



**UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE PRIORIDAD DEL TRIAJE Y TIEMPO DE
ESPERA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE EMERGENCIA – ESSALUD,
LIMA, PERÚ 2016**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

AUTORES :

- Osorio Yalán Rosita de Fátima
- Palacios Sánchez Gladys Noelia
- Pérez Contreras Karina Rosario
- Trejo Chávez Magdaly Milen

LIMA - PERÚ

2016

INDICE

RESUMEN

ABSTRAC

INTRODUCCION

CÁPITULO I: Planteamiento del Problema.....	02
CÁPITULO II: Propósito y Objetivos.....	05
CÁPITULO III: Marco Teórico.....	06
CÁPITULO IV: Hipótesis.....	13
CÁPITULO V: Material y Métodos.....	14
CÁPITULO VI: Consideraciones Éticas y Administrativas.....	21
Presupuesto.....	22
Referencias Bibliográficas.....	24
ANEXOS.....	27

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo principal determinar la relación que existe entre los niveles de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Marino Molina – EsSalud, octubre - diciembre 2015. Este estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, la muestra lo conformaron 385 historias clínicas, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. La información se recolectó a través de una ficha de registro de datos, utilizándose la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia.

PALABRAS CLAVES: Triage, Prioridad del Paciente.

ABSTRACT

The present study has main objective to determine the relation that exists between the levels of priority of triage and the waiting time in the care of the patients who come to the hospital service at Marino Molina - EsSalud, from October to December 2015. This is a quantitative, descriptive, retrospective study, the sample consisted of 385 clinical histories, which met the inclusion and exclusion criteria. The information was collected through a data log, using the non-probabilistic sampling technique for convenience.

KEY WORDS: Triage, Patient Priority.

INTRODUCCIÓN

Los servicios de emergencia constituyen parte fundamental en todos los hospitales, clínicas y otros establecimientos de salud, pues son el primer contacto para los pacientes en situaciones de riesgo. Con el paso de los años éstos servicios vienen experimentando aumento en la demanda de atención, conduciendo a una saturación de las guardias, lo que se traduce en tiempos de espera prolongados e inaceptables desde el punto de vista de la calidad del servicio; esto es un problema no solo en Perú sino en muchos países a nivel mundial^{1,2,3}.

La creciente demanda ha puesto en marcha la necesidad de implementar métodos para clasificar y ordenar a los pacientes que llegan a solicitar una atención, con mayor rapidez y precisión, es así que hoy en día muchos hospitales en nuestro país usan sistemas de triaje estructurado en sus servicios de emergencia, el objetivo básico de ésta implementación es controlar su riesgo ante una eventual espera para ser atendido; es decir lograr que se pueda atender en forma rápida y eficaz cualquier paciente en una situación de emergencia médica¹.

El proyecto de investigación estudiará la relación entre los niveles de prioridad y el tiempo de espera, siendo el triaje un factor importante para los pacientes en la percepción del tiempo tanto de espera para ser atendidos por el médico como de la estancia ya que disminuirá el flujo de atención en los servicios de emergencia, mejorará la sobrecarga asistencial y el colapso.

CÁPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial en los últimos años, los servicios de emergencias experimentan un incremento en la demanda de atención de pacientes, teniendo como consecuencias la saturación de los servicios y largos tiempos de espera; ocasionando de esta manera malestar en el paciente como en el personal de salud que brinda dicha atención. Es así que un estudio señala que en el 2007, fueron atendidas en los hospitales españoles 26.265.096 urgencias (79,4% en hospitales públicos), el número total de urgencias hospitalarias aumentó un 23,2%, entre 2001 y 2007⁴. Por ello, el uso de las Emergencias Hospitalarias es cada vez mayor, lo que conduce a su masificación, y a consecuencias negativas tanto para el paciente como para el sistema organizativo⁵.

En México, se reportó que la demanda de atención de pacientes se ve reflejada en la saturación del servicio, aumentando de forma anual el número de pacientes con mayor tiempo de espera, por lo que implementaron un módulo de triaje, siendo esta estrategia útil ya que lograron disminuir tiempo de espera⁶. Los tiempos de espera no solamente colocan a los pacientes en situación de riesgo sino que también generan malestar, insatisfacción y en ocasiones agresividad contra la institución y sus empleados⁷. Y en los Estados Unidos, el CDC (Centers for Disease G Control and Prevention) encontró que, de aquellos pacientes que los enfermeros de triaje juzgaron como críticos, más del 10% tuvo que esperar más de 1 hora para ver a un médico en el departamento de emergencias¹.

En Perú, como en muchos países los servicios de emergencias de los hospitales públicos vienen experimentando un incremento en la demanda de atención de los pacientes, es así que en la ciudad de Lima el Hospital Nacional Cayetano Heredia pasó de 65 462 atenciones en el 2009 a 80743 en el 2013⁸. Generalmente la demanda en éstos siempre es más alta que la oferta. La atención al paciente es deficiente en la mayoría de los casos; considerando el largo tiempo de espera, la falta de capacidad física en instalaciones y la poca información que recibe el familiar son las quejas más comunes que presentan los usuarios de estos servicios. La priorización y

clasificación de los pacientes, son clave para el mejor funcionamiento de las salas de emergencia⁹.

