aparece en el siglo XII y que significa “separar”. En la lengua española no existe la palabra triaje como tal, existe el término *tria*; acción y efecto de triar o triarse, que en vocablos sencillos se traduce como priorización, clasificación o selección (22).

Según la Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia N° 042 MINSA / DGSP-V. 01, Perú – 2019; “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”. Por lo tanto podemos decir que el triaje es un proceso que identifica y clasifica a los pacientes en niveles de prioridad; el cual es realizado por un profesional de salud calificado, quien determina la gravedad del paciente según su valoración clínica, derivándolo al área correspondiente para su tratamiento oportuno (23)

En tal sentido para fortalecer esta definición el autor Nicolás José y sus colaboradores definen que la clasificación y priorización de pacientes puede realizarse de una forma estructurada o no estructurada. El triaje estructurado hace referencia a la disponibilidad de una escala de triaje válida, útil, relevante y reproducible, y de una estructura física, profesional y tecnológica en los servicios que permitan su realización, según un modelo de calidad evaluable. Sus objetivos finales son: Identificar rápidamente los pacientes en situaciones de peligro inminente vital, con objeto de priorizar su asistencia y disminuir el riesgo, determinar el área de tratamiento más adecuada, permitir una evaluación continua, gracias a reevaluaciones periódicas, proporcionar información que permita conocer y comparar la casuística de emergencia, con la finalidad de optimizar recursos, mejorar la gestión y eficiencia (24).

Hoy en día existen varios modelos de sistemas de triaje que van desde el 3 al 5 nivel de clasificación siendo estos últimos (MTS- Manchester, ATS –Australia, CTAS – Canadá, etc.) considerados los más fiables por su mayor discriminación. Según el autor Sanizo Zevallos refiere que los niveles de prioridad del triaje, son una forma en que se estructura la atención al paciente, dependiendo de la gravedad de su patología y del estado general que presente, previa valoración de signos y síntomas. Además, el nivel de prioridad determina la rapidez con la que se actúa sobre el paciente y el orden en que éstos serán atendidos (25).

Así tenemos los siguientes niveles de prioridades de triaje:

Prioridad I (inmediata y /o < 5 minutos): 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, ésta prioridad incluye 20 daños entre ellos; Paro Cardio Respiratorio, shock trauma severo, obstrucción vía aérea alta, además considera signos vitales de riesgo como: 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 < 10 x min.

Prioridad II (10 minutos): Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias; incluye una lista de 49 daños entre ellas; Crisis asmática, diabetes mellitus descompensada, hemoptisis, trastornos del sensorio, dolor torácico.

Prioridad III (<20 minutos): Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Contiene una lista con 22 daños de las cuales se menciona; Dolor abdominal, deshidratación moderada, IV

Prioridad IV (<30 minutos): Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios descentralizados. Contiene lista de 10 daños entre ellas; enfermedades diarreicas agudas, enfermedades crónicas no descompensadas, resfrió común (26).

Según la Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia N° 042 MINSA / DGSP- V. 01, Perú – 2019; 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 lo tanto, podemos decir que el tiempo de espera se define como el tiempo que transcurre desde la llegada del paciente hasta el momento que es atendido por un profesional médico calificado (27).

La enfermera es un recurso humano importante para la atención de los pacientes en el servicio de emergencia como es en el triaje debido a que estará dispuesta a satisfacer las necesidades de la demanda, el nivel de complejidad y los recursos disponibles; con competencias para brindar Reanimación Cardiopulmonar Cerebral Básica y atención de enfermería en emergencias. (28)

El proceso de clasificación de los pacientes que acuden al servicio de emergencia se ha convertido en una necesidad, debido a la gran demanda de pacientes o usuarios. Hoy en día los pacientes buscan en los hospitales ser atendidos, con prontitud, garantizándoles que la atención brindada este acorde

con sus problemas de salud y que a la vez sea de gran impacto para él y sus familiares. Por ello es necesario establecer una relación entre los niveles de prioridad del triaje y el tiempo de espera, mediante un manejo eficiente del profesional de enfermería asignado a este servicio, el cual será capaz de identificar de manera correcta las necesidades del paciente y de establecer prioridades en su atención (29).

