UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.46

VILLAHERMOSA, TABASCO

TITULO:

"CARACTERISTICAS DE PACIENTES ATENDIDOS EN SALA DE CHOQUE DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 46, VILLAHERMOSA, TABASCO."

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JORGE ARMANDO SANCHEZ HERNANDEZ

ASESORES

DR. RAFAEL BLANCO DE LA VEGA

DRA. RITA RIVERA GARCIA

VILLAHERMOSA, TABASCO **FEBRERO 2018**

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

DEDICATORIA

A DIOS

…. que supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, quien me enseñó a encarar las adversidad sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento…..

Gracias por estar conmigo hoy y siempre….

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme la dicha de cumplir mis metas, por no dejarme caer en momentos difíciles y por tantas bendiciones.
A mi casa por 3 años de residencia el Hospital General de Zona no. 46.

A mi esposa Alethia Dafne Álvarez León y a mis hijos Matías, Gael y María José Sánchez Álvarez por su paciencia, amor, cariño, pero sobre todo por el tiempo y espacio que era de ellos y me permitieron la culminación de mi especialidad.

A mis maestros por su enseñanza desinteresada, por su paciencia y por guiar mi crecimiento profesional.

A mis directores de tesis Dr. Rafael Blanco de la Vega, la Dra. Rita Rivera García por su constante apoyo, consejos, paciencias y por la honesta amistad de estos 3 años.

A mis compañeras Cleopatra Avalos Díaz y Rita Inchaustegui Balcázar por compartir conmigo por las etapas buenas y difíciles y a pesar de las circunstancias siempre estuvimos juntos.

Muchas gracias a todos……..

ABREVIATURAS

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

NOM: Norma Oficial Mexicana

OMS: Organización Mundial de la Salud.

UMF. Unidad Médica Familiar

UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México

GLOSARIO

CARACTERIZACION: Al inicio de cualquier estudio de caracterización es muy importante definir con exactitud cuál será nuestra población de interés a estudiar. Según Bolaños (1999) es recomendable realizar una investigación de tipo descriptivo-analítico.

SALA DE CHOQUE: La Unidad de Reanimación es el área destinada para la atención de aquellos pacientes que arriban a Urgencias y que ameritan tratamiento médico inmediato, ya que la vida o función de algún órgano está en riesgo inminente, y se destina a la estabilización inicial del paciente y a la realización de diversos procedimientos invasivos necesarios para conseguir dicho objetivo.

SERVICIO DE URGENCIAS: Es el conjunto de áreas, equipos, personal profesional y técnico de salud, ubicados dentro de un establecimiento público, social o privado, destinados a la atención inmediata de una urgencia médica o quirúrgica.

URGENCIA: Es todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata.

“CARACTERISTICAS DE PACIENTES ATENDIDOS EN SALA DE CHOQUE DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 46, VILLAHERMOSA, TABASCO”

RESUMEN

CARACTERISTICAS DE PACIENTES ATENDIDOS EN SALA DE CHOQUE DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 46, VILLAHERMOSA, TABASCO. Sánchez Hernández JA R1MU. Blanco De la Vega-Pérez B. Asesor de tema, Rivera-García R. Asesor metodológico.

Antecedentes: La Norma Oficial Mexicana define sala de shock como, conjunto de equipos, personal profesional y técnicos de salud, ubicado dentro de un establecimiento público, social o privado, destinado a la atención inmediata de una urgencia médica o quirúrgica la cual es todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.

Objetivo: Determinar las características de pacientes atendidos en la sala de choque del Hospital General de Zona No. 46, de Villahermosa, Tabasco en el periodo de enero 2016 a junio 2016.

Material y Método: Estudio Descriptivo, retrospectivo y transversal que se realizará en el servicio de urgencias del hospital general de zona no. 46, Villahermosa Tabasco, basándose en los datos que se obtendrán del total de pacientes que ingresen al área de choque de todos los turnos, con criterios de selección y eliminación. Así como los resultados obtenidos del registro se procesará a través de cuadros y gráficas para posteriormente concluir sobre los resultados y comparar con la literatura existente.

Resultados: En el área de choque encontramos que el 25% de las urgencias en el hospital general de zona no. 46 son reales y corresponde a los código rojo y naranja. De acuerdo a la edad de más frecuencia en la sala de choque es de 36 a 50 años de edad con el 20.7% y de 51 a 65 años de edad el 34.7%. y de acuerdo con las patologías con urgencias reales encontramos que las cardiovasculares alcanzan el 36.8% seguidas de las traumáticas con 17.4%, otras patologías el 14% las neurológicas 12.9%, metabólicas y quirúrgicas 5.9% y los canceres el 3.4%.

Conclusiones: Los resultados de este estudio son de vital importancia para conocer estadísticamente a los pacientes que ingresan a la sala de choque y poder contar con los insumos adecuados de acuerdo a los diagnósticos de urgencias presentados; así como las condiciones adecuadas de acuerdo a la NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

Palabras Claves: Características, Diagnósticos de pacientes de urgencias, Sala de choque.

ABSTRACT

CHARACTERISTICS OF PATIENTS SERVED IN SHOCK ROOM OF GENERAL HOSPITAL OF ZONE NO. 46, VILLAHERMOSA, TABASCO.

Background: The Official Mexican Standard defines a shock room as a set of equipment, professional personnel and health technicians, located within a public, social or private establishment, intended for the immediate attention of a medical or surgical emergency which is all problem Acute, life-threatening, an organ or a function and requiring immediate attention.

Objective: To determine the characteristics of patients treated in the crash room of the General Hospital of Zone No. 46, Villahermosa, Tabasco from January to June 2016.

Material and Method: A descriptive, retrospective and transversal study to be performed in the emergency department of the general hospital of zone No. 46, Villahermosa, Tabasco, based on the data that will be obtained from the total number of patients entering the shock area of all the shifts, with criteria of selection and elimination. As well as the results obtained from the registry will be processed through tables and graphs to later conclude on the results and compare with the existing literature.

Results: In the area of shock we find that 25% of the emergencies in the general hospital of zone No. 46 are real and correspond to the red and orange codes. According to the most frequent age in the crash room is 36 to 50 years of age with 20.7% and from 51 to 65 years of age 34.7% and according to the pathologies with real urgencies we find that the cardiovascular ones reach 36.8% followed by traumatics with 17.4%, other pathologies 14% neurological 12.9%, metabolic and surgical 5.9% and cancers 3.4%.

Conclusions: The results of this study are of vital importance to know statistically the patients who enter the crash room and to have the appropriate supplies according to the emergency diagnoses presented; As well as the appropriate conditions, according to NOM-016-SSA3-2012, which establishes the minimum infrastructure and equipment characteristics of hospitals and specialized health care practices.

Key Words: Characteristics, Diagnostics of emergency patients, Shock room.