Durante nuestra práctica diaria en los distintos establecimientos de salud, se observa la afluencia de pacientes que saturan los servicios de emergencia y el Hospital Marino Molina no es ajeno a ello, en el cual se emplea un triaje basado en síntomas clínicos para la clasificación de los pacientes y se realiza bajo los criterios entre urgencia o emergencia, conllevando a una saturación del servicio de emergencia y prolongando el tiempo de espera de los pacientes que llegan a solicitar una atención. En el 2010 el hospital contaba con una población de 10 mil asegurados y en el 2014 la demanda de pacientes ha crecido a 16850 asegurados (Fuente: Oficina de Epidemiología Hospital Marino Molina). Por lo expuesto se hace la siguiente pregunta de investigación.

1.1.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre los niveles de prioridad del triaje y el tiempo de espera de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Marino Molina, Octubre–Diciembre 2015?

1.2.-JUSTIFICACIÓN

El proceso de clasificación de los pacientes que acuden al servicio de emergencia se ha convertido en una necesidad, debido a la gran demanda de pacientes o usuarios. Hoy en día los pacientes buscan en los hospitales ser atendidos, con prontitud, garantizándoles que la atención brindada este acorde con sus problemas de salud y que a la vez sea de gran impacto para él y sus familiares. Por ello es necesario establecer una relación entre los niveles de prioridad del triaje y el tiempo de espera, mediante un manejo eficiente del profesional de enfermería asignado a este servicio, el cual será capaz de identificar de manera correcta las necesidades del paciente y de establecer prioridades en su atención.

1.3.- VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO

La investigación es viable y factible, pues se dispone de los recursos necesarios para llevarlo a cabo, se contará con la autorización de la dirección médica y de las jefaturas correspondientes para realizar el estudio; también con el apoyo del profesional de enfermería que colaborará desinteresada e incondicionalmente, por lo que los resultados de la investigación también son de su interés, así como la autorización y disponibilidad de las historias clínicas de los usuarios quienes constituyen nuestra fuente de datos.

CÁPITULO II

2.1. PROPOSITO:

Analizar los resultados de la investigación con las autoridades y profesionales de la salud, en especial con los enfermeros del servicio de emergencia del Hospital Marino Molina, para sugerir propuestas de mejora, garantizando así una atención acorde a la necesidad de salud del paciente. Además los datos de la investigación, servirán como referencia científica para que esta institución de salud, mejore su sistema de triaje. Así como también favorecería el desarrollo de investigaciones en este campo.

2.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

2.2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre los niveles de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de los pacientes que acuden al servicio de emergencia.

2.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la clasificación de pacientes según niveles de prioridad en el triaje.

- Analizar el tiempo de espera transcurrido desde la atención inicial del triaje hasta la evaluación médica.

CAPITULO III: MARCO TEORICO

3.1.ANTECEDENTES

García G. R. en su tesis denominada, ¿Se ha reducido el tiempo de espera en el Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes con la utilización del sistema de triaje Manchester?, realizado en España en el año 2013, propone como objetivo determinar si se han reducido los tiempos de espera en el Servicio de Urgencias Generales del Hospital de Cabueñes hasta la atención por parte del facultativo con la implantación del Sistema de Triage Manchester. Se trata de un estudio descriptivo observacional transversal y retrospectivo, los datos se obtienen de archivo, de la historia clínica de cada paciente. La muestra se calculó sobre 15.754 pacientes, que fueron los atendidos desde el 1 de Octubre al 31 de Marzo de 2013. Obteniendo como resultado en cuanto al tiempo de espera según el código de color destaca que en ambos grupos se superan los tiempos establecidos para la atención. En el caso del triaje convencional sólo 33 pacientes son atendidos en el tiempo correspondiente a su código, y en el caso de STM son 41¹⁰.

Muñoz S.E es su tesis denominada Estudio de la frecuentación del Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de Palencia realizado en España-2015 la cual tiene por objetivo conocer los tiempos de espera de los pacientes, en el Servicio de Urgencias Hospitalarias de Palencia; observar si los pacientes que demandan atención urgente acuden por orden facultativa o por iniciativa propia y determinar las características socio demográficas de los pacientes que acuden al Servicio. Este estudio es de tipo descriptivo, transversal, teniendo una muestra total a 889 casos, la edad media fue de 51 años y el 51,3% fueron mujeres. Los pacientes entre 81 y 90 años asistieron con más asiduidad al Servicio. La frecuencia resultó mayor en el turno matutino, existiendo una hora de máxima atención a las 12 de la mañana y siendo el lunes el día de mayor afluencia; 366 pacientes fueron triados con un nivel III de urgencia (41,2%) y 512 casos (57,6%) acudieron al Servicio por orden facultativa; 231 casos requirieron hospitalización (26%). El tiempo medio de espera desde la filiación administrativa hasta el triaje, fue de 8 minutos. El tiempo de espera desde la

clasificación a la atención médica, fue superior al protocolizado en cada nivel de urgencia. Concluyendo que el porcentaje de pacientes que acude por orden facultativa es elevado, a pesar de ello, un alto porcentaje podría haber sido tratado en niveles asistenciales primarios para evitar el colapso en este Servicio¹¹.

