



Universidad
Norbert Wiener

**Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Académico Profesional de Enfermería**

Priorización de la atención según triaje y tiempo de
espera de pacientes en emergencia del hospital Sergio

E. Bernales, 2022

**Trabajo académico para optar el título de especialista
en Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres**

Presentado por:


Huamaní Lizarbe, Edith Liliana

Asesor: Dr. Gamarra Bustillos, Carlos

Código ORCID: 0000-0003-0487-9406

Lima – Perú

2022

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, ... **HUAMANI LIZARBE EDITH LILIANA** egresado de la Facultad deCiencias de la Salud..... y Escuela Académica Profesional de ...Enfermería..... / Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “.....”**“PRIORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SEGÚN TRIAJE Y TIEMPO DE ESPERA DE PACIENTES EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES, 2022”** Asesorado por el docente: Dr. Carlos Gamarra BustillosDNI ... 04015847_____,.....ORCID... <https://orcid.org/0000-0003-0487-9406>..... tiene un índice de similitud de (2) (dos) % con código __oid:____ oid:14912:209965418 _____ 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

HUAMANI LIZARBE EDITH LILIANA

DNI:47525152.....,

.....
 Firma de autor 2

Nombres y apellidos del Egresado

DNI:



.....
 Firma

Mg. Carlos Gamarra Bustillos.

DNI: 04015847

Lima, ...27...de.....febrero..... de.....2023.....

“Priorización de la atención según Triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencia del hospital Sergio E. Bernales, 2022”

DEDICATORIA

A mis padres por haberme forjado como persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con reglas que me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento dedicado mi familia, profesores, colegas y amigos que me guiaron, motivaron y dieron todo el apoyo para poder realizar este proyecto.

ÍNDICE

1. EL PROBLEMA	9
1.1 Planteamiento del problema.....	9
1.2 Formulación del problema.....	11
1.2.1 Problema General.....	11
1.2.2 Problema Específicos.....	12
1.3 Objetivos de la Investigación.....	12
1.3.1 Objetivo General.....	12
1.3.2 Objetivo 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 Delimitación de la Investigación.....	13
1.5.1 Temporal.....	13
1.5.2 Espacial.....	13
1.5.3 Población o unidad de análisis	14
2. MARCO TEORICO	15
2.1 Antecedentes.....	15
2.2 Bases Teóricas.....	17
2.3 Formulación de Hipótesis.....	21
2.3.1 Hipótesis General.....	21
2.3.2 Hipótesis Específicos.....	21
3. METODOLOGÍA	23
3.1 Método de la Investigación.....	23
3.2 Enfoque de la Investigación.....	23
3.3 tipo de la investigación.....	23
3.4 Diseño de la investigación.....	23
3.5 Población, muestra y muestreo.....	24
3.6 Variables y operacionalización.....	25

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	27
3.7.1 Técnica.....	27
3.7.2 Descripción de instrumentos.....	27
3.7.3 Validación.....	28
3.7.4 Confiabilidad.....	28
3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos.....	28
3.9 Aspectos éticos.....	29
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	30
4.1 Cronograma de actividades.....	30
4.2 Presupuesto.....	31
5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
ANEXOS.....	41
Anexo 1 Matriz de Consistencia.....	42
Anexo 2 Instrumento de Investigación.....	44
Anexo 3 Consentimiento Informado.....	46

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la priorización de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, 2022. Población: Compuesta por 700 historias clínicas de pacientes atendidos en la unidad de emergencia del Hospital Sergio E. Bernales en Octubre 2022. Muestra: Estará conformado por 249 historias clínicas, se usará un muestreo no probabilístico aleatorio simple. Diseño metodológico: Estudio aplicado, hipotético-deductivo, cuantitativo, descriptivo y transversal, correlacional. Instrumentos: Para la evaluación de la variable “Priorización de la atención según triaje”, se usará una ficha de registro modificado por Alarcón en el 2022, confiable con Alpha de Cronbach obteniendo valores de 0,77 y para la evaluación de la variable “Tiempo de espera”, se usará una ficha de registro también elaborada por Alarcón en el 2022, confiable con Alpha de Cronbach 0,77. La técnica que usaremos para recoger la información es observación. Procesamiento y análisis de datos: Usaremos la estadística descriptiva para elaborar de las tablas de frecuencia y gráficos, por otro lado, aplicaremos la estadística inferencial empleando la prueba estadística de Rho de Spearman que nos permitirá realizar la comprobación de las hipótesis que nos hemos planteado.

Palabras clave: “Triage”, “Enfermera”, “Emergencia”

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the prioritization of care according to Triage and the waiting time of emergency patients at the Sergio E. Bernales Hospital, 2022.

Population: Composed of 700 medical records of patients treated at the emergency unit of the Sergio E. Bernales Hospital. Bernales in October 2022. **Sample:** It will be made up of 249

medical records, a simple random non-probabilistic sampling will be used. **Methodological design:** Applied, hypothetical-deductive, quantitative, descriptive and cross-sectional, correlational study.

Instruments: For the evaluation of the variable "Prioritization of care according to triage", a registration form modified by Alarcón will be used in 2022, reliable with

Cronbach's Alpha obtaining values of 0.77 and for the evaluation of the variable "Time waiting", a registration form also prepared by Alarcón will be used in 2022, reliable with

Cronbach's Alpha 0.77. The technique we will use to collect the information is observation. **Data processing and analysis:** We will use descriptive statistics to prepare the frequency tables and graphs, on the other hand, we will apply inferential statistics using the Spearman's Rho

statistical test that will allow us to verify the hypotheses that we have raised.

Keywords: "Triage", "Nurse", "Emergency"

1. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado brindado en el área de urgencia o emergencia, es la base de la sanidad pública, debido a lo que la atención debe ser brindada con cuidado, siguiendo el procedimiento correspondiente, o minimiza secuelas de un padecimiento o accidente, es decir debe ser eficiente y eficaz de tal manera que el profesional pueda afrontar situaciones complejas que ponen en riesgo la vida de las personas (1).

El protocolo de intervención en el servicio de emergencias, también conocido como triaje, ayuda al personal de enfermería a clasificar o priorizar la atención oportuna de los usuarios, en especial cuando la demanda hospitalaria excede la capacidad de atención; en la actualidad el triaje ha cobrado importancia debido a que la carga laboral en los servicios de emergencia a nivel mundial están en constante aumento, y esta intervención es indispensable para la gestión de los flujos de atención segura (2).

