

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

TIEMPO DE RESPUESTA Y SU RELACIÓN CON EL ESCENARIO
DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DEL SISTEMA DE
ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS, TACNA - 2017

TESIS

Presentada por:

Lic. Yesenia Liliana Condori Coaquira

Lic. Daniel Joel Laricano Gutiérrez

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

TACNA - PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

**TIEMPO DE RESPUESTA Y SU RELACIÓN CON EL ESCENARIO DE
ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN
MÓVIL DE URGENCIAS, TACNA – 2017**

TESIS

Presentada por:

**Lic. Yesenia Liliana Condori Coaquira
Lic. Daniel Joel Laricano Gutiérrez**

**Para optar el Título de Segunda Especialidad en:
Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres**

Aprobado por: Unanimidad ante el siguiente jurado:



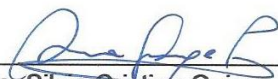
Dra. Ingrid María Manrique Tejada
PRESIDENTA



Dra. Elizabeth Balbina Huerta Tovar
MIEMBRO



Dra. Elva Alejandrina Maldonado de Zegarra
MIEMBRO



Dra. Silvia Cristina Quispe Prieto
ASESORA

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a Dios, por guiarnos en el camino del conocimiento y permitirnos alcanzar una meta más en nuestras vidas.

A nuestras familias por su comprensión incondicional en los momentos oportunos.

LILIANA Y DANIEL

AGRADECIMIENTOS

Es el inicio de una nueva etapa de nuestra vida, al haber culminado el presente trabajo, queremos expresar un profundo agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda directa e indirectamente permitieron concluir y lograr esta meta.

- A Dios, por sus cuidados continuos, por darnos el ejemplo de vida más noble y desprendida, que debemos dar en cada cuidado brindado a toda persona.
- A nuestras familias por su apoyo en todos los proyectos que emprendemos y que logramos
- A la Dra. Silvia Quispe Prieto, por el asesoramiento brindado en el desarrollo de la presente tesis, por su paciencia, sus consejos y guía durante el desarrollo de la investigación.

LILIANA Y DANIEL

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Fundamentos y formulación del problema.....	4
1.2. Objetivos.....	14
1.3. Justificación.....	14
1.4. Formulación de la Hipótesis.....	17
1.5. Operacionalización de Variables.....	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	19
2.2. Bases Teóricas.....	25
2.3. Definición Conceptual de Términos.....	49

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	Pág.
3.1. Diseño de la Investigación.....	51
3.2. Población y Muestra.....	51
3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	52
3.4. Procedimientos de recolección de datos.....	56
3.5. Procesamiento de datos.....	58
3.6. Consideraciones Éticas	58
CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS	
4.1. Resultados.....	59
4.2. Discusión.....	71
CONCLUSIONES.....	86
RECOMENDACIONES.....	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92
ANEXOS.....	96

RESUMEN

El presente estudio planteó como objetivo determinar el tiempo de respuesta y su relación con el escenario de atención prehospitalaria, Tacna - 2017; el estudio es cuantitativo, retrospectivo, correlacional y longitudinal. Los datos fueron obtenidos de las fichas de atención prehospitalaria del Sistema de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) del año 2017, siendo un total de 3325 atenciones. Para el procesamiento de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS v.24 y la prueba de Chi - cuadrado. Los resultados de la investigación fueron: en el año 2017, el 57,7% de las atenciones prehospitalarias obtuvieron un tiempo de respuesta de 9 a 16 minutos y con el 79,8% (porcentaje acumulado) el tiempo de respuesta fue menor a 16 minutos. Así mismo el escenario de atención prehospitalaria predominante fueron las referencias con un 47,8%. Se concluye que existe relación entre el tiempo de respuesta y el escenario de atención prehospitalaria, con una confiabilidad del 95% y significancia $p < 0,05$.

Palabras clave: Tiempo de Respuesta, Escenario de Atención Prehospitalaria, Sistema de Atención Móvil de Urgencias - SAMU

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the response time and its relationship with the prehospital care scenario, Tacna - 2017; The study is quantitative, retrospective, correlational and longitudinal. The data were obtained from the prehospital care files of the Mobile Emergency Care System (SAMU) for the year 2017, with a total of 3325 attendances. The statistical package SPSS v.24 and the Chi - square test were used for data processing. The results of the investigation were: in the year 2017, 57,7% of the prehospital care received a response time of 9 to 16 minutes and with 79,8% (accumulated percentage) the response time was less than 16 minutes Likewise, the predominant prehospital care scenario was the references with 47,8%. It is concluded that there is a relationship between the response time and the prehospital care scenario, with a reliability of 95% and significance $p < 0,05$.

Keywords: Response Time, Prehospital Care Scenario, Mobile Emergency Care System

INTRODUCCIÓN

En cada momento, todas las personas estamos propensas a presentar problemas de salud, existiendo la posibilidad de presentarse una urgencia o emergencia médica ya sea a nosotros mismos o a los que nos rodean, en un ambiente exterior, ajeno, agresivo y muchas veces, lejos del hogar, lugar de trabajo, en el cual es más difícil contar con ayuda rápida y sobretodo especializada. Es por ello que en la mayoría de concentraciones poblacionales se cuenta con algún tipo de organismo o sistema que responde y brinda atención ante emergencias y urgencias médicas en el menor tiempo posible, a fin de preservar la vida de la persona.

La labor del sistema de atención prehospitalaria está vinculado a la integración del recurso humano, recurso material y la coparticipación de instituciones vinculadas a la seguridad de la población y la comunidad en general y sus autoridades. En el Perú el Sistema de Atención Móvil de Urgencias o su acrónimo SAMU como es conocido se ha posicionado en los últimos años como el principal sistema de atención prehospitalaria.

El Sistema de Atención Médica Móvil de Urgencia (SAMU), es un servicio médico integral que permite a todas las personas, especialmente las de menos recursos económicos, poder recibir asistencia de manera

oportuna y con calidad, cuando se presente una urgencia o emergencia, en el lugar donde se encuentre de manera rápida, eficiente y gratuita.

Ante el surgimiento de una necesidad de atención prehospitalaria, se alerta al equipo de salud quienes se apersonarán al escenario in situ, siendo breve el tiempo de respuesta, en el cual se brinde atención por parte del equipo multidisciplinario, estabilizando al paciente para luego ser trasladado hacia un sistema de atención según la complejidad lo requiera, culminando así la atención prehospitalaria.

En la ciudad de Tacna se cuenta con el Sistema de Atención Móvil de Urgencias, quienes desempeñan la atención prehospitalaria como un equipo multidisciplinario en coordinación con otras instituciones, como el Cuerpo General de Bomberos, Policía Nacional del Perú, Seguridad Ciudadana y población en general que informan la necesidad de la atención de una emergencia y/o urgencia médica pudiendo suscitarse en un domicilio, la vía pública, la carretera o los asentamientos humanos más alejados de la ciudad, entre otros escenario que se puedan mencionar.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el tiempo de respuesta y el escenario de atención prehospitalaria del

Sistema de Atención Móvil de Urgencias de Tacna, considerando las atenciones prehospitalarias del año 2017, los resultados obtenidos pretenden proporcionar información valedera y con carácter científico, que permitan fortalecer el trabajo multidisciplinario que ejecuta SAMU en la ciudad de Tacna en beneficio de la comunidad y población en general ante eventos o situaciones de urgencia y/o emergencia que ameriten su atención.

Esta investigación, se organizó en IV capítulos: El capítulo I presenta el planteamiento del problema, se hace referencia a los fundamentos y formulación del problema, objetivos, justificación, formulación de hipótesis y operacionalización de las variables. El capítulo II, como marco teórico, incluye los antecedentes de la investigación, las bases teóricas. El capítulo III describe la metodología de la investigación, donde se presenta el diseño de investigación, población y muestra, técnica e instrumento, procedimientos de recolección de datos, procesamiento y aspectos éticos. El capítulo IV trata los resultados y la discusión, se finaliza con las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Día a día en cualquier momento todos estamos propensos a requerir una atención de salud fuera del ambiente hospitalario, que puede limitar nuestra salud o como parte del proceso de enfermedad sufrir complicaciones y requerir asistencia prehospitalaria de urgencia o emergencia para la cual se requiere que se garantice la salud de la persona al ser estabilizado y llevado a una institución de atención de salud según la complejidad que requiera.

Es así que el sistema de atención prehospitalaria ha venido en los últimos años a nivel mundial recabando una importancia prioritaria como estrategia de reducción de morbilidad y mortalidad siendo responsable del desarrollo de un conjunto de actividades secuenciales humanas y materiales con dispositivos fijos y móviles, coordinadas, que se inician desde el momento en que se detecta la emergencia médica y, tras un análisis de recursos inmediato, se asigna respuesta sin movilizar recurso alguno, o desplazando sus dispositivos para actuar in situ. (1)

Así mismo el sistema de atención prehospitalaria es una estructura con cuerpo y alma, que intenta brindar la mejor asistencia, en el menor tiempo y al menor costo posible, y para esto requiere de un alto grado de compromiso, responsabilidad y profesionalismo. (2)

Es por ello que en el mundo se han implementado sistemas de atención prehospitalaria en países europeos como España, Francia y el Mediterráneo, en América como Argentina, Chile, México, Paraguay, Cuba, Venezuela y Perú en donde la mayoría de ellos usan el acrónimo SAMU, que quiere decir Sistema de Atención Móvil de Urgencias. (3)

Ante una emergencia o urgencia de salud es de vital importancia que la persona que la está padeciendo u otra que la esté apoyando se comuniquen inmediatamente solicitando atención prehospitalaria que en la mayoría de ciudades del mundo los dirige un equipo multidisciplinario de salud bajo la denominación del acrónimo SAMU y sus variantes dependiendo el país en donde se encuentre.

El tiempo de respuesta en la atención prehospitalaria, se define como el tiempo que transcurre desde la recepción de la llamada

del usuario, en una situación de urgencia o emergencia, hasta la llegada de la unidad móvil con personal capacitado y el equipamiento requerido, al lugar de los hechos (foco del evento o domicilio), por consiguiente, está en relación directa con la prontitud de la asistencia, y esto puede significar la diferencia entre la vida y la muerte, una discapacidad temporal o permanente. (4)

Según una investigación en Navarra, España sobre la influencia de tiempos de respuesta prehospitalarios en la supervivencia de los pacientes poli traumatizados, concluyen y destacan la importancia de la atención estableciendo como datos de interés la hora de llamada, hora de llegada a la escena, hora de salida de la escena y hora de llegada al hospital. Así mismo refieren en su investigación que los tiempos de respuesta obtenidos en el estudio son muy similares a los obtenidos en otros estudios en países desarrollados y con características similares. (5)

Un estudio francés que compara la gestión realizada en paciente poli traumatizado por SAMU (atención medicalizada) con la filosofía de estabilización y traslado, frente a la realizada por bomberos de cargar y correr, muestra una mejor tasa de supervivencia a pesar de presentar índices de gravedad peores. (5)

Los estándares del Departamento de Transporte y Administración Nacional de la Seguridad de Tráfico y Carreteras de los Estados Unidos de Norteamérica, señala que, el tiempo de respuesta ideal, debe ser < 8 minutos, el cual incrementa el pronóstico de sobrevida en un 8%, de acuerdo a un estudio efectuado sobre reducción de tiempos de respuesta en paradas cardiorrespiratorias por falla cardíaca. El SUMMA112 de España, Madrid reporta como tiempo medio 15 minutos, y el Centro Regulador de Urgencias de Bogotá, reportó como tiempo de respuesta para el 2008 14 minutos, y en el 2009 y 2010 13:38 y 13:58 minutos respectivamente. (4)

En el Perú según la encuesta nacional de Hogares, (ENAHO) presenta a nivel de Perú los tipos de problema de salud no crónico que afecta a la población en el periodo: 2004 – 2016. Este indicador revela la percepción de las personas sobre su exposición a un accidente, síntomas o malestar, enfermedad, síntoma y otros, pero no nos da cuenta de la gravedad, pero si de un potencial traumatismo de cualquier grado de severidad. Los valores generales están por encima del 30%, lo cual refleja la alta vulnerabilidad de nuestra población. (6)

El Instituto Nacional de Estadística presentó a nivel nacional para el año 2014, que el 22,9% de los hogares urbanos, alguno o algunos de sus miembros, presentaron alguna emergencia médica que requería atención médica inmediata. Según región natural, el mayor porcentaje de hogares con algún o algunos de sus miembros que presentaron alguna emergencia médica que requería atención médica inmediata, lo presenta la Selva (31,9%), seguido de la Costa (22,0%) y la Sierra (21,8%). (6)

Así mismo durante muchos años en el Perú, la atención prehospitalaria de emergencias o urgencias, fue brindada por diferentes instituciones, circunscribiéndose a la atención y transporte de pacientes a algún establecimiento de salud, sin las adecuadas condiciones de oportunidad y calidad, siendo realizada principalmente por el Cuerpo General de Bomberos y la Policía Nacional del Perú. (6)

Es por ello que, en el Perú en una investigación del año 2016, en donde se consideraba la asociación de factores que influyen en el tiempo de llegada al lugar de la emergencia, determinaron que el Tiempo de llegada al lugar de la Emergencia tienen relación con la variable Lugar donde la Emergencia o Evento se Suscitó; por lo

tanto, es que sugieren acortar brechas y optimizar los tiempos de respuesta. (7)

Entonces para superar los problemas de atención prehospitalaria y dar respuesta oportuna a las necesidades de atención médica de urgencias y emergencias prehospitalarias de la población, el gobierno de turno decide crear el 24 de diciembre del 2011 el Programa Nacional "Sistema de Atención Móvil de Urgencia-SAMU" Programa adscrito al Ministerio de Salud con D.S. N° 017-2011-SA, posteriormente pasa a dirección al Instituto de Gestión de Servicios de Salud - IGSS según como consta en el decreto N° 1167. SAMU - IGSS cuenta con la línea gratuita 106, la cual comunicará al usuario con una central de llamadas. Desde allí, profesionales de la salud clasifican los casos reportados, atendiendo con celeridad el incidente y enviando una ambulancia con personal capacitado. (8)

En el país el "Sistema de Atención Móvil de Urgencias-SAMU" se crea en el marco del "Plan Nacional Concertado de Salud", en el cual se establece como Lineamiento de Política de Salud 2007-2020, la mejora progresiva al acceso a los servicios de salud de calidad, este programa es una política de gobierno, que se convierte por ende

en un programa muy importante donde se puede demostrar que la salud pública está basada en evidencias. (9)

En Tacna con 350,000 habitantes aproximadamente y en creciente aumento, cuenta desde agosto del 2013 con el Sistema de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) que comenzó su funcionamiento como base temporal en el C.S. Ciudad Nueva; en febrero del 2015, que fuera reactivada con instalaciones más equipadas además de operativizar la línea gratuita de atención siendo el 106 para tales fines, para que finalmente en marzo del 2017 sea adscrito a la Dirección Regional de Salud de Tacna debido a la desactivación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud. (10)

Así mismo el ex Director General Claudio Ramírez Atencio, trascendió que anteriormente la ambulancia del Hospital Regional de Hipólito Unanue de Tacna solo tenía de una a dos atenciones diarias y en la actualidad, el SAMU tiene hasta 20 despachos por día sobretodo de partos y emergencias, es un buen sistema referente a nivel nacional y Tacna lo cuenta, sentenció. (10)

El despacho, ante una atención es un proceso sistemático que nace con la llamada de ayuda, sobre la cual se ejecuta un triaje

rápido, tomando decisiones acerca del como se actuará en el menor tiempo posible con los recursos a disposición, entre tanto el equipo de SAMU se dirige a la zona foco que es el escenario en donde se está desarrollando un problema de salud sea este una urgencia o emergencia médica.