Vargas R.G, González V.M. en su tesis Comparación de Parámetros de Atención en una Escala de Triage de 5 Niveles con los parámetros estándar, Colombia-2015, tuvo como objetivo comparar los parámetros de atención por niveles de triage de la escala de severidad ESI versión 4.0 de la Fundación Santa Fé de Bogotá con los parámetros estándar de la guía ESI 4.0 como medida de calidad de la atención en urgencias para evaluar su implementación. Se trata de un estudio observacional analítico de corte transversal. Se incluyeron 385 pacientes aleatorizados por nivel de atención. Se tomaron datos demográficos y variables como consumo de recursos y destino del paciente para su descripción y análisis; los resultados fueron que el promedio de edad fue 44.9 años IC95% 42.9–46.9, el 54.5% fueron mujeres. Se encontró un tiempo promedio de espera para nivel 1 de 1.39 min, para el nivel 2 de 22.9 min, para el nivel 3 de 41.9 min, para el nivel 4 de 56.9 min y para el nivel 5 de 52.1 min. El tiempo promedio de estancia en urgencias fue 5.9 horas y el 78.9% consumió recursos. Al comparar los tiempos con estándares mundiales en el nivel 1, 2 y 3 son significativamente mayores ($P < 0,05$), en el nivel 4 es similar ($p = 0,51$) y en el nivel 5 es significativamente menor ($p = 0,00$). Se concluye que la aplicación de la ESI 4.0, muestra un impacto positivo en la oportunidad de atención a los pacientes, en todos los niveles de atención¹².

Zambrano T. C. en su tesis denominada Sistema de Triage y Disminución de Tiempos de Espera en el Hospital San Vicente de Paúl de la Ciudad de Ibarra, Ecuador–2012, tuvo como objetivo Implementar un Sistema de Triage para disminuir los tiempos de espera de los usuarios; donde utilizó un método con enfoque multimodal, es decir de carácter cualitativo y cuantitativo, el estudio concluye en que la implementación del Sistema de Triage y disminución de tiempos de espera causa un impacto alto positivo, por lo que es recomendable que se ejecute la presente propuesta, ya que va a ayudar a brindar un mejor servicio de salud y atención a la comunidad del norte del País¹³.

Vílchez Z. C. en su estudio titulado Aplicación de un sistema de triaje de cinco niveles en pacientes que acuden al servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote – EsSalud, realizado en Noviembre del 2008 a Setiembre 2009 – Perú, tuvo como objetivo evaluar el resultado de la aplicación de un sistema de triaje de cinco niveles en el servicio de emergencia del Hospital III Chimbote, en el cuál se obtuvieron los siguientes resultados, el tiempo promedio de duración del triaje por paciente fue de 3.48 minutos y el tiempo promedio de espera del paciente que pasó triaje para ser evaluado por el médico de tópico fue de 58.69 Minutos, teniendo como máxima espera a más de 180 minutos; concluye; que existe la necesidad de implementar en el Hospital III de Chimbote- EsSalud el sistema de triaje de V niveles las 24 horas del día, con recurso humano capacitado⁹.

Silvariño R., en su estudio Experiencia de triaje estructurado en el departamento de urgencia - Uruguay, tuvo como objetivo evaluar la eficacia del Triaje estructurado como herramienta de gestión clínica, donde se recolectaron de forma prospectiva datos patronímicos y controles vitales de 500 pacientes consecutivos y se auditó de manera retrospectiva la historia clínica de los mismos en busca de parámetros que permitan evaluar la efectividad del Triaje estructurado. Los resultados mostraron que el tiempo global de estadía en el departamento de urgencia fue de 101,5 minutos, el tiempo entre triaje y consulta médica 50,1 minutos; 63% a 100% de las consultas fueron asistidas dentro de los tiempos preestablecidos para cada categoría de riesgo. Se concluye que el Triaje estructurado es una herramienta eficaz de gestión clínico-asistencial¹⁴.

Interiano C., Estrada G., Gross M. E., en su tesis Mejoramiento de los Tiempos de Atención de Emergencia en el Hospital Dr. Mario Catarino Rivas, tuvo como objetivo proponer la implementación del sistema de triaje para disminuir el tiempo de atención. Para el diseño de la investigación se utilizó un enfoque mixto dominante cuantitativo con un pre-experimento de un escenario pre y pos prueba. Se concluyó que el sistema de triaje no influye en la reducción del tiempo total pero si en el tiempo de primera asistencia en un 56.06%. Sin embargo, no reduce significativamente el tiempo de segunda asistencia, ya que este se ve

influenciado por los tiempos de laboratorio, rayos-x y espera para sala de operaciones. Se recomienda implementar el sistema del triaje y reestructurar la infraestructura, personal, equipo y suministros para mejorar el proceso de atención actual¹⁵.

Sanizo Z. L. en su tesis “Atención de recepción, acogida al usuario que acude al servicio de emergencia de la Caja Petrolera de Salud en el segundo trimestre 2013, La Paz – Bolivia”, tuvo por objetivo evaluar el sistema de atención al usuario que acude al servicio de emergencia, este estudio es de tipo descriptivo cuantitativo, transversal; los resultados fueron tiempo de espera para la atención, una hora y más de dos horas para la valoración por especialidad; el 72% es atendido de acuerdo a la llegada, sólo 5% al 7% son atendidos en menos de 15 minutos en el espacio físico disponibles. De acuerdo a resultados de la investigación se plantea una nueva reorganización e implementar el triaje para garantizar una asistencia integral y modular la asistencia de los procesos no urgentes, en un marco de continuidad asistencial¹⁶.

