UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE SALUD HUMANA

ESCUELA DE POSGRADO UNIVERSITARIO

TITULO:

"EVALUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS PRACTICO CLINICAS EN EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS, EN EL HOSPITAL BASICO DE SARAGURO, PERIODO 2007 - 2010"

AUTORES: DRA. MARLENE DIAZ LOPEZ **mar26375@hotmail.com**

DR. DAVID MOSQUERA ULLOA **damosull77@gmail.com**

DIRECTOR:

Dr. Nelson Samaniego Idrovo.

LOJA- ECUADOR

2010

RESUMEN

El programa de Post-grado de la Especialidad de la Cirugía de la Universidad Nacional de Loja con la coordinación del Dr. Nelson Samaniego Idrovo en conjunto con el MSP en los personeros de la Dirección Provincial de Salud y con el apoyo asesor de investigación Dr. Sandro Continni. Profesor de la Universidad de Parma, Italia, decidieron emprender un amplio programa de adopción y adaptación de Guías de Manejo de las Emergencias Clínico Quirúrgicas que mejoren en el sector de la salud en la Ciudad de Loja y el Ecuador.

Dentro de los centros escogidos figura el Hospital Básico de Saraguro. El presente trabajo se realiza con el objetivo de Evaluar y fortalecer la aplicación de las guías practico clínicas en emergencias quirúrgicas, en el Hospital Básico de Saraguro, el modelo de atención integrado a la atención emergencias en un hospital básico exponiendo la aplicación de estos conceptos y la adopción de las guías, así como los resultados obtenidos tras su aplicación.

Se describen las transformaciones de estructura y funcionamiento de los servicios en función de la emergencia, la importancia del trabajo en equipo multidisciplinario cumpliendo los protocolos y algoritmos de actuación ante los principales problemas en la atención al paciente grave adaptadas de consenso a la morbilidad del territorio según la aplicación de las guías de la OMS, las condiciones concretas y las misiones asignadas al centro y se proponen los principales indicadores para evaluar la calidad y calidez dentro de los resultados en los procesos de atención de la emergencia.

SUMMARY

The Bachelor´s program specializing in surgery of the University of Loja with the coordination of Dr. Nelson Samaniego Idrovo ,MSP , the employees of the Direccion Provincial de Salud along with the help of Dr. Sandro Continni, professor of the University of Parma, Italia, decided to start a program of adoption and adaptation regarding guides of clinical surgeries that improve the health care in the city of Loja and Ecuador.

The chosen area was the Saraguro hospital. The job will begin with an evaluation of the application regarding guides to clinical surgeries in the Saraguro hospital. These guides have already been placed in the hospital and our job now is to evaluate and observe how well these guides have served the doctors who work in the Saraguro hospital.

Our job here is to visit the hospital and observe its transformation now that these guides have been introduced. We will investigate the interaction between the nurses, doctors and everyone else that works at this hospital and see how this new application has improved their relationship with the patients, the atmosphere found in this hospital and most importantly how these guides have affected the people who live in this city.

Once we have seen the outcome, the next steps is to take the results found in Saraguro and compare them to the results that were found worldwide, as these guides have been used in several countries. By comparing our results to international ones, we will be able to see if these guides are really beneficial to the hospital. Another method that will be used to measure the use of these guides are questionnaires that will be given to the patients. These questionnaires will focus on questions regarding the treatment that they receive from the doctors, the amount of time they have to wait to be attended and if their treatment was successful. The methods mentioned above indicate the quality of these guides and how efficient they really are.

INTRODUCCIÓN

Los Hospitales cantonales de la provincia de Loja tienen la categoría de Hospital Básico dentro del Segundo Nivel de atención del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y como tal deben brindar atención ambulatoria, emergencia y hospitalización de c[illegible] estancia en las áreas de Medicina General, Ginecología – Obstetricia, Pediatría y Cirugía; además de cumplir acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y Odontología[1]. Para tal efecto disponen de: infraestructura física, personal especializado como médicos, enfermeras, tecnólogos y auxiliares de enfermería, además están provistos de fármacos, insumos médicos y material de curación, instrumental médico. Y cuentan con servicios auxiliares de diagnóstico como laboratorio clínico y rayos X.

En la fase de capacitación y evaluación se determinó que el nivel de entrenamiento y experticias del personal que forman el equipo de salud adolece de falta de actualización continuada. Las causales detectadas para mantener estas falencias son en gran parte relacionadas con: una improvisada nominación de los responsables de dirigirlas con una limitada eficiencia administrativa, por inestabilidad de directivos a nivel local, provincial y nacional. Recursos económicos no bien utilizados y en muchos casos se observa existen inversiones sin los suficientes justificativos y planificación, esto a nivel local y nacional. Carecen de talentos humanos en las especialidades básicas y pocas políticas que garanticen elevar la calidad de atención de las emergencias clínico quirúrgico que se presentan fuera de las urbes “importantes” del país.

Ante esta realidad se emprendió en la implementación de guías práctico clínicas en la atención de las emergencias quirúrgicas y simultáneamente la capacitación del recurso humano en su uso, en el periodo mayo 2008 mayo 2009 con lo que se intento resolver parte de la problemática antes observada. Al momento existe poco *conocimiento del impacto de la*

[1] Manual de Organización de la Áreas de la Salud, MSP edición 1994 Quito – Ecuador.

aplicación de dichas guías, puesto que no se han medido con indicadores que evidencien el *mejoramiento en la capacidad de resolución* del establecimiento de salud intervenido. Y algo muy importante no se ha medido el grado de satisfacción de los usuarios bajo cobertura de cada una de estas unidades.

Frente a la problemática expuesta, y luego de esta primera intervención ya realizada nuestro proyecto tiene como objetivo el de medir los cambios provocados y su impacto en la capacidad resolutiva de los hospitales cantonales, la variación sobre la taza de morbilidad, mortalidad y discapacidades producto de las emergencias quirúrgicas atendidas. Las interrogantes a responder en el presente macro proyecto son:

¿Cuáles han sido los criterios de calidad con los que se han implementado las guías práctico-clínicas en la atención de las emergencias quirúrgicas?

¿Cuál es el impacto de aplicación de las guías?

¿Cuáles es el mejoramiento de la capacidad resolutiva?

¿Cuál es el grado de satisfacción de los usuarios?

Además pretendemos poner en marcha un verdadero proceso de reingeniería o retroalimentación para fortalecer el programa y mejorar su impacto en los colectivos que serán beneficiados.

JUSTIFICACIÓN

El presente macro proyecto de evaluación y fortalecimiento, sustenta su importancia por tener intima relación y complementariedad con el macro proyecto de **"Implementación de Guías práctico clínica en la atención de emergencias quirúrgicas y capacitación del recurso humano en sus uso"**, que se lleva a cabo desde el año 2007 en los hospitales básicos de la Loja. Actualmente se intervendrá también el Hospital Provincial Isidro Ayora de la ciudad de Loja, esto se lo hará por la importancia que tienen las referencias y contra referencias que obligadamente serán afectadas y porque es imperioso tener un lenguaje común entre el Hospital principal y los siete hospitales básicos y un centro materno infantil situado en la línea de frontera Macará-Zapotillo.

La fase de Evaluación, dará como resultado la medición del impacto sobre la calidad de atención y permitirá perfeccionar el proceso para, en forma competitiva, en la Provincia de Loja, conseguir una de las metas que constan en el Plan de Desarrollo Nacional 2007 – 2010 en el que bajo el Objetivo 3 que se refiere a Mejorar la Calidad y Esperanza de vida de la Población, propone conseguir la Meta 3.7: Reducir en 20 % la mortalidad por accidentes de tránsito[2].

Cabe destacar que esta iniciativa en su primera etapa, coincide históricamente con la adoptada por la Organización Mundial de la Salud en otras latitudes, trabajando y asesorando a los países que tienen problemáticas similares o peores a las nuestras como Pakistán, Mongolia, África Central, en los que ha desempeñado el asesor internacional Dr. Sandro Continni, Profesor de la Universidad de Parma, Italia, quien es asesor de nuestro trabajo de investigación. Los Hospitales Básicos de la provincia de Loja deben ser capaces de manejar adecuadamente las emergencias quirúrgicas y su oportuna transferencia al sitio más adecuado.

[2] Plan de Desarrollo Nacional 2007 – 2010, Calidad y Esperanza de vida de la Población, Gobierno Nacional del Ecuador, Quito, 2007.

MARCO TEORICO

CAPITULO 1

MONITOREO Y EVALUACIÓN DE PROCESOS DE SALUD

El mejoramiento de la calidad de los servicios básicos de salud, junto con la búsqueda de equidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social en la provisión de estos servicios, ha sido uno de los principios rectores de la reforma del sector de la salud desde la I Cumbre de las Américas en 1994.

El monitoreo es un proceso sistemático y continuo que permite comparar lo planificado (ideal) y lo realizado (real) y el análisis de las diferencias. Requiere disponer de información confiable para sustentar el análisis lo cual constituye la llamada Línea base. Para la realización del monitoreo y evaluación es importante definir con cada proyecto, los indicadores (cualitativos y cuantitativos) para cada actividad y dividir las grandes metas de un programa en metas parciales, esto facilitará objetivizar los resultados del proceso[3]. Los indicadores tienen que responder a los objetivos fundamentales del programa. El resultado de todo trabajo puede ser calificado como bueno o malo, según hayan sido las cualidades y los atributos de los procesos que los generaron y las relaciones de los componentes estructurales donde aquellos asentaron[4]. En cuanto a atención médica de Emergencia, existe una gama muy grande de cualidades deseables entre las cuales se pueden mencionar las siguientes[5]:

[3] Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Cataluña (Agencia de evaluación de Tecnología Médica, AATM)

[4] Orientaciones para el Monitoreo y Evaluación de Planes Operativos en las regiones, Elaboración de Formatos de Monitoreo y Evaluación, Ministerio de Educación, Gobierno de Perú, Lima, Noviembre 2007.

[5] Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence, www.cebm.net/levels_of_evidence. Oxford, 2006

• **Oportunidad**: Es decir que la atención debe darse en el momento y en el lugar donde ocurrió el accidente o siniestro causal de las lesiones, con la versatilidad conveniente para afrontar las necesidades de cada víctima y del total de la demanda.

• **Calidad:** Tiene que ver con la eficacia, eficiencia, seguridad, calidez y comodidad con la que debe brindarse la atención y está directamente relacionado y facilitado por las normas y guías de actuación previamente establecidas por los servicios de emergencia.

• **Integralidad:** Este ítem hace referencia a la importancia de un servicio asistencial aunado a la prevención, promoción y educación de la comunidad con relación a emergencia y violencia.

• **Sostenibilidad:** los servicios en su conjunto deben tener viabilidad técnica, social, política y económica aspectos que dependen de una adecuada planificación de los directivos de la Salud.

El programa de monitoreo, también llamado control y monitoreo, tiene por función básica establecer un sistema que garantice el cumplimiento de las actividades propuestas en un programa de salud. Sus propósitos se resumen en cuatro puntos básicos: 1) Comprobar la realización de las normas o medidas dictadas, 2) Proporcionar información veras que permita verificar los impactos, 3) Comprobar la calidad de las medidas adoptadas, y 4) Ser una importante fuente de datos que permitan mejorar los programas. Se debe identificar al responsable y ejecutores de cada actividad y establecer fechas y periodos de control. Es ideal que exista un comité de control monitoreo y evaluación interno de cada institución y un veedor externo con capacidad de decisión además el periodo ideal de evaluación es de un año que deberá correr desde el primer día en que se inicio la intervención o acción del programa de mejoramiento de servicios de salud[6].

[6] OPS: "Vigilancia Sanitaria" HSP- UNI, 1996.

El componente de monitoreo y evaluación debería diseñarse y llevarse a cabo de modo integrado para permitir la consistencia de los resultados. La medición del impacto en el desarrollo y progreso de una actividad humana como lo es la atención médica debe ser llevado a cabo por un grupo de personas no involucrado directamente en la implementación del proyecto, para mayor objetividad. Ellos llevarán un registro de los aspectos principales del proceso y reunirán evidencia concreta acerca de los logros y limitaciones del programa, esto permitirá la toma de medidas correctivas durante el transcurso de la implementación del modo de trabajo.

Principios generales para el monitoreo y evaluación, consisten en averiguar en detalle la situación inicial de cada lugar y grupo involucrado, establecer grupos de control que no participen en el método implementado, para comparar resultados. El monitoreo debería realizarse de forma permanente, durante todo el transcurso luego de la implementación de un programa. El proceso debería ser lo más ***sencillo y discreto*** posible.

Los aspectos a tomar en cuenta durante el monitoreo y evaluación de impacto son: 1) valoraciones sobre el ambiente general (local, nacional), 2) conocimiento de la situación inicial del grupo, con relación a los objetivos del programa, 3) control de la gestión del programa, 4) satisfacción por parte de los usuarios y/o participantes, 5) logros aparentes, y; 6) cambios realizados en la situación inicial (impacto).

Las personas a cargo del monitoreo y evaluación deberían tener buena comprensión del concepto del impacto de la información y el conocimiento en los objetivos de desarrollo, comprensión del ciclo del conocimiento, desde la creación de conocimiento hasta la sistematización de nuevos conocimientos, implementar métodos adecuados de recolección de datos pertinentes y su evaluación a la luz de los objetivos del proyecto, conocer las características socio-económicas y culturales de los grupos involucrados.

CALIDAD DE ATENCIÓN O ATENCIÓN DE CALIDAD.

En términos generales, la calidad puede definirse como el conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente. Independientemente del enfoque que se adopte, el tema ha venido cobrando creciente importancia, no solo en el sector privado productivo, sino también en los sectores públicos sociales.

En el ámbito de los sistemas y servicios de salud se suele aceptar que la calidad tiene dos grandes dimensiones que están relacionadas, aunque son diferentes: la calidad técnica, que desde la perspectiva de los prestadores busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios; y la calidad percibida por los propios usuarios, que toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan.

Refiriéndose a la calidad técnica, *Avedis Donabedian* afirmó que consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos. La calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y los beneficios. El modelo conceptual de *Donabedian* abarca tres aspectos del control de la calidad: estructura, proceso y resultados[7].

En toda situación de urgencia, individual o colectiva, intervienen varios actores: el usuario (víctima y familiares), el operador de los servicios (hospitalarios o pre hospitalarios), el gestor institucional, y la sociedad (materializada como comunidad y expresada como opinión pública y/o

[7] Rev Panamericana Salud Publica vol.8 n.1-2 Washington July/Aug. 2000.

medios de comunicación social). Cada uno de ellos tiene una percepción particular del problema y confieren una cierta calificación de acuerdo a la necesidad causada por la urgencia y a los desempeños observados. Eso hace que, aunque todos, quisieran disponer la totalidad de esos atributos, algunas de estas cualidades sean más deseables y privilegiadas que otras. No hay un mecanismo sencillo y único para medir la calidad de servicios de emergencia. Sin que pueda ser generalizado, el usuario buscará una atención pronta y efectiva, el operador se esforzará en brindar el máximo nivel de calidad en los procesos vistos como servicios, el gestor buscará sustentar en la eficiencia la imagen y el prestigio institucional, y la sociedad promoverá un enfoque de integralidad que permita resolver los problemas en el largo plazo. Respecto al proceso de calificación de los servicios que atienden emergencias, podemos mencionar dos ideas que se consideran claves:

- Los servicios requieren ser acreditados o licenciados. El estado actual de cada establecimiento es el producto de muchos años de uso y gestión. El Ecuador, sus ciudades y hospitales han sido impactados por crisis económicas y sociales importantes que han tenido gran influencia en el estado actual de la Salud Pública.
- Deben emplearse pautas oficiales basadas en criterios técnicos para la evaluación de los establecimientos. Los médicos y el personal paramédico requieren ser certificados y re certificados periódicamente. La calidad de los servicios se basa en el desempeño de personas, y son ellos los responsables de los resultados. Esto implica una revisión constante de procesos, aptitudes y actitudes del personal, con estándares mínimos que asegure el dominio de determinadas competencias.

