



**FACULTAD DE ESCUELA DE POSGRADO
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
POSGRADO**

TESIS

“Capacidad resolutive y características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia del hospital Sergio Bernales, Lima 2023”

**Para optar el Grado Académico de
Maestro de Gestión en Salud**

Presentado por:

Autora: Champion Tarazona, Victoria Ercilia

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0494-460X>

Asesor: Dr. Maguiña Palma Misael Erikson

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4545-7413>

**Línea de investigación general
Salud y Bienestar**

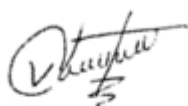
**Lima, Perú
2023**

	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Yo, **Victoria Ercilia Champion Tarazona** Egresado(s) de la Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico **“Capacidad resolutive y características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia del hospital Sergio Bernales, Lima 2023”** Asesorado por el docente: Misael Erikson Maguiña Palma Con DNI 41974596 Con ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4545-7413> tiene un índice de similitud de (14) (CATORCE)% con código oid:14912:288959922 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
 Victoria Ercilia Champion Tarazona
 DNI: 43791280

.....
 Firma de autor 2
 Nombres y apellidos del Egresado
 DNI:



Dr. Misael Erikson Maguiña Palma
 DNI: 41974596

.....
 Firma
 Nombres y apellidos del Asesor:
 Misael Erikson Maguiña Palma
 DNI: 41974596

ÍNDICE GENERAL

Resumen (español).....	5
Abstract (inglés).....	6
Introducción.....	7
CAPITULO I: EL PROBLEMA.....	9
1.1 Planteamiento del problema.....	9
1.2 Formulación del problema.....	12
1.2.1 Problema general.....	12
1.2.2 Problemas específicos.....	12
1.3 Objetivos de la investigación.....	12
1.3.1 Objetivo general.....	12
1.3.2 Objetivos específicos.....	12
1.4 Justificación de la investigación.....	13
1.4.1 Teórica.....	13
1.4.2 Metodológica.....	13
1.4.3 Práctica.....	13
1.5 Limitaciones de la investigación.....	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	15
2.1 Antecedentes de la investigación.....	15
2.2 Bases teóricas.....	21
2.3 Formulación de hipótesis.....	28
2.3.1 Hipótesis general.....	28
2.3.2 Hipótesis específicas.....	28
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	29
3.1. Método de investigación.....	29
3.2. Enfoque investigativo.....	29
3.3. Tipo de investigación.....	29
3.4. Diseño de la investigación.....	29
3.5. Población, muestra y muestreo.....	30
3.6. Variables y operacionalización.....	31
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	32
3.7.1. Técnica.....	32
3.7.2. Descripción.....	32
3.7.3. Validación.....	32
3.8. Procesamiento y análisis de datos.....	32
3.9. Aspectos éticos.....	33

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	34
4.1 Resultados	34
4.1.1. Análisis descriptivo de los resultados.....	34
4.1.2. Prueba de hipótesis.....	40
4.1.3. Discusión de resultados.....	43
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
5.1 Conclusiones	46
5.2 Recomendaciones.....	47
REFERENCIAS	48
ANEXOS	52
Anexo1: Matriz de consistencia	52
Anexo 2: Herramienta de procesamiento.....	54
Anexo 2: Sub base de recolección de datos.....	55
Anexo 2: Procesamiento de datos.....	56
Anexo 5: Informe del asesor de Turnitin <i>solo para egresados</i>	56

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1: Total de pacientes admitidos al mes en emergencia.....	34
Tabla 2: Contrastación de Hipótesis general.....	40
Tabla 3: Contrastación de Hipótesis especifica 1.....	41
Tabla 4: Contrastación de Hipótesis especifica 2.....	42
Gráfico 1. Distribución de resultados según categorías de escala de NEDOC.....	35
Gráfico 2: Promedio de resultados según hora de medición de la Escala NEDOCS al servicio de Emergencia.....	36
Gráfico 3: Total de pacientes según el nivel de prioridad de atención que ingresan al servicio de emergencia	37
Gráfico 4: Total de pacientes según el nivel de prioridad de atención que ingresan al servicio de emergencia	38
Gráfico 5: Total de pacientes según el nivel de prioridad de atención y el resultado de nivel de ocupación por escala NEDOCS.....	39

Resumen

El hacinamiento en los servicios de Emergencia y la problemática que se presenta por ella, son evidenciados en los sistemas nacionales e internacionales de salud, así también, se demuestra que las características de los pacientes que acuden a este servicio son diversas y esto afecta la atención oportuna y eficaz. El objetivo de este estudio fue establecer la existencia de relación entre la Capacidad resolutive y características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia del hospital Sergio Bernales, Lima 2023, mediante la utilización de la Escala NEDOCS, que fue un instrumento desarrollado en los Centros Académicos de Estados Unidos y ha sido validada en el resto del mundo. El presente fue un estudio Correlacional, No experimentales, de corte transversal realizado en el mes de abril del 2023, con mediciones en 3 momentos del día (6am, 12m y 6pm) con un total de 90 mediciones para 1034 datos, la población estudiada fueron los pacientes que asistían al servicio de emergencia en estos horarios y que no estén incluidos dentro de los criterios de exclusión. Se realizó la medición no solo de la escala de NEDOCS, también se recolectó el nivel de prioridad por el que ingresaban los pacientes en emergencia determinado por el área de triaje. Los resultados fueron que el servicio de emergencia presenta un nivel peligrosamente sobreocupado con un 85.6%, seguido del nivel severamente sobreocupado con un 14.4%, con mayor congestión en el horario de medio día, según las características por nivel de prioridad se determinó que hubo una mayor afluencia de pacientes con prioridad II con 65.2% seguido de los de prioridad III con 34.5% y un mínimo ingreso de prioridad I con 0.3%, existiendo una relación entre la capacidad resolutive y las características clínicas de los pacientes que ingresan al servicio de emergencia

Palabras clave: Capacidad resolutive, características clínicas, nivel de prioridad, sobreocupación.

Abstract

The overcrowding in the Emergency services and the problems derived from it are evidenced in the national and international health systems, likewise, it is shown that the characteristics of the patients who attend this service are diverse and this affects timely and effective care. The objective of this study was to establish if there is a relationship between the resolution capacity and clinical characteristics of patients in the emergency service of the Sergio Bernales Hospital, Lima 2023, by using the NEDOCS Scale, which is a tool previously developed in Academic Centers in the United States and widely validated in the rest of the world. It was a Correlational, Non-experimental, cross-sectional study carried out in April 2023, with measurements at 3 times of the day (6am, 12 noon and 6pm) with a total of 90 measurements for 1034 data, the study population was the patients admitted to the emergency service at these times, except for patients who met the exclusion criteria. In addition to calculating the NEDOCS scale scores, the priority level for which patients were admitted to the emergency room, determined by the triage area, was collected. The results were that the emergency service presents a dangerously overcrowded level with 85.6%, followed by the severely overcrowded level with 14.4%, with greater congestion at noon, according to the characteristics by priority level, it was determined that there was a greater influx of patients with priority II with 65.2% followed by those with priority III with 34.5% and a minimum admission of priority I with 0.3%, there being a relationship between the resolution capacity and the clinical characteristics of the patients admitted to the emergency service.

Keywords: Resolution capacity, clinical characteristics, priority level, overcrowding.

INTRODUCCIÓN

El servicio de emergencia es una de las áreas del hospital donde se atiende la mayor demanda de los pacientes y se encuentra activo las 24 horas del día y donde las patologías que presentan los pacientes requieren de una atención especializada y oportuna, la congestión que se genera por la alta demanda en este servicio hace que muchas veces no se realice una atención con calidad poniendo en riesgo la alteración de la salud de los pacientes. Estas situaciones que se vienen reflejando en diferentes instituciones de salud aún no han generado la necesidad de plantear soluciones que estén de acuerdo al funcionamiento de los servicios de emergencia, a pesar de los diferentes estudios que incluyen la sobreocupación, hacinamiento o congestión en los servicios de emergencia o urgencia, donde se evidencia que funcionan superando su capacidad, generando tiempos de espera prolongados y agravando más su estado de salud, así también, generan insatisfacción y quejas no solo por los pacientes sino también por el personal de salud que presenta una sobrecarga laboral generando estrés y baja calidad y calidez de la atención. La necesidad de realizar una medición rápida llevo a diseñar en otros países escalas cuantitativas que permitan medir esta congestión como la escala de NEDOCS (National Emergency Department Overcrowding Study).

Los pacientes que buscan una atención en el servicio de emergencia también presentan diferentes características, por ello una de las más importantes es identificar el nivel de prioridad con la que requieren la atención, ya que según su estado de salud es el tiempo de respuesta en la que se debe atender. Las normas técnicas nacionales definen los niveles de prioridad, dentro de la realidad los que

requieren atención rápida no la reciben por la congestión que se presenta en el propio servicio

Por todo lo anterior, este estudio pretende responder: ¿Cuál es la relación entre la capacidad resolutive y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia, Hospital Sergio Bernales Lima 2023?

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

En el mundo, los países en vías de desarrollo están implementando nuevos sistemas de servicios de salud, que son realizados según la lógica de niveles de atención y sus características de la población ya sean epidemiológicas, demográficas, socio-culturales o económicas, ya que todas estas son necesarias para conocer a los usuarios que solicitan esta atención, es por ello, que crece la necesidad de una reforma de atención basada en estas características de la demanda (1).

El fenómeno de sobre ocupación de los servicios de Emergencias, se define como cuál es el tipo de demanda de necesidad de salud y cuál es la capacidad de los establecimientos para poder atender adecuada y oportunamente. Uno de los problemas que afecta a este servicio en diferentes países son los déficits de camas disponibles para la demanda de pacientes, esto sin contar los niveles socioeconómicos y los presupuesto que manejen cada hospital, convirtiéndose ya en un problema de salud pública que presenta prioridad en que sea manejada; esto reflejado con porcentajes de más del 20% de elevación en cuanto a un nivel muy ocupado con respecto al ocupado (2).

Del total de las admisiones se registra un total de 3.6% terminan en retiros voluntarios por tener una demora en la atención y deficiencia en la resolución de su problema de salud. (3) El mantener un servicio sobreocupado genera el riesgo de muerte en pacientes que requieren atención rápida con un riesgo de 6.1% de los que son atendidos en estas condiciones durante 30 días. (4)

La capacidad resolutive de los establecimientos de salud forma un eje fundamental, ya que la calidad de la atención a los usuarios está basada en ella, el usuario viene siendo el actor principal de todo el proceso de atención y ante todos los casos sería el único afectado ya sea en la parte clínica o emocional tras diferentes fallas en el sistema de salud (5).

En los hospitales se reciben diferentes patologías con requerimiento de muchas especialidades, varios de estos casos referidos de centros primarios de atención, incluyendo casos que podrían haberse resuelto desde la atención primaria, lo que ha conllevado a un aumento de la demanda en las salas de emergencia, presentando principalmente demoras en la atención y no resolución de sus

necesidades. (6)

Los pacientes que ingresan al servicio de emergencia representan aproximadamente un 16% de la atención total hospitalaria que ingresan con diversas comorbilidades asociadas a su patología, lo que agrava el estado de su salud, así como también, produce complicaciones y dificulta la resolución de su enfermedad, generando una necesidad de mayor atención por mas especialidades de salud, se han identificado enfermedades crónicas como obesidad, hipertensión arterial y diabetes como las más frecuentes que van acompañados de un déficit control (7).