Siendo así el escenario el lugar en el que ocurre o se desarrolla un suceso, el escenario prehospitalario es aquel en donde se desarrollan los sucesos de alteración de la salud y es un componente clave para el desenlace final del paciente. (11)

El escenario prehospitalario puede ser intimidante, con frecuencia, cuando el equipo de salud se ve comprometido a dar apoyo en el escenario prehospitalario, lo hace dentro del contexto de un desastre, un accidente automovilístico, u otra situación, algunos de ellos con más de una víctima a bordo, pudiendo ser inhóspito, los pacientes estarán totalmente vestidos, o en posiciones viciosas y el examen de las víctimas puede estar limitado, la iluminación puede ser defectuosa, las condiciones climáticas adversas, no disponer de los elementos necesarios para dar una atención de la manera en que fue capacitado, es decir, en el escenario hospitalario con personal capacitado a su cargo para tal acción. (11)

Precisamente, no puede pensarse que la atención prehospitalaria es como una atención hospitalaria, pero en la calle. La atención prehospitalaria tiene unos elementos bien definidos, la intervención sobre cada paciente puede ser diferente y los escenarios tienden a ser diferentes también. (11)

Se considera que, la asistencia prehospitalaria puede determinar “la diferencia entre la vida y la muerte, y entre una discapacidad temporal y otra grave o permanente”, siendo el principal indicador en la atención prehospitalaria el “Tiempo de Respuesta”, el cual se ve limitado de gran manera por diversos factores que influyen en su óptimo desarrollo. (4)

Es así que el SAMU diariamente atiende a las urgencias y emergencias que soliciten su apoyo ya sea brindando atenciones en diferentes escenarios como el ámbito domiciliario, la atención en vía pública principalmente accidentes de tránsito o también referencias a establecimientos de salud de mayor complejidad según sea el requerimiento, por lo que esta investigación nos va permitir reconocer el tiempo de respuesta en los diferentes escenarios de atención prehospitalaria del Sistema de Atención Móvil de Urgencias de Tacna.

En la actualidad no se tiene información consolidada y analizada considerando el tiempo de respuesta y los escenarios de atención prehospitalaria en la ciudad de Tacna, es de importancia determinar la relación de los mismos a fin de que se reconozca que el tiempo es vital ante urgencias y emergencias considerando los posibles escenarios en la atención prehospitalaria. Es por ello que, el estudio planteado tiene como objetivo determinar la relación entre el tiempo de respuesta y escenario de atención prehospitalaria del Sistema de Atención Móvil de Urgencias de Tacna en el año 2017.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

Frente a lo expuesto se plantea la siguiente interrogante:

¿Existe relación entre tiempo de respuesta y escenario de atención prehospitalaria del sistema de atención móvil de urgencias, Tacna – 2017?

1.2. OBJETIVOS:

1.2.1. Objetivo general:

Determinar la relación entre el tiempo de respuesta y escenario de atención prehospitalaria del sistema de atención móvil de urgencias, Tacna – 2017.

1.2.2. Objetivos específicos:

- Identificar las características de los pacientes que se les brinda atención prehospitalaria por el sistema de atención móvil de urgencias.
- Identificar los escenarios de atención prehospitalaria del sistema de atención móvil de urgencias.
- Analizar el tiempo de respuesta en la atención prehospitalaria del sistema de atención móvil de urgencias.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Se considera que, la asistencia prehospitalaria puede determinar “la diferencia entre la vida y la muerte, y entre una discapacidad temporal y otra grave o permanente”, siendo el

principal indicador en la atención prehospitalaria el “Tiempo de Respuesta”. (4)

El Sistema de Atención Móvil de Urgencias (SAMU), brinda atención prehospitalaria, desde que ingresa una llamada de auxilio, interviniendo dos equipos, uno el que se queda en base y brinda instrucciones médicas a la persona que solicita el llamado y otro el que acude al escenario donde se suscitan los eventos, a fin de garantizar la mejor oportunidad de atención al paciente en el menor tiempo posible, siendo este, el tiempo de respuesta.

Así mismo diversas investigaciones refieren que a lo largo de los años la disminución del tiempo de manejo prehospitalario se acompañó de disminución de la mortalidad, razón por la cual se consideró como importante por los investigadores la realización del presente trabajo de investigación.

Es por ello que los resultados del presente trabajo permitirán determinar la relación entre el tiempo de respuesta y el escenario de atención prehospitalaria del Sistema de Atención Móvil de

Urgencias, lo que además brindará información acerca del tiempo de respuesta y podrá ser comparado con los estándares internacionales.

Se proporcionará información que les permitirá a las autoridades competentes delinear estrategias e implementar políticas de mejora de recursos humanos, materiales y equipos en torno al Sistema de Atención Móvil de Urgencias, al servicio de emergencia del único Hospital Regional de la ciudad de Tacna así mismo servirá de referente para futuras investigaciones en este nuevo campo de trabajo en salud, enmarcadas en los lineamientos de salud para el año 2020 del Perú, garantizando de este modo la salud de la población de la ciudad de Tacna.

El año 2020 ha sido declarado por la Organización Mundial de la Salud como el Año Internacional de Enfermería, sobre la cual la presente investigación pretende contribuir al conocimiento enfermero, brindando información científica del uso del tiempo como parte de sus procesos en la atención prehospitalaria y su rol inmerso en el equipo multidisciplinario, involucrando actividades de

coordinación y formación continua a través de la aplicación de enfermería basada en evidencias.

1.4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Ho : No existe relación entre el tiempo de respuesta y el escenario de atención prehospitalaria del sistema de atención móvil de urgencias Tacna, 2017.

H1 : Existe relación entre el tiempo de respuesta y el escenario de atención prehospitalaria del sistema de atención móvil de urgencias Tacna, 2017.

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

- Variable independiente: El escenario en la atención prehospitalaria del sistema de atención móvil de urgencias.

- Variable dependiente: El tiempo de respuesta en la atención prehospitalaria del sistema de atención móvil de urgencias.

Cuadro de operacionalización de variables

VARIABLE		DEFINICIÓN OP.	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
VARIABLE INDEPENDIENTE	Escenario de atención prehospitalaria	Se denomina escenario al lugar en el que se desarrolla un suceso en el que será atendido el usuario para preservar la vida y disminuir complicaciones. (11)	Tipo de escenario	Atención en vía pública	NOMINAL
				Atención en domicilio	
				Atención en referencia	
				Atención en traslado	
				Atención en accidente de tránsito	
VARIABLE DEPENDIENTE	Tiempo de respuesta puesta	Tiempo que transcurre desde la solicitud de atención de una emergencia o urgencia, hasta la llegada al lugar de los hechos, con la unidad de primera respuesta o ambulancia y con personal capacitado. (7)	Tiempo de respuesta	Menor de 8 minutos	NOMINAL
				De 9 a 16 minutos	
				De 17 a 24 minutos	
				25 minutos a más	

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Los estudios constituyen la única forma de conocer exactamente las condiciones en las cuales se encuentra inmersa la enfermería, puesto que sus evidencias parten de la generación del conocimiento, a continuación, se cita los estudios relacionados a la presente tesis.

Pinet L. (12) en su investigación “El reporte de cuidados prehospitalarios y el estándar de atención: estudio retrospectivo de un servicio de ambulancias privado 2005 – México” de la cual como parte de su investigación determino el mayor grupo etario con un 58% fueron personas adultas mayores y que el sexo mayoritario fue el femenino con un 52%, así mismo el tiempo de respuesta fue mayor a 60 minutos en un 57,6% y el 1,7% fue menor a 20 minutos; así mismo concluye que se debe realizar un reporte por cada transporte, con claridad y limpieza, que incluya un asesoramiento completo, evitando omitir información que parece irrelevante.

Duque V. y colaboradores (13) quienes en su investigación “Tiempo de respuesta de atención prehospitalaria en accidentes motociclísticos vs la satisfacción objetiva del paciente frente a los procedimientos, 2013 - Colombia” como parte de su investigación obtuvieron que el tiempo de respuesta en un 70% fue de 5 a 10 minutos, seguido por un tiempo de respuesta menor a 4 minutos con un 16% y un tiempo mayor a 11 minutos con un 14%, concluyendo que el tiempo de respuesta está dentro del rango conveniente, ya que el periodo que transcurre desde el despacho hasta el arribo a la escena permite un adecuado abordaje al paciente, aumentando así la sobrevida y disminuyendo de esta manera las secuelas y posibles complicaciones.

Ali B. y colaboradores (5) en su investigación; " Influencia de los tiempos de respuesta prehospitalarios en la supervivencia de los pacientes poli traumatizados en Navarra - España en el 2015", concluyeron que la mortalidad de los pacientes poli traumatizados atendidos por el sistema de emergencias está influida por la edad, y por la intensidad de la agresión sufrida, y que los tiempos de respuesta prehospitalarios no influyen significativamente.

Alvarez R. y colaborador. (14) en su investigación “Demora en tiempos de respuestas a códigos amarillos en un servicio de emergencias médicas de la ciudad de Córdoba - Argentina” concluyeron que el tiempo de respuesta para un código amarillo tuvo los siguientes promedios, el total fue de 43:26 minutos, el tiempo de respuesta en la hora pico de 9 a 14 horas fue de 37:42 minutos y entre las 18 y 22 horas fue de 46:36 minutos, así mismo el tiempo de respuesta fuera de su zona fue de 50:23 minutos; concluyendo que las mayores demoras en la respuesta encontradas ocurren en las fases de despacho de móvil y en la de salida de móvil que consumen casi la mitad del total de tiempo de respuesta, siendo estos valores excesivos para las normas fijadas.

Viera y colaboradores (15) en su investigación “Análisis de la distribución espacial de los accidentes de transporte terrestre atendidos por el Servicio Móvil de Urgencia (SAMU-192), en un municipio de la región noreste de Brasil” obtuvieron como resultados, que en el año 2015, se atendieron 4,704 ocurrencias, de las cuales 724 (15,40%) fueron accidentes de tránsito, los individuos de sexo masculino representaron la mayor proporción entre los atendidos (73,48%), el promedio de edad de las víctimas fue de 30 años, la franja etaria de 20 a 39 años fue la de mayor frecuencia

(54,42%), y concluyeron que los aglomerados de accidentes se localizaron en las principales vías de tránsito y, los atropellamientos, cercanos a las terminales de ómnibus.

Lira M. (16) en su investigación "Tiempo de respuesta en el transporte primario de prioridades I y II en el servicio de sistema de transporte asistido de emergencia STAE-ESSALUD Lima – Perú 2003", en la cual obtuvo que los tiempos de respuesta para la prioridad I tuvieron una media de 24 minutos; el 13%, de los casos se efectuaron en menos de 8 minutos. En la prioridad II, el tiempo fue de 27 minutos; el 1%, de los casos se efectuaron en menos de 8 minutos, concluyendo que estos tiempos muestran que todavía tenemos una oportunidad de mejora para acercar este servicio al tiempo ideal sugerido por los estándares internacionales.

Bravo J. (4) en su investigación; " Tiempo de respuesta del centro regulador y coordinador nacional de emergencias y urgencias de ESSALUD según niveles de prioridad Lima – Perú 2012", concluyeron que el tiempo de respuesta promedio del CRUEN de ESSALUD, en la atención de asegurados según niveles de prioridad I (23 minutos), II (32 minutos) y III (33,3 minutos) de marzo a

diciembre del 2011, por lo tanto no se encuentra dentro de los estándares internacionales.

Gibaja A. (17) en su investigación; " Factores determinantes en el tiempo de llegada e inicio de tratamiento en pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica al servicio de emergencia de los hospitales de III nivel MINSA, Cusco - Perú, enero a diciembre del 2014", concluyeron que la necesidad de mejorar con los tiempos empleados, el medio de transporte y el primer lugar de atención son predictores importantes para que el total de tiempo empleado por los pacientes con ECV Isquémica sea menor e igual a 4,5h en el servicio de emergencia.

Ortega S. (7) en su investigación "Asociación de factores que influyen en el tiempo de llegada del sistema de atención móvil de urgencias y emergencia en el distrito de Lince – Perú, Febrero 2016" obtuvieron que el tiempo de llegada a la emergencia en promedio es de 15:23 minutos, y se ha dado en intervalos de 0 a 10 minutos (35,91%), de 11 a 20 minutos (44,02%), de 21 a 30 minutos (13,13%), de 31 a 40 minutos (5,02%) y de 41 a más minutos, (1,93%), también determino que la variable "Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia" tienen relación con la variable "Lugar donde

la Emergencia o Evento se Suscitó”, a través de la prueba chi cuadrado, finalmente concluyo que el tiempo promedio de llegada a la emergencia es superior a los estándares internacionales.

Arenas R. (18) en su investigación “Frecuencia, tipo y número de atenciones realizadas por el SAMU, en la ciudad de Tacna, en los años 2017 y 2018 - Perú”, en la cual obtuvo como resultados que el sexo femenino fue el más predominante con 55,83% y 52,19% el grupo etario predominante fue de 30 a 59 años con 33,17% y 32,41% y la referencia el principal tipo de atención con 47,70% y 33,54% respectivamente; concluyendo que la frecuencia de atenciones por el SAMU asciende a 5 935, (entre 8 y 9 atenciones diarias), predominando en el primer semestre del año, colaborando ampliamente con el ciudadano en la atención de una urgencia o emergencia presentada, brindando una pronta atención en salvaguarda de la vida mejorando su pronóstico.

2.2 BASES TEÓRICAS

A continuación, se presenta el marco teórico que dará sustento a los hallazgos.

2.2.1 EMERGENCIAS Y URGENCIAS

Emergencias y urgencias, existieron desde siempre, toda persona lo atribuye a un accidente, un desastre natural que sucede fortuitamente, es por ello que ante estas eventualidades surgieron medidas sanitarias para la atención de las personas que se encontraban requeridas de atención para recuperar la salud.

Según la Asociación Médica Americana (A.M.A.) la Emergencia “es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano”. Es por ello que una emergencia médica es una situación crítica de riesgo vital inminente, en la que la vida puede estar en peligro por la importancia o gravedad de la condición si no se toman medidas inmediatas. (19)

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) la definición de Urgencia es “la aparición fortuita (imprevisto o inesperado) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”. Entonces es una situación en la cual no existe riesgo inminente de muerte, pero se requiere asistencia médica en un lapso reducido de tiempo según la condición para evitar complicaciones mayores. (19)

Ambas situaciones la emergencia y la urgencia ante el desarrollo de problemas de la salud, son realmente puestas a prueba cuando se llevan a cabo, para ello el equipo responsable de brindar la atención prehospitalaria debe considerar las prioridades de manejo ante una situación que requiera atención mediata e inmediata entre ellas tenemos:

- Prioridad 1: Emergencia o urgencia con riesgo inminente de muerte, corresponde a los pacientes críticos, es decir aquellos que necesitan una asistencia médica inmediata y cuya demora en la misma puede originar graves consecuencias en cuanto a su morbilidad.

