

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE URGENCIAS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA



**“PERFIL DEL PACIENTE PEDIATRICO ATENDIDO EN SALA DE CHOQUE-
TRAUMATOLOGIA EN URGENCIAS UMAE-HTO21”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA DE URGENCIAS
PRESENTA:**

RAQUEL VILLARREAL GONZALEZ

SAN NICOLAS DE LOS GARZA, NUEVO LEON

FEBRERO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE URGENCIAS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA



**“PERFIL DEL PACIENTE PEDIATRICO ATENDIDO EN SALA DE CHOQUE-
TRAUMATOLOGIA EN URGENCIAS UMAE-HTO21”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA DE URGENCIAS
PRESENTA:

RAQUEL VILLARREAL GONZALEZ

ASESOR DE TESIS

DRA GRICELDA NELLY VARGAS ALMANZA

NUMERO DE REGISTRO: R-2016-1501-10

SAN NICOLAS DE LOS GARZA, NUEVO LEON

FEBRER, 2017

AUTORIZACIONES:

DR. JESUS MARIA RANGEL FLORES

DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD, TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA
NUM. 21. MONTERREY, NUEVO LEON, MEXICO

Firma

DRA. INDIRA ESCOBEDO LÓPEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA DE URGENCIAS PARA MÉDICOS DE BASE
EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO 6
SAN NICOLAS DE LOS GARZA, NUEVO LEÓN.MEXICO

Firma

DRA. GRICELDANELLY VARGAS ALMANZA

ASESOR DE TESIS, PROFESOR AYUDANTE DEL CURSO EN MEDICINA DE
URGENCIAS PARA MEDICOS DE BASE, MEDICO PEDIATRA DEL SERVICIO DE
URGENCIAS PEDIATRIA DE LA UMAE- HTO 21, MONTERREY, NUEVOLEON,
MEXICO

Firma

AGRADECIMIENTOS:

A Dios, por ser mi guía, mi luz y darme la fuerza necesaria para cumplir mis metas.

A mis padres Esteban y Raquel por brindarme su apoyo y ayuda incondicional siempre acompañándome en cada nuevo peldaño que subo, mostrándose siempre orgullosos de mí. Enseñándome a valorar lo que tengo y soy gracias a ustedes, que han fomentado en mí el deseo de superación y triunfo en la vida.

A mis hermanos Esteban, Karla y Felipe por su apoyo incondicional siendo ejemplos de superación, humildad y entrega en el trabajo y en la familia.

A mi compañero, esposo, amigo y padre de mis hijas Sergio por tus palabras y tu confianza, por tu amor y por brindarme el tiempo necesario para realizarme profesionalmente...Gracias.

A mis amadas hijas Raquel, Esther y Rebeca por su comprensión en los momentos en que he estado alejada de ellas sabiendo de antemano que son mi fortaleza y mi fuente de inspiración, sin ustedes no podría seguir.

A mi cuñada Verónica por su apoyo y consejos. A mi cuñado Osman Rodrigo por ser como un hermano apoyándome aún a la distancia.

A mi tutora Dra. Gricelda Vargas, por su paciencia, ayuda y aportes en la realización del trabajo. La cual además de ser mi maestra, es mi amiga.

A la Dra. Indira Escobedo, por su aporte y colaboración durante estos años, motivándome e impulsándome a ser mejor y sobre todo por confiar en mí.

A todas aquellas personas que de una u otra manera han contribuido para el logro de mis objetivos

Muchas Gracias. Dios los bendiga... Los amo.

Raquel

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INDICE

TÍTULO.....	1
PORTADA.....	2
AUTORIZACIONES.....	3
AGRADECIMIENTOS:	4
INDICE GENERAL.....	5
RESUMEN.....	7
ANTECEDENTES.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
JUSTIFICACION	14
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	15
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	16
POBLACION DEL ESTUDIO.....	17
VARIABLES.....	19
INSTRUMENTO DE RECOLECCION.....	21
ETICA.....	24
RESULTADOS:	27
DISCUSION.....	29
CONCLUSIONES.....	30
GRAFICAS.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44

ANEXOS.....	.47
DICTAMEN AUTORIZADO.....	.52
CARTA CONSENTIMIENTOINFORMADO.....	.53

RESUMEN

Título: “PERFIL DEL PACIENTE PEDIATRICO ATENDIDO EN SALA DE CHOQUE-TRAUMATOLOGIA EN URGENCIAS UMAE-HTO21”

Vargas Almanza G, Villarreal González. R. Servicio de Urgencias, Unidad Médica de Alta Especialidad Trauma y Ortopedia No. 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Monterrey, Nuevo León, México.

Introducción. En el servicio de urgencias de pediatría, sala de choque es fundamental reconocer los signos clínicos que indican amenaza para la vida del paciente, Esto constituye un reto para el personal de salud, a fin de prevenir complicaciones e incluso la muerte

Objetivo. Identificar cuál es el perfil de los pacientes pediátricos atendidos en sala de choque-traumatología en urgencias UMAE-HTO 21

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo; población de estudio: expedientes de pacientes menores de 15 años ingresados a la sala trauma-choque de la UMAE TyO No. 21 del IMSS-HTO2!,Monterrey, N.L de enero 2010 a diciembre del 2015.

Resultados.Encontramos lo siguiente: El sexo predominantemasculino.63.6%, la edad es a los 2 años 18.2%, el mes con más pacientes en sala de shock junio. (22.72%), el turno con más ingresos nocturno.68.2%, día de la semana el domingo. (36.4%),el diagnóstico más común de ingreso a sala de shock el traumatismo craneoencefálico.50%, el mecanismo de lesión más frecuente caída de su misma altura.45.45%, el lugar del accidente fue la vía pública. En el 63.6%, el procedimiento inicial realizado principalmente fue la intubación oro traqueal.50%, la interconsulta más solicitada fue a cuidados intensivos pediátricos.59.1%, la mayoría de los pacientes requirieron manejo conservador.95.3%, y el 95.3% de los pacientes al egresar se fueron a Domicilio por mejoría. Ysolo4.7% (1) se fue a HGZ por crisis convulsivas

Conclusiones. Consideramos que trabajar en equipo, actualizados y con un protocolo bien establecido por el bien del paciente mejorara el pronóstico de vida de nuestros niños.

Palabras clave: sala de choque-trauma, pacientes pediátricos, urgencias.

Antecedentes

Las lesiones que sufren los niños en un accidente se conoce también como lesión traumática o trauma los cuales son resultado de una exposición aguda a agentes físicos entre los cuales podemos considerar los siguientes: la energía mecánica, calor, electricidad, productos químicos y radiación ionizante por encima del umbral de la tolerancia humana. Este problema debe ser estudiado con un enfoque científico, esto para identificar factores causales y de esta manera desarrollar estrategias preventivas para ser aplicados a los factores identificados. (1). Las etiologías de las lesiones son muchas, pero podemos agruparlas en tres categorías: caídas, accidentes de tránsito y violencia. (2)

El trauma es la principal causa de muerte en las primeras cuatro décadas de vida, dando cuenta del 43% de las muertes en los individuos de 1 a 4 años, 48% en el tramo comprendido entre los 5 a 14 años y un sorprendente 62% en los individuos de entre 14 a 25 años, El primer paso en la evaluación del trauma es la tipificación de la severidad de las alteraciones fisiológicas, que pueden ir desde la normalidad shock. El shock se define como la inadecuada perfusión u oxigenación tisular. Si no es tratado, se produce una deuda de oxígeno y, en el largo plazo, la falla orgánica. La hemorragia es la principal causa de shock en los pacientes traumatizados. (3) En el servicio de urgencias de pediatría es fundamental reconocer de forma precoz los signos clínicos que indican amenaza para la vida del paciente y que se deben manejar ágil y oportunamente. Esto constituye un reto para el personal de salud que lo asiste, pues se requiere una valoración inicial rápida enfocada en un punto de vista fisiopatológico que analice la afectación

hemodinámica y la insuficiencia respiratoria, a fin de prevenir un paro cardiorrespiratorio. Esta primera aproximación que se propone se denomina *triángulo de evaluación pediátrica* (TEP), basado en apariencia (aspecto general), respiración y circulación, a partir del cual se realiza un examen visual y uno auditivo en los primeros segundos de la llegada del paciente pediátrico al servicio de urgencias. (4) El dolor por la muerte de un niño es inmenso, más aún cuando se presenta de forma súbita, a consecuencia de una lesión. Datos de la OMS ejemplifican cómo se podrían evitar mil defunciones de niños en el mundo cada día, mediante acciones eficaces para la prevención de lesiones. Por cada niño que muere a causa de una lesión, muchos más quedan con discapacidades para toda la vida(5) Se le considera a los accidentes problema de salud pública, ya que para el año dos mil veinte será la primera causa de muerte a nivel mundial.(6)En diciembre de 2011, 10 niños estuvieron hospitalizados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell como consecuencia de siniestros de tránsito por motos en las que viajaban: A) Cinco en áreas de cuidados moderados por: amputación de dedos de pie, traumatismo encéfalo craneano (TCE) leve, traumatismo renal, escalpe extenso de cuero cabelludo y disyunción del arco anterior de vértebra cervical. Cuatro eran menores de 3 años y sólo 1 de los 5 usaba casco. B) Otros cinco niños, que acá se presentan, sufrieron lesiones graves que requirieron internación en Centros de Tratamiento Intensivo (CTI). Un niño de 3 meses y una adolescente de 19 años fallecieron instantáneamente en los mismos siniestros. (7). Los niños tienen un riesgo elevado de ser víctimas de siniestros de tránsito por múltiples factores. Su menor tamaño los hace más vulnerables a presentar lesiones graves, por la mayor absorción de energía ante un evento traumático y menor posibilidad