La carencia en los recursos y presupuesto de los hospitales de referencia del Ministerio de Salud constituye una problemática que tiene prioridad en solucionar ya que pone en riesgo la calidad de la atención a los pacientes, generando un fuerte nudo en la resolución inmediata de las patologías de gravedad, principalmente en los servicios de emergencia donde se necesita de agilidad en los procesos y de diagnóstico oportuno, el personal de los servicios también se presenta insuficiente para la misma atención sin capacidad de resolución, en su mayoría se prioriza personal administrativo que genera dificultades en los procesos de atención y hay carencias en el personal asistencial que es directamente el que genera la atención al usuario y puede identificar sus necesidades (8).

En la actualidad, los servicios de emergencia deben considerar que son los de mayor afluencia repetida de servicio de salud, donde el aumento de demanda a llevado a un uso inadecuado del mismo servicio, quienes no cumplen con las características de una emergencia y usando la atención por ser personas mayores o vulnerables, vivir cerca del hospital, evitar demoras en la atención por consultorios, esto genera mayor aglomeración en las atenciones y aumentando la espera para los diagnósticos prioritarios y de necesidad (9).

Es usual que los usuarios o pacientes generen la molestia por demoras y dificultades en obtener una atención medica primaria, motivos por lo que acuden a emergencia para poder recibir una atención más ágil y poder solucionar sus necesidades que no son de urgencia (10).

En el Perú el nivel y capacidad resolutive que tienen los servicios de salud son temas de gran preocupación, ya se están estableciendo como un objetivo en el

marco de la Reforma en Salud, brindar el acceso universal al primer nivel de atención y ofrecer una atención de calidad, esto permitirá garantizar el acceso a una salud integral, equitativa, efectiva, eficiente y gratuita en todos los puntos de atención con la categoría y acreditación de los establecimientos en atención primaria a nivel nacional, así lograr el descongestionamiento de las emergencias en los hospitales y poder responder a la demanda de atención prioritaria, dejando todas las atenciones básicas como los partos sin complicaciones y la atenciones medicar no prioritarias sean atendidas en el primer nivel (11).

La funcionalidad de la capacidad resolutive va estar directamente vinculada a poder resolver los problemas de salud, esta percepción toma en cuenta la atención que se brinde y el éxito del tratamiento, así como, el crear un apego a la institución que puede resolver sus demandas y mantener una imagen pública adecuada, fortalece el funcionamiento del sistema (12).

Frente a las características mencionadas, si se realizara una inadecuada caracterización de los pacientes puede conllevar a una sobrecarga laboral para el personal de salud, mala calidad de atención y eventos adversos en la salud de los pacientes, generando también insatisfacción en los mismos.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre la capacidad resolutive y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia, Hospital Sergio Bernales Lima 2023?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre la capacidad resolutive severamente sobreocupado y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia, Hospital Sergio Bernales Lima 2023?
- ¿Cuál es la relación entre la capacidad resolutive peligrosamente sobreocupado y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia, Hospital Sergio Bernales Lima 2023?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre la capacidad resolutive y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar la relación que existe entre la capacidad resolutive severamente sobreocupado y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia.
- Identificar la relación que existe entre la capacidad resolutive peligrosamente sobreocupado y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

Teóricamente podemos definir que las áreas de emergencia son exclusivos para las atenciones rápidas donde está en riesgo la integridad de las personas; actualmente la necesidad que presenta el individuo para obtener una respuesta al problema de salud hace que acudan a estos servicios aun cuando sus características de enfermedad no estén dentro de la prioridad de atención que se da en la emergencia, es por ellos que es necesario e indispensable conocer las características clínicas de los usuarios que ingresan al servicio de emergencia, realizar actualización de normativas y guías políticas de intervención donde se determine una adecuada distribución de las áreas para así poder realizar una atención oportuna según la prioridad de urgencia.

1.4.2 Metodológica

Es necesario fomentar el uso de instrumentos tecnológicos que nos permitan obtener resultados en cortos tiempo, el uso de aplicativos validados por expertos y usados en la diversidad de realidades de cada institución, generan resultados muy enriquecedores donde se puede tomar decisiones prontas; así también; es sabido que el uso de instrumentos como encuestas es rechazado por las personas de estudio.

diferentes investigaciones y realidades.

1.4.3 Práctica

Conocer como las características clínicas de los pacientes que ingresan al servicio de emergencia y la capacidad de la respuesta que tiene el servicio ante esta demanda es indispensable para la determinación de los planes de mejora en beneficio de los que se atienden. El hacinamiento y sobreocupación, reflejados en los tiempos largos de espera para la atención, así como, las necesidades que presentan los pacientes con conseguir una respuesta a sus problemas de salud, lleva a que sea necesario investigar los nudos que no permiten que una atención oportuna, ya que esto podría tener como consecuencia complicaciones en la salud de los pacientes y agotamiento en los que realizan la atención.

1.5 Limitaciones de la investigación

No se encontraron estudios como antecedentes donde midan la relación entre la variable características clínicas y capacidad resolutive por lo que en la discusión se dificulta la contratación de los resultados obtenidos. Otra limitación se presentó para la obtención de resultados fue los horarios donde ingresan los pacientes con diferentes niveles de prioridad ya que no tiene una hora estimada ya el servicio atiende 24 horas, siendo las emergencias inesperadas, motivo por lo que no se obtuvo mucha información de características clínicas en prioridad I, este presente estudio tuvo una medición en 3 momentos del día 6am, 12m y 6pm por lo que el valor total de los ingresos no se ve reflejado en los resultados.

2. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Internacionales

Grande, M. (2020) realizo el estudio de “Validación de instrumento NEDOCS para medir overcrowding en central de emergencias de adultos”, tuvo como objetivo realizar la validación de la herramienta NEDOCS para medir el overcrowding comparado con la evaluación subjetiva que se le practico al personal. Realizo 2 mediciones: 1 con 8784 mediciones horarias con la herramienta NEDOCS y una encuesta realizada a los profesionales. Obtuvo como resultado, overcrowding más del 51,28%, usando la herramienta NEDOCS y en las encuestas obtuvo overcrowding 32%. Concluye que, si la herramienta NEDOCS es factible, sencilla y rápida, podría volverse aún más útil si se realiza precisiones según la realidad de la institución. (13)

Albán, C. Sellan V., Romero H. (2019) realizaron el estudio “Acciones resolutivas de los grupos de trabajo multidisciplinarios de salud. Impacto en zonas coyunturales”. Tuvo como objetivo fundamentar, exponer y analizar si existe coherencia en los cambios realizados al sistema como parte de actualizaciones para su reordenamiento, consolidación, y llegar a la sostenibilidad”. Realizaron una revisión bibliográfica sobre los siguientes temas: capacidad de resolución, reglamento interno, manuales, despenalización, carpeta metodológica, planes de estudio, programas de medicina y enfermería. Esta evidencia fue examinada y luego analizada; las historias clínicas fueron seleccionadas al azar. Concluyen que este procedimiento es un instrumento que identifica la capacidad resolutiva del trabajo multidisciplinario de salud y aporta información necesaria para poder alcanzar la mayor calidad en la atención a ese nivel de salud. (14)

Garcia, M. et al (2017) realizaron el estudio “Escala NEDOCS vs valoración subjetiva, ¿El personal de salud en urgencias es consciente de su sobrecupo?” tuvieron como objetivo realizar una comparación y evaluar la diferencia entre la escala de NEDOCS con una valoración subjetiva del personal de salud. Aplicaron la escala de NEDOCS y una escala subjetiva, 6 veces al día (6:00 a.m., 9:00a.m., 12:00 p.m., 3:00 p.m., 6:00 p.m., 9:00 p.m.) Como resultado obtuvo una correlación

moderadamente positiva. Concluyen que el personal de salud no manifiesta un riesgo relacionado por sobreocupación y esto produce a un peligro para la seguridad y atención eficiente del paciente. (15)

Cubero, C. (2017) realizó el estudio “Los sistemas de triaje: respuesta a la saturación en las salas de urgencias”, su objetivo fue realizar un análisis sobre la cuan efectivo son los sistemas de atención de urgencias a nivel mundial, revisó publicaciones de los últimos 15 años, donde incluya percepción del personal que los aplica, los tipos de sistema en triaje, así como el tiempo que espera el paciente antes de ser atendidos y la calidad de la atención que se le brinda. Como resultado se identificó la saturación en urgencias como un problema que es originado por el aumento en la demanda nivel mundial, produciendo una disminución en la calidad de atención y en un aumento en la mortalidad debido a los tiempos prolongados en la espera. Concluye que es urgente realizar una revisión en la clasificación de los pacientes al ingreso del área de urgencias y realizar o actualizar nuevos sistemas de atención en el área de triaje según la realidad del país. (16)

Giunta, D. et al (2017) realizaron el estudio “Descripción de las características del fenómeno Crowding en la Central de Emergencia de Adultos, en un hospital universitario de alta complejidad: estudio de cohorte retrospectiva”.

Tuvo como objetivo poder detallar cuales son las características del fenómeno Crowding usando la escala de NEDOCS. Realizó un estudio de cohorte retrospectivo con todas las consultas de pacientes adultos entre julio de 2013 y julio de 2014. Incluimos todas las horas en el período de análisis (365 días x 24 h = 8.760). El valor NEDOCS se calculó para cada hora mediante un algoritmo automático y se cuantificó en una puntuación de seis puntos. Los niveles 4 (hacinamiento), 5 (hacinamiento severo) y 6 (hacinamiento peligroso) se definieron como hacinamiento. Se aplicó el análisis de gráficos de contorno para identificar patrones. Durante el periodo de estudio se registraron 124.758 visitas a urgencias. El hacinamiento estuvo presente en el 57,7% (5.055) de las horas analizadas. Se observó un predominio de puntajes entre cuatro y cinco entre las 10:00 y las 24:00 horas. Los meses con predominio de hacinamiento fueron junio, julio y agosto (invierno austral). Concluyen que el cálculo de la puntuación NEDOCS y que la medición horaria de la congestión proporciona información

importante para la toma de decisiones y crea un sistema que puede medir la congestión de EC en tiempo real. (2)

Lafuente, M (2016) realizó el “Estudio de la demanda asistencial de las enfermedades metabólicas hereditarias en un hospital de referencia regional”, tuvo como objetivo “Conocer cuáles son las características de la demanda asistencial de las enfermedades metabólicas hereditarias en la Unidad de Metabolismo del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza en un periodo de 2 años”. Estudio descriptivo, retrospectivo que evidencia la actividad asistencial que se realizó en los pacientes que padecen de enfermedad metabólica o en proceso de diagnóstico en la Unidad de Metabolismo del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza en el tiempo del 1 de septiembre de 2008 y el 31 de agosto de 2010. Se usó una base de datos informatizada con el programa Microsoft Access® 2000, en un periodo de 2008-2015, se emplearon 154 categorías para 1012 diagnósticos. Concluyen que el estudio evidencia que la demanda de atención en la consulta para estas especialidades no es tan elevada con respecto al número de pacientes que la solicitan, a pesar de ser una patología que ha ido creciendo en los últimos años y requiere una gran exigencia en el número elevado de consultas. (17)