- Prioridad 2: Urgencia no crítica, alteración súbita de la salud, con riesgo de muerte y complicaciones serias si no se atiende pronto, corresponde a paciente urgentes no críticos y que necesitan exploraciones complementarias urgentes para su diagnóstico y tratamiento adecuado inmediato.

- Prioridad 3: Urgencia demorable, corresponde a aquellos pacientes con estabilidad de sus signos vitales y sin dolor agudo que puedan requerir exploraciones complementarias para dilucidar su diagnóstico y/o tratamiento y que pueden esperar en una sala no vigilada.

- Prioridad 4: Urgencia no objetiva, corresponde a los pacientes que presentan un proceso no urgente o un cuadro que por lo general no requiere de exploraciones complementarias.

2.2.2 ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS – SAMU

A finales de los años cincuenta, ya Europa entendía la necesidad de crear un sistema de atención prehospitalaria a pacientes en situación de emergencia, en París existía la acción de las unidades móviles de los hospitales del servicio de cuidados intensivos, que posteriormente se circunscribiría en lo que hoy conocemos como SAMU, es decir, el primer sistema de atención móvil de urgencia. Maurice Cara puso en marcha al servicio móvil de urgencia y reanimación (SMUR) en Francia; cuyo principal objetivo sería “transportar” a aquellos pacientes que requerían una asistencia de urgencia o emergencia y que para esa época eran “intransportables”. (7)

La suerte de estos pacientes estaría en manos de médicos preparados para eventos de emergencia y para lo cual, París se había preparado con los nuevos centros de Reanimación y Estabilización: Hospital Claude Bernard y Hospital Fernand Vidal, además de la atención inmediata de los médicos responsables en unidades móviles hasta dichos centros de reanimación. Al inicio de estos servicios, el médico

de ambulancia era quien controlaba la demanda de los mismos, puesto que, su unidad se reservaba para fines exclusivos interhospitalarios. (7)

En el Perú durante el gobierno del presidente Ollanta Humala (2011 - 2016), en concordancia con las políticas públicas establecidas y con la finalidad de gestionar íntegramente la atención de urgencias y emergencias prehospitalarias para su resolución oportuna, a través del Ministerio de Salud, el 26 de noviembre de 2011 se crea a través del Decreto Supremo N° 017-2011-SA el Programa Nacional “Sistema de Atención Móvil de Urgencia – SAMU” adscrito al Ministerio de Salud posteriormente pasa a dirección al Instituto de Gestión de Servicios de Salud - IGSS según como consta en el decreto N° 1167. (20)

Así mismo las ambulancias del SAMU en el Perú atienden en Lima, Lambayeque, Loreto, Tacna, Ica, Tumbes, Ucayali, Piura, Amazonas, Ancash, Ayacucho, Callao, Huánuco, Junín, Huancavelica y La Libertad.

SAMU en Tacna se instaura en agosto del 2013 en las instalaciones del C.S Ciudad Nueva como base provisional, desde donde comenzaría a realizar sus actividades de atención prehospitalaria. (21)

En febrero del 2015, el Director del Programa Sectorial II de la Dirección Ejecutiva del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Claudio Ramírez Atencio, explicó que el SAMU cuenta con la asistencia de 10 médicos, 9 enfermeras y personal técnico, quienes cuentan con oficinas debidamente equipadas para una mejor operatividad de sus funciones, así mismo que los médicos y enfermeras del Sistema de Atención Médica Móvil de Urgencia (SAMU) laborarán las 24 horas del día, con la finalidad de atender cualquier tipo de emergencias totalmente gratuito. Además del número 106, los ciudadanos pueden comunicarse con el servicio SAMU a través de los números 052-241994, 052-241578, 052-242014, 052-242043.

En marzo del 2017 a pesar que se ha anunciado la desactivación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud

(IGGES) órgano público ejecutor adscrito al MINSA que estaba a cargo del Sistema de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) a nivel nacional, la Dirección Regional de Salud Tacna incorporó este sistema a la institución, señaló el Director General Claudio Ramírez Atencio. Trascendió que anteriormente la ambulancia del hospital solo tenía de una a dos atenciones diarias y en la actualidad el SAMU tiene hasta 20 despachos por día sobretodo de partos y emergencias, es un buen sistema referente a nivel nacional y Tacna lo cuenta, sentenció. (10)

2.2.3 EL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS – SAMU

El desarrollo del Sistema SAMU, sirve para la asistencia y el traslado de emergencia de pacientes, preferentemente de escasos recursos económicos, permitirá la gestión integral de la atención de urgencias y emergencias prehospitalarias de la población de manera que reciban asistencia oportuna y con calidad, cuando se presenta una urgencia o emergencia que haya vulnerado la salud y/o ponga en riesgo la vida de las personas. (8)

El Sistema de Atención Móvil de Urgencias cuenta con la línea gratuita 106, la cual comunica al usuario con una central de llamadas. Desde allí, profesionales de la salud clasifican los casos reportados, atendiendo con celeridad el incidente y enviando una ambulancia con personal capacitado en emergencias, que en la escena del incidente, evalúa y brinda el tratamiento adecuado, luego de estabilizar al paciente de ser necesario se inicia su traslado atendiéndolo en todo momento y coordinando con la central reguladora su recepción en un establecimiento de salud que cuente con los equipo necesarios para la atención. (8)

A su vez brinda atención las 24 horas los 365 días del año sin interrupciones para ofrecer los servicios de asistencia prehospitalaria a través de:

- Central de Regulación Médica o Centro de Llamadas: Es el lugar donde se reciben las llamadas y se califican los casos reportados. Cuenta con profesionales de la salud capacitados que atienden el incidente con celeridad. Es desde esta sede donde se destinan las ambulancias hasta el lugar del hecho y se coordina el traslado de los

pacientes hacia los establecimientos de salud, en caso sea necesario.

- Ambulancias: Estas unidades están adscritas al SAMU y se encuentran dotadas de los insumos, medicamentos y equipos necesarios para brindar atención médica de emergencia. Se encuentran en lugares estratégicos a lo largo del área del servicio.

- Motos: Son las unidades móviles que permiten a los profesionales de la salud llegar de manera inmediata y oportuna hasta los lugares más inaccesibles para brindar una atención y tratamiento adecuado a los pacientes y, en caso de ser necesario, solicitar el servicio de una ambulancia para el traslado del paciente a un establecimiento de salud.

- Equipo profesional: Cada ambulancia cuenta con un médico, enfermero (a) y un técnico (a) de enfermería, capacitados y entrenados en la atención de las urgencias y emergencias.

SAMU brinda atención a través del siguiente proceso

- **Se activa:** Con la llamada gratuita al 106.
- **Responde:** Un profesional de la salud capacitado y entrenado en urgencias y emergencias responde la llamada y aconseja al usuario sobre cómo proceder durante el incidente.
- **Se moviliza:** El personal de salud coordina la movilización de una ambulancia y/o moto ambulancia al lugar del incidente.
- **Atiende:** El personal especializado en emergencias llega a la escena del incidente, evalúa y brinda el tratamiento adecuado.
- **Traslada:** Luego de estabilizar al paciente, de ser necesario, se inicia su traslado, atendéndolo en todo momento y coordinando con la central reguladora su recepción en un establecimiento de salud que cuente con los equipos necesarios para la atención.

2.2.4 EL ESCENARIO PREHOSPITALARIO

Escenario es un lugar en el que ocurre o se desarrolla un suceso, el escenario prehospitalario es el lugar en el que será atendido el usuario para preservar la vida y disminuir complicaciones es un componente clave para el desenlace final del paciente. (11)

El escenario prehospitalario puede ser intimidante. Con frecuencia, cuando el médico se ve comprometido a dar apoyo en el escenario prehospitalario, lo hace dentro del contexto de un desastre o un accidente automovilístico, algunos de ellos con más de una víctima a bordo.

El sitio puede ser inhóspito, los pacientes estarán totalmente vestidos, o en posiciones viciosas y el examen de las víctimas puede estar limitado; la iluminación puede ser defectuosa, las condiciones climáticas adversas; no obstante, uno de los factores que puede generar más estrés es el hecho de no disponer de los elementos necesarios para dar una atención de la manera en que fue

capacitado, es decir, en el escenario hospitalario y en un servicio de urgencias con personal capacitado a su cargo para tal acción.

Precisamente, no puede pensarse que la atención prehospitalaria es como una atención hospitalaria, pero en la calle. La atención prehospitalaria tiene unos elementos bien definidos, la intervención sobre cada paciente puede ser diferente y los escenarios tienden a ser diferentes también, entre ellos se pueden destacar:

- Atención en vía pública: es uno de los escenarios más dificultosos, ya que es un espacio de dominio común, abarca generalmente alteraciones de la salud de origen agudo por diversos casos fortuitos o crónicas, a lo que el SAMU acude al lugar donde se encuentra el paciente, gracias a la activación de atención por llamada generalmente de un testigo de los sucesos a lo cual se realiza una atención en el lugar de los hechos; estabilizando al paciente para su traslado a un ambiente hospitalario.

- Atención en domicilio: se encuentra referido a la circunscripción territorial donde se asienta una persona, generalmente es la vivienda del paciente, y quien solicita ayuda de SAMU es un familiar del mismo, ante ello el equipo multidisciplinario evalúa la necesidad de una atención en un ambiente institucional o brinda tratamiento en el domicilio y refiere seguimiento por consulta externa.

- Atención en referencia: se suscita en un puesto de salud o centro de salud, como parte del proceso de sistema de referencia y contrareferencia que se maneja según sean los niveles requeridos de asistencia médica relacionados directamente con el nivel de complejidad que se esté presentando con la alteración de la salud de un paciente, por lo tanto SAMU acude, mediante la activación de atención por llamada; por parte del personal asistencial quienes no pueden realizar la referencia por carecer de mecanismos adecuados para poder trasladar a un paciente a un centro de mayor complejidad.

- Traslado de pacientes: En este escenario SAMU realiza atenciones de movilización de pacientes que requieren cuidados críticos de monitorización permanente entre instituciones de salud dentro de la misma ciudad o entre las mismas.

- Accidente de tránsito: dependiendo de la magnitud del daño y la cantidad de heridos estos escenarios pueden ser muy intimidantes, ya sea que se desarrollen en una zona urbana, o en la carretera, es que se requiere la participación conjunta de otras instituciones como ser La Compañía de Bomberos, La Policía Nacional, Seguridad Ciudadana, y población en general que pueda brindar ayuda. Generalmente son las personas testigos del accidente quienes brindan la ayuda inicial ante estas situaciones y es de vital importancia que luego de la llamada de auxilio sigan las instrucciones que les brindará por vía telefónica el equipo de salud, ya que dependiendo de la lejanía el tiempo de respuesta será de mayor tiempo.

-

2.2.5 EL TIEMPO DE RESPUESTA

Ante la alteración de la salud, de manera que no pueda ser controlada, se requiere asistencia prehospitalaria con celeridad, en el menor tiempo posible, lo cual puede determinar una diferencia entre daños temporales o daños permanentes e incluso la muerte, siendo esta vital razón considerarlo como el principal indicador en la atención prehospitalaria, el tiempo de respuesta.

El tiempo de respuesta en la atención prehospitalaria, se define como el tiempo que transcurre desde la recepción de la llamada del usuario, en una situación de urgencia o emergencia, hasta la llegada de la unidad móvil con personal capacitado y el equipamiento requerido, al lugar de los hechos (foco del evento o domicilio). Por consiguiente, está en relación directa con la prontitud de la asistencia, y esto puede significar mayor o menor daño a la salud del paciente (4)

Según los estándares del Departamento de Transporte y Administración Nacional de la Seguridad de Tráfico y

Carreteras de los Estados Unidos de Norteamérica, señala que, el tiempo de respuesta ideal, debe ser < 8 minutos (4)

Para el territorio urbano se propone la llegada de una ambulancia en el 95% de las ocasiones antes de 8 minutos, cuando se trate de una emergencia tiempo dependiente, por ejemplo: Paro Cardiorrespiratorio, Poli traumatizado, Síndrome Coronario Agudo, Accidente Cerebro Vascular e Insuficiencia Respiratoria. Para el territorio rural se propone llegar entre 60 y 90 minutos con la respuesta más adecuada de acuerdo con los requerimientos. (22)

Es por ello que en cada emergencia en el ámbito prehospitalario es posible distinguir ciertos momentos los cuales se pueden nombrar como “tiempos”, estos han de cumplirse para poder dar solución al evento. Cada tiempo tiene situaciones específicas donde hay factores que inciden positiva o negativamente, es necesario diferenciar cada período así determinar las actividades a realizar.

La hora cero es el momento en que empieza la emergencia médica, a partir de este periodo se debe actuar y

comunicar al sistema de atención prehospitalario para su apersonamiento al escenario el cual es lugar mismo donde se están llevando a cabo los hechos.

Seguidamente a ocurrido el suceso (después de la hora cero) viene el periodo latente, que transcurre desde que ocurre el evento hasta que alguien ve la necesidad de pedir ayuda al sistema de emergencia, en este momento finaliza este período y comienzan a desarrollarse los tiempos del sistema del servicio de emergencia, los cuales pueden ser:

- **Tiempo de acceso al sistema:** Este período inicia en la hora cero y termina cuando se logra hacer comunicación con el servicio de emergencias médicas, teniendo ciertos factores que pueden influir y retrasar este tiempo.
- **Tiempo de respuesta:** Es considerado el período de tiempo que hay entre el momento en que el despachador recibe la llamada hasta que el equipo de emergencia prehospitalaria llega a la escena donde está el paciente, en este tiempo el personal debe estar muy bien capacitado para dar una respuesta rápida, oportuna y eficiente,

teniendo en cuenta que hay factores externos que puedan modificar las acciones, en las cuales se considera:

- **Tiempo de Decisión:** fase en el que despachador hará uso del triaje para determinar cuál será la ambulancia más adecuada para el servicio, teniendo en cuenta la ubicación, distancia, prioridad, disponibilidad.
 - **Tiempo de Espera:** Es el período de tiempo que hay en el momento en que el despachador da aviso a la ambulancia hasta que la ambulancia se dirige a la escena. Este período está sujeto a la disponibilidad de la ambulancia., si ella se encuentra operativa y disponible el tiempo será 0.
 - **Tiempo Rodado:** Es el período de tiempo que hay desde que salió la ambulancia de la base o indicó su disponibilidad hasta la llegada a la escena.
- **Tiempo de tratamiento inicial:** Transcurre desde la hora cero hasta que se comienza el tratamiento adecuado, para

garantizar el acceso al sitio de la emergencia debe haber una estructuración diseñada en la comunicación dentro del personal y la institución encargada, todo esto con la finalidad de disminuir el tiempo de respuesta, iniciando un tratamiento rápido y oportuno.

- **Tiempo de tratamiento definitivo:** Tiempo que transcurre desde que ocurre la emergencia hasta que se da el tratamiento definitivo. En la mayoría de pacientes los tratamientos definitivos se dan en un ámbito hospitalario, ya que en la escena o transporte no se tienen los suficientes elementos, equipos o conocimientos para realizar estas acciones, siendo necesario que el paciente se traslade lo más pronto posible.
- **Tiempo de manejo hospitalario:** Comienza cuando el paciente es ingresado al servicio de urgencias y finaliza cuando es dado de alta, y este vuelve a su vida social o su muerte intrahospitalaria. Este momento depende mucho de la organización interna del hospital. Cuando se considera que el paciente puede ser dado de alta, se envía hacia su casa con citas de consultas externas y/o

rehabilitación hasta que pueda ser dado de alta definitivamente.

