



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

“ANÁLISIS DE LOS FACTORES PREDISPONENTES AL
TIEMPO DE LLEGADA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL
DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL
SOCORRO - ICA”

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:
GARCIA ALATA GLADYS YENI
CALLA HUACHACA NICOLAS MIGUEL**

**ASESOR:
MG. GIORGIO ALEXANDER AQUIJE CARDENAS
CÓDIGO ORCID N° 0000-0002N-9450-671X**

CHINCHA - ICA - PERÚ, 2019

DEDICATORIA:

A mi familia por la paciencia, comprensión y aliento para el desarrollo de mi profesión.

AGRADECIMIENTO

Al personal del hospital Santa Maria del Socorro, por su apoyo en la realización de esta investigación.

RESUMEN

El presente estudio tuvo el objetivo de Determinar la asociación de factores que influyen en el tiempo de llegada del Sistema de Atención Móvil de Emergencia en el Hospital Santa María del Socorro – Ica, fue realizado bajo una metodología de tipo descriptiva simple, diseño no experimental de corte transversal y el procesamiento de la información fue bajo un enfoque cuantitativo con el uso del Software IBM SPSS Vs. 25, la población estuvo conformada por 259 pacientes atendidos bajo el Sistema de Atención Móvil de Urgencias y Emergencias y se aplicó una ficha de recolección de datos obteniendo los siguientes resultados. La media en el tiempo de la alerta es de 0.96 minutos, asimismo el tiempo promedio que tarda en llegar la móvil a la emergencia es de 15 minutos, existe una fuerte asociación entre los factores evento o emergencia en que se suscitó, prioridad ante la emergencia, ocurrencia presentada en la emergencia y apoyo en la escena de la emergencia; asimismo el 33% de la población fue atendido en menos de 10 minutos siendo este un resultado apto, el 37,8% de las personas que llaman al sistema de emergencias son familiares del paciente y más del 50 % de emergencias se suscitan en la vía pública.

Palabras clave: Factores, tiempo de llegada, emergencia, ambulancia

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the association of factors that influence the arrival time of the Mobile Emergency Care System at the Hospital Santa María del Socorro - Ica, it was carried out using a simple descriptive methodology, non-experimental design of cut cross-sectional and information processing was under a quantitative approach with the use of the IBM SPSS Vs. 25 Software, the population consisted of 259 patients treated under the Mobile System of Urgencies and Emergencies and a data collection sheet was applied obtaining the following results. The average time of the alert is 0.96 minutes, also the average time it takes for the mobile to reach the emergency is 15 minutes, there is a strong association between the event or emergency factors in which it arose, priority before the emergency. , occurrence presented in the emergency and support at the emergency scene; Likewise, 33% of the population was treated in less than 10 minutes, this being a suitable result, 37.8% of the people who call the emergency system are relatives of the patient, and more than 50% of emergencies arise on the road. public.

Key words: Factors, arrival time, emergency, ambulance

INDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INDICE.....	6
I. INTRODUCCION.....	7
II. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
2.1. Antecedentes.....	9
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	9
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	9
2.2. Bases Teóricas.....	11
2.3. Marco Conceptual.....	18
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
3.1. Descripción de la realidad problemática.....	20
3.2. Formulación del Problema General y Específicos.....	23
3.2.1. Problema general.....	23
3.2.2. Problemas específicos.....	23
3.3. Justificación e importancia.....	24
IV. OBJETIVOS.....	26
4.1. Objetivo General.....	26
4.2. Objetivos Específicos.....	26
V. HIPÓTESIS.....	28
5.1. Hipótesis General.....	28
5.2. Hipótesis Específicos.....	28
5.3. Variables.....	29
5.4. Operacionalización de Variables.....	30
VI. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	32
6.1. Tipo y Nivel de la Investigación.....	32
6.2. Población y Muestra:.....	32
VII. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	33
7.1.1. Análisis e interpretación de los Resultados.....	33
7.2. Conclusiones y Recomendaciones.....	60
7.2.1. Conclusiones.....	60
7.2.2. Recomendaciones.....	61
ANEXOS.....	67

I. INTRODUCCION

El sistema prehospitalario surge de la necesidad de brindar un servicio hospitalario ampliado a la comunidad, a través de un abanico de elementos como el recurso humano (personal médico y no médico especialista en emergencias), recursos materiales (de transporte y comunicaciones) e incluso junto a la coparticipación de la población en general. En nuestro país, dicho sistema prehospitalario es nuevo, lo que conlleva a una suerte de inexactitudes por ambas partes: los servicios y la comunidad. Entender lo que la población asume como una situación de emergencia, conlleva a este sistema a colapsar en múltiples casos.

Un evento o situación de emergencia es una crisis que engloba a un colectivo y no solo a la víctima o paciente, al ser considerada "una urgencia social", acompaña una demanda de cuidados médicos que reclaman atención inmediata y prioritaria en el derecho a ser "atendido" en cualquier momento o en cualquier escenario por un sistema de salud ⁽¹⁾ .

Actualmente, se siguen utilizando sistemas o instituciones nacionales, menos oportunas a estos fines, como los bomberos, la policía, serenazgo e incluso la misma comunidad; para el abordaje de las víctimas que requieren asistencia ante la emergencia, y la requieren prontamente.

De la emergencia, se conoce que para una rápida evolución de los síndromes y un panorama certero se tienen plazos teóricos ideales, es decir, para su diagnóstico y terapéutica; no obstante las realidades de los plazos para el pronóstico de atenciones prehospitalarias debidos a las distancias geográficas, georeferencias, eventos externos u otros similares, suponen plazos reales y mayores para esa atención ⁽²⁾ .

El presente estudio titulado “Asociación de factores que influyen en el tiempo de llegada del Sistema de Atención Móvil de Emergencia en el Hospital Santa María del Socorro - Ica” tuvo como objetivo determinar la asociación de los factores que influyen en el tiempo de llegada a la emergencia. Se tomó como muestra a los eventos suscitados en la jurisdicción del distrito de Lma, al ser este, el distrito más representativo, en cuanto al número de atenciones y que la unidad móvil SAMU, atiende en mayor frecuencia; se consideró el mes de Febrero, por ser el mes más corto y sin embargo contener un mayor número de atenciones en el primer semestre.

Los resultados pretenden proporcionar información valedera y con carácter científico, que permitan que la Dirección del Sistema de Atención Móvil de Urgencia y Emergencia (SAMUE), elabore planes estratégicos que proporcionen a su personal Médico, Enfermero y Conductor de Ambulancia, mejoras en la actuación y desempeño como acortar brechas en el tiempo de llegada y tiempo de respuesta ante un evento o emergencia establecida, fortaleciendo de esta manera la calidad de atención al usuario y comunidad.

II. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

VALDIVIA LÓPEZ, Armando. Los tiempos del Sistema de Servicios Médicos de Emergencia (SSME). Escuela de Paramédicos de Cruz Verde Zapopan, menciona que existen “tiempos del sistema de servicios médicos de emergencia” y estos se presentan de forma progresiva: como el tiempo de acceso al sistema, tiempo de respuesta, tiempo de tratamiento inicial, tiempo de tratamiento definitivo, tiempo hospitalario y tiempo integral.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

VILLAVICENCIO M., Lira. “Tiempo de respuesta en el transporte primario de prioridades I y II en el servicio de sistema de transporte asistido de emergencia STAE-ESSALUD”, tiene como objetivo: evaluar el tiempo de respuesta en sistema de transporte asistido de emergencia STAE-ESSALUD durante febrero y marzo de 2003 en la zona urbana de las Provincias de Lima y Callao. Dicho estudio utiliza el método descriptivo, prospectivo y transversal. Resultado: “Se seleccionaron 258 transportes primarios de prioridad 1 y 2. Los tiempos de respuesta para la prioridad 1 tuvieron una media de 24 minutos (DE: 14); el 13%, de los casos se efectuaron en menos de 8 minutos. En la prioridad 2, el tiempo fue de 27 minutos (DE: 13,4); el 1%, de los casos se efectuaron en menos de 8 minutos. La lejanía de la localización de la emergencia son los motivos de demora de la unidad (29%), seguida por el tráfico vehicular (24%) y las referencias inexactas (13%). La velocidad media (distancia recorrida/tiempo rodado) fue de 26Km/h (DE: 15) para la prioridad 1 y de 27 Km/h (DE: 18) para la prioridad 2.” Conclusión: “se evidencia que todavía hay una oportunidad de mejora para acercar este servicio al tiempo ideal sugerido por los estándares internacionales.”

BRAVO TANTALEAN, Javier. "Tiempo de Respuesta del centro Regulador y coordinador Nacional de Emergencias y Urgencias de ESSALUD según niveles de prioridad"; cuyo objetivo fue: determinar el tiempo de respuesta en la atención prehospitalaria del asegurado, según prioridad I, II y III en el CRUEN de ESSALUD, de marzo a Diciembre del 2011. Métodos: Tipo de estudio Descriptivo, Prospectivo, Transversal y Observacional. Conclusión: Tiempo de Respuesta del CRUEN de EsSalud, en la atención de asegurados no se encuentra dentro de los estándares internacionales.

LUNA ALMANZA, José Esteban. "Estudio Aleatorio de Tiempos de Espera de Pacientes Según Niveles de Prioridad". El objetivo del trabajo es determinar los tiempos de espera de pacientes según niveles de prioridad en el servicio de emergencia del Hospital Arzobispo Loayza, Lima - Perú. Es un trabajo descriptivo, prospectivo, aleatorio en el que se evalúan los tiempos de la primera atención médica, duración y estancia total. Se utilizó el modelo andorrano y canadiense de triaje para determinar los niveles de prioridad. El estudio concluyó que "El percentil de fue útil para valorar resultados. Los tiempos promedio (minutos) de la primera asistencia médica fueron: prioridad I = 35.6 +- 55.8, prioridad II = 50.8 +- 81.6 , prioridad III = 31.5 +- 40.7 , prioridad IV = 37.5 +- 67.8 y prioridad V = 40.8 +- 69.8 . La duración y estancia total fueron directamente proporcionales a la gravedad. Según percentil de Gómez los niveles de prioridad I, II y III no cumplían con los tiempos establecidos. Los tiempos de espera son más prolongados debido al gran aumento de la demanda en los servicios de emergencia, esto afecta la atención de los pacientes."

2.2. Bases Teóricas

EVOLUCION DE UN SISTEMA DE ATENCION MOVIL DE URGENCIA Y EMERGENCIA

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 Paris 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”. La suerte de estos pacientes estaría en manos de médicos preparados para eventos de emergencia y para lo cual, Paris se había preparado con los nuevos centros de Reanimación y Estabilización: Hospital Claude Bernard y Hospital Fernand Widal, 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 ⁽⁴⁾.

Entonces, habría que coordinar entre el hospital solicitante, el médico SMUR y el hospital que recibiría finalmente al paciente. Este mismo médico SMUR, es conocido en la actualidad como el médico regulador del SAMU pero que ya no sale en la unidad móvil, sino que coordina dentro de su central.

Una década más tarde, se extendería por toda Francia dividiéndose en dos: las unidades destinadas a la asistencia urgente en domicilio y las que trasladarían al paciente de hospital a hospital. Con el pasar de los años, la diversificación de las llamadas de emergencia obligo a crear un número estandarizado, con el cual haría amigable la comunicación.

URGENCIA vs. URGENCIA SOCIAL

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, Urgencia es: “la sección de los hospitales en que se atiende a enfermos y heridos graves que necesitan cuidados médicos inmediatos”, y urgente “que urge” ⁽⁵⁾.

La Asociación Médica Americana (AMA), suscrita por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo de Europa, propone: “Urgencia es la aparición de un problema de etiología diversa y gravedad variable que genera la vivencia de necesidad inmediata de atención en el propio paciente, en su familia o en quienquiera que asuma la responsabilidad” ⁽⁶⁾.

No olvidar que, el factor tiempo y un adecuado manejo son necesarios para un correcto desempeño en el abordaje de una víctima en situación de emergencia, porque la demora y el diagnóstico equivocado pueden cambiar una condición “controlada” aparentemente en otra mayor o no controlada.

PERIODO CRITICO DE LESIONES GRAVES

Según el plan realizado por la Dirección General de Tráfico del Gobierno de España sobre la mortalidad de las víctimas, el 10% fallece al instante o en los siguientes minutos a causa de lesiones

graves del sistema nervioso o rotura de arterias. Otro 15% muere varias horas o días después como consecuencia de una complicación como asfixia o hemorragia. Por último, el 75% restante de muertes se producen dentro de la primera y segunda hora tras el accidente. En este último 75% se puede reducir el número de fallecimientos con asistencia inmediata adecuada de las ambulancias ⁽⁷⁾.