El Servicio de Emergencia y las áreas críticas deben cumplir holgadamente con sus metas programadas de calidad, producción y gestión durante la

atención cotidiana y la demanda masiva esporádica. La calidad global de los servicios de urgencias tiene que preservarse y acrecentarse a través de diversos mecanismos, tales como la acreditación o licenciamiento de los servicios, la re certificación del personal, la protección de la estructura física y el establecimiento de procesos tanto de servicio como de prevención y educación comunitarias y el desarrollo social integral[8].

CAPITULO 2

LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS CLINICO QUIRURGICAS EN EL ECUADOR

La escases de información estadística oficial en los servicios de salud en toda América latina es una dificultad enorme para realizar análisis exactos de la calidad de atención de emergencias, sin embargo existen datos que a pesar de ser incompletos y muchas veces no pueden ser sujetos a comprobación, nos dan una idea global de que los países de América latina comparten en gran medida una problemática similar en cuanto a la atención en los servicios de emergencia de los hospitales del sector público, la accidentalidad y la violencia constituyen la primera causa de mortalidad en adultos jóvenes en muchas ciudades de América Latina[9]. Según datos del INEC del año 2000 la sexta causa de muerte en el Ecuador estuvo relacionada con violencia y accidentes de tránsito, lo cual podría haber incluso aumentado hasta ocupar en el año 2006 el cuarto lugar según datos de la Policía Nacional. Así pues, el transporte terrestre, en las carreteras del Ecuador lamenta decenas de muertes y centenares de víctimas que deben recibir atención médica en las diferentes casas de salud de los cantones y urbes del país por lesiones de este origen. Este panorama justifica la

[8] Escala para la clasificación de la evidencia en Guías de Práctica Clínica de la Agencia Nacional de acreditación et de evaluación en Santé (ANAES) de Francia

[9] Situación de salud Ecuador 2006, OPS/OMS representación en Ecuador, Quito, 2006 Edit. Lápiz y Papel.

necesidad de contar con servicios asistenciales con una capacidad operativa bien consolidada y flexible y con redes que enlacen los servicios en un sistema efectivo y eficiente que tenga una cobertura aceptable en los diferentes cantones y provincias.

.

Los servicios no sólo deben existir, deben además funcionar y hacerlo bien, sus productos deben tener una calidad aceptable y permanente, las prestaciones deben hacerse en ambientes que garanticen la seguridad y el confort de usuarios y prestadores, el conjunto de servicios debe estar integrado y debe tener sostenibilidad técnica, social y económica. Una diferencia sensible entre la Unidad de Emergencia y el resto de los servicios del hospital estriba en que en sus ambientes se concentra gran parte de todas las actividades del hospital, con la finalidad de lograr que en pocos minutos se logren salvar vidas que al ingreso parecían irremediablemente perdidas. Algunos expertos opinan que si esto no se consigue rutinariamente, el servicio amerita ser rediseñado[10].

El esfuerzo por mejorar el nivel técnico del servicio de urgencias y de las áreas críticas puede permitir alcanzar la excelencia en la atención del paciente grave, pero podría resultar insuficiente cuando arriban simultánea e inesperadamente 20 ó 30 heridos graves. Esto justifica la necesidad de implementar redes de servicios y sistemas para la atención de urgencias médicas de presentación masiva. El despliegue tecnológico en los hospitales tiene un costo abrumador, en particular en las áreas críticas. Esto exige correlacionar las necesidades de la víctima con la disponibilidad tecnológica de los servicios. Una atención hospitalaria ambulatoria de Emergencia en Ecuador, el caso de un hospitalizado que recibió atención en trauma, cirugía

[10] US Preventive Task Fosce. Guide to clinical preventive services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions. Baltimore: Williams and Wilkins, 1989.

y cuidados intensivos e incapacidad por tres meses puede promediar los 31000 dólares según una estimación oficiales del MSP del año 2008.

Toda mejora tecnológica e inversión en equipamientos e instalaciones debe descansar sobre una exigencia previa de seguridad hospitalaria. Los hospitales en el país deberían reunir requisitos mínimos de seguridad, no sólo en sus procesos y resultados sino también brindándole un lugar seguro al profesional que presta sus servicios dentro de su estructura física. Un Hospital Seguro se puede definir como aquel que: 1) puede garantizar que los pacientes que acuden sean tratados con el mayor nivel de calidad, prontitud y que sus componentes tecnológicos estén acordes con las necesidades y su nivel de atención, y; 2) debe garantizar su capacidad de seguir funcionando adecuadamente para prestar asistencia médica oportuna y eficaz a la población afectada en caso de desastres naturales o problemas sociales políticos que afectaren a la comunidad que lo rodea[11].

Estas dos características se relaciona tanto con la organización y los procesos asistenciales en servicios críticos a cargo del personal de salud y de gestión (cuyo trabajo en equipo debe asegurar el funcionamiento en el momento crucial de los establecimientos de salud), como con las redes de servicios que deben garantizar una distribución equitativa de la demanda particularmente de pacientes que requieren atención emergente.

Un problema notable en los Servicios de Emergencia en el Ecuador es su número de camas, limitado a la vez que ocupado en casi siempre su totalidad y donde buena parte de pacientes esperaba hospitalización por períodos algunas veces mayores a las 24 horas (las mayores estancias eran

[11] Ministerio de Salud de Chile. Realización de Protocolos o Guías practicas clínicas. Santiago,2003

casos con problema social)[12]. Muchos pacientes además aquejan limitaciones económicas, en tal forma que del 30% al 50% son catalogados como insolventes, debiendo la institución prestadora de servicios solventar los gastos de diagnostico, hotelería y las medicinas disponibles. Es derecho del usuario la atención de urgencia en forma gratuita, así lo reza la constitución y las unidades médicas deben garantizar este derecho.

La categorización de acuerdo a la complejidad tecnológica de las unidades de salud, cobra su máxima importancia en el caso de las emergencias, cuando se requiere hacer referencia del paciente grave desde el foco del siniestro a un hospital, que garantice la disponibilidad inmediata de determinados servicios. En algunas grandes ciudades de América Latina se está haciendo esfuerzos consistentes para instalar redes de servicios que permitan orientar la demanda y racionalizar el uso de los servicios, poniendo énfasis en que toda persona en situación de urgencia debe recibir atención, pero el caso grave amerita la prioridad en la cadena de supervivencia. Este hecho tiene gran importancia en el funcionamiento de los Servicios de Emergencia, pero alcanza importancia crucial cuando se debe afrontar la demanda masiva generada por un gran siniestro. Todo establecimiento de salud debe tener disponibilidad técnica para la atención básica de todo tipo de urgencias; pero, comprensiblemente, sólo algunos hospitales podrán concentrar una elevada capacidad tecnológica. Lo valioso es eslabonar las capacidades de los diversos niveles para lograr una cadena de atención efectiva.

[12] Manual de Organización de la Áreas de la Salud, MSP del Ecuador, edición 1994 Quito – Ecuador.

LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN LATINOAMERICA Y EN EL ECUADOR.

La OMS – OPS ha definido sus políticas respecto a los servicios de salud en los países de la región las siguientes:

1. Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud;
2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de los riesgos y daños a la salud pública;
3. Promoción de la salud;
4. Participación social en la salud;
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión de la salud pública;
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional en la reglamentación y su cumplimiento en materia de salud pública;
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios;
8. Desarrollo y capacitación de recursos humanos en salud pública;
9. Garantía de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos;
10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública;
11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud.

Respecto a la reducción del impacto de emergencias y desastres la OPS apoyará gestiones en los siguientes puntos:

- El desarrollo de políticas, la planificación y realización de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana para reducir el impacto de los desastres sobre la salud pública.
- Un enfoque integral con relación a los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país.
- La participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial e interinstitucional en la reducción del impacto de emergencias o desastres.
- La gestión de la cooperación intersectorial e internacional en la solución de los problemas de salud generados por emergencias y desastres[13].

La autoridad sanitaria en el Ecuador, por medio de un proceso de Licenciamiento, otorga un permiso de funcionamiento a las unidades de atención previa verificación del cumplimiento de requisitos estándares mínimos para prestar servicios de salud. De esta manera se garantiza que los servicios de salud pública y privada cuenten con los recursos humanos, infraestructura, equipamiento y cumplan normas que protejan la salud de los usuarios. En forma general existe una normativa para el tipo de atención que debe prestar cada unidad de atención según su Nivel

Así tenemos los servicios de *primer nivel*, como puestos de salud, subcentros y centros de salud, cuya capacidad resolutiva se limita a brindar primeros auxilios, realizar curación, suturas menores, reanimaciones primarias y referirá a los pacientes a una unidad de mayor complejidad si así fuera necesario. Los de *segundo nivel*, como el Hospital Básico que atiende

[13] Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), Organización Panamericana de la Salud (OPS), “La salud pública en las Américas”, Revista Oficial, 2002.

todas las patologías clínico quirúrgicas y resuelve procesos emergentes que no requieran terapia intensiva y atención avanzada de trauma; y , Hospital General, que resuelve emergencias clínico quirúrgicas en las cuatro especialidades básicas de la medicina y cuenta con terapia intensiva y brinda optima atención al trauma complejo. Los de *tercer nivel,* que son el Hospital de Especialidades y el Hospital Especializado, cuyo nivel de resolución es máximo donde se atiende patologías de toda especialidad o de una en especial respectivamente y se resuelve el máximo nivel de trauma.

LOS TALENTOS HUMANOS

El desarrollo tecnológico ha reafirmado el valor del juicio clínico y la importancia de aquellas destrezas que son cruciales en la cadena asistencial para la supervivencia del paciente grave; en ello el recurso humano es capital. Todo paciente que requiere atención de urgencia debe ser atendido idealmente desde el lugar donde ocurre el evento. Parte de los servicios que se dan en el lugar del traumatismo, están ligados a su supervivencia. El rescate y el traslado a los establecimientos asistenciales son acciones con frecuencia prestadas por personal no médico que luego se complementa con los primeros auxilios o el soporte básico de vida y trauma según la gravedad del paciente. Cuando esta primera fase es exitosa incide poderosamente en la supervivencia de los graves y esto repercute en el rendimiento de los servicios de emergencia. Los servicios pre hospitalarios en el Ecuador son: bomberos, policía, paramédicos y otros socorristas juegan un importante papel en el destino de las víctimas. Esto exige extender el conocimiento y ciertas destrezas como parte substancial de la cadena de supervivencia.

En la emergencia de los hospitales apenas un tercio de los solicitantes de atención requerirá atención de urgencia y eventuales estudios diagnósticos, y entre 2% y 5% por la extrema gravedad de sus lesiones y requerirá

medidas intervencionistas inmediatas para salvarles la vida. Esos procedimientos deben ejecutarse al ingreso y pautarse en guías operativas para mejorar su efectividad; la vigilancia de su calidad es decisiva. El traumatismo múltiple y el paro cardio respiratorio llevan a la muerte inmediato a la mitad de sus víctimas. La administración precoz de soporte básico y avanzado de vida o trauma logra los máximos beneficios cuando se prioriza la enseñanza de esos procedimientos a médicos y paramédicos. Todo esto explica la necesidad de contar con una gama de recursos humanos para operar cada eslabón de la cadena de supervivencia: comunidad, primera respuesta, socorristas o paramédicos, y profesionales especializados en Medicina de Emergencias. En Ecuador el MSP no ha estandarizado la atención de las emergencias clínico - quirúrgicas por lo que ha quedado a discreción y experiencia de los médicos de las unidades de salud la mejor forma de atenderlas.

CAPITULO 3

LAS GUÍAS PRACTICO CLINICAS.

Las guías aplicadas por el macroproyecto que engloba al presente proyecto, son las elaboradas por la OMS, las mismas que fueron adaptadas para su aplicación en nuestro medio en la fase correspondiente del desarrollo investigativo. Las guías para la actuación en emergencias clínico quirúrgicas surgen ante la necesidad de reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial. Constituye una ayuda en el proceso de decisión el presentar alternativas de diagnóstico y terapéutica a seguir. Las guías no limitan al personal sanitario en su práctica clínica, ya que deben ofrecer recomendaciones suficientes flexibles y adaptables a las características del enfermo en cuestión[14]. Una guía de procedimientos clínico

[14] Bertram DA, Flynn K, Alligood E. Endovascular Placed Grafts for Infrarenal Abdominal Aortic Aneurisms: A Systematic Review of Published Studies of Effectiveness. Boston, Health Services

quirúrgico es un conjunto de aplicaciones estandarizadas desarrolladas mediante un proceso formal que incorpora la mejor evidencia científica de efectividad con asesoría experta. [15]

CARACTERÍSTICAS DE UNA GUÍA DE PROCEDIMIENTOS y ATENCION.

Las características básicas de una guía de procedimientos clínico quirúrgicos y su significación para la evaluación, fueron descritas en las fases anteriores del macroproyecto como sigue:

1. **Validez:** Cuando la guía de procedimientos clínico quirúrgica es llevada a la práctica, el seguimiento de sus recomendaciones consigue los resultados esperados. El análisis de la validez implica que se considere sistemáticamente la evidencia científica de los datos existentes en la literatura, y una relación precisa entre dicha evidencia y la fortaleza de las recomendaciones de las guía de procedimiento clínico quirúrgico.

Research &Development Service, Veteran Affairs Medical Center. Technology Assessment Program, Report n. 9. 1998.

[15] Practice management guidelines for nutritional support of the trauma patient The EAST Practice Management Guidelines Workgroup. 2003.

2. **Fiabilidad y Reproducibilidad:**

    - *Fiabilidad:* Con la misma evidencia científica y métodos de desarrollo de las guía de procedimiento clínico quirúrgico, otro grupo de expertos produciría las mismas recomendaciones.
    - *Reproducibilidad*: En circunstancias clínicas semejantes, la guía de procedimientos clínico quirúrgico es interpretada y aplicada de la misma manera por distintos profesionales.