Isa Kroon, Scandra Antoinette, Cordoba Ramírez, Gilberto Horacio en su estudio Triage en el Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital Central de la Policía el cual fue descriptivo de corte transversal, cuyo objetivo fue implementar el sistema de triaje como prueba piloto en el Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital Central de la Policía para valorar si contribuiría a la disminución de los tiempos de espera, mejoraría la satisfacción del usuario y la capacidad resolutoria del Servicio. Se utilizó la escala de triaje pediátrico canadiense modificado para adaptarla al instrumento para la realización del triaje de la historia clínica institucional. los tiempos de espera para la atención en el triaje oscilaron entre tres minutos y una hora y ocho minutos. El tiempo de espera para la atención en consulta de urgencias varía de 1 minuto hasta 360 minutos (seis horas) tomando todos los niveles de triaje. los tiempos de espera para la atención según la clasificación triaje varían para triaje II de tres minutos a 40 minutos, triaje III en tres minutos a 60 minutos y para T q L estar sujeta a la realización del triaje en razón de que esto permite establecer la prioridad de atención mejorando la posibilidad de intervenir rápida y oportunamente los casos que así lo requieran, disminuyendo los riesgos para los pacientes y a la vez disminuir los tiempos de espera para la atención a pesar de que el grueso de la clasificación sea triaje IV. Concluyen que La realización del triaje

mejora la percepción del usuario del servicio ya que desde el primer contacto con el profesional del triage se le está informando sobre el estado del paciente, de los tiempos de espera según la clasificación triage generando esto tranquilidad en los padres o cuidadores¹⁷.

De Argila N. ,Egea B. , CarnevalI D. en su estudio de Evaluación del impacto tras la implantación del triage de adulto gestionado por enfermería en un servicio de urgencias hospitalarias en España , el cual tuvo como objetivo analizar el impacto de un programa de triage en la demora en la atención de los pacientes en un servicio de urgencias hospitalarias y conocer la valoración del personal de enfermería que ha iniciado la gestión del triage, donde se realizó un estudio observacional prospectivo de tipo cohortes del total de 1413 pacientes que son atendidos en urgencias se analiza esta herramienta desde la experiencia de los profesionales de enfermería en plantilla con una encuesta estructurada simple. Entre los diez primeros sin triage y los seis siguientes con triage, se evidencia una diferencia significativa; se obtuvo como resultado la mejora en los tiempos en la primera atención ($p < 0.05$); sin embargo, no se aprecia diferencia significativa en el tiempo total de estancia en urgencias¹⁸.

3.2. BASE TEORICA

El término triage procede del verbo francés *trier*, vocablo que aparece en el siglo XII y que significa “separar”. En la lengua española no existe la palabra triage como tal, existe el término *tria*; acción y efecto de triar o triarse, que en vocablos sencillos se traduce como priorización, clasificación o selección¹⁹. Según la Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia N° 042 MINSA / DGSP-V. 01, Perú – 2007; “El profesional de salud encargado del triaje, realiza el control de las funciones vitales del paciente y determina la prioridad del daño del mismo, a fin de derivarlo al área correspondiente de acuerdo al protocolo de triaje”²⁰. Por lo tanto podemos decir que el triaje es un proceso que identifica y clasifica a los pacientes en niveles de prioridad; el cual es realizado por un profesional de salud calificado, quien determina la gravedad del paciente según su valoración clínica, derivándolo al área correspondiente para su tratamiento oportuno.

En el mismo sentido para fortalecer esta definición el autor Nicolás José y sus colaboradores definen que la clasificación y priorización de pacientes puede realizarse de una forma estructurada o no estructurada. El triaje estructurado hace referencia a la disponibilidad de una escala de triaje válida, útil, relevante y reproducible, y de una estructura física, profesional y tecnológica en los servicios que permitan su realización, según un modelo de calidad evaluable. Sus objetivos finales son: Identificar rápidamente los pacientes en situaciones de peligro inminente vital, con objeto de priorizar su asistencia y disminuir el riesgo, determinar el área de tratamiento más adecuada, permitir una evaluación continua, gracias a reevaluaciones periódicas, proporcionar información que permita conocer y comparar la casuística de emergencia, con la finalidad de optimizar recursos, mejorar la gestión y eficiencia²¹.

Hoy en día existen varios modelos de sistemas de triaje que van desde los 3 a los 5 niveles de clasificación siendo estos últimos (MTS- Manchester, ATS –Australia, CTAS –Canadá, etc.) considerados los más fiables por su mayor discriminación. Según el autor Sanizo Zevallos refiere que los niveles de prioridad del triaje, son una forma en que se estructura la atención al paciente, dependiendo de la gravedad de su patología y del estado general que presente¹⁴, previa valoración de signos y síntomas. Además el nivel de prioridad determina la rapidez con que se actúa sobre el paciente y el orden en que éstos serán atendidos⁴. Así tenemos los siguientes niveles de prioridades de triaje:

Prioridad I (inmediata y /o < 5 minutos): Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock Trauma, ésta prioridad incluye 20daños entre ellos; Paro Cardio Respiratorio, shock, trauma severo, obstrucción vía aérea alta, además considera signos vitales de riesgo como:

Frecuencia cardiaca <50 x min, Frecuencia cardiaca >150 x min, Presión arterial sistólica < 90 mmHg, Presión arterial sistólica >220 mmHg, Presión arterial diastólica > 110 mmHg ó

30 mmHg por encima de su basal, Frecuencia respiratoria > 35 x min, Frecuencia respiratoria < 10 x min.

Prioridad II (10 minutos): Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias; incluye una lista de 49 daños entre ellas; Crisis asmática, diabetes mellitus descompensada, hemoptisis, trastornos del sensorio, dolor torácico.