Perú, mantiene cifra alarmantes, que han ido incrementándose en el periodo del 2005 al 2014, según INEI, en el año 2005, el 49 104 eran denuncias de accidentes de tránsito no fatales (sin daños aparente), ya para el año 2014, esta cifra ascendió a 53 486 de accidentes de tránsito sin víctimas mortales.

FUNCION DEL TRANSPORTE SANITARIO

La función del transporte sanitario denota al conjunto de circunstancias, factores y eventos, al que será sometido la víctima. Esta viene determinada, como la atracción gravitatoria terrestre, los cambios de velocidad de la unidad móvil, los eventos externos (calles clausuradas, pistas en mal estado, tráfico vehicular, pobre o escasa señalización de reglas de tránsito, etc.) del cual la víctima es conocedora.

LOS OBJETIVOS DE LA ASISTENCIA PREHOSPITALARIA ⁽⁸⁾.

Labarca considera en el modelo de medición de desempeño en unidades de urgencias, lo siguiente:

- Se facilitara la asistencia en salud para las personas que resultaran afectadas o lesionadas, llevando lo antes posible al lugar del accidente, el personal y material adecuado.

- Se enfatizara en estabilizar a la víctima en el lugar del accidente, el patrón cardiorrespiratorio y/o las lesiones que sufriera el accidentado.
- Cuando la víctima se encuentre estable, se trasladara, al hospital con capacidad resolutive según la complejidad del evento y coordinando el uso de los servicios que sean necesarios. Dicho transporte se debe realizar en condiciones que permitan atender a los lesionados, de manera óptima, evitando circunstancias desafortunadas de los mismos o logrando su mejora.

EL ESPACIO PARA LA UNIDAD QUE BRINDA LA ATENCION PREHOSPITALARIA

La existencia de un ambiente físico exclusivo para el servicio prehospitalario, ya sea una estación de bomberos, una estación o torre de vigilancia de serenazgo, un centro de salud de baja complejidad o un sistema de ambulancias privado, deberá reunir las condiciones adecuadas y que cumpla con las características y estándares en ambientes extrahospitalarios, una infraestructura administrativamente operativa.

En nuestro país, SAMUE cuenta con 33 unidades móviles que están distribuidas en los distritos de mayor demanda y /o conflicto en el desarrollo de emergencias. Estas unidades, son contactadas a través del sistema de radiocomunicación (radio Tetra), pues, la mayoría de estas unidades, no tienen una dirección física a la que uno pueda ir para pedir informes o a solicitar un servicio de urgencia. Otras unidades si cuentan con establecimientos fijos, de las cuales los vehículos son despachados, estos cuentan con tópicos médicos. Estos espacios deben ser diseñados para la eficiencia del servicio, como estacionamiento para la ambulancia o habitación de guardia para el personal.

Regulación médica

Los servicios prehospitalarios deben contar con personal médico, de preferencia médicos especialistas, tanto para la regulación de la emergencia desde la llamada telefónica, así como el profesional que atiende en la unidad móvil y responsable de la atención médica que se brinde a bordo de cada ambulancia. El Sistema de Atención Móvil de Urgencia, bajo su Dirección ha creado protocolos de atención establecidos para cada urgencia o emergencia. Estos protocolos efectivizan el tiempo de respuesta y abordaje en el evento o incidencia presentada.

LOS TIEMPOS DEL SISTEMA DE SERVICIOS MEDICOS DE EMERGENCIA

Casi todos los países, cuentan con algún tipo de organismo o sistema que responde a las emergencias y urgencias médicas que se suscitan en el día a día en su región.

El sistema de Atención Móvil de Urgencia y Emergencia (SAMUE), labora casi 5 años, desarrollando planes de atención directa y oportuna a la víctima/ paciente en peligro. Para lo cual ha realizado un fluxograma de atención que consiste en la calidad de la misma, acortando los procesos y reduciendo el tiempo de espera para el paciente.

Ante la necesidad de que estos servicios del sistema de emergencia, proporcionen resultados de mejora, se verán sometidos a varios factores que afectan las actividades realizadas en los diferentes tiempos de la respuesta.

LA EXCELENCIA EN LA EMERGENCIA

Una incidencia o evento médico reflejado en la víctima, es una alteración del organismo, médico o traumatológico, que amenaza

seriamente la vida y deberá ser prontamente abordada. De las múltiples situaciones médicas, el paro cardiorespiratorio ocupa el primer lugar en severidad para lo cual, cada segundo cuenta.

En donde quiera que se encuentre una persona, existe la posibilidad de presentarse una emergencia médica. Así como hay más personas fuera de los hospitales, que dentro de ellos, existe mayor probabilidad de que las emergencias médicas se presenten fuera de este, en un ambiente exterior, ajeno, agresivo y muchas veces, lejos del hogar, lugar de desempeño, trabajo; donde es más difícil contar con ayuda rápida y sobretodo especializada.

Para hablar de excelencia, las atenciones en emergencia serán medidas en el actuar en el menor tiempo posible, esto cobra importancia, porque cada minuto cuenta.

Las actividades específicas realizadas pueden verse afectadas por un gran número de factores identificables, en forma positiva o negativa, que mostrarán la resultante a favor o en desmedro de la víctima. El profesionalismo, y una especialización constante por cada actor en la escena de la emergencia, aseguran el resguardo de la víctima que solicita una atención, Cada protocolo tiene límites de inicio y final, de acuerdo a las actividades que se realizan en ellos. La relevancia de discernir los tiempos de las actuaciones de un sistema de servicios médicos en emergencia radica en analizar las actividades en ellas desarrolladas, calificando y supervisando la efectividad del sistema, o la necesidad de acentuar o modificar conductas, protocolos y procedimientos operativos estandarizados, planes de acción, equipo, y/o control ⁽⁹⁾.

Existe un periodo al que llamaremos “periodo de latencia”, que será el que transcurre desde la “hora cero” (el evento en sí), hasta la necesidad de solicitar auxilio a un sistema de servicios de emergencia. La duración de este periodo es muy variable y dependiente de factores que están fuera del sistema de urgencia.

Por ejemplo, si una persona se encontrara sin compañía y sufre un accidente que lo daña en su integridad al grado de que se vea imposibilitado para auxiliarse a sí mismo, este periodo de latencia puede durar más tiempo de lo establecido, incluso el paciente pudiera llegar a fallecer durante este periodo sin haberse jamás activado el sistema de servicios de emergencia. En estos casos, ni el mejor sistema de emergencia en el mundo lo hubiera salvado, ya que no se activó el sistema.

Cuando el observador (familiar, transeúnte u otro) se percató que hay que solicitar la ayuda especializada para el auxilio de la víctima, con un sistema de servicios de urgencia y emergencia, el periodo de latencia ha finalizado e inicia el primer tiempo, es donde, dependerá de la estructura, organización, y capacidad resolutiva de dicho sistema ⁽¹⁰⁾.

Los tiempos del sistema de servicios de emergencia se presentan progresivamente, y son:

- Tiempo de acceso al sistema.
- Tiempo de respuesta.
- Tiempo de tratamiento inicial.
- Tiempo de tratamiento definitivo.
- Tiempo hospitalario.
- Tiempo integral.

Muchos de estos cambian de nominación según el escenario o país en el que se desarrolle la actividad de rescate, pero en líneas generales significan lo mismo.

DESPACHO DE LA UNIDAD.

En la unidad de Regulación o Central de Regulación de Urgencia y Emergencia (CRUE). Existe un despachador, quien deberá proporcionar al equipo (tanto dentro de la Central Reguladora como a los profesionales ubicados en las distintas bases o locaciones)

toda la información recabada, ya sea en una hoja diseñada para este propósito, o mediante la comunicación bilateral por radio durante la conducción hacia el escenario. Así mismo, deberá mantener constante comunicación para informar al personal que está acudiendo a la emergencia de cualquier cambio que se haya presentado con respecto al evento que han de atender.

Si por alguna circunstancia, la unidad móvil no puede llegar a la escena, o que al llegar al evento, no es capaz de resolver el problema, y necesitara de mayor apoyo y/o la participación en conjunto de bomberos, policía que asegure el escenario; se seguirá corriendo el tiempo de abordaje y se continuara con el tiempo de tratamiento en el lugar, y la segunda evaluación médica, siendo esta ya dentro de la ambulancia y de camino a un nosocomio.

Por otro lado, ya en el recorrido de la unidad, el conductor de la ambulancia deberá tomar en cuenta multiples factores que harán su tiempo de llegada mayor o menor, como el turno en que se desarrolla la emergencia, las calles clausuradas, pistas rotas, pobre o escasa señalización de tránsito, la geo distribución de los nosocomios, el mismo parqueo automotriz entre otros. El tiempo final, será dado ya a la llegada al nosocomio, y dejando a la víctima igual o mejor de lo que se le hayo. ⁽¹¹⁾ .

2.3. Marco Conceptual

Sistema de atención móvil: Sistema de traslado de pacientes ante una emergencia.

Tiempo de llegada: Espacio temporal desde el llamado de la emergencia hasta la zona dondes se encuentra el paciente.

Persona que realiza la llamada: Individuo que se comunica con el hospital para la asistencia mediante el sistema móvil de atención de urgencia y emergencias.

Prioridad de la emergencia: Grado de circunstancia o dolencia de un paciente clasificado en niveles.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1. Descripción de la realidad problemática

Cada año, millones de personas en todo el mundo experimentan una situación de emergencia fuera de un ambiente hospitalario (casa, trabajo, exteriores, etc.). Encontrándose con accidentes de tránsito en su mayoría; según la Dirección de Gestión en Tecnología de la Información y Comunicaciones Dirtepoles-PNP, se ha registrado para el año 2014, 290 heridos por atropellos y 474 víctimas mortales. Se han reportado denuncias de accidentes de tránsito no fatales para el 2005 (49,104 casos), cifra que ha ido en ascenso, para el 2014 se reportaron 53,486 casos, según el Ministerio de Transporte y Comunicaciones y la Superintendencia de los Registros Públicos. El parqueo automotriz para Lima ascendió a 1´ 395,576 unidades, para el año 2012; por otro lado, el parque de motocicleta ascendió con un total de 45,318 unidades para el mismo año; sin dejar de mencionar un total de 6,473 unidades de parqueo vehicular de empresas de transporte de pasajeros (empresas de transporte público). Para el año 2012, Lima registra un tráfico vehicular mensual de 78´065,134 unidades móviles, siendo en menor número el transporte ligero con un total de 64´154,02 unidades.

En nuestro país, se han recibido alrededor de 400,000 a 500,000 llamadas de alerta ante un evento o emergencia, en lo que va del primer semestre del presente año, ya sea por una situación médica o evento traumático (accidente de tránsito), estas llamadas de alerta son filtradas en un número total de 300,000 a 350,000 llamadas efectivas, es decir, donde la persona que está al otro lado de la línea telefónica, necesita una ayuda inmediata.

Sin embargo, el tiempo de respuesta a estos eventos de emergencia y la forma en cómo serán abordados estos sucesos, donde la vida del paciente y/o víctima está en peligro; no es el más esperado. Existen un sin número de sucesos que enlentecen el apoyo, ya sean internos o externos.

Años atrás, era difícil solicitar una ayuda o un apoyo por parte de un profesional médico para la víctima en situación de emergencia, por el contrario, el apoyo sólo llegaba por parte de actores sociales comprometidos en salvaguardar la vida en peligro de estas víctimas, como bomberos, policía, serenazgo; y que, en su afán de auxiliar, sólo se realizaba un traslado limitado, ya sea por la inexperiencia de muchos de ellos, o por los recursos materiales que estas unidades de apoyo, no contaban, e incluso por la falta de coordinación entre las mismas organizaciones; lo que se traducía en acciones equivocadas, que no ayudaban a simplificar la situación y a enfocarse mejor en el problema de la víctima “llamante”; además, tampoco existían instrucciones pre-arribo tales como inmovilizar a la víctima o realizar soporte vital básico o tal vez, controlar una crisis convulsiva; que pudieran ser dadas a la víctima “llamante” mientras llegaban las unidades de respuesta especializadas.