3. **Aplicabilidad clínica**: Los grupos de pacientes a los que son aplicables las guías deben estar bien identificados, y que sus recomendaciones sean aplicables en la práctica cotidiana.
4. **Flexibilidad:** Deben especificarse las excepciones conocidas y esperadas, en las que las recomendaciones no son aplicables.[16]
5. **Claridad:** El lenguaje utilizado en las guías no debe ser ambiguo, cada término debe definirse con precisión y utilizar modos de presentación lógicos y fáciles de seguir.[17]
6. **Proceso multidisciplinario:** El proceso de adaptación de las guías debe incluir la participación de los grupos de profesionales y pacientes a quienes afecta.
7. **Revisión explícita / planificada:** Las guías deben incluir información de cuándo ser revisados para determinar la introducción de modificaciones, según nuevas evidencias clínicas o cambios en los consensos profesionales.

El desarrollo de las guías implica la necesidad de evaluar objetivamente los resultados del accionar médico, sobre sus aproximaciones diagnósticas y terapéuticas para tal o cual enfermedad. La denominación “guía de práctica”

[16] Validity of the Agency for Healthcare Research and quiality Clinical Practice Guidelines. How quickly do quidelines become outdated? JAMA. 2001; 286: 161-1467.
[17] Romero A. como diseñar un plan de implementación de una guía de prácticas clínicas RED DE GUÍAS. Guías de Salud, 2005. http//www.guiasalud.es.

supera al término “protocolo de actuación” ya que sugiere una flexibilidad mayor en el accionar médico ante un problema determinado. La implementación de guías de práctica clínica está en auge en todo el mundo y algunas de sus ventajas se enumeran a continuación[18]:

1. Orientan en la toma de decisiones clínicas correctas. Ante las variadas indicaciones médicas y quirúrgicas dentro de la práctica clínica, es útil que exista una guía que ayude a concertar y sistematizar los procesos de actuación.
2. Mejoran la calidad de atención médica, vinculando la calidad de atención con el nivel de conocimientos actual y desarrollo tecnológico contemporáneo.
3. Promueve la utilización de tecnología médica acorde a la época bajo elevados estándares de eficacia y eficiencia.
4. Guía hacia una mejor utilización de recursos sanitarios.
5. Proporcionan protección legal al profesional médico frente a juicios por mala práctica.

Sin embargo en América Latina no hay estudios de efectividad o impacto de la aplicación de guías de práctica clínica muchas de ellas implementadas en diferentes áreas de la medicina desde hace muchos años. La política de la OMS ha sido la de protocolizar la actuación del personal sanitario frente a las diversas situaciones de salud. Estos protocolos y/o guías han sido adoptadas y tienen gran aceptación y apoyo en la comunidad médica alrededor del mundo. La importante labor de OMS va más allá del abordaje de las enfermedades y prevención de las mismas, actualmente ya existen lineamientos respecto de las discapacidades resultantes de estados mórbidos. Al respecto dice:

[18] Categorías adaptadas de: A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. Robin Harbour and Juliet Miller. BMJ 2001; 323: 334-336.

- “Las discapacidades y la rehabilitación implican una serie de cuestiones de salud pública y social, hecho éste que debe ser reconocido.
- El compromiso y la pericia del personal y los lazos de asociación promovidos tanto dentro como fuera de la OMS son factores fundamentales para la obtención de logros.
- Es preciso esforzarse por fortalecer los conocimientos técnicos en la Sede y a nivel regional; también conviene alentar la creación de redes y alianzas entre la OMS y asociados externos que comparten su filosofía.
- Los esfuerzos de promoción han sido relativamente eficaces para lograr una mayor concienciación sobre la dimensión de salud pública que comportan la violencia y los traumatismos; sin embargo, es preciso esforzarse en mayor medida por asegurar la disponibilidad de recursos a fin de satisfacer las peticiones de ayuda de los países para la elaboración y aplicación de políticas.
- Surgieron dificultades en lo que respecta a la gestión de esta área de trabajo, ya que las unidades competentes están esparcidas entre diferentes departamentos. Se ha propuesto, en consecuencia, que la unidad encargada de las discapacidades y la rehabilitación pase a formar parte del Departamento de Prevención de los Traumatismos y la Violencia.
- Se deben proseguir y reforzar en todos los niveles las alianzas dinámicas. La colaboración estrecha entre la Sede y las oficinas regionales, así como entre las oficinas regionales y las de país, ha sido fundamental para la obtención de los logros reseñados. Esta área de trabajo, en particular el apartado de prevención de los traumatismos y la violencia, es relativamente nueva en el campo de la salud pública internacional. Se precisan esfuerzos constantes por parte de la OMS y sus asociados para consolidar su lugar dentro del programa internacional de salud pública y asegurar la existencia de unos vínculos y una

colaboración estrechos entre las instituciones y dentro de los gobiernos."[19]

En otros países donde se han aplicado estas guías, se han obtenido buenos resultados en cuanto a mejorar la utilidad de los recursos de las unidades de salud y sobretodo han tenido una influencia favorable sobre la mortalidad y morbilidad de los pacientes.

CAPITULO 4

MANEJO DE DESECHOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

El ministerio de Salud Pública del Ecuador ha adoptado las normas y reglamento propuesto por Fundación Natura en 1997 documento diseñado con la finalidad de proveer a los establecimientos de salud, estrategias que permitan: 1) incrementar de *seguridad*, evitando la exposición de los trabajadores y la comunidad, 2) Trabajar por la *salud pública*, a través del control de esta vía de diseminación de infecciones, y: 3) mejorar la *calidad del ambiente* disminuyendo la contaminación[20]

La inadecuada recolección, transporte, almacenamiento y disposición de los desechos hospitalarios puede provocar daños físicos serios e infecciones graves al personal que labora en los hospitales, los pacientes y la comunidad en general. Un mal manejo de desechos puede facilitar la transmisión de enfermedades intrahospitalarias, causando un aumento en el número de días de hospitalización, costos y mortalidad hospitalaria. Heridas

[19] WHO ear and hearing disorders survey, protocol for a population-based survey of prevalence and causes of deafness and hearing impairment and other ear diseases (document WHO/PBD/PDH/99.8(1)).

[20]ZABALA, Marcia, Manual para el manejo de desechos en establecimientos de salud, OPS, Fundación Natura, Pags 11 – 100, Folleto único 1997.

corto punzantes pueden transmitir infecciones como hepatitis B y C, VIH, toxoplasmosis, bacterias como estreptococos y estafilococos. Además existen sustancias químicas y desinfectantes hospitalarios que representan un riesgo adicional. Todo riesgo infeccioso o químico puede ser controlado mediante un manejo adecuado de desechos hospitalarios. Existe un reglamento de manejo de desechos hospitalarios en el Registro Oficial No. 106, de enero 1997, que establece políticas nacionales adaptadas y controladas por la Dirección de Salud Ambiental del Ministerio de Salud. Las normas técnicas que deben cumplirse en cada fase deben regirse en la clasificación de Tipos de desechos.

Desechos de Tipo general o común: Son aquellos que no representan un riesgo adicional a la salud humana y el ambiente, y no requieren un manejo especial Constituyen alrededor del 80% de los desechos hospitalarios, ejemplos de ello son: papel, cartón, alimentos desechados etc.

Desechos infecciosos o peligrosos: Son aquellos que contienen gérmenes patógenos que ponen en riesgo la salud humana y ambiental, constituyen el 15% de los desechos, Incluye: desechos de laboratorio, anatomo – patológicos, desechos de sangre, corto punzantes, desechos de áreas críticas como UTI y quirófanos y desechos de investigación con especímenes, cadáveres y otros.

Desechos especiales: alrededor del 4 o 5 % de los desechos representan un riesgo biológico por su naturaleza física o química. Incluyen: desechos *químicos*: toxicas para el ser humano, corrosivas para la piel, inflamables y/o explosivas, desechos *radiactivos*: que contienen nucleídos que emiten partículas o radiación, desechos *farmacéuticos:* residuos de medicinas, drogas cito tóxicas y fármacos vencidos.

La cantidad de desechos hospitalarios depende de la capacidad y complejidad de la unidad y tecnología empleada en el hospital. El reciclaje de algunos objetos como tubos, guantes y sontas pueden disminuir el volumen de los desechos, el papel, vidrio y plástico pueden reciclarse con mayor facilidad. Los restos orgánicos provenientes de la cocina también pueden utilizarse en algunos hospitales para enriquecer el suelo de las áreas verdes de los alrededores.

Los desechos debidamente clasificados se deben colocar en recipientes específicos para cada tipo y eviten la dispersión de gérmenes. El piso debe estar libre de desechos o recipientes provisionales. La mayor parte de desechos líquidos se eliminan directamente en los desagües Los recipientes deben tener algunas características que permitan su utilización algunas de ellas se mencionan a continuación: Herméticos, Resistentes a elementos corto punzantes, impermeables, de tamaño adecuado, claramente identificables con los colores Rojo (desechos infeccioso), Negro (comunes o generales), Gris (reciclables) Amarillo (Radiactivos) Verde (orgánicos).

La separación y clasificación correcta de desechos tienen la ventaja de aislar los desechos infecciosos como especiales y permiten tomar las precauciones con este pequeño grupo (casi 20%) del total de basura hospitalaria. Además reduce el riesgo de exposición de las personas a la materia infecciosa y facilita la tarea de reciclaje de materiales. El almacenamiento y transporte realizados con criterio técnico, evita la dispersión de los gérmenes contaminantes. Deberían existir al menos tres recipientes en cada área para los desechos generales, infecciosos y corto punzantes. El transporte se realizará en recipientes y vehículos que garanticen su función en forma rápida y segura, sus características deben ser las siguientes: 1) tener un tamaño adecuado acorde a la cantidad de residuos a recolectar. 2) ser estables para evitar derrames, ser cómodos de

manejar. 3) se utilizaran exclusivamente para transportar desechos. 4) El carro recolector no entrara al área de diagnostico o tratamiento de pacientes. 5) Los recipientes irán herméticamente cerrados. 6) después de la operación los carros serán lavados y desinfectados. 7) Se contara con equipo para manejar derrames tales como: pala, absorbentes, equipo de protección personal etc.

El tratamiento de los desechos estará a cargo de las autoridades municipales, al igual que la disposición final, mediante las técnicas como 1) relleno sanitario, 2) Incineración a cielo abierto. 3) Relleno sanitario manual, 4) Cementerio previa formolización, 5) reciclaje, 6) dilución, neutralización y desinfección química de fármacos, químicos y radioactivos, según la norma que consta en el registro oficial.

MARCO LEGAL

Reglamento de “Manejo de desechos sólidos en establecimientos de salud de la República del Ecuador” Ministerio de Salud Pública, Registro Oficial No. 106. Enero, 1997.

Art 1.- Son objeto de aplicación del presente Reglamento los Establecimientos de Salud de todo el País: hospitales, clínicas, centros de salud, laboratorios y clínicas veterinarias.

Art 3.- Es responsabilidad primordial de la administración de los establecimientos de Salud la vigilancia del cumplimiento de las normas en las diferentes etapas del manejo de desechos: separación, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y eliminación.

Art 5.- Los directores de los establecimientos de salud serán los responsables del cumplimiento del Reglamento a través del Comité de Manejo de Desechos Hospitalarios, y otras instancias similares.

Art. 8.- El objetivo general es dotar a las instituciones de salud del país de un documento oficial que dentro de un marco legal, norme el manejo técnico y eficiente de los desechos sólidos para reducir los riesgos de los trabajadores y pacientes y evitar la contaminación ambiental.

Art 55.- Son obligaciones del Comité de Manejo de Desechos Hospitalarios, y otras instancias similares: 1) Planificar ejecutar y evaluar el Programa de manejo de Desechos, tomando en cuenta aspectos organizativos y técnicos. 2) Evaluar índices de infecciones nosocomiales, 3) Coordinar el desarrollo de programas permanentes de capacitación para todo el personal. 4) Prevenir problemas ambientales y de salud ocasionados por los desechos y desarrollar planes de contingencia para casos de contaminación ambiental.

Art 59.- El caso de que un establecimiento de salud sea considerado como peligroso para la salud humana y el ambiente por el inadecuado manejo de los desechos, se otorgara un plazo de 15 días para que se tomen las acciones pertinentes y si persiste la situación se expedirá su orden de clausura.

Además desde el artículo 10 hasta el 50 se describen los criterios técnicos de clasificación, almacenamiento, transporte y tratamiento o disposición final de los desechos, bajo los criterios que se describieron anteriormente en este mismo capítulo.

ORGANIZACIÓN DEL COMITÉ DE MANEJO DE DESECHOS.

La calidad de atención se refleja en el aseo, limpieza y desinfección de la unidad de atención de salud. Para lograr este propósito debe contar con: 1) un Comité de Manejo de Desechos, con su respectivo coordinador, 2) un programa establecido que oriente las acciones, 3) Un compendio de normas y procedimientos que serán conocidos y aplicados por todo el personal, y 4)

un programa de control y monitoreo. A pesar de los costos que implica el manejo de desechos hospitalarios, no deberá exceder el 0.25% del presupuesto total del hospital[21].

El comité estará dirigido por el Director Médico y sus integrantes serán los/las jefes de los servicios o áreas que producen mayor cantidad de desechos infecciosos y especiales. Así tenemos los siguientes: Directo/a, Jefe de enfermería, Jefe de laboratorio, Jefe de centro quirúrgico, Jefe de terapia intensiva, Jefe de servicios generales y limpieza, Jefe de mantenimiento, Jefe de dietética y responsable de Dotación de Suministros. En ocasiones las funciones del comité pueden ser asumidas por: Comité de higiene y seguridad, Comité de control de infecciones nosocomiales o Servicio de medicina preventiva y salud ocupacional. Las actividades del comité se resumen en las siguientes: 1) realizar un taller de información y un programa de capacitación, 2) establecer un diagnóstico de la situación del hospital, 3) diseñar el plan de manejo de desechos, 4) elaborar el manual institucional, 4) Diseñar un programa de evaluación y monitoreo.

CAPITULO 5

INDICADORES DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR.

El proceso de evaluación, dentro de la ingeniería de programas de salud, exige la delimitación de criterios en los cuales se basará y reflejará el cambio o mejoramiento, razón de ser del desarrollo de los programas. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha adoptado diferentes materias estratégicas cuyo desarrollo implican mejoramiento en la calidad, eficiencia y efectividad de los programas de salud pública. Los indicadores que emplea el

[21] Coad A.: Managing medical wastes in developing countries, WHO/PEP/RUD/94.1 OMS, Ginebra, 1994.

ministerio se clasifican en Indicadores de “Rendimiento o Producción” e Indicadores de “Calidad de Atención” dentro de los cuales toman un rol protagónico los indicadores de calidez en la atención que son los que mayor impacto causan en la satisfacción de los usuarios atendidos. Los indicadores de calidad de atención de emergencia hospitalarias mundialmente conocidos y aceptados son aquellos que miden factores como: a) tiempo de resolución de una emergencia, b) capacidad resolutiva del servicios de emergencia, c) número de pacientes atendidos y transferidos, d) frecuencia de discapacidades producto de situaciones de emergencia atendidas, e) indicadores de infraestructura hospitalaria.