INDICE

I.-INTRODUCCION 1

II.-MARCO TEORICO

- Antecedentes 2
- urgencias médicas 4
- características de sala de shock 5
- lineamientos específicos de la norma oficial mexicana nom-027-ssa3-2013, regulación de los servicios de salud. 7

III.-JUSTIFICACION 9

IV.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 10

V.-OBJETIVOS E HIPOTESIS 11

VI.-METODOLOGIA 12

- **TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO** 12
- **CRITERIOS DE SELECCIÓN** 13
- **VARIABLES DE ESTUDIO** 14
- **PROCESAMIENTO DE DATOS** 15
- **ANALISIS ESTADISTICO** 15

VII.-ASPECTOS ETICOS 16

VIII.-RESULTADOS 17

IX.-DISCUSION 23

X.-CONCLUSION 24

XI.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 25

XII.-ANEXOS 28

- **CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS** 29
- **CONSENTIMIENTO INFORMADO** 30
- **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES** 32

I.- INTRODUCCIÓN:

El mal funcionamiento del Departamento de Urgencias provoca una saturación del servicio y entorpecimiento en la atención de los pacientes. A pesar de existir protocolos de selección de pacientes de acuerdo a la prioridad de atención, en numerosos Departamentos de Urgencias se puede observar un uso inadecuado de las Unidades de Reanimación por parte de los médicos; sin embargo, en la literatura científica no existe evidencia que demuestre y explique este fenómeno

Los servicios de urgencias constituyen en la comunidad la extensión de la atención médica, por lo que es necesario proporcionar esta en forma inmediata a personas de padecimientos agudos o con problemas crónicos agudizados; Los cuales desencadenan una afectación tanto individual como social y constituyen la principal vía de ingreso a un hospital. La organización de los mismos muestra diversos modelos de atención acordes con las necesidades y características de cada país.

Es importante señalar la importancia de contar con un área de choque para la protección y asistencia inmediata del paciente grave con idoneidad, seguridad y calidad donde participen con efectividad todos los componentes del equipo de emergencia.

Por lo que este estudio nos muestra la caracterización de nuestra sala de choque del Hospital General de Zona no. 46 proporcionando información sociodemográfica del paciente y el tipo de diagnóstico frecuente con el que contamos en el servicio de urgencias del instituto Mexicano del Seguro Social.

II.-MARCO TEORICO

- **ANTECEDENTES**

En Europa los servicios de urgencias se encuentran divididos en área de consulta externa, corta estancia, observación y reanimación y son atendidos por médicos internistas, cirujanos y ocasionalmente anestesiólogos; los procedimientos invasivos se realizan en cubículos equipados. El promedio de ingreso al día es el 30% en su mayoría se trata de pacientes traumatizados o con patología cardiovascular o metabólica que posteriormente serán llevados a la unidad de cuidados intensivos. (1-8)

En Asia las enfermedades cardiovasculares, lesiones e intoxicaciones son los principales motivos de ingreso y, en menor frecuencia, los procesos infecciosos, la desnutrición y la deshidratación; predominan los pacientes mayores de 50 años. (9-13)

En África el servicio de urgencias se divide en accidentes y urgencias ya que existe un elevado índice de ingresos por traumatismos y lesiones por lo que el servicio de urgencias al año la unidad de traumatismos atiende aproximadamente a 20 mil pacientes, y la médica a 60 mil; los servicios son manejados por especialistas en cirugía general, medicina familiar y medicina interna; En Namibia se cuenta con pocos servicios de urgencias, los cuales se encuentran divididos en áreas de admisión, sala de procedimientos especiales, sala de resucitación y sala de pacientes críticos, equipadas con camas con monitor, equipo de intubación, cirugía menor, desfibriladores y ventiladores; actualizados;. la atención se distribuye en 75 % para urgencias médicas y 25 % para urgencias por traumatismos.(14-15)

El Medio Oriente, primordialmente Líbano, ha tenido un alto desarrollo y sus unidades de urgencias se encuentran equipadas con la más alta tecnología. Aunque no existen estadísticas precisas al momento, las lesiones traumáticas son el principal motivo de ingreso, debido probablemente a la actividad bélica en esa región. (16-17)

En México no existe documentación de las áreas de choque como tal se encontraron estudio como en el Hospital Regional General “Ignacio Zaragoza” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que ofrece atención médica de tercer nivel, localizado en la zona oriente de la ciudad de México y cuya población es de 1 075 699 habitantes, de los cuales 616 989 son derechohabientes de esa unidad. Su área de influencia comprende colonias de Ciudad Nezahualcóyotl, Moctezuma, Balbuena, Iztapalapa, zona oriente del Estado de México, Iztacalco y Venustiano Carranza. Por un periodo de cinco años en dicha investigación se estudiaron las características del servicio de urgencias para adultos. Los resultados fueron los siguientes: atención de 231 229 consultas de urgencias, con un promedio anual de 46 246 y media mensual de 3854; donde los principales diagnósticos: politraumatismo, diabetes mellitus descompensada, hipertensión arterial sistémica descompensada, cirrosis hepática e insuficiencia respiratoria crónica; 84 % de los pacientes regresó a su domicilio y 16 % ingresó a observación. En la sala de choque el1 % fue llevado a terapia intensiva y 2 % falleció por padecimiento grave. El promedio de estancia fue de 1.7 días. Las principales causas de muerte fueron sangrado de tubo digestivo, neumonía, estado hiperosmolar, cardiopatía coronaria e insuficiencia renal. (18-20)

En el estado de Tabasco no existen publicaciones caracterizando la sala de choque en los distintos hospitales de la entidad.

- **URGENCIAS MÉDICAS**

DEFINICION: Es la Unidad donde se concentran las facilidades físicas para la atención de pacientes niños y adultos que presentan urgencias médico quirúrgicas en forma individual, colectivas y atención masiva de pacientes en caso de desastres donde la urgencia médica leve es la Situación clínica de un paciente en la que solo requiere tratamiento sintomático y su vida no corre peligro. Debe ser atendida previa a la clasificación de la situación clínica que la realiza un profesional de la salud capacitado. La Urgencia Médica Moderada es la Situación clínica de un paciente en la requiere necesariamente de consulta médica y exámenes complementarios y una proporción puede requerir internamiento y la Urgencia Médica Grave Situación clínica donde el paciente no puede movilizarse ni valerse por sus propios medios y requiere internamiento y/o intervención quirúrgica inmediata. En ambos casos la vida del paciente está en riesgo de perderla. (21-23)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, una urgencia médica se define como toda aquella situación que, en opinión del paciente, su familia o quien tome la decisión, requiere una atención médica inmediata.[24] El proceso de clasificación de los pacientes que acuden al Departamento de Urgencias se ha convertido en una necesidad debido a la gran demanda de atención y a la saturación que, en ocasiones, sufre dicho servicio, sin realmente constituir situaciones de desastres, catástrofes o alguna otra contingencia masiva, o incluso corresponder únicamente a una urgencia real. De no realizarse una adecuada clasificación de los pacientes para su atención se puede desarrollar de manera súbita una desproporción entre la oferta y la demanda del servicio. La clasificación de los pacientes se ha venido realizando, de manera formal o informal, desde que se crearon los Departamentos de Urgencias en un afán por mejorar la organización en el funcionamiento del servicio y la atención del paciente.[25]

