

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Segunda Especialidad en Enfermería

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON LA  
PREVALENCIA DE PROCESOS Y PATOLOGÍAS ATENDIDAS  
POR EL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE  
URGENCIA (SAMU), TACNA 2015

TESIS

Presentada por:

Lic. Isaac Clodometro Humpiri Mendoza

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

TACNA - PERÚ

2016

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA**

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Segunda Especialidad en Enfermería

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON LA  
PREVALENCIA DE PROCESOS Y PATOLOGÍAS ATENDIDAS  
POR EL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL  
DE URGENCIA (SAMU), TACNA 2015**

TESIS

PRESENTADA POR:

**LIC. ISAAC CLODOMERO HUMPIRI MENDOZA**

**Para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad en:**

**CUIDADOS ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

Aprobado por; \_\_\_\_\_ ante el siguiente jurado



**Dra. Elena Cachicatari Vargas  
PRESIDENTE**



**Dra. Ingrid María Manrique Tejada  
JURADO**



**Lic. Esp. Glenda Romero Cerrato  
JURADO**



**Lic. Esp. Elide Tipacti Sotomayor  
ASESOR**

## **AGRADECIMIENTOS**

Mis sinceros agradecimientos están dirigidos:

En primer lugar a Dios por haberme guiado por el camino de la felicidad hasta ahora.

A la Lic. Élide Tipacti Sotomayor docente de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, quien con su ayuda desinteresada, me brindó información relevante, próxima, pero muy cercana a la realidad de nuestras necesidades.

A los miembros del Sistema de atención Móvil de Urgencias; los cuales sin dudar facilitaron la recolección de datos, permitiendo así plasmar nuestros resultados investigativos en diseños originales, atractivos y de gran realce para el éxito del proyecto.

A mi familia por siempre brindarme su apoyo, comprensión y aliento sin la cual no hubiese podido salir adelante.

A la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann por motivar mi superación y hacer de mí un profesional con ánimos de progreso.

***Isaac Clodomero Humpiri Mendoza***

## **DEDICATORIA**

Dedicada a Dios por darme la existencia y gozar de sus bendiciones junto a mi familia.

A mi familia; quién con su espíritu de superación, me demostró que todo es posible y gracias a sus palabras de aliento, me ayudó a cumplir con la meta de ser enfermero especialista.

***Isaac Clodomero Humpiri Mendoza***

## **INDICE**

### **RESUMEN**

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>01</b>
---------------------	-----------

### **CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1. Descripción del problema	04
2. Objetivos	09
3. Justificación	10
4. Formulación de la hipótesis	12
5. Operacionaliación de variables	13

### **CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO**

1. Antecedentes de la investigación	15
2. Bases teóricas	64
3. Definición conceptual de términos	23

### **CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

1. Material y métodos	64
2. Población y Muestra	64
3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	66
4. Procedimientos de recolección de datos	68
5. Procesamiento de datos	68

### **CAPÍTULO IV DE LOS RESULTADOS**

1. Resultados	71
2. Discusión	122

<b>CONCLUSIONES</b>	130
---------------------	-----

<b>RECOMENDACIONES</b>	132
------------------------	-----

<b>REFERENCIAS</b>	133
--------------------	-----

<b>ANEXOS</b>	
---------------	--

## RESUMEN

El presente estudio titulado “Factores sociodemográficos relacionados con la prevalencia de procesos y patologías atendidas Por el sistema de atención móvil de urgencia (SAMU), Tacna 2015”, cuyo objetivo fue Determinar los factores sociodemográficos relacionados con la Prevalencia de procesos y patologías atendidas (SAMU). De diseño epidemiológico nivel relacional; tipo transversal, descriptivo, observacional, cuantitativo y retrospectivo, cuya muestra fue 1503 fichas de Atención pre hospitalarias del SAMU, concluyendo que el sexo femenino es el de mayor porcentaje (54,4%). la etapa de vida Adulta fue la más atendida (32,1%), la edad media promedio es 22,6 años. Las patologías de mayor porcentaje son de medicina general (31,8%), seguidas por gineco-obtetricas (25,6%), Los procesos que más ejecutados son: el soporte vital básico (SVB), la administra de oxigeno mediante la cánula bi-nasal (46,2%), y el tratamiento Endovenoso (37%). Existe relación entre el tipo de patologías y los factores sociodemográficos, entre el factor sociodemográfico mes y la administración tratamiento.

**Palabras claves:** Atención pre-hospitalaria, factores sociodemográficos, SAMU

## **ABSTRACT**

This study entitled "Socio-demographic factors related to the prevalence of processes and pathologies treated by the system mobile urgent care (SAMU), Tacna 2015", whose objective was to determine the sociodemographic factors related to the prevalence of processes and pathologies treated (SAMU). Epidemiological design relational level; transversal, descriptive, observational, quantitative and retrospective, whose sample was 1503 chips prehospital care SAMU, concluding that the female is the highest percentage (54,4%). Adult life stage was the most attended (32,1%), the average age is 22,6 years average. Pathologies are generally higher percentage (31,8%) medicine, followed by gynecology obtetricas (25,6%), most processes are executed: basic life support (BLS), the oxygen administered through the cannula bi-nasal (46,2%), and Intravenous (37%) treatment. There is a relationship between the type of pathology and socio-demographic factors, including the demographic factor and treatment month administration.

**Keywords:** *Pre-hospital care, sociodemographic, SAMU*

## INTRODUCCIÓN

Epidemiológicamente se ha demostrado que tanto los factores sociales como los ambientales pueden contribuir a la incidencia de muchas enfermedades humanas. La atención pre hospitalaria forma parte de la cotidianidad actual, al punto que ha sido considerado como el malestar de nuestra civilización y numerosas investigaciones clínicas se han centrado en las patologías pre hospitalarias. <sup>(1)</sup>.

En la actualidad, los Servicios de Emergencia y Urgencias Médicas Extra hospitalarias en Perú forman parte integral de todo el sistema público de salud y su función principal es proporcionar atención médica en todas las situaciones de emergencia, incluyendo desastres. <sup>(2)</sup>

Boyd, en 1982, hablaba de que la atención urgente debe corresponderse con un sistema integral de urgencias, como conjunto de actividades secuenciales complejas y ordenadas a través de protocolos dirigidos a optimizar la asistencia a pacientes críticos desde el momento de aparición del proceso hasta su incorporación a la vida social o laboral. <sup>(2)</sup>

El presente trabajo de investigación es presentado a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, para la obtención del título de especialista en cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres, se incluye en el tercer lineamiento de investigación: “Prevalencia de Diagnósticos”, puesto que una intervención oportuna y adecuada del profesional de enfermería juega un papel fundamental en las patologías y los procesos atendidas por el SAMU, de lo contrario se corre el riesgo de que este pueda presentar alteraciones en las distintas áreas del desarrollo psicomotor.

Tiene por objetivo determinar los factores socioculturales que se relacionan con la Prevalencia de procesos y patologías atendidas por el Sistema de Atención Móvil de Urgencia (SAMU), Tacna 2015, por lo que será estructurado de la siguiente manera en el Primer Capítulo del Planteamiento del problema se plantea el problema describiéndolo y formulando la justificación y los objetivos definición operacional de Variables, planteando finalmente una Hipótesis, en el Segundo Capítulo del Marco Teórico se describe los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, en el Tercer Capítulo de la Metodología de la investigación se describen el tipo, diseño, ámbito de estudio, población y

muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos y el procesamiento de datos, en el Cuarto Capítulo se describen los resultados obtenidos en esta investigación aplicando técnicas estadísticas, para finalizar se elaboran las conclusiones proponiendo algunas recomendaciones, se presenta las referencias bibliográficas y virtuales utilizada asimismo los anexos correspondientes.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Descripción del problema:**

Tras un evento adverso, la primera asistencia que recibe la población afectada es la auto asistencia es decir las víctimas tratan de salvarse por sí misma, luego continúa la asistencia mutua, es la brindada por el familiar, el vecino u otra persona presente en el momento y posteriormente intervienen los servicios de socorro (Cruz Roja, Bomberos, Seguridad Pública y el Ejército). <sup>(1)</sup>

Según la OMS cada año, en todo el mundo, más de 100 millones de personas sufren traumatismos, 5 millones de personas mueren por causa de la violencia y los traumatismos, el 90% de la carga mundial de mortalidad debida a la violencia y los traumatismos que se registra en países de ingresos bajos y medianos. <sup>(2)</sup>

Las proyecciones de la OMS indican que, para 2020, las lesiones causadas por accidentes de tránsito podrían ser la tercera causa de muerte y discapacidad <sup>(2)</sup>

La OMS refiere que la magnitud del problema evidencia 10 Millones de heridos, 300000 muertes por accidente de tránsito, 25-35% evitables. La mortalidad por traumatismo es la primera causa de muerte en pacientes menores de 45 años en países industrializados, la edad media de los fallecidos es de 27 años. <sup>(3)</sup>

En el Perú en los últimos 500 años, el Sur ha registrado 40 eventos sísmicos importantes y el litoral central 43, de los cuales redujeron a escombros la capital. El último sismo en el Sur de Lima, registrado el 15 de agosto del 2007. 18.40.57 horas en la ciudad de Pisco, que duró 217 segundos, produjo 595 muertos, 1800 heridos, 76000 viviendas totalmente destruidas, cientos de miles de damnificados.

Entre los años 2010 y 2014 fallecieron un total de 28534 personas a consecuencia de lesiones de tránsito (LT). Resultaron 299387 heridos y miles de discapacitados, (afectando principalmente a la población económicamente activa) <sup>(3)</sup>

Para el año 2013 el trauma representó la tercera causa de muerte en el Perú, por lesiones de tránsito.

El 2013 registró un total de 79972 casos de Lesiones de tránsito, 76 928 víctimas no fatales, 3441 fallecidos 6,92%, el 79% de los accidentes ocurridos en el 2006 se debe al factor humano. <sup>(3)</sup>

Según el cuerpo general de bomberos voluntarios del Perú, las estadísticas de emergencias atendidas a nivel nacional por tipo de emergencia entre enero y junio de 2013 evidencia que en primer lugar se encuentran las emergencias médicas con 31626 casos atendidos, seguido de los accidentes vehiculare con 5702 atenciones, incendios 5174, servicios especiales con 3556 atenciones, fugas de gas licuado con 2274 atenciones, 1635 rescates, 1553 otras atenciones no especificadas, 887 falsas alarmas, 500 atenciones de corto circuito, 46 derrames de productos, haciendo un total de 52953, registrándose con número de atenciones; 9557 atenciones en el mes de Junio siendo el mes de Febrero el más bajo registrando 8316 atenciones. <sup>(4)</sup>

En este estudio se analizará exclusivamente la patología primaria, atendida in situ por las diferentes compañías de bomberos de la ciudad

de Tacna, dada la dificultad para obtener los datos globales de los diferentes dispositivos asistenciales integrados en los servicios de urgencia de atención primaria que atienden, en su quehacer diario, también a las urgencias y emergencias sanitarias. Consideramos complejo el comparar las diferentes compañías de bomberos en Perú, como así lo han estimado ya otros autores a nivel internacional. <sup>(5)</sup>

En la actualidad es necesario dar respuesta oportuna a las necesidades de atención médica de urgencias y emergencias pre-hospitalarias de la población, prioritariamente al ámbito urbano y rural de escasos recursos económicos, este hecho evidencia la necesidad del desarrollo y funcionamiento de un sistema de atención móvil, que articule los servicios de urgencia y emergencia de los Establecimientos de Salud en sus diferentes niveles de resolución como integrantes del Sistema Nacional de Salud. <sup>(24)</sup>

Para superar los problemas de atención pre-hospitalarios de urgencias y emergencias mencionados, con Decreto Supremo N° 017-2011-SA, se crea el Programa Nacional "Sistema de Atención Móvil de Urgencia-SAMU", Programa adscrito al Ministerio de Salud, que describe dentro de sus disposiciones complementarias transitorias, la aprobación del

Manual de Operaciones del Programa Nacional- SAMU, mediante Resolución Ministerial. <sup>(24)</sup>

El objetivo principal del presente estudio es Determinar la relación de los factores sociodemográficos con la prevalencia de patologías que atienden de forma primaria (in situ) el sistema de atención médica móvil de urgencia (SAMU) así objetivar datos de las citadas patologías en base a las intervenciones reales.

Es por esto indispensable plantearnos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y su relación con la Prevalencia de procesos y patologías atendidas por el sistema de atención médica móvil de urgencia (SAMU), Tacna 2015?

## **1.2. Objetivos**

### **1.2.1. Objetivo general:**

Determinar los factores sociodemográficos relacionados con la Prevalencia de procesos y patologías atendidas por el sistema de atención móvil de urgencia (SAMU), Tacna 2015.

### **1.2.2. Objetivos específicos:**

Identificar los factores sociodemográfico de las personas que solicitan atención del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU), Tacna 2015.

Identificar los procesos y patologías atendidas por el sistema de atención móvil de urgencia (SAMU), Tacna 2015.

Establecer la relación entre los factores sociodemográficos y la Prevalencia de procesos y patologías atendidas por el sistema de atención móvil de urgencia (SAMU), Tacna 2015.

### **1.3. Justificación**

El país está permanentemente amenazado por eventos adversos de gran poder destructivo que pueden desencadenar desastres de considerables magnitudes, los cuales pueden afectar directamente la vida y la salud de las personas. Este es el caso de los terremotos, maremotos, entre otros; a los que deben añadirse los sucesos producidos por la actividad humana como los accidentes masivos del transporte, los incendios urbanos y epidemias, etc. <sup>(7)</sup>

El conocimiento de los factores sociodemográficos y su relación con las patologías son de suma importancia para su prevención y el desarrollo de protocolos de actuación adecuados para la asistencia siendo una medida valiosa para la mejora de la práctica clínica.

Necesitamos los estudios epidemiológicos y conocer la prevalencia de la población sobre la que actuamos, esto permite disponer de información actualizada sobre las patologías frecuentes en una determinada zona, el tipo de pacientes atendidos, la gravedad de los diagnósticos, y adaptar así los recursos a las necesidades de cada población. <sup>(8)</sup>

Después de la revisión de la literatura, podemos afirmar que no existe ningún trabajo que describa los factores sociodemográficos relacionados con la prevalencia de los procesos y patologías atendidas por el personal del Sistema de Atención Móvil de Urgencias, su tendencia demográfica y los factores sociodemográficos relacionados a la atención recibida.

Un conocimiento exhaustivo de la población tratada equivaldría a formar unos buenos profesionales con formación reglada y la realización de unos protocolos de actuación de calidad, pertinente y adecuada; ello conducirá a un ahorro de los costes sanitarios, al reducir el número de los ingresos hospitalarios, y a un aumento de la calidad asistencial de los pacientes atendidos en dicha área de salud, aproximándonos a la excelencia clínica en el servicio. <sup>(8)</sup>

Observada la envergadura del problema y su repercusión en nuestro sistema de salud y población en común, se considera pertinente el desarrollo de un proyecto de investigación que tenga como objetivo principal determinar los factores relacionados a los procesos y patologías; mostrando suficientemente y en todos los aspectos la caracterización de este problema, componiéndose en un punto de partida para el diseño de futuras estrategias preventivas.

#### **1.4. Hipótesis**

Factores sociodemográficos se relacionan significativamente con la prevalencia de procesos y patologías atendidas por el sistema de atención móvil de urgencia (SAMU).

### 1.5. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
<b>Variable independiente</b> : Factores sociodemográficos: Los factores sociodemográficos son un estudio estadístico de las características sociales de una población, se refiere a las características cualitativas y cuantitativas de una sociedad. <sup>(25)</sup>	Tamaño, Crecimiento en la distribución espacial de la población	Distribución mensual	Fecha atención	Ordinal: Enero, febrero, Marzo, Abril, Mayo y Junio
		Distribución Semestral		Ordinal : De enero a junio
		Distribución trimestral		Ordinal: De Enero a Marzo, de Abril a Junio
	Estructura Demográfica	1. Población según grupos de edad.	Niño, adolescente, joven, adulto, y adulto mayor	Ordinal: Niño 0-11 años Adolescente de 12 a 17 años Joven de 18 a 29 años Adulto de 30 a 64 años, Adulto mayor >65 años
		2. Población por sexo.	Femenino y masculino	Nominal
	El Espacio	Motivo de aviso	Accidentes por agentes físicos, accidente causal, accidente deportivo, laboral, de tráfico, de otros vehículos, agresión, pérdidas de la conciencia, urgencia pediátrica, urgencia psiquiátrica, traumatológica.	De intervalo
		Procedencia	Candarave, Cairani, Camilaca, Curibaya, Huanuara, Quilahuani, Locumba, Ilabaya, Ite, Tacna, Alto de la alianza (la esperanza), Calana, Inclan (sama grande), Pachia, Palca, Pocollay, Sama (las yaras), Ciudad nueva, Tarata, Chucamani, Estique, Estique-pampa, Sitajara, Susapaya, Tarucachi, Ticaco, Gregorio Albarracín.	De intervalo

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
<b>Variable dependiente</b> Prevalencia de procesos y patologías. Es la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o periodo de tiempo, determinado.	Patologías	Patología	Enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades del feto, recién nacido y niño, enfermedades del aparato locomotor, enfermedades digestivas, enfermedades del sistema cardiocirculatorio, enfermedades del sistema neurológico y de órganos sensoriales.	De intervalo
		Diagnóstico CIE	Aborto, Caída accidental, Cervicalgia, Contusión abdominal severa, Contusión costal, Contusión craneal, Contusión femoral, Contusión hombro izquierdo, Contusión lumbar, Contusión mano, Dermoabrasiones, Fractura / luxación hombro derecho, ACV, AIT, Coma posible origen cerebrovascular, Crisis comicial, Cuadro confusional agudo, TCE, S / D ( sin datos), HSA, Fractura antebrazo, Fractura de codo, Fractura de peroné-tibia, Politrauma, AC X FA, neurisma aorta abdominal, Angina inestable, ngor de reposo, Angor hemodinámico, BAV 3º grado, BAV completo, BCRIHH, Agitación psicomotriz, Agresividad en paciente psiquiátrico, Ahorcado, Crisis de ansiedad, Autolisis, Intoxicación etílica-tóxicos, SCA, TSV/TV/TA,	De intervalo
	Procesos	Soporte Vital Básico	A, B, C, D, E	
		Soporte Vital Avanzado	A, B, C, D, E y aplicación del DEA, administración de medicamentos, y procedimientos invasivos	
		Administración de Tratamiento	Tto. E.V., Tto. Venoso periférico con perfusión continua, y con perfusión cerrada, tto. IM, Tto. VO.	
		Administración de Oxígeno	Admin. O2 mediante cánula bi-nasal, con Máscara simple, con Máscara con Reservorio y sistema continuo	

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación**

Exposita Orta, F. <sup>(8)</sup> (España 2012) en su estudio titulado: Prevalencia de los Procesos y Patologías Atendidos por un Servicio de Emergencias Médicas Extrahospitalarias en el Departamento 16 de Alicante, concluye que:

La patología más frecuente atendida tras la evaluación del sistema de emergencia alfa-6 en el área sanitaria 16 de Alicante fue la cardiológica, seguidas de la neurológica, la psiquiátrica y la traumatológica. La mayoría de los sujetos son hombres, nacionales, de  $54,6 \pm 22,98$  años de edad y un alto porcentaje mayores de 65 años (35,8%), existiendo diferencias significativas en el diagnóstico inicial del sistema de emergencia según la edad, procedencia, nacionalidad, año de estudio y sexo del paciente. En cuanto al patrón de temporalidad asociado con la demanda asistencial existe una relación estacional con respecto al número de asistencias y la patología de la misma. El lugar desde el que se generó el aviso con más

frecuencia fue el Centro de Salud, el pronóstico inicial grave, el transporte para el traslado el SAMU y su destino final el Hospital Marina Baja.

La patología cardiológica es mayor en primavera y otoño con respecto al invierno y la más frecuente el pre síncope-síncope. La mayoría de los sujetos son hombres, nacionales, de  $64,7 \pm 17,2$  años de edad, siendo un alto porcentaje mayores de 56 años. La patología neurológica es mayor en el mes de diciembre y la más frecuente el ACV. La mayoría de los sujetos son hombres, nacionales, de  $58,6 \pm 23,9$  años de edad, siendo un alto porcentaje mayores de 75 años.

Pacheco A. Burusco S. Senosiáin M.V. <sup>(9)</sup> (España 2009) realizó un estudio titulado: Prevalencia de procesos y patologías atendidos por los servicios de emergencia médica extrahospitalaria en España, concluye que:

Las patologías atendidas, agrupadas según clasificación CIE-9-MC: grupo V-psiquiatría: 3,7%, grupo VI-neurológico: 2,7%, grupo VII-cardiovascular: 9,3%, grupo VIII-respiratorio: 3,2%, grupo XVII-lesiones envenenamientos: 23,1%, grupo IX-digestivo: 1,3%, grupos X-XI-genito-urinario y gineco-obstetricia: 1,4%, grupo XVI-otros mal definidos: 40,1%. Los datos de los grupos específicos estudiados (de los SEMEx que los aportaron) fueron: dolor torácico-disnea: 3,7%, ictus/accidente

cerebrovascular agudo: 0,9%, alteración conciencia: 7,7%, síncope-lipotimia: 2,5%, autolesiones: 2.654 (0,4%). Total grupos patológicos y sindrómicos: 59,9% y total de otros mal definidos: 40,1%. De las patologías consideradas de mayor relevancia en urgencias-emergencias: síndrome coronario agudo: 3,1%, arritmias: 3,2%, paro cardiaco: 1,7%, paro respiratorio: 0,16%, traumatismos totales: 34,9%, politraumatismos: 1,16%, traumatismo cráneo encefálico: 1,77%, intoxicaciones: 5,1%, agresiones: 6,9%, quemados: 0,26%.

Andrade Marroquín J.P. <sup>(10)</sup> (Perú 2002). En su estudio: Incidencia de demanda de atención en el servicio de emergencias del HCPNP en situaciones no urgentes. Lima 2002, concluye que:

Encontramos que un alto porcentaje de pacientes (63,89%) corresponden a situaciones de salud no urgentes. Esta demanda se identificó con mayor frecuencia en el grupo etareo comprendido entre los 26 a 35 años , con grado de instrucción predominante secundario y primario 53,75% y 22,92% respectivamente, fue de mayor magnitud en el área clínica (medicina) 61,26% y por usuarios del sexo femenino (2,4 mujeres por cada varón).

La causa del uso inadecuado de los servicios de emergencias por los usuarios se debe fundamentalmente a: la opinión del usuario sobre que

su situación de salud amerita atención por el servicio (71,15%). El funcionamiento del servicio de emergencia brinda al usuario mayor conveniencia de horarios (84,98), menor tiempo de espera para la atención (81,03%) y mayor satisfacción y facilidad de acceso 57,71% y 61,66% respectivamente. Se observaron usuarios que desconocen un centro de atención primaria (16,21%) y pocos usan centros de salud periféricos.

Pérez Martín, A. López Lanza, J.R. Robles García, M. Guijarro Bezanilla, M. López Videras, R. Dierssen Sotos, T. Ramos Barrón, M.C. <sup>(27)</sup> (España 2001) realizó un estudio titulado: Análisis y evaluación de la demanda domiciliaria atendida por un servicio de urgencias extrahospitalario durante 1 año, refiere que:

Resultados: Se atendieron 520 domicilios urgentes, el 4,27% del total de las asistencias, con una edad media de 72,41 años, predominio femenino y urbano, la patología más frecuente fueron las enfermedades del aparato respiratorio (19,2%). La derivación hospitalaria fue del 28,6%. En 99% de los informes aparece la firma y en 56% el nombre del médico.

Conclusiones: La asistencia domiciliaria supone más del 4% del total de consultas en la atención continuada, sobre todo en pacientes ancianos y

mujeres. Hay una alta derivación al hospital. No hay diferencias entre medio rural y urbano.

Sanghavi P. Jena A.B. Newhouse J.P. Zaslavsky A.M. <sup>(28)</sup> (Estados Unidos; 2012). En su estudio: Soporte vital básico frente a soporte vital avanzado en la parada cardiaca extrahospitalaria, concluye que:

Estudio observacional, realizado en EE.UU. en una muestra representativa de todo el país de beneficiarios de Medicare de zonas no rurales, que entre junio de 2009 y octubre de 2012 sufrieron una PCR extrahospitalaria, y que fueron reanimados utilizando medidas de SVA (31292 pacientes) o SVB (1643 pacientes). Se utilizaron los métodos de índice de propensión para comparar los efectos de ambos tipos de soporte. Los desenlaces principales fueron la supervivencia al alta, a los 30 y 90 días, el resultado neurológico y el incremento de gasto médico por cada año de supervivencia. La supervivencia al alta fue mayor entre los pacientes que recibieron SVB (13,1% contra 9,2%; 4,0% de diferencia, IC 95% 2,3%-5,7%) y a los 90 días (8% contra 5,4%; 2,6% de diferencia; IC 95% 1,2%-4,0%). El SBV también se asoció con mejor resultado neurológico en los pacientes hospitalizados: 21,8% contra 44,8% con pobre resultado neurológico, definido como las categorías 4 y 5 de la escala CPC (23,0% de diferencia; IC 95% 18,6%-27,4%). El gasto médico

fue superior entre los que recibieron SVB, en parte debido al mayor tiempo de supervivencia. Los resultados fueron robustos para todos los análisis de sensibilidad realizados, con excepción del mal resultado neurológico, en el cual no se encontraron diferencias significativas cuando se restringió a solo muerte cerebral o estado vegetativo persistente.

Figuroa Zapata, M.J. <sup>(29)</sup> (Ecuador 2013), en su estudio titulado: "Actuación del Personal de Enfermería en la asistencia y su influencia en la recuperación del paciente politraumatizado atendido en el área de Emergencia del Hospital Provincial general Latacunga en el primer semestre del 2012.", concluye que:

Un 30% de las enfermeras encuestadas manifiesta que los cuidados de enfermería primarios es la Oxigenoterapia, otro 30% la Vía venosa y sueroterapia, otro 30% la monitorización de signos que se toman al paciente. Con los datos obtenidos se puede concluir que la enfermería abarca cuidados directos como oxigenoterapia, canalización de una vía venosa y la monitorización de signos vitales con el fin de estabilizar hemodinámicamente al paciente.

Carneiro Mussi F. Morales Gibaut M.A. Almeida Damasceno C. Santos Mendes A. <sup>(31)</sup> (Brasil 2010) en su estudio titulado "Factores

sociodemográficos y clínicos asociados al tiempo de decisión para la búsqueda de atención en el infarto agudo de miocardio" concluye que: Hombres y mujeres presentaron tiempos de decisión elevados. Hubo menor tiempo de decisión para tabaquistas, con dolor constante y de fuerte intensidad. Hubo interacción entre género y tabaquismo y entre género y dolor irradiado para el cuello o mandíbula para el desenlace del tiempo de decisión.

Los tiempos de decisión fueron elevados y sufrieron influencia de variables clínicas y de género. El estudio ofrece subsidios para prácticas de cuidar en enfermería enfocadas en la especificidad de esos factores y de los géneros objetivando obtener éxito en la reducción del tiempo de decisión.

Gallardo Ortega, D.F. <sup>(11)</sup> (España; 2007). En su estudio titulado: Impacto de los Puntos de Atención Continuada Sobre la Utilización de un Servicio de Urgencias Hospitalario Granada 2007, concluye que:

La frecuentación anual estimada disminuyó durante el período de estudio. Aunque el incremento de los denominadores, en parte secundario al desarrollo de los programas de gestión de usuarios, hace que los resultados no sean totalmente fiables, la tendencia del número total estimado de asistencias es descendente.

A lo largo del período estudiado se observa una disminución del porcentaje de uso inadecuado y de las demandas por propia iniciativa; esta disminución se acompaña de un aumento del porcentaje de ingresos y de los pacientes que requieren observación. En todos los casos la modificación fue especialmente acusada para los pacientes procedentes de La Chana.

