



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

ESCUELA DE POSGRADO

Tesis

Niveles de prioridad en triaje y tiempo de espera en la atención de emergencia
en el hospital regional Ica, 2024

Para optar el Grado Académico de
Maestro de Gestión en Salud

Presentado por:

Autora: Sanchez Champión, Jhaneth del Pilar


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-3930-0208>

Asesora: Mg. Hermoza Moquillaza, Rocío Victoria

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7690-9227>

Lima – Perú

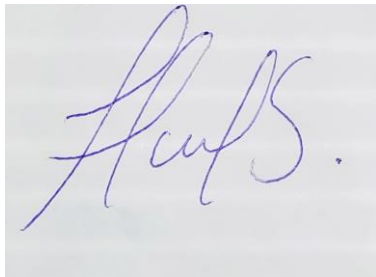
2024

 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, **Sanchez Champion, Jhaneth del Pilar** Egresado(a) de la Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que la tesis “NIVELES DE PRIORIDAD EN TRIAJE Y TIEMPO DE ESPERA EN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL ICA, 2024” Asesorado por el docente: Mag. ROCIO HERMOZA MOQUILLAZA Con DNI 40441142 Con ORCID 0000-0001-7690-9227 tiene un índice de similitud de (20) (VEINTE) % con código oid:14912:413440351 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

Nombres y apellidos del Egresado
 Sanchez Champion, Jhaneth del Pilar
 DNI: ... 46076209

.....
 Firma de autor 2

Nombres y apellidos del Egresado
 DNI:



 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

.....

Firma

Nombres y apellidos del Asesor

Mg Rocío Hermoza Moquillaza

DNI: ...40441142.....

Lima, 06 de diciembre de 2024

Es obligatorio utilizar adecuadamente los filtros y exclusión del turnitin: excluir las citas, la bibliografía y las fuentes que tengan menos de 1% de palabras. EN caso se utilice cualquier otro ajuste o filtros, debe ser debidamente justificado en el siguiente recuadro.

La exclusión de ciertos párrafos como filtro en Turnitin se realizó con el objetivo de evitar similitudes irrelevantes, como citas textuales debidamente referenciadas o secciones metodológicas estándar que no aportan al análisis de originalidad.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi esposo e hijos porque son mi motivación de superación día a día, a mis padres por su gran apoyo y ejemplo para poder seguir creciendo profesionalmente.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme realizar las metas que me he propuesto, a mi amiga Laura por su apoyo intelectual y moral en este proceso, a mi Asesora quien hizo posible la culminación de esta investigación, con su apoyo y dedicación.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCION	xi
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema	4
1.2.1 Problema general	4
1.2.2 Problemas específicos	4
1.3 Objetivos de la investigación	4
1.3.1 Objetivo general.....	4
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4 Justificación	5
1.4.1 Teórica:	5
1.4.2 Metodológica:	5
1.4.3 Práctica:.....	6
1.5 Limitaciones de la investigación.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
1.1. Antecedentes de la investigación	8

1.2.	Bases teóricas	12
1.3.	Formulación de hipótesis	20
1.3.1.	Hipótesis General.....	20
1.3.2.	Hipótesis Especifica.....	20
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA		22
1.1	Método de la investigación	22
1.2	Enfoque de la investigación	22
1.3	Tipo de la investigación	22
1.4	Diseño de la investigación	22
1.5	Población, muestra y muestreo	23
1.6	Variables y operacionalización	25
1.7	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.	Confiableidad.....	28
1.8	Plan de procesamiento y análisis de datos	28
1.9	Aspectos éticos.....	28
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS		30
4.1.	Resultados	30
4.1.1.	Análisis descriptivo de resultados	30
4.1.2.	Pruebas de hipótesis.....	32
4.1.3.	Discusión de resultados	37

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41
5.1 Conclusiones	41
5.2 Recomendaciones.....	42
REFERENCIAS	43
ANEXOS	49
Anexo 1: Matriz de consistencia	50
Anexo 2: Instrumentos	52
Anexo 3: Formato del consentimiento informado.	53
Anexo 4: Informe del asesor de Turnitin	56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los usuarios de emergencia del HRI, 2024.	30
Tabla 2. Niveles de prioridad en el triaje de los usuarios en la atención emergencia del HRI, 2024.....	30
Tabla 3. Estadísticas del tiempo de espera según nivel de prioridad de los usuarios en la atención emergencia del HRI, 2024.....	31
Tabla 4. Niveles de prioridad en el triaje según estadísticas de tiempo de espera de los usuarios en la atención emergencia del HRI, 2024.....	31
Tabla 5. Relación entre los niveles de prioridad en el triaje y el tiempo de espera de los usuarios en la atención emergencia del HRI, 2024.....	32
Tabla 6. Relación entre el nivel de prioridad I de triaje y el tiempo de espera de los usuarios en la atención emergencia del HRI, 2024.	33
Tabla 7. Relación entre el nivel de prioridad II de triaje y el tiempo de espera de los usuarios en la atención emergencia del HRI, 2024.	34
Tabla 8. Relación entre el nivel de prioridad III de triaje y el tiempo de espera de los usuarios en la atención emergencia del HRI, 2024.	35
Tabla 9. Relación entre el nivel de prioridad IV de triaje y el tiempo de espera de los usuarios en la atención emergencia del HRI, 2024.....	36

RESUMEN

Objetivo: “Determinar la relación que existe entre los niveles de prioridad de triaje y el tiempo de atención por emergencia en pacientes”. **Método:** El estudio empleó el procedimiento hipotético-deductivo, cuantitativo, no experimental, transversal y nivel correlacional. La población está constituida por las historias clínicas y representada por una muestra de 362. se utilizó el instrumento “Ficha de registro de datos para la prioridad en el triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes del servicio de emergencia”. **Resultados:** Los resultados evidenciaron que el 84,7% de los usuarios atendidos en el servicio de emergencia tuvieron prioridad I y su tiempo de espera de atención cumplieron el estándar; el 86,5% tuvieron prioridad II y su tiempo de espera de atención cumplieron el estándar; el 90,7% tuvieron prioridad III y su tiempo de espera de atención cumplieron el estándar; el 87,9% tuvieron prioridad IV y su tiempo de espera de atención cumplieron el estándar. **Conclusiones:** Se determinó relación entre los niveles de prioridad de triaje y el tiempo de atención por emergencia en pacientes del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica ($\chi^2=102,590$; $p=0,000$).

Palabras clave: Prioridad, triaje, tiempo de espera, atención, emergencia.

ABSTRACT

Objective: “To determine the relationship between triage priority levels and emergency care time in patients”. **Method:** The study used the hypothetical-deductive, quantitative, non-experimental, cross-sectional and correlational procedure. The population is constituted by the medical records and represented by a sample of 384. The instrument “Data registration form for triage priority and waiting time in the care of patients in the emergency department” was used. **Results:** The results showed that 84.7% of the users attended in the emergency department had priority I and their waiting time met the standard; 86.5% had priority II and their waiting time met the standard; 90.7% had priority III and their waiting time met the standard; 87.9% had priority IV and their waiting time met the standard. **Conclusions:** A relationship was determined between triage priority levels and emergency care time in patients in the emergency department of the Regional Hospital of Ica ($\chi^2=102,590$; $p=0,000$).

Key words: Priority, triage, waiting time, care, emergency.

INTRODUCCION

En el entorno actual de la atención de urgencias, el triaje se presenta como un componente esencial para la organización y priorización de los pacientes que requieren atención médica inmediata. Este proceso categoriza a los pacientes en función de su gravedad cuando llegan a un servicio de urgencias, garantizando que aquellos que se encuentran en estado crítico reciban atención prioritaria. A medida que crece la demanda de servicios sanitarios, es fundamental comprender cómo afectan los niveles de prioridad establecidos durante el proceso al tiempo de espera y, en consecuencia, a la calidad de la atención prestada.

La relación entre los niveles de prioridad del triaje y los tiempos de espera en la atención de urgencias ha despertado el interés de investigadores y profesionales sanitarios. Estudios anteriores han demostrado que un triaje eficaz no sólo mejora los tiempos de atención a pacientes críticos, sino que también optimiza el flujo de trabajo dentro de los servicios de urgencias. Esta relación es especialmente importante en los hospitales, donde los recursos son limitados y la eficiencia en la atención es fundamental para salvar vidas y mejorar la experiencia del paciente.

El objetivo de esta tesis es determinar la relación que existe entre los niveles de prioridad de triaje y el tiempo de atención por emergencia en el Hospital Regional Ica. La finalidad es demostrar cómo una adecuada categorización de los pacientes puede influir en sus tiempos de espera y, en definitiva, en su experiencia asistencial global. Al abordar estas características, la investigación pretende contribuir a la mejora continua de los protocolos de respuesta a emergencias, lo cual es fundamental para optimizar los recursos y garantizar una atención de calidad.

La investigación de los niveles de prioridad en el triaje y el tiempo de espera en el Hospital Regional Ica es fundamental para mejorar la atención de urgencias. Al abordar estos elementos, queremos desarrollar estrategias que optimicen la atención y, en última instancia, salven vidas. La aplicación de un enfoque estructurado y basado en la evidencia puede mejorar la experiencia del paciente y la eficiencia del sistema sanitario en situaciones críticas.

Esta investigación está estructurada en cinco capítulos. El capítulo 1, define el problema y objetivos de la investigación, la justificación y las limitaciones. El capítulo II, expone los antecedentes, fundamentos teóricos e hipótesis de la investigación. El capítulo III, presenta la metodología, la población, la muestra, la matriz operativa, la técnica, los instrumentos, el tratamiento de los datos y las consideraciones éticas de la investigación. El capítulo IV, contiene los resultados descriptivos e inferenciales y la discusión. El capítulo V incluye las conclusiones y recomendaciones de la investigación. Por último, se presentan las referencias y los apéndices de la investigación.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.3 Planteamiento del problema

La prioridad de los niveles de triaje y los tiempos de espera en la atención sanitaria médica es un problema global que afecta a los sistemas sanitarios de todo el mundo. Según un estudio mundial publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor del 50% de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias experimentan tiempos de espera de más de 2 horas, lo que potencialmente pone en riesgo la calidad y el desempeño de la atención (1).

