

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL.**

**“ CAUSAS DE ESTANCIA PROLONGADA EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 29.
DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2013.”**



**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DE
URGENCIAS PRESENTA:**

**DRA. PEREGRINA GARCIA PACHECO.
RESIDENTE DE 3 AÑO DE MEDICINA DE URGENCIAS.
MATRICULA 11027134.
AVENIDA 510 NÚMERO 100
TEL. 55 51 40 11 EXT 21315.
CORREO:perepacheco@yahoo.com.mx**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:
DR. JOSE LUIS XANCOPINCA VILLANUEVA.
MATRICULA 8198799
AVENIDA 510 NÚMERO 100
TEL. 55 51 40 11 EXT 21315.
CORREO:jose.xancopinca@imss.com.mx**

- 1.- Médico residente de medicina de urgencias.
- 2.- Coordinador clínico de educación e investigación en salud



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**“ CAUSAS DE ESTANCIA PROLONGADA EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 29. DE
ENERO A DICIEMBRE DEL 2013.”**

RESUMEN

ANTECEDENTES:

Los servicios de urgencias ofrecen atención médica continua permanente las 24 horas con dos objetivos principales: 1) la forma de prestar asistencia a los que necesitan objetivamente atención de urgencias para solucionar los problemas críticos que presentan y 2) la informal que consiste en responder y tratar la demanda subjetiva de atención sanitaria a los que acuden con razón o sin ella pero, no siempre es posible satisfacer todas las demandas. Los pacientes no deberán permanecer en los servicios de urgencias más de 12 horas por causas atribuibles a la atención médica. En ese lapso, se establecerá el manejo y diagnóstico inicial, así como el pronóstico para determinar, de acuerdo al caso, si el paciente debe ser egresado a su domicilio, ingresado a hospitalización, derivado a consulta externa o trasladado a otra unidad de mayor capacidad resolutive.

OBJETIVO:

Identificar principales las causas de estancia prolongada en el servicio de urgencias del HGZ No 29.

MATERIAL Y METODOS:

Es un estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo. Se estudiaron a todos pacientes adultos y pediátricos ingresados al servicio de urgencias del 01 de enero al 31 de diciembre del 2013 que ameritaron ingreso a observación y que permanecieron 12 horas o más. En total se estudiaron 138 pacientes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

La principal causa de estancia prolongada en el servicio de urgencias es no médica.

Es importante mencionar que la principal enfermedad en los pacientes con estancia prolongada en urgencias presentan el binomio de Diabetes Mellitus con Hipertensión Arterial Sistémica, con la presencia de dolor abdominal como causa de enfermedad aguda.

PALABRAS CLAVE. Estancia prolongada, Triage.

- 1.- Médico residente de medicina de urgencias.
- 2.- Coordinador clínico de educación e investigación en salud

INDICE:	PAGINA
I. Antecedentes	5
II. Marco teórico	7
III. Planteamiento del problema	11
III.1.- Pregunta de investigación	12
IV.- Justificación	13
V.- Hipótesis	13
VI. Objetivos	14
VI.1.- Objetivo general	14
VI.2.- Objetivos específicos	14
VII. Material y métodos	15
VII.1.- Diseño de investigación	15
VII.2.- Operacionalización de variables	15
VII.3.- Tamaño de la muestra	16
VII.4.- Criterios de inclusión	16
VII.5.- Criterios de exclusión	16
VII.6.- Instrumento de investigación	16
VII.7.- Desarrollo de proyecto	17
VII.8.- Límites de tiempo y espacio	17
VII.9.- Cronograma	17
VII.10.- Diseño de análisis	18
VII.11.- Material	18
VIII.- Implicaciones éticas	19
IX.- Resultados	20
X.- Conclusión	27
XI.- Discusión	27
XII.- Bibliografía	28

I.- ANTECEDENTES:

Sin duda la atención a las urgencias y emergencias en los hospitales es un verdadero y grave problema. Los servicios de urgencias ofrecen atención médica continua permanente las 24 horas con dos objetivos principales: 1) la forma de prestar asistencia a los que necesitan objetivamente atención de urgencias para solucionar los problemas críticos que presentan y 2) la informal que consiste en responder y tratar la demanda subjetiva de atención sanitaria a los que acuden con razón o sin ella pero, no siempre es posible satisfacer todas las demandas. ⁽¹⁾

Existen también varios factores que afectan el flujo de pacientes, repercutiendo en la saturación en el servicio de urgencias. Siendo estos: **a) factores de entrada** por ejemplo pacientes no asegurados, no urgentes o frequentadores así como el efecto de la enfermedad estacional; por otra parte están **b) los factores de salida** dentro de los cuales se incluyen la incapacidad de trasladar a los pacientes ingresados a hospitalización así como la capacidad limitada de la unidad hospitalaria. ⁽²⁾

Desde otro punto de vista los factores de estancia hospitalaria prolongada cuentan con diversas perspectivas; unas de carácter médico, otras derivadas de la situación socioeconómica de los pacientes y por último aquellas relacionadas con la infraestructura del hospital. De tal forma que no hay país en el mundo que no se sienta presionado por la necesidad de camas en los hospitales.

Existen dos opciones para tratar de dar solución al problema de estancia hospitalaria prolongada, siendo la primera revalorar si el uso de las camas es el adecuado; y el segundo la construcción de mayor cantidad de hospitales. ⁽³⁾

Al respecto Epelde en su meta análisis realizado en 2012 establece que las Unidades de Corta Estancias pueden ser un instrumento para disminuir el costo del proceso de atención médica en un grupo de patologías determinadas. ⁽⁴⁾

Los diferentes sistemas de urgencias y emergencias (SUE) a nivel internacional no se limitan a ejecutar las mejoras necesarias en la atención hospitalaria de urgencias sino, que parte de la consideración básica de la interrelación entre los distintos niveles asistenciales, tiene como pilar fundamental la atención de urgencia en el primer nivel, el cual debe funcionar como la puerta de entrada al servicio de urgencia hospitalario, actuando como filtro sanitario salvo casos emergentes.⁽¹⁾ El proceso de clasificación de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias hospitalarios se ha convertido en una necesidad, debido a la gran demanda de atención y a la saturación que en ocasiones, sufren dichos servicios, sin ser situaciones de desastres, catástrofes o alguna otra contingencia masiva que de manera súbita conlleva a una desproporción entre la oferta y la demanda de estos servicios.⁽⁵⁾

El sistema sanitario presenta, junto con las características propias del sector, otros aspectos, como intangibilidad, heterogeneidad, simultaneidad de la producción y consumo, que constituyen particularidades que le hacen diferente de otros servicios: complejidad, rápida innovación científica y tecnológica, y una cantidad creciente de información de sus usuarios, lo que implica un aumento de las expectativas de éstos. La atención urgente hospitalaria muestra otras singularidades, como son el constante aumento de la frecuentación que sufre año a año, la inadecuación en su utilización, el hecho de que en muchas ocasiones es el primer contacto del paciente con el sistema, y ser una importante fuente de reclamaciones. Estas circunstancias, unidas a que en los servicios de urgencias se trabaja con pacientes que presentan una carga de ansiedad, que el contacto es breve y con dificultad de realizar un seguimiento posterior, hace que se trate de situaciones en las cuales es importante conocer la valoración del servicio recibido, tanto por parte del paciente como por sus acompañantes. El resultado de esta valoración debe incorporarse a la evaluación y la monitorización del proceso de atención en urgencias hospitalarias, y posibilitar la comparación entre hospitales. ⁽⁶⁾

Es posible encontrar información sobre la opinión de los usuarios aunque la que se refiere al área de urgencias es relativamente escasa. Algunos trabajos, como los de Quintana et al, Mira et al y Carbonell et al, concluyen que los tiempos de espera excesivos y la baja información son las principales causas de insatisfacción de los servicios de urgencias, coincidiendo con los datos obtenidos en otros países. ⁽⁷⁾

II.- MARCO TEORICO.

El Sistema Nacional de Salud tiene como función principal, garantizar la prestación de Servicios de Salud a la población que lo demande.

Para que la atención médica se proporcione con calidad, eficiencia y equidad, es necesario que las instituciones de salud de los sectores público, social o privado cumplan con los requisitos necesarios para el funcionamiento correcto de los servicios, así como se cumplan las características y los perfiles que cada puesto demanda, con énfasis en las capacidades técnicas y se cuente con el conocimiento de los procesos idóneos para otorgar la atención médica.

Tal es la situación, que es necesario explicitar los requerimientos humanos, estructurales y de funcionamiento en la atención de urgencias.

Los establecimientos de atención médica de los sectores público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que cuenten con servicio de urgencias, deben otorgar atención médica al usuario que lo solicite, de manera expedita, eficiente y eficaz, con el manejo que las condiciones del caso requiera.⁽⁸⁾

El servicio de urgencias, debe contar con un directorio impreso y actualizado de establecimientos médicos, clasificados por grado de complejidad y capacidad resolutive, para aquellos casos en los que se requiera el traslado de pacientes.

Los perfiles del personal de salud, involucrados en la atención médica de urgencias, deberán ser acordes con el tipo de establecimiento de atención médica

Para su funcionamiento, el servicio de urgencias deberá apoyarse en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, que deberán estar disponibles.

Los pacientes no deberán permanecer en los servicios de urgencias más de 12 horas por causas atribuibles a la atención médica. En ese lapso, se establecerá el manejo y diagnóstico inicial, así como el pronóstico para determinar, de acuerdo al caso, si el paciente debe ser egresado a su domicilio, ingresado a hospitalización, derivado a consulta externa o trasladado a otra unidad de mayor capacidad resolutive.⁽⁹⁾

Características del personal

El médico que labore en unidades o servicios de urgencias, debe demostrar documentalmente, que ha acreditado satisfactoriamente cursos afines a la atención médica de urgencias.

La enfermera general y la enfermera auxiliar que labore en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica, requiere demostrar documentalmente que ha acreditado satisfactoriamente cursos afines a la atención de urgencias.

Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

El laboratorio clínico de los establecimientos de atención médica, debe contar con infraestructura, equipo y personal suficiente para asegurar su funcionamiento las 24 horas de los 365 días del año

Para el funcionamiento óptimo de una unidad o servicio de urgencias en establecimientos de atención médica, el servicio de radiología e imagen debe operar las 24 horas de los 365 días del año así mismo deberá disponer de los recursos tecnológicos que correspondan a la capacidad resolutoria del establecimiento.

Los establecimientos de atención médica hospitalaria que cuenten con unidad o servicio de urgencias, deben disponer de banco de sangre o servicio de transfusión, así como contar con quirófano y sala de recuperación, disponer de sala de choque o área de reanimación, una sala de terapia intermedia.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, como parte del sistema nacional de salud, también establece una norma para otorgar atención médica en unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención, estableciendo las disposiciones que regulan la atención médica, con oportunidad, calidad y eficiencia.

La norma establece:

Atención médica de urgencias: Es la atención que se proporciona a todo aquel paciente que presenta un padecimiento agudo que pone en peligro la vida, la función de un órgano de la economía y requiere de atención inmediata.

Consulta de urgencias: Atención o consulta que se da a un paciente en el área de urgencias del hospital con objeto de proporcionarle atención médica por su condición física de salud, que pone en peligro la vida, algún órgano o su función y requiere de atención inmediata.

Hospitalización: Área de servicio sustantiva de los hospitales, que se caracteriza por disponer de camas censables destinadas para la atención del paciente. Servicio de internamiento de pacientes para su Diagnóstico y Tratamiento o Rehabilitación

Segundo nivel de atención médica: Lo constituyen los hospitales generales de subzona, zona o región en donde se atienden a los pacientes, remitidos por los servicios de los distintos niveles de atención, de acuerdo a la regionalización de los mismos. ⁽¹⁰⁾

Desde que aparecieron los servicios de urgencias hospitalarios se han realizado sistemas para mejorar el funcionamiento del servicio de manera formal o informal, pero es necesario establecer un manejo eficiente del equipo de dicho servicio, que sea capaz de identificar de manera correcta las necesidades del paciente, de establecer prioridades y de implantar un tratamiento adecuado mediante la investigación y la disposición de recursos.

Entre los procesos de clasificación de pacientes existe uno que se inició con las guerras en el ejército de Napoleón y que se denominó Triage.

El padre del Triage moderno es el barón Dominique Jean Larre, quien durante su actividad como cirujano en el ejército napoleónico creó un sistema para que los soldados que requirieran cuidados más urgentes fueran atendidos con prontitud. Este sistema se aplicó de nuevo en las guerras; en la primera Guerra Mundial el Triage se utilizó con puntos de distribución, donde los heridos eran enviados a hospitales apropiados en ambulancias motorizadas.

En la segunda Guerra Mundial el adelanto en el Triage se realizó al establecer una división médica en el ejército, con actividades específicas de selección y con la utilización de hospitales móviles de campo. En la guerra de Corea la mejoría del Triage se basó en los principios de evacuación, al introducir helicópteros y, por último, durante la guerra de Vietnam se mejoró el sistema de Triage y la pronta evacuación del herido vía helicóptero, con mejores técnicas de soporte vital. Esta experiencia se aprovechó después para su aplicación en la población civil; más recientemente se ha intentado aplicar no solo en situaciones de contingencia especiales sino también en los servicios de urgencias, como proceso de asistencia estructurado.⁽¹¹⁾

Inherente al proceso de clasificación, el sistema debería tener la capacidad de definir la ubicación más adecuada, predecir la evolución clínica y las necesidades del paciente. Esto con el fin de disminuir las complicaciones secundarias a la demora en la atención médica de los pacientes y la mortalidad.

Este sistema de priorización, tiene como objetivos:

- Identificar rápido a los pacientes en situación de riesgo vital.
- Clasificar a los pacientes para su atención de acuerdo a la prioridad de la patología con la que acuden.
- Asegurar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes a su llegada a Urgencias.
- Asignar el área de atención médica requerida para llevar a cabo el tratamiento óptimo de estos pacientes.
- Disminuir la congestión en las áreas de tratamiento del servicio de urgencias, lo que mejora el flujo de pacientes.
- Asegurar la reevaluación periódica de los pacientes.
- Informar a los pacientes y sus familiares del tipo de servicio que se necesita y el tiempo probable de espera.
- Contribuir con información que ayude a definir la complejidad del servicio, eficiencia y satisfacción del usuario.

Un sistema de Triage óptimo de cada unidad debe estar diseñado acorde con los recursos físicos, humanos, la demanda de servicios y las políticas institucionales del hospital en el que se vaya a implementar. ⁽¹²⁾

El estudio de los procesos de atención en salud, así como el conocimiento de las características y perfiles de los usuarios, es uno de los aspectos al que las autoridades de salud, especialmente los administradores de muchos centros asistenciales, han prestado gran interés pues permite, entre otras ventajas, no sólo garantizar los recursos necesarios para la atención del paciente, sino realizar ajustes respecto a la oferta y demanda de los servicios de salud.

Los ingresos hospitalarios se asocian con ciertas condiciones de salud o enfermedad; además, dependen de variables como morbilidad, factores políticos, socioeconómicos, culturales, cambios demográficos, e incluso por las características de los profesionales e instituciones (ubicación e imagen del hospital). Por lo tanto, el conocimiento del perfil de los usuarios de salud hospitalizados permitirá planificar las inversiones en infraestructura, logística, equipamiento y dotación de recursos humanos, además de facilitar la correcta asignación de recursos disponibles, elemento clave para mejorar la oferta y calidad del servicio.

Para adoptar medidas de esta índole se necesita conocer el perfil nosológico de los pacientes e incluso la demanda en diferentes espacios temporales. La frecuencia en la que se producen las hospitalizaciones puede ayudar a vislumbrar patrones estacionales, mensuales, o periódicos, que de hecho son importantes en la toma de decisiones en relación con la distribución y asignación de recursos. ⁽¹³⁾

Sin embargo, el profesional sanitario, debido a la gran variedad, trascendencia y cantidad de problemas que debe resolver a lo largo de su jornada laboral, experimenta una sensación disminuida de la duración del tiempo, lo que contrasta con la percepción desarrollada por sus pacientes. Es posible que acotar los tiempos de espera pudiera aliviar el sufrimiento, al indicar una hora concreta, controlable por el paciente y una información adecuada, que venza la incertidumbre y el sufrimiento. ⁽¹³⁾

Se ha llegado a describir una situación de "pre proceso" y "proceso" de espera. El "pre proceso" de espera sería el tiempo que debe esperar el usuario hasta que se inicia el servicio y donde el enfermo percibe el tiempo mucho mayor de lo que realmente es. El "proceso" se refiere al tiempo de espera después de iniciado el servicio y hasta la finalización del mismo. El tiempo de espera parece influir en la satisfacción del paciente, modulado por múltiples determinantes como la información, la educación al paciente, posibles causas de retrasos en la asistencia, la prioridad de los enfermos. ⁽¹⁴⁾

III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con las estadísticas norteamericanas, se ha estimado que 15 a 50% de los pacientes que acuden a urgencias presentan problemas menores.⁽¹⁵⁾

La situación de la atención en los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) es, desde hace años, objeto de preocupación para la comunidad sanitaria y la sociedad en general, ya que en todos los países desarrollados se ha producido un fenómeno de crecimiento de su utilización. Buena parte de este incremento se atribuye a un aumento desproporcionado de pacientes que utilizan los servicios de urgencia hospitalarios (SUH) de forma inadecuada, ya sea por problemas banales o de organización de otras áreas del sistema sanitario, por problemas sociales o, simplemente, porque tienen más confianza en la efectividad de estos servicios que en la atención primaria.⁽¹⁶⁾

En la actualidad nuestros servicios de urgencias en nuestro país siguen colapsados al parecer con un tiempo de espera muy largos como lo manifiestan nuestros derechohabientes sin embargo este dato no está reportado en forma exacta u oficial, ya que en el 2002 el mayor tiempo de espera en la sala de urgencias lo tienen los estados de Colima y Baja California sin contemplar los datos del Distrito Federal ya que se refiere que no participo en la medición de los indicadores de la Cruzada Nacional por la Calidad en los Servicios de Salud según informes de la propia Secretaria de Salud.⁽¹⁸⁾

De acuerdo a los registros del año 2001 del Hospital General Regional 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social, el servicio de urgencias del mismo recibe un promedio de 350 consultas por día de las cuales entre el 30-40% ingresan al área de observación, por lo que se constituye como uno de los más grandes del país; atiende un promedio de 350 consultas diarias, cuenta con un total de 4 camas de Reanimación, 42 camas censables y 15 "flotantes" y una plantilla variante de 10 médicos por turno.

Entre las principales causas asociadas al incremento en la estancia hospitalaria se encuentran patologías que por su naturaleza ameritan de periodos prolongados de observación, tales como: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, dolor torácico, dolor abdominal, trauma cerrado o penetrante, hemorragia digestiva alta, padecimientos psiquiátricos con ideación suicida, pacientes geriátricos con abandono social, entre otras.⁽⁵⁾ Así también existen enfermedades agudas que por retardo en el diagnóstico definitivo, propician la estancia prolongada. El índice de rotación de camas, disponibilidad y tiempo de estancia en el Servicio. Factor que impacta en saturación de Servicios de Urgencias, con un tiempo aproximado de estancia mayor a 12 horas, imposibilitando la recepción de usuarios que lleguen en ambulancia o deambulando.⁽¹⁹⁾ esto se asocia con la categoría y especialidad del médico tratante, el diferimiento en la realización y entrega de resultados de estudios de laboratorio, gabinete y en la realización de intervenciones quirúrgicas y o valoración por las diferentes subespecialidades.

Por este motivo, se requiere fortalecer la infraestructura de los servicios urgencias que prestan estas unidades, a través de una organización y asignación de funciones que hagan posible cumplir con la responsabilidad, objetivos y metas que se les confiere. ⁽¹⁸⁾.

En el Hospital General de Zona Número 29 las causas de consulta en urgencias en el periodo del 2013 fueron diarrea y gastroenteritis, infección de vías urinarias, diabetes no insulino dependiente, dolor abdominal e insuficiencia renal crónica, existiendo pacientes que permanecieron más de 8 horas en el servicio de urgencias, por lo que se hace necesario buscar las causas y dar alternativas de solución a esta estancia prolongada, ya que la información proporcionada por el servicio de ARIMAC de la unidad, existió un porcentaje del 30.51% de pacientes que permanecieron más de 8 horas en urgencias durante el año 2012, dado que no existen estudios previos sobre este tema es que surge la siguiente pregunta de investigación:

III.1.- PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las causas de estancia prolongada en el servicio de urgencias del hospital general de zona número 29, de enero a diciembre del 2013?

IV.- JUSTIFICACION

Se estimó para finales del 2008 en México una población de 106, 361,239 habitantes que solicitaría un total de 314, 245,170 consultas, de las cuales 32, 554,818 serían atendidas en el servicio de Urgencias con un promedio diario de 89,192 consultas, que representa al 10.35% del total de consultas. Esta cifra representa un incremento en la demanda de la población del 4.33% con respecto al 2006.

Existen opciones para tratar de dar solución al problema de estancia hospitalaria prolongada, siendo una de ellas revalorar si el uso de las camas es el adecuado. ⁽³⁾

En los servicios de urgencias el paciente que amerita observación de más de 8 horas representa un problema real ya que satura los servicios y repercute directamente en la calidad de atención de los pacientes así como en el incremento en el consumo de recursos. Lo que se conllevaría a una estancia prolongada. ⁽¹⁶⁾

Existe una justificación académica, para obtener el dimo de especilista de Medicina de Urgencias

V.- HIPOTESIS

Las causas de estancia prolongada en el servicio de urgencias del hospital general de zona número 29, de enero a diciembre del 2013, son no médicas

VI.- OBJETIVOS

VI.1.- Objetivo General.

Determinar las causas de estancia prolongada en el servicio de urgencias del HGZ No 29, ENERO 2013- DICIEMBRE 2013

VI.2.- Objetivos Específicos.

1.-Identificar la frecuencia de enfermedad crónica (Diabetes Mellitus, HAS, DM-HAS, OTROS) con descontrol como causa de estancia prolongada en el HGZ No. 29.

2.- Identificar la frecuencia de enfermedad aguda (gastroenteritis, infección de vías urinarias, dolor abdominal) como causa de estancia prolongada en el HGZ No.29.

3.-Identificar la frecuencia de retardo en la valoración de subespecialista como causa de estancia prolongada en el HGZ No.29.

4.- Identificar la frecuencia de la no disponibilidad de los servicio de laboratorio y gabinete como causa de estancia prolongada en el HGZ No. 29.

5.-Analizar la frecuencia de camas no disponibles como causa de estancia prolongada en el HGZ No. 29.

6.-Analizar las características socio demográficas de los pacientes con estancia prolongada en el HGZ No29.

VII.- MATERIAL Y METODOS.

VII.1.- DISEÑO

Es un estudio prospectivo, observacional, descriptivo y transversal

VII.2.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES
ESTANCIA PROLONGADA	. Tiempo en el que el paciente permanece en el servicio de urgencias igual o mayor a 8 horas por causas atribuibles a su atención médica. ⁽²⁴⁾	Cuando en el expediente clínico existe evidencia que el paciente permanece igual o mayor a 8 horas en el servicio de urgencias para ello consideraremos la hora de registro de ingreso a urgencias y la hora en la que pasa a otro servicio o es dado de alta.	CUALITATIVA NOMINAL	SI NO
CAUSAS DE ESTANCIA PROLONGADA	Situación en la que un paciente se encuentra el servicio de urgencias mas de ocho horas	Situación en la que un paciente se encuentra el servicio de urgencias mas de ocho horas	CUALITATIVA NOMINAL	A)CAUSA MEDICA B)CAUSAS NO MEDICAS C)SIN REPORTE D)NO REQUERIA HOSPITAL
ENFERMEDAD CRONICA:	Serie de factores que desencadenan un estado funcional patológico, que se incrementa con el paso del tiempo haciéndose grave y profunda, como por ejemplo, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, enfermedades cardiacas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc. ⁽²⁵⁾	cuando en el expediente clínico exista el diagnostico de patología de larga duración con deterioro progresivo, que tiende a agudizarse. (Diabetes mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica insuficiencia renal crónica, enf, cardiaca, EPOC)	CUALITATIVA NOMINAL	SI NO
ENFERMEDAD AGUDA	proceso de súbita aparición y rápida evolución y desarrollo, donde las causas son externas las cuales desequilibran temporalmente a la fuerza vital y logran desarmonizarla ⁽²⁵⁾	cuando en el expediente clínico exista evidencia de patología de corta duración y evolución favorable a corto plazo. (Gastroenteritis, infección de vías urinarias, faringitis aguda, dolor abdominal. etc.)	CUALITATIVA NOMINAL	SI NO
RETARDO EN LA VALORACION POR ESPECIALIDAD	Tiempo que se tarda el médico subespecialista en valorar a un paciente de urgencias considerando el turno en que solicite la interconsulta ⁽²⁰⁾	Cuando en el expediente clínico se mencione la solicitud de valoración por una subespecialidad para su complementación diagnostica o tratamiento definitivo considerando que la valoración no se hizo en el transcurso del turno solicitado	CUALITATIVA NOMINAL	SI NO
DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE LABORATORIO Y GABINETE	Cuando se solicita auxiliar de diagnóstico a través de formatos oficiales expedidos por el médico tratante, se realizan y se tienen los resultados para la confirmación de un diagnóstico	Cuando en el expediente clínico se cuente con resultados de laboratorio, radiografías, tomografías, ultrasonidos ya solicitados para confirmar un diagnóstico.	CUALITATIVA NOMINAL.	SI NO

DISPONIBILIDAD DE CAMAS	Es el número fijo de camas hospitalarias regularmente mantenido durante un período de operación normal en áreas destinadas para el alojamiento y cuidado permanente de pacientes internados	Cuando en el expediente se mencione la petición de cama de acuerdo a la edad, sexo y servicio en el cual se va a internar al paciente.	CUALITATIVA NOMINAL.	SI NO
CAUSA NO MÉDICA	Situación inherente a la atención médica que propicia que un paciente permanezca mayor tiempo en el servicio de urgencias sin ser por su atención médica del mismo	Cuando en el expediente clínico se mencione que el paciente no cuenta con vigencia de derechos o que por zonificación de hospital no se continúe con la hospitalización del mismo.	CUALITATIVA NOMINAL.	SI NO
GENERO	Características físicas y biológicas de una persona.	Lo relativo a hombre o mujer consignado en el expediente.	CUALITATIVA NOMINAL	FEMENINO MASCULINO
VARIABLE ESTADO CIVIL	Situación que cada persona tiene de acuerdo a las leyes y costumbres de cada país	La condición de una persona dentro de la ley, consignada en el expediente.	CUALITATIVA NOMINAL.	A) SOLTERO B) CASADO C) VIUDO D) UNION LIBRE

VII.3.- TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se estima que la proporción de pacientes hospitalizados en estancia prolongada es del 10% ($p=0.1$). Se requiere realizar la estimación con una precisión de $\pm 5\%$ ($i = 0.05$) y una confianza del 95% ($1-\alpha = 0.95$; $\alpha = 0.05$; $Z\alpha = 1.96$). Aplicando la fórmula $N = Z\alpha^2 P (1-P)/i^2$ resultan un total de:

138 pacientes

VII.4.- CRITERIOS DE INCLUSION.

- 1.- Pacientes adultos y pediátricos.
- 2.- Ambos géneros.
- 3.- Con estancia de más o igual a 8 horas en el servicio de urgencias.

VII.5.- CRITERIOS DE EXCLUSION.

- 1.- Pacientes con información incompleta en el instrumento de recolección de datos en un 10%.

VII.6.- INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Para esta investigación se diseñó una cédula para recabar los datos de cada paciente con criterios de inclusión, la cual cuenta con las variables necesarias indicadas en los objetivos.

VII.7.- DESARROLLO DE PROYECTO

Durante el tiempo comprendido por medio de la observación y con los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, se recabaron datos por medio de una cédula previamente valorada, a cada paciente se le realizó dicha cédula (Anexo 2) y consentimiento informado (Anexo 1)

VII.8.- LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO

Hospital General de Zona Número 29, otorga servicios de primero y segundo nivel de atención, cuenta con un piso de consulta externa y torre de hospitalización de 4 pisos y 146 camas censables.

El servicio de Urgencias se encuentra en la planta baja del Hospital cuenta con 1 consultorio de Triage, 1 sala de reanimación con 2 camas, 29 Camas no censables (24 de adultos y 5 de pediatría) un jefe de servicio y médicos adscritos 9 en el turno matutino, 9 en el turno vespertino, 8 en el turno nocturno y 10 en la jornada acumulada.

Enero 2013- Diciembre del 2013.

VII.9.-CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDAD MES	OCT- DIC 2012	ENE-DIC 2013	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016
Investigación bibliográfica	XXXX				
Elaboración de Protocolo	XXXX				
Solicitud de registro ante CLIS	XXXX				
Correcciones sugeridas del protocolo		XXXX			
Análisis estadístico de la información			XXXX		
Redacción y análisis de resultados				XXXX	
Elaboración de conclusiones y alternativas de solución					XXXX
Elaboración de escrito médico					

VII.10.-DISEÑO DE ANALISIS

Los datos se analizarán descriptivamente mediante el uso de medidas de tendencia central y de dispersión. Los datos más relevantes se representarán en tablas y gráficos. El análisis de datos se hará utilizando el paquete estadístico SPSS versión 15 para Windows. Al ser un estudio descriptivo no se hará contraste de hipótesis.

VII.11.-MATERIAL.

Humanos: Investigador principal, investigador asociado.

Materiales: Servicio de urgencias, plumas, lápices, computadora personal.

Financieros: Por cuenta del investigador.

VIII.- IMPLICACIONES ÉTICAS

Al no modificar la historia natural de ningún paciente y al optimizar los recursos provistos por las instituciones de salud, como las bases de datos gestionadas por el IMSS y la UNAM, se cumple con las recomendaciones éticas vigentes en materia de salud del IMSS, SSA, así como de la Declaración de Helsinki, revisada en Edimburgo en el año 2000.

Dado que la investigación para la salud, es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y la sociedad en general; para desarrollar la tecnología e instrumentos clínicos mexicanos en los servicios de salud para incrementar su productividad.

Conforme a las bases establecidas, ya que el desarrollo de la investigación debe atender los aspectos éticos que garanticen la libertad, dignidad y bienestar de la persona sujeta a investigación, que a su vez requiere de criterios técnicos para regular la aplicación de procedimientos relativos a la correcta utilización de los recursos destinados a ella; que sin restringir la libertad de los investigadores en la investigación en seres humanos de nuevos recursos profilácticos, diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, debe sujetarse a un control de seguridad, para obtener un mayor eficacia y evitar riesgos a la salud de las personas. Por lo que el presente trabajo se llevará a cabo de manera observacional con base al reglamento de la Ley General de Salud en relación en materia de investigación para la salud, que se encuentra en vigencia actualmente en el territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Título segundo: De los aspectos éticos de la Investigación de Seres Humanos, capítulo I, Disposiciones generales. En los artículos 13 y 27.

Título tercero: De la investigación de Nuevos Recursos Profilácticos, de Diagnósticos, Terapéuticos, y de Rehabilitación. Capítulo I: Disposiciones comunes contenido en los artículos 61 a 64. Capítulo III: De la Investigación de Otros Nuevos Recursos, contenidos en los artículos 72 al 74.

Título Sexto: De la Ejecución de la Investigación de las Instituciones de Atención a la Salud. Capítulo único, contenido en los artículos 113 al 120.

Así como también acorde a los códigos internacionales de ética: Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio 1964, Y enmendada por la 29ª Asamblea Médica de Tokio, Japón, Octubre 1975 52ª Asamblea General de Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.

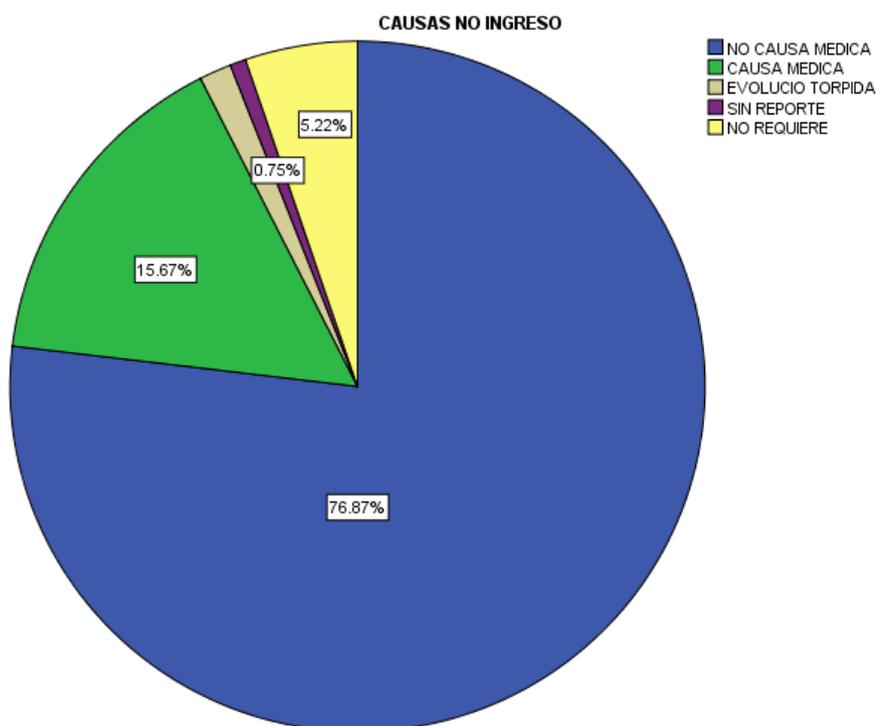
El presente trabajo se presentará ante el comité local de investigación para su Autorización y registro.

IX.- RESULTADOS

CUADRO 1.- PORCENTAJE DE LAS CAUSAS DE ESTANCIA PROLONGADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ NO 29, ENERO 2013- DICIEMBRE 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO CAUSA MEDICA	103	76.9	76.9	76.9
CAUSA MEDICA	21	15.7	15.7	92.5
EVOLUCIO TORPIDA	2	1.5	1.5	94.0
SIN REPORTE	1	.7	.7	94.8
NO REQUIERE	7	5.2	5.2	100.0
Total	134	100.0	100.0	

GRAFICO 1.- PORCENTAJE DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ESTANCIA PROLONGADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ NO 29, ENERO 2018- DICIEMBRE 2018

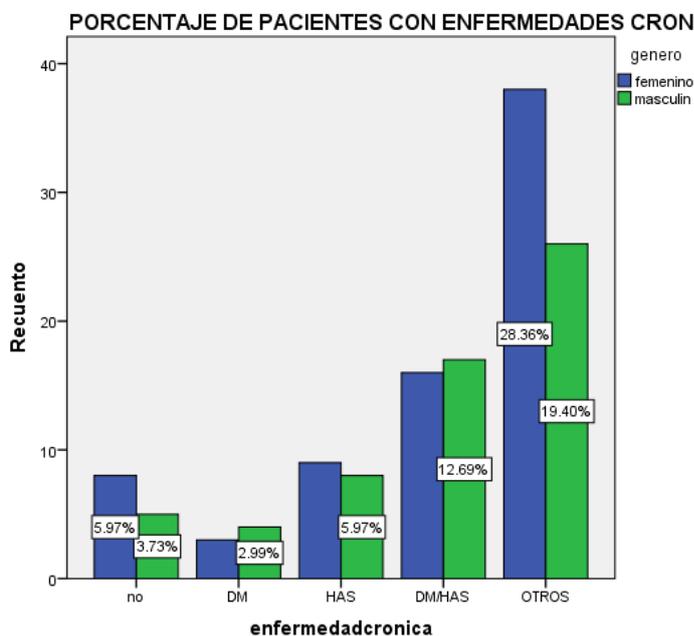


En el Hospital General de Zona más del 76% de los pacientes que presentan estancia prolongada, es por causa No médica, y menos del 1% es por evolución tórpida, sin embargo menos del 16% presentan estancia prolongada por causa médica. Cuadro 1,

CUADRO 2.- ANALISIS DE CAUSAS DE ESTANCIA PORLONGADA POR ENFERMEDAD CRÓNICA (DIABETES MELLITUS, HAS, DM-HAS, OTROS) POR GÉNERO

			genero		Total
			femenino	masculin	
enfermedadcronica	No	Recuento	8	5	13
		% dentro de enfermedadcronica	61.5%	38.5%	100.0%
DM	DM	Recuento	3	4	7
		% dentro de enfermedadcronica	42.9%	57.1%	100.0%
HAS	HAS	Recuento	9	8	17
		% dentro de enfermedadcronica	52.9%	47.1%	100.0%
DM/HAS	DM/HAS	Recuento	16	17	33
		% dentro de enfermedadcronica	48.5%	51.5%	100.0%
OTROS	OTROS	Recuento	38	26	64
		% dentro de enfermedadcronica	59.4%	40.6%	100.0%
Total		Recuento	74	60	134
		% dentro de enfermedadcronica	55.2%	44.8%	100.0%

GRAFICO 2.- ANALISIS DE CAUSAS DE ESTANCIA PORLONGADA POR ENFERMEDAD CRÓNICA (DIABETES MELLITUS, HAS, DM-HAS, OTROS) POR GÉNERO

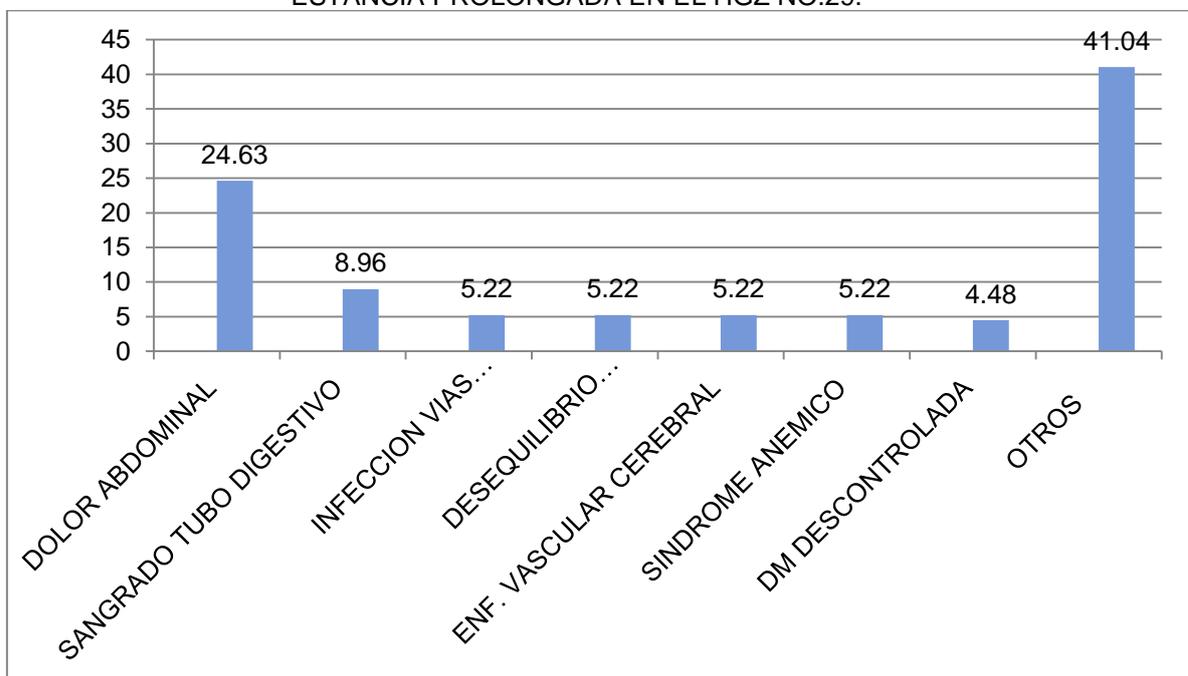


Durante la observación se identificó que la enfermedad crónica más frecuente como causa de estancia prolongada en el servicio de urgencias es la presencia de Diabetes Mellitus con Hipertensión Arterial Sistémica, con más presencia en el género masculino, sin embargo la mayoría de los pacientes que se mantienen en estancia prolongada es por otras causas definidas como enfermedades reumáticas, oncológicas, pulmonares, etc. Gráfico 2.

CUADRO 3.- PORCENTAJE DE ENFERMEDAD AGUDA COMO CAUSA DE ESTANCIA PROLONGADA EN EL HGZ NO.29.

DOLOR ABDOMINAL	24.63
SANGRADO TUBO DIGESTIVO	8.96
INFECCION VIAS RESPIRATORIAS BAJAS	5.22
DESEQUILIBRIO ELECTROLITOS	5.22
ENF. VASCULAR CEREBRAL	5.22
SINDROME ANEMICO	5.22
DM DESCONTROLADA	4.48
OTROS	41.04

GRAFICO 3.- TABLA 3.- PORCENTAJE DE ENFERMEDAD AGUDA COMO CAUSA DE ESTANCIA PROLONGADA EN EL HGZ NO.29.

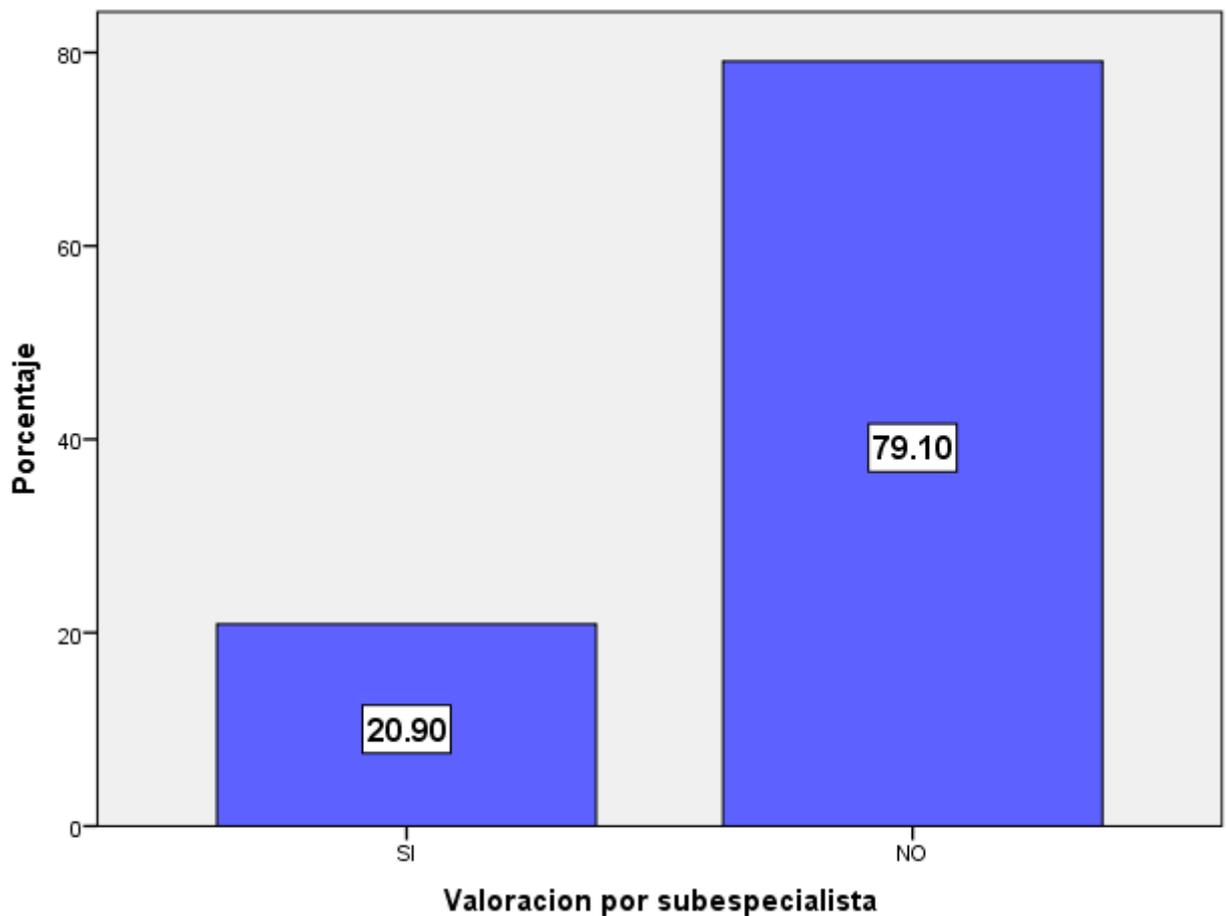


La primer causa de enfermedad aguda y en la q el paciente presenta tiempo de estancia prolongada es por dolor abdominal seguido por el sangrado de tubo digestivo. Cuadro 3

CUADRO 4.-PORCENTAJE DE RETARDO EN LA VALORACIÓN DE SUBESPECIALISTA COMO CAUSA DE ESTANCIA PROLONGADA EN EL HGZ NO.29.

	Frecuencia	Porcentaje
SI	28	20.9
Válidos NO	106	79.1
Total	134	100.0

GRAFICO 4.-PORCENTAJE DE RETARDO EN LA VALORACIÓN DE SUBESPECIALISTA COMO CAUSA DE ESTANCIA PROLONGADA EN EL HGZ NO.29.

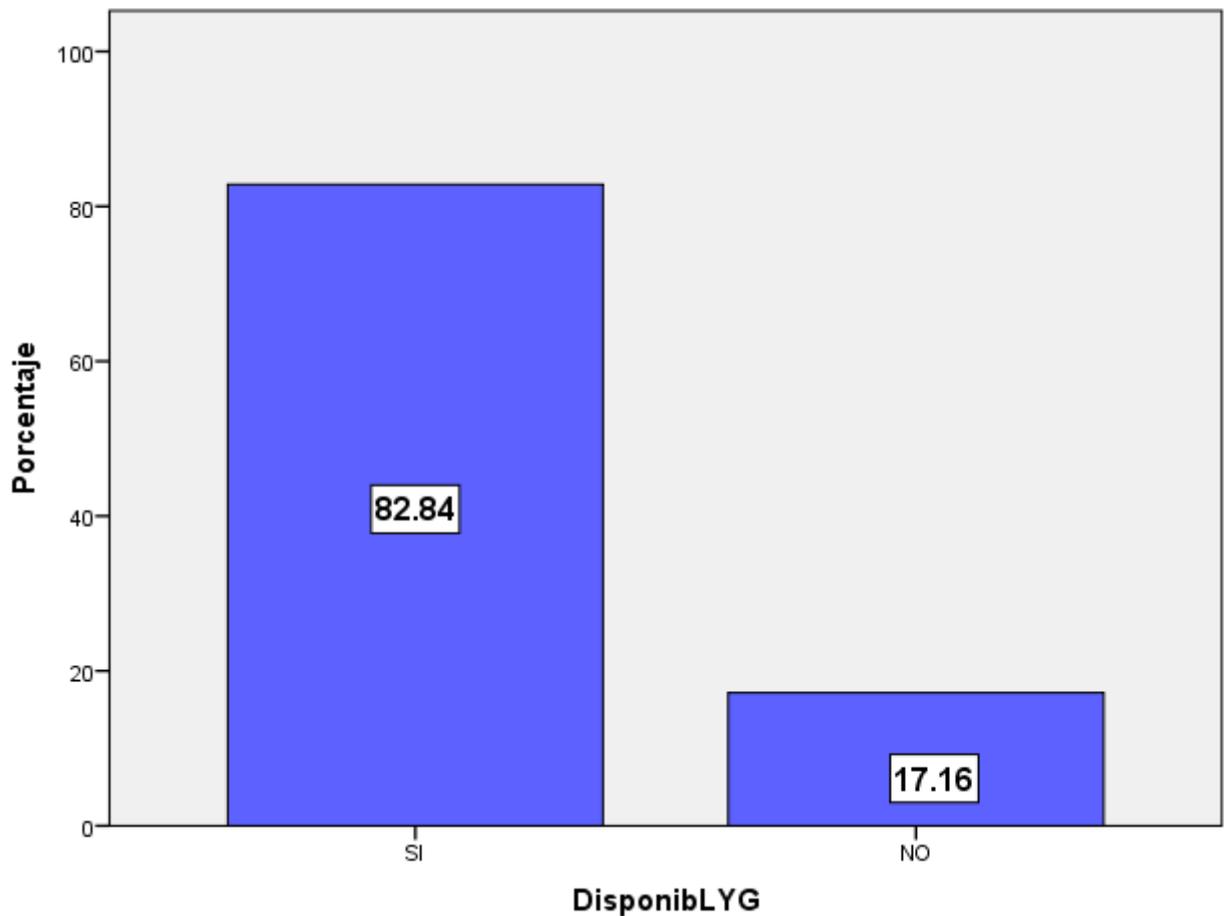


La valoración por subespecialista en el paciente con estancia prolongada es aplicada en casi el 80% de los pacientes de urgencias. Gráfico 4.

CUADRO 5.-PORCENTAJE DE LA NO DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIO DE LABORATORIO Y GABINETE COMO CAUSA DE ESTANCIA PROLONGADA EN EL HGZ NO. 29.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	111	82.8	82.8	82.8
Válidos NO	23	17.2	17.2	100.0
Total	134	100.0	100.0	

GRAFICO 5.-PORCENTAJE DE LA NO DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIO DE LABORATORIO Y GABINETE COMO CAUSA DE ESTANCIA PROLONGADA EN EL HGZ NO. 29.

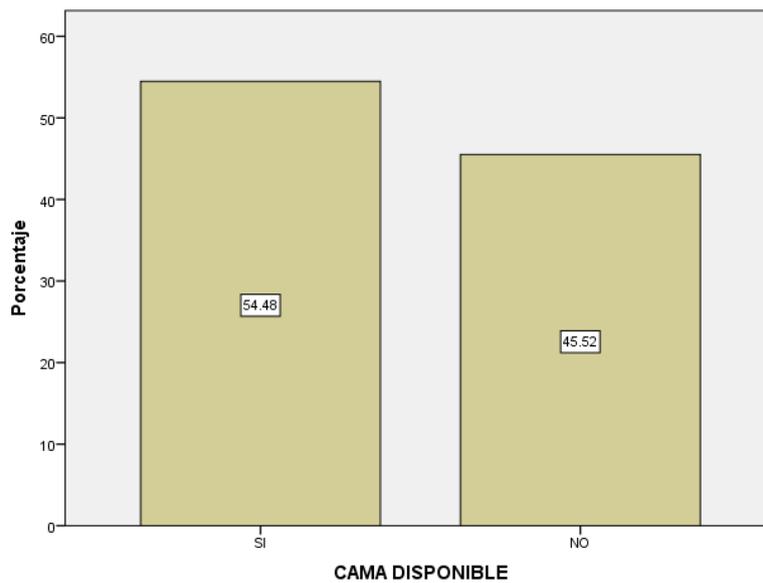


En más del 80% de pacientes con estancia prolongada la disponibilidad de estudios de laboratorio y gabinete es oportuna en el servicio de urgencias. Gráfico 5.

CUADRO 6.- ANALISIS DE CAMAS NO DISPONIBLES COMO CAUSA DE ESTANCIA PROLONGADA EN EL HGZ NO. 29.

			CAMADISPONIBLE		Total
			SI	NO	
CAUSAS NO INGRESO	NO CAUSA MEDICA	Recuento	51	52	103
		% dentro de CAMADISPONIBLE	69.9%	85.2%	76.9%
	CAUSA MEDICA	Recuento	15	6	21
		% dentro de CAMADISPONIBLE	20.5%	9.8%	15.7%
	EVOLUCIO TORPIDA	Recuento	1	1	2
		% dentro de CAMADISPONIBLE	1.4%	1.6%	1.5%
	SIN REPORTE	Recuento	1	0	1
		% dentro de CAMADISPONIBLE	1.4%	0.0%	0.7%
	NO REQUIERE	Recuento	5	2	7
		% dentro de CAMADISPONIBLE	6.8%	3.3%	5.2%
	Total	Recuento	73	61	134
		% dentro de CAMADISPONIBLE	100.0%	100.0%	100.0%

GRAFICO 6.- PORCENTAJE DE CAMAS NO DISPONIBLES COMO CAUSA DE ESTANCIA PROLONGADA EN EL HGZ NO. 29

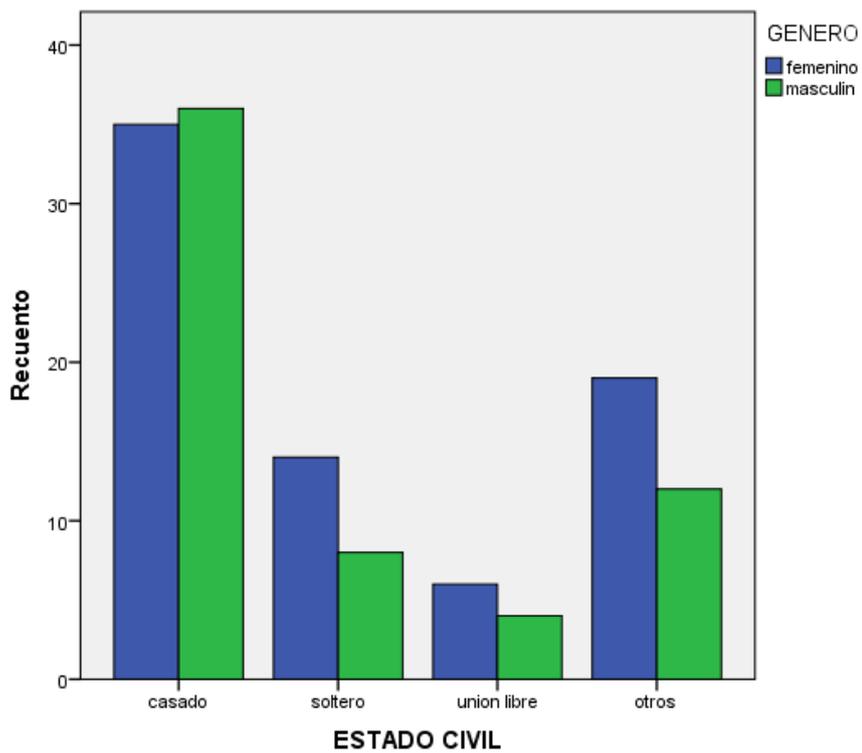


En más del 54% de los pacientes con estancia prolongada en el servicio de urgencias presentaron la notificación de cama disponible en hospitalización y no habían sido ingresados.

CUADRO 7.- ANALISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON ESTANCIA PROLONGADA EN EL HGZ NO29.

		genero		total
		femenino	masculin	
casado	recuento	35	36	71
	% dentro de genero	47.3%	60.0%	53.0%
soltero	recuento	14	8	22
	% dentro de genero	18.9%	13.3%	16.4%
union libre	recuento	6	4	10
	% dentro de genero	8.1%	6.7%	7.5%
otros	recuento	19	12	31
	% dentro de genero	25.7%	20.0%	23.1%
total	recuento	74	60	134
	% dentro de genero	100.0%	100.0%	100.0%

GRAFICO 7.- ANALISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON ESTANCIA PROLONGADA EN EL HGZ NO29.



CONCLUSIÓN

La principal causa de estancia prolongada en el servicio de urgencias es no médica, y aparentemente no está vinculada con la disponibilidad de laboratorios ni gabinete, y sin mayor frecuencia de no disponibilidad de cama.

DISCUSIÓN

Montero et al, señalaron en su artículo dedicado a observación que el número de camas era deficitario en el 56% de los servicios de urgencias, la estancia media mayor de la deseada y que debía potenciarse personal con dedicación exclusiva a este área. A diferencia del Hospital General de Zona No. 29 en el cual más 50% de los pacientes presentaron cama disponible durante su estancia en urgencias.

Esta diferenciación, en relación a los facultativos, pensamos que no tendrá mucho sentido en un futuro si se consolida la Especialidad, pero resaltamos que la observación de urgencias debe ser atendida siempre por personal de urgencias, por las características de su formación multidisciplinaria y capacidad de priorizar, y en absoluto y de forma general, por otras especialidades que desvirtúen su función dentro del Servicio.

XII.- BIBLIOGRAFIA

1. Villalobos Aguilar Y. Eficacia en la realización del Triage, México D: F 2011 pág. 2-3.
2. Triage hospitalario de primer contacto en el servicio de urgencias adultos para el segundo y tercer nivel de atención México, secretaría de salud 2008.
3. Loria C Jorge Revista cubana de Medicina Interna y emergencias 2005 pág. 2.
4. Pastrana Maldonado Urgencias reales y sentidas febrero del 2010 pág. 17.
5. Manual de organización de las unidades medicas hospitalarias de segundo nivel de atención clave 2000-002-005.
6. Quintana J.M Aristegui encuesta de satisfacción de los pacientes de urgencias de hospitales agudos 2004.
7. Mira JJ. Rodríguez Marín causas de satisfacción e insatisfacción en urgencias Rev. Calidad vol. 16:390-6. 2001.
8. Walter Carlos Perfil del paciente de medicina en un hospital público. Acta med. 26(4) 2009.
9. M.A Carbonell T. Determinantes de tiempos de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. 2006 18:30-35.
10. Norma que establece las disposiciones para otorgar atención medica en unidades médicas hospitalarias del segundo nivel del IMSS. 2000-001-016 pág. 10-13.
11. Norma oficial mexicana NOM-206-SSA1-2002 regulación de los servicio de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicio de urgencias de los establecimientos de atención medica.
12. Flores CR. La saturación en los servicios de urgencias una llamada a la unidad. Emergency. 2011. 23, 59-64
13. Elpelde F, Iglesias-Lepine ML, Anarte L. En plena crisis económica: coste y efectividad de las unidades de estancia corta hospitalarias. An. Sist. Sanit. Navar. 2012, Vol. 35, Nº 3. 469-75.

14. Zonana AN. Tiempo de estancia en Medicina Interna. Función del médico hospitalista. Rev. Med. IMSS. 2011; 49 (5): 527-531
15. Blúmer J. cuidados intensivos en pediatría 1993 anexo 34 Well-Mackie J. Clinical assessment and priority setting. Nursing clinics off North America 16 (1) 3-11
16. Sampere Selva. Validez del protocolo de adecuación del servicio de urgencias. Revista Española de Salud pública N.4 julio-agosto 1999 pag.2.
17. Dirección general del desempeño, dirección general de información en salud, secretaria de salud. Indicadores de resultados 2002. Información para la evaluación de los sistemas de salud. Salud pública de México. 2004; 46:4: 351-362.
18. Choi, Wong TW, Wardrope J. Triage rapid initial assessment by doctor (TRIAD) improves. Waiting time and processing time of the emergency department. Emergency Medicine Journal 2006; 23: 262–265.
19. Florido Mancheño. Revisión de los estándares de acreditación para los servicios de urgencias de Hospitales a propósito de las jornadas de 48 horas semanales. Servicio de urgencias Hospital universitario de Sevilla España. Emergencias 2009; 21: 301-305
20. Peña VR. El servicio de urgencias ¿una extensión del servicio de Medicina Interna? Rev. Mex. Medicina de urgencias 2002 1(2)
21. Miranda Cerda. La atención de urgencias ¿una cadena de vida? Asociación Mexicana de Medicina de Urgencias. Vol. 4, Núm. 3 - Septiembre-Diciembre 2012 pág. 93-95.
22. Secretaría de Salud. Observatorio del Desempeño Hospitalario 2011. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud. México, 2012.
23. Font Ismael. Análisis de las consultas a un servicio de urgencias hospitalario según el origen de los pacientes. Palma de Mallorca España. Emergencias 2009 21: 262-268.
24. Loria castellanos, Flores Maciel. Frecuencia y factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un hospital. Cirugía y cirujanos IMSS 2010; 78:508-514.

ANEXO 1.-

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la Comisión Nacional de Investigación Científica con el número:

El objetivo del estudio es:

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: _____

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del sujeto

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable

Número (s) telefónico (s) a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Testigo

Nombre y firma

Testigo

Nombre y firma

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS. NUMERO 01.

NUMERO DE AFILIACION _____.

TIEMPO DE ESTANCIA EN URGENCIAS _____.

EDAD _____ SEXO _____ OCUPACION _____.

ESTADO CIVIL _____.

CAUSA: _____.

ENFERMEDAD AGUDA _____.

ENFERMEDAD CRONICA _____.

VALORACION POR SUBESPECILISTA EN EL MISMO TURNO _____.

DISPONIBILIDAD DE LABORATORIO Y GABINETE _____.

CAMA DISPONIBLE _____ . CAUSA _____.

CAUSA NO MEDICA _____.