Globalmente no se detectó que el Centro de Salud o el Horario ejercieran un efecto significativo e independiente sobre la frecuencia de uso inadecuado, por lo que no podría afirmarse que la apertura de un redonde sobre la mejora de la utilización del Sistema de Urgencias Hospitalarias. A pesar de ello, la frecuencia de uso inadecuado descendió a lo largo del tiempo, por lo que tampoco puede descartarse dicho efecto.

Tanto el Centro de Salud como el horario se asociaron de forma significativa e independiente con las demandas por propia iniciativa. Estas disminuyeron a lo largo del tiempo, y supusieron un porcentaje del total de las asistencias inferior entre los pacientes procedentes de La Chana que entre el resto de los pacientes estudiados, sin embargo, presentaron menor frecuencia fuera del horario que a lo largo de él.

Existe una interacción significativa entre el año de estudio y el centro de salud. Su análisis pone de manifiesto la tendencia favorable en el comportamiento del uso del Sistema de Urgencias Hospitalarias por

propia iniciativa en La Chana, el centro de salud donde se analiza un DCCU de nueva apertura, sin embargo los resultados en relación al uso inadecuado son contradictorios, dependientes de las variables por las que se controla.

## **2.2. Bases teórico-científicas**

### **2.2.1. Factores sociodemográficos**

Los factores sociodemográficos son un estudio estadístico de las características sociales de una población, se refiere a las características cualitativas y cuantitativas de una sociedad. <sup>(25)</sup>

La medición de la realidad social, ya sea en su conjunto o exclusivamente en alguno de sus ámbitos, viene realizándose desde una doble perspectiva, a saber:

1. A través del desarrollo teórico-conceptual, en el que la teoría sociológica aporta ideas, esquemas y conceptos desde los que es posible definir las hipótesis explicativas e indicadores operativos, o bien; <sup>(26)</sup>
2. A partir del desarrollo empírico de los datos, para el que el interés se centra en la recogida y análisis de la información. Dentro de esta segunda aproximación, a su vez, dos son las vías de cuantificación que se vienen aplicando: <sup>(26)</sup>

- Por un lado, algunos autores e instituciones proponen la definición de un Sistema de Indicadores Sociales como medición de la multidimensionalidad de los conceptos o sistemas sociales. De esta manera, se analiza individualmente cada una de las parcelas o dimensiones del objeto de estudio.

- Complementando al anterior enfoque, otros autores e instituciones comparten la idea de que sí es posible llegar a la definición y concreción de un Índice Sintético o Índice de Medición Global de la situación o fenómeno sometido a examen. <sup>(26)</sup>

Dado el estado actual de la ciencia sociológica (en su doble dimensión teórico práctica) es posible aplicar, en nuestro interés por conocer más y mejor la realidad social, la doble perspectiva teórico-empírica apuntada. De este modo, la ya consolidada tradición sociológica en el análisis de las estructuras sociales ofrece el marco teórico y conceptual idóneo e imprescindible para su medición, realizándose de forma individual o conjuntamente. Esta investigación sintetiza los dos procedimientos con los que tradicionalmente se vienen realizando este tipo de investigaciones. <sup>(26)</sup>

Del conjunto de indicadores que tradicionalmente se vienen utilizando para describir y desenmascarar la estructura económica subyacente en un ámbito demográfico es, la que se conoce como pirámide de ocupación o estratificación social, la aportación más sociológica. En este sentido, no podemos ignorar, desde la perspectiva exclusivamente sociológica, que el sentido otorgado al trabajo en las sociedades modernas trasciende de la mera consideración de éste como el medio a través del cual conseguimos una retribución económica. Actualmente, el trabajo desempeñado se

convierte en un elemento característico de gran simbolismo social y, en consecuencia, de diferenciación social. <sup>(26)</sup>

#### **2.2.1.1. Áreas o campos de interés sociodemográfico**

##### **A. Tamaño, Crecimiento y Desequilibrio en la distribución espacial de la población.**

Es obligada una primera referencia al tamaño demográfico de la población sometida a examen. De él consideramos sus dos aspectos más reveladores, a saber: el volumen y la densidad.

El volumen demográfico no solo constituye un factor endógeno de crecimiento, sino que también implica una primera aproximación al rango que desde un punto de vista urbano ocupa en relación a los ámbitos urbanos en los que queda inscrito (ya sea administrativamente o por relaciones de intercambio). <sup>(26)</sup>

Por su parte, la densidad urbana o demográfica además de representar un elemento diferenciador territorial de primer orden, resulta ser la causa y efecto de las distintas formas de crecimiento.

Una vez constatado el volumen de la población, resulta obligada la referencia a las pautas de crecimiento o dinámica demográfica de dicha

población (tradicionalmente explicadas por un incremento vegetativo de la población).<sup>(26)</sup>

Actualmente, a las ya tradicionales referencias apuntadas se viene incorporando al análisis información relativa a las pautas de distribución de la población en el espacio, considerándolas, siempre desde un punto de vista sociológico, el fiel reflejo de los efectos provocados por los cambios que en el orden social se producen (estructura económica, política, cambios valorativos y culturales,...). El análisis de los aspectos considerados tradicionalmente demográficos, constituye la base para entender la estructura de una población no solo desde un punto de vista económico, sino también, político, religioso, cultural.<sup>(26)</sup>

## **B. Estructura Demográfica.**

El análisis de la estructura de la población por grupos de edad y sexo es otro de los conceptos claves que nos ayudan a entender tanto la propia dinámica de la población como la propia estructura social de la misma. A este respecto, y sin considerar la estrecha relación mantenida entre estructura demográfica e indicadores demográficos, no podemos obviar la contrastada relación existente entre variables demográficas y variables de corte cultural, económico y urbanístico.<sup>(26)</sup>

- Proceso de Envejecimiento de la Población. No obstante, y en aras de describir más y mejor la población (y puesto que lo que pretendemos es analizar en profundidad su estructura social), se ha incluido la subdimensión envejecimiento de la población. El objetivo es indagar más sobre un proceso demográfico generalizable al conjunto de contextos desarrollados.

De este modo, el análisis de la existencia, o no, y de la intensidad del proceso, arrojará luz en un ulterior análisis sobre su repercusión social. <sup>(26)</sup>

### **C. El Hogar en el Espacio.**

Una vez descrito a los miembros de la sociedad sometida a examen de forma individual, esto es, a partir de alguno de sus indicadores demográficos más relevantes, la inclusión de indicadores relativos a la unidad mínima de agregación social resulta imprescindible. Es la dimensión individual la que ocupa la casi totalidad de los estudios que sobre estructura de población se vienen realizando. Sin embargo, los individuos no actúan como parte de una masa demográfica. Todo lo contrario, éstos tiende a agruparse ya sea en torno a la familia u hogar y solo un porcentaje muy reducido de sus miembros, voluntaria o involuntariamente, viven solos. <sup>(26)</sup>

- Estructura de los Hogares.

La familia, en sus múltiples formas, se erige como la unidad básica de la sociedad.

Actualmente, se vienen constatando, y así lo evidencian múltiples investigaciones, una re-estructuración de la tipología familiar. Los cambios en la estructura familiar tradicional son consecuencia, como no podía ser de otra manera, de las nuevas tendencias demográficas que irrumpen en nuestra sociedad (reducción de las tasas de natalidad, alargamiento del ciclo vital y con ello, grosso modo, generalización del proceso de envejecimiento demográfico). Una breve exposición del estado actual de la estructura de los hogares junto con el análisis de la composición de los mismos, contribuirá, sin lugar a dudas, a la descripción de la sociedad. <sup>(26)</sup>

- Movilidad Residencial.

En último lugar, consideramos necesario incluir en este campo o área de interés sociodemográfico alguna referencia a las características migratorias y/o de movilidad geográfica de la población residente en el municipio objeto de estudio. En este sentido, el acercamiento a la comprensión social desde la perspectiva sociológica exige considerar, además de las ya clásicas variables sociodemográficas, datos referentes al origen y movilidad de la población residente. Esta reflexión cobra especial protagonismo en la descripción de un municipio que podemos

caracterizar de turístico, o cuanto menos, capital de una provincia dedicada casi en exclusividad a dicho sector. <sup>(26)</sup>

En última instancia, la medición de la movilidad geográfica nos acerca indirectamente a la evaluación de los procesos de “ruralidad” y de “urbanización”, y dentro de éste último, al de “concentración”. Todos ellos de gran trascendencia desde el punto de vista de significación sociológica. <sup>(26)</sup>

#### **D. Nivel de Instrucción de la Población.**

Un Sistema de Indicadores Sociales que tiene por objeto describir e identificar la estructura latente de un ámbito no puede dejar de incluir en sus análisis indicadores de corte cultural. En este sentido, y considerando nuestra fuente de información, este aspecto de la sociedad queda cubierto con la introducción del nivel de instrucción alcanzado por la población. <sup>(26)</sup>

El nivel de instrucción alcanzado por la población en su conjunto, y en un sentido general, viene incrementándose de tal manera que las tasas de analfabetización ya no son la nota más característica de la población. Cabe pensar, pues, que este mayor nivel formativo redundará en una mayor adaptación al mercado laboral incrementando las oportunidades de igualdad, la reducción en las diferencias de rentas, y con ello, de

movilidad social. Todos estos aspectos estructurales vinculados indirectamente con el nivel de formación alcanzado se analizan en apartados precedentes, o bien, se tratan en el que sigue. <sup>(26)</sup>

### **E. Actividad Económica.**

En último lugar, resulta obvia y obligada la inclusión de indicadores cuyo objetivo sea la medición de la faceta más económica de la población sometida a examen.

En este caso, también nos encontramos nuevamente limitados por la fuente de información que estamos utilizando, lo que nos lleva a incluir un conjunto de indicadores relacionados con la medición, directa o indirectamente, de lo que genéricamente denominamos como “trabajo”.

<sup>(26)</sup>

Como ya sucedió para otros ámbitos de interés sociodemográfico, no intentamos medir exhaustivamente cada una de las facetas ligadas a la actividad económica, pues este objetivo excedería de las pretensiones de esta investigación, sino simplemente relacionar aquellos aspectos económicos de mayor protagonismo sociológico cuando el objetivo es definir la estructura sociodemográfica de un ámbito territorial dado. Para que la exposición resultara clara y sin ambigüedades se ha optado por

analizar el aspecto económico de la sociedad a partir de las subdimensiones que se presentan a continuación. <sup>(26)</sup>

- Población Activa.

Bajo este epígrafe nos encontramos con una noción que combina aspectos tanto demográficos, económicos como sociológicos. En síntesis, pretende clasificar a la población en función de su presencia y participación en el mercado laboral.

- Empleo Femenino.

No podemos olvidar que las tasas de actividad difieren según el sexo que se tome en su análisis, más aún, cuando éstas son consideradas por rama o sector de ocupación. Tradicionalmente, la medición de la actividad diferenciando por géneros indicador de progreso y desarrollo. En este sentido, la medición se centra no tanto en cuantificar la representación femenina en el conjunto del mercado laboral, como en identificar su grado de participación en cada uno de los sectores de ocupación. <sup>(26)</sup>

Por todo ello, nos ha parecido interesante su incorporación en el análisis que aquí se lleva a cabo, considerando además, que ésta puede ser actualmente una de las pautas que posiblemente más determine y describa la estructura sociodemográfica de una sociedad dada.

- Situación Profesional.

Dentro del conjunto de población que participa en el mercado laboral, esto es, de la población activa que se encuentra ocupada, podemos diferenciar dos situaciones claramente distintas. La subdimensión situación profesional tiene por objeto recoger esta consideración pues creemos que contribuye a la definición y clasificación de, en este caso, la población ocupada. <sup>(26)</sup>

- Pirámide de Ocupación o Estratificación Social.

Como cualquiera de las facetas que desempeñamos en nuestro entorno social, los “trabajos” (el “qué” y el “cómo” conseguimos nuestra retribución económica), vienen determinados y acompañados por una serie de papeles perfectamente instituidos y que denominamos “ocupaciones”. El sistema de ocupaciones, como abstracción sociológica, nos permite el acercamiento a la realidad social de forma directa. Es más, su estudio va a ocupar un lugar estratégico en nuestro intento por acercarnos a la comprensión y análisis de la estructura social y ello por su vinculación directa con otros aspectos relevantes a la hora de entender la sociedad. <sup>(26)</sup>

En síntesis, el sistema de ocupaciones:

1. Estructura y organiza el sistema de retribuciones, prestigio, influencias y poder.

2. Mantiene una estrecha relación con el sistema de enseñanza, y por ende, con el nivel de instrucción alcanzado por la población.
3. Responde al sistema de valores y creencias subyacentes en la sociedad.
4. Guarda una estrecha relación con el nivel de desarrollo y el estado tecnológico de la sociedad que representa.

En consecuencia, el sistema de ocupaciones aparece perfectamente jerarquizado, formando lo que metafóricamente y por analogía se ha convenido en denominar pirámide de ocupaciones. Esta pirámide de ocupaciones nos lleva a diferenciar entre sistema de estratificación social y sistema de clases sociales <sup>(26)</sup> (ambos recogidos de forma independiente en esta subdimensión)

Por Sistema de Estratificación Social entendemos los estratos que horizontalmente identificamos en la pirámide de ocupaciones. Así, pues, las frecuentes referencias a estratos como trabajadores liberales u obreros, por citar algunos, se asocian, además, con una serie de estratos o niveles perfectamente diferenciados de: ocupaciones, rentas, educación, estatus social, poder, prestigio, capacidad de toma de decisiones.

Por su parte, y en lo referente al Sistema de Clases Sociales entendemos el estado de conciencia de clase, esto es, la asunción por parte de cada

uno de los estratos de su situación en la pirámide de ocupaciones; asunción que les lleva a asumir la desigualdad básica (principio subyacente en este sistema) que les une y les separa. El sistema de clases refleja el conjunto de intereses colectivos perfectamente asociados, diferenciados y vinculados con el sistema de producción y el de poder.

Con este tipo de indicadores se da cuenta de una manera adecuada, oportuna y permanente de la situación social de una población, los cuales nos brindan las coordenadas adecuadas para el diagnóstico y seguimiento de los cambios operados en el mismo.

Bajo esta denominación se recogen los indicadores básicos relativos a Población, como fenómeno objetivo, y sociedad, como fenómeno subjetivo de interacción humana.

Esta área atraviesa y se constituye en pivote del sistema porque influye en todos los demás hechos sociales: demanda de salud, educación, seguridad social, vivienda y de puestos de trabajo, etc.

El estudio de la Población nos ofrece información sobre la estructura y dinámica demográfica de la zona.

Los indicadores relativos a la sociedad permiten determinar cuáles son sus principales características y cómo interactúan entre sí, lo cual permite aproximarnos a las reivindicaciones de la población. Así mismo, esta

información nos va a ayudar a comprender mejor los datos económicos y de empleo.

Dentro de esta categoría de indicadores, destacamos los siguientes:

### **Población**

- Número de habitantes
- Tasa de crecimiento
- Saldo migratorio
- Pirámide de población y evolución

### **Sociedad**

- Tasa de analfabetismo
- Nivel educativo de la población
- Renta per cápita
- Vivienda y Servicios Básicos
- Salud y Nutrición
- Familia y Hogares
- Índice de Desarrollo Social
- Situaciones de exclusión social
- Asociaciones

### 2.2.2. Prevalencia

La prevalencia describe la proporción de la población que padece la enfermedad, que queremos estudiar, en un momento determinado, es decir es como una foto fija. <sup>(12)</sup>

Prevalencia Es la proporción de la población afectada por un daño a la salud, nos da una idea de la MAGNITUD de la propagación.

El atributo seleccionado de la población o muestra poblacional se mide en un punto determinado del tiempo, en lo que es equivalente a tratar de obtener una "fotografía" del problema. Se busca conocer todos los casos de personas con una cierta condición en un momento dado, sin importar por cuánto tiempo mantendrán esta característica ni tampoco cuando la adquirieron.

Ejemplo: todos los enfermos de tuberculosis en la semana 20 del año en curso, en una región del país, independientemente de cuánto tiempo lleva enfermo cada paciente. La información puede usarse tanto en forma descriptiva, para mostrar cuánto hay de cada característica en la población o también para ayudar a la generación de hipótesis, al analizar asociaciones existentes entre algunas características de los sujetos. <sup>(14)</sup>

Si la variable estudiada es de tipo cualitativa (por ejemplo una enfermedad o sus síntomas), los resultados de un estudio de prevalencia se entregan generalmente como porcentajes (tasas de prevalencia). Las variables cuantitativas pueden expresarse a través de medidas de resumen como promedios y sus desviaciones estándar, dependiendo del tipo de variable, o bien pueden categorizarse de acuerdo a criterios clasificatorios previamente establecidos.

Un estudio de prevalencia puede ser también analítico cuando se examinan las variables de interés en subgrupos de sujetos, pudiendo estudiarse hipótesis causales o de asociación. Sin embargo este tipo de modelo de investigación sólo permite probar hipótesis simples, por ejemplo, si el promedio de una característica difiere de un valor estándar conocido o del de otra población. También permite la comparación entre grupos, o de un mismo grupo en diferentes momentos, como por ejemplo en años o periodos diferentes. <sup>(14)</sup>

### **2.2.3. Prevalencia en estudios científicos**

Es la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o periodo de tiempo, determinado. Por ejemplo la

prevalencia de diabetes en Lima en el año 2014 es la proporción de individuos de ese departamento que en el año 2014 padecían la enfermedad.

Se calcula

$$P = \frac{N^{\circ} \text{ eventos}}{N^{\circ} \text{ individuos totales}}$$

#### Características

- Es una proporción:
- no tiene dimensiones
- su valor oscila entre 0 y 1, aunque a veces se expresa como porcentaje
- Es un indicador estático, que se refiere a un momento temporal
- Indica la “carga” del evento que soporta la población, tiene su mayor utilidad en los estudios de planificación de servicios sanitarios
- En la prevalencia influye la velocidad de aparición del evento y su duración; es por ello poco útil en la investigación causal y de medidas terapéuticas

### **A. Prevalencia Puntual**

Es el número de casos de una determinada enfermedad que existen en una población en un momento determinado.

$$\text{Prevalencia puntual: } \frac{\text{N}^\circ \text{ casos existentes al momento } t}{\text{Total de la población en el momento } t}$$

### **B. Prevalencia de Período**

Es la proporción de personas que presentan la enfermedad en algún momento a lo largo de un periodo de tiempo determinado. El principal problema que plantea el cálculo de este índice es que la población total a la que se refiere puede haber cambiado durante el periodo de estudio. Normalmente la población que se toma como denominador corresponde al punto medio del periodo considerado.

$$\text{Prevalencia de periodo} = \frac{\text{N}^\circ \text{ total de casos existentes en el periodo de tiempo}}{\text{Total de la población a mitad de ese periodo}}$$

La prevalencia de un problema de salud en una comunidad determinada suele estimarse a partir de estudios transversales para determinar su importancia en un momento concreto, y no con fines predictivos. El cálculo de la prevalencia será especialmente apropiado para la medición

de procesos de carácter prolongado, pero no tendrá mucho sentido para valorar la importancia de otros fenómenos de carácter más momentáneo.

1.- Calculamos la prevalencia puntual de intoxicaciones alimentarias a 28 de febrero de 2006.

En la semana 1-4 aparecieron 77 casos de 6 brotes. Expuestos: 250

En la semana 5-8 aparecieron 28 casos de 5 brotes. Expuestos: 48  
 $105 / 298 = 0,35$  La prevalencia es del 35%

2.- La prevalencia de periodo de enero a junio de 2006 es la siguiente:

Hasta el 31 de junio había 1007 casos acumulados de 65 brotes.  
Expuestos: 2034

$1007 / 2034 = 0,49$  La prevalencia es del 49 %

### **C. Características generales**

Estos diseños permiten estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado. Se definen básicamente como procedimientos de investigación transversales (sin continuidad en el eje del tiempo) y no experimentales u observacionales (sin manipulación

de variables por parte del investigador). En ellos, un universo completo o una muestra representativa de él es estudiada, en un momento y lugar determinado. El carácter transversal proviene de la medición de la variable dependiente (enfermedad u otra situación) en un momento determinado. Un ejemplo clásico de un estudio de prevalencia aplicado a la totalidad de la población es un censo.

Son de máxima utilidad cuando se desea conocer la frecuencia de una característica (por ejemplo de una enfermedad) y caracterizar algunos atributos de la población evaluada. <sup>(14)</sup>

Utilidad de los estudios de prevalencia

Estos estudios son de utilidad para:

- La descripción de un fenómeno de salud
- La identificación de la frecuencia poblacional de él,
- La generación de hipótesis de trabajo (explicatorias). <sup>(14)</sup>

#### **D. Indicadores a los que dan origen los estudios de prevalencia**

Medidas epidemiológicas puras:

**Tasas de prevalencia:** se expresa generalmente en tasas porcentuales o usando otro múltiplo de 10 según sea la magnitud de la prevalencia encontrada.

**Razón de prevalencia (RP).** La que se obtiene calculando el cociente entre la prevalencia encontrada en el grupo expuesto a un eventual factor en relación con la prevalencia de grupos no expuestos o con diferente nivel de exposición (ej. Distintos niveles socioeconómicos). <sup>(14)</sup>

**Diferencia de prevalencia (DP; Prevalence difference),** la que corresponde a la diferencia entre la prevalencia de sujetos expuestos menos la de los no expuestos (por tanto posee unidades de medida). Este indicador puede ser utilizado para el cálculo de otras medidas epidemiológicas relacionadas con la estimación del riesgo en la población derivado de la exposición (Riesgo Atribuible porcentual en expuestos o RAP), y el efecto esperado en la prevalencia global considerando la remoción del factor de riesgo en la población (riesgo atribuible poblacional porcentual o RAP%).

(DP) = Prevalencia expuestos - Prevalencia no expuestos. <sup>(14)</sup>

**Odds de prevalencia (prevalence-odds):** puesto que la información de un estudio transversal puede ser desplegada en una tabla tetracórica de igual forma que un estudio prospectivo o de casos y controles, Rothman (1986) propone la consideración de la expresión prevalence-odds 1, que

es equivalente a la relación Tasa de incidencia ( I ) de la enfermedad por la duración promedio de ella (D).

$$DI = \frac{P}{(1 - P)}$$

Así, la medición de la odds o chance de prevalencia constituye una medición básica en estudios transversales y es un estimador de riesgo.

(14)

**Odds ratio de prevalencia:** la relación de dos valores de odds de prevalencia da origen al denominado odds ratio de prevalencia, cuyo cálculo e interpretación sigue los mismos principios que el cálculo en otros diseños de investigación. <sup>(14)</sup>

## **2.2.4. Procesos, y patologías:**

### **2.2.4.1. Procesos asistenciales:**

Los procesos asistenciales integrados son una herramienta de mejora de la calidad dirigida a facilitar el trabajo de los profesionales y la gestión sanitaria. Detalla el itinerario de los pacientes y el conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial en un problema asistencial específico.

Su elaboración se basa en el análisis del flujo de actividades, la interrelación entre ámbitos asistenciales y las expectativas del paciente; adaptándose al entorno y a los medios disponibles e incorpora documentos prácticos que proporcionan la evidencia científica (protocolos, guías o vías de práctica clínica).<sup>(16)</sup>

Se entiende por Protocolos de atención los documentos dirigidos a facilitar el trabajo clínico, elaborados mediante una síntesis de información que detalla la secuencia de pasos a seguir (conjunto de procedimientos diagnósticos y terapéuticos) ante un problema asistencial específico. Está consensuado o convenido entre los profesionales, con carácter de "acuerdo a cumplir" y se adapta al entorno y a los medios disponibles.<sup>(16)</sup>

Las guías clínicas son los instrumentos dirigidos a estructurar las actuaciones ante pacientes en situaciones clínicas que presentan una

evolución predecible. Una vía clínica describe los pasos que deben seguirse, establece las secuencias en el tiempo de cada una de ellas y define las responsabilidades de los diferentes profesionales que van a intervenir (cuándo, quién o dónde, cómo, con qué secuencia y con qué objetivos se ha de proporcionar la atención). Adaptan las guías de práctica clínica o protocolos a la práctica y sirven como instrumento de gestión para la institución que las utiliza. <sup>(16)</sup>

La atención pre hospitalaria dependerá de la ciencia de la atención pre hospitalaria y la comprensión para tomar decisiones completamente correctas a la hora de tratar un paciente un conocimiento de trabajo de: anatomía fisiología y farmacología. <sup>(20)</sup>

A pesar de todos lo avance, es el arte de la medicina el que continua confiando en las personas que proporcionan la atención sanitaria con el uso de sus conocimientos y habilidades de razonamiento crítico para hacer juicios apropiados y decisiones para identificar el dispositivo diagnóstico correcto, la medicación adecuada, o los procedimientos de SAMU más efectivos y que más benefician al paciente. Para los profesionales de atención prehospitalaria esto consiste que paciente está lesionado gravemente, que paciente precisa transporte rápido y a qué hospital, cuanto se debe realizar en el lugar del incidente y cuanto durante

el transporte, qué técnicas se deben utilizar para llevar a cabo las intervenciones precisas y que equipo es el mejor para su uso en una situación particular. Todo esto es el arte de la medicina o preferencia. ¿De qué técnicas o procedimientos o dispositivos dispone el profesional del SAMU en su arsenal que, en sus manos, se adaptarán a las necesidades del paciente en la situación que existe en ese momento? ¿Cuál es el método preferido? <sup>(20)</sup>

La ciencia de la medicina proporciona los principios de la atención médica en pocas palabras, los principios son esas cosas que deben estar presentes, llevar a cabo o asegurarse por la persona que proporciona la atención sanitaria en orden a optimizar la supervivencia y el pronóstico del paciente. La forma en la que un profesional de la asistencia individual aplica los principios para el tratamiento más eficaz del paciente en el momento del contacto del paciente depende de las preferencias, que se basan en la situación existente en ese momento específico, la situación clínica del paciente la formación y habilidades individuales y el equipo disponible. Así es como la ciencia de la medicina y el arte de la medicina se une para el bien de la atención del paciente. <sup>(20)</sup>

Un principio es lo que es necesario para la mejora del paciente o su supervivencia, mientras que la preferencia es cómo se logra el principio en el tiempo necesario por el profesional de la asistencia disponible. La preferencia utilizada para conseguir el principio dependerá de cuatro factores: <sup>(20)</sup>

**A. La situación que existe.**

La situación involucra a todos los factores de una situación que pueden afectar a que atención se proporciona a un paciente determinado. Estos incluyen, pero claramente no se limitan a los siguientes: Riesgo en el lugar del incidente, Número de pacientes afectados, Localización del paciente, Posición del vehículo, Preocupaciones por contaminantes o materiales peligrosos, Fuego, Tiempo atmosférico, Control y seguridad del escenario por la policía, Tiempo/distancia a la atención médica, Número de profesionales del SAMU y otras personas o colaboradores que posiblemente puedan prestar ayuda en el lugar del incidente, Transeúntes, mirones, Sistemas de transporte disponibles en el escenario y Otros sistemas disponibles de transporte. Todas esas condiciones pueden estar en constante cambio, estos factores y muchos otros cambiarán la forma en la que usted, puede responder a las necesidades del paciente <sup>(20)</sup>

## **B. Condición del paciente.**

Esta parte del proceso de toma de decisiones concierne a la condición médica del paciente. La pregunta más importante que afectará a la toma de decisiones es ¿Cómo de enfermo está el paciente? Algunos ejemplos de temas que ayudarán a esta determinación la causa de la condición médica, la edad del paciente y factores fisiológicos que afectan a la producción de energía (presión arterial, Pulso, frecuencia respiratoria temperatura cutánea, etc.), la etología del traumatismo la condición médica del paciente previa al suceso fármacos que está utilizando el paciente uso de drogas ilegales consumo de alcohol y muchos otros. <sup>(20)</sup>

## **C. Base del conocimiento del profesional de la asistencia.**

La base del conocimiento proviene de diversas fuentes, entre las que se incluyen formación inicial, cursos de educación médica continuada, recientes, experiencia en el campo, experiencia con esta condición específica, y habilidades con los posibles procedimientos disponibles que el paciente pudiese precisar. Con las habilidades y experiencias adecuadas, el paciente probablemente tendría mejor pronóstico y el profesional de la asistencia se sentiría más cómodo eligiendo la decisión adecuada. <sup>(20)</sup>

#### **D. El equipo disponible.**

La experiencia de un profesional con el equipo más sofisticado del mundo no sirve para nada si no se dispone de ese equipo sofisticado. El profesional de la atención prehospitalaria debe utilizar el equipo o los suministros que tenga su disposición. Por ejemplo, la sangre puede ser el mejor líquido de reanimación para las víctimas del traumatismo. Sin embargo, no está disponible en el lugar del incidente; por tanto el líquido de reanimación a mano (cristaloides) es la mejor elección disponible, dependiendo de la situación. Otra consideración es que si la reanimación hipotensiva (hipotensión permisiva) sería una elección mejor en determinados tipos de lesiones del paciente. Este tema en particular se comenta en más detalle en el capítulo sobre shock.<sup>(20)</sup>

#### **2.2.4.2. Tipos de Procesos asistenciales.**

##### **Valoración.**

La probabilidad de supervivencia de un paciente con lesiones traumáticas depende de la identificación y corrección inmediatas de los trastornos que interfieren con la perfusión tisular. La identificación de estos trastornos requiere un proceso sistemático, priorizado y lógico de recogida de información y actuación. Este proceso se denomina valoración del paciente. La valoración de paciente comienza con la evaluación de la

escena e incluye la formación de una impresión general sobre el paciente o valoración primaria y cuando el estado del paciente y la disponibilidad de personal del SAMU adicional lo permiten, una valoración secundaria. La información obtenida en este proceso se analiza y utiliza como base de las decisiones de atención y transporte de paciente. <sup>(20)</sup>

### **Manejo del paciente.**

En la atención del paciente, todo problema que se pasa por alto es una oportunidad perdida de ayudar potencialmente a la supervivencia del individuo. Tras la determinación simultánea de la seguridad de la escena y una impresión general de la situación, el personal de la asistencia prehospitalaria dirige las prioridades de valoración del paciente.

