UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

AREA DE SALUD HUMANA

ESCUELA DE POSGRADO UNIVERSITARIO.

ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA

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

"APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS Y CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN SU USO EN EL HOSPITAL "CANTONAL ALAMOR"

COORDINADOR GENERAL:

Dr. Nelson Samaniego Idrovo

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Daniel Reyes

AUTOR:

Dr. Iván Mauricio Capa Ocampo

(ivancapa@hotmail.com. móvil: 091933222)

LOJA- ECUADOR

MAYO DEL 2.009

Los conceptos y resultados obtenidos y presentados en este trabajo investigativo, son de exclusiva responsabilidad del Autor.

AGRADECIMIENTO

Dejo constancia de mi reconocimiento al Personal de Salud del Hospital Cantonal de Alamor, por su apoyo y participación desinteresada, ya que gracias a ello fue factible la capacitación del recurso humano, así como la aplicación de las Guías de práctica clínica en emergencias quirúrgicas, con el propósito de mejorar la atención especialmente en el servicio de emergencia en bien de los pacientes que requieren una actuación rápida.

DEDICATORIA

A nuestros familiares,
amigos y colegas profesionales.
A nuestros compañeros de
trabajo.
A todos aquellos profesionales que en forma
abnegada laboran en los Servicios de
Urgencias y Emergencias de los Hospitales
Básicos de la provincia de Loja.

INDICE DE CONTENIDOS

Certificaciones ……... ……. ii

Autoría …… iv

Agradecimiento ……..…….. 5

Dedicatoria …… 6

I. Resumen…….. 9

II. Introducción …….. 14

III. Revisión de Literatura …… 18

Urgencias y emergencias ……..….. 18

Licenciamiento de las áreas de salud …… 25

Tipología de los servicios de salud en el MSP del Ecuador …….. 26

Primer Nivel ……..… 26

Segundo Nivel …… 27

Tercer Nivel …….. 29

Las Guías de práctica clínica …… 30

Definición y Objetivos …… 30

Características …… 31

Fiabilidad y reproductibilidad …… 31

Aplicabilidad clínica …… 31

Fases: preparación, análisis crítico, difusión, evaluación ……. 33

IV. Metodología …….. 41

Técnicas e instrumentos …… 41

Procedimiento …….. 42

V. Resultados …… 47

VI. Discusión …….. 106

VII. Conclusiones …….. 110

VIII. Recomendaciones y Propuestas …….. 114

IX. Bibliografía …… 120

X. Anexos …… 125

I. RESUMEN

RESUMEN

El presente trabajo es de tipo prospectivo, intervencionista, y transversal que constituye la aplicación de Guías ya elaboradas, directrices claras e importantes en su adaptación, para conocer e interpretar la capacidad resolutiva del Hospital nivel II de Alamor frente a la demanda de emergencias Clínico-Quirúrgicas de la población, e implementar la adaptación de Guías de práctica clínica en emergencias quirúrgicas de la OMS.

Una guía de procedimientos clínico quirúrgicos, constituye un conjunto de aplicaciones estandarizadas, desarrolladas mediante un proceso formal que incorpora la mejor evidencia científica de efectividad, con asesoría experta. Las Guías para la decisión en procedimientos clínico-quirúrgicos, surgen por la necesidad de reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial; constituyen una ayuda en el proceso de decisión clínica al presentar las alternativas diagnósticas; se prefiere el término “guía de práctica clínica” al término “protocolo” este último sugiere rigidez de carácter normativo, aunque conceptualmente las posibles diferencias entre las dos es exclusivamente académico.

Como dicho trabajo investigativo está diseñado para adaptar y adoptar las Guías ya elaboradas, en cada uno de los Hospitales Cantonales de nuestra provincia, la aspiración colectiva es dejar en claro las directrices más importantes en su adaptación en dicha Casa de salud intervenida, así como determinar la factibilidad de su aplicación en la toma de decisiones clínico-quirúrgicas en nuestro medio.

Para adaptar estas Guías fue necesario conocer e investigar la realidad sanitaria de nuestro país, estableciendo así que no existe información estadística de casuística de morbi-mortalidad de emergencias médicas en los servicios de

emergencias de las unidades prestadoras de Salud; contando solo con datos de mortalidad del año 2.004, la misma que a nivel de país es de 54.729 muertes (100%), correspondiendo a la sierra 27.056 (49,43%), costa 26.098 (49,43%), oriente 1.103 (2,02%) y región insular 472 (0,87%). En el año 2.005 en la provincia de Loja se inscribieron 1.895 defunciones, con un predominio de muertes ocurridas en el área urbana 1.339 (71%) y rural 556 (29%). La morbilidad en nuestra provincia al año 2.006 es de 169.397 correspondiente a la tasa de 32,9 x 1.000 habitantes. Identifiqué la realidad epidemiológica del sector actualizando los datos al año 2.008 del análisis de las estadísticas vitales en nuestro medio cerca del 70% de la población técnicamente no es bien atendida en el manejo de nosologías clínico-quirúrgicas, situación que incrementa la morbilidad y mortalidad. Se realizó también el Licenciamiento Hospitalario, verificando su infraestructura física, contando parcialmente con equipamiento, materiales de curación, fármacos e insumos médicos, sin contar con especialistas que formen equipos de salud para resolver las emergencias quirúrgicas de su área de influencia. También se procedió a la evaluación del nivel de conocimientos y experticias del personal de emergencia, cuyas deficiencias se reforzaron con un taller de capacitación, poniendo énfasis en adiestrar en el manejo de las patologías más frecuentes del área; es por ello que al aplicar el presente trabajo pretendo mejorar la calidad de atención en esta unidad médica y por ende la salud de la población de cobertura.

En el Hospital Básico de Alamor, durante el año 2.007 se atendieron un total de 758 pacientes, de los cuales el 51,85% corresponde a Cirugía 20,84% a Pediatría, 12,67% a Medicina Interna entre los más importantes, siendo Ginecología y Traumatología un 14,64% del total de atendidos. Concluyendo que las demandas de atención corresponden a las de tipo quirúrgica y Materno Infantil.

PALABRAS CLAVES: aplicación de guías, emergencias.

SUMMARY

The present work of prospective type, interventionist, and traverse that already constitutes the application of Guides elaborated, clear and important guidelines in their adaptation, to know and to interpret the resolutory capacity of the Hospital level II of Alamor in front of the demand of the population's Clinical-surgical emergencies, and to implement the adaptation of Guides of clinical practice in surgical emergencies of the OMS.

A surgical clinical guide of procedures, it constitutes a group of standardized applications, developed by means of a formal process that incorporates the best scientific evidence of effectiveness, with expert consultantship. The Guides for the decision in clinical-surgical procedures, arise for the necessity of to reduce the unjustified variability in the clinical practice and to improve the quality of the assistance process; they constitute a help in the process of clinical decision when presenting the diagnostic alternatives; the term is preferred "it guides of clinical practice" to the term "protocol" this last one suggests rigidity of normative character, although conceptually the possible differences among two o'clock are exclusively academic.

As this investigative work it is designed to adapt and to already adopt the Guides elaborated, in each one of the Cantonal Hospitals of our county, the collective aspiration is to leave in clear the most important guidelines in its adaptation at this Home of intervened health, as well as to determine the feasibility of its application in the taking of clinical-surgical decisions in our means.

To adapt these Guides it was necessary to know and to investigate the sanitary reality of our country, establishing so statistical information of casuistry of morbi-mortality of medical emergencies doesn't exist in the services of emergencies of

the units prestadoras of Health; counting alone with data of mortality of the year 2.004, the same one that is from 54.729 deaths to country level (100%), corresponding to the mountain 27.056 (49,43%), coast 26.098 (49,43%), guide 1.103 (2,02%) and insular region 472 (0,87%). In the year 2.005 in the county of Loja registered 1.895 deaths, with a prevalence of deaths happened in the urban area 1.339 (71%), and rural 556 (29%). The morbilidad in our county a year 2.006 are of 169.397 corresponding to the rate of 32,9 x 1.000 inhabitants. I identified the epidemic reality of the sector upgrading the data a year 2.008 of the analysis of the vital statistics in our means near the population's 70% technically is not very assisted in the handling of clinical-surgical nosologías, situation that increases the morbilidad and mortality. He/she was also carried out the Hospital Licenciamiento, verifying their physical infrastructure, having equipment partially, cure materials, fármacos and medical inputs, without having specialists that form teams of health to solve the surgical emergencies of their influence area. You also proceeded to the evaluation of the level of knowledge and the emergency personnel's experticias whose deficiencies were reinforced with a training shop, putting emphasis in training to the handling of the most frequent pathologies in the area; it is for it that I seek to improve the quality of attention in this medical unit when applying the present work and for ende the covering population's health.

In the Basic Hospital of Alamor, during the year 2.007 were assisted a total of 758 patients, of which 51,85% corresponds to Surgery 20,84% to Pediatrics, 12,67% to Internal Medicine among the most important, being Gynecology and Traumatología 14,64% of the total of having assisted. Concluding that the demands of attention correspond those of Infantile surgical and Maternal type.

KEY WORDS: application of guides, emergencies.

II. INTRODUCCIÓN

INTRODUCCION

En el año 2.005, la coordinación del programa de Postgrado de la Especialidad de Cirugía de la Universidad Nacional de Loja en conjunto con un grupo de postgradistas planteó, en Investigación del Área de Salud de la UNL un proyecto de Normatización de las Actividades Médicas (en general) en los Hospitales del MSP de la Provincia de Loja. La Coordinación de Investigación presenta en la Universidad de Parma con otros proyectos habiendo resultado escogido por Parma y así apoyar su desarrollo, posteriormente se logra el apoyo de los personeros de la Dirección Provincial de Salud y del MSP y la OPS.

Por lo que se decidió emprender un amplio trabajo de adopción y adaptación de las Guías de Práctica Clínica en Emergencias Quirúrgicas que mejoren en el sector de la salud en la Ciudad de Loja y el Ecuador; como resultado de este se decidió las Guías de la OMS en Hospitales comarcales, llamada ***"APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA EN EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS Y CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN SU USO EN EL HOSPITAL CANTONAL ALAMOR".*** Posteriormente se decidió intervenir en los Hospitales (Básicos) de II NIVEL del MSP de la Provincia de Loja y al final se decidió involucrar al Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

La continuidad asistencial, el seguimiento del paciente a lo largo de toda la historia natural de su enfermedad, presenta dificultades sobre todo en países subdesarrollados como el nuestro, ya que en cada uno de los niveles asistenciales: atención primaria, especializada o socio-sanitaria se actúa de forma independiente y aislada. La efectividad de la atención es mejorable, pues para algunas de las actividades que se desarrollan, existen ciertas dudas sobre su contribución a la obtención de resultados clínicos.

El creciente interés por los temas de la calidad de atención y su medida, el progresivo incremento del nivel de conocimientos sobre temas de salud y, la desigualdad de derechos de la población me ha incentivado a plantearme el trabajo de intervención al Hospital Cantonal de Alamor de la Provincia de Loja, con la finalidad de detectar y definir el tipo y calidad de manejo en las Emergencias Clínico-quirúrgicas de su población; y de esta manera adaptar las Guías de atención en las emergencias adoptadas de las Guías que a nivel mundial se manejan (OMS).

La atención a la población en materia de Salud está marcada con profundas inequidades: sólo un 20% está cubierta por algún tipo de aseguramiento. El MSP atiende la demanda de las personas de escasos recursos económicos, sin embargo por las dificultades en el acceso a los servicios, casi un 30% de la población no recibe ningún tipo de atención; el estado ha disminuido su participación en entrega de recursos para la salud, desprotegiendo este aspecto tan sensible y humano.

La distante situación geográfica de Loja a los centros de decisión política y económica, hace que sea relegada con mayor dramatismo que otras regiones y provincias, este abandono es evidente en todos los aspectos, pero más notorio en temas como la red vial provincial que se encuentra en pésimo estado, trayendo como consecuencia el difícil y peligroso acceso a las ciudades y por ende a los centros de salud distribuidos en la periferia provincial.

No existe una red definida de referencia-contrarefencia hospitalaria, ni se ha garantizado un parque automotor de ambulancias con personal, equipamiento y recursos de salud adecuados causadas quizá por inoperancia, irresponsabilidad o simplemente por cambios administrativos frecuentes, que impiden que los

programas o proyectos diseñados tengan continuidad, aspectos que no permiten brindar una adecuada, oportuna y eficiente atención en pro de solucionar las emergencias o que permitan derivar al paciente a centros de mayor capacidad de resolución cuando el caso lo amerite.

Frente a la gran demanda de atención médica especialmente en el servicio de emergencia en esta área geográfica de la provincia de Loja y ante la falta de atención especializada en los cantones, pongo a consideración este trabajo de adopción y adaptación de las "Guías de práctica clínica en Emergencias Quirúrgicas y capacitación del recurso humano en su uso en el Hospital Cantonal Alamor", cuyos objetivos son: Conocer e interpretar la capacidad resolutiva del Hospital Cantonal de Alamor del MSP de la provincia de Loja frente a la demanda de emergencias Clínico.-Quirúrgicas de la población, con la finalidad de implementar una propuesta de adaptación de las Guías de práctica clínica en emergencias quirúrgicas para contribuir a brindar una mejor atención en las mismas, Identificando el perfil epidemiológico de las nosologías clínico-quirúrgicas de emergencia, Conociendo la realidad en relación a su infraestructura y equipamiento, Estableciendo el nivel de conocimientos y prácticas del personal de Salud, Aplicando, evaluando y monitoreando el impacto producido. Constituyéndose así en un trabajo de continuidad y multidisciplinario que con el apoyo de las instituciones involucradas, Nacionales, Regionales, locales, gubernamentales o no, se sigan apoyando y brindando facilidades para continuar con esta implementación cuya meta no es más que mejorar la calidad de vida de la población del cantón Puyango, de nuestra provincia, de la región sur y el Ecuador entero.

III. REVISIÓN DE LITERATURA

REVISIÓN DE LITERATURA

En base al trabajo de intervención en el Hospital Básico del Cantón Saraguro de la Provincia de Loja, realizado por el Dr. Patricio Escandón Cirujano Especialista, durante el año 2.007, he considerado de importancia tomar como referencia bibliográfica los datos y conceptos que en su informe de tesis presentó, para que sea la guía en el desarrollo del presente trabajo investigativo. (1)

URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Se define como **urgencia** a toda circunstancia que lleva al paciente, al testigo o sus familiares, a solicitar asistencia médica. Esta definición que está de acuerdo con los criterios de diferentes organizaciones internacionales de Salud como: OMS y Conseja de Europa, pretende integrar en su significado, la totalidad de las situaciones vividas por la población como urgencia-médica, diferenciándolas a su vez de otros problemas no sanitarios que por su naturaleza, requieren así mismo de respuestas diferenciadas, aunque [1]susceptibles de actuar coordinadamente en caso necesario (2). Se entiende una serie de procesos, que, si bien no conllevan un riesgo vital para el paciente, si requieren su corrección (resolutiva o paliativa) en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, traumas menores como fracturas simples de huesos largos, dolores agudos tipo cólico, etc.)

La **emergencia,** variable, idiomática, diatópico y diastrático, se define como un caso urgente que requiere atención inmediata. El cuidado urgente es el cuidado

---

[1] 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 WHO/PBD/PDH/99.8.
2 Cataract surgical services, a package for data entry and analysis form population-based rapid assessment (documento WHO/PBL/01.84).

médico dado por la condición que, sin el tratamiento a su debido tiempo podría esperar; como resultado u deterioro de una emergencia o causar daño prolongado temporal de una o más funciones corporales, desarrollando enfermedades crónicas en el paciente (Síndrome Coronario Agudo, Hemorragia Digestiva Alta, Accidente cerebro vascular, traumas, shock hipovolémico, sépticos y diabéticos, etc.) que exigen un tratamiento más complejo. Requiere por tanto la atención médica dentro de las 24 horas de la aparición o notificación de la existencia de una condición urgente.(3)

Finalmente estarían los **pacientes críticos**, es decir, aquellos que necesitan medidas de reanimación y soporte vital avanzado, lo que implica una atención calificada lo más inmediata posible.

