



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.**  
**ÁREA DE SALUD HUMANA**  
**ESCUELA DE POSGRADO UNIVERSITARIO.**  
**ESPECIALIDAD CIRUGÍA GENERAL**

*Tesis previa a la obtención del Título  
de Especialista en Cirugía General*

**“EVALUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA  
APLICACIÓN DE LAS GUÍAS PRACTICO CLINICAS EN  
EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS EN EL HOSPITAL KOKICHI  
OTANI DE VILCABAMBA, PERIODO 2007 - 2010”**

**COORDINADOR DEL MACROPROYECTO:**

Dr. Nelson Samaniego Idrovo.

**AUTOR:**

**Dr. Gustavo Samaniego Villacís.**

gustavo10326@yahoo.es

**LOJA- ECUADOR**

**2010**

Loja, mayo del 2010.

Dr. Nelson Samaniego Idrovo

**COORDINADOR DEL MACROPROYECTO DE INVESTIGACION.**

**CERTIFICA:**

Que revisado el informe final del trabajo de Tesis previa a la obtención del Título de Especialista en Cirugía General del doctor Gustavo Samaniego Villacís con el tema **“EVALUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS PRACTICO CLINICAS EN EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS EN EL HOSPITAL KOKICHI OTANI DE VILCABAMBA, PERIODO 2007 - 2010”**, indico que está listo para su presentación y autorizo continuar con los trámites correspondientes para solicitar el Tribunal para la sustentación del mismo.

Lo certifico.

Dr. Nelson Samaniego Idrovo

**DOCENTE DEL ASH UNL.**

**DIRECTOR DE TESIS.**

## **AUTORIA**

Los conceptos y resultados exhibidos en la presente tesis son de exclusiva responsabilidad del autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

Al amigo y Coordinador del macro proyecto de investigación,  
A mi madre, asesora anónima de este trabajo; y,  
a los directivos del Hospital Kokichi Otani por su colaboración.

## **DEDICATORIA**

A mi familia,  
A mi esposa e hija por haberles quitado momentos que dejé de compartir  
con ellas por mi dedicación a los estudios de especialización; y,  
A la comunidad Lojana.

## INDICE

Portada	1
Certificaciones.	2
Autoría.	3
Agradecimientos.	4
Dedicatoria.	5
Índice	6
I. Resumen.	7
II. Introducción.	10
III. Objetivos.	15
IV. Marco Teórico.	18
Capítulo 1: Monitoreo y Evaluación de procesos de salud.	19
Capítulo 2: La atención de emergencias en el Ecuador.	25
Capítulo 3: Las guías práctico clínicas.	32
Capítulo 4: Indicadores de calidad en servicios de salud del MSP.	36
Capítulo 5: Tipología de los Servicios de Salud del MSP.	38
V. Metodología.	41
VI. Resultados.	45
VII. Discusión	66
VIII. Plan de mejoras.	69
IX. Conclusiones.	73
X. Recomendaciones y propuestas.	76
XI. Bibliografía.	79
XII. Anexos.	84

# **I. RESUMEN**

Se trata de un estudio prospectivo intervencionista que forma parte de un macro proyecto de intervención en los hospitales de la provincia de Loja, en el que se busca evaluar y fortalecer el proceso de aplicación de las guías práctico clínicas en emergencias quirúrgicas mediante la verificación de criterios de calidad de atención, en el servicio de emergencia del hospital Kokichi Otani de Vilcabamba. Además se determinó el impacto logrado en base a la medición de indicadores de rendimiento y calidad de atención. Se lo desarrollo en dos etapas: la *primera* transversal descriptiva en la que mediante la entrevista a actores claves, encuesta de los usuarios, revisión de historias clínicas y revisión de datos estadísticos del hospital se evaluó los criterios de calidad aplicados en la fase de implementación de las guías en el servicio, y; la *segunda*, prospectiva intervencionista acumula acciones y recomendaciones con el fin de fortalecer el macro proyecto.

Fueron analizadas las 440 emergencias clínico quirúrgicas presentadas en el hospital estudiado durante un año. Concluimos que la implementación de las guías atravesó grandes dificultades y no logró incrementar la confianza y satisfacción de los usuarios ni modificó en forma significativa los indicadores de rendimiento y calidad del hospital. Con los resultados obtenidos, diseñamos en forma participativa un plan de mejoras que permitió tener hoy en día un conglomerado de información que sirve en la toma de decisiones y como fuente de futuras investigaciones e intervenciones en el hospital.



## **SUMMARY**

This is an interventional prospective study which is part of a macro intervention of hospitals in the province of Loja, with the objective to implement guides practical clinical care - surgical emergencies and mainly in the care of trauma in all its forms, train staff, and determine the impact achieved on the measurement of performance and quality of care indicators. It is a work in two stages: the descriptive cross-sectional first evaluates the quality criteria applied at the stage of implementation guides practical clinics and impact on quality of care provided in the Vilcabamba Kokichi Otani Hospital, the second, foresight interventionist accumulates actions and recommendations with the aim of strengthening the process to facilitate the success of the macro. We put emphasis in management of hospital wastes as cardinal indicator of quality of care.

With the results, we design a plan for allowed that permit as today have a conglomeration of information used in the decision-making process and as a source of future investigations and interventions in the hospital. We conclude that the trauma is the most important causative of morbidity in the cantonal hospital mortality and that although "deploy" stage went through great difficulties and constraints, increased confidence and satisfaction of users reflected in increased demand for care and indicators which demonstrate a positive impact on the quality of care.

## **II. INTRODUCCIÓN**

La Escuela de Postgrado de la Especialidad de Cirugía General del Área de la Salud Humana (ASH) de la Universidad Nacional de Loja (UNL), teniendo como idea original un "Proyecto de normatización de las Actividades Médicas en los Hospitales del MSP en la Provincia de Loja", iniciativa acogida por la Universidad de Parma, decidió emprender un amplio trabajo de adopción y adaptación de Guías Práctico Clínica en Emergencias Quirúrgicas, que mejoren la actividad en el sector de la salud en la Provincia de Loja y el Ecuador; como resultado de esto, denominaron al Proyecto **"APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS Y CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN SU USO"**

Se intervino los hospitales (Básicos) de II NIVEL del MSP en la Provincia de Loja, el Centro Materno Infantil y al final se involucró al Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, sitio de referencia de estas unidades de salud. La idea nace de aprovechar los recursos materiales al máximo así como los conocimientos de los profesionales de la salud en un contexto de mejorar la eficacia y eficiencia de los servicios prestados, partiendo de la necesidad de disminuir la morbilidad y mortalidad evitables de los pacientes atendidos en la emergencia de los hospitales de segundo nivel.

La presente investigación forma parte del macroproyecto: **"EVALUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS PRACTICO CLINICAS EN EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS EN LOS HOSPITALES DE LA PROVINCIA DE LOJA, PERIODO 2007 - 2010"** y guarda relación de continuidad con el de **"Implementación de Guías de práctica clínica en la atención de emergencias clínico quirúrgicas y capacitación del recurso humano en su uso"**, que se lleva a cabo desde el año 2007 en el Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja (actualmente en proceso) así como en siete hospitales básicos y un centro materno infantil a lo largo de la línea fronteriza ecuatoriano – peruana y el resto de la provincia de Loja por parte del ASH de la UNL.

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 a la ecuatoriana. El Hospital Kokichi Otani de Vilcabamba en su calidad de Hospital Básico debería brindar atención básica las 24 horas del día a todas las patologías clínico quirúrgicas y debe ser capaz de manejar adecuadamente el trauma y su oportuna transferencia. Al cabo de dos años del inicio de adaptación de las guías, se realizó la Evaluación y medición de criterios de rendimiento y calidad de atención y satisfacción del usuario, verificando el impacto de la actividad realizada.

El Hospital Kokichi Otani de Vilcabamba se encuentra ubicado en el valle de Vilcabamba, conocido lugar turístico de nivel nacional e internacional como Valle Encantado o Valle de la Longevidad. Esta parroquia del cantón Loja, perteneciente a la Provincia de Loja se halla a 40 Km de distancia de la capital provincial; su población es de 3 930 habitantes. La superficie del Valle es de 214 km cuadrados y se caracteriza por su gran biodiversidad y las vertientes de agua mineral reconocida por su pureza, que baña los campos y que se consume por los habitantes a nivel local y regional. La altura del valle es de 1 753 msnm, posee una temperatura primaveral de alrededor de 20 grados centígrados durante todo el año<sup>1</sup>. Su población tiene un índice de pobreza que varía entre el 75% y el 90% por lo que se deduce que la población del valle sufre carencias importantes de salud, vivienda, educación y empleo.

El Hospital tienen la categoría de Hospital Básico dentro del Segundo Nivel de atención del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y como tal debe brindar atención ambulatoria, emergencia y hospitalización de corta estancia en las áreas de Medicina General, Ginecología – Obstetricia, Pediatría y Cirugía; además de

---

<sup>1</sup> Proyecto Loja Siglo XXI, Infraestructura y Equipamiento en Vilcabamba – Ecuador. UNL, 2001

cumplir acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y Odontología<sup>2</sup>. Para tal efecto dispone de: infraestructura física, personal especializado como médicos, enfermeras, tecnólogos y auxiliares de enfermería, además está provisto 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 forma 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 dirigirlos con una limitada eficiencia administrativa, por inestabilidad de directivos a nivel local, provincial y nacional. Los recursos económicos no son bien utilizados y en muchos casos se observa que 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 quirúrgicas que se presentan fuera de las urbes “importantes” del país.

Ante esta realidad se emprendió en la implementación de guías práctico clínicas en emergencias quirúrgicas y simultáneamente la capacitación del recurso humano en su uso, en el periodo mayo 2008 mayo 2009 con lo que intento resolver parte de la problemática antes observada. Al momento existe poco *conocimiento del impacto de la aplicación de dichas guías*, puesto que no se han medido 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.

---

<sup>2</sup> Manual de Organización de la Áreas de la Salud, MSP edición 1994 Quito – Ecuador.

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 resolutive de los hospitales cantonales, la variación sobre la tasa de morbilidad, mortalidad y discapacidades producto de las emergencias quirúrgicas atendidas. Las interrogantes a responder en el presente proyecto son:

**¿Con qué criterios de calidad se implementó las guías y se midió el impacto en su primera fase?**

**¿Cuál es el impacto de la aplicación de las guías?**

**¿Cuál es el mejoramiento de la capacidad resolutive?**

**¿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.

### **III. OBJETIVOS**

## **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar y fortalecer el proceso de aplicación de las guías práctico clínicas en emergencias quirúrgicas mediante la verificación de criterios de calidad de atención, en el servicio de emergencia del hospital Kokichi Otani de Vilcabamba..



## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Evaluar la calidad del proceso de aplicación de guías práctico clínicas en emergencias quirúrgicas en el Hospital Kokichi Otani.
2. Medir el impacto en la calidad de atención brindada por el 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 resolutive y capacitación continua al equipo de salud.
4. Determinar el grado de desarrollo de las capacidades del personal que ha participado en los procesos de capacitación realizados por el proyecto.

## **IV. MARCO TEÓRICO**

# 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<sup>3</sup>. 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<sup>4</sup>. En cuanto a la atención

---

<sup>3</sup> Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Cataluña (Agencia de evaluación de Tecnología Médica, AATM)

<sup>4</sup> 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.

médica de Emergencia, existe una gama muy grande de cualidades deseables entre las cuales se pueden mencionar las siguientes<sup>5</sup>:

- **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 esta 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 verás 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.

---

<sup>5</sup> Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence, 2006

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<sup>6</sup>.

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

---

<sup>6</sup> OPS: "Vigilancia Sanitaria" HSP- UNI, 1996.

(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 entre los riesgos y los beneficios. El modelo

conceptual de Donabedian abarca tres aspectos del control de la calidad: estructura, proceso y resultados<sup>7</sup>.

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 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.

---

<sup>7</sup> Revista Panamericana Salud Pública vol.8 n.1-2 Washington July/Aug. 2000.

- 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<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> 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



## CAPITULO 2

### LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS CLINICO QUIRURGICAS EN EL ECUADOR

La escasez 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 que 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<sup>9</sup>. 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 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

---

<sup>9</sup> Situación de salud Ecuador 2006, OPS/OMS representación en Ecuador, Quito, 2006 Edit. Lápiz y Papel.

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<sup>10</sup>.

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 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

---

<sup>10</sup> US Preventive Task Force. Guide to clinical preventive services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions. Baltimore: Williams and Wilkins, 1989.

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<sup>11</sup>.

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 casos con problema social)<sup>12</sup>. 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 diagnóstico, 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

---

<sup>11</sup> Ministerio de Salud de Chile. Realización de Protocolos o Guías prácticas clínicas. Santiago, 2003

<sup>12</sup> Manual de Organización de las Áreas de la Salud, MSP del Ecuador, edición 1994 Quito – Ecuador.

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 lograr una cadena de atención efectiva.

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

La OMS – OPS ha definido sus políticas de salud en los países de la región:

1. Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud;
2. Promoción de la salud;
3. Participación social en la salud;
4. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión de la salud pública;
5. Fortalecimiento de la capacidad institucional en la reglamentación y su cumplimiento en materia de salud pública;
6. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios;
7. Desarrollo y capacitación de recursos humanos en salud pública;
8. Garantía de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos;
9. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública;
10. 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<sup>13</sup>.

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, sub centros y centros de salud, cuya capacidad resolutive se limita a brindar primeros auxilios,

---

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

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 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. 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 el soporte básico vital según la gravedad del paciente. Cuando esta primera fase es exitosa incide poderosamente en la supervivencia de los graves y repercute en el rendimiento de los servicios de emergencia. Los servicios pre hospitalarios en el Ecuador son: bomberos, policía, paramédicos y socorristas que 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 son las elaboradas y sugeridas por 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<sup>14</sup>. Una guía de procedimientos clínico quirúrgico es un conjunto de aplicaciones estandarizadas desarrolladas mediante un proceso formal que incorpora la mejor evidencia científica de efectividad con asesoría experta<sup>15</sup>. Las características básicas de una guía de procedimientos clínico quirúrgico 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

---

<sup>14</sup> 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 Research & Development Service, Veteran Affairs Medical Center. Technology Assessment Program, Report n. 9. 1998.

<sup>15</sup> Practice management guidelines for nutritional support of the trauma patient The EAST Practice Management Guidelines Workgroup. 2003.



literatura, y una relación precisa entre dicha evidencia y la fortaleza de las recomendaciones de la guía de procedimiento clínico quirúrgico.

2. **Fiabilidad y Reproducibilidad:** *Fiabilidad* Con la misma evidencia científica y métodos de desarrollo de la 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.<sup>16</sup>
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.<sup>17</sup>
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.

---

<sup>16</sup> Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality Clinical Practice Guidelines. How quickly do guidelines become outdated? JAMA. 2001; 286: 161-1467.

<sup>17</sup> 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>.

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” 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 son<sup>18</sup>:

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 además de guiar hacia una mejor utilización de recursos sanitarios.
4. 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. Existen

---

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

también lineamientos respecto de las discapacidades resultantes de estados mórbidos. Al respecto OMS dice:

- “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.
- Se ha propuesto 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.”<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> 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)).

## CAPITULO 4

### 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 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 resolutoria 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<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> Servicios de atención integral para la prevención y atención de la violencia, *Dirección Normatización*, Quito, abril, 2008.

# CAPITULO 5

## TIPOLOGIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

### PRIMER NIVEL

**Puesto de Salud.** Es una unidad de salud que realiza actividades básicas de: fomento, protección, promoción y prevención de la salud, primeros auxilios acciones básicas de saneamiento ambiental y actividades con participación de la comunidad, mantiene relaciones de dependencia técnica y administrativa e informa sus actividades al sub centro de salud de la parroquia a la que pertenece; cumple con las normas y programas del MSP que le corresponden a su nivel. Se ubica en comunidades rurales con poblaciones menores a 2000 habitantes.

“Toda patología clínico-quirúrgica será enviada al centro de Salud de donde depende dicho puesto, se limita únicamente en caso de trauma a dar los primeros auxilios ya que solamente cuenta con personal auxiliar”

**Sub centro de salud.** Es una unidad operativa que realiza actividades básicas de: fomento, promoción, prevención y recuperación de la salud, incluyendo atención del parto normal de emergencia y atención odontológica si existe el recurso; promueve acciones básicas de saneamiento ambiental y actividades de participación comunitaria; cumple con las normas y programas del MSP para su nivel. Su relación de dependencia y el envío de la información son con la jefatura de área correspondiente. Se ubica en cabeceras parroquiales con poblaciones mayores a 2000 habitantes, el número de pobladores puede ser menor en el caso de las provincias Amazónicas y Galápagos.

“En lo referente a las emergencias clínico-quirúrgicas, se limita a derivar (sistema de referencia- contrareferencia) a centros de atención secundaria o primaria dependiendo del diagnóstico clínico al que ha llegado el médico que conforma la unidad, puede realizar curaciones y suturas de heridas menores, así como iniciar una resucitación primaria y estabilización del paciente en caso de trauma”

**Centro de salud.** Es la unidad operativa que brinda servicios integrados e integrales de: fomento, promoción, prevención, recuperación de la salud y atención odontológica; dispone de servicios auxiliares de diagnóstico como: laboratorio clínico y promueve acciones de saneamiento ambiental y participación social. En función de la demanda y la disponibilidad de recursos, algunos centros tienen camas de observación para atención del parto normal e hidratación oral y otros cumplen funciones de control sanitario en el caso de ser jefatura de área; su relación de dependencia es con la jefatura de área y en caso de ser tal, con la Dirección Provincial de Salud respectiva, a quien envía toda la información estadística; cumple con las normas y programas del MSP para su nivel. Se ubica en cabeceras cantonales con población de hasta 30000 habitantes “con iguales características de atención en caso de patologías clínico-quirúrgicas que el anterior”

## SEGUNDO NIVEL

**Hospital básico.** Unidad de salud que brinda atención ambulatoria, emergencia y hospitalización de corta estancia en: medicina general, gineco – obstetricia, pediatría y cirugía de emergencia; cumple acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y odontología; dispone de auxiliares de diagnóstico como laboratorio clínico e imagenología. Su tamaño depende de las características demográficas y el perfil epidemiológico de su zona de influencia; su capacidad es de 15 hasta 50 camas de dotación normal. Cumple funciones de control sanitario en el caso de ser jefatura de área e informa a la Dirección Provincial de Salud correspondiente; forma parte y es el eje del sistema de referencia y

contrareferencia de los servicios de primer nivel. Se ubica en cabeceras cantonales con poblaciones mayores a 30000 habitantes, el número de la población puede ser menor en el caso de las provincias Amazónicas y Galápagos.

**Tipo de atención.-** de atención básica a todas las patologías clínico-quirúrgicas y resuelve los procesos emergentes que no ameritan de terapia intensiva de apoyo, e inicia la estabilización y transferencia al hospital general o de tercer nivel de este tipo de pacientes, es capaz del manejo adecuado del trauma y su transferencia, si no puede el cuidado definitivo a este paciente. Atiende 24 horas del día.

**Hospital General.-** Unidad operativa que provee atención de salud ambulatoria: de especialidades, de referencia y de hospitalización en las 4 especialidades básicas de la medicina con algunas subespecialidades de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de influencia y emergencias. Dispone de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, odontología, medicina física y de rehabilitación; y realiza docencia e investigación. Excepcionalmente y en el caso de las provincias Amazónicas y Galápagos puede cumplir las funciones de Jefatura de Área. Se ubica en las capitales de provincia y cabeceras cantonales con mayor concentración poblacional.



## **V. METODOLOGÍA**

Unidad de estudio	Hospital Kokichi Otani de Vilcabamba  (Hospital básico nivel II MSP)
Lugar de estudio	Parroquia Vilcabamba Cantón y Provincia Loja
Fecha y periodo	Mayo 2007 – Abril 2010
Tipo de estudio	Transversal descriptivo en la primera fase; y, Prospectivo de intervención en la segunda fase.

## **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

### **1. CARACTERIZACION 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. ACTIVIDADES DE CAMPO

- ▶ Aplicación de instrumentos de evaluación: encuestas, entrevistas, informantes clave e historias clínicas. (Anexo 1)
- ▶ Verificación de la aplicación de las guías prácticas clínicas en emergencias, mediante: diálogo con personal 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 mismas.
- Porcentaje de atenciones realizadas según las guías implementadas.

### **3. 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 3).
- ▶ 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, tasa de mortalidad de las emergencias quirúrgicas atendidas, tasa de discapacidad temporal y permanente de los pacientes atendidos (ver anexo 2).