En el presente trabajo de investigación se estudiará el tiempo comprendido entre la hora de triaje y la hora de atención, el cual se define según el autor García Gonzales como “el tiempo expresado en minutos comprendido desde que el paciente es clasificado en triaje hasta la hora que recibe atención por parte del personal facultativo”, los cuales son (30):

Hora de Triage: Hora en la que se realiza una clasificación por parte del personal de salud responsable de triaje.

Hora de Atención: Hora registrada en la historia clínica en la que se realiza la atención por parte del personal médico

Para obtener los resultados se deberá tener 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.

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:

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.

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.

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.

Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

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: Necesidad de respirar, de beber y comer, de eliminar, de moverse y mantener una buena, de dormir y descansar, de vestirse y desvestirse, de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, de comunicarse, de recrearse, 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. (31)

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 (32).

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 (33).

Sosa y colaboradores(34) en México en el año 2020, el estudio denominado, "Validación de la escala nivel de conocimiento en el manejo de triage en personal de enfermería", en Puebla México, 2020, el objetivo del presente estudio es crear y validar un instrumento que permita evaluar el nivel de conocimiento sobre el manejo del triage en el personal de enfermería, el método que se utilizo es longitudinal, se realizó con 100 profesionales de enfermería. Los resultados fueron: el análisis factorial nos mostró una estructura de cuatro factores y quedo conformado por 30 ítems ($\alpha=0.84$) con una varianza explicada de 47.85%. Los resultados nos permiten determinar que el instrumento presenta una validez y confiabilidad aceptables, el cual nos va a permitir evaluar el nivel de conocimiento en el manejo del triaje por el profesional de enfermería .

Muñoz S.E (35), en España año 2018, en su tesis denominada Estudio de la frecuentación del Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de Palencia realizado en España-2018 la cual tiene por objetivo conocer los tiempos de espera de los pacientes, en el Servicio de Urgencias Hospitalarias de Palencia; observar si los pacientes que demandan atención urgente acuden por orden facultativa o por iniciativa propia y determinar las características socio demográficas de los pacientes que acuden al Servicio .Este estudio es de tipo descriptivo, transversal, teniendo una muestra total a 889 casos, la edad media fue de 51 años y el 51,3% fueron mujeres. Los pacientes entre 81 y 90 años asistieron con más asiduidad al Servicio. La frecuencia resultó mayor en el turno matutino, existiendo una hora de máxima atención a las 12 de la mañana y siendo el lunes el día de mayor afluencia; 366 pacientes fueron triados con un nivel III de urgencia (41,2%) y 512 casos (57,6%) acudieron al Servicio por orden facultativa;231 casos requirieron hospitalización (26%). El tiempo medio de espera desde la filiación administrativa hasta el triaje, fue de 8 minutos. El tiempo de espera desde la clasificación a la atención médica, fue superior al protocolizado en cada nivel de urgencia. Concluyendo con el porcentaje de pacientes que acuden por orden facultativa es elevado, a pesar de ello, un alto porcentaje podría haber sido tratado en niveles asistenciales primarios para evitar el colapso de este servicio.

De Argila N y colaboradores (36), En España en el año 2019, en su estudio de Evaluación del impacto tras la implantación del triaje de adulto gestionado por enfermería en un servicio de urgencias hospitalarias en España , el cual tuvo como objetivo analizar el impacto de un programa de triaje en la demora en la atención de los pacientes en un servicio de urgencias hospitalarias y conocer la valoración del personal de enfermería que ha iniciado la gestión del triaje, donde se realizó un estudio observacional prospectivo de tipo cohortes del total de 1413 pacientes que son atendidos en urgencias se analiza esta herramienta desde la experiencia de los profesionales de enfermería en plantilla con una encuesta estructurada simple. Entre los diez primeros sin triaje y los seis siguientes con triaje, se evidencia una diferencia significativa; se obtuvo como resultado la mejora en los tiempos en la primera atención ($p < 0.05$); sin embargo, no se aprecia diferencia significativa en el tiempo total de estancia en urgencias. (36)

Silvariño R. (37), en Uruguay en el año 2018, en su estudio Experiencia de triaje estructurado en el departamento de urgencia - Uruguay, tuvo como objetivo evaluar la eficacia del Triage estructurado como herramienta de gestión clínica, donde se recolectaron de forma prospectiva datos patronímicos y controles vitales de 500 pacientes consecutivos y se auditó de manera retrospectiva la historia clínica de los mismos en busca de parámetros que permitan evaluar la efectividad del Triage estructurado. Los resultados mostraron que el tiempo global de estadía en el departamento de urgencia fue de 101,5 minutos, el tiempo entre triaje y consulta médica 50,1 minutos; 63% a 100% de las consultas fueron asistidas dentro de los tiempos preestablecidos para cada categoría de riesgo. Se concluye que el Triage estructurado es una herramienta eficaz de gestión clínico-asistencial.