La demanda asistencial urgente implica, pues, una visión integral de los procesos de urgencias, donde el servicio de urgencias tiene que relacionarse con los demás implicados en el proceso, tanto con los servicios de urgencias y emergencias prehospitalarios como con los distintos servicios hospitalarios de destino de pacientes una vez diagnosticados e iniciado su tratamiento en el área de urgencias, hasta el alta hospitalaria". (4)

Los procedimientos necesarios para la atención avanzada para la vida incluyen:

1. Desfibrilación / cardioversión manual.
2. Intubación endotraqueal
3. Línea venosa central

[3] Estudio descriptivo sobre la liberación y aplicación de protocolos clínicos en el Hospital Virgen de la Concha (Zamora) España.
4 Categorías adaptadas de: A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. Robin Harbour and Juliet Miller. BMJ 2001; 323: 334-336.

4. Establecimiento del RCP en la parada cardiaca.
5. Descompresión del pecho
6. Vía aérea quirúrgica
7. Línea intraósea

Además de la aplicación y uso de líquidos cristaloides, indicaciones de medicamentos para tratamiento de urgencia administrados por otros medios, ejemplo: inyección intramuscular / subcutánea, oral, sublingual o nebulizado y también la atención traumática y cardiaca avanzada para la vida[2]

En Estados Unidos Según las últimas estadísticas gubernamentales, un promedio de más de 300,000 americanos son atendidos diariamente en las Salas de Emergencias. Los pacientes que acuden a las Salas de Emergencias son tratados por una amplia variedad de condiciones médicas.(5)

¿Cómo decidir si una condición médica llega al nivel de una "emergencia" médica? El Colegio Americano de Médicos de Emergencia [The American College of Emergency Physicians (ACEP)] ofrece una lista de 10 señales de alerta que denotan una emergencia médica. (6)

1. Dificultad al respirar, falta de aire
2. Dolores o presión en el pecho o en la parte abdominal superior
3. Desmayos, mareo repentino, debilidad

---

5 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.

6 US Preventive Task Fosce. Guide to clinical preventive services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions. Baltimore: [2]Wiliams and Wilkins, 1989.

4. Trastornos en la visión
5. Confusión o trastornos en el estado mental
6. Cualquier dolor repentino o severo
7. Sangrado o hemorragia incontrolada
8. Vómitos o diarreas severos o persistentes
9. Tos o vómitos con sangre
10. Sentimientos suicidas u homicidas (7)

Los niños tienen problemas médicos singulares y pueden manifestar síntomas diferentes a los de los adultos. Los síntomas que son serios para un niño pueden no ser tan serios en un adulto. Los niños también pueden tener dificultades para comunicar sus condiciones médicas, lo cual significa que los adultos tendrán que interpretar sus comportamientos. Siempre consiga atención médica inmediata si usted cree que su niño o niña está teniendo una emergencia médica.

Las patologías quirúrgicas que se atienden en los servicios de emergencia de los Hospitales a nivel mundial son en, términos generales, las mismas; sin embargo cada zona geográfica tiene su particularidad, si hablamos del trauma, por ejemplo, este se ha transformado en un problema de salud pública en casi todo el mundo, en los EEUU anualmente fallecen 100.000 personas por accidentes, 30.000 por suicidio, 20.000 por homicidio y 3.200 por otras causas externas de trauma.

En Latino América el trauma es aún más frecuente, particularmente en aquellas ciudades cuya población supera los 1,5 millones de habitantes. Las lesiones permanentes y las muertes por trauma tienen un significado diferente a los pacientes con enfermedades cardiovasculares o neoplasias. El promedio de edad

7 Goodman C. Literatur Searching and evidence interpreteation for assessing health care practices. Estocolmo: The Swedish Concil on Technology Assessment in Health Care. 1993.

en estos últimos es de 68 años, el promedio de edad de los pacientes politraumatizados es de 28 años lo que implica pérdida en el período productivo de la vida. Se estima que el 20% de los pacientes traumatizados sufren lesiones o muertes prevenibles, debido a defectos en el sistema de salud o falta de preparación en las personas encargadas de su manejo[3].

La tasa de violencia en el territorio colombiano es de unos 111 por cada 100.000 habitantes varones y de 8 por cada 100.000 habitantes mujeres constituyendo esta situación el primer problema en salud pública en Colombia. La cifra de homicidios en el año 2.000 fue de 26.522 y en año 2001 fue de 27.841.(8)

En relación a los accidentes de tránsito se ha estimado que el promedio de muertes diarias es de unas 20 en el país como consecuencia de estos eventos.
Así mismo en este país, los accidentes de tránsito han provocado un promedio de 20 muertes diarias. En Cali, El Observatorio del Delito, de la Secretaria de Gobierno de la Ciudad, el año 2.001, ha informado que murieron arrolladas o por colisiones de tránsito 369 personas entre mujeres y hombres.

De acuerdo con esta institución se deduce que los peatones siguen siendo las personas más afectadas por este flagelo. En 1999 murieron 177, en el 2.000, 197,

---

8.Libro trauma de SPS 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.

9. Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Cataluña (Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, AATM)

y en 2.001; 191. Se ha establecido además que los transeúntes mayores de 65 años son quienes sufren las peores consecuencias.

Los motociclistas o parrilleros de motos se constituyen en la segunda población vulnerable. En 1.999 murieron 107, en el 2.000 murieron 145, y en el 2.001, 75 personas. La tercera línea de victimas la ocupan los conductores o pasajeros de vehículos seguidos de cerca por los ciclistas. El día de mayor número de muertes es el viernes en la noche. (10)

De acuerdo con el reporte total la tasa de muertes por eventos de tránsito en Cali para el 2.001, fue de 19 por 100.000 habitantes.

Dentro del panorama internacional la International Road Traffic and Accident Data Base ha establecido que el índice de mortalidad por cada 100.000 vehículos en 1.998 fue de 280 para Colombia en comparación con 100 para Argentina; 40 para España; y unos 25 para los Estados Unidos de América.

En cuanto a las patologías atendidas en los servicios de urgencia, la especialidad que más se consultó con el médico especialista previo a su paso a la Unidad de Observación fue cirugía, y en concreto la patología biliar (21,3%) y el dolor abdominal (15,4%).

En el Hospital universitario UNIVALLE de Cochabamba- Bolivia las patologías por especialidades identificadas en el servicio de emergencia durante el año 2.005

10. Escala para la clasificación de la evidencia en Guías de Práctica Clínica de la Agence Nationale d'Accreditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) de Francia.

11. Ministerio de Salud de Chile. Archivos de realización de Protocolos o Guías practicas clínicas

fueron gastroenterología con un 22.7%; cirugía general con 15.3%; otorrinolaringología con 14.8%; neurología 10.3%; traumatología 8.3%; nefrología 4.3%; ginecología 3.6%; dermatología 3.2%; neurocirugía 3.0%; neumología 2.6%; cardiología 2.5%; oftalmología 2.2%; medicina Interna 2.1%; cirugía plástica 1.5%; urología 1.4% y el resto de las especialidades con porcentajes de 2.1%. (12)

En la ciudad de Loja en el 2.004, se registra como primera causa de atención en el área de emergencia el TCE, seguido por fracturas, y en tercer lugar el abdomen agudo inflamatorio.

Entre las cinco principales patologías atendidas en el Hospital Manuel Ignacio Montero de Loja es importante reconocer que estas corresponden al área de cirugía general. En primer lugar se encuentra la patología biliar (colecistitis colelitiasis), seguida de hernia umbilical, apendicitis, e insuficiencia safeno-femoral, además debido a la incidencia del desarrollo tecnológico y violencia social las fracturas ocupan un segundo lugar de la estadística general. En el Hospital Provincial Isidro Ayora la patología biliar (colelitiasis) se encuentra en el primer lugar de las nosologías más frecuentes. Seguida de apendicitis aguda y de hernia inguinal. Igualmente el Trauma cráneo encefálico ocupa el tercer lugar del cuadro general de patologías.

En cuanto a indicadores generales a nivel país, contamos únicamente con datos de mortalidad general correspondientes al año 2.004, en donde los datos de mortalidad a nivel país es de 54.729 muertes (100%), distribuidos a nivel sierra de 27.056 (49,43%), en la región costa 26.098 (47,68%), Oriente 1.103 (2,02%) y Región Insular 472 (0,87).

12.Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence, www.cebm.net/levels_of_evidence.asp)

Según el análisis estadístico en el año 2.005 se inscribieron en la provincia de Loja un total de 1.895 defunciones. En cuanto a la distribución por área urbana y rural, se advierte un predominio de muertes ocurridas en el área urbana 1.339 (71%) y 556 (29%) en el área rural.

La morbilidad: 169.397 en la provincia de Loja en el año 2.006 corresponde a tasa de 32,9 x 1000habitantes.[1] .

LICENCIAMIENTO DE LAS AREAS DE SALUD

Es un procedimiento de carácter obligatorio por medio del cual, la autoridad sanitaria otorga el permiso de funcionamiento previa verificación del cumplimiento de los requisitos o estándares mínimos indispensables a las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas o privadas, según su nivel resolutivo. Se aplica también a individuos, trabajadores y profesionales de la salud a los que les faculta la posibilidad de participar en una practica, ocupación o actividad en salud. (13)

Su finalidad es garantizar que las instituciones o servicios de salud a los que accede la población, cumplan con requisitos mínimos en aspectos de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y cumplimiento de normas para que aseguren la protección de la salud y seguridad públicas. (14)

Dentro del Ministerio de Salud no se ha podido recabar ningún tipo de información respecto a la capacidad resolutiva específica de las emergencias clínico

13. Surgical Care at the District Hospital. WHO. 2003.

14. Determination of Cervical Spine Stability in Trauma Patients (Update of the 1997 EAST Cervical Spine Clearance Document). 2000

quirúrgicas en los diferentes niveles de atención, Solo hacen una descripción en forma general como se detalla a continuación, de lo cual determinamos que tipo de atención en emergencias se realiza en cada nivel.

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 Subcentro 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 2.000 habitantes.(15)

"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" (16)

Subcentro 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;

15. Holmes JF, Akkinepalli R. Computed tomography versus plain radiography to screen for cervical spine injury: a meta-analysis. J Trauma. 2005 May;58(5):902-5.

16. PRACTICE MANAGEMENT GUIDELINES FOR NUTRITIONAL SUPPORT OF THE TRAUMA PATIENT The EAST Practice Management Guidelines Workgroup. 2003

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 es con la jefatura de área correspondiente. Se ubica en cabeceras parroquiales con poblaciones mayores a 2.000 habitantes, el número de pobladores puede ser menor en el caso de las provincias Amazónicas y Galápagos (17)

"En lo referente a las emergencias clínico-quirúrgicas, se limita a derivar (sistema de referencia-contrarreferencia) 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" (18)

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 opcionalmente imagenología 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

17. Eastern Association for the Surgery of Trauma. "PAIN MANAGEMENT IN BLUNT THORACIC TRAUMA" (BTT) AN EVIDENCE-BASED OUTCOME EVALUATION 2ND REVIEW - 2003

18. PRACTICE MANAGEMENT GUIDELINES FOR PROPHYLACTIC ANTIBIOTIC USE IN TUBE THORACOSTOMY FOR TRAUMATIC HEMOPNEUMOTHORAX: 1998

población de hasta 30.000 habitantes, “con iguales características de atención en caso de patologías clínico-quirúrgicas que el anterior**”** (19)

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 contrarreferencia de los servicios del primer nivel. Se ubica en cabeceras cantonales con poblaciones mayores a 30.000 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 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. (20)

19. The EAST Practice Management Guidelines Work Group: PRACTICE MANAGEMENT GUIDELINES FOR PROPHYLACTIC ANTIBIOTIC USE IN PENETRATING ABDOMINAL TRAUMA. 1998.
20. PRACTICE MANAGEMENT GUIDELINES FOR THE NONOPERATIVE MANAGEMENT OF BLUNT INJURY TO THE LIVER AND SPLEEN. EAST Practice Management Guidelines Work Group. 2003.

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. (21)

Tipo de atención.- Resuelve las emergencias clínico-quirúrgicas fundamentalmente en sus 4 especialidades básicas y algunas subespecialidades de acuerdo a su perfil epidemiológico, tienen una atención óptima del trauma. Atiende 24 horas del día.

TERCER NIVEL:

Hospital Especializado.- Unidad operativa que provee atención de salud ambulatoria: de especialidad, de referencia y hospitalización en una especialidad o subespecialidad, o que atiende a un grupo de edad específica, de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de influencia; atiende a la población local o nacional mediante el sistema de referencia y contrarreferencia y pueden ser de agudos o de crónicos. Se localiza en ciudades consideradas de mayor desarrollo y concentración poblacional.

21. Bagnall A-M, Jones L, Richardson G, Duffy S, Riemsma R. Effectiveness and costeffectiveness of acute hospital-based spinal cord injuries services: systematic review. Health Technol Assess 2003;7(19).

Tipo de atención.- Con igual cobertura del nivel anterior pero con atención de patologías de especialidad. Funciona las 24 horas del día. Corresponde a tercer nivel de atención, brinda atención ambulatoria y hospitalaria de la especialidad que practica y realiza docencia e investigación en salud. (22)

Hospital de especialidades.- Es la unidad de salud de referencia de más alta complejidad del sistema del Ministerio de Salud Pública destinada a brindar atención especializada de emergencias, recuperación y rehabilitación a los usuarios de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas, es un establecimiento de pacientes agudos y atiende a toda la población del país a través de la referencia y contrarreferencia. Se ubica en las ciudades consideradas como polos de desarrollo y de mayor concentración poblacional.

Tipo de atención.- Es la unidad de Salud donde se resuelven todo tipo de patologías clínico-quirúrgicas. Es de tipo ambulatorio y de hospitalización, desarrolla actividades de docencia e investigación en salud; corresponde al tercer nivel de prestación de servicios.

LAS GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

"Las Guías para la decisión en procedimientos clínico-quirúrgicos surgen ante la necesidad de reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial. Constituyen una ayuda en el proceso de decisión clínica al presentar las alternativas diagnósticas y terapéuticas entre las que elegir.

22. 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.

Las guías no tienen por qué limitar la libertad del personal sanitario en su práctica clínica, ya que deben ofrecer recomendaciones suficientemente flexibles para su adaptación a las características de un enfermo concreto ("no hay enfermedades sino enfermos"). (23)

Definición y Objetivos

Las Guías de práctica clínica en procedimientos de emergencias quirúrgicas, son un conjunto de aplicaciones estandarizadas desarrolladas mediante un proceso formal que incorpora la mejor evidencia científica de efectividad con asesoría experta.

La denominación de las Guías de procedimientos clínico quirúrgicos tiene multitud de términos más o menos equivalentes. Entre ellos, los más usados son: Protocolos, Directrices, Parámetros, Normas o Estándares de Práctica Clínica, etc. (24)

Características

Las características básicas de una buena guía de procedimientos clínico quirúrgicos y su significado para la evaluación son:

1. **Validez:** 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.

23. 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.).

2. **Fiabilidad y Reproducibilidad:**

   - *Fiabilidad:* Con la misma evidencia científica y métodos de desarrollo de las guías de procedimientos clínico quirúrgicos, otro grupo de expertos produciría las mismas recomendaciones.
   - *Reproducibilidad*: En circunstancias clínicas semejantes, la guía de procedimientos clínico quirúrgicos es interpretada y aplicada de la misma manera por distintos profesionales. (24)

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.

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.

6. **Proceso multidisciplinario:** El proceso de adaptación de las guías debe incluir la participación de los grupos de profesionales y pacientes a quienes afecta.

24. Canadian Association of Emergency Physicians. Position Statement: Methylprednisolone for acute spinal cord injury is not a standard of care; it is only a treatment option. Canadian Association of Emergency Physicians Vol. 5 No. 1, January 2003

7. **Revisión explícita / planificada:** Las guías deben incluir información de cuándo son revisados para determinar la introducción de modificaciones, según nuevas evidencias clínicas o cambios en los consensos profesionales.

8. **Documentación:** Los procedimientos seguidos en el desarrollo de las guías, los participantes implicados, la evidencia utilizada, las asunciones, razonamientos aceptados, y los métodos analíticos empleados deben ser meticulosamente documentados y escritos. (25)

Las cuatro primeras características están en relación al contenido de las guías de procedimientos clínico quirúrgico y las cuatro últimas a su elaboración.