Mundialmente, el protocolo de intervención es muy utilizado ya que les facilita a los enfermeros asignar la prioridad de atención, según una de las cinco categorías, teniendo en cuenta signos y síntomas, esta categorización determina el tiempo máximo de espera para recibir la atención médica, permitiendo a su vez la valoración de otros indicadores, como el tiempo de permanencia en emergencia, porcentaje de ingresos en función a la gravedad, necesidad de recursos, entre otros (3).

Al respecto, el triaje tiene en consideración 4 o 5 niveles según el sistema que se utilice, estos niveles facilitan la identificación de la urgencia, gravedad y complejidad de los casos de los usuarios; en este sentido, es considerado una herramienta competitiva por lo que se

recomienda su uso en todo el mundo, debido a que benefician a los usuarios, equipo multidisciplinario y en general la calidad del servicio de salud (4).

A causa del COVID-19, los servicios de emergencias a nivel del mundo se han visto colapsados con pacientes con diversos síntomas; en este contexto, el triaje además de cumplir con función de ayudar a asignar la prioridad de atención, también facilitó la identificación de los pacientes infectados, mitigando de esta manera problemas asociados a la propagación del virus, como el hacinamiento y contagio del personal de salud (5).

Para lograr la efectividad del sistema, se debe garantizar que el profesional enfermero que realiza el triaje, posea conocimientos actualizados, habilidades, actitudes y experiencia, que garanticen la atención con equidad y un cuidado calificado, continuo y humanizado, lo que mejorará el pronóstico general de los usuarios (6).

Al respecto, en países europeos, consideran que el triaje en esta área es la piedra angular, pues acelera el flujo de atención de los usuarios, por ello la calidad y efectividad del triaje es importante. En estudios realizados en Suiza, evidenciaron que el 21,8% de los usuarios fueron calificados como prioridad alta de atención, solo el 3,9% fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos y el 5,7% fallecieron, evidenciándose que la precisión del sistema es aceptable (7).

En el mismo contexto, en España, el uso del triaje es considerado una práctica frecuente que facilita la priorización para la atención de los usuarios que se encuentren en riesgo vital o tengan sintomatología que pueda dañar su integridad. En estudios realizados en ese país se encuentra que el 85,1% fueron valorados con una escala menor a lo correspondiente en emergencias y el 23,3% en urgencias; lo que evidencia que se debe capacitar y evaluar constantemente al personal en este proceso (8).

Al respecto, en Canadá, estudios evidencian que el 9,89% tuvieron prioridad I o II, 34,9% prioridad III y 53,2% prioridad IV; respecto al tiempo de espera de atención los

pacientes prioridad I o II esperaron en promedio 3,1 minuto; prioridad III 11,4 minutos y prioridad IV 17, 5 minutos; concluyen que los tiempos de atención se encuentran dentro de los indicados en el procedimiento; sin embargo a pesar de los buenos resultados de tiempo de atención en función al triaje, observan que hay un tiempo de espera oculto previo al triaje enfermero que se debe considerar (9).

Ahora bien, en Perú, el Ministerio de Salud (MINSa), en la Norma Técnica de Salud para la adecuación de la Organización de los Servicios de Salud con Énfasis en el Primer Nivel de Atención de Salud, indica que el triaje facilita a que los usuarios sean clasificados en función al nivel de urgencia considerando la sintomatología así como los signos, de tal manera que reciban una atención y tratamiento acorde a las prioridades evidenciadas en la evaluación del triaje (10).

En investigaciones realizadas, especifican la efectividad del triaje depende de los aspectos conceptuales, actitudinales y procedimentales los cuales deben estar en permanente actualización, así como que se dispongan de los recursos y equipos necesarios y que existan facilidades que garantizan la atención continua. En hospitales de Lima donde se emplea el triaje para evaluar la gravedad de la urgencia se evidencian que el 4% de los usuarios requieren atención en la categoría muy urgente y son atendidos inmediatamente demostrándose la alta efectividad del sistema (11).

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre la priorización de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, 2022?

1.2.2 Problemas específicos

- a. ¿Cuál es la relación entre la priorización I de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia?
- b. ¿Cuál es la relación entre la priorización II de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia?
- c. ¿Cuál es la relación entre la priorización III de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia?
- d. ¿Cuál es la relación entre la priorización IV de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar la relación entre la priorización de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, 2022.

1.3.2 Objetivos Específicos

- a. Establecer la relación entre la priorización I de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia.
- b. Establecer la relación entre la priorización II de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia.
- c. Establecer la relación entre la priorización III de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia.
- d. Establecer la relación entre la priorización IV de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia.

1.4 Justificación de la investigación.

1.4.1 Teórica:

El estudio se justifica teóricamente debido a que aporta conocimientos sobre el Triage, su importancia en la atención según la gravedad del paciente y como afecta a la recuperación de la salud; por lo que puede servir como base para futuros análisis relacionados a la temática.

1.4.2. Metodológica

La investigación tiene justificación metodológica ya que nos permitirá la evaluación de las variables estudiadas, para lo cual utilizaremos instrumentos validados por jueces expertos y con confiabilidad estadística lo que garantiza su aplicación en futuros estudios con realidades similares.

1.4.3. Práctica

El aporte práctico del presente estudio beneficiará para todos los enfermeros que laboran en el servicio de emergencia debido a que servirá para identificar necesidades de capacitación y actualización de estos profesionales, lo que repercutirá en la atención oportuna, humana y de calidad a los pacientes; y al uso de óptimo de los recursos.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal: El desarrollo de la presente investigación se efectuará durante el mes de noviembre del año 2022.

1.5.2. Espacial: Esta investigación se desarrollará en el área de emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, emplazado en la Av. Túpac Amaru N° 8000 P.J. Collique (Km 14.5 de la carretera Lima-Canta) en el distrito de Comas, provincia de Lima, departamento de Lima, Perú.

1.5.3. Población o unidad de análisis: La población la conforman 700 historias clínicas y unidad de análisis la conformarán 249 historias clínicas.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

Al Nhdi et al. (12) en el 2021 en Arabia Saudita, desarrollaron un trabajo con el objetivo de “investigar indicadores potenciales del tiempo de espera de los pacientes y la duración de la estancia en emergencia para determinar las causas del retraso en la atención”; estudio exploratorio transversal en una muestra de 1360 pacientes, los datos se recolectaron con una guía de observación encontrando que, los usuarios fueron clasificados en un 4,9% como categoría I, 5,4% categoría II, 45,7% categoría III 43,9% categoría IV o V, respecto al tiempo de atención el 26,5% de los pacientes permanecieron más de 4 horas en el servicio.