En relación con la asistencia prestada, la afluencia de pacientes no urgentes provoca aglomeraciones, demora en la atención de pacientes que sufren

situaciones de riesgo vital, largos tiempos de espera, «fugas» de pacientes que optan por marcharse sin que se les atienda, e incluso episodios de violencia. Lo anterior da pie a que se produzcan errores médicos y omisiones graves o a que se realice una medicina defensiva y que aumente la frustración del personal sanitario. Reiteradamente se ha señalado una relación inversa entre la presión asistencial y la calidad de los servicios prestados.[26]

La Unidad de Reanimación es uno de los componentes del Departamento de Urgencias es la Unidad de Reanimación y, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana sobre la regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los Servicios de Urgencias de los establecimientos de atención médica, se debe disponer de manera obligatoria de una Sala de Choque o Unidad de Reanimación. La Unidad de Reanimación es el área destinada para la atención de aquellos pacientes que arriban a Urgencias y que ameritan tratamiento médico inmediato, ya que la vida o función de algún órgano está en riesgo inminente, y se destina a la estabilización inicial del paciente y a la realización de diversos procedimientos invasivos necesarios para conseguir dicho objetivo. Esta unidad constituye una de las principales vías de ingreso de pacientes al hospital pudiendo llegar a tener un elevado número de éstos. En un sentido estricto, los pacientes que arriban a la Unidad de Reanimación deberían encontrarse en un nivel de prioridad I o II.[27]

- **CARACTERISTICAS DE LA SALA DE CHOQUE**

Criterios de Atención: 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.

EQUIPO PARA ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CURACIONES

DESCRIPCION

Aspirador Bolsa,

Válvula,

Mascarilla auto inflable o un tanque de oxígeno de 1 a 3 L

Collarín cervical de tres tamaños

Diversos tipos de férulas

Cánulas rectas, de diversas medidas Laringoscopio con hojas infantil y adulto Porta suero

Materiales, Medicamentos, e Instrumental para el Botiquín de Urgencias

DESCRIPCION DEL MATERIAL DE CURACION

Apósitos Gasas Algodón 500 g

Sutura nylon 000

Tela adhesiva

Vendas elásticas diversas medidas

Jeringas diversas medidas

Vendas de yeso

Guantes de hule estériles

Campos estériles

- **NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.** (28)

La norma oficial refiere que el servicio deberá cumplir con las características siguientes referido en el numeral 3.14 de esta norma. Donde se ubicará en la planta baja del establecimiento y deberá contar con accesos directos para vehículos y peatones desde el exterior del inmueble, así como con los señalamientos suficientes que orienten a los usuarios.

Deberá contar como mínimo con las siguientes áreas: Estación de camillas y sillas de ruedas, ubicada junto al pasillo de acceso de ambulancias y vehículos, así como al módulo de recepción y control; Módulo de recepción y control, ubicado de tal forma que pueda ser fácilmente identificado por los usuarios, para favorecer la recepción inmediata de la persona que será ingresada.

Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención, ubicados con acceso directo desde la sala de espera, el módulo de recepción y control, mismos que deberán contar como mínimo, con un área para entrevista y otra para exploración. El número de estos consultorios o cubículos debe estar en correspondencia con la demanda del servicio. Área de observación con cubículos de atención, los cuales deberán tener las características siguientes: Contar con elementos divisorios fabricados con material antibacteriano, impermeable, de fácil limpieza, que aíslen y protejan la privacidad y respeto a la intimidad de los pacientes. Disponer de una toma fija por cama para el suministro de oxígeno, una toma fija de aire comprimido por cada dos camas, así como de una toma fija de aspiración controlada, pudiendo ser esta última por medio de equipos portátiles.

Área de descontaminación en establecimientos para la atención médica que atiendan urgencias traumatológicas. Área de hidratación en establecimientos para la atención médica que atiendan urgencias pediátricas. Central de enfermeras, sala

de curaciones, Sala de espera con sanitario público, pudiendo ser compartida con otras áreas. Sanitarios para el personal, las dimensiones de las áreas señaladas y sus respectivos accesos, pasillos y puertas, deben ser lo suficientemente amplios, para permitir la movilidad fácil y expedita de las camillas, equipos y del personal que interviene en la atención de los pacientes.

Los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado que cuenten con servicio de urgencias, deberán cumplir con el mobiliario y equipo que se especifica en el Apéndice Q (Normativo). En el numeral 6.6.9.1.2.7 establece la sala o cuarto de choque. (28)

III.-JUSTIFICACION.

El presente estudio aporta nuevos datos sobre la frecuentación de padecimientos, revela la necesidad de implementar un registro de datos estandarizado y protocolizar adecuadamente la derivación del paciente crítico y el personal responsable de dichas derivaciones.

La deficiencia del sistema de registro en la sala de choque y/o la ilegibilidad u omisión de datos por eso, resulta indispensable la creación de un registro informático en la sala de choque para un correcto trato de los datos, unificación de criterios y facilitar futuros estudios.

Este estudio puede ser de utilidad para organizar la actividad asistencial en la sala de shock de otros centros, ya que al aportar información sobre las patologías para atender puede servir para orientar las necesidades formativas, mejorar la organización del personal, traduciéndose en mayor rapidez y mayor calidad en la atención de pacientes críticos.

En el hospital HGZ 46 se cuenta con el personal y la infraestructura para poder realizar el estudio. Así mismo nos aportará información sobre padecimientos que se atienden con mayor frecuencia en área de choque. Se podrá tomar la información recolectada para capacitar al personal de esta institución e inclusive de otras regiones. A pesar de que las recolecciones de los datos en dicha área no son estandarizadas, nosotros implementaremos un sistema de registro para poder así obtener la información necesaria.

IV.- PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA:

Se ha reportado en el mundo un aumento importante en el número de pacientes que acuden a los servicios de urgencias medicas, paises como México han experimentado un incremento porcentual de más del 62% en solo 3 años, y en hospitales de Valencia, España, la frecuentación de hospitales llega a ser de 300-400 pacientes por cada 1000 habitantes al año, lo que es motivo de preocupación general, ya que esto conlleva a una demanda que en muchos casos tiende a colmar dichos servicios y atenta con la calidad de los mismos. (1)

En la actualidad se cuenta con escasa información lo cual nos lleva a una deficiente organización en cuanto al personal que actúa en la sala, la atención del paciente en estado crítico en las áreas de urgencias es fundamental donde el tiempo, recurso humano y materiales deben ser óptimos y oportunos.

Actualmente en el Hospital General de Zona No. 46 se cuenta con una sala de choque, sin embargo, no existen estadísticas de atención de padecimientos atendidos en sala de choque por lo que es importante reconocer cuales son los padecimientos de mayor motivo de ingreso a dicha sala, esto para poder protocolizar el manejo integral y oportuno de dichos padecimientos.

De acuerdo a lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN SALA DE CHOQUE DEL HOSPITAL HGZ- 46 DEL IMSS DELEGACIÓN TABASCO, EN EL PERIODO DE ENERO DEL 2016 A JUNIO DEL 2016?