A escala mundial, los servicios de urgencias se enfrentan a un aumento de la demanda de atención, lo que conlleva un incremento de los tiempos de espera y la necesidad de priorizar adecuadamente a los pacientes. Tal es así que, en el 2021, Australia tuvo 8,8 millones de atenciones en el servicio de urgencias, en los últimos cinco años, la demanda de atención de emergencia ha aumentado un 14%, a pesar de que la población australiana solo ha crecido un 5% (2).

Se ha reportado que el número de visitas a los servicios de urgencias a nivel mundial ha superado los 141 millones anuales, con tiempos de espera que, en algunos casos, exceden las recomendaciones de atención segura, lo que podría llevar a un deterioro en la condición de los pacientes y, en casos extremos, a consecuencias fatales (3).

América Latina la situación es similar parecida, según las estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aproximadamente el 30% de los pacientes de las salas de urgencias de países como México, Brasil y Argentina están clasificados incorrectamente en términos de prioridad, esto aumenta los tiempos de espera y crea un acceso desigual a la atención médica (4).

Los servicios de emergencia médica son una unidad orgánica y fundamental en un hospital, cuya misión es brindar atención continua las veinticuatro horas a todo individuo que este en una

condición de emergencia. Independientemente de ser un área consolidada que se adapta al nivel de demanda y complejidad, esta zona hospitalaria se encuentra altamente congestionada, lo que lleva a la congestión y crisis, colocando en peligro la calidad del cuidado (5).

Dado que el servicio de urgencias es un componente tan importante, la calidad de la atención implica una serie de factores, como la prioridad de los niveles del triaje y el periodo de espera, que se relaciona de forma directa con la satisfacción de los usuarios, dado que toda persona tiene derecho a una atención médica oportuna en cualquier entorno sanitario (6).

El sistema de triaje clasifica a los individuos de acuerdo a su gravedad, síntomas y problemas de salud cuando entran a un servicio de urgencias. Esto lo hace un profesional de salud (médico o enfermero) tomando en cuenta la prioridad en el nivel de atención, el nivel IV define una enfermedad aguda habitual categorizada como atención no urgente que no requiere atención inmediata (7).

El proceso de atención de urgencias comienza con el triaje, que es un componente crítico de un método integrado de calidad; su correcto cumplimiento afecta favorablemente al paciente. En este procedimiento, categorizaremos la prioridad del nivel para intervenir en función de la gravedad de la situación, con el objetivo de salvar la vida del paciente (8).

En el caso concreto de Perú se han identificado problemas importantes en relación con la prioridad de los niveles de triaje y el periodo de espera para la atención. Según datos del Ministerio de Salud peruano, el 20% a más de los pacientes en los servicios de urgencias pueden no recibir una clasificación médica adecuada, lo que puede causar retrasos en la atención e impactar negativamente en los resultados clínicos. Además, se estima que el periodo promedio de espera en las salas de emergencias de los hospitales peruanos podría superar las tres horas, lo que pone evidencia la apremiante necesidad de promover los procesos de triaje y acortar los tiempos de

espera para asegurar una atención médica oportuna y eficaz (9).

El área de triaje del Hospital Regional de Ica categoriza a los pacientes en función de su estado de salud, siendo la prioridad I la habitación de reanimación para Trauma Shock y UCI, y la prioridad II, III y IV a tópicos de urgencia (10).

El periodo de espera en el área de urgencias es de 0 minutos para la Prioridad I, 10 minutos para la Prioridad II, 20 minutos para la Prioridad III y 120 minutos para la Prioridad IV. Estas áreas designadas varían dependiendo de la gravedad del paciente y requieren que el personal del hospital actúe de acuerdo con los protocolos hospitalarios con el objetivo de optimizar el sistema de salud para una atención de calidad (11)

La calidad de los cuidados médicos para los pacientes incluye atención oportuna, satisfacer las necesidades del paciente, tratarlo con dignidad, amabilidad y respeto, y satisfacer las necesidades del paciente. Porque el cuidado es un derecho que tenemos todos (12).

En un último estudio, en 2018, realizado en el Hospital Regional de Ica, para evaluar la satisfacción del usuario externo del servicio de emergencia, se determinó que el 78,0% de los usuarios registraron insatisfacción en la dimensión fiabilidad, el 74,3% insatisfacción en la dimensión calidad de respuesta, el 76,3% insatisfacción en la dimensión seguridad, el 76,2% insatisfacción en la dimensión empatía y el 75,3% insatisfacción en la dimensión aspectos tangibles (13).

El Hospital Regional de Ica es un importante centro de salud del departamento de Ica, es el único hospital de nivel III-1 del departamento. Sin embargo, sus servicios no cubren todo el departamento debido al crecimiento demográfico de la provincia en los últimos años; también, se incluyen las provincias de Pisco, Chincha, Palpa y Nasca (14).

El Hospital Regional de Ica fue inaugurado en 1966, a lo largo de los años, han modificado

tanto su infraestructura como su ubicación geográfica para mejorar la atención y crear un ambiente que satisfaga las necesidades de los residentes de Ica. Es un hospital de alta complejidad con diversos servicios especializados y de enseñanza e investigación con funciones promocionales, preventivas, reparadoras y de rehabilitación (15).

1.4 Formulación del problema

1.4.1 Problema general

¿Cuál será la relación entre los niveles de prioridad de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes del Hospital Regional de Ica 2024?

1.4.2 Problemas específicos

¿Cuál será la relación entre el nivel de prioridad I de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes?

¿Cuál será la relación entre el nivel de prioridad II de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes?

¿Cuál será la relación entre el nivel de prioridad III de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes?

¿Cuál será la relación entre el nivel de prioridad IV de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes?

1.5 Objetivos de la investigación

1.5.1 Objetivo general

Determinar la relación que existe entre los niveles de prioridad de triaje y el tiempo de atención por emergencia en pacientes.

1.5.2 Objetivos específicos

Identificar si existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de prioridad I de

triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes.

Identificar si existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de prioridad II de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes.

Identificar si existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de prioridad III de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes.

Identificar si existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de prioridad IV de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes.

1.6 Justificación

1.6.1 Teórica:

El estudio se justificó teóricamente porque proporcionó un marco conceptual que sustenta el análisis de los fenómenos y variables involucradas. En este contexto, teorías como la del triaje, que establece criterios para clasificar la gravedad de los pacientes y optimizar la atención médica; así como, la Teoría del Cuidado de la Salud de Virginia Henderson, que enfatiza la importancia de satisfacer las necesidades básicas del paciente para promover su bienestar. La autonomía del paciente y la importancia de la atención integral pueden mejorar la eficiencia de los juicios y reducir los tiempos de espera, lo que se traduce en una atención de urgencias más eficaz y centrada en el paciente. Asimismo, subraya su importancia para mejorar los servicios de atención sanitaria en el marco del Hospital Regional ICA.

1.6.2 Metodológica:

La investigación se justificó metodológicamente debido a que proporcionó un marco estructurado para la construcción del conocimiento científico. La utilización del método científico garantiza un abordaje sistemático y riguroso, lo que resulta en resultados válidos y confiables. Este estudio empleó un abordaje cuantitativo que permitió la medición precisa de las variables y el

análisis objetivo de los datos. El nivel de la investigación fue correlacional, lo que permitió investigar las relaciones entre los niveles de prioridad en triaje y los tiempos de espera. Se utilizó un cuestionario estructurado y las historias clínicas para recoger datos relevantes. La metodología respalda la calidad y el rigor del estudio.

1.6.3 Práctica:

La justificación práctica de la investigación se sustentó porque permite traducir los hallazgos teóricos y metodológicos en acciones concretas que mejoren la calidad de la atención sanitaria. Esta investigación identificó estrategias de solución y oportunidades de mejora, como la implementación de protocolos de triaje más eficientes que prioricen a los pacientes en función de su gravedad; así como, la optimización de los recursos humanos y materiales en el área de urgencias. Además, el personal sanitario puede recibir formación sobre cómo utilizar estos protocolos, lo que se traduce en una mejora de la atención al paciente y una reducción de los tiempos de espera. La importancia de esta justificación radica en su potencial para influir positivamente en la gestión del hospital al promover un sistema de atención más ágil y centrado en el paciente, lo que, a su vez, puede contribuir a una mayor satisfacción y confianza en los servicios sanitarios del Hospital Regional ICA.

1.7 Limitaciones de la investigación

El tiempo con el que se contó para el desarrollo de la investigación fue una de las limitaciones; sin embargo, para salvar esta situación se hizo un cronograma de actividades riguroso de las etapas de investigación y se empleó técnicas de planificación eficientes que permitieron cumplir el tiempo programado.

La autorización para poder acceder a las historias clínicas; también, fue otra limitante de la investigación. Por tratarse de información sensible los datos registrados en las historias clínicas,

la institución demoró en autorizar el acceso a estos registros administrativos. No obstante, para afrontar esta situación, se cumplió con todos los requisitos solicitados por la institución de salud; asimismo, se sustentó la importancia de la realización de la investigación en la institución de salud.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

García et al. (2023) en su estudio tuvo como objetivo “Comprobar el impacto de la implementación del circuito de asistencia rápida (fast-track) en la sala de emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud durante el periodo mayo 2023”. La investigación fue observacional, alcance descriptivo y transeccional; con una muestra de 115 usuarios categorizados en los niveles III, IV y V que accedieron a la sala de emergencias. Los resultados evidenciaron que el mayor porcentaje de pacientes atendidos fueron del nivel III de prioridad; el 55,7% de los pacientes tuvo un periodo de espera de 11 a 60 minutos para la primera atención (promedio 36,72 minutos); el 68,6% de los pacientes tuvo un periodo de estancia en sala de emergencia menor o igual a 90 minutos. Se concluyó que una disminución en los periodos de espera como en el tiempo de estancia de los usuarios en sala de emergencia (16).