de ser vistos por conductores. Su desarrollo cognitivo no les permite ser conscientes del peligro al que se exponen ya que carecen de conceptos sólidos sobre distancia y velocidad que les permitan transitar de manera segura en la vía pública. Además, los adolescentes y niños mayores, adoptan conductas de riesgo en búsqueda de una sensación de control del entorno o de oposición a la autoridad. Por estas razones, la OMS considera a los niños y adolescentes como “usuarios vulnerables de las vías de tránsito”. (8). Después del traumatismo craneo-encefálico, el trauma en tórax constituye la segunda causa de muerte por trauma en la edad pediátrica^{1, 2}; habitualmente en el contexto de traumatismos de alta energía que originan compromiso multiorgánico. En niños con lesiones traumáticas múltiples, la presencia de trauma torácico aumenta 20 veces la mortalidad en comparación con aquellos sin lesiones en el tórax. Los niños son afectados con mayor frecuencia en relación con las niñas (3:1). (9) En las últimas décadas, la violencia que implementa el uso de armas de fuego ha aumentado a nivel mundial y como consecuencia de ello las lesiones que se sufren en la población pediátrica también se ha visto afectada por esta situación. Cada año más de 20,000 niños y jóvenes de menos de 20 años son asesinados o lesionados por armas de fuego en los Estados Unidos de América y miles intentan suicidarse usando armas de fuego y éstas son los medios más eficaces para conseguir su objetivo. En nuestro país se tiene registrado un estudio realizado en el 2006 en el Instituto Ciudadano de Estudios Sobre la Inseguridad A.C., muestran en la población preescolar y escolar un índice de mortalidad secundario a homicidio por heridas por arma de fuego de 5.2 por cada millón de habitantes, eso significó más de 500 muertes en dicha población para ese año en todo el territorio nacional. Los

especialistas atribuyen el incremento de la incidencia de heridas por arma de fuego en la población pediátrica la violencia doméstica, desempleo, bajas percepciones económicas, integración a corta edad a pandillas, uso de drogas y distribución no controlada de armas de fuego y actos de violencia difundidos a través de los medios de comunicación masivos. El tratamiento de los niños con heridas por proyectil de arma de fuego impone a la sociedad una seria carga económica y para el agredido una secuela psicológica importante. Debido a que se ha convertido en un problema de Salud Pública, en el Servicio de Ortopedia Pediátrica surgió la inquietud de conocer la magnitud del problema y el impacto social sobre nuestra población. En el periodo de enero de 2006 a diciembre de 2011 se encamaron en el Hospital Central Militar diez pacientes con herida por arma de fuego, menores de 18 años. Dos fueron auto infligidas en su hogar (20%), y los otros ocho (80%) fueron agredidos en la vía pública, desconociéndose al agresor. Tres corresponden al sexo femenino (30 %) y siete al masculino (70%); de las edades registradas, oscilaron entre los 13 a los 17 años, con una media de 15.1 años (10). El hospital infantil de México Federico Gómez el departamento de urgencias tiene la guía no 1: criterios de internamiento en el Área de Reanimación-Choque (11). Es el área destinada para brindar la atención avanzada de todo paciente con inestabilidad fisiológica que ponga en riesgo su vida o que se encuentra en paro respiratorio y/o cardiorrespiratorio. Se otorgará el manejo adecuado con el fin de alcanzar la estabilidad fisiológica sistémica lo más rápido posible.: + Tiempo de atención aproximado: inmediato
+ Tiempo de permanencia aproximado: 2 horas+ Capacidad: 3 unidades

+ Destino: el paciente puede: ingresarse al área de Hospitalización de Urgencias, traslado e ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, Quirófano, egreso por defunción. En ningún momento el Área de Reanimación-Choque deberá utilizarse para otro fin que no sea el descrito en el párrafo anterior (es decir no se debe utilizar para toma de muestras, procedimientos mayores y/o menores) y por ninguna causa se permitirá realizar algún procedimiento de pacientes no internados en Urgencias. Criterios de Atención ya bien establecidos. Considerar al paciente con TCE grave como politraumatizado hasta no comprobar lo contrario, Seguir protocolo ABCDE, Se Pasar a cama de choque, Iniciar monitorización continua, ECG continuo, Oximetría de pulso, Presión arterial, Registro de la frecuencia respiratoria, Pupilas: tamaño, simetría, reactividad. Las lesiones más frecuentes en mecanismos axiales de trauma (salida por el parabrisas) son a nivel de C1 – C3 por lo que los estudios de tomografía deberán al menos cubrir estas tres vértebras. En lactantes es normal que no exista la lordosis de la columna cervical. Por lo que la columna en Rayos X lateral se ve rectificadas siempre. (12,13,14,15)

Planteamiento del problema

La Unidad Médica de Alta Especialidad -Traumatología y Ortopedia número 21 (UMAE-HTO 21), es el centro de referencia del noreste del país para la atención especializada del paciente pediátrico politraumatizado y/o con lesiones sufridas en accidentes. Contamos con una sala de choque en el que se atienden los pacientes pediátricos críticos al llegar a la unidad. Se han realizado 2 trabajos para identificar las características de los pacientes adultos que llegan a sala de choque, pero en niños no habíamos realizado ningún estudio por lo que desconocemos La magnitud del problema así como las características de los pacientes pediátricos que ingresan a esta área, un estudio realizado en México 2012⁽¹⁷⁾ reporta La frecuencia de niños atendidos en el área de choque del hospital del 23%,.La importancia de este estudio es que si manejamos adecuadamente a los pacientes pediátricos que ingresan a la sala de choque con lesiones traumáticas sufridas en accidentes, lo cual es considerado como muerte prevenible y un problema de salud pública mundial, que ocasiona daños físicos y psicológicos que condicionan una limitante en la sobrevivencia de estos pacientes y un estado de vulnerabilidad para sus familias. A nuestro hospital llegan todos estos pacientes con accidentes o lesiones importantes, al identificarlas y ver su evolución final podemos manejar a nuestros niños en el área de sala de choque-trauma para atender a el paciente de la mejor forma posible y mejorar la salud y/o secuelas de nuestros niños. Por lo cual consideramos importante conocer todas las características epidemiológicas de la población pediátrica atendida en nuestra sala de choque de la UMAE-HTO21, por lo cual nos hacemos la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuál es el perfil del paciente pediátrico atendido en sala de choque-traumatología en urgencias UMAE-HTO 21?**

JUSTIFICACION

Alrededor de un 20 % de las muertes pediátricas por traumatismos, son prevenibles y secundarias a un inadecuado sistema de atención, fallas en la obtención de una vía aérea permeable, y diagnóstico tardío de lesiones inicialmente ocultas. Reconocer la importancia de la atención especializada que pueda diagnosticar y tratar tempranamente las lesiones que ponen en riesgo la vida, no sólo disminuirá la estadística de mortalidad sino también el número de secuelas. se considera un problema emergente de salud pública; por lo que siendo la Unidad Médica de Alta Especialidad Traumatología y Ortopedia No. 21 (UMAE 21) el centro de referencia del noreste del país para pacientes con este tipo de lesiones, es de suma importancia conocer la frecuencia y características de estos pacientes atendidos en nuestra sala de choque, así como el perfil epidemiológico específico de cada paciente que atendemos en nuestra unidad, identificar mecanismo de lesión y destino final del paciente y que si no es manejado en forma adecuada puede tener consecuencias en los pacientes que van desde secuelas emocionales o físicas hasta la muerte.

Consideramos es importante realizar este estudio para identificar las características epidemiológicas de nuestra población pediátrica ingresada a sala de choque y de acuerdo a nuestros resultados plantear mejoras en la atención de nuestros niños. Así como proponer el implementar estrategias educativas participativas de mejora en el servicio de Urgencias Sala de Choque en todo el personal tanto médicos, enfermeras, a cargo de la atención de los pacientes pediátricos con lesión traumática, esto con la única finalidad de mejorar la sobrevivencia y disminuir las secuelas y en algunos casos evitar fallecimientos de nuestros niños derechohabientes o no derechohabientes IMSS ya que en estos últimos los accidentes son urgencias calificadas, todo esto con la finalidad de mejorar la atención del paciente pediátrico en sala de choque de nuestra UMAE-HTO21.