Los *indicadores de Rendimiento o Producción* son ideales para medir el impacto de un programa de intervención hospitalaria. Permiten realizar diagnósticos situacionales que constituyen la “Line Base” de la intervención y luego contrastar estos datos con los obtenidos durante la evaluación. De esta forma se puede objetivizar el grado de capacitación de personal, el rendimiento de cada trabajador y la capacidad operacional de la unidad de atención antes y después de la intervención a la vez que proveen información útil para análisis epidemiológicos. Algunos de los indicadores de producción que constan en los programas oficiales del ministerio y que son aplicables para evaluar servicios de emergencia son: número de pacientes atendidos en emergencia por edad y sexo, número de pacientes atendidos por diagnóstico edad y sexo, número de transferencias realizadas por especialidad, porcentaje de emergencias transferidas, porcentaje de emergencias resueltas en el servicios y tiempo de resolución por emergencia quirúrgica. Los *indicadores de Calidad de Atención* aplicados por el ministerio son: porcentaje de emergencias resueltas en el servicio, número de reuniones de capacitación al personal llevadas a cabo, porcentaje de personal médico y para médico que concurrió a las reuniones de capacitación, porcentaje de atenciones realizadas según las guías

implementadas, tasa de mortalidad de las emergencias quirúrgicas atendidas, entre otras[22].

[22] Servicios de atención integral para la prevención y atención de la violencia, *Dirección Normatización,* Quito, abril, 2008.

MATERIALES

Y

METODOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar y fortalecer el proceso de aplicación de las guías práctico-clínicas en la atención de las emergencias quirúrgicas del hospital básico de Saraguro, mediante la verificación con indicadores de criterios de calidad y disponer de referentes sobre el impacto en la capacidad resolutiva y nivel de complejidad en la perspectiva de plantear mejoras futuras.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Evaluar la calidad del proceso de aplicación de guías de práctico-clínicas en el servicio de emergencias del hospital básico de Saraguro, en el periodo mayo 2008 – diciembre 2009.

2. Medir el impacto en la calidad de atención brindada por el servicio de emergencia del hospital y estimar el grado de satisfacción del usuario del hospital en la atención de las emergencias clínicas quirúrgicas.

3. Definir las estrategias y acciones para fortalecer la estructura organizacional del hospital, en cuanto al mejoramiento de la capacidad y actualización continuada al equipo de salud y la conformación de un comité de evaluación permanente que permita el desarrollo y mejoramiento permanente del proyecto.

METODOLOGIA

Unidad de estudio:	Hospital Básico de Saraguro[23].
Lugar de estudio	Provincia de Loja
Fecha y periodo	Mayo 2008 – Diciembre 2009
Tipo de estudio	Retrospectivo descriptivo en la primera fase, y; Prospectivo de intervención en la segunda fase.

[23] Ver Responsables en Capítulo 8 de Recursos Humanos y Financiamiento

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1. CARACTERIZACION Y DEFINICION DE LOS AMBITOS DE EVALUACION.

- Caracterización de los objetos de monitoreo y evaluación: actividades, resultados, impacto, entorno, procesos.
- Caracterización de las guías aplicadas, aplicabilidad y capacidad didáctica (pedagógica).
- Caracterización de los profesionales que brindan atención: Jefes de Área, coordinadores de áreas y del cuerpo médico y paramédico, enfermeras y auxiliares.

2. CARACTERISTICAS Y ESTANDARES DE CALIDAD.

- Indicadores de Producción (eficiencia): número de pacientes atendidos por diagnóstico edad y sexo, número de transferencias realizadas por especialidad, porcentaje de emergencias transferidas, porcentaje de emergencias resueltas en el servicios, tiempo de resolución por emergencia quirúrgica, y discapacidades producto de situaciones emergentes de pérdida de la salud. (ver anexo 2).
- Indicadores de Calidad y Calidez: porcentaje de pacientes satisfechos, porcentaje de emergencias resueltas en el servicio, número de reuniones de capacitación al personal llevadas a cabo, porcentaje de personal médico y para médico que concurrió a las reuniones de capacitación, porcentaje de atenciones realizadas aplicando las guías implementadas, porcentaje de diagnósticos consignados según la codificación CIE 10, tasa de mortalidad de las emergencias quirúrgicas atendidas, tasa de discapacidad temporal y permanente de los pacientes atendidos (ver anexo 3).

3. ACTIVIDADES DE CAMPO Y PROCEDIMIENTO

- Aplicación de instrumentos de evaluación: encuestas, entrevistas, informantes clave e historias clínicas.
- Verificación de la aplicación de las guías de práctica clínica mediante: diálogo con personeros y autoridades del hospital, observación de la presencia física de las guías en el servicio intervenido, revisión de historias clínicas de los usuarios atendidos según las guías en el periodo de intervención.
- Construcción del nuevo perfil epidemiológico
- Capacitación y motivación del personal para consignar los diagnósticos según codificación CIE – 10
- Determinación del porcentaje de pacientes satisfechos mediante entrevistas a informantes claves y encuestas a los usuarios.
- Determinar el porcentaje de emergencias resueltas en el servicio como indicador de eficiencia.
- Indagar el número de reuniones de capacitación al personal llevadas a cabo y el porcentaje de personal médico y para médico que concurrió a las reuniones de capacitación como indicador de calidad.
- Porcentaje de atenciones realizadas según las guías implementadas y porcentaje de diagnósticos consignados según la codificación CIE 10,
- Calcular la tasa de mortalidad de las emergencias quirúrgicas atendidas y la tasa de discapacidad temporal y permanente de los pacientes atendidos.

4. SOCIALIZACIÓN DE RESULTADOS

- Elaboración del informe de evaluación.
- Construcción y evaluación del plan de mejoramiento (fortalecimiento).
- Socialización del informe.

RESULTADOS

INDICADORES DE PRODUCCION Y EFICIENCIA

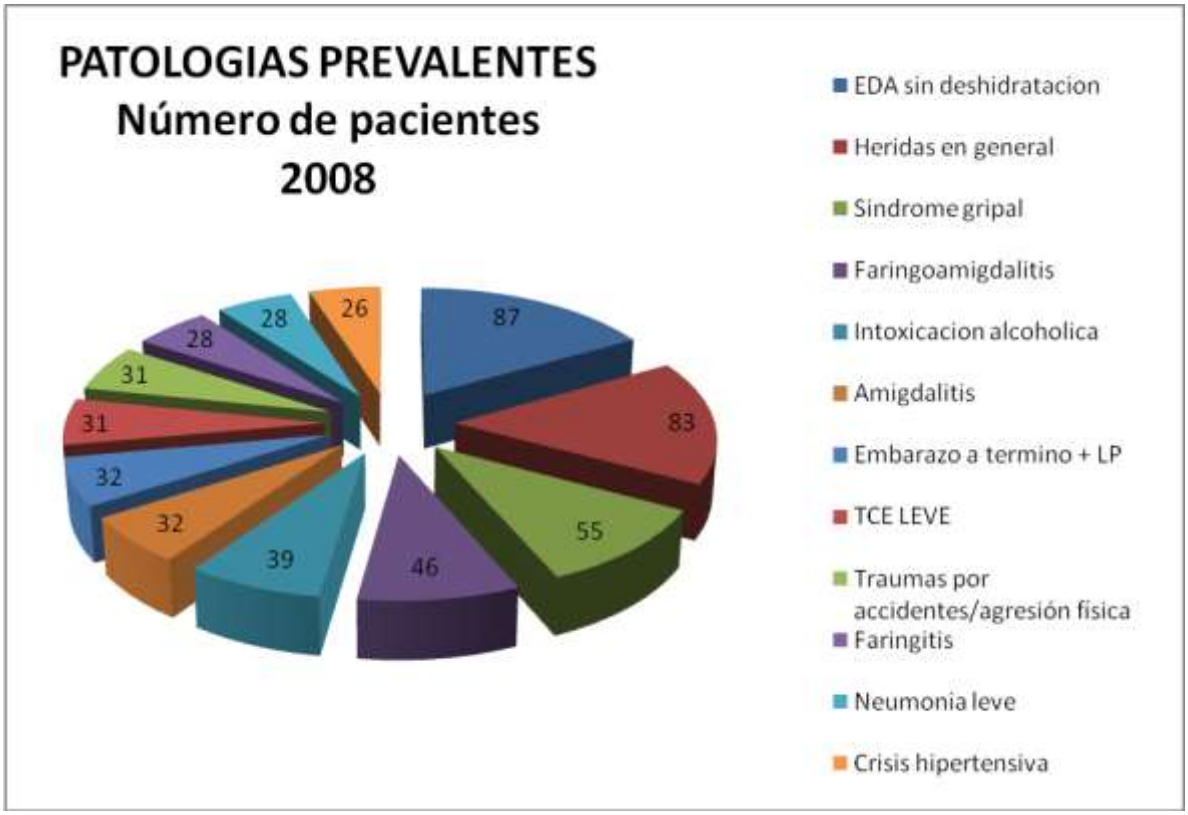
CUADRO 1

PATOLOGIAS PREVALENTES POR DIAGNOSTICO EDAD Y SEXO AÑO 2008
ATENDIDAS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO

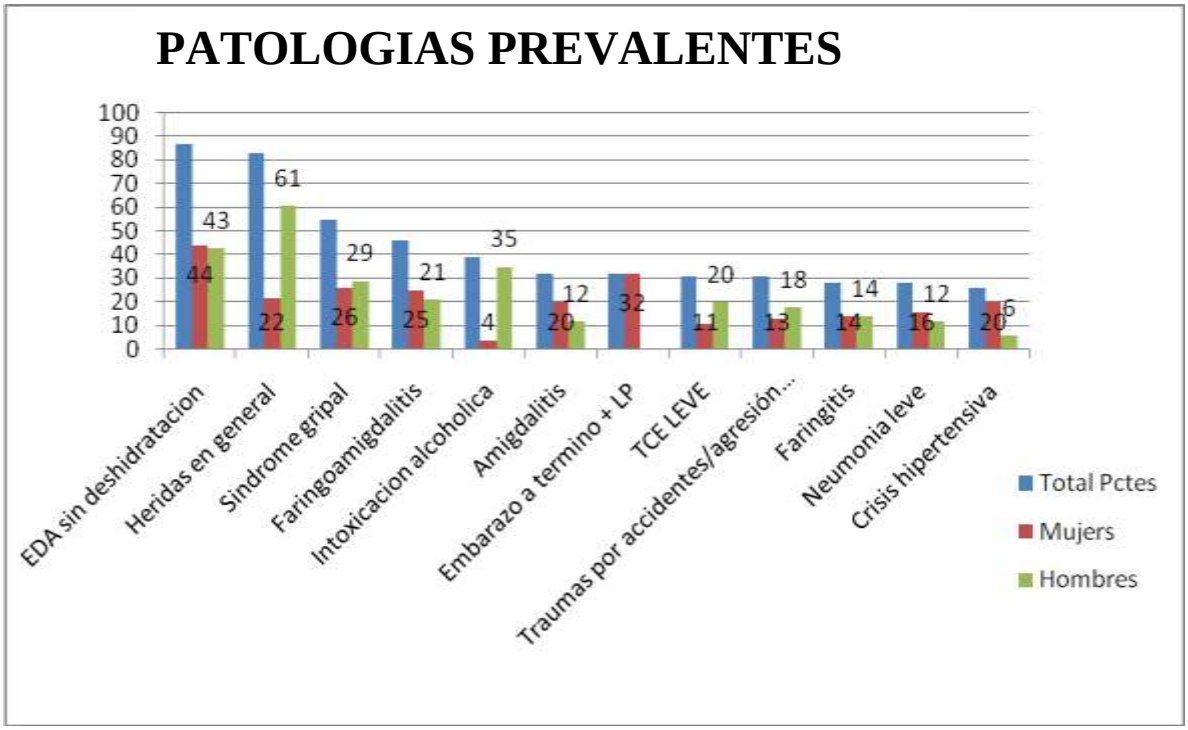
(Datos recogidos en hojas 008 en el área de emergencia exactamente como fueron escritos en el año 2008)

PATOLOGIAS PREVALENTES					
	Total Pctes	Mujeres	Hombres	Prom edad	Porcentaje
EDA SIN DESHIDRATACION	87	44	43	11,1	9,7
HERIDAS EN GENERAL	83	22	61	23,0	9,3
SINDROME GRIPAL	55	26	29	11,7	6,1
FARINGOAMIGDALITIS	46	25	21	13,5	5,1
INTOXICACION ALCOHOLICA	39	4	35	28,8	4,3
AMIGDALITIS	32	20	12	19,3	3,6
EMBARAZO A TERMINO + LP	32	32		29,5	3,6
TCE LEVE	31	11	20	27,4	3,5
TRAUMAS POR ACCIDENTES/AGRESIÓN FÍSICA	31	13	18	32,4	3,5
FARINGITIS	28	14	14	18,4	3,1
NEUMONIA LEVE	28	16	12	10,6	3,1
CRISIS HIPERTENSIVA	26	20	6	51,5	2,9

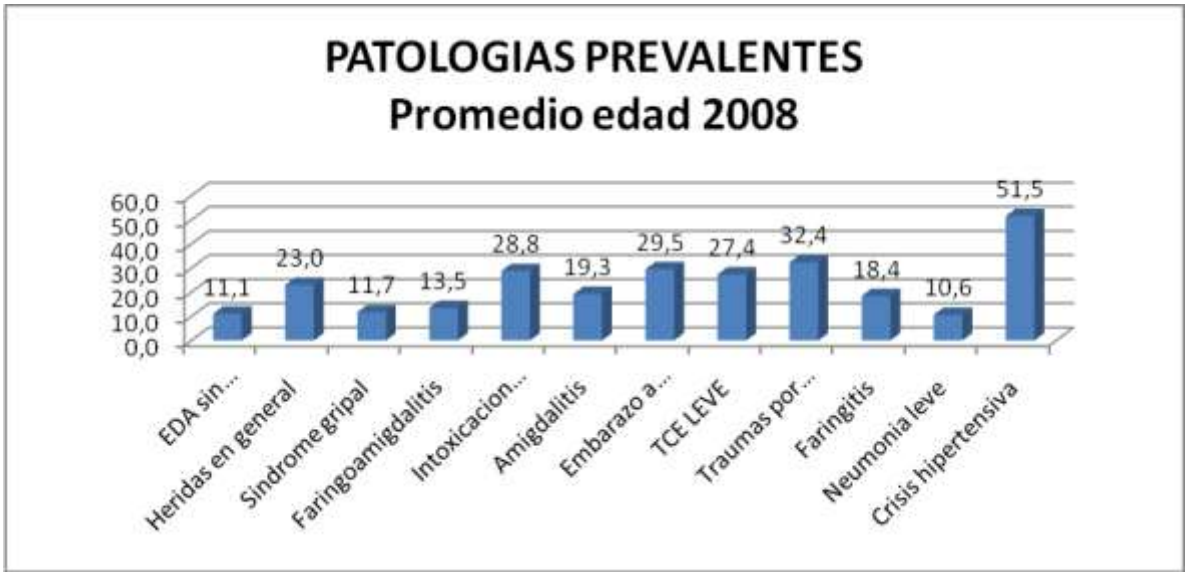
REPRESENTACION GRAFICA



Realizado por: Diaz y Mosquera 2010



Realizado por: Diaz y Mosquera 2010
Fuente: Oficina de registros médicos y estadística del hospital de Saraguro