### **4. SOCIALIZACIÓN DE RESULTADOS**

- ▶ Elaboración del informe de evaluación.
- ▶ Construcción y socialización del plan de mejoramiento.
- ▶ Socialización del informe.

## **VI. RESULTADOS**

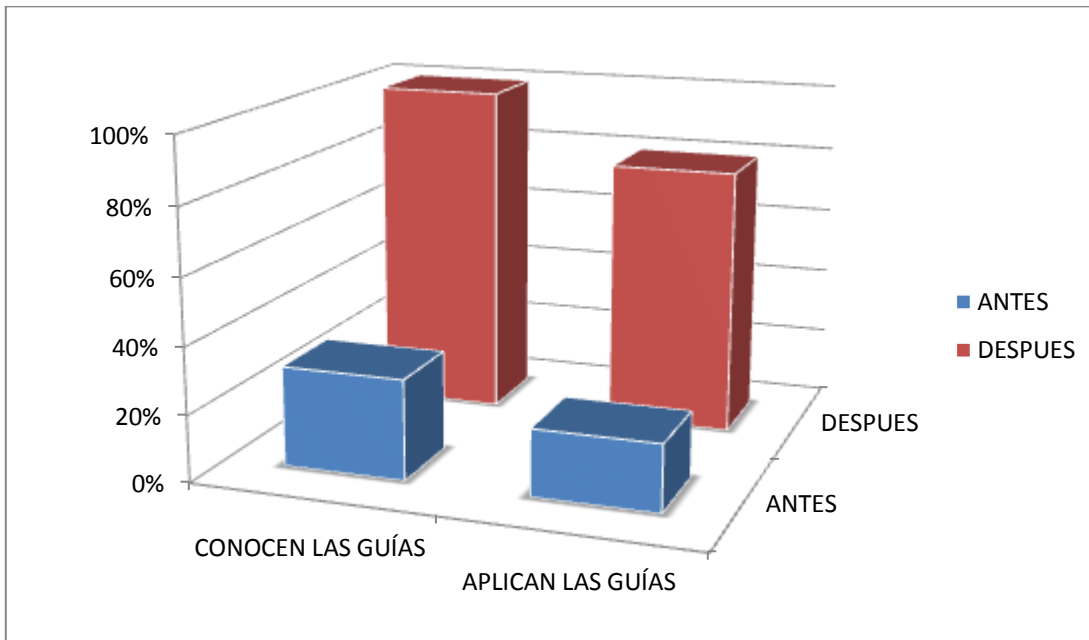
## 6.1 Caracterización de los ámbitos de intervención

(caracterización de las Guías Implementadas aplicabilidad y didáctica).

### 6.1.1 Porcentaje de médicos que conocieron y aplicaron las guías implementadas antes y después del proceso de mejoramiento.

VARIABLE	ANTES	DESPUES
% de médicos que conocen las guías	30 %	100 %
% de médicos que aplican las guías	20 %	80 %

GRAFICO 1



*Fuente: Médicos del Hospital Kokichi Otani entrevistados.  
Investigador: Gustavo Samaniego V.*

## 6.1.2 Caracterización de los profesionales que brindan atención:

6.1.2.1 Jefe de Área: Titulado como Médico General (UNL), Especialista de Cuarto Nivel en Gineco Obstetricia (UNL), Cursos de capacitación en Contratación Pública, Gerencia de Servicios de Salud y Salud Pública. Mantiene Alianzas Estratégicas con el Consejo Provincial de Loja para el diseño y construcción de la moderna área de emergencia, área de disposición de desechos hospitalarios e infraestructura para rehabilitación de discapacitados en la parroquia Vilcabamba. Además se halla desarrollando el proyecto de atención de emergencias radio integrado con unidades periféricas del área de Salud.

6.1.2.2 Coordinadora de área: Titulada como Médico General (UNL), Especialista de Cuarto Nivel en Gerencia de Servicios de Salud (UTPL), con dos años de experiencia en administración y experiencia previa en Jefatura de médicos residentes hospitalarios.

- 6.1.2.3 Cirujano líder: Titulado de Médico General (UNL), Especialista de Cuarto Nivel en Cirugía General en la Universidad de Cuenca, con 5 años de experiencia como especialista, Capacitado en ATLS, Numerosos Congresos y actualizaciones en Manejo del Trauma y Cursos de Laparoscopia Básica y avanzada. Tiene injerencia directa en el área de emergencia.
- 6.1.2.4 Médicos Residentes: El hospital cuenta con un médico residente con cuatro años de ejercicio profesional sin formación de cuarto nivel con más de dos años laborando en el Hospital de Vilcabamba y recibió la capacitación por parte de este proyecto. Tiene injerencia directa en el área de emergencia.
- 6.1.2.5 Médicos Rurales: Dos Médicos sin experiencia profesional previa (recién graduados), con cinco meses de labores en el hospital, no recibieron la instrucción de la etapa de implementación de guías. Tienen injerencia directa en el área de emergencia.
- 6.1.2.6 Enfermeras: Equipo de dos enfermeras profesionales de experiencia y dos enfermeras jóvenes rurales sin experiencia profesional con injerencia directa del área de emergencia en horario limitado a 8 horas diarias.



## 6.2 Productos de las actividades de campo.

**5.2.1 Perfil Epidemiológico de Emergencias Clínico Quirúrgicas:** Diez primeras causas de Emergencias clínico quirúrgicas atendidas en el área de emergencia del hospital Kokichi Otani de Vilcabamba en el periodo Mayo 2008- Diciembre 2009.

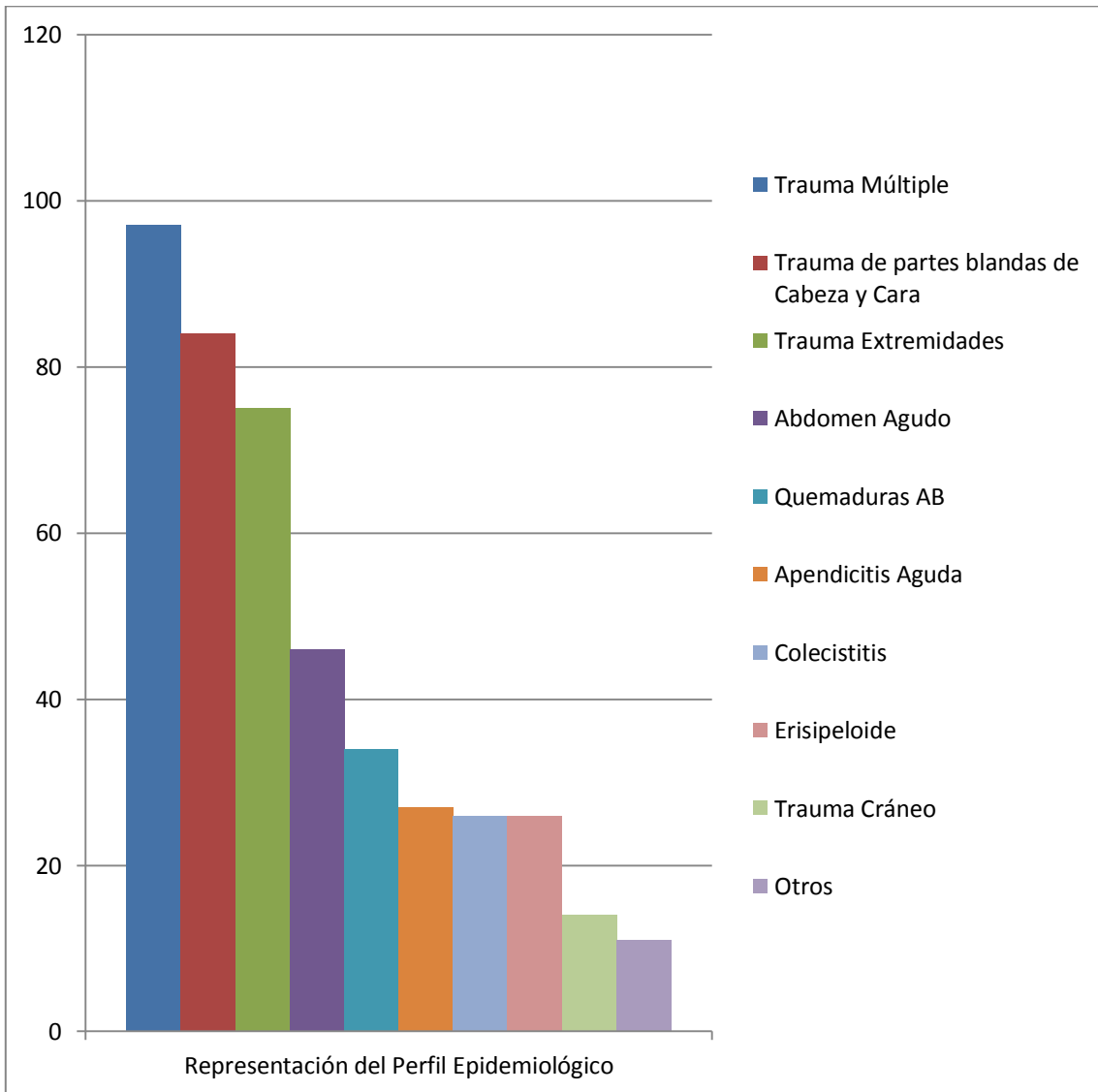
DIAGNOSTICO	# CASOS	%	CIE 10
Traumatismo que afecta múltiples partes del cuerpo	97	22.0	T00 – T07
Traumatismos de partes blandas de la cabeza y cara	84	19.0	S097
Traumatismos que afectan múltiples regiones del(os) miembro(s) superior(es) e inferior(es)	75	17.0	T006
Abdomen Agudo	46	10.4	R100
Quemadura de segundo grado en región del cuerpo no especificada	34	7.7	T302
Apendicitis Aguda	27	6.3	K35
Colelitiasis y Colecistitis	26	5.9	K80 y K800
Infección erisipeloides cutánea	26	5.9	A260
Traumatismos de cráneo	14	3,2	S020
Otros*	11	2.5	
<b>TOTAL</b>	<b>440</b>	<b>99.9</b>	

\*Incluye Pancreatitis, trauma de tórax y mordeduras de canino.