Roldán et al. (13) en el 2020 en España, realizaron un análisis con el objeto de “Explorar el triaje realizado por enfermeras y los tiempos de asistencia a pacientes con síndrome coronario agudo”; se realizó una revisión bibliográfica en 11 artículos, en donde se encontraron que en del total de casos clasificados nivel I y II, el sistema asignó la prioridad adecuadamente entre el 44,04 y el 87,9% de los casos, con tiempo de atención entre 20 a 28,6 minutos. Concluyen que el triaje tienen una precisión adecuada, sin embargo, los tiempos de atención superan el teórico para los niveles I y II.

Sarmiento (14) en el 2019 en Ecuador, en su estudio “Análisis de la demanda de atención en el servicio de emergencia del Hospital María Lorena Serrano”, análisis observacional cuantitativo, en una muestra de 352 pacientes, los datos se recolectaron con una lista de verificación, hallando que 2.8% fueron clasificados prioridad I y atendidos en promedio en 0.10 minutos, 8,5% II atendidos en promedio en 11,3 minutos, 27,7% III atendidos en una media de 42 minutos, 25% IV atendidos en 32 minutos y 42,9 V atendidos en una media de 58 minutos; concluyen que el triaje ayuda en el orden de atención correcto en función de la

gravedad de los usuarios y que los tiempos de atención están acorde a lo establecido en el protocolo.

2.1.2 Antecedentes nacionales.

Alarcón (15), en el 2022, en Cusco, realizó una investigación denominada “ Prioridad del triaje y tiempo de espera de los pacientes en el servicio de emergencia del Hospital Subregional de Andahuaylas, Enero-Junio del 2019”. Estudio descriptivo, transversal correlacional, con una muestra de 100 historias clínicas, para la recolección de datos se utilizó una ficha de registro de datos; obteniendo como resultados que el 63% de los pacientes nivel I tuvieron un tiempo de espera menor a 1 minuto, respecto al nivel II el 68% fue atendido en un tiempo máximo de 15 minutos, por su parte el nivel III el 68% fue atendido en menos de media hora, y en el nivel IV el 58% fue atendido en menos de 1 hora; concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la prioridad del triaje y el tiempo de atención.

Ramos y Guillén (16), en el 2020, en el Callao, desarrollaron un análisis con el objetivo de “estudio es analizar la relación entre el nivel de prioridad de triaje y el tiempo de espera en el Servicio de Emergencia del Hospital Andahuaylas, año 2019”. Investigación cuantitativa, descriptiva, retrospectiva y correlacional, la muestran la conformaron 351 historias clínicas, para recoger los datos utilizaron una ficha de registro de datos. Los hallazgos evidencian que el 100% de los pacientes prioridad I fueron atendidos en menos de 10 minutos; los de prioridad II el 91,4% tuvo un tiempo de atención menor a 10 minutos, 8% fue atendido entre 11 y 20 minutos y 0,6% fue atendido entre 21 y 60 minutos; en el caso de los pacientes prioridad III el 82,2% fue atendido en menos de 10 minutos, 15,1% entre 11 y 20 minutos y 2,7% entre 21 y 60 minutos. Concluyen estadísticamente significativa entre la relación entre ambas variables.

Taype-Huamaní et. al (17), en el 2019, en Lima, elaboraron una indagación que buscaba “Evaluar el tiempo de espera de pacientes con problemas médicos urgentes, en un servicio de

emergencia después de implementar un programa de mejora de procesos con facilitadores”. Investigación transversal observacional, descriptivo, en donde se evaluaron 36 000 atenciones con prioridad III, tuvo una mediana de 35 minutos de la atención, el tiempo total de permanencia en el servicio fue 2,9 horas, el 90% permaneció menos de 5 horas. Concluyen que el resultado se encuentra dentro de los estándares internacionales.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1 Priorización de la atención según triaje

Debido a la gran afluencia de pacientes en los servicios de emergencia, es necesario que sean categorizados según su urgencia clínica, para el tratamiento en el área especializada, actividad a realizar por el profesional enfermero especialista, oportunamente sin dejar de lado el cuidado holístico que lo caracteriza (18).

La evolución del triaje en algunos países está evolucionando de manera exitosa, reduciendo el tiempo de espera en la atención al paciente que se encuentra en situación crítica, esta herramienta permite la identificación rápida para una atención adecuada y oportuna, que además evita el hacinamiento, quejas y en casos más externos la mortalidad de los enfermos sin haber recibido la atención requerida (19).

El propósito de este sistema de clasificación es disminuir los riesgos de morbimortalidad hospitalaria, mejorar los indicadores de salud, minimizar los tiempos de espera en las salas de urgencia y el uso óptimo de los recursos humanos y materiales que se requieren para la atención de este tipo de pacientes (20).

Sin embargo, existen oportunidades en las que la capacidad de la atención es rebasada por la demanda ya sea fenómenos naturales, accidentes o imprevistos como la última pandemia vivida, ocasionando dotación de personal insuficiente, así como material y equipo para una

atención de calidad; situación que ocasionan quejas y reclamos continuos, maltrato al cliente interno y externo (21).

El triaje puede ser de tipo estructurado, que se caracteriza por la utilización de una escala válida y estructurada, que utiliza un lenguaje común a todos los profesionales del equipo y favorece la priorización de la atención (22). A este respecto el profesional enfermero especialista responsable de la clasificación debe manejar habilidades blandas, destacar por una comunicación asertiva, su empatía, buen trato, ser discretos y pacientes, además de liderar la organización del área que le permita tener buena capacidad resolutivas frente a situaciones complejas (23). Las evidencias anteriores, nos llevan a afirmar que el personal de enfermería responsable del triaje requiere estrategias de pensamiento clínico sólido, manejo del estrés y habilidad de tomar de decisiones precisas y rápidas ante la cantidad de casos que se le presentan (24).

Ahora bien, para la categorización, el enfermero debe realizar varias preguntas al paciente sobre su enfermedad o lesión, esto incluye los síntomas, hora de inicio de los mismos, posteriormente le tomará los signos vitales (temperatura, presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria) (25).

El primer contacto que tiene el usuario con la atención en emergencia es el triaje, el cual además de la clasificación, incluye otras actividades como la recepción, información y ubicación en el área que se le asigne a los pacientes (26). Ahora bien, la atención en el triaje está influenciada por factores intrínsecos que hacen referencia a la habilidad, conocimiento, experiencia, y capacidad del profesional enfermero y factores extrínsecos es decir el ambiente, carga laboral, relaciones interpersonales, entre otras (27).