Prioridad III (<20 minutos): Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Contiene una lista con 22 daños de las cuales se menciona; Dolor abdominal, deshidratación moderada, broncoespasmo leve, síndrome vertiginoso y trastorno vascular.

Prioridad IV (<30 minutos): Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios Descentralizados. Contiene lista de 10 daños entre ellas; enfermedades diarreicas agudas, enfermedades crónicas no descompensadas, resfrió común¹⁶.

Según la Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia N° 042 MINSA / DGSP-V. 01, Perú – 2007; precisa que el tiempo promedio de espera para ser atendido, según casos de prioridad; permitirá evaluar la calidad y oportunidad del servicio que se brinda, a través de la cuantificación del tiempo, desde la recepción hasta la atención del paciente. Por lo tanto podemos decir que el tiempo de espera se define como el tiempo que transcurre desde la llegada del paciente hasta el momento que es atendido por un profesional médico calificado.

En la investigación se estudiará el tiempo comprendido entre la hora de triaje y la hora de atención, el cual se define según el autor García Gonzales como “el tiempo expresado en minutos comprendido desde que el paciente es clasificado en triaje hasta la hora que recibe atención por parte del personal facultativo”, los cuales son:

Hora de Triage: Hora en la que se realiza una clasificación por parte del personal de salud responsable de triaje.

Hora de Atención: Hora registrada en la historia clínica en la que se realiza la atención por parte del personal médico¹⁰.

Para presentar los resultados se tendrá en cuenta los estándares del tiempo de espera para cada nivel de prioridad, establecidos en la norma técnica de salud de los servicios de emergencia; expresado de la siguiente manera:

Adecuado; si el tiempo de atención cumple con los estándares determinados por la norma técnica en cada nivel de prioridad.

Inadecuado; si el tiempo de atención es mayor que los estándares determinados por la norma técnica en cada nivel de prioridad.

En la investigación, para la variable Niveles de Prioridad; se consideró como indicador la clasificación del paciente (niveles de prioridad I, II, III, IV) que realiza el profesional de salud responsable de triaje y que registra en la historia clínica sucinta (ANEXO N° 03).

La enfermera es un recurso humano importante para la atención de los pacientes en el servicio de emergencia como es en el triaje debido a que estará dispuesta a satisfacer las necesidades de la demanda, el nivel de complejidad y los recursos disponibles; con competencias para brindar Reanimación Cardiopulmonar Cerebral Básica y atención de enfermería en emergencias²⁰.

CAPITULO IV: HIPOTESIS

La relación que existe entre los niveles de prioridad del triaje y el tiempo de espera de los pacientes que son atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Marino Molina, es inadecuada.

CAPITULO V: MATERIAL Y METODOS

5.1. DISEÑO DE ESTUDIO:

TIPO DE ESTUDIO: Enfoque Cuantitativo, diseño no experimental, estudio descriptivo, retrospectivo.

AREA DE ESTUDIO:

El Hospital Marino Molina EsSalud, ubicado en el Distrito de Comas Av. Guillermo De La Fuente S/N – urb. Los viñedos, zona norte de la ciudad de Lima. Este servicio cuenta con 01 área de triaje, 01 área de shock trauma, 4 áreas de observación, 01 tópico de ginecología, 01 tópico de cirugía, 02 tópicos de medicina, 01 área de pediatría, 01 tópico de inyectables y 01 tópico de procedimientos.

5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA:

POBLACIÓN: La población de la investigación está constituida por 42 000 historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Marino Molina EsSalud durante los meses de octubre a diciembre de 2015.

Criterios de inclusión:

- ✓ Historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia durante los meses de octubre a diciembre de 2015.
- ✓ Historias clínicas completas.

Criterios de exclusión:

- ✓ Historias clínicas de pacientes que fueron derivados a consultorios externos.

MUESTRA:

La muestra está constituida por 385 historias clínicas de pacientes que fueron atendidos en el servicio de emergencia desde el 1 de octubre al 31 de diciembre de 2015.

$$n_{\infty} = \frac{z_{\alpha/2}^2 p_e q_e}{E^2}$$

$$n = \frac{(z_{\alpha/2})^2 (p)(q)}{\varepsilon^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.05)^2} = 384.16$$

$$n \cong 385$$

Se ha considerado el uso de la fórmula para estimar una proporción poblacional utilizando un valor de $p=0.5$ y de $q=0.5$ con un nivel de confianza al 95% y un error de 0.05, con lo que se estimó una muestra de 385 por historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Marino Molina durante los meses de octubre al 31 de diciembre de 2015.

5.3.DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Niveles de Prioridad	Los niveles de prioridad del triaje, son una forma en que se estructura la atención al paciente, dependiendo de la gravedad de su patología y del estado general que presente.	Prioridad I	Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock Trauma.	Paro Cardio Respiratorio, shock, trauma severo, obstrucción vía aérea alta
		Prioridad II	Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias.	Crisis asmática, diabetes mellitus descompensada, hemoptisis, trastornos del sensorio, dolor torácico.
		Prioridad III	Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes.	Dolor abdominal, deshidratación moderada, broncoespasmo leve, síndrome vertiginoso y trastorno vascular.
		Prioridad IV	Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios Descentralizados.	Enfermedades diarreicas agudas, enfermedades crónicas no descompensadas, resfrió común