*Fuente: Archivos del Hospital Kokichi Otani  
Investigador: Gustavo Samaniego V.*

## GRAFICO 2

### PIRÁMIDE EPIDEMIOLÓGICA



*Fuente: Archivos del Hospital Kokichi Otani  
Investigador: Gustavo Samaniego V.*

**Gráfico 2:** Representación gráfica del Perfil Epidemiológico.

## 6.3 Caracterización de estándares de producción (eficiencia).

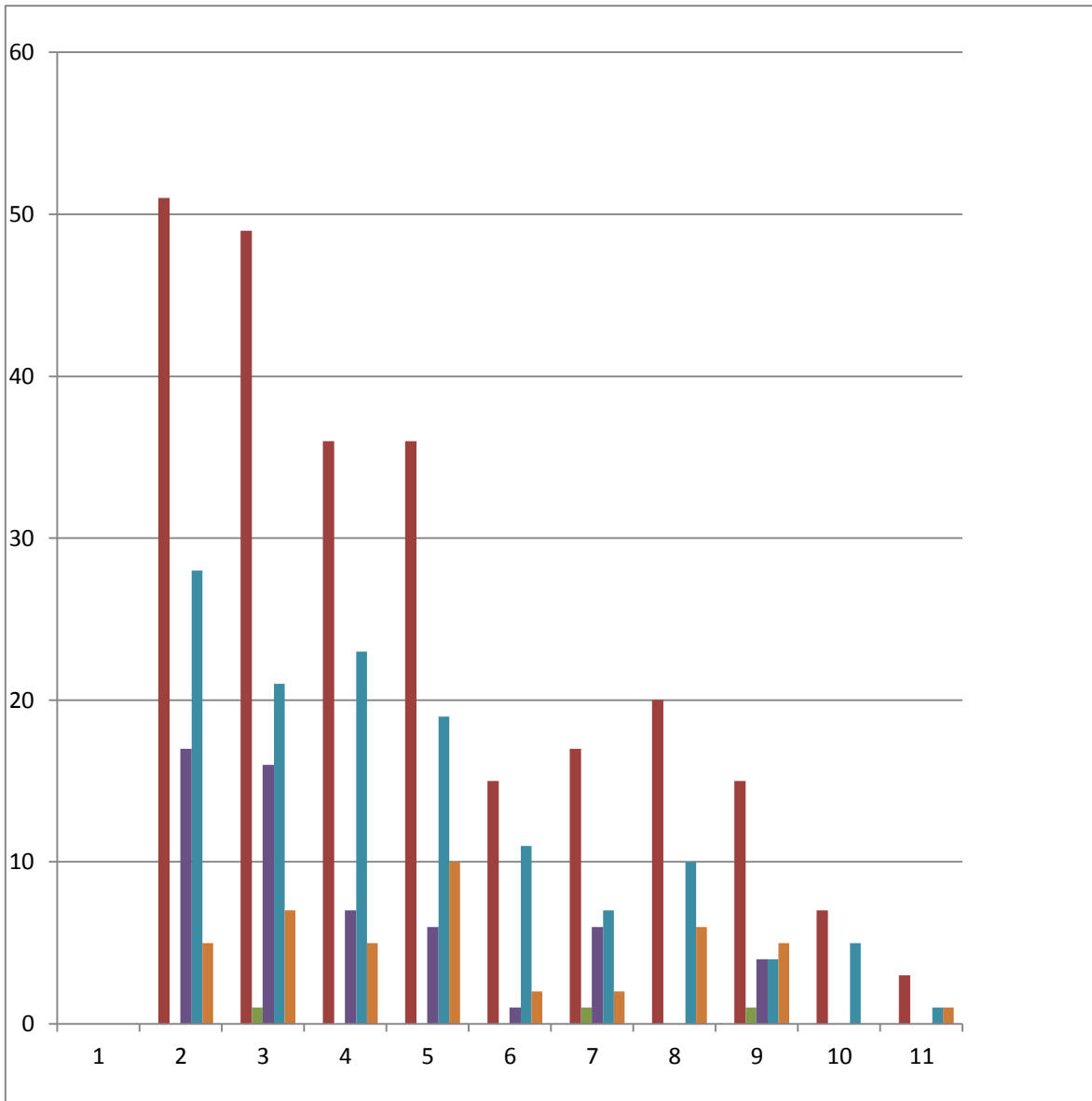
6.2.1 Principales diagnósticos en pacientes de sexo masculino por grupos etarios, atendidos en el área de emergencia en el hospital Kokichi Otani de Vilcabamba. Enero– Diciembre 2009.

PATOLOGÍAS	# Casos	≤1 año	1-14 años	15-40 años	41-60 años	≥ 61 años
1 Traumatismo que afecta múltiples partes del cuerpo	51	0	17	28	5	1
2 Traumatismos de partes blandas en la cabeza y cara	49	1	16	21	7	4
3 Traumatismos que afectan múltiples regiones del(os) miembro(s) superior(es) e inferior(es)	36	0	7	23	5	1
4 Abdomen Agudo	36	0	6	19	10	1
5 Quemadura de segundo grado en región del cuerpo no especificada	15	0	1	11	2	1
6 Apendicitis Aguda	17	1	6	7	2	1
7 Colelitiasis y Colecistitis	20	0	0	10	6	4
8 Infección erisipelode cutánea	15	1	4	4	5	1
9 Traumatismos de cráneo	7	0	0	5	0	2
10 Otros*	3	0	0	1	1	1
<b>Total de Casos</b>	<b>249</b>	<b>3</b>	<b>57</b>	<b>129</b>	<b>43</b>	<b>17</b>
<b>Porcentaje</b>	<b>100%</b>	<b>1.2%</b>	<b>22.9%</b>	<b>51.8%</b>	<b>17.2%</b>	<b>6.8%</b>

\*Incluye Pancreatitis, trauma de tórax y mordeduras de canino.

Fuente: Archivos del Hospital Kokichi Otani  
Investigador: Gustavo Samaniego V.

### GRAFICO 3



*Fuente: Archivos del Hospital Kokichi Otani  
Investigador: Gustavo Samaniego V.*

**Gráfico 3:** Distribución de patologías presentadas en pacientes de sexo masculino.

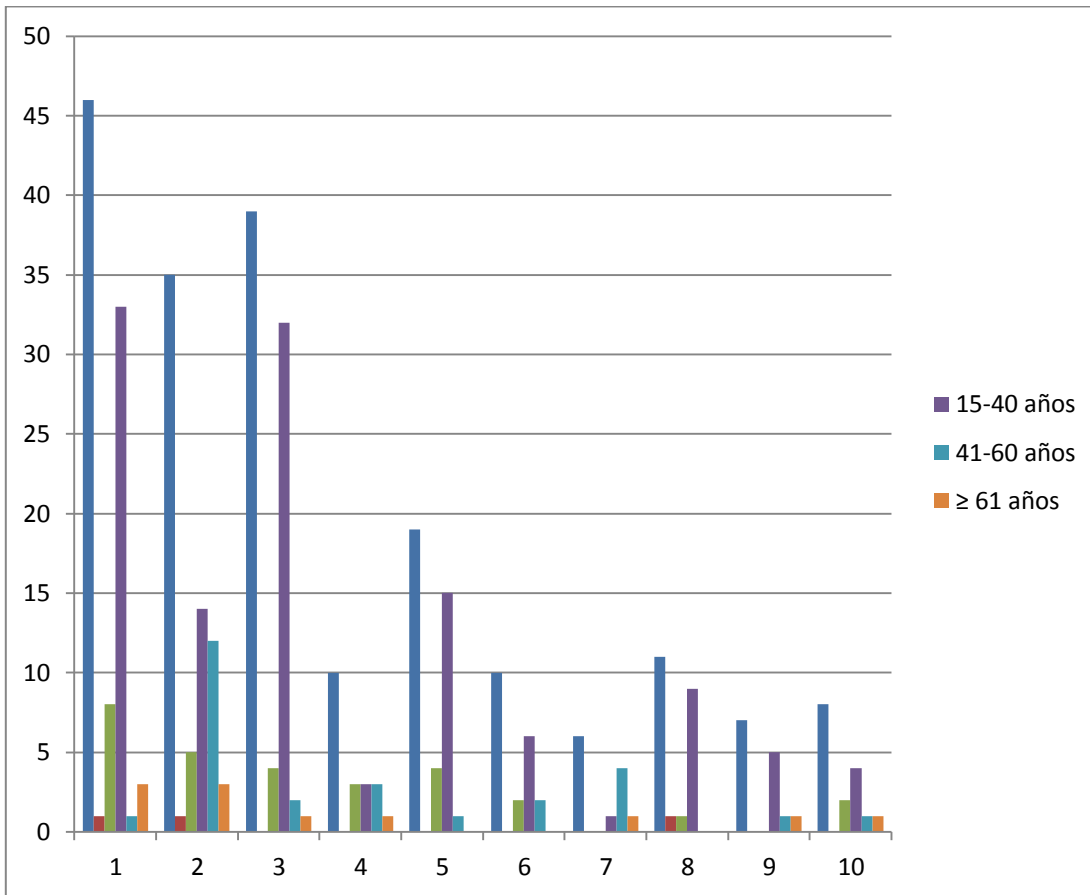
**6.2.2** Principales diagnósticos en pacientes de sexo femenino por grupos etarios, atendidos en el área de emergencia en el hospital Kokichi Otani de Vilcabamba. Enero– Diciembre 2009.

<b>PATOLOGÍAS</b>	<b># Casos</b>	<b>≤1 año</b>	<b>1-14 años</b>	<b>15-40 años</b>	<b>41-60 años</b>	<b>≥ 61 años</b>
<b>1 Traumatismo que afecta múltiples partes del cuerpo</b>	46	1	8	33	1	3
<b>2 Traumatismos de partes blandas en la cabeza y cara</b>	35	1	5	14	12	3
<b>3 Traumatismos que afectan múltiples regiones del(os) miembro(s) superior(es) e inferior(es)</b>	39	0	4	32	2	1
<b>4 Abdomen Agudo</b>	10	0	3	3	3	1
<b>5 Quemadura de segundo grado en región del cuerpo no especificada</b>	19	0	4	15	1	0
<b>6 Apendicitis Aguda</b>	10	0	2	6	2	0
<b>7 Colelitiasis y Colecistitis</b>	6	0	0	1	4	1
<b>8 Infección erisipeloides cutánea</b>	11	1	1	9	0	0
<b>9 Traumatismos de cráneo</b>	7	0	0	5	1	1
<b>10 Otros*</b>	8	0	2	4	1	1
<b>Total de Casos</b>	<b>191</b>	<b>3</b>	<b>29</b>	<b>121</b>	<b>27</b>	<b>11</b>
<b>Porcentaje</b>	<b>100%</b>	<b>1,5%</b>	<b>15%</b>	<b>63,3%</b>	<b>14,4%</b>	<b>5,7%</b>

\*Incluye Pancreatitis, trauma de tórax y mordeduras de canino.