2.2.1.1 Prioridad I

En la clasificación se actual se da a través de cuatro prioridades, las que facilitan el direccionamiento del paciente para su atención; así tenemos:

La prioridad I considera la atención que se debe prestar a usuarios que presentan alteraciones súbitas y críticas de su estado de salud que lo colocan en riesgo inminente de muerte, por lo cual requieren una atención inmediata en trauma shock, intervención quirúrgica inmediata o cualquier otro procedimiento a utilizar para salvaguardar su vida (28).

A este respecto, el enfermero especialista realiza la evaluación del paciente a través del control de sus funciones vitales, verifica la permeabilidad de las vías aéreas, verifica el estado de la respiración, evalúa la estabilidad hemodinámica para reponer el volumen de líquido de ser necesario, utiliza la escala de Glasgow para una evaluación para verificación de la escala motora, respuesta ocular y verbal; esta evaluación le va a permitir un diagnóstico de enfermería que favorezcan las coordinaciones con el equipo multidisciplinario para un abordaje integral e inmediato (29). El triaje permite además la identificación de los pacientes con afecciones coronarias, accidente cerebro vascular y la sepsis; así como aquellos que están en post parada cardiaca facilitando una atención médica inmediata (30).

2.2.1.2 Prioridad II

Los pacientes clasificados como prioridad II son aquellos que presentan cuadros súbitos, agudos con riesgo de mortalidad o alguna complicación que podría poner su integridad física, en ese sentido, el tiempo de atención no debe sobrepasar los 15 minutos contabilizados desde que ingresa a una sala de urgencia, por tanto, se requiere de manejar conocimientos de fisiopatología para identificar la problemática de salud del usuario (31).

2.2.1.3 Prioridad III

Los usuarios clasificados como prioridad III, son aquellos que no se encuentran en riesgo de perder la vida o de padecer alguna secuela que perjudiquen su integridad, se encuentran estables hemodinámicamente; el tiempo de espera para la atención debe ser igual o menor a 30 minutos (32).

2.2.1.4 Prioridad IV

Los usuarios que son clasificados en la prioridad IV, son aquellos que presentan funciones vitales en niveles normales, o que no presentan riesgos de complicaciones inmediatas, ellos pueden ser atendidos por consultorios externo o descentralizados, el tiempo de espera para la atención debe ser igual o mayor a 60 minutos (33).

2.2.2 Tiempo de espera

Referente al tiempo de espera, este es considerado como un fenómeno que cambia constantemente, aumenta si la demanda supera la oferta y disminuye si la oferta supera la demanda; en el sector salud, los tiempos de espera largos ocasionan que el paciente sienta poca satisfacción con el servicio prestado (34). Al respecto, la estadía en el departamento de emergencia hace referencia al tiempo desde que el usuario desde que el usuario ingresa al área de triaje en emergencia, considerando la visita, inspección, consulta, observación y espera del tratamiento (35).

Ahora bien, el tiempo de espera está relacionado con el hacinamiento en el área de emergencia, especialmente en caso de eventos catastróficos (terremotos, accidentes, incendios, entre otros) o enfermedades con alta tasa de contagio como el COVID-19; el hacinamiento incrementa la probabilidad de que se originen errores médicos, sucesos desfavorables, tratamientos con retrasos y aumento de costos de atención, teniendo como consecuencia quejas relacionadas al servicio e incomodidad en el personal (36).

Nuestro estudio está sustentado en la teoría de Patricia Benner, en donde se establece que la profesión de enfermera tiene como base el cuidado físico y holístico de la persona, tanto cuando se encuentra con buena salud como cuando lo aqueja alguna enfermedad, para lo cual tomo en cuenta el entorno donde se desenvuelve la persona; por lo antes expuesto el conocimiento científico y las habilidades sociales y técnicas son necesarias y van mejorando cuando ejerce su profesión, permitiéndole brindar un cuidado de calidad y calidez y según los requerimientos particulares de cada paciente; por lo cual el enfermero debe buscar capacitarse y actualizarse permanentemente (37).

2.3. Formulación de Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe una relación estadísticamente significativa entre la priorización de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, 2022.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa entre la priorización de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, 2022.

2.3.2. Hipótesis específicas

Hi1. Existe una relación estadísticamente significativa entre la priorización I de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, 2022.

Hi2: Existe una relación estadísticamente significativa entre la priorización II de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, 2022.

Hi3. Existe una relación estadísticamente significativa entre la priorización III de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, 2022.

Hi4. Existe una relación estadísticamente significativa entre la priorización IV de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, 2022.

3.METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

La investigación se aplicará un método hipotético deductivo, puesto que la información recogida se utilizará con el objetivo de que de identificar de las particularidades de las unidades muestrales lo que favorecerá obtener datos fidedignos con los que se podrá plantear conclusiones sobre la temática (38).

3.2. Enfoque de la investigación

El presente análisis tiene un enfoque de tipo cuantitativo, ya que al recolectar la data de forma numérica o cuantificada, nos garantiza que la información sea precisa y confiable, permitiéndonos realizar un análisis utilizando métodos matemáticos y estadísticos (39).

3.3. Tipo de investigación

El tipo de investigación que utilizaremos es la aplicada, puesto que permitirá que se obtengan nuevos conocimientos y está enfocado en solucionar el problema en la priorización de la atención según triaje y el tiempo de espera de los pacientes en emergencia (40)

3.4. Diseño de la investigación

3.4.1 Diseño

El diseño que se usaremos en el análisis será descriptivo, observacional puesto que los investigadores no alteraremos los resultados obtenidos de la variable independiente.

3.4.2 Corte

El análisis es de corte transversal ya que recogeremos la información en un momento determinado de tiempo

3.4.3 Nivel o alcance

Tiene un alcance correlacional, ya que mediremos u analizaremos la información recogida de las variables con el objetivo de establecer la relación que existe entre ambas(41).

3.5. Población, muestra y muestreo

La población que será estudiada serán 700 historias clínicas de los usuarios que fueron atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Sergio E. Bernales en el mes de octubre del 2022.

Para el cálculo del tamaño de la muestra en poblaciones finitas conocidas, con un nivel de confianza del 95% y margen de error de 5%, $[Z^2 * (p) * (1-p) / c^2]$ será de 249 historias clínicas.

El muestreo es no probabilístico aleatorio simple, teniendo en cuenta los siguientes criterios.