Objetivo general:

Identificar cuál es el perfil de los pacientes pediátricos atendidos en sala de choque-traumatología en urgencias UMAE-HTO 21

Objetivos específicos:

- a) Identificar Genero (femenino o masculino) de los pacientes pediátricos que ingresaron a la sala de choque-trauma del Servicio de Urgencias de la UMAE 21.
- b) Determinar la Edad que predomina en los pacientes pediátricos que ingresaron a la sala de choque-trauma del Servicio de Urgencias de la UMAE 21.
- c) Identificar Lugar o Sitio donde ocurrió el accidente de los pacientes pediátricos que ingresaron a la sala de choque-trauma del Servicio de Urgencias de la UMAE 21.
- d) Determinar el Mecanismo de lesión: accidente de tránsito (choque o atropello), caídas (del plano de sustentación o de altura), violencia (herida por proyectil de arma de fuego, herida por arma punzo-cortante o agresión por terceras personas) y quemadura de los pacientes pediátricos que ingresaron a la sala de choque-trauma del Servicio de Urgencias de la UMAE 21.
- e) Identificar destino final del paciente pediátrico posterior a recibir atención en sala de choque-trauma del Servicio de Urgencias de la UMAE 21.

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

Hipótesis de la investigación

Estudio descriptivo metodológicamente no amerita hipótesis.

Material y métodos

Clasificación del diseño de estudio:

observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo

Según manipulación del factor de estudio

Estudio sin intervención

a) Observacional

Descriptivo

Según el número de mediciones

b) Una sola medición (transversal)

Según la relación cronológica entre el inicio del estudio y la observación de las variables de interés

c) Retrospectivo o histórico.

Población de estudio

Universo de estudio: Población pediátrica derechohabiente o no derechohabiente atendida en sala de choque-trauma Instituto Mexicano del Seguro Social.

Criterios selección Población de estudio: Los pacientes pediátricos que ingresan a ser atendidos en la sala de choque-trauma de la UMAE 21.

Criterios de Inclusión

- a) Pacientes pediátricos registrados en el diario de sala de choque -trauma de la UMAE-HTO 21. De enero 2010 a diciembre 2015.
- b) Expedientes de pacientes desde Recién nacidos a menores de 14 años 11meses29 días derecho-habientes o no derecho-habientes del IMSS que ingresaron a la sala de trauma-choque de la UMAE 21

Criterios de Exclusión

- a) Pacientes Adultos atendidos en sala de choque trauma mayores de 15 años de edad
- b) Expedientes de pacientes referidos de otra unidad para valoración por médicos sub-especialistas de la UMAE 21.

Criterios de eliminación

- a) Expedientes de pacientes pediátricos que no cuenten con la nota clínica de ingreso a sala de choque completa.

Muestra

Técnica muestral

Muestreo no probabilístico por conveniencia de los pacientes pediátricos atendidos en la sala de choque traumatología de la UMAE-HTO 21 de enero 2010 a diciembre 2015.

Cálculo del tamaño de la muestra: No amerita

Tamaño de la muestra: No amerita

Plan de análisis

Se realizó a través del paquete estadístico SPSS 19.0 y Excel en donde elaboramos una base de datos con la información obtenida a partir de la bitácora de registro de ingreso a sala de trauma-choque del servicio de urgencias de la UMAE TyO 21 con un total de 29 pacientes., 7 pacientes no cumplieron los criterios para ser tomados en cuenta en el estudio, analizamos los resultados del resto de los pacientes, posteriormente mediante estadística descriptiva se reportaron los resultados con frecuencias y porcentajes y los resultados serán representados por medio de figuras y gráficas.

VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
Género	Cualitativa nominal	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. ¹²	Masculino o femenino	Nominal	Expediente clínico
Edad	Cuantitativa discreta	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales y vegetales. ¹²	Número de años reportado en el expediente clínico	Numérica de intervalo: -RN a5 años - 5años11meses a 10años. -10 años 11meses a14 años11meses con 29dias	Expediente clínico
Lugar del accidente	Cualitativa nominal	Espacio ocupado o que puede ser ocupado por un cuerpo cualquiera. ¹²	Espacio donde ocurrió el accidente.	Ordinal: 1.Vía pública 2.Domicilio 3.Sitio de trabajo 4.Desconocido	Expediente clínico

Mecanismo de lesión	Cualitativa nominal	Secuencia de eventos que trata de explicar el mecanismo lesivo en función del riesgo de accidentabilidad, energía disipada, zona anatómica afectada, susceptibilidad del organismo y protección mediante seguridad pasiva y activa. 13	Causa de la lesión: 1. accidente automovilístico (choque o atropello), 2. caídas (del plano de sustentación o de altura), 3. quemadura, 4. herida por arma de fuego, 5. herida por arma punzo-cortante y 6. agresión por terceros.	Ordinal	Expediente clínico
Egreso del paciente	Cualitativa nominal	Sitio al cual es trasladado el paciente posterior al abordaje inicial en la sala de trauma-choque; incluiremos altas hospitalarias por mejoría y defunciones.	Sitio el cual se trasladó el paciente posterior a su reanimación en sala de trauma-choque: 1. quirófano, 2. terapia intensiva, 3. hospitalización, 4. domicilio y 5. morgue.	Ordinal	Expediente clínico

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Se diseñó un instrumento de recolección que incluyó las variables: edad, sexo, día, mes y turno de ingreso, diagnóstico de ingreso, mecanismo de lesión, lugar del accidente, y destino final del paciente

Instrumento de recolección

Hoja de Captura

“Perfil epidemiológico de los pacientes pediátricos atendidos en la sala de trauma-choque en un servicio de urgencias”

1.- Edad: (1) De RN a 5 años (2) De 5años 11mesesa10años (3) De 10años11meses a 14años 11meses29dias

2.- Género: (1) Femenino (2) Masculino

3.-Turno de ingreso: (1) Matutino (2) Vespertino (3) Nocturno

4.- Mes de ingreso: 5.día de ingreso_____ (lunes a domingo)

6.- Lugar del accidente:

(1) Vía pública

(3) Escuela

(2) Domicilio

(4) Desconocido

7.- Diagnóstico principal:

(1) Trauma cráneo-encefálico

(5) Trauma pélvico y

extremidades

(2) Choque hemorrágico

(6) Politrauma

(3) Trauma de tórax

(7) Quemadura

(4) Trauma de abdomen

(8) Otros

8- Mecanismo de lesión

(1) Accidente automovilístico
de fuego

(4) Herida por proyectil de arma

(a) Choque

(5) Herida por punzocortante

(b) Atropello

(6) Agresión por terceros

(2) Caída

(a) Del plano de sustentación

(b) De altura

(3) Quemadura

9.- Destino del paciente: (1) Quirófano (2) UCIP (3) Hospitalización (4) Domicilio

(5) Morgue (6)HGZ

Procedimiento

1. La elaboración del protocolo desde anteproyecto a protocolo fue desde noviembre 2014 a septiembre 2016.
2. El registro del protocolo se llevó a cabo en el SIRELSIS 1501 Hospital de Traumatología y Ortopedia, Lomas Verdes, México. Aprobado para ser realizado el 30/06/2016(anexo al final de tesis), les agradecemos su apoyo a nuestra UMAE-HTO 21.
3. Previa autorización de la realización del protocolo iniciamos el estudio.
4. Se analizaron los resultados con el paquete estadístico SPSS 19.0 en Donde elaboramos una base de datos para ser procesados posteriormente mediante estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes, etc.
5. Para realizar este estudio se verifico el registro de ingresos a sala de trauma-choque localizados en el diario de registro de sala de choque y posteriormente localizaremos los expedientes en el departamento de archivo.
6. Para lo cual se solicitó permiso al servicio de archivo con carta de consentimiento informado a este departamento para acceder a los expedientes de dichos pacientes ingresados durante los meses de enero 2010 a diciembre del año 2015.
7. . En cada caso se recabaron los siguientes datos: género, edad, mecanismo de lesión, destino final del paciente, procedimiento realizado, día, mes, turno del accidente, estos se concentrarán a una de hoja de Excel. Todos los datos se analizarán con el paquete estadístico SPSS versión 19.

Ética

Nos basamos en la Declaración de Helsinki la cual refiere que el propósito de la investigación biomédica que involucra seres humanos, debe ser para mejorar el diagnóstico de los procedimientos terapéuticos y profilácticos en el entendimiento de la etiología y la patogénesis de la enfermedad. Así mismo, consideramos los términos dispuestos en la Ley General de Salud, la cual refiere:

Titulo segundo. Capítulo I:

Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;
- VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo17, fracción 1, para efectos de esta investigación se considera I.- investigación sin riesgos: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y en los que no se desarrolla intervención o modificación de variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos participantes en el estudio.

Artículo18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. (16)

Productos esperados

- a. Artículo científico

- b. Presentación de foros y congresos.

- c. Diagnostico situacional.

- d. presentación en cartel o ppt.

- e. Publicación de artículo.

RESULTADOS:

Se recolectaron del diario de los pacientes que ingresan a la sala de trauma-choque todos los pacientes menores de 15 años, a los que se les inicio su manejo inicial en esta área “la sala de trauma-choque”, recibidos en la UMAE 21 de enero del 2010 a marzo del 2015, siendo estos un total de 29 pacientes de los cuales se contó con expediente completo solo en 22 pacientes,

Encontramos lo siguiente, cumplieron los criterios de inclusión 22 de los 29 pacientes registrados en sala de choque urgencias pediatría.