V.-OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Identificar las características de los pacientes atendidos en sala de choque del hospital general de zona no. 46 de Villahermosa, Tabasco en el periodo noviembre del 2015 a noviembre 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

a) Características de la población atendida, en relación con sexo y edad.
b) Patologías que con más frecuencia son causas de ingreso y egreso de la Unidad de Reanimación.
c) Turno en que se presentan más ingresos a la dicha unidad.
d) Tiempo de estancia en la Unidad de Reanimación.

VI.-METODOLOGIA

- **TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO**

DISEÑO DE ESTUDIO: Observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo.

UNIVERSO DE TRABAJO: El total de la población de edad a partir de los 16 hasta menores de 90 años de cualquier sexo.

LUGAR: que entren al área de choque del servicio de urgencias del Hospital General de Zona No.46 ¨Dr. Reynaldo Pérez Berezaluces'' de Villahermosa, Tabasco, en un tiempo comprendido del 1ro de enero del 2016 al 30 de julio del 2016.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: El tamaño de la muestra es 1296 pacientes Utilizando la fórmula para población infinita, n= N*Z2*P*Q/(N-1) * D2+Z2*P*Q. En donde N representa el total de individuos que componen una población; Z representa el intervalo de confianza; Q es la contraparte del porcentaje de observaciones de una categoría y es igual a 1-P y D que corresponde al error estándar o margen de error.

$n= [N*Z\alpha2*p*q]/ [d2*(N–1)+Z\alpha2*p*q]$

Dónde:
N = total de la población (621)
Zα2 = 1.96 (2)
p = proporción esperada (0.10)
q = 1 – p (0.90)
d = precisión (0.01)
1296 x (1.96)2 x 0.10 x 0.90 / (1296 – 1) x 0.01 + 3.8416 x .10 x .90
432 x 3.92 x .10 x .90 / 431 x 0.01 + 3.8416 x .10 x .90
152.40 / .98 = 155.59

Se realizó una muestra de 101 derechohabientes. Tomando en cuenta el número de derechohabiente que no quisieron participar en el estudio.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

a).- Criterios de Inclusión: Hombre o mujer de 16 a 90 años de edad con Diagnósticos de urgencia que ingresen a la sala de choque del HGZ No.46, Villahermosa, Tabasco del 1 de enero del 2016 al 30 de junio del 2016.

b).- Criterios Exclusión: Hombres y/o mujer menor de 16 años y/o mayor de 90 años con Diagnósticos de urgencias sentida.

Los que tengan la bitácora de registro incompleto

b).- Criterios Eliminación: los derechohabientes que no tienen expediente o que no duran más de 10min.

VARIABLE DEPENDIENTE.

Sala De Choque

VARIABLE INDEPENDIENTE

Edad, sexo, Diagnostico de urgencias real, turno, tiempo de estancia, mortalidad.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo variable	Indicador	Escala de Medición
Variable dependiente					
Sala de choque	Área en la cual acude todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata.	Área de choque del servicio de urgencias	cualitativa	sala de choque	discontinua
Variable independiente					
Edad	Años que ha vivido persona desde que nació	Grupos de edad en años que ha vivido una persona	Cuantitativa	1.16 a 19años 2. 20a29años 3. 30a39años 4. 40a49años 5. 50a59años 6. 60 a 70años 7. mayores de 70años.	Continua
Sexo	Genero	Sexo biológico	Cualitativa	1.- si 2.- no	Nominal
Diagnostico	El diagnostico que aparece en la orden de ingreso	Enfermedades que ingresan a la sala de choque	cualitativa	variables	Discontinua
turno	Es el lugar que se le asignan a los derechohabientes	Según los turnos que se encuentren activos en la UMF	cuantitativa	1.- Matutino 2.- Vespertino 3.- Nocturno 4.- Jornada acumulada	nominal
tiempo de estancia	El tiempo de estancia en el area de choque	Según la evolución de la enfermedad	cuantitativa	1.-menos de lhora 2.-de 1 a 6horas 3.-más de 6hrs	Nominal
mortalidad	de lo que ha de morir o está sujeto a la muerte	Según evolución	Cualitativa	1.- si 2.- no	Nominal

- ## PROCESAMIENTO DE DATOS

Fuente de información: Bitácora implementada en área de shock para el llenado de pacientes atendidos. Se trata de una hoja de recolección que consta de 10 ítems de acuerdo a las variables tales como Edad la cual será de la escala de 16 a 19 años de 20 a 29años de 30 a 39 años, de 40 a 49años de 50 a 59 años de 60 a 70 años y mayores de 70 años de edad, Tomando en cuenta que la sala de choque se maneja solo adultos, sexo la cuales son masculino y femenino, los diagnósticos de urgencias reales que se presenten en la sala de choque, en el tiempo de estancias se manejaran las nominales cualitativas tales como menos de 1hrs, de 1 a 6 horas y mayor de 6 horas. Mortalidad con la escala de sí o no. Estas variables se incluirán en el paquete estadístico de SPSS y se realizarán tablas y gráficos para mostrar los resultados.

- ## ANALISIS ESTADISTICOS

Estas variables se incluirán en el paquete estadístico de SPSS y se realizarán tablas y gráficos para mostrar los resultados.

VII.-ASPECTOS ETICOS

El presente estudio de investigación se apega a los lineamientos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, Finlandia 1964, enmendada por la 29ª asamblea Médica Mundial de Tokio Japón en octubre del 2000, que guían al personal de salud en la investigación en seres humanos.

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano

En toda investigación las personas deben ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona.

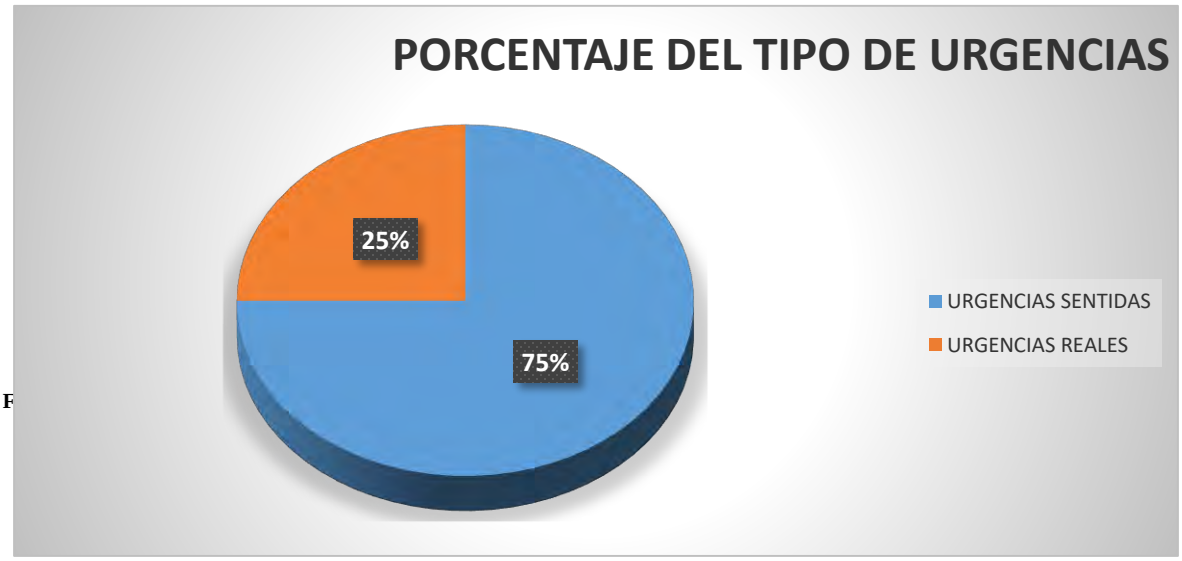
Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el investigador está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público.