Taype y colaboradores(38), en Cuzco Perú en el año 2019, en su estudio titulado Tiempo de Espera para Atención médica urgente de un hospital Regional del Cuzco- Perú, después de implementar un programa de mejora de procesos, realizado de Octubre a diciembre del 2019, tuvo como objetivo evaluar el tiempo de espera con problemas médicos urgentes en un servicio de emergencia después de implementar un programa de mejora de procesos, los Resultados fueron : evaluaron 36 mil atenciones de prioridad III, las más elevadas en el cuarto trimestre, los días lunes, entre las horas de 7 a 11 am. La mediana de tiempo de espera para primera atención fue de 35 minutos, mientras que la mediana de tiempo de permanencia en emergencia fue 2,9 horas; siendo mayor cuando se solicita interconsulta a otra especialidad (5 horas). El 90% de atenciones tuvieron permanencia total en emergencia menor a cinco horas.

Ruiz, et al (39), En México durante el año 2017, en el estudio cuyo objetivo fue “determinar la satisfacción del adulto mayor con el cuidado de enfermería en un hospital de segundo nivel”. El enfoque fue cuantitativo, de diseño trasversal descriptivo. La muestra se conformó por 191 adultos mayores, el instrumento utilizado fue el CARE-Q constituido por seis dimensiones. La satisfacción se clasificó como alta con 184 a 139 puntos, media con 138 a 93 y baja con 92 o menos. Utilizándose estadística descriptiva y coeficiente de correlación de Spearman, donde concluyen que la satisfacción global fue alta en 61.8 % de los entrevistados.

Pardo Rivera y colaboradores (40) en Lima Perú en el año 2018, en su tesis denominada “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 presente estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y aleatorio, se calculó el tiempo de espera de los usuarios en el servicio de emergencia desde que se realizó el triaje hasta recibir la primera atención médica. Resultados: el 55.26 % son de sexo masculino, entre las edades de 40 a 42 años, se tomó en cuenta las prioridades, la mayor cantidad de pacientes atendidos 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 teniendo el resultado 0.811 que nos indica que la relación que existe entre el nivel de prioridad y el tiempo de espera es alta.

Vílchez Z. C. (41), en Lima Perú en el año 2019, 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 2018 a Setiembre 2019 – 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 cual 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.

ZAMBRANO, R. (42), en Lima Perú en el año 2018, 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 2018. 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” 2018. La metodología es cuantitativa 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 18 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 ($r = -0.609$)

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 Urgencias del Policlínico Chincha - Es salud, 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.

El presente estudio beneficiara a los pacientes que acuden servicios de urgencias del Policlínico Chincha - Essalud, además beneficiara a los profesionales de enfermería que laboran en el área de emergencia quienes contaran con una herramienta válida, confiable y científicamente probadas permitiendo crear estrategias para mejorar la atención a los pacientes.

Para la presente investigación se utilizará todos los pasos del método científico para llegar al término del estudio a una respuesta al problema planteado en la investigación, así mismo en el presente estudio se utilizará el diseño de tipo descriptivo el cual es apropiado para la observación del fenómeno de estudio

En el 2019 el policlínico Chincha contaba con una población de 10 mil asegurados y en el 2021 la demanda de pacientes ha crecido a 16850 asegurados (Fuente: Oficina de Estadística del policlínico Chincha). Por lo expuesto se hace la siguiente pregunta de investigación.

El objetivo general del presente trabajo de investigación es, 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 Urgencias del policlínico Chincha Essalud 2022

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es de enfoque cuantitativo porque se hará uso de métodos estadísticos para cuantificar las variables de investigación, de diseño no experimental de corte transversal y correlacional. Es no experimental porque aborda la variable sin realizar intervención alguna y por qué analiza dicha variable en su medio natural. Es transversal por que la recolección de datos se da en un punto temporal del tiempo y correlacional porque buscara la relación entre las dos variables de estudio (43).