*Fuente: Archivos del Hospital Kokichi Otani  
Investigador: Gustavo Samaniego V.*

**GRAFICO 4**



*Fuente: Archivos del Hospital Kokichi Otani  
Investigador: Gustavo Samaniego V.*

**Gráfico 4:** Incidencia de casos presentados en pacientes de sexo femenino.

**6.3.3** Transferencias Clínico Quirúrgicas de los pacientes atendidos en el área de emergencia del hospital Kokichi Otani de Vilcabamba en los periodos de *Intervención* y de *Evaluación*.

	<b>INTERVENCION MAYO 2009*</b>	<b>EVALUACION MAYO 2010**</b>
Total de pacientes atendidos en emergencia	5096	440
<b>Total de Transferencias</b>	125	38
<b>Porcentaje de Emergencias Transferidas</b>	<b>2,5 %</b>	<b>8,63 %</b>

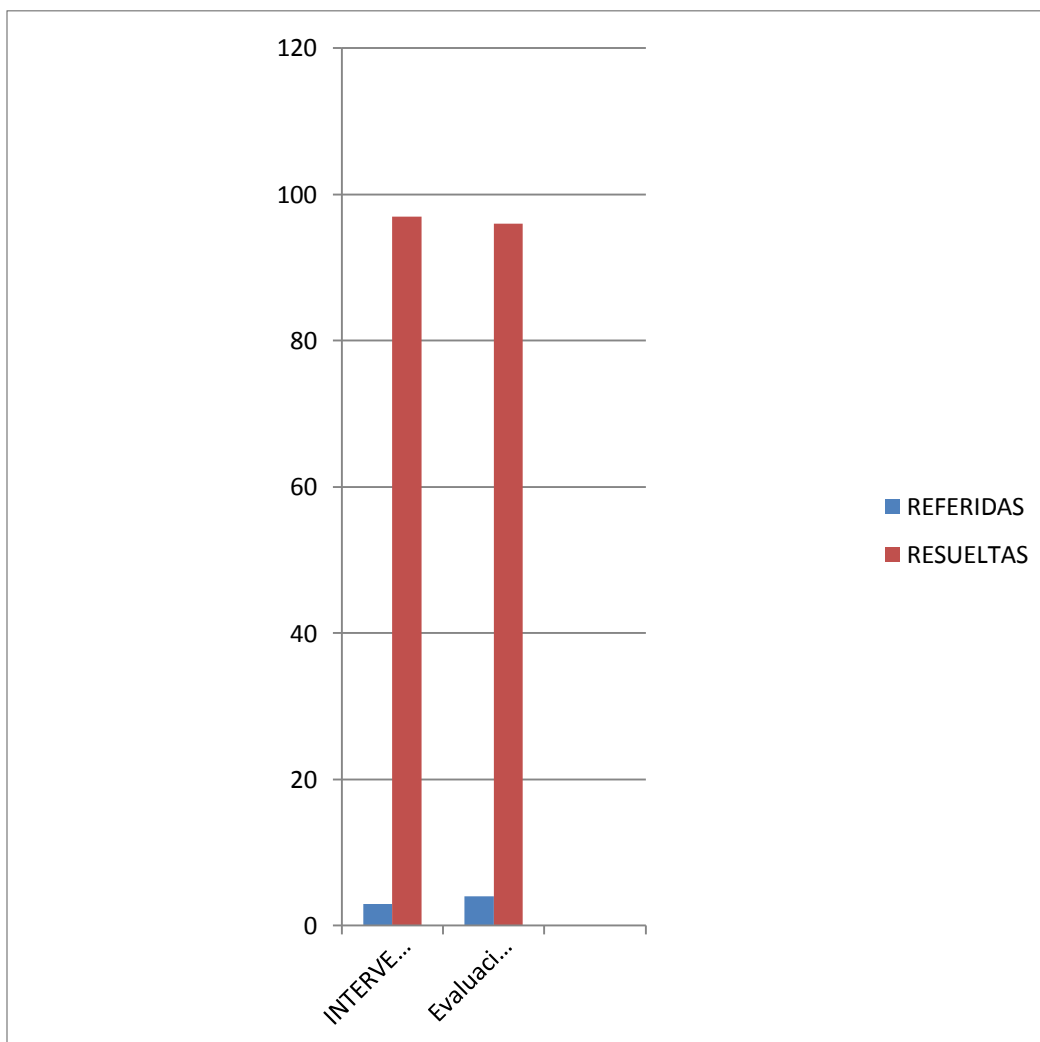
*Fuente:*

\* Sarmiento y Serrano, *Aplicación d las Guías Clínico Prácticas en Emergencias Quirúrgicas y capacitación del recurso humano en su uso en el Hospital Kokichi Otani de Vilcabamba, ASH de la UNL2009.*

\*\* Archivos del Hospital Kokichi Otani

Investigador: Gustavo Samaniego V.

**GRAFICO 5**



**Fuente:**

**\* Sarmiento y Serrano, Aplicación d las Guías Clínico Prácticas en Emergencias Quirúrgicas y capacitación del recurso humano en su uso en el Hospital Kokichi Otani de Vilcabamba, ASH de la UNL2009.**

**\*\* Archivos del Hospital Kokichi Otani**

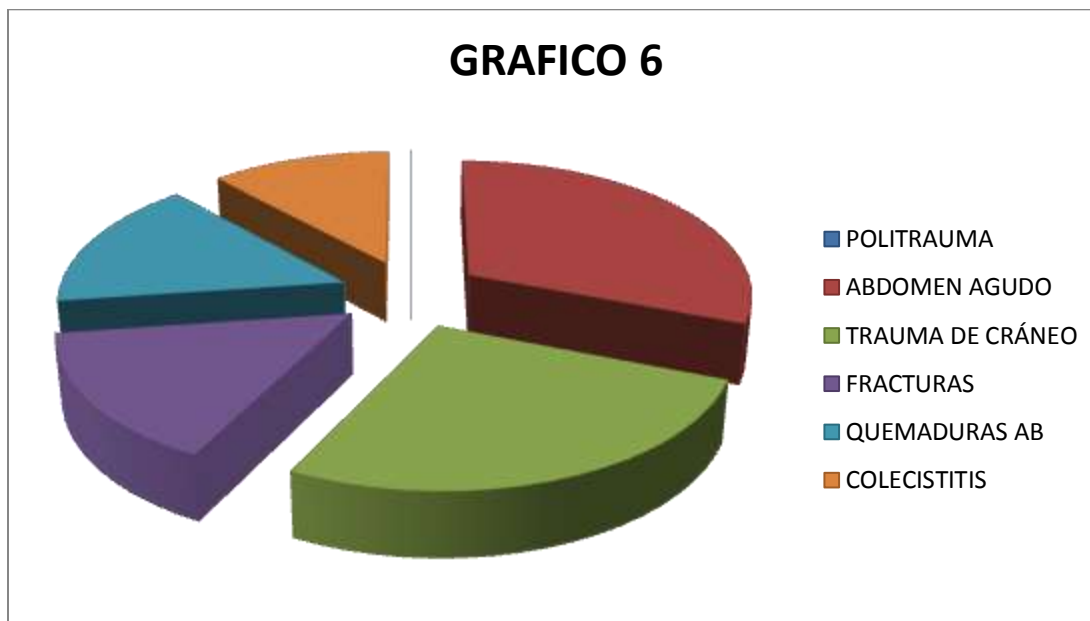
**Investigador: Gustavo Samaniego V.**



**6.3.4 Principales diagnósticos de Referencia clínico quirúrgica de pacientes del área de emergencia en el Hospital Kokichi Otani de Vilcabamba hacia el Hospital Provincial en el periodo Mayo 2009 – Mayo 2010.**

CAUSAS DE REFERENCIAS	Total	%
<b>POLITRAUMATISMO</b>	<b>12</b>	<b>31.50 %</b>
<b>TCE MODERADO Y GRAVE</b>	<b>7</b>	<b>18.40 %</b>
<b>APENDICITIS AGUDA</b>	<b>5</b>	<b>13,15 %</b>
<b>HERIDAS DE EXTREMIDADES CON FRACTURA</b>	<b>4</b>	<b>10.50 %</b>
<b>QUEMADURAS TIPO A B</b>	<b>4</b>	<b>10.50 %</b>
<b>COLECISTITIS COLELITIASIS</b>	<b>3</b>	<b>7.90 %</b>
<b>ABDOMEN AGUDO</b>	<b>3</b>	<b>7.90 %</b>
<b>Total de Transferencias</b>	<b>38</b>	<b>99.99 %</b>

*Fuente: Archivos del Hospital Kokichi Otani  
Investigador: Gustavo Samaniego V.*



*Fuente: Archivos del Hospital Kokichi Otani  
Investigador: Gustavo Samaniego V.*

## 6.4 CARACTERISTICAS Y ESTANDARES DE CALIDAD Y CALIDEZ.

### 6.4.1. Determinación del grado de satisfacción actual del Usuario del Hospital y su comparación con el periodo 2008 - 2009.

**6.4.1.1 Tabla:** Al ser Ud. (s) atendido en el hospital, ¿siente que los profesionales brindan todo de sí para ayudarle?

OPCIÓN	Periodo 2008-2009		Periodo 2009-2010	
	F	%	F	%
SI	20	100	17	85
NO	0	0	1	5
MEDIANAMENTE	0	0	2	10
TOTAL	20	100	20	100

*Fuente: Encuesta a los usuarios del Hospital Kokichi Otani  
Investigador: Gustavo Samaniego V.*

**6.4.1.2 Tabla:** A su criterio ¿los profesionales que le prestan atención a sus dolencias o a las de sus familiares en el hospital, tienen los conocimientos suficientes para ayudarle?

OPCIÓN	Periodo 2008-2009		Periodo 2009-2010	
	F	%	F	%
SI	20	100	18	90
NO	0	0	0	0
MEDIANAMENTE	0	0	2	10
TOTAL	20	100	20	100

*Fuente: Encuesta a los usuarios del Hospital Kokichi Otani  
Investigador: Gustavo Samaniego V.*

**6.4.1.3 Tabla:** Las políticas de atención que tiene el hospital ¿son adecuadas para ayudar al tratamiento de las emergencias que se atienden ahí?