VIII RESULTADOS

El total de la población de edad de 16 hasta menores de 90 años de cualquier sexo que entren al área de choque del servicio de urgencias del Hospital General de Zona No.46 ¨Dr. Reynaldo Pérez Berezaluces de Villahermosa, Tabasco, en un tiempo comprendido del 1ro de enero del 2016 al 30 de julio del 2016.

De las urgencias atendidas en el área de urgencias del Hospital General de Zona No. 46 tenemos que el 75% son urgencias sentidas las cuales corresponden a los diagnósticos de medicina familiar y solo el 25% de las urgencias son reales que ingresan a la sala de choque. Que corresponde a urgencias de códigos rojo y naranja. (Ver Gráfico 1)

Grafico 1.- Porcentaje de urgencias real y sentida



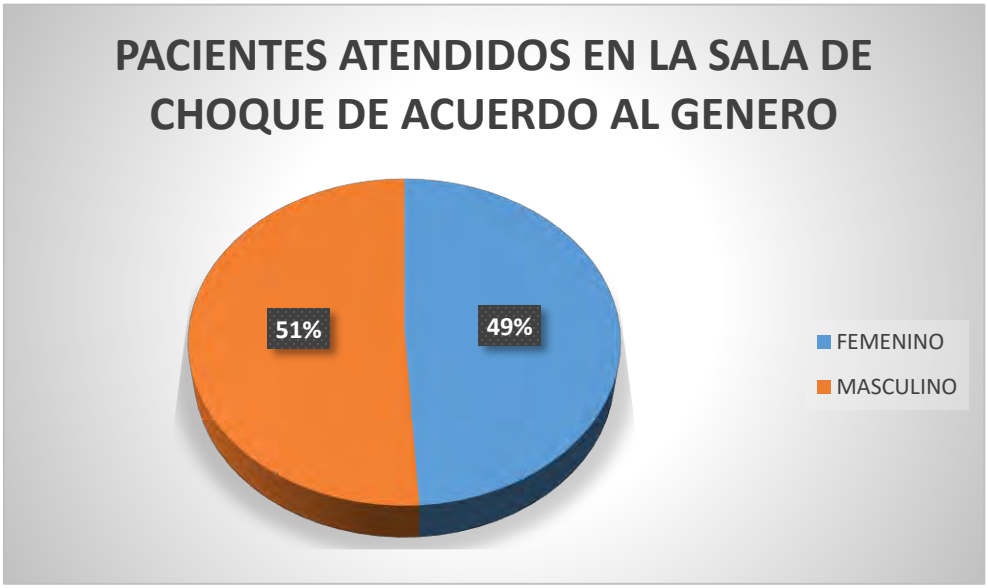
F

De acuerdo al género de los pacientes que son atendidos en la sala de choque encontramos que el 51% corresponde al sexo masculino y el 49% al sexo femenino. (Ver tabla 1 y grafico 2)

TABLA 1. PACIENTES ATENDIDOS EN LA SALA DE CHOQUE DE ACUEDO AL GENERO

SEXO	URGENCIAS	%
FEMENINO	49	49
MASCULINO	52	51
TOTAL	101	100
Fuente: información de las hojas de registro de atención de información del servicio		

Grafico 2.-



Fuente: información de las hojas de registro de atención de información del servicio

De acuerdo la edad de los pacientes que son atendidos en la sala de choque encontramos que el 9% corresponde a os paciente de 16 a 25 años de edad con un numero de 9 pacientes, de 26 a 35 años de edad corresponde a 16.8% con 17 pacientes, de 36 a 50 años de edad corresponde al 20.7% con 21 pacientes, de 51 a 65 años de edad el 34.7% con 35 pacientes y mayores de 65 años de edad con un 18.8% con 19 pacientes.(Ver tabla 2)

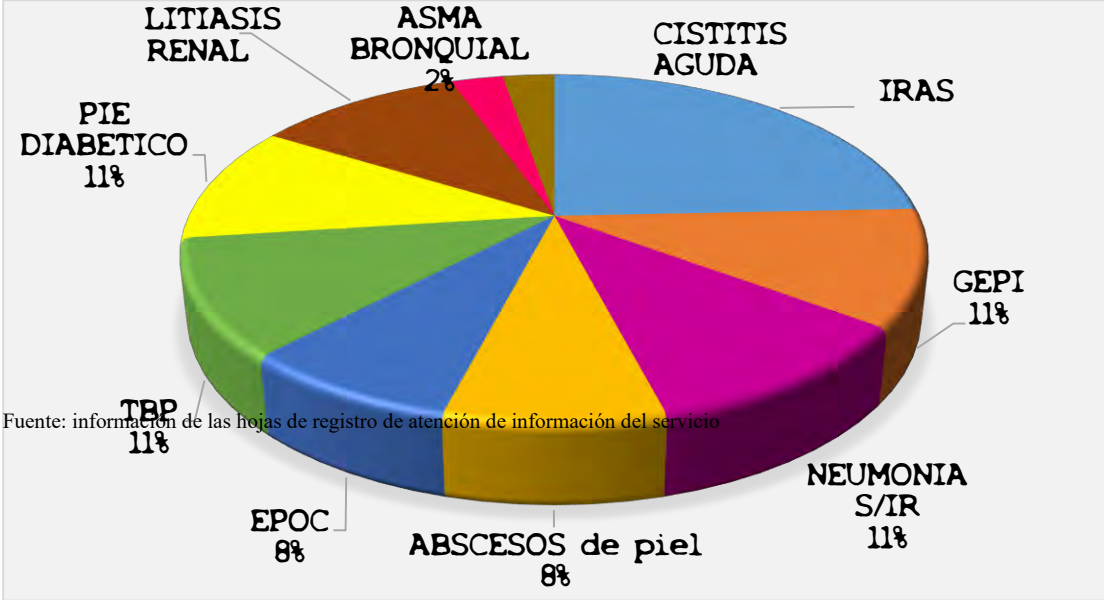
TABLA 2.- PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA DE CHOQUE DE ACUEDO A LA EDAD

EDAD	URGENCIAS	%
16-25	9	9%
26-35	17	16.8%
36-50	21	20.7%
51-65	35	34.7%
> 65	19	18.8%
TOTAL	101	100

Fuente: información de las hojas de registro de atención de información del servicio.