Según los estándares internacionales, que hacen referencia a este tiempo de respuesta y en otros casos al tiempo de llegada, señalan pues que para el Centro Regulador de Urgencias de Bogotá, reporto como tiempo de respuesta para el 2008, 14 minutos, para el 2009, 13:38 minutos y ya en el año 2010 el tiempo estimado fue de 13:58 minutos. El SUMMA 112, el Sistema de Urgencia Móvil de España similar al nuestro, reporto como tiempo promedio de 15 minutos; y el Departamento de

Transporte y Administración Nacional de la Seguridad de Tráfico y Carreteras de los Estados Unidos de Norteamérica, señalo como tiempo de respuesta ideal, menor a 8 minutos según estudios analizados en su área y entorno ⁽³⁾ .

En el otro escenario, desde el otro lado de la línea telefónica, no existía “una Central de Emergencia” que informara a la víctima “llamante” y/o familiar o quien hiciera las veces de solicitante, que la ayuda estaba en camino, ocurría, posteriormente, que estas coordinaciones se desconectaban y no continuaban dando las recomendaciones y por lo contrario, atendían una siguiente llamada. La “central de emergencia” o también llamada “central reguladora” al no contar con suficiente información sobre el evento sucedido, corría el riesgo de enviar unidades de respuesta equivocadas y no brindaban a la víctima “llamante” instrucciones para su auxilio o al familiar/bombero/policía/transeúnte no se le orientaba sobre las primeras actuaciones mientras llegaba la ayuda, lo que en muchas ocasiones hubiese podido marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

El presente estudio se realiza en base a la necesidad de reconocer que factores influyen en el tiempo de llegada al lugar de la emergencia y cuáles de estos están asociados, conocer si nuestros parámetros de atención prehospitalarios están acorde a los estándares internacionales en tiempos de respuesta y abordaje a la víctima en peligro, además de tener un mayor control para el manejo de las mismas, siendo de vital importancia para el actuar idóneo ante un suceso externo, al conocer sobre los escenarios y los actores sociales que participan en el evento, para un desenlace adecuado.

3.2. Formulación del Problema General y Específicos

3.2.1. Problema general

¿Existe asociación de factores que influyen en el tiempo de llegada del Sistema de Atención Móvil de Urgencia y Emergencia en el hospital Santa María del Socorro?

3.2.2. Problemas específicos

Problema Específico 1

¿Cuál es la asociación entre el tiempo de llegada y la prioridad de la emergencia en el sistema de atención móvil del hospital santa María del Socorro?

Problema Específico 2

¿Cuál es la asociación entre el tiempo de llegada y la persona que realiza la llamada en el sistema de atención móvil del hospital santa María del Socorro?

Problema Específico 3

¿Cuál es la asociación entre el tiempo de llegada y el evento o emergencia turno en que se suscitó en el sistema de atención móvil del hospital santa María del Socorro?

Problema Específico 4

¿Cuál es la asociación entre el tiempo de llegada y el lugar donde se suscitó el evento o emergencia en el sistema de atención móvil del hospital santa María del Socorro?

Problema Específico 5

¿Cuál es la asociación entre el tiempo de llegada y ocurrencia presentada en la emergencia en el sistema de atención móvil del hospital santa María del Socorro?

3.3. Justificación e importancia

No en todos los escenarios de nuestra ciudad, y con menor suerte, en los del interior del País, se cuenta con un personal calificado para el abordaje de víctimas y/o pacientes en una situación de emergencia prehospitalaria. Considerando que la ciudad de Ica convive con un abundante desorden en las calles acompañado esto de la congestión vehicular y las malas prácticas en construcción, estos detalles hacen una ardua tarea el proceso del traslado de pacientes al nosocomio.

Es decir, cada una con responsabilidades y competencias específicas, que incluyen, por ejemplo: desde los equipos de rescate, (que pudieran ser los mismos miembros de la familia, transeúntes, policía, serenazgo, bomberos entre otros), los despachadores y coordinadores de la central de Regulación de los servicios médicos de emergencia prehospitalarios y hasta el mismo personal del hospital al cual será referido posteriormente la víctima. Todo esto, sin embargo, hace que el tiempo de llegada a estos eventos, sea una suerte de especificaciones, que van desde que la víctima "llamante" en la escena de la emergencia realiza la llamada, hasta la actuación del personal entrenado. Se considera, entonces, valioso el tiempo en la participación del personal calificado y la información que se haya brindado desde el inicio por los interesados para así llegar a un buen desenlace.

Por lo contrario, muchas veces, no sucede así; y los escenarios son violentos, agrestes y no confieren toda la realidad que se expuso desde el inicio de la llamada de la emergencia.

Por lo que, se considera necesario medir e investigar la asociación de los factores que influyen en el tiempo de llegada del Sistema de Atención Móvil de Urgencia y Emergencia en el distrito de Lima para el mes de Febrero del presente año y si el desempeño de este sistema se encuentra dentro de los parámetros internacionales establecidos para tiempos de respuesta y abordaje a la víctima en peligro.

IV. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Determinar la asociación de factores que influyen en el tiempo de llegada del Sistema de Atención Móvil de Emergencia en el Hospital Santa María del Socorro - Ica.

4.2. Objetivos Específicos

Objetivo Específico 1:

Identificar la asociación entre el tiempo de llegada y la prioridad de la emergencia en el sistema de atención móvil del hospital santa María del Socorro.

Objetivo Específico 2:

Identificar la asociación entre el tiempo de llegada y la persona que realiza la llamada en el sistema de atención móvil del hospital santa María del Socorro.

Objetivo Específico 3:

Identificar la asociación entre el tiempo de llegada y el evento o emergencia turno en que se suscitó en el sistema de atención móvil del hospital santa María del Socorro

Objetivo Específico 4:

Identificar la asociación entre el tiempo de llegada y el lugar donde se suscitó el evento o emergencia en el sistema de atención móvil del hospital santa María del Socorro

Objetivo Específico 5:

Identificar la asociación entre el tiempo de llegada y ocurrencia presentada en la emergencia en el sistema de atención móvil del hospital santa María del Socorro

4.3 Alcances y Limitaciones

- a) Los alcances del presente estudio están determinados en el distrito de Ica y el sistema de atención móvil de las emergencias.
- b) Existen limitaciones respecto a la capacidad para tomar la información puesto por la rapidez de la emergencia en múltiples ocasiones no se llegó a aplicar el cuestionario.

V. HIPÓTESIS

5.1. Hipótesis General

Si existe asociación significativa entre los factores que influyen en el tiempo de llegada del sistema de atención móvil de urgencias y emergencias del hospital Santa María del Socoro

5.2. Hipótesis Específicos

Hipótesis Específica 1:

Los tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia” tienen relación con la “Prioridad de la Emergencia” no son independientes.

Hipótesis Específica 2:

Los Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia” tienen relación con la variable “Persona que realiza la llamada” no son independientes.

Hipótesis Específica 3:

Los tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia” tienen relación con la variable “Evento o Emergencia Turno en que se suscitó” no son independientes.

Hipótesis Específica 4:

Los tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia” tienen relación con la el “lugar donde se suscitó el e Evento o Emergencia” no son independientes

Hipótesis Específica 5:

Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia” tienen relación con la variable “Ocurrencia presentada en la Emergencia o Evento” no son independientes.

5.3. Variables

Variable independiente

Tiempo de llegada al lugar de la emergencia, prioridad de la emergencia, persona que realiza la llamada, evento o emergencia turno en que suscito, lugar donde la emergencia o evento se suscrito, apoyo en la escena de la emergencia o evento y ocurrencia presentada en la Emergencia o Evento.

5.4. Operacionalización de Variables

TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE “X”:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
DEPENDIENTE					
Tiempo de llegada	Tiempo que transcurre desde la recepción de la llamada del usuario, en una situación de urgencia y/o emergencia, hasta la llegada de la unidad móvil (ambulancia) con personal capacitado y equipamiento, al lugar de la emergencia (foco del evento o domicilio)	Tiempos de respuesta en la atención prehospitalaria expresada en minutos	Cuantitativa	Razon	De 0 a 10 minutos De 11 a 20 minutos De 21 a 30 minutos De 31 a 40 minutos De 41. Mas minutos.
INTERVINIENTE					
Prioridad de la Emergencia	Compromiso del estado de salud en grados diversos	El compromiso y daño de la salud y/o evento de emergencia es dado en 4 niveles de Prioridad (I, II, III y V)	Cualitativa Policotómica	Nominal	Tipo I Tipo II Tipo III Tipo IV
Persona que realiza la llamada	Persona natural que realiza la acción de emitir mediante una llamada telefónica a una central de emergencia para reportar un evento de la misma naturaleza	Persona que realiza la llamada a la CRUE del SAMUE antes un evento y/o emergencia	Cualitativa Policotómica	Nominal	Victima/paciente Familiar de Victima/Paciente Bombero Policia/Serenazgo Transehunte.
Evento o emergencia	Turno en que se suceden los hechos contemplados de un evento o emergencia	Se establecen turnos con un rango de 6 horas, considerando:	Cualitativa Policotómica	Nominal	Por la noche Por la Madrugada

		Turno de día (6:01 – 12:00) Turno de tarde (12:01 – 18:00) Turno de madrugada (00:01 – 06:00)			
Lugar donde el evento o emergencia se suscitó	La escena de una emergencia corresponde a cualquier lugar donde se encuentra una persona	Locación donde se desarrolla un evento o emergencia, dentro de la jurisdicción del distrito Ica.	Cualitativa Policotómica	Nominal	Domicilio vía Pública Medio de Transporte Mercado/Centro Comercial/Oficina
Apoyo recibido en el evento o emergencia	Es una red de acciones individuales y acciones de los grupos que va a determinar una dinámica social ante una emergencia	Es el actuar de los diferentes grupos sociales ante un evento o emergencia, en un determinado espacio y tiempo	Cualitativa Policotómica	Nominal	Familiar Transehunte Policial/Serenazgo Bombero Ninguno

VI. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

6.1. Tipo y Nivel de la Investigación

El estudio es de tipo cuantitativo, es decir, los resultados serán contabilizados. La investigación cuantitativa se agencia de datos para sustentar hipótesis con fuente en la medición numérica y el análisis estadístico para determinar patrones de comportamiento.

Diseño de Investigación

No experimental. Puesto que no se modificara la naturaleza ni condición de la variable.

Transversal. Tomará la información en un tiempo establecido de la población en un momento determinado, lo que permite extraer conclusiones acerca de los fenómenos ocurridos en la investigación.

6.2. Población y Muestra:

Pacientes atendidos bajo el Sistema de Atención Móvil de Urgencias y Emergencias.

MUESTRA

Pacientes atendidos bajo el Sistema de Atención Móvil de Urgencias y Emergencias en el distrito de Lima, durante el mes de Febrero 2018, derivados al hospital Santa Maria del Socorro.

VII. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

7.1.1. Análisis e interpretación de los Resultados

TIEMPO DE ALERTA

PROMEDIO:	0.96 minutos (Representa el promedio de tiempo de alerta que tarda la ambulancia en responder al despacho de una emergencia).
MODA:	0.00 minutos (Representa el tiempo de alerta que más Frecuente)
DESVIACION ESTANDAR:	1.71 minutos (Representa la variación en minutos del tiempo de alerta)

TIEMPO DE LLEGADA

PROMEDIO:	15.23 minutos (Representa el promedio de tiempo que tarda la ambulancia en llegar al lugar de la emergencia).
MODA:	08.00 minutos (Representa el tiempo más frecuente que demora la ambulancia en llegar al lugar de la emergencia)
DESVIACION ESTANDAR:	08.74 minutos (Representa la variación en minutos que demora la ambulancia en llegar al lugar de la emergencia)

1.- TIPO DE EMERGENCIA

GRÁFICO 1 :
TIPO DE EMERGENCIA



Fuente: Instrumento de la tesis.

INTERPRETACIÓN:

En el presente gráfico se observa que el tipo de emergencia es de carácter agudo (36.29%), mientras crónico un (6371%).