2.2 POBLACIÓN

La población de la investigación está constituida por 250 historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de Urgencias del Policlínico Chincha – Essalud, 2022.

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de Urgencias del Policlínico Chincha - Essalud de Julio a noviembre del 2022.
- Historias clínicas completas

En cuanto a los criterios de exclusión:

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

2.3 MUESTRA.

Se aplicó la siguiente fórmula:

$$n_{\infty} = \frac{z_{\alpha/2}^2 p_e q_e}{E^2}$$

$$n = \frac{(z_{\alpha/2})^2(p)(q)}{\varepsilon^2}$$

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

$$n = 152$$

La muestra está constituida por 152 historias clínicas de pacientes que fueron atendidos en el servicio de Urgencias del Policlínico Chincha.

2.4 VARIABLE DE ESTUDIO

Variable 1: 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 (44).

Definición Operacional: Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en Sala de Reanimación – Shock Trauma.

Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones.

Paciente con estabilidad ventilatoria hemodinámica y neurológica que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes.

Pacientes sin compromiso de funciones vitales sin riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en consulta externa o consultorios descentralizados.

Variable 2: 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.

Definición Operacional: Hora en la que se realiza una clasificación por parte del personal de salud responsable del triaje.

Hora registrada en la historia clínica en la que se realiza la atención por parte del personal médico.

2.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

TECNICA.

- 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.

INSTRUMENTO.

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?”

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 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.

2.6 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.6.1. Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Para el desarrollo de trabajo de campo se solicitará a la Dirección general de la Universidad María Auxiliadora una carta de presentación, con dicho documento se gestionará el permiso de acceso al Director del Policlínico Chincha, en el servicio de Urgencia, para poder abordar a los pacientes que acuden a atenderse por alguna dolencia de dicha institución teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para el desarrollo del cuestionario.

2.6.2 Aplicación de instrumento(s) de recolección de datos

La recolección de datos se realizará durante el segundo semestre de año 2022, esta actividad se realizará en 7 días consecutivos de la semana. A los pacientes atendidos en el servicio de emergencia.

El llenado de cada ficha será de un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos como promedio. Luego de terminar el trabajo, se procederá a verificar cada una de las fichas, valorando la calidad del llenado, que se encuentre completo y se procederá a la sumatoria de la puntuación respectiva (45)

2.7. MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

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.

2.8 ASPECTOS ÉTICOS

Se tomará en cuenta los cuatro principios básicos de la bioética, todo ello nos servirá para dar protección a los participantes de este estudio,

Principio de Autonomía: Viene a ser la capacidad de cada ser humano de deliberar sobre sus propósitos personales y de actuar según a las decisiones que puede tomar, este principio será aplicado en esta investigación al abordar al participante y pedir su participación voluntaria a través del consentimiento informado.

Principio de beneficencia este principio se refiere a realizar el bien, curar el daño y promover el bienestar, la aplicación de este principio será al brindar información a los participantes de los beneficios y mejoras en favor de los pacientes que se obtendrán como resultado en esta investigación.

Principio de no maleficencia este principio se refiere a no producir daño y a prevenir un posible daño; no provocar dolor, ni sufrimiento, no producir incapacidades, a cada participante se le explicará la forma verbal que no implicará ningún riesgo hacia su salud al ser una investigación no experimental.

Principio de justicia nos da a conocer si una investigación es o no ética, desde el punto de vista de justicia, valorar si cada acto es equitativo. Los participantes de este estudio serán tratados por igual sin preferencia alguna, con un trato de cordialidad y respeto; manteniendo la ética necesaria. (46)

III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

3.1 Cronograma De Actividades

ACTIVIDADES	2022																							
	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Identificación del Problema	■	■																						
Búsqueda de la bibliografía vía internet de los repositorios		■	■	■	■	■	■	■																
Elaboración de la introducción: Situación problemática, marco teórico referencial y antecedentes			■	■	■	■	■	■																
Construcción de la sección de introducción referente a la Importancia y justifica la investigación			■	■	■	■	■	■																
Determinar y enunciar los Objetivos de la investigación dentro de la introducción.			■	■	■	■	■	■	■															
Definición de la sección de material y métodos: Enfoque y diseño de investigación					■	■	■	■	■															
Determinación de la Población, muestra y muestreo									■	■	■	■												
Elección de la Técnicas e instrumentos de recolección de datos									■	■	■	■												
Elaboración de la sección material y métodos: Aspectos bioéticos									■	■	■	■												
Elaboración de la sección material y métodos: Métodos de análisis de información									■	■	■	■	■											
Elaboración de aspectos administrativos del estudio									■	■	■	■	■											
Elaboración de los anexos													■	■										
Evaluación anti plagio – Turnitin													■	■	■	■	■	■	■	■				
Aprobación del proyecto																	■	■	■	■				
Sustentación del proyecto																					■	■		