Los diagnósticos más frecuentes de las urgencias sentidas son de mayor a menor porcentaje las siguientes. En primer lugar, el 24% corresponde a las infecciones respiratorias agudas (IRAS) seguidas de la gastroenteritis pos infecciosa (GEPI) con un 11% al igual que las neumonías no complicadas, tuberculosis pulmonar (TBP), pie diabético, litiasis renal sin hidronefrosis sin complicaciones, posteriormente con un 8% es la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), abscesos de la piel y con menor porcentaje del 2% el asma bronquial y la cistitis aguda. (Ver Gráfico 3)

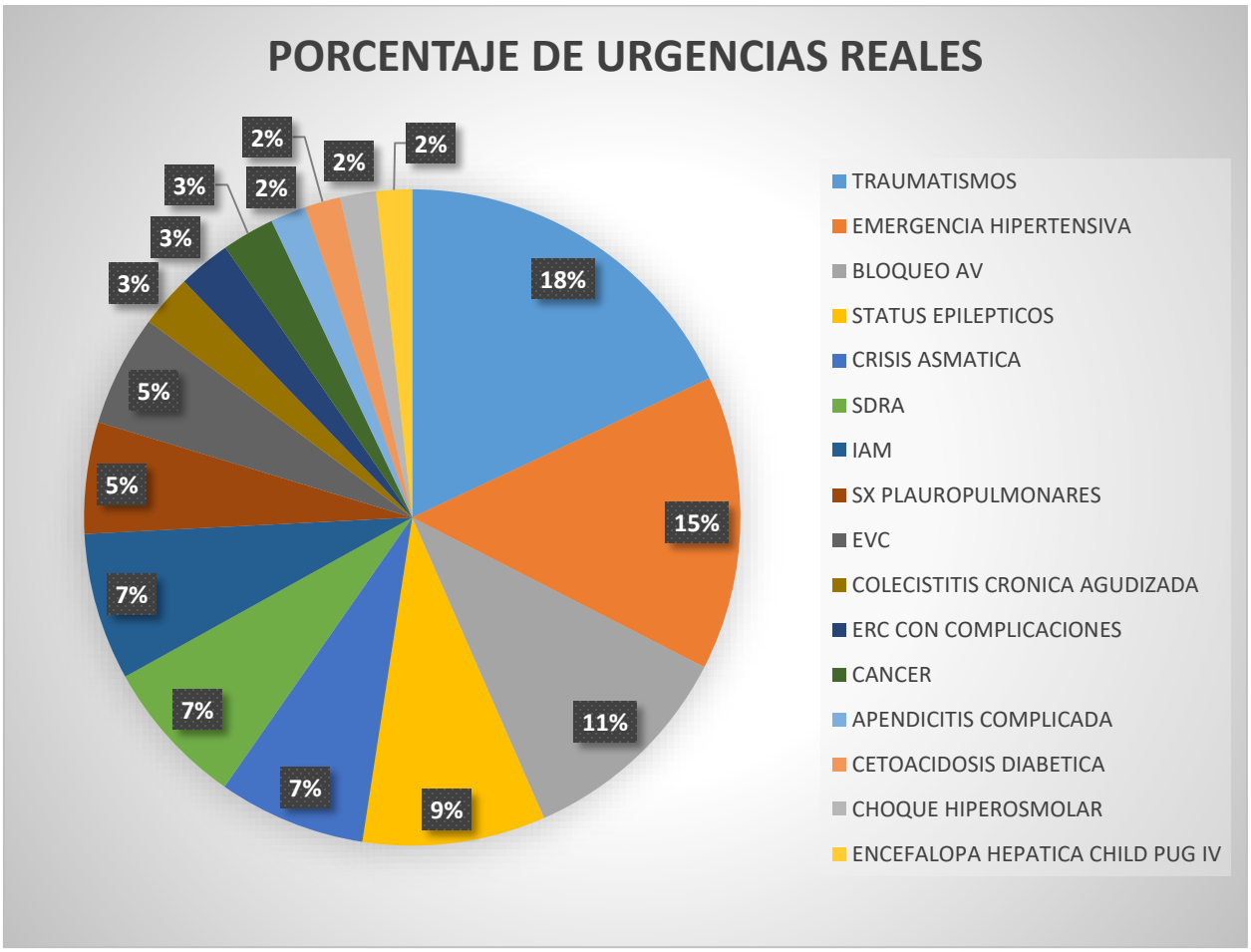
Grafico 3 - Diagnostico más frecuentes de las urgencias sentidas



Fuente: información de las hojas de registro de atención de información del servicio

El mayor porcentaje lo ha ocupado los traumatismos que correspondan a los accidentes en motocicleta, automovilísticos, etc en un 18%, seguidas de las emergencias hipertensivas en un 15% con un11% en bloqueos AV cardiovasculares, 9% status epilépticos, con el mismo porcentaje de 7% se encuentran las crisis asmáticas, el síndrome de diestress respiratorio agudo (SDRA), y el infarto agudo al miocardio (IAM) con un 5% los sx pleuropulmonares (derrame pleural) así como los eventos vasculares cerebrales (EVC) con un 3% colecistitis crónicas agudizadas, complicaciones de la enfermedad renal crónica (ERC)y los canceres y en menor porcentaje 2% la apendicitis complicada, cetoacidosis diabética, choque hiperosmolar y encefalopatías hepáticas grado avanzado.(ver Gráfico 4)

Grafico 4.-Porcentaje de diagnósticos de urgencias reales.



Fuente: información de las hojas de registro de atención de información del servicio

De acuerdo con las patologías con urgencias reales encontramos que las cardiovasculares alcanzan el 36.8% seguidas de las traumáticas con 17.4%, otras patologías el 14% las neurológicas 12.9%, metabólicas y quirúrgicas 5.9% y los canceres el 3.4% (Ver Tabla 4)

Tabla 4.-PORCENTAJES DE GRUPOS DE URGENCIAS REALES.

PATOLOGIAS CON URGENCIAS REAL	PORCENTAJE %
CARDIOVASCULARES	36.8
TRAUMATICAS	17.4
OTROS	14
NEUROLOGICAS	12.9
METABOLICAS	5.9
QUIRURGICAS	5.9
CANCER	3.4

