



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA**

Trabajo Académico

Priorización de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en
emergencias del hospital 2 de mayo, 2025

Para optar el Título de
Especialista en Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres

Presentado por:

Autora: Gonzales Calixto, Thalia Nataly


Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9544-0153>

Asesora: Mg. Benavente Sanchez, Yennys Katusca

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0414-658X>

Lima – Perú

2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 23/08/2025

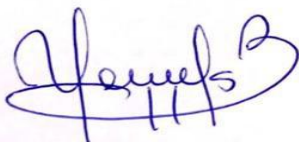
Yo, Thalia Nataly Gonzales Calixto, egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “Priorización de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias del hospital 2 de mayo, 2025” Asesorado por el docente: Dra. Benavente Sanchez Yennys Katuska DNI 003525040 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0414-658X> tiene un índice de similitud de (14) (catorce) % con código OID: 14912:486091014 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
 GONZALES CALIXTO THALIA NATALY
 DNI: 71020220



.....
 Firma
 Nombres y apellidos del Asesor
 Dra. Yennys Katuska Benavente Sánchez
 DNI: 003525040

Lima, 23 de agosto de 2025

Dedicatoria

A mis padres, mi hermana, por haber sido pilares fundamentales en mi formación personal. Gran parte de los logros que he alcanzado, incluido este proyecto, son reflejo del ejemplo, la disciplina y los valores que me inculcaron. Gracias por motivarme siempre a perseguir mis sueños y hacer realidad mis metas.

Agradecimiento

Expreso mi más sincero agradecimiento a mi familia, docentes, colegas y amistades, quienes con su orientación, respaldo y constante motivación hicieron posible la realización de este proyecto de investigación. Su apoyo ha sido fundamental en cada etapa de este proceso académico.

JURADO

Presidente : Dr. Jose Gregorio Molina Torres
Secretario : Mg. Juan Esteban RojasTrujillo
Vocal : Dr. Rodolfo Amado Arevalo Marcos

Índice

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
1. El PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.2.1. Problema general	3
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
1.3.3. Teórica	5
1.3.4. Metodológica	5
1.3.5. Práctica	5
1.4. Delimitaciones de la investigación	6
1.4.1. Temporal.....	6
1.4.2. Espacial.....	6
1.4.3. Población o unidad de análisis.....	6
2. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Antecedentes	7
2.2. Bases teóricas.....	11
2.3. Formulación de hipótesis	16
2.3.1 Hipótesis general.....	16
2.3.2 Hipótesis específicas.....	17
3. METODOLOGÍA	18
3.1. Método de investigación	18
3.2. Enfoque de la investigación	18
3.3. Tipo de investigación	18
3.4. Diseño de la investigación	18

3.5. Población, muestra y muestreo	19
3.6. Variables y operacionalización	22
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	23
3.7.1. Técnica	23
3.7.2. Descripción de los instrumentos	23
3.7.3. Validez de los instrumentos	24
3.7.4. Confiabilidad de los instrumentos	24
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	24
3.9. Aspectos éticos.....	25
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	27
4.1. Cronograma de actividades.....	27
4.2. Presupuesto	28
Referencias.....	29
Anexos	36
Anexo 1. Matriz de consistencia.....	36
Anexo 2. Instrumentos	36
Anexo 3. Consentimiento informado	38

Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre la priorización de la atención según triaje y el tiempo de espera de pacientes en emergencias del hospital 2 de mayo, 2025. **Población:** Estuvo conformada por 400 historias clínicas de pacientes. **Muestra:** Fue constituida por 196 historias clínicas, seleccionadas mediante un muestreo aleatorio simple. **Diseño metodológico:** Estudio de tipo aplicado, de enfoque cuantitativo, método hipotético-deductivo, diseño no experimental, de corte transversal retrospectivo y nivel descriptivo correlacional. **Instrumentos:** Para la variable “Priorización de la atención según triaje” se empleó una ficha de recolección estructurada elaborada en base a criterios clínicos. Para la variable “Tiempo de espera” se utilizó una ficha de registro clínico donde se consignaron las horas de triaje y atención médica. **Técnica:** Se aplicó la observación documental estructurada como técnica principal, revisando historias clínicas archivadas. **Procesamiento y análisis de datos:** Se utilizó estadística descriptiva para organizar los datos en tablas de frecuencia y gráficos, y estadística inferencial mediante la prueba de Pearson, con el propósito de verificar la relación entre las variables.

Palabras clave: Triaje, emergencia, tiempo de espera, priorización.

Abstract

Objective: To determine the relationship between triage-based care prioritization and patient wait times in the emergency department of the 2 de mayo hospital, 2025. **Population:** 400 patient medical records. **Sample:** 196 medical records were selected using simple random sampling. **Methodological design:** Applied study with a quantitative approach, hypothetical-deductive method, non-experimental, retrospective cross-sectional design, and descriptive correlational level. **Instruments:** For the variable "Triage-based care prioritization," a structured data collection form prepared based on clinical criteria was used. For the variable "Waiting time," a clinical record form was used, recording triage and medical care hours. **Technique:** Structured documentary observation was used as the main technique, reviewing archived medical records. **Data processing and analysis:** Descriptive statistics were used to organize the data into frequency tables and graphs, and inferential statistics using Pearson's test were used to verify the relationship between variables.

Keywords: Triage, emergency, wait time, prioritization.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La atención oportuna en los servicios de emergencia constituye un componente esencial en la garantía del derecho a la salud, especialmente en contextos donde los pacientes presentan condiciones críticas que requieren intervención inmediata (1). En este escenario, el sistema de triaje desempeña un factor esencial, ya que permite establecer niveles de prioridad basados en la gravedad clínica de los usuarios y reduciendo riesgos asociados a retrasos en la atención (2).

A nivel mundial, de acuerdo con el informe presentado por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, publicado en 2023, reportaron que más de 4.5 mil millones de personas en el mundo no están cubiertas completamente por servicios esenciales de salud, además, solo el 45% de los países cuenta con un sistema funcional de atención primaria capaz de atender con rapidez a pacientes en situación crítica, y que más del 60% de los centros de salud en países de ingresos bajos y medianos carecen de los recursos mínimos para la atención de emergencias (3).

Según el informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), publicado en 2023, en promedio, más del 30% de los pacientes de urgencias esperan más de una hora para ser atendidos, incluso en casos categorizados como urgentes. Este problema se agrava en contextos urbanos densamente poblados, donde los tiempos de espera pueden superar las 3 horas en el 12% de los casos, afectando directamente la seguridad del paciente y aumentando el riesgo de complicaciones clínicas evitables (4).

A nivel internacional, los usuarios y los profesionales en salud sostienen que el triaje tiene una experiencia insatisfactoria. En una revisión integradora multinacional en Australia, para el año 2024, se encontró que los usuarios frecuentemente refieren abandono, desinformación junto con prolongadas esperas, incluso optando por no recibir atención (5).

Además, se publicó en España con datos del 2024 un estudio que mostró grandes falencias en la cobertura de elementos importantes en la atención como el control del dolor y la psicología por respuesta emocional del paciente (6).