Predomino sexo masculino 63.6%(n=14) y de sexo femenino un 36.4% (n=8) figura1.

La edad más frecuente de niños accidentados y tratados en sala de choque fue a los 2 años 18.2% (n=4) siguiendo en orden de frecuencia los 14 años 13.6% (n=3) grafica1

Mes de mayor accidentes junio (22.72%), seguido marzo (18.2%), grafica2, el día de la semana con mayor incidencia de accidentes el domingo (36.4%) seguido por el día sábado 22.73 % (n=5) grafica 3

En el turno laboral predomino lo siguiente: llegaron turno nocturno 68.2% (n=15) seguido por el vespertino en un 22.7 % (n=5) Figura2

los Diagnóstico más frecuentes: Traumatismo craneoencefálico severo (TCE) 50% (n=11), quemadura por escaldadura 18.2% (n=4) seguido por fractura de hueso largo 13.63% (n=3) trauma en tórax 9.1% (n=2) y herida en mano con tenorrafia 9.1%(n=2). Grafica 4

El Tipo de accidente predominante fue Caída en 45.45% (n=10), seguido quemadura y accidente vial cada uno con 18.2% (n=4 pacientes cada uno), figura 3. Lugar de accidente la vía publica 63.6% (n=14), y 36.4% en domicilio (n=8) grafica 5

La interconsulta más solicitada fue UCIP en 59.1%(n=13) seguido por NQX en 45% (n=10) CPR con 40%. (n=9) figura 4

El Procedimiento y tratamiento más frecuente intubación oro traqueal 50%(n=11), seguido por catéter venoso central 27.3%. (n=6), no se presentaron complicaciones en estos procedimientos ni en el manejo de dichos pacientes figura 5

El 95.3% de los pacientes(n=20) se manejó con tratamiento conservador solo 1 paciente sufrió crisis convulsivas secundarias al TCE y se envió a su HGZ a neurología pediátrica, el 95.3%de los pacientes egresaron.

DISCUSION:

En diciembre de 2011, un estudio realizado en Uruguay 10 niños estuvieron hospitalizados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell como consecuencia de siniestros de tránsito por motos en las que viajaban: se refiere los llevan a áreas de cuidados moderados por: amputación de dedos de pie, traumatismo encéfalo craneano (TCE) leve, traumatismo renal, escalpe extenso de cuero cabelludo y disyunción del arco anterior de vértebra cervical. Cuatro eran menores de 3 años y sólo 1 de los 5 usaba casco. Por otro lado, Otros cinco niños, sufrieron lesiones graves que requirieron internación en Centros de Tratamiento Intensivo (CTI). Un niño de 3 meses y una adolescente de 19 años fallecieron en el accidente. (7).

Consideramos con reserva que los Pacientes debieron haber sido evaluados desde su ingreso en sala de choque y de ahí decidir la interconsulta inmediata que requieren para así evitar en lo posible complicaciones y/o fallecimientos. Y así no perder la hora dorada considerada en los niños como hora platino, cuando llega el paciente a sala de choque. En nuestro servicio de sala de trauma-choque consideramos que nuestro estudio documenta que a los 22 pacientes pediátricos fueron manejados inicialmente en sala de choque lo que es adecuado ya que de inmediato que llega el paciente se valora de manera integral al ser evaluado inicialmente por el pediatra, el cual solicita estudios paraclínicos (TAC, ECO, etc.) evaluando los estudios el pediatra posteriormente se solicita la Interconsulta requerida de acuerdo a evolución y exámenes, además se realiza un interrogatorio breve investigamos mecanismo de lesión alergias, etc. y así trabajando en equipo con enfermería, rayos X, Trabajo social, asistentes, médicos interconsultantes (Neurocirugía, Cirugía Plástica, Traumatología, Cirugía General y UCIP) , etc. en esta muestra de pacientes, (22) .Gracias al trabajo en equipo la gran mayoría de nuestros niños después de su estancia en sala de choque, UCIP, Quirófano y hospital egresaron por mejoría a domicilio .el 95.3% de los pacientes (n=21 pacientes) y solo 1 paciente presento por TCE secuela de Crisis convulsivas y se envió a su HGZ .

Conclusiones.

El presente estudio consistió en investigar cuál es el perfil del paciente pediátrico que ingresa a sala de shock trauma pediatría en una Unidad Médica de Alta Especialidad # 21 en donde encontramos los siguiente:

- El sexo predominante fue= el masculino.63.6%
- la edad que más frecuentemente a la que ingresa el paciente es a los = 2 años.18.2%
- el mes en el cual se presentan más ingresos a sala de shock = junio. (22.72%),
- el turno laboral con más ingresos es el= nocturno.68.2%
- el día de la semana con más afluencia de pacientes= el domingo. (36.4%)
- el diagnóstico más común de ingreso a sala de shock es= el traumatismo craneoencefálico.50%
- el tipo de mecanismo del accidente más frecuente= caída de su misma altura.45.45%
- el lugar donde más se presentaron los accidentes= la vía pública.63.6%
- el procedimiento inicial más realizado fue= la intubación oro traqueal.50%
- El servicio interconsultante más solicitado= cuidados intensivos pediátricos.59.1%(UTIP)

En la mayoría de los pacientes el tratamiento fue= conservador. 95.3%, de los cuales El 95.3% de los pacientes al egresar de la unidad se fueron a Domicilio por mejoría. Y solo 4.7%(1) se refirió a su HGZ para tratamiento por crisis convulsivas. Consideramos que trabajar en equipo por el bien del paciente mejora el pronóstico de vida de nuestros niños ,identificando con este estudio que el domingo, turno nocturno ,y el TCE son las características o datos más frecuentes encontrados,

proponemos primero el mantener al personal médico y de enfermería en actualizaciones y adiestramientos constantes ,además de incrementar en un momento dado el número de personal en fin de semana es decir 2 pediatras ,2 neurocirujanos sobre todo en turno nocturno todo con la finalidad de mejorar la sobrevida y pronóstico de nuestros niños.

FIGURAS Y GRAFICAS:

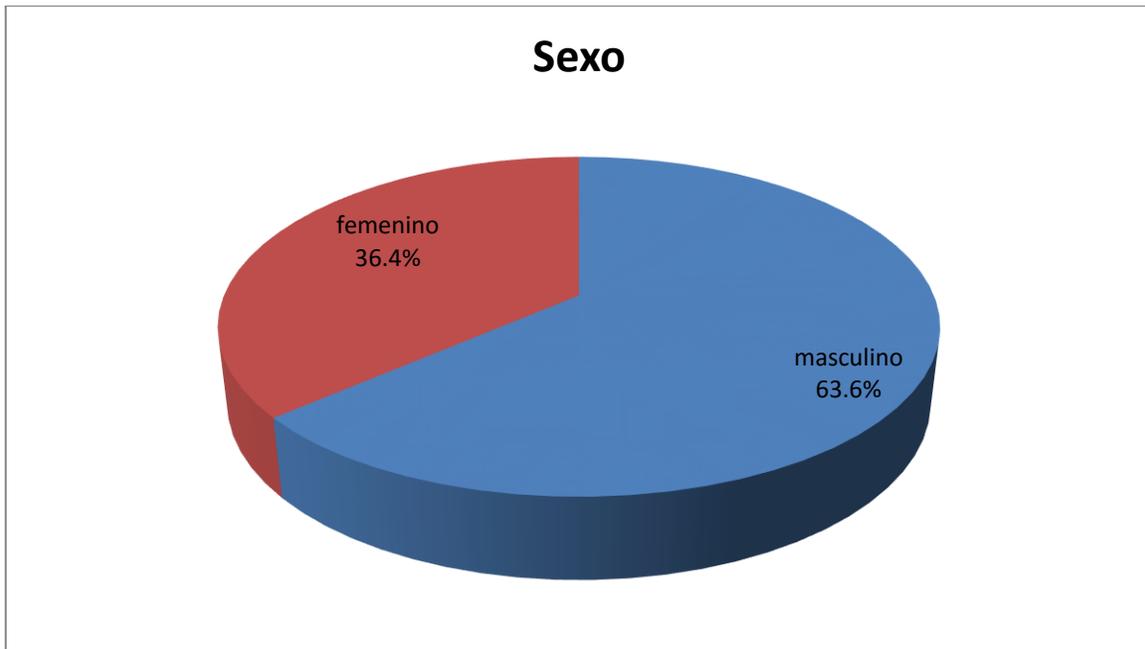
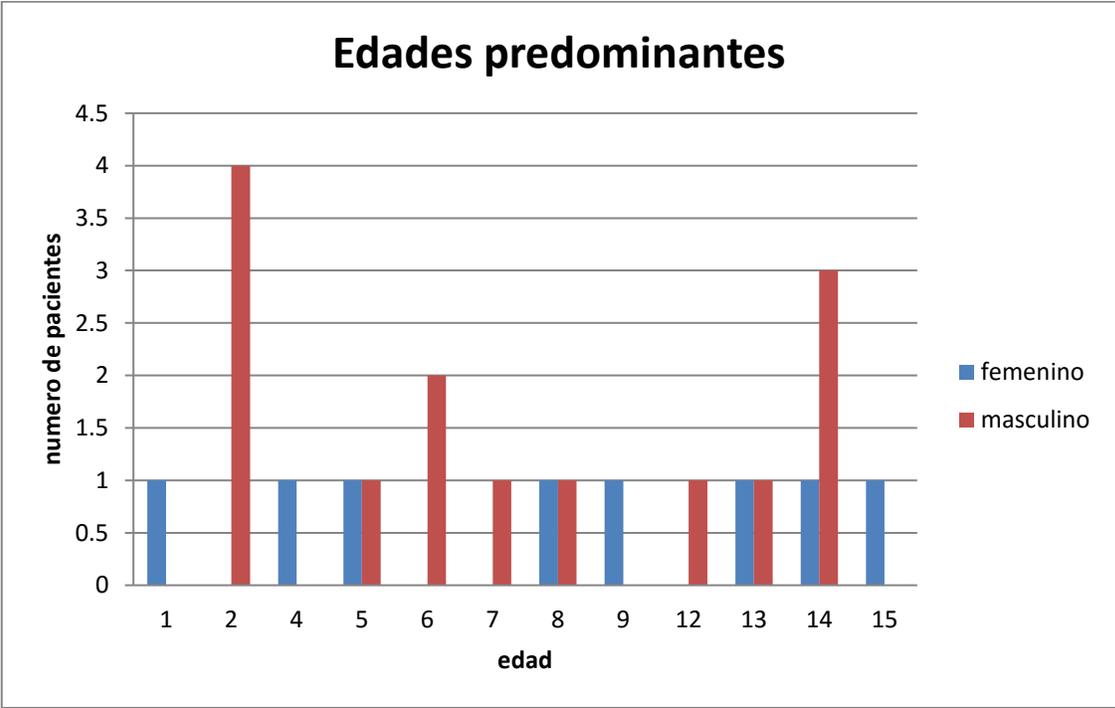
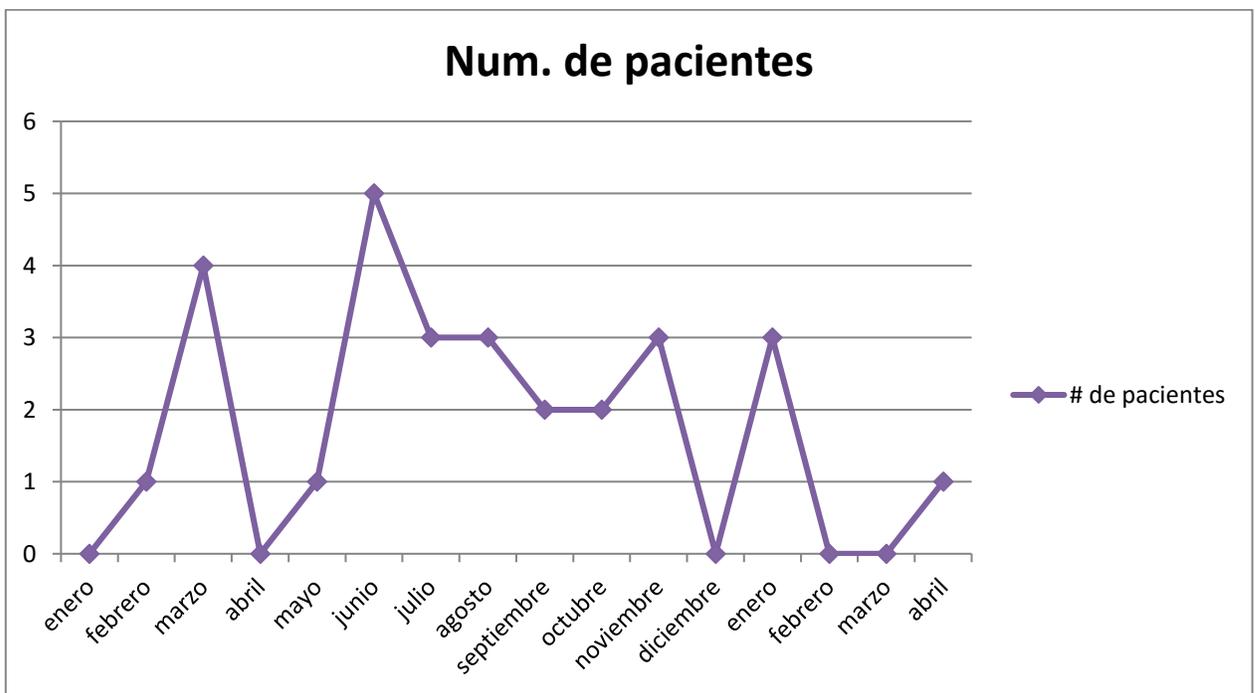


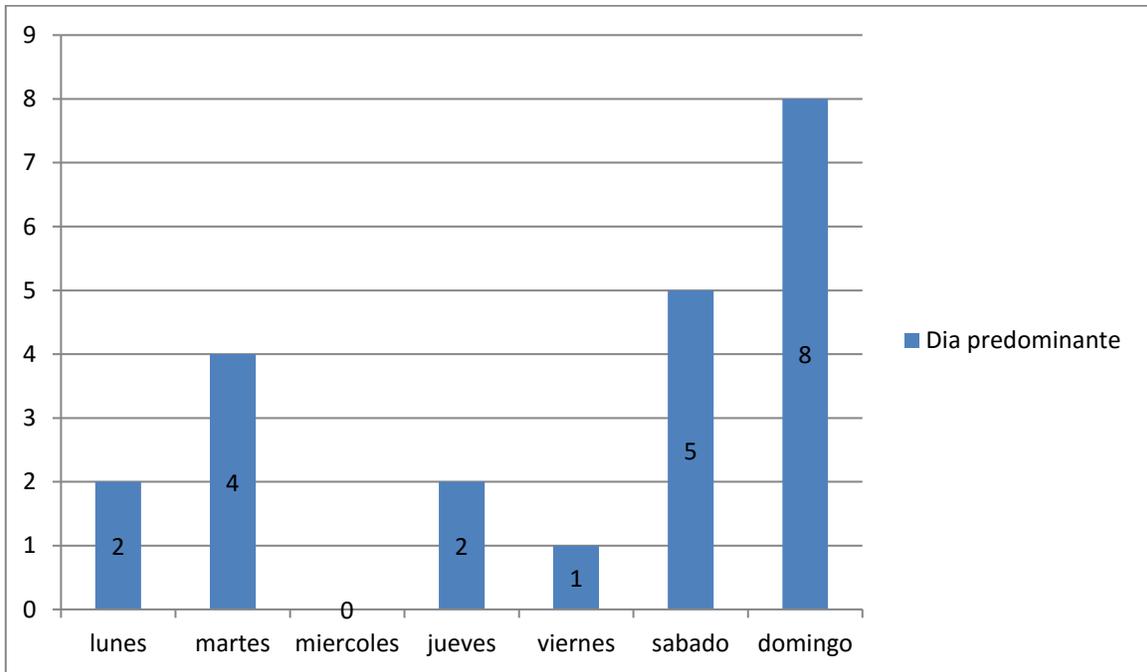
Figura 1. Sexo de los pacientes valorados en sala de choque.



Grafica 1 pacientes edades y sexo, atendidos en sala de trauma-choque,



Grafica. 2 Meses de accidente, predominando el mes de junio (2010-2015)



Grafica 3. Días de la semana predominante(domingo)