Realizado por: Diaz y Mosquera 2010
Fuente: Oficina de registros médicos y estadística del hospital de Saraguro

CUADRO 2

NUMERO DE TRANSFERENCIAS EN EL AÑO 2008 EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO

Especialidad	Numero
Clínicas	22
Traumatológicas	20
Ginecologicas	12
Neuroquirurgicas	12
Cirugía	7
TOTAL	73

REPRESENTACION GRAFICA

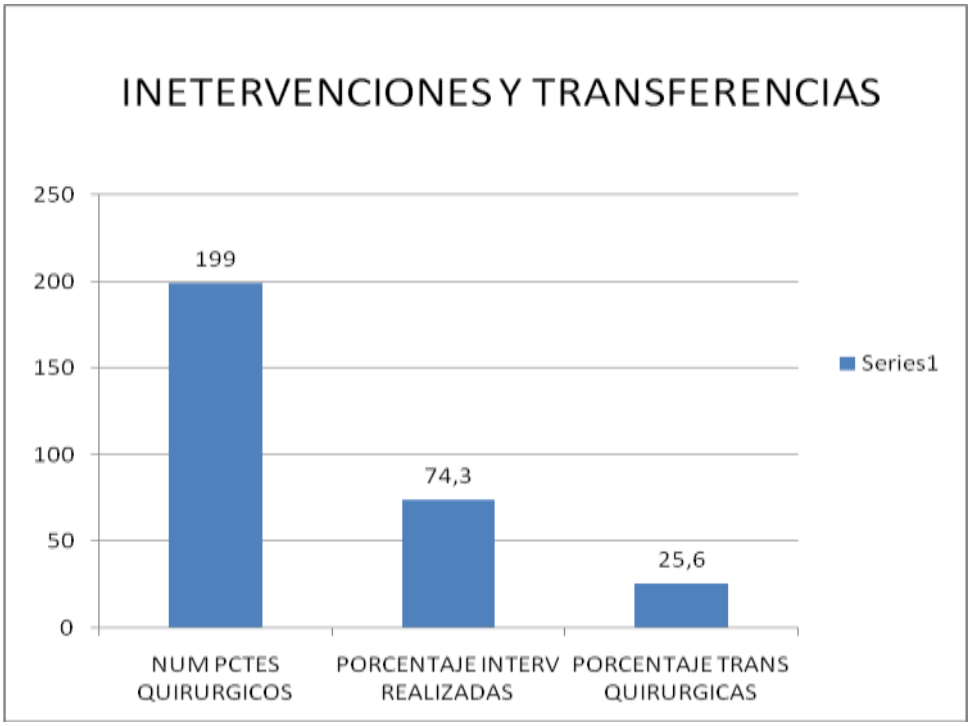
Realizado por: Diaz y Mosquera 2010
Fuente: Oficina de registros médicos y estadísticos del hospital de Saraguro

CUADRO 3

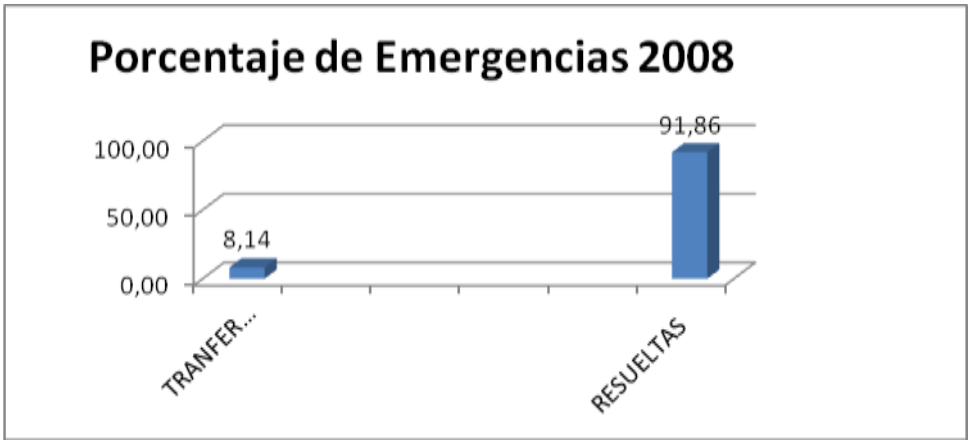
PORCENTAJE DE EMERGENCIAS RESUETAS EN EL AÑO 2008 ATENDIDAS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO

	Total	%
PCTES QUIRURGICOS	199	
INTERVENCIONES HECHAS	148	74,3
TRANSFERENCIAS QUIRURGICAS	51	25,6

REPRESENTACION GRAFICA



Realizado por: Diaz y Mosquera 2010
Fuente: Oficina de registros médicos y estadísticos del hospital de Saraguro



Realizado por: Diaz y Mosquera 2010
Fuente: Oficina de registros médicos y estadística del hospital de Saraguro

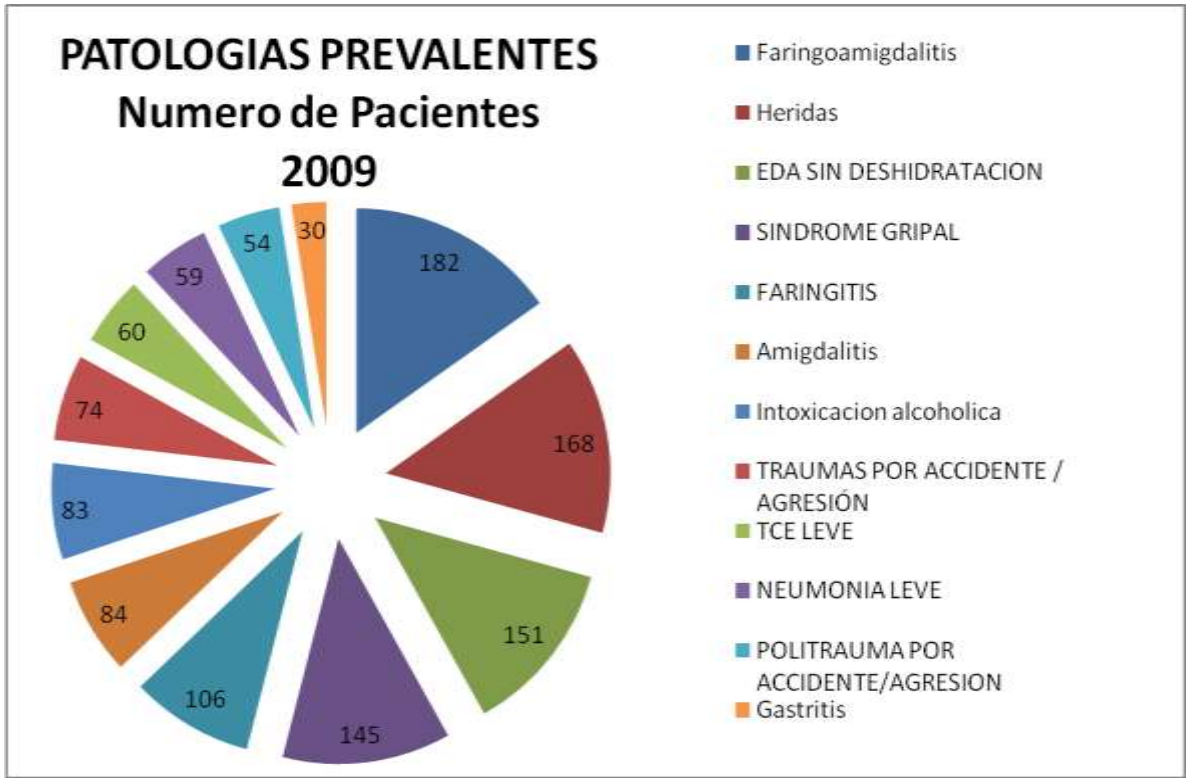
CUADRO 4

PATOLOGIAS PREVALENTES POR DIAGNOSTICO EDAD Y SEXO AÑO 2009
ATENDIDAS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO

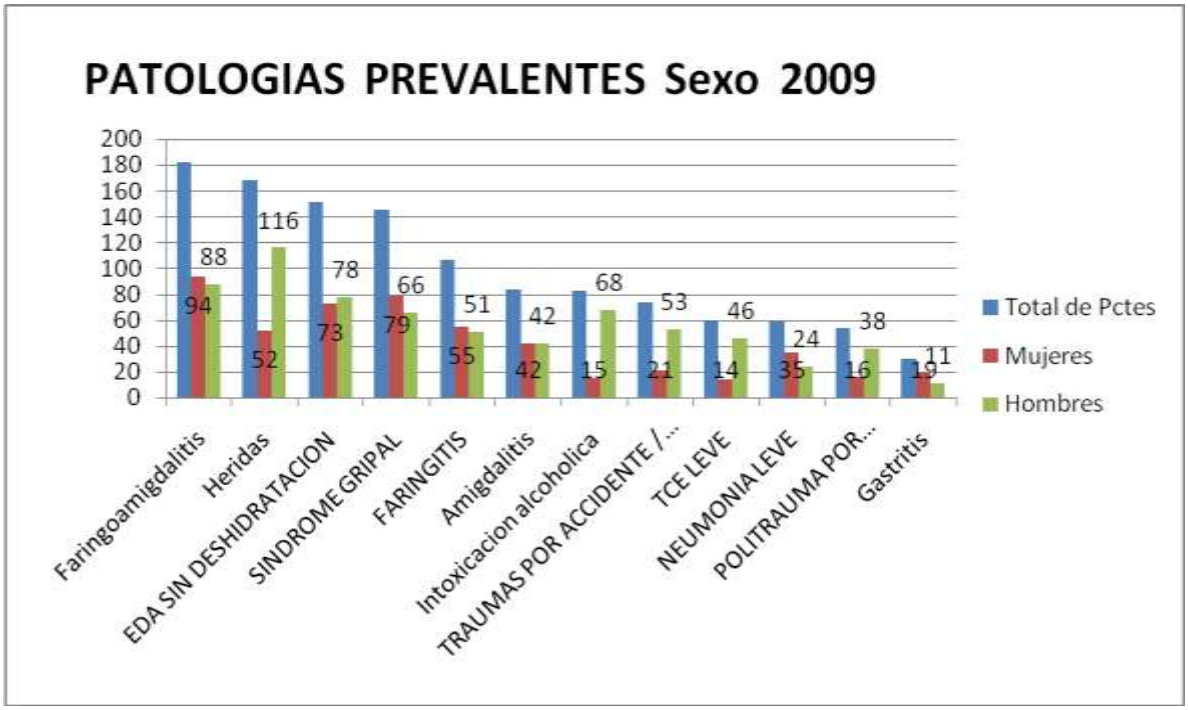
(Datos recogidos en hojas 008 en el área de emergencia exactamente como fueron escritos en el año 2009)

PATOLOGIAS PREVALENTES					
	Total de Pctes	Mujeres	Hombres	Prom edad	Porcentaje
FARINGOAMIGDALITIS	182	94	88	17,5	9,8
HERIDAS	168	52	116	27,4	9,1
EDA SIN DESHIDRATACION	151	73	78	14,3	8,2
SINDROME GRIPAL	145	79	66	17,0	7,8
FARINGITIS	106	55	51	17,4	5,7
AMIGDALITIS	84	42	42	17,2	4,5
INTOXICACION ALCOHOLICA	83	15	68	32,8	4,5
TRAUMAS POR ACCIDENTE / AGRESIÓN	74	21	53	29,6	4,0
TCE LEVE	60	14	46	26,3	3,2
NEUMONIA LEVE	59	35	24	13,3	3,2
POLITRAUMA POR ACCIDENTE/AGRESION	54	16	38	31,5	2,9
GASTRITIS	30	19	11	39,8	1,6

REPRESENTACION GRAFICA



Realizado por: Diaz y Mosquera 2010
Fuente: Oficina de registros médicos y estadística del hospital básico de Saraguro



Realizado por: Diaz y Mosquera 2010
Fuente: Oficina de registros médicos y estadística del hospital de Saraguro

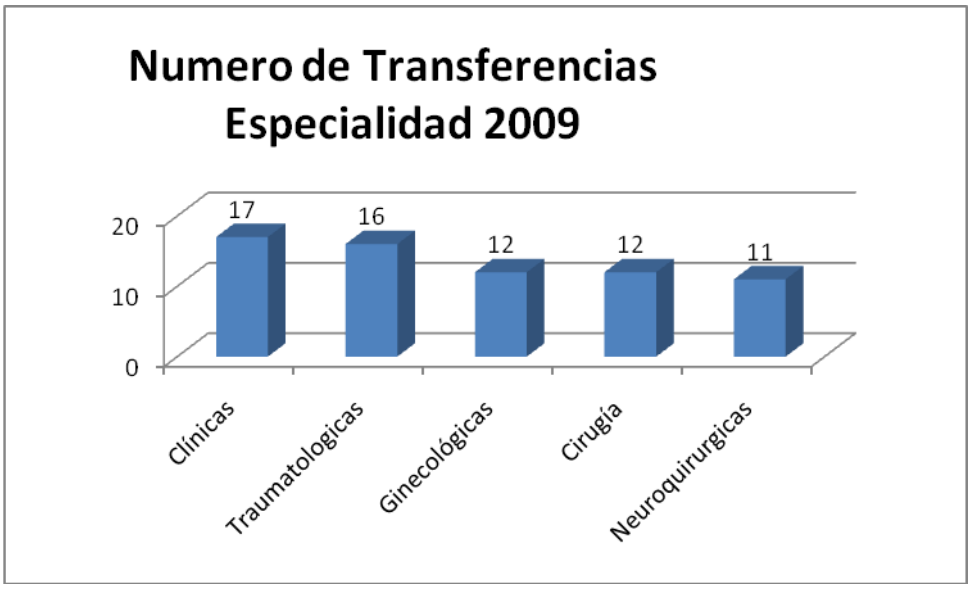
Realizado por: Diaz y Mosquera 2010
Fuente: Oficina de registros médicos y estadística del hospital de Saraguro

CUADRO 5

NUMERO DE TRANSFERENCIAS EN EL AÑO 2009 EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO

Especialidad	Numero
Clínicas	17
Traumatologicas	16
Ginecológicas	12
Cirugía	12
Neuroquirurgicas	11
TOTAL	68