#### **2.2.4.3. Procesos de asistencia prehospitalaria**

- Medidas de Bioseguridad y Técnicas de Asepsia
- Vía Aérea
- Analgesia y Sedación
- Desfibrilación Externa Automática
- Canalización de Venas Periféricas
- Manejo de Sonda Nasogástrica y Vesical
- Inmovilización y Transporte Manual de Pacientes

- Transporte de Pacientes en Ambulancia Terrestre
- Transporte Aéreo de Pacientes
- Reanimación Cardio Cerebro Pulmonar
- Crisis Asmática<sup>(21)</sup>
- Infarto Agudo del Miocardio
- Shock Hipovolémico
- Arritmias Cardíacas
- Hemorragia de Vías Digestivas
- Emergencia Cerebrovascular
- Crisis Convulsiva
- Urgencia Psiquiátrica
- Atención del Paciente Suicida
- Picaduras y Mordeduras por Animales Venenosos.<sup>(21)</sup>

De estos procesos que constituyen algunos de los más trascendentales describiremos los siguientes:

### **Soporte Vital Básico:**

Estado de la vía aérea del paciente, el estado ventilatorio y el estado circulatorio. Esta valoración rápida sigue el formato ABCDE para la evaluación de la vía aérea, respiración, circulación, discapacidad y exposición. Aunque la naturaleza secuencial del lenguaje limita la

posibilidad de describir la simultaneidad de estas acciones, el profesional de la asistencia prehospitalaria debe entender la valoración primaria del paciente como un conjunto de acciones que suceden al mismo tiempo. <sup>(20)</sup>

El paciente con deterioro posible o real de la perfusión, el profesional de la asistencia debe intervenir sin demora según la pauta detectar y corregir para las amenazas inmediatas para la vida del paciente. Cuando se haya controlado la vía aérea y respiración del paciente así como la hemorragia con riesgo de exanguinación, debe preparar el paciente y comenzar el traslado sin tratamiento adicional sobre el terreno. El profesional de la asistencia debe conocer las limitaciones de tratamiento sobre el terreno del paciente y concentrar su objetivo en un traslado rápido y seguro para un tratamiento definitivo. <sup>(20)</sup>

### **Soporte vital avanzado:**

Es el conjunto de técnicas avanzadas que permiten intervenir durante el paro cardio respiratorio, su objetivo es el tratamiento definitivo del PCR hasta el restablecimiento de las funciones respiratoria y cardiovascular y precisa de equipamiento adecuado y personal formado específicamente.

Comprende:

- Optimización de las maniobras de soporte vital básico (A, B, C, D, E).

- Continuación de maniobras.
- Drogas y fluidos, monitorización ECG y tratamiento de la Fibrilación Ventricular y otras arritmias.

### **Administración de tratamiento:**

El término administración de tratamiento hace referencia a la vía de administración de los fármacos, la dosis y farmacocinética. Esto es, atravesando una o más capas de la piel o de las membranas mucosas.

Las vías de administración son:

VÍA ORAL: El medicamento se administra por la boca.

VÍA SUBLINGUAL: El comprimido se coloca debajo de la lengua, una zona de absorción rápida, y se deja disolver. <sup>(21)</sup>

VÍA TÓPICA: El medicamento se aplica directamente en la zona a tratar, puesto que normalmente se busca una acción local.

VÍA TRANSDÉRMICA: Es la vía que utilizan los parches.

VÍA OFTÁLMICA: Los medicamentos se aplican directamente en el ojo.

VÍA ÓTICA: La vía ótica está limitada a la aplicación tópica de fármacos en el oído externo. <sup>(21)</sup>

VÍA INTRANASAL: El medicamento actúa en la mucosa nasal. Se suele aplicar en forma de pomada o soluciones (gotas y nebulizadores).

VÍA INHALATORIA: La absorción del principio activo tiene lugar a través de la mucosa.

VÍA RECTAL: Se administra el medicamento a través del ano.

VÍA VAGINAL: El medicamento se introduce en la vagina.

VÍA PARENTERAL: El medicamento se administra mediante una inyección.

VÍA INTRAVENOSA: El medicamento se inyecta directamente en una vena. Se utilizan venas superficiales o cutáneas para inyectar solamente líquidos.

VÍA INTRAMUSCULAR: El medicamento se inyecta en un músculo.

VÍA SUBCUTÁNEA: El medicamento se inyecta bajo la piel. <sup>(21)</sup>

### **Administración de oxígeno:**

Es la modalidad terapéutica más recomendable para el tratamiento de deficiencias de ventilación/perfusión, intercambio de gases e hipoventilación. <sup>(18)</sup>

Los sistemas de administración de oxígeno son:

- Sistemas de bajo flujo es aquel en el que solo una porción del volumen total inspirado por el paciente en un minuto es remplazado por el sistema, por lo que debe complementar el volumen del aire inspirado, modificando la FiO<sub>2</sub>. Los sistemas de bajo flujo más

usados son cánula bi-nasal, máscara simple, máscara de reinalación con reservorio.<sup>(18)</sup>

- El sistema de alto flujo es aquel en el cual el volumen del aire inspirado por minuto suministrado por el propio mecanismo, el cual cubre la totalidad de los requerimientos del paciente y brinda concentraciones más precisas de oxígeno. Los sistemas de entrega más usados son la máscara ventury, oxihood y tienda de traqueotomía.<sup>(18)</sup>

#### **2.2.4.4. Patologías prehospitalarias:**

Es el estudio de las situaciones de riesgo, nos va a permitir identificar, de forma general, una serie de patologías de incidencia variable. Esta relación no es cerrada, puesto que cada acontecimiento tiene sus fuentes de riesgo propias, que se pueden ver acrecentadas o no según la influencia de una serie de factores.<sup>(22)</sup>

La incidencia de cada patología está influida de forma más o menos directa, por una serie de factores como son:

Lugar del acontecimiento: orografía del terreno, proximidad de complejos industriales, recinto cerrado o no.

Tiempo: condiciones meteorológicas, acto diurno o nocturno, etc.

Duración: número de horas o días de celebración de los actos.

Tipo de acontecimientos: Condicionarán que una patologías sean más frecuentes que otras, no descartándose la incidencia de ninguna de ellas.

(22)

Las patologías se clasifican en:

### **Patologías cardiocirculatorias**

Cardiopatía isquémica

Insuficiencia cardiaca

Arritmias

Hipertensión

Schock

*Identificando como signos prehospitalarios:*

- Dolor torácico presente en el momento de la consulta (sobre todo si hace pensar en dolor isquémico), o ausente pero con alguno de estos datos: palidez cutánea, hipotensión o hipertensión arterial, alteración en la frecuencia o en el ritmo cardiaco o incremento en la frecuencia respiratoria. (22)
- Arritmia cardiaca con inestabilidad hemodinámica.
- Hemorragia digestiva demostrada por el personal de triage, o con alteración de los signos vitales (hipotensión arterial, taquicardia, bajo

nivel de conciencia, palidez cutánea, etc.), o con antecedentes de cirrosis hepática.

- Otras hemorragias con alteración de las constantes vitales

### **Patologías respiratorias**

Reagudización de EPOC

Crisis Asmática

*Identificando como signos prehospitales:*

- Disnea en el momento de la consulta o episodio previo de disnea con alguno de los datos que se especifican para el dolor torácico. Fallo respiratorio agudo.
- Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño.
- Ahogados. <sup>(22)</sup>

### **Patologías Traumatológicas**

Heridas (abiertas y cerradas)

Fracturas

Politraumatismos

Traumatismo Craneoencefálico

Síndrome de Aplastamiento

*Identificando como signos prehospitales:*

- Traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia.

- Traumatismo penetrante en tórax o abdomen.
- Politraumatismo.
- Dolor abdominal intolerable o con afectación del estado general o hipotensión arterial, palidez cutánea, taquicardia (FC  $\geq$  100 lpm) o disminución del nivel de conciencia. <sup>(23)</sup>

## **Patologías Psiquiátricas**

Cuadros psicóticos

Intoxicaciones etílicas

Crisis de ansiedad

*Identificando como signos prehospitalarios:*

- Cefalea intensa o no, pero acompañada de alguno de los datos siguientes: fiebre, disminución del nivel de conciencia, hipertensión arterial, vómitos, focalización neurológica. <sup>(22)</sup>
- Déficit neurológico con alteración del nivel de conciencia.
- Ataque cerebrovascular.
- Bajo nivel de conciencia cualquiera que sea el motivo (intoxicación medicamentosa, fiebre, abuso de drogas, ictus, hipoventilación, etc)

## **Patologías infecciosas**

Toxiinfección alimentaria

Infecciones gastrointestinales

Infecciones genitourinarias

Deshidratación

*Identificando como signos prehospituarios:*

- Fiebre con afectación grave del estado general o en pacientes con antecedentes de trasplante de órganos, neoplasia en quimioterapia actual o reciente. <sup>(22)</sup>

### **Otras patologías**

Crisis convulsiva

Afecciones oculares

Enfermedades exantémicas

Agresión múltiple

Grandes quemados.

Parto precipitado. <sup>(21)</sup>

### **SAMU:**

Para superar los problemas de atención pre-hospitalarios de urgencias y emergencias, con Decreto Supremo N° 017-2011-SA, se crea el Programa Nacional "Sistema de Atención Móvil de Urgencia-SAMU", Programa adscrito al Ministerio de Salud, que describe dentro de sus disposiciones complementarias transitorias, la aprobación del Manual de

Operaciones del Programa Nacional- SAMU, mediante Resolución Ministerial<sup>(24)</sup>

## **TEORÍA DE INCERTIDUMBRE**

Con el fin de sustentar con bases científicas las acciones que deben realizarse en la atención prehospitalaria, por parte del Profesional de Enfermería, se elige la siguiente Teoría de Enfermería:

La Teoría de incertidumbre de Merle H. Mishel, que nos refiere que la falta de seguridad, de confianza o de certeza sobre algo, especialmente cuando crea inquietud. Ayuda a explicar los factores estresantes ante una enfermedad importante o una condición de gravedad, a través de procesos que responden por medio de la incertidumbre, y cómo los profesionales de salud pueden otorgar información valiosa para manejarla y utilizarla de forma positiva.<sup>(30)</sup>

Esta afirmación es válida en cuanto que la enfermera se encuentra en el deber de asistir al individuo con patologías prehospitalarias en el lugar del siniestro con el único propósito de contribuir a su estabilización y traslado al hospital para su pronta recuperación evitando así la muerte y discapacidad, y de ser eminente la muerte, pues evitar el mayor sufrimiento de la víctima,

## **TEORÍA DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON**

Tomando en cuenta la teoría de las catorce necesidades de Virginia Henderson. La primera necesidad es respirar normalmente, la víctima de trauma necesita de la permeabilidad de la vía aérea y de una adecuada oxigenación para evitar incrementar las lesiones, y si no se cuenta con el conocimiento para realizar la técnica adecuada sólo se empeorará la situación.

Al igual que la necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas, ya que el paciente presenta lesiones diversas que de no ser manejada con las técnicas adecuadas de movilización y traslado originan discapacidad (imposibilidad de mover la región fracturada).

Esta teoría contribuyen en el presente estudio desde un punto de vista biopsicosocioespiritual; donde las personas que sufren algún evento; ya sea de enfermedad o accidente; requieren lo más elemental posible de la naturaleza como es la respiración, la seguridad, la circulación y la estabilización emocional, Enfermería cumple estas funciones al alcanzar la información y asistir oportunamente a las personas que sufren algún evento lesivo.

Para concluir, es más importante la calidad de la salud que la vida en sí misma. Es mejor ofrecer una atención adecuada en el sitio que se suscitó

el accidente a tener que prolongar la agonía del paciente o causar discapacidad que desmejore su calidad en salud.

## **2.3. Definición conceptual Variables**

### **2.3.1. Variable independiente**

**Factores sociodemográficos:** son un estudio estadístico de las características sociales de una población, se refiere a las características cualitativas y cuantitativas de una sociedad. <sup>(25)</sup>

### **2.3.2. Variable dependiente**

**Prevalencia de Procesos y Patologías atendidas por** el sistema de atención móvil de urgencia (SAMU) Tacna:

Es el estudio de las situaciones de riesgo, nos va a permitir identificar, de forma general, una serie de patologías de incidencia variable. esta relación no es cerrada, puesto que cada acontecimiento tiene sus fuentes de riesgo propias, que se pueden ver acrecentadas o no según la influencia de una serie de factores. <sup>(22)</sup>

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Material y métodos**

Estudio de diseño Epidemiológico de prevalencia, de nivel relacional; de tipo cuantitativo, observacional (intervención del investigador), Retrospectivo (planificación de la toma de datos), transversal (números de mediciones) y Descriptivo (por la variable de estudio).

##### **3.1.1. Ámbito de estudio**

El ámbito de estudio son las unidades de atención del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU) las cuales se encuentran ubicadas en la ciudad de Tacna.

#### **3.2. Población y muestra**

La población estuvo constituida por la totalidad de pacientes atendidos (por ser un estudio Epidemiológico debe considerarse el total de la población) por las unidades de atención del sistema de atención móvil de

urgencia (SAMU), que durante los meses de enero a junio del 2015 ascendieron a 1503 Fichas de Atención Pre hospitalaria

Son todos los pacientes que son atendidos en Tacna de Enero a Junio del 2015, por ser un estudio epidemiológico. Ascendiendo a un aproximado de 1503 atenciones.

**Unidad de análisis:** Fichas de atención Pre hospitalaria del sistema de atención móvil de urgencias.

**Criterios de inclusión:**

Se incluyeron en el estudio todos aquellos pacientes que reunieron los siguientes requisitos

- Fichas de Atención Pre hospitalarias que estén correctamente llenadas.
- Fichas de atención pre hospitalarias (FAPH) de enero a junio del 2015
- Se considerará únicamente la inicial demanda asistencial in situ.
- No estar incluidos en los criterios de exclusión.

**Criterios de exclusión:**

No se incluyó en el estudio todos aquellos pacientes que reúnen los siguientes requisitos:

- Fichas de Atención prehospitalaria que no estén correctamente llenadas.
- Se excluirán los casos de transporte secundario (transporte y traslado en avión, barco o helicóptero de rescate).

### **3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para ambas variables se utilizó la ficha de atención pre hospitalaria, que dispone de tres partes:

- El primero que es de todos personales consignando datos como fecha, hora, nombres y apellidos estado civil, dirección y área de procedencia, ocupación, teléfono, sexo y prioridad.
- En el segundo bloque que corresponde a la valoración consignando datos como funciones vitales, motivo de la consulta antecedentes y examen físico.
- En el tercer bloque se aprecian los procesos como la oxigenación, intubación, RCP, desfibrilador, consignando un espacio en blanco que refiere detalle procesos.

Como segundo instrumento de digitalización podemos apreciar la matriz de datos la cual consigna: fecha; considerando los meses de enero, febrero, marzo, Abril, Mayo junio, N° de ficha de atención pre hospitalaria,

dirección de procedencia que varían según las respuestas encontradas en las fichas, distrito considerando los 27 distritos del Departamento de Tacna, tipo de servicio clasificándola en atención referencia contra referencia y frustrado, sexo considerando femenino y masculino, edad clasificándolas por etapa de vida así apreciaremos, niño de 0 a 11 años, adolescente de 12 hasta los 17 años, joven de 18 a 29 años, adulto de 30 a 64 años y adulto mayor de 65 a más años, tipo de seguro, aquí consignamos el seguro integral de salud (SIS), EsSalud, Sanidad PNP y Sin seguro, prioridad de foco, primer diagnóstico de foco, tipo de patología esta varía entre 11 clasificaciones consignando así medicina general, medicina interna, ginecología, ginecoobstetricia, pediatría, traumatología, neurología, cardiología, neumología, cirugía y psiquiatría, condición del paciente que va desde vivo a muerto, requirió traslado variable dicotómica, nombre EESS. Que decepcione al paciente, categoría del EESS, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, presión arterial, saturación de oxígeno, administración de tratamiento; variable categórica que consigna tratamiento endovenoso; tratamiento endovenoso con circuito cerrado, y con circuito continuo, intramuscular y oral, administración de oxígeno variable categórica que incluye la administración de oxígeno con sistema de bajo y alto flujo, Glasgow,

soporte básico que es una variable dicotómica, soporte avanzado variable dicotómica, atención medica telefónica, CIE1, CIE2, CIE3, CIE4

#### **3.4. Procedimientos de recolección de datos**

Para la valoración de las variables se utilizó

- En primera instancia se tabularon los datos de las hojas de atención pre hospitalaria del sistema de atención móvil de urgencia de enero al mes de junio del 2015, instrumento fue previamente aprobado según DS. N° 017-2011-SA con un nivel de confiabilidad alto, lo cual hizo aún más posible la recolección de datos.
- En segunda instancia se realizó un vaciado de datos en una hoja de cálculo en el programa SPSS; la cual priorizó ítems de ambas variables.

#### **3.5. Procesamientos de datos**

Se realizó un estudio descriptivo de la población; incluida en el estudio; para obtener una idea general del tipo de pacientes usuarios del servicio del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU). Se realizó un análisis de distribución de frecuencias con las variables sociodemográficas para

posteriormente buscar las relaciones estadísticamente significativas entre los diferentes parámetros que se obtuvieron. Posteriormente se calculó la prevalencia de las distintas patologías de la población estudiada. Se mostró cada una de las variables objeto de estudio expresándolas como media y/o porcentaje según se trate de una variable cuantitativa o cualitativa. Las variables cuantitativas se describieron como media y desviación estándar, y las categóricas mediante distribución porcentual.

Se compararon distintas variables según las necesidades del estudio. En el estudio de la edad, una vez que se haya determinado que existen diferencias entre las medias, se realizaron pruebas post-hoc que permitan determinar qué medias difieren, identificando subconjuntos homogéneos de medias que no se diferencian entre sí.

El estudio estadístico se realizará mediante el paquete estadístico SPSS 21 versión española y fue considerado significación estadística, un valor de  $p < 0,05$ .

### **1) Estadística descriptiva:**

### **2) Test estadístico:**

***Test no paramétricos:*** se deben de utilizar cuando los datos no se pueden modelizar por una distribución paramétrica; en nuestro caso

cuando los datos no se ajustan a la distribución normal, debido a la heterogeneidad de las unidades de este estudio.

- **Test de Chi cuadrado:  $\chi^2$ :** suma de los cuadrados de  $n$  variables aleatorias normales de media 0 y desviación típica. Nos permite determinar si existe una relación entre dos variables categóricas. Con este test podemos averiguar la significación estadística de una determinada prueba o hipótesis, obteniendo el  $p$  valor, que nos dará el valor de la probabilidad asociado con el error de la primera clase del test estadístico.
- Entendiéndose como error de la primera clase, el error que se comete cuando la estadística dice que es falsa la hipótesis.

## **CAPÍTULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1. RESULTADOS**

Participaron 1510 fichas de atención pre-hospitalaria del sistema de atención móvil de urgencias, de los cuales 7 fueron excluidos por no cumplir con alguno de los criterios de inclusión. Solo 1503 fichas de atención pre-hospitalaria que corresponden al primer semestre del año 2015, la edad promedio fue 22.6 ( $\pm 1.2$ ) y la mediana (RIQ) fue 23, la prevalencia de las atenciones de enero a junio del 2015, en referencia a la población programada según INEI; ( $N^{\circ}$  de casos atendidos/ $N^{\circ}$  de población según INEI X 100) es igual a 0,43968%,

La frecuencia y los porcentajes de todos los datos fueron registrados de la siguiente manera:

**Cuadro N° 01**

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS: ETAPA DE VIDA, SEXO, MES,  
TIPO DE SEGURO, DISTRITO DE PROCEDENCIA Y DIRECCIÓN  
DE LAS ATENCIONES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN  
MÓVIL DE URGENCIA (SAMU)  
TACNA 2015.**

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
<b>ETAPAS DE VIDA</b>		
Adulto	483	32,1%
Joven	431	28,7%
Adulto mayor	250	16,6%
Niño	190	12,6%
Adolescente	135	9,0%
Recién nacido	14	0,9%
<b>TOTAL</b>	<b>1503</b>	<b>100%</b>
<b>SEXO</b>		
Femenino	817	54,4%
Masculino	686	45,6%
<b>TOTAL</b>	<b>1503</b>	<b>100%</b>
<b>MES</b>		
Enero	142	9,4%
Febrero	171	11,4%
Marzo	277	18,4%
Abril	288	19,2%
Mayo	282	18,8%
Junio	343	22,8%
<b>TOTAL</b>	<b>1503</b>	<b>100%</b>
<b>TIPO DE SEGURO</b>		
SIS	853	56,8%
Sin seguro	384	25,5%
No registra	128	8,5%
Es Salud	88	5,9%
SOAT	44	2,9%
Sanidad PNP	6	0,4%
<b>TOTAL</b>	<b>1503</b>	<b>100%</b>

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>
<b>DISTRITO</b>		
Gregorio Albarracín Lanchipa	452	30,1
Tacna	389	25,9
Ciudad nueva	257	17,1
Alto de la alianza	237	15,8
No registra datos en la ficha	88	5,9
Pocollay	29	1,9
Sama	21	1,4
Calana	12	0,8
Inclan	8	0,5
Pachia	6	0,4
Candarave	1	0,1
Palca	1	0,1
Tarata	1	0,1
Ite	1	0,1
<b>TOTAL</b>	<b>1503</b>	<b>100%</b>
<b>DIRECCIÓN DE PROCEDENCIA</b>		
Centros de salud	836	55,62%
Direcciones específicas	406	27,01%
Puestos de salud	104	6,92%
No registra datos en la ficha	54	3,59%
Hospitales	35	2,33%
Clinicas	25	1,66%
Instituciones educativas	22	1,46%
Áreas públicos	21	1,40%
<b>TOTAL</b>	<b>1503</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

### **Interpretación:**

En el cuadro N° 01 podemos apreciar una distribución de la población por Tipo de seguro, distrito y dirección de procedencia evidenciando lo siguiente:

- En el factor sociodemográfico etapa de vida, podemos apreciar que de las 1503 atenciones registradas, un 32,1% es población adulta (etapa comprendida desde los 30 hasta los 59 años), un 28,7% es población Joven (comprendida entre los 18 hasta los 29 años), un 16,6% de la población es adulta mayor; (comprendida entre los 60 a 97 años), un 12,6% es población niño; (comprendida entre los 28 días de nacido hasta los 12 años), un 9% es población adolescente; (comprendida entre 12 a 18 años), finalmente un 0,9% de población fueron recién nacidos (etapa comprendida entre 0 a 28 días).
- En el factor sociodemográfico sexo, se evidencia que el 45,6% de la población total es de sexo masculino y un 54,4% es de sexo femenino.
- En el factor sociodemográfico temporalidad evidenciada como el mes de atención, observamos que en 9,4% del total de las atenciones registradas fueron atendidas en el mes de enero, el 11,4% en el mes de febrero, el 18,40% en el mes de marzo, el

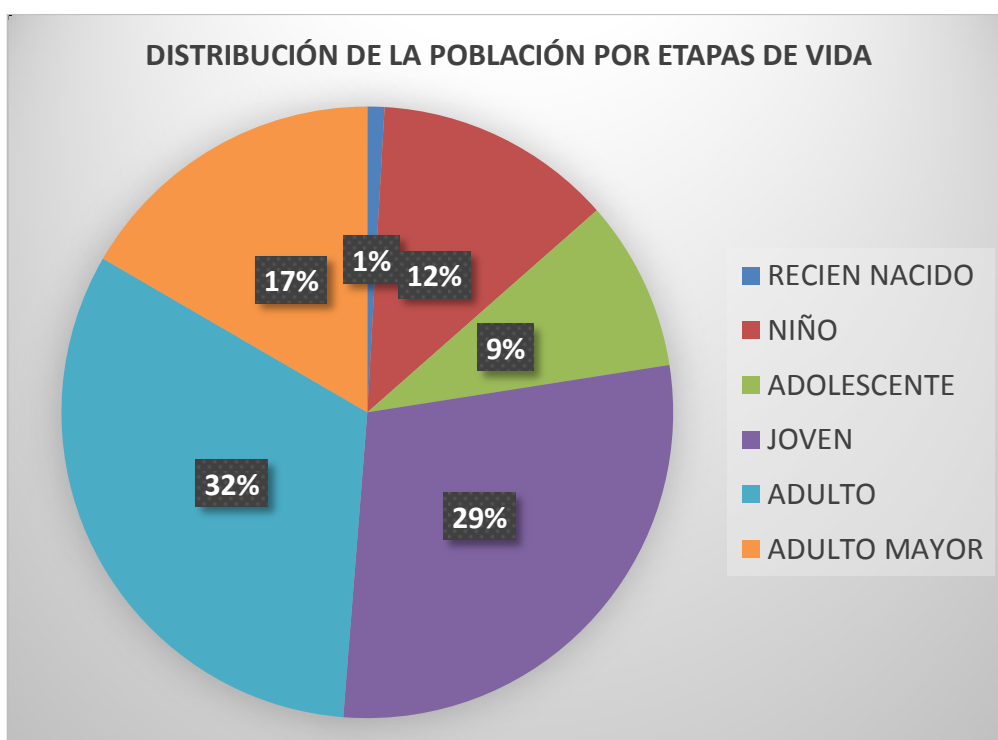
19,20% en el mes de abril, el 18,80% en el mes de mayo, y un 22,80% en el mes de Junio.