OPCIÓN	Periodo 2008-2009		Periodo 2009-2010	
	F	%	f	%
SI	15	75	18	90
NO	5	25	0	0
MEDIANAMENTE	0	0	2	10
TOTAL	20	100	20	100

*Fuente: Encuesta a los usuarios del Hospital Kokichi Otani  
Investigador: Gustavo Samaniego V.*

**6.4.1.4 Tabla:** Cuando Ud. Acude al hospital para ser atendido en emergencia, el tiempo que pasa hasta que sea atendido es:

OPCIÓN	Periodo 2008-2009		Periodo 2009-2010	
	F	%	F	%
MÍNIMO ( $\leq 5$ MIN)	2	10	2	10
MEDIANO (5-15 MIN)	18	90	18	90
MÁXIMO ( $\geq 15$ MIN)	0	0	0	0
OTROS	0	0	0	0
TOTAL	20	100	20	100

*Fuente: Encuesta a los usuarios del Hospital Kokichi Otani  
Investigador: Gustavo Samaniego V.*

**6.4.1.5** **Tabla:** ¿Se siente conforme con el tipo de atención que se brindan en el hospital de su área?

OPCIÓN	Periodo 2008-2009		Periodo 2009-2010	
	F	%	f	%
SI	18	90	18	90
NO	0	0	0	0
MEDIANAMENTE	2	10	2	10
TOTAL	20	100	20	100

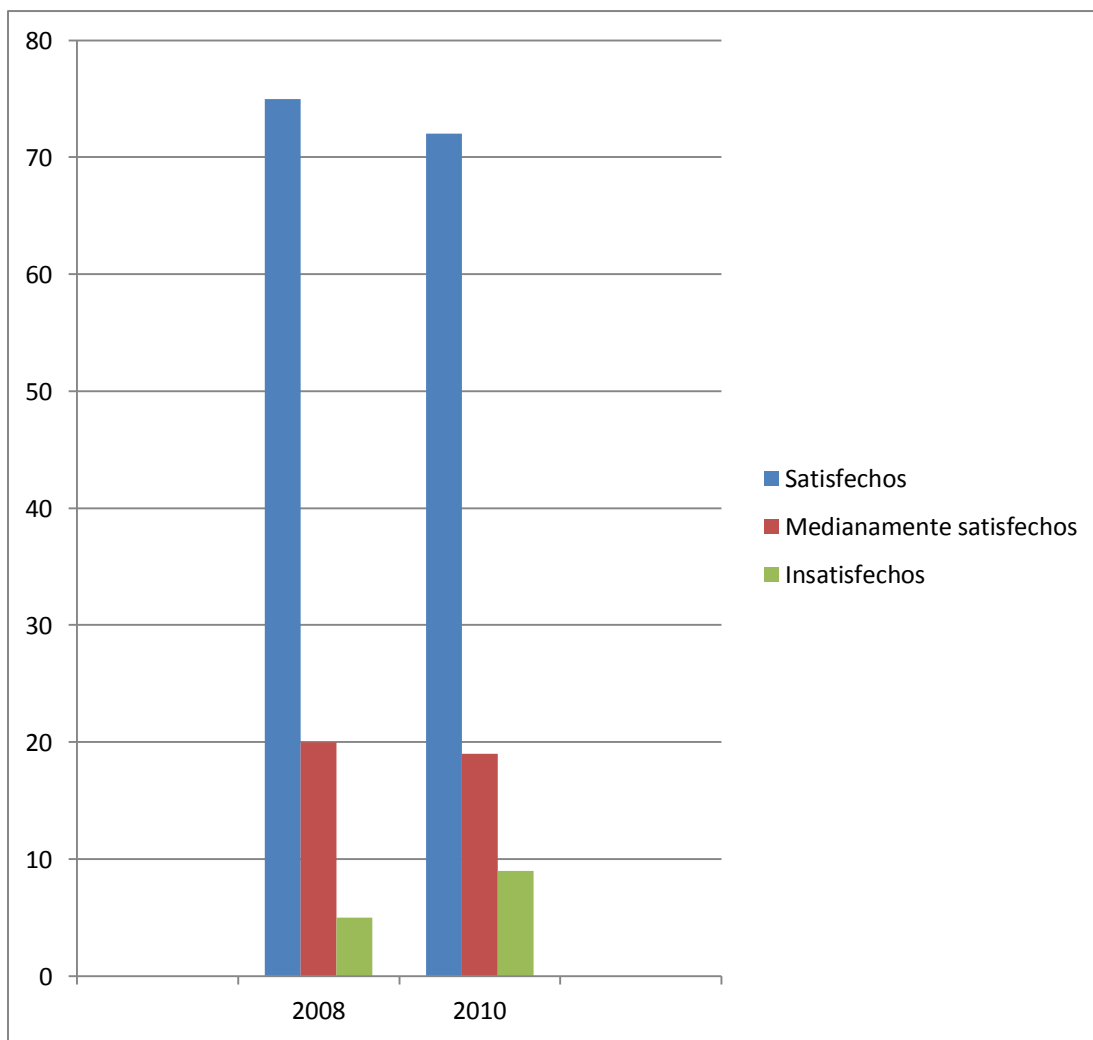
*Fuente: Encuesta a los usuarios del Hospital Kokichi Otani  
Investigador: Gustavo Samaniego V.*

**6.4.1.6** Grado de satisfacción actual de los usuarios por la atención recibida en el Hospital y su comparación con la satisfacción medida en la primera evaluación (mayo 2009), calculada en base a los resultados de la encuesta a los usuarios.

GRADO DE SATISFACCION	% anterior	% actual
<b>Satisfechos</b>	75	72
<b>Medianamente satisfechos</b>	20	19
<b>Insatisfechos.</b>	5	9
<b>TOTAL</b>	100	100

*Fuente: Encuesta a los usuarios del Hospital Kokichi Otani  
Investigador: Gustavo Samaniego V.*

## GRAFICO 7



*Fuente: Encuesta a los usuarios del Hospital Kokichi Otani  
Investigador: Gustavo Samaniego V.*

**Gráfico 7:** Porcentaje de usuarios satisfechos por la atención recibida en el Hospital Kokichi Otani en el año 2008 y 2010.

#### 6.4.2 Porcentaje de emergencias resueltas en los últimos cuatro años.

	Periodo			Periodo de Fortalecimiento
	Año 2007*	Año 2008*	Año 2009	Enero 2010 Agosto 2010
<b>Total de pacientes atendidos en emergencia</b>	5096	5990	440*	530*
<b>Total de Referencias Registradas en Archivo del Hospital.</b>	125	183	38*	32*
<b>Emergencias resueltas en la institución</b>	4971	5807	402*	498*
<b>Porcentaje de emergencias resueltas en la institución.</b>	<b>95,93 %</b>	<b>96,73 %</b>	<b>91,37 %</b>	<b>93,97 %</b>
<b>Porcentaje de emergencias referidas</b>	<b>4,07%</b>	<b>3,27%</b>	<b>8,63%</b>	<b>6,03%</b>

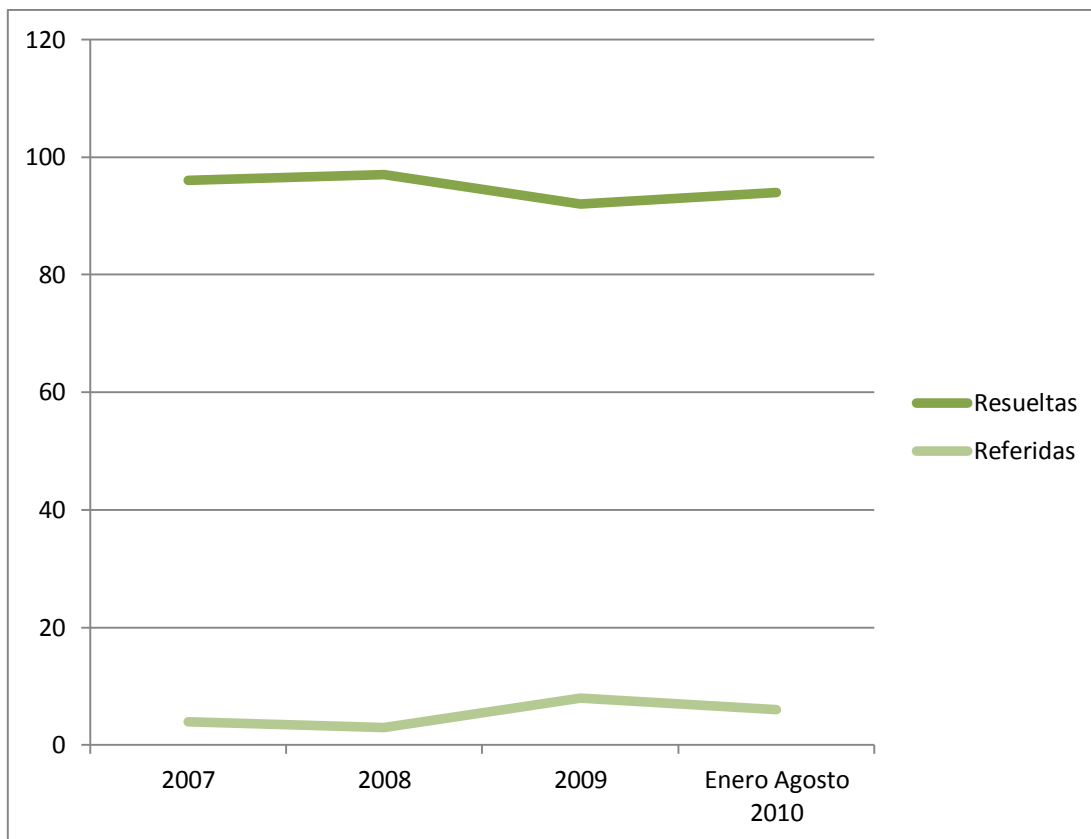
**Fuente:**

\*Dato obtenido por el Autor.

\*Tesis de Grado Implementación de Guías de Práctica Clínica y capacitación del recurso Humano en su uso en el Hospital Kokichi Otani de los autores Sarmiento y Serrano.