Eslava-Rincón, et al en su estudio “Análisis de la capacidad de respuesta de los sistemas de información en salud para la supervisión de riesgos que afectan el derecho a la salud en Colombia” Su objetivo es exponer la capacidad que tiene el Sistema de Información en Salud (SIS) de Colombia, como respuesta y que a su pueda tolerar un modelo de inspección, vigilancia y control, diseñado para monitorear los riesgos que limitan el acceso a los servicios de salud, su uso y calidad. Realizaron un estudio descriptivo transversal desde un enfoque de gestión de riesgos para examinar el marco normativo y las características de la información que reportan sobre las amenazas al ejercicio efectivo de los derechos por parte de los participantes del sistema de salud que son necesarias para el seguimiento. Concluyeron que el monitoreo de datos del proceso de atención y su impacto en la salud de la población es insuficiente para monitorear adecuadamente los riesgos. Es necesario revisar la forma en que se supervisa su desempeño. (9)

Nacionales

Pezo K. et al (2021) realizó el estudio “Características epidemiológicas de los pacientes atendidos por COVID-19 en el Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central Luis Arias Schreiber”. Tuvo como objetivo evidenciar las características epidemiológicas en los pacientes que fueron atendidos con diagnóstico de Covid-19 en el servicio de urgencias entre julio y octubre del 2020. Fue un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se evaluaron 89 pacientes con pruebas moleculares y rápidas SARS-CoV-2 positivas. Los resultados se procesaron mediante el programa estadístico SPSS V 25.0. concluyen en que las características más comunes de los pacientes atendidos fue el sexo masculino, con un rango de 50-59 años y obesidad. De manera similar, el uso de ventilación no invasiva se asoció con mejores resultados que el uso de ventilación invasiva. (7)

Taype, W. (2019) en su estudio “Impacto del triaje estructurado en el hacinamiento del servicio de emergencia de un hospital terciario” tuvo como objetivo realizar una evaluación en del triaje tipo Manchester estructurado en indicadores de hacinamiento del servicio de urgencias. Fue un estudio observacional retrospectivo, donde se evaluó la implementación de este tipo de triaje y tuvo como resultado las prioridades de ingreso I, II, III, IV y V con valores de 3%, 44%, 37%, 16% y 0% respectivamente. Luego de 3 meses se evidencio una disminución de las atenciones en prioridad I y aumento en prioridad II y III, Concluye en que esta estructura de disminuye la cantidad de pacientes no atendidos, numero de atendidos con prioridad I y disminuye también el tiempo en urgencia después de la primera atención. (3)

Vitteri, K. (2019) en su estudio “Dimensiones de la funcionalidad de capacidad resolutive y calidad de la atención desde la percepción del usuario. Centro de Salud Lucma”. Tuvo como objetivo identificar cual es la relación entre la capacidad resolutive y la calidad en la atención basada en la percepción que tienen los usuarios del Centro de Salud Lucma . Fue descriptiva y correlacional, uso el Cuestionario Multidimensional EMFU-CARE de la OPS/Guzmán y un Cuestionario PECASUSS del Ministerio de Asuntos Sociales de Colombia. Se constató que un mayor porcentaje de usuarios calificaron como regular (58,7%) la capacidad resolutive y como buena (74,3%) la calidad en la atención al usuario. Concluyeron

que existe una correlación significativa entre la disponibilidad para el manejo de problemas, la comunicación y un trabajo en equipo, también determinan la apreciación que los usuarios tienen sobre la calidad de la atención en el Centro de Salud Lucma. (12)

Quiroz, S. Arevalo J., Delgado J. (2018), realizaron el estudio “Categoría asignada y capacidad resolutoria en la micro red banda de Shilcayo, 2018”. Tuvo como objetivo identificar la relación que existe entre las categorías especificadas y las capacidades de resolución en la Micro red Banda de Shilcayo. Fue una investigación no experimental, descriptivo correlacional. Utilizaron como herramientas métodos observacionales y la lista de cotejo del MINSA. Resultados: En el IPRESS evaluado, la correlación entre las categorías asignadas y la capacidad de resolución fue muy baja o nula. El nivel de resolución de la microred de Banda de Shilcayo muestra una resolución del 73,8%, por debajo de los estándares esperados (90%), con una calificación de resolución insuficiente. La dimensión con mayor proporción fue con 81% la infraestructura; aun así, las dimensiones no lograron cumplir con los estándares esperados, dejando la seguridad del paciente al frente de las condiciones limitadas de acceso y calidad. Concluyen que no existe relación entre la categoría asignada y la resolución de los prestadores de salud en la Micro red Banda de Shilcayo, indicando la aceptación de la hipótesis nula. (11)

Soto (2019) en su estudio “Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del ministerio de salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX”, tiene como objetivo presentar los problemas encontrados en la práctica diaria de la atención en salud, usaron los hallazgos encontrados en la valoración de la calidad de atención en hospitales de referencia que fue verificada por la Contraloría General de la República el 2018. En conclusión, exige una acción inmediata que enfatiza la necesidad de abordar las brechas en la infraestructura de diagnóstico y tratamiento y abordar la capacidad, así como promover la competencia abierta para los administradores de hospitales para garantizar un trabajo transparente y meritocrático independiente de las vicisitudes políticas. subidas y bajadas (8).

Davila, (2017), en su estudio titulado “Características de los pacientes referidos al servicio de emergencia del hospital regional docente Las Mercedes” tuvo como objetivo: Identificar cuáles son las características que tienen los registros de los pacientes que ingresaron al servicio de emergencia del Hospital Regional Docente las Mercedes entre agosto 2014 a 2015 a través de una referencia. Realizó un estudio cuantitativo no experimental, descriptivo, de corte transversal, utilizando un formulario para la recolección de datos. El grupo de edad de 20 a 59 años es el más citado, con mayor probabilidad son las mujeres. La cifra de referencia más alta proviene de la provincia de Chiclayo. Las especialidades de obstetricia y ginecología representaron el 42,93% del total de referencias. El turno con mayor número de derivaciones fue el matutino con el 51,97% y el 98,04% de los pacientes derivados estaban asegurados. Concluye en que las principales características de las pacientes recordadas fueron pacientes adultas, mujeres, de la provincia de Chiclayo y gestantes a término, quienes con mayor frecuencia fueron diagnosticadas en trabajo de parto. (6)

2.2 Bases teóricas

Resolutividad

Se determina como la capacidad que tiene un prestador de salud de responder una demanda de atención de manera integral, de acuerdo a la complejidad y el tipo de atención que requiera. También se define como la capacidad que tiene la institución para poder realizar un diagnóstico asertivo que genere una resolución del problema de salud que presente según el nivel de atención al que este desempeñado. Esta capacidad puede ser medible a través de indicadores y de la evaluación de las necesidades de salud seleccionados como indicadores y por el servicio de los clínicos, basados en guías y normativas nacionales e internacionales. (18)

El aumento de las visitas a los departamentos de emergencia (SU) que contribuyen al hacinamiento y sus resultados adversos asociados son problemas importantes en Australia y en todo el mundo. Los resultados desfavorables del hacinamiento incluyen una estancia prolongada para presentaciones de alta y baja agudeza y un aumento de la mortalidad hospitalaria. Australia experimentó un aumento del 21 % en la demanda de atención de hospitales públicos. (19)

Hacinamiento

La duración de la estancia es una medida importante de la calidad de la atención en el servicio de urgencias. Varios estudios han encontrado que el hacinamiento se asocia con una mayor duración de la estancia, se ha observado que la duración de la estancia se asoció positivamente con la tasa de ocupación hospitalaria y el número de admisiones de emergencia en la institución. Los factores de hacinamiento aumentan el tiempo de espera y el tiempo de abordaje, pero no el tiempo de tratamiento. Muchos servicios de urgencias hospitalarios en todo han estado luchando contra el hacinamiento durante más de una década hay pocas medidas objetivas del hacinamiento y evidencia modesta de los efectos negativos del hacinamiento en la atención y los resultados de los pacientes. Sin embargo, los avances en las

medidas de hacinamiento durante los últimos 5 años han resultado en un número creciente de estudios que cuantifican las consecuencias negativas del hacinamiento, especialmente en los retrasos en la atención de condiciones sensibles al tiempo. Una de las principales limitaciones de los estudios de hacinamiento realizados hasta la fecha es que miden el hacinamiento de forma estática, ya sea en un punto en el tiempo o promediando el hacinamiento durante un intervalo específico. Sin embargo, muchos estudios han demostrado que el hacinamiento es dinámico y puede fluctuar sustancialmente durante el curso de la estadía de un paciente en el servicio de urgencias. (20)

Demanda de salud

Teniendo en cuenta la diversidad existente de propuestas, expresiones o comportamientos de individuos o grupos de personas en función de las necesidades de salud.

En cuanto a la forma en que se expresan las necesidades, se puede hacer referencia si es necesario para el prestigio profesional, el progreso científico o las medidas de promoción de la salud; insatisfacción cuando no se satisfacen las necesidades de atención; observado o efectivo, expresado en niveles de utilización del servicio; potencial o esperado es el número de personas que necesitaron servicios de salud, pero no asistieron. Es una necesidad de atención en lugar de convertirse en una necesidad. La demanda real es la demanda del servicio por parte de la población. Puede ser manifiesto o no manifiesto dependiendo de si demandan atención o no. Hay dos elementos en los requisitos y dos elementos para fines de análisis. Por separado, pero en realidad simultáneamente:

- a. Demanda cuantitativa se refiere a su cantidad, es decir, el número de personas que tienen necesidades de salud y requieren servicios de salud en un momento y espacio determinados.
- b. Las necesidades cualitativas se refieren a las necesidades que estimulan las necesidades de salud. La necesidad de servicios de salud (diagnóstico) y la gravedad de estas necesidades (mínimo/máximo).

Severidad

Es una característica de las necesidades de calidad de la salud de las que se requiere Determinar el nivel de complejidad de la prestación del servicio (posibilidad de una solución de calidad y el nivel técnico de los recursos humanos, materiales y técnicos) necesario para dar siempre la respuesta requerida.

Necesidades de Salud

Son requerimientos de diferentes tipos que afectan su integridad y estado de bienestar de la persona, junto con su familia y la comunidad, se busca mantener, mejorar y recuperar su estado de salud, no solo en el aspecto físico, sino que también emocional y mental.

Categorización

Es este proceso el que conduce a la homogeneización y clasificación de las diversas instituciones de salud según su grado de especialidad y características funcionales, las cuales atienden las necesidades de salud de la población a la que va dirigida. Por ello no se toma en cuenta factores que indiquen tamaño, ya que dependen de las necesidades de salud de la población, las cuales varían según las condiciones de salud locales. Es indispensable diferenciar este proceso de otros procesos, como la acreditación, porque en la clasificación la evaluación es una evaluación de la capacidad cualitativa de la institución para satisfacer los requerimientos de salud.