- El factor sociodemográfico estratificación económica es evidenciada con el Tipo de Seguro de las 1503 atenciones registradas, apreciando que un 56,8% fueron atenciones con el Seguro integral de Salud (SIS), el 25,5% fueron atenciones sin ningún tipo de seguro, el 8,5% no registra datos en la ficha, el 5,9% fueron atenciones con el seguro Social del Perú (Es Salud), el 2,9% fueron atenciones con el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) y un 0,4% fueron atenciones con el seguro del servicio de la sanidad Policía Nacional del Perú.
- En el factor sociodemográfico distrito de procedencia, se demuestra que el 30,1% de la población Proviene del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, el 25,9% proviene del distrito de Tacna Cercado, el 17,1% proviene del distrito Ciudad Nueva, el 15,8% proviene del distrito Alto de la Alianza, un 5,9% No registra datos en la ficha, el 1,9% provienen del Distrito de Pocollay, el 1,4% proviene del Distrito de Sama, el 0,8% proviene del Distrito de Calana, el 0,5% proviene del Distrito Inclán, el 0,4% proviene del Distrito Pachía y solo un 0,1% proceden de los distritos Candarave, Palca, Tarata e Ite respectivamente.

- En el factor sociodemográfico dirección de procedencia de la población observamos que un 55,62% provienen de Centros de Salud, un 27,01% procede de direcciones específicas, un 6,92% proviene de Puestos de Salud, un 3,59% No registra datos en la ficha, 2,33% proviene de Hospitales, un 1,66% proviene de clínicas particulares, un 1,46% proviene de instituciones educativas, 1,40% proviene de áreas públicas como plazas, parques, mercados, calles y avenidas.

Gráfico N° 01

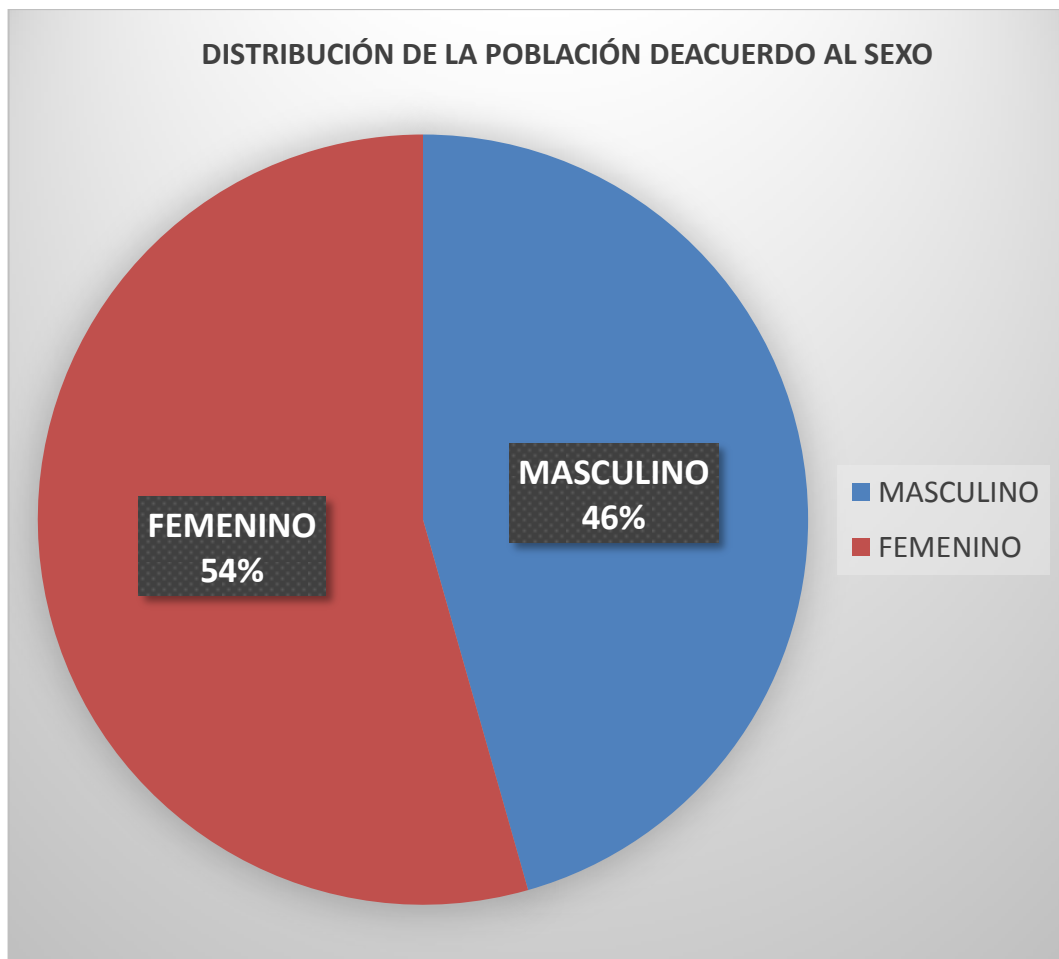
**FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO: ETAPA DE VIDA DE LA  
POBLACIÓN ATENDIDA POR EL SISTEMA DE  
ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIA  
(SAMU), TACNA 2015.**



**Fuente:** Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

**Gráfico N° 02**

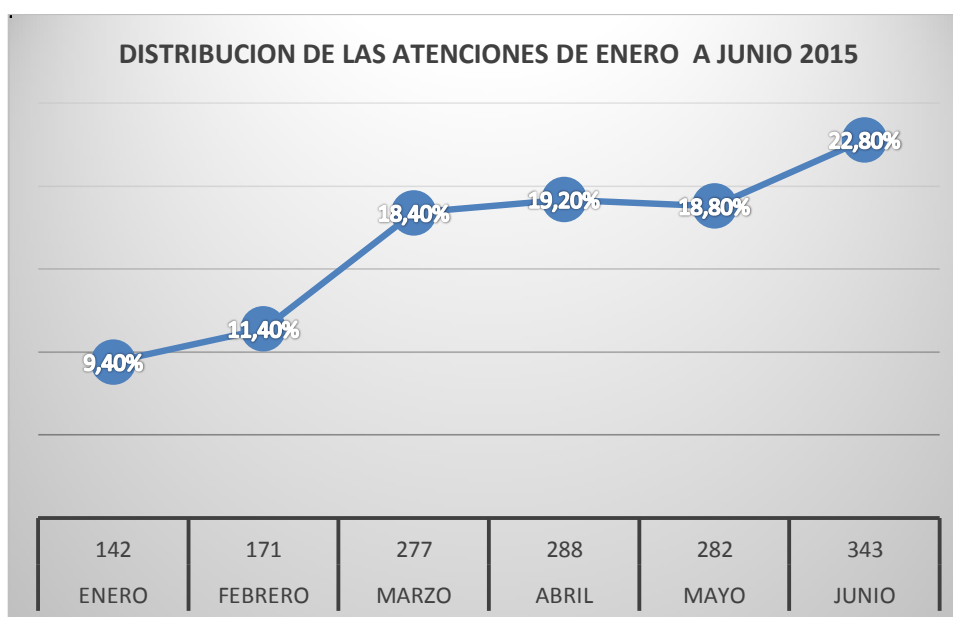
**FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO: EL SEXO DE LA POBLACIÓN  
ATENDIDA POR EL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL  
DE URGENCIA (SAMU),  
TACNA 2015.**



**Fuente:** Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

Gráfico N° 03

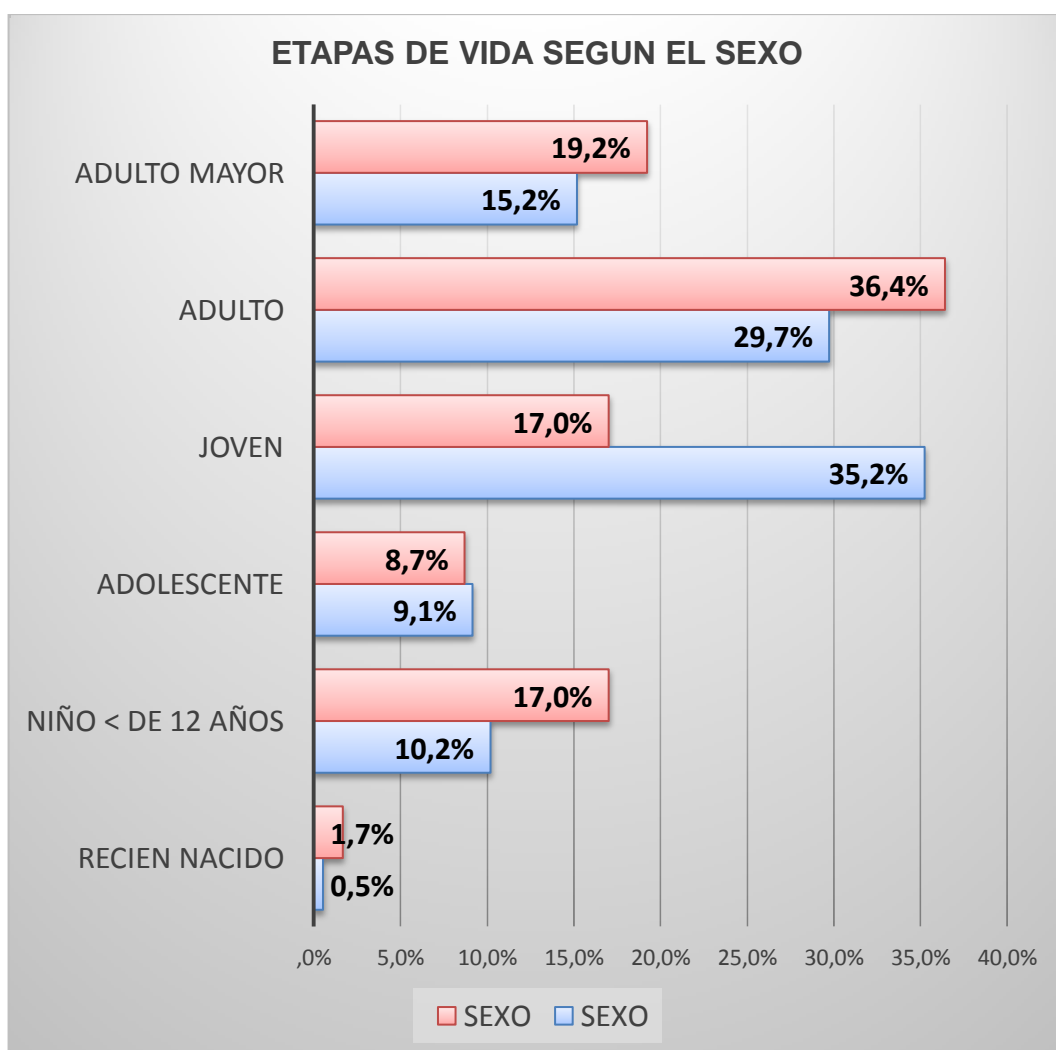
FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO MES DE ATENCIÓN DE LA  
POBLACIÓN ATENDIDA POR EL SISTEMA DE ATENCIÓN  
MÓVIL DE URGENCIA (SAMU),  
TACNA 2015.



**Fuente:** Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

Gráfico N° 04

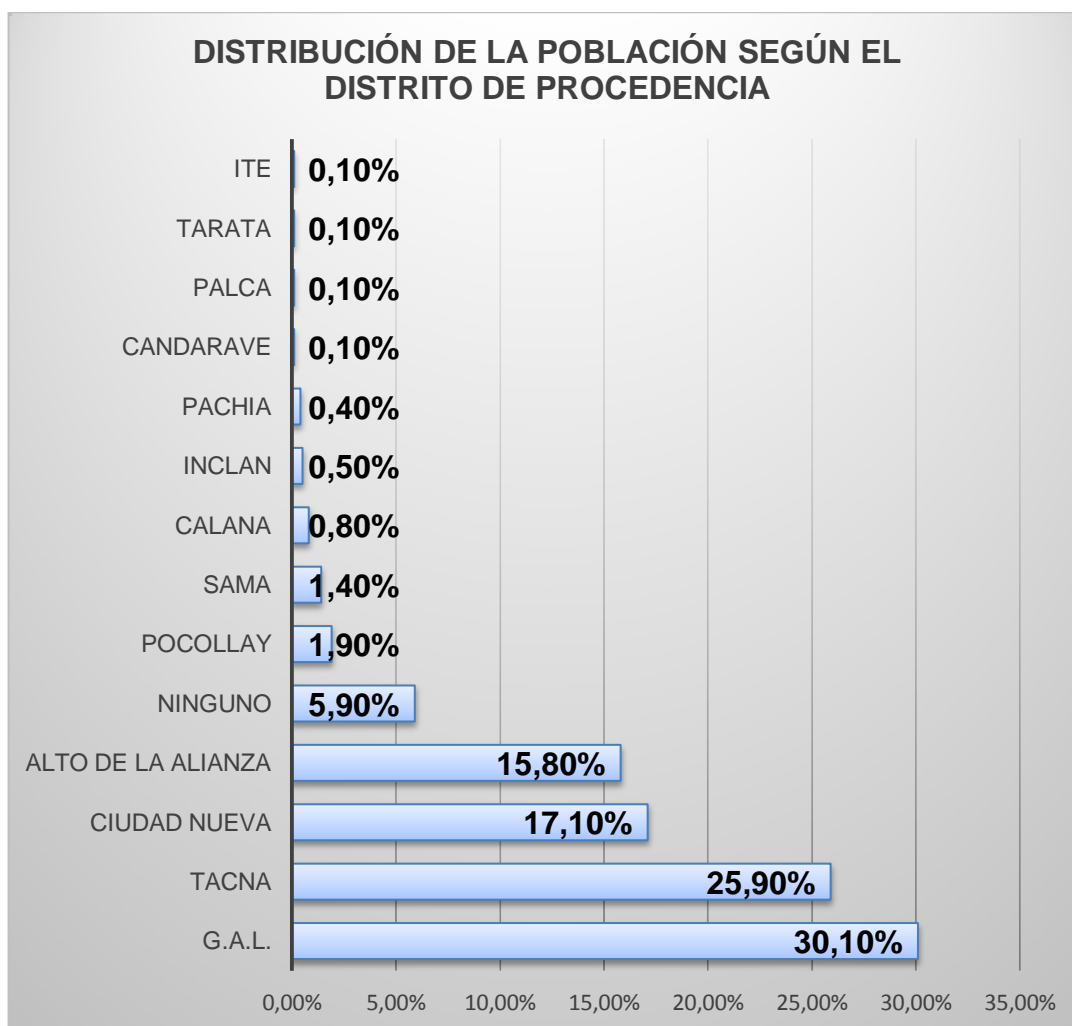
**FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO: ETAPA DE VIDA SEGÚN EL SEXO  
DE LA POBLACIÓN ATENDIDA POR EL SISTEMA DE  
ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIA  
(SAMU), TACNA 2015.**



**Fuente:** Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

Gráfico N° 05

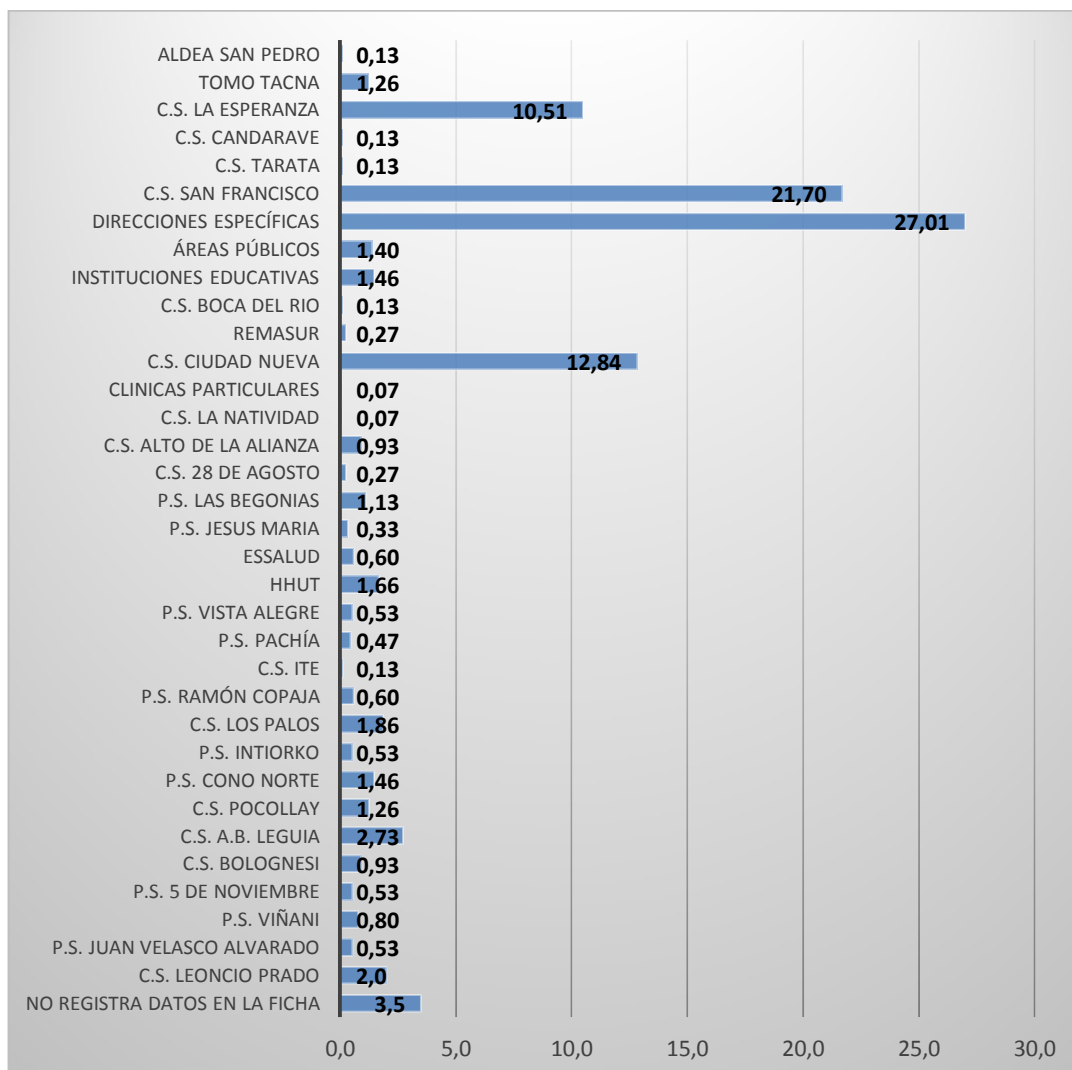
**FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO: DISTRITO DE PROCEDENCIA DE  
LA POBLACIÓN ATENDIDA POR EL SISTEMA  
DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIA  
(SAMU), TACNA 2015.**



**Fuente:** Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

Gráfico N° 06

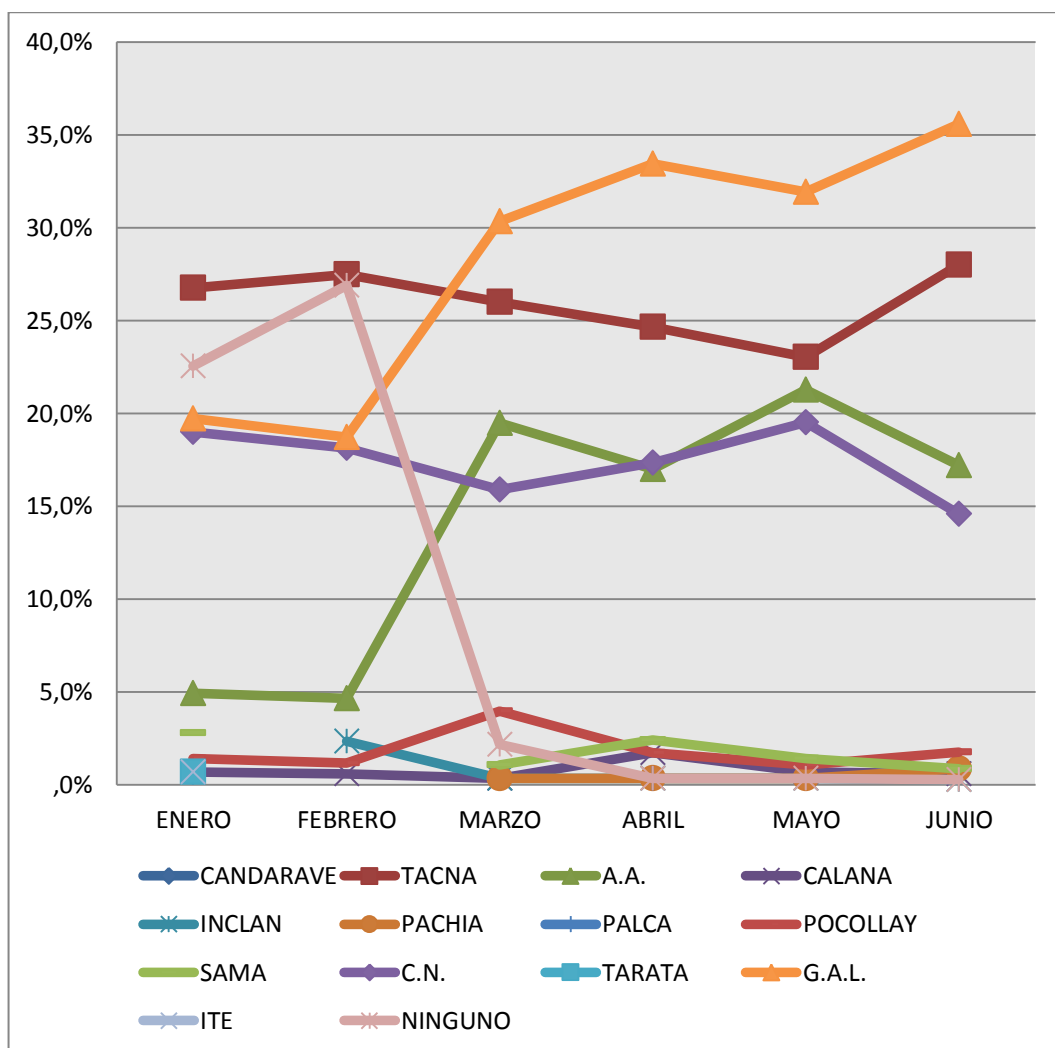
**FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO: ÁREA DE PROCEDENCIA DE LA  
POBLACIÓN ATENDIDA POR EL SISTEMA DE  
ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIA  
(SAMU), TACNA 2015.**



**Fuente:** Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

Gráfico N° 07

**FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO: MES DE ACUERDO AL DISTRITO  
DE PROCEDENCIA DE LA POBLACIÓN ATENDIDA POR EL  
SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIA  
(SAMU), TACNA 2015.**



Fuente: Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

**Cuadro N° 02**

**TIPO DE PATOLOGÍA ATENDIDA POR EL SISTEMA DE ATENCIÓN  
MÓVIL DE URGENCIA (SAMU), TACNA 2015.**

<b>TIPO DE PATOLOGÍA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Enfermedades infecciosas y parasitarias	478	31,8%
Enf. Del embarazo parto y puerperio	385	25,6%
Enf. Del aparato digestivo	370	24,6%
Enf. Del feto, recién nacido y niño, enf. Congénitas, malformaciones.	101	6,7%
Lesiones, heridas, intoxicaciones, caídas, golpes, accidentes diversos y otros factores externos	61	4,1%
Enf. Del sistema genitourinario	56	3,8%
Neoplásicas, endocrinas y del metabolismo	21	1,3%
Enf. Del aparato locomotor	17	1,1%
Enf. del Sistema nervioso y órganos de los sentidos	10	0,7%
Trastornos mentales	2	0,2%
Enf. Del Aparato cardiocirculatorio	1	0,1%
Enf. Del Aparato respiratorio	1	0,1%
<b>Total</b>	<b>1503</b>	<b>100%</b>

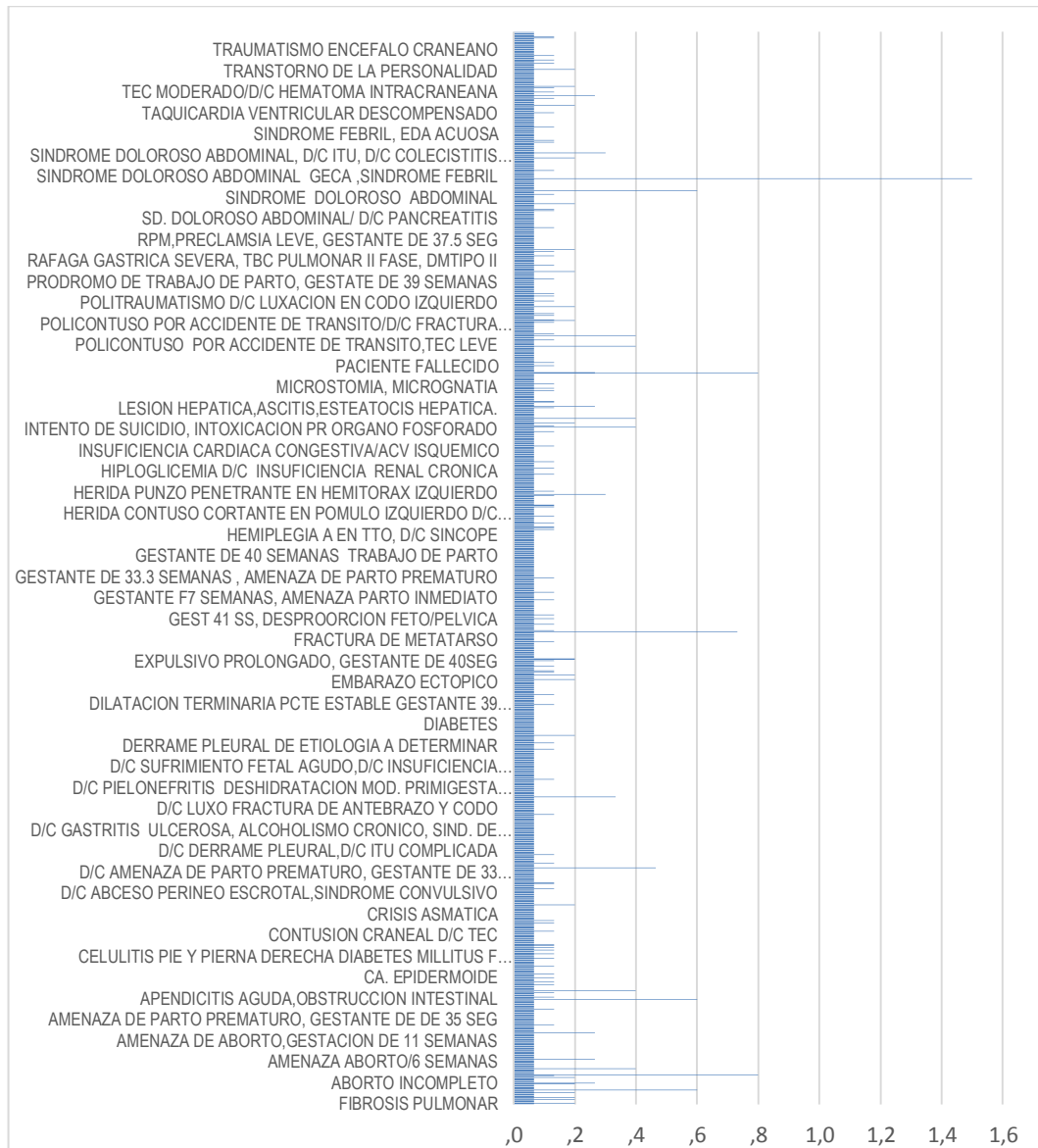
**Fuente:** Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

### **Interpretación:**

En el cuadro N°02 del tipo de patología atendida por el sistema de atención móvil de urgencias se puede apreciar que el 31,8% fueron Enfermedades infecciosas y parasitarias, seguidas por un 25,6% de Enfermedades del embarazo, parto y puerperio, un 24,6% fueron Enfermedades digestiva, un 6,7% Enfermedades del feto, recién nacido y niño; enfermedades congénitas de malformación, un 4,1% Lesiones heridas, intoxicaciones, caídas, golpes, accidentes diversos y otros factores externos, un 3,8% son Enfermedades del sistema genitourinario, 1,3% Enfermedades Neoplásica, endocrinas y del metabolismo, un 1,1% enfermedades del aparato locomotor, un 0,7% Enfermedades del sistema nervioso y órganos sensoriales, 0,2% Trastornos mentales, finalmente un 0,1% Enfermedades del aparato cardiocirculatorio y enfermedades del aparato respiratorio.