2.2.6 LA TEORÍA DE LA INCERTIDUMBRE ANTE LA ENFERMEDAD DE MERLE MISHEL

No se puede determinar cuando sucederá una emergencia, son situaciones fortuitas que suceden día a día, ya sea como solicitante o facilitador se hace presente para ambas partes una incertidumbre debido a que en la atención prehospitalaria no se han determinado realmente la magnitud de los daños puesto que no se cuentan con recursos externos que permitan más allá que la aplicación del juicio crítico en torno a los conocimientos del equipo multidisciplinario que brinda la atención.

Es por ello que la teoría de la incertidumbre da a conocer cómo las personas procesan cognitivamente los estímulos relacionados con un evento en este caso la enfermedad u dolencia que se evidencia en una emergencia.

Mishel relaciona la incertidumbre con la teoría enfermera y nos ofrece la siguiente definición: la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad. (23)

La teoría se compone de tres elementos principales:

- **Antecedentes de incertidumbre:** Se relaciona con la persona en si misma ya sea tanto a la que requiere atención como la que la brindara, integrando principalmente los estímulos que se perciben para emitir un juicio ante la incertidumbre que se presenta. El marco de estímulos tiene, a su vez, tres componentes:
 - **El patrón de síntomas:** Referido a la consistencia para reconocer un patrón de síntomas ante un suceso y determinar el accionar para remitirlo.
 - **La familiaridad con el evento:** Basado en la experiencia y los conocimientos previos con que se cuenta asociándolos y generando un significado ante el evento.

- **La congruencia con el evento:** La consistencia con que se suscita ante la alteración de la salud implicando una confiabilidad del evento para facilitar su comprensión y accionar ante el mismo

- **El proceso de valoración:** Al presentarse la incertidumbre, las tareas preceptuales de reconocimiento y clasificación no se han complementado y la formación del esquema cognitivo está impedida para el reconocimiento y la clasificación de los eventos relacionados con la enfermedad que se presentan; tanto los estímulos como el marco de referencia deben ser congruentes con el contexto físico y temporal.

El estado de incertidumbre, por lo tanto, se presenta como:

- El evento no es reconocido.
- El evento es reconocido, pero no clasificado.
- El evento es reconocido, pero clasificado incorrectamente.

La valoración de la incertidumbre comprende dos procesos principales:

- **La inferencia:** Se da en torno al aprendizaje previo y su relación con el evento suscitado complementando con la destreza y el comportamiento ante el evento como una emergencia, por lo tanto, al inferir carece de una claridad y precisión para poder predecir objetivamente el suceso.
 - **La ilusión:** es muy importante mantenerlo a fin de generar una forma de protección a las personas en los estados iniciales de la amenaza y cuando deben asimilar información que es difícil de aceptar.
- **Enfrentamiento de la enfermedad:** Basado en la valoración; la incertidumbre puede ser vista como un peligro o una oportunidad, ya que según el abordaje inicial que se dé ante una emergencia puede ser asociado a una visión positiva o una evaluación negativa del futuro del paciente, por lo tanto, se debe tener sumo cuidado al momento de inferir y/o predecir sucesos sin la información adecuada y objetiva.

Ahora bien, en 1990 Mishel reconceptualizó su teoría, en virtud de un análisis de las experiencias de personas cuando la

enfermedad se hace crónica, debido a que “las reacciones de las personas ante la incertidumbre cambiaban a lo largo del tiempo”. Esta aseveración fundamenta la aplicación de la teoría dirigida a personas con alteraciones neurológicas, y cuidadores de los mismos; además le proporciona al profesional de enfermería una visión a futuro de que las personas no están en una dimensión estática: la incertidumbre se verá modificada de acuerdo a cómo evolucione la enfermedad y puede que los significados de la misma estén en constante reevaluación. (23)

A razón de esto es que se debe realizar un plan de cuidados previendo estas circunstancias, y realizando un acompañamiento, identificando cuando la evaluación se está enfocando hacia un peligro en lugar de oportunidad, además de fortalecer con acciones encaminadas a lograr siempre la adaptación de cualquier adversidad o evento que genere una nueva incertidumbre al núcleo familiar del enfermo. (23)

La teoría de la incertidumbre ante la enfermedad provee al profesional de la salud diversas posibilidades de accionar ante sucesos desconocidos orientadas a la disminución de agentes estresantes propios de una emergencia y un actuar efectivo y

eficiente lo que caracteriza a la atención con un carácter humanista, como parte de la esencia de los profesionales de la salud en especial los que brindan atención prehospitalaria.

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS:

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA: Se define como el conjunto de actividades, procedimientos, recursos, intervenciones y terapéutica prehospitalaria, encaminadas a prestar atención en salud a aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental, causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, a preservar la vida y disminuir las complicaciones y riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y durante su traslado hasta la admisión en la institución asistencial. Por su idoneidad y competencia debe ser brindada por profesionales de la salud. (24)

ESCENARIO: Lugar en que ocurre o se desarrolla un suceso. (25)

ESCENARIO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA: lugar en el que será atendido el usuario para preservar la vida y disminuir complicaciones. (11)

TIEMPO DE RESPUESTA: Tiempo que transcurre desde la solicitud de atención de una emergencia o urgencia (se activa la alerta), hasta la llegada al lugar de los hechos, con la unidad de primera respuesta o ambulancia y con personal capacitado. (7)

SAMU: el Sistema de Atención Móvil de Urgencias, es un servicio médico integral que permite a todas las personas, especialmente a las de menor recursos económicos, poder recibir asistencia de manera oportuna y con calidad ante la presencia de una urgencia o emergencia, en el lugar donde se encuentra de manera rápida, eficiente y gratuita. (9)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación fue un estudio cuantitativo porque la información obtenida es cuantificable, retrospectivo porque la información obtenida fue en un espacio de tiempo definido que ya sucedió, correlacional porque intenta establecer asociación entre variables y longitudinal porque la medición de las variables de estudio se realizó a lo largo de un año.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: La población estuvo constituida por las atenciones prehospitalaria que se encontraron debidamente registradas en el sistema de atención móvil de urgencias de la ciudad de Tacna del año 2017, que fue un total de 3325.

Muestra: La muestra estuvo constituida por 3325 fichas de atención prehospitalaria del sistema de atención móvil de urgencias – SAMU, previamente sometidos a criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Criterios de Inclusión

- Todas las atenciones prehospitalarias que se encontraron debidamente registrados brindados por el SAMU de enero hasta diciembre del 2017.

Criterios de Exclusión:

- Fueron excluidas todas las atenciones prehospitalarias que no se encontraron debidamente registrados brindados por el SAMU.
- Se excluyeron las atenciones prehospitalarias frustras.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para obtener la información del presente trabajo de investigación, los autores, elaboraron un instrumento para recolección de datos, para lo cual se utilizó las fichas de atención prehospitalaria del Sistema de Atención Móvil de Urgencias – SAMU,

adecuando la información para la presente investigación y se realizó a través del siguiente procedimiento.

El instrumento que se utilizó para recabar información incluye la siguiente información:

A. INSTRUMENTO N° 01

Variable independiente: Escenario de atención prehospitalaria (ver Anexo N°1)

- **Obtención de datos sobre el escenario de atención prehospitalaria**

Esta parte del instrumento de recolección de información registra características de la población sujeto de estudio, así mismo también incluye a la variable escenario de atención prehospitalaria como ser atención en vía pública, atención domiciliaria, accidente de tránsito, referencia interinstitucional y traslado. Se encuentra conformada por los siguientes Ítems del 1 al 8 en las cuales se incluye: Edad, Tipo de seguro, Sexo, Condición del paciente, Distrito de

atención, Prioridad de atención, Institución receptora y en el ítem 5 Escenario de atención.

Evaluación: Para medir los niveles de tipos de escenario de atención prehospitalaria se les asignó una codificación a cada ítem del instrumento pudiendo ser cuantificable y presentado en categorías.

B. INSTRUMENTO N° 02

Variable Dependiente: El tiempo de respuesta. (ver Anexo N°2)

- **Obtención de datos sobre el tiempo de respuesta**

Para obtener los datos sobre el tiempo de respuesta se revisó las fichas de atención prehospitalaria del Sistema de Atención Móvil de Urgencias, en donde, se encontraba registrada la hora de ingreso de la llamada y la hora de llegada a foco, obteniendo el tiempo de respuesta.

Se encuentra conformada por los subítems del ítem 9 del instrumento: hora de recepción de llamada y hora de llegada a foco, seguidamente se categoriza como tiempo de

respuesta al obtener su valor numérico en escalas correlativas como sigue: menor a 8 minutos, de 9 a 16 minutos, 17 a 24 minutos, 25 minutos a mas las cuales se explicaran a continuación.

Evaluación: Para medir el tiempo de respuesta en la atención prehospitalaria se realizó una resta matemática entre la hora de ingreso de la llamada y la hora de llegada a foco, obteniendo así el tiempo de respuesta, ubicándolo en una columna la cual se categorizo. Luego se ubicó la puntuación en el rango establecido

Tiempo de respuesta

- ✓ Menor a 8 minutos
- ✓ 9 a 16 minutos
- ✓ 17 a 24 minutos
- ✓ 25 minutos a mas

Validez: Para la validez, el instrumento fue sometidos a juicio de expertos; participaron 05 personal de salud entre Médicos y Enfermeras que laboran en el SAMU con una antigüedad mayor a 2 años y 01 estadístico, cuyas opiniones recomendaciones y

sugerencias, contribuyeron en la mejora del instrumento, los puntajes fueron sometidos a la prueba binomial, obteniéndose un puntaje de 2,87 siendo adecuación del instrumento en gran medida. (ver Anexo N°03 - 04)

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de la información y la aplicación del instrumento, se procedió a solicitar a la Directora de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería el documento de presentación dirigida al Dr. Claudio Ramírez Atencio, Director Regional Salud de Tacna; a fin de brindar las facilidades de acceso a la información y autorizar la realización de la ejecución del trabajo de investigación en el SAMU.(ver Anexo N° 06)

Dicho estudio se realizó en el Sistema de Atención Móvil de Urgencias – SAMU de la ciudad de Tacna, el cual pertenece al Ministerio de Salud y brinda atención diaria las 24 horas al número 109 en toda la ciudad de Tacna.

Es así que con la autorización correspondiente del ex Director Regional de la DIRESA, se procedió a coordinar con la Dra. Lourdes Chambilla de Martínez, Directora de la Oficina de Prevención y Control de Emergencias y Desastres de la DIRESA – Tacna, quien amablemente brindo las facilidades de acceso a la información que permitieron se realice la presente investigación, realizando un compromiso por parte de los investigadores de manejo de información solo con fines de investigación. (ver Anexo N° 7)

Concretadas las autorizaciones, se procedió a la recolección de información, fue realizada sobre las fichas registradas de todas las atenciones del SAMU del año 2017 y consistió en la recopilación de la información del sistema de datos que registra SAMU en cada atención prehospitalaria, luego de ello se realizó la evaluación de la información según los criterios de inclusión y exclusión durante el periodo de 2 meses, así como también se determinó el tiempo de respuesta, el cual no se encontraba registrado, pero que se calculó a través de una resta matemática del tiempo de llamada inicial hasta el tiempo en que el equipo multidisciplinario llegaba a foco, es decir al escenario en donde se brindaba la atención prehospitalaria obteniendo así un total de atenciones prehospitalarias de 3,325 del año 2017.

3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS:

Los datos obtenidos a través de los instrumentos inicialmente fueron codificados, luego se vaciaron a una base de datos manualmente y se elaboró la sintaxis en el Software estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v. 24, con el que se elaboraron las tablas de contingencia. Para el análisis descriptivo se utilizó la siguiente prueba estadística el Chi -cuadrado con un valor aceptable menor $p < 0,05$. Los resultados fueron evaluados con un nivel de confianza del 95%.

3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Como parte del proceso de solicitud de permiso para acceder a la información se realizó la firma de un documento de compromiso, confidencialidad y uso de la información, confiable y con discreción manteniendo el anonimato de las atenciones registradas en las fichas de atención prehospitalaria del SAMU y usar la información obtenida solamente para fines de investigación. (ver Anexo N° 7)

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

En este capítulo, se presentan tablas y gráficos estadísticos elaborados a partir de la información obtenida durante la investigación, respondiendo así a los objetivos e hipótesis planteados.

TABLA N° 01

**CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE
URGENCIAS, TACNA - 2017**

		Nº	%	
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	EDAD	0-11 AÑOS	513	15,4
		12-17 AÑOS	185	5,6
		18-29 AÑOS	835	25,1
		30-59 AÑOS	1056	31,8
		60 A +	736	22,1
		TOTAL	3325	100,0
	SEXO	FEMENINO	1805	54,3
		MASCULINO	1520	45,7
		TOTAL	3325	100,0
	TIPO DE SEGURO	ESSALUD	320	9,6
		FOSPOLI	16	,5
		NINGUNO	551	16,6
		SIS	2251	67,7
		OTROS	187	5,6
		TOTAL	3325	100,0
	CONDICIÓN DEL PACIENTE	FALLECIDO	20	0,6
		VIVO	3305	99,4
		TOTAL	3325	100,0
	PRIORIDAD DE ATENCIÓN	I	453	13,6
		II	2196	66,0
		III	590	17,7
		IV	86	2,6
		TOTAL	3325	100,0
	INSTITUCIÓN QUE RECEPCIONÓ AL PACIENTE	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	61	1,8
ESSALUD		202	6,1	
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE		2601	78,2	
NINGUNO		440	13,2	
OTROS		21	0,7	
TOTAL		3325	100,0	

Continua ...

TABLA N° 01

**CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE
URGENCIAS, TACNA - 2017**

			Conclusión	
			Nº	%
DISTRITO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA		ALTO DE LA ALIANZA	647	19,5
		CIUDAD NUEVA	455	13,7
		CALANA	35	1,1
		CERCADO	925	27,8
		CRNL GREGORIO ALBARRACÍN	1004	30,2
		PACHIA	4	0,1
		POCOLLAY	117	3,5
		YARADA-LOS PALOS	101	3,0
		OTROS	37	1,1
		TOTAL	3325	100,0

FUENTE: Instrumento "Tiempo de respuesta en atención prehospitalaria" aplicado en las fichas de atención prehospitalaria del Sistema de Atención Móvil de Urgencias de Tacna 2017

ELABORADO: Lic. Enf. Laricano D.
Lic. Enf. Condori Y.