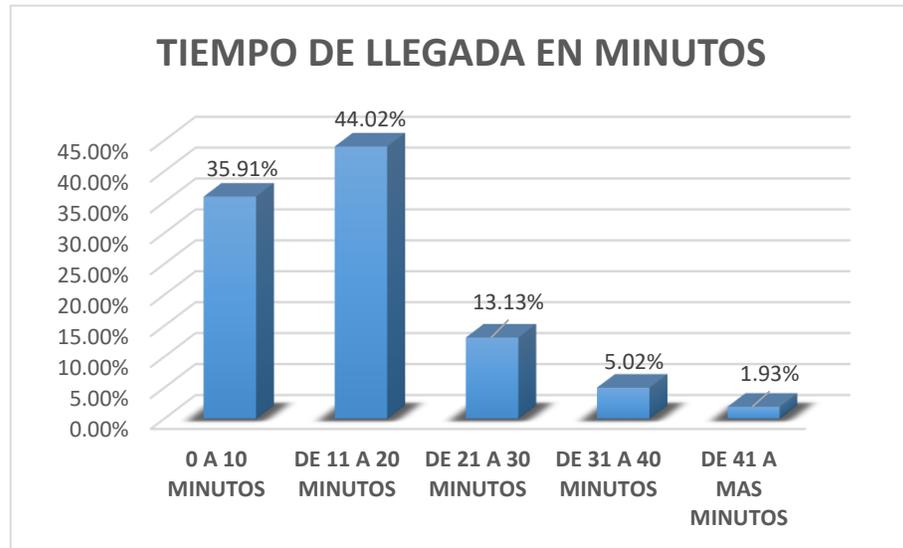
1. TIEMPO DE LLEGADA EN MINUTOS

TABLA 1
TIEMPO DE LLEGADA EN MINUTOS

TIEMPO DE LLEGADA EN MINUTOS	<i>fi</i>	<i>Fi</i>	<i>hi</i>	<i>Hi</i>
0 A 10 MINUTOS	93	93	35.91%	35.91%
DE 11 A 20 MINUTOS	114	207	44.02%	79.92%
DE 21 A 30 MINUTOS	34	241	13.13%	93.05%
DE 31 A 40 MINUTOS	13	254	5.02%	98.07%
DE 41 A MAS MINUTOS	5	259	1.93%	100.00%
Total	259		100.00%	

Fuente: Instrumento

**GRÁFICO 2:
TIEMPO DE LLEGADA EN MINUTOS**



Fuente: Instrumento de la tesis.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 1 y en el gráfico 2 se puede observar que la distribución de frecuencias es de 44.02%, que refiere un tiempo de llegada entre los 11 y 20 minutos, el 13.13% tienen un tiempo de llegada entre 21 y 30 minutos, el 35.91% y tienen un tiempo de llegada de menos de 10 minutos, y con menor porcentaje tenemos 1.93% de 31 a 40 minutos y con 5.19% de 41 a 50 minutos.

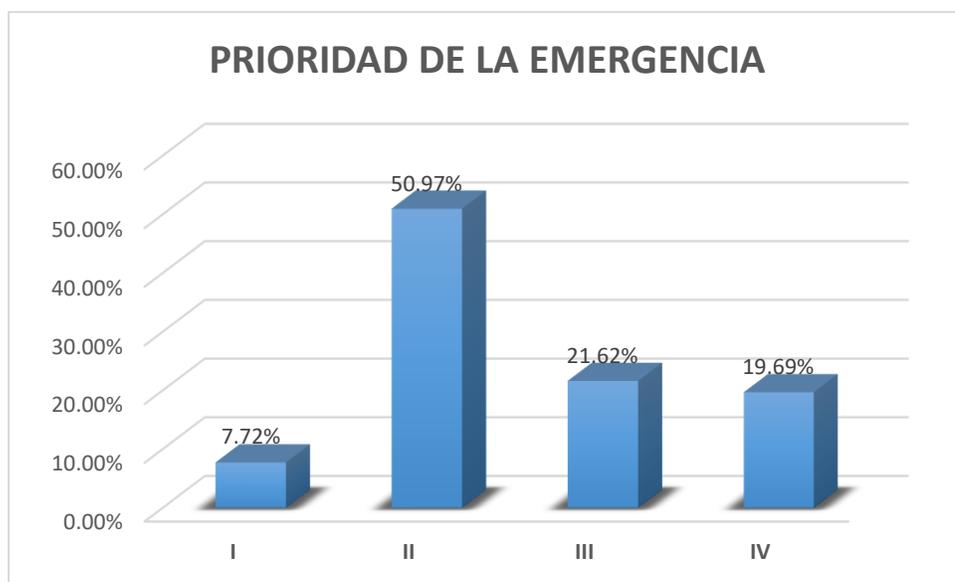
3.- PRIORIDAD DE LA EMERGENCIA

TABLA 2
PRIORIDAD DE EMERGENCIA

PRIORIDAD	DE	<i>fi</i>	<i>Fi</i>	<i>hi</i>	<i>Hi</i>
1	I	20	20	7.72%	7.72%
2	II	132	152	50.97%	58.69%
3	III	56	208	21.62%	80.31%
4	IV	51	259	19.69%	100.00%
		259		100.00%	

Fuente: Instrumento.

GRÁFICO 3 :
PRIORIDAD DE LA EMERGENCIA



Fuente: Instrumento de la tesis.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 2 y en el gráfico 3 se puede observar que la distribución de frecuencias que el 50.97% tienen Prioridad II la Emergencia, el 21.62% tiene

Prioridad III la Emergencia, el 19.69% tiene Prioridad IV la Emergencia y el 7.72% tiene Prioridad I la Emergencia.

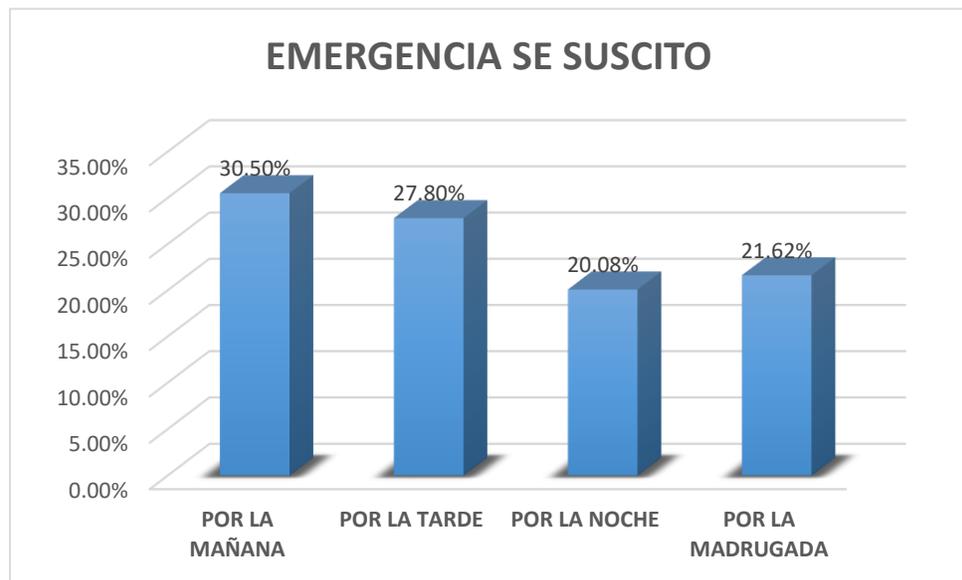
4. EMERGENCIA SE SUSCITO

TABLA 3
EVENTO O EMERGENCIA

EVENTO O EMERGENCIA SE SUSCITO	<i>fi</i>	<i>Fi</i>	<i>hi</i>	<i>Hi</i>
1 POR LA MAÑANA	79	79	30.50%	30.50%
2 POR LA TARDE	72	151	27.80%	58.30%
3 POR LA NOCHE	52	203	20.08%	78.38%
4 POR LA MADRUGADA	56	259	21.62%	100.00%
	259		100.00%	

Fuente: Instrumento

GRÁFICO 4 :
EMERGENCIA SE SUSCITO



Fuente: Instrumento

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 3 y en el gráfico 4 se puede observar que la frecuencias resultan 27.80%, ello indica que la emergencia se suscitó por la tarde, el 30.50% indica que la emergencia se suscitó por la mañana, el 20.08% indica que fue por la noche y un 21.62% indica que fue por la madrugada la emergencia

5. LUGAR DONDE LA EMERGENCIA SE SUSCITO

TABLA 4:
LUGAR DONDE LA EMERGENCIA SE SUSCITO

LUGAR DONDE LA EMERGENCIA SE SUSCITO	<i>fi</i>	<i>Fi</i>	<i>hi</i>	<i>Hi</i>
1 DOMICILIO	101	101	39.00%	39.00%
2 VIA PUBLICA	134	235	51.74%	90.73%
3 MEDIO DE TRANSPORTE	12	247	4.63%	95.37%
4 MERCADO/CENTRO COMERCIAL / OFICINA	9	256	3.47%	98.84%
5 OTROS	3	259	1.16%	100.00%
	259		100.00%	

Fuente: Instrumento

GRÁFICO 5:
LUGAR DONDE LA EMERGENCIA SE SUSCITO



Fuente: Instrumento de la tesis.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 4 y en el gráfico 5 e puede observar en la gráfica que la distribución de frecuencias obtuvo un valor de 51.74%, lo cual indica que el lugar donde la emergencia se suscitó fue la Vía Pública, el 39.00% indicó que era en el Domicilio, un 4.63% indicó que era en el Medio de Transporte, el 1.16% en Otros y en un 3.47% que era en el Mercado Centro Comercial u Oficina .

6. PERSONA QUE REALIZA LA LLAMADA

TABLA 5:
PERSONA QUE REALIZA LA LLAMADA

PERSONA QUE REALIZA LA LLAMADA	<i>fi</i>	<i>Fi</i>	<i>hi</i>	<i>Hi</i>
1 VICTIMA / PACIENTE	19	19	7.34%	7.34%
2 FAMILIAR DE VICTIMA / PACIENTE	98	117	37.84%	45.17%
3 BOMBERO	50	167	19.31%	64.48%
4 POLICIA / SERENAZGO	79	246	30.50%	94.98%
5 TRANSEUNTE	13	259	5.02%	100.00%
	259		100.00%	

Fuente: Instrumento

GRÁFICO 6:
PERSONA QUE REALIZA LA LLAMADA



Fuente: Instrumento de la tesis.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 5 y en el gráfico 6 se puede observar en el gráfico de distribución de frecuencias obtuvo un valor de 37.84%, lo cual indica que la persona que

realizo la llamada fue familiar de víctima o paciente, el 30.50% indica que fue la policía o el serenazgo, el 7.34% indica que fue la víctima o paciente y con un 19.31% informan que fueron los bomberos y los transeúntes solo con un 5.02%.

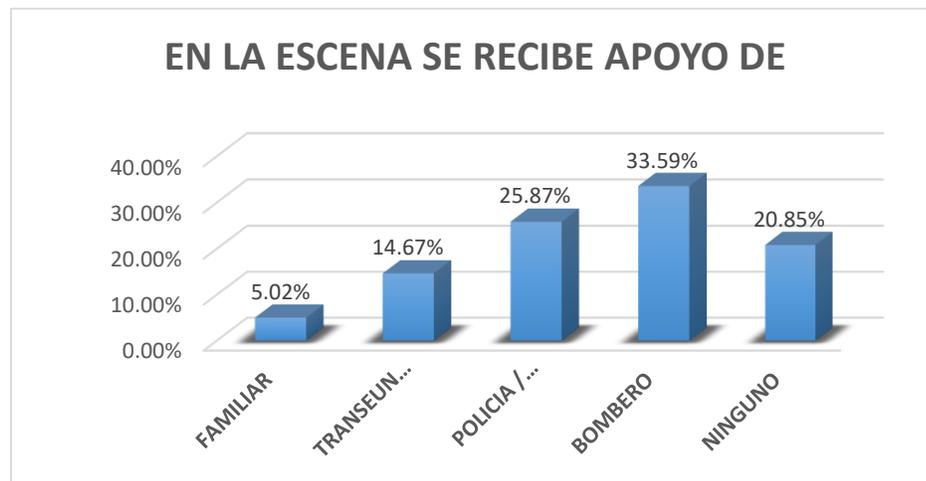
7.- EN LA ESCENA SE RECIBE APOYO DE

TABLA 6:
EN LA ESCENA SE RECIBE APOYO DE

EN LA ESCENA SE RECIBE APOYO	<i>fi</i>	<i>Fi</i>	<i>hi</i>	<i>Hi</i>
1 FAMILIAR	13	13	5.02%	5.02%
2 TRANSEUNTE	38	51	14.67%	19.69%
3 POLICIA / SERENAZGO	67	118	25.87%	45.56%
4 BOMBERO	87	205	33.59%	79.15%
5 NINGUNO	54	259	20.85%	100.00%
	259		100.00%	

Fuente: Instrumento de la tesis.