Recategorización

Es un procedimiento en el que se categoriza, según su nivel y capacidad de atención a un establecimiento de salud con una nueva categoría. (21)

VARIABLE CAPACIDAD RESOLUTIVA:

Fundamentación científica:

Giovanella et al., 2015 "La capacidad de resolución esta funcionalizada en entornos de atención médica que se evalúa por la eficiencia que se cuantifica para cumplir con los objetivos de la atención, no por la relación de resultados

con el valor de los recursos utilizados”. (30)

Romero y Busso, 2010 “La capacidad resolutive se genera de estrategias que responden a las necesidades de salud de las personas, permitiendo así la integralidad en los niveles de atención de salud, para garantizar los derechos de salud y de esta manera mejorar las condiciones de vida de los usuarios”

Lopez P., 2014 “La capacidad resolutive permite el mejoramiento de la integración de las redes de servicios, entendiendo que su mejora permitiría que las personas reciban un continuo de servicios de acuerdo a sus necesidades, a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud, con una eficiencia, eficacia y efectividad aceptables para el momento tecnológico e histórico social con que se cuenta”. (22)

Corporación de Salud y Políticas Sociales - CORSAP, 1999 “Capacidad resolutive está vinculada con la accesibilidad a los servicios de salud, este término incluye un concepto geográfico, en la relación con la ubicación y cómo llegar a los establecimientos, y otro que es de tipo socioinstitucional, el cual involucra el término “rechazo” a la demanda de atención, definiendo al rechazo no solo como la falta de atención cuando esta es solicitada, sino que además debe incorporar temas como la demora o dificultades que enfrenta el usuario para acceder a instancias de diagnóstico y tratamientos oportunos”. (29)

Definición

Este es el tipo de servicio que debe brindar un centro de salud para satisfacer las diferentes necesidades que pueda presentar los usuarios, incluida el nivel de satisfacción que estos manifiesten (dependiendo de la especialización y especificidad técnica de sus recursos). Se considera el resultado de la atención desde el momento del ingreso hasta la satisfacción de sus necesidades de salud, y también se considera la accesibilidad a la atención de salud, definido como la cantidad de derivaciones en relación con el total de casos atendidos o resueltos. (22).

Este nivel de capacidad que tiene el ofrecimiento de los servicios de salud para poder cubrir los requerimientos de la población pueden ser:

- Cuantitativa: Es el nivel de respuesta de los recursos de la institución para lograr una oferta de servicios que sea suficiente para satisfacer la demanda de los usuarios (va estar ligado a la cantidad de sus recursos que tenga el establecimiento de salud).
- Cualitativa: Es la capacidad de los recursos de una institución (va depender de la especialización y tecnificación de sus recursos) para desarrollar las características de los servicios necesarios para satisfacer las necesidades críticas de la demanda. (21)

VARIABLE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Fundamentación científica:

Arce, M. et al (1996) “Los pacientes que acuden a una atención de emergencia se caracterizan por tener criterios clínicos para una atención en centros primarios, con síntomas mayores de 24 horas, este patrón se repite internacionalmente, generando por una sobredemanda en consultas externas y falta de conocimiento en cuanto a las patologías que deben ser atendidas”. (32)

Sempere, T., et al (1999) “La caracterización de los pacientes se dan a través de criterios de gravedad (según sus funciones vitales), criterios de tratamiento, criterios de intensidad diagnóstica y otros criterios; siendo necesario el uso de instrumentos para poder obtener determinar la característica clínica con la que ingresa un paciente a servicio de emergencia. (33)

Carpio, A., (2008) “Para obtener información de las características de los pacientes que ingresan a emergencia, es necesario hacer una revisión documental de la historia clínica de los que fueron atendidos”. (34)

Definición:

El momento más importante a nivel hospitalario y en la propia emergencia es su primer contacto con el hospital donde se determina la percepción del paciente que acude solicitando una atención y recibe una respuesta a su demanda. El volumen cada vez mayor de atención brindada a los departamentos de emergencia u hospitales de cuidados agudos requiere un sistema para categorizar a los pacientes que se presentan para estos servicios de acuerdo con su gravedad potencial para priorizar la atención a aquellos que más la merecen, conocida como el área de la clínica de triaje, necesaria para realizar la organización de propio servicio. (22)

Triaje:

Esto significa clasificar a los pacientes dependiendo de su estado de salud. El triaje es el proceso donde se valoración el estado inicial en el que ingresa el paciente a urgencia, independientemente del orden de llegada, antes de evaluar el diagnóstico y tratamiento médico, se valora primero a los pacientes más urgentes, y al resto se examinan y revaloran hasta completan una evaluación médica (22).

Clasificación en triaje:

En el servicio de emergencia según el estado clínico de salud del paciente que ingresa y las características del daño sufrido el Ministerio de Salud (MINS) lo clasifica en:

Prioridad I: Gravedad Súbita extrema.

Prioridad II: Urgencia Mayor.

Prioridad III: Urgencia menor.

Prioridad IV: Patología aguda común. (23)

Indicadores de calidad del triaje

La clasificación de un triaje estructurada dará la posibilidad de obtener un índice de calidad. Parte de esto es el tiempo de espera para el tratamiento en el momento de la selección, que generalmente debe ser de un tiempo máximo de 10 minutos. Otro indicador es el porcentaje de pacientes que son

datos de alta sin atención médica, que en general debería ser inferior al 2%. Se ofrecen entre 10 y 24 indicadores de calidad para clasificar el triaje, entre los que se encuentran:

1. El índice de pacientes que se fueron sin tener una evaluación especializada lo que indicaría un índice de calidad, riesgo y adecuación. El estándar establecido se encuentra en el 2% del total de pacientes que acuden a urgencias, se subdividen en:

a. Pacientes sin ser clasificados porque deciden dejar el servicio de urgencias.

b. Pacientes clasificados y no recibieron atención.

2. El tiempo que demora desde que ingresa el paciente a urgencias hasta que se realizó su clasificación. El tiempo recomendado no debe superar los 10 minutos, este índice es difícil de calcular ya que no hay un sistema establecido para registrar la llegada del paciente aun no evaluado.

3. El tiempo que permanece el paciente durante la clasificación, permanencia en triaje, el tiempo recomendado es de 5 minutos.

4. El tiempo de espera para recibir atención en el área designada, se establece que el 90% de los pacientes deben recibir su atención especializada según sus características en un plazo máximo de 2 horas desde su clasificación y el 100% en un tiempo máximo de 4 horas. (24)

Sobreocupación en emergencia:

Se considera hacinamiento cuando las necesidades de los servicios de emergencia superan su capacidad de atención en un momento dado, y también se entiende por hacinamiento cuando la asistencia supera la media diaria central o cuando más de 90 personas permanecen en cama más de 8 horas diarias.

Los factores que contribuyen al hacinamiento en los servicios de urgencias incluyen los bajos ingresos económicos de la población, la participación insuficiente en el sistema social de salud y el acceso a los servicios primarios de salud. Como estrategia se deben fortalecer los programas de atención

primaria, consultas por app y telemedicina para pacientes (25).

Medición de la sobreocupación en emergencia

Hay muchas herramientas para medir con mayor precisión el hacinamiento de emergencia moderado y complejo, una de esas herramientas es la escala NEDOCS, sigla de National Emergency Department Overcrowding Study, utilizado por los hospitales de los Estados Unidos. Las preguntas incluidas son: número total de pacientes de emergencia, número total de admisiones de emergencia, número de ventiladores de emergencia, estancia hospitalaria más larga, tiempo de espera del último paciente en camilla en la sala, etc. Ingresar estas variables produce 5 puntajes con denominaciones desde el no ocupado hasta peligrosamente sobreocupado. (25)

2.3. Formulación de la hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe relación directa entre la capacidad resolutive y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia del Hospital Sergio Bernales Lima 2023.

2.3.2. Hipótesis específicas

Hi: Existe relación entre la capacidad resolutive severamente sobreocupado y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia, Hospital Sergio Bernales Lima 2023.

Hi: Existe relación entre la capacidad resolutive peligrosamente sobreocupado y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia, Hospital Sergio Bernales Lima 2023.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El método utilizado es hipotético-deductivo. Este enfoque es un método de investigación que comienza con una teoría sobre cómo funcionan las cosas y, a partir de ella, desarrolla hipótesis comprobables. Se usa el razonamiento deductivo, por partir de suposiciones e ideas generales para llegar a afirmaciones más concretas; se prueban hipótesis recopilando y analizando datos, produciendo resultados que respalden o refuten teorías (26).

3.2. Enfoque de la investigación

El enfoque será Cuantitativo, Porque todo el proceso de investigación se realiza con la ayuda de mediciones numéricas. Utiliza observaciones de proceso de formulario. Los datos se recopilan y analizan para obtener respuestas a las preguntas de investigación. El método utiliza análisis estadístico es de recopilación, medición de parámetros, agregación de frecuencias y demografía. Plantea una pregunta de investigación específica. (27)

3.3. Tipo de la investigación

El objetivo de la investigación aplicada es generar conocimiento que sea directamente aplicable a problemas sociales o industriales. Se basa básicamente en los resultados técnicos de las investigaciones fundamentales que se relacionan con el proceso de conexión de la teoría y los productos. (28).

Alcance: Correlacional; este surge de la necesidad de plantear una hipótesis, donde indica una relación entre 2 o más variables. Surgen la aplicación de procesos estadísticos inferenciales, que busca con usar los resultados de la investigación para beneficiar a la población (28).

3.4. Diseño de la investigación

No experimentales: Donde se observará la situación ya existente sin manipulación provocada intencionalmente, no se tiene control de los sucesos y de las variables, ya que no se influirá sobre eventos que ya sucedieron. (28)

De corte transversal, Obtener datos en un solo momento, con la finalidad de

describir las variables y su comportamiento en un periodo determinado. Correlacional para medir las variables, determinar y analizar relación entre las mismas. (28)

3.5. Población, muestra y muestreo

Población: La población la conforman todos los registros de pacientes que se realizaron una atención en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Sergio E Bernales en el mes de abril del año 2023 que se encuentren en el sistema SISGALEN PLUS.

Cálculo del tamaño de muestra.

El presente es un estudio censal, por lo que se usó el total de la población y no se realiza el cálculo de la muestra.

Como tamaño de la población se usaron 1034 datos obtenidos de un periodo de 30 días desde el 1 al 30 de abril del 2023, datos tomados en 3 momentos del día, horarios donde se realizan los reportes internos de ocupación de camas proporcionados por la supervisión de la institución.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión: Pacientes adultos de ambos sexos que ingresaron y fueron registrados en el sistema SIS GALEN PLUS dentro del horario de 6am, 12m y 6pm y fueron atendidos en el servicio de emergencia.

Exclusión: Pacientes pediátricos y gineco-obstetricos que acuden al servicio de emergencia.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Se realizó un análisis documental de base de datos extraída del SISGALEN-PLUS.