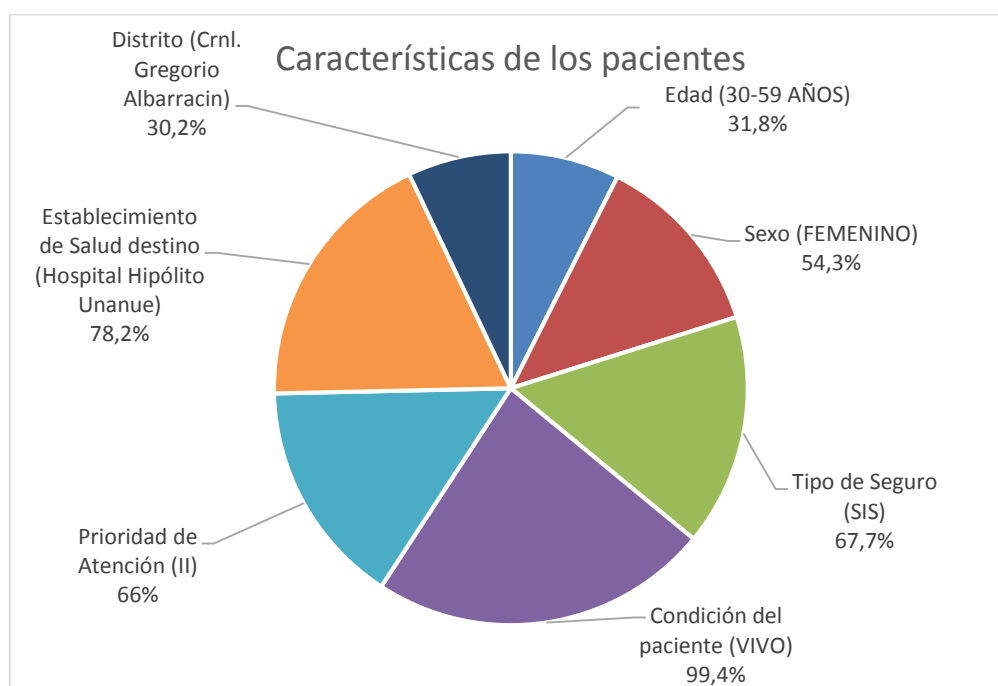
En la presente tabla se observa las características de los pacientes que recibieron atención prehospitalaria en el año 2017, con respecto a la edad el 31,8% oscila entre 30 a 59 años, el 25,1% entre 18 a 29 años y el menor porcentaje el 5,6% entre 12 a 17 años; respecto al sexo el 54,3% fue de sexo femenino y el 45,7% fue de sexo masculino; respecto al tipo de seguro el 67,7% cuenta con el seguro integral de salud, seguida con el

16,6% pacientes que no contaron con seguro y con el mínimo porcentaje de 0,5% el FOSPOLI.

Respecto a la condición del paciente al momento de llegar al escenario el 99,4% fue encontrado vivo y el 0,6% se encontró fallecido; con respecto a la prioridad de atención el 66% fue de prioridad II y el 2,6% fue prioridad IV; respecto al distrito al cual se le brindó mayores atenciones prehospitalarias con un 30,2% fue Crnl. Gregorio Albarracín seguido con 27,8% por el cercado de Tacna y el 19,5% el distrito de Alto de la Alianza.

GRÁFICO N° 01

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS, TACNA - 2017



FUENTE: Tabla N° 1

TABLA N° 02

ESCENARIO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS, TACNA - 2017

		Nº	%
ESCENARIO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	VÍA PÚBLICA	327	9,8
	DOMICILIO	947	28,5
	REFERENCIA	1588	47,8
	TRASLADO	36	1,1
	ACCIDENTE DE TRÁNSITO	427	12,8
	TOTAL	3325	100,0

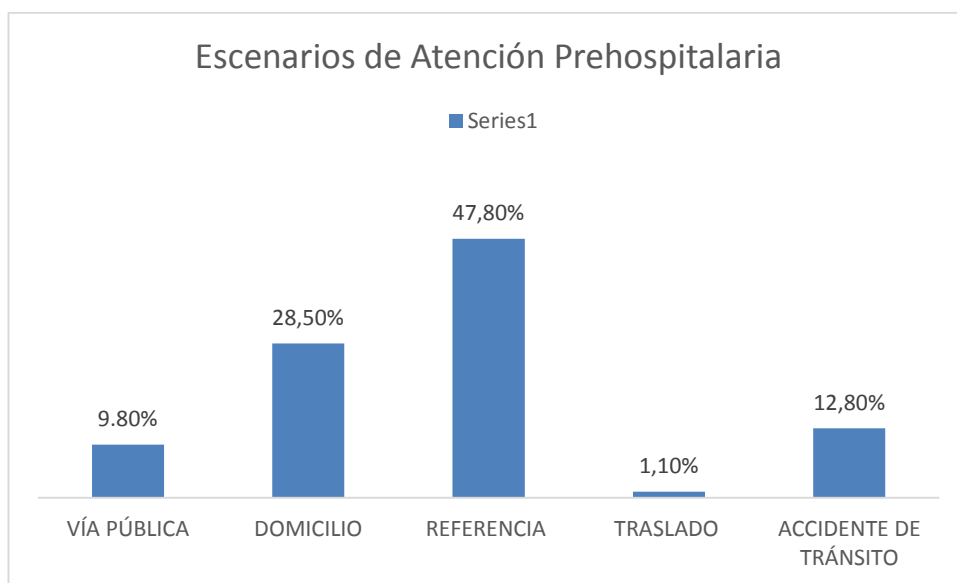
FUENTE: Instrumento "Tiempo de respuesta en atención prehospitalaria" aplicado en las fichas de atención prehospitalaria del Sistema de Atención Móvil de Urgencias de Tacna 2017

ELABORADO: Lic. Enf. Laricano D.
Lic. Enf. Condori Y.

En la presente tabla se puede observar en relación al escenario de atención prehospitalaria para el año 2017, que el 47,8% de las atenciones prehospitalarias fueron referencias seguida con el 28,5% con atenciones a domicilio y con un 12,8% accidentes de tránsito.

GRÁFICO N° 02

ESCENARIO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS, TACNA - 2017



FUENTE: Tabla N° 02

TABLA N° 03

**TIEMPO DE RESPUESTA EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DEL
SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS,
TACNA - 2017**

	Nº	%	
TIEMPO DE RESPUESTA	MENOR O IGUAL A 8 MINUTOS	739	22,3
	DE 9 MINUTOS A 16 MINUTOS	1913	57,5
	DE 17 MINUTOS A 24 MINUTOS	449	13,5
	DE 25 MINUTOS A MÁS	224	6,7
	TOTAL	3325	100,0

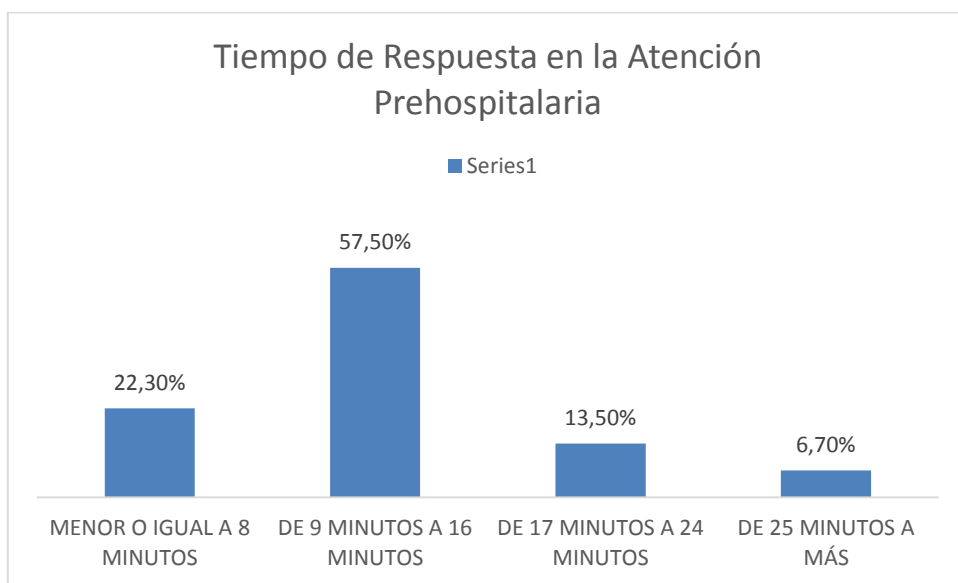
FUENTE: Instrumento "Tiempo de respuesta en atención prehospitalaria" aplicado en las fichas de atención prehospitalaria del Sistema de Atención Móvil de Urgencias de Tacna 2017

ELABORADO: Lic. Enf. Laricano D.
Lic. Enf. Condori Y.

En la presente tabla se puede observar en relación al tiempo de respuesta que de 9 a 16 minutos con mayor porcentaje 57,5% y el menor porcentaje con un tiempo de respuesta mayor a 25 minutos con el 6,7 %. Según el porcentaje acumulado del tiempo de respuesta menor a 16 minutos fue de 79,8% para el año 2017.

GRÁFICO N° 03

TIEMPO DE RESPUESTA EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS, TACNA - 2017



FUENTE: Tabla N° 03

TABLA N° 04

**RELACIÓN DE TIEMPO DE RESPUESTA Y ESCENARIO, EN LA ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE
URGENCIAS, TACNA - 2017**

		ESCENARIO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA					Total Nº
		VÍA PÚBLICA	DOMICILIO	REFERENCIA	TRASLADO	ACCIDENTE DE TRÁNSITO	
		Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	
TIEMPO DE RESPUESTA (MINUTOS)	00 - 08	140	256	171	9	163	739
	%	4,2%	7,7%	5,1%	0,3%	4,9%	22,2%
	09 - 16	154	507	1049	13	190	1913
	%	4,6%	15,2%	31,5%	0,4%	5,7%	57,5%
	17 - 24	18	137	247	5	42	449
	%	0,5%	4,1%	7,4%	0,2%	1,3%	13,5%
	25 - más	15	47	121	9	32	224
	%	0,5%	1,4%	3,6%	0,3%	1,0%	6,7%
	TOTAL	327	947	1588	36	427	3325
	%	9,8%	28,5%	47,8%	1,1%	12,8%	100,0%

p = 0,00

RELACIÓN

p = 0,00 < 0,05

ESTADÍSTICA

df = 12

Si existe relación estadísticamente significativa.

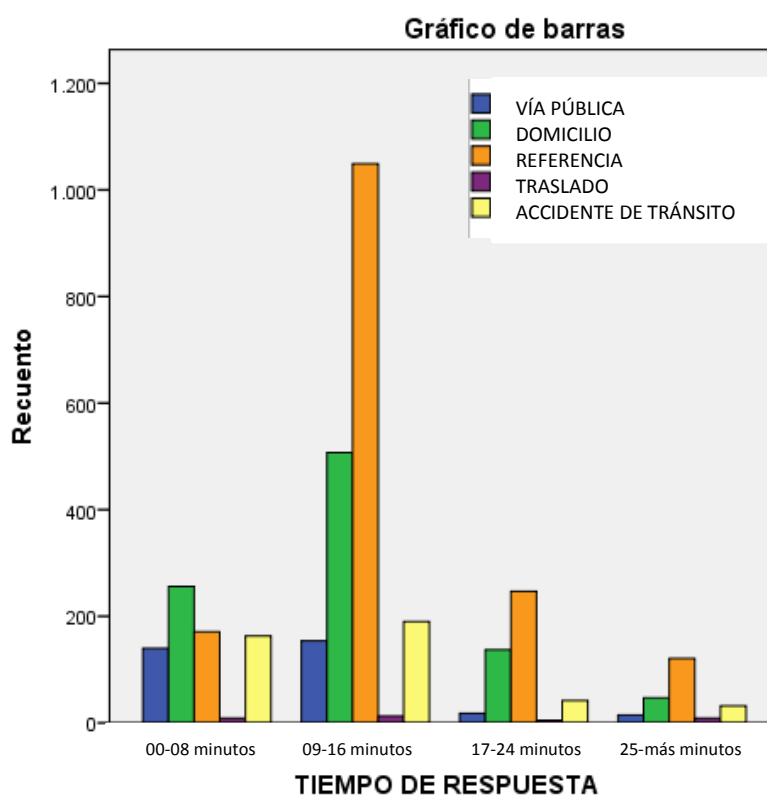
FUENTE: Instrumento "Tiempo de respuesta en atención prehospitalaria" aplicado en las fichas de atención prehospitalaria del Sistema de Atención Móvil de Urgencias de Tacna 2017
ELABORADO: Lic. Enf. Laricano D.
Lic. Enf. Condori Y.

En la presente tabla se obtiene la relación entre el tiempo de respuesta y el escenario de atención prehospitalaria para el año 2017, por consiguiente se determinó: en la vía pública se realizó una atención prehospitalaria con un tiempo de 9 a 16 minutos con un 4,6% seguido con un tiempo menor a 8 minutos con un 4,2%; en domicilio se brindó una atención prehospitalaria con un tiempo de 9 a 16 minutos con un 15,2% seguido con un tiempo menor a 8 minutos con un 7,7%; ante referencias se dio una atención prehospitalaria con un tiempo de 9 a 16 minutos con un 31,5% seguido con un tiempo menor a 17 a 24 minutos con un 7,4%; ante traslados se realizó una atención prehospitalaria con un tiempo de 9 a 16 minutos con un 0,4% seguido con un tiempo menor a 8 minutos con un 0,3%; ante accidentes de tránsito presentados se brindó una atención prehospitalaria con un tiempo de 9 a 16 minutos con un 5,7% seguido con un tiempo menor a 8 minutos con un 4,9%.

Al Aplicar la prueba estadística Chi - cuadrado, en relación al tiempo de respuesta y el escenario de atención prehospitalaria se encuentra relación estadística significativa con una confiabilidad del 95% y significancia $p < 0,05$.

GRÁFICO N° 04

RELACIÓN DE TIEMPO DE RESPUESTA Y ESCENARIO, EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS, TACNA - 2017



FUENTE: Tabla N° 04

4.2 DISCUSIÓN:

Cada día y en cualquier lugar estamos propensos a requerir asistencia ante la alteración de nuestra salud o la de las personas que nos rodean. En el Perú en el marco del “Plan Nacional Concertado de Salud”, establece como lineamiento de Política de Salud 2007 – 2020, la mejora progresiva al acceso a los servicios de salud de calidad, es que se crea el “Sistema de Atención Móvil de Urgencias – SAMU” y el cual se posiciona en Tacna desde el 2013 como el principal equipo multidisciplinario de atenciones prehospitalarias en la zona urbana y las zonas rurales cercanas a la misma, lo que ha permitido desde entonces se mejore el acceso a los servicios de salud ante emergencias de la población Tacneña.

En la tabla N° 01 se puede observar en relación a las características de la población que recibió atenciones prehospitalarias que la edad que más atenciones prehospitalarias recibió fue la de 30 – 59 años con un 31,8%, seguida de 18-29 años con 25,1% y con el menor porcentaje 12- 17 años con 5,6% para el año 2017; en relación al sexo que más atenciones prehospitalarias recibió fue el femenino con un 54,3% y con el menor porcentaje el masculino con 45,7% ; en relación al tipo de seguro que más atenciones prehospitalarias recibió

fue la de Seguro Integral de Salud “SIS” con un 67,7%, seguida de ninguno con 16,6% y con el menor porcentaje FOSPOLI con 0,5%; en relación a la condición del paciente al momento de llegar la atención prehospitalaria fue la vivo con un 99,4%, y con el menor porcentaje fallecido con 0,6%; en relación a la prioridad de atención que más atenciones prehospitalarias recibió fue la prioridad II con un 66%, y con el menor porcentaje prioridad IV con 2,6% para el año 2017; en relación al distrito que se brindó mas atenciones prehospitalarias fue el distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa con 30,2% seguido del cercado de Tacna con 27,8% y el distrito Alto de la Alianza con 19,5% para el año 2017.

Difiriendo con Pinet L. (3) quien en su investigación “El reporte de cuidados prehospitalarios y el estándar de atención: estudio retrospectivo de un servicio de ambulancias privado 2005 – México” determino el mayor grupo etario con un 58% fueron personas adulta mayores, lo cual puede deberse a la diferencia de realidades; así mismo el sexo mayoritario fue el femenino con un 52%, este último dato concuerda con la presente investigación.