**Investigador:** Gustavo Samaniego V.

## GRAFICO 8



Fuente:

*\*Dato obtenido por el Autor.*

*\*Tesis de Grado Implementación de Guías de Práctica Clínica y capacitación del recurso Humano en su uso en el Hospital Kokichi Otani de los autores Sarmiento y Serrano.2009*

*Investigador: Gustavo Samaniego V.*

**Gráfico 8:** Tendencias que ha tenido desde el año 2007 al 2010, el porcentaje de emergencias resueltas en el Hospital Kokichi Otani y el porcentaje de casos referidos a hospitales de la ciudad Loja.

### 6.4.3 Caracterización de reuniones de capacitación realizadas en el año 2009.

<b>Fecha de Reunión de Capacitación.</b>	<b>Temática desarrollada</b>	<b>% de personal asistente</b>	<b>Responsable</b>
<b>Junio 2009</b>	Manejo de Desechos Hospitalarios	100 % (auxiliares)	Instructor Invitado
<b>Junio 2009</b>	Manejo de instrumental Hospitalario	100 % (auxiliares)	Instructor invitado
<b>Julio 2009</b>	Manejo de Líquidos Parenterales	100 % (médicos)	Cirujano Líder.
<b>Agosto 2009</b>	Temas de ATLS	100 % (médicos)	Cirujano Líder.

*Fuente: Registros del Hospital Kokichi Otani  
Investigador: Gustavo Samaniego V.*

**Tabla 3.4** Detalle de las reuniones de capacitación al personal del Hospital Kokichi Otani en el año 2009.



#### 6.4.4 Tasa de mortalidad especifica de emergencias atendidas.

**# de fallecidos por una causa especifica X 100**  
**Número de atenciones**

DIAGNOSTICO	Número de Fallecidos en emergencia del Hospital	Tasa de Mortalidad especifica.
TCE Grave	2	0,45
Politraumatismo	2	0,45
TOTAL	4	

*Fuente: Estadística del Hospital Kokichi Otani*  
*Investigador: Gustavo Samaniego V.*

**GRAFICO 9**



*Fuente: Estadística del Hospital Kokichi Otani*  
*Investigador: Gustavo Samaniego V.*

## **VII. DISCUSIÓN**

El porcentaje de médicos que conocían las guías clínico quirúrgicas y las ponían en práctica antes del proceso de evaluación era del 30% y del 20% respectivamente. Ambos porcentajes aumentaron al 100% y 80% luego de implementar el proceso de fortalecimiento (gráfico 1).

En la representación grafica del nuevo perfil epidemiológico obtenido (gráfico 2), nótese que la pirámide toma una forma estadísticamente correcta y refleja que la aplicación de codificación CIE 10 evitó el sub registro. Los traumatismos en general ocupan los primeros puestos en incidencia. Se observa que el trauma es menos frecuente en el sexo femenino, sin embargo de aquello, no deja de ser la primera causa de consulta en emergencia en este género.

El poli trauma y el traumatismo de cráneo suman alrededor del 50% de casos referidos (gráfico 6). Otras causas frecuentes de referencia son: abdomen agudo y otros traumatismos con fracturas y quemaduras, lo cual confirma que el manejo del trauma como tal, es una materia a mejorar en el hospital estudiado. Las tendencias que ha tenido desde el año 2007 al 2010, el porcentaje de emergencias resueltas versus el porcentaje de casos referidos a hospitales de la ciudad Loja (gráfico 5 y gráfico 8), demuestran que a pesar de la capacitación realizada y del proceso de mejoramiento, se mantienen similares proporciones de casos resueltos y referidos.

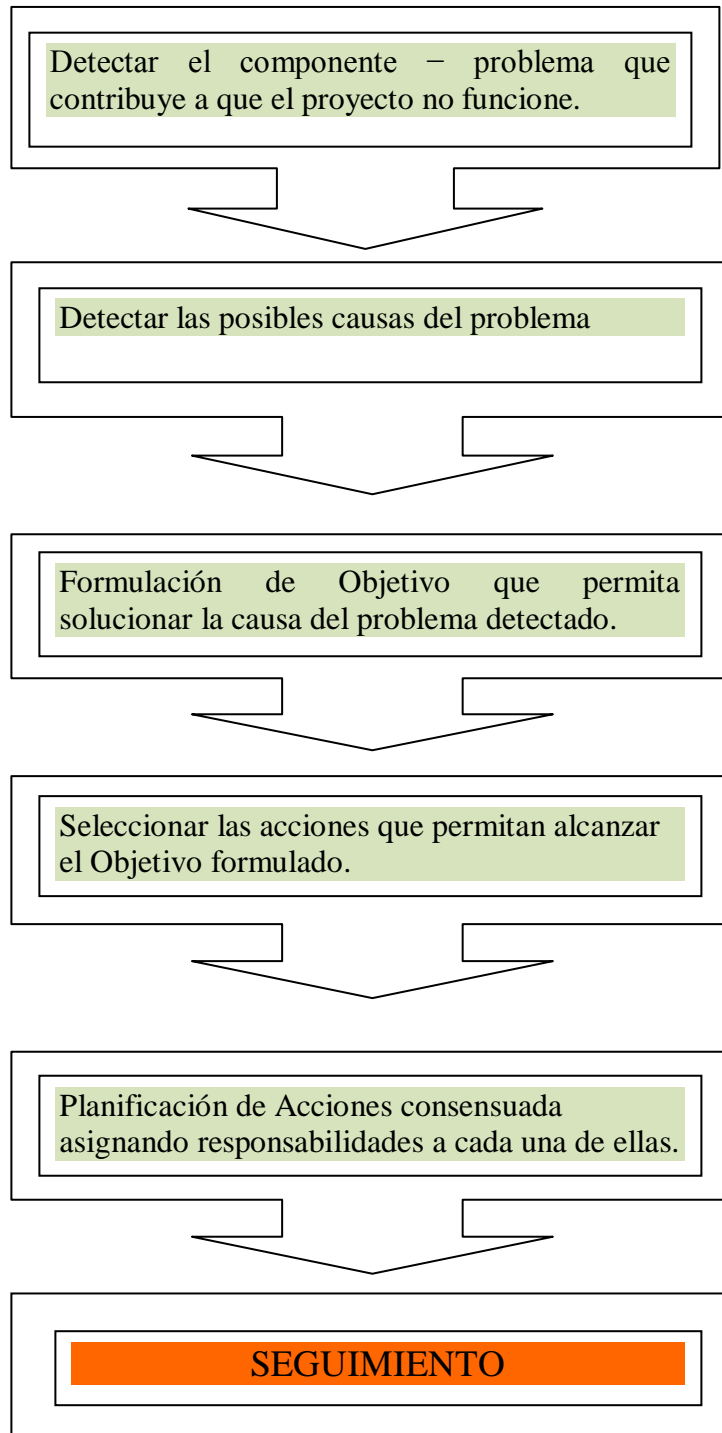
Cabe destacar que el servicio de emergencia del hospital a tenido un sensible aumento de la demanda de atención médica en el último año y a pesar de ello el porcentaje de usuarios satisfechos por la atención recibida en el hospital, no sufrió modificación significativa respecto al periodo pre intervención (gráfico 7). También debemos comentar la llamativa discordancia entre los datos obtenidos por este autor y aquellos que presentaron otros autores de tesis anteriores.

Las temáticas escogidas para ser analizadas en reuniones de capacitación en el año 2009 y la acogida que han tenido en el personal del Hospital Kokichi Otani ha sido una fortaleza, sin embargo hay que decir que la rotación anual de personal de médicos y enfermeras rurales hace estéril el intento de capacitar y mantener un equipo de salud actualizado en el manejo de emergencias clínico quirúrgicas.

Finalmente debemos señalar que nuestra iniciativa trató de ser un aporte que forme parte de un esfuerzo mancomunado entre la academia, la autoridad de salud y la comunidad, para mejorar una realidad de atención médica del hospital cantonal, esto en el marco de "propiciar un escenario favorable y compatible" con el Sistema Nacional de Salud que trata de implementar un modelo sugerido por OPS OMS en países en vías de desarrollo. Sin embargo se ha visto truncada por el desinterés y falta de empoderamiento de la Dirección Provincial de Salud, que contraria a la política antes indicada no ha participado de nuestra propuesta.

## **VIII. PLAN DE MEJORAS**

## SECUENCIA GENERAL DEL PLAN DE MEJORAS.



<b>Componente 1:</b>	<i>Bajo porcentaje de médicos que recibieron la capacitación, permanecen en la institución.</i>
<b>Causa del problema</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotación anual de médicos rurales</li> </ul>
<b>Objetivo de solución</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con personal capacitado con estabilidad laboral</li> </ul>
<b>Acciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repetir cada 6 meses la capacitación.</li> <li>• Sugerir al MSP, estabilidad laboral para el equipo de emergencia del hospital.</li> <li>• Capacitación en manejo del trauma según las guías implementadas, como parte del pensum de estudios de pregrado, internado rotativo y curso pre medicatura rural.</li> </ul>
<b>Seguimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ASH UNL</b></li> <li>• <b>Dirección Provincial de Salud</b></li> <li>• <b>Veeduría ciudadana.</b></li> </ul>

*Elaborado por: Gustavo Samaniego V*

<b>Componente 2:</b>	<i>Atención de cirujano especialista limitada a ocho horas diarias de lunes a viernes, existiendo demanda de atención 24 horas diarias los 365 días del año.</i>
<b>Causa del problema</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El hospital cuenta con un solo cirujano de planta con un horario de labores limitado.</li> </ul>
<b>Objetivo de solución</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliar la cobertura de atención médica especializada clínico quirúrgica.</li> </ul>
<b>Acciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar al postgrado de Cirugía General, la asignación rotativa de residentes capacitados para apoyar al hospital en horarios de déficit.</li> </ul>
<b>Seguimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ASH UNL</b></li> <li>• <b>Dirección Provincial de Salud</b></li> <li>• <b>Veeduría ciudadana</b></li> </ul>

<b>Componente 3:</b>	<b>Falta apoyo diagnóstico de laboratorio e imagen a tiempo completo.</b>
<b><i>Causa del problema</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horarios de los tecnólogos de laboratorio y de Rx son insuficientes</li> </ul>
<b><i>Objetivo de solución</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliar la disponibilidad de medios diagnósticos complementarios de laboratorio y Rx las 24 horas del día.</li> </ul>
<b><i>Acciones</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar al ASH UNL, personal capacitado del nivel de pregrado, laboratorio clínico y Rx. que apoye al hospital en horario de déficit.</li> </ul>
<b><i>Seguimiento</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ASH UNL</b></li> <li>• <b>Dirección Provincial de Salud</b></li> <li>• <b>Veeduría ciudadana</b></li> </ul>