3.2 Recursos Financieros: (Presupuesto y Recursos Humanos)

MATERIALES	2022					TOTAL
	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	S/.
Equipos						
1 laptop	2,200					2,200
Disco duro externo 1 Tb		250				250
Materiales de escritorio						
Lapiceros		10				10
Hojas bond A4			10			10
Material Bibliográfico						
Libros		60	60	10		130
Fotocopias e impresiones		80	40	10	40	170
Espiralado		7	10		10	27
Otros						
Movilidad		50	50	100	300	500
Viáticos		50	50	50	100	250
Comunicación		50	20	10		80
Recursos Humanos						
Asesor estadístico		200				200
Imprevistos*			100		100	200
TOTAL		2,632	340	180	550	3,927

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: OECD, [revista en internet] 2018 [acceso 8 de octubre 2022] No 106 5-57. Disponible:<http://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>.
2. Organización Mundial de la Salud. Información actualizada sobre la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud – 28 de mayo de 2021[sede web]. Ginebra – Suiza: OMS; 2021[acceso 8 de octubre del 2022]. [internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/28-05-2021-update-from-the-seventy-fourth-world-health-assembly-28-may-2021>.
3. Organización Panamericana de la Salud. La comunicación, herramienta vital para salvar vidas en medio de la pandemia [sede web]. Washington D. C., Estados Unidos; 2020 [acceso 28 de octubre del 2022]. [internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/9-7-2020-comunicacion-herramienta-vital-para-salvar-vidas-medio-pandemia>.
4. Fajardo DG, Rodríguez SJ, Campos CM, Carrillo JA, Zavala SE, Aguirre GH. Lineamientos generales para el cuidado de la seguridad del paciente. CONAMED [Revista en Internet] 2008; [acceso 08 de octubre 2022]: 13: 38-56. http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/revista_jul-sep_2008.pdf
5. Consalud. Un nuevo estudio de SEMI señala que la tasa de reingreso hospitalario por Covid-19 [sede web]. Madrid – España: Consalud: 2021 [acceso 08 de octubre 2022]. Disponible en: https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/estudio-semi-senala-tasa-reingreso-hospitalario-covid-19-baja_99548_102.html
6. Lara O, Solarte F. Análisis de causas de reingreso en los servicios de urgencias de la empresa social del estado de Juan Pable II del municipio de Linares, 2017

[tesis de maestría]. Medellín – Colombia: Universidad Mariana; 2017. Disponible en:https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/1159/Analisis_Causas_Reingreso.pdf;jsessionid=EFFBC325F4078B0C0319482376502EDC?sequence=1

7. SECRETARIA DE GOBERNACIÓN. ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE [sede web]. Mexico 2022 [acceso 8 de octubre del 2022]. [internet]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017
8. EL HOSPITAL. Hospital en Estados Unidos consigue reducir tasas de reingreso de pacientes [sede web]. Bogotá – Colombia: El Hospital; 2019 [acceso 8 de octubre del 2022]. [internet]. Disponible en: <https://www.elhospital.com/temas/Hospital-en-Estados-Unidos-consigue-reducir-tasas-de-reingreso-de-pacientes+131734>
9. Caballero A, Ibañes M, Suares I, Acevedo J. Frecuencia de reingresos hospitalarios y factores asociados en afiliados a una administradora de servicios de salud en Colombia. Articulo [revista en internet] 2016 [acceso 8 de octubre del 2022]; 32(7) disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5nKrqCxztfXxVKYxQpNvpsq/?lang=es&format=pdf>
10. Basso D, Bermúdez C, Santoro S, Ferrero F, Ibarra M. Reingreso hospitalarios en un hospital pediátrico de tercer nivel. Arch Argent Pediatr [revista en internet] 2021 [acceso 10 de octubre del 2022]; 2021;119(5):e435-e440. Disponible en <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2021/v119n5a13.pdf>
11. Amado J, Vasquez A, Palacios A. Readmisión frecuente de pacientes al servicio de emergencia de adultos Lima-Perú. Rev. Soc. Peruana Interna [revista en internet] 2015 [acceso 8 de octubre del 2022]: 28(4): 153-157, disponible en: http://medicinainterna.net.pe/images/REVISTAS/2015/revista_28_4_2015/2_articulo_original.pdf