Así mismo también difiere con Bravo J. (4) quien en su investigación “Tiempo de respuesta del centro regulador y coordinador nacional de emergencias y urgencias de ESSALUD según niveles de

prioridad 2011 – Perú”, determino que el 48% fueron de prioridad III, el 35% de prioridad II, el 14% de prioridad IV y el 3% de prioridad I en el CRUEN de ESSALUD, es así que en comparación a la realidad tacneña, se ha ido mejorando siendo evidencia el porcentaje mayoritario de manejo de prioridad II, pudiendo deberse a un adecuado manejo del triaje prehospitalario y establecimiento de prioridades, así como también un reconocimiento por parte de la población acerca de las urgencias y emergencias en la ciudad de Tacna.

Por otro lado se concuerda con Arenas R. (18) en su investigación “Frecuencia, tipo y número de atenciones realizadas por el SAMU, en la ciudad de Tacna, en los años 2017 y 2018 - Perú” concluyendo que el sexo femenino fue el más predominante con 55,83% y 52,19%, el grupo etario con mayor atenciones, de 30 a 59 años con 33,17% y 32,41% y la prioridad de las atenciones fue la prioridad II con un 64,62% y 54,74% en ambos años respectivamente

Del mismo modo el último censo poblacional del año 2017 (26) brinda información que sustenta, que el mayor número de personas que radican en la Provincia de Tacna se encuentran en el Distrito Gregorio Albarracín con una población de 119,315 habitantes, seguida por el

Distrito de Tacna con una población de 87,286 habitantes; lo cual brinda validez a los resultados de la presente investigación.

Los investigadores de la presente investigación consideramos que es muy importante reconocer las características de la población sujeto de estudio y concordamos con la premisa que presenta la Dirección Regional de Salud de Tacna, en el Análisis de Salud de Tacna 2017, en donde se indica: “La disponibilidad de datos válidos y confiables es condición indispensable para el análisis y evaluación objetiva de la realidad sanitaria, la toma de decisiones basada en evidencia y la programación en salud, que van a mejorar la salud pública, de igual manera formular políticas para el logro de las metas regionales que deban ser incluidas en los planes estratégicos”. (26)

Es por ello que se evidencia que las atenciones prehospitalarias que brinda el Sistema de Atención Móvil de Urgencias en la ciudad de Tacna, abarcan a todos los grupos etarios destacando que cada uno de ellos tienen su nivel de complejidad, no es lo mismo manejar infantes y niños que adultos y adultos mayores. Cada grupo de edad posee sus propios riesgos y sus propias necesidades, de la cual el grupo predominante es el de la etapa de vida adulta. Similar al punto anterior, el organismo de sexo femenino, y el del sexo masculino tienen sus

propias necesidades. En el sexo femenino puede haber embarazo, en el masculino no. Las personas del sexo masculino tienden a ser más agresivos y más difíciles de manejar que las del sexo femenino, entre otras.

Encontrándose así, diferencias en el manejo de cada uno de las atenciones prehospitalarias considerando quien es el paciente y en que escenario se encuentra, por otro lado no se evidencia investigaciones que consideren el seguro de salud, pero que la presente investigación se determinó que el mayor porcentaje tienen Seguro Integral de Salud, lo que permite una mejora en las oportunidades de mantenimiento de la integridad de su salud.

Así mismo un porcentaje de casi la totalidad de las atenciones concretaron la atención prehospitalaria encontrando al usuario en condiciones para brindarle la atención, y finalmente que la prioridad que más atenciones requirió fue la prioridad II esto debido a que en Tacna se cuenta con tres centros de salud ubicados en zonas céntricas de sus respectivos distritos como ser el C.S. La Esperanza, C.S. Ciudad Nueva y el C.S. San Francisco, permiten un mejor manejo de las emergencias que presenta la población Tacneña.

Evidenciando así que el desarrollo progresivo de Tacna se ha visto descentralizado en los distritos de Tacna, contando así mismo con 3 centros de Salud en zonas céntricas para atención de urgencias y/o emergencias estabilizando al paciente para luego ser referido según sea la necesidad de complejidad requerida para el mismo.

En la tabla N° 02 se puede observar en relación al escenario de atención que el 47,8% de las atenciones prehospitalarias fueron referencias interinstitucionales seguida con el 28,5% de las atenciones prehospitalarias, las atenciones a domicilio y con un 12,8% accidentes de tránsito para el año 2017.

Difiriendo con Ortega, S. (7) en su investigación “Asociación de factores que influyen en el tiempo de llegada del sistema de atención móvil de urgencia y emergencia en el distrito de Lince, febrero 2016.” concluye que el 51,74%, fueron emergencias que se suscitaron en la Vía Pública seguida por el 39,00% que resulto ser en el Domicilio. Esto debido a que la investigación excluyo todas las atenciones consideradas traslados especiales, las cuales si fueron consideradas en la presente investigación.

Por otro lado se concuerda con Arenas R. (18) en su investigación “Frecuencia, tipo y número de atenciones realizadas por el SAMU, en la ciudad de Tacna, en los años 2017 y 2018 - Perú” en donde concluye que la referencia fue el principal tipo de atención con 47,70% y 33,54% correspondientemente en ambos años.

Lo cual también está de acuerdo con las conclusiones determinadas por Oyarzun R. y Ruiz J. (27) en su investigación “Vivencias del equipo de enfermería del SAMU enfrentados a situaciones críticas de emergencias – 2009” “Un enfoque fenomenológico”. En donde se refiere que la emergencia encerraría un carácter de gravedad y de premura en la conveniencia de su asistencia sin posibilidades de demora en ésta, al estar comprometida la vida o la estabilidad hemodinámica y la funcional del paciente, revirtiendo grandes posibilidades sea de daño permanente como irreversible, incluso la propia muerte. Por esta razón, la responsabilidad del profesional de salud es muy grande y requiere gran capacidad de adaptación a las situaciones inesperadas, que le permitan un accionar óptimo en cada una de ellas.

Evidenciando así que es importante controlar los escenarios de atención prehospitalaria, debido a que cada atención es un caso

diferente de otro y varían de persona a persona, en Tacna se cuenta con centros de salud que permiten atender emergencias propias de su jurisdicción y solo cuando les exige una mayor complejidad solicitan apoyo para el traslado de la emergencia hacia una asistencia de salud de mayor complejidad ya sea al hospital Hipólito Unanue o a ESSALUD, razón por la cual las referencias ocupan un porcentaje mayoritario en la presente investigación, pero que se deberían evitar ya que cada centro de salud debería tener un mecanismo de transporte accesible para el traslado de sus pacientes.

En la tabla N° 03 se puede observar en relación al tiempo de respuesta de las atenciones prehospitalarias en relación al tiempo de respuesta que de 9 a 16 minutos con mayor porcentaje 57,5% y el menor porcentaje con un tiempo de respuesta mayor a 25 minutos con el 6,7 %. Según el porcentaje acumulado del tiempo de respuesta menor a 16 minutos fue de 79,7% para el año 2017.

Así mismo del análisis de estadígrafos de las medidas de tendencia central se obtuvo la media del tiempo de respuesta de las atenciones prehospitalarias, obteniendo un valor de 13 minutos con 22 segundos, la mediana y la moda con el tiempo de 12 minutos (ver Anexo N° 09)

Lo cual concuerda con las conclusiones determinadas por Duque. V y colaboradores (13) en su investigación “Tiempo de respuesta de atención prehospitalaria en accidentes motociclisticos vs la satisfacción objetiva del paciente frente a los procedimientos, 2013 - Colombia” concluyendo que el mayor porcentaje de 5 a 10 minutos con 70% seguido por un tiempo de respuesta menor a 4 minutos de 16% y un tiempo mayor a 11 minutos con un 14%.

Difiriendo con Lira, M (16) en su investigación “Tiempo de respuesta en el transporte primario de prioridades I y II en el servicio de sistema de transporte asistido de emergencia STAE-ESSALUD Lima – Perú 2003” en la cual concluye que los tiempos de respuesta para la prioridad I tuvieron una media de 24 minutos; el 13%, de los casos se efectuaron en menos de 8 minutos; en la prioridad II, el tiempo fue de 27 minutos; el 1%, de los casos se efectuaron en menos de 8 minutos.

De igual manera en la nota Técnica N° 02 – 2012 (28) “Evidencias – Sistema de Atención Móvil de Urgencias SAMU” del INS cuyo objetivo fue revisar la evidencia disponible sobre el Sistema prehospitalario teniendo en consideración el Programa Nacional “Sistema de Atención Móvil de Urgencias-SAMU” en la cual hacen

referencia a citas de Tien 2011; Kidher, 2011; y Gonzáles 2009, las cuales encontraron una relación positiva y directa: A mayor tiempo de atención prehospitalario mayor mortalidad; del mismo modo Wisborg, 2008 indica que a lo largo de los años la disminución del tiempo de manejo prehospitalario se acompañó de disminución de la mortalidad en traumas de guerra y por minas.

Haciendo evidente que “El tiempo de respuesta en un servicio de emergencia, es un indicador de proceso de servicio que además de ser un indicador de calidad junto a la percepción de satisfacción del usuario por la calidad asistencial; sirve para la toma de decisiones globales del servicio, permite además conocer la agilidad de cada equipo de trabajo, el valor individual y grupal de productividad y orienta a estrategias logísticas de ubicación de bases operativas, cantidad de móviles en cada período del día, del mes y del año”. (14)

Según los estándares del Departamento de Transporte y Administración Nacional de la Seguridad de Tráfico y Carreteras de los Estados Unidos de Norteamérica, señala que, el tiempo de respuesta ideal, debe ser < 8 minutos, el cual incrementa el pronóstico de supervivencia en un 8%, de acuerdo a un estudio efectuado sobre reducción de tiempos de respuesta en paradas cardiorrespiratorias por

falla cardíaca. (4) La mayoría de investigadores concluye que el tiempo de respuesta no se encuentra todavía acorde a este estándar pero se encuentran en proceso de mejora.

En la tabla N° 04 se puede observar en relación al tiempo de respuesta y el escenario de atención prehospitalaria para el año 2017, que se determinó: en la vía pública se realizó una atención prehospitalaria con un tiempo de 9 a 16 minutos con un 4,6% seguido con un tiempo menor a 8 minutos con un 4,2%; en domicilio se brindó una atención prehospitalaria con un tiempo de 9 a 16 minutos con un 15,2% seguido con un tiempo menor a 8 minutos con un 7,7%; ante referencias se dio una atención prehospitalaria con un tiempo de 9 a 16 minutos con un 31,5% seguido con un tiempo menor a 17 a 24 minutos con un 7,4%; ante traslados se realizó una atención prehospitalaria con un tiempo de 9 a 16 minutos con un 0,4% seguido con un tiempo menor a 8 minutos con un 0,3%; ante accidentes de tránsito presentados se brindó una atención prehospitalaria con un tiempo de 9 a 16 minutos con un 5,7% seguido con un tiempo menor a 8 minutos con un 4,9%.

Al Aplicar la prueba estadística Chi - cuadrado, en relación al tiempo de respuesta y el escenario de atención prehospitalaria se

encuentra relación estadística significativa con una confiabilidad del 95% y significancia $p < 0,05$.

Concordando con Ortega, S. (7) quien en su investigación “Asociación de factores que influyen en el tiempo de llegada del sistema de atención móvil de urgencia y emergencia en el distrito de Lince, febrero 2016.” Determina que el valor del Nivel de Significancia (Sig) para la prueba Chi Cuadrado que se calculó es de 0,013 el cual es menor a 0,05, por lo tanto, que: La variable “Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia” tienen relación con la Variable “Lugar donde se suscita la Emergencia o Evento”.

Fortaleciendo así nuestra principal conclusión determinando una relación entre ambas variables en el presente estudio, además de ser una investigación del mismo país que la nuestra, por lo tanto las realidades son similares.

Diferenciando con Ali B. y colaboradores (5) en su investigación; "Influencia de los tiempos de respuesta prehospitalarios en la supervivencia de los pacientes poli traumatizados en Navarra - España en el 2015", concluyeron que la mortalidad de los pacientes poli traumatizados atendidos por el sistema de emergencias en

nuestra región está influida por la edad, y por la intensidad de la agresión sufrida, por lo tanto los tiempos de respuesta prehospitalarios no influyen significativamente.

Pudiendo deberse a una diferencia de las realidades entre ambos países, así como también el considerar solo a un tipo de alteración de la salud, mientras que en nuestra investigación se consideran todas las atenciones de salud requeridas según los criterios de inclusión y exclusión.

La presente investigación determinó la relación existente entre las variables tiempo de respuesta y escenario en la atención prehospitalaria llevada a cabo por el Sistema de Atención Móvil de Urgencias en la ciudad de Tacna, quien en sus primeros 6 años de existencia como institución y habiéndose posicionado como la principal institución en atención prehospitalaria a la cual se le solicita ayuda ante eventualidades que se relacionen con la salud de la población tacneña ante una demanda de atención médica urgente y en el lugar donde ésta se produce siendo este fin uno de los mayores avances en la atención orientada a reducir brechas en la morbilidad y mortalidad acordes a los objetivos del milenio al año 2020.

Así mismo según la Dra. en Enfermería Merle Mishel, quien relaciona la incertidumbre con la teoría enfermera y nos ofrece la siguiente definición: “la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad”. La teoría se compone de tres elementos principales: Antecedentes de incertidumbre, el proceso de valoración y el enfrentamiento de la enfermedad. (23)

Es así que consideramos, que cada atención prehospitalaria representa una incertidumbre ante la enfermedad, debido a que no se conoce la magnitud del daño a la salud que se esté presentando en ese momento, por lo tanto hasta que el equipo multidisciplinario llegue al escenario de atención prehospitalaria, se consideraran antecedentes, síntomas, familiaridad con eventos similares y la congruencia de los mismos lo que les permitirá estructurar y elegir el protocolo a seguir para brindar la atención respectiva.

Y al llegar al escenario se realizara la valoración respectiva permitiendo disminuir gradualmente el grado de incertidumbre por la interacción directa con el paciente y sus síntomas que presente así como por la referencia verbal del paciente o las personas que se encuentren quienes brindaran información que permitirán reconocer el evento y brindarle atención al paciente para ser estabilizado y

preparado para el traslado a una institución de mayor complejidad,
en donde se le brindará la atención hospitalaria.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación se concluye:

- Se determinó que existe relación entre el tiempo de respuesta y el escenario de atención prehospitalario, al aplicar la prueba estadística Chi - cuadrado, con una confiabilidad del 95% y significancia $p < 0,05$ con lo cual se determina la relación entre el tiempo de respuesta y escenario de atención prehospitalaria del sistema de atención móvil de urgencias, Tacna – 2017.
- Que las características de los pacientes que recibieron atenciones prehospitalarias se obtuvo: que el grupo etario predominante que recibió fue de 30 – 59 años siendo las personas adultas (31,8%); en relación al sexo el predominante fue el femenino (54,3%); en cuanto al tipo de seguro que más atenciones prehospitalarias recibió fue la de Seguro Integral de Salud “SIS” (67,7%), por otro lado según la condición del paciente al momento de llegar al escenario en la atención prehospitalaria fue encontrarlo vivo (99,4%); respecto a la prioridad de atención que más atenciones prehospitalarias recibió fue la prioridad II

(66%); según el distrito al cual se brindó mayor atenciones prehospitalarias fue Coronel Gregorio Albarracín (30,2%) seguido del cercado de Tacna (27,8%) ocupando entre los dos el porcentaje mayoritario de la población Tacneña.