GRÁFICO 7:
EN LA ESCENA SE RECIBE APOYO DE:



Fuente: Instrumento de la tesis.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 6 y en el gráfico 7 se puede observar que la frecuencias obtuvo un valor de 33.59%, lo cual indica que en la escena recibe apoyo del Bombero, en un 20.85% indican que no reciben ningún apoyo, un 14.67% indican que reciben apoyo transeúnte, en un 25.87% recibe apoyo del policía o serenazgo y el 5.02% de un familiar.

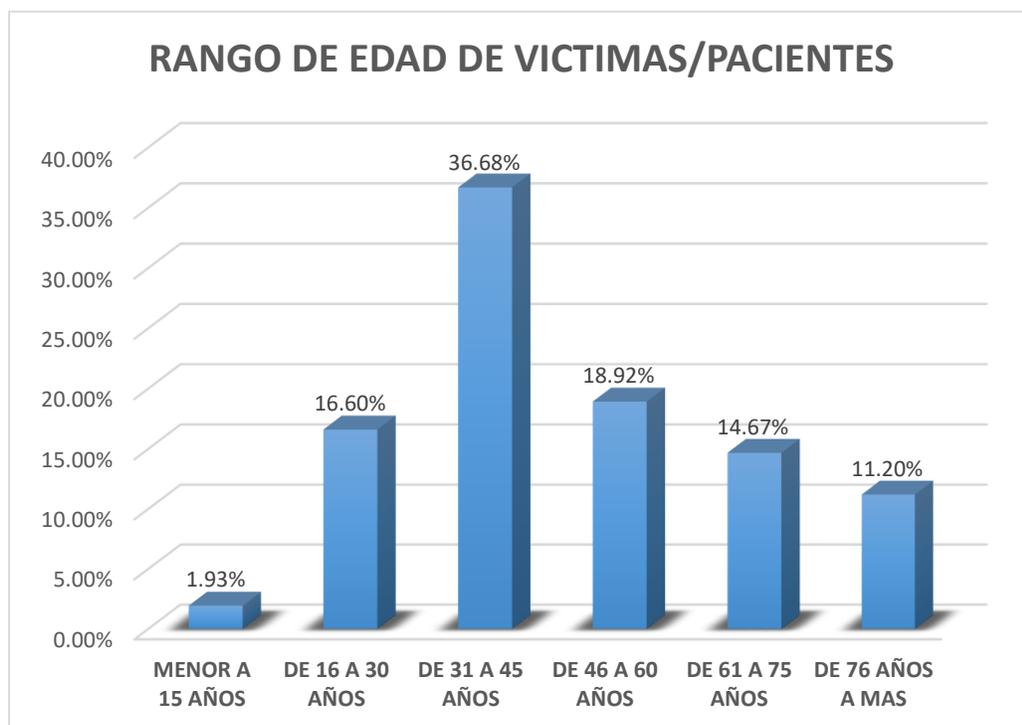
8. RANGO DE EDAD DE VICTIMAS

TABLA 7:
RANGO DE EDAD DE VICTIMAS

EDAD	<i>fi</i>	<i>Fi</i>	<i>hi</i>	<i>Hi</i>
1 MENOR A 15 AÑOS	5	5	1.93%	1.93%
2 DE 16 A 30 AÑOS	43	48	16.60%	18.53%
3 DE 31 A 45 AÑOS	95	143	36.68%	55.21%
4 DE 46 A 60 AÑOS	49	192	18.92%	74.13%
5 DE 61 A 75 AÑOS	38	230	14.67%	88.80%
6 DE 76 AÑOS A MAS	29	259	11.20%	100.00%
	259		100.00%	

Fuente: Instrumento de la tesis.

**GRÁFICO 8:
RANGO DE EDAD DE VICTIMAS / PACIENTES**



Fuente: Instrumento de la tesis.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 7 y en el gráfico 8 se puede observar que el valor de frecuencias es de 6.68% lo cual indica que están en una edad entre los 31 años y 45 años, el 18.92% están en una edad entre 46 y 60 años, el 16.60% están en una edad entre los 16 años y 30 años, el 14.67% están en una edad entre 61 a 75 años, el 11.20% están en una edad entre los 76 años a más y solamente el 1.93% son menores de 15 años de edad

Análisis de Correspondencia para determinar si algunos factores están relacionados con el tiempo utilizado para llegar al punto de la Emergencia

Este análisis permite estudiar las relaciones de interdependencia entre variables categóricas (no métricas o no medibles). Elaborando mapas perceptuales, los que se basan en la asociación entre objetos y un conjunto de características descriptivas o atributos especificados.

Para esta información se tiene que la variable dependiente se basa en “tiempos”, los cuales se categorizan en intervalos (De 0 a 10 minutos, De 11 a 20 minutos, De 21 a 30 minutos, De 31 a 40 minutos, De 41 a más minutos) para poder realizar el análisis de correspondencia; se medirá el “tiempo” que se toma la Unidad Móvil del Hospital santa Maria del Socorro cuya jurisdicción se circunscribe al distrito de Ica, que tiene como punto base o punto de partida a la locación Calle Castrovirreyra 759, Ica, hasta que llegue a su destino (Evento o Emergencia). Las variables intervinientes para este estudio serán las siguientes: Prioridad de la Emergencia, Persona que realiza la llamada, Evento o Emergencia turno en que se suscitó, Lugar donde el Evento o Emergencia se suscitó, Apoyo recibido en el Evento o Emergencia, Se presentó alguna ocurrencia en el Evento o Emergencia y Edad Categorizada en Rangos (Menor a 15 años, De 16 a 30 años, De 31 a 45 años, De 46 a 60 años, De 61 a 75 años, De 76 a más años).

A continuación se procede a describir las salidas del programa SPSS versión 25 que nos permite tener el Análisis de Correspondencia.

1.- Análisis de la Variable Dependiente “Tiempo de Llegada al lugar de la Emergencia” (V1) con la Variable “Prioridad de la Emergencia” (V2).

Para empezar el análisis se puede partir de la Hipótesis Nula (H0): de que las medias de los “Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia” no tienen relación con la Variable “Prioridad de la Emergencia” son independientes. Mientras que la Hipótesis Alternativa (H1) sería: de que los “Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia” tienen relación con la variable “Prioridad de la Emergencia” no son independientes.

A continuación, se presenta la Tabla de Correspondencia que se generó para la Variable “Tiempos de llegada al lugar de la Emergencia”(V1) y la Variable “Prioridad de la Emergencia” (V2).

**TABLA 8
ANALISIS (V1) vs (V2)**

Tiempo_Llegada_Modif	Prioridad de la Emergencia				Margen activo
	I	II	III	IV	
DE 0 A 10 MINUTOS	11	49	15	18	93
DE 11 A 20 MINUTOS	7	50	29	28	114
DE 21 A 30 MINUTOS	0	23	7	4	34
DE 31 A 40 MINUTOS	2	7	3	1	13
DE 41 A 50 MINUTOS	0	2	2	0	4
DE 51 A 60 MINUTOS	0	1	0	0	1
Margen activo	20	132	56	51	259

Fuente: Instrumento de la tesis.

De la Tabla de Análisis de Correspondencia, se tiene los parámetros de la Chi Cuadrado en la cual se va a contrastar el valor del Nivel de Significancia (Sig) con el 0.05 para poder tomar una adecuada decisión e interpretación.

Se observa que el valor del Nivel de Significancia (Sig) para la prueba Chi Cuadrado que se calculó es de 0.256 el cual es mayor a 0.05, por lo tanto, según las Hipótesis planteadas, se tendría que: La variable “Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia”(V1) no tienen relación con la Variable

“**Prioridad de la Emergencia**”(V2) son independientes, es decir no rechazamos la Hipótesis Nula.

2.- Análisis de la Variable Dependiente “Tiempo de Llegada al lugar de la Emergencia” (V1) con la Variable “Persona que realiza la llamada” (V3).

Para empezar el análisis se puede partir de la Hipótesis Nula (H0): de que las medias de los “**Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia**” no tienen relación con la Variable “**Persona que realiza la llamada**” son independientes. Mientras que la Hipótesis Alternativa (H1) sería: de que los “**Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia**” tienen relación con la variable “**Persona que realiza la llamada**” no son independientes.

A continuación, se presenta la Tabla de Correspondencia que se generó para la Variable “**Tiempos de llegada al lugar de la Emergencia**” y la Variable “**Persona que realiza la llamada**”.

**TABLA 9
ANALISIS (V1) vs (V3)**

Tiempo_Llegada_Modif	Persona que realiza la llamada					Margen activo
	VICTIMA/PACIENTE	FAMILIAR DE VICTIMA/PACIENTE	BOMBERO	POLICIA/SERENAZGO	TRANSEUNTE	
DE 0 A 10 MINUTOS	3	35	18	32	5	93
DE 11 A 20 MINUTOS	10	46	23	32	3	114
DE 21 A 30 MINUTOS	5	13	6	8	2	34
DE 31 A 40 MINUTOS	1	4	2	3	3	13
DE 41 A 50 MINUTOS	0	0	0	4	0	4
DE 51 A 60 MINUTOS	0	0	1	0	0	1
Margen activo	19	98	50	79	13	259

Fuente: Instrumento.

En base a la Tabla de Análisis de Correspondencia se tiene, los parámetros de la Chi Cuadrado en la cual vamos a contrastar el valor del Nivel de Significancia (Sig) con el 0.05 para poder tomar una adecuada decisión e interpretación.

Se puede observar que el valor del Nivel de Significancia (Sig) para la prueba Chi Cuadrado que se calculó es de 0.068 el cual es mayor a 0.05, por lo tanto,

según las Hipótesis planteadas se tendría que: La variable “**Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia**” no tienen relación con la Variable “**Persona que realiza la llamada**” son independientes, es decir no rechazamos la Hipótesis Nula.

3.- Análisis de la Variable Dependiente “Tiempo de Llegada al lugar de la Emergencia”(V1) con la Variable “Evento o Emergencia Turno en que se Suscitó” (V4).

Para empezar el análisis se puede partir de la Hipótesis Nula (H0): de que las medias de los “**Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia**” no tienen relación con la Variable “**Evento o Emergencia Turno en que se suscitó**” son independientes. Mientras que la Hipótesis Alternativa (H1) sería: de que los “**Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia**” tienen relación con la variable “**Evento o Emergencia Turno en que se suscitó**” no son independientes.

A continuación, se presenta la Tabla de Correspondencia que se generó para la Variable “**Tiempos de llegada al lugar de la Emergencia**” y la Variable “**Evento o Emergencia Turno en que se suscitó**”.

TABLA 10
ANALISIS (V1) vs (V4)

Tiempo_Llegada_Modif	Evento o Emergencia se suscitó				Margen activo
	POR LA MAÑANA	POR LA TARDE	POR LA NOCHE	POR LA MADRUGADA	
DE 0 A 10 MINUTOS	36	14	10	33	93
DE 11 A 20 MINUTOS	36	35	24	19	114
DE 21 A 30 MINUTOS	5	14	11	4	34
DE 31 A 40 MINUTOS	0	7	6	0	13
DE 41 A 50 MINUTOS	1	2	1	0	4
DE 51 A 60 MINUTOS	1	0	0	0	1
Margen activo	79	72	52	56	259

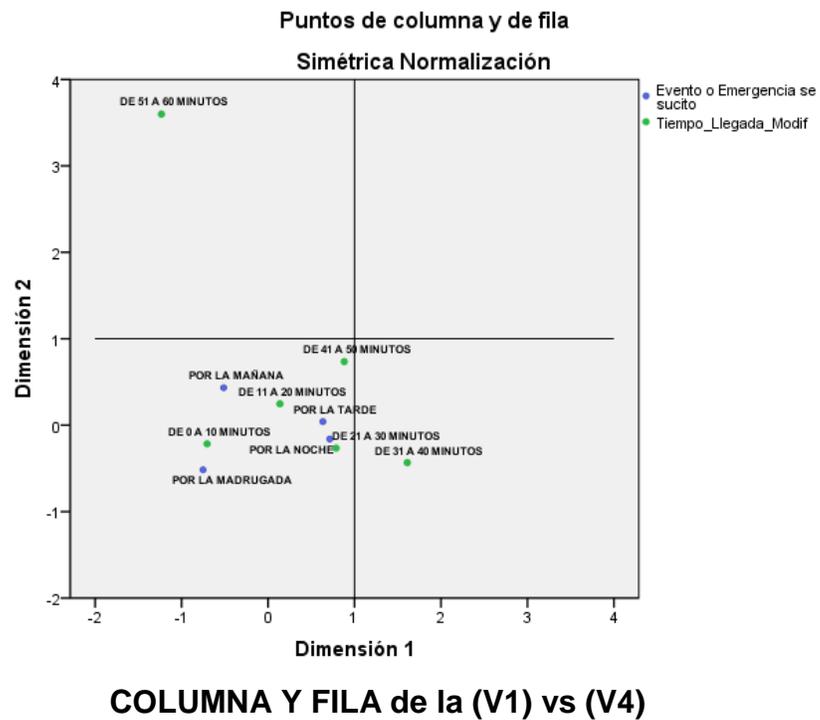
Fuente: Instrumento de la tesis.