Siqueira et al. (2020) en su investigación de objetivo “Comparar el desempeño del triaje rápido realizado por el personal de enfermería en la puerta de emergencias y del Manchester Triaje System (MTS) al identificar el nivel de prioridad de atención a los pacientes de demanda espontánea y la predicción de las variables relacionadas con la internación.”. La investigación fue transeccional; la muestra estuvo representada por 173 pacientes evaluados en sus consultas en el servicio de emergencia. Los resultados mostraron que la prioridad de los niveles fijados por el personal de enfermería durante el triaje rápido fue elevado (usuarios con necesidades urgentes direccionados a emergencias) o bajo (retornados a la zona normal de la institución); asimismo, se determinaron estadísticas de precisión diagnóstica para medir el rendimiento de los indicadores, del total de los usuarios tratados, el son 52,0% mujeres con una edad promedio de 60,4 años, el

triaje rápido fue más integrador en las situaciones de alta prioridad y tuvo mayor sensibilidad pero menor especificidad que el MTS.. Se concluyó que las enfermeras clasificaron a los usuarios como prioridad alta, y el triaje rápido funcionó más que el MTS a la hora de predecir el ingreso en servicio de emergencia (17).

Flores et al. (2020) en su estudio tuvo como objetivo “Determinar la eficiencia del sistema de triaje en una unidad de emergencia de un hospital público del sur de Chile”. El estudio fue de corte transeccional y descriptivo, representada por una muestra de 377 registros de usuarios mayores de 15 años, de carácter observacional, descriptivo y transeccional, con una muestra de 115 pacientes categorizados en los niveles III, IV y V que accedieron a la sala de emergencias. Los resultados evidenciaron que 40,8% de los pacientes fueron categorizados como C3, mientras que 50% de los pacientes C1 y C2 recibieron cuidados en el plazo especificado; el tiempo de espera para la categorización fue inferior a 15 minutos, y el 78,5% de los participantes alcanzaron el umbral óptimo; la mediana de tiempo para realizar un ECG a los usuarios C2 y C3 fue de 5 [RIC=4-19] y 15 minutos [RIC=10-218], por separado; los pacientes de C1 fueron hospitalizados para cuidados críticos del paciente, mientras que la mitad de los usuarios de C2 fueron enviados a casa.. Se concluyó que la demora en el periodo de atención de los pacientes con riesgo crítico y la clasificación con superior riesgo al real provoca retrasos en el cuidado y saturación de las unidades de urgencias hospitalarias, lo que se traduce en un esquema de triaje y calidad asistencial deficiente (18).

Sarmiento (2019) en su investigación tuvo como objetivo “Analizar la demanda de atención en el servicio de emergencia del Hospital María Lorena Serrano de Ecuador”. El estudio fue observacional de nivel causa y efecto; con una muestra de 352 pacientes que accedieron al servicio de emergencia. Se evidenció que el 42,9% de los pacientes son de prioridad V, 25,0%

prioridad IV, el 27,7% prioridad III, el 8,5% II prioridad y el 2,8% I prioridad; el tiempo de espera para la prioridad I es entre el primer hasta los 10 minutos de atención, prioridad II y III antes de una hora, el de la IV prioridad es de dos horas y de la V prioridad es cuatro horas (19).

Picallo (2019) en su investigación sobre “Efectividad y Confiabilidad del Sistema de Triage de Manchester” pretende “Conocer la validez del Sistema de Triage de Manchester” y la clasificación de prioridad de este sistema de triaje, el cual evidenció una confiabilidad moderada. La investigación concluyó que la clasificación escalar de los pacientes permite una mejor predicción del riesgo de mortalidad y confiere eficacia a los sistemas de triaje (20).

2.1.2 Antecedentes nacionales

Ochoa (2022), realizó un estudio con el objetivo de “Determinar la relación que existe entre los niveles de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de los pacientes que acuden al servicio de Urgencias del Policlínico Chíncha – EsSalud, 2022”. El estudio fue de carácter cuantitativo y descriptivo; la muestra estuvo representada por 152 historias clínicas. Los resultados mostraron que el 67,1% de los pacientes son de prioridad III y que el 82,2% de las atenciones cumplieron con la norma técnica; asimismo, la población de estudio estuvo conformada en su mayoría por pacientes hombres y con edad promedio de 42 años. Se concluye que existe asociación entre el nivel de prioridad y el periodo de espera ($r=0,811$; $p<0,05$) (1).

Alarcón (2022) En su investigación tuvo como objetivo “Determinar la relación que existe entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera de los pacientes en el servicio de emergencia del Hospital Subregional de Andahuaylas, enero-junio, 2019” fue una investigación descriptiva, transversal y correlacional, dando como resultado que existe relación positiva. Señaló una asociación entre los niveles de triaje y el periodo de espera, y la priorización permite una atención a tiempo y de calidad en su labor, demuestra que se prioriza el cuidado en mujeres

mayores (21).

Ramos et al. (2020), en su investigación tuvo como objetivo “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”. El estudio fue de carácter cuantitativo, alcance descriptivo, retrospectivo y correlacional; con una muestra de 351 historias clínicas. Los resultados mostraron que el 86,0% de los pacientes fueron atendidos dentro de los 10 primeros minutos, el 12,0% tardó entre 11 y 20 minutos y el 20,0% de 20 minutos a más, el 53,0% de las atenciones fueron de III prioridad, el 46,0% II prioridad y el 1,0% I prioridad. Se concluye que el nivel de prioridad de triaje está asociado al periodo de espera ($p=0,000<0,05$) (22).

Mejía (2019), realizó un estudio cuyo objetivo fue “Determinar la relación entre el uso del Triage y su impacto en los tiempos de espera de los pacientes de emergencia del Hospital Essalud-Huancayo en el año 2018”. El diseño descriptivo y transversal arrojó un resultado positivo. Indica la presencia de factores que interfieren en la práctica del triaje e inciden en el periodo de espera de los usuarios, lo que indica que el esquema de triaje presenta defectos, lo que se traduce en una insuficiente atención de los pacientes (23).

Taype et al. (2019) realizaron un estudio cuyo objetivo fue “de “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” El estudio fue observacional, se evaluaron 36 mil de prioridad III según la escala de Manchester de pacientes mayores de 14 años. Los resultados mostraron que la mediana del periodo de espera para la atención primera fue 35 minutos y la mediana del periodo de estancia en urgencia fueron 2 horas y 54 minutos. Se deduce que el periodo de espera para el cuidado en urgencias de usuario de prioridad III, tras aplicar un modelo de fortalecimiento de los procesos con mediadores fue comparable a

los normalizados (24).

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Triage

2.2.1.1 Conceptos de triaje

El término triaje deriva del verbo francés trier, se empleó en el siglo XII por vez primera y significa "separación". En español, el término "traje" hace referencia a la acción y el resultado de triar, que puede traducirse como priorizar, categorizar o seleccionar (25).

El sistema de triaje en los servicios de urgencias selecciona y clasifica a los pacientes en función de sus necesidades terapéuticas y de los veinticuatro recursos existentes. Una breve evaluación clínica determina la prioridad con la que se debe tratar a un usuario. El "traje" es un procedimiento activo que puede cambiar rápidamente el estado clínico de un paciente (26).

De acuerdo a la Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia N° 042 MINSA / DGSP-V. 01, Perú – 2007, "El profesional de salud encargado del triaje, realiza el control de las funciones vitales del paciente y determina la prioridad del daño, a fin de derivarlo al área correspondiente de acuerdo con el protocolo de triaje". El triaje es un procedimiento que asigna a los usuarios prioridad de niveles en función de evaluaciones clínicas. Lo lleva a cabo un profesional sanitario cualificado que asigna a los pacientes al área adecuada para que reciban el tratamiento oportuno (27).

2.2.1.2 Modelos del triaje

Actualmente, se disponen de un conjunto de modelos de sistemas de triaje que clasifican de 3 a 5 niveles, entre los más fiables el MTS-Manchester, el ATS-Australia, el CTAS-Canadá, entre otros. De acuerdo a Zevallos, la prioridad de los niveles del triaje estructuran la atención al usuario en función de la seriedad de su enfermedad y de condición general, con una valoración

previa de signos y síntomas. También, la prioridad del nivel establece la rapidez y el orden en que se atiende a los pacientes (28).

Sistema de triaje Manchester

El esquema de triaje de Manchester se desarrolló en 1994 en Manchester (Reino Unido). Se desarrolló basándose en las razones de la consulta y la cantidad de usuarios a través de los servicios emergencias. Este esquema introduce la definición de categorías sistemática y discriminativa, así como la opción de hacer el triaje por teléfono (29)

El esquema de triaje Manchester pertenece a los esquemas que incluyen cinco niveles de categorías de usuarios, distinguiéndolos por nombre, color y periodos de tiempo superior durante los cuales el usuario dispondrá de cuidados. Este esquema; también, sugiere revisar a los usuarios mientras esperan para identificar cualquier variación en la categorización, lo que lo convierte en un esquema activo (30).

El esquema Manchester ofrece las categorizaciones:

Nivel I

Pacientes con alteraciones graves y críticas de salud que necesitan cuidados urgentes (periodo de referencia: 0 minutos) en sala de reanimación por traumatismo por asfixia y signos vitales anormales, tales como:

1. Paro cardiorrespiratorio.
2. Traumatismo torácico.
3. Dolencia torácica por causa cardíaca, presencia o ausencia de hipertensión.
4. Disnea (evidenciada por polipnea, taquipnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis).
5. Shock (hemorrágico, cardiogénico, distributivo u obstructivo).
6. Arritmia con compromiso hemodinámico, con o sin hipertensión.

7. Hemorragia abundante.
8. Obstáculo respiratorio de alto grado.
9. Desequilibrio hemodinámico (hipertensión, shock o emergencia hipertensiva).
10. El usuario no está consciente y no expresa estímulos.

Nivel II

Los pacientes con tetraplejía aguda con alto riesgo de muerte o complicaciones graves deben recibir atención en los 10 minutos siguientes a su llegada:

1. Periodicidad respiratoria igual o mayor a 24 por minuto. Ataque de asma con broncoespasmo moderado.
2. Diabetes tipo I sin compensación
3. Hipertensión arterial urgente
4. Hemoptisis.
5. Síntomas y signos abdominales
6. Convulsión reciente en usuario consciente.
7. Dolencia torácico no cardiogénico, sin compromiso hemodinámico.
8. Irregularidades sin compromiso hemodinámico.
9. Salud gastrointestinal, con signos vitales invariables.
10. Usuario con perturbaciones sensoriales

Nivel III

Usuarios sin riesgo alto fallecimiento o complicaciones posteriores. Requiere cuidados en el área de urgencias, con prioridad I y II. Por ejemplo:

1. Dolencia de estómago ligera asociado a náuseas, vómitos, diarrea y constantes vitales invariables.

2. Saber que no es necesaria la sutura.
3. Intoxicación alimentaria.
4. Lesiones musculares y ligamentosas.
5. Otitis media aguda.
6. Deshidratación electrolítica leve.
7. Sinusitis aguda.
8. Hiperémesis gravídica sin compromiso metabólico.
9. Urticaria.
10. Fiebre mayor a 39 °C sin asociación a síntomas.

Nivel IV

Usuarios con ausencia de funciones críticas comprometidas o riesgo inmediato de complicaciones son tratados con síntomas y enviados a una red de atención comunitaria o especializada, dependiendo de la situación, según:

1. Faringitis aguda.
2. Amigdalitis aguda.
3. Una diarrea severa sin deshidratación ni vómitos.
4. Absceso sin fiebre.
5. Sangrado vaginal leve en ausencia de embarazo, con funciones vitales invariables.
6. Enfermedades crónicas, no compensadas.

Nivel V

Usuarios no comprometidos en funciones críticas o con peligro de complicaciones inmediatas que requieren consulta externa de primer nivel. Deben ser derivados a la red de atención comunitaria o especializada, según el caso, sólo para tratamiento sintomático.

1. Fiebre sin asociación a síntomas.
2. Resfrío frecuente.
3. Dolencia leve de oído.
4. Dolencia de garganta sin alivio.

2.2.1.3 Teorías relacionadas al triaje

Los conocimientos modernos de enfermería se basan en el proceso de enfermería (PE), un método científico utilizado en la atención al paciente. Luego de utilizar un esquema de trabajo sistemático, el personal de enfermería debe establecer su área de acción. El proceso del esquema de atención de enfermeros admite una conceptualización sólida, definiendo su naturaleza, misión y finalidad, y centrándose en pensar y actuar a partir de un determinado marco conceptual (31).

Uno de los modelos asistenciales más aceptados en nuestra comunidad es la de Virginia Henderson. Las razones que han auspiciado su uso e implantación en nuestra vida cotidiana, especialmente entre el personal de enfermería. El esquema de Virginia Henderson es íntegramente concurrente con la PE, lo que resulta necesario para su uso práctico.

El esquema de Virginia Henderson se encuadra en la categoría de enfermería humana, en la que el papel de la enfermera consiste en proporcionar asistencia o apoyo a las acciones que una persona es incapaz de realizar en una etapa específica de su tiempo vital, como la vitalidad, la enfermedad, la niñez o la adultez. Es interesante ver su perspectiva única sobre el papel autónomo del personal de enfermería, el trabajo que origina y articula. Asimismo, planeamos colaborar con otros profesionales del equipo de atención médica en la implementación y seguimiento de programas de tratamiento, incluida la promoción de la salud, la recuperación de enfermedades y la prestación de apoyo en el duelo.

2.2.1.4 Evolución histórica del triaje

En más de una ocasión a lo largo de los años, el personal de salud se ha visto en la tesitura de tener que elegir quién requiere sus cuidados. Con el paso de los años y la ganancia de conocimientos actualizados, se ha establecido como prioridad de atención a los usuarios más graves, con la finalidad de reducir las posibilidades de fallecimiento y de obstáculos que impidan al usuario a retornar a su vida diaria. En el siglo XVIII se empezaron a desarrollar y utilizar esquemas para priorizar los cuidados de los usuarios, reconocidos como esquema de triaje.

En más de una ocasión a lo largo de la historia, los médicos se han visto obligados a decidir quién merece su atención y cuidados. Con el paso del tiempo y la adquisición de nuevos conocimientos, se ha establecido como prioridad atender a los pacientes más graves, con el objetivo de reducir la probabilidad de muerte y de complicaciones que impidan al paciente desenvolverse en su vida diaria. El desarrollo y uso de sistemas para priorizar la atención a los pacientes, conocidos como sistemas de triaje, comenzó en el siglo XVIII.

El término fue utilizado por primera vez en el área médica por Dominique-Jean Larrea (1766-1842), cirujano militar. Durante las ofensivas napoleónicas, inventó la movilización ambulatoria y presentó las bases de la medicina militar contemporánea, así como los incipientes "trajes" como esquema de categorización para curar las heridas de batalla. Actualmente se emplea para jerarquizar al usuario en función de su gravedad y emergencia sanitaria. En el campo de la salud, el triaje se ha utilizado en diversos procedimientos asistenciales, como el cuidado prehospitalario por parte de los servicios de urgencias médicas, el triaje militar y las catástrofes (32).

2.2.1.5 Dimensiones del triaje

Prioridad I (inmediata y/o menos de 5 minutos)

Usuario con variaciones graves y críticas de salud, con peligro de fallecimiento, y que necesiten cuidados priorizados con 20 lesiones en la Sala de Reanimación - Trauma Shock. La insuficiencia cardiorrespiratoria, el shock, los traumatismos graves y la obstrucción elevada de las vías respiratorias son signos de riesgo. Otros signos vitales incluyen una frecuencia cardiaca de 150 latidos por minuto, presión arterial sistólica menor a 90 mmHg, presión arterial sistólica mayor a 220 mmHg, presión arterial diastólica mayor a 110 mmHg o 30 mmHg por encima del valor basal, frecuencia respiratoria mayor a 35 latidos por minuto y frecuencia respiratoria.

Prioridad II (10 minutos)

Pacientes con tetraplejia, grave con peligro de fallecimiento o complicaciones graves, incluida una lista de cuarentainueve lesiones. crisis asmática, mellitus diabético no compensada, hemoptisis, trastornos sensoriales y torticollis.

Prioridad III (< 20 minutos)

Usuarios con firmeza ventilatoria, hemodinámica, y neurológica que no presenta peligro de fallecimiento ni secuelas invalidantes. La lista incluye veintidós lesiones, entre ellas dolor de estómago, deshidratación contenida, broncoespasmo leve, síndrome de vértigo y daño vascular.

Prioridad IV (menos de 30 minutos)

Los usuarios pacientes sin compromiso de funciones vitales importantes o con peligro de complicaciones inmediatas logran ser atendidos en Consultas Externas o en Consultas descentralizadas. Contiene una lista de diez daños, entre otros, diarrea grave, enfermedades crónicas no compensadas y fiebre simple.

2.2.2 Tiempo de espera

2.2.2.1 Conceptos del tiempo de espera

En los esquemas hospitalarios, el periodo de espera es determinante en la calidad del servicio, de ahí que la reducción del tiempo de espera se haya convertido en un factor crítico en la gestión de estos sistemas (33).

Según la Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia N° 042 MINSA / DGSPV. 01, Perú - 2007, la media del periodo de espera para la atención de pacientes, basado en casos prioritarios, permite valorar la calidad y conformidad de los cuidados mediante de la medición del periodo desde el inicio hasta la atención del usuario. En consecuencia, se puede decir que el periodo de espera como el tiempo que transcurre entre la llegada del paciente y el momento en que es atendido por un profesional sanitario.

2.2.2.2 Definiciones básicas relacionadas al tiempo de espera

Hora de ingreso: "Hoja de Puerta" del usuario.

Hora de llegada: es la primera hora registrada de llegada del paciente a urgencia.

Hora de triaje: inicio del triaje del usuario.

Hora de valoración: se evalúa al usuario después de ser categorizados.

Tiempo de espera para triaje: hora de llegada diferida a la hora de triaje

Tiempo de espera: horas de triaje diferida a la valoración.

Tiempo en emergencias: hora de entrada diferida a la salida.

2.2.2.4 Dimensiones del tiempo de espera

El estudio examinará el tiempo entre el triaje y la atención, definido como "el tiempo expresado en minutos comprendido desde que el paciente es clasificado en triaje hasta que recibe atención por parte del personal facultativo" (34), que incluye:

Hora de Triage

La hora en la que el personal sanitario encargado del triaje realiza la clasificación.

Hora de Atención

Es la que se anota en la historia clínica en la que el personal sanitario hace los cuidados.

Para la presentación de los datos procesados se tendrán en consideración los estándares del periodo de espera para cada prioridad de nivel, considerados en la norma técnica sanitaria para áreas de emergencias, que se expresan:

Adecuado: cuando se cumple el periodo de cuidados con los estándares establecidos por la norma técnica.

Inadecuado: cuando no se cumple el periodo de cuidados con los estándares establecidos por la norma técnica.

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis General

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de prioridad de triaje y el tiempo de atención por emergencia en pacientes del Hospital Regional de Ica 2024.

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de prioridad de triaje y el tiempo de atención por emergencia en pacientes del Hospital Regional de Ica 2024.

2.3.2. Hipótesis Especifica

HE1: Existe relación entre el nivel de prioridad I de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes.

HE2: Existe relación entre el nivel de prioridad II de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes.

HE3: Existe relación entre el nivel de prioridad III de triaje y el tiempo de espera en la

atención de emergencia en pacientes.

HE4: Existe relación entre el nivel de prioridad IV de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Se utilizó el método hipotético deductivo, este método se desarrolló en varios procesos clave: reconocimiento del problema en análisis, a partir de conceptos generales y la formulación de hipótesis (35).

3.2. Enfoque de la investigación

El estudio fue de carácter cuantitativo dado que se basó en la medición de las variables de estudio a recolectar, se realizó un análisis estadístico, se probó las hipótesis propuestas en este estudio y se presentó un conjunto de resultados en base a los conocimientos adquiridos y se elaboraron las conclusiones (36).