12. Marín A. Calidad De Atención Y Grado De Satisfacción Del Usuario En Consultorios Externos De Obstetricia Del Hospital Regional De Loreto, Iquitos, 2017 [tesis de pregrado]. Iquitos – Loreto: Universidad Científica del Perú; 2017. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/180/MARIN-1-Trabajo-Calidad.pdf?Sequence=1&isallowed=y>
13. Naranjo I, Ricaurte G. La comunicación con los pacientes. Revista Inv. Y Edu. En Enf. [revista en internet] 2017 [acceso 8 de octubre del 2022]; 24(1):94-98. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215400009.pdf>
14. Gonzales A, Moreno M, Cheverria S. Cuidado de enfermería perdido percibido por madres de los pacientes pediátricos. SANUS [revista en internet] 2020 [acceso 0 de octubre del 2022]; 15):1-12. Disponible en: <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/175/170>
15. Espinosa J. La comunicación como herramienta del cuidado de enfermería en el alivio del sufrimiento, 2018 [tesis maestría]. Madrid – España: Universidad Autónoma de Madrid; 2018. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684854/espinosa_perez_jesustfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Alba A. Fajardo G. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. Enf. Neurol (Mex) [revista en internet] 2017 [acceso 8 de octubre del 2022]; 3: 138-141 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2017/ene123d.pdf>
17. Noreña A, Cibanal J, Alcaraz M. La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. Rev Esp Com Sal [Revista en internet] 2016 [acceso 8 de octubre del 2022]; 1 (2): 113-129. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/download/3412/2063>

18. Bock L, Coelho M, Amante L. COMUNICAÇÃO ENTRE A ENFERMAGEM E OS CLIENTES IMPOSSIBILITADOS DE COMUNICAÇÃO VERBAL. Rev Latino-am Enfermagem [revista en internet] 2015 [acceso 8 de octubre del 2022]; 15(5). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2814/281421877013.pdf>
19. Farías S. El significado de pensar/hacer en la práctica del enfermero: una revisión sistemática en artículos. Esc Anna Nery Rev Enferm. [revista en internet] 2015 [acceso 8 de octubre del 2022]; 11(3): 509-14. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/pSGnKb83Gp9Vv7Lt5XbNTjp/?format=pdf&lang=pt>
20. Baggio M, Dorneles G, Lorenzini A. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. Rev Bras Enferm. [revista en internet] 2018 [acceso 8 de octubre del 2022]; 61(5):552-7. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/WBsVXPbPBrBcNjHksdq5w9h/?lang=pt&format=pdf>
21. Pinheiro R, Araujo R. Cuidado as Fronteiras da Integralidade. 3ra. LAPPIS. Rio de Janeiro – Brasil; 2008.
22. Coelho M. Maneiras de cuidar em enfermagem. REBEn. [revista en internet] 2016 [acceso 9 de octubre del 2022]; 59(6):745-51. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267019617005.pdf>
23. Chiavenato I. Introducción a la Teoría General de la Administración. 10ma, McGraw-Hill Interamericana. España 2019.
24. Ferrell O, Hirt G. Introducción a los Negocios en un Mundo Cambiante, 7ma. McGraw-Hill Interamericana, 2010.