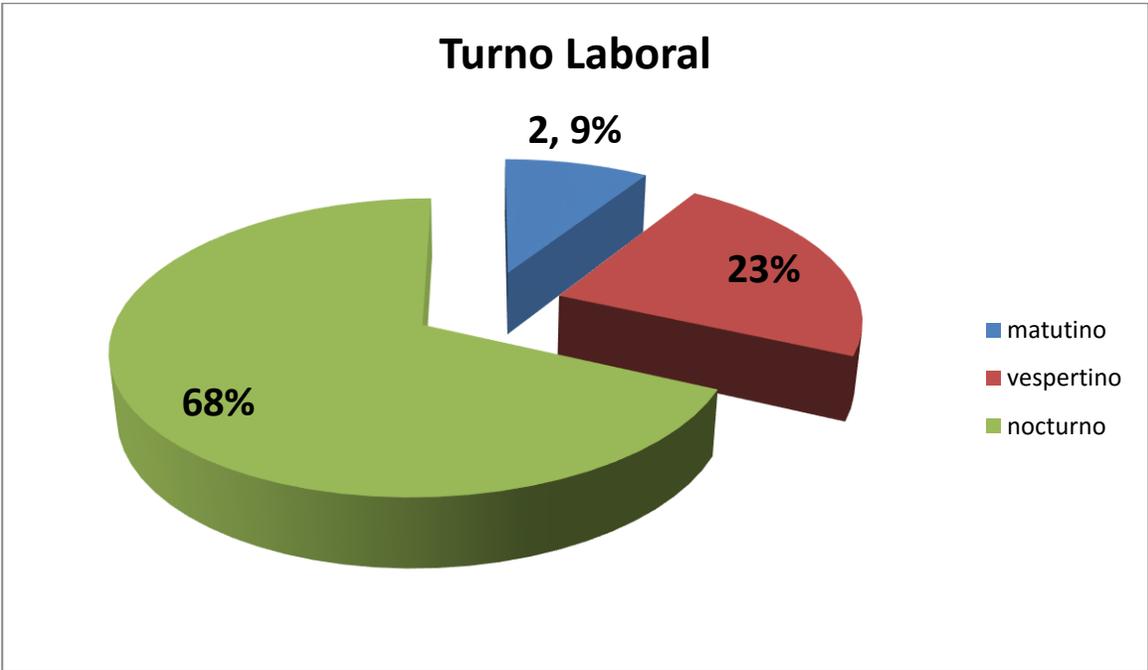
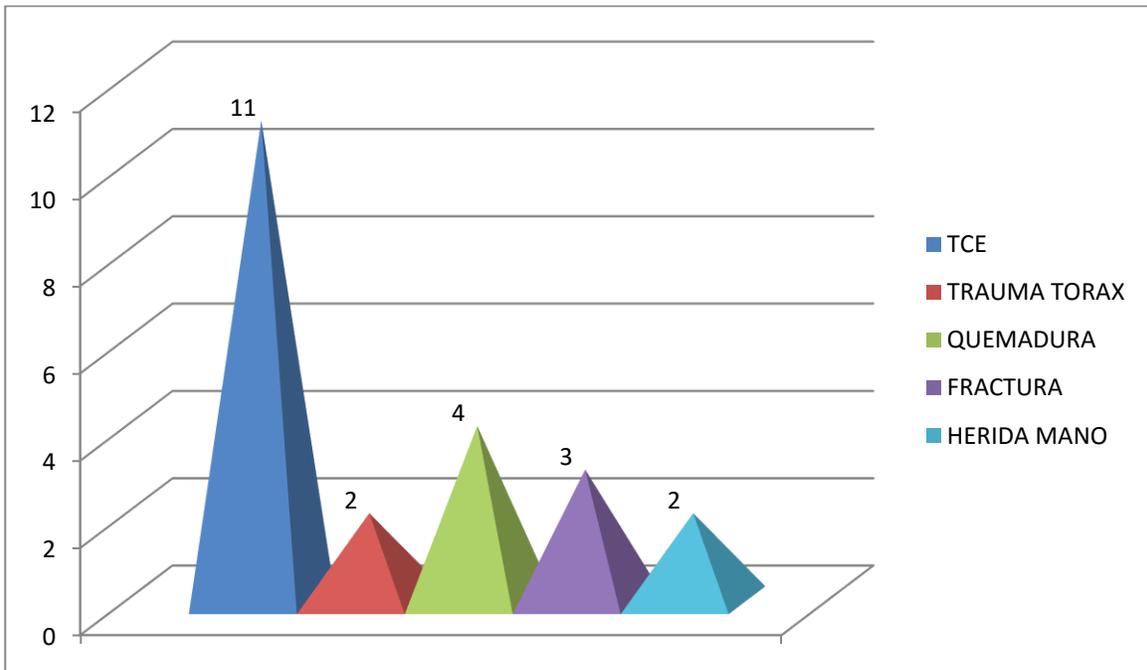
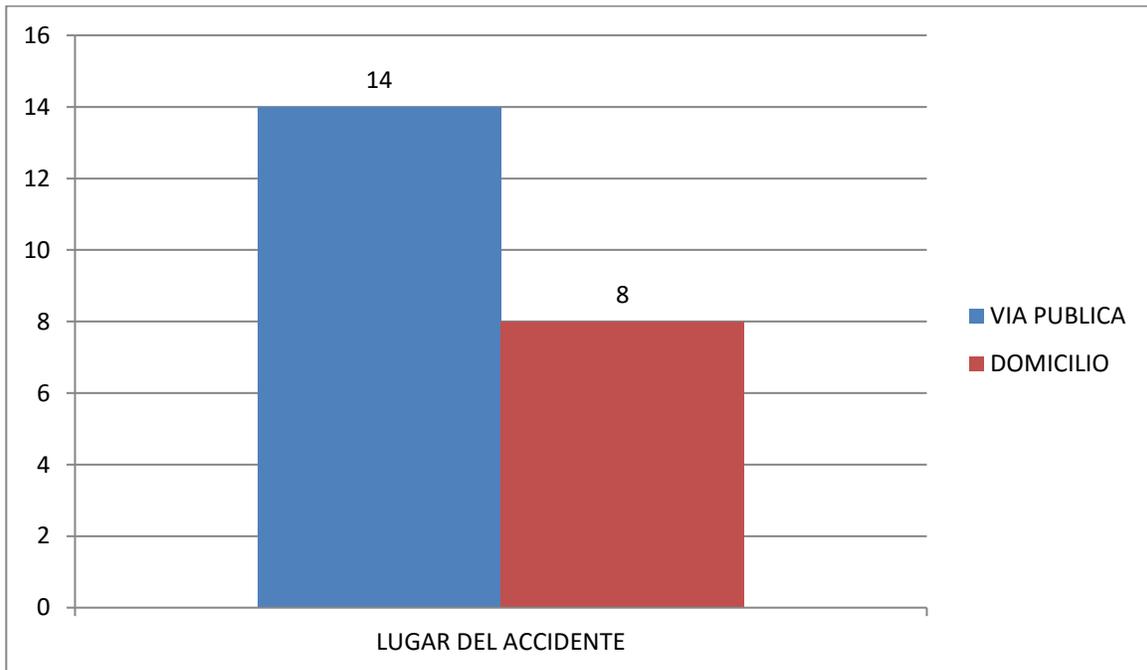


FIGURA 2 Turno laboral (matutino, vespertino, nocturno)



GRAFICA 4 Diagnostico más frecuente.