Se presenta la Tabla de Análisis de Correspondencia para lo cual se tiene los parámetros de la Chi Cuadrado en la cual vamos a contrastar el valor del Nivel de Significancia (Sig) con el 0.05 para poder tomar una adecuada decisión e interpretación.

Se puede observar que el valor del Nivel de Significancia (Sig) para la prueba Chi Cuadrado que se calculó es de 0.00 el cual es menor a 0.05, por lo tanto, según las Hipótesis que planteamos se tendría que: La variable "**Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia**" tienen relación con la Variable "**Evento o Emergencia Turno en que se suscitó**" no son independientes, es decir rechazamos la Hipótesis Nula.

Lo que a continuación se debe de analizar es que niveles de estas variables se encuentran más relacionados para lo cual se hace uso de un gráfico para identificar como están los niveles de las dos variables asociados o no. Cabe mencionar que la asociación se dará por proximidad o por estar alineados hacia un vector.

GRÁFICO 9:



Fuente: Instrumento de la tesis.

Se puede observar que el Nivel o Categoría Por la Madrugada está muy relacionado o asociado con el Tiempo de Llegada de 0 a 10 minutos, Por la Noche está muy relacionado o asociado con el Tiempo de Llegada de 21 a 30 minutos, los demás puntos no se encuentran muy asociados salvo el que podemos observar de Por la Tarde que puede considerarse al asociado con el Tiempo de Llegada de 21 a 30 minutos como con el tiempo de Llegada de 11 a 20 minutos; de la misma manera se observa que Por la mañana se podría

asociar con el Tiempo de Llegada de 11 a 20 minutos pero no están muy cercanos los puntos.

4.- Análisis de la Variable Dependiente “Tiempo de Llegada al lugar de la Emergencia” (V1) con la Variable “Lugar donde la Emergencia o Evento se Suscitó” (V5).

Para empezar el análisis se puede partir de la Hipótesis Nula de que las medias de los **“Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia”** no tienen relación con la Variable **“Lugar donde la Emergencia o Evento se suscitó”** son independientes. Mientras que la Hipótesis Alternativa sería de que los **“Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia”** tienen relación con la variable **“Lugar donde le Emergencia o Evento se Sucito”** no son independientes.

A continuación se presenta la Tabla de Correspondencia que se generó para la Variable **“Tiempos de llegada al lugar de la Emergencia”** y la Variable **“Lugar donde le Emergencia o Evento se Sucito”**.

**TABLA 11
ANALISIS (V1) vs (V5)**

Tiempo_Llegada_Modif	Lugar donde la Emergencia se suscito					
	DOMICILIO	VIA PUBLICA	MEDIO DE TRANSPORTE	MERCADO/CENTRO COMERCIAL/OFICINA	OTROS	Margen activo
DE 0 A 10 MINUTOS	32	48	8	4	1	93
DE 11 A 20 MINUTOS	53	53	2	5	1	114
DE 21 A 30 MINUTOS	10	23	0	0	1	34
DE 31 A 40 MINUTOS	6	7	0	0	0	13
DE 41 A 50 MINUTOS	0	2	2	0	0	4
DE 51 A 60 MINUTOS	0	1	0	0	0	1
Margen activo	101	134	12	9	3	259

Fuente: Instrumento de la tesis.

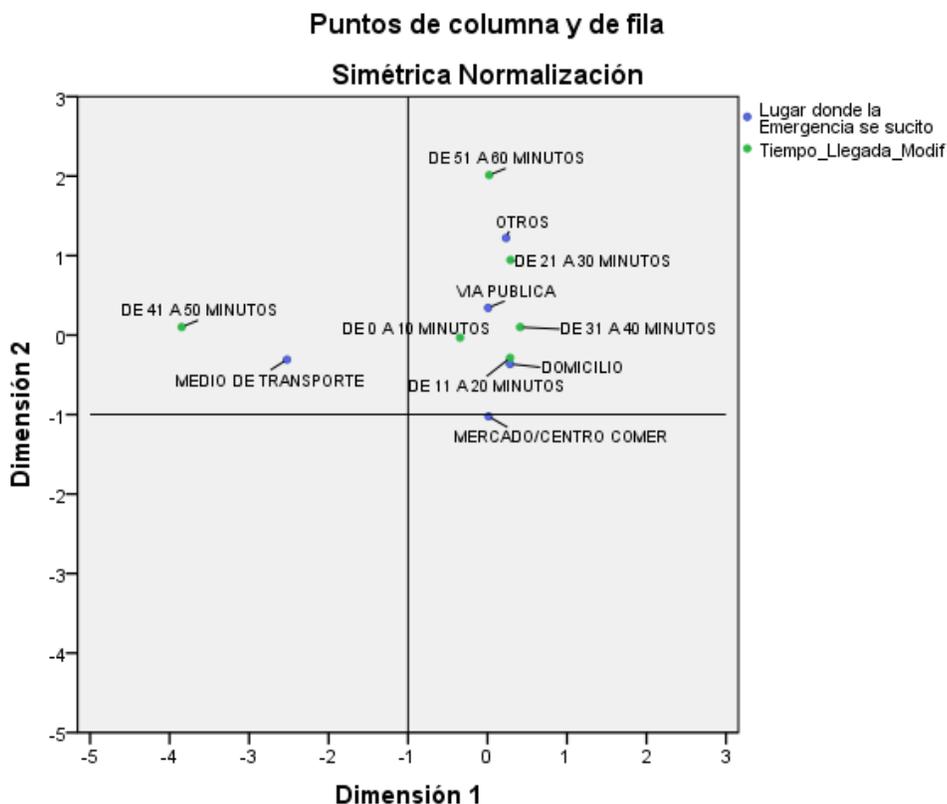
La Tabla de Análisis de Correspondencia presenta los parámetros de la Chi Cuadrado en la cual se va a contrastar el valor del Nivel de Significancia (Sig) con el 0.05 para poder tomar una adecuada decisión e interpretación.

Se observa 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, según nuestras Hipótesis que planteamos se tendría que: La variable "**Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia**" tienen relación con la Variable "**Lugar donde la Emergencia o Evento se Suscitó**" no son independientes, es decir rechazamos la Hipótesis Nula.

GRÁFICO 10:

PUNTOS DE COLUMNA Y FILA de la (V1) vs (V5)

Fuente: Instrumento de la tesis.



Lo que a continuación se debe de analizar es que niveles de las variables se encuentran más relacionados para lo cual nos valdremos de un gráfico para identificar como están los niveles de las dos variables asociados o no. Cabe mencionar que la asociación se dará por proximidad o por estar alineados hacia un vector.

Se observa que el Nivel o Categoría del lugar donde ocurrió la emergencia Domicilio está muy relacionado o asociado con el Tiempo de Llegada de 11 a 20 minutos, el lugar donde ocurrió la emergencia Otros está muy relacionado o asociado con el Tiempo de Llegada de 21 a 30 minutos, los demás puntos no se encuentran muy asociados salvo el que podemos observar el lugar donde ocurrió la emergencia Vía Publica que puede considerarse al asociado

con el Tiempo de Llegada de 0 a 10 minutos como con el tiempo de Llegada de 31 a 40 minutos.

5.- Análisis de la Variable Dependiente “Tiempo de Llegada al lugar de la Emergencia” (V1) con la Variable “Apoyo en la escena de la emergencia o evento” (V6).

Para empezar el análisis se parte de la Hipótesis Nula de que las medias de los **“Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia”** no tienen relación con la Variable **“Apoyo en la escena de la emergencia o evento”** son independientes. Mientras que la Hipótesis Alternativa sería de que los **“Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia”** tienen relación con la variable **“Apoyo en la escena de la emergencia o evento”** no son independientes.

A continuación se presenta la Tabla de Correspondencia que se generó para la Variable **“Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia”** y la Variable **“Apoyo en la escena de la emergencia o evento”**.

**TABLA 12
ANALISIS (V1) vs (V6)**

Tiempo_Llegada_Modif	En la escena se recibe apoyo de					Margen activo
	FAMILIAR	TRANSEUNTE	POLICIA/SERENA ZGO	BOMBERO	NINGUNO	
DE 0 A 10 MINUTOS	4	9	28	29	23	93
DE 11 A 20 MINUTOS	8	23	28	33	22	114
DE 21 A 30 MINUTOS	0	4	3	19	8	34
DE 31 A 40 MINUTOS	1	2	5	4	1	13
DE 41 A 50 MINUTOS	0	0	2	2	0	4
DE 51 A 60 MINUTOS	0	0	1	0	0	1
Margen activo	13	38	67	87	54	259

Fuente: Instrumento de la tesis.

La Tabla de Análisis de Correspondencia muestra los parámetros de la Chi Cuadrado en la cual vamos a contrastar el valor del Nivel de Significancia (Sig) con el 0.05 para poder tomar una adecuada decisión e interpretación.

Se puede observar que el valor del Nivel de Significancia (Sig) para la prueba Chi Cuadrado que se calculó es de 0.165 el cual es mayor a 0.05, por lo tanto, según nuestras Hipótesis que planteamos se tendría que: La variable

“**Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia**” no tienen relación con la Variable “**Apoyo en la escena de la emergencia o evento**” son independientes, es decir no rechazamos la Hipótesis Nula.

6.- Análisis de la Variable Dependiente “Tiempo de Llegada al lugar de la Emergencia” (V1) con la Variable “Ocurrencia presentada en la Emergencia o Evento” (V7).

Para empezar el análisis se parte de la Hipótesis Nula de que las medias de los “**Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia**” no tienen relación con la Variable “**Ocurrencia presentada en la Emergencia o Evento**” son independientes. Mientras que la Hipótesis Alternativa sería de que los “**Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia**” tienen relación con la variable “**Ocurrencia presentada en la Emergencia o Evento**” no son independientes.

Se presenta la Tabla de Correspondencia que se generó para la Variable “**Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia**” y la Variable “**Ocurrencia presentada en la Emergencia o Evento**”.

**TABLA 13
ANALISIS (V1) VS (V7)**

Tiempo_Llegada_Modif	Se presento alguna ocurrencia							
	LA ESCENA ES UN NIVEL SUPERIOR (2º,3º PISO)	EN LA ESCENA HAY AGLOMERACION DE GENTE	CALLES CLAUSURADAS/ CALLES CON REJA	LA AMBULANCIA REGRESA A LA ESCENA	EN LA EMERGENCIA HAY MAS DE UNA VICTIMA	INCENDIO	NINGUNO	Margen activo
DE 0 A 10 MINUTOS	9	25	6	1	4	2	46	93
DE 11 A 20 MINUTOS	7	28	4	2	2	2	69	114
DE 21 A 30 MINUTOS	4	10	1	0	2	2	15	34
DE 31 A 40 MINUTOS	3	3	1	0	0	1	5	13
DE 41 A 50 MINUTOS	0	3	0	0	0	0	1	4
DE 51 A 60 MINUTOS	0	0	0	0	0	0	1	1
Margen activo	23	69	12	3	8	7	137	259

Fuente: Instrumento de la tesis.

La Tabla de Análisis de Correspondencia muestra los parámetros de la Chi Cuadrado en la cual se va a contrastar el valor del Nivel de Significancia (Sig) con el 0.05 para poder tomar una adecuada decisión e interpretación.

Se observa que el valor del Nivel de Significancia (Sig) para la prueba Chi Cuadrado que se calculó es de 0.90 el cual es mayor a 0.05, por lo tanto, según nuestras Hipótesis que planteamos se tendría que: La variable “**Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia**” no tienen relación con la Variable “**Ocurrencia presentada en la Emergencia o Evento**” son independientes, es decir no rechazamos la Hipótesis Nula.

7.- Análisis de la Variable Dependiente “Tiempo de Llegada al lugar de la Emergencia” con la “Variable Categorías de Edad” (V8.)