Gráfico N° 08

**DIAGNÓSTICO DE FOCO ATENDIDO POR EL SISTEMA DE  
ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIA (SAMU),  
TACNA 2015.**



### Cuadro N° 03

**PROCESO: SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO ATENDIDO POR  
EL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS  
(SAMU) TACNA, 2015.**

PROCESO REALIZADO	NO REGISTRA		SI		NO		Total
	N°	%	N°	%	N°	%	N°
Realizó el soporte básico	84	5,6%	1000	66,6%	419	27,8%	1503
Realizó soporte avanzado	142	9,6%	235	15,7%	1126	74,9%	1503

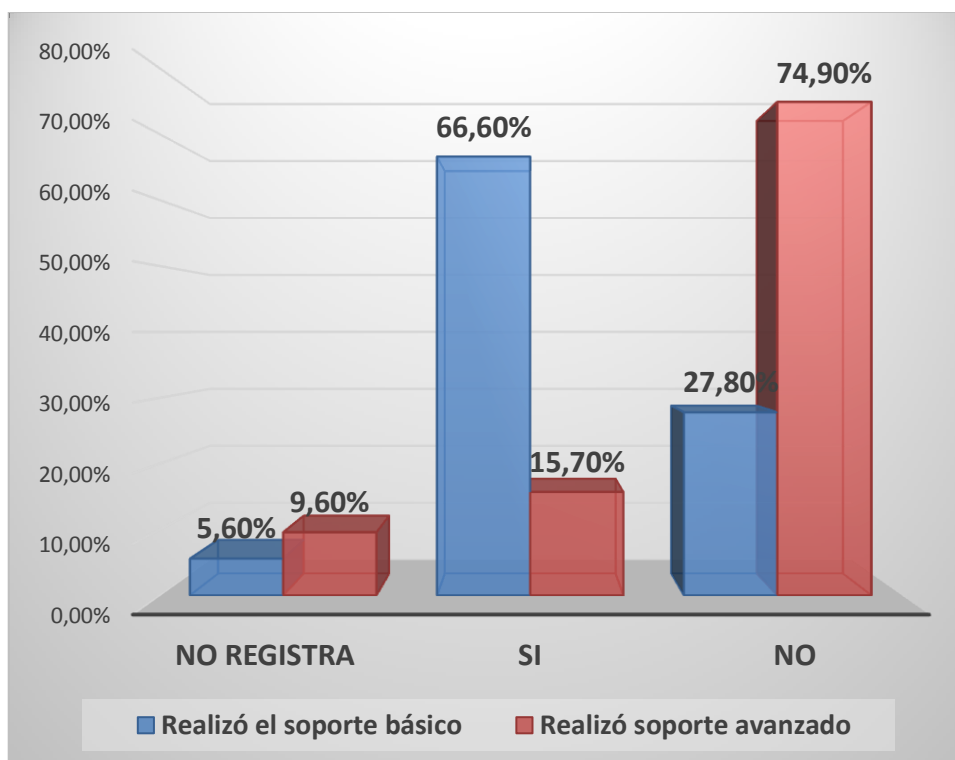
**Fuente:** Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

#### **Interpretación:**

En el cuadro N°03 se aprecia que: un 5,6% no registra datos en el ítem soporte básico, el 9,6% no registra datos en el ítem soporte avanzado, el 66.6% registra haber ejecutado el soporte básico, un 15,7% registra haber ejecutado el soporte avanzado, un 27,8% registra no haber ejecutado el soporte básico, y un 74,9% registra no haber ejecutado el soporte avanzado.

Gráfico N° 09

**PROCESO: SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO, ATENDIDO POR  
EL SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS  
(SAMU) TACNA 2015.**



**Fuente:** Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

**Cuadro N° 04**

**PROCESOS: ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO Y ADMINISTRACIÓN  
DE TRATAMIENTO BRINDADO POR EL SISTEMA DE  
ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS  
(SAMU) TACNA 2015.**

<b>ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No registra datos en la ficha	145	9,6%
Cánula bi-nasal	694	46,2%
Mascara simple	622	41,4%
Mascara con reservorio	39	2,6%
Sistema Venturi	3	0,2%
<b>Total</b>	<b>1503</b>	<b>100%</b>
<b>ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No registra datos en la ficha	145	9,6%
Tratamiento endovenoso	563	37,5%
Tratamiento endovenoso periférico con perfusión continua	485	32,3%
Tratamiento con catéter venoso periférico con perfusión cerrada	159	10,6%
Tratamiento intramuscular	83	5,5%
Tratamiento oral	68	4,5%
<b>Total</b>	<b>1503</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

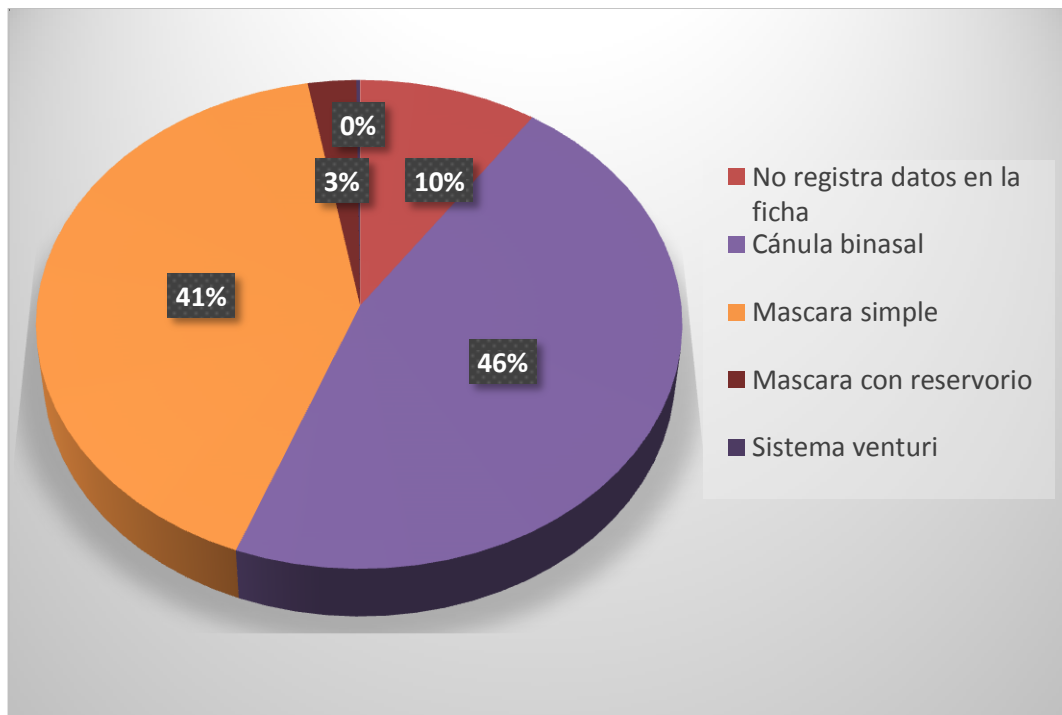
### **Interpretación:**

En el cuadro N°04 del proceso de administración de oxígeno y tratamiento se aprecia que el 9,6% (145) no registra datos en la ficha, un 46,2% (694) que administra oxígeno mediante la cánula bi-nasal, un 41,4% (622) administra oxígeno mediante la mascarilla simple, un y 0,1% con mascarilla con reservorio.

En la dimensión administración de tratamiento se aprecia que el 9,6% (145) no registra datos en la ficha, un 37,5% (563) reciben tratamiento Endovenoso, y un 32,3% (485) recibe tratamiento endovenoso con perfusión continua, un 10,6% (159) se administra tratamiento endovenoso periférico con perfusión cerrada, un 5,5% (83) tratamiento intramuscular, un 4,5% (64) tratamiento oral haciendo un total de 1503 fichas tabuladas.

Gráfico N° 10

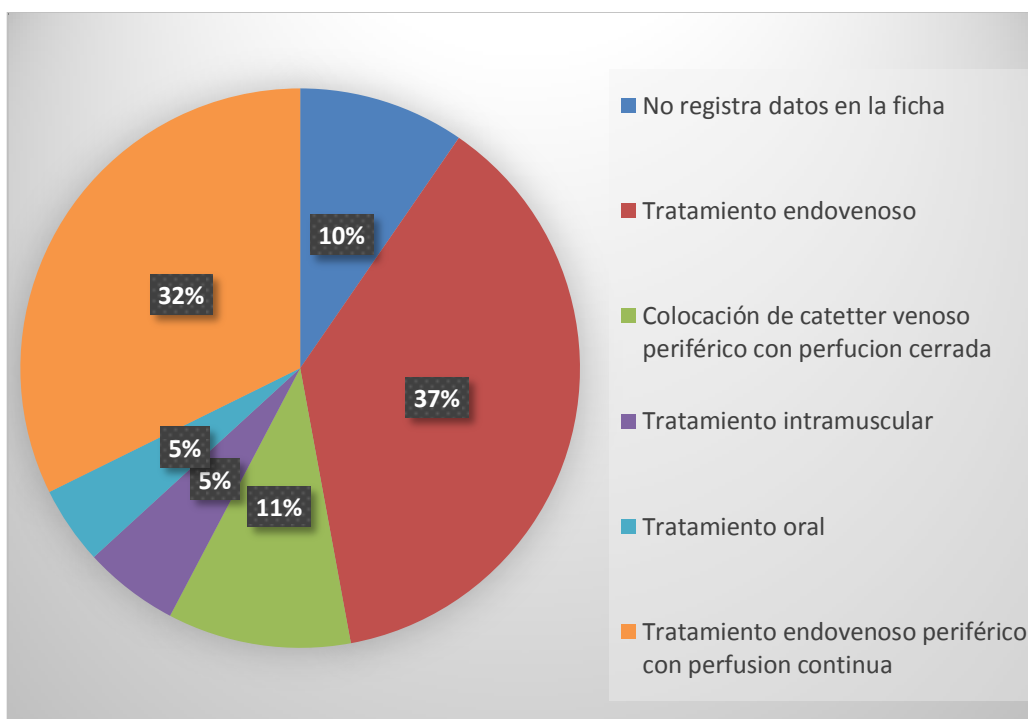
**PROCESO: ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO, BRINDADO POR EL  
SISTEMA DE ATENCIÓN MOVIL DE URGENCIAS  
(SAMU) TACNA, 2015.**



**Fuente:** Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

Gráfico N° 11

**PROCESO: ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO BRINDADO POR  
EL SISTEMA DE ATENCIÓN MOVIL DE URGENCIAS  
(SAMU) TACNA 2015.**



Fuente: Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

**Cuadro N° 05**

**TIPO DE SERVICIO PRESTADO, PRIORIDAD DE FOCO, CONDICIÓN  
DEL PACIENTE Y ESTABLECIMIENTO DE DESTINO DE LA  
POBLACIÓN ATENDIDA POR EL SISTEMA DE  
ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS  
(SAMU) TACNA 2015.**

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>TIPO DE SERVICIO</b>		
Referencia	914	60,8%
Atención	421	28,0%
Traslado	143	9,5%
Frustrado	13	0,9%
Trasbordo	6	0,4%
No registra en la ficha	5	0,3%
<b>TOTAL</b>	<b>1503</b>	<b>100%</b>
<b>PRIORIDAD DE FOCO</b>		
I	64	4,2%
II	1223	81,4%
III	140	9,3%
IV	18	1,2%
No registra	58	3,9%
<b>TOTAL</b>	<b>1503</b>	<b>100%</b>
<b>CONDICIÓN DEL PACIENTE</b>		
Vivo	1447	96,3%
Fallecido	12	0,8%
No registra	44	2,9%
<b>TOTAL</b>	<b>1503</b>	<b>100%</b>
<b>EESS. DE DESTINO</b>		
Hospital Hipólito Unanue Tacna	1250	83,2%
No registra datos en la ficha	157	10,4%
Es Salud	76	5,1%
TOMO TACNA	7	0,5%
Domicilio	4	0,3%
REMASUR	4	0,3%
Clínicas particulares	1	0,1%
Hospital Goyeneche Arequipa	2	0,1%
C.S. San Francisco	2	0,1%
<b>TOTAL</b>	<b>1503</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

## **Interpretación:**

En el cuadro N°05 se aprecian los siguientes datos:

- En la dimensión tipo de servicio se observa que el 60,8% fueron atención tipo referencia, el 28% registra atención en el foco, el 9,5% fueron trasladados, el 0,9% fueron atenciones frustradas, 0,4% fueron trasbordos, el 0,3% no registra datos en la ficha.
- En la dimensión prioridad de foco Encontramos que el 81,4% es de prioridad II, seguida por un 9,3% de la prioridad III, un 4,2% es de prioridad I, un 1,2% es de prioridad IV y 3,9% no registra datos en la ficha.
- En la dimensión condición del paciente podemos encontrar que 96,3% son pacientes vivos hasta el momento de la llegada a su destino, un 0,8% son pacientes fallecidos antes de llegar al destino y un 2,9% no registra datos en la ficha.
- En la dimensión Establecimiento de Salud de destino encontramos que un 83,2% fueron referidos al hospital Hipólito Unanue de Tacna, el 10,4% no registra datos en la ficha, el 5,1% fueron referidos al Hospital Daniel Alcides Carrión (EsSalud) de Tacna, 0,5% fueron trasladados a TOMOTACNA, 0,3% fueron movilizados a los domicilios y al instituto Remasur, otros en un 0,1%.

Cuadro N° 06

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS: TIPO DE SEGURO, SEXO, EDAD, DISTRITO DE PROCEDENCIA Y MES  
RELACIONADO CON LOS TIPOS DE PATOLOGÍAS ATENDIDAS POR EL  
SAMU TACNA 2015**

TIPO DE SEGURO	TIPO DE PATOLOGIA																		Total							
	Lesiones, heridas, intoxicación, accidentes diversos	Enf. infecciosas y parasitarias	Enf. Del feto, recién nacido y niño	Enf. genitourinarias	Del aparato digestivo	Enf. Del sistema nervioso y sensorial	Enf. Del aparato locomotor	Enf. Del embarazo parto y puerperio	Enf. Neoplásicas endocrinas y del metabolismo	Trastornos mentales	Enf. Del aparato circulatorio	Enf. Del aparato respiratorio														
SIS	7	0,5%	194	12,9%	64	4,3%	46	3,1%	175	11,6%	4	0,3%	10	0,7%	341	22,7%	9	0,6%	1	,1%	1	,1%	1	,1%	853	56,8%
EsSalud	6	0,4%	43	2,9%	3	0,2%	0	0%	17	1,1%	2	0,1%	5	0,3%	5	0,3%	7	0,5%	0	0%	0	0%	0	0%	88	5,9%
SOAT	0	0%	5	0,3%	0	0%	0	0%	39	2,6%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	44	2,9%
Sin seguro	35	2,3%	175	11,6%	25	1,7%	5	0,3%	103	6,9%	0	0%	1	0,1%	34	2,3%	5	0,3%	1	,1%	0	0%	0	0%	384	25,5%
No registra	11	0,7%	59	3,9%	8	0,5%	5	0,3%	35	2,3%	4	0,3%	1	0,1%	5	0,3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	128	8,5%
Sanidad PNP	2	0,1%	2	0,1%	1	0,1%	0	0%	1	0,1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	6	0,4%
Total	61	4,1%	478	31,8%	101	6,7%	56	3,7%	370	2,6%	10	0,7%	17	1,1%	385	25,6%	21	1,4%	2	,1%	1	,1%	1	,1%	1503	100%

Chi-cuadrado = 472,172, gl = 55 T= -15,831, nivel de significancia = 0,0000

SEXO	LHIAD.		EIP		EFRNN		EGU		EAD		ESNS		EAL		EEPP		ENEM		TM		EACC		EAR.		Total	
Masculino	38	2,5%	314	20,9%	60	4,0%	0	0%	236	15,7%	5	0,3%	16	1,1%	1	0,1%	13	0,9%	2	,1%	1	,1%	0	0%	686	45,6%
Femenino	23	1,5%	164	10,9%	41	2,7%	56	3,7%	134	8,9%	5	0,3%	1	0,1%	384	25,5%	8	0,5%	0	0%	0	0%	1	,1%	817	54,4%
Total	61	4,1%	478	31,8%	101	0	56	3,7%	370	24,6%	10	0,7%	17	1,1%	385	25,6%	21	1,4%	2	,1%	1	,1%	1	,1%	1503	100%

Chi2 =530,501, nivel de significancia= 0,0000

EDAD	LHIAD.		EIP		EFRNN		EGU		EAD		ESNS		EAL		EEPP		ENEM		TM		EACC		EAR.		Total	
R.N.	1	0,1%	1	0,1%	10	,7%	0	0%	2	0,1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	14	0,9%
Niño	6	0,4%	17	1,1%	83	5,5%	0	0%	75	5,0%	4	0,3%	3	0,2%	1	0,1%	0	0%	1	,1%	0	0%	0	0%	190	12,6%
Adolescente	8	0,5%	42	2,8%	5	0,3%	6	0,4%	43	2,9%	0	0%	2	0,1%	27	1,8%	2	0,1%	0	0%	0	0%	0	0%	135	9,0%
Joven	6	0,4%	68	4,5%	1	0,1%	28	1,9%	72	4,8%	1	0,1%	4	0,3%	245	16,3%	5	0,3%	1	,1%	0	0%	0	0%	431	28,7%
Adulto	27	1,8%	174	11,6%	1	0,1%	22	1,5%	130	8,6%	5	0,3%	5	0,3%	111	7,4%	6	0,4%	0	0%	1	,1%	1	,1%	483	32,1%
AM	13	0,9%	176	11,7%	1	0,1%	0	0%	48	3,2%	0	0%	3	0,2%	1	0,1%	8	0,5%	0	0%	0	0%	0	0%	250	16,6%
Total	61	4%	478	31,8%	101	6,7%	56	3,7%	370	24,6%	10	0,67%	17	1,1%	385	25,6%	21	1,4%	2	,1%	1	,1%	1	,1%	1503	100%

Chi-cuadrado = 1119,513, gl = 55, nivel de = 0,000

Distrito	LHIAD.		EIP		EFRNN		EGU		EAD		ESNS		EAL		EEPP		ENEM		TM		EACC		EAR.		Total	
Ningun	11	0,7%	35	2,3%	2	,1%	2	0,1%	30	2,0%	2	0,1%	0	0%	3	0,2%	2	0,1%	0	0%	0	0%	0	0%	87	5,8%
Candarave	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,1%
Ite	0	0%	1	,1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,1%
Tacna	26	1,7%	189	12,6%	17	1,1%	6	0,4%	96	6,4%	2	0,1%	4	0,3%	39	2,6%	8	0,5%	1	,1%	0	0%	1	,1%	389	25,9%
Alto Alianza	6	0,4%	63	4,2%	16	1,1%	10	0,7%	41	2,7%	2	0,1%	3	0,2%	94	6,3%	2	0,1%	0	0%	0	0%	0	0%	237	15,8%
Calana	1	0,1%	4	,3%	0	0%	0	0%	4	0,3%	0	0%	0	0%	1	0,1%	2	0,1%	0	0%	0	0%	0	0%	12	0,8%
Inclán	0	0%	2	,1%	0	0%	1	0,1%	1	,1%	0	0%	0	0%	4	,3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	8	0,5%
Pachia	0	0%	3	,2%	1	,1%	0	0%	2	,1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	6	0,4%
Palca	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,1%
Pocollay	1	,1%	16	1,1%	3	,2%	0	0%	5	0,3%	0	0%	0	0%	4	0,3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	29	1,9%
Sama	0	0%	4	,3%	2	,1%	1	0,1%	3	0,2%	0	0%	0	0%	11	0,7%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	21	1,4%
Ciudad Nueva	5	0,3%	59	3,9%	27	1,8%	13	0,9%	60	4,0%	0	0%	4	0,3%	86	5,7%	1	0,1%	1	,1%	1	,1%	0	0%	257	17,1%
Tarata	0	0%	1	,1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,1%

Gregorio Albarracín	11	0,7%	101	6,7%	33	2,2%	23	1,5%	126	8,4%	4	0,3%	6	0,4%	142	9,5%	6	0,4%	0	0%	0	0%	0	0%	452	30,1%
Total	61	4,1%	478	31,8%	101	6,7%	56	3,7%	370	24,6%	10	0,7%	17	1,1%	384	25,6%	21	1,4%	2	,1%	1	,1%	1	,1%	1503	100%

Chi-cuadrado = 1119,513, gl = 55, T = -9,220, p-valor o nivel de significancia (asintótica) = 0.000

Mes	LHIAD.		EIP		EFRNN		EGU		EAD		ESNS		EAL		EPPP		ENEM		TM		EACC		EAR.		Total	
Enero	7	0,5%	51	3,4%	7	0,5%	19	1,3%	43	2,9%	5	0,3%	1	0,1%	7	0,5%	2	0,1%	0	0%	0	0%	0	0%	142	9,4%
Febrero	11	0,7%	49	3,3%	8	0,5%	19	1,3%	61	4,1%	5	0,3%	3	0,2%	13	0,9%	2	0,1%	0	0%	0	0%	0	0%	171	11,4%
Marzo	6	0,4%	103	6,9%	17	1,1%	2	0,1%	67	4,5%	0	0%	0	0%	79	5,3%	1	0,1%	2	,1%	0	0%	0	0%	277	18,4%
Abril	4	0,3%	85	5,7%	27	1,8%	0	0%	63	4,2%	0	0%	6	0,4%	99	6,6%	4	0,3%	0	0%	0	0%	0	0%	288	19,2%
Mayo	4	0,3%	96	6,4%	21	1,4%	15	1,0%	57	3,8%	0	0%	3	0,2%	81	5,4%	3	0,2%	0	0%	1	,1%	1	,1%	282	18,8%
Junio	29	1,9%	94	6,3%	21	1,4%	1	0,1%	79	5,3%	0	0%	4	0,3%	106	7,1%	9	0,6%	0	0%	0	0%	0	0%	343	22,8%
Total	61	4,1%	478	31,8%	101	6,7%	56	3,7%	370	24,6%	10	0,7%	17	1,1%	385	25,6%	21	1,4%	2	,1%	1	,1%	1	,1%	1503	100%

Chi-cuadrado = 267,084, gl = 55, T = -3,662, nivel de significancia = 0.000

Fuente: Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

## Interpretación

En el Cuadro N° 06 se observa que:

- En la dimensión tipo de seguro se aprecia que el 12,9% (194) tienen Seguro integral de salud y presentan Enfermedades infecciosas y parasitarias (EIP), un 0,2% (3) tiene Es Salud y presentó enfermedades del feto, recién nacido y niño (EFRNN), un 6,9% (103) no tiene seguro y presenta Enfermedades digestivas (ED), un 22,7% tiene seguro integral de salud, un 0,5% (7) Tiene el seguro de EsSalud y presentó Enfermedades neoplásicas, endocrinas y del metabolismo (ENEM), un 0,7% (11) no registra algún tipo de seguro y presenta Lesiones, heridas, intoxicaciones, caídas, golpes, accidentes diversos y otros factores externos, el resto es un 0%
- En la Dimensión Sexo; se aprecia que, un 20% (314) del sexo masculino presentó enfermedades infecciosas y de parasitosis, un 15,7% (236) presentó enfermedades digestivas, El sexo femenino presentó un 25,5% (384) de enfermedades del embarazo, parto y puerperio (EPPP), un 10,9% (164) presentó enfermedades infecciosas y parasitaria, 8,9% (134) enfermedades digestivas.
- En la dimensión Edad; se aprecia que 0,7% (10) de los recién nacidos presentó enfermedades del feto, recién nacido y niño,

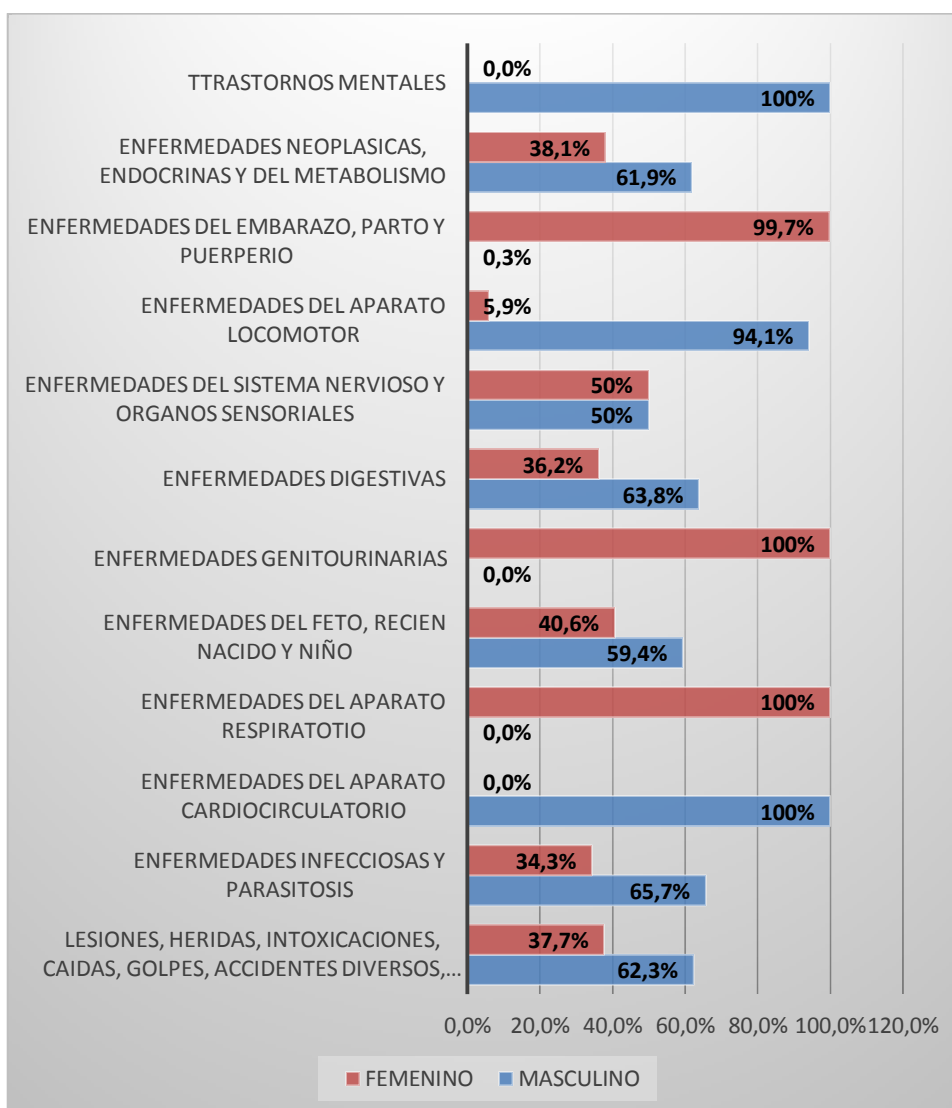
5,5% (83) de los niños menores de 12 años presentaron enfermedades del niño, 2,9% (43) de adolescentes presentó enfermedades digestivas, un 16,3% (245) de la población joven presentó enfermedades del embarazo, parto y puerperio, un 11,6% (174) de la población Adulta presentó enfermedades infecciosas y parasitarias, un 11,7% (176) de la población Adulta mayor presentó enfermedades infecciosas.