Desde el ángulo de los trabajadores de salud, los ordenamientos operativos también se cruzan como un gran problema. En 2024, un estudio en Sudáfrica mostró que las enfermeras de triaje lidiaban con limitaciones de tiempo, escasez de recursos humanos, e intenso cuidado administrativo: esto impactaba de forma negativa la atención de tipo compasiva que debía brindarse al paciente y alteraba una sensación de seguridad que el enfermo debe tener en su interna (7). También hay de la falta de protocolos en las unidades sistemáticas que se enfocan en la formación del personal, como menciona otro estudio saudí que destaca como la falta de protocolos, la sobrecarga y la ausencia de estandarización afectan la exactitud y efectividad del triaje, y más aún en los sistemas de alta actividad (8).

Por otra parte, en evaluaciones quirúrgicas de alta complejidad, la falta de orden en la evaluación de la urgencia ha mostrado producir retrasos que pueden resultar fatales. Un estudio surcoreano sobre cirugía de emergencia por perforación gastrointestinal, en 2024, encontró que los pacientes con una espera mayor a 16 horas tenían 31.4% de reingreso a UCI, en contraposición al 8.6% de quienes habían sido operados tempranamente, lo cual demuestra la importancia del tiempo de espera en la evolución clínica (9).

En el Perú, los servicios de emergencia aún enfrentan serias limitaciones en la implementación efectiva del triaje, tanto desde el enfoque clínico como organizacional. Un componente crítico de esta problemática es la insuficiente aplicación del triaje avanzado de enfermería, afectándose por la falta de protocolos normativos, formación técnica y reconocimiento institucional. Según un estudio en 2024, se reportó que el 84% del personal de enfermería no ha recibido capacitación formal en triaje avanzado, y únicamente el 12% de los establecimientos de salud dispone de protocolos estructurados para esta práctica, lo que

compromete la calidad y seguridad en la clasificación inicial de pacientes en situaciones críticas (10).

Por otro lado, en la Micro Red Cono Sur de Juliaca, en 2024, un estudio evidenció que el 37.1% de los pacientes con alteración del estado de conciencia no fueron clasificados como prioridad I, lo cual pone en evidencia deficiencias en la interpretación y aplicación de criterios de urgencia, comprometiendo directamente la atención oportuna y segura (11). A esta situación se suma la evidencia de un Hospital EsSalud de Lima, donde el 61% de los pacientes evidenciando un déficit crítico en la coordinación entre triaje, diagnóstico y hospitalización. ingresó por emergencia sin haber pasado por un triaje clínico estructurado; además, solo el 23% de los pacientes recibió atención dentro del tiempo recomendado para su diagnóstico inicial (12),

En suma, la atención en emergencias del Hospital 2 de Mayo enfrenta múltiples desafíos estructurales y operativos. La limitada cobertura horaria del triaje, la falta de registros estandarizados y la sobrecarga asistencial evidencian una brecha significativa entre la teoría y la práctica del cuidado crítico. Esta problemática pone en riesgo la calidad, oportunidad y equidad del servicio, afectando directamente a los usuarios. Resulta urgente generar evidencia empírica que permita comprender y corregir estas deficiencias. La investigación propuesta busca aportar a ese propósito.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la priorización de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias del hospital 2 de mayo, 2025?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre la dimensión priorización I de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias?

¿Cuál es la relación entre la dimensión priorización II de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias?

¿Cuál es la relación entre la dimensión priorización III de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias?

¿Cuál es la relación entre la dimensión priorización IV de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación entre la priorización de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias del hospital 2 de mayo, 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar la relación entre la dimensión priorización I de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias.

Identificar la relación entre la dimensión priorización II de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias.

Identificar la relación entre la dimensión priorización III de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias.

Identificar la relación entre la dimensión priorización IV de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias.

1.3.3. Teórica

Esta investigación se sustenta en la teoría de Patricia Benner: De novata a experta, la cual plantea que el juicio clínico en enfermería se construye progresivamente mediante la experiencia situada, siendo esencial para la toma de decisiones en escenarios críticos como el triaje. Esta base conceptual permite analizar cómo la experticia del profesional de enfermería influye en la priorización adecuada de los pacientes y, por ende, en la reducción de los tiempos de espera en emergencias. El estudio se distancia de enfoques centrados únicamente en aspectos técnicos u operativos, proponiendo una mirada crítica sobre la capacidad decisional del personal de enfermería como elemento clave de la eficiencia asistencial. Así, se busca aportar al desarrollo del conocimiento disciplinar, fortaleciendo la comprensión del triaje como una práctica clínica compleja y esencial para garantizar una atención oportuna, segura y basada en criterios clínicos bien fundamentados.

1.3.4. Metodológica

Su capacidad para operacionalizar las variables involucradas mediante instrumentos prevalidados otorga rigor metodológico, en este caso, tendrá un enfoque cuantitativo. En este caso, posibilita la recolección de datos objetivos respecto a dos componentes: la clasificación por triaje de los pacientes y el intervalo temporal que demora en recibir la atención. Se emplearán protocolos validados y confiables, asegurando pertinencia y confiabilidad. Esta metodología no solo permitirá describir, sino también generar relaciones significativas entre las variables y enriquecer el conocimiento que se puede adoptar en otras situaciones clínicas.

1.3.5. Práctica

La atención en emergencia constituye una problemática relacionada con la calidad y oportunidad, resulta directa y funcional al estudio. Su relación práctica versa sobre la calidad y oportunidad de la atención. Conduciendo la evaluación, será factible diagnosticar

insuficiencia en la capacitación del personal de salud en gestión de triaje, lo cual permitirá diseñar propuestas de formación orientadas a mejorar las competencias clínicas y organizacionales del grupo de enfermeras. Se anticipa que en unos meses esto conducirá a una atención más humanizada, eficaz y segura para los pacientes y optimizará el uso de los recursos institucionales disponibles.

1.4. Delimitaciones de la investigación

1.4.1. Temporal

El presente estudio estará limitado al período de junio a diciembre de 2025, durante el cual se completará la recopilación y análisis de los datos relevantes.

1.4.2. Espacial

El estudio se llevará a cabo exclusivamente en el área de emergencia del hospital 2 de mayo, ubicada en Lima, Perú, constituyéndose dicho entorno como el escenario operativo de observación y análisis.

1.4.3. Población o unidad de análisis

La población estará constituida por usuarios atendidos en el servicio de urgencias que cumplan con los criterios de inclusión definidos. La unidad de análisis estará representada por los tiempos de atención, es decir, el intervalo comprendido entre el momento del triaje y la intervención médica, abarcando todas las fases operativas del proceso asistencial en emergencia.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes internacionales

Sax et al. (13), Estados Unidos, 2025, tuvieron como objetivo de “evaluar la precisión del triaje en servicios de emergencia y su asociación con retrasos en la atención de pacientes que presentaban condiciones clínicas de alto riesgo, tales como hemorragia subaracnoidea (HSA), disección aórtica (AD) e infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (STEMI)”. Se trató de una metodología de enfoque cuantitativa, retrospectiva, de nivel descriptiva con una muestra de 12,558 pacientes de urgencia. En el resultado, el 36.7% de los casos de condiciones críticas fueron subclasificados, lo cual generó retrasos promedio de 33.3 minutos en la administración de medicamentos esenciales y 8.9 minutos adicionales en la obtención de estudios diagnósticos como tomografía computarizada. En conclusión, la precisión del triaje tiene una influencia directa en la oportunidad de atención de pacientes con patologías críticas y que los errores en la clasificación inicial pueden presentar consecuencias clínicas graves.