Para empezar el análisis podemos partir de la Hipótesis Nula de que las medias de los “**Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia**” no tienen relación con la Variable “**Categorías de Edad**” son independientes. Mientras que la Hipótesis Alternativa sería de que los “**Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia**” tienen relación con la variable “**Categorías de Edad**” no son independientes.

A continuación se presenta la Tabla de Correspondencia que se generó para la Variable “**Tiempos de llegada al lugar de la Emergencia**” y la Variable “**Categorías de Edad**”.

TABLA 14
ANALISIS (V1) VS (V8)

Tiempo de Llegada Categorizado	Edad_Categoriz						Margen activo
	HASTA 15 ANOS	DE 16 A 30 ANOS	DE 31 A 45 ANOS	DE 46 A 60 ANOS	DE 61 A 75 ANOS	MAYOR A 75 ANOS	
DE 0 A 10 MINUTOS	2	14	40	16	14	7	93
DE 11 A 20 MINUTOS	2	22	34	22	17	17	114
DE 21 A 30 MINUTOS	1	5	13	7	4	4	34
DE 31 A 40 MINUTOS	0	2	4	3	3	1	13
DE 41 A 50 MINUTOS	0	0	3	1	0	0	4
DE 51 A 60 MINUTOS	0	0	1	0	0	0	1
Margen activo	5	43	95	49	38	29	259

Fuente: Instrumento de la tesis.

La Tabla de Análisis de Correspondencia muestra los parámetros de la Chi Cuadrado en la cual vamos a contrastar el valor del Nivel de Significancia (Sig) con el 0.05 para poder tomar una adecuada decisión e interpretación.

Se observa que el valor del Nivel de Significancia (Sig) para la prueba Chi Cuadrado que se calculó es de 0.979 el cual es mayor a 0.05, por lo tanto, según nuestras Hipótesis que planteamos se tendría que: La variable "**Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia**" no tienen relación con la Variable "**Categorías de Edad**" son independientes, es decir no rechazamos la Hipótesis Nula.

8.- Análisis de la Variable Dependiente "Tiempo de Llegada al lugar de la Emergencia" (V1) con la Variable "Tipo de Emergencia" (V9)

Para empezar el análisis se parte de la Hipótesis Nula de que las medias de los "**Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia**" no tienen relación con la Variable "**Tipo de Emergencia**" son independientes. Mientras que la Hipótesis Alternativa sería de que los "**Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia**" tienen relación con la variable "**Tipo de Emergencia**" no son independientes.

A continuación se presenta la Tabla de Correspondencia que se generó para la Variable "**Tiempos de llegada al lugar de la Emergencia**" y la Variable "**Tipo de Emergencia**".

TABLA 15
ANALISIS (V1) VS (V9)

		Tipo de Emergencia		Total
		CRONICO	AGUDO	
Tiempo_Llegada_Modif	DE 0 A 10 MINUTOS	62	31	93
	DE 11 A 20 MINUTOS	64	50	114
	DE 21 A 30 MINUTOS	25	9	34
	DE 31 A 40 MINUTOS	9	4	13
	DE 41 A 50 MINUTOS	4	0	4
	DE 51 A 60 MINUTOS	1	0	1
Total		165	94	259

Fuente: Instrumento de la tesis.

La Tabla de Análisis de Correspondencia muestra los parámetros de la Chi Cuadrado en la cual vamos a contrastar el valor del Nivel de Significancia (Sig) con el 0.05 para poder tomar una adecuada decisión e interpretación.

Se puede observar que el valor del Nivel de Significancia (Sig) para la prueba Chi Cuadrado que se calculó es de 0.179 el cual es mayor a 0.05, por lo tanto, según la Hipótesis que se planteó, se tendría que: La variable “**Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia**” no tienen relación con la Variable “**Tipo de Emergencia**” son independientes, es decir no rechazamos la Hipótesis Nula.

9.- Análisis de la Variable Dependiente “Tiempo de Llegada al lugar de la Emergencia” (V1) con la Variable “Sexo” (V10)

Para empezar el análisis podemos partir de la Hipótesis Nula de que las medias de los “**Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia**” no tienen relación con la Variable “**Sexo**” son independientes. Mientras que la Hipótesis Alternativa sería de que los “**Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia**” tienen relación con la variable “**Sexo**” no son independientes.

A continuación se presenta la Tabla de Correspondencia que se generó para la Variable “**Tiempos de llegada al lugar de la Emergencia**” y la Variable “**Sexo**”.

TABLA 16
ANALISIS (V1) VS (V10)

		Sexo		Total
		FEMENINO	MASCULINO	
Tiempo de Llegada Categorizado	DE 0 A 10 MINUTOS	45	48	93
	DE 11 A 20 MINUTOS	52	62	114
	DE 21 A 30 MINUTOS	13	21	34
	DE 31 A 40 MINUTOS	6	7	13
	DE 41 A 50 MINUTOS	2	2	4
	DE 51 A 60 MINUTOS	0	1	1
Total		118	141	259

Fuente: Instrumento de la tesis.

La Tabla de Análisis de Correspondencia muestra los parámetros de la Chi Cuadrado en la cual vamos a contrastar el valor del Nivel de Significancia (Sig) con el 0.05 para poder tomar una adecuada decisión e interpretación.

Se observa que el valor del Nivel de Significancia (Sig) para la prueba Chi Cuadrado que se calculó es de 0.862 el cual es mayor a 0.05, por lo tanto, según la Hipótesis que se planteó se tendría que: La variable “**Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia**” no tienen relación con la Variable “**Sexo**” son independientes, es decir no rechazamos la Hipótesis Nula.

10.- Análisis de la Variable Dependiente “Tiempo de Llegada al lugar de la Emergencia” (V1) con la Variable “Motivo de la llamada coincide con la Emergencia” (V11)

Para empezar el análisis se parte de la Hipótesis Nula de que las medias de los “**Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia**” no tienen relación con la Variable “**Motivo de la Llamada coincide con la Emergencia**” son independientes. Mientras que la Hipótesis Alternativa sería de que los “**Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia**” tienen relación con la variable “**Motivo de la Llamada coincide con la Emergencia**” no son independientes.

A continuación se presenta la Tabla de Correspondencia que se generó para la Variable “***Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia***” y la Variable “**Motivo de la Llamada coincide con la Emergencia**”.

TABLA 17
ANALISIS (V1) VS (V11)

		Motivo de la Llamada coincide con la emergencia		Total
		SI	NO	
Tiempo de Llegada Categorizado	DE 0 A 10 MINUTOS	66	27	93
	DE 11 A 20 MINUTOS	76	38	114
	DE 21 A 30 MINUTOS	25	9	34
	DE 31 A 40 MINUTOS	5	8	13
	DE 41 A 50 MINUTOS	3	1	4
	DE 51 A 60 MINUTOS	1	0	1
Total		176	83	259

Fuente: Instrumento de la tesis.

La Tabla de Análisis de Correspondencia muestra los parámetros de la Chi Cuadrado en la cual vamos a contrastar el valor del Nivel de Significancia (Sig) con el 0.05 para poder tomar una adecuada decisión e interpretación.

Se puede observar, que el valor del Nivel de Significancia (Sig) para la prueba Chi Cuadrado que se calculó es de 0.243 el cual es mayor a 0.05, por lo tanto, según nuestras Hipótesis que planteamos se tendría que: La variable “***Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia***” no tienen relación con la Variable “**Motivo de la Llamada coincide con la Emergencia**” son independientes, es decir no rechazamos la Hipótesis Nula.

7.2. Conclusiones y Recomendaciones

7.2.1. Conclusiones

- El tiempo de alerta es de 0.96 minutos.
- El tiempo promedio en que la ambulancia demora en llegar a la emergencia es de: 15.23 minutos.
- Las variables “Evento o Emergencia turno en que se suscitó” (v4) y “Lugar donde la Emergencia o Evento se suscitó” (v5) presentan una FUERTE asociación a la variable “Tiempo de llegada al lugar de la emergencia”; por lo tanto si existen factores que influyen en el tiempo de respuesta ante un evento o emergencia.
- Las variables “Prioridad de la Emergencia” (v2), “Persona que realiza la llamada” (v3), “Apoyo en la escena de la emergencia o evento” (v6), “Ocurrencia presentada en la emergencia o Evento” (v7) y “Categorías de edad” (v8), no tienen relación con el tiempo de llegada a la emergencia, por lo tanto, son independientes una de la otra.
- Un tercio de la población de estudio, fue atendida en el tiempo promedio de 0 a 10 minutos, que representa el 35.91%, siendo considerado APTO dentro de los estándares internacionales.
- El tipo de Prioridad II, representa más de la mitad de la emergencias atendidas, con un porcentaje (50,97%)
- El 30,50% menciona que los eventos o emergencias se presentan por la mañana (06:00hrs. a 12:00hrs.).
- El 37,84% de las persona que realizan la llamada a la CRUE del SAMUE, son el familiar de la víctima/ paciente.
- El 63,71% son emergencias de tipo crónicas y el 36,29 son eventos agudos.
- Más del 50% de los eventos se suscitan en la vía publica (51, 74%)
- El 33.59% menciona que el apoyo recibido a la unidad móvil del SAMUE es dada por el personal del CGBVP.

- EL 36,78% representa a la población atendida en los rangos de 31 a 45 años.

7.2.2. Recomendaciones

- Al encontrar ASOCIACION entre las variable de “lugar” y “turno” en el que se presenta el evento o emergencia, frente al tiempo de llegada; se sugiere acortar las brechas y optimizar los tiempos de respuesta.
- Por ser un estudio retrospectivo, limita la evaluación y medición de variables para el tiempo de respuesta y abordaje de la emergencia. Se sugiere investigaciones prospectivas.
- Se recomienda evaluar ensayos sobre capacidad y habilidades de los profesionales en la unidad móvil versus tiempo de abordaje.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jorge Luis Albán Tigre. David G. Alvarado Cañizares. Jorge A. Arévalo Rojas. ANALISIS SITUACIONAL DE LA ATENCION EN LA IMPLEMENTACION DE TRIAJE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIATRICA DEL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA CUENCA 2013.Cuenca-Ecuador. 2014.
2. Alfonso G. Bedoya Suarez. Christopher C. Laurente Rodríguez. ANALISIS, DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DEL SERVICIO DE AMBULANCIAS PARA LA ATENCION DE EMERGENCIAS DE UNA EMPRESA ASEGURADORA EN LIMA. Lima-Peru.2014.
3. Claudia G. Ríos Torres. CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGR 1 IMSS DELEGACION QUERETARO. México. 2013.
4. Tatiana Cedeño Cascante. ANALISIS DE LOS TIEMPOS DE RESPUESTA DEL LABORATORIO CLINICO PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE ALAJUELA DURANTE LOS MESES DE MAYO A SETIEMBRE DEL 2007. Programa de Maestría Nacional en Gerencia de la Salud. Instituto Centroamericano de Administración Pública ICAP. San José-Costa Rica. 2008.
5. Manuel Civera Satorres. ANALISIS DE LA RELACION ENTRE CALIDAD Y SATISFACCION EN EL AMBITO HOSPITALARIO EN FUNCION DEL MODELO DE GESTION ESTABLECIDO. UNIVERSITAT JAUME. Castellón de la Plana. 2008.
6. María A. Serrano Cueva. DEMORA PREHOSPITALARIA, INTRAHOSPITALARIA Y TIEMPO DE REPERFUSION EN PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO CON SUPRADESNIVEL DEL ST FACTORES DETERMINANTES Y SU IMPACTO EN LA MORBIMORTALIDAD A CORTO PLAZO. Quito-Ecuador. 2012.
7. Diego F. Gallardo Ortega. IMPACTO DE LOS PUNTOS DE ATENCION CONTINUADA SOBRE LA UTILIZACION DE UN SERVICIO DE

- URGENCIAS HOSPITALARIO. Editorial de la Universidad de Granada. D.L. Gr. 948. 2008.
8. Andrés Labarca Vial. MODELO DE MEDICION DE DESEMPEÑO EN UNIDADES DE URGENCIAS. Economía y Negocios. Santiago-Chile.2015.
 9. Francisca Expósito Orta. PREVALENCIA DE LOS PROCESOS Y PATOLOGIAS ATENDIDOS POR UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MEDICAS EXTRAHOSPITALARIAS EN EL DEPARTAMENTO 16 DE ALICANTE. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona-España. 2012.
 10. Rosa M. Martín Mata. TELEEMERGENCIAS. Ciclo Formativo: Emergencias sanitarias. Ministerio de Educación. Subdirección General de Documentación y Publicaciones. 2011.
 11. Francisco J. Figueroa Martínez. ELABORACION DE UN PLAN DE EMERGENCIA Y EVACUACION ANTE UN RIESGO DE INCENDIO; CASO DE ANALISIS: RESIDENCIA ESTUDIANTIL ELENA Y DAVID DE LA UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE. Facultad de Ciencias de la Ingeniería.Valdivia-Chile.2009.
 12. Fernando Grondona Torres. PROYECTO DE ATENCION INTEGRAL A LA URGENCIA Y LA EMERGENCIA MÉDICA PARA UN HOSPITAL DE EXCELENCIA. Ciudad de La Habana. 2007.
 13. Georgina Gil. EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DE SALUD: ANALISIS DE SU GESTION EN NECOCHEA-QUEQUEN. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Sede de Quequen. Noviembre 2015.
 14. Rouaide Homsí Farayé. TOXICOLOGIA Y ACCIDENTES DE TRÁFICO: UN ESTUDIO A TRAVES DE LOS DATOS POLICIALES Y DEL SAMU DE LA CIUDAD DE VALENCIA. Institut Universitari d' Investigació en Trànsit i Seguretat Viària-INTRAS. Tráfico y Seguridad Vial. Valencia-España- 2014.
 15. Javier Bravo Tantaleán. TIEMPO DE RESPUESTA DEL CENTRO REGULADOR Y COORDINADOR NACIONAL DE EMERGENCIAS Y

URGENCIAS DE ESSALUD SEGÚN NIVELES DE PRIORIDAD. Lima-Perú. 2012.