Grafica 5 Lugar de accidente

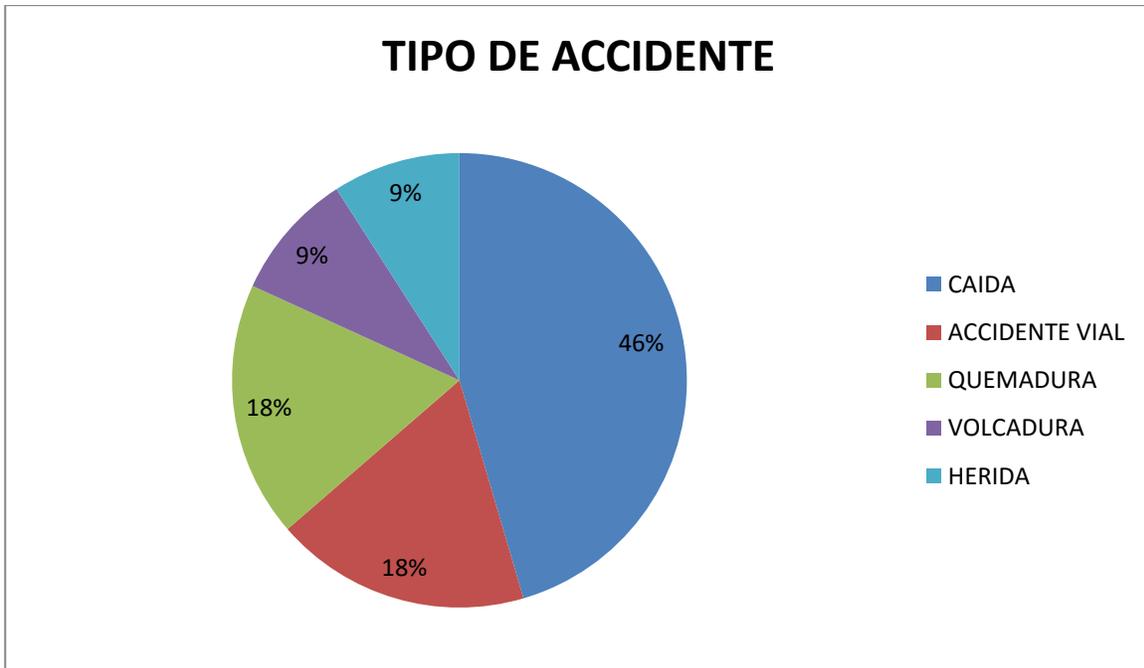


Figura 3. Tipo de accidente más frecuente

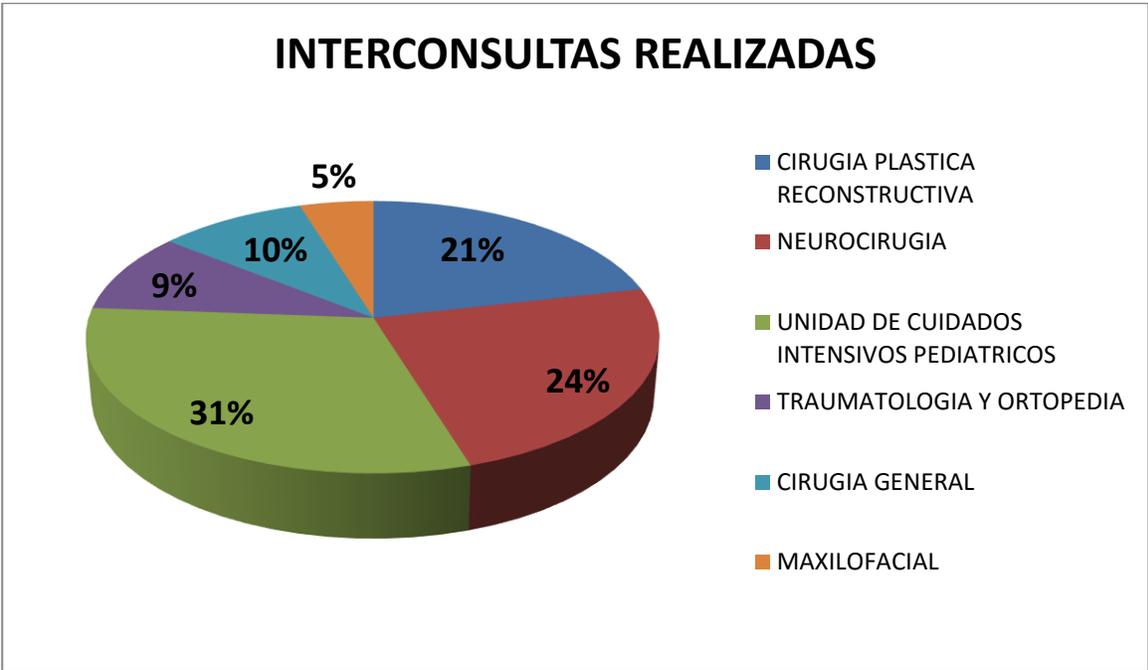


Figura 4 interconsultas solicitadas (UTIP)

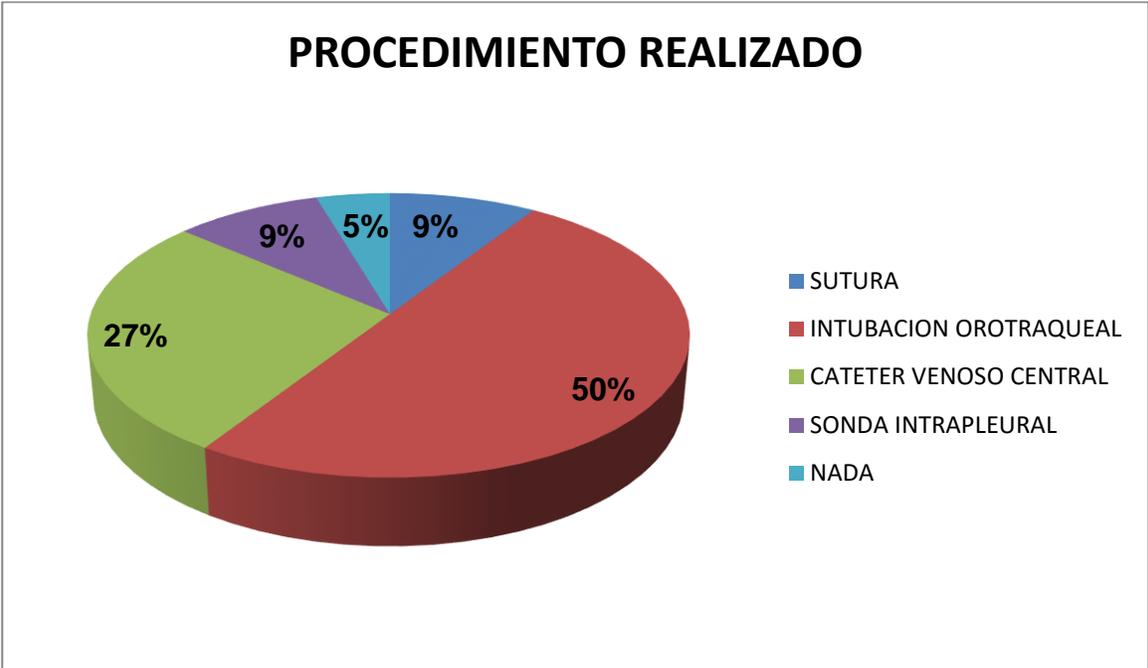


Fig. 5 Procedimientos realizados

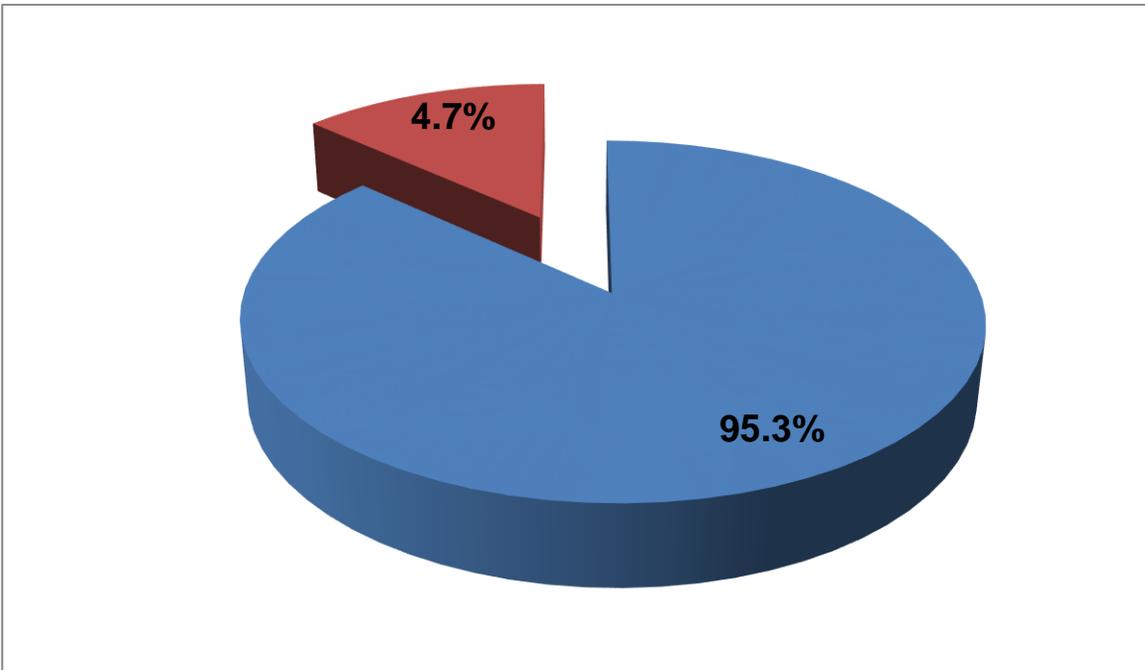


Figura 6 Tratamiento conservador en el 95.3% de los pacientes.

Destino final del paciente pediátrico después de salir de sala de trauma-choque

■ DOMICILIO ■ OTRA UNIDAD IMSS

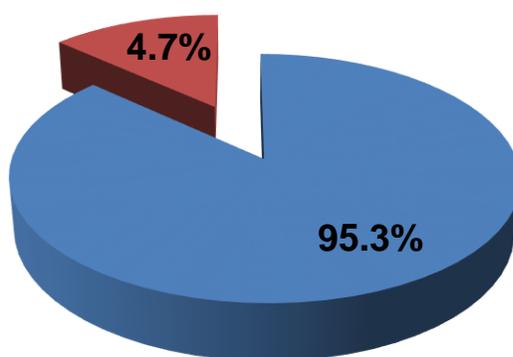


Figura 6. Destino final del paciente al egresar del tratamiento inicial recibido en sala de trauma-choque.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Feliciano DV, Mathox KL, Moore EE. Trauma. 6° ed. New York: McGraw-Hill; 2008

² Uribe A, Ordóñez GA, Badiel M, Tejeda JW, Loaiza JH, Pino LF, *et al.* Tendencia del trauma en dos hospitales nivel IV en Cali, Colombia. Reporte preliminar en la plataforma de registro de la Sociedad Panamericana de Trauma. PAJT 2012;1(3)175-81.