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
<p>Tiempo de Espera</p>	<p>Es el tiempo que transcurre desde la llegada del paciente hasta el momento que es atendido por un profesional médico calificado.</p>	<p>Hora de Triage (H1)</p> <p>Hora de atención (H2)</p>	<p>Hora en la que se realiza una clasificación por parte del personal de salud responsable de triaje.</p> <p>Hora registrada en la historia clínica en la que se realiza la atención por parte del personal médico.</p>	<p>Diferencia: H2 – H1</p> <p>Prioridad I: Inmediata o < 5 minutos</p> <p>Prioridad II: < 10 minutos</p> <p>Prioridad III: < 20 minutos</p> <p>Prioridad IV: < 30 minutos</p>

5.4.PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS:

5.4.1. TECNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:Análisis Documental.

5.4.2. INSTRUMENTO: Este instrumento (Anexo N°01) fue utilizado por la Lic. García González R. Especialista en Urgencias y Cuidado Crítico, en su tesis denominada “¿Se ha reducido el tiempo de espera en el servicio de urgencias del hospital Cabueñes con la utilización del triaje Manchester?”. Las investigadoras hicieron la modificación en algunos ítems por lo que se llevará a juicio de expertos. El comité de expertos estará conformado por 10 Licenciadas en Enfermería Especialistas en Emergencias y Desastres, que laboran en diferentes hospitales de ésta ciudad, entre ellos; 3 Licenciadas del hospital Marino Molina, 3 Licenciadas del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, 2 Licenciadas del Hospital Edgardo Rebagliati Martins y 2 Licenciadas del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Ficha de Registro de Datos: Este instrumento contiene cinco ítems: número de historia clínica, edad, sexo, nivel de prioridad y tiempo de espera (hora de triaje y hora de atención); lo que permitirá a las investigadoras codificar ambas variables de estudio. El tiempo será medido desde la hora de inicio de triaje hasta el inicio de la atención médica. Las investigadoras después de recolectar los datos de cada historia clínica sucinta, relacionarán el nivel de prioridad y el tiempo de espera; el cual será expresado en porcentajes, teniendo en cuenta los estándares del tiempo de espera para cada nivel de prioridad, establecidos en la norma técnica de salud de los servicios de emergencia; expresado de la siguiente manera:

Adecuado; si el tiempo de atención cumple con los estándares determinados por la norma técnica en cada nivel de prioridad.

Inadecuado; si el tiempo de atención es mayor que los estándares determinados por la norma técnica en cada nivel de prioridad.

5.4.3. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS: La recolección de datos se hará en base a una ficha de registro de datos (ANEXO 01), las mismas que se aplicarán a las historias clínicas sucinta de emergencia (ANEXO 03) de los pacientes que fueron atendidos durante los meses octubre a diciembre de 2015, teniendo en cuenta las siguientes estrategias.

- Se coordinará con las autoridades del Hospital Marino Molina EsSalud, solicitando autorización al Director Médico y Jefa de Enfermeras, de tal manera que autoricen la realización de la investigación.
- El instrumento será aplicado por las investigadoras dentro de la oficina de archivo, en un periodo de 35 días, empleando un tiempo de 4 horas diarias, distribuidas en dos turnos de 10: 00 a 12:00 horas. y de 14:00 a 16:00 horas. Se considerará un tiempo promedio de 20 minutos por cada historia clínica; las cuales serán seleccionadas empleando la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia, se escogerán 96 historias clínicas por cada nivel de prioridad de triaje.

5.5. PLAN DE TABULACIÓN ANALISIS:

Análisis Descriptivo: Los datos recolectados serán desarrollados en el programa de Microsoft Excel, se plantea presentar tablas de porcentajes y sus correspondientes gráficas (barras) de las distintas características de la relación entre niveles de prioridad del triaje y tiempo de espera, los cuales representarán porcentajes adecuados e inadecuados según los estándares establecidos en la norma técnica.

Análisis Bivariado: Considerando la propuesta en donde se busca la relación entre los niveles de prioridad del triaje y el tiempo de espera se ha considerado el uso del coeficiente de correlación de Spearman para el análisis estadístico en respuesta al objetivo principal del estudio presentará la tabla en donde se establecerá la correlación respectiva que evaluará la fuerza de asociación entre las dos variables para ello indica la correlación entre los valores de -1 y +1 indicándonos asociaciones positivas y negativas, intervalos de confianza al 95% y los valores de “p” correspondiente.

Los valores cercanos a -1 ó $+1$ indican fuerte asociación entre las variables mientras que los valores cercanos a 0 indican una muy baja asociación. Si el valor es positivo, las variables varían en la misma dirección, en tanto, si es negativo lo hacen en direcciones opuestas (a medida que aumenta una disminuye la otra).

CAPITULO VI: CONSIDERACIONES ETICAS Y ADMINISTRATIVAS:

CONSIDERACIONES ETICAS:

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar; conviene recordar que la Bioética ha sido parte fundamental del ejercicio de la ciencia de la salud, siendo la principal preocupación el respeto a la persona, esto debe motivar a las investigaciones donde participa la enfermera; teniendo en cuenta principios bioéticos de: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía

6.1. PRINCIPIOS ÉTICOS:

El principio de Beneficencia; en la investigación se garantizará la custodia y confidencialidad de las historias clínicas.

El Principio de No Maleficencia, durante la investigación se obtendrá información de manera verídica sin causar daños a la institución, al personal de salud y sin hacer uso inadecuado de las historias clínicas.