- En la Dimensión Distrito de procedencia; 12,6% (189) de la población procedente del distrito de Tacna presenta patologías de enfermedades infecciosas y parasitarias, 6,3% (94) de la población procedente del Distrito Alto de la Alianza, 5,7% (86) de la población procedente del Distrito Ciudad Nueva y el 9,5% de la población procede del Distrito Gregorio Albarracín presentan enfermedades del embarazo, parto y puerperio.
- En la dimensión Mes de atención se evidencia que un 6,9% (103) de la atenciones del mes de Marzo son enfermedades infecciosas y parasitosis, un 1,8% (27) paciente del me de Abril presentan Enfermedades del feto, recién nacido y del niño, 1,3% (19) pacientes atendidos el mes de Enero y Febrero presentan enfermedades genitourinarias, un 5,3% de los pacientes atendidos en Junio presentan Enfermedades Digestivas, 7,6% (106) pacientes atendidos el mes de Junio presentan patologías del

Embarazo, parto y puerperio, 0,2% del mes de Marzo presentan trastornos mentales, 1,9% de los pacientes atendidos el Mes de Junio presentan lesión, golpes y diversos accidentes.

**Gráfico N° 12**

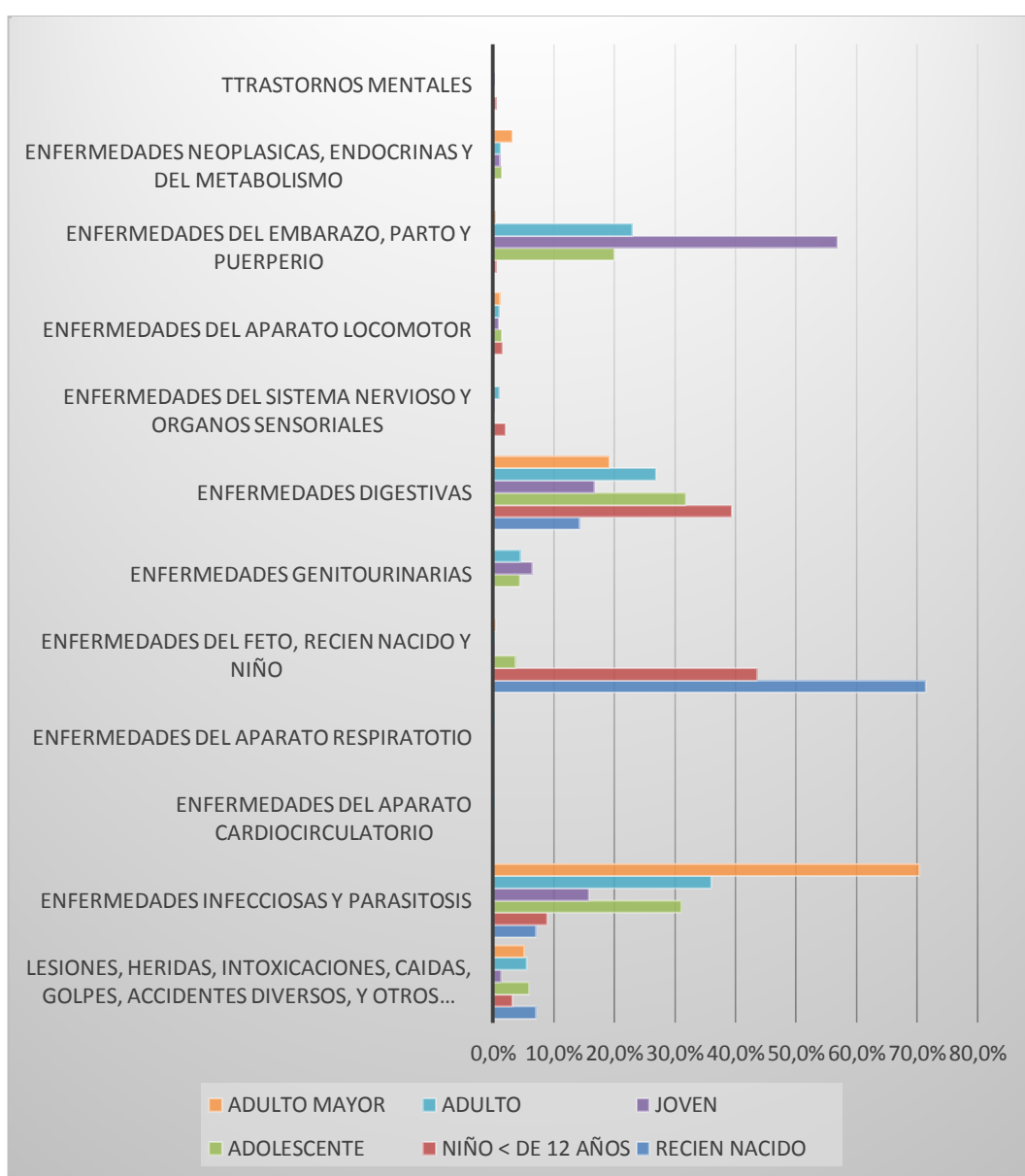
**FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO: SEXO RELACIONADO CON EL TIPO DE PATOLOGÍA ATENDIDA POR EL SAMU TACNA 2015**



**Fuente:** Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

**Gráfico N° 13**

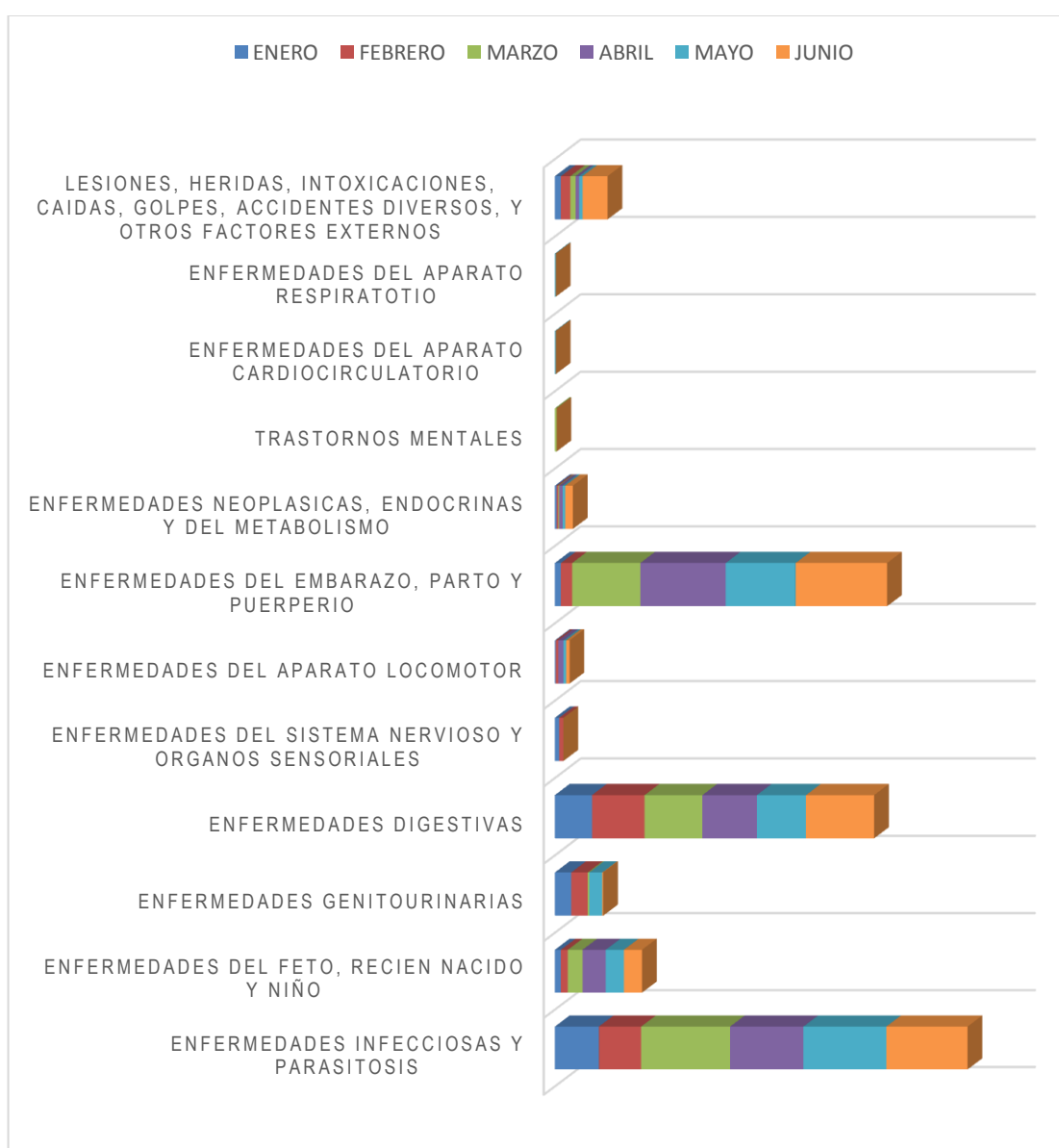
**FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO: EDAD RELACIONADO CON EL TIPO DE PATOLOGÍA ATENDIDA POR EL SAMU TACNA 2015**



**Fuente:** Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

### Gráfico N° 14

## FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO: MES RELACIONADO CON EL TIPO DE PATOLOGÍA ATENDIDA POR EL SAMU TACNA 2015



**Fuente:** Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

**Cuadro N° 07**

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS: TIPO DE SEGURO, SEXO, EDAD,  
DISTRITO DE PROCEDENCIA, PERIODO DE ATENCIÓN  
RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE  
TRATAMIENTO BRINDADA POR EL  
SAMU TACNA 2015**

TIPO DE SEGURO	ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO								Total
	No registra datos	Tratamiento endovenoso	Tratamiento con catéter venoso periférico con perfusión cerrada	Tratamiento intramuscular	Tratamiento oral	Tratamiento endovenoso o periférico con perfusión continua			
SIS	53 3,5%	327 21,8%	99 6,6%	34 2,3%	30 2%	310 20,6%			853 56,8%
EsSalud	3 0,2%	37 2,5%	5 0,3%	8 0,5%	4 0,3%	31 2,1%			88 5,9%
SOAT	4 0,3%	13 0,9%	8 0,5%	1 0,1%	5 0,3%	13 0,9%			44 2,9%
Sin Seguro	52 3,5%	146 9,7%	37 2,5%	29 1,9%	25 1,7%	95 6,3%			384 25,5%
No registra	30 2,0%	39 2,6%	10 0,7%	11 0,7%	4 0,3%	34 2,3%			128 8,5%
PNP	3 0,2%	1 0,1%	0 0%	0 0%	0 0%	2 0,1%			6 0,4%
Total	145 9,6%	563 37,5%	159 10,6%	83 5,5%	68 4,5%	485 32,3%			1503 100%

Chi2 = 32,068, gl = 25, T=1.677, p-valor o el nivel de significancia asintótica bilateral = 0,000

SEXO	No registra datos	Tratamiento endovenoso	Tratamiento con catéter venoso periférico con perfusión cerrada	Tratamiento intramuscular	Tratamiento oral	Tratamiento endovenoso o periférico con perfusión continua	TOTAL
Masculino	77 5,1%	257 17,1%	73 4,9%	37 2,5%	31 2,1%	211 14,0%	686 45,6%
Femenino	68 4,5%	306 20,4%	86 5,7%	46 3,1%	37 2,5%	274 18,2%	817 54,4%
Total	145 9,6%	563 37,5%	159 10,6%	83 5,5%	68 4,5%	485 32,3%	1503 100%

Chi2 = 4.189, gl = 5, T=1.595, niv. de significancia=0,5233

EDAD	NRD.	TEV.	TCVPPC	TIM.	TVO.	TEPPC	TOTAL
R.N.	4 0,3%	6 0,4%	1 0,1%	0 0%	0 0%	3 0,2%	14 0,9%
Niño	24 1,6%	80 5,3%	21 1,4%	13 0,9%	9 0,6%	43 2,9%	190 12,6%
Adolescente	12 0,8%	47 3,1%	13 0,9%	7 0,5%	6 0,4%	50 3,3%	135 9,0%
Joven	27 1,8%	164 10,9%	43 2,9%	23 1,5%	17 1,1%	157 10,4%	431 28,7%
Adulto	59 3,9%	169 11,2%	54 3,6%	28 1,9%	23 1,5%	150 10,0%	483 32,1%
A. Mayo	19 1,3%	97 6,5%	27 1,8%	12 0,8%	13 0,9%	82 5,5%	250 16,6%
Total	145 9,6%	563 37,5%	159 10,6%	83 5,5%	68 4,5%	485 32,3%	1503 100%

Chi cuadrado = 32,068, gl = 25, T=1,677, nivel de significancia asintótica bilateral = 0,156

DISTRITO	No registra datos		Tratamiento endovenoso		Tratamiento con catéter venoso periférico con perfusión cerrada		Tratamiento o intramuscular		Tratamiento oral		Tratamiento endovenoso o periférico con perfusión continua		TOTAL	
Ningun	13	0,9%	22	1,5%	21	1,4%	7	0,5%	6	0,4%	18	1,2%	87	5,8%
Candarave	0	0%	0	0%	1	0,1%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,1%
Ite	0	0%	0	0%	1	0,1%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,1%
Tacna	56	3,7%	133	8,9%	23	1,5%	24	1,6%	21	1,4%	132	8,8%	389	25,9%
Alto Alianza	19	1,3%	96	6,4%	21	1,4%	8	0,5%	14	0,9%	79	5,3%	237	15,8%
Calana	2	0,1%	4	0,3%	2	0,1%	0	0%	1	0,1%	3	0,2%	12	0,8%
Inclan	0	0%	3	0,2%	2	0,1%	0	0%	0	0%	3	0,2%	8	0,5%
Pachia	0	0%	5	0,3%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,1%	6	0,4%
Palca	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,1%	0	0%	0	0%	1	0,1%
Pocolla	5	0,3%	7	0,5%	5	0,3%	0	0%	1	0,1%	11	0,7%	29	1,9%
Sama	1	0,1%	10	0,7%	3	0,2%	0	0%	0	0%	7	0,5%	21	1,4%
Ciudad Nueva	22	1,5%	103	6,9%	29	1,9%	18	1,2%	11	0,7%	74	4,9%	257	17,1%
Tarata	0	0%	0	0%	1	0,1%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,1%
Gregorio Albarracín Lanchipa	27	1,8%	180	12%	50	3,3%	25	1,7%	13	0,9%	157	10,5%	452	30,1%
Total	145	9,7%	563	37,5%	159	10,6%	83	5,5%	67	4,5%	485	32,3%	1502	100%

Chi cuadrado =128,282, gl = 65, T=1,499, p-valor o el nivel de significancia asintotica bilateral = 0,000

MES	No registra datos		Tratamiento endovenoso o		Tratamiento con catéter venoso periférico con perfusión cerrada		Tratamiento intramuscular		Tratamiento oral		Tratamiento endovenoso o periférico con perfusión continua		TOTAL	
Enero	8	0,5%	14	0,9%	47	3,1%	28	1,9%	14	0,9%	31	2,1%	142	9,4%
Febrero	26	1,7%	67	4,5%	16	1,1%	4	0,3%	10	0,7%	48	3,2%	171	11,4%
Marzo	44	2,9%	58	3,9%	24	1,6%	9	0,6%	10	0,7%	132	8,8%	277	18,4%
Abril	20	1,3%	113	7,5%	19	1,3%	12	0,8%	16	1,1%	108	7,2%	288	19,2%
Mayo	17	1,1%	113	7,5%	27	1,8%	27	1,8%	13	0,9%	85	5,7%	282	18,8%
Junio	30	2%	198	13,2%	26	1,7%	3	0,2%	5	0,3%	81	5,4%	343	22,8%
Total	145	9,6%	563	37,5%	159	10,6%	83	5,5%	68	4,5%	485	32,3%	1503	100%

Chi2=324,722, gl = 25, T=-5,238, nivel de significancia = 0,020

Fuente: Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

## **Interpretación:**

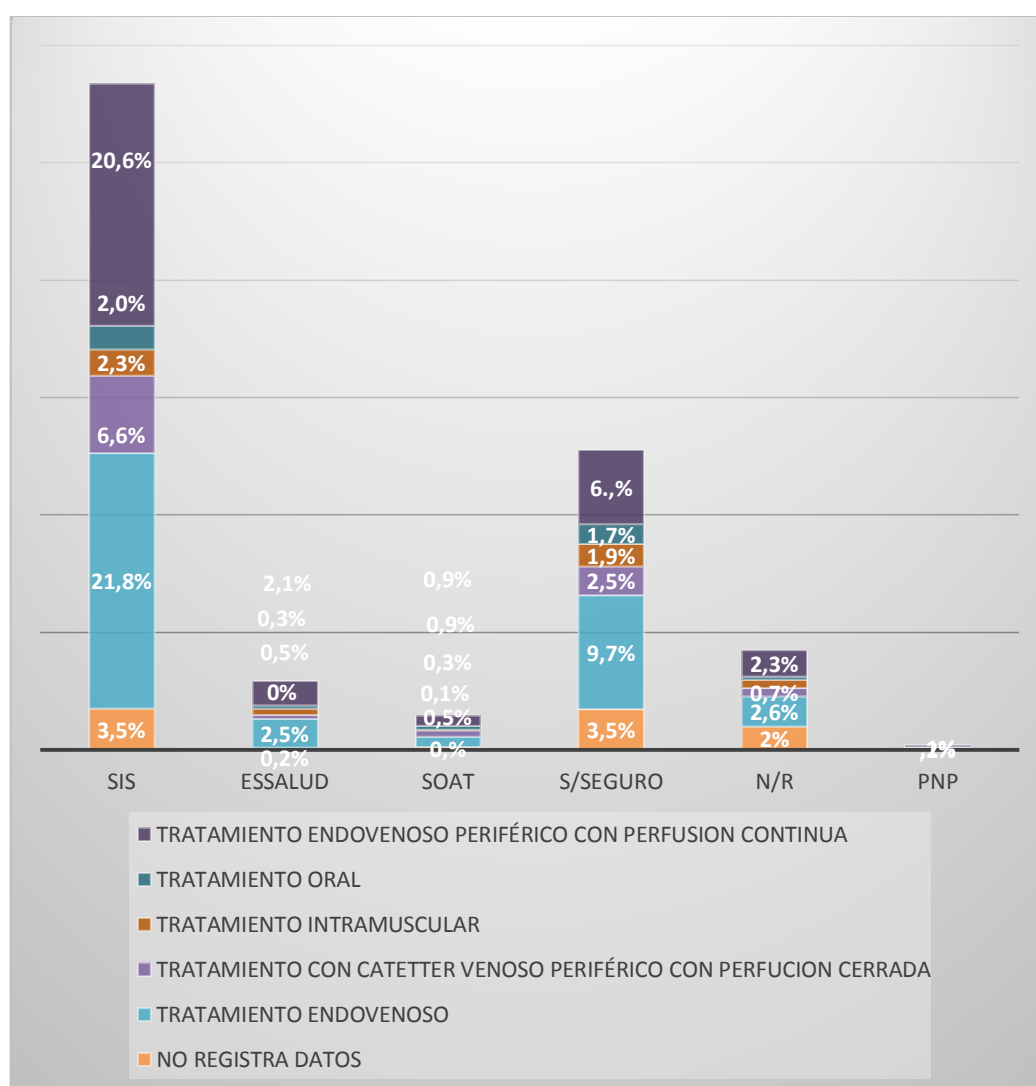
En el cuadro N° 07 apreciamos lo siguiente:

- En el Tipo de seguro; un 21,8% (327) de la población con SIS recibe tratamiento endovenoso, un 2,5% (37) de la población asegurada con Es Salud recibe tratamiento endovenoso, un 0,9% (13) de las atenciones con Seguro Obligatorio para Accidentes de tránsito recibió tratamiento endovenoso periférico con perfusión continua, un 9,7% (146) de las atenciones sin seguro recibieron tratamiento endovenosos. Con un nivel de significancia de 0,156 se niega la hipótesis alterna.
- En el sexo un 17,1% (257) de la población masculina recibe tratamiento endovenoso, un 20,4% (306) de la población femenina recibió tratamiento endovenoso, con un p-valor o nivel de significancia bilateral de 0,523 se niega la hipótesis alterna.
- En la edad podemos encontrar que un 5,8% (80) de los niños ha recibido tratamiento endovenoso, 3,3% (50) de la población Adolescente recibe tratamiento endovenoso periférico con perfusión cerrada, un 10,9% (164) de la población Joven, un 11,2% (169) de la población Adulta, y un 6,5% (97) de la población Adulta mayor reciben tratamiento endovenosos. con un nivel de significancia de 0,156 se niega la hipótesis alterna.

- En el distrito de procedencia se aprecia que el 12% (180) pacientes procedentes del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa recibieron el tratamiento endovenoso simple, seguido por el Distrito de Tacna con 8,9% (133), seguidos por el Distrito de Ciudad Nueva con un 6,9% (103). un 12% (180) proveniente del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa recibieron tratamiento endovenoso. Con un nivel de significancia de 0,000 se acepta la hipótesis alterna.
- La temporalidad mensual, observamos que el mes de enero se aplicaron en mayor porcentaje el tratamiento con catéter venoso periférico con perfusión cerrada con un 3,1%, el mes de Febrero el tratamiento más administrado fue el tratamiento endovenoso con un 4,5%, en el mes de Marzo la administración de tratamiento con perfusión continua con un 8,8%, en el mes de Abril existe un paridad entre la administración de tratamiento endovenoso con un 7,5% y la administración del tratamiento endovenoso con perfusión continua con un 7,2%, el mes de Mayo la administración de tratamiento endovenoso tuvo mayor porcentaje con un 7,5%, finalmente en el mes de Junio el tratamiento endovenoso es el de mayor porcentaje con un 13,2%.

Gráfico N° 15

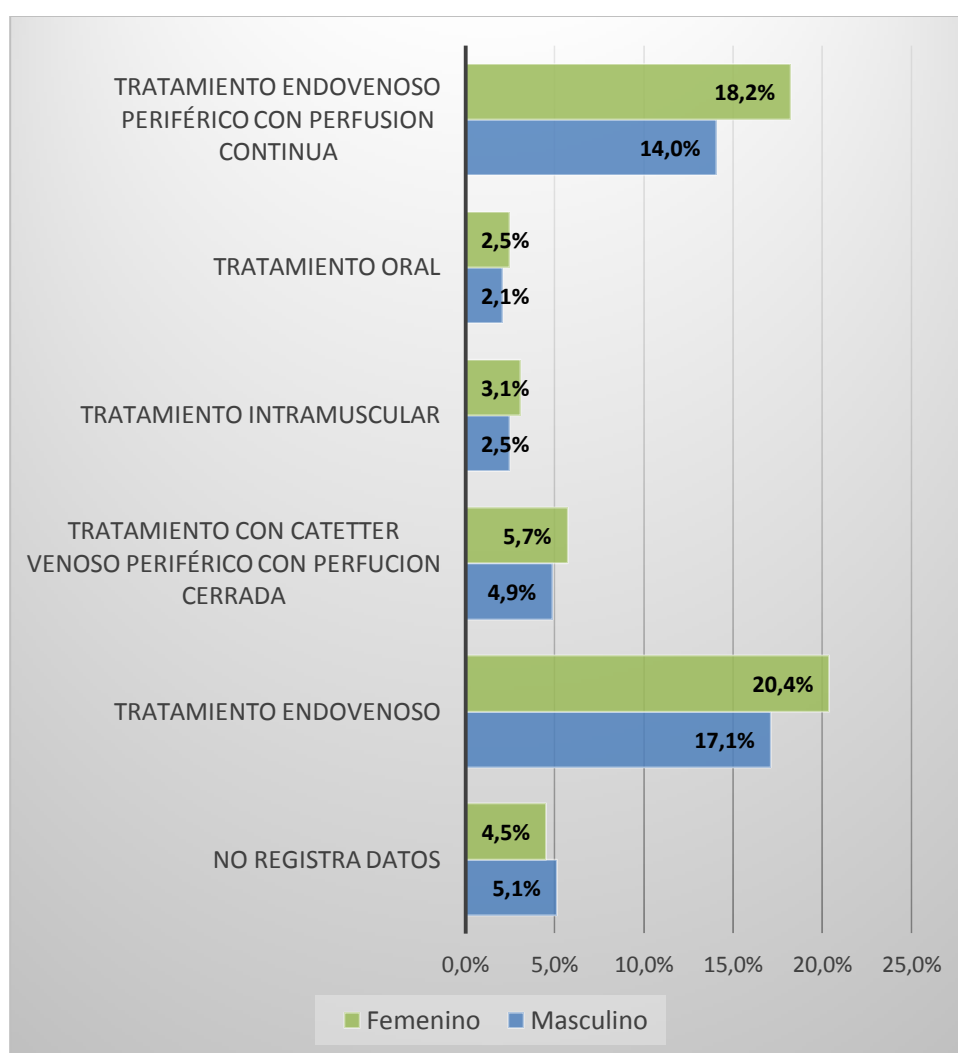
**FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO: TIPO DE SEGURO RELACIONADO  
CON LA ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO BRINDADA  
POR EL SAMU TACNA 2015**



Fuente: Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

**Gráfico N° 16**

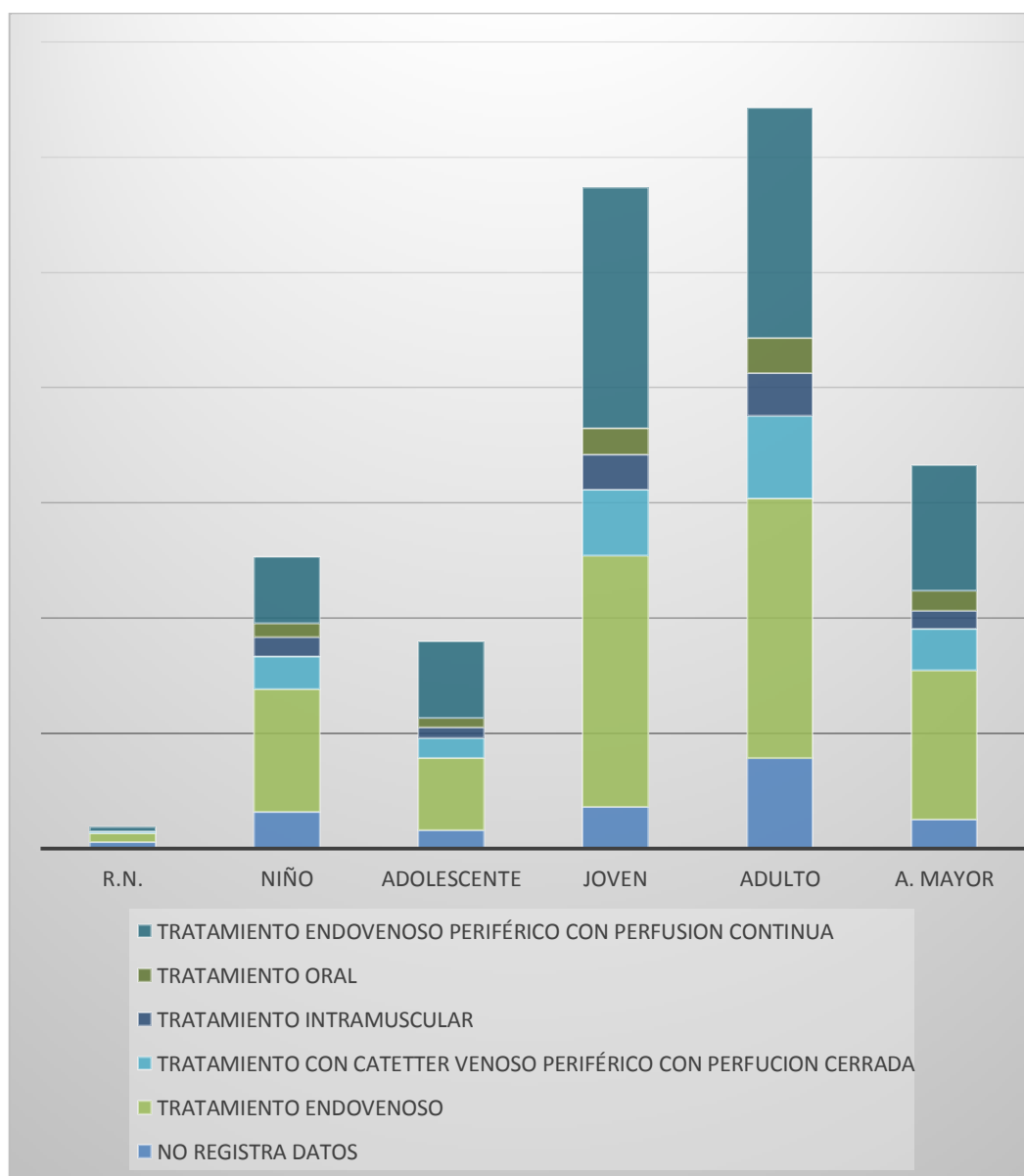
**FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO: SEXO RELACIONADO CON LA  
ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO BRINDADA  
POR EL SAMU TACNA 2015**