Criterios de Inclusión:

Historias clínicas de los pacientes del servicio de Emergencias que se encuentren completas, que cuente con clasificación según prioridad del triaje durante el mes de octubre de 2022.

Criterios de Exclusión:

Historias clínicas de los pacientes del servicio de Emergencias que no se encuentren completas, que no cuente con clasificación según los niveles de prioridad en el triaje en meses que no sean octubre de 2022.

3.6. Variables y operacionalización

Tabla 1. Variables y operacionalización

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Escala Valorativa (niveles o rangos)
Priorización de la atención según triaje	Es la identificación o clasificación de los pacientes teniendo en cuenta la severidad de una enfermedad mediante las escalas del triaje (42)	La operacionalización de la variable se desarrollará a través de la medición de la clasificación de los usuarios en función a su gravedad o patología, en el servicio de Emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, consta de cuatro dimensiones: Prioridad I, II, III, y IV; datos que serán recogidos aplicando una ficha de observación desarrollada en función de los indicadores(16).	Prioridad I	Paro cardiorrespiratorio Shock trauma severo Obstrucción vías respiratoria altas	Nominal	Priorización correcta: 1 puntos Priorización incorrecta: 0 punto
			Prioridad II	Crisis asmática Espasmo moderado Diabetes mellitus descompensada Hemoptisis Transtornos del sensorio Dolor torácico no cardiogénico		
			Prioridad III	Dolor abdominal Deshidratación leve / moderada Broncoespasmo leve Síndrome Vertiginosos Trastorno vascular		
			Prioridad IV	Enfermedad diarreica aguda Enfermedades crónicas no descompensadas Refrió común		

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Escala Valorativa (niveles o rangos)
Tiempo de espera	El tiempo de espera en una institución hospitalaria, se define como la cantidad de tiempo desde que el paciente termina el triaje hasta que recibe la atención médica (43).	La operacionalización de la variable se desarrollará a través de la medición del tiempo transcurrido desde la hora del triaje hasta la hora de atención (15).	Tiempo de atención	Hora de Triaje <hr/> Hora de atención	De Intervalo	Atención Oportuna: 1 punto Atención Inoportuna: 0 puntos

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica utilizada para obtener los datos de las variables priorización de la atención según Triaje y tiempo de espera de paciente será la observación y como instrumento un ficha de registro adaptado por Alarcón (15) en el 2022 en Cusco.

3.7.2. Descripción de instrumentos

Instrumento 1

El instrumento que se utilizará para la variable priorización de la atención según Triaje será una ficha de recolección de datos, en donde se pueden observar 18 patologías observadas y el nivel del triaje.

- Prioridad I: ítem 1,2,3,4
- Prioridad II: ítem 5,6,7,8,9
- Prioridad III: ítem 10,11,12,13,14
- Prioridad IV: ítem 15,16,17,18

Para la valoración se utilizará la siguiente escala:

- Priorización correcta: 1 punto
- Priorización incorrecta: 0 puntos

Instrumento 2

El instrumento que se utilizará para la variable tiempo de espera del paciente será una ficha de recolección de datos, en donde se pueden observar la hora del triaje y la hora de atención.

- Hora de Triaje: 1
- Hora de Atención: 2

Para la valoración se utilizará la siguiente escala:

- Atención en tiempo teórico: 1 punto
- Atención fuera del tiempo teórico: 0 puntos

3.7.3. Validación

Instrumento 1:

El instrumento que mide la atención según triaje fue validado por Alarcón (15) en el 2022 en Cusco, utilizando el juicio de cinco expertos obteniendo un V. de Aiken de 1 lo que nos garantiza que es un instrumento válido.

Instrumento 2

El instrumento que mide el tiempo de espera del paciente fue validado por Alarcón (15) en el 2022 en Cusco, utilizando el juicio de cinco expertos obteniendo un V. de Aiken de 1 lo que nos nos indica que es válido para su aplicación

3.7.4. Confiabilidad

Instrumento 1

El instrumento que mide la atención según Triage fue validado por Alarcón (15) en el 2022 en Cusco, utilizando una prueba piloto y se obtuvo un KR20 como prueba estadística obteniendo un 0.77, es decir el instrumento es confiable.

Instrumento 2

El instrumento que mide el tiempo de espera del paciente fue validado por Alarcón (15) en el 2022 en Cusco, se realizó una prueba piloto y se obtuvo KR20 de 0.77, es decir el instrumento es confiable.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Se ha planeado efectuar el procesamiento y análisis de la data recolectada una vez aplicados los instrumentos, como primer paso ordenaremos y codificaremos la información para

lo cual se elaborará una tabla Excel con el objetivo de revisar que todas las respuestas estén completas, a continuación, trasladaremos la data al software estadísticos SPSS versión 26, para realizar los análisis descriptivos de los datos se elaborarán las tablas y gráficos estadísticos, finalmente realizaremos el análisis inferencial usando el estadísticos Rho de Spearman que nos permitirá aceptar o negar las hipótesis planteadas.

3.9. Aspectos éticos

Autonomía: En el presente estudio, se respetará la decisión que tomen los enfermeros de la unidad de emergencia de pertenecer o no a la muestra del estudio, todos los que acepten ser parte del estudio deberán firmar el consentimiento firmado (44).

Beneficencia: Los resultados obtenidos en la presente investigación beneficiarán al hospital, a los enfermeros especialistas y a los pacientes reduciendo la tasa de morbimortalidad por espera de atención, favoreciendo la seguridad y calidad de la atención (45).

Principio de No Maleficencia: Con la presente investigación no se originará ningún perjuicio a los participantes, por el contrario, buscamos mejorar las prácticas de atención en el triaje de emergencia salvaguardando la integridad de los pacientes, mejorando los flujos de atención y reduciendo los tiempos de espera(46).

Principio de Justicia: Garantizamos que en nuestro estudio todos los profesionales que laboran en emergencias y que decidan ser parte de la muestra serán tratados con igualdad y respetando sus ideales y creencias (47).