REPRESENTACION GRAFICA



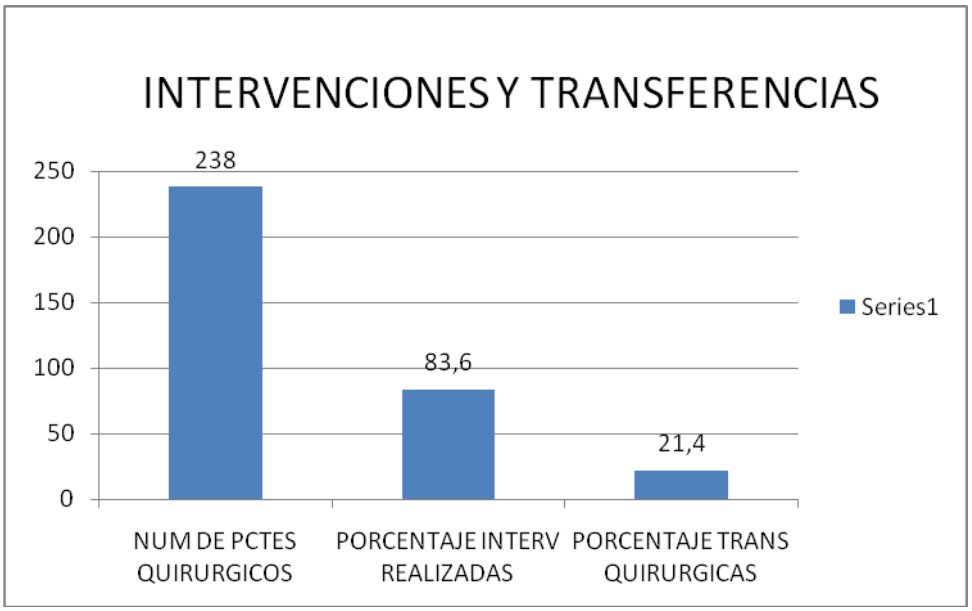
Realizado por: Diaz y Mosquera 2010
Fuente: Oficina de registros médicos y estadística del hospital de Saraguro

CUADRO 6

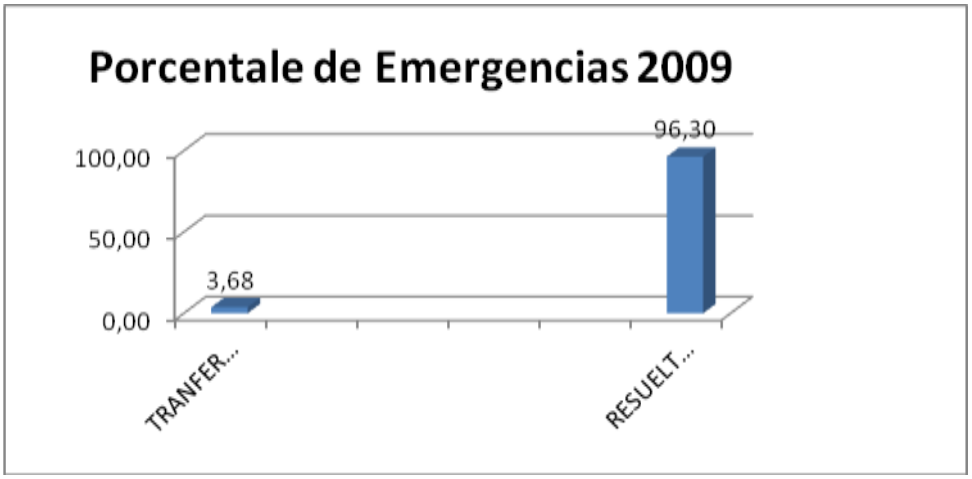
PORCENTAJE DE EMERGENCIAS RESUETAS EN EL AÑO 2009 ATENDIDAS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO

	Total	%
PCTES QUIRURGICOS	238	
INTERVENCIONES HECHAS	199	83,6
TRANSFERENCIAS QUIRURGICAS	51	21,4

REPRESENTACION GRAFICA



Realizado por: Diaz y Mosquera 2010
Fuente: Oficina de registros médicos y estadística del hospital de Saraguro



Realizado por: Diaz y Mosquera 2010
Fuente: Oficina de registros médicos y estadística del hospital de Saraguro

INDICADORES DE PRODUCCION Y EFICIENCIA

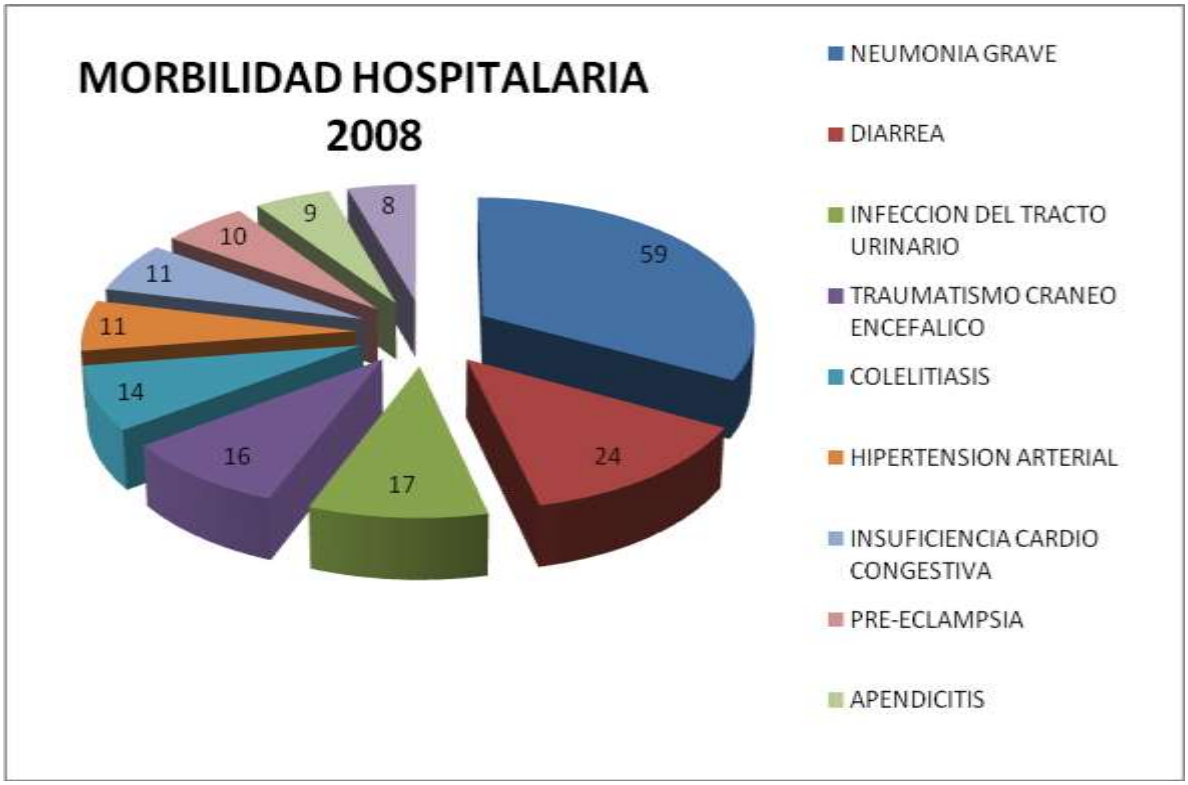
CUADRO 7

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA
ATENDIDAS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO
Enero – Septiembre 2008

(Datos obtenidos del Departamento de Estadística Hospital de Saraguro)

No. Ord.	CODIGO	CAUSAS	NUMERO	TASA	%
1	J12-J18	NEUMONIA GRAVE	59	11	33
2	A09	DIARREA	24	4	13
3	N39,0	INFECCION DEL TRACTO URINARIO	17	3	9
4		TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO	16	3	9
5	K80,0	COLELITIASIS	14	3	8
6	I10	HIPERTENSION ARTERIAL	11	2	6
7	I50	INSUFICIENCIA CARDIO CONGESTIVA	11	2	6
8	O14,0	PRE-ECLAMPSIA	10	2	6
9	K37	APENDICITIS	9	2	5
10	F10,0	INTOXICACION ALCOHOLICA	8	1	4
				0	0
		TOTAL	179		100

REPRESENTACION GRAFICA



Realizado por: Diaz y Mosquera 2010
Fuente: Oficina de registros médicos y estadística del hospital de Saraguro

CUADRO 8

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS
ATENDIDAS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO
Enero – Septiembre 2008

(Datos obtenidos del Departamento de Estadística Hospital de Saraguro)

No. Ord.	CAUSAS	NUMERO
1	LEGRADO	30
2	ESTERILIZACION TUBARICA	29
3	CESAREAS	23
4	CATARATA	15
5	APENDICECTOMIA	11
6	COLECISTECTOMIA	10
7	HERNIA	10
8	EXCERESIS	8
9	HISTERECTOMIA	6
10	OTROS	6
	TOTAL	148

REPRESENTACION GRAFICA

Realizado por: Diaz y Mosquera 2010
Fuente: Oficina de registros médicos y estadística del hospital de saraguro

CUADRO 9

CAUSAS DE MORTALIDAD
ATENDIDAS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO
Enero – Septiembre 2008

(Datos obtenidos del Departamento de Estadística Hospital de Saraguro)

No. Ord.	CAUSAS	NUMERO
1	ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	1
2	ULCERAS DE DECUBITO	1
3	NEUMONIA + ICC + ANEMIA	1
4	NEUMONIA GRAVE + DESNUTRICION	1
5	NEUMONIA POR ASPIRACION	1
6	POLITRAUMA + ABD AGUDO + TRAUMA TORAX	1
	TOTAL	6

REPRESENTACION GRAFICA

Realizado por: Diaz y Mosquera 2010
Fuente: Oficina de registros médicos y estadística del hospital de Saraguro

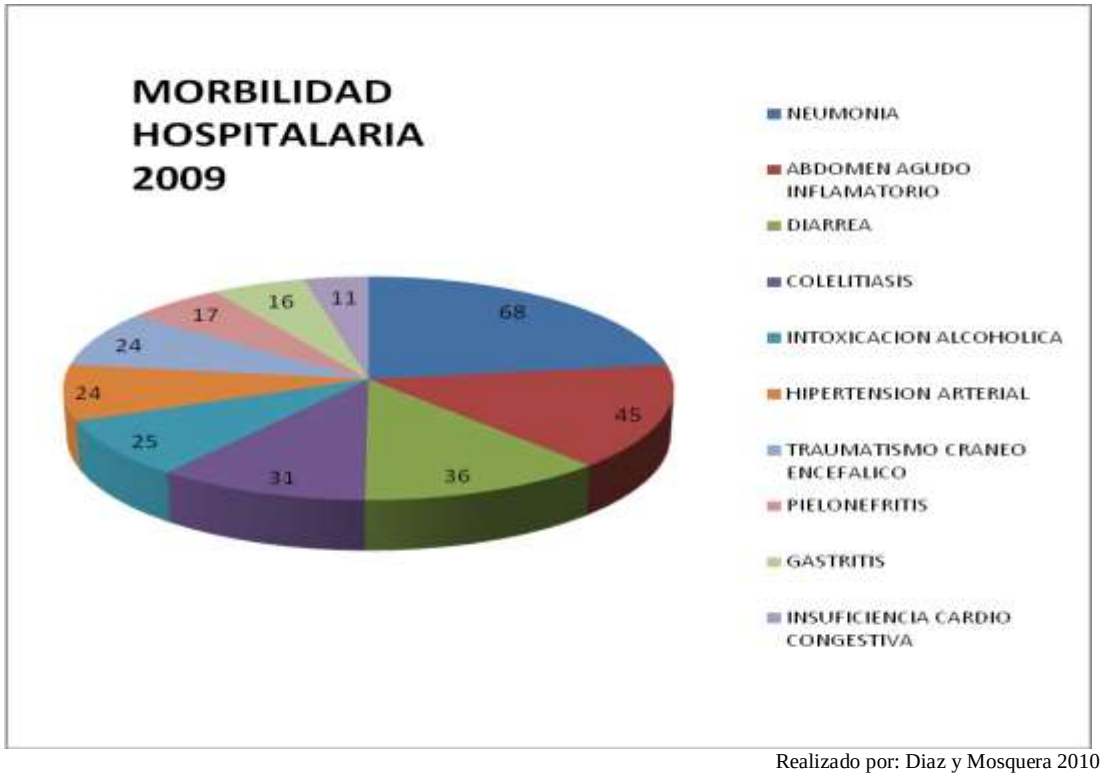
CUADRO 10

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA
ATENDIDAS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO
Enero – Diciembre 2009

(Datos obtenidos del Departamento de Estadística Hospital de Saraguro)

No.	CODIGO	CAUSAS	NUMERO	TASA	%
1	J12-J18	NEUMONIA	68	12	19
2	R10,0	ABDOMEN AGUDO INFLAMATORIO	45	8	13
3	A09	DIARREA	36	7	10
4	K80,0	COLELITIASIS	31	6	9
5	F10,0	INTOXICACION ALCOHOLICA	25	5	7
6	I10	HIPERTENSION ARTERIAL	24	4	7
7		TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO	24	4	7
8	N12	PIELONEFRITIS	17	3	5
9	K29	GASTRITIS	16	3	4
10		INSUFICIENCIA CARDIO CONGESTIVA	11	2	3
		TOTAL	273		100

REPRESENTACION GRAFICA



Realizado por: Diaz y Mosquera 2010
Fuente: Oficina de registros médicos y estadística del hospital de Saraguro

CUADRO 11

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS ATENDIDAS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO

Enero – Diciembre 2009

(Datos obtenidos del Departamento de Estadística Hospital de Saraguro)

No. Ord.	CAUSAS	NUMERO
1	EXERESIS	46
2	LEGRADO	40
3	LIMPIEZA QUIRURGICA	24
4	CESAREA	21
5	ESTERILIZACION TUBARICA	18
6	DRENAJE	17
7	HERNIORRAFIA	10
8	REDUCCION	10
9	CIRCUNCICION	7
10	COLECISTECTOMIA	6
	TOTAL	199

REPRESENTACION GRAFICA

Realizado por: Diaz y Mosquera 2010
Fuente: Oficina de registros médicos y estadística del hospital de Saraguro

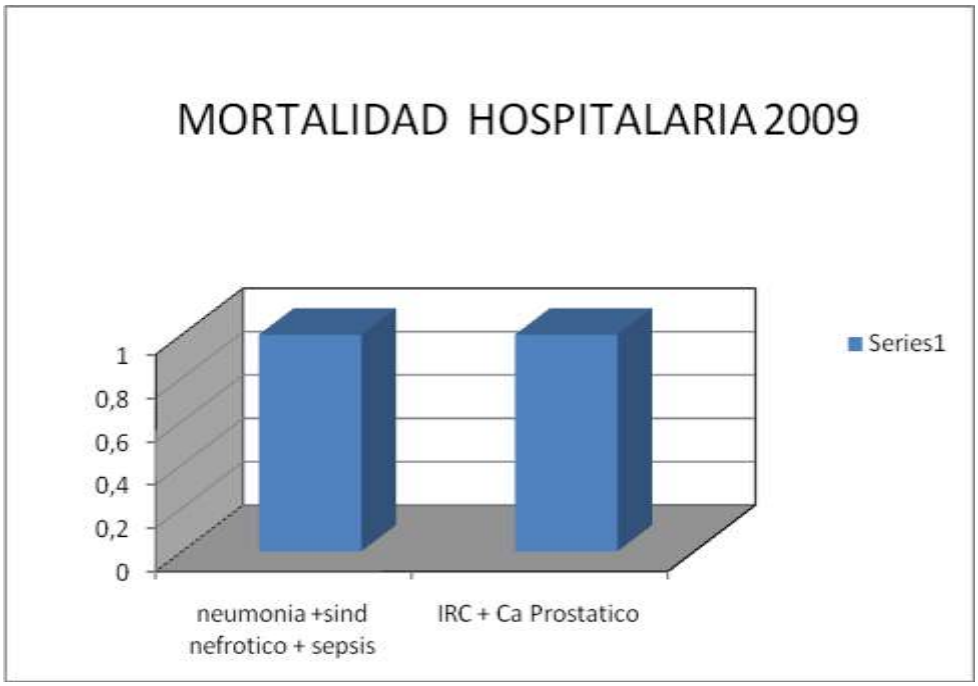
CUADRO 12

CAUSAS DE MORTALIDAD
ATENDIDAS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO
Enero – Diciembre 2009