Chelal et al. (14), Kenia, 2023, tuvieron como objetivo “identificar la relación entre los factores relacionados con los pacientes triageados y los desenlaces clínicos a las 48 horas de atención en el servicio de urgencias”. Se trató de una metodología de enfoque cuantitativa, retrospectiva, de nivel descriptiva con una muestra de 385 pacientes. En el resultado, los factores relacionados con los pacientes, como condición de llegada y tipo de lesión, influyeron significativamente en los desenlaces a 48 horas, principalmente en la necesidad de hospitalización en UCI o salas generales. El análisis arrojó una relación de ($r = .143$; $p < .030$), lo cual indica una relación débil pero significativa entre los factores relacionados con el paciente y los desenlaces clínicos, indicando que, por cada unidad de aumento en los factores

del paciente, el resultado de la gestión clínica mejoraba proporcionalmente. En conclusión, estos factores deben ser cuidadosamente considerados durante el proceso de triaje para mejorar los resultados clínicos inmediatos y reducir los tiempos de atención en entornos de emergencia.

Nhdi et al. (15), Arabia Saudita, 2021, tuvieron como objetivo de “identificar los indicadores que afectan el tiempo de espera y la duración de la estancia en los servicios de emergencia de cuatro hospitales terciarios del Ministerio de Salud”. Se trató de una metodología de enfoque cuantitativa, retrospectiva, de nivel descriptiva con una muestra de 1360 pacientes. En el resultado, el 73.5% de los pacientes tenían menos de 4 horas en el servicio, cumpliendo con estándares internacionales. Sin embargo, se observó que el mayor determinante del tiempo total de permanencia fue el intervalo decisión-disposición, con una fuerte relación significativa ($r = .836$, $p < .000$), seguido del tiempo médico-decisión ($r = .608$, $p < .000$). En conclusión, los retrasos en la atención están influenciados principalmente por factores posteriores a la evaluación médica, como la disponibilidad de camas hospitalarias o procesos administrativos.

Siamisang et al. (16), Botswana, 2023, tuvieron como objetivo de “identificar los factores determinantes del tiempo de espera y la prolongación de la estancia en el departamento de emergencias”. Se trató de una metodología de enfoque cuantitativa, retrospectiva, de nivel descriptiva con una muestra de 1052 fichas de triaje de pacientes. En el resultado, el 72.5% de los pacientes tenían una estancia prolongada, con una mediana de espera para atención médica de 4.5 horas y una mediana de estancia total de 9.6 horas, alcanzando un máximo de 45.9 horas. Asimismo, se identificaron como predictores significativos de estancia prolongada la edad del paciente ($p < .005$), el estado mental normal, y la admisión al servicio de medicina interna ($p < .005$). En cambio, la admisión al servicio de pediatría se asoció con menor probabilidad de estancia prolongada ($p < .005$). En conclusión, se requieren intervenciones específicas

enfocadas en los factores identificados para mejorar la eficiencia del servicio y reducir el hacinamiento hospitalario.

Hidayat et al. (17), Indonesia, 2020, tuvieron como objetivo “establecer la relación entre el tiempo de respuesta, el tiempo de espera y la calidad del servicio en el departamento de emergencias. Se trató de una metodología de enfoque cuantitativa, retrospectiva, de nivel descriptiva con una muestra de 117 pacientes”. En el resultado, el 70.9% de los pacientes se mostraron satisfechos con el tiempo de espera, pero solo el 47.9% se mostró satisfecho con el tiempo de respuesta. En general, el 83.8% manifestaron satisfacción con la calidad del servicio. El análisis estadístico reveló una relación positiva entre el tiempo de espera y la calidad del servicio ($r = .229$, $p < .014$). En conclusión, el tiempo de espera fue el factor más influyente en la percepción de calidad del servicio en urgencias, recomendando intervenciones para optimizar este indicador clave.

Antecedentes nacionales

Camacho (18), Trujillo, 2025, tuvo como objetivo “analizar la relación entre la prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes en emergencias de un hospital”. Se trató de una metodología de enfoque cuantitativa, retrospectiva, de nivel descriptiva y correlacional con una muestra de 55 historias clínicas. En el resultado, el mayor porcentaje de atenciones se dio entre 5 y < 10 minutos (23,6%) y que la prioridad I fue la más frecuente (36,4%), el 100% de los pacientes clasificados como prioridad I fueron atendidos en menos de 5 minutos, y se halló una relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p < .000$). En conclusión, una adecuada clasificación por triaje influye en la reducción del tiempo de espera y en la atención oportuna de los casos más críticos.

Cassana (19), Huancayo, 2024, tuvo como objetivo “establecer la relación entre los niveles de prioridad del triaje y el tiempo de espera en pacientes atendidos en el servicio de

emergencia de un hospital”. Se trató de una metodología de enfoque cuantitativa, retrospectiva, de nivel correlacional con una muestra de 383 historias clínicas. En el resultado, el análisis arrojó una relación de ($r = .008$; $p > .050$), lo cual indica una relación débil pero no significativa entre ambas variables. En conclusión, los tiempos de espera no guardan relación significativa con la prioridad asignada, y, además, que los tiempos promedio registrados para cada nivel de prioridad no cumplen con los estándares establecidos por las normas técnicas del sistema de salud peruano.

Sánchez (20), Iquitos, 2022, tuvo como objetivo “identificar la relación entre la prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes en el servicio de emergencia de un hospital”. Se trató de una metodología de enfoque cuantitativa, retrospectiva, de nivel correlacional, con una muestra de 181 historias clínicas. En el resultado, se halló una relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p < .000$). En conclusión, existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de prioridad asignado en el triaje y el tiempo de espera en la atención, destacando la importancia de fortalecer la aplicación efectiva del sistema de triaje en emergencias.

Alarcón (21), Cuzco, 2022, tuvo como objetivo “determinar la relación entre el nivel de prioridad asignado en el triaje y el tiempo de espera para la atención médica en un hospital”. Se trató de una metodología de enfoque cuantitativa, retrospectiva, de nivel descriptiva y correlacional, con una muestra de 138 historias clínicas. En el resultado, la mayor proporción de pacientes fue clasificada con prioridad I (30%), seguida por prioridad II (26%), prioridad III (25%) y prioridad IV (19%). En cuanto al tiempo de espera, el 30% fue atendido de forma inmediata, el 26% entre 1 y 15 minutos, el 25% entre 15 y 30 minutos, y el 19% entre 30 y 60 minutos, y se halló una relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p < .040$). En conclusión, si bien existe relación significativa, esta no siempre es adecuada, ya que algunos pacientes no fueron atendidos conforme al nivel de prioridad asignado.

Ramos y Guillén (22) Andahuaylas, 2020, tuvieron como objetivo “analizar la relación entre la prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de un hospital”. Se trató de una metodología de enfoque cuantitativa, retrospectiva, de nivel descriptiva y correlacional con una muestra de 351 historias clínicas. En el resultado, el 53% de los pacientes fueron clasificados como prioridad III y el 46% como prioridad II; el 86% fue atendido en un tiempo de entre 1 y 10 minutos. El análisis arrojó una relación de ($r = .215$; $p < .000$), indicando una relación débil pero significativa entre ambas variables. En conclusión, si bien existe una relación significativa, esta no garantiza siempre una atención proporcional al nivel de urgencia.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Priorización de la atención en triaje

La priorización en triaje consiste en un proceso clínico estructurado, mediante el cual se evalúa rápidamente a los pacientes que ingresan a un servicio de emergencia, con el objetivo de clasificar su nivel de urgencia y determinar el orden de atención más adecuado (23). Este procedimiento busca asegurar que los pacientes más graves sean atendidos de forma inmediata, mientras que aquellos con cuadros menos severos puedan esperar sin comprometer su salud (24). El triaje es realizado generalmente por personal de enfermería capacitado, que debe reconocer signos clínicos clave y tomar decisiones en cuestión de minutos; es decir, esta práctica no solo optimiza el uso de recursos humanos y materiales, sino que también garantiza un enfoque equitativo y seguro en la atención en salud (25).