*Elaborado por: Gustavo Samaniego V*

<b>Componente 4:</b>	<b>Insuficiente apoyo de enfermería en Emergencia.</b>
<b><i>Causa del problema</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exiguo número de personal de enfermería</li> </ul>
<b><i>Objetivo de solución</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con personal de enfermería las 24 horas del día en el servicio de emergencia.</li> </ul>
<b><i>Acciones</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar al ASH UNL por intermedio de la Carrera de Enfermería, personal capacitado de internado para apoyar en turnos rotativos.</li> <li>• Priorizar la contratación de enfermeras profesionales para emergencia.</li> </ul>
<b><i>Seguimiento</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ASH UNL</b></li> <li>• <b>Dirección Provincial de Salud</b></li> <li>• <b>Veeduría ciudadana</b></li> </ul>



## **VIII. CONCLUSIONES**

Al concluir el presente trabajo hemos obtenido las siguientes conclusiones:

**8.1 Respeto a la calidad de atención de emergencias quirúrgicas según las Guías:**

- 8.1.1 Los profesionales que atienden las emergencias quirúrgicas en el hospital son: dos médicos y dos enfermeras rurales sin experiencia laboral, los mismos que no recibieron la capacitación y que están bajo la supervisión de un Cirujano General en horas de oficina.
- 8.1.2 La gran mayoría del personal capacitado en la etapa anterior del macro proyecto, hoy no labora en la institución.
- 8.1.3 A pesar de la capacitación realizada y del proceso de mejoramiento, el porcentaje de atenciones médicas de emergencia atendidas según las Guías implementadas, es mínimo.

**8.2 En cuanto al impacto en la calidad de atención brindada:**

- 8.2.1 No hemos evidenciado una variación significativa en el porcentaje de referencias hacia el hospital provincial respecto a mediciones de años anteriores.
- 8.2.2 El grado de satisfacción del usuario no ha sufrido cambios significativos respecto al medido en la etapa anterior de esta investigación.

### **8.3 En relación al grado de desarrollo de capacidades del personal.**

8.3.1 El grado de desarrollo de experticias de quienes atienden emergencias clínico quirúrgicas hoy en día, es incipiente.

## **IX. RECOMENDACIONES**

**Y**

## **PROPUESTAS**

# RECOMENDACIONES

## **Al Director/a Provincial de Salud de Loja *recomendamos:***

1. Empoderarse del presente macro proyecto.
2. Incluir la temática de manejo del trauma según las guías práctico clínicas en el curso pre rural y motivar a los médicos rurales a ponerlas en práctica.
3. Brindar estabilidad laboral al equipo médico encargado de la atención de emergencia en los hospitales de la provincia, lo cual permitirá el desarrollo de experticias y la elevación de la capacidad resolutive de las casas de salud.
4. Exigir un correcto y obligatorio registro de los diagnósticos según el CIE-10, que permita actualizar el perfil epidemiológico de los hospitales de la provincia periódicamente.

## **Al Director del Hospital Kokichi Otani de Vilcabamba *recomendamos:***

1. Fortalecer el equipo médico que atiende las emergencias en la institución, estableciendo el nombramiento honorífico del Cirujano General del hospital como **médico líder** del equipo de emergencia.
2. Dar prioridad a la contratación de médicos y enfermeras profesionales, uno o dos en cada caso, para cumplir turnos rotativos de atención necesarios para cubrir 24 horas los 365 días del año.

# PROPUESTAS

***Al Director del Área de la Salud Humana de la UNL, Coordinador de la Escuela de Medicina y Coordinador de Internado Rotativo, proponemos:***

- 1. Incluir en el pensum de pregrado en sus respectivos niveles, la temática de "Manejo del paciente politraumatizado" según las guías práctico clínicas, estableciendo así un programa de capacitación que de énfasis al manejo de patologías que aparecen en el perfil epidemiológico de hospitales de la provincia de Loja.*

***Al Director del Área de la Salud Humana de la UNL proponemos:***

- 2. Solicitar a la representante del nivel de pre grado, personal en ultimo año de formación en Rayos X, Enfermería y Laboratorio Clínico, para apoyar al Hospital Kokichi Otani en horas de déficit de personal.*
- 3. Establecer esta iniciativa como prioridad institucional.*

***Al Director del Hospital Kokichi Otani de Vilcabamba proponemos:***

- 1. Instituir un correcto y obligatorio registro de los diagnósticos en emergencia según el CIE-10, que permita actualizar el perfil epidemiológico del servicio de emergencia periódicamente.*

## **X. BIBLIOGRAFÍA**

1. Bagnall A-M, Jones L, Richardson G, Duffy S, Riemsma R. Effectiveness and cost effectiveness of acute hospital-based spinal cord injuries services: systematic review. *Health Techno Assess* 2003; 7(19).
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. Bracken MB. Esteroides para la lesión medular aguda (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
4. Canadian Association of Emergency Physicians. A treatment option. *Canadian Association of Emergency Physicians* Vol. 5 No. 1, January 2003.
5. Categorías adaptadas de: A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. Robin Harbour and Juliet Miller. *BMJ* 2001; 323: 334-336.
6. Coad A.: Managing medical wastes in developing countries, WHO/PEP/RUD/94.1 OMS, Ginebra, 1994.
7. Cooperación Suiza para el Desarrollo COSUDE, Instructivo y Formularios de Evaluación, Comité Interinstitucional de la Gestión de Manejo de Desechos, Dirección de la Salud Ambiental, MSP y Fundación Natura.
8. Definición de cuidados de emergencia (emergente). Plan de Salud HIP de Nueva Cork. Acceso Nov. 3, 2005.
9. Definition EMT-Basic: EMT- Paramedic; BLS and ACLS Support in definitions of ambulant services accessed. Nov. 6, 2005.
10. 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.



11. Goodman C. Literature Searching and evidence interpretation for assessing health care practices. The Swedish on Technology Assessment in Health Care. 1993.
12. La Rosa G, Conti A, Cardali S, Cacciola F, Tomasello F. Does early decompression improve neurological outcome of spinal cord injured patients? Appraisal of the literature using a meta-analytical approach. *Spinal Cord*. 2004 Sep; 42(9):503-12.
13. 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.
14. Management guidelines workgroup, Practice management guidelines for nutritional support of the trauma patient the east. 2003.
15. Manual de Organización de la Áreas de la Salud, MSP edición 1994 Quito – Ecuador.
16. Manual de Organización de las Áreas de Salud, edición 1994 pp. 12-14.
17. Manual de Organización de las Áreas de Salud, edición 1994, pp. 15-17.
18. Ministerio de Salud de Chile. Archivos de realización de Protocolos o Guías prácticas clínicas.
19. Navarro Puerto MA, Ruiz Romero F, Reyes Domínguez A, Gutiérrez Ibarlucea I, Hermosilla Gago T, Alonso Ortiz del Río C, et al. ¿Las guías que nos guían son fiables? Evaluación de las guías de práctica clínica españolas. *Rev. Clin. Esp.* 2005; 205:533-40.
20. OPS: “Vigilancia Sanitaria” HSP- UNI, 1996.
21. 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.
22. Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence, Oxford, 2006.
23. Plan de Desarrollo Nacional 2007 – 2010, Calidad y Esperanza de vida de la Población, Gobierno Nacional del Ecuador, Quito, 2007.

24. Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos. ATLS. Generalidades del curso: Propósito, Historia y Conceptos del Programa ATLS para Médicos Séptima edición, 2005, pp. 1-9.
25. Proyecto Loja Siglo XXI, Infraestructura y Equipamiento en Vilcabamba – Ecuador. UNL, 2001.
26. Romero A. Como diseñar un plan de implementación de una guía de prácticas clínicas REDEGUIAS- Guías Salud, 2005. <http://www.guiasalud.es>
27. Romero A. Como diseñar un plan de implementación de una guía de prácticas clínicas REDEGUIAS- Guías Salud, 2005.
28. 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 Otani de Vilcabamba, ASH de la UNL 2008.
29. Servicios de atención integral para la prevención y atención de la violencia, Dirección Normatización, Quito, abril 2008.
30. Situación de salud Ecuador 2006, OPS/OMS representación en Ecuador, Quito, 2006 Edit. Lápiz y Papel.
31. Standard terminology. Accessed Nov 6, 2005. Available at:
32. US Preventive Task. Guide to clinical preventive services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions. Baltimore: Williams and Wilkins, 1989.
33. Validity of the Agency for Healthcare Research and quality Clinical Practice Guidelines. How quickly do guidelines become outdated? JAMA. 2001; 286: 161-1467.
34. Verlaan JJ, Diekerhof CH, Buskens E, van der Tweel I, Verbout AJ, Dhert WJ, Oner FC. Surgical treatment of traumatic fractures of the thoracic and lumbar spine: a systematic review of the literature on techniques, complications, and outcome. Spine. 2004 Apr 1;29(7):803-14. Review.
35. ZABALA, Marcia, Manual para el manejo de desechos en establecimientos de salud, OPS, Fundación Natura, Pags 11 – 100, Folleto único 1997.

## **XI. ANEXOS**

## ANEXO 1

### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

Sr. (a) Usuario(a), del Hospital Kokichi Otani de Vilcabamba:

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

Si..... No..... medianamente.....

2. 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.....

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

Si..... No.....

4. ¿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)

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

Si..... No..... Medianamente

## ANEXO 2

### Matriz de indicadores de Rendimiento

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 resolutive por especialidad.	Estadística del hospital	Contabilización de casos.
Porcentaje de emergencias quirúrgicas resueltas en el hospital	Mide la capacidad resolutive 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 resolutive global del servicio frente a la demanda	Estadística del hospital	No. de transferencias / No. de atenciones realizadas x 100
Tasa y distribución porcentual de las principales causas de mortalidad por emergencias quirúrgicas	Mide el riesgo de morir por causas específicas consideradas emergencias quirúrgicas	Estadística del hospital.	Muertes por causas de emergencias quirúrgicas específicas/ total de muertes por emergencias quirúrgicas atendidas x 100
Tasa y distribución porcentual de las principales causas de discapacidad por diagnóstico – 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 específicas de emergencias quirúrgicas / total atenciones x 100

### ANEXO 3

#### Matriz de indicadores de Calidad de atención.

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	Refleja el interés de los directivos por capacitar al personal	Informantes clave y 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