(Datos obtenidos del Departamento de Estadística Hospital de Saraguro)

No. Ord.	CAUSAS	NUMERO
1	NEUMONIA + SIND NRFROTICO + SEPSIS	1
2	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA + CA PROSTATICO	1
	TOTAL	2

REPRESENTACION GRAFICA



Realizado por: Diaz y Mosquera 2010
Fuente: Oficina de registros médicos y estadística del hospital de Saraguro

INDICADORES DE CALIDAD Y CALIDEZ

CUADRO 13

PORCENTAJE DE PACIENTES SATISFECHOS POR LA ATENCION RECIBIDA EN EL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO

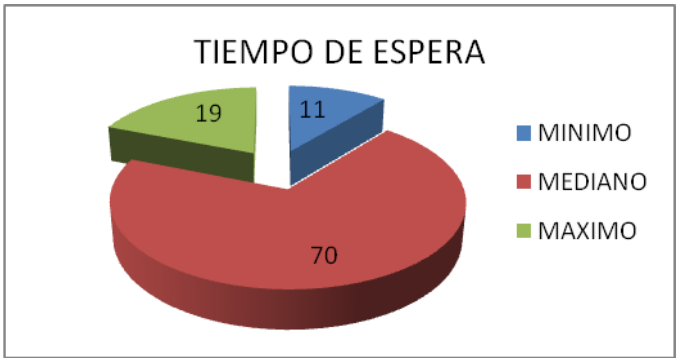
		ENCUESTA DE SATISFACCION AL USUARIO					
NUMERO DE USUARIOS 100							
	PREGUNTA 1	PREGUNTA 2	PREGUNTA 3	PREGUNTA 4	PREGUNTA 5	TOTAL	PORCENTAJE
SI	70	85	38		67	260	65
NO	18	5	14		20	57	14,25
MEDIANA	12	10	48		13	83	20,75
TOTAL	100	100	100		100	400	

PREGUNTA No 4

TIEMPO DE ESPERA	No PCTES
MINIMO	11
MEDIANO	70
MAXIMO	19
TOTAL	100

REPRESENTACION GRAFICA

Realizado por: Diaz y Mosquera 2010
Fuente: Oficina de registros médicos y estadística del hospital de Saraguro



Realizado por: Diaz y Mosquera 2010
Fuente: Oficina de registros médicos y estadística del hospital de Saraguro

CUADRO 14

NUMERO DE REUNIONES DE CAPACITACION AL PERSONAL REALIZADAS EN EL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO

"TRANSFERENCIAS QUIRÚRGICAS REALIZADAS ANTES Y DESPUÉS DEL **TALLER DE EMERGENCIAS CLÍNICO-QUIRÚRGICAS** DICTADAS POR LOS POSTGRADISTAS DE LA UNL EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO DESDE ENERO A SEPTIEMBRE DEL 2008"

Meses	Frecuencia	%
ENERO-MARZO	10	36
ABRIL-SEPTIEMBRE	18	64
TOTAL	**28**	**100**

Realizado por: Escandon y Herrera. Año 2008.

CUADRO 15

PORCENTAJE DEL PERSONAL MEDICO Y PARA MEDICO QUE CONCURRIO A LAS REUNIONES DE CAPACITACION EN EL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO

CIRUGIA	2
GINECOLOGIA	1
TRAUMATOLOGIA	1
MEDICINA INTERNA	1
MEDICINA GENERAL	2
RESIDENTES	4
ANESTESIOLOGO	1
ENFERMERAS	4
AUXILIARES	3
TECNICOS	13
LABORATORISTAS	3
CHOFERES	1
TRABAJO SOCIAL	2
MANTENIMIENTO	2
ADMINISTRACION	1

Realizado por: Escandon y Herrera. Año 2008.

CUADRO 16

PORCENTAJE DE ATENCIONES REALIZADAS APLICANDO LAS GUIASIMPLEMENTADAS EN EL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO

VER ANALISIS

CUADRO 17

TASA Y DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR EMERGENCIAS QUIRURGICAS, TOTALES Y ESPECIFICAS EN AÑO 2008
MORTALIDAD QUIRURGICA
ATENDIDAS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO

(Datos obtenidos del Departamento de Estadística Hospital de Saraguro)

No. Ord.	CAUSAS DE MORTALIDAD QUIRURGICA	NUMERO
	ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	1
	POLITRAUMA + ABD AGUDO + TRAUMA TORAX	1
	TOTAL	2

CUADRO 18

TASA Y DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR EMERGENCIAS QUIRURGICAS, TOTALES Y ESPECIFICAS EN AÑO 2009
MORTALIDAD QUIRURGICA
ATENDIDAS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO

(Datos obtenidos del Departamento de Estadística Hospital de Saraguro)

No. Ord.	CAUSAS DE MORTALIDAD QUIRURGICA	NUMERO
	NO EXSITE MORTALIDAD DE CAUSA QUIRURGICA	
	TOTAL	0

ANALISIS

Cuadro 1

Muestra que en el Hospital Básico de Saraguro durante el año 2008 en el área de emergencia la mayor cantidad de emergencias correspondieron a EDA sin deshidratación con un 9,7% con predominio de hombres sobre mujeres y un promedio de edad de 11 años seguida de Heridas en General con el 9,3% con predominio de hombres y un promedio de edad de 23 años luego Síndrome Gripal con 6,1% predominando hombres con promedio de 11 años y finalmente Faringoamigdalitis con el 5,1% que se encontró mas en mujeres con un promedio de edad de 13 años.

Cuadro 2

Muestra que en el Hospital Básico de Saraguro durante el año 2008 en el área de emergencia la mayor cantidad de transferencias hospitalarias fueron Clínicas con 22 seguidas por Traumatología con 20 y Ginecológicas con 12.

Cuadro 3

Muestra que en el Hospital Básico de Saraguro durante el año 2008 el total de pacientes quirúrgicos fue 199, el porcentaje de intervenciones quirúrgicas emergentes o no, resueltas fueron del 74,3%. Emergencias quirúrgicas transferidas 26,5%. El porcentaje de emergencias transferidas en todas las especialidades sobre el total de atenciones fue de 8,14% con una resolución del 91,8% respecto a todas las ellas.

Cuadro 4

Muestra que en el Hospital Básico de Saraguro durante el año 2009 en el área de emergencia la mayor cantidad de emergencias correspondieron Faringoamigdalitis con un 9,8% con predominio de mujeres sobre varones y un promedio de edad del 17 años, seguida de Heridas en general con el 9,1% siendo mas evidente en varones con un promedio de edad 27 años, luego EDA sin deshidratación con 8,2% predominando hombres, promedio de edad 14 años y finalmente Síndrome Gripal con el 7,8% con predominio de mujeres, promedio de edad 17 años.

Cuadro 5

Muestra que en el Hospital Básico de Saraguro durante el año 2009 en el área de emergencia la mayor cantidad de transferencias hospitalarias fueron Clínicas con 17 seguidas por Traumatología con 16 y tanto Ginecológicas quirúrgicas como Cirugía con 12.

Cuadro 6

Muestra que en el Hospital Básico de Saraguro durante el año 2009 el total de pacientes quirúrgicos fue 238, el porcentaje de intervenciones quirúrgicas emergentes o no, resueltas fueron del 83,6%. Emergencias quirúrgicas transferidas 21,4%. El porcentaje de emergencias transferidas en todas las especialidades sobre el total de atenciones fue de 3,86% con una resolución del 96,3% respecto a todas las ellas.

Cuadro 7

Muestra que en el Hospital Básico de Saraguro durante el año 2008 en el área de emergencia la mayor cantidad de emergencias correspondieron Neumonía grave con un 33% con 59 casos, seguida de Diarrea con el 13% con 24 casos, luego Infección de Tracto Urinario con 9% con 17 casos y finalmente Trauma Cráneo Encefálico con el 9% con 16 casos.

Cuadro 8

Muestra que en el Hospital Básico de Saraguro durante el año 2008 en el área de emergencia la mayor cantidad de cirugías correspondieron a Legrados con 30 casos, seguida de Esterilización Tubárica con 29 casos, luego Infección de Cesáreas con 23 casos y finalmente Catarata con 16 casos. Apareciendo en quinto y sexto lugar Apendicectomías y Colecistectomías con 11 y 10 casos respectivamente.

Cuadro 9

Muestra que en el Hospital Básico de Saraguro durante el año 2008 en el área de emergencia los casos de mortalidad fueron de seis.

Cuadro 10

Muestra que en el Hospital Básico de Saraguro durante el año 2009 en el área de emergencia la mayor cantidad de emergencias correspondieron a Neumonía con un 19% con 68 casos, seguida Abdomen Agudo Inflamatorio con el 13% con45 casos, luego Diarrea con 10% con 36casos y finalmente Colelitiasis con el 9% con 31 casos.

Cuadro 11

Muestra que en el Hospital Básico de Saraguro durante el año 2009 en el área de emergencia la mayor cantidad de cirugías correspondieron a Excéresis con 46 casos, seguida de Legrados con 40 casos, luego Limpieza Quirúrgica con 24 casos y finalmente Cesáreas con 21 casos. Apareciendo en décimo lugar Colecistectomías con 6 casos.

Cuadro 12

Muestra que en el Hospital Básico de Saraguro durante el año 2009 en el área de emergencia los casos de mortalidad fueron dos.

Cuadro 13

Muestra que en el Hospital Básico de Saraguro mediante una encuesta realizada a 100 pacientes para medir el grado de satisfacción de los usuarios se obtuvo que un 65% se encuentran satisfechos con la atención, un 14,25% no lo están y 20,75% dicen que la atención es medianamente satisfactoria. Con respecto a la pregunta No 4 que investiga sobre el tiempo de espera encontramos que solo 11 pacientes fueron atendidos antes de 5 minutos, 70 entre cinco a quince minutos y 19 luego de quince minutos en el área de emergencia.

Cuadro 14

Muestra que en el Hospital Básico de Saraguro desde el año 2007 al 2008 fecha en que se realizó la aplicación de las guías periodo que, según informantes, si se realizaron varias reuniones de capacitación, con lo cual

aumento el porcentaje de trasferencias de 36% a 64%, siendo esta una buena evidencia del carácter de las mismas, luego de lo cual únicamente se han efectuado ***tres reuniones*** posteriores al personal.

Cuadro 15

Muestra que en el Hospital Básico de Saraguro desde el año 2008 en que se aplicaron las guías se efectuaron tres reuniones de capacitación al personal con una asistencia de **5 médicos y 10 entre enfermeras y auxiliares** aproximadamente a cada una de ellas según informantes claves ya que no se tienen las actas de las mismas. Del total de personal se concluye que a cada una de las reuniones asistió aproximadamente **37,5%** a cada una de ellas.

Cuadro 16

Muestra que en el Hospital Básico de Saraguro en el año 2008 y 2009 durante la revisión que se realizó tanto de las historias clínicas como de las hojas 008 en emergencia no se encontró evidencia de la utilización de las guías. **Se pudo evidenciar además que las guías permanecen archivadas en un cajón.**

Cuadro 17

Muestra que en el Hospital Básico de Saraguro en el año 2008 existieron un total de 6 decesos siendo de causa quirúrgica 2, la tasa de mortalidad por emergencias quirúrgicas de 1,35.

Cuadro 18

Muestra que en el Hospital Básico de Saraguro en el año 2009 existieron 2 muertes siendo por emergencias quirúrgicas 0,así la tasa de mortalidad por emergencias quirúrgicas de 0.

REEVALUACION

Los resultados finales no son muy satisfactorios pues en este período corto de tiempo y después que se dicto el Taller de emergencias clínico-quirúrgicas a los médicos y personal paramédico del área de Emergencia del hospital básico de Saraguro y luego de una continua evaluación por parte de los autores del presente trabajo investigativo no se han logrado cumplir con el objetivo propuesto.
Pudiendo mencionar lo siguiente:

1. Dos de los autores de la primera fase de este estudio de investigación se encontraban prestando sus servicios de especialistas devengantes de beca en esta casa de salud por lo que, en lo posible, con apoyo de ellos se ha logrado capacitar al personal del equipo de salud en el manejo teórico y práctico de las guías. Lamentablemente el cambio periódico y permanente de los médicos residentes de emergencia, que en muchas ocasiones son médicos rurales hace imposible la capacitación continúa.

2. El índice de transferencias de emergencias quirúrgicas no ha variado en estos meses esto es debido a la acción de los cirujanos con los que cuenta el hospital más no por el uso de las guías, mismas que permanecen archivadas en un sitio específico.

3. Se están aplicando parcialmente para el diagnóstico de las patologías los códigos emitidos por la OMS a pesar de contar con ellos en el área de emergencia en un resumen elaborado por los autores.

4. Como norma del hospital la atención de una emergencia quirúrgica está a cargo del personal que acude a dar los primeros auxilios y que está conformado por el Cirujano y el residente, con el fin de que este adquiera experiencia.

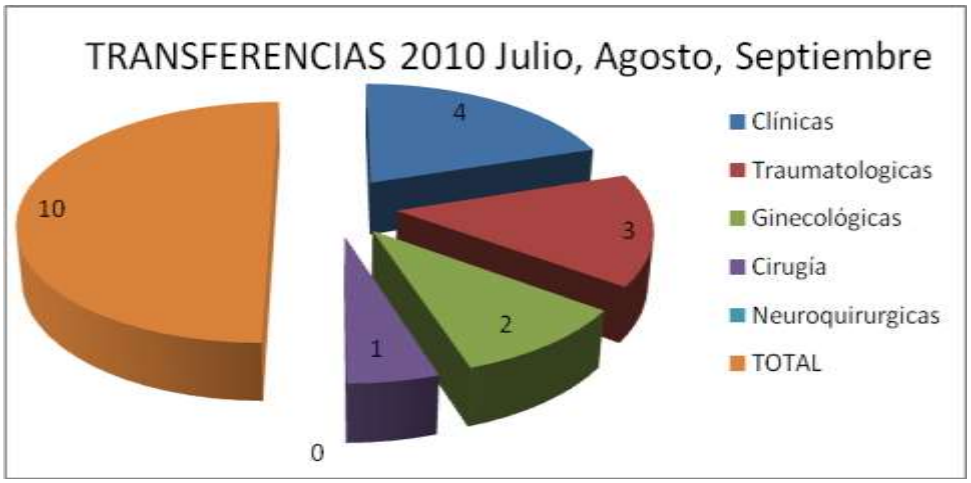
5. En cuanto a la satisfacción del usuario debemos indicar que se realizó un nuevo número de encuestas aproximadamente- 50 en las que si se nota, según los entrevistados, un cambio principalmente en la actitud de los médicos y paramédicos en emergencia.