Fuente: Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

**Gráfico N° 17**

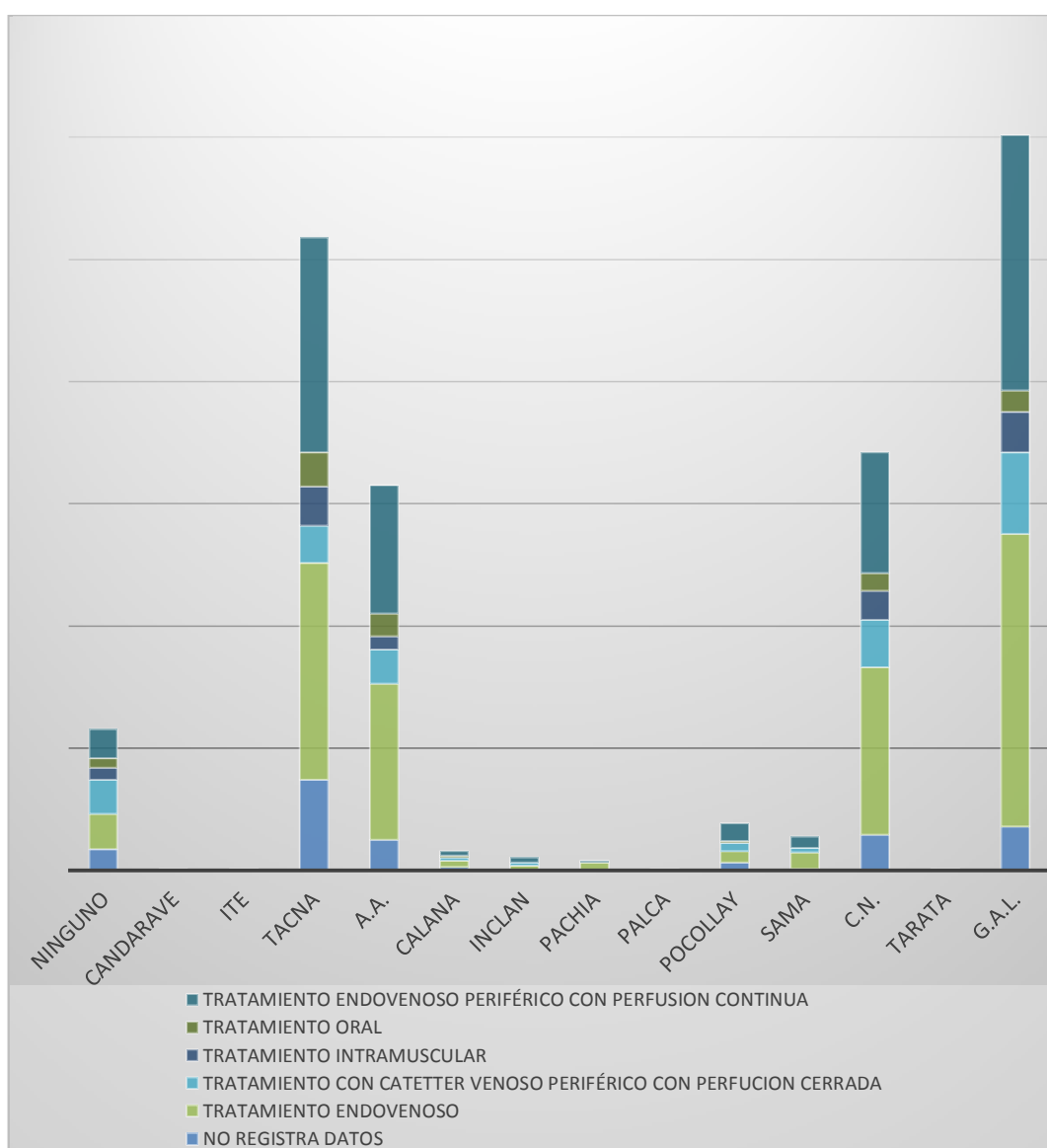
**FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO: EDAD RELACIONADO CON LA  
ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO BRINDADA  
POR EL SAMU TACNA 2015**



Fuente: Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

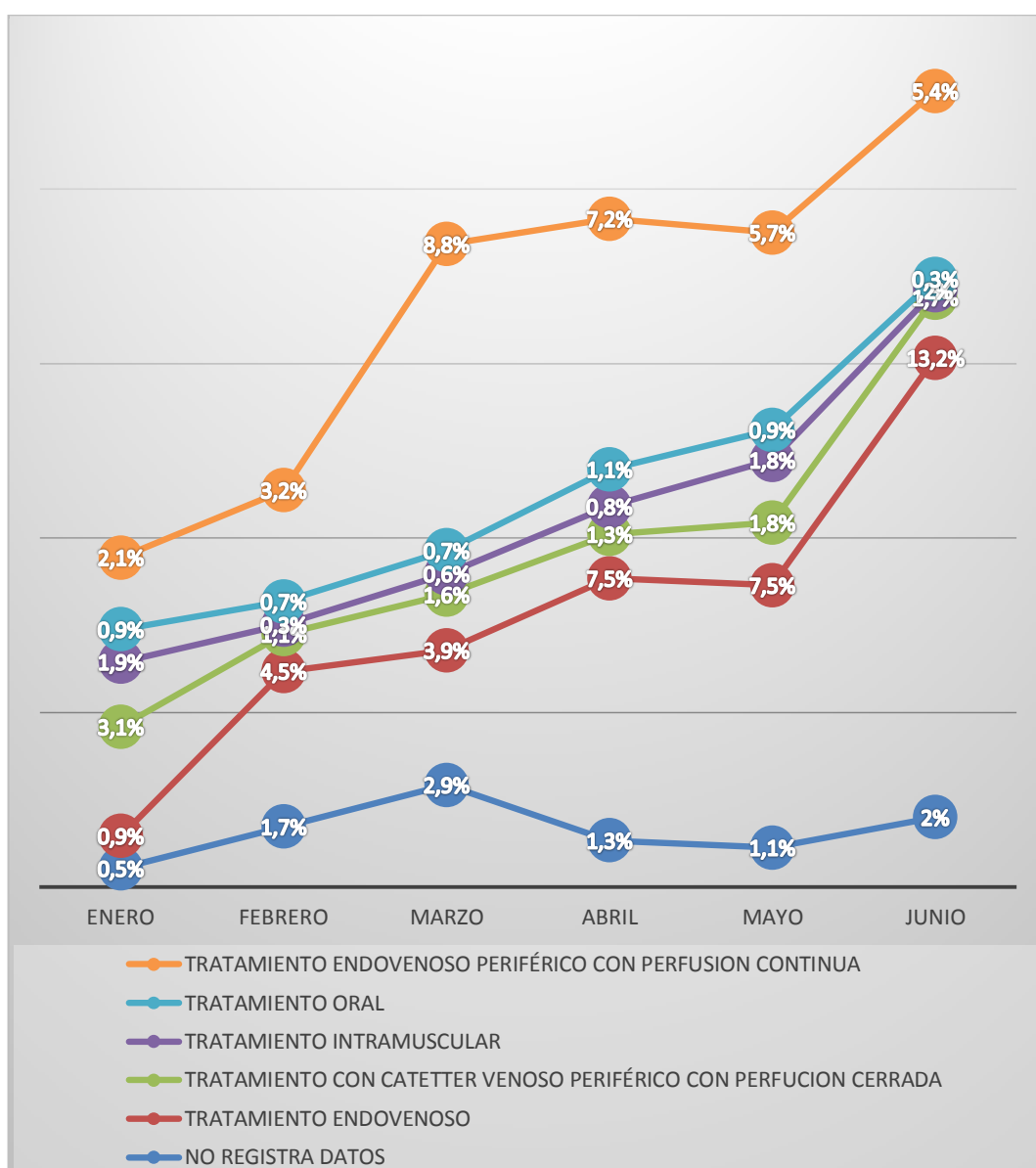
**Gráfico N° 18**

**FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO: DISTRITO DE PROCEDENCIA  
RELACIONADO CON LA ADMINISTRACIÓN DE  
TRATAMIENTO BRINDADA POR EL  
SAMU TACNA 2015**



Fuente: Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

**Gráfico N° 19**  
**FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO: PERIODO DE ATENCIÓN**  
**RELACIONADO CON LA ADMINISTRACIÓN DE**  
**TRATAMIENTO BRINDADA POR EL**  
**SAMU TACNA 2015**



Fuente: Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

**Cuadro N° 08**

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS: TIPO DE SEGURO, SEXO, EDAD,  
DISTRITO DE PROCEDENCIA PERIODO DE ATENCIÓN  
RELACIONADO CON LA ADMINISTRACIÓN DE  
OXIGENO BRINDADAS POR EL  
SAMU TACNA 2015**

TIPO DE SEGURO	ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO										TOTAL	
	No registra		Cánula binasal		Mascara simple		Mascara con reservorio		Sistema Venturi			
SIS	53	3,5%	392	26,1%	385	25,6%	22	1,5%	1	0,1%	853	56,8%
EsSalud	3	0,2%	37	2,5%	45	3%	3	0,2%	0	0%	88	5,9%
SOAT	4	0,3%	27	1,8%	12	0,8%	0	0%	1	0,1%	44	2,9%
Sin seguro	52	3,5%	176	11,7%	145	9,6%	10	0,7%	1	0,1%	384	25,5%
No registra	30	2%	62	4,1%	32	2,1%	4	0,3%	0	0%	128	8,5%
Sanidad PNP	3	0,2%	0	0%	3	0,2%	0	0%	0	0%	6	0,4%
<b>TOTAL</b>	<b>145</b>	<b>9,6%</b>	<b>694</b>	<b>46,2%</b>	<b>622</b>	<b>41,4%</b>	<b>38</b>	<b>2,5%</b>	<b>3</b>	<b>0,2%</b>	<b>1503</b>	<b>100%</b>

Chi cuadrado =90,286, gl = 25, T=-5,143, nivel de significancia = 0,000

SEXO	No registra		Cánula binasal		Mascara simple		Mascara con reservorio		Sistema Venturi		TOTAL	
	Masculino	77	5,1%	305	20,3%	279	18,6%	22	1,5%	3	0,2%	686
Femenino	68	4,5%	390	25,9%	343	22,8%	16	1,1%	0	0%	817	54,4%
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>9,6%</b>	<b>695</b>	<b>46,3%</b>	<b>622</b>	<b>41,4%</b>	<b>38</b>	<b>2,5%</b>	<b>3</b>	<b>0,2%</b>	<b>1503</b>	<b>100%</b>

Chi cuadrado =10,923, gl = 5, niv. significancia = 0,053

EDAD	No registra		Cánula binasal		Mascara simple		Mascara con reservorio		Sistema Venturi		TOTAL	
	R.N.	4	0,3%	6	0,4%	4	0,3%	0	0%	0	0%	14
Niño	24	1,6%	79	5,3%	81	5,4%	5	0,3%	1	0,1%	190	12,6%
Adolescente	12	0,8%	69	4,6%	54	3,6%	0	0%	0	0%	135	9,0%
Joven	27	1,8%	212	14,2%	181	12,0%	10	0,7%	1	0,1%	431	28,7%
Adulto	59	3,9%	209	13,9%	202	13,4%	12	0,8%	1	0,1%	483	32,1%
A. Mayor	19	1,3%	119	7,9%	101	6,7%	11	0,7%	0	0%	250	16,6%
<b>TOTAL</b>	<b>145</b>	<b>9,6%</b>	<b>694</b>	<b>46,3%</b>	<b>623</b>	<b>41,4%</b>	<b>38</b>	<b>2,5%</b>	<b>3</b>	<b>0,2%</b>	<b>1503</b>	<b>100%</b>

Chi cuadrado =32,412, gl = 25, T=0,697, p-valor o el nivel de significancia = 0,146

DISTRITO	No registra		Cánula binasal		Mascara simple		Mascara con reservorio		Sistema Venturi		TOTAL	
	Ninguno	13	0,9%	47	3,1%	26	1,7%	1	0,1%	0	0%	87
Candarave	0	0%	1	0,1%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,1%
Ite	0	0%	1	0,1%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,1%
Tacna	56	3,7%	170	11,3%	147	9,8%	15	1%	1	0,1%	389	25,9%
Alto Alianza	19	1,3%	111	7,4%	103	6,9%	4	0,3%	0	0%	237	15,8%
Calana	2	0,1%	3	0,2%	7	0,5%	0	0%	0	0%	12	0,8%
Inclán	0	0%	3	0,2%	5	0,3%	0	0%	0	0%	8	0,5%
Pachia	0	0%	6	0,4%	0	0%	0	0%	0	0%	6	0,4%
Palca	0	0%	0	0%	1	0,1%	0	0%	0	0%	1	0,1%
Pocollay	5	0,3%	13	0,9%	11	0,7%	0	0%	0	0%	29	1,9%
Sama	1	0,1%	11	0,7%	8	0,5%	1	0,1%	0	0%	21	1,4%
Ciudad Nueva	22	1,5%	110	7,3%	115	7,6%	9	0,6%	1	0,1%	257	17,1%
Tarata	0	0%	1	0,1%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,1%
Gregorio Albarracín L..	27	1,8%	217	14,4%	199	13,2%	8	0,5%	1	0,1%	452	30,1%
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>9,7%</b>	<b>694</b>	<b>46,2%</b>	<b>622</b>	<b>41,3%</b>	<b>38</b>	<b>2,5%</b>	<b>3</b>	<b>.2%</b>	<b>1502</b>	<b>100%</b>

Chi cuadrado =59,805, gl = 65, T=3,107, p-valor o el nivel de significancia asintótica bilateral = 0,659

PERIODO	No registra		Cánula binasal		Mascara simple		Mascara con reservorio		Sistema Venturi		TOTAL	
	Enero	8	0,5%	73	4,9%	52	3,5%	7	0,5%	2	0,1%	142
Febrero	26	1,7%	98	6,5%	46	3,1%	1	0,1%	0	0%	171	11,4%
Marzo	44	2,9%	92	6,1%	117	7,8%	24	1,6%	0	0%	277	18,4%
Abril	20	1,3%	119	7,9%	148	9,8%	0	0%	1	0,1%	288	19,2%
Mayo	17	1,1%	101	6,7%	159	10,6%	5	0,3%	0	0%	282	18,8%
Junio	30	2%	212	14,1%	100	6,7%	1	0,1%	0	0%	343	22,8%
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>9,6%</b>	<b>695</b>	<b>46,2%</b>	<b>622</b>	<b>41,4%</b>	<b>38</b>	<b>2,5%</b>	<b>3</b>	<b>0,2%</b>	<b>1503</b>	<b>100%</b>

Chi cuadrado =190,787, gl = 25, T=-1,033, nivel de significancia = 0,000

**Fuente:** Fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

## **Interpretación:**

En el Cuadro N° 07 se puede apreciar los siguientes:

- En el tipo de seguro, un 26,1% (392) de las atenciones con seguro integral de salud recibieron oxígeno por máscara simple, 3% (45) de las atenciones con Es Salud recibió oxígeno con máscara simple, 1,8% (27) de las atenciones con Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, 11,7% (176) de las atenciones sin seguro recibieron oxígeno con cánula bi-nasal, 0,2% (3) de las atenciones con seguro de la Policía Nacional del Perú (Sanidad PNP) recibió oxígeno con máscara simple. Con una significancia de 0,000 se acepta la hipótesis alterna.
- En Sexo, un 20,3% (305) de la población masculina recibió oxígeno por la cánula bi-nasal, un 25,9% (390) de la población femenina recibió oxígeno por cánula bi-nasal. Con un nivel de significancia de 0,053 se niega la hipótesis alterna.
- Con respecto a la edad, un 0,4% (6) de población recién nacida recibe oxígeno por cánula bi-nasal, un 5,4% (81) de la población niño etapa comprendida entre los 28 días hasta los 11 años, un 4,6% (69) de la población Adolescentes; etapa comprendida entre los 12 hasta los 18 años, un 14,2% (212) de la población es Joven; etapa comprendida entre los 18 hasta los 29 años, un 13,2% (209)

de la población es Adulta; etapa comprendida entre los 30 hasta 59 años, un 7,9% (119) es población Adulta mayo, Etapa comprendida entre 60 a más años, corresponden a la administración de oxígeno por cánula bi-nasal. Con un nivel de significancia de 0,659, se niega la hipótesis alterna.

- Con respecto al Distrito de procedencia, 11,3% (170) de las atenciones provenientes del Distrito de Tacna, un 7,4% (111) de las atenciones provenientes del Distrito de Alto de la Alianza y un 14,4% (217) de las atenciones provenientes del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, corresponden a la administración de oxígeno por cánula bi-nasal, un 7,6% (115) de las atenciones provienen del distrito Ciudad Nueva que reciben administración de oxígeno por máscara simple. Con un nivel de significancia de 0,659 se niega la hipótesis alterna.
- Con respecto al mes de atención, un 4,9% (73) de las atenciones de enero, un 6,5% (98) de las atenciones del mes de febrero y un 14,1% de las atenciones de Junio se les administra oxígeno por cánula bi-nasal, un 7,8% (117) de las atenciones de Marzo, un 9,8% (148) de Abril, un 10,6% (159) de las atenciones de Mayo, reciben oxígeno por máscara simple. Con un nivel de significancia de 0,000, se acepta la hipótesis alterna.

**Cuadro N° 09**

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS: TIPO DE SEGURO, SEXO, EDAD,  
DISTRITO DE PROCEDENCIA Y PERIODO DE ATENCIÓN  
RELACIONADOS CON EL SOPORTE VITAL BASICO  
Y AVANZADO BRINDADOS POR EL  
SAMU TACNA 2015**

TIPO DE SEGURO	SOPORTE BASICO Y AVANZADO						Total	
	Soporte vital básico.		Soporte vital avanzado		No registra			
SIS	584	38,9%	137	9,1%	132	8,8%	853	56,8%
EsSalud	61	4,1%	8	0,5%	19	1,3%	88	5,9%
SOAT	23	1,5%	11	0,7%	10	0,6%	44	2,9%
Sin Seguro	259	17,2%	64	4,3%	61	4,0%	384	25,5%
No registra	72	4,8%	14	0,9%	42	2,8%	128	8,5%
Sanidad PNP	2	0,1%	1	0,1%	3	0,2%	6	0,4%
<b>TOTAL</b>	<b>1001</b>	<b>66,6%</b>	<b>235</b>	<b>15,6%</b>	<b>267</b>	<b>17,8%</b>	<b>1503</b>	<b>100%</b>

Chi cuadrado =8,356, gl = 5, p-valor o el nivel de significancia asintotica bilateral = 0,512

SEXO	Soporte vital básico.		Soporte vital avanzado		No registra		Total	
Masculino	455	30,3%	93	6,2%	138	9,18%	686	45,6%
Femenino	546	36,3%	142	9,4%	129	8,58%	817	54,4%
<b>Total</b>	<b>1001</b>	<b>66,6%</b>	<b>235</b>	<b>15,6%</b>	<b>267</b>	<b>17,76%</b>	<b>1503</b>	<b>100%</b>

Chi cuadra =0,042, gl = 1, nivel de significancia= 0,869

EDAD	Soporte vital básico.		Soporte vital avanzado		No registra		Total	
R.N.	11	0,7%	1	0,1%	2	0,13%	14	0,9%
Niño	124	8,3%	29	1,9%	37	2,46	190	12,6%
Adolescente	93	6,2%	23	1,5%	19	1,26	135	9,0%
Joven	283	18,8%	89	5,9%	59	3,93	431	28,7%
Adulto	323	21,5%	69	4,6%	91	6,05	483	32,1%
A. Mayor	167	11,1%	24	1,6%	59	3,93	250	16,6%
<b>Total</b>	<b>1001</b>	<b>66,6%</b>	<b>235</b>	<b>15,6%</b>	<b>267</b>	<b>17,76%</b>	<b>1503</b>	<b>100%</b>

Chi cuadrado =1,564, gl = 5, T=-0,046, nivel de significancia asintótica bilateral = 0,906

DISTRITO	Soporte vital básico.		Soporte vital avanzado		No registra		Total	
Ninguno	49	3,3%	20	1,3%	18	1,2%	87	5,8%
Candarave	1	0,1%	0	0%	0	0%	1	0,1%
Ite	0	0%	1	0,1%	0	0%	1	0,1%
Tacna	251	16,7%	61	4,1%	77	5%	389	25,9%
Alto alianza	157	10,5%	32	2,1%	48	3,2%	237	15,8%
Calana	7	0,5%	2	0,1%	3	0,2%	12	0,8%
Inclan	5	0,3%	3	0,2%	0	0%	8	0,5%
Pachia	5	0,3%	1	0,1%	0	0%	6	0,4%
Palca	0	0%	0	0%	1	0,07%	1	0,1%
Pocollay	17	1,1%	2	0,1%	10	0,67%	29	1,9%
Sama	11	0,7%	7	0,5%	3	0,2%	21	1,4%
Ciudad nueva	177	11,8%	42	2,8%	38	2,53%	257	17,1%
Tarata	1	0,1%	0	0%	0	0%	1	0,1%
Gregorio Albarracín L.	320	21,3%	63	4,2%	69	4,59%	452	30,1%
Total	1001	66,6%	234	15,6%	267	17,78%	1502	100%

Chi cuadrado =17,998, T=-2,782, p-valor o el nivel de significancia asintótica bilateral = 0,158

PERIODO	Soporte vital básico.		Soporte vital avanzado		No registra		Total	
Enero	94	6,3%	34	2,3%	14	0,93%	142	9,4%
Febrero	97	6,5%	50	3,3%	24	1,60%	171	11,4%
Marzo	143	9,5%	61	4,1%	73	4,86%	277	18,4%
Abril	63	4,2%	71	4,7%	154	10,25%	288	19,2%
Mayo	265	17,6%	17	1,1%	0	0%	282	18,8%
Junio	339	22,6%	2	0,1%	2	0,13%	343	22,8%
Total	1001	66,6%	235	15,6%	267	17,76%	1503	100%

Chi cuadrado =549,610, gl = 5, T=-16,192, p-valor o el nivel de significancia = 0,000

**Fuente:** fichas de atención pre hospitalaria de Enero a Junio del 2015 del sistema de atención móvil de urgencia (SAMU)

## **Interpretación:**

En el cuadro N° 09 podemos apreciar lo siguiente:

- En el tipo de seguro el 38,9% (594) de la población con el seguro integral de salud, un 4,1% (61) de la población con Es Salud, un 1,5% (23) de la población con SOAT, un 17,2% (259) de los paciente sin seguro recibieron Soporte Vital Básico. Con un nivel de significancia asintótica bilateral de 0,512, se niega contundentemente la hipótesis alterna.
- En el Sexo un 30,33% (455) de la población masculina recibió soporte vital básico, un 36,3% de la población femenina recibió SVB. Con un nivel de significancia del 0,869 se niega la hipótesis alterna.
- En la edad, un 0,7% (11) de la población Recién Nacida, un 8,3% (124) de la población Niño entre 28 Días y 11 años, un 6,2% de la población adolescentes, un 18,8% (283) de la población Joven, un 21,5% (323) de la población adulta y un 11,1% (167) de la población Adulta mayor recibieron el soporte vital básico. Con un nivel de significancia de 0,906 se niega la hipótesis alterna.
- En el Distrito de procedencia, un 3,3% (49) de la población que no registra datos en la ficha, un 0,1% de la población del Distrito

Candarave, un 16,7% (251) de la población que procede del Distrito Tacna, un 10,5% (157) de la población que procede del Distrito Alto de la Alianza, un 11,8% (177) de la población que procede del Distrito de Ciudad Nueva y un 21,3% (320) de la población del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, recibieron el Soporte Vital Básico. Con un nivel de Significancia del 0,158 se niega la hipótesis alterna.

- En el periodo de atención , el 6,3% (94) de la población que fue atendida en el mes de enero, el 6,5% (97) de la población que recibió atención en el mes de febrero, el 9,5% (143) de la población que recibe atención en Marzo, el 17,6% (265) de la población que recibió atención durante el mes de Mayo y un 22,6% (339) de la población atendida el mes de Junio, recibieron el Soporte Vital Básico, el 4,7% (71) de la población atendida el mes de Abril recibió el soporte vital avanzado. Con un nivel de significancia de 0,000 se acepta la hipótesis alterna.

## 4.2. DISCUSIÓN

Son muchos los factores que influyen en la demanda de asistencia por parte de los Servicios de atención móvil de urgencias Pre hospitalarias en el sistema sanitario público de nuestro país. Entre ellos destacan la prevalencia e incidencia de las emergencias, la disponibilidad de los servicios de emergencia, la capacidad de filtro de las unidades de coordinación de emergencias y la demanda de la población con problemas urgentes y/o emergentes.

Al contrastar el **primer objetivo**: Identificar los factores sociodemográfico de las personas que solicitan atención del sistema de atención médica móvil de urgencia (SAMU), en el primer semestre 2015, los hallazgos evidencian que:

En el cuadro N° 01 apreciamos la distribución de la población; según el sexo, siendo el femenino el de mayor porcentaje (54,4%). Según la edad evidenciamos; que la edad promedio es de 22,6 años, que el mayor porcentaje de la población oscila entre las edades de 30 a 59 años que corresponde a la etapa de vida Adulta (32,1%), seguida por las edades de 18 a 29 años que corresponde a la etapa Joven (28,7%).

Estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Exposita Orta, F. quien refiere que la mayoría de los sujetos son hombres, de  $54,6 \pm 22,98$  años de edad y un alto porcentaje mayores de 65 años (35,8%).

Difieren con la investigación de Andrade Marroquín en donde la población se encuentra entre los 26 a 35 años.

Difiere también con el estudio de Pérez Martín, A, et.al. Quienes refieren que la edad media es de 72,41.

Según la temporalidad encontramos que el mayor porcentaje está en el mes de Junio (22,8%), seguido por el mes de Abril (19,20%), luego Mayo (18,8%), Marzo (18,4%), Febrero (11,4%) y Enero (9,4%).

Estos resultados no concuerdan con el estudio realizado por Exposita Orta, F. quien nos refiere que El mes con más población atendida fue Junio (10,7%), seguido de julio (10,3%).

Según el tipo de seguro el mayor porcentaje se encuentra en el seguro integral de salud (56,8%), que es subsidiado por el estado Peruano, quien se hace responsable de cubrir la asistencia médica, seguido por las atenciones sin ningún tipo de seguro, haciendo responsable del subsidio a los familiares, quizá con un porcentaje más bajo pero importante encontramos a las atención con EsSalud que es un fondo de aportaciones mensuales. Debemos mencionar

que no hemos encontrado trabajo alguno relacionado a esta variable en otros estudios.