16. William X. Muñoz Arambulo. URGENCIAS PREHOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS MEDICAS DEL BENEMERITO CUERPO DE BOMBEROS DE GUAYAQUIL, 2012. Guayaquil-Ecuador. 2014.
17. José E. Luna Almanza. ESTUDIO ALEATORIO DE TIEMPOS DE ESPERA DE PACIENTES SEGÚN NIVELES DE PRIORIDAD. Universidad Mayor de San Marcos. Lima. Perú. 2004.
18. Lira Villavicencio M. 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.
19. Peter West. Sarah Redmond. THE GOLDEN HOUR AND MOBILE PHONES. Final Report. York Health Economics Consortium.2004.

ANEXOS

ANEXO 1: Instrumento y Ficha de Validación Juicio de Expertos

ASOCIACION DE FACTORES QUE INFLUYEN EN EL TIEMPO DE RESPUESYA DEL SISTEMA DE ATENCION MOVIL DE URGENCIA Y EMERGENCIA EN EL DISTRITO DE ICA-

1. DISTRITO DE UNIDAD SAMU (ORIGEN) _____
2. DISTRITO DE LA EMERGENCIA (DESTINO) _____

3. REFERENCIA DE LA ZONA DE EMERGENCIA
SI _____ NO _____

4. TIEMPO EN EL AMBITO PREHOSPITALARIO
 - a. HORA DE DESPACHO _____
 - b. HORA DE SALUDA DE BASE (ORIGEN) _____
 - c. HORA DE LLEGADA A FOCO (DESTINO) _____
 - d. HORA DE LLEGADA A BASE (ORIGEN) _____

5. MOTIVO DE LA EMEREGENCIA
 - a. MEDICA
 - i. EDAD DE LA VICTIMA/PACIENTE
Menor de 15 años _____
De 16 a 30 años _____
De 31 a 45 años _____
De 46 a 60 años _____
De 61 a 75 años _____
De 75 a mas años _____

 - b. SEXO
Femenino _____ Masculino _____

 - c. VEHICULO
Auto _____ Camion _____ Bus _____
Motocicleta _____ Bicicleta _____

 - d. OCUPANTE ATRAPADO
Piloto _____ Copiloto _____ Pasajero _____

 - e. LA VICTIMA FUE
Aplasadado _____ Eyectado _____ Volcado _____



FICHA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA										
FECHA		BASE DE UNIDAD								
HORA DE DESPACHO		HORA DE RETIRO DE FOCO		PRIORIDAD DE LA EMERGENCIA: I II III IV						
HORA DE SALIDA DE BASE		HORA DE LLEGADA A FOCO		FALLECIDO - EN FOCO ()		DURANTE EL TRASLADO ()				
1. IDENTIFICACIÓN										
NOMBRE DEL PACIENTE								EDAD	SEXO	M P
D.N.I.		TIPO DE SEGURO	SS	ESSALUD	SOAT	EPS	OTRO	SIN SEGURO		
DIRECCIÓN								DISTRITO		
REFERENCIA										
MOTIVO DE LA EMERGENCIA										
2. ANTECEDENTES										
HISTORIA CLÍNICA PREVIAS					MECANISMO DE LESIÓN					
MEDICACIÓN					ACCIDENTE DE TRÁNSITO					
ALERGIAS					Arrozal () / Posterior () / Lateral () / Intactura ()					
FUR					Múltiple () / Cere () / Cerebr () / Otro ()					
FORMULA ORBITAL (D) / (P) / (A)					Paso () / Capote () / Pasaje ()					
3. ENFERMEDAD ACTUAL										
TIEMPO DE ENFERMEDAD					Alrededor () / Apilado () / Espaldado ()					
EVENTOS Y ENTORNO					Atracción () / Arroz de largo () / Otro ()					
4. EXAMEN FÍSICO										
Cabe () / Fie () / Electro () / Otorino ()										
FC	FRE. Y MUCOSAS (N)	Palido ()	Cianosis ()	S. de conciencia ()						
FR	CABEZA Y CUELLO (N)	Pupilo ()	mm	Anisocoria ()						Regurgitación esofágica ()
TA	TORAX Y PULMONES (N)	Tasa vesicular ()	Sibilancias ()	Resonancia Adorquina ()						
P		Rencamas ()	Sibilancias ()	Capitales ()						
SAT O2	CARDIOVASCULAR (N)	Artrias ()	Soplo ()	Frotopercusión ()						
GLUCOSA	ADONAM (N)	Distal ()	Rufo AMO ()	Mar. Burez ()						Muroy ()
GLASGOW ()	ODONTORINARIO (N)	Ocno vesical ()	Gleocorrea ()	PPL ()						PRU ()
Rta. Glar	LOCOMOTOR (N)	Artritis ()	Hipertonía masc. ()							
Rta. Vetal	NEUROLÓGICO (N)	Paros ()	Paja ()	Sg. Babinsky ()						Sg. Menagera ()
Rta. Mena		Rufo ()	Hemiflexia ()	Hemiparesia ()						
5. DIAGNÓSTICOS										
1.		CIE 10		2.		CIE 10				
2.		CIE 10		3.		CIE 10				
6. TRATAMIENTO										
ORIGENOTERAPIA		CON FLUJO		FLUIDOTERAPIA		CON A				
MEDICAMENTO		DOSE		VA		HORA				
1.				EV		M SC		SL VO ET		
2.				EV		M SC		SL VO ET		
3.				EV		M SC		SL VO ET		
4.				EV		M SC		SL VO ET		
7. PROCEDIMIENTOS										
IMMOBILIZACIÓN	CURACIÓN	COLLAR CERVICAL	SUPURA	TORNQUETE	OTROS					
I. ENDOTRAQUEAL	HEMISTASIA	ASPIRACIÓN SECRECIÓN	PARO	REBULIZACIÓN						
V. MECÁNICA	DEFIBRILACIÓN	LAVADO GÁSTRICO	SONDA VESICAL	R.C.P.						
8. MONITOREO										
HORA	FC	FR	TA	P	SAT O2	GLASGOW	GOSOVAGINES			
9. OCURRENCIAS DURANTE LA ATENCIÓN										
10. RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										
NOMBRE					DPI					
FIRMA Y SELLO					FIRMA Y SELLO					
11. ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE DESTINO										
NOMBRE DEL E.S.					CÓDIGO DEL E.S.			CATEGORÍA		
PROFESIONAL QUE ACEPTA					HORA DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE					
MÉDICO QUE RECIBE EN EL E.S.					HORA SALIDA AL E.S.					
CMP					FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO QUE RECIBE AL PACIENTE					
12. RESPONSABLE DEL PACIENTE										
NOMBRE DEL RESPONSABLE					DPI					
PARENTESCO					TELÉFONO					
					FIRMA					



**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE INSTRUMENTOS
DE RECOLECCIÓN DE DATOS.
ESCALA DE OPINION DEL EXPERTO
APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

Nª	ASPECTO A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	La secuencia de presentación de items es óptima.		
3	El grado de dificultad o complejidad de items.		
4	Los terminos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los items permiten medir el problema de investigación		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variable e indicadores.		
10	Los items permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA: ____/____/____

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA DEL EXPERTO

ANEXO 2: Informe de Turnitin al 28% de similitud

ANEXO 3: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	METODOLOGÍA
¿Existe asociación de factores que influyen en el tiempo de llegada del Sistema de Atención Móvil de Urgencia y Emergencia en el hospital Santa María del Socorro?	Determinar la asociación de factores que influyen en el tiempo de llegada del Sistema de Atención Móvil de Emergencia en el Hospital Santa María del Socorro - Ica.		Factores que influyen al tiempo de llegada del sistema de atención móvil		Enfoque: Cuantitativo Método. Descriptivo Tipo: Básico Diseño: No Experimental Población Pacientes atendidos bajo el Sistema de Atención Móvil de Urgencias y Emergencias. Muestra 259 pacientes atendidos Técnicas e instrumentos de recolección de información Instrumentos Ficha de recolección de datos Técnica de análisis de datos, Uso de Software IBM SPSS v. 25
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS			
Problema Especifico 1 ¿Cuál es la asociación entre el tiempo de llegada y la prioridad de la emergencia en el sistema de atención móvil del hospital santa María del Socorro?	Objetivo Especifico 1: Identificar la asociación entre el tiempo de llegada y la prioridad de la emergencia en el sistema de atención móvil del hospital santa María del Socorro	Hipótesis Especifica 1: Los tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia" tienen relación con la "Prioridad de la Emergencia" no son independientes.		Dimensión 1: Prioridad de la emergencia	
Problema Especifico 2 ¿Cuál es la asociación entre el tiempo de llegada y la persona que realiza la llamada en el sistema de atención móvil del hospital santa María del Socorro?	Objetivo Especifico 2: Identificar la asociación entre el tiempo de llegada y la persona que realiza la llamada en el sistema de atención móvil del hospital santa María del Socorro.	Hipótesis Especifica 2: Los Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia" tienen relación con la variable "Persona que realiza la llamada" no son independientes.		Dimensión 2: Persona que realiza la llamada	
Problema Especifico 3 ¿Cuál es la asociación entre el tiempo de llegada y el evento o emergencia turno en que se suscitó en el sistema de atención móvil del hospital santa María del Socorro?	Objetivo Especifico 3: Identificar la asociación entre el tiempo de llegada y el evento o emergencia turno en que se suscitó en el sistema de atención móvil del hospital santa María del Socorro	Hipótesis Especifica 3: Los tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia" tienen relación con la variable "Evento o Emergencia Turno en que se suscitó" no son independientes.		Dimensión 3: Evento o emergencia que suscitó	
Problema Especifico 4 ¿Cuál es la asociación entre el tiempo de llegada y el lugar donde se suscitó el evento o emergencia en el sistema de atención móvil del hospital santa María del Socorro?	Objetivo Especifico 4: Identificar la asociación entre el tiempo de llegada y el lugar donde se suscitó el evento o emergencia en el sistema de atención móvil del hospital santa María del Socorro	Hipótesis Especifica 4: Los tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia" tienen relación con la el "lugar donde se suscitó el e Evento o Emergencia" no son independientes		Dimensión 4: Lugar donde se suscitó el evento.	
Problema Especifico 5 ¿Cuál es la asociación entre el tiempo de llegada y ocurrencia presentada en la emergencia en el sistema de atención móvil del hospital santa María del Socorro?	Objetivo Especifico 5: Identificar la asociación entre el tiempo de llegada y ocurrencia presentada en la emergencia en el sistema de atención móvil del hospital santa María del Socorro	Hipótesis Especifica 5: Tiempos de Llegada al lugar de la Emergencia" tienen relación con la variable "Ocurrencia presentada en la Emergencia o Evento" no son independientes.		Dimensión 5: Ocurrencia presentada en la emergencia	