CUADRO 19

NUMERO DE TRANSFERENCIAS EN EL AÑO 2010 ATENDIDAS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO (JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE)

Especialidad	2010	2009	2008
Clínicas	4	17	22
Traumatologicas	3	16	20
Ginecológicas	2	12	12
Cirugía	1	12	12
Neuroquirurgicas	0	11	7
TOTAL	10	68	73

REPRESENTACION GRAFICA



Realizado por: Diaz y Mosquera 2010
Fuente: Oficina de registroa médicos y estadística del hospital de Saraguro

CUADRO 20

PORCENTAJE DE PACIENTES SATISFECHOS POR LA ATENCION RECIBIDA EN EL HOSPITAL BÁSICO DE SARAGURO EN EL MES DE SEPTIEMBRE

		ENCUESTA DE SATISFACCION AL USUARIO				
NUMERO DE USUARIOS 50						
	PREGUNTA 1	PREGUNTA 2	PREGUNTA 3	PREGUNTA 4	PREGUNTA 5	TOTAL	PORCENTAJE
SI	38	43	41		35	157	78,5
NO	2	2	0		2	6	3
MEDIANA	10	5	9		13	37	18,5
TOTAL	50	50	50		50	200	

PREGUNTA No 4

TIEMPO DE ESPERA	No PCTES
MINIMO	37
MEDIANO	7
MAXIMO	6
TOTAL	50

REPRESENTACION GRAFICA

Realizado por: Diaz y Mosquera 2010
Fuente: Oficina de registros médicos y estadística del hospital de Saraguro

Realizado por: Diaz y Mosquera 2010
Fuente: Oficina de registros médicos y estadística del hospital de Saraguro

REEVALUACION ANALISIS

Cuadro 19

Muestra que en el Hospital Básico de Saraguro durante el año 2010 (julio, agosto, septiembre) en el área de emergencia la mayor cantidad de transferencias hospitalarias fueron Clínicas con 4 seguidas por Traumatología con 3, Ginecológicas 2 y Quirúrgicas con 1. Realizando una proyección de lo acontecido en el año 2009 en que durante tres meses aprox se realizaron ya 17 y en el 2008 aprox 18 transferencias podemos determinar que seguramente va a existir un menor número de transferencias totales en el 2010.

Cuadro 20

Muestra que en el Hospital Básico de Saraguro mediante una encuesta realizada a 50 pacientes para medir el grado de satisfacción de los usuarios se obtuvo que un 78,5% se encuentran satisfechos con la atención, un 3% no lo están y 18,5% dicen que la atención es medianamente satisfactoria. Con respecto a la pregunta No 4 que investiga sobre el tiempo de espera encontramos que 37 pacientes fueron atendidos antes de 5 minutos, 7 entre cinco a quince minutos y 6 luego de quince minutos en el área de emergencia.

CONCLUSIONES

- Las guías práctico clínicas para la atención en las emergencias quirúrgicas ***no se emplean*** como mecanismo diario en la atención del servicio de emergencia del Hospital Básico de Saraguro.

- Es evidente que el número de transferencias quirúrgicas ***ha disminuido no por la aplicación de las guías,*** mismas que no son utilizadas, sino por otros factores.

- La percepción que tienen los usuarios de mejora en los servicios evidentemente se da por la contratación de los nuevos especialistas en emergencia no así por la aplicación de las guías.

- Es evidente que la capacidad resolutiva del hospital ha mejorado en lo referente a emergencias quirúrgicas no así en otras especialidades siendo el porcentaje de resolución de 74,3 en el 2008 y 83,6 en el 2009.

- Existe una gran disparidad entre los datos encontrados y recolectados directamente de las hojas 008 y los que maneja el departamento de estadística, en el área de emergencia, sin encontrar una causa explicativa.

- El nuevo perfil epidemiológico es impreciso debido a la disparidad de estos datos, ya que no concuerdan entre estadística y las hojas 008 de emergencia.

- No existe un registro serio del número de transferencias realizadas ni en estadística y menos aún en emergencia. Los datos encontrados fueron recogidos directamente de las hojas 008 por lo puede existir un subregistro al no tener reportes concretos al respecto.

- Los diagnósticos codificados según el CIE10, prácticamente no son utilizados para la atención de emergencia. El departamento de estadística realiza un gran trabajo al interpretar muchos de estos diagnósticos y codificarlos, creemos que estos inconvenientes no son de dominio de las autoridades.

- El continuo cambio del personal especialmente residentes (médicos rurales) ha contribuido a un agotamiento por parte de los tratantes en lo referente a reuniones y capacitación de uso de las guías.

- No existe registros de estas reuniones de capacitación ni un comité encargado de las mismas.

RECOMENDACIONES

- Al Director del Hospital y a la Dirección Provincial de Salud de Loja: Los médicos que ingresan a trabajar en el hospital deben tener un conocimiento y manejo absoluto en el uso de las guías practico-clínicas como requisito mínimo indispensable para su contratación.

- Al Director del Area de Salud Humana: Se debe impartir el conocimiento e incluir en el pensum de pregrado e internado rotativo el uso de las guías ya que son estos estudiantes quienes en el futuro las utilizaran en su práctica médica.

- Al Director del Area de Salud Humana de la UNL, al Director Provincial de Salud y al Coordinador de Posgrado de la Especialidad de Cirugía: Construir un Comité Provincial de Monitoreo y Evaluación para que labore permanentemente en el diagnóstico y mejoramiento a través de implementación de normas y políticas al respecto.

- Al Director del Hospital: Las reuniones de capacitación efectuadas en el hospital serán exclusivamente para reforzar el conocimiento o discutir su uso en diferentes casos y estar a cargo de un tutor exclusivo para el efecto o a su vez por el departamento de docencia.

- Al Director del Area de Salud Humana de la UNL: El uso y el manejo de los diagnósticos codificados CIE10 deben ser inculcados desde el pregrado de tal forma que los médicos las pongan en práctica inmediatamente en sus actividades diarias.

- A la Dirección Provincial de Salud y al Director del Hospital de Saraguro: Se debería realizar una auditoría permanente de las hojas 008 para identificar problemas como los ya mencionados y poner los correctivos necesarios mejorando así la accesibilidad a la información tanto del departamento de estadística como de cualquier persona externa a la institución.

- Al Director del Area de Salud Humana de la UNL: Si mejoramos el nivel académico de los estudiantes lograremos unos mejores profesionales médicos independientemente de la persona, aumentando el nivel de calidad y calidez de la atención logrando una mejor aceptación por parte del público del hospital en conjunto y no solo individualmente como ocurre actualmente.

BIBLIOGRAFIA

1. Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Cataluña (Agencia de evaluación de Tecnología Medica, AATM)
2. Bertram DA, Flynn K, Alligood E. Systematic Review of Published Studies of Effectiveness. Boston, Health Services Research &Development Service, Veteran Affairs Medical Center. Technology Assessment Program, Report n.9. 1998.
3. Categorías adaptadas de: A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. Robin Harbour and Juliet Miller. BMJ 2001; 323: 334-336.
4. Coad A.: Managing medical wastes in developing countries, WHO/PEP/RUD/94.1 OMS, Ginebra, 1994.
5. Escala para la clasificación de la evidencia en Guías de Práctica Clínica de la Agencia Nacional de Acreditación y evaluación en Santé (ANAES) de Francia.
6. Goodman C. Literatur Searching and evidence interpreteation for assessing health care practices. Estocolmo: The Swedish Concil on Technology Assessment in Health Care. 1993.
7. Levels of Evidence and Grades of Recommendations; NHS R&D Centre for Evidence-Based Medicine. Chris Ball, Dave Sackett, Bob Phillips, Brian Haynes, Sharon Straus.
8. Management guidelines workgroup, Practice management guidelines for nutritional support of the trauma patient the east. 2003.
9. Manual de Organización de la Áreas de la Salud, MSP edición 1994 Quito – Ecuador.
10. Ministerio de Salud de Chile. Archivos de realización de Protocolos o Guías prácticas clínicas.
11. OPS: “Vigilancia Sanitaria” HSP- UNI, 1996.

12. Orientaciones para el Monitoreo y Evaluación de Planes Operativos en las regiones, Elaboración de Formatos de Monitoreo y Evaluación, Ministerio de Educación, Gobierno de Perú, Lima, Noviembre 2007.
13. Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence, www.cebm.net/levels_of_evidence. Oxford, 2006.
14. Plan de Desarrollo Nacional 2007 – 2010, Calidad y Esperanza de vida de la Población, Gobierno Nacional del Ecuador, Quito, 2007.
15. Proyecto Loja Siglo XXI, Infraestructura y Equipamiento en Vilcabamba – Ecuador. UNL, 2001.
16. Romero A. Como diseñar un plan de implementación de una guía de practicas clínicas REDEGUIAS- Guías Salud, 2005. http://www.guiasalud.es
17. Sarmiento Y. Serrano C. Aplicación de las Guías Clínico Prácticas en Emergencias Quirúrgicas y Capacitación del recurso humano en su uso en el hospital Kokichi Otany de Vilcabamba, ASH de la UNL 2008.
18. Escandon y Herrera. Aplicación de las Guías Clínico Prácticas en Emergencias Quirúrgicas y Capacitación del recurso humano en su uso en el hospital Basico de Saraguro, ASH de la UNL 2008.
19. Servicios de atención integral para la prevención y atención de la violencia, Dirección Normatización, Quito, abril 2008.
20. Situación de salud Ecuador 2006, OPS/OMS representación en Ecuador, Quito, 2006 Edit. Lápiz y Papel.
21. US Preventive Task. Guide to clinical preventive services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions. Baltimore: Williams and Wilkins, 1989.
22. WHO ear and hearing disorders survey, protocol for a population-based survey of prevalence and causes of deafness and hearing impairment and other ear diseases (document WHO/PBD/PDH/99.8(1).
23. ZABALA, Marcia, Manual para el manejo de desechos en establecimientos de salud, OPS, Fundación Natura, Pags 11 – 100, Folleto único 1997.

ANEXO 1

ENCUESTA DE SATISFACIÓN AL USUARIO

Sr. (a) Usuario(a):

5. Al ser Usted atendido en el hospital, ¿siente que los profesionales brindan todo de sí para ayudarle?

   Si……. No…… medianamente……..

6. A su criterio los profesionales que le prestan atención en sus dolencias o las de sus familiares en el hospital, ¿tienen los conocimientos suficientes para ayudarlo?

   Si…… No…… medianamente……

7. ¿Las políticas de atención que tiene el hospital son adecuadas para ayudar al tratamiento de las emergencias que ahí se atienden?

   Si…… No……

8. ¿Cuando Usted acude al hospital para ser ayudado en una emergencia, el tiempo que pasa hasta que sea atendido es:

   Mínimo (menos de cinco minutos)

Mediano (cinco a quince minutos)

Máximo (sobrepasa los quince minutos)

9. ¿Se siente conforme con el tipo de atención que se brinda en el hospital de su área?

   Si…… No……. Medianamente

ANEXO 2

INDICADOR	CARACTERISTICA	FUENTE	FORMULA
Número de pacientes atendidos por diagnóstico edad y sexo	Indicador de rendimiento que permite medir la demanda del servicio.	Estadísticas del hospital	Contabilización de casos.
Número de transferencias realizadas por especialidad	Permite identificar debilidades en la capacidad resolutiva por especialidad.	Estadistica del hospital	Contabilización de casos.
Porcentaje de emergencias quirúrgicas resueltas en el hospital	Mide la capacidad resolutiva del hospital frente a las emergencias quirúrgicas	Partes diarios, Historias Clínicas	No. De emergencias quirúrgicas resueltos /total de atenciones x 100
Porcentaje de emergencias transferidas	Permite medir la capacidad resolutiva global del servicio frente a la demanda	Estadistica del hospital	No. de transferencias / No. de atenciones realizadas x 100
Tasa y distribución porcentual de las principales causas de mortalidad por emergencias	Mide el riesgo de morir por causas específicas consideradas emergencias	Estadística del hospital.	Muertes por causas de emergencias quirúrgicas especificas/ total de muertes por

quirúrgicas	**quirúrgicas**		**emergencias quirúrgicas atendidas x 100**
Tasa y distribución porcentual de las principales causas de discapacidad por diagnostico – por emergencias quirúrgicas atendidas	**Mide el riesgo de sufrir discapacidad por causas específicas de emergencias quirúrgicas.**	**Estadísticas del hospital**	**No. de pacientes con discapacidad por causas especificas de emergencias quirúrgicas / total atenciones x 100**

ANEXO 3

INDICADOR	CARACTERISTICA	FUENTE	FORMULA
Porcentaje de pacientes satisfechos por la atención recibida	Mide la apreciación que los usuarios externos tienen frente a la atención	Estadística del hospital	No. de pacientes satisfechos / total de atenciones x 100
Número de reuniones de capacitación al personal llevadas a cabo	Refleja el interés de los directivos por capacitar al personal	Informantes clave. Actas de reuniones.	Contabilización de eventos
Porcentaje de personal médico y para médico que concurrió a las reuniones de capacitación	Mide el interés del personal y las facilidades previstas por los directivos para posibilitar la capacitación.	Actas de las reuniones.	Constatación de datos
Porcentaje de atenciones realizadas aplicando las guías implementadas	Mide la implementación de las guías en la práctica cotidiana.	Historias clínicas.	Constatación de datos.
Tasa de mortalidad de las emergencias quirúrgicas atendidas	Mide el riesgo de morir a causa de una emergencia quirúrgica atendida.	Estadística del hospital	No. de muertes por causas de emergencias atendidas /total de atenciones x 100

Tasa de discapacidad temporal y permanente de los pacientes atendidos	**Mide el riesgo de sufrir discapacidad por causas específicas de emergencias quirúrgicas.**	**Estadística del hospital**	**No. de pacientes con discapacidad por emergencias quirúrgicas / total atenciones x 100**

ÍNDICE

	Pág.
Carátula	
Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen	i
Summary	ii
Introducción	iii
Justificación	v
Marco Teórico	
Capítulo 1	
Monitoreo & Evaluación de Procesos de Salud	1
Calidad de atención o atención de calidad	4
Capítulo 2	
La atención de emergencias clínico quirúrgicas en el Ecuador	6
Los servicios de Salud Pública en Latinoamérica y en el Ecuador	10
Los talentos humanos	12
Capítulo 3	
Las guías práctico clínicas	13
Características de una guía de procedimientos y atención	14
Capítulo 4	
Manejo de desechos en establecimientos de salud	18
Marco Legal	21
Organización del comité de manejo de desechos	22

Capítulo 5
Indicadores de calidad en servicios de salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador 23

Materiales y Métodos
Objetivo General 27
Objetivos Específicos 27
Metodología 28
Técnicas e instrumentos
Caracterización y definición de los ámbitos de evaluación 29
Características y estándares de calidad 29
Actividades de campo y procedimiento 30
Socialización de resultados 31

Resultados
Indicadores de Producción y Eficiencia 33
Indicadores de calidad y calidez 52

Análisis 56
Reevaluación 61
Reevaluación Análisis 66

CONCLUSIONES 68
RECOMENDACIONES 71
BIBLIOGRAFÍA 74
ANEXOS 76