- Que el escenario de atención prehospitalario predominante fueron las referencias por parte de los establecimientos de salud (47,8%), atenciones en domicilio (28,5%) y accidentes de tránsito (12,8%) para el año 2017.

- Que el tiempo de respuesta para las atenciones prehospitalarias en Tacna fueron de 9 a 16 minutos (57,5%); así mismo el porcentaje acumulado del tiempo de respuesta menor a 16 minutos (79,7%) para el año 2017; según el análisis de estadígrafos se obtuvo que el tiempo medio en la atención prehospitalaria fue de 13 minutos con 22 segundos, y la moda fue de 12 minutos, estos datos evidencian que el tiempo de respuesta no se encuentran todavía acordes a los estándares internacionales que establecen que sea menor a 8 minutos.

RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos en la presente investigación nos permiten proponer las siguientes recomendaciones:

Que siendo la misión del Gobierno Regional de Tacna, “Promover el desarrollo integral y sostenible de la Región de Tacna”, se recomienda fortalecer el Sistema de Atención Móvil de Urgencias, a través de asignación de recursos acorde a la realidad, consecuentemente dar a conocer masivamente en los medios de comunicación el SAMU y sea identificado como un servicio de atención prehospitalaria, hacia la población tacneña quien es beneficiada, sobre la cual se ha posicionado como atención multidisciplinaria, que garantiza la salud de la población en general ante situaciones de urgencias y emergencias que presenten, y además por encontrarnos en situación de alta vulnerabilidad de desastres naturales.

Se recomienda a la Dirección Regional de Salud de Tacna (DIRESA), que según refiere en su misión institucional promover y garantizar la salud integral de la población, coordinar con los establecimientos de salud, principalmente los centros de salud a fin

establecer estrategias de capacidad resolutive de manejo de referencias, y manejo de protocolos, considerando que al menos cada centro de salud de la ciudad de Tacna cuente con sus propios recursos humanos, equipos para el traslado de sus pacientes, los cuales deben encontrarse operativos y funcionales para este fin lo que permitiría que el SAMU se encuentre disponible para brindar atenciones a personas que no tengan acceso a estos recursos y puedan ser atendidos.

Asi mismo se recomienda a los Establecimientos de Salud los cuales se encuentran bajo la dirección de la DIRESA - Tacna fortalecer actividades de sensibilización y capacitación a la población en general sobre cómo actuar ante emergencias, permitiendo reconocimiento de la población sobre el Sistema de Atención Móvil de Urgencias - SAMU como principal sistema de atención prehospitalario, reduciendo los índices de mortalidad brindando una respuesta en el menor tiempo posible habiéndose determinado para el año 2017 en 12 minutos ante emergencias en Tacna, asi mismo promover una cultura de transito principalmente cediendo el paso vehicular ante la presencia de una ambulancia orientada a la población de sus respectivas jurisdicciones.

Que siendo función de los participantes del SAMU el organizar actividades de capacitación de los mismos, se sugiere optimizar el tiempo de decisión para brindar la atención prehospitalaria, la cual para el año 2017 tiene una mediana de 2 minutos 59 segundos; como una medida de reducción positiva del tiempo de respuesta, existiendo una brecha por superar para encontrarse acorde a los estándares internacionales, direccionándose por buen camino, y ha ido mejorando con el paso de los años en el Perú.

Se recomienda al enfermero(a) continuar con investigaciones afines al Sistema de Atención Móvil de Urgencias - SAMU y la atención prehospitalaria a nivel local, regional y nacional, lo que permitirá mejoras significativas en la atención en situaciones de emergencia en beneficio de la población, ya que actualmente no se cuentan con investigaciones en este nuevo campo de trabajo que en el Perú se aproxima a los primeros 10 años, el cual es un campo de trabajo más para enfermería, cumpliendo un rol protagónico junto con el equipo multidisciplinario en la atención prehospitalaria.

Así mismo la presente investigación propone se puedan investigar acerca de los factores que influyen en el tiempo de

respuesta en la atención prehospitalaria considerando que nos encontramos muy cerca de estar acorde a los estándares internacionales, así como también los demás tiempos que conforman el total de la atención (ver Anexo N° 9), a fin de optimizarlos en el marco de la reducción de la morbilidad y mortalidad en emergencias acordes a los lineamientos de salud para el año 2020.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barroeta J, Boada N. Los Servicios de emergencia y urgencias medicas extrahospitalarias en España. 11th ed. Segura A, editor. Madrid: MENSOR; 2011.
2. Corsiglia D. www.inus.org.ar. [Online].; 2017 [citado el 28 septiembre 2017]. Disponible en: http://www.inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/Fundamentos_de_la_salud_publica/cap_31.pdf.
3. Pinet L. Atencion prehospitalaria de urgencias en el distrito federal: las oportunidades en el sistema de salud. Salud Publica de Mexico. 2005 Enero; 47(01).
4. Bravo J. www.repositorioacademico.usmp.edu.pe. [Online].; 2012 [citado el 4 de octubre 2017]. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1385/1/Bravo_j.pdf.
5. Ali B, Fortun M, Belzunegui T, Teijeira R, Reyero D, Cabodevilla A. Influencia en los tiempos de respuesta prehospitalarios en la supervivencia de los pacientes politraumatizados en Navarra. Sistema Sanitario. 2015 Mayo; 38(2).
6. INEI. www.inei.gob.pe. [Online].; 2017 [citado el 4 octubre 2017]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1291/cap09.pdf.
7. Ortega S. <http://repositorio.upsjb.edu.pe> [Online].; 2018 [citado el 25 de noviembre 2018]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1805/T-TPMC-Susan%20Lisset%20Ortega%20Arica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
8. MINSA.Perú. www.minsa.gob.pe. [Online].; 2017 [citado el 2 de octubre 2017]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/samu/index.asp?op=1>.

9. INS. <https://web.ins.gob.pe>. [Online].; 2012 [citado el 22 de marzo 2018]. Disponible en: https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%2C%20administrator%2C%20editor/publicaciones/2018-07-11/02_SERIE_NOTA_TECNICA_N_02-2012_Evidencias_-_Sistema_de_Atencion_Movil_de_Urgencia_%28SAMU%29.pdf.
10. DIRESA. <http://diresatacna.gob.pe>. [Online].; 2018 [citado el 18 de septiembre 2018]. Disponible en: <http://diresatacna.gob.pe/noticias/50-samu-fue-incorporado-a-la-diresa-tacna>.
11. Buitrago J. <http://blog.utp.edu.co>. [Online].; 2007 [citado el 15 de octubre 2018]. Disponible en: <http://blog.utp.edu.co/cirugia/files/2011/07/EI-ABC-del-Trauma.-Atenci%C3%B3n-del-Paciente-TraumatizadoDocumento-nuevo.pdf>.
12. Pinet L. <https://www.medigraphic.com>. [Online].; 2005 [citado el 10 de diciembre 2018]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2005/tm052d.pdf>.
13. Duque V, Henao T, Perez N, Perez C. <http://bdigital.ces.edu.co> [Online].; 2018 [citado el 22 de octubre 2018]. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/jspui/bitstream/10946/2094/2/Respuesta_atencion_accidentes.pdf.
14. Alvarez R, Andrómaco M. <https://revistas.unc.edu.ar>. [Online].; 2016 [citado el 20 de octubre 2018]. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/14541>.
15. Viera C, Soares A, Maria W, Alencar C, Alencar B. <https://scielosp.org>. [Online].; 2018 [citado el 20 de abril 2019]. Disponible en: <https://scielosp.org/article/scol/2018.v14n1/65-75/>.
16. Lira M. <https://www.portalesmedicos.com>. [Online].; 2012 [citado el 22 de noviembre 2018]. Disponible en: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/439/9/Tiempo-de-respuesta-de-los-transportes-primarios-de-prioridad-I-y-II-en-el-servicio-de-stae-%96-essalud>.

17. Gibaja A. [www.tesis.ucsm.edu.pe](http://tesis.ucsm.edu.pe). [Online].; 2015 [citado el 3 de octubre 2017]. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/3246>.
18. Arenas R. <http://repositorio.upt.edu.pe>. [Online].; 2019 [citado el 20 de mayo 2019]. Disponible en: <http://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/UPT/688/1/Arenas-Mendes-Romula.pdf>.
19. MINSA Perú. <https://www.minsa.gob.pe>. [Online].; 2017 [citado el 27 de octubre 2018]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos_apelacion/anexo2/anexo2-reduccion%20de%20la%20mortalidad%20por%20emergencias%20y%20urgencias%20medicas.pdf.
20. MINSA Perú. www.minsa.gob.pe. [Online].; 2017 [citado el 28 de septiembre 2017]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Profesionales/sns/Archivos/ITCM_InformeFinal56-68.pdf.
21. Guevara D. Sistema de atención móvil de urgencias. [Online]. Disponible en: <http://larepublica.pe/archivo/731021-sistema-de-atencion-movil-de-urgencia-ya-opera-en-tacna>.
22. MINSA Chile. <https://es.scribd.com>. [Online].; 2018 [citado el 11 de enero 2019]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/387713694/Modelo-Nacional-Sistema-de-Atencion-Medica-de-Urgencia-SAMU-pdf>.
23. Trejo F. www.mediagraphic.com. [Online].; 2010 [citado el 27 de marzo 2019]. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121g.pdf>.
24. Cruz A. <http://www.funcicar.org>. [Online].; 2017 [citado el 20 de septiembre 2018]. Disponible en: http://www.funcicar.org/archivo/sites/default/files/archivos/informe_de_atencion_cruded_2017.pdf.

25. RAE. <https://dle.rae.es>. [Online].; 2019 [citado el 20 de enero 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=GDdXnbE>.
26. DIRESA. <http://diresatacna.gob.pe>. [Online].; 2018 [citado el 20 de marzo 2019]. Disponible en: http://diresatacna.gob.pe/media/ckeditor/files/ASIS-TACNA_2017%20v_02.pdf.
27. Oyarzun R, Ruiz J. <https://docplayer.es> [Online].; 2009 [citado el 28 de marzo 2019]. Disponible en: <https://docplayer.es/36571253-Vivencias-del-equipo-de-enfermeria-del-s-a-m-u-enfrentados-a-situaciones-criticas-de-emergencias-un-enfoque-fenomenologico.html>.
28. INS. <https://web.ins.gob.pe> [Online].; 2012 [citado el 25 de noviembre 2018]. Disponible en: https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%2C%20administrator%2C%20editor/publicaciones/2018-07-11/02_SERIE_NOTA_TECNICA_N_02-2012_Evidencias_-_Sistema_de_Atencion_Movil_de_Urgencia_%28SAMU%29.pdf.

ANEXOS

ANEXO N° 01

INSTRUMENTO I

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Identificar las características de los pacientes que se les brinda atención pre hospitalaria por el sistema de atención móvil de urgencias.
- Identificar los escenarios de atención pre hospitalaria del sistema de atención móvil de urgencias.

INSTRUCCIONES: Registre los datos según corresponda la ficha de atención pre hospitalaria del SAMU

I. PRIMERA PARTE DE OBTENCIÓN DE DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN

N° DE FICHA APH	<input type="text"/>	FECHA	<input type="text"/>
1. EDAD		2. TIPO DE SEGURO	
0-11 AÑOS	<input type="text"/>	SIS	<input type="text"/>
12-17 AÑOS	<input type="text"/>	ESSALUD	<input type="text"/>
18-29 AÑOS	<input type="text"/>	SOAT	<input type="text"/>
30-59 AÑOS	<input type="text"/>	FOSPOLI	<input type="text"/>
60 A MAS AÑOS	<input type="text"/>	NINGUNO	<input type="text"/>
3. SEXO		4. CONDICIÓN DEL PACIENTE	
MASCULINO	<input type="text"/>	VIVO	<input type="text"/>
FEMENINO	<input type="text"/>	FALLECIDO	<input type="text"/>
5. ESCENARIO DE ATENCIÓN		6. DISTRITO DE LA ATENCIÓN	
VÍA PÚBLICA	<input type="text"/>	CERCADO	<input type="text"/>
DOMICILIO	<input type="text"/>	ALTO DE LA ALIANZA	<input type="text"/>
REFERENCIA	<input type="text"/>	CIUDAD NUEVA	<input type="text"/>
TRASLADO	<input type="text"/>	CRNL. GREGORIO A. L.	<input type="text"/>
ACCIDENTE. DE TRÁNSITO	<input type="text"/>	OTROS	<input type="text"/>
7. PRIORIDAD DE ATENCIÓN		8. INSTITUCIÓN RECEPTORA	
PRIORIDAD I	<input type="text"/>	HOSPITAL HHUT	<input type="text"/>
PRIORIDAD II	<input type="text"/>	ESSALUD	<input type="text"/>
PRIORIDAD III	<input type="text"/>	CENTRO DE SALUD	<input type="text"/>
PRIORIDAD IV	<input type="text"/>	NINGUNO	<input type="text"/>

ANEXO N° 02
INSTRUMENTO II

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Analizar el tiempo de respuesta en la atención pre hospitalaria del sistema de atención móvil de urgencias.

INSTRUCCIONES: Registre los datos según corresponda la ficha de atención pre hospitalaria del SAMU

I. SEGUNDA PARTE DE OBTENCIÓN DE DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN

9. REGISTRO DE HORA DURANTE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

HORA DE RECEPCIÓN DE LLAMADA

HORA DE SALIDA DE BASE

HORA DE LLEGADA A FOCO

HORA DE SALIDA DE FOCO

HORA DE LLEGADA A BASE

TIEMPOS DE LA ATENCION PREHOSPITALARIA SEGÚN LAS HORAS REGISTRADAS EN LAS FICHAS DE ATENCION PREHOSPITALARIA

TIEMPO DE DECISIÓN

TIEMPO RODADO HACIA ESCENARIO

TIEMPO DE RESPUESTA

TIEMPO DE TRATAMIENTO EN ESCENARIO

TIEMPO RODADO DE RETORNO

TIEMPO TOTAL DE LA ATENCIÓN

ANEXO N°3

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO Y EXPERTOS

INSTRUCCIONES:

El presente documento, tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema acerca de la validez del instrumento de recolección de datos.

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una absolución escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de la escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que la merezca el instrumento de investigación.

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1 ¿.Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?					
2 ¿.Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?					
3 ¿.Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					
4 ¿.Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?					
5 ¿.Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio ?					
6 ¿.Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tienen los mismos objetivos?					
7 ¿.Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					
8 ¿.Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					
9 ¿Estima U. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio					
10.-¿Qué aspectos habría que modificar , qué aspectos tendría que incrementar a qué aspectos habría que suprimirse?					