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2022																							
	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SETIEMBRE				OCTUBRE			
	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	■	■																						
Revisión bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■														
Elaboración de la situación problemática, formulación del problema		■	■	■																				
Elaboración de los objetivos (general y específicos)			■	■																				
Elaboración de la Justificación (teórica, metodológica y practica)				■	■																			
Elaboración de la limitación de la investigación (temporal, espacial y recursos)				■	■																			
Elaboración de marco teórico (antecedentes, bases teóricas de las variables)					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Elaboración de las hipótesis (general y específicos)					■	■																		
Elaboración de la metodología (método, enfoque, tipo y diseño de la investigación)					■	■																		
Elaboración de la población, muestra y muestreo					■	■																		
Definición conceptual y operacional de las variables de estudio						■	■	■	■															
Elaboración de las técnicas e instrumentos de recolección de datos (validación y confiabilidad)						■	■	■	■															
Elaboración del plan de procesamiento y análisis de datos									■															
Elaboración de aspectos éticos									■															
Elaboración de los aspectos administrativos (cronograma y presupuesto)									■															
Elaboración de las referencias bibliográficas según normas Vancouver									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Elaboración de los anexos													■	■	■	■	■	■	■	■				
Aprobación del proyecto																		■	■					
Aplicación del trabajo de campo																				■	■			
Redacción del informe final																							■	■

Leyenda:

Actividades Cumplidas



Actividades por Cumplir



4.2. Presupuesto Detallado

MATERIALES	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR	
			PRECIO UNITARIO S/.	PRECIO TOTAL S/.
EQUIPOS				
Laptop	Unidad	1	3000	3000
Disco duro externo	Unidad	1	280	280
ÚTILES DE ESCRITORIO				
Hojas bond A4 75gr	Paquete	2	18	36
Lapiceros	Cajas	1	16	16
Tampón para huella	Unidad	2	11.5	23
Post it 3x3	Unidad	1	40	40
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO				
Textos	Unidad	1	120	120
Impresiones	Hoja	300	0.35	105
Copias fotostáticas	Hoja	150	0.20	30
RECURSOS HUMANOS				
Asesor	Hora	3	150	450
Estadístico	Hora	2	300	600
Digitador	Hora	3	100	300
OTROS				
Movilidad	Unidad	20	15	300
Viáticos	Unidad	25	20	500
Comunicaciones	Flat/ mensual	3	100	300
Módem internet	Flat/ mensual	3	180	540
Servicios eléctricos	KWh	1000	0.8	800
Contingencia	Flat/ mensual			500
			TOTAL S/	7940.00

Presupuesto Global

N°	ITEMS	COSTO
1	EQUIPOS	S/ 3,280
2	ÚTILES DE ESCRITORIO	S/ 115
3	MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	S/ 255
4	RECURSOS HUMANOS	S/ 1,350
5	OTROS	S/ 2,940
TOTAL DE GASTOS		S/ 7940.00

5. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) insta a todos sus Estados Miembros a desarrollar Sistemas de Urgencias y Emergencias y una especialización adecuada de los profesionales como garantía de equidad, igualdad y salud en los Sistemas Sanitarios [Internet]. OMS. 2019. p. 1. Disponible en: <https://www.semes.org/la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms-insta-a-todos-sus-estados-miembros-a-desarrollar-sistemas-de-urgencias-y-emergencias-y-una-especializacion-adecuada-de-los-profesionales-como-garantia-de-equi/4>
2. Institute of Medicine. IOM Report: The Future of Emergency Care in the United States Health System. *A Glob J Emerg Care* [Internet]. 2008;13(10):1081–5. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1197/j.aem.2006.07.011>
3. Peralta A, Freitas P, Gil H. Manchester Triage System version II and resource utilisation in the emergency department. *Emerg Med J* [Internet]. 2014;31(2):148–52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23345313/>
4. Molina-Alvarez R, Zavala E. Conocimiento de la Guía de Práctica Clínica de triaje por personal de enfermería. *CONAMED* [Internet]. 2014;19(1):11–6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4730738>
5. Turcato G, Zabolí A, Pfeifer N. The COVID-19 epidemic and reorganisation of triage, an observational study. *Intern Emerg Med* [Internet]. 2020;15(8):1517–24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7415126/>
6. de Araújo D, Bacelar H, Rocha R, Lima C, Menezes M. Manchester Triage

System in primary health care: ambiguities and challenges related to access.

Texto Context Enferm [Internet]. 26d. C.;2(2017):1–8. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/714/71451212002.pdf>

7. Steiner D, Renetseder F, Kutz A, Haubitz S, Faessler L, Anderson J, et al. Performance of the Manchester Triage System in Adult Medical Emergency Patients: A Prospective Cohort Study. *J Emerg Med* [Internet]. 2016;50(4):678–89. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26458788/#affiliation-1>
8. García-Azorín D, Abelaira-Freire J, Rodríguez-Adrada, E González-García N, Guerrero A, Porta-Etessam J, Martín-Sánchez F. Estudio sobre el subtriaje del Sistema de Triage de Manchester en pacientes que acuden a Urgencias por cefalea. *Neurología* [Internet]. 2022;1–8. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213485320302759?token=193299B8B96F94DADFCE58ADE1F2B7E802D830C34B20D774068E03972603F9EF8A14DE7CA333707745C77843D5AA2340&originRegion=us-east-1&originCreation=20221007214539>
9. Betz M, Stempien J, Trivedi S, Bryce R. A determination of emergency department pre-triage times in patients not arriving by ambulance compared to widely used guideline recommendations. *CJEM* [Internet]. 2017;19(4):265–70. Disponible en: https://caep.ca/periodicals/Volume_19_Issue_4/Vol_19_Issue_4_Page_265_-_270_Betz.pdf
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Norma Técnica de Salud para la adecuación de la Organización de los Servicios de Salud con Énfasis en el Primer Nivel de Atención de Salud [Internet]. MINSA. 2020. Disponible en:

https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1097064/rm_306-2020-minsa.pdf

11. Castaño L, Paz A, Acevedo G, Gómez A, Jaramillo L. Conocimientos y Prácticas Relacionados al Lavado de Manos Quirúrgico, en Personal de Salud, Pereira 2021. [sede Web]. Uruguay: Facultad de Ciencias Básicas, Fundación Universitaria del Área Andina, Seccional Pereira [Internet]. 2021. Disponible en: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/vbn/article/view/1955>
12. Al Nhdi N, Al Asmari H, Al Thobaity A. Investigating Indicators of Waiting Time and Length of Stay in Emergency Departments. Open Access Emerg Med [Internet]. 2021;2021(13):311–8. Disponible en: <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=71763>
13. Roldán J, López S, Milla P, Castillo C, Molina J. Triage enfermero y tiempos de asistencia a pacientes con síndrome coronario agudo en urgencias hospitalarias. Revisión panorámica. Enfermería en Cardiol [Internet]. 2020;XXVII(79):72–9. Disponible en: <https://enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/Enferm-Cardiol.-2020-Año-27-79-72-79-Art.-7.pdf>
14. Sarmiento H. Análisis de la demanda de atención en el servicio de emergencia del Hospital María Lorena Serrano en el año 2017 [Internet]. Pontificia Universidad Católica de Ecuador; 2019. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16238/TESIS HSM 2019.pdf?sequence=1>
15. Alarcón J. Prioridad del triaje y tiempo de espera de los pacientes en el servicio de emergencia del Hospital Subregional de Andahuaylas, Enero- Junio del 2019 [Internet]. San Antonio de Abad de Cusco; 2022. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12918/6599>