3.7.2. Descripción de instrumentos.

El servicio de Emergencia realiza la admisión de los usuarios mediante un sistema SISGALEN-PLUS donde se registran los datos de ingreso que han sido previamente valorados por el área de triaje, de este sistema se han obtenido el 100% de los datos para ambas variables (Anexo 3). Se usó una sub base donde se recuperaron las columnas necesarias para el estudio, obteniendo 1034 datos en total para su procesamiento con la calculadora NEDOCS; esta es una herramienta que se encuentra disponible online de forma gratuita.

Este procesador también solicita datos fijos como número de camas en hospitalización y en emergencia que fueron obtenidos del reporte digital que genera la supervisión del hospital.

3.7.3 Validación

No aplica para este estudio.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Se utilizó el programa Word para la redacción del estudio; para la exportación de datos del sistema SISGALEN-PLUS, sub base de datos, tablas de frecuencia y gráficos se utilizó el programa Excel.

Los datos fueron extraídos en los horarios de 6am, 12m y 6pm en su conjunto hacen un total de los 1034 datos que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, estos fueron llevados a la calculadora NEDOCS para su procesamiento y por la característica de esta herramienta, se ingresaron datos unidos y sumados en el intervalo de la hora registrada (la suma de los ingresos durante los 60 min que pertenecen a las horas establecida), este procedimiento se realizó 90 veces en la

calculadora. Para los resultados la calculadora transforma todos los datos ingresado generando una denominación final predeterminada. (Anexo 4).

Las variables al ser cualitativas tuvieron un comportamiento normal, por lo que no se realizó prueba de normalidad y para medir la correlación se usó la prueba de Spearman por tener variables ordinales.

3.9. Aspectos éticos

El presente estudio al no extrae datos personales en las sub bases que se obtiene del sistema de admisión SISGALEN-PLUS, por lo que no incumple con normas de confidencialidad de las personas.

CAPITULO IV: PRESENTACION Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

Se aplicó 90 veces la escala de NEDOCS en el servicio de emergencia, se usaron valores de 1034 ingresos del mes de abril de 2023 sumados en los intervalos de horario de 6am, 12m y 6pm.

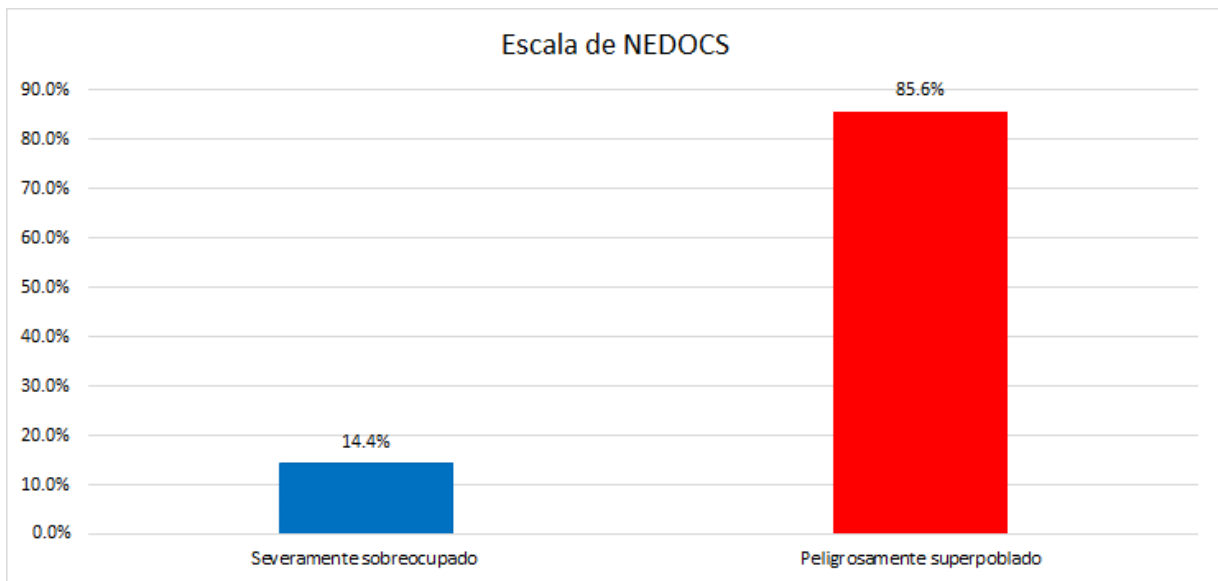
Para la realización de la escala NEDOCS se requirió de datos en cada medición. El servicio de emergencia cuenta con 169 camas para hospitalización de adultos y 40 camas para la atención de emergencia adultos, el promedio de pacientes en atención en el servicio de emergencia por día fue 40, el promedio de tiempo de espera de los pacientes para ser hospitalizados fue de 84 horas y el promedio de tiempo de espera para ser atendidos en el servicio de emergencia fue de 0.3 horas. (tabla 1).

Tabla 1: Total de pacientes admitidos al mes en emergencia

Total de pacientes admitidos al mes en emergencia	1034
Total de número de camas adultos en urgencia	40
Total de camas de adulto del hospital	169
Promedio total de pacientes día en urgencia	40
Promedio de tiempo para hospitalización de los pacientes en emergencia (horas)	84
Promedio de tiempo de espera para la atención (horas)	0.3

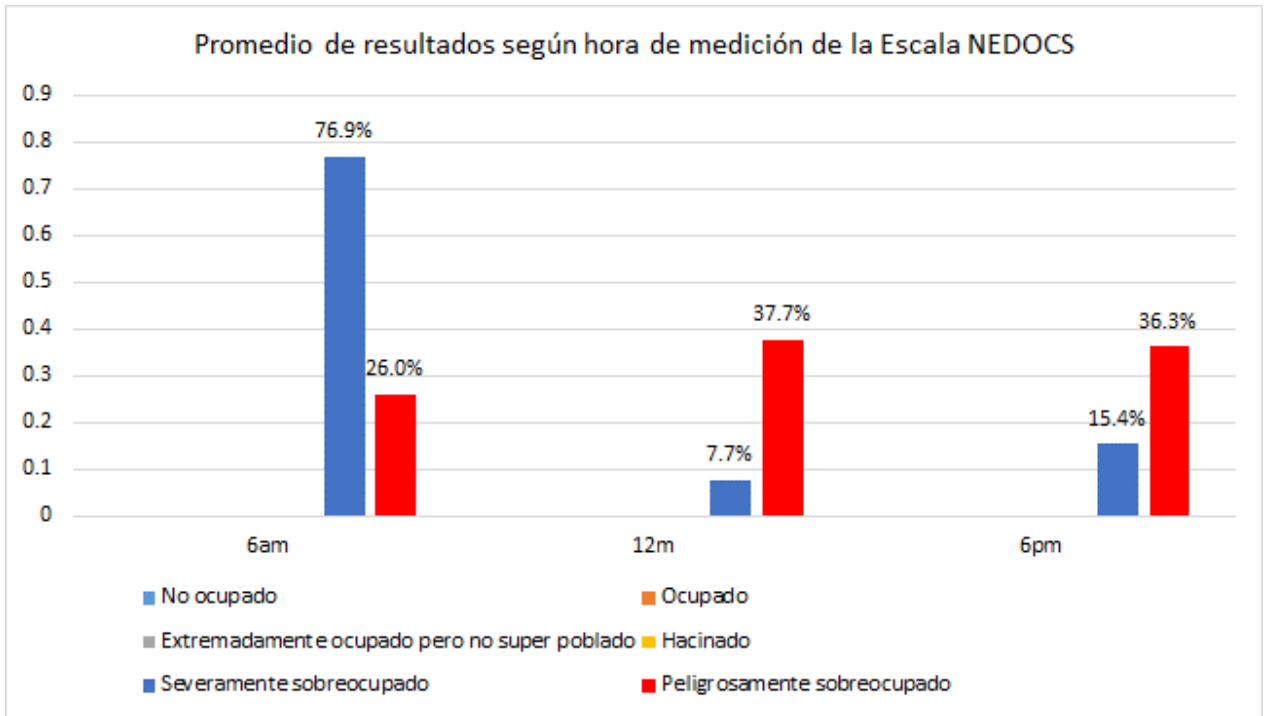
Se observa los valores constantes como número de camas en el hospital y disponibles en urgencia, los promedios son obtenidos del total de datos encontrados, el promedio de total de pacientes al día en emergencia es igual al número de camas en el servicio de emergencia, el ítem promedio de tiempo para hospitalización es notablemente alto con 84 horas

Gráfico 1: Distribución de resultados según categorías de escala de NEDOCS



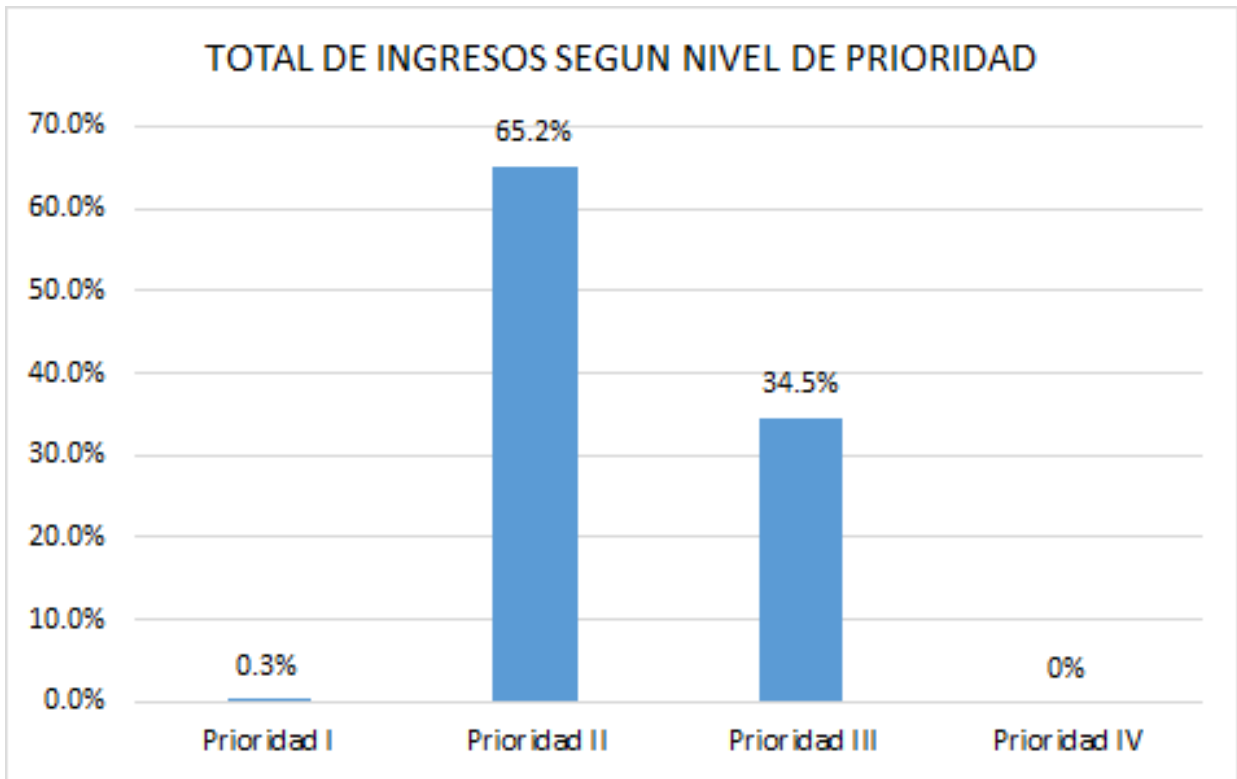
En el gráfico 1 se presenta que el 85.6% (77) de resultados se distribuyó en el nivel Peligrosamente sobreocupado según la escala de NEDOCS, seguido del 14.4% (13) en el nivel severamente sobreocupado, los otros niveles con puntajes menores de 140 puntos no tuvieron valores.