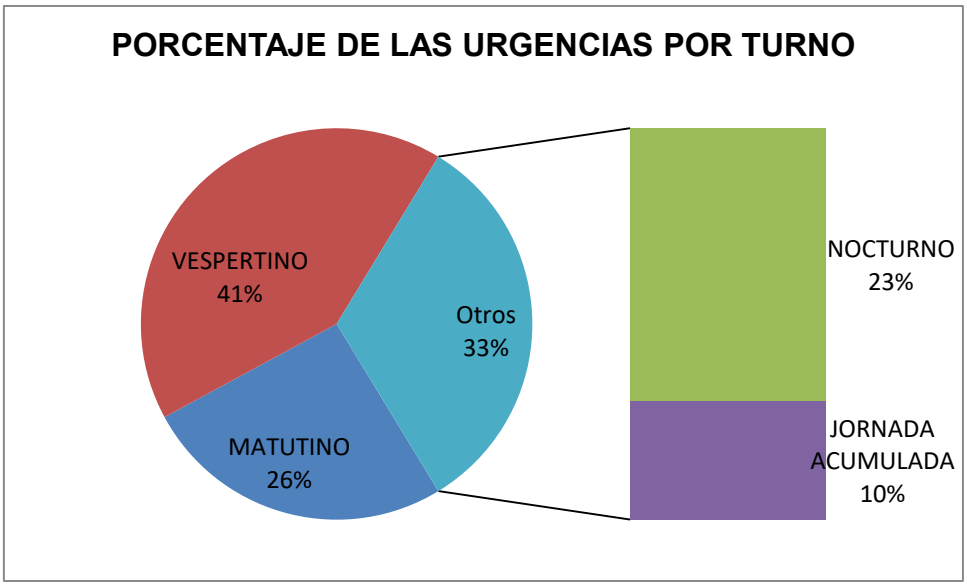
De acuerdo con los turnos de la sala de choque se muestra en la tabla 5 que el mayor porcentaje se presenta en el turno vespertino con un 41.60% con un total de 42 pacientes, seguidas del turno matutino con el 25.80% von 26 pacientes, turno nocturno de 22.7% con 23 derechohabientes y jornada acumulada de 9.9% con 10 pacientes con urgencias reales (Ver Tabla 5 y Grafico 5)

Tabla 5.-Porcentajes de la sala de choque por turno en el servicio.

TURNO	CANTIDAD	%
MATUTINO	26	25.80%
VESPERTINO	42	41.60%
NOCTURNO	23	22.70%
JORNADA ACUMULADA	10	9.90%
TOTAL	101	100%

Fuente: información de las hojas de registro de atención de información del servicio

Grafico 4.-Porcentaje de urgencias reales por turno



Fuente: información de las hojas de registro de atención de información del servicio

De los tiempos de estancia en la sala de choque la mayoría de las patologías que acuden el 55% dura menos de 1 hora en la sala de choque patologías como traumatismo, dolor abdominal, colecistitis y apendicitis complicada, urgencias no reales el 41% de 1 a 4 horas como IAM, choque hiperosmolar, estatus epilépticos, etc. y más de 4 horas con el 4% los bloqueos de ramas y bloqueos de 2 y 3 grado. (Ver Tabla 6 y Grafico 6).

TABLA NO. 6 TIEMPO DE ESTANCIA EN LA SALA DE CHOQUE

	NUMERO	%
< 1 HORA	56	55%
1 A 4 HORAS	41	41%
> 4 HORAS	4	4%
TOTAL	101	100%

Fuente: información de las hojas de registro de atención de información del servicio

IX DISCUSION

Durante la vejez es importante que las personas adultas mayores (sean autovalentes o dependientes) cuenten con redes sociales de calidad, las cuales faciliten el apoyo social necesario para contribuir a mejorar la calidad de vida de este grupo etario; entre las redes sociales se identifica la familia y las amistades que se caracterizan por ser relaciones primarias que proveen apoyo informal; también las organizaciones comunales e instituciones públicas y privadas forman parte de las redes sociales, las cuales brindan apoyo formal a la población adulta mayor. [33]

Desde Pinazo (2006), el apoyo social hacia las personas adultas mayores se mide tanto por la cantidad de redes sociales como por la calidad de las mismas. En este sentido, asocia la palabra cantidad con mayor número de redes a lo interno de la familia y de la comunidad y relaciona la palabra calidad con el grado de apoyo afectivo (cariño, solidaridad, amor), informacional (asesoría de información, de programas, entre otros) e instrumental (compañía, cuido, necesidades asistencialistas) con que cuente este grupo etario. [34, 35]

El papel que la familia cumple en el apoyo social que reciben los adultos mayores. Según datos de la SABE, en México 79% de los adultos mayores entrevistados puede contar con su familia en caso de necesitarla. Cuando los mayores requieren de apoyo acceden ya sea a la pareja o a los hijos. Según estos mismos datos, los amigos o vecinos, en general, representan una fuente secundaria de apoyo, a quienes se recurre en busca de determinadas necesidades esto destaca la información encontrada en nuestra investigación donde la convivencia que tienen nuestros adultos mayores es del 34.2% los que conviven con sus hijos lo que corresponde a 88 derechohabientes, seguidas del 39% que conviven con la pareja con 94 derechohabientes; el 14.6% (n=36) convive con la familia y solo el 12.2% en menor porcentaje viven solos en un numero de 29 derechohabientes del total de 240 derechohabientes encuestados. [35]

X CONCLUSION

En el área de choque encontramos que el 25% de las urgencias en el hospital general de zona no. 46 son reales y corresponde a los código rojo y naranja. De acuerdo a la edad de más frecuencia en la sala de choque es de 36 a 50 años de edad con el 20.7% y de 51 a 65 años de edad el 34.7%

Los diagnósticos más frecuentes de las urgencias sentidas en primer lugar, el 24% corresponde a las infecciones respiratorias agudas (IRAS) seguidas de la gastroenteritis pos infecciosa (GEPI) con un 11% al igual que las neumonías no complicadas, tuberculosis pulmonar (TBP), pie diabético, litiasis renal sin hidronefrosis sin complicaciones, posteriormente con un 8% es la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), abscesos de la piel y con menor porcentaje del 2% el asma bronquial y la cistitis aguda. En comparación con las urgencias reales encontramos que las cardiovasculares alcanzan el 36.8% seguidas de las traumáticas con 17.4%, otras patologías el 14% las neurológicas 12.9%, metabólicas y quirúrgicas 5.9% y los canceres el 3.4%.

De acuerdo con los turnos de la sala de choque el turno vespertino tuvo un mayor porcentaje de pacientes con un 41.60% seguidas del turno matutino con el 25.80% y los tiempos de estancia en la sala de choque la mayoría de las patologías que acuden el 55% dura menos de 1 hora en la sala de choque patologías como traumatismo, dolor abdominal, colecistitis y apendicitis complicada, urgencias no reales.

En el Hospital General de Zona No. 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social se encuentra identificado socio demográficamente los pacientes que acuden a la sala de choque los cuales no son urgencias reales pero se le brinda una atención adecuada e inmediata.

XI REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rodríguez JC, Russi Hernández M. Loría Castellanos J., CHablé CHan FG., Arrieta Valencia. (2012) Aplicación de los criterios de ingreso a la Unidad de Reanimación Moreno.Archivos de Medicina de Urgencia de México 2012;4 (2): 51-58.

2. Loría J, Flores L, Márquez G, Valladares M. (2010) Frecuencia y factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un hospital. Cir Cir 2010; 78: 508-514. 2.

3. López J, Montiel M, Licona R. (2006) Triage en el Servicio de Urgencias. Med Int Mex 2006; 22: 310-318. 3.

4. Sánchez J, Bueno A.(2005) Factores asociados al uso inadecuado de un Servicio de Urgencias hospitalario. Emergencias 2005; 17: 138-144.