ANEXO N° 04

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR LOS EXPERTOS

PROCEDIMIENTO

1. Se construye una tabla como la adjunta, donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios.

	1°VALIDACION	2°VALIDACION	3°VALIDACION	4°VALIDACION	5°VALIDACION	PROMEDIO
ITEM 1	4	1	4	4	4	3.4
ITEM 2	3	5	3	4	5	4
ITEM 3	4	3	4	4	4	3.8
ITEM 4	4	2	5	4	5	4
ITEM 5	4	2	3	4	4	3.4
ITEM 6	3	2	4	5	4	3.6
ITEM 7	4	4	4	4	4	4
ITEM 8	3	1	5	4	5	3.6
ITEM 9	4	1	3	5	4	3.4

2. Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (dpp), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_9)^2}$$

Donde:

x = Valor máximo en la escala concedido para cada ítem.

y = El promedio de cada ítem.

$$DPP = \sqrt{(0.6)^2 + (0)^2 + (0.2)^2 + (1)^2 + (0.6)^2 + (1.4)^2 + (0)^2 + (1.4)^2 + (1.6)^2}$$

DPP= 2.87

Luego:

3. Determinar la distancia máxima (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$Dmax = \sqrt{(x_1-1)^2 + (x_2+1)^2 + \dots + (x_n-1)^2}$$

Donde:

x = Valor máximo en la escala para cada ítem (es decir 5).

1 = Valor mínimo de la escala para cada ítem (es decir 1).

$$D_{max} = \sqrt{(3)^2 + (2)^2 + (1)^2 + (3)^2 + (2)^2 + (3)^2 + (0)^2 + (4)^2 + (4)^2}$$

$$D_{max} = 8.24$$

4. La D_{max} se divide entre el valor máximo de la escala.

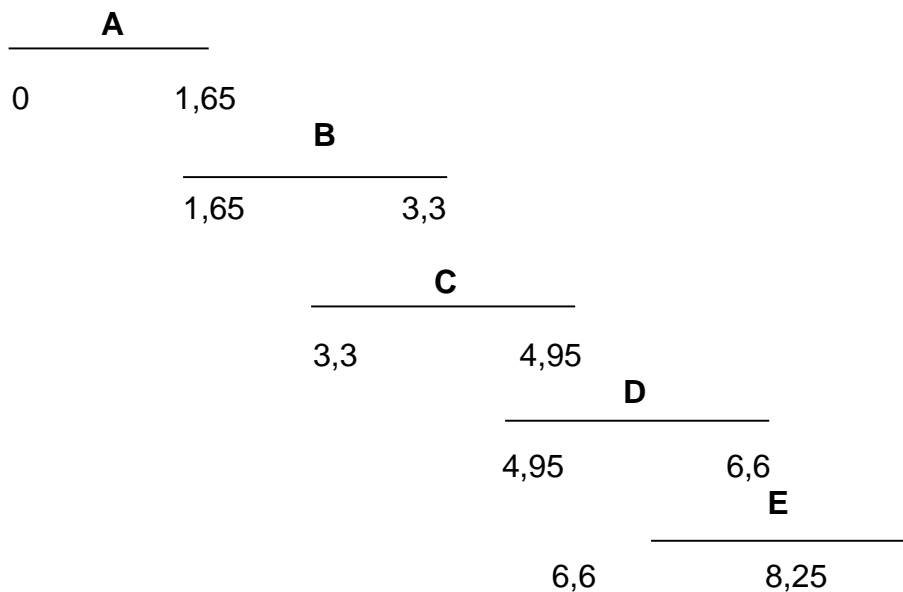
$$D_{max} = 8.24/5$$

$$D_{max} = 1.65$$

5. Con este último valor hallado, se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D_{max} . Dividiéndose en intervalos iguales entre sí, llamándose con las letras **A,B,C,D,E**.

Siendo:

- A** = Adecuación total.
- B** = Adecuación en gran medida.
- C** = Adecuación promedio
- D** = Escala adecuación
- E** = Inadecuación



6. El punto DPP debe caer en las zonas A o B; en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de las cuales se somete nuevamente a juicio de expertos

DPP= 2,87 cayendo en la zona B

RESULTADOS: Instrumento = **2,87 B** Adecuación en gran medida

ANEXO N° 05

RESOLUCIÓN DE FACULTAD DE EJECUCIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Académico Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana,
Odontología, Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N°8245-2018-FACS/UNJBG

Tacna, 06 de abril del 2018

VISTO:

El Informe N° 42-2018-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS. Remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad de Enfermería, solicita designación de Asesor para el proyecto de tesis y, autorización para ejecución presentado por los Est. Lic. Daniel Joel Laricano Gutierrez y Est. Lic. Yesenia Liliana Condori Coaquira, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante la Resolución de Consejo Universitario N° 14127-2017-UN/JBG; se aprueba el Reglamento de Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería, en el Capítulo III, Art. 07° la Tesis se desarrollará de manera individual o grupal (02 personas);

Que, los Est. Lic. Daniel Joel Laricano Gutierrez y Est. Lic. Yesenia Liliana Condori Coaquira, de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, solicita se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;

Que, mediante el Informe N° 57-2018-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS, remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería, solicita se designe Asesor del Proyecto de Tesis titulado: **ESTUDIO COMPARATIVO DEL TIEMPO DE RESPUESTA SEGÚN PRIORIDAD Y ESCENARIO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS, TACNA -2018**, presentado por los Est. Lic. Daniel Joel Laricano Gutierrez y Est. Lic. Yesenia Liliana Condori Coaquira, alumnos de la Segunda Especialidad: Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres, de la Facultad Ciencias de la Salud, teniendo como Asesora a la Dra. Silvia Cristina Quispe Prieto.

Que, teniendo opinión favorable de su Asesora Dra. Silvia Cristina Quispe Prieto, se procede a autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado.

De conformidad con el Art.70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N°30220, y en lo expuesto en la R.R.N°006-2015-UNJBG, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ART. 1°: Oficializar la Designación de la Dra. Silvia Cristina Quispe Prieto, como Asesora del Proyecto de Tesis titulado: **ESTUDIO COMPARATIVO DEL TIEMPO DE RESPUESTA SEGÚN PRIORIDAD Y ESCENARIO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS, TACNA -2018**, presentado por los Est. Lic. Daniel Joel Laricano Gutierrez y Est. Lic. Yesenia Liliana Condori Coaquira, alumnos de la Segunda Especialidad: Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres de la Facultad Ciencias de la Salud

ART. 2°: Autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado por los Est. Lic. Daniel Joel Laricano Gutierrez y Est. Lic. Yesenia Liliana Condori Coaquira, alumnos de la Segunda Especialidad-Enfermería, de la Facultad Ciencias de la Salud

Regístrese, comuníquese y archívese.



Distrib.: 2da Esp.Enferm, Arch.

IMT/mpm

Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria-Central Telefónica 583000 Anexo2226 Casilla postal 316

ANEXO N° 06

CARTA DE PRESENTACIÓN A LA INSTITUCIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERIA



OFICIO N° 37 -2018-SE-ENF-FACS

Tacna, 13 de marzo del 2018

SEÑOR

Dr. Claudio Ramirez Atencio
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD TACNA

Presente.



ASUNTO: FACILIDADES DE DESARROLLO DE PROYECTO DE EJECUCION 2DA
ESPECIALIDAD ENFERMERIA

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente, y a la vez manifestarle que los **LIC. DANIEL JOEL LARICANO GUTIÉRREZ** y **LIC. YESENIA LILIANA CONDORI COAQUIRA** estudiantes de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería en la Especialidad: Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de la Facultad de Ciencias de la Salud, solicitan se brinde las facilidades para acceder a la información de las FICHAS DE ATENCIÓN PRE HOSPITALARIAS del SAMU, para la realización de su Proyecto de Tesis Titulado: **ESTUDIO COMPARATIVO DEL TIEMPO DE RESPUESTA SEGÚN PRIORIDAD Y ESCENARIO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS, TACNA-2018**

En tal sentido le solicito le brinde las facilidades necesarias para que pueda cumplir los objetivos trazados.

Agradeciéndole anticipadamente su valiosa colaboración, quedo de usted

Atentamente



UNIV. NAC. JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECCIÓN DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
Ingrid Manrique Tejada
Dra. Ingrid Manrique Tejada
Coordinadora de Segunda Especialidad

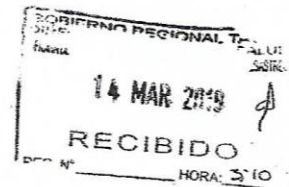
CC.
IMT/mpm.

ANEXO N° 07

CONSIDERACIONES ÉTICAS

SOLITUD: Se solicita facilidades para acceso a la información de SAMU

De: Lic. Enf. Daniel Joel Laricano Gutierrez
Lic Enf. Yesenia Liliana Condori Coaquira



Para: Dra. Lourdes Chambilla de Martínez
Directora Oficina de Prevención y Control de Emergencias y Desastres

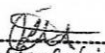
Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente, y a la vez manifestarle que según registro de documento N° 2163 solicitando facilidades para acceder a la información registrada de las FICHAS DE ATENCION PREHOSPITALARIA del SAMU del año 2017 para la realización del Proyecto de Tesis titulado: ESTUDIO COMPARATIVO DEL TIEMPO DE RESPUESTA SEGÚN PRIORIDAD Y ESCENARIO DE ATENCION PREHOSPITALARIA DEL SISTEMA DE ATENCION MOVIL DE URGENCIAS TACNA – 2018 el cual será de metodología retrospectivo, no experimental y transversal, y considerando la importancia de la información la cual se solicita nos comprometemos a utilizar con responsabilidad, confiabilidad y discreción de la información que se nos será confiada.

En tal sentido solicito se nos brinde las facilidades necesarias para que se pueda cumplir los objetivos trazados

Agradeciéndole anticipadamente su valiosa colaboración

Atentamente


DANIEL LARICANO GUTIERREZ
LICENCIADO EN ENFERMERIA
CEP 080132


Yesenia Liliana Condori Coaquira
Licenciada en Enfermería
CEP 080131

ANEXO N° 08

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	MUESTRA Y POBLACIÓN
<p>Tiempo de respuesta y su relación con el escenario de atención pre hospitalaria del sistema de atención móvil de urgencias, Tacna – 2017.</p>	<p>¿Cuál es el tiempo de respuesta y su relación con el escenario de atención pre hospitalaria del sistema de atención móvil de urgencias, Tacna – 2017?</p>	<p>Objetivos General : - Determinar la relación entre el tiempo de respuesta y escenario de atención prehospitalaria del sistema de atención móvil de urgencias, Tacna – 2017. Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características de los pacientes que se les brinda atención prehospitalaria por el sistema de atención móvil de urgencias. • Identificar los escenarios de atención prehospitalaria del sistema de atención móvil de urgencias. • Analizar el tiempo de respuesta en la atención prehospitalaria del sistema de atención móvil de urgencias. 	<p>El tiempo de respuesta se relaciona con el escenario de atención pre hospitalaria del sistema de atención móvil de urgencias Tacna, 2017.</p>	<p>La investigación será cuantitativa de tipo retrospectivo correlacional y longitudinal.</p>	<p>La población estará constituida por todas las atenciones de los diferentes escenarios de atención pre hospitalaria que se encuentren debidamente registradas del sistema de atención móvil de urgencias de la ciudad de Tacna, 2017.</p>

ANEXO N° 09

TABLA N° 6

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL SEGÚN TIEMPO DE DECISIÓN PARA ASIGNAR UN EQUIPO PARA LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS, TACNA – 2017

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	
Media	05:29.73
Mediana	02:59.59
Moda	01:59.59

FUENTE: Instrumento "Tiempo de respuesta en atención prehospitalaria" aplicado en las fichas de atención prehospitalaria del Sistema de Atención Móvil de Urgencias de Tacna 2017

ELABORADO: Lic. Enf. Laricano D.
Lic. Enf. Condori Y.

De los valores hallados de las medidas de tendencia central se obtuvo la media del tiempo de decisión para asignar un equipo para la atención prehospitalaria, el cual obtuvo un valor de 5 minutos con 29 segundos, la mediana con 2 minutos con 59 segundos y la moda con el tiempo de 1 minuto con 59 segundos

TABLA N° 7

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL SEGÚN TIEMPO RODADO DE MOVILIZACION HACIA EL ESCENARIO EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS, TACNA – 2017

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	
Media	15:33.75
Mediana	08:59.99
Moda	07:59.99

FUENTE: Instrumento "Tiempo de respuesta en atención prehospitalaria" aplicado en las fichas de atención prehospitalaria del Sistema de Atención Móvil de Urgencias de Tacna 2017

ELABORADO: Lic. Enf. Laricano D.
Lic. Enf. Condori Y.

De los valores hallados de las medidas de tendencia central según el tiempo rodado de movilización hacia el escenario en la atención prehospitalaria se obtuvo la media con 15 minutos y 33 segundos, la mediana con 8 minutos con 59 segundos y la moda con el tiempo de 7 minutos con 59 segundos.

TABLA N° 8

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL SEGÚN TIEMPO DE RESPUESTA EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS, TACNA – 2017

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	
Media	13:25.70
Mediana	11:59.90
Moda	12:00.00

FUENTE: Instrumento "Tiempo de respuesta en atención prehospitalaria" aplicado en las fichas de atención prehospitalaria del Sistema de Atención Móvil de Urgencias de Tacna 2017

ELABORADO: Lic. Enf. Laricano D.
Lic. Enf. Condori Y.

De los valores hallados de las medidas de tendencia central se obtuvo la media del tiempo de respuesta de las atenciones prehospitalarias el cual obtuvo un valor de 13 minutos con 25 segundos, la mediana con 11 minutos con 59 segundos y la moda con el tiempo de 12 minutos.

TABLA N° 9

**MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL SEGÚN TIEMPO DE ATENCIÓN EN
EL ESCENARIO EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DEL SISTEMA
DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS, TACNA – 2017**

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	
Media	16:48.29
Mediana	12:59.90
Moda	07:59.99

FUENTE: Instrumento "Tiempo de respuesta en atención prehospitalaria" aplicado en las fichas de atención prehospitalaria del Sistema de Atención Móvil de Urgencias de Tacna 2017

ELABORADO: Lic. Enf. Laricano D.
Lic. Enf. Condori Y.

De los valores hallados de las medidas de tendencia central en la atención en el escenario en la atención prehospitalaria se obtuvo la media con 16 minutos y 48 segundos, la mediana con 12 minutos con 59 segundos y la moda con el tiempo de 7 minutos con 59 segundos.

TABLA N° 10

**MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL SEGÚN TIEMPO RODADO DE
MOVILIZACIÓN HACIA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA POR EL
SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS,
TACNA – 2017**

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	
Media	20:19.76
Mediana	14:00.00
Moda	11:59.99

FUENTE: Instrumento "Tiempo de respuesta en atención prehospitalaria" aplicado en las fichas de atención prehospitalaria del Sistema de Atención Móvil de Urgencias de Tacna 2017

ELABORADO: Lic. Enf. Laricano D.
Lic. Enf. Condori Y.

De los valores hallados de las medidas de tendencia central según el tiempo rodado de movilización hacia la atención hospitalaria, se obtuvo la media de 20 minutos con 19 segundos, la mediana con 14 minutos y la moda con el tiempo de 11 minutos con 59 segundos.

TABLA N° 11

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL SEGÚN TIEMPO TOTAL DE LA DURACIÓN DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS, TACNA – 2017

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	
Media	46:00.77
Mediana	40:00.00
Moda	45:00.00

FUENTE: Instrumento "Tiempo de respuesta en atención prehospitalaria" aplicado en las fichas de atención prehospitalaria del Sistema de Atención Móvil de Urgencias de Tacna 2017

ELABORADO: Lic. Enf. Laricano D.
Lic. Enf. Condori Y.

De los valores hallados de las medidas de tendencia central según el tiempo total de la duración de la atención prehospitalaria se obtuvo la media con 46 minutos, la mediana con 40 minutos y la moda con el tiempo de 45 minutos.