La priorización de la atención en triaje se refiere al proceso clínico y organizativo mediante el cual se determina el orden en que los pacientes serán atendidos en un servicio de urgencias, basándose en la severidad de su estado de salud y no en el orden de llegada (26). Esta práctica tiene como finalidad principal garantizar que aquellos usuarios que presentan condiciones críticas o potencialmente graves reciban atención inmediata, mientras que quienes

presentan patologías menos urgentes puedan esperar sin comprometer su seguridad (27). La priorización en triaje, por tanto, no solo cumple una función asistencial, sino también ética y organizativa, ya que permite responder adecuadamente ante escenarios de alta demanda o escasez de recursos, asegurando una atención equitativa, oportuna y centrada en el riesgo clínico del paciente (28).

2.2.2. Dimensiones de la priorización de la atención en triaje

La priorización en triaje se divide en niveles que permiten diferenciar el grado de urgencia clínica. Estas categorías están basadas en la severidad de los síntomas, el riesgo vital inmediato y la posibilidad de deterioro del estado del paciente. A continuación, según EsSalud y el Ministerio de salud del Perú describen las principales priorizaciones:

1. Priorización I de la atención según triaje

La priorización I de la atención corresponde a pacientes que presentan un riesgo vital inminente, por lo que requieren atención médica inmediata y sin demora. Se trata de casos con alteraciones severas en los signos vitales, compromiso neurológico agudo o condiciones que amenazan directamente la vida o funciones esenciales. Entre los ejemplos más representativos se encuentran el paro cardiorrespiratorio, el shock por trauma severo y la obstrucción de las vías respiratorias altas (29), (30).

2. Priorización II de la atención según triaje

La priorización II de la atención se refiere a pacientes que, si bien no se encuentran en riesgo inmediato de muerte, presentan patologías que podrían agravarse rápidamente si no reciben atención en un plazo corto, idealmente dentro de los primeros 10 minutos. Este grupo abarca urgencias graves como la crisis asmática, el espasmo bronquial moderado, la diabetes mellitus descompensada, la hemoptisis, los trastornos del sensorio y el dolor torácico de origen no cardiogénico (29), (30).

3. Priorización III de la atención según triaje

La priorización III de la atención se refiere a pacientes clínicamente estables, sin compromiso de funciones vitales, pero cuya condición exige atención médica oportuna para prevenir complicaciones. Estos casos, considerados urgencias menores, deben ser atendidos en un periodo estimado de 30 a 60 minutos. Ejemplos frecuentes son el dolor abdominal, la deshidratación leve o moderada, el broncoespasmo leve, el síndrome vertiginoso y los trastornos vasculares periféricos (29), (30).

4. Priorización IV de la atención según triaje

La priorización III de la atención corresponde a situaciones de baja complejidad clínica, sin alteración de signos vitales ni riesgo de deterioro inmediato. Son pacientes que pueden esperar o ser derivados a consulta externa sin que ello comprometa su estado de salud. La atención se brinda según la disponibilidad del servicio, y entre los cuadros comunes se encuentran las enfermedades diarreicas leves, las patologías crónicas compensadas y el resfriado común (29), (30).

2.2.3. Teoría relacionada a la priorización de la atención en triaje

La teoría de Patricia Benner, conocida como De novata a experta, sostiene que el conocimiento en enfermería se desarrolla progresivamente a través de la experiencia clínica situada. En el contexto del triaje, esta teoría cobra relevancia, ya que la priorización de pacientes exige un juicio clínico que trasciende la mera aplicación de protocolos. Benner sostiene que los profesionales expertos no se limitan a seguir reglas formales, sino que reconocen patrones clínicos complejos de manera intuitiva y contextualizada, lo que les permite tomar decisiones rápidas y acertadas ante situaciones críticas (31). En los niveles más altos de competencia, particularmente el nivel experto, el personal de enfermería puede anticipar

complicaciones y actuar de forma proactiva, habilidad crucial en escenarios donde los segundos pueden determinar el pronóstico del paciente.

En su respuesta a las críticas de Cash (32) y Benner (33) defienden que la intuición clínica no es un proceso arbitrario, sino una forma legítima de conocimiento derivada de la práctica reflexiva y validada empíricamente. Esta intuición, lejos de ser incompatible con la ciencia, complementa el razonamiento clínico en la atención de emergencias. Así, en el acto de clasificar la urgencia de un paciente, el juicio experto integra tanto la evidencia clínica observable como la comprensión tácita que surge de años de experiencia. En consecuencia, la teoría de Benner respalda que una atención de triaje segura y eficaz requiere no solo conocimientos técnicos, sino también un desarrollo profesional basado en la experiencia vivencial y la competencia situada.

2.2.4. Tiempo de espera

El tiempo de espera es el intervalo que transcurre entre el momento en que un paciente es registrado y evaluado en el triaje, y el momento en que recibe atención médica efectiva; es decir, este indicador constituye una medida clave de eficiencia operativa y calidad asistencial, especialmente en contextos de alta demanda sanitaria (34). Por otro lado, el tiempo de espera es el período que transcurre desde que el usuario inicia su proceso de atención hasta que recibe efectivamente el servicio, en este caso, la entrega del medicamento, abarcando los distintos subprocesos del circuito de atención: facturación, pago en caja y entrega del fármaco, incluyendo tanto el tiempo efectivo como el tiempo en cola (35).

En otro aspecto, el tiempo de espera se define como el intervalo entre la llegada del paciente al servicio de emergencia y el inicio de la atención médica; además, de ser una medida operativa, se considera una experiencia percibida que influye en la confianza y satisfacción del

usuario (36). Por último, el tiempo de espera se define como el intervalo desde el registro del paciente en emergencias hasta que es atendido por un médico independiente (37).

2.2.5. Dimensiones del tiempo de espera

Las dimensiones del tiempo de espera permiten descomponer este indicador en etapas concretas del proceso de atención, facilitando su medición, análisis y control. Se identifican dos dimensiones fundamentales:

1. Hora de triaje

La hora de triaje hace referencia al momento exacto en que el paciente es evaluado por primera vez al ingresar al servicio de emergencia. Esta evaluación inicial, realizada generalmente por el personal de enfermería, permite asignar un nivel de prioridad clínica. La hora de triaje marca el punto de partida para el cómputo del tiempo de espera (38).

La hora de triaje es definida como el momento en que el paciente es evaluado por el personal de salud encargado de realizar la clasificación clínica inicial, posterior al registro en el servicio de emergencia (39). Asimismo, la hora de triaje marca el inicio formal del proceso asistencial y constituye el inicio para el cálculo del tiempo de espera en los servicios de urgencias, siendo un indicador clave en la evaluación de la eficiencia y oportunidad de la atención (40).

2. Hora de atención

La hora de atención corresponde al momento en que el paciente recibe la atención médica efectiva por parte del profesional de salud, es decir, cuando inicia el acto clínico luego de la clasificación por triaje. Esta hora representa el punto final del tiempo de espera y permite establecer el intervalo total entre la evaluación inicial y la atención médica directa (41).

La hora de atención se define como el momento preciso en que un paciente clasificado a través del triaje comienza a recibir atención médica por parte del personal clínico (42). Por otro lado, la hora de atención representa el punto final del intervalo de espera desde la llegada del paciente hasta la intervención médica efectiva; es decir, esta medida es crucial para evaluar la eficiencia operativa del servicio de emergencias y el impacto del triaje en la experiencia del usuario (43).

2.2.6. Teoría relacionada al tiempo de espera

El tiempo de espera se fundamenta desde la Teoría del Confort de Katharine Kolcaba, la cual sostiene que el confort es una necesidad humana esencial y un resultado esperado del cuidado enfermero. Según esta teoría, el confort abarca tres formas (alivio, facilidad y trascendencia) y cuatro contextos (físico, psicosocial, sociocultural y ambiental), todos los cuales pueden verse afectados por demoras en la atención. En los servicios de emergencia, tiempos de espera prolongados generan ansiedad, malestar físico y sensación de abandono, lo cual disminuye el confort del paciente. Kolcaba plantea que los profesionales de enfermería deben intervenir activamente para reducir estos efectos, brindando información, contención emocional y respuesta oportuna, ya que un mayor nivel de confort favorece conductas de búsqueda de salud y satisfacción con el cuidado recibido (44).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

H₁: Existe relación significativa entre la priorización de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias del hospital 2 de mayo, 2025.

H₀: No existe relación significativa entre la priorización de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias del hospital 2 de mayo, 2025.

2.3.2 Hipótesis específicas

H₁: Existe relación significativa entre la dimensión priorización I de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias.

H₂: Existe relación significativa entre la dimensión priorización II de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias.

H₃: Existe relación significativa entre la dimensión priorización III de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias.

H₄: Existe relación significativa entre la dimensión priorización IV de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

El método será el hipotético – deductivo, este modo mixto inicia desde unas hipótesis, con ellas se buscarán desvirtuar o refutar tales hipótesis, suponiendo de ellas resultados que deberán comprobarse con los hechos (45).

3.2. Enfoque de la investigación

La investigación será de enfoque cuantitativo, ya que se recolectará información mediante instrumentos para ser cuantificadas y analizadas por medio de técnicas estadísticas, enfocándose en la obtención de respuestas cuantitativas que permitirán demostrar enlaces causales (46).

3.3. Tipo de investigación

La investigación será de tipo aplicada, porque acude a los conocimientos ya logrados, para orientarlos a la realización de los objetivos, por lo tanto, este tipo de investigación tiene en cuenta los conocimientos existentes, para aplicarlos e intentar resolver los problemas de la investigación (47).

3.4. Diseño de la investigación

La investigación será de diseño no experimental, ya que la variable independiente se cumple y no se puede manipular, no se posee un dominio directo sobre la variable ni tampoco se puede incidir sobre ella, porque ya ocurrió, así como sus efectos. Asimismo, será de corte transversal y retrospectivo, pues los datos serán obtenidos de historias clínicas archivadas, correspondientes a un periodo definido, sin intervención directa en la dinámica actual del servicio (48).

Por otro lado, con respecto al alcance será descriptivo correlacional por que se medirá el nivel de relación que hay entre las variables, la intención es conocer cómo una variable se relaciona con el comportamiento de otras variables enlazadas (49).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población

La población estará constituida por el total de historias clínicas de pacientes atendidos en el hospital 2 de mayo de Lima, durante el periodo de 2025. Se estima que dicha población está conformada por 400 historias clínicas que cumplen con los criterios generales del servicio en ese mes.

Criterios de inclusión

- Historias clínicas correspondientes completas.
- Historias clínicas completas que incluyan hora de triaje, hora de atención médica y nivel de prioridad asignado por triaje.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas incompletas o ilegibles.
- Registros que no contengan clasificación de prioridad según triaje.
- Casos correspondientes a otros meses del año.

Muestra

La muestra estará conformada por una parte representativa de la población total, seleccionada de forma probabilística. Para ello, se aplicará la fórmula para el cálculo de muestra finita con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, bajo un supuesto de proporción esperada del 50%, dado que no se cuenta con datos previos específicos.

La fórmula utilizada es:

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

Donde: n = muestra; N = población (400 historias clínicas); Z = valor de z para un 95% de confianza (1.96); p = probabilidad de éxito (0.5); $q = 1 - p$ (0.5); e = margen de error (0.05).

$$n = \frac{400 \cdot (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.05)^2(400-1) + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5} = \frac{384}{1.96} = 196$$

Por tanto, la muestra será de 196 historias clínicas.

Muestreo

Se aplicará un muestreo aleatorio simple, lo cual significa que todas las historias clínicas tendrán la misma probabilidad de ser seleccionadas.

3.6. Variables y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala y medición	Escala valorativa
<p>Variable independiente</p> <p>Priorización de la atención según triaje</p>	<p>Se refiere a la clasificación sistemática de los pacientes en el área de emergencia, basada en la severidad de su estado de salud, con el fin de asignarles un nivel de atención prioritario (29).</p>	<p>Se medirá mediante la identificación del nivel de prioridad consignado en las historias clínicas, de acuerdo con la gravedad del cuadro clínico. La variable incluye cuatro niveles (I, II, III y IV), cuyos datos serán recolectados con una ficha de observación diseñada para esta investigación (21).</p>	<p>Prioridad I</p> <p>Prioridad II</p> <p>Prioridad III</p> <p>Prioridad IV</p>	<p>Paro cardiorrespiratorio. Shock o trauma severo. Obstrucción de vías respiratorias altas. Crisis asmática. Espasmo bronquial moderado. Diabetes mellitus descompensada. Hemoptisis. Trastornos del sensorio. Dolor torácico no cardiogénico. Dolor abdominal. Deshidratación leve o moderada. Broncoespasmo leve. Síndrome vertiginoso. Trastornos vasculares. Enfermedad diarreica aguda. Enfermedades crónicas compensadas. Resfriado común.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Priorización correcta: 1 punto</p> <p>Priorización incorrecta: 0 puntos</p>
<p>Variable dependiente</p> <p>Tiempo de espera</p>	<p>Se refiere al intervalo temporal que transcurre entre el momento en que el paciente finaliza el proceso de triaje y el instante en que es atendido por un profesional médico (35).</p>	<p>Se medirá a través del cálculo del tiempo (en minutos) entre la hora registrada de triaje y la hora de atención médica en la historia clínica, mediante una ficha de recolección de datos (21).</p>	<p>Hora de triaje</p> <p>Hora de atención</p>	<p>Registro exacto del triaje. Fecha y hora consignada correctamente en la historia clínica.</p> <p>Registro de la hora de inicio de atención médica. Concordancia con la ficha de atención.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Atención Oportuna: 1 punto</p> <p>Atención Inoportuna: 0 puntos</p>

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica que se aplicará en la presente investigación será la observación documental estructurada, la cual consiste en la revisión sistemática de las historias clínicas de los pacientes. Esta técnica permite recolectar información previamente registrada de manera objetiva, confiable y pertinente para el análisis de las variables.

Se utilizará una ficha de recolección de datos diseñada con base en los criterios establecidos para cada una de las variables de estudio. Esta técnica es apropiada en estudios retrospectivos y permite analizar registros clínicos sin modificar los datos originales ni intervenir directamente en la atención brindada.

3.7.2. Descripción de los instrumentos

Instrumento 1

Se tendrá en cuenta el instrumento de priorización de la atención según Triage validado por Alarcón (21), en 2022.. Asimismo, cuenta con 18 patologías observadas para su recolección de datos cuenta con: (Prioridad I: 4 ítems); (prioridad II: 5 ítems); (prioridad III: 5 ítems); (prioridad IV: 4 ítems); para la valoración se utilizará: Priorización correcta: 1 punto y priorización incorrecta: 0 puntos.

Instrumento 2

Se tendrá en cuenta también, un instrumento de ficha de recolección de datos de tiempo de espera del paciente, validado por Alarcón (21), en 2022. Es decir, con la finalidad de observar la hora de triaje y atención que tuvo el paciente. Para la valoración se utilizará: Atención oportuna: 1 punto y atención inoportuna: 0 puntos.

3.7.3. Validez de los instrumentos

Instrumento 1

El instrumento de priorización atención por triaje fue sometida a validación en Cusco en 2022, trabajo dirigido por Alarcón (21). Para esa tarea se convocaron cinco jueces especializados; el consenso alcanzado se tradujo en un V de Aiken de 1.000, umbral que certifica la solidez del procedimiento.

Instrumento 2

El instrumento que mide el tiempo de espera del paciente estuvo sometida a validación en Cusco en 2022, trabajo dirigido por Alarcón (21). Para esa tarea se convocaron cinco jueces especializados; el consenso alcanzado se tradujo en un V de Aiken de 1.000, umbral que certifica la solidez del procedimiento.

3.7.4. Confiabilidad de los instrumentos

Instrumento 1

El instrumento de priorización atención por triaje presentado por Alarcón (21), realizó una prueba piloto, obteniendo así un KR20 de 0.770, considerándose así confiable para su aplicación.

Instrumento 2

El instrumento que mide el tiempo de espera presentado por Alarcón (21), realizó una prueba piloto, obteniendo así un KR20 de 0.770, considerándose así confiable para su aplicación.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Una vez recolectada la información mediante la ficha de observación, se procederá al procesamiento y análisis de los datos en las siguientes etapas:

Codificación y depuración: Los datos extraídos de las historias clínicas serán organizados en una matriz de Excel, donde cada registro será codificado para garantizar el anonimato del paciente. Se revisará que no existan datos incompletos, inconsistentes o duplicados.

Tabulación y digitalización: La información codificada será ingresada en el programa (SPSS) versión 26. Este software permitirá elaborar una base de datos estructurada y facilitar el procesamiento estadístico.

Análisis estadístico:

Estadística descriptiva: Se aplicará para resumir los datos obtenidos, utilizando frecuencias absolutas y porcentajes, según corresponda.

Estadística inferencial: Para determinar la existencia de una relación entre la variable independiente y dependiente, se empleará la prueba estadística de Pearson (paramétrico) o Rho de Spearman (no paramétrico), de acuerdo el resultado de la prueba de normalidad de KS en identificar datos normales o no normales. Esta prueba permitirá contrastar las hipótesis formuladas y establecer si existe una correlación significativa.

3.9. Aspectos éticos

La presente investigación se desarrollará respetando los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki y en las normativas éticas vigentes para estudios en salud humana (50).

Principio de autonomía: Aunque no se requiere contacto directo con los pacientes, se garantizará el respeto a la autonomía mediante la anonimización de las historias clínicas, eliminando toda información que permita la identificación personal. Solo el investigador principal tendrá acceso codificado a los datos, y estos serán usados estrictamente para fines académicos.

Principio de beneficencia: Los resultados de la investigación buscan contribuir al fortalecimiento de los procesos de atención en el servicio de emergencia, mediante el análisis del triaje y el tiempo de espera, en beneficio de los pacientes y del personal de salud, promoviendo una atención más eficiente y segura.

Principio de no maleficencia: No se causará daño físico ni psicológico a los participantes, dado que no hay intervención directa. Además, se protegerá la integridad de los datos clínicos y se evitará cualquier uso indebido de la información recolectada.

Principio de justicia: La selección de las historias clínicas se realizará mediante criterios objetivos, sin ningún tipo de discriminación. Se aplicará un muestreo aleatorio simple que asegure la equidad en la inclusión de los registros.

El protocolo de investigación será sometido a evaluación y aprobación por el Comité de Ética del hospital 2 de mayo, y se solicitará la autorización institucional correspondiente para acceder a los archivos clínicos. El manejo de la información se realizará conforme a lo establecido en la Ley N.º 29733 – Ley de Protección de Datos Personales del Perú.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

N°	Actividades	2025											
		Mayo				Junio				Julio			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	Selección del tema.												
2.	Búsqueda inicial de información.												
3.	Construcción de la matriz de consistencia.												
4.	Aprobación del título de investigación.												
5.	Desarrollo de realidad problemática y justificación.												
6.	Desarrollo del capítulo metodológico.												
7.	Aspectos administrativos.												
8.	Elaboración de las referencias bibliográficas y anexos.												
9.	Revisión de trabajo de investigación completo.												
10.	Aprobación del proyecto.												
11.	Sustentación del proyecto.												

4.2. Presupuesto

		CANTIDAD	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL
A	RECURSOS HUMANOS			
1	Asesor	01	1500.00	1500.00
2	Profesional estadístico	01	300.00	300.00
3	Digitadora	01	200.00	200.00
	Sub Total			2000.00
B	MATERIALES DE ESCRITORIO			
1	Papel bond A4 (1 millar)	1 millar	18.00	18.00
2	Lapiceros	10	2.00	20.00
	Sub Total			38.00
C	MATERIALES DE IMPRESIÓN			
1	Fotocopias	300	0.20	60.00
2	Servicios de internet	3 meses	80.00	140.00
3	Impresiones	300	0.30	90.00
4	Anillado	4	8.00	32.00
5	Empastado	4	25.00	100.00
	Sub Total			422.00
D	MOVILIDAD LOCAL Y GASTOS ADICIONALES			
1	Transporte			120.00
2	Fluido eléctrico (3 meses)	3 meses	40.00	120.00
3	Situaciones imprevistas			100.00
	Sub Total			340.00
			Total:	2900.00

Referencias

1. Buowari D, Owoo C, Gupta L, Schell CO, Baker T. Essential Emergency and Critical Care: A Priority for Health Systems Globally. *Crit Care Clin* [Internet]. 2022;38(4):639–56. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2022.06.008>
2. Porto B. Improving triage performance in emergency departments using machine learning and natural language processing: a systematic review. *BMC Emerg Med* [Internet]. 2024;24(1):1–29. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2022.06.008>
3. World Health Organization & World Bank Group. Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report [Internet]. 2023. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374059/9789240080379-eng.pdf>
4. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD). Health at a Glance 2023: EOOD Indicators [Internet]. OECD Publishing; 2023. Available from: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/7a7afb35-en.pdf0.1787/7a7afb35-en
5. Janerka C, Leslie G, Gill F. Patient experience of emergency department triage: An integrative review. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2024;74(3):1–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2024.101456>
6. López M, Puig M, Higon S, Franco M, Moreno Y, Galimany J. Patient Satisfaction With the Level of Competence of the Triage Nurse in Hospital Emergency Departments. *J Clin Nurs* [Internet]. 2024;1(1):1–15. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.17605>
7. Fekonja Z, Kmetec S, Fekonja U, Reljić N, Pajnkihar M, Strnad M. Emergency triage nurses' perceptions of caring behaviors and the safety of the patient during triage encounters: a grounded theory study. *BMC Nurs* [Internet]. 2024;23(1):1–11. Available