Grafico 2: Promedio de resultados según hora de medición de la Escala NEDOCS al servicio de Emergencia



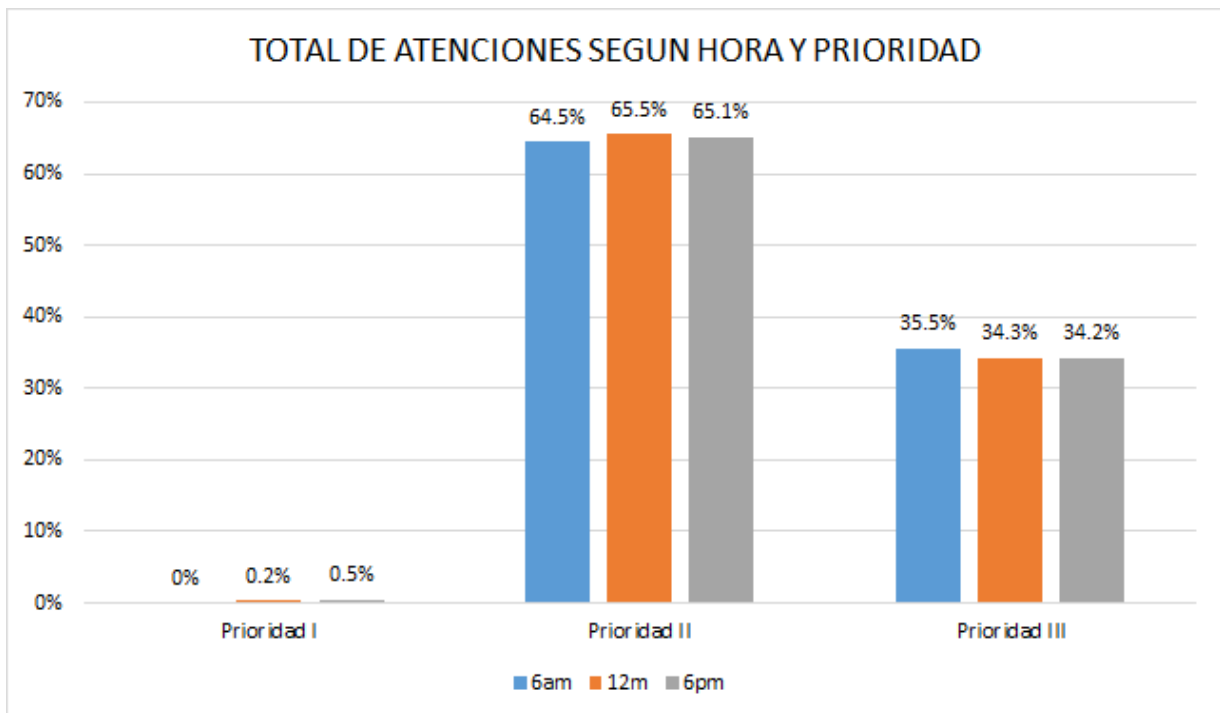
El grafico 2 representa los resultados obtenidos medición a través de la escala en los 3 horarios, donde se identificó que las horas de mayor congestión “peligrosamente sobreocupado” son a las 12 m con 37% y las 18 hrs con 36.65%; para el nivel severamente sobreocupado el mayor porcentaje se presentó a las 6 hrs con 76.9%.

Grafico 3: Total de pacientes según el nivel de prioridad de atención que ingresan al servicio de emergencia



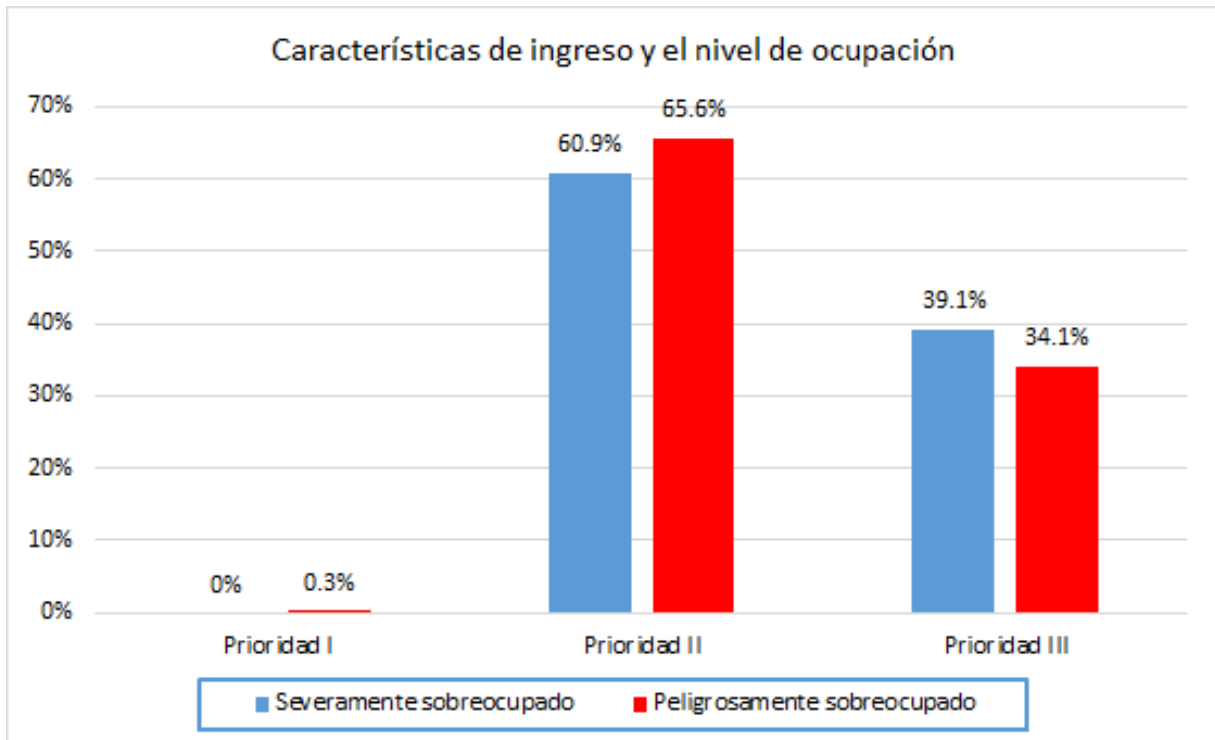
En el gráfico 3, las características clínicas con que ingresaban los pacientes en el servicio de emergencia se representaron según el grado de prioridad de atención clasificada del I al IV, dentro de esta clasificación se pudo identificar pacientes que requerían prioridad de atención del 1 al 3, los pacientes de prioridad 4 fueron derivados a consultorios externos. El nivel de prioridad II obtuvo un 65.2%, seguido de prioridad III con 34.5% y prioridad I con 0.3%.

Gráfico 4: Total de pacientes según el nivel de prioridad de atención que ingresan al servicio de emergencia



En el gráfico 4, los niveles de prioridad también fueron determinados según los horarios de ingreso, donde el nivel de prioridad II tuvieron mayor solicitud de atención en los horarios de 6am, 12m y 6pm con 64.5%, 65.5% y 65.1% respectivamente seguido de nivel de prioridad III con 35.5%, 34.3% y 34.2% respectivamente.

Gráfico 5: Total de pacientes según el nivel de prioridad de atención y el resultado de nivel de ocupación por escala NEDOCS.



En el gráfico 5 se presenta la relación entre las características clínicas de los pacientes que ingresan al servicio de emergencia y la capacidad de atención y resolución de su problema de salud, el resultado Peligrosamente sobreocupado de la Escala de NEDOCS indica que el 65.6% era de prioridad II, el 34.1% fue de nivel de prioridad III y el 0.3% de prioridad I; el resultado Severamente sobreocupado de la escala de NEDOCS indica que el 60.9% eran de prioridad II, el 39.1% fue de nivel de prioridad III y el 0% de prioridad I.

4.1.2. Prueba de hipótesis

- Prueba de hipótesis general

- Ho: No existe relación directa entre la capacidad resolutive y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia del Hospital Sergio Bernales Lima 2023.
- Hi: Existe relación directa entre la capacidad resolutive y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia del Hospital Sergio Bernales Lima 2023.

Nivel de significancia:

Si $P_{valor} < 0.05$ se acepta la H_a

Si $P_{valor} > 0.05$ se acepta la H_o

Estadístico de prueba: Rho de Spearman

Tabla 2: Contrastación de Hipótesis para determinar la relación directa entre la capacidad resolutive y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia del Hospital Sergio Bernales Lima 2023.

		Capacidad resolutive	Características Clínicas	
Hipotesis General	Capacidad resolutive	Coeficiente de correlación	1,000	0.528
		Sig. (bilateral)		.000
		N	90	90
	Características Clínicas	Coeficiente de correlación	0.528	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	
		N	90	90

Toma de decisión: Debido a que el nivel de significancia de la prueba $P = 0.000 < 0.05$ (estadístico de prueba) se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna por lo cual: Existe relación directa entre la capacidad resolutive y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia del hospital Sergio Bernales Lima 2023

- Prueba de hipótesis específica

Hipótesis específica 1

Hipotesis Nula:

No existe relación entre la capacidad resolutive severamente sobreocupado y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia, Hospital Sergio Bernales Lima 2023.

Hipotesis Alterna

Existe relación entre la capacidad resolutive severamente sobreocupado y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia, Hospital Sergio Bernales Lima 2023.

Nivel de significancia:

Si Pvalor < 0.05 se acepta la Ha

Si Pvalor > 0.05 se acepta la Ho

Estadístico de prueba: Rho de Spearman

Tabla 3: Contrastación de Hipótesis para determinar la relación entre la capacidad resolutive severamente sobreocupado y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia, Hospital Sergio Bernales Lima 2023

		Capacidad resolutive	Características Clínicas	
Hipotesis específica 1	Capacidad resolutive	Coefficiente de correlación	1,000	0.346
		Sig. (bilateral)		0.247
		N	13	13
	Características Clínicas	Coefficiente de correlación	0.346	1.000
		Sig. (bilateral)	0.247	
		N	13	13

Toma de decisión: Debido a que el nivel de significancia de la prueba $P=0.247 > 0.05$ (estadístico de prueba) se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna por lo cual: No existe relación entre la capacidad resolutiva severamente sobreocupado y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia del hospital Sergio Bernales Lima 2023.