3.- Dr. Marco Guerrero G., Dr. Gonzalo Andrighetti L. Reposición de volumen en el politraumatizado REV. MED. CLIN. CONDES - 2011; 22(5) 599-606]

4.- Univ. Med. ISSN 0041-9095. Bogotá (Colombia), 54 (1): 69-78, enero-marzo, 2013

5.-Dr. Erian Jesús Domínguez González, Dr. Hernán Oliu Lambert, Dra. Natalia de la Cruz Castillo Urgencias quirúrgicas en adolescentes, Servicio de Cirugía General del Hospital "Saturnino Lora" Revista Cubana de Cirugía. 2015;54(2):140-147 <http://scielo.sld.cu>

6 Moore L, Clark DE. The value of trauma registries. Injury 2012;39(6)686-95.

7. Mercedes Bernadá, Niños con lesiones graves por siniestros en moto. Un problema de salud emergente Arch Pediatr Urug 2012; 83(2): 117-120
- 8.- Mercedes Bernadá, Daniel Alessandrini, Rosa Gallego y colaboradores Lesiones graves y fatales en niños y adolescentes secundarias a siniestros de tránsito por motos Archivos de Pediatría del Uruguay 2013; 84(2)
- 9.- KARLA MOËNNE B. et al Urgencias torácicas en el niño: rol de las imágenes Rev Chil Enf Respir 2012; 28: 222-228
- 10.-Tte. Cor. M.C. Guillermo García-Pinto, * General Brigadier M.C. Ret. Antonio Redón-Tavera, ** Tte. Cor. M.C. Isaac Enrique Hernández-Téllez, *** Mayor M.C. César de Jesús Ponce de León-Fernández***Heridas por arma de fuego en la población pediátrica Rev Sanid Milit Mex 2012; 66(3) May -Jun: 105-10
- 11 Criterios de Ingreso - Hospital Infantil de México Federico ...www.himfg.edu.mx/descargas/.../guiasclinicasHIM/GCriteriosingreso.pdf Page 1. hospital infantil de México Federico Gómez. departamento guía no 1: criterios de internamiento en el área de urgencias
- 12 Sonia Cañadas palazón lesiones neurotraumáticas en el niño. Guías de labrain trauma foundation 2012. www.neurotrauma.com

13 Kochanek, PM, Carney N, Adelson PD, et al. Guidelines for the acute medical management of severe traumatic brain injury in infants, children, and adolescents-Second edition. *Pediatric Crit Care Med.*2012;13: S1-S82.

14.. Serrano A.et al Tratamiento del traumatismo craneoencefálico grave. *Rev Esp Pediatr.* 2012; 68 (Supl. 2):97-100.

15 Karla Avilés et al,” Perspectiva del trauma craneoencefálico en urgencias de pediatría”, Hospital civil, Guadalajara Jalisco, *Rev. Mexicana de pediatría* ,vol82,num4,2015 pp129-134.

16 Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, DOF; México, DF;(2014).

17 Diana Luz Juárez Flores et al, Urgencias médicas atendidas en el área de choque del hospital, *Rev Mex Pediatr* 2012; 79(3); 124-128r

ANEXOS

Anexo 1. Carta de Consentimiento Informado

Monterrey, NL a _____ del 2016

Dr. José María Rangel G.

Director de Enseñanza e Investigación Clínica UMAE TyO No. 21

Presente

Por medio de la presente, solicito la autorización para acceder al registro de expedientes clínicos en el departamento de archivo de los pacientes ingresado a la sala de choque-trauma del Servicio de Urgencias Pediatría de la Unidad Médica de Alta Especialidad Traumatología y Ortopedia No. 21, con la finalidad de recabar información para realizar el proyecto de investigación con título: "Perfil del paciente pediátrico que ingresaron a la sala de choque-trauma del Servicio de Urgencias de la UMAE 21." con folio de registro en Sirelsis número_ **R-2016-1501-10**__, esto con el propósito de realizar el trabajo de investigación como tesis de con opción a título para obtener el grado de médico especialista en urgencias.

Atentamente

Dra. Raquel Villarreal García

Médico Residente de 2 año de Urgencias Médicas

Hospital General de Zona No. 6

C.C.P. Jefatura de Urgencias,

CCP Jefatura de Archivo Clínico

Anexo 2. Hoja de recolección de datos

Hoja de recolección de datos

“Perfil epidemiológico de los pacientes pediátricos atendidos en la sala de trauma-choque en un servicio de urgencias”

1.- Edad: (1) De RN a 5 años (2) De 5 años 11 meses a 10 años (3) De 10 años 11 meses a 14 años 11 meses 29 días.

2.- Género: (1) Femenino (2) Masculino

3.- Turno de ingreso: (1) Matutino (2) Vespertino (3) Nocturno

4.- Mes de ingreso:

5.- Lugar del accidente:

(1) Vía pública

(3) Lugar de trabajo

(2) Domicilio

(4) Desconocido

6.- Diagnóstico principal:

(1) Trauma cráneo-encefálico
extremidades

(5) Trauma pélvico y

(2) Choque hemorrágico

(6) Politrauma

(3) Trauma de tórax

(7) Quemadura

(4) Trauma de abdomen

(8) Otros

7.- Mecanismo de lesión

(1) Accidente automovilístico de fuego (4) Herida por proyectil de arma

(a) Choque

(5) Herida por punzocortante

(b) Atropello

(6) Agresión por terceros

(2) Caída

(a) Del plano de sustentación

(b) De altura

(3) Quemadura

7.- Intoxicación etílica: (1) Si (2) No

8.- Disposición del paciente: (1) Quirófano (2) UCIT (3) Hospitalización (4) Domicilio

(5) Morgue

Anexo 3. Hoja de concentración de datos

Hoja de Captura “Perfil epidemiológico de los pacientes atendidos en la sala de trauma- choque en un servicio de urgencias”									
Númer o ss	Eda d	Sex o	Hora de ingres o	Mes de ingres o	Lugar del acciden te	Diagnósti co principal	Mecanis mo de lesión	Intox . etílic a	Disposici ón Del paciente

ANEXO 4:

RESUMEN ESTRUCTURADO

RESUMEN

Título: “PERFIL DEL PACIENTE PEDIATRICO ATENDIDO EN SALA DE CHOQUE-TRAUMATOLOGIA EN URGENCIAS UMAE-HTO21”

Vargas Almanza G, Villarreal González. R. Servicio de Urgencias, Unidad Médica de Alta Especialidad Trauma y Ortopedia No. 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Monterrey, Nuevo León, México.

Introducción. En el servicio de urgencias de pediatría, sala de choque es fundamental reconocer los signos clínicos que indican amenaza para la vida del paciente, Esto constituye un reto para el personal de salud, a fin de prevenir complicaciones e incluso la muerte

Objetivo. Identificar cuál es el perfil de los pacientes pediátricos atendidos en sala de choque-traumatología en urgencias UMAE-HTO 21

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo; población de estudio: ¡expedientes de pacientes menores de 15 años ingresados a la sala trauma-choque de la UMAE TyO No. 21 del IMSS-HTO2!, Monterrey, N.L de enero 2010 a diciembre del 2015.

Resultados.Encontramos lo siguiente: El sexo predominantemasculino.63.6%, la edad es a los 2 años 18.2%, el mes con más pacientes en sala de shock junio. (22.72%), el turno con más ingresos nocturno.68.2%, día de la semana el domingo. (36.4%), el diagnóstico más común de ingreso a sala de shock el traumatismo craneoencefálico.50%, el mecanismo de lesión más frecuente caída de su misma altura.45.45%, el lugar del accidente fue la vía pública. En el 63.6%, el procedimiento inicial realizado principalmente fue la intubación oro traqueal.50%, la interconsulta más solicitada fue a cuidados intensivos pediátricos.59.1%, la mayoría de los pacientes requirieron manejo conservador.95.3%, y el 95.3% de los pacientes al egresar se fueron a Domicilio por mejoría. Ysolo4.7% (1) se fue a HGZ por crisis convulsivas

Conclusiones. Consideramos que trabajar en equipo, actualizados y con un protocolo bien establecido por el bien del paciente mejorara el pronóstico de vida de nuestros niños.

Palabras clave: sala de choque-trauma, pacientes pediátricos, urgencias.



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **1501** con número de registro **13 CI 15 057 196** ante COFEPRIS

HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia LOMAS VERDES, MÉXICO PONIENTE, ESTADO DE

FECHA **30/06/2016**

DRA. GRICELDA NELLY VARGAS ALMANZA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"PERFIL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO ATENDIDO EN SALA DE CHOQUE-TRAUMATOLOGIA EN URGENCIAS UMAE-HTO21"

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-1501-10

ATENTAMENTE

DR.(A). GILBERTO EDUARDO MEZA REYES

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1501

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: "PERFIL DEL PACIENTE PEDIATRICO ATENDIDO EN SALA DE CHOQUE-
Patrocinador externo (si aplica): TRAUMATOLOGIA EN URGENCIAS UMAE-HTO21"

Lugar y fecha: MONTERREY, NUEVOLEON ENERO 2010-2015

Número de registro: R-2016-1501-10
Justificación y objetivo del estudio: mejorar la atención del paciente pediátrico en sala de choque de nuestra UMAE-HTO21. obje
Identificar cuál es el perfil de los pacientes pediátricos atendidos en sala de choque-traumatol
en urgencias UMAE-HTO 21

Procedimientos:

**NO APLICA LA CARTA DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO**

Posibles riesgos y molestias:

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Observacional, Descriptivo, retrospectivo, transversal

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad: Se considera la ética de Helsinki y la Ley General de salud Vigente en el estado de Nuevo León.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

NA

Beneficios al término del estudio:

De acuerdo el resultado implementar acciones, para el beneficio del personal, así como de la institución

Investigador Responsable: En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
Gricelda Nelly Vargas Almanza

Colaboradores:

Raquel Villarreal González

Nombre y Firma del sujeto

Nombre y Firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, Dirección, Relación y Firma

Nombre, Dirección, Relación y Firma

Clave: 2810-009-013