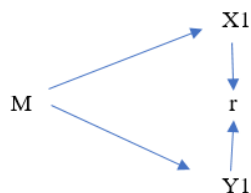
3.3. Tipo de la investigación

La investigación fue aplicada porque se centró en proponer una solución a un problema identificado en diversos ámbitos de estudio como social, salud, negocios, industria o prestación (37).

3.4. Diseño de la investigación

El estudio fue no experimental dado que no se manipularon deliberadamente las variables, fueron observadas tal cual se presentó en su entorno. Además, el corte fue transversal debido a que la recogida de los datos se realizó en un determinado tiempo. El nivel de la investigación fue descriptivo correlacional dado que se estableció un grado de asociación entre las variables de investigación (38).

El diseño de la investigación se estructuró así:



Donde:

M = Pacientes en el Hospital Regional de Ica

X1= Niveles de prioridad en triaje

Y1= Tiempo de espera en la atención

r = Correspondencia de variantes

3.5. Población, muestra y muestreo

Población

Se entiende como población a la agrupación de casos que tienen ciertas particularidades y se dan en un lugar determinado (39). Al respecto, la población estuvo constituida por 6.000 historias clínicas de los usuarios del Hospital Regional de Ica.

Muestra

Es una parte de la población que, por su tamaño y similitud con el grupo, permite hacer generalizaciones al total de la población (40). En tal sentido, la muestra del estudio la conformaron 362 historias clínicas de los usuarios del Hospital Regional de Ica 2024, 22 historias clínicas más que lo calculado con la fórmula.

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{(N - 1) \alpha^2 + Z^2 \times p \times q}$$

n	Tamaño	N
Z	Intervalo de confianza 95%	1.96
p	Proporción a favorable	0.5
q	Complemento de p	0.5
i	Límite superior del error 5%	0.05

Reemplazando:

$$n = \frac{6.000 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{(6.000 - 1)0,05^2 + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5} \cong 362$$

Muestreo

El muestreo que se aplicó fue probabilístico sistemático. Primero, de acuerdo al orden de las 6.000 historias clínicas, se tomó intervalos de cada 15 historias clínicas, y de esta manera se tomaron los 362 casos. (41).

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión: historias clínicas completas de usuarios atendidos en el servicio de emergencia durante el mes de junio del año 2024.

Exclusión: historias clínicas de usuarios transferidos a consultorios externos.

3.6. Variables y operacionalización

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Medición	Escala valorativa
Niveles de triaje	Se refiere a la clasificación o categorización de la urgencia y gravedad de los pacientes que llegan a un centro de atención urgente. Estos niveles priorizan la atención médica en función de las necesidades de cada paciente, asignando un nivel específico en función de la gravedad de su estado (42).	Para evaluar los niveles de triaje en los cuidados de los usuarios del área de emergencia del Hospital Regional de Ica, se empleará una ficha de registro de datos.	<p>Prioridad I</p> <p>Prioridad II</p> <p>Prioridad III</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Paro cardiorrespiratorio - Shock - Trauma severo - Obstrucción vía aérea alta - Crisis asmática - Diabetes mellitus descompensada - Hemoptisis - Trastornos del sensorio - Dolor torácico - Dolor abdominal - Deshidratación moderada - Broncoespasmo leve - Síndrome vertiginoso - Trastorno vascular 	Cualitativa nominal	<p>Enfermedad corresponde al nivel de prioridad (Corresponde=1)</p> <p>Enfermedad no corresponde al nivel de prioridad (No corresponde=2)</p>

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Medición	Escala valorativa
Tiempo de Espera	Conceptualmente, se define como la cantidad de tiempo que transcurre entre que una persona o paciente llega para solicitar un servicio o consulta y recibe la atención necesaria. Este tiempo de espera es crítico en entornos como los centros sanitarios, porque influye en la percepción de la calidad del servicio, la satisfacción y el nivel de estrés del usuario (43).	Para valorar el tiempo de espera en la atención de los pacientes del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica, se empleará una ficha de registro de datos.	<p>Prioridad IV</p> <p>Hora de triaje H1</p> <p>Hora de atención H2</p>	<p>- Enfermedades diarreicas agudas</p> <p>- Enfermedades crónicas no descompensadas</p> <p>- Resfrío común</p> <p>Tiempo</p> <p>Diferencia de H1-H2</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Adecuado</p> <p>Inadecuado</p>

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

El análisis documental se entiende como un proceso intelectual en el que se recoge nodos de un informe y se representan de forma que permitan acceder a la información original (44). En este estudio se utilizará la técnica de análisis documental puesto que se hará una revisión de las historias clínicas de los usuarios cuidados en el servicio de Emergencia del hospital.

3.7.2. Descripción de instrumentos

La ficha de recolección de datos fue adaptada por Alarcón (21) en el 2019. El instrumento consta de tres partes; en la primera parte, se registró la información del paciente como su edad y sexo; en la segunda parte, los niveles de prioridad de triaje, y la enfermedad asociada a la atención; y en la tercera, el tiempo de espera.

La escala valorativa de la variable nivel de triaje toma en cuenta dos categorías: Enfermedad corresponde al nivel de prioridad, cuando el usuario del servicio de emergencia es tratado por una enfermedad que corresponde al nivel de prioridad adecuado. Enfermedad no corresponde al nivel de prioridad, cuando el usuario del servicio de emergencia es tratado por una enfermedad que no corresponde al nivel de prioridad adecuado.

La escala valorativa de la variable tiempo de espera de atención considera dos categorías: Adecuado, cuando el tiempo transcurrido entre el tiempo de triaje y tiempo de espera cumple con el estándar; esto es, prioridad I atención inmediata (emergencia o gravedad), prioridad II hasta 10 minutos (urgencia mayor), prioridad II hasta 20 minutos (urgencia menor), y prioridad IV más de 30 minutos (no urgencia). Inadecuado, cuando el tiempo transcurrido entre el tiempo de triaje y tiempo de espera no cumple con el estándar.

3.7.3. Validación

Al ser el instrumento una ficha de recolección de datos sobre niveles de triaje y tiempo de espera, basado en la técnica análisis documental, no se realizó la validez del instrumento

3.7.4. Confiabilidad

Se empleó una ficha de recolección de datos puntuales de las historias clínicas existentes en el servicio de urgencias, se realizó un análisis documental que no puso en peligro los instrumentos utilizados.

3.7.5. Plan de procesamiento y análisis de datos

El tratamiento de los datos incluyó las siguientes actividades:

- Se realizó las gestiones administrativas necesarias para solicitar la autorización para obtener acceso a las historias clínicas del Hospital Regional de Ica.
- Se transcribieron los datos seleccionados de las historias clínicas a la ficha de registros de datos
- La información registrada en la ficha de datos fue digitada en un archivo de datos Excel y luego se llevó al programa estadístico SPSS versión 26 realizar el procesamiento de los datos.
- Se empleó la prueba no paramétrica Chi cuadrado de Pearson para comprobar las hipótesis específicas.
- A partir de los resultados, se crearon y analizaron las tablas y gráficos.

3.8. Aspectos éticos

Las consideraciones éticas son fundamentales en la investigación porque permiten proteger los derechos, la dignidad y el bienestar de las unidades de investigación. Los principios que tuvieron en cuenta al realizar el estudio fueron:

Principio de autonomía

Este principio consiste en respetar la capacidad de las personas para decidir y seguir su propia voluntad y decisiones. Se fundamenta en el hecho de que los individuos son independientes y pueden establecer sus metas, y tomar sus decisiones. Este principio se aplicó cuando el Hospital Regional de ICA nos brindó la autorización para la recolección de datos de las Historias Clínicas (45).

Principio de beneficencia

Se refiere a la obligación ética de ayudar a otros a mejorar las condiciones de vida, las relaciones interpersonales y el comportamiento en beneficio de individuos, grupos, comunidades y organizaciones. Este principio se aplicó cuando se busque el bienestar de los pacientes del área de emergencia del Hospital Regional de Ica (45).

No maleficencia

Este principio se aplica a diferentes áreas de la investigación como la salud, la psicología y la bioética; se refiere al deber de no dañar a los demás. Este principio exigió que los investigadores actúen adecuadamente, sin la exposición de los datos personales en las Historias Clínicas (45).

Principio de justicia

Este principio se refiere a la noción de tratar a todos por igual, no tomando en consideración el grupo etario, el sexo, la identidad, la raza, la etnia, la cultura, el estatus socioeconómico, la religión o cualquier otra cosa. Este principio se aplicó incluyendo a todas las historias clínicas de manera equitativa, imparcial y justa. (45).

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los usuarios de emergencia del HRI, 2024.

Variables (n=362)	<i>f</i>	%
Edad		
De 2 a 5 años	20	5,5
De 6 a 11 años	25	6,9
De 12 a 17 años	45	12,4
De 18 a 29 años	65	18,0
De 30 a 59 años	146	40,3
De 60 a más años	61	16,9
Sexo		
Masculino	98	27,1
Femenino	264	72,9

Los usuarios de emergencia del HRI, son en su mayoría mujeres (72,9%) adultas de 30 a 59 años (40,3%).

Tabla 2. Niveles de prioridad en el triaje de los usuarios en la atención emergencia del HRI, 2024.

Prioridad	<i>f</i>	%
Prioridad I	85	23,5
Prioridad II	126	34,8
Prioridad III	118	32,6
Prioridad IV	33	9,1
Total	362	100,0

Los usuarios de emergencia del HRI, fueron en su mayoría priorizados en el nivel de prioridad II (34,8% y prioridad III (32,6%).

Tabla 3. Estadísticas del tiempo de espera según nivel de prioridad de los usuarios en la atención emergencia del HRI, 2024.

Prioridad	Tiempo de espera		
	Media	Mínimo	Máximo
Prioridad I	0,4	0	5
Prioridad II	7,6	4	14
Prioridad III	16,2	10	21
Prioridad IV	35,9	26	62
Total	11,3	0	62

El tiempo total de espera de atención en promedio fue de 11,3 minutos. En el nivel de prioridad I el tiempo promedio fue 0,4 minutos; en el nivel de prioridad II el tiempo promedio fue 7,6 minutos; en el nivel de prioridad III el tiempo promedio fue 16,2 minutos; y en el nivel de prioridad IV el tiempo promedio fue 35,9, en todos los casos se cumplió con el estándar.