16. Ramos P, Guillén H. Prioridad en el triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes del servicio de emergencia del Hospital de Andahuaylas, 2019 [Internet]. Universidad Nacional del Callao; 2020. Disponible en: http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/6213/TESIS_2DAE_SP_GUILLÉN_RAMOS_FCS_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Taype-Huamaní W, Chucas-Ascencio L, De la Cruz-Rojas L, Amado-Tineo J. 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;80(4):438–42. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v80n4/a05v80n4.pdf>
18. Elbaih A. Different Types of Triage. *Arşiv Kaynak Tarama Derg* [Internet]. 2017;26(4):441–67. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/322157424_Different_Types_of_Triage
19. Sprivulis P, Da Silva J-A, Jacobs I, Frazer A, Jelinek G. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust* [Internet]. 2006;184(5):208–12. Disponible en: [10.5694/j.1326-5377.2006.tb00416.x](https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00416.x)
20. Weyrich P, Christ M, Celebi, N, Riessen R. Triage systems in the emergency department. *Med Klin Intensivmed Notfmed* [Internet]. 2012;107(1):67–78. Disponible en: [10.1007/s00063-011-0075-9](https://doi.org/10.1007/s00063-011-0075-9)
21. Iseron K, Moskop J. Triage in Medicine, Part I: Concept, History, and Types. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2007;49(3):275–81. Disponible en: <https://www.acep.org/globalassets/sites/acep/media/disaster-medicine/niche->

groups/ethics-in-disasters/triage-ethics-part-1.pdf

22. Soler W, Gómez M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2010;13(1):55–68. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>
23. Olvera-Arreola S, Cadena-Estrada J. El triaje hospitalario. *Rev Mex Enfermería Cardiológica* [Internet]. 2011;19(3):119–21. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en113g.pdf>
24. Göransson K, Ehnfors M, Fonteyn ME, Ehrenberg A. Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage. *Lead Glob Nurs* [Internet]. 2008;61(2):163–72. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04473.x>
25. UPMC Western Maryland. Understanding the Triage Process in Our Emergency Department [Internet]. UPMC Western Maryland. 2019. p. 1. Disponible en: <https://www.wmhs.com/understanding-the-triage-process-in-ER/>
26. Martínez-Segura, Estrella Lleixà-Fortuño M, Salvadó-Usach T, Solà-Miravete E, Adell-Lleixà M, Chanovas-Borrás M, March-Pallarés G, et al. Competence of triage nurses in hospital emergency departments. *Emergencias* [Internet]. 2017;2017(19):173–7. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Manel-Chanovas-Borras/publication/321010137_Compentence_of_triage_nurses_in_hospital_emergency_departments/links/5a8967c8aca272017e60f94b/Compentence-of-triage-nurses-in-hospital-emergency-departments.pdf
27. Andersson A-K, Omberg M, Svedlund M. Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions.

- Nurs Crit Care [Internet]. 2006;11(3):136–45. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1362-1017.2006.00162.x>
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Norma Técnica de los Servicios de Emergencia de Hospitales del Sector Salud / Clasificación de Prioridades NT042-MINSA/DGSP-V.01 [Internet]. MINSA. 2006. p. 39. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/NT042emerg.pdf>
29. Yancey C, O'Rourke M. Emergency Department Triage [Internet]. StatPearls. 2022. p. 1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557583/>
30. Mitchell O, Edelson D, Abella B. Predicting cardiac arrest in the emergency department. Jacep Open [Internet]. 2020;2020(1):321–6. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/emp2.12015>
31. Guo J, Chen Y, Wang W. Reliability and validity of the four-level Chinese emergency triage scale in mainland China: A multicenter assessment. Int J Nurs Stud [Internet]. 2020;101(12):1–7. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/336337393_Effectiveness_of_the_four-level_Chinese_Emergency_Triage_Scale_CETS_in_mainland_China_a_multicenter_assessment
32. Gómez J. Urgencia, gravedad y complejidad un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. Emergencias Rev la Soc Española Med Urgencias y Emergencias [Internet]. 2006;18(3):156–64. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2020136>
33. Isaacs A, Hellenberg D. Implementing a structured triage system at a community health centre using Kaizen. Off J South African Acad Fam Pract Care [Internet].

- 2014;5(16):496–5001. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/271673596_Implementing_a_structured_triage_system_at_a_community_health_centre_using_Kaizen
34. Al Sadi B, Harb Z, Anwar M. Improving patient waiting time: A quality initiative at a pharmacy of a public hospital in United Arab Emirates. *Int J Healthc Manag* [Internet]. 2019;14(3):756–61. Disponible en:
<https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/20479700.2019.1692768?scroll=top&needAccess=true>
35. Forster A, Murff H, Peterson J, Gandhi T, Bates D. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med* [Internet]. 2003;138(3):161–7. Disponible en: doi: 10.7326/0003-4819-138-3-200302040-00007.
36. Liao P-H, Chu W, Ho C-S. An Analysis of Waiting Time for Emergency Treatment and Optimal Allocation of Nursing Manpower. *Healthcare* [Internet]. 2022;10(820):1–13. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/5/820/pdf>
37. Izquierdo E, Martinez M, Ramirez B. Evidencia empírica de la Teoría de Patricia Benner en la labor profesional de los Licenciados en Enfermería. *Rev Habanera Ciencias médicas* [Internet]. 2016;15(4):642–50. Disponible en:
<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1119/1096>
38. Usman M. Hypothetico-deductive method: A comparative analysis. *Int J Sci Basic Appl Res* [Internet]. 2015;7(4):2395–3446. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/275475950_HYPOTHETICO-DEDUCTIVE_METHOD_A_COMPARATIVE_ANALYSIS