25. da Silva A, de Melo C. A interseção entre ser enfermeiro e ser terapeuta em saúde mental. REBEn [revista en internet] 2020 [acceso 9 de octubre del 2020] 73(1): 2 – 8. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/fyqzs7fszLYtpBKZcRFFCrJ/?format=pdf&lang=pt>
26. Bautista L, Arias M, Carreño O. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional, Revista CUIDARTE [revista en internet] 2018 [acceso 9 de octubre del 2022]; 7(2): 1297-1309. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v7n2/v7n2a07.pdf>
27. Gutierrez D, Monroy J, Sosa J, Figueroa M. Estrategia para mejorar la comunicación efectiva entre los miembros del equipo de salud del servicio de hospitalización en la Clínica Cardio VID, en la ciudad de Medellín, 2021 [tesis de segunda especialidad]. Medellín – Colombia: Universidad el Bosque; 2021. Disponible en: <https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/8350/Proyecto%20de%20Gesti%C3%B3n%20Comunicaci%C3%B3n%20Efectiva%20ORG%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf?sequence=5>
28. Colegio de Enfermeros del Perú (2009), Código De Ética Y Deontología Del Colegio De Enfermeros Del Perú [sede web]. Lima – Peru: Colegio de Enfermeros del Peru; 2009 [acceso 9 de octubre del 2022]. [internet]. Disponible en: <https://1library.co/article/c%C3%B3digo-%C3%A9tica-colegio-enfermeros-per%C3%BA.z3donk8y>
29. Alba A, Jajardo G, Tixtha E. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria. Enf. Neurol (Mex) [revista en internet] 2018 [acceso 9 de octubre del 2022]; 3: 138-141. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-20182/ene123d.pdf>
30. Asmat N, Mallea Y, Rodriguez F. Comunicación Y Apoyo Emocional De Enfermería Según El Familiar Del Paciente Crítico En Un Hospital De Lima Metropolitana, 2018 [tesis de especialidad]. Lima – Peru: Universidad Cayetano Heredia; 2018.

Disponible en:
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3970/Comunicacion_AsmatOrtiz_Nataly.pdf?sequence=1&isAllowed=y

31. Díaz M. Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda [Internet]. Rev Esp Com Sal. 2011; 2(1):55-61
32. Naranjo BIC, Ricaurte GGP. La comunicación con los pacientes [Internet]. Rev Investigación y Educación en Enfermería-Medellín 2006; 24 (1): 93-98
33. Kodali S, Stametz RA, Bengier AC, Clarke DN, Layon AJ, Darer JD. Family experience with intensive care unit care: association of self-reported family conferences and family satisfaction [Internet]. J Crit Care. 2014; 29(4):641-4. DOI: 10.1016/j.jrc.2014.03.012.
34. López C, Luque I, Gómez, V, Casas R, Crespo R. La satisfacción del paciente como componente de la calidad en las unidades de diálisis. Enferm Nefrol [revista en internet] 2018 [acceso 9 de octubre del 2022]; 19 (2): 125/133. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v19n2/04_original3.pdf
35. García A. La información al Paciente como pieza clave de la Calidad Asistencial. REV CLIN MED FAM [revista en internet] 2019 [acceso 9 de octubre del 2022]; 2 (6): 275-279. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v2n6/especial1.pdf>
36. Guillén M. Teorías aplicables al proceso de atención de Enfermería en educación superior. Rev Cubana Enfermer [revista en Internet] 1999 [acceso el 13 de octubre de 2022]; 15(1): 10-16. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v15n1/enf02199.pdf>
37. Figueredo N, Ramírez-Pereira M, Nurczyk S, Diaz-Videla V. Modelo y teorías de enfermería: Sustento para los cuidados paliativos. Enfermería: Cuidados Humanizados [revista en Internet] 2019 [acceso el 13 de octubre de 2022]; 8(2): 33-43. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v8n2/2393-6606-ech-8-02-22.pdf>
38. Ruiz P, Romero G, Tejo J, Martínez M. Satisfacción del adulto mayor con el cuidado de enfermería en un hospital de segundo nivel. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc

- [revista en internet] 2018 [acceso 9 de octubre del 2022]; 23(1):37-42. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151g.pdf>
39. Patiño R. "La comunicación interpersonal del staff hospitalario y su relación con la satisfacción de los pacientes de los establecimientos de salud de La Troncal.2020. [tesis maestría]. Guayaquil – Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2020. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/14979/1/T-UCSG-POS-MGSS-244.pdf>
 40. REAL R, VERGARA V. Nivel de satisfacción de los pacientes egresados de un servicio de Clínica Médica del Paraguay; 2021. [tesis de maestría]. Itapúa Paraguay: Universidad Nacional Itapúa; 2021. Disponible en Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/6357/635766604007/html/>
 41. CARDENAS M. Satisfacción del Familiar con la Comunicación del Profesional de Enfermería, en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima, Perú, 2019. [tesis de licenciatura]. Lima . Perú: Universidad Ricardo Palma; 2019. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/2706/SENF_T030_45963551_T%20%20%20CARDENAS%20YAURI%20MARISOL.pdf?sequence=1
 42. Cienfuegos, M. La relación entre el nivel de Información que brinda la enfermera y la satisfacción del familiar del paciente en emergencia del Policlínico Policía Nacional del Perú, Trujillo, 2020 [tesis de licenciatura]. Trujillo – Perú: Universidad Antenor Orrego; 2020. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/7630>.
 43. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ta. McGraw-Hill, editor. México; 2018
 44. Torres. Estadística aplicada a las ciencias de la salud. 2da. Dextra Editorial. España; 2019.
 45. Gamarra G, Wong F, Rivera T, Pujay O. Estadística E Investigación con aplicaciones de SPSS. 2da. Editorial San Marcos. Lima – Perú, 2019
 46. Perez R, Matta H. Guía Para La Elaboración Del Trabajo De Investigación Para Optar El Grado Académico De Bachiller Y Tesis Para El Título Profesional, 2020 (Guía de trabajos de investigación). Lima – Perú: Universidad María Auxiliadora; 2020. Disponible en:

https://uma.edu.pe/documentos/reglamentos%20y%20resoluciones/GUIA_%20TRABAJOS_DE_INVESTIGACION_16042020.pdf

ANEXOS

ANEXO A : OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
<p>Niveles de Prioridad</p>	<p>Los niveles de prioridad del triaje, son una forma en que se estructura la atención al paciente, dependiendo de la gravedad de su patología y del estado general que presente.</p>	<p>PRIORIDAD I</p> <p>PRIORIDAD II</p> <p>PRIORIDAD III</p> <p>PRIORIDAD IV</p>	<p>Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en Sala de Reanimación – Shock Trauma.</p> <p>Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones.</p> <p>Paciente con estabilidad ventilatoria hemodinámica y neurológica que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes.</p> <p>Pacientes sin compromiso de funciones vitales sin riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en consulta externa o consultorios descentralizados.</p>	<p>Paro Cardio Respiratorio, Shock Taruma severo, obstrucción de la vía aérea alta.</p> <p>Crisis asmática, Diabetes Mellitus descompensada, hemoptisis, trastornos del sensorio, dolor torácico.</p> <p>Dolor abdominal, deshidratación moderada, broncoespasmo leve, síndrome vertiginoso y trastorno vascular.</p> <p>Enfermedades diarreicas agudas, enfermedades crónicas no descompensadas, resfrió común.</p>

Anexo B : instrumento de recolección de datos.

“Instrumento para medir 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 Urgencias del policlínico Chincha Essalud 2022”

ANEXO 01:

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 AL POLICLINICO CHINCHA (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

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: “NIVELES DE PRIORIDAD DEL TRIAJE Y TIEMPO DE ESPERA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE URGENCIAS – ESSALUD POLICLINICO CHINCHA, 2022”

Nombre del investigador principal: LIC. ENF KARINA YSABEL OCHOA CARBAJO.

Propósito del estudio: El presente estudio beneficiara a los pacientes que acuden servicios de urgencias del Policlínico Chincha - Essalud, además beneficiara a los profesionales de enfermería que laboran en el área de emergencia quienes contarán con una herramienta válida, confiable y científicamente probadas permitiendo crear estrategias para mejorar la atención a los pacientes.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que se proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a LIC. ENF. KARINA YSABEL OCHOA CARBAJO autor del trabajo (teléfono móvil N° 993490814) o al correo electrónico: karinaysabel2011@outlook.com

Participación voluntaria: Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO: Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI: 21576522	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsAp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma o huella digital
KARINA YSABEL OCHOA CARBAJO	
Nº de DNI	
21576522	
Nº teléfono móvil	
993490814	
Nombre y apellidos del responsable de encuestador	Firma o huella digital
Nº de DNI	
Nº teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	5%
2	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	repositorio.uma.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	aprenderly.com Fuente de Internet	2%
5	Submitted to Universidad Maria Auxiliadora SAC Trabajo del estudiante	2%
6	repositorio.utn.edu.ec Fuente de Internet	1%
7	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Corporación Universitaria Minuto de Dios, UNIMINUTO Trabajo del estudiante	1%