En cuanto al principio de Justicia, se seleccionarán las historias clínicas de los pacientes que fueron atendidos desde el 01 de octubre al 31 diciembre de 2015 y sin discriminación de las mismas.

El Principio de Autonomía; se garantizará el uso adecuado de las historias clínicas, sólo para fines del estudio, sin manipulación alguna.

CONSIDERACIONES ADMINISTRATIVAS

RECURSOS HUMANOS:

- ❖ 04 Estudiantes de enfermería de la especialidad de Emergencias y Desastres.
- ❖ 01 Asesora.
- ❖ 01 Estadístico.

PRESUPUESTO

DESCRIPCION	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
RECURSOS HUMANOS			
Asesora	1	S/1000.00	S/1000.00
Estadístico	1	S/500.00	S/500.00
RECURSOS MATERIALES			
Lápices	12	S/1.00	S/12.00
Borrador	12	S/1.00	S/12.00
Tajador	12	S/1.00	S/12.00
Lapiceros	12	S/1.50	S/18.00
Hojas Bond- A4	1 paquete (1000 hojas)	S/35.00	S/35.00
Folder Manila	50	S/1.00	S/50.00
USB	4	S/30.00	S/120.00
Libros	3	S/60.00	S/180.00
SERVICIOS			
Teléfono	100	S/2.00	S/200.00
Internet	12 (meses)	S/50.00	S/600.00
Impresiones	860	S/ 0.50	S/430.00
VIATICOS Y TRANSPORTE			
Taxi	20	S/8.00	S/160.00
Transporte	170	S/2.00	S/340.00
Refrigerio	140	S/5.00	S/700.00
TOTAL			S/ 4369.00

6.2. CRONOGRAMA

	ABR 2014	MAY 2014	NOV 2014	DIC 2014	ENE 2015	FEB 2015	MAR 2015	SET 2015	OCT 2015	NOV 2015	DIC 2015	ENE 2016	FEB 2016
•Planteamiento del problema													
•Búsqueda de bibliografía													
•Recolección de datos													
•Antecedentes													
•Marco teórico													
• Asesorías Continuas													
•Operacionalización de variables													
•Material y método													
•Cuestionario													
•Ética y administrativo													

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Fabián V. Saturación de las guardias de emergencia. Parte I. Causas y efectos. Rev Nob. [Internet].2014 [citado 8 Nov]; 2(2):1-13. Disponible en: http://www.noble-arp.com/src/img_up/28052014.1.pdf.
2. Linares Mendoza G. Congestión en el servicio de emergencias ¿retrasa la primera dosis de antibiótico o analgésico? [Tesis Doctor]. Bogotá: Universidad del Rosario; 2013.
3. Fabian V. Saturación de las guardias de emergencia. Posibles soluciones. Rev Nob. [Internet].2014 [citado 8 Nov]; 2(2):1-13. Disponible en: http://www.noble-arp.com/src/img_up/28052014.0.pdf.
4. Palanca I, Elola J, Mejía F, León J, Alvarez J, Castro M, et al. Unidad de urgencias hospitalarias estándares y recomendaciones. [Internet].2010 [citado 14 Dic 2015]; 5. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>.
5. María MG. Estudio del triaje en un servicio de emergencias hospitalario. Rev Enf. [Internet].2013 [citado 2 Oct 2014]; 1(5). Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/91>
6. Toxqui Delgado O. Priorización en la atención de los pacientes del servicio de emergencias utilizando triaje como estrategia para brindar atención de calidad. [Tesis Especialización]. México: Instituto Politécnico Nacional Escuela Superior de Medicina; Febrero 2011.
7. Alban Tigre J. Análisis situacional de la atención en la implementación de triaje en el servicio de emergencia pediátrica del hospital José Carrasco Arteaga Cuenca [Tesis Doctoral]. Ecuador: Universidad Cuenca; 2013.

8. Análisis de Situación de Salud Hospitalario 2014 Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental Disponible en:
http://www.hospitalcayetano.gob.pe/Inicio/images/stories/epidemiologia/2014/asis_hc_h_2014.pdf
9. Vílchez Zapata C. Aplicación de un sistema de triaje de cinco niveles en pacientes que acuden al servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote – EsSalud. [Tesis Doctoral] .Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
10. García Gonzales. ¿Se ha reducido el tiempo de espera en el Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes con la utilización del sistema de Triage Manchester?. [Tesis Doctoral] .España: Universidad de Oviedo; 2013.
11. Muñoz Sánchez E. Estudio de la frecuentación del Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de Palencia. [Tesis Licenciatura].España: Universidad de Valladolid; 2015.
12. Vargas Rodríguez G,González Varela M, Comparación de parámetros de atención en una escala de triaje de 5 niveles con los parámetros estándar[Tesis Especialización].Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario Programa de Especialización en Medicina de Emergencias Fundación Santa Fe de Bogotá;2015.
13. Zambrano Toaquiza C. Sistema de triaje y disminución de tiempos de espera en el hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra [Tesis licenciatura]. Ibarra: Universidad técnica del Norte; 2012.
14. Silvariño R, Acevedo V, Moyano M, Méndez E. Experiencia de triaje estructurado en el departamento de urgencia. Rev. Med. Urug [internet]. 2011. [citado 12 Dic 2014]; 27(2): 88-93. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/27/2/2/es/5/resumen/>