39. Mohajan H. Quantitative Research: A Successful Investigation in Natural and Social Sciences. *J Econ Dev Environ People* [Internet]. 2020;9(4):50–79. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/348237026_Quantitative_Research_A_Successful_Investigation_in_Natural_and_Social_Sciences
40. Marotti A, Wood T. What is applied research anyway? *Rev Gestão* [Internet]. 2019;26(4):338–9. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/337780309_What_is_applied_research_anyway
41. Asenahabi B. Basics of Research Design: A Guide to selecting appropriate research design. *Int J Contemp Appl Res* [Internet]. 2019;6(5):76–89. Disponible en: <http://www.ijcar.net/assets/pdf/Vol6-No5-May2019/07.-Basics-of-Research-Design-A-Guide-to-selecting-appropriate-research-design.pdf>
42. Avilés-Martínez K, López-Enríquez A, Luévanos-Velázquez A, Jiménez-Pérez B, García-Armenta M, Ceja-Moreno H, et al. Triage: instrumentos de priorización de las urgencias pediátricas. *Acta pediátrica México* [Internet]. 2016;37(1):4–16. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v37n1/2395-8235-16-37-01-00004.pdf>
43. Gutierrez E, Ramos W, Uribe M, Ortega-Loayza A, Torres C, Montesinos D, et al. Tiempo de espera y su relación con la satisfacción de los usuarios en la farmacia central de un hospital general de Lima. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2009;26(1):61–5. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n1/a13v26n1.pdf>
44. Johnstone M-J. *Bioethics: a nursing perspective*, 5th edition. 5ta ed. Churchill

Livingstone/Elsevier. Footscray: Churchill Livingstone Australia; 2009. 488 p.

45. B. V. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Med Princ Pr* [Internet]. 2021;2021(30):17–28. Disponible en:
<https://www.karger.com/Article/FullText/509119>
46. Haahr A, Norlyk A, Martinsen B, Dreyer P. Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. *Sage Journals* [Internet]. 2020;27(1):258–72. Disponible en:
<https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/0969733019832941>
47. Hoskins K, Grady C, Ulrich CM. Ethics Education in Nursing: Instruction for Future Generations of Nurses. *OJIN Online J Issues Nurs* [Internet]. 2018;23(1):1–3. Disponible en: <https://ojin.nursingworld.org/table-of-contents/volume-23-2018/number-1-january-2018/ethics-education-in-nursing/>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema General ¿Cuál es la relación entre la priorización de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, 2022?</p> <p>Problemas Específicos PE1: ¿Cuál es la relación entre la priorización I de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia? PE2. ¿Cuál es la relación entre la priorización II de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia? PE3: ¿Cuál es la relación entre la priorización III de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia? PE4: ¿Cuál es la relación entre la priorización IV de la atención según Triage y el</p>	<p>Objetivo General Determinar la relación entre la priorización de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, 2022</p> <p>Objetivos Específicos OE1. Establecer la relación entre la priorización I de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia. OE2. Establecer la relación entre la priorización II de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia. OE3. Establecer la relación entre la priorización III de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia. OE4. Establecer la relación entre la priorización IV de la atención según Triage y el</p>	<p>Hipótesis General Hi: Existe una relación estadísticamente significativa entre la priorización de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, 2022. Ho: No existe una relación estadísticamente significativa entre la priorización de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, 2022.</p> <p>Hipótesis Específicas HE1. Existe una relación estadísticamente significativa entre la priorización I de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, 2022. HEo: No existe una relación estadísticamente significativa entre la priorización I de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, 2022. HE2. Existe una relación estadísticamente significativa entre la priorización II de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, 2022. HEo. No existe una relación estadísticamente significativa entre la priorización II de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, 2022.</p>	<p>Variable X: Priorización de triaje Dimensiones -Prioridad I - Prioridad II - Prioridad III - Prioridad IV</p> <p>Variable Y: Tiempo de espera Dimensiones - Hora de triaje. - Hora de atención</p>	<p>Método: hipotético deductivo Enfoque: cuantitativo Tipo: aplicado Diseño: correlacional.</p> <p>Población: 700 Muestra: 249</p> <p>Técnica: Observación Instrumentos: Lista de chequeo para evaluar la priorización Lista de chequeo para evaluar tiempo de espera</p>

<p>tiempo de espera de pacientes en emergencia?</p>	<p>tiempo de espera de pacientes en emergencia.</p>	<p>HE3. Existe una relación estadísticamente significativa entre la priorización III de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, 2022.</p> <p>HEo: No existe relación estadísticamente significativa entre la priorización III de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, 2022.</p> <p>HE4. Existe una relación estadísticamente significativa entre la priorización IV de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, 2022.</p> <p>HEo. No existe relación estadísticamente significativa entre la priorización IV de la atención según Triage y el tiempo de espera de pacientes en emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, 2022.</p>		
---	---	---	--	--

Anexo 2. Instrumento de Investigación

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS TRIAJE (15)

I. DATOS GENERALES

N° de Historia clínica: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Procedencia: _____

II. NIVEL DE PRIORIDAD DE TRIAJE

N°	Observación	Si	No	Prioridad
1	Paro cardiorrespiratorio			I
2	Shock			
3	Trauma severo			
4	Obstrucción vía aérea alta			
5	Crisis asmática			II
6	Diabetes mellitus descompensada			
7	Hemoptisis			
8	Trastorno del sensorio			
9	Dolor Torácico			
10	Dolor abdominal			III
11	Deshidratación moderada			
12	Broncoespasmo leve			
13	Síndrome vertiginoso			
14	Trastorno vascular			
15	Enfermedades diarreicas agudas			IV
16	Enfermedades crónicas no descompensadas			
17	Resfrío Común			
18	Faringitis aguda			

Otras patologías: _____, Prioridad: _____

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS TRIAJE (15)

I. DATOS GENERALES

Nº de Historia clínica: _____

Edad: _____

II. TIEMPO DE ESPERA DE ATENCIÓN

Hora de triaje (HT)	Hora de atención (HA)	HA-HT

EVALUACIÓN TIEMPO DE ATENCIÓN

Adecuado	Cumple con el tiempo de atención teórico	
Inadecuado	No cumple con el tiempo de atención teórico	

Prioridad	Tiempo teórico de atención
Prioridad I	Inmediatamente
Prioridad II	< 15 minutos
Prioridad III	<30 minutos
Prioridad IV	< 60 minutos

Anexo 3. Consentimiento

Mediante este documento acepto voluntariamente participar en la investigación “Priorización de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, 2022”, así mismo manifiesto que comprendo el objetivo de dicho estudio, también entiendo que puedo decidir formar parte o no de la muestra, y que puedo retirarme de la investigación en el momento que considere pertinente. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Nombre del Participante:.....

DNI N°.....

Firma.....