Tabla 4. Niveles de prioridad en el triaje según estadísticas de tiempo de espera de los usuarios en la atención emergencia del HRI, 2024.

Prioridad	Tiempo de espera (en minutos)					
	Adecuado			Inadecuado		
	Media	Mínimo	Máximo	Media	Mínimo	Máximo
Prioridad I	0,0	0	0	2,8	1	5
Prioridad II	6,8	4	10	12,4	11	14
Prioridad III	15,7	10	20	21,0	21	21
Prioridad IV	32,3	26	36	61,5	61	62

Se observa que el tiempo de espera inadecuado promedio en la prioridad I es 2,8 minutos, en la prioridad II es 12,4 minutos, en la prioridad III es 21,0 minutos y en la prioridad IV es 61,5 minutos.

4.1.2. Pruebas de hipótesis

Hipótesis general

1. Planteamiento de hipótesis

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de prioridad de triaje y el tiempo de atención por emergencia en pacientes del HRI 2024.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de prioridad de triaje y el tiempo de atención por emergencia en pacientes del HRI 2024.

2. Significancia: $\alpha = 0,05$.

3. Prueba estadística: Chi cuadrado de Pearson

4. Lectura de la prueba

Tabla 5. Relación entre los niveles de prioridad en el triaje y el tiempo de espera de los usuarios en la atención emergencia del HRI, 2024.

Nivel de prioridad	Tiempo de espera				Total		Prueba χ^2	p
	Adecuado		Inadecuado		f	%		
	f	%	f	%				
Enfermedad corresponde al nivel de prioridad	317	87,6	31	8,6	348	96,1	102,590	0,000
Enfermedad no corresponde al nivel de prioridad	0	0,0	14	3,9	14	3,9		
Total	317	87,6	45	12,4	362	100,0		

5. Toma de decisión

Se observa que la mayoría de los usuarios, a nivel general, son atendidos cumpliendo con el estándar del tiempo de espera y de acuerdo a las enfermedades priorizadas por nivel de atención (87,6%). Mediante la prueba Chi cuadrado se determinó relación estadísticamente significativa entre los niveles de prioridad de triaje y el tiempo de atención por emergencia en pacientes ($\chi^2=102,590$; $p=0,000$).

Hipótesis específica 1

1. Planteamiento de hipótesis

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de prioridad I de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de prioridad I de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes.

2. Significancia: $\alpha = 0,05$.

3. Prueba estadística: Chi cuadrado de Pearson.

4. Lectura de la prueba

Tabla 6. Relación entre el nivel de prioridad I de triaje y el tiempo de espera de los usuarios en la atención emergencia del HRI, 2024.

Nivel de prioridad I	Tiempo de espera				Total		Prueba χ^2	P
	Adecuado		Inadecuado		f	%		
	f	%	f	%				
Enfermedad corresponde al nivel de prioridad	72	84,7	9	10,6	81	95,3	23,248	0,000
Enfermedad no corresponde al nivel de prioridad	0	0,0	4	4,7	4	4,7		
Total	72	84,7	13	15,3	85	100,0		

5. Toma de decisión

Se observa que la mayoría de las atenciones de las enfermedades o eventos corresponden al nivel de prioridad I y son atendidos oportunamente (84,7%). Asimismo, a través de la prueba Chi cuadrado se determinó relación estadísticamente significativa entre el nivel de prioridad I de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes ($\chi^2=23,248$; $p=0,000$).

Hipótesis específica 2

1. Planteamiento de hipótesis

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de prioridad II de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de prioridad II de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes.

2. Significancia: $\alpha = 0,05$.

3. Prueba estadística: Chi cuadrado de Pearson.

4. Lectura de la prueba

Tabla 7. Relación entre el nivel de prioridad II de triaje y el tiempo de espera de los usuarios en la atención emergencia del HRI, 2024.

Nivel de prioridad II	Tiempo de espera				Total		Prueba χ^2	p
	Adecuado		Inadecuado		f	%		
	f	%	f	%				
Enfermedad corresponde al nivel de prioridad	109	86,5	12	9,5	121	96,0	33,348	0,000
Enfermedad no corresponde al nivel de prioridad	0	0,0	5	4,0	5	4,0		
Total	109	86,5	17	13,5	126	100,0		

5. Toma de decisión

En la tabla se observa que la mayoría de las atenciones de las enfermedades o eventos corresponden al nivel de prioridad II y son atendidos oportunamente (86,5%). También, mediante de la prueba Chi cuadrado se determinó relación estadísticamente significativa entre el nivel de prioridad II de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes ($\chi^2=33,348$; $p=0,000$).

Hipótesis específica 3

1. Planteamiento de hipótesis

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de prioridad III de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de prioridad III de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes.

2. Significancia: $\alpha = 0,05$.

3. Prueba estadística: Chi cuadrado de Pearson.

4. Lectura de la prueba

Tabla 8. Relación entre el nivel de prioridad III de triaje y el tiempo de espera de los usuarios en la atención emergencia del HRI, 2024.

Nivel de prioridad III	Tiempo de espera				Total		Prueba χ^2	P
	Adecuado		Inadecuado		f	%		
	f	%	f	%				
Enfermedad corresponde al nivel de prioridad	107	90,7	8	6,8	115	97,5	29,943	0,000
Enfermedad no corresponde al nivel de prioridad	0	0,0	3	2,5	3	2,5		
Total	107	90,7	11	9,3	118	100,0		

5. Toma de decisión

Se evidencia que la mayoría de las atenciones de las enfermedades o eventos corresponden al nivel de prioridad III y son atendidos oportunamente (90,7%). Por otro lado, se determinó, con la prueba Chi cuadrado, relación estadísticamente significativa entre el nivel de prioridad III de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes ($\chi^2=29,943$; $p=0,000$).

Hipótesis específica 4

1. Planteamiento de hipótesis

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de prioridad IV de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de prioridad IV de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes.

2. Significancia: $\alpha = 0,05$.

3. Prueba estadística: Chi cuadrado de Pearson.

4. Lectura de la prueba

Tabla 9. Relación entre el nivel de prioridad IV de triaje y el tiempo de espera de los usuarios en la atención emergencia del HRI, 2024.

Nivel de prioridad IV	Tiempo de espera				Total		Prueba χ^2	P
	Adecuado		Inadecuado		f	%		
	f	%	f	%				
Enfermedad corresponde al nivel de prioridad	29	87,9	2	6,1	31	93,9	15,435	0,000
Enfermedad no corresponde al nivel de prioridad	0	0,0	2	6,1	2	6,1		
Total	29	87,9	4	12,1	33	100,0		

5. Toma de decisión

Se observa que la mayoría de las atenciones de las enfermedades o eventos corresponden al nivel de prioridad IV y son atendidos oportunamente (87,9%). Además, a través de la prueba Chi cuadrado se determinó relación estadísticamente significativa entre el nivel de prioridad IV de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes ($\chi^2=15,435$; $p=0,000$).

4.1.3. Discusión de resultados

El objetivo de la investigación fue determinar la relación que existe entre los niveles de prioridad de triaje y el tiempo de atención por emergencia en pacientes. La población estuvo compuesta por las historias clínicas de los usuarios atendidos en el servicio de emergencias del HRI 2024, y estuvo representada por una muestra de 362 historias clínicas.

La investigación caracterizó a los usuarios de las historias clínicas como individuos adultos de 30 a 59 años (40,3%), con edad promedio de 36 años, y de sexo femenino (72,9%). Hallazgos que difieren con los de Ochoa (1), quien en su investigación se observó que su población de estudio fueron en su mayoría hombres, y la edad promedio fue 42 años. A nivel internacional, los resultados son iguales a los de Siqueira et al. (17) en lo que respecta a la población de estudio conformada en su mayoría por mujeres (52,0%) y se diferencia en cuanto al promedio de edad, que fue de 60 años.

En cuanto a la variable niveles de prioridad en el triaje en la atención de emergencia, el 23,5% de los pacientes fueron categorizados en nivel de prioridad I, el 34,8% prioridad II, el 32,6% prioridad III y el 9,1% prioridad IV. Estos resultados son diferentes a los de Ochoa (1) quien, en su investigación determinó que el 67,1% de los pacientes fueron de prioridad III. Igualmente, los resultados difieren con los de Ramos et al. (22), quienes, en su estudio determinaron que el 53,0% de las atenciones fueron de prioridad III. En el contexto internacional, los resultados no concuerdan con los de García et al. (16) quienes, en su pesquisa determinaron que el mayor porcentaje de pacientes atendidos en emergencia fueron del nivel III de prioridad. Asimismo, los resultados son diferentes a los Flores et al. (18) quienes, observaron que el 40,8% de los pacientes de la unidad de emergencias fueron categorizados como prioridad III.

Respecto a la variable tiempo de espera en la atención de emergencia, el 84,7%

de las atenciones cumplieron con el estándar de tiempo de espera, es decir, fue inmediato; asimismo, el tiempo promedio de espera en prioridad I fue 0 minutos, el mínimo 0 y el máximo 5 minutos. En prioridad II, el promedio fue 7,6 minutos, mínimo 4 y máximo 14 minutos; y el 86,5% de las atenciones se tuvieron un tiempo de espera adecuado, es decir, entre los 10 primeros minutos. En prioridad III, el promedio fue 16,2 minutos, el mínimo 10 y el máximo 21 minutos; asimismo, el 90,7% de las atenciones se dieron entre los 11 a 20 primeros minutos, es decir, el tiempo de espera fue adecuado. En prioridad IV, el 87,9% de las atenciones tuvieron un tiempo de espera adecuado, y el tiempo promedio fue de 35,9 minutos, el mínimo 26 minutos y el máximo 62 minutos. Estos resultados son similares a los de Ochoa (1), quien determinó en su estudio que el 82,2% de las atenciones cumplieron la norma técnica.