15. Interiano Estrada C, Gross Muñoz G. Mejoramiento de los tiempos de atención de emergencia en el hospital Dr. Mario Catarino Rivas. [Tesis Especialización]. San Pedro Sula: Universidad tecnológica centroamericana (unitec); 2012.
16. Sanizo Zevallos L. Atención de recepción, acogida al usuario que acude al servicio de emergencia de la Caja Petrolera de Salud en el segundo trimestre 2013. [Tesis de Grado presentada para optar al título de Magister Scientiarum en Gerencia y Gestión en Enfermería]. La Paz; 2013.
17. Kroon I, Antoinette S, Ramirez C. Horacio G. Triage en el Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital Central de la Policía. [Tesis especialidad]. Bogotá: Universidad El Bosque; 2009.
18. De Argila N, Egea B, Carnevali D. Evaluación del impacto tras la implantación del Triage de adulto gestionado por enfermería en Urgencias. [Tesis especialidad]. España Universidad de Madrid; 2009.
19. Rodríguez AJ, Peláez MN, Jiménez LR, editores. Manual de triage prehospitalario. 4a ed. España: Elsevier; 2008. p. 7.
20. Almeyda A. J, Carbajal C. A, Palacios E. A, Sevillano M. L. Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia N° 042 MINSA / DGSP-V. 01, Perú – 2007.
21. Ruiz J, Jiménez X, Nicolás, editores. Enfermo crítico y emergencia. 9a ed. España: Elsevier; 2011. p. 279-280

ANEXOS

ANEXO N° 01

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

N° HISTORIA CLINICA:.....

SEXO: FEMENINO

MASCULINO

EDAD:.....

PRIORIDAD:

I

II

III

IV

TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA

HORA DE TRIAJE (H1)	HORA DE ATENCIÓN (H2)	DIFERENCIA: H2- H1
____:____	____:____

Adecuado	Si cumple con el estándar según norma técnica
No Adecuado	Si es mayor que el estándar según norma técnica

ANEXO N° 02

SEÑOR

DR. CARLOS CUADROS LLUNCOR

DIRECTOR DEL HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA

Asunto: Solicito autorización para realizar Investigación Científica

Por medio del presente saludarlo cordialmente me dirijo a Ud. A fin de solicitar la emisión de autorización para poder realizar investigación científica en el Servicio de Emergencia del Hospital Marino Molina Scippa, como parte del proyecto titulado “**RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE PRIORIDAD DEL TRIAJE Y TIEMPO DE ESPERA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE EMERGENCIA**” en el periodo comprendido entre Octubre – Diciembre 2015, el cual se realizará con ayuda de los datos obtenidos de las historias clínicas de pacientes atendidos durante el tiempo establecido.

Agradeciendo su comprensión y atención, me suscribo de Ud.

Adjuntamos una copia del proyecto de investigación para mayor información.

Atentamente.

Lima, 11 de Marzo del 2016

ANEXO N° 03

HISTORIA CLÍNICA SUCINTA

HOSP. I MARINO MOLINA HISTORIA CLINICA SUCINTA No. Orden : 318
HISTORIA CLINICA SUCINTA Fecha Ing.:14/04/2016
H./C. : 522251 Destino: -TOPICO GINECOLOGIA Hora Ingr.:12:09:53
Nombre: SILOFU COVENAS MARIA GISELLA Autog.: 9409290SUCEM007
Edad : 21 Sexo : F Estado Civil :S Raza : Med.Res.: _____
Polic.Orig.: 455 Direccion: 9 DE JUNIO Telf.:

ULTIMAS ATENCIONES EN ESTE CAS:
14/04/2016 C11 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
235.9 SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA E
036.3 ATENCION MATERNA POR SIGNOS DE HIPOXIA FETAL

HORA DE TRIAJE

Tipo Paciente: CONCUBINO H1 Acto Medi.:5326905
Forma de Ingreso: Caminando [] Silla ruedas [] Camilla []
Estado de arribo: Bueno [] Regular [] Malo [] Fallecido []
Anamnesis : Directa [] Indirecta []
Emergencia [] Urgencia []
Nivel : I,II,III,IV []

Tiempo de Enfermedad: H2 Síntomas y Signos: _____

ANTECEDENTES (Contributorios) _____

RELAJO SUCINIO _____

HORA DE ATENCION

EXAMEN CLINICO: PA FC FP FR TO TA TR Pulso: _____
[ANOTAR EXAMEN ORIENTADO A LA PATOLOGIA DE EMERGENCIA]

COMPORT.SENSORIO: Despierto [] Lucido [] Excitado [] Soporoso [] Coma []

- [] Cabeza
- [] Cuello
- [] torax
- [] Abdomen
- [] Columna
- [] Extremidades
- [] Gineco-Obst.
- [] Urologo
- [] Neurologo
- [] Otro

LABORATORIO Y RADIOLOGIA

NyF Hb.Hct. Orina	Rx Torax
Grupo Rh y Prot.	Rx Huesos
Glu. Urea Na. K.	Rx Craneo
RA. TGP. Amilasa	Rx Abdomen

Diagnostico Exámenes Solicitados Tratamiento

.....
FIRMA INTERNO FIRMA RESIDENTE FIRMA MEDICO

DESTINO: [] -Domicilio [] -Polic.Orig [] -Hosp.ESSALUD
[] -Clin.Particular [] -Sala Observ. [] -Sala Operacion
[] -UCI [] -Shock Trauma [] -Mortuorio
[] -Hosp. MINSA
[] -Hospitalizacion : Piso _____ Cama _____ F-Egreso: / /
[] -Topico: Servicio: _____ Hora Egreso:

