



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Tiempo de espera y prioridad de atención en triaje de emergencia
obstétrica en clínica privada de Lima Enero - Marzo 2023

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Risco Olaya Vda de Guerrero, Betty Maritza (orcid.org/0000-0001-7204-5556)

ASESORES:

Dra. Díaz Mujica, Juana Yris (orcid.org/0000-0001-8268-4626)

Mstro. Miyashiro Kuniyoshi, Daniel (orcid.org/0000-0002-6485-4246)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA – PERÚ

2023

Dedicatoria

Agradezco a Dios todopoderoso, por haberme permitido lograr esta meta y guiar mi camino en cada paso que doy.

A mis queridos padres, gracias por haberme apoyado siempre en mi desarrollo profesional y al logro de mis objetivos.

A mi querido hijo Fabricio por su apoyo incondicional por ser mi motor y motivo para seguir adelante.

A mi querida familia por motivarme a seguir adelante.

Agradecimiento

Agradezco a Clínica Internacional por el apoyo para obtener la información para el desarrollo de esta investigación.

A mi asesora y docentes por la motivación orientación e impartirnos sus conocimientos.

A mis colegas de centro obstétrico, por su ayuda en el logro de esta tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Declaratoria de Autenticidad del Asesor	iv
Declaratoria de Originalidad del Autor	v
Índice de Contenidos	vi
Índice de Tablas	viii
Índice de Figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	14
3.1. Tipo y diseño de investigación	14
3.2. Variables y operacionalización	14
3.3. Población, muestra y muestreo	15
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	16
3.5. Procedimientos	17
3.6. Método de análisis de datos	17
3.7. Aspectos éticos	17
IV. RESULTADOS	18
V. DISCUSIÓN	23
VI. CONCLUSIONES	29
VII RECOMENDACIONES	30
Referencias	31
Anexos	

Índice de Tablas

Tabla 1: Nivel Prioridad de Atención	17
Tabla 2: Rangos de tiempo de espera.	18
Tabla 3: Evaluación del tiempo de espera	19
Tabla 4: Cruzada según Prioridad de Atención Rango Tiempo de Espera...	20
Tabla 5: Tabla cruzada Prioridad *Evaluación Tiempo Espera	21
Tabla 6: Tiempo de espera y prioridad de atención según Rho Spearman..	23

Índice de figuras

Figura 1: Nivel Prioridad de Atención	18
Figura 2: Rangos de tiempo de espera.	19
Figura 3: Evaluación del tiempo de espera	20
Figura 4: Cruzada según Prioridad de Atención Rango Tiempo de Espera.	21
Figura 5: Tabla cruzada Prioridad *Evaluación Tiempo Espera.....	22
Figura 6: Tiempo de espera y prioridad de atención según Rho Spearman.....	23

RESUMEN

El presente trabajo titulado “Tiempo de Espera y Prioridad de Atención en Triage de Emergencia Obstétrica en Clínica Privada Enero - Marzo 2023”, tuvo por objetivo determinar la relación que existe entre el tiempo de espera y prioridad de atención en triaje de emergencia obstétrica de clínica privada de cercado de Lima. El estudio fué de tipo básico, con diseño no experimental, descriptivo, correlacional de corte transversal y enfoque cuantitativo. Se recopiló información a través de la ficha de registro de recolección de datos de la muestra conformada por 172 pacientes que fueron atendidas en el servicio de emergencia de gineco obstetricia de clínica privada. El instrumento utilizado fue adaptado por la autora, consta de dos variables, cuatro dimensiones y dieciséis ítems.

Del análisis de datos se obtuvo el valor Rho Spearman -0.527 Y valor de significancia de $p < 0.001$, por lo tanto, se concluye que existe una correlación negativa media entre el tiempo de espera y prioridad de atención en triaje de emergencia obstétrica de una clínica privada de Lima.

Palabras clave: Nivel de prioridad, triaje, tiempo de espera.

ABSTRACT

The present work entitled "Waiting Time and Priority of Care in Obstetric Emergency Triage in Private Clinic January-March 2023", aimed to determine the relationship between waiting time and priority of care in obstetric emergency triage of private clinic of Cercado de Lima. The study was of basic type, with non-experimental, descriptive, correlational cross-sectional design and quantitative approach. Information was collected through the data collection record form of the sample of 172 patients who were treated in the obstetrics gynecology emergency service of a private clinic. The instrument used was adapted by the author, consists of two variables, four dimensions and sixteen items.

From the data analysis, the Rho Spearman value -0.527 and the significance value of $p = 0.001$ were obtained, therefore, it is concluded that there is an average negative correlation between the waiting time and priority of attention in triage of obstetric emergency of a Lima private clinic.

Keywords: Priority level, triage, waiting time.

I. INTRODUCCIÓN

La Association of Women's Health (2019), nos dice que la mortalidad materna es la mayor preocupación de la práctica obstétrica en el África subsahariana y en la actualidad es considerablemente alta. En países de mediano y bajos ingresos como Ghana, el acudir tempranamente a un centro de salud no nos da la certeza de que reciban la atención oportuna. Factores como el costo de atención; la distancia desde el domicilio hasta el centro de salud, el retraso en la prestación del servicio, así como la falta de un sistema que de prioridad objetivamente y ordene todos los casos, afecta enormemente los resultados de los cuidados obstétricos.

La categorización de los problemas de mujeres que acuden a la urgencia de ginecoobstetricia es de gran importancia, ya que la paciente toma el primer contacto con el sistema de salud, por lo cual el triaje nos permite clasificar a todas las pacientes que acuden por presentar síntomas, signos, y que necesitan atención médica oportuna según su prioridad, garantizando que los que son casos urgentes no esperen prolongadamente para su atención y tratamiento. (Sánchez et. al 2022)

Se considera a la MM como un problema de salud pública, cuya reducción ha sido evaluada a nivel nacional e internacional mediante diversos programas (Maestro, 2022)

En 2020, unas 287 mil madres murieron durante el embarazo o el parto, el 95% se produjeron en países de bajos y medianos ingresos y la mayoría podrían haberse evitado (OMS, 2022). La excesiva cantidad de muertes maternas en algunas zonas en el mundo refleja desigualdades en el acceso a servicios de salud de calidad y destaca la brecha entre ricos y pobres. Durante el 2020 la muerte materna en lugares de bajos ingresos se convirtió en 430 por 100,000 mil nacimientos, a diferencia de los países de altos ingresos en donde la tasa fue de 12 por cada 100,000 nacidos vivos.

Angelini y LaFontaine (2017) nos refieren que los determinantes que impiden que las mujeres reciban atención durante el embarazo o el parto, es la falla en el sistema de salud, la mala calidad de atención, las faltas de respeto, malos tratos y abuso, así como el insuficiente número de trabajadores de salud que, además, de carecer de capacitación tienen escasez de suministros médicos esenciales, y poca

rendición de cuentas en salud. A fin de mejorar toda esta problemática, es preciso identificar los obstáculos que existen al acceso a los servicios de salud materna de calidad y abordarlos, tanto a nivel del sistema de salud como de la sociedad (OMS, 2022).

La Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud en el Perú, nos da cifras de muerte materna en los últimos 20 años, de 769 en 1997 a 325 en el 2016, lo que representa un descenso de 42%; mientras que la MM al 2015 es de 68 x 100,000 nacimientos.

En la actualidad, una de las prioridades es asegurar el derecho a la salud materna y la disminución de la mortalidad materna, a través de la atención oportuna para aminorar las brechas poblacionales, disminuir la desigualdad y la pobreza. A pesar de las diferentes estrategias para perfeccionar la calidad de los servicios en salud, aún se percibe la ineficacia y la baja calidad en la mayoría de servicios por falta de infraestructura y equipamiento, falta de tecnología moderna, recursos humanos insuficientes, mala gestión de medicamentos que genera gasto en el paciente. En la emergencia obstétrica recibimos pacientes con factores de riesgo y patologías a las que el personal de obstetricia debe dar prioridad en la atención disminuyendo el tiempo de espera para garantizar el tratamiento oportuno y la recuperación total del paciente, siendo evaluadas por personal competente y entrenado durante las 24 horas del día.

Correa (2021), nos indica en relación al tiempo de espera, como categorizó las urgencias gineco obstétricas en un hospital chileno, en el cual se atendieron un total de 292 pacientes, el 58.3 % fueron gestantes, 36.9 % ginecológicas, 4.8% neonatos, el total de las consultas atendidas durante el día fue 71.5%, mientras que las urgencias reales correspondían al 0.1%, deduciendo que las urgencias de menor complejidad saturan al servicio evitando que se brinde una buena atención.

En distintos establecimientos de salud de nuestro país se brinda una inadecuada atención y demora en los servicios de triaje de emergencia obstétrica, debido a la gran afluencia de usuarias y de urgencias menores que en muchas oportunidades pueden poner en riesgo a las gestantes que si requieren de una atención inmediata. Los servicios de emergencia siempre están buscando la innovación y cambio constante a fin de evitar el hacinamiento de los usuarios, que el tiempo de espera sea menor y la atención fluya de manera constante logrando

así, disminuir las posibles complicaciones e incluso la muerte de los pacientes. Por tal motivo se dice que el triaje logra manejar adecuadamente y con seguridad el flujo de los pacientes según su prioridad, cuando la demanda y las necesidades de atención superan a los recursos con los que se cuenta.

En salud los profesionales realizamos acciones y tomamos decisiones, para lo cual debemos tener las competencias adecuadas para adaptarnos a las diferentes situaciones, ser flexibles ante los cambios, el personal de emergencia del área de triaje, se enfrenta a deficiencias administrativas y logísticas lo que le dificulta realizar su trabajo de forma eficiente y oportuna. Por lo expuesto antes, se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación que existe entre el tiempo de espera y la prioridad de atención en triaje de emergencia obstétrica en clínica privada enero - marzo 2023?

Sobre la justificación teórica de la investigación: Según Mc Isaac et al. (2017) nos indican que en los servicios de emergencias si se producen retrasos la posibilidad de morir se incrementa hasta 1,6 veces, mientras que Khathaami, et al. (2018). Así como, Pincus et al. (2018) indican que los tiempos de larga espera elevan los costos significativamente e incrementan la estancia en el centro hospitalario. Por tal motivo es importante mejorar los procesos de atención en nuestros servicios de emergencias ya que gracias a ello se podrá dar una atención óptima al paciente con personal idóneo y reducir los costos. (Sing, et. al 2018). La práctica sería ejecutar un plan de mejora, gestión del tiempo, mejorar la toma de decisiones y ejecutar un mejor diagnóstico en bienestar de los usuarios. En cuanto metodológica la aplicación del instrumento validado por Clínica Privada (2023) servirá de uso para otros trabajos de investigación.

El objetivo general de este trabajo será, determinar la relación que existe entre el tiempo de espera y la prioridad de atención en el triaje de emergencia obstétrica en clínica privada enero marzo 2023. Específicos (Anexo 5)

Hipótesis general: existe relación significativa entre el tiempo de espera y prioridad de atención en triaje de emergencia obstétrica en clínicas privada enero marzo 2023.

II. MARCO TEÓRICO

En referencia a los trabajos revisados en el contexto nacional tenemos:

Al autor Ochoa (2022), quién evaluó la relación de los niveles que se deben priorizar en el triaje y el tiempo de espera en un policlínico de Lima. Su muestra fue de 152 historias clínicas, el 55.26 % atendidos eran de sexo masculino, la mayor prioridad fue III, equivalente al 67.11%, y finalmente el 82.24 % fueron atendidos cumpliendo la norma técnica.

Mientras Canassa y Ramos (2019) en su trabajo sobre tiempo de espera, demostraron que en el área de Admisión el 71,52% fue aceptable; mientras que en el cuarto de espera fue largo (67,72%) y excesivo en consulta en un 72,78%. Así mismo Ríos (2018) investigó sobre las mismas variables en urgencia y consulta externa de un hospital de Moquegua cuyos resultados demostraron que el tiempo de los usuarios fue de 31 a 59 minutos y que solo el 54,3% estuvieron satisfechos con la atención. Lo que nos indica que a menor tiempo de espera mayor satisfacción de los beneficiarios.

Asimismo, Arellano (2019), nos habla el triaje Manchester en la urgencia en un hospital limeño, concluyendo que existe diferencia en la efectividad para atender utilizando la clasificación de prioridad.

Mientras que Pinedo (2017) en su estudio determinó cuales eran los elementos que impactan en la espera de los pacientes. Concluyendo que el personal que aplica el protocolo de triaje brinda un servicio de calidad generando gran satisfacción en los pacientes.

Para Jiménez (2017) en su estudio de prevalencia de consultas en urgencias y emergencias en una clínica privada de Lima, recabó información de las 2087 HC de pacientes en el 2016, cuyo resultado fue que la mayoría de usuarios eran patologías comunes que podían ser atendidas por consultorio externo, afectando el T.E y la prioridad de atención, deduciendo que es inadecuado el uso de la unidad de urgencia.

Igualmente, Ramos y Guillén (2020), en su estudio sobre prioridad en el triaje y TE en la emergencia de un hospital del Perú, nos indican que sus variables guardan relación y que de los 351 usuarios el 86% fueron atendidos entre 1 a 10 minutos, el 12% entre los 11 a 20 minutos y un 2% más de 20 minutos. El 53% fueron de prioridad III, el 46% de prioridad II, y solo un 1% de prioridad I.

Al respecto Asparrin y Rojas (2018), relaciona la satisfacción y la espera en el área de medicina de física, en 123 pacientes, se evidenciándose que el 78.4% alcanzaron un nivel promedio de satisfacción y un 4.9% obtiene un nivel promedio en minutos. Es decir, a menor espera mayor satisfacción presentan los pacientes. Así mismo Guevara (2022), en su estudio tiempo de espera y la satisfacción del usuario en emergencia, se reportó que, de los 109 pacientes, el 50,5% reportan que el tiempo es muy aceptable, mientras que el 70,6% indican insatisfacción del servicio y el 29,4% indica estar satisfechos.

A nivel internacional se ha considerado:

Al autor Hellerung et. al (2023) sobre la importancia en la atención de un parto seguro, indica que la mortalidad materna causada por la hemorragia posparto es un gran problema, sobre todo en países en vías de desarrollo a través de este estudio la aplicación y uso de teléfonos inteligentes, han contribuido a una mejora en la calidad de la atención en situaciones de triaje emergencia asociadas a sistemas de salud deficientes en muchos países.

Según la revista anual public meeting (2022) en el hospital Inglaterra, se creó un triaje obstétrico exclusivo para gestantes cuya finalidad era brindar atención materna al cabo de 15 minutos, mediante la identificación de brazalete de colores, el color naranja se refería a la atención los primeros 15 minutos, el amarillo dentro de 1 hora y finalmente el verde en 4 horas, se logró atender a 90% de las usuarias en el tiempo estandarizado además de contar con asesoramiento en línea y de esta manera disminuir el riesgo en las gestantes en espera de la atención.

Así mismo Correa et. al (2021) sobre categorización de pacientes gineco obstétricas en un hospital público en Chile, las pacientes que acudieron al triaje de urgencia fueron de menor complejidad saturando la atención. En lo que se refiere a la variable demora en el triaje de emergencia Torres et al (2020), determinaron en su estudio las tres demoras de salud que llevan a complicaciones obstétricas en embarazadas en Ecuador. Refieren que existen 3 demoras: al pedir ayuda, la segunda ejecutar la ayuda y la tercera ser catalogada como una complicación, así como la falta de traslado, de recursos, miedo dificultades del centro hospitalario y la última el tiempo que espera la usuaria para ser atendida en la emergencia.

Según Lindroos (2021) un equipo multidisciplinario realizó investigaciones sobre las razones para buscar atención obstétrica según agudeza de las patologías que se presentaron y el flujo de pacientes en un Hospital en Suecia, en el que atendían 10, 000 partos al año, se estableció el primer sistema de triaje materno y su implementación ayudó a mejorar el manejo, el nivel de agudeza, el tiempo de espera y tratamiento indicado.

Igualmente, Naz (2020) sobre el proceso de mejora del triaje obstétrico basándose en el modelo de Donabedian, en un hospital público en Asia, donde se atendían 6000 partos al año, se produjo un evento centinela en una paciente en espera de la atención y por la intervención en forma tardía, esto conllevó a tomar medidas acerca del triaje más eficaz, implantar programa de mejora continua, capacitación al personal del área, entorno seguro para el paciente.

Asimismo, Mutre y González (2020) indican en su estudio como se siente el usuario en relación a la espera para ser atendido en la emergencia de un hospital ecuatoriano, donde los resultados de su evaluación al profesional fueron buenos, un 47,6% (médico) y un 55,5% (enfermera), también el 88,2% refirió que fue tratado amablemente. Finalizando que fue aceptable el tiempo que esperaron para ser atendidos.

Según Garcés y Tualombo (2019), en su trabajo de calidad en el servicio de Triage, aplicó su instrumento en 92 pacientes, reflejando que el 43,5%, indicó que la calidad de atención ha mejorado, mientras que el 18.5%, está en desacuerdo. El 30.4% están muy satisfechos, un 12% extremadamente satisfechos y solo el 8.7% dicen estar no satisfechos con la atención. Concluyendo, que los que acuden al área de triaje del servicio de emergencia, están en su mayoría de acuerdo con las mejoras de atención en el hospital.

Saviato (2019) realizó en Brasil un estudio para evaluar la empatía auto referida por enfermeros y la percibida por los pacientes, relación entre la autocompasión con la empatía informada por las enfermeras y percibida por los pacientes. Una muestra de 15 enfermeros de triaje y 93 pacientes seleccionados en la unidad de urgencia de un hospital privado fueron entrevistados, se determinó que la autocompasión influye en la empatía auto informada, según resultado del Alfa de Cronbach 0,799.

Al igual que Muñoz (2018), en su estudio tuvo como finalidad conocer los tiempos de espera de los pacientes en urgencias. Fueron 889 casos estudiados de los cuales 41,2% presentaron urgencia III, el 57,6% acudieron opcionalmente; y un 26% se hospitalizaron. El tiempo medio de espera desde la filiación administrativa hasta el triaje, fue de 8 minutos.

Según Floyd et. al (2018) Realizó un estudio en el cual las participantes fueron comadronas en la atención del triaje obstétrico, al mando de dos campeones en el tema, los cuales, mediante una capacitación al personal, determinaron la creación de un formulario y el uso de brazaletes en las pacientes para poder determinar el riesgo. El resultado fue que de 535 pacientes 495 (93%) se aplicó el uso correcto de los mismos de acuerdo a la prioridad, se observó una disminución en el TE y mejora en calidad de atención.

Mientras Castelo et. al (2018) en su investigación satisfacción de pacientes con atención médica en emergencias, indicaron que el personal de enfermería trató a los pacientes cálidamente y con calidad en un 44%, un 49% opinó que fue atendido dentro de los treinta minutos y el 75% expresó que recibió una atención médica y de enfermería satisfactoria. Concluyéndose que recibieron una atención satisfactoria.

Garcés (2017) en un estudio respecto a organización del servicio de urgencia, actividades y de medidas para mejorar la calidad, determinaron que las personas consideran que no es fácil dirigir un servicio de urgencia debido a la sobresaturación y factores externos que no se pueden precisar; la población que se atendió fue de sexo femenino, edades 26 y 55 años, el 55% se cataloga con nivel gravedad 4, y un 80% como nivel de gravedad 5 patología leve, en relación a las variables de calidad ingresos, mortalidad por año, tiempo de espera se evidenció mejoría en el transcurso del desarrollo del estudio.

Zachariasse (2017) un estudio en tres departamentos de emergencia europeos para determinar la validez del MTS, con la participación de las enfermeras de urgencia y los pacientes de acuerdo con un estándar de 3 categorías, participaron 288,663 usuarios, el resultado indica que la sensibilidad en los tres hospitales es 0,47 % y 0,87 % y la especificidad 0,84 % en los adultos, en los niños la sensibilidad fué 0,65 % y la especificidad 0,89 % y más bajo en los jóvenes y tercera edad ,lo que significa que la validez es de moderada a buena,

observándose que la producción varió en forma considerable en los servicios de urgencias.

Para Tembo et.al (2017) el servicio de salud materna es la atención que se brinda a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, sabemos que la MM sigue siendo alta , por lo cual se creó un programa integral de atención obstétrica y neonatal de urgencia, sin embargo al realizar los indicadores a cargo de la ONU varios de los hospitales públicos no cumplían con los estándares establecidos, dichas mejoras se referían al incremento en recursos humanos, infraestructura y cambios en la política de los estados.

De acuerdo a las teorías generales de la variable tiempo de espera, éstas buscan reafirmar los objetivos de eficacia y desempeño, lo que implica disconformidad con las metas priorizadas a través de la gestión de listas, que incluye el objetivo de equidad. De acuerdo con Eppen et. al (2000), en cuanto a la versión de cola establece que se trata de una secuencia de humanos que llegan por una atención en una instalación. La cola es el tema más crítico dentro de la parte operativa de un proveedor, ya que es la primera influencia que impresiona a la persona, y que es evaluada por el proveedor. Esto permite una mayor visión de la forma en que la espera impacta en una persona.

El tiempo de espera se define como los minutos que transcurren desde que el beneficiario solicita el suministro dentro del servicio de fitness y el comienzo de este por medio del médico. Según Donabedian (1988), define el tiempo de espera como una barrera de orden organizacional para poder recibir una atención, considerado a la vez como un indicador de suma importancia y permite conocer si la clasificación del triaje está siendo eficaz o se debe plantear mejoras para garantizar la atención oportuna.

La espera del usuario, según (Ríos 2018), manifiesta en su estudio que los tiempos de espera se han convertido en un problema que amenaza la calidad de atención en salud y que es preocupante en varios países a nivel mundial, los mismos que se han visto en la necesidad de poder solucionar la falta de satisfacción, salud en deterioro y el desgaste de los servicios de salud, los cuales cada vez son más débiles, ya que la demanda de atención es mayor y a veces no existe los recursos suficientes para una atención eficiente.

Además, la OMS (2022) conceptualiza una emergencia como la falta de ayuda al paciente, la cual podría llevar a la muerte en minutos, por lo que es vital el inicio de primeros auxilios inmediatamente. Así mismo, cataloga a urgencia como patología no mortal de evolución lenta, con atención dentro de las primeras 6 horas. Según la Organización Panamericana de la Salud (2010), define urgencia como un estado clínico en el cual hay deterioro de la salud y que puede generar peligro para la vida desde que llega a la unidad hasta el momento que es atendido. La emergencia es la situación de urgencia con riesgo de la vida, la cual depende del tiempo de la atención. Teniendo en cuenta esto se deduce que la emergencia se presenta en el nivel II y la urgencia en el nivel III.

Para valorar el tiempo de espera contamos con hitos los cuales son: Primero: el tiempo de generación: que indica el tiempo en que el consumidor solicita la atención al proveedor, segundo: el tiempo de asignación, el cual es el tiempo para ser atendido, tercero: hora de inicio del servicio, se refiere a la hora en que el proveedor brinda la atención y el cuarto: es el cese del proveedor, indica la hora que ha finalizado la sesión o atención. (OPS 2011).

Definiendo la otra variable de estudio, empezaremos diciendo que el término triaje, es un vocablo francés trier que se define como organizar o priorizar. Este método se inicia, debido a que era necesario contar con una herramienta útil que nos permita poder identificar el grado y características del padecimiento, simplificado a la vez el aumento de las actividades realizadas por el médico para poder llegar a un diagnóstico. Gracias a que el triaje es un método de selección y clasificación de pacientes por orden de urgencia podemos lograr evaluar las prioridades de atención que es nuestra variable a estudiar de forma temprana y oportuna, realizando la valoración inicial del paciente en función a la severidad de su condición, además nos permitirá informar al paciente su prioridad y la duración prevista de espera según su patología, también nos servirá esta herramienta para organizar los espacios y determinar en qué lugar van a esperar los pacientes. La norma Técnica de Emergencia 042- 2007; dice que “El profesional responsable del triaje, realiza el control de las funciones vitales del paciente, identifica el riesgo de la patología con la finalidad de conducir a la unidad respectiva, por ende, clasificándolos y dándoles la prioridad que requiere su atención.

Modelos de Triage: En la actualidad se definen 5 clases de triaje, las que han evolucionado y cambiado en el tiempo según las exigencias de las emergencias en los centros hospitalarios. Estos son: escala de triaje australiana (ATS), la escala canadiense (CTAS), El triaje Manchester (MTS), el índice de gravedad de emergencia (ESI) y el Sistema de Triage de España (SET)

Definiendo nuestra segunda variable diremos que el triaje según prioridad en la unidad de Emergencia, es un indicador de calidad el cual nos va ayudar a identificar el riesgo y la gravedad del paciente. En las diferentes instituciones hospitalarias y en el Perú se guían por el MTS (traje Manchester), el cual se define de acuerdo a las prioridades de atención: Prioridad 1: Resucitación: atención inmediata, (rojo). Prioridad 2: Emergencia, atención dentro de los 10-15 minutos, (naranja), prioridad 3: Urgencia, atención durante los primeros 60 minutos, (amarillo); prioridad 4: Urgencia menor: atención en las 2 primeras horas, (verde), prioridad 5: Sin Urgencia, la atención puede darse dentro de las 4 horas, (azul). (Morocco, 2017)

Vásquez et. al (2019), nos habla sobre el sistema de triaje de Manchester, el cual fue desarrollado por un grupo de trabajo de triaje de Manchester, en Inglaterra, el cual es una herramienta que permite al profesional encargado de triaje, poder asignar a los pacientes, niveles o prioridades según signos y síntomas identificados durante su evaluación priorizándolos de acuerdo a 6 factores: peligro de muerte, dolores, sangrado abundante, grado de conciencia, hipertemia y casos súbitos.

Para Angelini y Howard (2019), el triaje obstétrico ha sido identificado y utilizado en algunos entornos sanitarios como una de las intervenciones para abordar el tercer retraso. El triaje en la sala de emergencias permite la priorización de pacientes en función de la urgencia y la agudeza. Está bien establecido en la literatura que el triaje aumenta la eficiencia en las urgencias y reduce los tiempos de espera para las visitas al servicio de urgencias verdaderamente urgentes. El triaje obstétrico permite priorizar la atención en función de agudeza del paciente. Esto asegura el acceso ordenado a la atención y reduce retrasos en el establecimiento de salud.

Mientras que Rosedale et. al (2017), nos refieren que en algunos casos se mejoró la atención con la introducción de sistemas de triaje, ya que se hizo frente

a los efectos nocivos de la demora en el contexto de emergencia, ya que se implementó un paquete que incluía el desarrollo de protocolos y el establecimiento de un sistema de triaje apropiado, así como intervenciones simples como el rediseño del flujo de pacientes y el establecimiento de un sistema de triaje obstétrico lo cual puede mejorar los resultados obstétricos, particularmente durante tiempos de emergencia. Se estima que gran porcentaje de muertes en madres pueden prevenirse si todas ellas recibieran atención obstétrica de emergencia apropiada y oportuna.

Según refirió Baker (2019), es necesario un sistema de triaje obstétrico para regular el flujo y disminuir el tiempo de espera para las mujeres que buscan atención obstétrica en el departamento de urgencia. Por esta razón, los recursos limitados del hospital deben concentrarse en la rápida evaluación y priorización eficiente de los servicios clínicos. Un sistema de triaje organizado apoya la eficacia clínica dentro y entre instituciones. Más allá de brindar atención inmediata para afecciones que amenazan la vida, los sistemas de triaje con buenos recursos facilitan la priorización y mejoran la capacidad para hacer frente a las variaciones en la demanda y el hacinamiento cuando sea necesario.

La OMS hace referencia a la atención en emergencia obstétrica inmediata de primer contacto con las usuarias, la cual tiene como propósito determinar la gravedad y la acción a tomar para salvar la vida de la madre y el feto o de un órgano dentro del tiempo terapéutico establecido. Triaje Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica: Lineamiento Técnico (2016).

La clave para la eficiencia y la eficacia clínica en la atención de emergencia es un triaje confiable basado en la necesidad. La habilidad para clasificar, evaluar y tratar a los pacientes ha demostrado que aumenta la experiencia del cliente (es decir, la satisfacción) reducir la duración de la estancia y, en última instancia, el impacto en la mortalidad institucional tiene mucha importancia. Goodman, et al. (2017).

Por tal motivo el triaje obstétrico se ha convertido en una de las innovaciones de los servicios perinatales más significativa en los últimos 15 años. Debido a los cambios fisiológicos, sociales y emocionales, las pacientes embarazadas son consideradas como poblaciones vulnerables en el espectro de la salud. La evaluación en el triaje no solo afecta la evaluación inicial de la paciente en trabajo

de parto o no, sino también determina la dirección de la intervención obstétrica adicional. La Asociación de Salud de la Mujer, Obstetricia y las enfermeras neonatales (AWHONN) describen que el triaje obstétrico debe ser breve, completo, sistemático, materno y fetal, determinando la prioridad para la evaluación completa. Es vital que centros hospitalarios encargados brinden la mejor atención individual a esta población y prevengan eventos adversos. En países de altos recursos, se ha observado mejor utilización del triaje, lo que ha permitido mejorar resultados maternos y fetales. (Kenyon S, et al., 2017).

Una revisión sistemática que abordó cuidados intensivos en países de ingresos medianos y bajos destacó la provisión de atención de emergencia y el triaje como los componentes más débiles del sistema de salud y enfatizó que la mejora en estas áreas puede salvar vidas y ser rentable. En obstetricia comúnmente la atención es por orden de llegada, originando dejar a pacientes sin evaluación inicial y retrasando la atención necesaria a los que realmente la necesitan con prioridad. Los problemas significativos asociados con el triaje tradicional son insatisfacción, tiempos de espera prolongados y aumento morbilidad mortalidad (Rosedale et. al 2017).

La clasificación es un proceso estandarizado para determinar que pacientes necesitan ser evaluados con urgencia y cuál de ellos puede esperar con seguridad. Es la categorización sistemática según el nivel de urgencia médica que incluye la capacidad del personal sanitario de primera línea para emitir sus juicios, generando alternativas, sopesándolas contra la evidencia y eligiendo la intervención más apropiada, en cualquiera de las cinco categorías: 1: inmediatamente potencialmente mortal, es decir, reanimación (Rojo), 2° Emergente (puede deteriorarse rápidamente) (naranja), 3°: se necesita atención urgente (para prevenir futuros desastres) (Amarillo), 4° menos urgentes (los que pueden esperar hasta otras emergencias, están bajo control) (Verde), 5°: no urgentes (aquellas que se pueden retrasar hasta las cosas se calmen) (Azul) (Murray y Danford,2019).

Según Runciman et al. (2019), la seguridad del paciente es considerada como la disminución del riesgo de daños innecesarios asociados con la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable y tanto a través de la efectividad sistemática como del desempeño individual. El riesgo se considera como la probabilidad de que ocurra un incidente, y el error como falta de llevar a cabo una acción planificada.

Los errores son multifactoriales, que pueden ir desde el error humano hasta errores en el sistema de atención de la salud en general.

Un estudio Calder et al. (2012) identificaron nueve áreas propensas a errores diferentes en el servicio de urgencias donde se consideró que el triaje era el contribuyente más importante para los errores. Esto es una especie de paradoja, ya que se implementó el triaje para mejorar la seguridad y priorizar al paciente más enfermo para el tratamiento.

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación:

3.1.1 Tipo de investigación:

De enfoque cuantitativo, según Hernández et al. (2014), se refiere a las mediciones objetivas y el análisis estadístico de los datos recopilados a través de encuestas, cuestionarios, fichas o mediante la manipulación de datos estadísticos preexistentes utilizando técnicas de computación, es de tipo correlacional según Hernández Sampieri et al. (2014), es decir tiene como objeto describir las relaciones entre variables en un tiempo determinado.

El tipo de investigación por su finalidad fué básico, Según Concytec (2018) la investigación básica se refiere a la comprensión de los aspectos fundamentales y de los hechos observables de los entes. En este sentido, luego de hacer uso de este tipo de prueba, el investigador logro obtener generalizaciones sobre una idea o tesis seleccionada. A partir de esta estadística, se pudo confirmar o refutar la declaración inicial de la prueba. Según Hernández et al. (2014), conocido como natural o teórico, consiste en practicar un ejercicio con el único objetivo de obtener más datos sobre un fenómeno positivo, sin el objetivo de intervenir en él. En particular, la investigación básica tiene como principal característica ayudar a comprender y ampliar el conocimiento que tenemos sobre un determinado fenómeno.

3.1.2 Diseño de investigación:

El diseño de investigación fué no experimental, descriptivo, transversal, básico.

El diseño que se utilizó fué de tipo no experimental no se manipula las variables, ya que se presentan en su forma natural (Hernández et. al 2014), fué descriptivo según Hernández et al.(2014) porque busca analizar las características más importantes

del fenómeno estudiado. Es transversal por que analizan las variables en un momento dado (Hernández et. al 2014). Los estudios no experimentales son el tipo de investigación que carece de una variable imparcial. En cambio, el investigador observa el contexto en el que se desarrolla el fenómeno y lo analiza para obtener información. (Tapia 2000).

3.2. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN

Operacionalización de Variables:

Definición conceptual

V1: Tiempo de espera Según Donabedian (1988), definió el tiempo de espera como una barrera de orden organizacional para poder recibir una atención, considerado a la vez como un indicador de suma importancia ya que nos ayuda a conocer si la clasificación del triaje fué eficaz o se debe plantear mejoras para garantizar la atención oportuna.

V2: el triaje según prioridad en la unidad de Emergencia, es un indicador de calidad el cual nos ayudó a identificar el riesgo y la gravedad del paciente. En las diferentes instituciones hospitalarias y en el Perú se guían por el MTS (traje Manchester), el cual se definió de acuerdo a las prioridades de atención: Prioridad 1: Resucitación: atención inmediata, se identificó con el color rojo, prioridad 2: Emergencia, atención dentro de los 10-15 minutos, su color es naranja, prioridad 3: Urgencia, atención durante los primeros 60 minutos, el color es amarillo, prioridad 4: Urgencia menor: atención en las 2 primeras horas, el color es verde, prioridad 5: Sin Urgencia, la atención puede darse dentro de las 4 horas, el color es azul. (Morocco, 2017)

Definición operacional

V1: Se realizó con una dimensión y dos indicadores H1 Hora de triaje, H2 Hora de atención.

V2 Se aplicó con un instrumento de ficha de registro de recolección de datos el cual se realizó en base a las historias clínicas de las mujeres atendidas en triaje de emergencia, según su prioridad.

Dimensiones: Emergencia o gravedad súbita, urgencia mayor, urgencia menor y por último prioridad IV.

Indicadores: se consideró 16 indicadores: shock séptico, shock hipovolémico, convulsiones, ausencia de movimientos fetales, cefalea, dolor abdominal, pérdida de líquido amniótico, disminución de movimientos fetales, sangrado vaginal, dolor

en epigastrio, fiebre, dolor lumbar, flujo vaginal, enfermedades diarreicas agudas y crónicas no descompensadas, resfrío común.

3.3. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

3.3.1 Población:

En este trabajo se utilizó 350 historias clínicas de gestantes que acudieron a la emergencia obstétrica de una clínica privada de cercado de Lima, en los meses de enero a marzo del 2023

Criterios de inclusión: HC completas de las pacientes que fueron atendidas en el servicio de obstetricia de emergencia de la clínica privada de cercado de Lima.

Criterios de exclusión: Todas las HC incompletas de las pacientes que fueron atendidas en el servicio de obstetricia de emergencia de la Clínica privada de cercado de Lima.

3.3.2 Muestra:

A partir de la población de estudio que es de 350 historiales clínicos, se obtuvo una muestra de 172 historias clínicas. Balestrini (2001) nos refiere que la muestra es un sub grupo de la población.

3.3.3 Muestreo:

Se realizó de una manera probabilística y aliatoria, se utilizó los datos de las HC. Se utilizó la fórmula para una población finita.

3.3.4 Unidad de análisis:

La unidad de análisis fueron las HC de los pacientes atendidos en el servicio de obstetricia de emergencia de la clínica privada de cercado de Lima.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizó la técnica de recolección de datos que según Hernández-Sampieri et al. (2014) nos indica que obtener la información de los datos, conlleva confeccionar un programa para el logro de un propósito dado.

En cuanto al instrumento que se utilizó fué la ficha de registro de recolección de datos, en la cual se llevó a cabo un registro mediante la observación e información de las HC de los pacientes que fueron atendidos en el servicio de obstetricia de emergencia del centro hospitalario donde se realizó la investigación, para determinar la relación entre el tiempo de espera y prioridad de atención de los usuarios en la unidad de emergencia.

En esta ficha se consigna tres partes: en la primera se consideró los “datos generales” como: edad, sexo y procedencia; la segunda es para establecer el “nivel de prioridad del triaje de acuerdo a evaluación 16 ítems, según prioridad 1,2,3 y 4, la tercera para establecer el tiempo de espera, si fue adecuado o inadecuado de acuerdo de acuerdo a la normativa. Dicho instrumento fué adaptado de una tesis 2022 cuyo Autor es: Lic. José Alarcón Lara, realizada en la Universidad Nacional de San Antonio Abad en Cusco.

La validación del instrumento se realizó por intermedio de juicio de expertos quienes tenían el título de doctor, magíster y dominio del tema, así como se adjuntó la ficha técnica de la modificación realizada al instrumento. Según (Hernández- Sampieri et al., 2013) indicó que se refiere al grado en que el instrumento mide realmente la variable que pretende medir.

La confiabilidad: en esta investigación no se consideró, ya que se recogió datos directos de las HC de los pacientes que acuden al servicio de emergencia obstétrica de la clínica privada. Según (Hernández- Sampieri et al., 2013), nos refiere que un instrumento de medición es confiable, si al ser aplicado en repetidas oportunidades al mismo individuo u objeto, produce los mismos resultados.

3.5 Procedimientos

Se solicitó la autorización del encargo del servicio de docencia y a la directiva de la clínica privada del cercado de Lima para recolectar la información. De acuerdo al registro de atención que se maneja en el servicio se logró ubicar las historias clínicas. Se observó que la afluencia de pacientes es un promedio de 5 por día de enero a marzo del presente año. Se seleccionó las historias que cumplen con los criterios de inclusión, y se inició la recolección de datos en la ficha elaborada, para determinar la prioridad de atención de acuerdo a los niveles I, II, III y IV y el tiempo de espera correspondiente.

3.6 Método de análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de datos, se diseñó una base de datos en Excel 2017– SPSS 25.0, que permitió la elaboración de tablas simples, de doble entrada y gráficos. Se utilizó la estadística descriptiva como: frecuencia, porcentaje, media aritmética y desviación estándar

3.7 Aspectos éticos

Se consideró los 4 principios: como son de beneficencia: basado en la necesidad de no hacer daño al paciente, debemos reconocerlo como un ser humano. El de no maleficencia: evitar imprudencia, negligencia que puedan dañar al paciente, protegerlo de no hacerle daño. Justicia; el dar la atención en forma equitativa y en forma justa. Autonomía: la persona está en la capacidad de generar sus decisiones de manera autónoma. En esta investigación se dispuso de criterio ético para poder presentar todos los resultados con credibilidad y confianza.

IV Resultado e interpretación del análisis descriptivo e inferencial

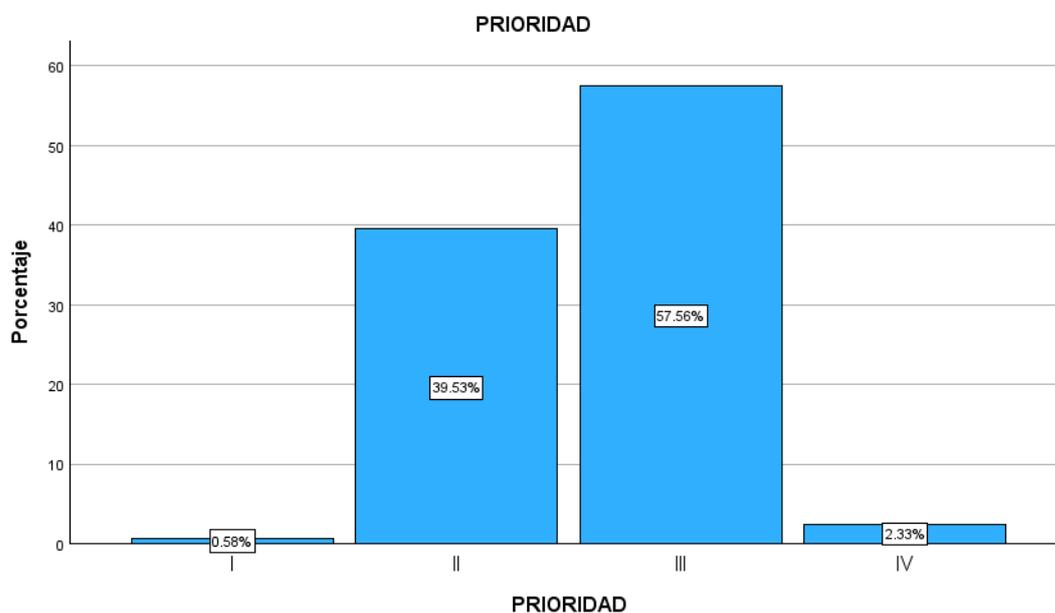
Tabla 1

Nivel de prioridad de atención

		Frecuencia	Porcentaje
Prioridad	I	1	.6
	II	68	39.5
	III	99	57.6
	IV	4	2.3
Total		172	100.0

Figura 1

Proporción de pacientes atendidos por prioridad



Según tabla 1 y figura, el 0.58% de pacientes atendidos fueron de prioridad I, el 39.53% de prioridad II, el 57.56% de prioridad III y el 2.33% de prioridad IV.

La mayor incidencia de atendidos fueron prioridad III y la más baja I de prioridad I.

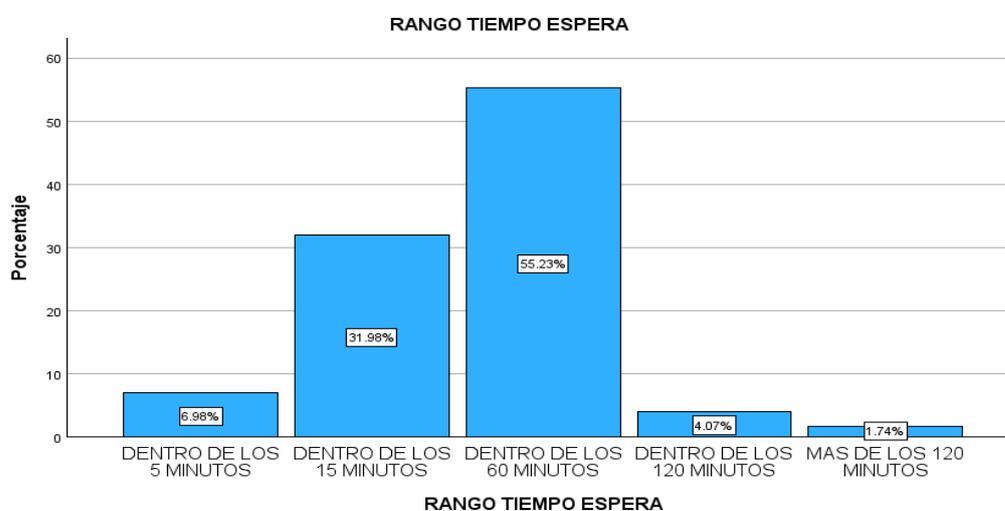
Tabla 2

Rangos de tiempo de espera.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	DENTRO DE LOS 5 MINUTOS	12	7.0
	DENTRO DE LOS 15 MINUTOS	55	32.0
	DENTRO DE LOS 60 MINUTOS	95	55.2
	DENTRO DE LOS 120 MINUTOS	7	4.1
	MAS DE LOS 120 MINUTOS	3	1.7
	Total	172	100.0

Figura 2

Tiempo de espera



Según tabla 2 y figura, el 6.96% de pacientes fueron atendidas dentro los 5 minutos, el 31.98% dentro de los 15 minutos, el 55.23% dentro de los 60 minutos,

el 4.07% dentro de los 120 minutos y el 1.74% se atendieron después de los 120 minutos.

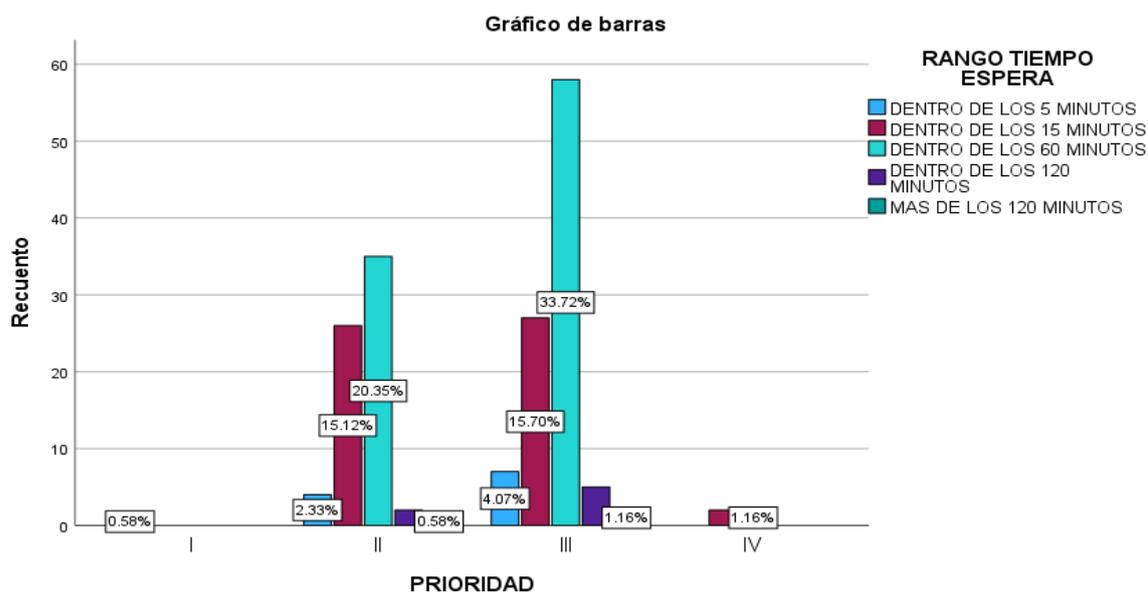
Tabla 3

Evaluación del tiempo de espera

		Evaluación Adecuado	Tiempo espera Inadecuado	Total
Prioridad	I	1	0	1
	II	30	38	68
	III	92	7	99
	IV	4	0	4
Total		127	45	172
		73.8%	26.2%	100.0%

Figura 3

Evaluación del tiempo de espera



Según tabla 3 y figura, la congruencia entre el tiempo de espera y prioridad de atención en triaje de emergencia obstétrica indicaron que el 0.58% está dentro de los 5 minutos con prioridad I, el 20.35% está dentro de los 60 minutos con prioridad II, el 33.72% está dentro de los 60 minutos con prioridad III y el 1.16 % está dentro de los 120 minutos con prioridad IV.

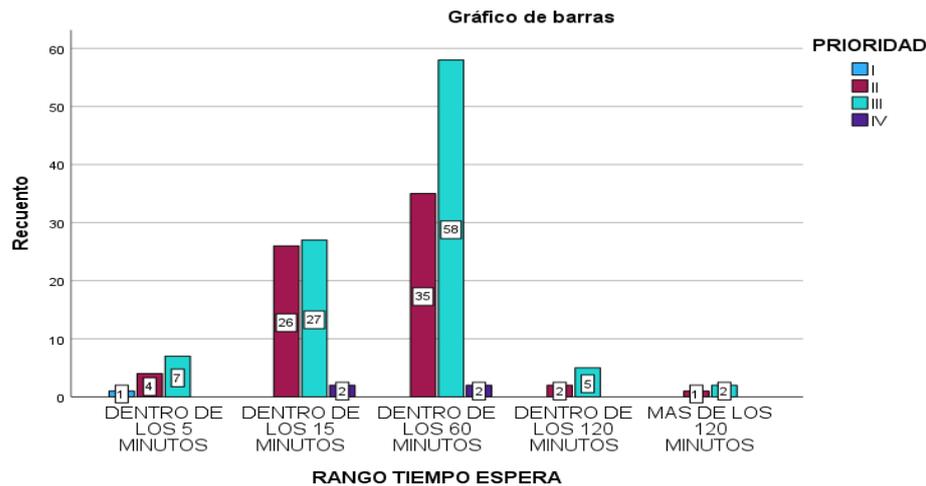
Tabla 4

Cruzada según Prioridad de Atención Rango Tiempo de Espera

		Prioridad				Total
		I	II	III	IV	Total
Tiempo de espera	Dentro de los 5 minutos	1	4	7	0	12
	Dentro de los 15 minutos	0	26	27	2	55
	Dentro de los 60 minutos	0	35	58	2	95
	Dentro de los 120 minutos	0	2	5	0	7
	Más de los 120 minutos	0	1	2	0	3
Total		1	68	99	4	172
% del total		0.6%	39.5%	57.6%	2.3%	100.0%

Figura 4

Recuento de tiempo de espera y prioridad



Según tabla 4 y figura, se observó que la mayor cantidad de pacientes atendidos se realizó dentro de los 60 minutos, se atendió a 58 con prioridad III, 35 con prioridad II y 2 con el de prioridad IV, se registró un total de 95 pacientes. Así mismo la mayor cantidad de pacientes atendidos fueron de prioridad III con 99 pacientes y el mínimo fué el de prioridad I con 1 solo paciente y se cumplió el tiempo establecido en la norma.

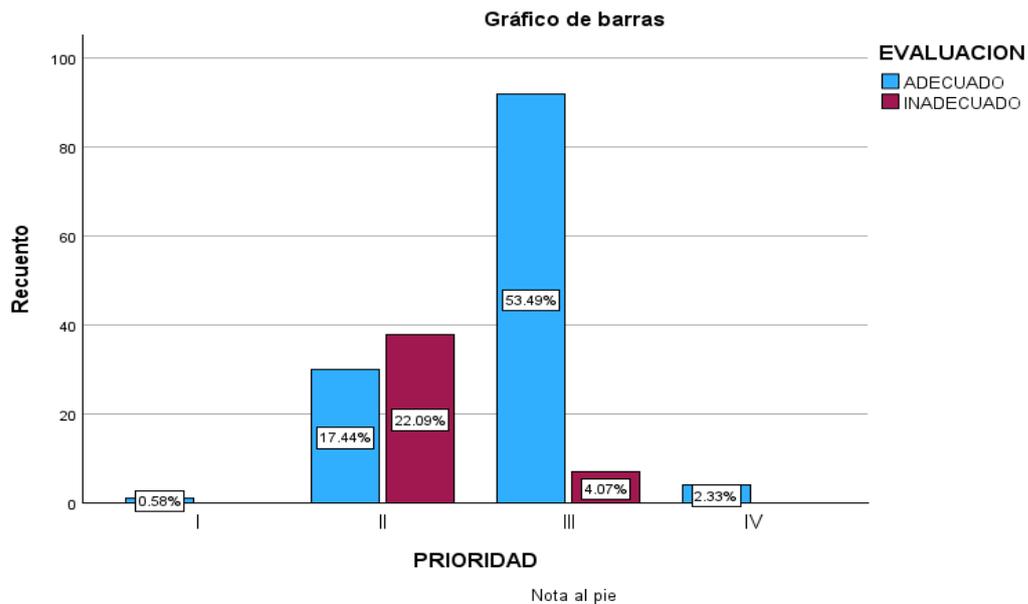
Tabla 5

*Tabla cruzada Prioridad *Evaluación Tiempo Espera*

PRIORIDAD			Evaluación		Total
			Adecuado	Inadecuado	
I	Recuento		1	0	1
	% del total		0.6%	0.0%	0.6%
II	Recuento		30	38	68
	% del total		17.4%	22.1%	39.5%
III	Recuento		92	7	99
	% del total		53.5%	4.1%	57.6%
IV	Recuento		4	0	4
	% del total		2.3%	0.0%	2.3%
Total	Recuento		127	45	172
	% del total		73.8%	26.2%	100.0%

Figura 5

*Prioridad *Evaluación Tiempo Espera*



Según tabla 5 y figura, la concurrencia entre la evaluación del tiempo de espera y prioridad atención en triaje de emergencia obstétrica indicó que el 0.58% es

adecuado en la prioridad I, el 17.44% es adecuado en la prioridad II, el 53.49% es adecuado en la prioridad III y el 2.33% es adecuado en la prioridad IV.

Prueba hipotética:

En el valor $p > 0.05$, se admite la hipótesis nula (H_0)

En el valor $p < 0.05$, se rechaza la hipótesis nula (H_0).

Y se acepta la suposición general.

Hipótesis

Resultados Inferenciales

Determinación de la Hipótesis

H_0 : No existe relación significativa entre el tiempo de espera y prioridad de atención en triaje de emergencia obstétrica en clínica privada de Lima, Enero - Marzo 2023.

H_1 : Existe relación significativa entre el tiempo de espera y prioridad de atención en triaje de emergencia obstétrica en clínica privada de Lima, enero-marzo 2023.

Tabla 6

Tiempo de Espera y Prioridad de Atención Según Rho Spearman

Correlaciones		
Rho de Spearman	Tiempo de espera	Tiempo de Espera
Prioridad de atención	Coefficiente de correlación	-0.527
Prioridad de atención	Sig. (bilateral)	<.001
	N	172

Se determinó el valor de significancia bilateral de $p = 0.001 < 0.05$ por lo que se rechazó la H_0 . Del mismo modo se observó el valor de correlación de Rho de Spearman, $r = -0.527$ del cual se dedujo que existe una correlación negativa media entre las variables de investigación. La correlación negativa significa que a menor tiempo de espera se atendió al de mayor prioridad.

IV. DISCUSIÓN

En respuesta a nuestro objetivo general el cual es determinar la existencia de una relación entre el tiempo de espera y la prioridad de atención en el triaje de emergencia obstétrica en una clínica privada de Lima en donde se encontró que la congruencia entre el tiempo de espera y prioridad de atención en triaje de emergencia obstétrica indica que el 0,58% está dentro de los 5 minutos con prioridad I, el 20,35% está con prioridad II (60 minutos), el 33,72% con prioridad III (está dentro de los 60 minutos) y el 1.16 % con prioridad IV está dentro de los 120 minutos. Los resultados son muy similares en cuanto a prioridad el estudio de Ramos y Guillén (2020), sobre prioridad y TE en la emergencia de un hospital peruano, donde sus variables guardan relación y que de los 351 pacientes el 86% fue atendido entre los 1 a 10 minutos, el 12% entre los 11 a 20 minutos y un 2% más de 20 minutos. El 53% fueron de prioridad III, el 46% de prioridad II, y solo un 1% de prioridad I.

Ochoa (2022), evaluó también la relación de los niveles que se deben priorizar en el triaje y el tiempo de espera en un policlínico de Lima, en 152 historias clínicas, concluyendo que la mayor prioridad fue III, con un 67.11%, y que el 82.24 % se atendieron cumpliendo la norma técnica. Para Jiménez (2017) él cual recabó información de las 2087 historias clínicas, concluyó que la mayoría de usuarios eran patologías comunes que podían ser atendidas por consulta externo, lo cual afectó el T.E y la prioridad de atención, deduciendo que es inadecuado el uso de la unidad de urgencia sin necesitarla.

Al respecto de lo dicho anteriormente, Ríos (2018) investigó sobre las dos variables estudiadas en dos servicios diferentes en urgencia y en consulta externa

en un hospital de Moquegua hallando que el tiempo de espera fue de 31 a 59 minutos logrando la satisfacción solo el 54.3%, indicando además que a menor tiempo de espera en los usuarios mayor es su satisfacción.

En este estudio, el 43.02% entre 31 a 36 años fueron las edades de las pacientes, en cuanto a la procedencia el 42.4% de pacientes atendidos pertenecen a Lima centro y Callao.

En cuanto a nuestros objetivos específicos como es la cuantificación del tiempo de espera en triaje de emergencia podemos decir que a menos tiempo para su atención mejor serán los resultados de satisfacción de nuestra población que acude al servicio de emergencia obstétrica buscando la resolución rápida a su patología que la aqueja en ese momento, en el presente trabajo se encontró que el 6.96% de pacientes fueron atendidas dentro de los 5 minutos, el 31.98% dentro de los 15 minutos, el 55.23% dentro de los 60 minutos, el 4.07% dentro de los 120 minutos y solo el 1.74% fueron atendidas después de los 120 minutos. Para Ríos (2018), los tiempos de espera actualmente son considerados como un problema que amenaza la calidad de atención en salud y que preocupa a nivel mundial, ya que existe la necesidad de poder solucionar la falta de satisfacción, la salud en deterioro y el desgaste de los servicios de salud, hace que estos sean débiles, debido a la mayor demanda de atención y por la falta de recursos suficientes para una atención eficiente.

Para Muñoz (2018), conocer los tiempos de espera de los pacientes en urgencias es fundamental en su estudio de 889 casos, 41,2% presentaron urgencia III, el 57,6% acudieron opcionalmente; y un 26% se hospitalizaron. Concluyendo que el tiempo medio de espera desde la filiación administrativa hasta el triaje, fue de 8 minutos.

Correa (2021), nos indica en relación al tiempo de espera, como categorizó las urgencias gineco obstétricas en un hospital chileno, en un total de atenciones de 292 pacientes, de las cuales el 71.5%, fueron urgencias y que las emergencias correspondían al 0.1%, deduciendo que las urgencias de menor complejidad saturan al servicio evitando que se brinde una buena atención. Mientras que Canassa y Ramos (2019) nos refieren en su trabajo que el tiempo de espera, en el

área de Admisión fue aceptable (71.52%); en el salón de espera fue largo (67,72%) y excesivo en consulta (72,78%).

Asimismo, Mutre y González (2020) en su estudio indica el sentir de los usuarios en la emergencia de un hospital ecuatoriano en relación al tiempo para ser atendido, donde los resultados concluyeron que el trato por parte del profesional médico fue bueno en un 88.2% siendo el tiempo de espera aceptable.

Según Baker (2019), en su estudio nos dice que es necesario un sistema de triaje obstétrico para regular el flujo y disminuir el tiempo de espera para las mujeres que buscan atención obstétrica en el departamento de urgencia. Los recursos limitados de un centro hospitalario deben canalizarse de tal manera que la evaluación a las pacientes sea rápida, oportuna y que se priorice eficientemente los recursos como también los servicios. Un sistema de triaje organizado más que brindar atención inmediata, debe facilitar la priorización y mejorar a la vez la capacidad resolutoria que muchas veces se encuentra amenazada por la demanda y el hacinamiento en los servicios de emergencia lo cual origina retrasos que pueden poner en peligro la vida de los usuarios.

En respuesta a nuestro segundo objetivo específico que es determinar la prioridad de atención en triaje de emergencia, debemos de conocer que para evaluar las prioridades de atención se utiliza el triaje el cual es un método de selección y clasificación de nuestras pacientes, permitiendo realizar la valoración inicial en función a su estado general asimismo nos ayuda a informar que prioridad tiene y el tiempo de espera según la patología que presente. Recordemos que según la norma Técnica de Emergencia 042- 2007; nos dice que todo profesional responsable del triaje, realiza el monitoreo de las funciones vitales, identifica el riesgo de la patología, clasificándolos y dándoles la prioridad que requiere su atención. Los resultados observados fue que el 0,58% de pacientes atendidos fueron de prioridad I, el 39,53% de prioridad II, el 57.56% de prioridad III y el 2.33% de prioridad IV. Siendo la de mayor incidencia de atención la prioridad III y la más baja la de la prioridad I.

Esto refleja que el servicio de triaje de emergencia es saturado en gran medida por pacientes que bien podrían ser atendidos en consulta externa, quitándole de esta manera la oportunidad del servicio a los que, si realmente lo

requieren y generando el hacinamiento de los pacientes, es así que esta realidad se repite en las diferentes clínicas y hospitales de la capital. Esto evidencia la necesidad de implementación de estrategias políticas, incluso soluciones tecnológicas para un mejor control y desempeño del triaje de emergencia obstétrica.

Al igual para Angelini y Howard (2019), nos dice que el triaje utilizado en las salas de emergencias nos permiten priorizar la atención y reduce los tiempos de espera para las visitas al servicio de urgencias verdaderamente urgentes, esto asegura el acceso ordenado a la atención y reduce retrasos en el establecimiento de salud. Mientras que Rosedale et. al (2017), en su estudio nos refiere que en algunos casos se mejoró la atención con la introducción de sistemas de triaje, ya que se implementó un paquete que incluía el desarrollo de protocolos para poder establecer un sistema apropiado lo cual permita priorizar en forma oportuna y apropiada a las pacientes con el fin de prevenir patologías y muertes en ellas.

Torres (2020) vincula el tiempo de espera para la atención en triaje de emergencia a la falta de recursos para la atención, es así que el 26.2% de pacientes atendidos de manera inadecuada en el presente estudio se presume que una de las causas sería a la falta de recursos humanos y materiales para cubrir la demanda de atención.

Con respecto a nuestra hipótesis general planteada se realizó la prueba de hipótesis de Rho Spearman ya que es una medida de correlación entre las dos variables estudiadas como son el tiempo de espera y la prioridad de atención en el servicio de emergencia obstétrica, para lo cual se revisó los datos de las historias clínicas 172 en forma aleatoria, con el fin de obtener la información requerida , al contrastar la hipótesis se pudo ver que existe relación entre el tiempo de espera y la prioridad de atención rechazándose la nula ya que el valor obtenido en el Rho Spearman fue de , $r = -0.527$, del cual se dedujo que existe una correlación negativa media entre las variables de investigación

Conclusiones

Primero: Existe relación entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes que acuden al servicio de emergencia obstétrica en una clínica privada de Lima enero-marzo 2023, aceptándose la hipótesis alterna y rechazándose la nula ya que el valor obtenido en el Rho Spearman fué de $r = -0.527$, del cual se dedujo que existe una correlación negativa media entre las variables de investigación. Esto significa que a menor tiempo de espera se atendió al de mayor prioridad.

Segundo: en este estudio la edad de 31 a 36 años predominó con 43.00% de gestantes atendidas, con respecto a la situación crítica y atención inmediata prioridad I correspondió el 0.58 % atención con peligro inminente de la vida, el 39.53 % corresponde a prioridad II, así mismo los casos de urgencia menor se presentaron en un 57.56% de pacientes los cuales corresponden a prioridad III y el 2.33% corresponde a prioridad IV, concluyendo que el triaje de emergencia , según prioridad, se realizó basándonos en MTS y según la norma Técnica de Emergencia 042- 2007, llegando a la hospitalización de una paciente en estado crítico por diagnóstico de preeclampsia severa.

Tercero: Se encontró que existe un alto porcentaje de pacientes con un tiempo de espera adecuado en un 73.8% y el 26.2% fue inadecuado en el cual debemos poner énfasis, presentaron insatisfacción en la atención realizada en dicha institución debido a que acuden al servicio de emergencia, usuarias que no requieren atención urgente, congestionando dicha unidad produciendo hacinamiento y quitando la oportunidad de atención a quienes realmente lo necesitan, además de recalcar la demora del personal administrativo en atender a los pacientes y agilizar los trámites documentarios.

Recomendaciones

Primera: se le recomienda a la gerencia médica de la institución elaborar un flujograma sobre quejas y reclamos, gestión del tiempo, toma de decisiones y realizar un mejor diagnóstico por el bien de las usuarias. Además de cursos de capacitación continua y motivación al personal, lo cual se reflejaría en beneficio de los trabajadores y la institución.

Segunda: se recomienda mejorar los procesos con el personal de área de emergencia, admisión hospitalaria y laboratorio, contratación de nuevo personal, para evitar reclamos de las usuarias por el tiempo y demora en la atención.

Tercero: se sugiere que el triaje obstétrico en la emergencia debería ser realizado por un personal especialista en obstetricia, en coordinación con el equipo multidisciplinario y de esta manera salvaguardar la integridad del binomio madre-niño.

Cuarto: se debe realizar programas orientados a los usuarios de clínica sobre la importancia de la atención y sensibilizar acerca de lo que es una urgencia y una atención de emergencia.

REFERENCIAS

- Alarcón, J. (2022). *Prioridad del triaje y tiempo de espera de los pacientes en el servicio de emergencia del hospital subregional de Andahuaylas, enero – junio del 2019, Perú*: [Tesis Universidad Nacional de San Antonio de Abad del Cusco]. <http://hdl.handle.net/20.500.12918/6599>
- Angelini, D. y Howard E. (2019). *Obstetric triage: a systematic review of the past fifteen years: 1998-2013*. MCN Am J Matern Child Nurs; 39:284–97.
- Angelini, D. y LaFontaine, D. (2017). *Obstetric triage and emergency care protocols*. Springer Publishing Company.
- Arellano, C. (2020) *Efectividad del Sistema de Triage Manchester en atención al paciente de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho–Lima, Perú*: [Tesis Universidad César Vallejo]. https://www.lareferencia.info/vufind/Record/PE_dd0e5c01d98cc0dbb38986_e6a6656d48
- Asparrin, I. y Rojas, C. (2018). *Relación entre la satisfacción y el tiempo de espera en pacientes ambulatorios en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital María Auxiliadora, Perú*: [Tesis Universidad Sede Sapientiae]. https://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14095/660/AsparrinRojas_tesis_bachiller_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Association of Women's Health (2018). *Obstetric and neonatal nurses (AWHONN) women's health perinatal nursing care quality measures specifications*
- Baker, T. (2019). *Critical care in low-income countries*. TMIH; 14: 143–8.
- Castelo, P., Rivas, A., & Díaz, L. (2018). *Patient satisfaction with medical care emergency*. Revista Cubana de Enfermería, 32(3).
- Canassa, D., Ramos C. (2019) *Tiempo de espera y satisfacción de la atención en pacientes que acuden al Centro de Salud Palmeras de Oquendo*. [Tesis Universidad Nacional del Callao]. <http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/4591/TESIS>
- Centro de Excelencia-CEX. (2007) *Método práctico para la medición directa de la satisfacción de los clientes*. Recuperado el 08 de 05 de 2018, de <http://madridexcelente.com/wpcontent/uploads/2015/08/guiasatisfaccion.pdf>.

- Correa, H. Vega, H. Medina, A. (2021). *Categorización de las emergencias gineco-obstétricas en un hospital público de Chile*. Rev. Chil. obstet. ginecol. vol.86 no.2 Santiago. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262021000200152>
- Donabedian, A. (1988) *Los espacios de la salud. Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México DF: Fondo de la Cultura económica. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n1/a13v26n1.pdf>
- Floyd L, et al. (2018). *The introduction of a midwife-led obstetric triage system into a regional referral hospital in Ghana*. Midwifery; 61:45–52.
- Garcés, A. (2019) *Calidad de atención en el área de triaje del servicio de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda, provincia Bolívar*. [Tesis Repositorio Digital UEB] <http://dspace.ueb.edu.ec/handle/123456789/3010>.
- Garcés Molina. (2017) *Organización de un servicio de urgencias: análisis de la actividad y de las medidas adoptadas para mejorar la calidad. Analizar las características de la atención sanitaria en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Sureste de Arganda del Rey* [Tesis doctoral Madrid]
- Goodman, D., et al. (2017). *The third delay: understanding waiting time for obstetric referrals at a large regional hospital in Ghana*. BMC Pregnancy Childbirth; 17:216.
- Guevara, Y. (2022). *Tiempo de espera y la satisfacción del usuario en el servicio de emergencia del hospital Hipólito Unanue Tacna, 2020. Perú*. [Tesis Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann]. http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/4669/224_2022_guevara_morales_ym_facs_segunda_especialidad_enfermria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hamui, L., Fuentes, R., Aguirre, R., & Ramírez, O. (2013) *Un estudio de la satisfacción con la atención médica*. Recuperado el 08 de 05 de 2018, de <http://www.facmed.unam.mx/bmnd/SatisfaccionAtencionMedica.pdf>. 19.
- Hellerung A, Bjarke, S; Boas, I Tariku B, Wondewossen F, Svarre, H Nielsen 5 6, Lund, S (2023) *El impacto de la Aplicación de Parto Seguro en el conocimiento y las habilidades para el manejo de la hemorragia posparto*

en un entorno de bajos recursos: un ensayo controlado aleatorio por conglomerados en la región de West Wollega, Etiopía

Hernández R., Fernández C. y Baptista L. (2014) *Metodología de la Investigación* 6º Ed. Mc Graw Hill / Interamericana Editores, S. A. México.

INEI (2016), Instituto Nacional de Estadística Informática, *encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud Loreto Evaluación*. Recuperado en: <https://www.ine.gob.bo> com

Jejaw, M; Debie, A; Yazachew, L; Teshale, G (2021) *Gestión integral de emergencias de la implementación del programa de atención obstétrica y neonatal en el Hospital Especializado Integral de la Universidad de Gondar, noroeste de Etiopía*[10.1186/s12978-023-01623-x](https://doi.org/10.1186/s12978-023-01623-x)

Jiménez Z K, Rojas L R, Azar K Y (2017). *Prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención, atendidas en el Servicio de Emergencias de una Clínica Privada de Miraflores* [tesis]. Lima Universidad Peruana Unión.

Kenyon S, et al. (2017). *The design and implementation of an obstetric triage system for unscheduled pregnancy related attendances: a mixed methods evaluation*. *BMC Pregnancy Childbirth*; 17:1–10.

Lindroos, L; Rkorsoski, R; Öhman, M; Elden, H; Karlsson, O; Sengpiel, V (2019) *Mejora de la evaluación de pacientes obstétricas agudas: introducción de un sistema de triaje obstétrico sueco* [10.1186/s12913-021-07210-9](https://doi.org/10.1186/s12913-021-07210-9)

Llanos M. (2017) *Asociación del tiempo de espera percibido con la satisfacción del usuario externo atendido en el tópico de medicina de emergencia del Hospital Vitarte - Agosto* [Internet]. Universidad Ricardo Palma; 2018. <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1402/MLLANOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mesquita Mirta, Pavlicich Viviana, Luaces Carlos. *El sistema español de triaje en la evaluación de los neonatos en las urgencias pediátricas*. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2017 [citado 2022 Abr 09]; 88(1):107-112. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.07.00>

- Ministerio de Sanidad y Política Social (2010) *Unidad de Urgencias Hospitalaria. Estándares y recomendaciones*. Recuperado el 08 de 05 de 2018, de <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>. 16
- Muñoz, E. (2018). *Estudio de la frecuentación del Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de Palencia. España*: [Tesis Universidad de Valladolid. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/13303/TFG-L889.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Murray, A. y Danford L. (2019). *Improving efficiency and effectiveness of obstetric patient triage through use of the maternal fetal triage index (MFTI) in a rural community hospital*. J of Obst Gyne Neonl Nur;48: S107.
- Mutre, K. y González M. (2020) *La satisfacción del usuario externo en tiempo de espera en la atención del servicio de emergencias del Hospital General IESS Milagro-Ecuador. MasVita* [Internet]. 2(2):31-41. Disponible en: <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/83/9014>
- NHS Trust, (2022) Nottingham University Hospitals <https://www.nuh.nhs.uk/media/images/versions/img94joktmu728211.jpg?bev=12091>
- Ochoa, K. (2022) *Niveles de Prioridad del Triage y Tiempo de Espera en la Atención de Pacientes de Urgencias ES SALUD Policlínico Chincha Emergencias y Desastres*. [tesis]. <https://orcid.org/0000-0001-9578-1951>
- Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Base de datos conjunta OMS/UNICEF sobre el ODS 3.1.2 Asistencia cualificada en el parto. Puede consultarse en: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011) *Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias*. Washington, D. C.: OPS, 60 págs. ISBN 978-92-75-33165-1
- Pinedo, C A. (2017) *Factores determinantes del tiempo de espera paciente que requieran cirugía no obstétrica de emergencia*. Departamento de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo [tesis]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo.

- Ramos, B. (2011) *Control de calidad de la atención de salud*. Recuperado el 08 de 05 de 2018, de http://files.sld.cu/scap/files/2012/01/control_calidad.pdf
- Ramos, P. y Guillén, H. (2020). *Prioridad en el triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes del servicio de emergencia del hospital Andahuaylas Perú*. [tesis]. Universidad Nacional del Callao. http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/6213/TESIS_2DAESP_GUILL%c3%89N_RAMOS_FCS_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ramos Zavala, P; Guillén Alarcón, H. (2019) *Prioridad en el triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes del servicio de emergencia del hospital Andahuaylas*. [Tesis de segunda especialidad]. Lima: Universidad del Callao; 2020 Disponible en: http://hdl.handle.net/20.500.12952/6213_11
- Rashidi-Fakari F, Simbar M, y Safari S. (2020). The quality of the maternity triage process: a qualitative study4(1):6. *Adv J Emerg Med*;4: v0i0.
- Ríos D. (2018) *Tiempo de espera y satisfacción de usuarios que se atienden en emergencia, consulta externa del Hospital Regional Moquegua* [tesis]. Universidad Cesar Vallejo; 2018. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/27187/>
- Rosedale, K., Smith Z. y Davies, H. (2017). *The effectiveness of the South African triage score (SATS) in a rural emergency department*. *SAMJ*; 537–40.
- Sánchez-Bermejo R, Herrero-Valea A, Garvi-García M. (2021) *Los sistemas de triaje de urgencias en el siglo XXI: una visión internacional*. *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2021 [citado 2022 Oct 21]; 95: perspectivas16. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272021000100201&lng=es. Epub 04-Jul-2022.
- Saleem, Sh; Shamsul, Z; Bhamani, Sh y Luman, J (2021) *Proceso de mejora del triaje obstétrico utilizando el modelo Donabedian de calidad asistencial: una iniciativa de mejora de la calidad* <http://orcid.org/0000-0001-8897-6419>
- Saviato R, Mercer S, Matos C, Leão ER. (2019) *Nurses in the triage of the emergency department: self-compassion and empathy*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.;27: e3151. doi: 10.1590/1518-8345.3049.3151 » <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3049.3151>

- SubSecretaría de Redes Asistenciales. (2018). *Manual Administrativo para Servicios de Atención Primaria de Urgencia*. Recuperado el 08 de 05 de 2018, de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/6.pdf>. 17.
- Tembo, T; Chongwe, G; vvalika, B; Lungowe Sitali *Funciones de señalización para la atención obstétrica de emergencia como intervención para reducir la mortalidad materna: una encuesta de establecimientos de salud públicos y privados en el distrito de Lusaka, Zambia* [10.1186/s12884-017-1451-0](https://doi.org/10.1186/s12884-017-1451-0)
- Torres, L, Ramírez, L y Salcedo, M. (2020) *Las tres demoras en salud que llevan a complicaciones obstétricas en embarazadas en Ecuador*. Un estudio de revisión. Rev. Cienc. Salud. Volumen 2 Ext. 3, septiembre - diciembre 2020 e-ISSN: 2665 0150 106
- Triaje Obstétrico (2016) *Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica Lineamiento Técnico* Impreso y hecho en México por: Primera Edición.
- Vásquez A R, Luna MC, Ramos GC, (2019) *El Triaje hospitalario en los Servicios de Emergencia*: Revista Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma; 19(1): p. 90-100.
- Viñas, V (2005) *Satisfacción del cliente, calidad y evaluación: un análisis crítico*. Recuperado el 08 de 05 de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/3575/357533664007.pdf>. 20.
- Zachariasse J, Seiger N, Rood P, Alves CF, Freitas P, Smit FJ, et al. (2017) *Validity of the Manchester Triage System in emergency care: a prospective observational study*. *PLoS One*;12(2): [» https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170811](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170811)

Anexo 1

Operacionalización de variables

VARIABLES	D.CONCEPTUAL	OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	RANGOS	MEDICIÓN
PRIORIDAD DEL TRIAJE	Es un indicador de calidad el cual nos va ayudar a identificar el riesgo y la gravedad del paciente (Morocco 2017)	Es una forma de clasificación del paciente de acuerdo a la gravedad de su patología y del estado general que presenta, siendo prioridad I, II, III, IV	Emergencia o gravedad súbita extrema	Shock séptico Shock hipovolémico Convulsiones Ausencia de movimientos fetales	Prioridad I: Inmediata o <5 minutos	Nominal
			Urgencia mayor	Cefalea Dolor abdominal Pérdida de líquido amniótico Disminución de movimientos fetales Sangrado vaginal Dolor en epigastrio		
			Urgencia menor	Fiebre Dolor lumbar Flujo vaginal	Prioridad III: Dentro de los 60 minutos	Nominal
			Prioridad IV	Enfermedades diarreicas agudas Enfermedades crónicas no descompensadas Resfrió común		

TIEMPO DE ESPERA

Donabedian (1988), define el tiempo de espera como una barrera de orden organizacional para poder recibir una atención, considerado a la vez como un indicador de suma importancia ya que nos ayuda a conocer si la clasificación del triaje está siendo eficaz o se debe plantear mejoras para garantizar la atención oportuna.

Tiempo transcurrido desde la llegada del paciente hasta el momento que es atendido por un profesional calificado, es decir desde la hora de triaje (H1), hasta la hora de atención(H2)

Hora de Triaje (H1) Hora de atención (H2)

Tiempo: Diferencia: $H1 - H2$

Menor tiempo: atención OPORTUNA

Mayor tiempo: atención INOPORTUNA

Intervalo

Anexo 2

Ficha de recolección de datos de nivel de prioridad del triaje vs tiempo espera

I. DATOS GENERALES

N.º Historia clínica

Edad.....Sexo.....

Procedencia.....

II. NIVEL DE PRIORIDAD DEL TRIAGE VS TIEMPO ESPERA

1. Shock séptico
2. Shock hipovolémico
3. Convulsiones
4. Ausencia de movimientos fetales

Emergencia
o gravedad
súbita
1

Hora de triaje	Hora de atención	HT - HA

5. Cefalea
6. Dolor abdominal
7. Pérdida de líquido amniótico
8. Disminución de movimientos fetales
9. Sangrado vaginal
10. Dolor en epigastrio

Urgencia
mayor
2

Hora de triaje	Hora de atención	HT - HA

11. Fiebre
12. Dolor lumbar
13. Flujo vaginal

Urgencia
menor
3

Hora de triaje	Hora de atención	HT - HA

14. Enfermedades diarreicas agudas
15. Enfermedades crónicas
no descompensadas
16. Resfrió común

Prioridad
4

hora de triaje	Hora de atención	HT - HA

III. EVALUACIÓN

ADECUADO	Si cumple con el estándar	
INADECUADO	No cumple con el estándar	

Anexo 2

Ficha Técnica

Tipo de instrumento: Ficha de Recolección de Datos Nivel de Prioridad y tiempo de Espera.

Autor: Lic. José Alarcón Lara Tesis de Especialista de Enfermería en emergencias y Desastres Cusco 2022. Realizada en la Universidad Nacional de San Antonio Abad en Cusco.

Adaptado por Betty Maritza Risco Olaya.

Objetivo: Determinar cuál es la relación que existe entre el tiempo de espera y prioridad de atención en triaje de emergencia obstétrica en clínica privada enero marzo 2023.

Aplicación: Se utilizará las historias clínicas de 350 pacientes obstétricas atendidas en clínica privada enero –marzo 2023 distrito del Cercado de Lima

Tiempo de Aplicación: 20 minutos.

Dimensiones: Emergencia o gravedad súbita extrema, urgencia mayor, urgencia menor y prioridad IV. Hora de triaje, hora de atención.

Indicadores: Shock séptico shock hipovolémico, convulsiones ausencia de movimientos fetales, cefalea, dolor abdominal, pérdida de líquido amniótico disminución de movimientos fetales, sangrado vaginal, dolor en epigastrio, fiebre, dolor lumbar, flujo vaginal, enfermedades diarreicas agudas, enfermedades crónicas no descompensadas, resfrío común.

H1- H2

Escala de Medición: Nominal

Nivel y rango: Prioridad I Atención inmediata < 5 minutos, prioridad II – 15 minutos, prioridad III < 60 minutos, prioridad IV > 120 minutos.

Finalidad:

Cuantificar el tiempo de espera en triaje de emergencia.

Reconocimiento precoz del triaje frente a la emergencia.

Reducir el tiempo de espera en la atención en triaje de emergencia ya que es un indicador de calidad.

Anexo 3

Validación de instrumento

La investigación empleó la validez de contenido según Hernández, et. al 2014 que se refiere al grado en que el instrumento mide la variable que se quiere medir. En tal sentido se usó la técnica de juicio de expertos, con un dictamen que declara como aplicable el instrumento de investigación.

Tabla 1

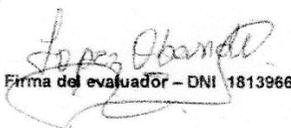
Opinión de jueces expertos

N°	Jueces expertos	Opiniones
1	Mg. Morán Relaiza Ruth	Aplicable
2	Dr. López Obando Fanny Liliana	Aplicable
3	Dr. Quiroz Angulo Christian Janderson	Aplicable
4	Mg. Tarrillo Morante Silvia Elizabeth	Aplicable
5	Mg. Villar Vivanco Sofía Landiz	Aplicable

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO QUE MIDE TIEMPO DE ESPERA Y PRIORIDAD DE ATENCION EN TRIAJE

	DIMENSIONES/ ITEMS	TRIAJE DE EMERGENCIA			
PRIMERA DIMENSIÓN	EMERGENCIA O GRAVEDAD SÚBITA			PRIORIDAD I	Atención dentro de 5 minutos
Indicadores	Item	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/Recomendaciones
Shock séptico	1	4	4	4	
Shock hipovolémico	2	4	4	4	
Convulsiones	3	4	4	4	
Ausencia de mov. Fetales	4	4	4	4	
SEGUNDA DIMENSIÓN	URGENCIA MAYOR			PRIORIDAD II	Atención dentro de los 15 minutos
Cefalea	5	4	4	4	
Dolor abdominal	6	4	4	4	
Pérdida de líquido amniótico	7	4	4	4	
Disminución movimientos fetales	8	4	4	4	
Sangrado vaginal	9	4	4	4	
Dolor epigástrico	10	4	4	4	
TERCERA DIMENSIÓN	URGENCIA MENOR			PRIORIDAD III	Atención dentro de los 60 minutos
Fiebre	11	4	4	4	
Dolor lumbar	12	4	4	4	
Flujo vaginal	13	4	4	4	
CUARTA DIMENSIÓN				PRIORIDAD IV	Atención dentro de los 120 minutos
Enfermedades diarreicas agudas	14	4	4	4	
Enfermedades crónicas no descom pensadas	15	4	4	4	
Resfrío común	16	4	4	4	
	DIMENSIONES /ITEM	TIEMPO DE ESPERA			
Hora de triaje	HT	4	4	4	
Hora de atención	HA	4	4	4	
EVALUACIÓN					
ADECUADO	Si cumple el estándar				
INADECUADO	No cumple es estándar				
NOMBRE DEL JUEZ					
MORAN RELAIZA RUTH					
DNI 09065880					

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO QUE MIDE TIEMPO DE ESPERA Y PRIORIDAD DE ATENCION EN TRIAJE

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO QUE MIDE TIEMPO DE ESPERA Y PRIORIDAD DE ATENCION EN TRIAJE						
	DIMENSIONES/ ITEMS		TRIAJE DE EMERGENCIA			
PRIMERA DIMENSIÓN	EMERGENCIA O GRAVEDAD SÚBITA			PRIORIDAD I	Atención dentro de 5 minutos	
Indicadores	Item	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/Recomendaciones	
Shock séptico	1	4	4	4		
Shock hipovolémico	2	4	4	4		
Convulsiones	3	4	4	4		
Ausencia de mov. Fetales	4	4	4	4		
SEGUNDA DIMENSIÓN	URGENCIA MAYOR			PRIORIDAD II	Atención dentro de los 15 minutos	
Cefalea	5	4	4	4		
Dolor abdominal	6	4	4	4		
Pérdida de líquido amniótico	7	4	4	4		
Disminución movimientos fetales	8	4	4	4		
Sangrado vaginal	9	4	4	4		
Dolor epigástrico	10	4	4	4		
TERCERA DIMENSIÓN	URGENCIA MENOR			PRIORIDAD III	Atención dentro de los 60 minutos	
Fiebre	11	4	4	4		
Dolor lumbar	12	4	4	4		
Flujo vaginal	13	4	4	4		
CUARTA DIMENSIÓN				PRIORIDAD IV	Atención dentro de los 120 minutos	
Enfermedades diarreicas agudas	14	4	4	4		
Enfermedades crónicas no descom pensadas	15	4	4	4		
Resfrío común	16	4	4	4		
	DIMENSIONES /ITEM	TIEMPO DE ESPERA				
Hora de triaje	HT	4	4	4		
Hora de atención	HA	4	4	4		
EVALUACIÓN						
ADECUADO	Si cumple el estándar					
INADECUADO	No cumple es estándar					
NOMBRE DEL JUEZ	 Firma del evaluador - DNI 18139665					
LOPEZ OBANDO FANNY LILIANA						
DNI 18139665						

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO QUE MIDE TIEMPO DE ESPERA Y PRIORIDAD DE ATENCION EN TRIAJE

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO QUE MIDE TIEMPO DE ESPERA Y PRIORIDAD DE ATENCION EN TRIAJE					
	DIMENSIONES/ ITEMS		TRIAJE DE EMERGENCIA		
PRIMERA DIMENSIÓN	EMERGENCIA O GRAVEDAD SÚBITA			PRIORIDAD I	Atención dentro de 5 minutos
Indicadores	Item	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/Recomendaciones
Shock séptico	1	4	4	4	
Shock hipovolémico	2	4	4	4	
Convulsiones	3	4	4	4	
Ausencia de mov. Fetales	4	4	4	4	
SEGUNDA DIMENSIÓN	URGENCIA MAYOR			PRIORIDAD II	Atención dentro de los 15 minutos
Cefalea	5	4	4	4	
Dolor abdominal	6	4	4	4	
Pérdida de líquido amniótico	7	4	4	4	
Disminución movimientos fetales	8	4	4	4	
Sangrado vaginal	9	4	4	4	
Dolor epigástrico	10	4	4	4	
TERCERA DIMENSIÓN	URGENCIA MENOR			PRIORIDAD III	Atención dentro de los 60 minutos
Fiebre	11	4	4	4	
Dolor lumbar	12	4	4	4	
Flujo vaginal	13	4	4	4	
CUARTA DIMENSIÓN				PRIORIDAD IV	Atención dentro de los 120 minutos
Enfermedades diarreicas agudas	14	4	4	4	
Enfermedades crónicas no descom pensadas	15	4	4	4	
Resfrío común	16	4	4	4	
	DIMENSIONES /ITEM	TIEMPO DE ESPERA			
Hora de triaje	HT	4	4	4	
Hora de atención	HA	4	4	4	
EVALUACIÓN					
ADECUADO	Si cumple el estándar				
INADECUADO	No cumple es estándar				

NOMBRE DEL JUEZ
QUIROZ ANGULO CHRISTIAN JANDERSON
DNI 42385497



Firma del evaluador - DNI 42385497

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO QUE MIDE TIEMPO DE ESPERA Y PRIORIDAD DE ATENCION EN TRIAJE

	DIMENSIONES/ ITEMS	TRIAJE DE EMERGENCIA			
PRIMERA DIMENSIÓN	EMERGENCIA O GRAVEDAD SÚBITA			PRIORIDAD I	Atención dentro de 5 minutos
Indicadores	Item	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/Recomendaciones
Shock séptico	1	4	4	4	
Shock hipovolémico	2	4	4	4	
Convulsiones	3	4	4	4	
Ausencia de mov. Fetales	4	4	4	4	
SEGUNDA DIMENSIÓN	URGENCIA MAYOR			PRIORIDAD II	Atención dentro de los 15 minutos
Cefalea	5	4	4	4	
Dolor abdominal	6	4	4	4	
Pérdida de líquido amniótico	7	4	4	4	
Disminución movimientos fetales	8	4	4	4	
Sangrado vaginal	9	4	4	4	
Dolor epigástrico	10	4	4	4	
TERCERA DIMENSIÓN	URGENCIA MENOR			PRIORIDAD III	Atención dentro de los 60 minutos
Fiebre	11	4	4	4	
Dolor lumbar	12	4	4	4	
Flujo vaginal	13	4	4	4	
CUARTA DIMENSIÓN				PRIORIDAD IV	Atención dentro de los 120 minutos
Enfermedades diarreicas agudas	14	4	4	4	
Enfermedades crónicas no descom pensadas	15	4	4	4	
Resfrío común	16	4	4	4	
	DIMENSIONES /ITEM	TIEMPO DE ESPERA			
Hora de triaje	HT	4	4	4	
Hora de atención	HA	4	4	4	
EVALUACIÓN					
ADECUADO	Si cumple el estándar				
INADECUADO	No cumple es estándar				

NOMBRE DEL JUEZ
TARRILLO MORANTE SILVIA ELIZABETH
DNI 09908810


 Firma del evaluador
 DNI: 09908810

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO QUE MIDE TIEMPO DE ESPERA Y PRIORIDAD DE ATENCION EN TRIAJE

	DIMENSIONES/ ITEMS	TRIAJE DE EMERGENCIA			
PRIMERA DIMENSIÓN	EMERGENCIA O GRAVEDAD SÚBITA			PRIORIDAD I	Atención dentro de 5 minutos
Indicadores	Item	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/Recomendaciones
Shock séptico	1	4	4	4	
Shock hipovolémico	2	4	4	4	
Convulsiones	3	4	4	4	
Ausencia de mov. Fetales	4	4	4	4	
SEGUNDA DIMENSIÓN	URGENCIA MAYOR			PRIORIDAD II	Atención dentro de los 15 minutos
Cefalea	5	4	4	4	
Dolor abdominal	6	4	4	4	
Pérdida de líquido amniótico	7	4	4	4	
Disminución movimientos fetales	8	4	4	4	
Sangrado vaginal	9	4	4	4	
Dolor epigástrico	10	4	4	4	
TERCERA DIMENSIÓN	URGENCIA MENOR			PRIORIDAD III	Atención dentro de los 60 minutos
Fiebre	11	4	4	4	
Dolor lumbar	12	4	4	4	
Flujo vaginal	13	4	4	4	
CUARTA DIMENSIÓN				PRIORIDAD IV	Atención dentro de los 120 minutos
Enfermedades diarreicas agudas	14	4	4	4	
Enfermedades crónicas no descom pensadas	15	4	4	4	
Resfrío común	16				
	DIMENSIONES /ITEM	TIEMPO DE ESPERA			
Hora de triaje	HT	4	4	4	
Hora de atención	HA	4	4	4	
EVALUACIÓN					
ADECUADO	Si cumple el estándar				
INADECUADO	No cumple es estándar				

NOMBRE DEL JUEZ
VILLAR VIVANCO SOFIA LANDIZ
DNI 21811603

Sofía L. Villar Vivanco
 Firma del evaluador
 DNI 21811603

**PERÚ**

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de
Educación Superior UniversitariaDirección de Documentación e
Información Universitaria y
Registro de Grados y Títulos**REGISTRO NACIONAL DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES**

Graduado	Grado o Título	Institución
MORAN RELAIZA, RUTH DNI 09065880	LICENCIADA EN OBSTETRICIA Fecha de diploma: 30/06/92 Modalidad de estudios: PRESENCIAL TIPO: • DUPLICADO	UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS PERU
MORAN RELAIZA, RUTH DNI 09065880	TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS EN OBSTETRICIA EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS EN OBSTETRICIA Fecha de diploma: 19/01/18 Modalidad de estudios: PRESENCIAL Fecha matrícula: 08/08/2016 Fecha egreso: 06/07/2017	UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS S.A. PERU
MORAN RELAIZA, RUTH DNI 09065880	MAESTRO/MAGISTER EN OBSTETRICIA CON MENCION EN SALUD REPRODUCTIVA Fecha de diploma: 17/10/17 Modalidad de estudios: PRESENCIAL Fecha matrícula: 15/03/1996 Fecha egreso: 20/12/1998	UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS PERU
MORAN RELAIZA, RUTH DNI 09065880	LICENCIADA EN OBSTETRICIA Fecha de diploma: 30/06/92 Modalidad de estudios: PRESENCIAL	UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS PERU
MORAN RELAIZA, RUTH DNI 09065880	BACHILLER EN OBSTETRICIA Fecha de diploma: 22/05/92 Modalidad de estudios: PRESENCIAL Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS PERU

**PERÚ**

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de
Educación Superior UniversitariaDirección de Documentación e
Información Universitaria y
Registro de Grados y Títulos**REGISTRO NACIONAL DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES**

Graduado	Grado o Título	Institución
LOPEZ OBANDO, FANNY LILIANA DNI 18139665	DOCTOR EN SALUD PÚBLICA Fecha de diploma: 19/03/21 Modalidad de estudios: PRESENCIAL Fecha matrícula: 08/08/2016 Fecha egreso: 22/09/2019	UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS S.A. PERU
LOPEZ OBANDO, FANNY LILIANA DNI 18139665	OBSTETRIZ Fecha de diploma: 04/06/1997 Modalidad de estudios: -	UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO PERU
LOPEZ OBANDO, FANNY LILIANA DNI 18139665	BACHILLER EN OBSTETRICIA Fecha de diploma: 15/11/1996 Modalidad de estudios: - Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO PERU
LOPEZ OBANDO, FANNY LILIANA DNI 18139665	TITULO DE ESPECIALISTA EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS EN OBSTETRICIA Fecha de diploma: 17/07/2013 Modalidad de estudios: - Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS S.A. PERU



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos

REGISTRO NACIONAL DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES

Graduado	Grado o Título	Institución
QUIROZ ANGULO, CHRISTIAN JANDERSON DNI 42385497	MAESTRO EN INGENIERÍA DE SISTEMAS CON MENCIÓN EN TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Fecha de diploma: 18/12/18 Modalidad de estudios: PRESENCIAL Fecha matrícula: 18/08/2015 Fecha egreso: 04/03/2018	UNIVERSIDAD PRIVADA CÉSAR VALLEJO PERU
QUIROZ ANGULO, CHRISTIAN JANDERSON DNI 42385497	INGENIERO EN INFORMATICA Y SISTEMAS Fecha de diploma: 31/03/2008 Modalidad de estudios: -	UNIVERSIDAD NACIONAL AGRARIA DE LA SELVA PERU
QUIROZ ANGULO, CHRISTIAN JANDERSON DNI 42385497	BACHILLER EN CIENCIAS INFORMATICA Y SISTEMAS Fecha de diploma: 06/11/2006 Modalidad de estudios: - Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD NACIONAL AGRARIA DE LA SELVA PERU

**PERÚ**

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de
Educación Superior UniversitariaDirección de Documentación e
Información Universitaria y
Registro de Grados y Títulos**REGISTRO NACIONAL DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES**

Graduado	Grado o Título	Institución
TARRILLO MORANTE, SILVIA ELIZABETH DNI 09908810	TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS EN OBSTETRICIA EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS EN OBSTETRICIA Fecha de diploma: 07/09/18 Modalidad de estudios: PRESENCIAL Fecha matrícula: 06/03/2017 Fecha egreso: 25/02/2018	UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS S.A. PERU
TARRILLO MORANTE, SILVIA ELIZABETH DNI 09908810	MAESTRO EN INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA UNIVERSITARIA Fecha de diploma: 17/01/17 Modalidad de estudios: PRESENCIAL Fecha matrícula: 01/08/2008 Fecha egreso: 21/07/2016	UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA ASOCIACIÓN CIVIL PERU
TARRILLO MORANTE, SILVIA ELIZABETH DNI 09908810	BACHILLER EN OBSTETRICIA Fecha de diploma: 09/08/2000 Modalidad de estudios: - Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES PERU
TARRILLO MORANTE, SILVIA ELIZABETH DNI 09908810	LICENCIADO EN OBSTETRICIA Fecha de diploma: 16/10/2000 Modalidad de estudios: -	UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES PERU
TARRILLO MORANTE, SILVIA ELIZABETH DNI 09908810	LICENCIADA EN OBSTETRICIA Fecha de diploma: 16/10/2000 Modalidad de estudios: -	UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES PERU

**PERÚ**

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de
Educación Superior UniversitariaDirección de Documentación e
Información Universitaria y
Registro de Grados y Títulos**REGISTRO NACIONAL DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES**

Graduado	Grado o Título	Institución
VILLAR VIVANCO, SOFIA LANDIZ DNI 21811603	MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD Fecha de diploma: 03/07/17 Modalidad de estudios: PRESENCIAL Fecha matrícula: 02/01/2013 Fecha egreso: 30/04/2015	UNIVERSIDAD PRIVADA CÉSAR VALLEJO <i>PERU</i>
VILLAR VIVANCO, SOFIA LANDIZ DNI 21811603	LICENCIADA EN OBSTETRICIA Fecha de diploma: 01/10/92 Modalidad de estudios: -	UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES <i>PERU</i>
VILLAR VIVANCO, SOFIA LANDIZ DNI 21811603	BACHILLER EN OBSTETRICIA Fecha de diploma: 24/06/92 Modalidad de estudios: - Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES <i>PERU</i>
VILLAR VIVANCO, SOFIA LANDIZ -	BACHILLER EN OBSTETRICIA Fecha de diploma: 24/06/1992 Modalidad de estudios: - Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES <i>PERU</i>
VILLAR VIVANCO, SOFIA LANDIZ DNI 21811603	TITULO DE ESPECIALISTA PROMOCION DE LA SALUD MATERNA CON MENCION EN ESTIMULACION PRENATAL, ESTIMULACION TEMPRANA Y PSICOPROFILAXIS OBSTETERICA Fecha de diploma: 17/05/2013 Modalidad de estudios: - Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS S.A. <i>PERU</i>
VILLAR VIVANCO, SOFIA LANDIZ DNI 21811603	LICENCIADO EN OBSTETRICIA Fecha de diploma: 24/09/1992 Modalidad de estudios: -	UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES <i>PERU</i>

Lima, 18 de Julio de 2023

SOLICITO: PERMISO PARA EJECUCION DE PROYECTO DE INVESTIGACION

Estimada Lic.

Maria Ines Sotomayor Vidal

Jefa de Enfermeria Lima

Clinica Internacional.

Yo Betty Maritza Risco Olaya Vda de Guerrero identificada con DNI N°25620562, correo electrónico betty_maritza@hotmail.com, laborando actualmente en la institución en el servicio de Centro Obstetrico sede Lima, me encuentro estudiando la Maestría de Gestión en los Servicios de Salud en la Universidad César Vallejo. Ante Ud. Me presento y expongo:

En calidad de investigador , solicito sus autorización para la ejecución de mi proyecto titulado "Tiempo de Espera y Prioridad de Atención en Triage de Emergencia Obstétrica de Clinica Privada Enero - Marzo 2023". Pedirle se me otorgue el permiso respectivo para el desarrollo y obtención de los datos estadísticos para mi investigación basándome en las historias clínicas de las pacientes que fueron atendidas en el Servicio de Gineco - obstetricia, dicho estudio se realizará en beneficio de la institución y buscando mejorar los tiempos de espera, logrando la satisfacción y mejora en la calidad de atención.

Por lo expuesto pido a Ud acceder a mi solicitud



Betty Maritza Risco Olaya Vda de Guerrero

DNI N° 25620562



Lic. Maria Ines Sotomayor Vidal
Jefe de Enfermeria
Torre Hospitalaria SL
Dirección de Enfermeria
Clinica Internacional

Anexo 4

Tabla de recolección y tratamiento de datos

PACIENTE	EDAD	PROCEDENCIA	PRIORIDAD	H.TRIAJE	H.ATENCIÓN	TIEMPO ESPERA	R-T/ESPERA	EVALUACION	R-EDAD	R-PROCE
1	41	SMP	2	14:08	14:25	00:17	3	2	4	4
2	38	CERCADO DE LIMA	3	16:45	16:50	00:05	1	1	4	1
3	23	RIMAC	3	20:00	20:41	00:41	3	1	1	1
4	25	CERCADO DE LIMA	3	18:08	18:30	00:22	3	1	1	1
5	28	CERCADO DE LIMA	2	11:13	11:20	00:07	2	1	2	1
6	28	CALLAO	3	08:37	09:25	00:48	3	1	2	1
7	21	SJL	2	18:40	19:00	00:20	3	2	1	3
8	28	RIMAC	3	20:35	21:10	00:35	3	1	2	1
9	41	JESUS MARIA	3	02:37	02:48	00:11	2	1	4	1
10	40	SJL	2	20:20	20:50	00:30	3	2	4	3
11	36	LOS OLIVOS	1	06:17	06:20	00:03	1	1	3	4
12	39	SJL	3	11:11	11:30	00:19	3	1	4	3
13	30	SJM	4	10:05	10:20	00:15	2	1	2	2
14	42	VILLA E. SALVADOR	3	12:35	13:00	00:25	3	1	5	2
15	33	ATE	3	12:33	12:55	00:22	3	1	3	3
16	34	CALLAO	3	06:37	07:05	00:28	3	1	3	1
17	32	SMP	3	07:43	08:32	00:49	3	1	3	4
18	38	PUENTE PIEDRA	3	18:49	19:00	00:11	2	1	4	4
19	36	RIMAC	2	21:34	21:48	00:14	2	1	3	1
20	30	CERCADO DE LIMA	2	15:53	16:10	00:17	3	2	2	1
21	34	LOS OLIVOS	2	09:14	09:20	00:06	2	1	3	4
22	38	EL AGUSTINO	2	09:23	09:35	00:12	2	1	4	3
23	28	VMT	2	06:02	06:30	00:28	3	2	2	2
24	25	SJL	3	14:32	15:10	00:38	3	1	1	3
25	26	CALLAO	3	10:22	10:35	00:13	2	1	2	1
26	44	COMAS	2	18:04	19:00	00:56	3	2	5	4
27	33	SMP	2	07:04	07:20	00:16	3	2	3	4
28	32	SJL	3	12:33	12:40	00:07	2	1	3	3
29	31	LOS OLIVOS	2	00:06	00:15	00:09	2	1	3	4