5. Clancy C, Eisenberg J. (1997) Emergency medicine in population-based systems of care. Ann Emerg Med 1997;30:8001-8003.

6. Tintinalli JE. (1997) Medicina de urgencias. Cuarta edición. México: Interamericana; 1997. p. 1-5.

7. McCabe J.(1997) Emergency medicine and the academic health center. Ann Emerg Med 1997; 30:773-777.

8. Williams R. (1996) The costs of visits to emergency departments. N Engl J Med 1996; 334:642-646.

9. Spaite D, Cris E, Valenzuela, Meislein H. (1997) Developing a foundation for the evaluation of expandedscope EMS: A window of opportunity that cannot be ignored. Ann Emerg Med. 1997; 30:791-796.

10. Osterwalder J. (1998) Emergency medicine in Switzerland. Ann Emerg Med 1998; 32:243-247.

11. Partridge R. (1998) Emergency medicine in West Kazakhstan. Ann Emerg Med 1998; 32:493-497.

12. Nikkanen H , Jacobs L. Pouges C. (1998) Emergency medicine in France. Ann Emerg Med 1998; 31:116-120.

13. Lasseter J, Pyles J, Galijasevic S.(1997) Emergency medicine in Bosnia and Herzagovina. Ann Emerg Med 1997; 30:527-529.

14. Moecke H. (1998)Emergency medicine in Germany. Ann Emerg Med 1998; 31:111-115.

15. Repetto C, Casagranda I, Overton D, Gai V.(1998) Emergency medicine: The Italian experience. Ann Emerg Med 1998;32:248-252.

16. Townes D, Lee T, Gulo S, VanRooyen M.(1998) Emergency medicine in Russia. Ann Emerg Med 1998; 32:239-242.

17. Lloyd S, Streiner D, Shannon S, (1993)Demographic characteristics of full-time emergency physicians in Canada. Am J Emerg Med 1993;11:364-370.

18. Posaw L, Aggarwal P, Bernstein S.(1998) Emergency medicine in the New Delhi area, India. Ann Emerg Med 1998;32:609-615.

19. Arnold J, Sik S, Myung J.(1998) The recent development of emergency medicine in South Korea. Ann Emerg Med 1998;32:730-735.

20. Alagappan K, Cherukuri K, Norang V.(1998) Early development of emergency medicine in Chenmai (Madras), India. Ann Emerg Med 1998;32:604-608.

21. Church A, Plitponkamin A. (1998)Emergency medicine in Thailand. Ann Emerg Med 1998;32:93-97.

22. Ramalanjaona G.(1998) Emergency medicine in Madagascar. Ann Emerg Med 1998;31:766-768.

23. Tintinalli J, Lisse E, Begley A, Campbell C.(1998) Emergency care in Namibia. Ann Emerg Med 1998;32: 373-376.

24. Clarke M.(1998) Emergency medicine in the New South Africa. Ann Emerg Med 1998;32:367-372.

25. Musharafieh R, Bu-Haka R.(1996) Development of emergency medicine in Lebanon. Ann Emerg Med 1996;28:82-86.

26. Abbadi S, Karim-Abdaliah A, Holiman C.(1997) Emergency medicine in Jordan. Ann Emerg Med 1997;30: 319-321.

27. Trejo J, Contreras N, García G, Arizmendi H.(1999) El servicio de urgencias en un hospital de tercer nivel. Su comportamiento durante cinco años: estudio preliminar. Med Int Mex 1999;156:257-259.

28. Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, (2013)Regulación de los servicios de Salud.

XII.-ANEXOS

- CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS
- CONSENTIMIENTO INFORMADO
- CRONOGRAMA

- **CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS**

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS								
NO.	NOMBRE	NSS	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	TURNO	TIEMPO DE ESTANCIA	MORTALIDAD

• CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	CARACTERISTICAS DE PACIENTES ATENDIDOS EN SALA DE CHOQUE DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 46, VILLAHERMOSA, TABASCO
Patrocinador externo (si aplica):	NA
Lugar y fecha:	HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 46, A 18 DE ENERO DEL 2015
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Objetivos: IDENTIFICAR A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN SALA DE SHOCK DEL HOSPITAL GENERAL IMSS DE ZONA NO. 46 DE VILLAHERMOSA, TABASCO EN EL PERIODO NOVIEMBRE DEL 2015 A NOVIEMBRE 2016 Justificación: El presente estudio aporta nuevos datos sobre la frecuentación de padecimientos, revela la necesidad de implementar un registro de datos estandarizado y protocolizar adecuadamente la derivación del paciente crítico y el personal responsable
Procedimientos:	Se trata de una hoja de recolección que consta de 10 ítems de acuerdo a las variables tales como Edad la cual será de la escala de 16 a 19 años de 20 a 29años de 30 a 39 años, de 40 a 49años de 50 a 59 años de 60 a 70 años y mayores de 70 años de edad, Tomando en cuenta que la sala de choque se maneja solo adultos, sexo la cuales son masculino y femenino, los diagnósticos de urgencias reales que se presenten en la sala de choque, en el tiempo de estancias se manejaran las nominales cualitativas tales como menos de 1hrs, de 1 a 6 horas y mayor de 6 horas. Mortalidad con la escala de sí o no
Posibles riesgos y molestias:	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	ninguno
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Realizar una retroalimentación en la coordinación de urgencias para contar con todo lo necesario en el area de choque
Participación o retiro:	NA
Privacidad y confidencialidad:	Cuando desee el paciente
	Se realizara con la mayor preparación posible

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):
NA

Beneficios al término del estudio:	RETROALIMENTACION

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadore:	DR. JORGE ARMANDO SANCHEZ HERNANDEZ MATRICULA 99281770
Colaboradores:	RAFAEL BLANCO DE LA VEGA PEREZ TELEFONO 9931 777911 DRA. RITA RIVERA GARCIA Teléfono: 9933964217

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma

ANEXO 3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Año 2015											
Actividades	**E**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**
Etapa 1 Elaboración del protocolo. Búsqueda de información												
Instrumentos y Recolección de información												
	Año 2016											
Revisión y aceptación del protocolo por el comité de investigación												
Etapa 2. Instrumento. Implementación y Obtención de resultados.												
Procesamiento y análisis de los resultados												

	Año 2017											
Actividades	**E**	**F**	**M**	A	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**
Etapa 3 Informe. Elaboración del informe final												

ANEXO 4 RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

1.- RECURSOS HUMANOS:

Profesor investigador

Estudiante de residencia

Derechohabiente

2.- RECURSOS MATERIALES:

A) Una computadora.

B) Una impresora.

C) Hojas blancas tamaño carta para impresión de protocolo, copias de encuestas y gráficas.

D) Bolígrafos para realizar encuestas directas.

E) Libreta de anotaciones y cálculo de resultados.

F) Lápiz.

G) Goma de borrar.

H) Sacapuntas.

I) Expediente

J) calculadora

k) Encuesta para recolección de datos

3.- RECURSOS FINANCIEROS:

Por parte del investigador con apoyo a la infraestructura del hospital General de Zona No. 46.