En el presente estudio evidenciamos que los factores de sociodemográficos se presentan con mayor prevalencia en los conos como lo muestra el Cuadro N° 01, resaltando el distrito de ciudad nueva y Gregorio Albarracín Lanchipa, el sexo de mayor vulnerabilidad es el femenino, evidenciamos que las atenciones pre hospitalarias son cubiertas en su mayoría por el seguro integral de salud. Esto evidencia que el equipo de salud del sistema de atención móvil de urgencias realiza una labor igualitaria sin distinción de algún factor sociodemográfico, pero que sus atenciones de acuerdo a este estudio son de establecimientos de salud y no se evidencian los accidentes de tránsito, eventos en domicilio, por la naturaleza de sus funciones se necesita la capacitación y el entrenamiento, en los diferentes eventos; especialmente al profesional de enfermería para contribuya en la atención oportuna y eficaz y disminuya de la morbi mortalidad y las complicaciones.

Al contrastar el **segundo objetivo**: Identificar los procesos y patologías atendidas por el sistema de atención móvil de urgencia (SAMU), durante el 1er semestre 2015 los hallazgos evidencian que:

En el cuadro N°02 podemos apreciar que en el mayor porcentaje están las Enfermedades infecciosas y parasitosis (31,8%), seguidas por las Enfermedades del Embarazo, Parto y puerperio (25,6%), seguidas por enfermedades digestivas (24,6%), luego enfermedades del feto, recién nacido y niño, enfermedades genitourinarias, patologías de Enfermedades neoplásicas, endocrinas y del metabolismo.

Estos resultados difieren con el estudio realizado por Exposita Orta, F. que nos refiere que La patología más frecuente atendida tras la evaluación del sistema de emergencia alfa-6 en el área sanitaria 16 de Alicante fue la cardiológica, seguidas de la neurológica, la psiquiátrica y la traumatológica. Esta diferencia puede deberse a muchos factores como el área de residencia, la morbilidad del área de residencia etc.

De la misma forma difiere con el estudio de Pacheco quien refiere que en mayor porcentaje estas las Lesiones y envenenamientos 23,1%, seguidas por las enfermedades cardiovasculares 9,3% y psiquiátrico 3,7%.

En el cuadro N° 03 se aprecia que en mayor porcentaje está el soporte vital básico (SVB), seguido por el soporte vital avanzado (15,7%). Estos resultados difieren con el estudio realizado por Sanghavi P, Jena AB, Newhouse JP, Zaslavsky AM. quienes

concluyen que fueron reanimados utilizando medidas de SVA (31292 pacientes) o SVB (1643 pacientes).

En el cuadro N°04 se aprecia que el mayor porcentaje administra oxígeno mediante la cánula bi-nasal (46,2%), seguida por la administra oxígeno mediante la mascarilla simple (41,4%), luego mascarilla con reservorio. En la administración de tratamiento el mayor porcentaje recibe tratamiento Endovenoso, seguido por el tratamiento endovenoso con perfusión continua, luego el tratamiento endovenoso periférico con perfusión cerrada, finalmente el tratamiento intramuscular.

Estos resultados concuerdan con el estudio de Figueroa Zapata, M.J. quien refiere que Un 30% de las enfermeras encuestadas manifiesta que los cuidados de enfermería primarios es la Oxigenoterapia, otro 30% la Vía venosa y sueroterapia, otro 30% la monitorización de signos que se toman al paciente.

En el presente estudio los resultados evidencian que la participación del profesional de enfermería interviene directamente en los procesos y registro de los eventos razón por la cual se debe dar mayor énfasis en su capacitación y entrenamiento para el puesto médico de avanzada y mejorar los registros tanto en tiempo como en procedimientos.

Al contrastar el **tercer objetivo y la Hipótesis del estudio:**

Establecer la relación entre los factores sociodemográficos y la Prevalencia de procesos y patologías atendidas por el sistema de atención móvil de urgencia (SAMU), Tacna 2015.

En el cuadro N° 06 de factores sociodemográficos: tipo de seguro, sexo, edad, distrito de procedencia y mes de atención se relacionan con el tipo de patología, Puesto que el valor del Z calculado es mayor al valor Z de la tabla, con un error (nivel de significancia)  $0,00 < 0,05=5\%$ , se rechaza la hipótesis nula para el caso de que los dos grupos no estén relacionados. Por lo tanto la proporción de los factores sociodemográficos se relaciona con la proporción de los tipos de patologías.

Estos resultados concuerda con los resultados del estudio de Exposita Orta, F. quien refiere que La patología cardiológica es mayor en primavera y otoño con respecto al invierno y la más frecuente el pre síncope-síncope. La patología neurológica es mayor en el mes de diciembre y la más frecuente el ACV. En cuanto al patrón de temporalidad asociado con la demanda asistencial existe una relación estacional con respecto al número de asistencias y la patología de la misma.

En el cuadro N° 07 podemos apreciar la relación significativa entre los factores sociodemográficos: Tipo de Seguro, Distrito de

Procedencia y el mes de atención con el tratamiento administrado. Hallando el nivel de significancia de 0,000 y  $0,023 < 0,05$  se acepta la hipótesis alterna para el caso de El factores sociodemográficos tipo de seguro, distrito de procedencia y Mes se relaciona significativamente con el tipo de patología.

En el cuadro N° 08 podemos se aprecia la relación significativa entre los factores sociodemográficos: Tipo de Seguro y el Mes de Atención con la Administración de Oxígeno.

En el cuadro N° 09 se aprecia que existe relación significativa entre el factor sociodemográfico: Mes y el soporte vital básico y avanzado. Se debe mencionar que no existen estudios que pretendan buscar el mismo objetivo.

Estos resultados concuerdan con el estudio de Carneiro Mussi F., Morales Gibaut M.A., Almeida Damasceno C., et. al. Quien refiere que Hombres y mujeres presentaron tiempos de decisión elevados. Hubo menor tiempo de decisión para tabaquistas, con dolor constante y de fuerte intensidad. Hubo interacción entre género y tabaquismo y entre género y dolor irradiado para el cuello o mandíbula para el desenlace del tiempo de decisión.

Los factores tienen relación con las patologías los datos obtenidos en este estudio tienen relación directa al sexo y al tiempo de información por parte del profesional de enfermería.

El estudio de prevalencia muestra que hay una relación directa entre los procesos patológicos y los procedimientos porque son estudios epidemiológicos que ayudan a tomar decisiones en las intervenciones pre hospitalarias con éxito que algunas variables no se relacionen estadísticamente no significa que no tenga importancia si no al contrario; afianza las políticas del sector salud, puesto que demuestra que no hay diferencia en ningún grupo sociodemográfico bajo ninguna circunstancia

Según la teoría de Merle H. Miziel ayuda a explicar los factores estresantes asociados con el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad importante o de una condición crónica, los procesos por los que los individuos valoran y responden a una incertidumbre inherente a una experiencia de enfermedad y la importancias de los cuidadores profesionales para proporcionar información y apoyo a los individuos para comprender y manejar la incertidumbre.

## CONCLUSIONES

A través del estudio podemos concluir que:

1. En los factores sociodemográficos de las personas que solicitan la atención del Sistema de Atención Móvil de Urgencias, más de la mitad es de sexo femenino (54,4%). Con referencia a la edad encontramos que la media es 22,6 años, menos de la mitad de la población atendida es Adulta (32,1%) según su etapa de vida.
2. Con respecto a las patologías menos de la mitad presenta enfermedades infecciosas y parasitosis (31,8%), casi la cuarta parte presentan enfermedades del Embarazo parto y puerperio (25,6%), casi la cuarta parte presentan patologías digestivas (24,6%). En cuanto a los procesos más de la cuarta parte recibió el Soporte vital básico (27,8%), menos de la mitad recibió oxígeno mediante la cánula bi-nasal (46,2%), y menos de la mitad de la población recibió tratamiento Endovenoso (37%).
3. Existiendo relación significativa los factores sociodemográficos y el tipo de patologías. No existe relación entre los factores sociodemográficos Edad, Tipo de seguro, Sexo y distrito de

procedencias, y los procesos. Establecemos estas relaciones mediante la aplicación de las pruebas estadísticas de  $\text{Chi}^2$ .

## RECOMENDACIONES

Tras realizar el presente estudio se recomienda que:

- Los organismos gubernamentales deben implementar y promover las estrategias de atención inmediata en caso de urgencias y emergencias, considerando los factores sociodemográficos con una celeridad que permita asistir oportunamente a las víctimas que sufren daños en diferentes eventos.
- De acuerdo a los resultados las unidades del Sistema de Atención Móvil de Urgencia, deben recibir mayor adiestramiento en lo que refiere a conocimientos y prácticas en la atención pre hospitalaria y así mejorar los protocolos de atención pre hospitalaria y el llenado de las fichas de atención pre hospitalaria.
- Las universidades deben promover la formación enfatizando la atención pre-hospitalaria en el primer nivel de atención y se recomienda a los especialistas que continúen con los estudios comparativos y de causa y efecto sobre este tema.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Planification et organisation des services médicaux d'urgence. Rapport sur la reunion d'un groupe technique de l'OMS. Toulouse 24-28 fevrier 1979. Rapport et etudes EURO 35. Bureau Regional de l'Europe. Copenhague, OMS. 1981:2-3.
2. Braun T, García-Castrillo L, Krafft T, Díaz-Regañón G. Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos. Gac Sanitaria 2002; 16:139-44.
3. Pretell Huaman R. Torres Jimenez E. Mendoza Valladolid W. et al. Curso Atención prehospitalaria (APH) [base de datos en internet]. Perú: Sociedad peruana de medicina en emergencias y desastres, reeme.arizona.edu, 2011, [citado el 19 Mar 2014]. Disponible en [www.reeme.arizona.edu/.../Introduccion%20APH%20SPMED%20](http://www.reeme.arizona.edu/.../Introduccion%20APH%20SPMED%20)
4. Cuerpo general de bomberos voluntarios del Perú, Evaluación Semestral-Plan operativo Institucional, Resolución Jefatural N° 065-2013-CGBVP, 06 Feb 2013.

5. Rodés J, Font D, Trilla A, Piqué JM, Gomis R. El futuro de la gestión clínica como consecuencia del progreso científico técnico en biomedicina. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130:553-6.
  
6. Rebollo García NE, Muhedini GK, Perea-Millá E, Molina Ruano R, Ordóñez Martí-Aguilar MV. Las ayudas públicas para investigación: una puerta de entrada para investigar en urgencias y emergencias. *Emergencias*. 2008; 20:335-42.
  
7. Oficina general de defensa nacional; Compendio de Guías de Intervenciones Y Procedimientos de Enfermería En Emergencias Y Desastres, Perú – 2006.
  
8. Exposita Orta, F. Prevalencia de los procesos y patologías atendidos por un servicio de emergencias médicas extrahospitalarias en el departamento 16 de alicante [Tesis Doctoral]: Universitat autonoma de Barcelona, Barcelona 2012.
  
9. Pacheco A. Burusco S. Senosiáin M.V. Prevalencia de procesos y patologías atendidos por los servicios de emergencia médica extrahospitalaria en España. *Rev. An. Sist. Sanit. Navar*. 2010, Vol. 33, Suplemento 1.

10. Incidencia de demanda de atención en el servicio de emergencias del HCPNP en situaciones no urgentes. Lima 2002 [Tesis para optar el título de Especialista en Medicina de Emergencias y Desastre] Universidad nacional Mayor de San Marcos, Lima 2003.
11. Gallardo Ortega, D.F. Impacto de los Puntos de Atención Continuada Sobre la Utilización de un Servicio de Urgencias Hospitalario [Tesis Doctoral] Universidad de Granada, Granada, 2008.
12. Pinto P. Trelles L. Epidemiología de las consultas de emergencias realizadas en dos unidades móviles prehospitalarias en Montevideo entre enero 2006 a diciembre 2008 [Tesis Maestría en dirección de empresas]: Universidad de Montevideo, Montevideo 2009.
13. Ibañes Martí C. et al Qué es la incidencia y prevalencia de una enfermedad [base de datos en internet]. España: Madrid 2012-[citado 25 mar 2014]. disponible en: [http://www.madrimasd.org/blogs/salud\\_publica/2012/02/29/133136](http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/02/29/133136).

14. Rada G. Merino T. Estudios de Prevalencia III [Base de datos de internet]. Chile escuela.med 2007 [Citado 25 Mar 2014]. Disponible en <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/epiDesc8.htm>.
15. García-Castillo L, Del Busto F. Modelo de Atención Integral a las Urgencias. Emergencias 2001; 13: 15 -4.
16. Pacheco A. Rodríguez y otros. Servicios de Emergencia Médica Extrahospitalaria en España (I). Historia y Fundamentos preliminares. Emergencias. Vol.10, no 3. Mayo □ Junio 1998.
17. Casado Flórez MI, Corral Torres E, García Ochoa MJ, De Elías Fernández R. La calidad asistencial y la competencia médica en la práctica clínica de emergencias evaluada a través de un sistema de valoración del deSAMUpeño en la escena. Emergencias. 2012; 24:84-90.
18. Rodríguez H.C., Atención Prehospitalaria De Urgencias, [internet]. Antioquía: Ibarra. €2014-[citado 28 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.aibarra.org/Guias/1-18.htm>.

19. Boletín Epidemiológico de Antioquia, Octubre-Diciembre 1991, Servicio Seccional de Salud de Antioquia.
20. Salomone J. Pons P. PHTLS Soporte vital Básico y Avanzado en el trauma prehospitalario. 7ª edición. Barcelona España. Edit. Elsevier. 2012.
21. Departamento General de Enfermería de Swiss Medical Group, Concepto De Atención Prehospitalaria consultada el 28 Mar 2014 disponible en [http://www.sanatoriodelosarcos.com.ar/pdf/urgencias\\_emergentologia/Manual%20de%20atencion%20Prehospitalaria.pdf](http://www.sanatoriodelosarcos.com.ar/pdf/urgencias_emergentologia/Manual%20de%20atencion%20Prehospitalaria.pdf).
22. Pacheco Rodriguez A. Serrano Moraza A. Ortega Carnicer J. Hermoso Gadeo F.E. Manual de emergencia médica prehospitalaria. 1ª edición. España. Edit. ARÁN ediciones S.A. 2001.
23. Departamento General de Enfermería de Swiss Medical Group, Concepto de Atención Prehospitalaria consultada el 28 Mar 2014 disponible en [http://www.sanatoriodelosarcos.com.ar/pdf/urgencias\\_emergentologia/Manual%20de%20atencion%20Prehospitalaria.pdf](http://www.sanatoriodelosarcos.com.ar/pdf/urgencias_emergentologia/Manual%20de%20atencion%20Prehospitalaria.pdf)

24. Resolución Ministerial N°944-2011/MINSA, aprobada en Lima el 26 de diciembre del 2011, art. 3 del D.S. N°017-2011-SA.
25. Instituto Nacional de Estadística, et al. Conocimiento del municipio- Indicadores Sociodemográficos.[base de datos de internet].Perú: Lima. © INE 2015 - [citado 18 de Jul 2015]. disponible en: [http://www.edukanda.es/mediatecaweb/data/zip/936/page\\_23.htm](http://www.edukanda.es/mediatecaweb/data/zip/936/page_23.htm)
26. Universidad d' Alcant, Universidad de Alicante. Sistema de Indicadores Socio-demográfico. [Base de datos de internet]. España: Valencia. © Universitat d'Alacant / Universidad de Alicante - [citado 18 Jul 2015]. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/12059/1/03%20Atlas%20Social-Capitulo1.pdf>
27. Pérez Martín, A. López Lanza, J.R. Robles García, M. Guijarro Bezanilla, M. López Videras, R. Dierssen Sotos, T. Ramos Barrón, M.C. Análisis y evaluación de la demanda domiciliaria atendida por un servicio de urgencias extrahospitalario durante 1 año [Tesis]: Universidad Torrelavega, Catambria España 2001.

28. Sanghavi P, Jena AB, Newhouse JP, Zaslavsky AM. Soporte vital básico frente a soporte vital avanzado en la parada cardiaca extrahospitalaria [base de datos de internet]. Estados Unidos 2012- [citado 29 Dic. 2015]. Disponible en: <http://www.medicina-intensiva.com/2014/12/2012.html>.
29. Figueroa Zapata, M.J. Actuación del personal de enfermería en la asistencia y su influencia en la recuperación del paciente poli traumatizado atendido en el área de emergencia del hospital Provincial general Latacunga en el primer semestre del 2012 [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]: Universidad Técnica de Ambato, Ecuador: Ambato, 2013.
30. Marrier Tomey, A. Raile Alligood, M.; Modelos y teorías en enfermería; Editorial Elsevier Imprint, 6ta edición, España: 2007.
31. Carneiro Mussi F. Morales Gibaut M.A. Almeida Damasceno C. Santos Mendes A. Factores sociodemográficos e clínicos associados ao tempo de decisão para a procura de atendimento no infarto agudo do miocárdio /Factores sociodemográficos y clínicos asociados al tiempo de decisión para la búsqueda de atención en el infarto agudo de miocardio. Rev. latinoam. enferm [serie en internet]. 2013 [citada 2015 Diciembre 26]; 21(6):1257-1257. Disponible en:

[http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=697360&indexSearch=ID.](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=697360&indexSearch=ID)

# **ANEXOS**



Anexo N° 02

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA  
FORMULARIO ÚNICO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

FECHA	NFA PH	DIRECCION	DISTRITO	TIPO SERVICIO	SEXO	EDAD	TIPO DESEGURO	PRIORIDAD	TIPO EPATOLOGIA	CONDICION DEL PACIENTE	REQUIEREN OTROS	NOMBRES QUERECEPCIONALES AL PACIENTE	CATEGORIA DE LES	FR	FC	PA	SATO2	TTO	O2	GLASGOW	SOPO RTEBASICO	SOPORTEAVANZADO	LLAMAD A106	ATENCIÓN MEDICATED LEFONICA	CIE 1	CIE 2	CIE 3
EN ER O	1	C.S. LEONCIO PRADO	TACNA	ATENCIÓN	FEMENINO	JOVEN	SIS	II	GINECOLOGIA	VIVO	SI	HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA	NO REGISTRADA	NORMAL	PRESION NORMAL	SAT. O2 NORMAL	TRATAMIENTO ENDOVENOSO PERIFÉRICO CON PERFUSION CONTINUA	CÁNULA BINASAL	FC: 69 FR: PA: 118/69 SAT 02: 98%	NO	SI	NO	2				
EN ER O	2	C.S. ITE	ITE	ATENCIÓN	FEMENINO	JOVEN	SIS	II	MEDICINA	VIVO	SI	HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA	NORMAL	NORMAL	PRESION NORMAL	SAT. O2 NORMAL	COLOCACIÓN DE CATETER VENOSO PERIFÉRICO CON PERFUSION CERRADA	CÁNULA BINASAL	FC: 85* FR: 18* PA: 162/62 T:36.8 °C;SAT 02: 99%	NO	SI	NO	2				
EN ER O	3	C.S. LEONCIO PRADO	TACNA	ATENCIÓN	MASCULINO	ADULTO	SIN SEGURO	II	MEDICINA	VIVO	SI	HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA	NORMAL	TAQUICARDIA	PRESION NORMAL	SAT. O2 NORMAL	TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR	CÁNULA BINASAL	FC: 85* FR: 18 PA: 112/65 T:36.5 SAT:98%	SI	NO	NO	2				
EN ER O	4	DIRECCIONES ESPECIFICAS	TACNA	ATENCIÓN	FEMENINO	NIÑO < DE 12 AÑOS	SIN SEGURO	II	PEDIATRIA	VIVO	SI	HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA	NORMAL	NORMAL	PRESION NORMAL	NO REGISTRA DATOS EN LA FICHA	TRATAMIENTO ORAL	CÁNULA BINASAL	FC: 110* FR:28 PA: T:38.7; SAT 02:	SI	NO	NO	2				
EN ER O	5	C.S. CIUDAD NUEVA	CIUDAD NUEVA	REFERENCIA	FEMENINO	NIÑO < DE 12 AÑOS	SIS	I	CIRUGIA	VIVO	SI	HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA	NORMAL	NORMAL	PRESION NORMAL	SAT. O2 NORMAL	TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR	MASCARA SIMPLE	FC: 103* FR:26 PA:120/90 T: 36SAT 02:95%	NO	SI	NO	2				
EN ER O	6	C.S. SAN FRANCISCO	GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA	REFERENCIA	FEMENINO	NIÑO < DE 12 AÑOS	ESSALUD	II	NEUROLOGIA	VIVO	SI	ESSALUD	NORMAL	NORMAL	HIPERTENSION	SAT. O2 NORMAL	TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR	CÁNULA BINASAL	FC: 120* FR:18 PA:180/80 T:36 SAT 98%	NO	SI	NO	2				
EN ER O	7	NO REGISTRA DATOS EN LA FICHA	TACNA	ATENCIÓN	FEMENINO	ADOLESCENTE	NO REGISTRA	II	CIRUGIA	VIVO	SI	HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA	NORMAL	NORMAL	PRESION NORMAL	SAT. O2 NORMAL	TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR	CÁNULA BINASAL	FC: 83* FR:16 PA:110/60 T: SAT 99%	SI	NO	NO	2				
EN ER O	8	DIRECCIONES ESPECIFICAS	NINGUNO	REFERENCIA	FEMENINO	JOVEN	SIN SEGURO	II	GINECOLOGIA	VIVO	SI	HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA	NO REGISTRADA	NO REGISTRADA	NO REGISTRADA	NO REGISTRA DATOS EN LA FICHA	NO REGISTRA DATOS EN LA FICHA	NO REGISTRA DATOS EN LA FICHA	SIN DATOS EN FICHA	SI	NO	NO	2				
EN ER O	9	NO REGISTRA DATOS EN LA FICHA	NINGUNO	ATENCIÓN	MASCULINO	ADOLESCENTE	NO REGISTRA	II	NO REGISTRA	VIVO	SI	HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA	NORMAL	NORMAL	PRESION NORMAL	SAT. O2 NORMAL	COLOCACIÓN DE CATETER VENOSO PERIFÉRICO CON PERFUSION CERRADA	CÁNULA BINASAL	FC: 83* FR:26 PA:109/53 T:36 SAT 99%	NO	SI	NO	2				
EN ER O	10	C.S. SAN FRANCISCO	GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA	REFERENCIA	FEMENINO	JOVEN	SIS	II	GINECOLOGIA	VIVO	SI	HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA	NO REGISTRADA	NORMAL	PRESION NORMAL	SAT. O2 NORMAL	TRATAMIENTO ENDOVENOSO PERIFÉRICO CON PERFUSION CONTINUA	MASCARA SIMPLE	F/C:111, P/A:100/70, SAT:98%	SI	NO	NO	2				
EN ER O	11	DIRECCIONES ESPECIFICAS	TACNA	ATENCIÓN	MASCULINO	ADULTO	SIN SEGURO	II	MEDICINA	VIVO	SI	HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA	NO REGISTRADA	NORMAL	PRESION NORMAL	SAT. O2 NORMAL	TRATAMIENTO ENDOVENOSO PERIFÉRICO CON PERFUSION CONTINUA	MASCARA SIMPLE	F/C:80 FR: 24;P/A: 115/81 SAT: 99%	NO	SI	NO	2				
EN ER O	12	C.S. SAN FRANCISCO	GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA	REFERENCIA	FEMENINO	ADULTO	SIS	II	GINECOLOGIA	VIVO	SI	HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA	NORMAL	NORMAL	PRESION NORMAL	SAT. O2 NORMAL	COLOCACIÓN DE CATETER VENOSO PERIFÉRICO CON PERFUSION CERRADA	MASCARA SIMPLE	FC:62 FR: 20;P/A: 130/72 T:36.4SAT: %	SI	NO	NO	2				
EN ER O	13	DIRECCIONES ESPECIFICAS	GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA	ATENCIÓN	FEMENINO	ADULTO	SIS	II	NO REGISTRA	VIVO	SI	HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA	NO REGISTRADA	NORMAL	PRESION NORMAL	SAT. O2 NORMAL	COLOCACIÓN DE CATETER VENOSO PERIFÉRICO CON PERFUSION CERRADA	CÁNULA BINASAL	FC:111 FR: ;P/A: 100/80 T:39.5SAT: 98%	NO	NO	SI	2				



EN ER O	29	C.S. SAN FRANCISCO	CIUDAD NUEVA	REF EREN CIA	FEM ENI NO	ADULT O	SIS	II	GINEC OLOGI A	VIVO	SI	HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA	NORMAL	NOR MAL	PRESI ON NORMAL	SAT. 02 NORMAL	TRATAMIENTO ENDOVENOSO PERIFÉRICO CON PERFUSION CONTINUA	CÁNULA BINASAL	F/C:80.F/R:20,P/A:110/70,SAT:99%	SI	NO	NO	2			
EN ER O	30	DIRECCIONES ESPECÍFICAS	GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA	TRASLADO	MASCULINO	JOVEN	SIS	II	TRAUMATOLOGIA	VIVO	SI	HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA	NORMAL	NOR MAL	PRESI ON NORMAL	SAT. 02 NORMAL	COLOCACIÓN DE CATETER VENOSO PERIFÉRICO CON PERFUSION CERRADA	CÁNULA BINASAL	F/C:78.F/R:16,P/A:119/75,T:36.5,P/A:98%	SI	NO	NO	2			
EN ER O	31	DIRECCIONES ESPECÍFICAS	TACNA	TRASLADO	FEMENINO	ADULTO	SIS	II	CIRUGIA	VIVO	SI	HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA	NO REGISTRADA	NOR MAL	PRESI ON NORMAL	SAT. 02 NORMAL	TRATAMIENTO ENDOVENOSO PERIFÉRICO CON PERFUSION CONTINUA	CÁNULA BINASAL	F/C:77.P/A:119/85, SAT:98%	SI	NO	NO	2			
EN ER O	32	DIRECCIONES ESPECÍFICAS	TACNA	ATENCIÓN	FEMENINO	ADULTO	SIN SEGURO	II	CIRUGIA	VIVO	SI	HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA	NORMAL	NOR MAL	PRESI ON NORMAL	SAT. 02 NORMAL	TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR	MASCARA SIMPLE	FC:69 FR:20 P/A:124/67 T:37 SAT:99%	NO	SI	NO	2			
EN ER O	33	DIRECCIONES ESPECÍFICAS	CIUDAD NUEVA	ATENCIÓN	FEMENINO	ADULTO	SIN SEGURO	I	MEDICINA	VIVO	SI	HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA	NORMAL	NOR MAL	PRESI ON NORMAL	SAT. 02 NORMAL	TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR	MASCARA SIMPLE	FC:120 FR:34 P/A:110/70 T: SAT:88%	NO	SI	NO	2			
EN ER O	34	C.S. LA ESPERANZA	ALTO DE LA ALIANZA	TRASLADO	MASCULINO	NIÑO < DE 12 AÑOS	SIN SEGURO	I	NO REGISTRA	VIVO	SI	HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA	NO REGISTRADA	NO REGISTRA	NO REGISTRA DATOS EN LA FICHA	NO REGISTRA DATOS EN LA FICHA	NO REGISTRA DATOS EN LA FICHA	NO REGISTRA DATOS EN LA FICHA	NO HAY DATOS	NO	NO	SI	2			
EN ER O	35	C.S. CIUDAD NUEVA	CIUDAD NUEVA	REFERENCIA	FEMENINO	ADOLESCENTE	SIS	I	CIRUGIA	VIVO	SI	HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA	NO REGISTRADA	NO REGISTRA	NO REGISTRA DATOS EN LA FICHA	NO REGISTRA DATOS EN LA FICHA	NO REGISTRA DATOS EN LA FICHA	NO REGISTRA DATOS EN LA FICHA	NO HAY DATOS	SI	NO	NO	2			