- from: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02122-5>
8. Dhefeeri A, Batin A, Shihathah G, Faleh M, Ahmed M, Mughyir H. The importance of triage in the emergency department. *Gland Surg* [Internet]. 2024;9(2):285–91. Available from: <http://www.glandsurgery.net/index.php/GS/article/view/91>
 9. Lee J, Im C. Time-to-surgery paradigms: wait time and surgical outcomes in critically ill patients who underwent emergency surgery for gastrointestinal perforation. *BMC Surg* [Internet]. 2024;24(1):1–8. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12893-024-02452-w>
 10. Chirhuana C. Evidencias sobre prácticas de triaje avanzado de enfermería en el servicio de emergencias [Internet]. Tesis de especialidad, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2024. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/15338>
 11. Ccalo E. Asociación de las características con la prioridad de atención en pacientes de los servicios de salud de la Micro Red Cono Sur Juliaca 2023 [Internet]. Tesis de licenciatura, Universidad Andina; 2024. Available from: <https://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/3255>
 12. Cangalaya J. Gestión por procesos de la atención médica en pacientes hospitalizados por emergencia servicio traumatología. Hospital Essalud. Lima, 2023 [Internet]. Tesis de maestría, Universidad Nacional Federico Villarreal; 2024. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.13084/8996>
 13. Sax D, Warton M, Mark D, Reed M. Emergency Department Triage Accuracy and Delays in Care for High-Risk Conditions. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2025;8(5):1–12. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.8498>
 14. Chelal D, Sum T, Morema E. Relationship between Triage Patients Related Factors and 48 Hours Outcomes at the Accident and Emergency Department, Kenyatta National

- Hospital. Evidence-Based Nurs Res [Internet]. 2023;5(3):36–44. Available from: <https://doi.org/10.47104/ebnrojs3.v5i3.288>
15. Nhdi N, Asmari H, Thobaity A. Investigating indicators of waiting time and length of stay in emergency departments. Open Access Emerg Med [Internet]. 2021;13(1):311–8. Available from: <https://doi.org/10.2147/OAEM.S316366>
 16. Siamisang K, Tlhakanelo J, Mhaladi B. Emergency Department Waiting Times and Determinants of Prolonged Length of Stay in a Botswana Referral Hospital. Open J Emerg Med [Internet]. 2020;8(3):59–70. Available from: <https://doi.org/10.4236/ojem.2020.83007>
 17. Hidayat N, Ahsan A, Rahayu M, Lestari R. Response time, waiting time and service quality in emergency department. Int J Public Heal Sci [Internet]. 2020;9(3):199–204. Available from: <https://doi.org/10.11591/ijphs.v9i3.20435>
 18. Camacho B. Prioridad del triaje y tiempo de espera de los usuarios en emergencia del Hospital Provincial de Cascas [Internet]. Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional de Trujillo; 2025. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.14414/23425>
 19. Cassana J. Prioridad del triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Huancayo – 2023 [Internet]. Tesis de segunda especialidad, Universidad Peruana Los Andes; 2024. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/7715>
 20. Sánchez N. Prioridad del triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia del hospital regional de Loreto, Iquitos 2020 [Internet]. Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2022. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12737/8823>
 21. 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]. Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional San Antonio Abad Del Cusco; 2022. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.12918/6599>
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 [Internet]. Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional del Callao; 2020. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12952/6213>
 23. Olvera S, Cadena J. El triaje hospitalario. *Rev Mex enfermería Cardiológica* [Internet]. 2011;19(3):119–21. Available from: <https://www.index-f.com/rmec/19pdf/19-119.pdf>
 24. Apolinario E. Triage: Puerta de entrada al nivel hospitalario. *Más Vita* [Internet]. 2021;3(3):53–60. Available from: <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0074>
 25. Ávila L, Ávila L, Rosa J. Triage en el servicio de emergencia en el Hospital del Sur de Esmeraldas, Ecuador. *Arch Médico Camagüey* [Internet]. 2022;26(1):1–11. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v26/1025-0255-amc-26-e9071.pdf>
 26. Fernández B, Duque C, Álvarez J. Triage. *Excel en el Serv enfermería* [Internet]. 2025;1(1):1–4. Available from: <https://ciberrevista.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2025/01/73-CbR-73-ene-feb-2025-Term-Consenso-Triage.pdf>
 27. Soler W, Gómez M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2010;33(1):55–68. Available from: <https://ciberrevista.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2025/01/73-CbR-73-ene-feb-2025-Term-Consenso-Triage.pdf>
 28. Castro J. El triaje para mejorar la calidad de atención sanitaria en un hospital público de Uruguay. *Rev Científica Multidimens Magna Sapientia* [Internet]. 2024;2(1):81–8. Available from:

- <https://scholar.archive.org/work/vkp75ujze5az7crm4k3qrsdvgm/access/wayback/https://magnasapientia.ritep.es/revista/index.php/ms/article/download/24/27>
29. Departamento de Emergencia Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Manual de procesos y procedimientos de atención de urgencias y emergencias adultos [Internet]. EsSalud; 2019. Available from: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/procesos_procedimientos/MPP_HNERM_EMER_Adultos.pdf
 30. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud de los servicios de emergencia [Internet]. Lima: Minsa; 2007. Available from: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/NT042emerg.pdf>
 31. Izquierdo E, Martínez M, Ramírez 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. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2016000400015&script=sci_arttext&tlng=pt
 32. Cash K. Benner and expertise in nursing: a critique. Int J Nurs Stud [Internet]. 1995;32(6):527–34. Available from: [https://sci-hub.ru/https://doi.org/10.1016/0020-7489\(95\)00011-3](https://sci-hub.ru/https://doi.org/10.1016/0020-7489(95)00011-3)
 33. Benner P. A response by P. Benner to K. Cash, “Benner and expertise in nursing: a critique.” J Japan Inst Light Met [Internet]. 1996;33(6):669–74. Available from: [https://sci-hub.ru/https://doi.org/10.1016/0020-7489\(95\)00011-3](https://sci-hub.ru/https://doi.org/10.1016/0020-7489(95)00011-3)
 34. Al-Sadi B, Harb Z, El-Dahiyat F, 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]. 2021;14(3):756–61. Available from: <https://sci->

hub.ru/https://doi.org/10.1080/20479700.2019.1692768

35. Gutierrez E, Ramos W, Uribe M, Ortega A, Torres C, Montesinos D, et al. Tiempo de espera y su relación con la satisfacción de los usuarios en la farmación central de un hospital general de Lima. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2009;26(1):61–5. Available from: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-3-200302040-00007>
36. Walker K, Stephenson M, Loupis A, Ben M, Joe K, Stephenson M, et al. Displaying emergency patient estimated wait times: A multi-centre, qualitative study of patient, community, paramedic and health administrator perspectives. *EMA - Emerg Med Australas* [Internet]. 2021;33(3):425–33. Available from: <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13640>
37. Nyce A, Gandhi S, Freeze B, Bosire J, Ricca T, Kupersmith E, et al. Association of Emergency Department Waiting Times With Patient Experience in Admitted and Discharged Patients. *J Patient Exp* [Internet]. 2021;8(1):1–7. Available from: <https://doi.org/10.1177/23743735211011404>
38. 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. Available from: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-3-200302040-00007>
39. Mahmoodian F, Eqtesadi R, Ghareghani A. Waiting Times in Emergency Department after Using the Emergency Severity index Triage Tool. *Arch Trauma Res* [Internet]. 2014;3(4):3–7. Available from: <https://doi.org/10.5812/atr.19507>
40. Kumar A, Lakshminarayanan D, Joshi N, Vaid S, Bhoi S, Deorari A. Triaging the triage: Reducing waiting time to triage in the emergency department at a tertiary care hospital in New Delhi, India. *Emerg Med J* [Internet]. 2019;36(9):558–63. Available from:

<https://doi.org/10.1136/emmermed-2019-208577>

41. Liao P, Chu W, Ho C. An Analysis of Waiting Time for Emergency Treatment and Optimal Allocation of Nursing Manpower. *Healthc* [Internet]. 2022;10(5):1–13. Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare10050820>
42. Khankeh H, Khorasani D, Azizi F, Hoseini M, Rahgozar M. Triage effect on wait time of receiving treatment services and patients satisfaction in the emergency department: Example from Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2013;18(1):79–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23983733>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3748560>
43. Yuzeng S, Hui L. Improving the wait time to triage at the emergency department. *BMJ open Qual* [Internet]. 2020;9(1):1–5. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000708>
44. Smith M, Parker M. *Nursing theories and nursing practice* [Internet]. 4th ed. Davis Company; 2015. Available from: https://students.aiu.edu/submissions/profiles/resources/onlineBook/D6u5i7_0803633122Nursin.pdf
45. Sánchez F. Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. *Rev Digit Investig en Docencia Univ* [Internet]. 2019 Apr;13(1):102–22. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s2223-25162019000100008&script=sci_arttext
46. Hernández R, Mendoza C. *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* [Internet]. México D.F.: Mc Graw Hill educación; 2018. Available from: <https://www.estudiojuridicolingsantos.com/2020/09/metodologia-de-la->

investigacion-las.html

47. Nicomenes E. Tipos de investigación: Metodología de la Investigación. Repos Inst USDG [Internet]. 2018;1–4. Available from: <https://core.ac.uk/reader/236413540>
48. Sousa V, Driessnack M, Costa I. An overview of research designs relevant to nursing: part 1: quantitative research designs. *Rev Latino-am Enferm* [Internet]. 2007;15(4):684–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000400025>
49. Ramos C. Alcances de una investigación. *CienciAmérica* [Internet]. 2020;9(3):1–6. Available from: <https://doi.org/10.33210/ca.v9i3.336>
50. Belmont N. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. *J Comput Assist Tomogr* [Internet]. 1979;32(3):475–9. Available from: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

Anexos

Anexo 1. Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	V1: Priorización de la atención según triaje	Método de investigación: Hipotético y deductivo.
¿Cuál es la relación entre la priorización de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias del hospital 2 de mayo, 2025?	Determinar la relación entre la priorización de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias del hospital 2 de mayo, 2025.	H1: Existe relación significativa entre la priorización de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias del hospital 2 de mayo, 2025. H0: No existe relación significativa entre la priorización de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias del hospital 2 de mayo, 2025.	Dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> • Prioridad I • Prioridad II • Prioridad III • Prioridad IV 	Enfoque de investigación: Cuantitativo.
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	V2: Tiempo de espera	Tipo de investigación: Aplicada.
¿Cuál es la relación entre la dimensión priorización I de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias?	Identificar la relación entre la dimensión priorización I de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias.	H1: Existe relación significativa entre la dimensión priorización I de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias.	Dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> • Hora de triaje • Hora de atención 	Diseño de investigación: No experimental, de corte transversal y retrospectivo.
¿Cuál es la relación entre la dimensión priorización II de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias?	Identificar la relación entre la dimensión priorización II de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias.	H2: Existe relación significativa entre la dimensión priorización II de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias.		Alcance de investigación: Descriptivo correlacional.
¿Cuál es la relación entre la dimensión priorización III de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias?	Identificar la relación entre la dimensión priorización III de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias.	H3: Existe relación significativa entre la dimensión priorización III de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias.		
¿Cuál es la relación entre la dimensión priorización IV de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias?	Identificar la relación entre la dimensión priorización IV de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias.	H4: Existe relación significativa entre la dimensión priorización IV de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias.		

Anexo 2. Instrumentos

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS TRIAJE

Nº de Historia clínica: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Procedencia: _____

Nº	Observación ÍTEM	Si	No	Prioridad
	NIVEL DE PRIORIDAD DE TRIAJE			I
1.	Paro cardiorrespiratorio			I
2.	Shock			
3.	Trauma severo			
4.	Obstrucción de vía aérea			
5.	Crisis asmática			II
6.	Diabetes mellitus descompensada			
7.	hemoptisis			
8.	Trastorno de sensorio			
9.	Dolor torácico			II
10.	Dolor abdominal			
11.	Deshidratación moderada			
12.	Broncoespasmo leve			
13.	Síndrome vertiginoso			
14.	Trastorno vesicular			IV
15.	Enfermedades diarreicas			
16.	Enfermedades crónicas no descompensadas			
17.	Resfrío común			
18.	Faringitis aguda			

Otras patologías..... prioridad.....

INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE TIEMPO DE ESPERA

Nº de Historia clínica: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Procedencia: _____

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	Adecuado	Inadecuado
Prioridad I	Inmediatamente		
Prioridad II	< 15 minutos		
Prioridad III	<30 minutos		
Prioridad IV	< 60 minutos		

Anexo 3. Consentimiento informado

Por medio del presente documento, declaro que acepto participar de forma voluntaria en la investigación titulada: “Priorización de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencias del Hospital 2 de mayo, 2025”.

He sido debidamente informado(a) sobre los objetivos del estudio, los procedimientos que se aplicarán, así como el uso exclusivo de información contenida en las historias clínicas del servicio de emergencia. Entiendo y acepto lo siguiente:

- Mi participación consiste en permitir el uso de información clínica registrada previamente, sin requerir entrevistas ni intervención directa.
- Se garantizará el anonimato y la confidencialidad de todos los datos, cumpliendo con lo dispuesto en la Ley N.º 29733 – Ley de Protección de Datos Personales.
- Tengo pleno derecho a aceptar o rechazar participar en esta investigación, así como retirarme en cualquier momento, sin que ello afecte mi atención médica ni genere consecuencias negativas.
- La información recopilada será utilizada únicamente con fines académicos y científicos.
- Recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.

Nombre del participante:

DNI N°:

Firma:

Fecha:

● 14% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 10% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

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

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	4%
2	uwiener on 2023-04-19 Submitted works	2%
3	Universidad Wiener on 2025-06-15 Submitted works	<1%
4	Universidad Wiener on 2025-06-15 Submitted works	<1%
5	uwiener on 2024-12-06 Submitted works	<1%
6	Universidad Wiener on 2024-02-26 Submitted works	<1%
7	revistas.usfx.bo Internet	<1%
8	uwiener on 2024-04-17 Submitted works	<1%