



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

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

Trabajo Académico

Niveles de prioridad del triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes de
emergencia en un hospital público de Lima, 2024

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

Presentado por:

Autora: Contreras Figueroa, Lizzet Yuriko

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1782-3014>

Asesora: Mg. Benavides Silva de Sender, Erika María del Carmen

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8421-270X>

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: 08/11/2022

Yo, Lizzet Yuriko Contreras Figueroa 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 Académico “NIVELES DE PRIORIDAD DEL TRIAJE Y TIEMPO DE ESPERA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE EMERGENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LIMA, 2024” Asesorado por el docente: Erika Benavides Silva DNI 21463499 ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8421-270X> tiene un índice de similitud de (12) (doce) % con código OID: 14912:464618470 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
 Lizzet Yuriko Contreras Figueroa
 DNI:46213423



.....
 Firma
 Erika Benavides Silva
 DNI: 21463499

Lima, 18 de Mayo de 2025

DEDICATORIA

Al Padre Celestial Todopoderoso siendo razón
de mi vida en el logro de triunfos profesionales
durante mi especialidad en emergencias

AGRADECIMIENTO

A mis progenitores y parientes más cercanos
por su guía encaminada frente a los obstáculos
y cumplir logros profesionales de enfermería

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE.....	vi
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
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.....	3
1.3. Objetivos de la investigación.....	3
1.3.1. Objetivo general.....	3
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación de la investigación	4
1.4.1. Teórica	4
1.4.2. Metodológica	5
1.4.3. Práctica	5
1.5. Delimitaciones de la investigación	5
1.5.1. Temporal.....	5
1.5.2. Espacial.....	5
1.5.3. Población o unidad de análisis.....	5

2.	MARCO TEÓRICO	6
2.1.	Antecedentes	6
2.2.	Bases teóricas.....	9
2.3.	Formulación de hipótesis	19
	2.3.1. Hipótesis general	19
	2.3.2. Hipótesis específicas.....	19
3.	METODOLOGÍA.....	20
3.1.	Método de la investigación	20
3.2.	Enfoque de la investigación.....	20
3.3.	Tipo de investigación.....	20
3.4.	Diseño de la investigación	20
3.5.	Población, muestra y muestreo	21
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 instrumentos.....	23
	3.7.3. Validación.....	23
	3.7.4. Confiabilidad	24
3.8.	Plan de procesamiento y análisis de datos	24
3.9.	Aspectos éticos	24
4.	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	25
4.1.	Cronograma de actividades.....	25
4.2.	Presupuesto	26
5.	REFERENCIAS.....	27

ANEXOS	37
Anexo 1. Matriz de consistencia	38
Anexo 2. Instrumentos.....	39
Anexo 3. Consentimiento informado	40
Anexo 4. Reporte de Turnitin.....	41

RESUMEN

Objetivo: Determinar cómo se relaciona los niveles de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia en un hospital público de Lima, 2024. **Metodología:** El método será hipotético-deductivo, cuantitativo, aplicado, no experimental, transversal y correlacional. La técnica investigativa será una lista de cotejo y los instrumentos serán dos registros de datos sobre niveles de prioridad del triaje ($\alpha=0.92$), y tiempo de espera ($\alpha=0.98$); asimismo, tendrá una población y muestra de 95 historias clínicas de pacientes en emergencias; además, culminado con la realización del trabajo de campo seguidamente se codificarán los puntajes según la Escala de Stanones con la ayuda del Microsoft Excel 2021 y SPSS 27.0; luego de ello, se reportarán en tablas y/o figuras para realización analítica e interpretativa; y finalmente se realizará la Prueba de Correlación de Spearman (Rho) entre las variables.

Palabras clave: Prioridad del triaje, tiempo de espera, pacientes, emergencias

ABSTRACT

Objective: To determine how triage priority levels and waiting time are related in the care of emergency patients in a public hospital in Lima, 2024. **Methodology:** The method will be hypothetical-deductive, quantitative, applied, non-experimental, cross-sectional, and correlational. The research technique will be a checklist, and the instruments will be two data records on triage priority levels ($\alpha=0.92$) and waiting time ($\alpha=0.98$); likewise, it will have a population and sample of 95 medical records of patients in emergencies; in addition, once the fieldwork is completed, the scores will then be coded according to the Stanones Scale with the help of Microsoft Excel 2021 and SPSS 27.0; after that, they will be reported in tables and/or figures for analytical and interpretive purposes; and finally, the Spearman Correlation Test (Rho) will be performed between the variables..

Keywords: Triage priority, waiting time, patients, emergencies

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Globalmente, en el 2023, en todas las naciones del orbe se evidenciaron que el 78% de los pacientes urgen de atenciones inmediatas en los servicios de emergencias, tomando minutos o incluso segundos cruciales para pacientes que tienen esta enfermedad grave o crítica, entre 75 y 85% mueren dentro de los primeros 20 minutos de un traumatismo, accidentes o convulsiones teniendo que ser resueltos antes que progresan dentro de los primeros 10 minutos cuando se toman decisiones críticas sobre los tiempos de espera (1).

A nivel latinoamericano, en el 2023, estimaron que en las naciones de América Latina las áreas de emergencias presentan largos tiempos de espera en promedio entre los 50 al 80%, prioridad I (inmediatamente), nivel II (dentro de los 15 min), nivel III (dentro de los 30 min), como son el nivel IV (dentro de una hora); y nivel V no urgente dentro de las dos horas, incumplida por la inadecuada clasificación que provoca una atención desfavorable o retrasada (2).

A nivel nacional, en el 2023, sostuvieron que en el Perú la realidad de los tiempos de espera en áreas de emergencias es alto entre 1 a 6 horas según la priorización del triaje dentro de los cuales ocasionan una insatisfacción por la atención percibida entre el 50% al 90%; debido a que los tiempos de espera previos a la clasificación de emergencias para aquellos pacientes durante las horas pico por hacinamiento y escaso personal de salud para atenderlos (3).

La Asociación de Enfermeras de Emergencia (ENA) considera que, las enfermeras de triaje deben tener capacidades de conocimiento profesional, experiencia clínica, habilidades de comunicación, pensamiento crítico, habilidades de evaluación de la salud, decisiones clínicas, trabajo en conjunto, capacidad física y mental para trabajar; por tanto, tienen un motivo crucial a la hora de determinar y clasificar las intervenciones inmediatas que requieren los pacientes con enfermedades que son potencialmente mortales que urgen ser atendidas (4).

Por todo ello, emergencia es sinónimo de accidentes y otros casos causales de una muerte inminente que urgen de alivio inmediato de pacientes que llegan simultáneamente a urgencias con afecciones de diversos grados de gravedad siendo necesario un sistema de triaje; siendo fundamental para identificar al paciente que necesitan una atención inmediata (5).

Por otro lado, una clasificación de calidad del triaje trae consigo una disminución en el tiempo de espera para recibir servicios de emergencia inmediata, un tratamiento oportuno, disminución en el intervalo de tiempo de hospitalización y menores costos de tratamiento (6).

En contraposición con la clasificación desfavorable ocasiona la aglomeración de pacientes, provoca que pacientes migren a otras instituciones de emergencias sin una evaluación, un retraso en el tratamiento, insatisfacción de pacientes y riesgo de sus vidas (7).

Al mismo tiempo, la saturación de las emergencias hospitalarias se está convirtiendo en un problema cada vez más relevante debido a las excesivas esperas previas a la clasificación aunado a la dotación de personal y los recursos insuficientes siendo los factores que contribuyen a que los tiempos de espera del tratamiento sean aún más prolongados (8).

En tal sentido, la clasificación también es una función autónoma de la enfermería, esencial en la protección segura del paciente y prestación eficiente frente a una emergencia; especialmente cuando están en su labor de primera línea realizan un papel crítico y crucial (9).

De eso se desprende, que hoy en día el manejo del triaje de parte de los enfermeros es fundamental para clasificar de manera óptima a la gravedad de los pacientes que se presentan día a día durante sus labores en los servicios de emergencias logrando con ello que se atiendan en un lapso de tiempo prudente para poder satisfacer las demandas diarias (10).