Asimismo, los resultados son parecidos a los de Ramos et al. (22) quienes, determinaron que el mayor porcentaje de atenciones se dieron dentro de los 10 primeros minutos (86,0%). En el contexto internacional, los resultados son diferentes a los de García et al. (16) quienes, observaron que el tiempo promedio de atención del nivel de prioridad III fue de 37 minutos. Por otro lado, los resultados son semejantes al de Flores et al. (18) quienes encontraron que, la mayoría de las atenciones cumplieron con los estándares de tiempo de espera (78,5%).

En esta investigación se encontró relación entre los niveles de prioridad de triaje y el tiempo de atención por emergencia en pacientes del HRI 2024 ($\chi^2=102,590$; $p=0,000$). Un proceso de esquema de atención de enfermeros se centra en pensar y actuar a partir de un marco conceptual; en tal sentido, el esquema de Virginia Henderson es íntegramente concurrente con el proceso de enfermería, resultando necesario y práctico en la atención del paciente (31). Además, la Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia N° 042 MINSA / DGSPV. 01, Perú - 2007, señala que el promedio de tiempo

de espera para el cuidado de pacientes, basado en casos prioritarios, permite evaluar la calidad y conformidad de la atención midiendo el tiempo desde el inicio hasta el final.

Estos resultados concuerdan con los de Ochoa (1) quien, en su estudio realizado en el servicio de Urgencias del Policlínico Chíncha, reveló que el 67,1% de los pacientes estaban clasificados como Prioridad III, a pesar de ello, el 82,2% de las atenciones cumplieron la norma técnica; esto indica que, a pesar de que la mayoría de los pacientes fueron considerados menos urgentes, se logró un nivel aceptable de atención dentro del plazo especificado, se concluyó que existe relación entre el nivel de prioridad y el periodo de espera ($r=0,811$; $p<0,05$). Igualmente, los resultados son similares a los de Ramos et al. (22) quienes, en su estudio en el Hospital de Andahuaylas reveló que el 86% de los pacientes fueron atendidos en los primeros 10 minutos, esta estadística pone de relieve la eficacia del triaje a la hora de priorizar la atención en función de la gravedad del caso, ya que el 53% corresponde a la prioridad III; asimismo, su investigación concluyó que el nivel de prioridad de triaje está asociado al periodo de espera ($p=0,000<0,05$).

También, los resultados coinciden con los de Alarcón (21) quien, después de realizar la investigación en el Hospital Subregional de Andahuaylas, determinó que existe una correlación positiva entre los niveles de triaje y el tiempo de espera, esta investigación demostró que una priorización adecuada permite no sólo una atención más rápida, sino también más eficaz y centrada en las necesidades del paciente.

Esta investigación comparó los resultados sobre la relación que existe entre los niveles de prioridad de triaje y el tiempo de atención por emergencia en pacientes atendidos en el servicio de emergencias, con estudios análogos y las bases teóricas. Por otra parte, a pesar del tiempo limitado con que se contó para el desarrollo de la investigación; así como, el trámite administrativo para la autorización al acceso de las historias clínicas, se cumplió con plazos establecidos para el desarrollo del cronograma

de actividades, y con los requisitos para la obtención de la autorización. Por lo cual, se considera que los resultados de la presente investigación son sólidos y veraces.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Primera. – Se determinó relación entre los niveles de prioridad de triaje y el tiempo de atención por emergencia en pacientes del HRI 2024 ($\chi^2=102,590$; $p=0,000$).

Segunda. – Se identificó relación entre el nivel de prioridad I de triaje y el tiempo de atención por emergencia en pacientes del HRI 2024 ($\chi^2=23,248$; $p=0,000$).

Tercera. – Se identificó relación entre el nivel de prioridad II de triaje y el tiempo de atención por emergencia en pacientes del HRI 2024 ($\chi^2=33,348$; $p=0,000$).

Cuarta. – Se identificó relación entre el nivel de prioridad III de triaje y el tiempo de atención por emergencia en pacientes del HRI 2024 ($\chi^2=29,943$; $p=0,000$).

Quinta. – Se identificó relación entre el nivel de prioridad IV de triaje y el tiempo de atención por emergencia en pacientes del HRI 2024 ($\chi^2=15,435$; $p=0,000$).

5.2 Recomendaciones

- Implementar un sistema de capacitación continua para el personal de salud del Hospital Regional de Ica, con énfasis en la correcta aplicación del triaje. Esto asegurará una evaluación precisa y objetiva de los pacientes, optimizando el tiempo de atención en función de la gravedad, lo que mejorará significativamente la eficiencia del servicio.
- Proporcionar más recursos y personal especializado para atender los casos clasificados como prioridad I, que requieren atención inmediata. Esto podría incluir la creación de un equipo de respuesta rápida dedicado únicamente a estos pacientes, lo que reduciría los tiempos de espera y mejoraría los resultados de la atención oportuna.
- Establecer protocolos claros para tratar a los pacientes clasificados como prioridad II. Esto incluye la asignación de determinadas horas y recursos para garantizar que los pacientes reciban la atención oportuna. Además, se recomienda realizar auditorías periódicas de los tiempos de espera para identificar áreas de mejora.
- Desarrollar un programa educativo para los pacientes sobre el proceso de triaje y los tiempos estimados de tratamiento en función de su clasificación. Esto ayudará a gestionar las expectativas y a reducir la insatisfacción entre los pacientes que no se consideran urgentes, al tiempo que se optimiza el flujo en las áreas de urgencias.
- Promover campañas de concienciación sobre la necesidad de utilizar adecuadamente los servicios de urgencias, especialmente para los casos clasificados como prioridad IV. Promover que estos pacientes busquen atención en centros de atención primaria o secundaria siempre que sea posible aliviará la carga de los servicios de urgencias y mejorará los tiempos de espera para aquellos que realmente lo necesitan.

REFERENCIAS

1. Ochoa K. Trabajo Académico Para Optar ET. “Niveles de prioridad del triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes de urgencias – Essalud Policlínico Chíncha, 2022” [Internet]. Edu.pe. [citado el 9 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/1453/trabajo%20academico-ochoa%20carbajo.pdf?sequence=1>
2. ACEM releases State of Emergency 2022 report [Internet]. Org.au. [citado el 11 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://acem.org.au/News/November-2022/ACEM-releases-State-of-Emergency-2022>
3. Morley C, Unwin M, Peterson G, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. PLoS One [Internet]. 2018 [citado el 11 de agosto de 2024];13(8):e0203316. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30161242/>
4. Camargo R. Triage en la pandemia COVID-19: un abordaje con perspectiva de derechos humanos. Acta Colomb Cuid Intensivo [Internet]. 2022 [citado el 9 de marzo de 2024];22(3):182–90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acci.2021.09.003>
5. Ministerio de salud. Norma Técnica de los Servicios de Emergencia de Hospitales del Sector Salud. Lima-Perú; 200
6. Ministerio de Salud [Internet]. Gob.pe. [citado el 11 de agosto de 2024]. Disponible en: [https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/255319-27604Ley 27604](https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/255319-27604Ley%2027604)
7. El método de triaje Mandester, 3ª edición Kevin Mackway J; Janet M, Jil W. Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencia: Organización Panamericana de la salud; Washington D.C.:OPS©2011

8. Directiva Administrativa N°003 DEMCC/06C-V.02 “Disposiciones que regula la atención en el servicio de emergencia, RD-089-2019-DE-HEVES, Manual del sistema de triaje d del servicio de emergencia
9. Lizarbe H, Liliana E. Priorización de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencia del hospital Sergio E. Bernales, 2022. Universidad Privada Norbert Wiener; 2022.
10. Aguirre-Gas HG. Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica. Cir Cir [Internet]. 2008;76(2):187–96. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66276215>
11. Hospital regional de Ica [Internet]. Gob.pe. [citado el 11 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.hrica.gob.pe/paginas/Oficinas/Oficina_estadistica.html
12. Análisis de situación de salud del Hospital Regional de Ica. Gob.pe. [citado el 11 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2632.pdf>
13. Satisfacción del usuario externo que acude al servicio de emergencia del Hospital Regional de Ica. año 2018 [Internet]. Edu.pe. [citado el 11 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/vanguardia/article/view/205/240>
14. Jimenez T, Willington G, Espinoza C, Estuardo F. Factores personales en la aplicación del manual de atención en triaje del Servicio Emergencia Clínica privada de San Isidro, 2017. https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/810/Willingt%c3%b3n_Trabajo_Investigaci%c3%b3n_2017.pdf?sequence=5&isAllowed=y
15. Hospital Regional de Ica. <https://www.hrica.gob.pe/paginas/Institucional/institucional.html>

16. García S, Lemos A. Impacto de la Implementación del Circuito de Asistencia Rápida (Fast-Track) en la Sala de Emergencias del Hospital General de la Plaza de la Salud Mayo 2023 Edu.do. [citado el 9 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/handle/123456789/1596>
17. Siqueira B, Souza L. Desempeño del triaje rápido realizado por enfermeros en la puerta de emergencias. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 2020; 28.
18. Flores E, Espinoza P, Gonzales C, Hernández S, Barría RM. Eficiencia del sistema de triaje en un servicio de emergencia hospitalario. *Revista Cuidarte*. 2020 Agosto; 9(18).
19. Sarmiento H. Análisis de la demanda de atención en el servicio de emergencia del Hospital María Lorena Serrano en el año 2017. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2019.
20. Picallo Fernández en (2019) “Eficacia y confiabilidad del sistema de triaje manchester”.
https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Eficacia+y+confiabilidad+del+sistema+de+traje+manchester&btnG=
21. Alarcon L. Prioridad del triaje y tiempo de espera de los pacientes en el servicio de emergencia del Hospital subregional de Andahuaylas, enero-junio del 2019 http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/6599/253T20221054_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Ramos P, Guillén H. Prioridad en el triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes del servicio de emergencia del hospital Andahuaylas, 2019. Universidad Nacional del Callao; 2020.
23. Mejia M. Triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia del Hospital Essalud Huancayo – 2018.