30	28	CERCADO DE LIMA	2	15:45	16:15	00:30	3	2	2	1
31	33	CALLAO	3	13:22	13:35	00:13	2	1	3	1
32	33	CARABAYLO	3	02:23	02:38	00:15	2	1	3	4
33	34	CALLAO	2	07:18	08:00	00:42	3	2	3	1
34	29	SMP	3	08:58	09:05	00:07	2	1	2	4
35	38	LOS OLIVOS	3	03:54	04:17	00:23	3	1	4	4
36	33	SMP	2	04:10	04:35	00:25	3	2	3	4
37	25	LOS OLIVOS	3	02:34	02:40	00:06	2	1	1	4
38	37	SJL	2	07:37	08:25	00:48	3	2	4	3
39	25	VILLA E. SALVADOR	2	23:22	23:35	00:13	2	1	1	2
40	30	LOS OLIVOS	2	17:30	17:50	00:20	3	2	2	4
41	23	CERCADO DE LIMA	4	17:10	17:20	00:10	2	1	1	1
42	35	SJL	2	23:52	00:10	00:18	3	2	3	3
43	37	SURCO	2	08:44	09:00	00:16	3	2	4	1
44	39	EL AGUSTINO	2	08:30	08:40	00:10	2	1	4	3
45	36	BARRANCO	3	14:33	15:46	01:13	4	2	3	1
46	34	EL AGUSTINO	3	11:57	14:06	02:09	5	2	3	3
47	33	SJL	3	21:04	21:15	00:11	2	1	3	3
48	40	SJL	2	22:26	23:00	00:34	3	2	4	3
49	36	EL AGUSTINO	3	13:13	13:30	00:17	3	1	3	3
50	40	CERCADO DE LIMA	2	18:19	18:30	00:11	2	1	4	1
51	31	SJL	2	07:30	07:48	00:18	3	2	3	3
52	38	SJL	2	04:50	05:15	00:25	3	2	4	3
53	34	PUENTE PIEDRA	2	15:44	16:20	00:36	3	2	3	4
54	38	INDEPENDENCIA	2	11:00	11:10	00:10	2	1	4	4
55	25	LOS OLIVOS	3	02:34	02:40	00:06	2	1	1	4
56	36	SMP	3	20:32	20:50	00:18	3	1	3	4
57	30	COMAS	2	11:47	12:15	00:28	3	2	2	4
58	33	MAGDALENA DEL MAR	3	07:23	07:50	00:27	3	1	3	1
59	35	SJL	2	04:00	04:15	00:15	2	1	3	3

60	35	INDEPENDENCIA	3	16:00	16:20	00:20	3	1	3	4
61	34	SJL	2	09:15	09:25	00:10	2	1	3	3
62	28	LINCE	3	18:34	19:00	00:26	3	1	2	1
63	23	CERCADO DE LIMA	3	06:53	07:15	00:22	3	1	1	1
64	26	LOS OLIVOS	2	18:34	19:15	00:41	3	2	2	4
65	33	LOS OLIVOS	2	17:30	17:50	00:20	3	2	3	4
66	33	SAN MIGUEL	2	18:00	18:20	00:20	3	2	3	1
67	36	LA MOLINA	3	12:21	12:50	00:29	3	1	3	1
68	36	LURIGANCHO	2	20:53	23:00	02:07	5	2	3	3
69	31	ATE	3	14:35	14:55	00:20	3	1	3	3
70	29	SJL	2	08:53	09:10	00:17	3	2	2	3
71	33	ATE	3	09:55	10:06	00:11	2	1	3	3
72	30	SJL	3	12:08	12:15	00:07	2	1	2	3
73	27	SMP	2	11:45	11:50	00:05	1	1	2	4
74	27	SJL	3	08:28	09:00	00:32	3	1	2	3
75	27	CERCADO DE LIMA	3	09:14	09:45	00:31	3	1	2	1
76	26	RIMAC	3	03:34	03:42	00:08	2	1	2	1
77	36	BREÑA	3	16:40	16:48	00:08	2	1	3	1
78	33	SAN MIGUEL	4	10:12	11:00	00:48	3	1	3	1
79	30	SJL	2	14:00	14:40	00:40	3	2	2	3
80	34	MIRAFLORES	3	11:00	11:55	00:55	3	1	3	1
81	23	SJL	2	02:08	02:14	00:06	2	1	1	3
82	40	PUEBLO LIBRE	2	10:48	10:52	00:04	1	1	4	1
83	46	LINCE	3	07:37	07:56	00:19	3	1	5	1
84	25	CERCADO DE LIMA	3	14:53	15:30	00:37	3	1	1	1
85	30	CALLAO	3	09:26	09:40	00:14	2	1	2	1
86	36	VMT	2	02:35	02:37	00:02	1	1	3	2
87	25	CERCADO DE LIMA	3	14:32	15:10	00:38	3	1	1	1
88	24	ATE	3	20:03	21:15	01:12	4	2	1	3
89	34	CERCADO DE LIMA	2	10:31	11:00	00:29	3	2	3	1

90	38	SJL	3	16:35	17:00	00:25	3	1	4	3
91	41	SAN BORJA	2	23:19	23:31	00:12	2	1	4	1
92	33	SJM	3	08:40	09:15	00:35	3	1	3	2
93	26	CERCADO DE LIMA	3	09:14	09:45	00:31	3	1	2	1
94	31	CERCADO DE LIMA	2	23:50	00:08	00:18	3	2	3	1
95	33	PUEBLO LIBRE	3	23:24	23:30	00:06	2	1	3	1
96	35	ATE	3	11:40	12:01	00:21	3	1	3	3
97	26	SJL	2	06:04	06:14	00:10	2	1	2	3
98	36	SMP	3	16:21	17:00	00:39	3	1	3	4
99	34	LOS OLIVOS	2	12:45	13:00	00:15	2	1	3	4
100	35	COMAS	3	14:54	14:55	00:01	1	1	3	4
101	33	SMP	2	04:10	04:35	00:25	3	2	3	4
102	31	VMT	3	13:17	15:30	02:13	5	2	3	2
103	21	SMP	3	23:21	23:45	00:24	3	1	1	4
104	28	CALLAO	3	06:01	06:10	00:09	2	1	2	1
105	33	SJL	3	10:50	11:00	00:10	2	1	3	3
106	33	LA VICTORIA	3	17:37	18:00	00:23	3	1	3	1
107	27	SAN ISIDRO	3	10:25	10:26	00:01	1	1	2	1
108	33	JESUS MARÍA	3	23:29	23:56	00:27	3	1	3	1
109	41	ATE	2	16:15	16:38	00:23	3	2	4	3
110	30	LOS OLIVOS	3	20:32	21:00	00:28	3	1	2	4
111	33	LA VICTORIA	3	17:37	17:38	00:01	1	1	3	1
112	36	COMAS	3	09:04	09:30	00:26	3	1	3	4
113	29	LOS OLIVOS	2	07:03	07:18	00:15	2	1	2	4
114	28	SAN MIGUEL	3	08:44	09:00	00:16	3	1	2	1
115	31	SMP	3	19:06	19:15	00:09	2	1	3	4
116	33	SJL	2	09:00	09:10	00:10	2	1	3	3
117	27	RIMAC	2	23:10	00:45	01:35	4	2	2	1
118	33	LOS OLIVOS	3	05:15	05:30	00:15	2	1	3	4
119	30	EL AGUSTINO	2	19:39	19:50	00:11	2	1	2	3

120	41	CERCADO DE LIMA	3	21:25	21:29	00:04	1	1	4	1
121	34	SAN MIGUEL	3	15:41	16:05	00:24	3	1	3	1
122	40	PUEBLO LIBRE	2	18:37	18:55	00:18	3	2	4	1
123	36	SJL	2	08:43	08:56	00:13	2	1	3	3
124	35	RIMAC	2	14:38	15:16	00:38	3	2	3	1
125	30	LOS OLIVOS	2	12:57	13:36	00:39	3	2	2	4
126	36	JESUS MARÍA	3	15:59	16:24	00:25	3	1	3	1
127	35	RIMAC	3	20:00	20:41	00:41	3	1	3	1
128	34	SJL	2	23:13	23:35	00:22	3	2	3	3
129	28	BREÑA	4	18:55	19:18	00:23	3	1	2	1
130	27	CERCADO DE LIMA	3	02:23	02:28	00:05	1	1	2	1
131	31	CERCADO DE LIMA	3	13:40	14:10	00:30	3	1	3	1
132	39	SJL	3	18:34	18:58	00:24	3	1	4	3
133	27	SAN ISIDRO	3	10:28	11:02	00:34	3	1	2	1
134	34	INDEPENDENCIA	2	17:37	17:45	00:08	2	1	3	4
135	34	SANTA ANITA	3	08:24	08:40	00:16	3	1	3	3
136	28	JESUS MARÍA	3	10:41	11:09	00:28	3	1	2	1
137	37	CERCADO DE LIMA	3	16:10	16:14	00:04	1	1	4	1
138	34	EL AGUSTINO	3	20:58	22:10	01:12	4	2	3	3
139	34	SJL	3	21:33	21:47	00:14	2	1	3	3
140	28	CALLAO	3	20:11	21:25	01:14	4	2	2	1
141	28	CERCADO DE LIMA	3	04:52	05:10	00:18	3	1	2	1
142	36	CALLAO	3	13:12	14:25	01:13	4	2	3	1
143	29	SJL	2	14:01	15:34	01:33	4	2	2	3
144	29	COMAS	3	23:05	23:30	00:25	3	1	2	4
145	36	RIMAC	2	12:58	13:05	00:07	2	1	3	1
146	37	CHORRILLOS	3	08:48	09:10	00:22	3	1	4	2
147	27	COMAS	3	21:05	21:30	00:25	3	1	2	4
148	34	SJL	3	07:11	07:40	00:29	3	1	3	3
149	34	SJL	3	01:30	02:00	00:30	3	1	3	3

150	41	PUENTE PIEDRA	3	14:14	14:40	00:26	3	1	4	4
151	44	INDEPENDENCIA	3	14:18	14:30	00:12	2	1	5	4
152	43	CERCADO DE LIMA	3	04:50	05:10	00:20	3	1	5	1
153	30	CERCADO DE LIMA	3	02:10	02:30	00:20	3	1	2	1
154	35	BREÑA	2	15:45	15:55	00:10	2	1	3	1
155	38	CERCADO DE LIMA	3	02:35	02:55	00:20	3	1	4	1
156	33	LOS OLIVOS	2	04:22	04:30	00:08	2	1	3	4
157	33	CERCADO DE LIMA	3	01:25	01:36	00:11	2	1	3	1
158	32	RIMAC	3	17:07	17:25	00:18	3	1	3	1
159	25	SMP	2	11:28	11:38	00:10	2	1	1	4
160	40	LOS OLIVOS	3	18:26	18:46	00:20	3	1	4	4
161	36	CALLAO	2	08:14	08:33	00:19	3	2	3	1
162	29	CERCADO DE LIMA	3	09:54	10:10	00:16	3	1	2	1
163	29	SMP	3	19:13	19:22	00:09	2	1	2	4
164	37	CERCADO DE LIMA	2	06:05	06:32	00:27	3	2	4	1
165	33	SMP	3	04:20	04:35	00:15	2	1	3	4
166	26	SJL	3	21:30	21:48	00:18	3	1	2	3
167	28	LOS OLIVOS	2	02:23	02:28	00:05	1	1	2	4
168	30	BREÑA	2	20:16	20:36	00:20	3	2	2	1
169	30	JESÚS MARÍA	3	07:06	07:20	00:14	2	1	2	1
170	26	SANTA ANITA	3	23:00	23:15	00:15	2	1	2	3
171	29	SAN MIGUEL	2	18:18	18:30	00:12	2	1	2	1
172	24	ATE	2	03:43	03:55	00:12	2	1	1	3

La confiabilidad en esta investigación no se realizará ya que se recogerá datos directos de las historias clínicas

Anexo 5

Formulación de Problemas, objetivos

Problemas Específicos: ¿Cuál es el tiempo de espera en triaje de emergencia obstétrica de clínica privada enero - marzo 2023?

¿Cuál es la prioridad de atención en triaje de emergencia obstétrica en clínica privada enero - marzo 2023?

Objetivos Específicos: Cuantificar el tiempo de espera en triaje de emergencia de clínica privada enero - marzo 2023.

Determinar cuál es la prioridad de atención en triaje de emergencia de clínica privada enero – marzo 2023

Este trabajo de investigación tiene hipótesis general, no específicas

Anexo 6

Cálculo de Muestra de la Población

$$n = \frac{NZ^2 pq}{(N-1)D^2 + Z^2 pq}$$

Dónde:

n = tamaño de muestra

z = nivel de confianza (correspondiente a la tabla de valores Z= 1,95)

p = porcentaje de la población que tiene el atributo deseado

q = porcentaje complementario (1-p)

N = tamaño de la población e = error máximo permitido (5%)

$$n = 350$$

$$p = 0.47$$

$$q = 0.53$$

$$Z = 1.95(95\%) = 0.05$$

$$n = \frac{350(1.95)^2 \times 0.47 \times 0.53}{(1-0.47) 0.05^2 + 1.95^2 \times 0.47 \times 0.53}$$

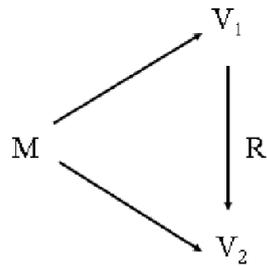
$$n = \frac{1330 \times 0.2491}{0.9755 + 0.9472}$$

$$n = \frac{331.303}{1.9227}$$

$$n = 172.31 = 172$$

Anexo 7

DISEÑO CORRELACIONAL ESQUEMA:



M: historias clínicas de pacientes del servicio de emergencia obstétrica

V1: Tiempo de espera (variable cuantitativa)

V2: Triaje en emergencia (variable cualitativa)

r = relación entre ambas variables.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, DIAZ MUJICA JUANA YRIS, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis Completa titulada: "Tiempo de espera y prioridad de atención en triaje de emergencia obstétrica en clínica privada de Lima enero -marzo 2023", cuyo autor es RISCO OLAYA VDA DE GUERRERO BETTY MARITZA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 15.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis Completa cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

LIMA, 30 de Julio del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
DIAZ MUJICA JUANA YRIS DNI: 09395072 ORCID: 0000-0001-8268-4626	Firmado electrónicamente por: JDIAZMU el 07-08- 2023 09:01:23

Código documento Trilce: TRI - 0627844