En un hospital público de Lima, se cuenta con enfermeros capacitados, competentes, habilidades psicológicas y compromiso en triaje; sin embargo, su desconocimiento ocasiona en algunas oportunidades falencias de clasificación y excesivo tiempo en la hospitalización, hacinamiento, insatisfacción del paciente, aminoramiento o detrimento del cuidado, entre otros.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cómo se relaciona los niveles de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia en un hospital público de Lima, 2024?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cómo se relaciona la dimensión nivel de prioridad I del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia?
- ¿Cómo se relaciona la dimensión nivel de prioridad II del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia?
- ¿Cómo se relaciona la dimensión nivel de prioridad III del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia?
- ¿Cómo se relaciona la dimensión nivel de prioridad IV del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar cómo se relaciona los niveles de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia en un hospital público de Lima, 2024

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer cómo se relaciona la dimensión nivel de prioridad I del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia
- Establecer cómo se relaciona la dimensión nivel de prioridad II del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia
- Establecer cómo se relaciona la dimensión nivel de prioridad III del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia
- Establecer cómo se relaciona la dimensión nivel de prioridad IV del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

A nivel teórico, impulsará los conocimientos científicos que están actualizados sobre la primera variable independiente de los tiempo de priorización del triaje basándose en la teórica de Patricia Benner del “aprendiz al experto”, según las prioridades I, II, III y IV; enfocándose en que las enfermeras conforme van ganando experiencia a través de los años van adquiriendo competencias mediante información y actividades ser de novata a expertas; y de la segunda variable dependiente del tiempo de espera en la atención de emergencia basándose en la teoría de enfermería de Erlang Agner Krarup de “colas o líneas de espera” según la hora de triaje y la hora de atención; el cual examina todos los componentes de la espera en la fila, incluido el proceso de llegada y cantidad de clientes esperados, entre otros, que son pacientes y/o usuarios a quienes están en espera para ser atendidos inmediatamente.

1.4.2. Metodológica

A nivel metodológico, pretende ser guía a largo plazo de trabajos de investigación aportando con ello su enfoque cuantitativo-descriptivo-transversal-correlacional; asimismo, brindará sus instrumentos que cumplen con criterio de validez y confiabilidad muy alta.

1.4.3. Práctica

A nivel práctico, los hallazgos logran elevar la competencia de enfermería a fin de optimizar la calidad de la priorización según gravedad de pacientes el cual podría reducir significativamente el intervalo de tiempo de espera teniendo como propósito que el triaje para fortalecer el uso de los sistemas de triaje y mejorar el desempeño del enfermero en triaje, la mayor precisión en la clasificación representa una mejor calidad del servicio de emergencia; además, reducir los reportes de casos de errores y decesos mediante la clasificación precisa.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

Entre los meses de julio a diciembre de 2024.

1.5.2. Espacial

En emergencias en un hospital público de Lima.

1.5.3. Población o unidad de análisis

Historias clínicas de paciente en emergencia.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes internacionales

Trujillo (11), en el 2024 en Ecuador, realizó una investigación cuyo objetivo fue “determinar la relación entre niveles de prioridad del triaje y tiempo de espera de emergencia”; metodológicamente de enfoque cuantitativo-aplicado-transversal-descriptivo-correlacional; evaluaron una muestra de 140 historias clínicas que se les cotejaron dos registros de datos. Los resultados del estudio fueron unos niveles de prioridad I 71.4%, III 17.9% y IV 10.7%; asimismo, el tiempo de espera de pacientes fue nivel adecuado 89.3% e inadecuado 10.7%. Concluye que los profesionales de enfermería tuvieron buen manejo de prioridades de triaje ya que la espera fue considerada satisfactoriamente lo cual ocasiona que la clasificación de los pacientes sea de manera aceptable y oportuna logrando así resultados favorables en los pacientes con un abordaje sanitario de una atención inmediata para su pronta recuperación.

Gualpa (12), en el 2024 en Ecuador, realizó una investigación cuyo objetivo fue “determinar la relación entre valoración de niveles de prioridad del triaje y tiempo de espera”; metodológicamente de enfoque cuantitativo-aplicado-transversal-descriptivo-correlacional; evaluaron una muestra de 150 historias clínicas que se les cotejaron dos registros de datos. Los resultados del estudio fueron unos niveles de prioridad I 66.7%, III 26.7% y IV 6.6%; asimismo, el tiempo de espera de pacientes fue nivel adecuado 93.3% e inadecuado 6.7%. Concluye que los enfermeros durante la atención de emergencia tuvieron un manejo aceptable de niveles de prioridad disminuyendo los tiempos de espera de manera confiable en la cual se mantuvieron con una percepción de la atención de manera segura y oportuna.

Ávila et al. (13), en el 2022 en Ecuador, realizó un estudio cuyo objetivo fue “determinar la relación entre niveles de prioridad del triaje y tiempos de espera de emergencia”; metodológicamente de enfoque cuantitativo-aplicado-transversal-descriptivo-correlacional; evaluaron una muestra de 235 historias clínicas que se les cotejaron dos registros de datos. Los resultados de la investigación fueron unos niveles de prioridad III 64.5%, II 13.7%, I 11.9% y IV 9.9%; asimismo, el tiempo de espera adecuado 86.3% e inadecuado 13.7%. Concluyeron que los tiempos de espera mejoraron debido a la clasificación oportuna y segura conllevando a unos resultados positivos de forma inmediata con una demora considerable.

Giménez et al. (14), en el 2022 en España, elaboraron un estudio cuyo objetivo fue “determinar la relación entre niveles de prioridad del triaje y tiempos de espera de urgencias” metodológicamente de enfoque cuantitativo-aplicado-transversal-descriptivo-correlacional; evaluaron una muestra de 250 historias clínicas que se les cotejaron dos registros de datos. Los resultados mostraron unos niveles de una prioridad I 48%, III 32% y IV 20%; asimismo, el tiempo de espera de los pacientes atendidos fue nivel adecuado 80% e inadecuado 20%. Concluyeron una clasificación fue óptima logrando disminuir la espera durante la atención.

Antecedentes nacionales

Alcántara (15), en el 2024 en Trujillo, realizó un estudio cuyo objetivo fue “determinar la relación entre niveles de prioridad del triaje y tiempo de espera en emergencia”; metodológicamente de enfoque cuantitativo-aplicado-transversal-descriptivo-correlacional; evaluaron una muestra de 140 historias clínicas que se les cotejaron dos registros de datos. Los resultados mostraron unos niveles de la prioridad II 53.6%, III 42.9% y IV 3.6%; asimismo, el tiempo de espera de pacientes fue nivel adecuado 77.1% e inadecuado 22.9%. Concluye que los enfermeros desempeñaron una correcta clasificación del triaje óptimo.

Basilio et al. (16), en el 2023 en Huancayo, en su un estudio tuvieron como objetivo “determinar la relación entre niveles de prioridad del triaje y tiempo de espera de emergencia”; metodológicamente de enfoque cuantitativo-aplicado-transversal-descriptivo-correlacional; evaluaron una muestra de 397 historias clínicas que se les cotejaron dos registros de datos. Los resultados evidenciaron que, los niveles de prioridad III 99.2%, I 0.5% y II 0.3%; asimismo, el tiempo de espera de pacientes fue prioridad III fue entre unos 15 a 30 minutos. Concluyeron que existe una positiva correlación entre las variables ya que el óptimo nivel de prioridad de triaje condiciona que los tiempos de espera sean disminuidos en emergencias ocasionando que sea vista de manera eficiente por el considerable tiempo de los servicios.

Alarcón (17), en el 2022 en Cusco, realizó una investigación cuyo objetivo fue “determinar la relación entre niveles de prioridad del triaje y tiempo de espera de emergencia”; metodológicamente de enfoque cuantitativo-aplicado-transversal-descriptivo-correlacional; evaluaron una muestra de 100 historias clínicas que se les cotejaron dos registros de datos. Los resultados mostraron unos niveles de una prioridad I 30%, II 26%, III 25% y IV 19%; y el tiempo de espera inmediato 30%, 1 a 15 min 26%, 15 a 30 min 25% y 30 a 60 min 19%. Concluye que existe un buen manejo del triaje de emergencia logra una atención inmediata en la cual los pacientes manifestaron que la demora sea vista de manera confiable y segura.

Ramos et al. (18), en el 2020 en Apurímac, tuvieron como objetivo del estudio “determinar la relación entre niveles de prioridad en el triaje y tiempo de espera en emergencia”; metodológicamente de enfoque cuantitativo-aplicado-transversal-descriptivo-correlacional; evaluaron una muestra de 351 historias clínicas que se les cotejaron dos registros de datos. Los resultados mostraron niveles de prioridad III 52.7%, II 46.2% y I 1.1%; asimismo, tiempo de espera 1 a 10 minutos 86.6%, 11 a 20 minutos 11.7% y > 20 minutos 1.7%. Concluyeron la aplicación del triaje coadyuva a reducir la mejora en la espera del servicio en la cual se considera que los pacientes manifiesten una satisfacción de niveles regulares.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Niveles de prioridad del triaje

Triaje es una palabra proveniente del francés Trier y significa seleccionar, ordenar, y clasificar; cuando las necesidades o demandas de tratamiento superan significativamente los recursos disponibles, se deben tomar decisiones sobre cómo distribuir esos recursos. Se debe reconocer que no todos los recursos serán cubiertos de forma inmediata y que algunos servicios no estarán en condiciones óptimas y pueden no estar disponibles en absoluto (19).

Por esta razón, el triaje es necesario para el uso eficaz de los recursos en situaciones de emergencia, por ello es necesario una clasificación que ayude a determinar la gravedad sanitaria del que se encuentre el afectado de emergencia y esto requiere la utilización de diferentes momentos para decidir al ingresar para ser atendido de una manera urgente, dado que los sistemas de clasificación se basan únicamente en la condición actual del paciente, aunque esta determinación es mediante la evaluación de los signos vitales del momento (20).

Los niveles de priorización pueden describir la información subjetiva y objetiva, antecedentes médicos, alergias y medicamentos, además pueden dar una descripción detallada del cuadro clínico que presente el paciente. Cabe mencionar que existen ciertos sistemas de triaje que pueden adecuarse mejor al servicio de emergencia, tales sistemas requieren que el enfermero establezca un nivel juzgando la intensidad de la enfermedad (21).

Esto es el punto de partida de su priorización y cuánto tiempo puede esperar para ser atendido por un enfermero, la priorización contenida en el triaje es una herramienta que ayuda a la vez a aliviar el congestionamiento del servicio, siendo la priorización se realiza en el área de triaje, que es a la vez un área semicerrada a la entrada del departamento de emergencias, donde se encuentran disponibles sillas de ruedas y camillas, y se dispone del equipo necesario para la estabilización de traumatismos y de las vías respiratorias (22).

El propósito de la priorización o el triaje es, la identificación e intervención inmediata y sin demora, el grado o nivel dado a cada paciente será mediante la clasificación específica de su condición de salud o cuadro clínico. Además de ello permite que se facilite la atención de pacientes no críticos, quiere decir que va separando los niveles de afectación de los pacientes clasificándolos por su condición en su salud, tener un enfermero especialista en clasificar a los pacientes según su afectación contribuye a la eficacia y rapidez del área (23).

Otra contribución en el mantenimiento del nivel adecuado de priorización puede contribuir a dar tranquilidad y paz al paciente y familiares, ya que alivia las preocupaciones y ansiedad que pudieran tener. Aliviar el tráfico del área es crucial, ya que descongestiona la labor de los enfermeros y del personal multidisciplinario, ya que pueden dar preferencias a prioridades de pacientes con afectaciones graves y que deban atenderse de manera inmediata, mantener niveles de clasificación disminuye la prevalencia de la mortalidad (24).

El área de triaje reduce significativamente la mortalidad, el tiempo de tratamiento, la duración de la estancia y reduce los recursos utilizados, en tal sentido es importante que se disponga de enfermeros especializados estando estos deben estar familiarizados para determinar o reconocer la gravedad de la sintomatología de los diferentes estados clínicos que presenten los pacientes, por ello los diagnósticos deben ser lo más acertado posibles para evitar retrasos e incluso perder tiempo que podrían ocasionar la muerte del paciente (25).

Los requisitos de la práctica de priorizar la atención, requiere buenas capacidades organizativas, es decir de enfermeros que pueden tomar decisiones en poco tiempo, tener sólidas habilidades de comunicación, principios éticos y habilidades de un diagnóstico avanzado que para dicho cargo el enfermero de triaje debe un promedio de medio año de experticia en cuanto a las emergencias, haber completado los programas de capacitación necesarios como cursos sobre triaje, soporte vital básico y soporte vital avanzado, enfermería de traumatología, cursos de pediatría y poseer certificados de enfermería emergencista (26).

Dimensión Prioridad I: Este es el grupo de emergencia formado por pacientes con enfermedades o lesiones muy graves, ciertamente requerirán atención inmediata, los pacientes de este grupo necesitan principalmente tratamiento urgente o si se encontraran fuera del hospital urgen ser transportados rápidamente. Estos pacientes el color que se les asigna será el color rojo, los pacientes de esta categoría deben trasladarse al área de reanimación, derivación inmediata, el equipo multidisciplinario está listo a intervenir (27).

Las condiciones en la que se encuentran son potencialmente mortales, los enfermeros emergencistas deben encarar estas situaciones que requieren un enfoque agresivo y las evaluaciones y tratamientos deben ser simultáneos ya que su condición es inmediata por ser un peligro de muerte inminente; además de ser potencialmente mortal su situación, las evaluaciones requerirán de un número mayor de especialistas, quienes revisaran sus signos vitales y posibles lesiones externas o internas con cuidados y vigilancia constante (28).

El tiempo que cuentan estos pacientes no debe sobrepasar los 5 minutos, e incluso antes, el factor tiempo resulta crucial, en determinados casos como los accidentes automovilísticos en la cual suelen haber varios heridos, llegan al área de emergencia con múltiples lesiones. En caso de urgencia el paciente puede presentar algunos de estos cuadros clínicos como paros cardíacos, donde se encuentre en riesgo de tener secuelas permanentes en el caso llegara a recuperarse, paro respiratorio, riesgo de obstrucción de las vías respiratorias, politraumatismo mayor, pacientes con frecuencia respiratoria $<10/\text{minuto}$ (29).

También en individuos que presenten presión arterial sistólica <80 (adulto), niños o bebés con mal estado general, pacientes que sólo responden o no responden al dolor. En caso de convulsiones continuas o prolongadas, enfermedad o lesión aguda y potencialmente mortal que requiera evaluación o tratamiento inmediato para prevenir la mortalidad o la morbilidad, anafilaxia, coma, obstrucción de las vías respiratorias, hemorragias incontrolables, shock, intoxicaciones graves, nacimiento con complicaciones febriles (30).

Dimensión Prioridad II: En estos pacientes se les puede identificar en el área de triaje con el color naranja, también se conoce como (emergencia retrasada), es decir estos pacientes también tienen la condición de urgencia, pero con la diferencia de tener mayor tiempo de espera 10 minutos. Sin embargo, debe aclararse que estos pacientes presentan potencialmente riesgos, pues su condición aun no los excluye de la condición de urgencia, ya que en cuestión de minutos pueden llegar a complicarse tales cuadros clínicos, ya que el condicionante o alguna enfermedad o lesión que ponga en peligro la vida, yace ahí aun (31).

Estos son aquellos que no están presentes pero que son potencialmente mortales si no se tratan o transportan a tiempo. La problemática sanitaria de afectados de este grupo puede retrasarse un poco más que los del grupo rojo, pero como se mencionó anteriormente el riesgo de su condición es latente y podría devenir en un estado crítico de salud. Estos individuos aun no pueden ser llevados al área de emergencia, si es que estas áreas estuvieran atendiendo a pacientes de priorización I, de lo contrario serán atendidos de inmediato (32).

Los pacientes de esta categoría no deben ser llevados a la sala de examen de la sala de emergencias en primera instancia, sin embargo, dependiendo de sus lesiones estos podrían empeorar a una condición comprometedora para la salud, y verse en la necesidad de atención de urgencia donde los riesgos al cual están expuestos tienen que ver con perjuicio de alguna extremidad y morbilidad significativa, condiciones de salud con sintomatología menor a temporal y potencial, también pueden haber tenido grave intoxicación con fármacos (33).

Algunos padecimientos que pueden presentar un cuadro de hipoventilado, es decir respiración superficial, opresión adolorida de pecho parecido del corazón y respiratorio donde el valor es $<90\%$. Se incluye padecimientos como riesgo de obstrucción de las vías respiratorias con estridor severo (ruido respiratorio), dificultad para tragar, trastorno circulatorio, frecuencia cardíaca $<50 - >150$, presión arterial alta diastólica >110 mmHg, y sistólica >180 mmHg, y en pérdida de sangre moderada por cualquier causa (34).

Dimensión Prioridad III: Son los pacientes conscientes con lesiones menores que necesitan atención médica pero no requieren intervención inmediata son categorizados o situados en la priorización de triaje III. En este grupo de pacientes suelen ser llevados a la sala de exámenes del área de emergencias en un tiempo promedio de 20 minutos, sin embargo, en esta priorización suelen no cumplirse los tiempos estipulados en las guías de procedimientos sanitarios, debido a la gran demanda de servicios que son demandados (35).

Se aborda a estos pacientes a más tardar en 20 minutos, pero lamentablemente esto puede ser prolongado por tiempos aún más extensos. El color amarillo es la que caracteriza esta atención, en los casos de lesiones leves y enfermedades de menor repercusión suelen ser los seleccionados para ser atendidos en la prioridad III. El estado de salud es menos urgente que el de los pacientes de los grupos de color rojo y naranja, por esta razón, estos pacientes pueden esperar mucho tiempo, especialmente en los hospitales abarrotados (36).

El estado de salud de cada paciente puede cambiar en poco tiempo y puede caer en otro código de color de triaje, esto especialmente en los pacientes de los grupos rojo y naranja donde deben ser evaluados y atendidos de inmediato. Los pacientes en este grupo de triaje frecuentemente durante su estancia tendrán que esperar por tiempos extendidos, sus padecimientos no son graves, pudiendo presentar erupción cutánea, dolor de cabeza crónico, síntomas de resfriado grave, cuidado de heridas, dolor crónico en las articulaciones, etc. (37).

Dimensión Prioridad IV: Los pacientes de esta categoría se encuentran por diversos motivos médicos, entre ellas padecimientos que no requerirán atenciones donde se despliegue grupos humanos grandes e implemente diferentes procedimientos, ni se necesite de la monitorización. El color usado para tales casos será el verde, el tiempo estimado de atención es de 30 minutos, las condiciones médicas presentado por esos pacientes no representan riesgo para su vida, aunque sus padecimientos pudieran ser persistentes como dolor agudo de estómago, sinusitis, asma, vómitos, resfriados, diarreas, entre otros (38).

Teoría de Patricia Benner del “aprendiz al experto”

El Modelo de Adquisición de Habilidades de Patricia Benner, divide el proceso de adquisición de habilidades de los enfermeros en cinco etapas, desde principiantes hasta expertos. Las diferencias entre las etapas del modelo son el foco de interés de los enfermeros, su participación en la práctica y su percepción de sus responsabilidades; en la primera etapa, el enfermero principiante centra su atención en conductas objetivas como signos vitales; en la segunda etapa, el enfermero principiante avanzado tiene mucha experiencia práctica (39)

Tiene para conectar los signos y síntomas con la posible enfermedad y reconocer la relación con la enfermedad; en la tercera etapa, el enfermero competente ha comenzado a evaluar el impacto de la praxis emergencista en el paciente desde una perspectiva más amplia y ha desarrollado un sentido de responsabilidad; en la cuarta etapa, el enfermero que ha alcanzado el nivel de competencia adecuado para la realización de tareas complejas, este profesional puede realizar tareas y distribuir su tiempo eficazmente (40).

El enfermero que ha alcanzado la etapa de experto tiene conocimientos profundos de la situación y las condiciones los domina bajo la guía de sus experiencias pasadas, actuando en consecuencia a sus patrones de conducta y ética. Este es un modelo que se puede realizar en aplicaciones de simulación en la educación de enfermería tanto para los educadores como para los docentes, y estudiantes, sirve para que los educadores de enfermería pongan en praxis sus saberes y brinden capacitación con simuladores de pacientes de alta realidad (41).

Estos profesionales de la salud lograran transitar por las diferentes fases de novatos hasta alcanzar ser expertos en la atención de pacientes; aunque estos educadores tienen experiencia y son expertos, inicialmente fueron novatos en la aplicación del enfoque de simulación en la educación. Por ello la Teoría de Adquisición de Habilidades ayuda a los enfermeros a poder adaptarse a las diversas exigencias de su profesión, y estas etapas harán que descubran y despierten sus diferentes talentos y habilidades que estaban dormidas (42).

2.2.2. Tiempo de espera

Las emergencias ocupan un lugar importante entre los problemas de salud y crean el aminorado tiempo entre vivir o morir de un agraviado, por tanto, los servicios de urgencias tienen un aspecto diferente en los servicios de salud. Sin embargo, al no existir planes de futuro respecto a los servicios de emergencia, no se puede hablar de ningún orden, organización o planificación ideal en los servicios de emergencia, la importancia otorgada a esta área también muestra la importancia que la sociedad concede a este departamento (43).

Por lo tanto, una planificación y prestación ideales de servicios de emergencia son fundamentales durante la clasificación óptima en los servicios de emergencia son lugares donde todas las intervenciones necesarias deben realizarse con el mismo dinamismo y calidad en cada unidad de tiempo. Cualquier deficiencia que se desarrolle en la prestación de este servicio puede provocar errores irreparables, muchas veces los pacientes tienen que ser atendidos a deshora, lo que implica que no se respete los tiempos establecidos (44).

Por ello, las áreas de emergencia deben tener la comodidad de dar una prestación ideal en cualquier momento y deben atender con un equipo profesional; además, los servicios de emergencia, en cuanto a su personal, equipamiento y estructura, se basan en datos científicos y se ajustan a las normas prescritas. La gran demanda de atención provoca que los pacientes esperen más en el servicio, los retrasos en el tratamiento de pacientes con condiciones graves, y la falta de un triaje adecuado ocasiona tiempos de espera largos (45).

Esto trae consigo diversos problemas adicionales, y una importante disminución de la resolución asistencial emergencista en que las tareas del equipo multidisciplinario se retrasen para su atención inmediata; el concepto de calidad se hace válido cuando se atiende de manera adecuada, y cuando el paciente/familiares se encuentran satisfechos por la atención, esta satisfacción de expectativas y necesidades deben estar presentes en los procesos, un retraso en el tiempo es un indicador negativo para la institución de salud (46).

Dimensión Hora de triaje: A la hora de la realización del triaje el enfermero emergencista debe tener claras sus funciones fundamentales, y debe tener en cuenta sus atribuciones y facultades que le habilitan para la clasificación de los pacientes. En primer lugar, el enfermero debe garantizar el ingreso irrestricto al servicio de emergencias siempre y cuando se cumplan con ciertos requisitos, los cuales determinan la atención o no del paciente, así es que el emergencista asegura el ingreso del paciente que solicita una atención urgente, seguido a ello el enfermero determina la prioridad del paciente solicitante (47).

Es preciso mencionar que el encargado de la priorización debe dar seguimiento al despacho, registro, trámites oficiales y trámites adicionales requeridos para la legalidad de la intervención, de tal manera que no se deja ninguna inconformidad en la atención. Seguido a ello toma apunte del historial de procedimientos médico-quirúrgicos, da vía libre y permite el inicio de exámenes de diagnóstico, realiza el registro y las notificaciones, así como también dirige al paciente al departamento donde recibirá la atención más adecuada (48).

El primer equipo que llega a supervisar la situación es el responsable de la gestión, el equipo de salud multidisciplinario también es responsable de la clasificación y de la verificación y puede brindar sugerencias sobre algunos diagnósticos no observados. La jefatura de la institución deriva la responsabilidad al jefe de personal de enfermeros, quien a la vez recomienda que personal sanitario cumple con las características esenciales y que posea la mayor experiencia posible en la discriminación o clasificación de los pacientes (49).

La autoridad del triaje se puede delegar, siempre y cuando cuente con la autorización del jefe de enfermería y de la jefatura, a la vez cumpla con las credenciales que deba tener para tal función. Tener más de un oficial de triaje ahorra tiempo es importante para, que el tiempo de clasificación debe realizarse y ser inferior a 1 minuto por cada persona lesionada, se deben adjuntar tarjetas de clasificación a los heridos que sean clasificados, la realización del triaje debe contar con toda la información para evitar la pérdida de información (50).

Dimensión Hora de Atención: El triaje es una de las herramientas fundamentales y cruciales para los emergencistas, por ello es muy relevante que el encargado del triaje lo realice con profesionalismo. El tiempo de espera se reduce drásticamente cuando en las prioridades que impliquen riesgo latente como son los pacientes del grupo de priorización I y II, se realizan de manera correcta; en tal sentido son requerimientos medibles en cuanto al sentirse alivio del paciente y de sus familiares en la atención del área de emergencia y representa una medición de la atención adecuada y de la calidad de las organizaciones (51).

Los equipos de emergencia seleccionan a los heridos durante los accidentes, siempre el emergencista que recibe a los pacientes en el área y transfiere la responsabilidad de prioridades según su situación actual. En primera instancia luego de haber sido clasificado, en la prioridad I y II se debe garantizar la permeabilidad de las vías respiratorias (manualmente y/o por vía aérea), por ello es vital la clasificación en el área de triaje, ya que permite el control y la maniobrabilidad del paciente y tener control de sus signos vitales (52).

Cuando existen muchas tareas de emergencias hospitalarios, el objetivo del mismo es utilizar el tiempo de forma eficiente y minimizar los riesgos a los pacientes colocándolos en un orden determinado según sus necesidades urgentes de tratamiento, maximizando el número de pacientes a intervenir. La aplicación del triaje continúa hasta que todos los pacientes del servicio de urgencias sean trasladados; en la primera evaluación elimina a quienes no presentan problemas de vías respiratorias, y sangrado circulatorio (53).

En la evaluación de triaje, el orden de prioridad es justo en el orden de prioridad de respiración-circulatorio-estado de conciencia (R-C-EC), esta clase de pacientes son los que representan mayores riesgos y tienen la priorización I y II. La aplicación del triaje continúa hasta que todos los pacientes del servicio de emergencias sean trasladados a las áreas correspondientes. Después del triaje, el paciente es llevado al área que le corresponde, llegado a esta instancia el enfermero de triaje habrá cumplido con el procedimiento (54).

Teoría de Erlang Agner Krarup de “colas o líneas de espera”

Fue creada por el eminente matemático e ingeniero danés Agner Krarup Erlang, siendo el padre de la Teoría de Colas, (1878-1929), matemático, estadístico e ingeniero danés. Publicó la teoría de las colas, Erlang analizó las redes telefónicas, en un pequeño asentamiento para comprender los requisitos teóricos de una red eficaz, es así que pudo desarrollar una teoría moderna examinando el intercambio y la retroalimentación que se daban en las líneas de espera y como hacer que la probabilidad de tiempo se acortará (55).

Los estudios de Erlang llevaron al desarrollo de un modelo matemático que luego fue utilizado en varios países para calcular la probabilidad de tiempo de espera en las diversas organizaciones. Sus modelos matemáticos se utilizan cuando se dan planificaciones en el despacho o recepción de clientes, en las áreas emergencistas e utiliza para poder determinar el tiempo necesario para que sea atendido un paciente y como la institución de salud pueda calcular la atención de los nuevos pacientes y cuánto tiempo debe esperar ser atendido (56).

En la práctica, se pueden utilizar los modelos, por ejemplo, si la jefatura decide que debe haber un máximo de tiempo calculado en minutos de espera en la cola de usuarios que van a recibir determinado servicio. Por supuesto, la jefatura institucional de salud puede resolver el problema contratando muchos más enfermeros y manteniendo turnos de atención flexibles, pero resulta caro, por lo que se puede utilizar el modelo para encontrar la cantidad óptima de enfermeros que deban atender en emergencia, y dar continuidad al servicio (57).

La Teoría de Colas es un enfoque de espera cuya disciplina es que en la mayoría de individuos ha estudiado, el cálculo probabilístico es su fuente. El tiempo probable de espera en la cola se puede expresar en función de diversas variables, en la cola de un servicio hospitalario, se aplica funciones matemáticas y a partir de ahí puede calcularse en qué momento es menos probable ser atendido, cuántos individuos habrá en la cola, y cuánto tiempo se tomará por cada atención, a la vez se calculará las derivaciones a otras áreas (58).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Ha: Existe relación entre los niveles de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia en un hospital público de Lima, 2024

H0: No existe relación entre los niveles de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia en un hospital público de Lima, 2024

2.3.2. Hipótesis específicas

Ha1: Existe relación entre la dimensión nivel de prioridad I del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia

Ha2: Existe relación entre la dimensión nivel de prioridad II del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia

Ha3: Existe relación entre la dimensión nivel de prioridad III del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia

Ha4: Existe relación entre la dimensión nivel de prioridad IV del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia

3. METODOLOGIA

3.1. Método de la investigación

Hipotético-deductivo, basándose en formulaciones hipotéticas que será contrastada o deducida con una aplicación de la prueba de correlación entre ellas (59).

3.2. Enfoque de la investigación

Cuantitativo, abordándose datos cuantificables ingresados y posteriormente se hará un análisis e interpretación de frecuencias y porcentuales (60).

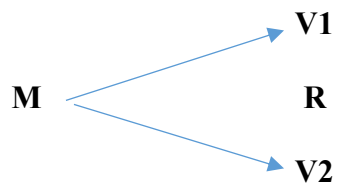
3.3. Tipo de investigación

Aplicada, porque nace de una teoría científica a la cual se podrá llevar a dar solución de los problemas en una práctica de índole general (61).

3.4. Diseño de la investigación

No experimental, basándose en que la investigadora simplemente describe y analiza el problema investigable sin manipular ni intervenir en situaciones solo un simple observador (62); corte transversal porque el estudio se realizará espacialmente y temporalmente; es descriptivo, porque su objetivo es describir de manera precisa una situación o fenómeno investigativo; y de alcance correlacional porque estará en la búsqueda de una correlación o asociación positiva o negativa entre las variables según su grado o nivel baja, moderada o alta (63).

A continuación, se presenta la gráfica de la relación entre ellas:



Donde:

V1 : Niveles de prioridad del triaje

V2 : Tiempo de espera

M : Historias clínicas

R : Relación

3.5. Población, muestra y muestreo

El grupo poblacional será censal será 95 historias clínicas de pacientes que acudieron en emergencias en un hospital público de Lima, durante el mes de diciembre 2024; asimismo, la muestra será la totalidad de la población sin necesidad de realizar el muestreo estadístico.

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas (HC) de pacientes de emergencias.
- HC de pacientes de emergencias de ambos sexos.
- HC de emergencias según prioridad I, II, III y IV.

Criterios de exclusión:

- HC incompletas de pacientes de emergencias.
- HC de pacientes de emergencias pediátricos.

3.6. Variables y operacionalización

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
V1 Niveles de prioridad del triaje	Es aquella clasificación según gravedad de pacientes en emergencias (19)	Se medirá por medio de la ficha de registro de los niveles de prioridad del triaje, según dimensiones de prioridad I, II, III y IV; y se evaluará a través de fichas de registros de datos	Prioridad I	Problema de salud súbita y crítica Peligro considerable de muerte	Nominal	Correcta (1 punto) Incorrecta (0 punto)
			Prioridad II	Problema de salud crítica Complicaciones o posible muerte		
			Prioridad III	Problema de salud aguda Problema de salud sin peligro		
			Prioridad IV	Problema de salud leve Problema de salud sin complicación		
V2 Tiempo de espera	Es un lapso transcurrido de demora para ser atendido por problemas de salud (43)	Se medirá mediante la Ficha de registro del tiempo de espera de los pacientes que abarca las dimensiones de hora de triaje y de atención.	Hora de triaje	Hora de clasificación del triaje de emergencia	Nominal	Atención oportuna (1 punto)
			Hora de atención	Hora registrada en la historia clínica		Atención inoportuna (0 punto)

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnicas

Se abordarán una lista de cotejo, que según Navarro (64), uno de los métodos comunes de recopilación de datos mediante el cotejo en base a un registro de datos; asimismo, los instrumentos serán dos fichas de registros, según Tamayo (65), un formulario de recogida de datación de informes de respuestas a una lista de cotejo de un estudio.

La investigadora del estudio realizará una lista de cotejo de las historias clínicas de pacientes de emergencia en un hospital público de Lima, en base al llenado de las “fichas de registros de datos” (Anexo 02), teniendo en cuenta los estándares del tiempo de espera para cada nivel de prioridad (V1) y tiempo de espera (V2), establecidos en el formato aplicado a pacientes en los servicios de emergencias (Norma Técnica N° 042—MINSA/DGSP.v.01).

3.7.2. Descripción de instrumentos

Instrumento 1. “Ficha de registro de niveles de prioridad del triaje”, por García (66); según prioridad I, II, III y IV; y valor final será priorización correcta (1) e incorrecta (0).

Instrumento 2. “Ficha de registro del tiempo de espera de los pacientes”, establecido por García (66); será prioridad I inmediatamente, prioridad II < 15 min, prioridad III < 30 min, y prioridad IV < 60 min; y valor final será atención oportuna (1) e inoportuna (0).

3.7.3. Validación

Los instrumentos fueron validados por García (66), quienes lo plasmaron en la tabla de prueba binomial de niveles de prioridad del triaje ($p=0.022$) y tiempo de espera ($p=0.023$).

3.7.4. Confiabilidad

Los instrumentos fueron evaluados por García (66), quienes lo plasmaron según prueba Alfa de Cronbach de niveles de prioridad del triaje ($\alpha=0.92$) y tiempo de espera ($\alpha=0.98$).

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Culminado el proyecto, la institución universitaria emitirá una carta de presentación al director en un hospital público de Lima, a fin le brinden el permiso para poder ejecutarlo; luego se realizará coordinaciones con la jefatura de emergencias para con ello poder realizar el cotejo de las historias clínicas según número de encuestados y realizado de lunes a viernes hasta completar la población objetivo; terminado de haber aplicado los instrumentos se procesarán con el apoyo de Microsoft Excel 2021 y el Programa Estadístico SPSS v 26.0; se reportaran porcentualmente, y también se hará la Prueba de Correlación de Spearman (R_h0).

3.9. Aspectos éticos

Se tendrá en cuenta al Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener y los principios bioéticos de Belmont, teniendo en consideración el respeto por el anonimato de las historias clínicas de pacientes de emergencias, así como tener el permiso firmados de los participantes de los consentimientos informados de la investigadora para la lista de cotejo.

Autonomía. La investigadora elegirá de manera voluntaria las historias clínicas.

Beneficencia. El estudio disminuirá los tiempos de espera en emergencias.

No Maleficencia. No causará daño o peligro solo llenará una ficha de registro.

Justicia. Se respetará su condición económica y social sin discriminarlos

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma

ACTIVIDADES	2024					
	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Planteamiento problema, formulación, objetivos, justificación y delimitaciones del problema						
Antecedentes del estudio, base teórica e hipótesis						
Metodología, población, variables, técnica e instrumentos, procesamiento y análisis de datos						
Cronograma de actividades y presupuesto.						
Referencias, anexos, matriz de consistencia						
Revisión, aprobación y sustentación del proyecto						

4.2. Presupuesto

	Rubros	Unidad	Cantidad	Costo (S/.)	
				Unitario	Total
Servicios	Tipeo	Hoja	150	2.00	300.00
	Internet	Horas	250	2.00	500.00
	Empastado	Unidad	06	35.00	210.00
	Refrigerios	Unidad	100	10.00	1,000.00
	Transporte	Unidad	100	2.00	200.00
	Subtotal				
Recursos materiales	Papel bond	Millar	01	100.00	100.00
	Lapiceros	Unidad	10	2.00	20.00
	Archivadores	Docena	05	20.00	100.00
	Memoria USB	Unidad	01	100.00	100.00
	Subtotal				
N°	ÍTEMS			COSTO (S/.)	
1	Servicios			2,210.00	
2	Recursos materiales			320.00	
TOTAL				2,530.00	

5. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Atención básica de emergencia. Abordaje de lesionados y enfermos agudos. Ginebra: OMS; 2023. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332275/9789240006331-spa.pdf?sequence=1>
2. Organización Panamericana de la Salud. Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias. Washington: OPS; 2023. https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf
3. Ministerio de Salud del Perú. Monitoreo del Desempeño de la Gestión en Establecimientos de Salud del I, II y III Nivel de Atención. Lima: MINSA; 2023. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2359.pdf>
4. Asociación de Enfermeras de Emergencia. Reducción de los tiempos de atención, un mundo saludable a través de la fuerza de enfermería. Georgia: ANA; 2023. <https://www.nursingworld.org/ana-enterprise/>
5. Mtambo J, Dordunoo D, Mallidou A, Mohan M, Marquard P. Explorando los puntos de retraso en el departamento de emergencias. Victoria: Canadian Journal of Emergency Nursing; 2024. 47(01):14-19. <https://cjen.ca/index.php/cjen/article/view/158/231>
6. Al Nhdi N, Al Asmari H, Al Thobaity A. Investigación de indicadores de tiempo de espera y duración de la estancia en los departamentos de urgencias. Taif: Open Access Emergency Medicine; 2021. 13(xx):311-318. <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=71763>
7. Alamo I, Matzumura J, Gutierrez H. Reclamaciones de pacientes en el servicio de emergencia adultos de un hospital de tercer nivel de atención. Lima: Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma; 2020. 20(02):246-253. http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n2/en_2308-0531-rfmh-20-02-246.pdf

8. Al Yasin A, Ayaseen M, Ayaseen S. La eficacia de los sistemas de clasificación de emergencia: una revisión sistemática. Riyadh: Saudi Journal of Nursing and Health Care; 2023. 06(08):272-282. <https://tinyurl.com/bdhjtp95>
9. Marzano L, Darwich A, Jayanth R, Sven L, Falk N, Bodeby P, Meijer S. Diagnóstico de un servicio de urgencias saturado a partir de sus registros sanitarios electrónicos. Estocolmo: Scientific Reports; 2024. 14(9955):01-14. <https://www.nature.com/articles/s41598-024-60888-9.pdf>
10. Bittencourt R, Medeiros A, Bragança C, Gottens L, O'Dwyer G. Intervenciones en el hacinamiento de departamentos de emergencia. Brasilia: Revista de Saúde Pública; 2020. 54(66):01-13. <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2020.v54/66/en>
11. Trujillo M. El tiempo de espera en el área de triaje del servicio de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Implementación de un plan de mejora. [Tesis de especialidad]. Quito: Universidad de las América; 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/2chxzu62>
12. Gualpa S. Guía para la correcta valoración a los usuarios en triaje por parte del personal de enfermería en el área de emergencia del Hospital General Ambato IESS. [Tesis de especialidad]. Quito: Universidad de las América; 2024. Disponible en: <https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/15773/1/UDLA-EC-TME-2024-08.pdf>
13. Ávila L, Rosa J. Triage en el servicio de emergencia en el Hospital del Sur de Esmeraldas, Ecuador. Esmeraldas: Archivo Medico Camagüey; 2022. 26(2022):10-20. <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9071/4498>
14. Giménez A, Bruna M, Latorre A, Lafuente S, Navarro M, Melero T. Niveles de prioridad del triaje y tiempos de espera en las urgencias hospitalarias de la Red Sanitaria Española Miguel Servet y Lozano Blesa. Revista Sanitaria de Investigacion. 2022. 01(02):10-20. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/>

15. Alcántara S. Relación entre prioridades del triaje y tiempo de espera en atención de emergencia. [Tesis de especialidad]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2024. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/4e20f2a1-ae98-4ee9-97ff-ef35a53fb3ad/content>
16. Basilio J, Choque B, Quilca M. Niveles de prioridad del triaje y tiempo de espera de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Centro de Salud Chilca. [Tesis de especialidad]. Lima: Universidad Nacional del Callao; 2023. Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/9468157>
17. Alarcón J. Prioridad del triaje y tiempo de espera de los pacientes en el servicio de emergencia del hospital subregional de Andahuaylas. [Tesis de especialidad]. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad; 2022. Disponible en: https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/6599/253T20221054_T_C.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Ramos P, Guillén H. Niveles de prioridad en el triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes del servicio de emergencia del Hospital Andahuaylas. [Tesis de especialidad]. Lima: Universidad Nacional del Callao; 2020. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNAC_f102cae2d4a48002417bd7c27d8f99f6/Details
19. Taype W, De La Cruz L, Miranda D, Amado J. Características de la demanda no urgente en el servicio de emergencia de un hospital de la seguridad social en el Perú. Lima: Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma; 2020. 20(01):20-26. http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n1/en_2308-0531-rfmh-20-01-20.pdf
20. Herrera L, Hernández A, Roldan M, Hernández F, Thowinson M, Coronado G, Cuartas Y, Martínez L. El triaje como herramienta de priorización en urgencias. Medellín: Medicina Interna Mexicana; 2022. 38(02):322-334. <https://tinyurl.com/473zt8hk>

21. Yancey C, O'Rourke M. Triage del Departamento de Emergencias. Stockton: StatPearls; 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557583/>
22. Ozkan S, Ikizceli I. Triage en la gestión de desastres. Estambul: Cerrahpaşa Medical Journal; 2023. 47(S1):09-16. <https://cerrahpasamedj.org/Content/files/sayilar/163/9-16.pdf>
23. Ochoa K. Niveles de prioridad del triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes de urgencias – EsSalud Policlínico Chincha. [Tesis de especialidad]. Lima: Universidad María Auxiliadora; 2022. Disponible en: <https://tinyurl.com/y5yejxha>
24. Huamaní E. Priorización de la atención según triaje y tiempo de espera de pacientes en emergencia del Hospital Sergio E. Bernales. [Tesis de especialidad]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2022. Disponible en: <https://tinyurl.com/3wh84s5b>
25. Savioli G, Ceresa I, Bressan M, Bavestrello G, Veresi A, Novelli V, Muzzi A, et al. Triage de cinco niveles versus triaje de cuatro niveles en emergencias cuaternario. Pavia: Journal Medicine; 2023. 59(781):01-25. https://mdpi-res.com/d_attachment/medicina/medicina-59-00781/article_deploy/medicina-59-00781-v2.pdf?version=1681784568
26. Carpio F. Efectividad del triaje enfermero en la atención de pacientes en el servicio de emergencia. [Tesis de especialidad]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2022. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13008/Efectividad_Carpio_Vasquez_Flor.pdf?sequence=1
27. Amaya S. Niveles de prioridad del triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes del servicio de emergencia de un Hospital de Huánuco. [Tesis de especialidad]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2024. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/11221/T061_4363827_9_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y

28. Mollet A, Rousselet L, Tristram D, Kalach N, Pelzer M, Charkaluk M, Delebarre M. Comparación entre sistemas de triaje locales y tres validados en un servicio de urgencias para 2126 niños menores de 3 meses. Lille: Acta Pediatrica; 2023. 112(09):1986-1994. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/apa.16858>
29. Narváez M, Nazate Z, Pozo C, Tavera R. Análisis multicriterio en el ámbito sanitario: selección del sistema de triaje más adecuado para las unidades de atención de urgencias en Ecuador. Riobamba: Revista Investigación Operacional; 2022. 43(03):316-324. <https://tinyurl.com/bd2rcjwn>
30. Mashao K, Heyns T, White Z. Áreas de retraso relacionadas con una estadía prolongada en una emergencia departamento de un hospital académico en Sudáfrica. Pretoria: African Journal of Emergency Medicine; 2021. 11(2021):237-241. <https://tinyurl.com/kus9v5ph>
31. Taype W, Miranda D, Castro L, Amado J. Saturación y hacinamiento del servicio de emergencia de un hospital urbano. Lima: Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma; 2020. 20(02):216-221. http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n2/en_2308-0531-rfmh-20-02-216.pdf
32. Font C, Juvé M, Galimany J, Fabrellas N, Novella A, Sancho R, Adamuz J, Guix E. Implementación del triaje avanzado en el servicio de urgencias de un hospital público de alta complejidad. Llobregat: Nursing Open; 2023. 10(06):4101-4110. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10170939/pdf/NOP2-10-4101.pdf>
33. AlShatarat M, Rayan A, Eshah N, Baqas M, Jaber M, ALBashtawy M. Conocimiento y práctica de triaje y factores asociados entre enfermeras del departamento de emergencias. Riyadh: Sage Journals; 2022. 08(01):01-08. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/23779608221130588?download=true>
34. Wireklint S, Elmquist C, Göransson K. Una encuesta nacional actualizada sobre triaje y trabajo relacionado con el triaje en Suecia: una investigación transversal, seccional

- descriptiva y comparativa. Växjö: Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine; 2021. 29(89):01-08. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1720950/FULLTEXT01.pdf>
35. Álvarez K. Nivel de conocimiento de enfermería sobre la atención de víctimas en masa en la Emergencia del Hospital María Auxiliadora. [Tesis de especialidad]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11645/Nivel_AlvarezFernandez_Katherine.pdf?sequence=1
36. Font C, Juvé M, Galimany J, Fabrellas N, Roselló A, Sancho R, Adamuz J, Guix E. Implementación del triaje avanzado en el departamento de emergencia de hospital público de alta complejidad: investigación protocolo. Llobregat: Nursing Open; 2023. 2023(10):4101-4110. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/nop2.1622>
37. Acosta L, Quiroga J, Serrano D, Prado P. Análisis de la oportunidad de atención de la implementación de un nuevo modelo de valoración de urgencias de alta y moderada complejidad (traje II y III). [Tesis de especialidad]. Bogotá: Pontifica Universidad Javeriana; 2021. Disponible en: <https://tinyurl.com/3vh5ybd9>
38. Lauridsen S. Atención de emergencia, triaje y equidad. Copenhague: Bioethics; 34(05):450-458. https://findresearcher.sdu.dk/ws/portalfiles/portal/159700747/Emergency_care_triage_and_fairness_Bioethics_05.08.19.pdf
39. Dehn P, Simonsen S, Olesen M. Los factores multidimensionales determinan el desarrollo de la adquisición de habilidades en la autodeterminación guiada. Aarhus: Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2022. 37(02):549-560. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/scs.13140>

40. Fetene T, Abebe H, Alebel F, Tsehay T, Tsegaye B, Kindie K, Tolessa O, Aynalem A, Chekole B, Tesfa Sh, Tessu M, Wondie A, Mengist B. Competencia clínica y factores asociados entre estudiantes de pregrado en enfermería que estudian en universidades del estado regional sur de Etiopía, 2021. Injibara: Heliyon; 2023. 09(2023):01-08. <https://tinyurl.com/23sjnvpm>
41. Ramírez A. Transiciones de enfermería a la práctica: una comparación de los resultados del comportamiento del rol profesional. [Tesis de especialidad]. Fresno: Universidad Estatal de California; 2021. Disponible en: <https://tinyurl.com/bdfp728m>
42. Rosander M, Frykedal K, Barimani M, Berlin A. Experiencias de grupos líderes de educación de padres: dificultades y recompensas percibidas como indicación de la adquisición de habilidades. Linkoping: Sage Journals; 2022. 26(01):68-81. <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/13674935211000940>
43. Islam K, Khair M, Khanam F. Tiempo de espera del paciente en el servicio de urgencias de un hospital de nivel terciario. Dhaka: Journal of Preventive and Social Medicine; 2019. 38(02):15-21. <https://tinyurl.com/mskf2pz2>
44. Siamisang K, Tlhakanelo J, Mhaladi B. Tiempos de espera en el departamento de emergencias y determinantes de la duración prolongada de la estancia en un hospital de referencia de Botswana. Gaborone: Open Journal of Emergency Medicine; 2020. 08(01):59-70. https://www.scirp.org/pdf/ojem_2020072216143088.pdf
45. Chalco F. Tiempo de espera y satisfacción de los pacientes en el servicio de emergencia de un hospital del Ministerio de Salud de Lima. [Tesis de especialidad]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2023. Disponible en: <https://tinyurl.com/2p9ybc87>
46. Ouyang E, Wang J, Savin S, Leung S, Rainer T. Sensibilidad del paciente sobre tiempo de espera de emergencias. Hong Kong: Repositorio de la Universidad de Hong Kong; 2022. 01(02):10-20. <https://hub.hku.hk/bitstream/10722/312665/1/Content.pdf>

47. Yuzeng Sh, Hui L. Mejorar el tiempo de espera para el triaje en urgencias. Singapur: BMJ Open Quality; 2020. 09(01):01-05. <https://tinyurl.com/mrpn7ye8>
48. Shen Y, Lee L. Mejorar el tiempo de espera para el triaje en el departamento de Emergencia. Singapur: BMJ Open Quality; 2020. 09(e000708):01-05. <https://bmjopenquality.bmj.com/content/bmjqip/9/1/e000708.full.pdf>
49. Taype W, De La Cruz L, Amado J. Impacto del triaje estructurado en el hacinamiento del servicio de emergencia de un hospital terciario. Lima: Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo; 2021. 14(04):491-495. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rcmhnaaa/v14n4/2227-4731-rcmhnaaa-14-04-491.pdf>
50. Alnaeem M, Banihani S, Islaih A, Al-Qudimat A. Expectativas de los pacientes de urgencias respecto al sistema de triaje, conocimiento a la llegada del paciente. Amman: Irish Journal of Medical Science (1971-); 2024. 01(02):01-08. <https://tinyurl.com/t6uct6c9>
51. Flores E, Espinoza P, González C, Hernández S, Barría R. Eficiencia del sistema de triaje en un servicio de emergencia hospitalario. Revista CuidArte; 2020. 09(18):46-54. <https://revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/76671>
52. Yousefi Z, Shahsavarinia K, Zahedi H, Feizollahzadeh H. El impacto del método de clasificación en equipo en los índices de desempeño del departamento de emergencias: un estudio cuasiintervencionista. Tabriz: International Journal of Applied and Basic Medical Research; 2023. 13(03):168-174. <https://assets-eu.researchsquare.com/files/rs-1729756/v1/824b7d81-9b3d-432b-ac01-f9050a5716ad.pdf?c=1696437740>
53. Sánchez R, Herrero A, Garvi M. Los sistemas de triaje de urgencias en el siglo XXI: una visión internacional. Oviedo: Revista Española de Salud Pública; 2021. 01(02):01-06. <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v95/1135-5727-resp-95-perspectivas16.pdf>
54. Cruz A, Flórez G, Pérez J, Ardila L. Estrategias para disminuir el tiempo de atención en el servicio de urgencias de un hospital de alta complejidad de Ibagué, Colombia. [Tesis de

- especialidad]. Bogotá: Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud; 2023. Disponible en: <https://repositorio.fucsalud.edu.co/server/api/core/bitstreams/78fc8982-d21e-44fa-a8eb-464ac6882a6f/content>
55. Wang Y. Investigación sobre la teoría de colas basada en el modelo de colas M/M/1. Beijing: Highlights in Science Engineering and Technology; 2023. 61(2023):80-87. <https://tinyurl.com/5h492rxu>
56. Sharma U, Garg K. Impacto de la teoría de colas en todo el proceso empresarial, desde la fabricación hasta el consumidor. Mathura: IJIRT International Journal of Innovative Research In Technology; 2021. 08(01):297-300. <https://tinyurl.com/yc6s8hm9>
57. Ding S. Análisis y aplicación de la teoría de las colas informáticas. Chengdu: Intelligence (ICIAAI 2023), Advances in Computer Science Research, 2023. 108(02):447-453. <https://www.atlantis-pess.com/article/125994508.pdf>
58. Gallego A. Teoría de colas. Jaén: Universidad de Jaén; 2020. <https://tinyurl.com/yckm7ctf>
59. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. Madrid: McGraw-Hill; 2020. [Libro]. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista- Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
60. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. Metodología de la investigación y redacción de la tesis. Bogotá: Ediciones de la U; 2020. [Libro]. Disponible en: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/MetodologiaInvestigacionNaupas.pdf
61. Rodríguez G, García E. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Granada: Ediciones Aljibe; 2020. [Libro]. Disponible en: <https://media.utp.edu.co/centro-gestion-ambiental/archivos/metodologia-de-la-investigacion-cualitativa/investigacioncualitativa.doc>

62. Ruiz J. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Caracas: Universidad de Deusto; 2020. [Internet]. Disponible en:
<https://books.google.co.ve/books?id=WdaAt6ogAykC&printsec=frontcov&hl=es>
63. Gallardo E. Metodología de la investigación. Lima: Universidad Continental; 2020. [Internet]. Disponible en:
<https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4278/1/doucegmauc05842018.pdf>
64. Navarro S. Introducción a la metodología de la investigación. Estelí: Universidad Nacional de Ingeniería. [Internet]. Disponible en:
<https://sjnavarro.wordpress.com/metodologia-investigacion/>
65. Tamayo M. Metodología formal de la investigación científica. Distrito Federal: Limusa; 2020. [Internet]. Disponible en: https://sbiblio.uandina.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=15089&shelfbrowse_itemnumber=21851
66. García R. Nivel de triaje Manchester y la reducción del tiempo de espera en la atención en el servicio de emergencias del Hospital Cabueñes. Oviedo: Universidad de Oviedo. [Internet]. Disponible en:
<https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/20366/TFM%20ROC%c3%8dO%20GARC%c3%8dA%20GONZ%c3%81LEZ.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

ANEXOS

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general</p> <p>“¿Cómo se relaciona los niveles de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia en un hospital público de Lima, 2024?”</p> <p>Problemas específicos</p> <p>“¿Cómo se relaciona la dimensión nivel de prioridad I del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia?”</p> <p>“¿Cómo se relaciona la dimensión nivel de prioridad II del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia?”</p> <p>“¿Cómo se relaciona la dimensión nivel de prioridad III del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia?”</p> <p>“¿Cómo se relaciona la dimensión nivel de prioridad IV del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia?”</p>	<p>Objetivo general</p> <p>“Determinar cómo se relaciona los niveles de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia en un hospital público de Lima, 2024”</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>“Establecer cómo se relaciona la dimensión nivel de prioridad I del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia”</p> <p>“Establecer cómo se relaciona la dimensión nivel de prioridad II del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia”</p> <p>“Establecer cómo se relaciona la dimensión nivel de prioridad III del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia”</p> <p>“Establecer cómo se relaciona la dimensión nivel de prioridad IV del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia”</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>“Existe relación entre los niveles de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia en un hospital público de Lima, 2024”</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>“Existe relación entre la dimensión nivel de prioridad I del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia”</p> <p>“Existe relación entre la dimensión nivel de prioridad II del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia”</p> <p>“Existe relación entre la dimensión nivel de prioridad III del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia”</p> <p>“Existe relación entre la dimensión nivel de prioridad IV del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia”</p>	<p>Variable Independiente</p> <p>Niveles de prioridad del triaje</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prioridad I ▪ Prioridad II ▪ Prioridad III ▪ Prioridad IV <p>Variable Dependiente</p> <p>Tiempo de espera</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hora de triaje ▪ Hora d atención 	<p>Método de la investigación</p> <p>Hipotético-deductivo</p> <p>Enfoque de la investigación</p> <p>Cuantitativo</p> <p>Tipo de investigación</p> <p>Aplicada</p> <p>Diseño de la investigación</p> <p>No experimental Descriptivo-Correlacional</p> <p>Población</p> <p>95 historias clínicas de pacientes de emergencias</p> <p>Muestra</p> <p>95 historias clínicas</p> <p>Técnicas</p> <p>Lista de cotejo</p> <p>Instrumentos</p> <p>Ficha de registro 1 Ficha de registro 2</p>

ANEXO 2. INSTRUMENTOS

Nº HISTORIA CLÍNICA: _____

SEXO: FEMENINO () MASCULINO ()

EDAD: _____

INSTRUMENTO 1**FICHA DE REGISTRO DE DATOS DE NIVELES DE PRIORIDAD DEL TRIAJE**

HORA DE TRIAJE (HT)	HORA DE ATENCIÓN (HA)	HA – HT

INSTRUMENTO 2**FICHA DE REGISTRO DE DATOS DEL TIEMPO DE ESPERA**

ADECUADO	CUMPLE CON EL TIEMPO DE ATENCIÓN	
INADECUADO	NO CUMPLE CON EL TIEMPO DE ATENCIÓN	

PRIORIDAD	TIEMPO DE ATENCIÓN
PRIORIDAD I	INMEDIATAMENTE
PRIORIDAD II	< 15 MINUTOS
PRIORIDAD III	< 30 MINUTOS
PRIORIDAD IV	< 60 MINUTOS

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente formato de permiso para que usted autorice una hoja para recabar información de las historias clínicas sobre la investigación: “Niveles de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia en un hospital público de Lima, 2024”; asimismo, la participación será autorizada por la enfermera jefe del servicio de emergencia de manera voluntaria con el objeto de conocer los beneficios de la investigación de hacer una lista de cotejo de las historias clínicas para ser llenados en los instrumentos abordados; asimismo, no tendrá costo alguno ni tampoco remuneración del mismo por su participación; finalmente, es confidencial solo para uso de la investigadora y del Comité de Ética.

He leído el documento por lo que acepto y firmo el consentimiento informado.

Firma de la investigadora

ANEXO 4. REPORTE DE TURNITIN



Página 2 of 43 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega tm:oid::14912:430104859




17% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 8 palabras)

Fuentes principales

- 16%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 16%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

● 12% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 11% Base de datos de trabajos entregados
- 0% 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	uwiener on 2024-04-17 Submitted works	3%
2	uwiener on 2024-12-06 Submitted works	2%
3	uwiener on 2023-04-19 Submitted works	1%
4	hdl.handle.net Internet	<1%
5	uwiener on 2023-12-23 Submitted works	<1%
6	uwiener on 2024-05-21 Submitted works	<1%
7	uwiener on 2023-10-17 Submitted works	<1%
8	uwiener on 2023-04-02 Submitted works	<1%