Hipótesis específica 2

Hipotesis Nula:

No existe relación entre la capacidad resolutiva peligrosamente sobreocupado y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia, Hospital Sergio Bernales Lima 2023.

Hipotesis Alterna

Existe relación entre la capacidad resolutiva peligrosamente sobreocupado y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia, Hospital Sergio Bernales Lima 2023.

Nivel de significancia:

Si $P\text{valor} < 0.05$ se acepta la H_a

Si $P\text{valor} > 0.05$ se acepta la H_o

Estadístico de prueba: Rho de Sperman

Tabla 4: Contrastación de Hipótesis para determinar la relación entre la capacidad resolutive peligrosamente sobreocupado y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia, Hospital Sergio Bernales Lima 2023.

		Capacidad resolutive	Características Clínicas
Hipotesis específica 2	Capacidad resolutive	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	0.369
		N	13
	Características Clínicas	Coeficiente de correlación	0.369
		Sig. (bilateral)	0.001
		N	77

Toma de decisión: Debido a que el nivel de significancia de la prueba $P=0.001 < 0.05$ (estadístico de prueba) se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna por lo cual: Existe relación entre la capacidad resolutive severamente sobreocupado y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia del hospital Sergio Bernales Lima 2023.

4.1.3 Discusión de resultados

De los antecedentes descritos sobre la saturación del servicio de Emergencia y su capacidad resolutive es sabido que cada vez es un problema mayor, los datos y resultados puede tener variaciones según los momentos en donde se aplican los instrumentos, así también, existen métodos muy variados desde la simple percepción del personal de salud o los pacientes, hasta los métodos cuantitativos como las escalas, aun no se ha estandarizado un instrumento que permita recolectar toda la información necesaria para obtener un nivel de certeza de los resultados, ya que la evidencia encontrada de los diferentes estudios tienen resultados basados a su realidad local.

Para la variable capacidad resolutive en el presente estudio se obtuvo en la dimensión severamente ocupado un 14.4% y para la dimensión peligrosamente sobreocupado 85.6%, a la vez el horario de mayor congestión según la escala de NEDOCS se presenta a las 12m, seguida de las 6pm y decrece a las 6am, datos que son sustentados por Peroni et al (2017) donde realizaron el estudio “Descripción de las características del fenómeno Crowding en la Central de Emergencia de Adultos, en un hospital universitario de alta complejidad: estudio de cohorte retrospectiva”(2) donde el horario de mayor congestión es entre las 10am y 24hrs, a la vez presentaron un nivel menor de sobreocupación con un 57.7% de hacinamiento y concluye que es de suma importancia poder realizar las mediciones en horarios establecidos donde proporcionará las herramientas necesarias para la gestión y mejora de la seguridad del paciente.

Para la variable características clínicas de los pacientes que acuden al servicio de emergencia fue a través de los niveles de prioridad de atención, según su complejidad de salud, lo que presento que el 0.3% fue de prioridad I, 65.2% prioridad II y 34.5% de prioridad III, no hubo casos de prioridad IV en el horario de medición, siendo este resultado consecuente con Lafuente, M (2016) quien en su estudio de la demanda asistencial de las enfermedades metabólico hereditarias en un hospital de referencia regional” (12), refleja la importancia de conocer las características de los que demandan el servicio para poder generar mejores acciones de mejora.

La relación entre las características clínicas, el nivel que obtuvo el mayor porcentaje en el nivel de prioridad II con respecto al nivel III, el resultado de la medición a través de la escala de NEDOCS fue peligrosamente sobreocupado con un 65.6% de ingresos en prioridad II, un 34.1% de prioridad II y un 0.3% de prioridad I, este resultado que en apoyo con el estudio realizado por Albán, C. Sellan V., Romero H. (2019) de nombre “Acciones resolutivas de los grupos de trabajo multidisciplinarios de salud. Impacto en zonas coyunturales” (11), también buscaron fundamentar, exponer y analizar la capacidad resolutive del trabajo multidisciplinario desde la base de sus reglamentos y manuales que generen deficiencias en alcanzar una mayor calidad de atención.

En el presente estudio existe una diversificación casi similar de las causas por la que los pacientes acuden a Emergencia a lo largo del día, pero era de suma importancia conocer el orden de atención que presentan estos pacientes, así como lo refirió Pezo K. et al (2021) donde caracterizó epidemiológicamente a los pacientes atendidos por COVID-19 en el Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central Luis Arias Schreiber (5) con el objetivo de brindar un mejor plan de atención relacionado al tipo de demanda que tenían desde la edad y sexo de los pacientes, hasta el uso de ventilación invasiva y no invasiva.

En los horarios donde se realizó la medición a través de la escala NEDOCS se tuvo un mínimo porcentaje de los atendidos en nivel de prioridad I, por lo que en estudios posteriores se podría realizar un análisis de los horarios y especialidades en los que estos pacientes de prioridad I ingresan teniendo en cuenta la forma de ingreso como: con acompañante, por personal policial, bomberos, SAMU entre otros datos que son necesarios para poder contar con un mecanismo de resolución a esa atención.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Se determinó que existe relación entre la capacidad resolutive y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia del hospital Sergio Bernales, representado por un coeficiente de Rho Spearman de 0.528 y un Pvalor $0.000 < 0.05$, evidenciando por la demanda de los niveles de prioridad I, II y III que influyen en la alarmante de congestión obtenida de la medición a través de la escala de NEDOCS, donde el 85.6% de la medición tuvo un valor igual o mayor a 181 puntos interpretado por un nivel peligroso de sobreocupación, en el horario del medio día seguido de las 6 de la tarde y decreciendo a las 6 de la mañana. Los factores que se identificaron que influyeron más en el alto nivel de congestión fue el tiempo de espera para la hospitalización de los pacientes en el servicio de emergencia teniendo un promedio de 84 horas y el número total de pacientes en el servicio de emergencia que fue en promedio 40 pacientes para un total de 40 camas.

Con respecto a la dimensión severamente pobrepoblado no presentó relación con las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia del hospital Sergio Bernales, debido a que el mayor porcentaje se obtuvo en un nivel mayor de congestión y las características clínicas tuvieron similitud en la demanda.

En cuanto la dimensión peligrosamente sobrepoblada si presento relación con las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia del hospital Sergio Bernales, siendo los pacientes con nivel de prioridad II los de mayor demanda de atención, característica que representa una atención oportuna y de complejidad que incluye en el tiempo de permanencia en el servicio y a su vez la congestión del mismo.

5.2 Recomendaciones

El Hospital Nacional Sergio E Bernales debe garantizar una respuesta a la demanda de atención, según las características que presentan los pacientes que acuden al servicio de emergencia con prioridad alta de atención, por ello es necesario disminuir los tiempos en la espera para la hospitalización, tomar medidas a fin de agilizar las posibles altas y proyectarse al aumento del número de camas en hospitalización garantizaría una descongestión en el servicio de emergencia.

Mantener constante capacitación al personal de triaje encargado de la clasificación según las características clínicas de los pacientes que acuden a emergencia, para poder realizar una adecuada distribución de los pacientes hacia las diferentes áreas del servicio de emergencia, esto de acuerdo al nivel de prioridad.

Modificar y difundir flujos de atención en las áreas de tópicos, donde se atienden los pacientes de prioridad II, en coordinación con el equipo multidisciplinario; que permitan una atención ágil y facilitar el diagnóstico para que el paciente pueda disminuir su tiempo de permanencia en el servicio.

Tener en cuenta los horarios de mayor saturación, para poner énfasis en contar con personal necesario o de apoyo en esos horarios, así como apertura áreas de atención adicional en el servicio de emergencia.

Promover el uso de herramientas tecnológicas para la medición de sobreocupación que generen una medición rápida y tomar decisiones oportunas en beneficio de los pacientes.

REFERENCIAS

- 1- Maceira, Daniel, Capacidad resolutive y desempeño de redes hospitalarias en líneas de cuidado prevalente, Hospitales Públicos; Buenos Aires 2017. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4443>
- 2- Giunta, D., et al. Descripción de las características del fenómeno Crowding en la Central de Emergencia de Adultos, en un hospital universitario de alta complejidad: estudio de cohorte retrospectiva. Rev Med Chile 2017; 145: 557-563
- 3- Taype-Huamaní Waldo, Chucas-Ascencio Luis, De la Cruz-Rojas Lucila, Amado-Tíneo Jose. Tiempo de espera para atención médica urgente en un hospital terciario después de implementar un programa de mejora de procesos. An. Fac. med. [Internet]. 2019 Oct [citado 2023 Sep 07] ; 80(4): 438-442. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000400005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v80i4.16705>.
- 4- Vásquez-Alva Rolando, Amado-Tíneo José, Ramírez-Calderón Fanny, Velásquez-Velásquez Rafael, Huari-Pastrana Roberto. Hacinamiento en la atención médica en el Servicio de Emergencia de Adultos de un hospital terciario de Lima, Perú. Un. fac. medicina [Internet]. Octubre de 2016 [citado 7 de septiembre de 2023] ; 77(4): 379-385. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832016000400010&lng=es.
- 5- M Vasquez, M Lora. Funcionalidad de la capacidad resolutive y calidad de la atención en obstetricia. Hospital Virú. 2017. Revista Cultural de Cuidado Enfermería. 2019; 16(2): 66-75
- 6- Davila-Gaitan K Soto-Cáceres Cabanillas R, Fernández-Mogollón J. Características de los pacientes referidos al Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente las Mercedes. Rev Exp Med 2017; 3(2)
- 7- Pezo, K. Chávez D., Porras, R. Características epidemiológicas de los pacientes atendidos por COVID-19 en el Servicio de Emergencia del Hospital Militar Central Luis Arias Schreiber. Horiz Med (Lima) 2021; 21(3):e1337
- 8- Soto A. Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del

Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019;36(2):304-11.

9- Julia Isabel Eslava-Rincón, et al. Análisis de la capacidad de respuesta de los sistemas. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 2018, 17(35), ISSN: 1657-7027

10- Waldo Taype-Huamaní, Lucila De la Cruz-Rojas, Delcio Miranda-Soler, José Amado-Tineo. Características de la demanda no urgente en el servicio de emergencia de un hospital de la seguridad social en el Perú. *Rev. Fac. Med. Hum.* Octubre 20120; 20(1):20-26

11- Quiroz Carhuatanta, Arévalo Barrera y Delgado Bardales. Categoría asignada y capacidad resolutive en la micro red banda de Shilcayo, 2018. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. México. 2021, 5(5)

12- . Vitteri Eusebio, Carla Ivonne. Dimensiones de la funcionalidad de capacidad resolutive y calidad de la atención desde la percepción del usuario. *Centro de Salud Lucma*. 2019. <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3235019>

13- Grande Ratti MF. Validación de instrumento NEDOCS para medir overcrowding en central de emergencias de adultos [tesis de doctorado] [Internet]. [Buenos Aires]: Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires; 2020, 79 p. Disponible en: <http://trovare.hospitalitaliano.org.ar/descargas/tesisyr/20211229144028/tesis-grande-rattimaria.pdf>

14- Albán C., Sellan V., Arcenio H., “Acciones resolutive de los grupos de trabajo multidisciplinarios de salud. Impacto en zonas coyunturales” ISSN 2528-8083, Vol. 4, Nº. Extra 1, 2019

15- Garcia-Romero M, Rita-Gáfaró CG, Quintero-Manzano J, Bermon A. NEDOCS vs subjective evaluation, ¿Is the health personnel of the emergency department aware of its overcrowding?. *Colomb Med (Cali)*. 2017; 48(2): 53-57

16- Cubero Alpízar C. Los sistemas de triage: respuesta a la saturación en las salas de urgencias. *Enferm. Actual Costa Rica (en línea)* [Internet]. 1 de octubre de 2014 [citado 6 de septiembre de 2023];(27). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/16145>

17- M. Lafuente Hidalgo Estudio de la demanda asistencial de las enfermedades

metabólico hereditarias en un hospital de referencia regional Repositorio de la Universidad de Zaragoza – Zaguan <http://zaguan.unizar.es>

18- Doménech D., et al. Capacidad resolutive del primer nivel de atención: experiencia de la Unidad Docente– Asistencial de Medicina Familiar y Comunitaria de Paysandú (2014) *Rev Méd Urug* 2016; 32(3):137-144

19- Claire Morley, Jim Stankovich, Gregory Peterson, Leigh Kinsman, Planning for the future: Emergency department presentation patterns in Tasmania, Australia, *International Emergency Nursing*, Volume 38, 2018, Pages 34-40, ISSN 1755-599X, <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.09.001>.

20- Melissa L. McCarthy, Scott L. Zeger, Ru Ding, Scott R. Levin, Jeffrey S. Desmond, Jennifer Lee, Dominik Aronsky, Crowding Delays Treatment and Lengthens Emergency Department Length of Stay, Even Among High-Acuity Patients, *Annals of Emergency Medicine*, Volume 54, Issue 4, 2009, Pages 492-503.e4, ISSN 0196-0644, <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2009.03.006>.

21- Norma Técnica De Salud "Categorías De Establecimientos Del Sector Salud" NTS N° 021·Minsalogsp·V.03

22- Lopez P., Procedimiento para medir la capacidad resolutive de los equipos básicos de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2014;40(4):249-262.

23- Norma técnica de salud de los servicios de emergencia, nt n° 042-minsa/ dgsp-v.01- primera edición. 2007.

24- Rolando Vásquez-Alva, Consuelo Luna-Muñoz, Cleto M. Ramos-Garay. El triage hospitalario en los servicios de emergencia. [Artículo de Revisión]. 2019;19(1):90-100. (Enero 2019). DOI 10.25176/RFMH.v19.n1.1797

25- Estrada-Atehortúa AF, Zuluaga-Gómez M. Estrategias para la medición y el manejo de la sobreocupación de los servicios de urgencias de adultos en instituciones de alta complejidad con altos volúmenes de consulta. *Revisión de la literatura. Latreia*. 2020 Ene-Mar;33(1):68-77. DOI 10.17533/udea.iatreia.34.

26- Jary, D., 2006, 'Hypothetico-deductive model', in Jupp, V (Ed.) 'The Sage Dictionary of Social Research Methods', available at <http://srmo.sagepub.com/view/the-sage-dictionary-of-social-research-methods/n94.xml>

- 27- Hernández, R. Fernández C. y Baptista P. (2010). Metodología de la Investigación. México DF: Mc Graw Hill.
- 28- Ramos C., Los Alcances de una Investigación, CienciAmérica (2020) Vol. 9 (3)
- 29- Corporación de Salud y Políticas Sociales (1999). "Capacidad resolutive de redes descentralizadas de atención de salud". Santiago, Chile. Recuperado en:<http://studyres.es/doc/3463553/capacidad-resolutiva-y-trabajo-en-equipo-factores-de-la-...?page=1>
- 30- Giovanella L, Fidelis P, Vega R, Oliveira S, Tejerina H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Saúde debate vol.39 no.105 Rio de Janeiro Apr./June 2015
- 31- Romero, M. y Busso, N. (2010). Evaluación de calidad de la atención de salud.
- 32- Arce, M. (1996) Características de la Consulta de Emergencias en Hospitales Nacionales. Asociación Costarricense de Pediatría [Artículo original] 1409-0090/96/10-02/106-110 Acta Pediátrica Costarricense Copyright©
- 33- Selva Teresa Sempere, Peiró Salvador, Pina Pilar Sendra, Espín Consuelo Martínez, Aguilera Inmaculada López. Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 1999 Jul [citado 2023 Oct 09] ; 73(4): 461-475. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271999000400004&lng=es.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es la relación entre la capacidad resolutive y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia, Hospital Sergio Bernales Lima 2023?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación entre la capacidad resolutive y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Existe relación directa entre la capacidad resolutive y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia del Hospital Sergio Bernales Lima 2023.</p>	<p>Variable 1</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Severamente sobreocupado Peligrosamente sobreocupado</p>	<p>Tipo de Investigación</p> <p>Aplicada</p>
<p>Problemas Específicos</p> <p>¿Cuál es la relación entre la capacidad resolutive severamente sobreocupado y las características clínicas de</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <p>- Identificar la relación que existe entre la capacidad resolutive</p>	<p>Hipótesis Específica</p> <p>Hi: Existe relación entre la capacidad resolutive severamente sobreocupado y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia, Hospital Sergio Bernales Lima 2023.</p>	<p>Variable 2</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Variable sin dimensiones</p>	<p>Método y diseño de la investigación</p> <p>Hipotético – deductivo</p> <p>No experimentales: De corte transversal,</p> <p>Correlacionales/Causales</p> <p>Población Muestra</p> <p>La población la conformarán todos los pacientes que se realizaron una atención en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Sergio E</p>

<p>los pacientes en el servicio de emergencia, Hospital Sergio Bernales Lima 2023?</p> <p>• ¿Cuál es la relación entre la capacidad resolutive peligrosamente sobreocupado y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia, Hospital Sergio Bernales Lima 2023?</p>	<p>severamente sobreocupado y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia.</p> <p>- Identificar la relación que existe entre la capacidad resolutive peligrosamente sobreocupado y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia.</p>	<p>Hi: Existe relación entre la capacidad resolutive peligrosamente sobreocupado del y las características clínicas de los pacientes en el servicio de emergencia, Hospital Sergio Bernales Lima 2023.</p>		<p>Bernales en el mes de abril del año 2023 que se encuentren registrados en el sistema SISGALEN PLUS.</p>
--	---	--	--	--

Anexo 2 Procesador

Número de camas de urgencias Número total de camas con licencia	<input type="text"/>	camas
Número de camas de hospital	<input type="text"/>	camas
Total de pacientes en el servicio de urgencias Incluir pacientes doblados en habitaciones y camas de pasillo.	<input type="text"/>	pacientes
Pacientes conectados a ventiladores en el servicio de urgencias	<input type="text"/>	pacientes
Número de ingresos en urgencias	<input type="text"/>	pacientes
Tiempo de espera del paciente ingresado más largo	<input type="text"/>	horas
Tiempo de espera del paciente más largo en la sala de espera Técnicamente "tiempo de espera previo del último paciente alojado"	<input type="text"/>	horas

Resultado:

Por favor complete los campos requeridos.

Anexo 3: Sub base de datos obtenida del SISGALEN –PLUS y del reporte interno de la institución.

		NUMERO DE CAMAS EN EMERGENCIA		40					
		NUMERO DE CAMAS EN EL HOSPITAL		169					
DIA	HORAS	TOTAL DE PACIENTES EN EMERGENCIA	NUMERO DE PACIENTES EN VENTILADOR MECANICO	TOTAL DE ADMISIONES EN EMERGENCIA	MAYOR TIEMPO DE TRASLADO PENDIENTE A HOSPITALIZACION (HORA)	TIEMPO DE ESPERA DEL PACIENTE EN SER ATENDIDO (HORA)	SHOCK TRAUMA (PRIORIDAD I)	TOPICO (PRIORIDAD II)	CAR PRIORIDAD II
1	6	44	1	8	84	0.50		6	2
	12	40	2	20	84	1.50		17	3
	18	39	2	8	84	1.00		5	3
2	6	45	1	8	84	0.25		6	2
	12	47	1	13	84	0.50	1	10	2
	18	42	1	12	84	0.38		6	6
3	6	32	1	6	84	0.25		6	
	12	46	3	21	84	0.13		11	10
	18	45	2	17	84	1.00	1	9	7
4	6	45	2	6	84	0.14		6	0
	12	44	1	11	84	0.60		9	2
	18	43	1	19	84	0.15		11	8
5	6	39	1	4	84	0.15		1	3
	12	44	2	16	84	0.15		10	6
	18	40	0	16	84	0.15		12	4
6	6	39	0	8	84	0.16		4	4
	12	45	1	14	84	0.28		4	10
	18	38	0	14	84	0.24		10	4
7	6	39	1	9	84	0.21		4	5
	12	38	1	13	84	1.20		6	7
	18	38	1	10	84	0.11		5	5
8	6	37	2	7	84	0.15		4	3
	12	36	0	6	84	0.19		9	7
	18	36	0	14	84	0.23		10	4
9	6	44	0	5	84	0.14		4	1
	12	40	0	14	84	0.43		4	10
	18	39	0	15	84	0.15		8	7

Anexo 4: Procesamiento de datos.

INGRESO DE DATOS

Calculo 1

Día: 01

Hora: 6:00 a 6:59am

N° camas en emergencia	40
N° camas hospitalaria	169
Total de pacientes en emergencia	44
N° pacientes en VM	01
N° de ingresos a emergencia (suma de los que ingresaron en el periodo de 6 a 6:59am)	08
Tiempo de espera para hospitalizarse	84hs
Tiempo de espera para ser atendido	0.5hrs

NEDOCs CALCULATOR

INSTITUTIONAL CONSTANTS	Number of ED Beds <input type="text"/>	Number of Hospital Beds <input type="text"/>	
COMMON ELEMENTS	Total Patients in the ED <input type="text"/>	Number of Respirators in the ED <input type="text"/>	Longest admit time (in hours) <input type="text"/>
MODEL SPECIFIC	Total Admits in the ED <input type="text"/>	Waiting room wait time for last patient called (In hours) <input type="text"/>	
NEDOCs SCORE-		<input type="button" value="Compute"/>	
<input type="button" value="Clear Fields"/>			



**Peligrosamente
sobrecapado**

Anexo 5: informe del asesor de Turnitin

● 14% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 5% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.ucv.edu.pe Internet	3%
2	researchgate.net Internet	2%
3	repositorio.unfv.edu.pe Internet	1%
4	uwiener on 2023-05-17 Submitted works	<1%
5	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	<1%
6	zagan.unizar.es Internet	<1%
7	idoc.pub Internet	<1%
8	repositorio.unac.edu.pe Internet	<1%