<http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/5387/MEJIA%20MOREYRA%20FCS%202DA%20ESPEC%202019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

24. Taype-W, Chucas L, De La Cruz L, Amado J. Tiempo de espera para atención médica urgente en un hospital terciario después de implementar un programa de mejora de procesos. *An Fac Med (Lima Peru : 1990)* [Internet]. 2019 [citado el 28 de febrero de 2024];80(4):438–42. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000400005
25. Rodríguez A, Peláez M, Jiménez L. Editores. *Manual de Triage prehospitalario*. 4ª ed. España: Elsevier; 2008. p. 7. Unirioja.es. [citado el 9 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=680613>
26. Soler W, Gómez M, Bragulat E, Álvarez A. Triage: a key tool in emergency care [Internet]. *Isciii.es*. [citado el 9 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>
27. Almeyda J, Carbajal A, Palacios A, Sevillano L. *Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia N° 042 MINSA / DGSP-V. 01, Perú – 2007*.
28. Sanizo L. *Atención de recepción, acogida al usuario que acude al servicio de emergencia de la Caja Petrolera de Salud en el segundo trimestre 2013*. [Tesis de Grado presentada para optar al título de Magister Scientiarum en Gerencia y Gestión en Enfermería]. La Paz; 2013.
29. Castillo A. *Comparacion entre Manchester Triage System y Emergency Severity Index*. 2018 Junio
30. Sanchez R, Herrero A, Garvi M. Los sistemas de triaje de urgencias en el siglo XXI: una visión internacional. *Revista Española de Salud Publica*. 2021 Abril.

31. Bellido J, Lendínez J. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Primera Edición ed. Pino R, editor. Jaen: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010
32. García J, Arella N, Loría J. Triage hospitalario. Revisión de la literatura y experiencia en México. *Pren. Méd. Argent.* 2016 Junio; 102(4)
33. Rodríguez G, Gonzáles A, Hernández S, Hernández M. Análisis del servicio de Urgencias aplicando teoría de líneas de espera. *Contaduría y Administración.* 2017 Abril; 62(2017).
34. García G. ¿Se ha reducido el tiempo de espera en el Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes con la utilización del sistema de Triage Manchester? [Tesis Doctoral] España: Universidad de Oviedo; 2013
35. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas: cuantitativa, cualitativa y mixta. 2018 [citado el 15 de junio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/handle/54000/1292>
36. Ñaupas H, Valdivi M, Palacios J, Romero H. Metodología de la Investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis. Ediciones de la U; 2019.
37. Esteban N. Tipos de Investigación. 2018 [citado 15 de junio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.usdg.edu.pe/handle/USDG/34>
38. Arispe C, Yangali J, Guerrero M, Lozada O, Acuña L, Arellano C. La investigación científica. Guayaquil/UIDE/2020; 2020.
39. Gallardo, E Y Bernal. Metodología de la Investigación: manual autoformativo interactivo Huancayo. Universidad Continental, 2017. (Citado 5 de octubre). disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4278/1/DO_UC_EG_MAI_UC0_584_2018.pdf.

40. Gallardo E. Metodología de la Investigación: manual autoformativo interactivo Huancayo. Universidad Continental, 2017. (Citado 5 de octubre). disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4278/1/DO_UC_EG_MAI_UC0584_2018.pdf.
41. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol.*, 35(1):227-232, 2017. (Citado 11 de agosto 2024). disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
42. Soler W, Gómez M, Bragulat E, Álvarez A. Triage: a key tool in emergency care [Internet]. *Isciii.es*. [citado el 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>
43. Angeles C, Jacinta G. Calidad de atención y tiempo de espera en consultorio de medicina de una clínica privada de Lima, 2020. Universidad César Vallejo; 2021.
44. Rubio M. CINDOC-CSIC. *Rclis.org*. [citado el 17 de marzo de 2024]. Disponible en: http://eprints.rclis.org/6015/1/An%C3%A1lisis_documental_indizaci%C3%B3n_y_resumen.pdf
45. Universidad Norbert Wiener. Reglamento del comité Institucional de ética para la investigación. [citado el 24 de enero de 2023]. Disponible en: <https://intranet.uwiener.edu.pe/univwiener/portales/centroinvestigacion/documentacion/2022/UPNW-EES-REG-004%20Comite%20Institucional%20de%20Etica%20en%20Investigacion.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

TITULO: “NIVELES DE PRIORIDAD EN TRIAJE Y TIEMPO DE ESPERA EN LA ATENCION DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL ICA, 2024”.

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál será la relación entre los niveles de prioridad de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes del Hospital Regional de Ica 2024?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación que existe entre los niveles de prioridad de triaje y el tiempo de atención por emergencia en pacientes.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>H1: Existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de prioridad de triaje y el tiempo de atención por emergencia en pacientes del Hospital Regional de Ica 2024.</p> <p>Ho: No Existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de prioridad de triaje y el tiempo de atención por emergencia en pacientes del Hospital Regional de Ica 2024.</p>	<p>Variable 1: Niveles de triaje</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> – I prioridad – II prioridad – III prioridad – IV prioridad <p>Variable 2: Tiempo de espera</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hora de triaje – Hora de atención 	<p>Método, enfoque, tipo, diseño, corte y nivel de la investigación</p> <p>Hipotético-deductivo, cuantitativo, aplicado, no experimental, corte transeccional y correlacional.</p> <p>Población y muestra</p> <ul style="list-style-type: none"> - Población conformada por 6.000 historias clínicas de pacientes del Hospital Regional de Ica, 2024. - La muestra será 362 historias
<p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál será la relación entre el nivel de prioridad I de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes?</p>	<p>Objetivo Especifico</p> <p>Identificar si existe relación entre el nivel de prioridad I de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes.</p>	<p>Hipótesis Especifica</p> <p>HE1: Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de prioridad I de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes.</p>		

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
¿Cuál será la relación entre el nivel de prioridad II de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes?	Identificar si existe relación entre el nivel de prioridad II de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes.	HE2: Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de prioridad II de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes.		<p>clínicas de pacientes del Hospital Regional de Ica, 2024.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se empleará una ficha de recolección de datos: Prioridad en el triaje y periodo de espera en los cuidados de usuarios del servicio de emergencia.
¿Cuál será la relación entre el nivel de prioridad III de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes?	Identificar si existe relación entre el nivel de prioridad III de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes.	HE3: Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de prioridad III de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes.		
¿Cuál será la relación entre el nivel de prioridad IV de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes?	Identificar si existe relación entre el nivel de prioridad IV de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes.	HE4: Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de prioridad IV de triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes.		

Anexo 2: Instrumentos**FICHA DE REGISTRO DE DATOS**

**PRIORIDAD EN EL TRIAJE Y TIEMPO DE ESPERA EN LA ATENCION DE
PACIENTES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA 2024**

N° DE HISTORIA CLINICA: _____

SEXO: Femenino () Masculino ()

EDAD: _____ años

PRIORIDAD DE TRIAJE:**Prioridad I ()**

Paro cardiorrespiratorio (1)

Shock (2)

Trauma severo (3)

Obstrucción vía aérea alta (4)

Prioridad III ()

Dolor abdominal (10)

Deshidratación moderada (11)

Broncoespasmo leve (12)

Síndrome vertiginoso (13)

Trastorno vascular (14)

Prioridad II ()

Crisis asmática (5)

Diabetes mellitus descompensada (6)

Hemoptisis (7)

Trastornos del sensorio (8)

Dolor torácico (9)

Prioridad VI ()

Enfermedades diarreicas agudas (15)

Enfermedades crónicas no descompensadas (16)

Resfrío común (17)

TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA

Hora de triaje: _____

Hora de atención: _____

Diferencia: _____

Cumple con el estándar ()

No cumple con el estándar ()

Anexo 3: Formato del consentimiento informado.**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Instituciones: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigador: Sanchez Champion, Jhaneth del Pilar

Título: “Niveles de prioridad en triaje y tiempo de espera en la atención de emergencia en el Hospital Regional Ica, 2024”.

Propósito del estudio

Lo invitamos a participar en un estudio llamado: “Niveles de prioridad en triaje y tiempo de espera en la atención de emergencia en el Hospital Regional Ica, 2024”. Este es un estudio desarrollado por la investigadora Sanchez Champion Jhaneth del Pilar de la Universidad Privada Norbert Wiener. El objetivo de este estudio es determinar la relación que existe entre los niveles de prioridad de triaje y el tiempo de atención por emergencia del Hospital Regional de Ica. Su ejecución ayudará a/permitirá conocer si existe relación entre los niveles de prioridad de triaje y el tiempo de atención por emergencia del Hospital Regional.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará lo siguiente:

- Leer detenidamente todo el documento y firmarlo.
- Participar voluntariamente en el estudio.
- Responder todas las preguntas formuladas en la encuesta.

La entrevista/encuesta puede demorar entre 10 a 15 minutos. Los resultados de la/los cuestionarios se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos

Su participación en el estudio no supone riesgo para los participantes del estudio.

Beneficios

Usted se beneficiará con conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual).

Costo e incentivos

La participación no tiene ningún costo.

Confidencialidad

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de Usted. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derecho del paciente

Si usted se siente incómodo durante el llenado del cuestionario, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud y/o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con Sanchez Champion Jhaneth del Pilar al número 954856266 y/o al Comité que validó el presente estudio, Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, telf. 924569790. E-mail comité.etica@uwiener.edu.pe.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto. También, entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo

haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Nombre:

DNI:

Investigador

Nombre:

DNI:

Anexo 4: Informe del asesor de Turnitin

● 20% Overall Similarity

Top sources found in the following databases:

- 18% Internet database
- 2% Publications database
- Crossref database
- Crossref Posted Content database
- 15% Submitted Works database

TOP SOURCES

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	Universidad Wiener on 2023-11-08 Submitted works	4%
2	repositorio.unac.edu.pe Internet	2%
3	uwiener on 2024-04-17 Submitted works	2%
4	repositorio.unheval.edu.pe Internet	1%
5	repositorio.unibe.edu.do Internet	1%
6	repositorio.unap.edu.pe Internet	<1%
7	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	<1%
8	repositorio.upla.edu.pe Internet	<1%