Fase de Preparación:

En ella deben estar implicados tanto el equipo que vaya a poner en marcha las guías de práctica clínica en emergencias quirúrgicas como un técnico o experto en la materia. Dentro de esta fase deberemos:

1. Elegir el problema de salud al realizar la guía de procedimiento clínico quirúrgico, basándonos en los siguientes criterios de priorización:

- Pertinencia del problema o necesidades de salud prioritarias

25. Bagnall A-M, Jones L, Richardson G, Duffy S, Riemsma R. Effectiveness and costeffectiveness of acute hospital-based spinal cord injuries services: systematic review. Health Technol Assess 2003;7(19).

- Magnitud del problema: con qué frecuencia y gravedad se presenta
- Trascendencia o repercusión en la comunidad
- Eficacia de los procedimientos de actuación de los que podemos disponer
- Factibilidad o capacidad de solucionar el problema en el contexto en que se encuentra.

Así, para elegir el tema de la Guía de práctica clínica en emergencias quirúrgicas, podríamos basarnos en las enfermedades más prevalentes, que produzcan más demanda, las que consuman más recursos.(26)

2. Definir el tipo de la guía clínico práctica de emergencia quirúrgica, aclarando:

- Niveles de atención implicados: Atención Primaria, Atención Hospitalaria, etc.
- Actividades de la guía de práctica clínica en emergencias quirúrgicas: si se refiere a Promoción de la salud, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación, Cuidados Paliativos, etc.
- Profesionales implicados, individualmente o de forma multidisciplinaria.

3. Nombrar uno o varios responsables y definir el grupo de trabajo que lo va a elaborar.

26. 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.

Fase de Análisis Crítico. Discusión y pilotaje de la guía de procedimiento clínico quirúrgico:

Se debe someter al documento a la crítica de los profesionales que lo vayan a llevar a la práctica. Esta fase concluye redactando un nuevo documento de la guía de procedimiento clínico quirúrgico en cuya estructura se recogerán los cambios justificados que hayan surgido.

Fase de Difusión y de Implantación:

Consiste en difundir la guía de práctica clínica en emergencias quirúrgicas ya terminada a todo el personal implicado en el mismo. Se deberá fijar una fecha para su puesta en marcha, fecha en la que termina esta fase. (27)

Fase de Evaluación:

Fija la periodicidad con que se analizará el cumplimiento de la guía de práctica clínica en emergencias quirúrgicas para garantizar su utilidad. Esta fase no termina nunca.

27. 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.

El ***monitoreo*** es un proceso, sistemático y continuo que permite comparar lo planificado (ideal) y lo realizado (real) y el análisis de las diferencias encontradas entre ellos. Requiere disponer de información confiable, real para sustentar el análisis de los datos obtenidos (Línea base); es de tipo central, requiere de la Gestión del proceso, de actualización de las normas, datos, estadísticas; y, Provincial y Local, valora la gestión del proceso de implementación de la norma, de las prestaciones de calidad servicio.(28)

La ***evaluación*** es el mecanismo por el cual se va a llevar a cabo el sistema de comparación y el análisis de los resultados obtenidos, para sustentar la respuesta a un enfoque propuesto, generando dinámicas que permitan corregir y solucionar la baja idoneidad de un servicio.

El componente de monitoreo y evaluación debería diseñarse y llevarse a cabo de modo integrado a través del conjunto, y no de modo individual y separado, para permitir la consistencia de los resultados, la formación de un núcleo de personas capaces de medir el impacto de la información y el conocimiento en el desarrollo, y la posibilidad de medir el progreso de la sociedad de aprendizaje en general; debe ser ***llevada a cabo por parte de un grupo no involucrado directamente en la implementación del proyecto***, para mayor objetividad. Llevando un registro de los aspectos principales del proceso de implementación de un método, reuniendo evidencia concreta acerca de los logros y limitaciones de un programa, que permita la toma de medidas correctivas durante el transcurso de la implementación del modo de trabajo.

28. Romero A. Como diseñar un plan de implementación de una guia de practicas clinicas REDEGUIAS-GuiasSalud, 2005. Disponible http://www.guiasalud.es

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 de realizarse de forma permanente, durante todo el transcurso luego de la implementación de un modo de 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:

- Valoraciones sobre el ambiente general (local, nacional, internacional).
- Conocimiento de la situación inicial del grupo, con relación a los objetivos del programa.
- Aspectos del ciclo de conocimiento aplicado al grupo participante en el programa.
- Control de la gestión del programa.
- Utilización del servicio o participación en la dinámica creada.
- Satisfacción por parte de los usuarios y/o participantes.
- Logros aparentes.
- Cambios realizados en la situación inicial (impacto). (29)

Algunos requisitos previos para las personas a cargo del monitoreo y evaluación deberían ser:

29. 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.

- 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 del conocimiento hasta la sistematización de nuevos conocimientos para ir ampliando el acierto del conocimiento grupal o individual.
- Métodos adecuados de recolección de datos pertinentes y su evaluación a la luz de los objetivos de la sociedad de aprendizaje.
- Conocimientos y manejo de las características socio-económicas y culturales de los grupos involucrados en los proyectos.

Fecha de validez del documento.

Las Guías de práctica clínica en emergencias quirúrgicas deberán ser revisadas cada 4 años y las evaluaciones serán anualmente en el proceso de cumplimiento de las mismas y la cual quedará bajo la responsabilidad del Área de Salud Humana de la UNL.

Se ha demostrado fehacientemente que la aplicación de las guías de práctica clínica en cualquier ámbito de la medicina mejora la capacidad de atención a los pacientes, disminuye las tasas de morbi-mortalidad de dichos pacientes, así como la disminución de los costes finales reflejados en la disminución en los días de hospitalización, disminución de las complicaciones y discapacidades en los pacientes.

Cabe anotar que la realización de las guías de práctica clínica realizadas sin criterios y estrategias de evaluación están destinadas al fracaso (12).

La política de la OMS en materia y protocolos de prevención de las discapacidades y rehabilitación, así como sus instrumentos de sensibilización y técnicos, gozan de gran apoyo y aceptación entre los estados miembros, otros miembros del sistema de las Naciones Unidas, las organizaciones no gubernamentales y las asociaciones profesionales, lo que confirma su pertinencia. Tras la aplicación de estas políticas la OMS resume las siguientes reglas aprendidas.

• 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. Con miras a promover la colaboración estrecha entre los tres niveles de la Organización, el Departamento de Prevención de los Traumatismos y la Violencia ha empezado a celebrar reuniones consultivas anuales entre sus coordinadores de la Sede y regionales. Por otro lado, la participación en esta área de trabajo a nivel de país se está reforzando por medio de una encuesta mundial sobre la capacidad de los países para prevenir los traumatismos y la violencia.

• 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. (30)

30. Validity of the Agency for Healthcare Research and quality Clinical Practice Guidelines. How quickly do guidelines become outdated? JAMA. 2001; 286: 161-1467.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

METODOLOGÍA

UNIDAD DE ESTUDIO: Hospital Cantonal de Alamor

LUGAR: Puyango

FECHA: Período de Intervención: Enero a Diciembre del 2007

Período de Evaluación: Octubre 2008 a Marzo del 2009

TIPO DE ESTUDIO: Prospectivo, transversal, de intervención en el Hospital Cantonal de Alamor

TECNICAS E INSTRUMENTOS:

Técnicas:

- Observación directa:
  - Ubicación.
  - Espacio físico.
  - Acceso.
  - Equipamiento. Inventario Institucional:
    - Para Infraestructura y equipamiento del Hospital.

- Levantamiento epidemiológico.
- Encuestas.
  - Para conocimientos, habilidades, destrezas y aptitud en la atención de emergencias clínico quirúrgicas

- Adaptación de las Guías de práctica clínica en emergencias quirúrgicas en los Hospitales Cantonales

Instrumentos:

- Formulario de registro de información general del Hospital. (Anexo 1)
- Formulario de equipamiento esencial de emergencia de la OMS. (anexo2)
- Formulario para el Levantamiento Epidemiológico. (anexo 3)
- Encuesta sobre el nivel de conocimientos del personal de salud. (anexo 4)
- Taller de socialización de las guías.
- Guías traducidas de la OMS.

PROCEDIMIENTO

OBJETIVOS.

Objetivo General:

- Conocer e interpretar la capacidad resolutiva del Hospital Cantonal Alamor del Ministerio de Salud Pública (MSP) de la Provincia de Loja frente a la demanda de emergencias Clínico.-Quirúrgicas de la población, con la finalidad de implementar una propuesta de adaptación de Guías de práctica clínica en emergencias quirúrgicas para contribuir a brindar una mejor atención en las emergencias quirúrgicas.

PRIMER OBJETIVO

Identificar el perfil epidemiológico de las nosologías clínico-quirúrgicas de emergencia en el Hospital Cantonal Alamor.

- Coordinación con el Director Provincial de Salud, Jefes de Área, administradores y encargados de emergencia
- Recopilación de datos diagnósticos del área de emergencia
- Tabulación de datos
- Elaboración de la casuística del Hospital Cantonal Alamor con ordenamiento de las patologías atendidas en emergencia y frecuencia de las mismas

SEGUNDO OBJETIVO:

Establecer la infraestructura y equipamiento del Hospital Cantonal Alamor para las atenciones de emergencias clínico quirúrgicas.

- Reuniones de Coordinación con el Jefe de Área, personal médico, paramédico, administrativo y empleados que laboran en esta Casa de Salud y administradores
- Constatación de inventarios y clasificación según vida útil de los equipos, instrumental, automotores existentes en este Hospital, aplicando la guía de la OMS.

TERCER OBJETIVO:

Establecer el nivel de conocimientos y habilidades prácticas del personal de los servicios de Salud en el Hospital Cantonal de Alamor del MSP de la provincia de Loja en emergencias quirúrgicas.

- Coordinación con directivos para la aplicación de los instrumentos

- Aplicación de encuestas al personal médico, paramédico de las áreas de emergencia.)
- Tabulación de resultados de encuesta

CUARTO OBJETIVO:

Aplicar las Guías de práctica clínica en emergencias quirúrgicas adoptadas y adaptadas de la OMS al Hospital cantonal Alamor.

- Búsqueda y elección de una Guía para aplicarla en la unidad de intervención. En el caso que estén en otro idioma traducirla al español.
- Socialización, adecuación y aplicación de la guía seleccionada en el Hospital Cantonal Alamor de acuerdo a su nivel de complejidad y capacidad de resolución con todo el equipo de salud de la unidad.
- Aplicar las Guías de práctica clínica en el manejo de las emergencias

QUINTO OBJETIVO:

Monitorear y Evaluar la aplicación de las Guías de práctica clínica en emergencias quirúrgicas y capacitación del recurso humano, con la valoración del grado de satisfacción del usuario y verificando la idoneidad del licenciamiento logístico en el Hospital de Alamor, en el período de octubre del 2008 a marzo del 2009.

- Coordinación con Jefes de Área, administradores y encargados de emergencia.
- Elaboración y actualización de la casuística del Hospital Cantonal Alamor con ordenamiento de las patologías atendidas en emergencia y frecuencia

de las mismas en el período octubre 08 a marzo 09, en base a revisión de los formularios 008 en este período.

- Observación de la presencia física y su uso, del documento de las Guías de manejo en las emergencias quirúrgicas entregados en el taller de socialización para su adopción.
- Encuestas a los usuarios a cerca de la labor del Jefe de Área, personal médico, paramédico, administrativo y empleados que laboran en esta Casa de salud y administradores.
- Tabulación de resultados de encuesta

V. RESULTADOS

LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO

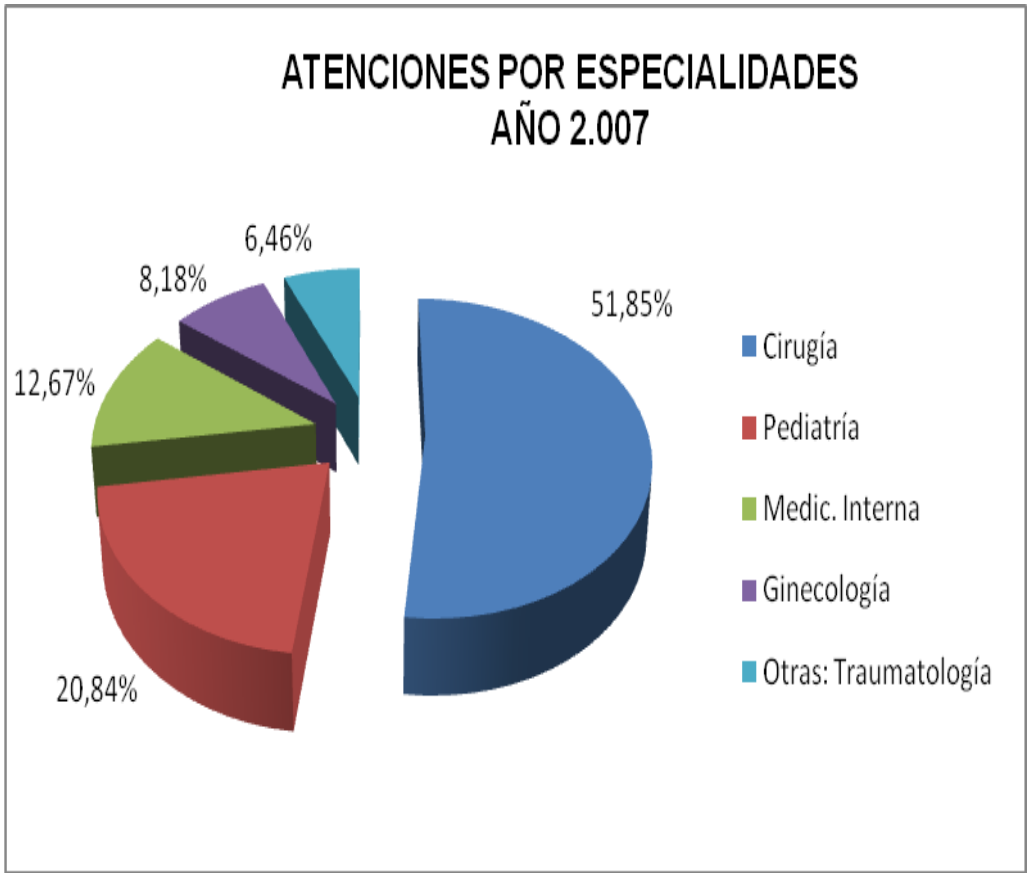
TABLA Nro. 1. PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL CANTONAL ALAMOR EN EL AÑO 2.007

Especialidad	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía	393	51,85%
Pediatría	158	20,84%
Medicina Interna	96	12,67%
Ginecología	62	8,18%
Traumatología	49	6,46%
TOTAL	**758**	**100%**

Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

Durante el año 2.007 se atendieron un total de 758 pacientes, de los cuales el 51,85% corresponden a la especialidad de Cirugía, 20,84% a Pediatría, 12,67% a Medicina Interna entre los más importantes, siendo Ginecología y Traumatología un 14,64% del total de atendidos. Concluyo que las demandas de atención corresponden a las de tipo quirúrgica y Materno Infantil.

GRÁFICO Nro. 1. PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR DURANTE EL AÑO 2.007



Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

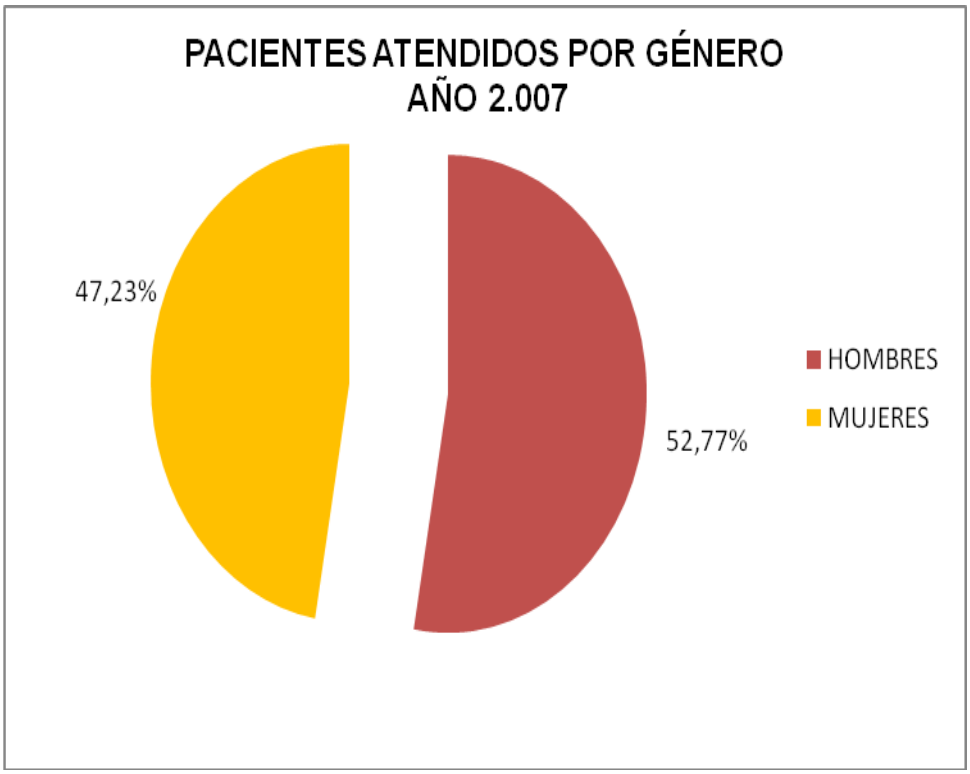
TABLA Nro. 2. NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS SEGÚN EL GÉNERO EN EL HOSPITAL CANTONAL ALAMOR EN EL AÑO 2.007

Género	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	400	52,77%
Mujeres	358	47,23%
TOTAL	**758**	**100%**

Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

La tabla 2 muestra que de los 758 pacientes atendidos durante el año 2.007, el 52,77% corresponden al género masculino y el 47,23% al género femenino. Se concluye que no hay una diferencia significativa entre géneros, ya que hay una relación aproximadamente de 1:1

GRÁFICO Nro. 2. PACIENTES ATENDIDOS POR GÉNERO EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR EN EL AÑO 2.007



Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

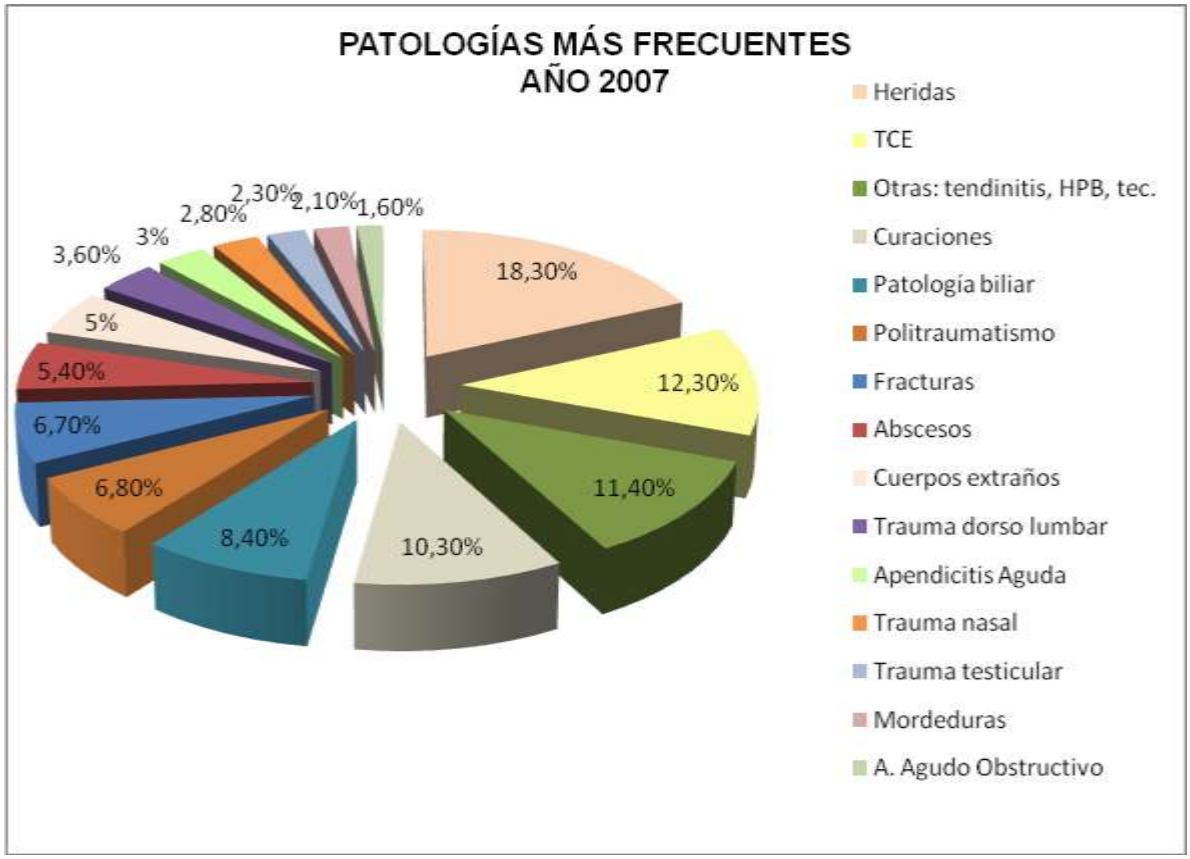
TABLA Nro. 3. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR DURANTE EL AÑO 2.007

Patologías	Frecuencia	Porcentaje
Heridas	80	18.3%
TCE	54	12.3%
Otras: tendinitis, HPB.	50	11.4%
Curaciones	45	10.3%
Patología biliar	37	8,4%
Politraumatismo	30	6.8%
Fracturas	29	6.7%
Abscesos	24	5.4%
Cuerpos extraños	22	5%
Trauma dorso lumbar	16	3.6%
Apendicitis aguda	13	3%
Trauma nasal	12	2.8%
Trauma testicular	10	2.3%
Mordeduras	9	2.1%
Abdomen Agudo Obstructivo	7	1.6%
TOTAL	**438**	**100 %**

Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

Las patologías más frecuentes durante el año 2.007 corresponden a: Heridas 18,3%, TCE 12,3%; Otras: como tendinitis, HPB, 11,4%, Curaciones: 10,3%; Patología biliar: 8,4%; Politraumatismo: 6,8%; Fracturas: 6,7%; Abscesos: 5,4%; Cuerpos extraños: 5% y en menor porcentaje: Apendicitis Aguda, Trauma nasal, Trauma testicular, Mordeduras y A. Agudo Obstructivo. La mayoría de las emergencias atendidas están relacionadas con traumas leves y moderados, siendo muy pocas las de mayor complejidad.

GRÁFICO Nro. 3. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR DURANTE EL AÑO 2.007



Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

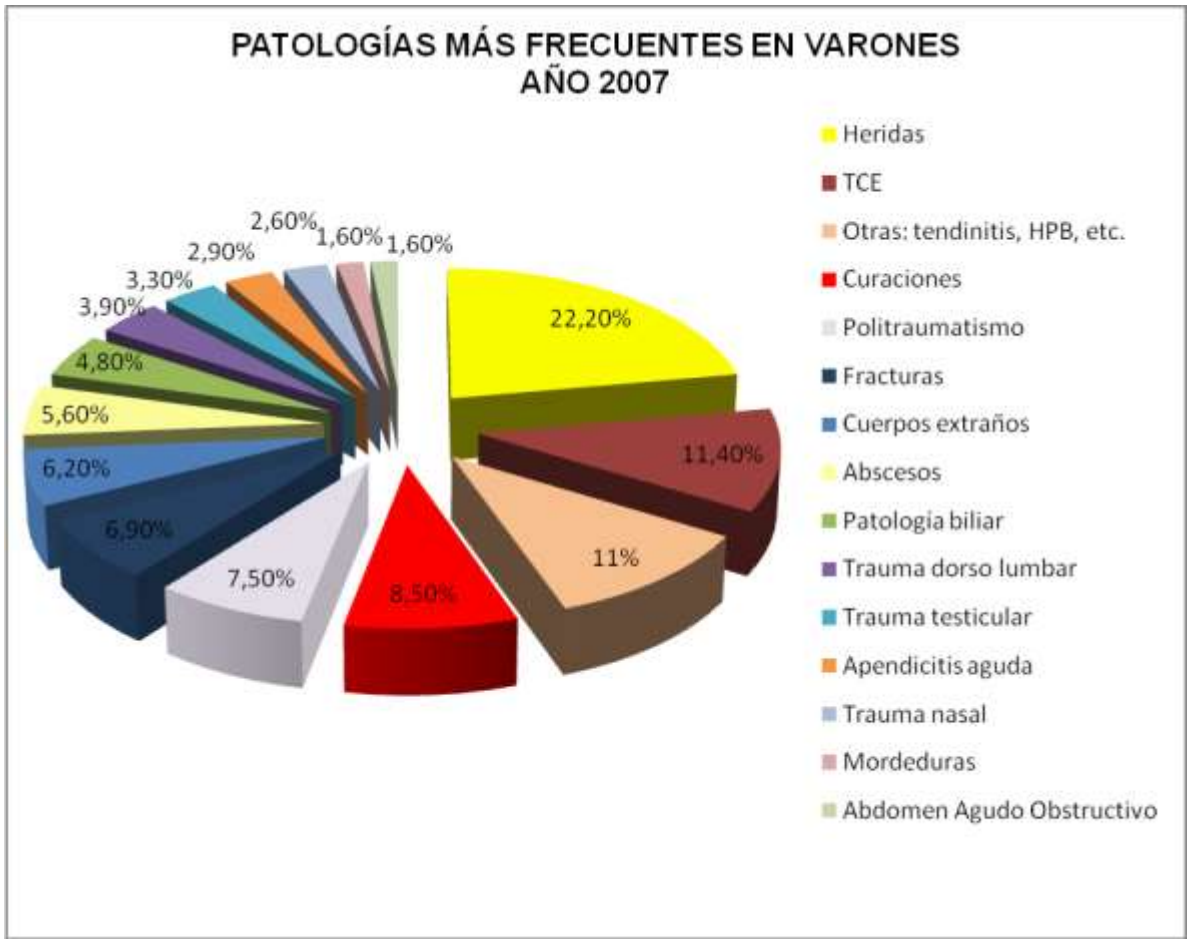
TABLA Nro. 4. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR EN VARONES DURANTE EL AÑO 2.007

Patología	Frecuencia	Porcentaje
Heridas	68	22,2%
TCE	35	11,4%
Otras: tendinitis, HPB, etc.	34	11%
Curaciones	26	8,5%
Politraumatismo	23	7,5%
Fracturas	21	6,9%
Cuerpos extraños	19	6,2%
Abscesos	17	5,6%
Patología biliar	15	4,8%
Trauma dorso lumbar	12	3,9%
Trauma testicular	10	3,3%
Apendicitis aguda	9	2,9%
Trauma nasal	8	2,6%
Mordeduras	5	1,6%
Abdomen Agudo Obstructivo	5	1,6%
TOTAL	**307**	**100%**

Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

Las patologías más atendidas durante el 2.007 en el género masculino, corresponden a Heridas 22,27%; TCE 11,4%; Otras patologías: 11%, Curaciones 8,5%; Politraumatismo 7,5%; Fracturas 6,9%; Cuerpos extraños 6,2%; Abscesos 5,6%; Patología biliar 4,8%; Trauma dorso lumbar: 3,9%, seguidas de Trauma testicular: 3,3%; Apendicitis Aguda: 2,9%; Trauma nasal: 2,6% y por último Mordeduras y A. Agudo Obstructivo con 1,6% cada uno. Se puede destacar que la patología más atendida en este género son las heridas y como menos frecuentes las mordeduras y abdomen agudo obstructivo.

GRÁFICO Nro. 4. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN VARONES DEL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR EN EL AÑO 2.007



Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

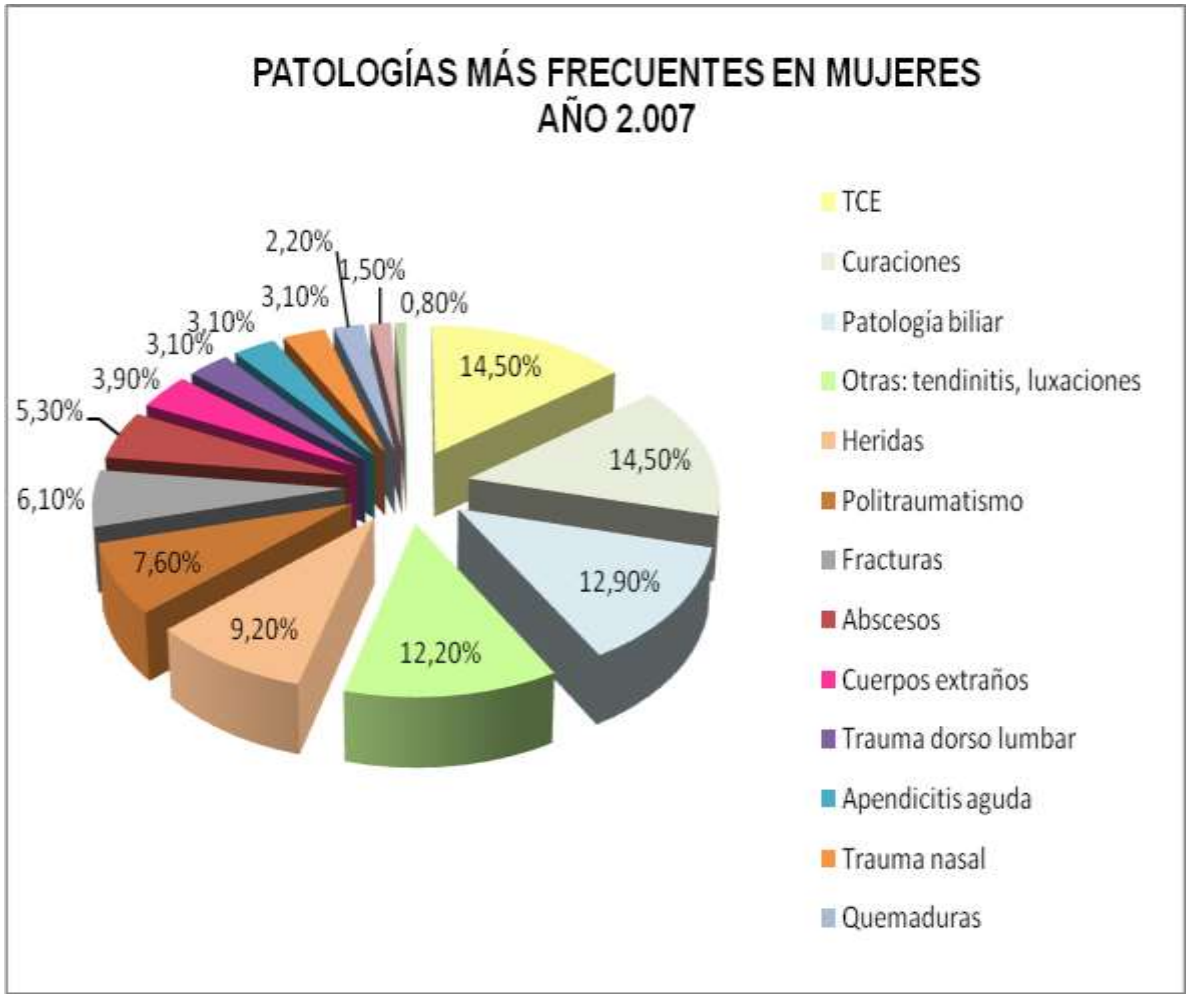
TABLA Nro. 5. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR EN MUJERES EN EL AÑO 2.007

Patología	Frecuencia	Porcentaje
TCE	19	14,5%
Curaciones	19	14,5%
Patología biliar	17	12,9%
Otras: tendinitis, luxaciones	16	12,2%
Heridas	12	9,2%
Politraumatismo	10	7,6%
Fracturas	8	6,1%
Abscesos	7	5,3%
Cuerpos extraños	5	3,9%
Trauma dorso lumbar	4	3,1%
Apendicitis aguda	4	3,1%
Trauma nasal	4	3,1%
Quemaduras	3	2,2%
Abdomen Agudo Obstructivo	2	1,5%
Mordeduras	1	0,8%
TOTAL	**131**	**100%**

Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

Durante el año 2.007 fueron atendidos en emergencia 131 pacientes del género femenino, cuyas causas de atención se presentan en el 14,5% TCE y Curaciones; Patología biliar: 12,9%; Otras: 12,2%; Heridas: 9,2%; Politraumatismo: 7,6%; Fracturas: 6,1% entre las más frecuentes. Y patologías menos frecuentes: Abcsesos: 5,3%; Cuerpos extraños: 3,9%; Trauma dorso lumbar, Apendicitis Aguda y Trauma nasal: 3,1%; Quemaduras: 2,2%; A. Agudo Obstructivo: 1,5% y por último Mordeduras: 0,8%. A diferencia del género masculino en ellas predominan: TCE, Curaciones y Patología biliar y es similar la presentación de Quemaduras, A. Agudo Obstructivo y Mordeduras en un mínimo porcentaje.

GRÁFICO Nro. 5. PATOLOGÍAS MAS FRECUENTES EN MUJERES DEL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR EN EL AÑO 2.007



Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

TABLA Nro. 6. PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS MÁS FRECUENTES EN LOS CUATRO GRUPOS ETÁREOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR DURANTE EL AÑO 2.007

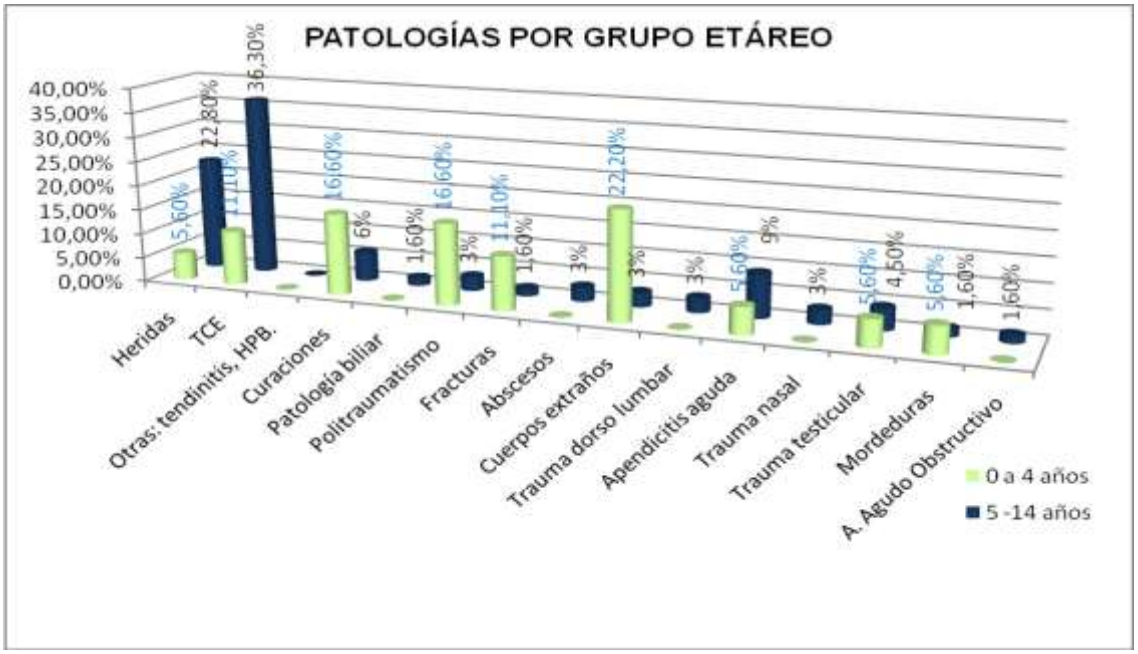
PATOLOGIA	Nro.	0 a 4 años	5 a 14 años	15 a 45 años	> 45 años	%
Heridas	80	1	15	30	34	18,26%
TCE	54	2	24	22	5	12,33%
Otras: tendinitis, HPB.	50	-	-	32	18	11,41%
Curaciones	45	3	4	10	28	10,28%
Patología biliar	37	-	1	28	9	8,45%
Politraumatismo	30	3	2	12	13	6,85%
Fracturas	29	2	1	20	6	6,62%
Abscesos	24	-	2	12	10	5,48%
Cuerpos extraños	22	4	2	5	11	5,02%
Trauma dorso lumbar	16	-	2	8	6	3,66%
Apendicitis aguda	13	1	6	3	3	2,97%
Trauma nasal	12	-	2	5	5	2,74%
Trauma testicular	10	1	3	2	4	2,29%
Mordeduras	9	1	1	4	3	2,05%
A. Agudo Obstructivo	7	-	1	2	4	1,59%
TOTAL	**438**	**18**	**66**	**195**	**159**	**100%**

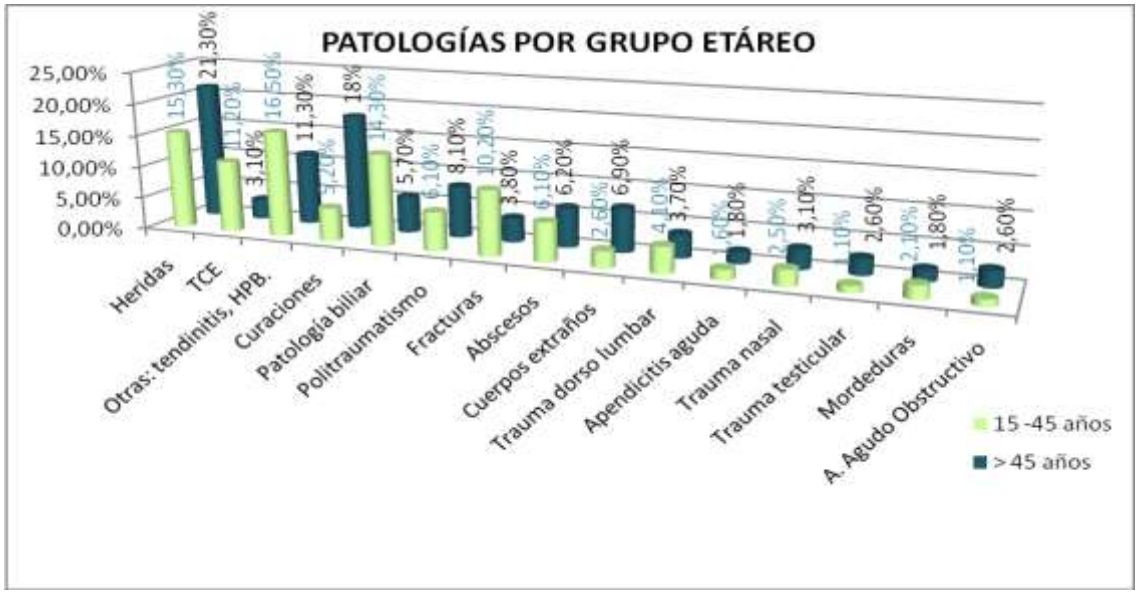
Fuente: Archivos de emergencia

Elaboración: El Autor

Las patologías más frecuentes en la atención en el Hospital Cantonal de Alamor son: heridas 18,26% en el grupo de edades > 45 años; seguida de TCE 12,33% de 5 a 14 años, tendinitis, HPB 11,41% en el grupo de15 a 45 años; curaciones 10,28% en > 45 años y finalmente patología biliar 8,45% en el grupo de 15 a 45 años. En menor porcentaje están: politraumatismo, fracturas y traumas leves.

GRÁFICO Nro. 6. PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS MÁS FRECUENTES EN LOS CUATRO GRUPOS ETÁREOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR DURANTE EL AÑO 2.007





Fuente: Archivos de emergencia

Elaboración: El Autor

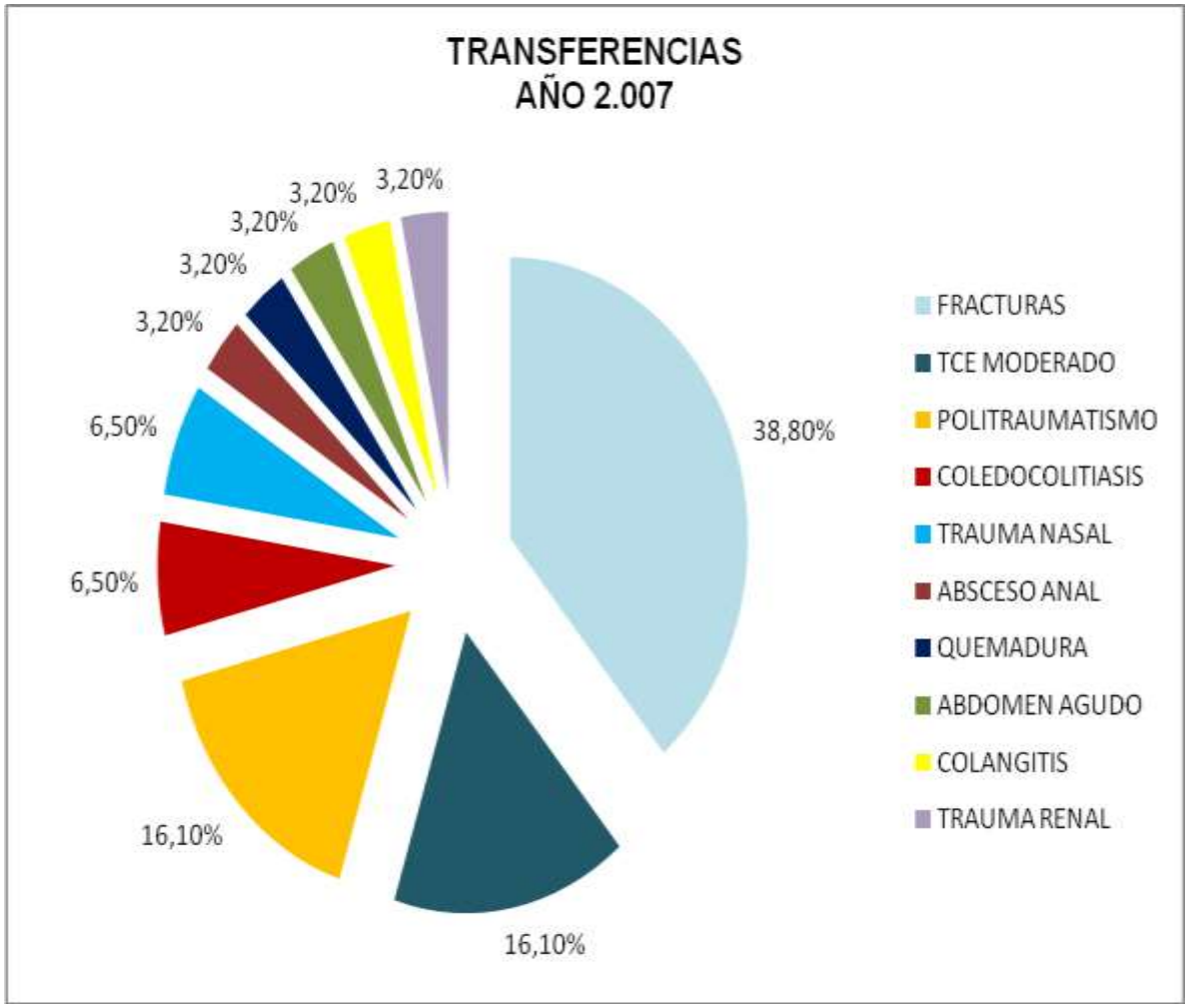
TABLA Nro. 7. TRANSFERENCIAS DESDE EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR DURANTE EL AÑO 2.007

Patología	Frecuencia	Porcentaje
Fracturas	12	38,8%
TCE moderado	5	16,1%
Politraumatismo	5	16,1%
Colédocolitiasis	2	6,5%
Trauma nasal	2	6,5%
Absceso anal	1	3,2%
Quemadura	1	3,2%
Abdomen agudo	1	3,2%
Colangitis	1	3,2%
Trauma renal	1	3,2%
TOTAL	**31**	**100%**

Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

Los pacientes transferidos fueron por: Fracturas: 38,8%; TCE moderado y Politraumatismo 16,1% cada uno; y el resto por Coledocolitiasis y Trauma nasal 6,5% cada uno; Absceso anal, quemadura, Abdomen Agudo, Colangitis y Trauma Renal representando 3,2% cada una de estas patologías. La razón de su transferencia fue por la gravedad de las nosologías y que ameritaban manejo de Cuidados Intensivos en algunos casos y en otros procedimientos diagnósticos especialmente de imagen como es la CPRE y TAC de cráneo y abdomen.

GRÁFICO Nro. 7. TRANSFERENCIAS DESDE EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR DURANTE EL AÑO 2.007



Fuente: Archivos de emergencia

Elaboración: El Autor

ACTUALIZACION EPIDEMIOLÓGICA DURANTE EL PERIODO DE EVALUACIÓN Y MONITOREO

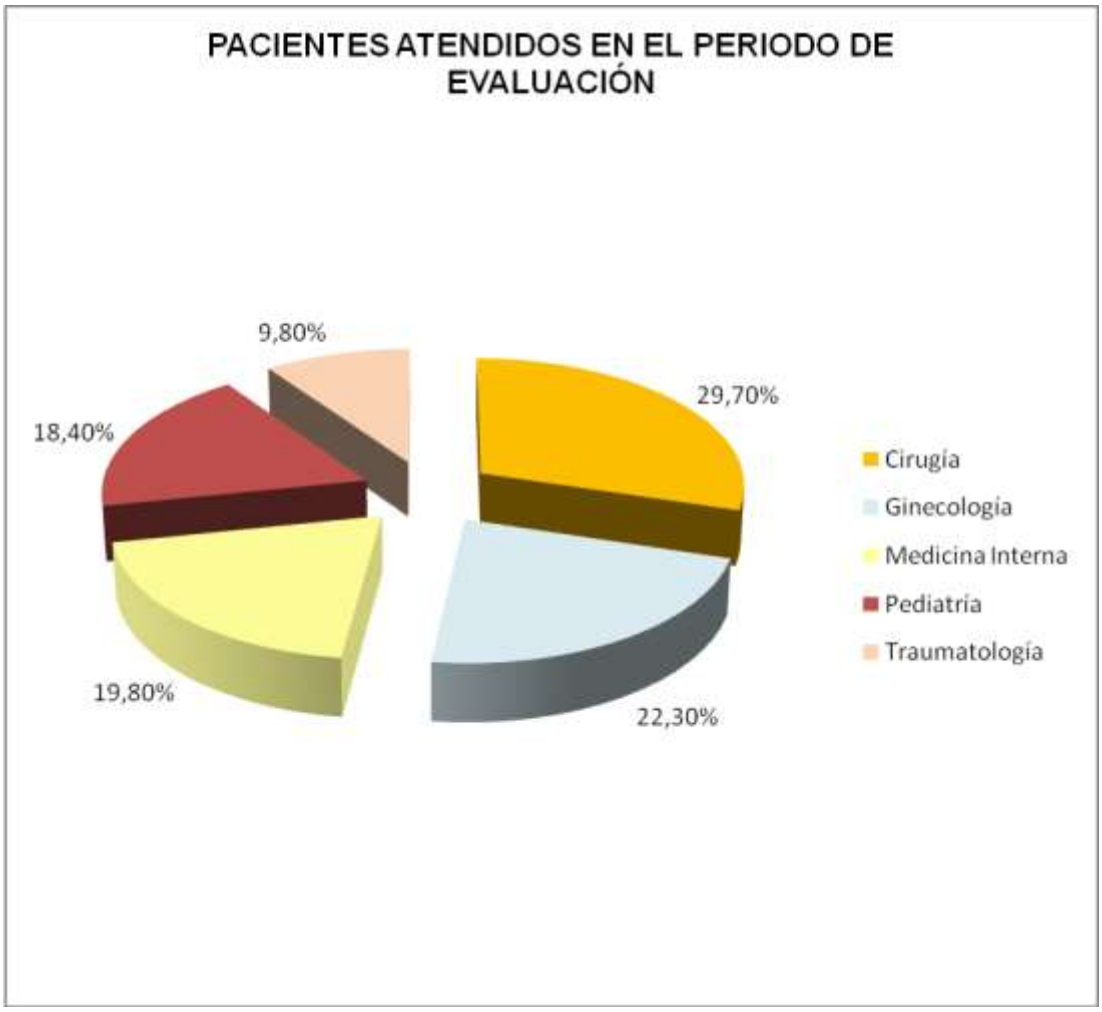
TABLA Nro. 8. PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL CANTONAL ALAMOR EN EL PERIODO DE OCTUBRE 2.008 A MARZO DEL 2.009

Especialidad	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía	45	29,7%
Ginecología	34	22,3%
Medicina Interna	30	19,8%
Pediatría	28	18,4%
Traumatología	15	9,8%
TOTAL	**152**	**100%**

Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

Durante el periodo de evaluación Octubre 2.008 a Marzo del 2009, se atendieron un total de 152 pacientes, de los cuales el 29,7% corresponden a la especialidad de Cirugía, 22,3% a Ginecología, 19,8% a Medicina Interna entre los más importantes, siendo Pediatría y Traumatología un 29,2% del total de atendidos. Concluyendo que las demandas de atención corresponden a las de tipo quirúrgica y ginecológica.

GRÁFICO Nro. 8. PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL CANTONAL ALAMOR EN EL PERIODO DE EVALUACIÓN OCTUBRE 2.008 A MARZO DEL 2.009



Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

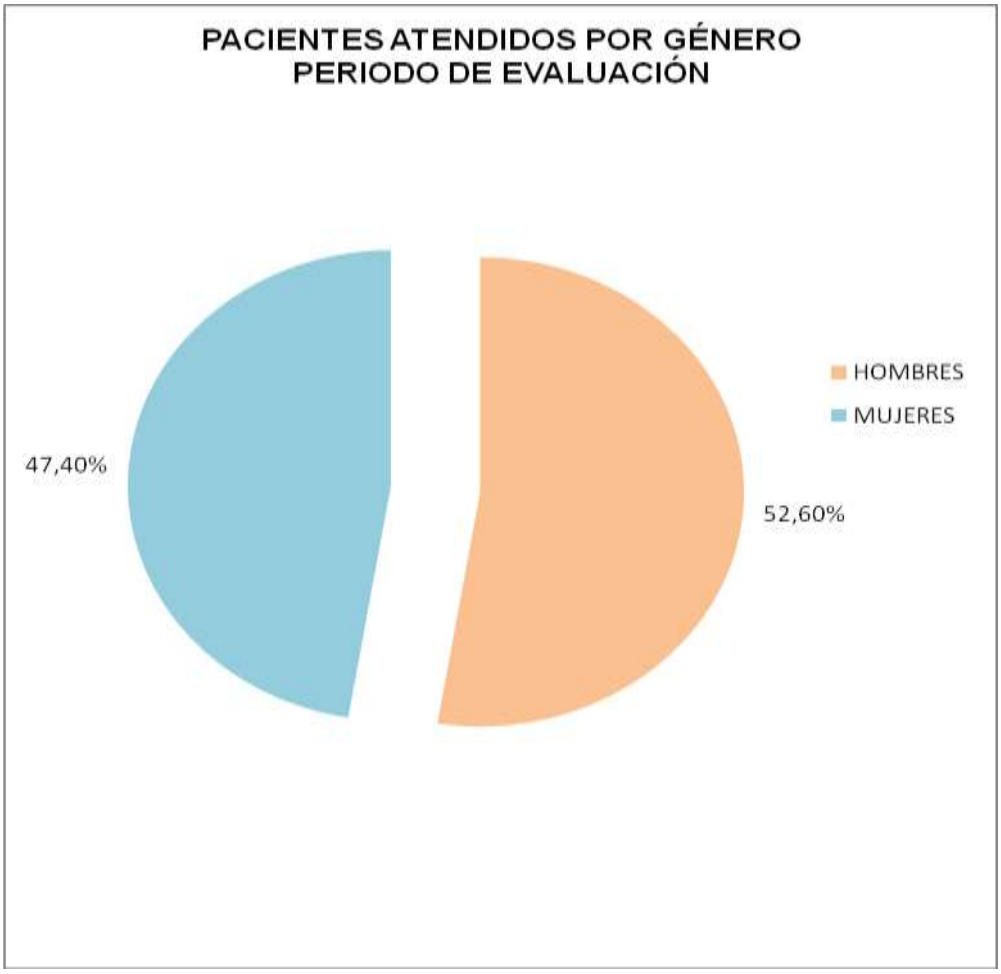
TABLA Nro. 9. NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS SEGÚN EL GÉNERO EN EL HOSPITAL CANTONAL ALAMOR EN EL PERIODO DE EVALUACIÓN OCTUBRE 2.008 A MARZO DEL 2.009.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	80	52,6%
Mujeres	72	47,4%
TOTAL	**152**	**100%**

Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

Esta tabla muestra que de los 152 pacientes atendidos durante el período de evaluación, el 52,6% corresponden al género masculino y el 47,4% al femenino. De acuerdo a esto no existe diferencia significativa entre géneros.

GRÁFICO Nro. 9. PACIENTES ATENDIDOS SEGÚN EL GÉNERO EN EL HOSPITAL CANTONAL ALAMOR EN EL PERIODO DE EVALUACIÓN OCTUBRE 2.008 A MARZO DEL 2.009



Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

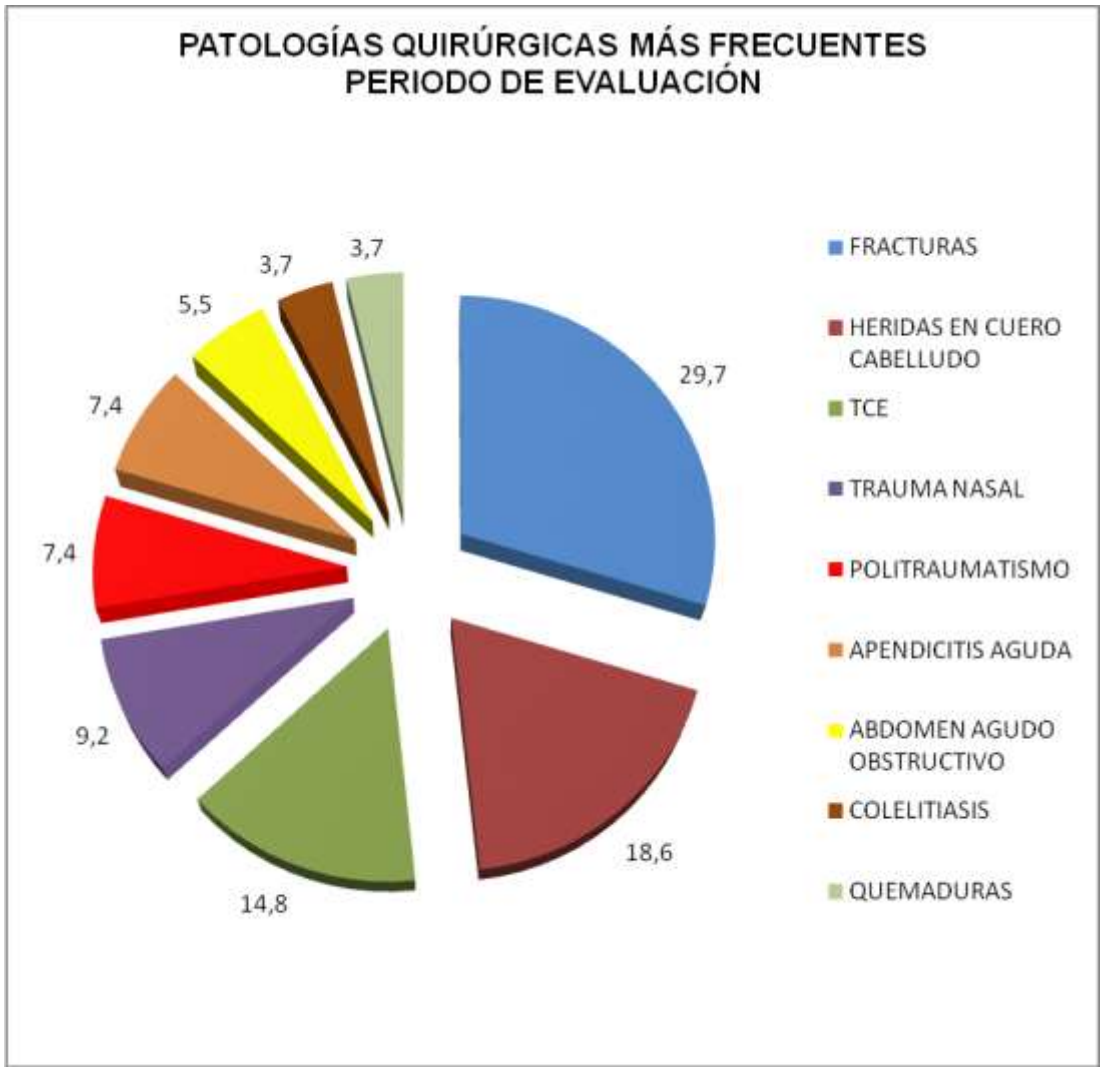
TABLA Nro. 10. PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS MÁS FRECUENTES ATENDIDAS EN EL PERIODO OCTUBRE 2.008 A MARZO 2.009 EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR

Patología	Frecuencia	Porcentaje
Fracturas	16	29,7%
Heridas en cuero cabelludo	9	16,7%
TCE	8	14,8%
Trauma nasal	6	11,1%
Politraumatismo	4	7,4%
Apendicitis aguda	4	7,4%
Abdomen Agudo Obstructivo	3	5,5%
Colelitiasis	2	3,7%
Quemaduras	2	3,7%
TOTAL	**54**	**100%**

Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

En esta tabla se puede observar que las patologías más frecuentes durante el período de evaluación octubre 2.008 a marzo 2.009, corresponden a: Fracturas 29,7%, Heridas en cuero cabelludo 16,7%, TCE 14,8%, Trauma nasal 11,1%, Politraumatismo y apendicitis aguda 7,4% respectivamente; y otras patologías como Abdomen Agudo Obstructivo, Colelitiasis y Quemaduras en menor porcentaje, siendo muy pocas las de mayor complejidad.

GRÁFICO Nro. 10. PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS MÁS FRECUENTES ATENDIDAS EN EL PERIODO OCTUBRE 2.008 A MARZO 2.009 EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR.



Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

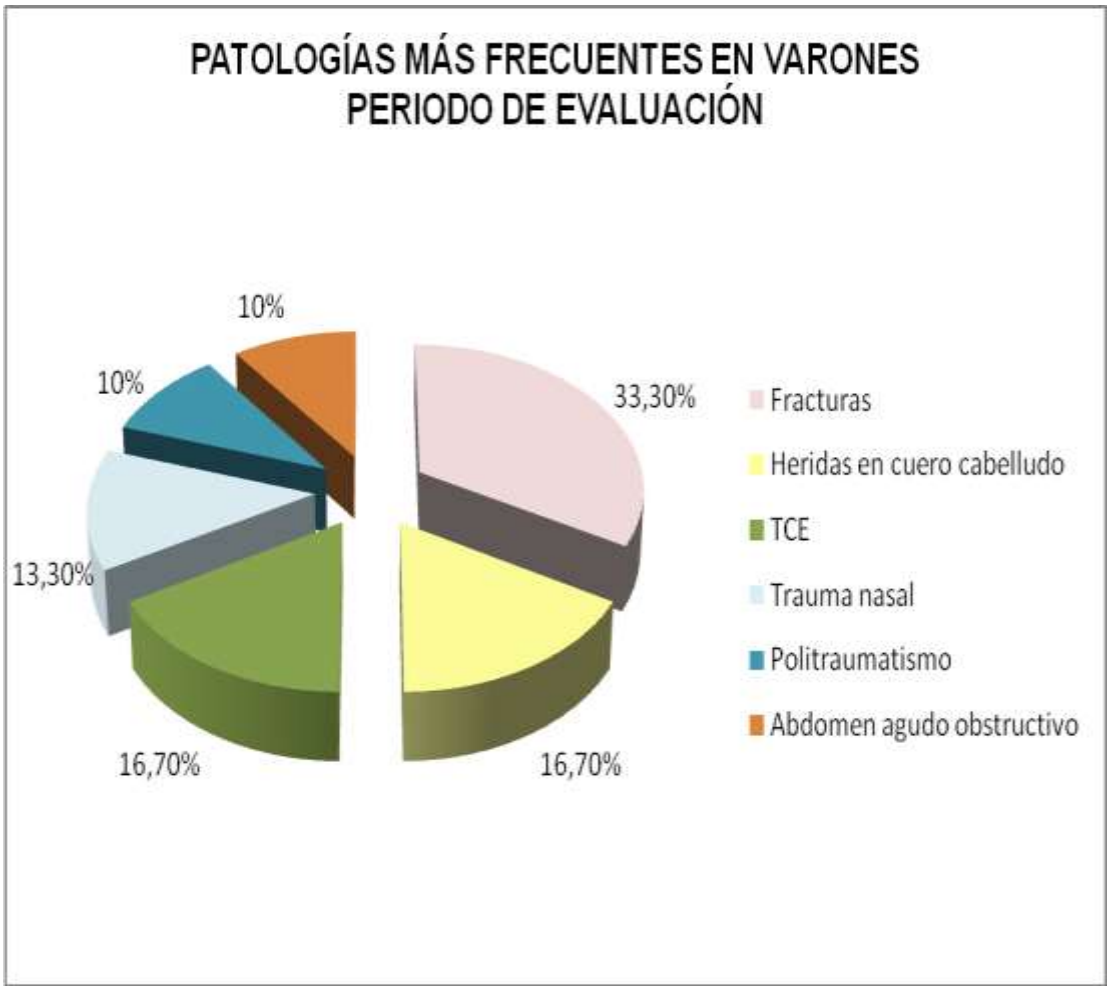
TABLA Nro. 11. PATOLOGÍAS QUIRURGICAS MÁS FRECUENTES ATENDIDAS EN EL PERIODO OCTUBRE 2.008 A MARZO 2.009 EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR EN EL GÉNERO MASCULINO

Patología	Frecuencia	Porcentaje
Fracturas	10	33,3%
Heridas en cuero cabelludo	5	16,7%
TCE	5	16,7%
Trauma nasal	4	13,3%
Politraumatismo	3	10%
Abdomen agudo obstructivo	3	10%
TOTAL	**30**	**100%**

Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

En esta tabla se muestra que las patologías más frecuentes en el género masculino durante el periodo de evaluación corresponden a Fracturas 33,3%, Heridas de cuero cabelludo y TCE 16,7% respectivamente; y como menos frecuentes Trauma nasal 13,3%, Politraumatismo y Abdomen Agudo Obstructivo 10% cada uno. Concluyendo que en su mayoría son patologías de menor complejidad.

GRÁFICO Nro. 11. PATOLOGÍAS QUIRURGICAS MÁS FRECUENTES ATENDIDAS EN EL PERIODO OCTUBRE 2.008 A MARZO 2.009 EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR EN EL GÉNERO MASCULINO



Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

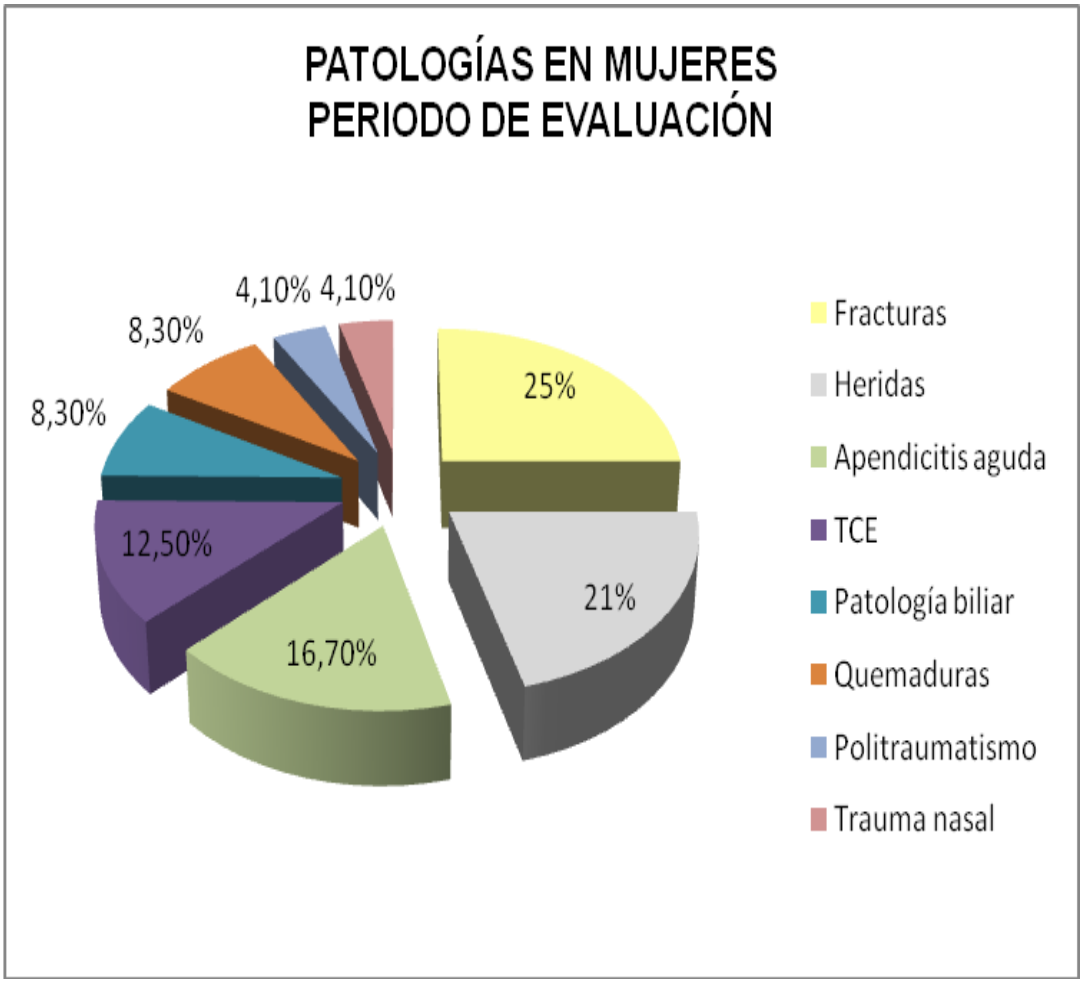
TABLA Nro. 12. PATOLOGÍAS QUIRURGICAS MÁS FRECUENTES ATENDIDAS EN EL PERIODO OCTUBRE 2.008 A MARZO 2.009 EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR EN EL GÉNERO FEMENINO

Patología	Frecuencia	Porcentaje
Fracturas	6	25%
Heridas en cuero cabelludo	5	21%
Apendicitis Aguda	4	16,7%
TCE	3	12,5%
Colelitiasis	2	8,3%
Quemaduras	2	8,3%
Politraumatismo	1	4,1%
Trauma nasal	1	4,1%
TOTAL	**24**	**100%**

Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

La tabla muestra que la patología más frecuente durante el período de evaluación, en el género femenino, corresponde a Fracturas 25%, Heridas en cuero cabelludo 21%, Apendicitis Aguda 16,7%, TCE 12,5% y nosologías menos graves como Colelitiasis y Quemaduras 8,3% respectivamente; Politraumatismo y trauma nasal 4,1% en mínimo porcentaje. Concluyendo que dichas patologías son similares en ambos géneros.

GRÁFICO Nro. 12. PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS MÁS FRECUENTES ATENDIDAS EN EL PERIODO OCTUBRE 2.008 A MARZO 2.009 EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR EN EL GÉNERO FEMENINO



Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

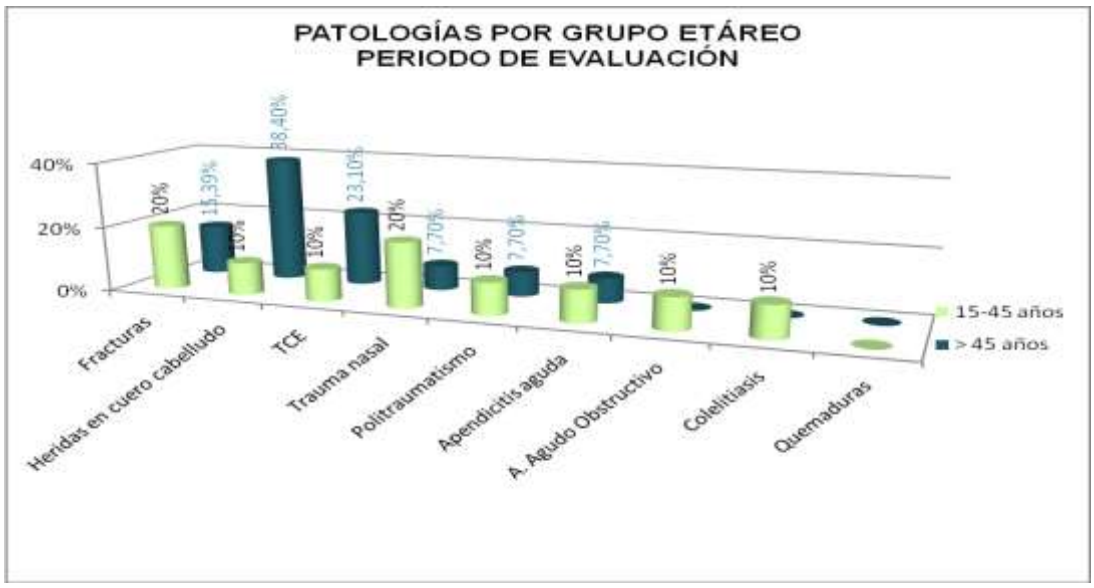
TABLA Nro. 13. PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS MÁS FRECUENTES EN LOS CUATRO GRUPOS ETÁREOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR DURANTE EL PERIODO DE EVALUACIÓN COMPRENDIDO ENTRE OCTUBRE 2.008 A MARZO 2.009

PATOLOGIA	No.	0-4 años	5-14 años	15-45 años	> 45 años	%
Fracturas	16	1	9	4	2	29,6%
Heridas en cuero cabelludo	9	1	1	2	5	16,7%
TCE	8	1	2	2	3	14,9%
Trauma nasal	6	-	1	4	1	11,1%
Politraumatismo	4	-	1	2	1	7,4%
Apendicitis aguda	4	-	1	2	1	7,4%
Abdomen Agudo Obstructivo	3	-	1	2	-	5,5%
Colelitiasis	2	-	-	2	-	3,7%
Quemaduras	2	1	1	-	-	3,7%
TOTAL	**54**	**4**	**17**	**20**	**13**	**100%**

Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

En la presente tabla se observa que las patologías más frecuentes en el período octubre 2.008 a marzo 2.009, son fracturas 29,6% en el grupo de edades de 5-14 años, heridas en cuero cabelludo 16,7% y TCE 14,9% en > 45 años; trauma nasal 11,1%, politraumatismo y apendicitis aguda 7,4% respectivamente en el grupo de 15-45 años; y en menor porcentaje abdomen agudo obstructivo, colelitiasis y quemaduras. Las patologías de acuerdo al grupo etáreo son más frecuentes desde los 5 hasta > 45 años.

GRÁFICO Nro. 13. PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS MÁS FRECUENTES EN LOS CUATRO GRUPOS ETÁREOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR DURANTE EL PERIODO DE EVALUACIÓN COMPRENDIDO ENTRE OCTUBRE 2.008 A MARZO 2.009



Fuente: Archivos de emergencia

Elaboración: El Autor

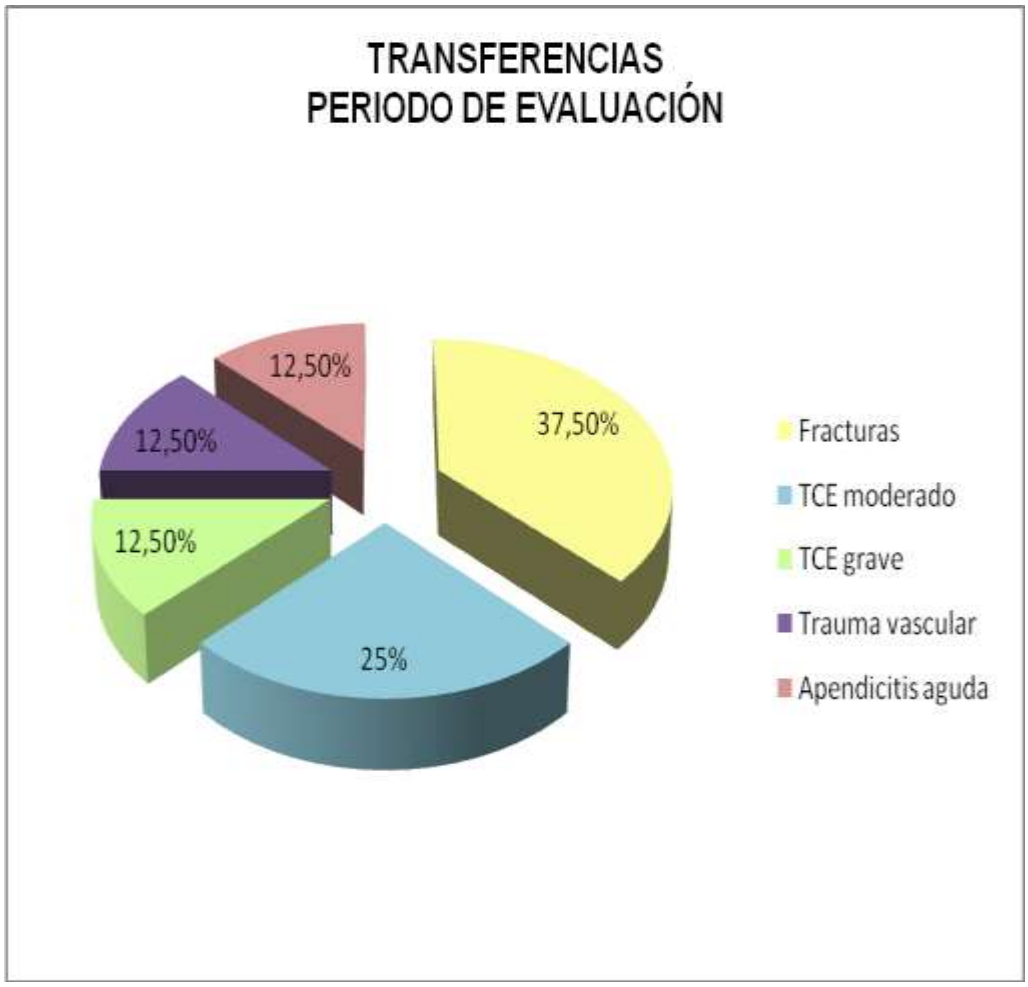
TABLA Nro. 14. TRANSFERENCIAS DESDE EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR DURANTE EL PERIODO DE EVALUACIÓN COMPRENDIDO ENTRE OCTUBRE 2.008 A MARZO 2.009

Patología	Frecuencia	Porcentaje
Fracturas	3	37,5%
TCE moderado	2	25%
TCE grave	1	12,5%
Trauma vascular	1	12,5%
Apendicitis aguda	1	12,5%
TOTAL	**8**	**100%**

Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

Durante este período y revisados los archivos en el área de emergencia del Hospital Cantonal de Alamor, se realizaron 8 transferencias en su mayoría debido a la gravedad de las patologías quirúrgicas, que ameritaban resolución inmediata, y por no contar con los especialistas en ese momento en dicha Casa de Salud. Concluyendo que en su mayoría estas patologías pudieron ser resueltas en dicho Hospital.

GRÁFICO Nro. 14. TRANSFERENCIAS DESDE EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR DURANTE EL PERIODO DE EVALUACIÓN COMPRENDIDO ENTRE OCTUBRE 2.008 A MARZO 2.009



Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

CUADROS COMPARATIVOS ENTRE EL PERIODO DE INTERVENCIÓN Y EL PERIODO DE EVALUACIÓN EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR

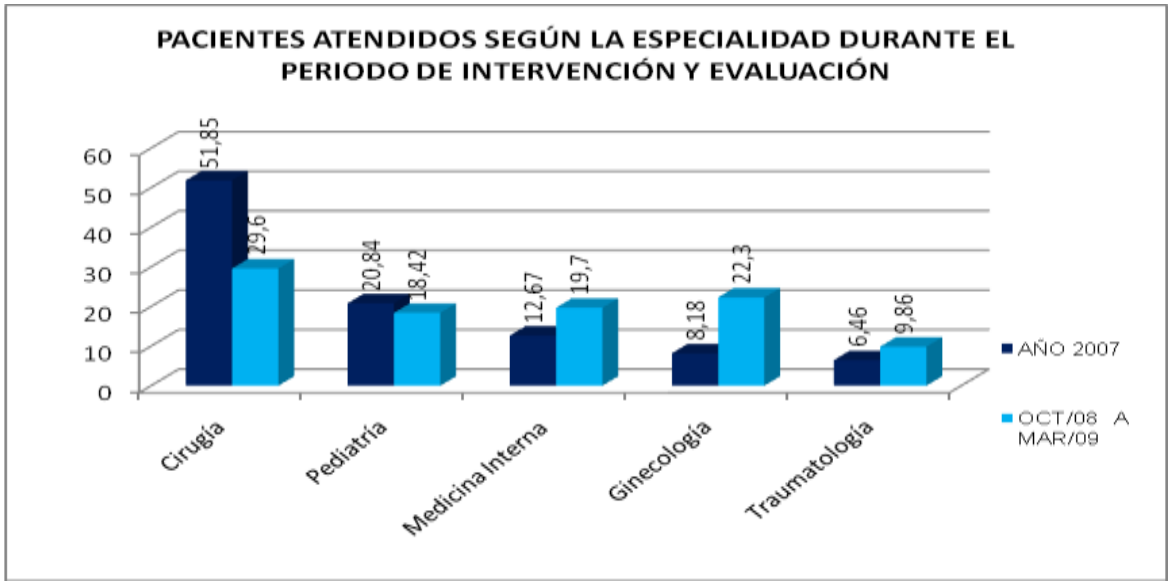
TABLA Nro. 15. CUADRO COMPARATIVO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL CANTONAL ALAMOR SEGÚN LA ESPECIALIDAD DURANTE EL PERIODO DE INTERVENCIÓN AÑO 2.007 Y DE EVALUACIÓN OCTUBRE 2.008 A MARZO DEL 2.009

Especialidad	PERIODO DE INTERVENCIÓN		PERIODO DE EVALUACIÓN	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía	393	51,85%	45	29,7%
Pediatría	158	20,84%	28	18,4%
Medicina Interna	96	12,67%	30	19,8%
Ginecología	62	8,18%	34	22,3%
Traumatología	49	6,46%	15	9,8%
TOTAL	**758**	**100%**	**152**	**100%**

Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

Durante el año 2.007, se atendieron un total de 758 pacientes, de los cuales el 51,85% corresponden a la especialidad de Cirugía, mientras que en el periodo de evaluación se atendieron un total de 152 pacientes, de los cuales el 29,7% corresponden a dicha especialidad, existiendo una diferencia considerable entre los dos periodos. Las otras especialidades en ambos periodos llevan relaciones porcentuales similares, con la variedad de que en el primer período los pacientes mayormente atendidos corresponden al área de pediatría 20,84% en relación al periodo de evaluación donde predomina Ginecología con 22,3%.

GRÁFICO Nro. 15. PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL CANTONAL ALAMOR SEGÚN LA ESPECIALIDAD DURANTE EL PERIODO DE INTERVENCIÓN AÑO 2007 Y DE EVALUACIÓN OCTUBRE 2008 A MARZO DEL 2009.



Fuente: Archivos de emergencia

Elaboración: El Autor

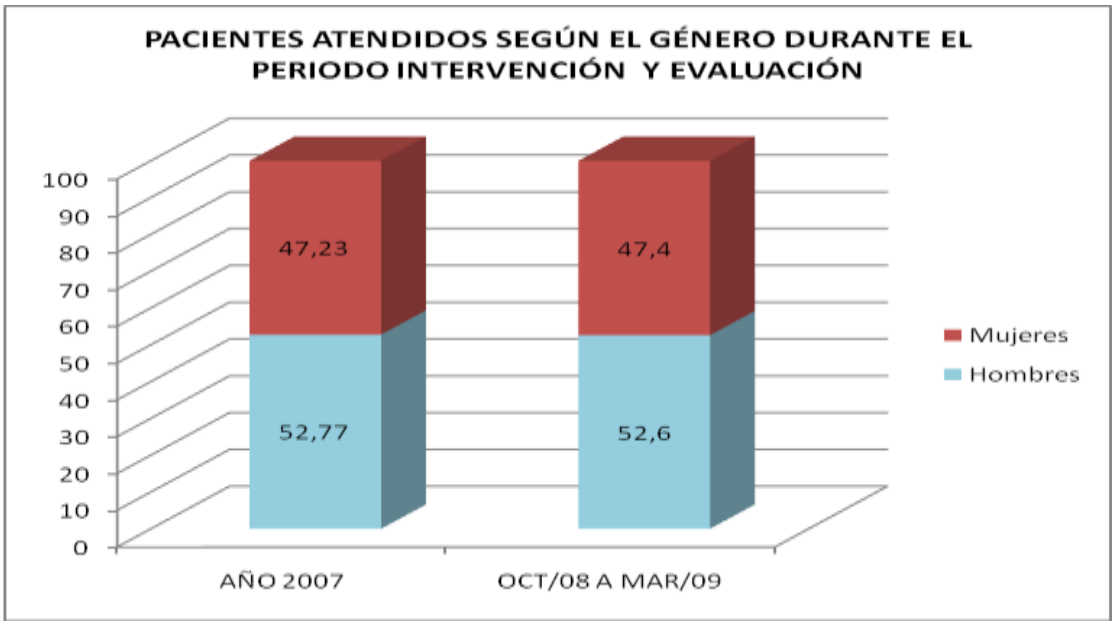
TABLA Nro. 16. CUADRO COMPARATIVO DE PACIENTES ATENDIDOS SEGÚN EL GÉNERO EN EL HOSPITAL CANTONAL ALAMOR DURANTE EL PERIODO DE INTERVENCIÓN AÑO 2.007 Y DE EVALUACIÓN OCTUBRE 2.008 A MARZO DEL 2.009

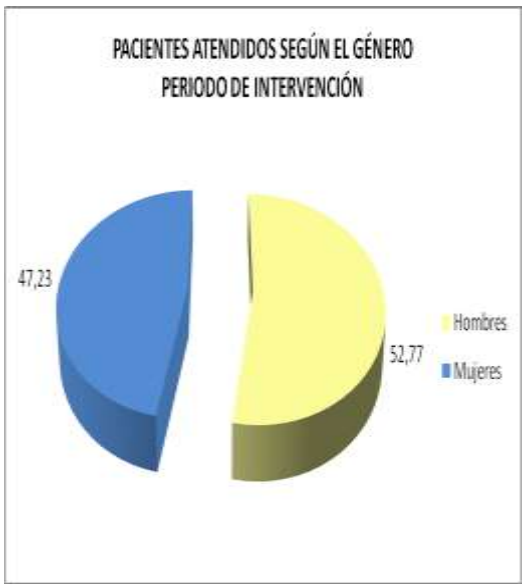
	PERIDODO DE INTERVENCIÓN		PERIDODO DE EVALUACIÓN	
Género	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Hombres	400	52,77%	80	52,6%
Mujeres	358	47,23%	72	47,4%
TOTAL	**758**	**100%**	**152**	**100%**

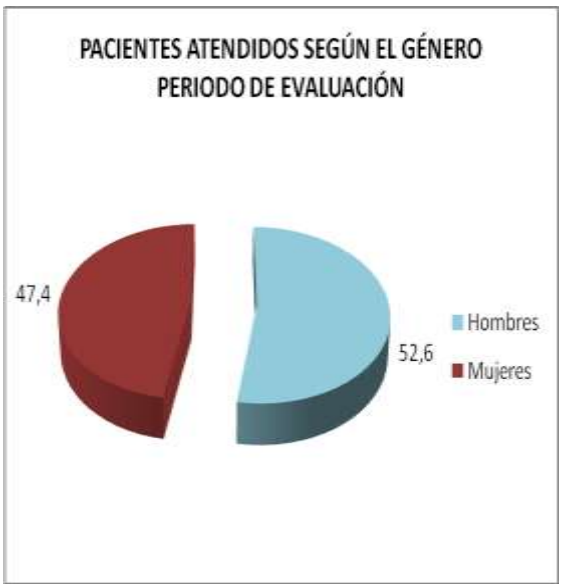
Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

De los 758 pacientes atendidos durante el año 2.007 en el Hospital Cantonal de Alamor, el 52,77% corresponden al género masculino y el 47,23% al género femenino. Mientras que durante el periodo de evaluación de los 152 pacientes atendidos, el 52,6% corresponden al género masculino y el 47,4% al femenino. Se concluye de acuerdo a esto que existe una diferencia poco significativa entre ambos géneros.

GRÁFICO Nro. 16. PACIENTES ATENDIDOS SEGÚN EL GÉNERO EN EL HOSPITAL CANTONAL ALAMOR DURANTE EL PERIODO DE INTERVENCIÓN AÑO 2.007 Y DE EVALUACIÓN OCTUBRE 2.008 A MARZO DEL 2.009







Fuente: Archivos de emergencia

Elaboración: El Autor

TABLA Nro. 17. CUADRO COMPARATIVO DE PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR DURANTE EL PERIODO DE INTERVENCIÓN AÑO 2.007 Y DE EVALUACIÓN OCTUBRE 2.008 A MARZO DEL 2.009

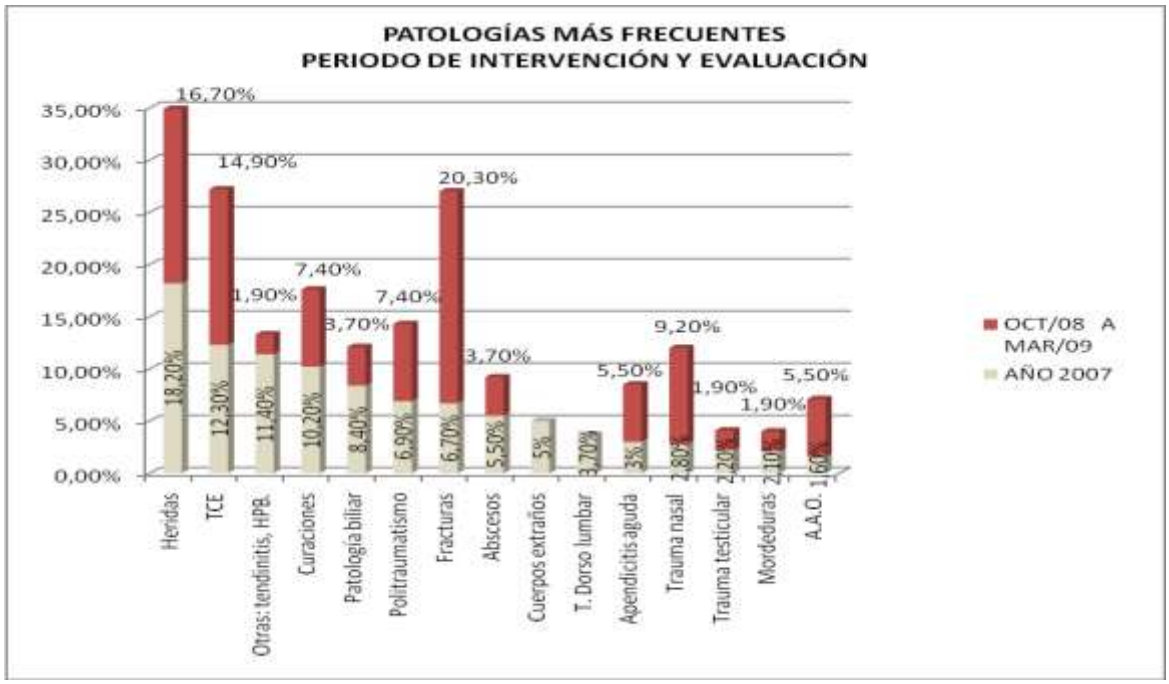
Patologías	PERIODO DE INTERVENCIÓN		PERIODO DE EVALUACIÓN	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Heridas	80	18,2%	9	16,7%
TCE	54	12,3%	8	14,9%
Otras: tendinitis, HPB.	50	11,4%	1	1,9%
Curaciones	45	10,2%	4	7,4%
Patología biliar	37	8,4%	2	3,7%
Politraumatismo	30	6,9%	4	7,4%
Fracturas	29	6,7%	11	20,3%
Abscesos	24	5,5%	2	3,7%
Cuerpos extraños	22	5%	-	-
Trauma dorso lumbar	16	3,7%	-	-
Apendicitis aguda	13	3%	3	5,5%
Trauma nasal	12	2,8%	5	9,2%
Trauma testicular	10	2,2%	1	1,9%
Mordeduras	9	2,1%	1	1,9%
Abdomen Agudo Obstructivo	7	1,6%	3	5,5%
TOTAL	**438**	**100 %**	**54**	**100%**

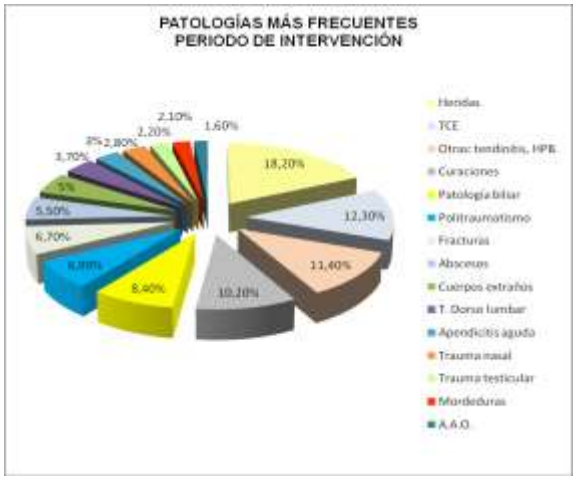
Fuente: Archivos de emergencia

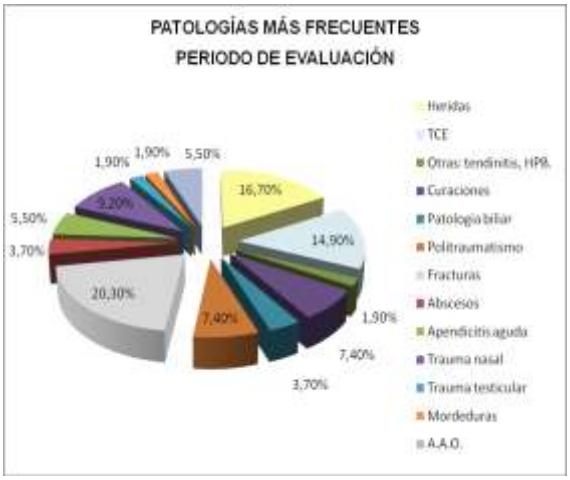
Elaboración: El Autor

En el periodo de intervención se puede observar que las patologías más atendidas corresponden a: heridas, TCE, tendinitis, hipertrofia prostática benigna, curaciones, seguida de patología biliar; mientras que en el periodo de evaluación las patologías más frecuentes fueron: fracturas, heridas en cuero cabelludo, TCE, y en menos porcentaje trauma nasal, politraumatismo y apendicitis aguda. Se concluye que la mayoría de las emergencias atendidas están relacionadas con traumas leves y moderados, siendo muy pocas las de mayor complejidad.

GRÁFICO Nro. 17. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR DURANTE EL PERIODO DE INTERVENCIÓN AÑO 2007 Y DE EVALUACIÓN OCTUBRE 2.008 A MARZO DEL 2.009







Fuente: Archivos de emergencia

Elaboración: El Autor

TABLA Nro. 18. CUADRO COMPARATIVO DE PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR EN VARONES DURANTE EL PERIODO DE INTERVENCIÓN AÑO 2.007 Y DE EVALUACIÓN OCTUBRE 2.008 A MARZO DEL 2.009

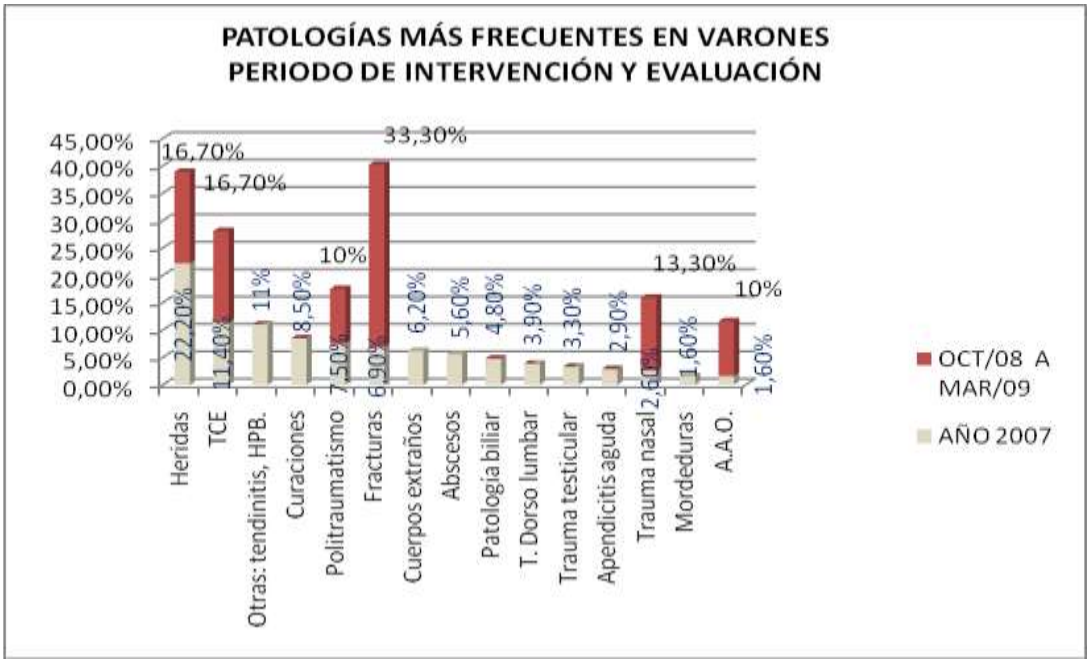
Patología	PERIODO DE INTERVENCIÓN		PERIODO DE EVALUACIÓN	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Heridas	68	22,2%	5	16,7%
TCE	35	11,4%	5	16,7%
Otras: tendinitis, HPB.	34	11%	-	-
Curaciones	26	8,5%	-	-
Politraumatismo	23	7,5%	3	10%
Fracturas	21	6,9%	10	33,3%
Cuerpos extraños	19	6,2%	-	-
Abscesos	17	5,6%	-	-
Patología biliar	15	4,8%	-	-
Trauma dorso lumbar	12	3,9%	-	-
Trauma testicular	10	3,3%	-	-
Apendicitis aguda	9	2,9%	-	-
Trauma nasal	8	2,6%	4	13,3%
Mordeduras	5	1,6%	-	-
Abdomen Agudo Obstructivo	5	1,6%	3	10%
TOTAL	**307**	**100%**	**30**	**100%**

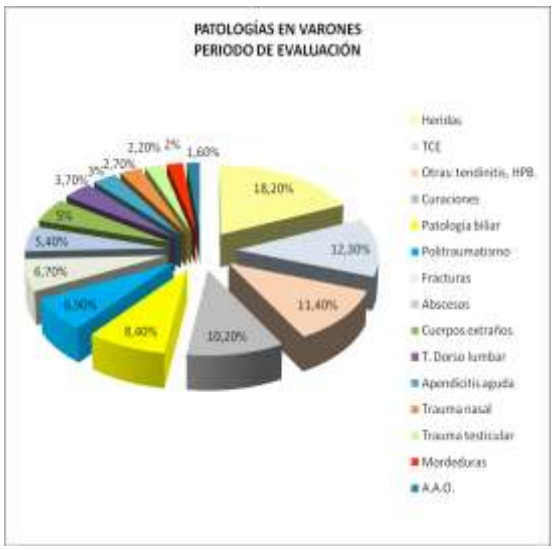
Fuente: Archivos de emergencia

Elaboración: El Autor

Las patologías más frecuentes atendidas en la emergencia del Hospital Cantonal de Alamor durante el 2007 en el género masculino, corresponde a Heridas, TCE, tendinitis, HPB, curaciones, politraumatismo, fracturas, cuerpos extraños, abscesos y patología biliar; mientras que las patologías atendidas en el periodo de evaluación fueron fracturas, heridas de cuero cabelludo y TCE, y como menos frecuentes trauma nasal, politraumatismo y abdomen agudo obstructivo.

GRÁFICO Nro. 18. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR EN VARONES DURANTE EL PERIODO DE INTERVENCIÓN AÑO 2.007 Y DE EVALUACIÓN OCTUBRE 2.008 A MARZO DEL 2.009





Fuente: Archivos de emergencia
Elaboración: El Autor

TABLA Nro. 19. CUADRO COMPARATIVO DE PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR EN MUJERES DURANTE EL PERIODO DE INTERVENCIÓN AÑO 2.007 Y DE EVALUACIÓN OCTUBRE 2.008 A MARZO DEL 2.009

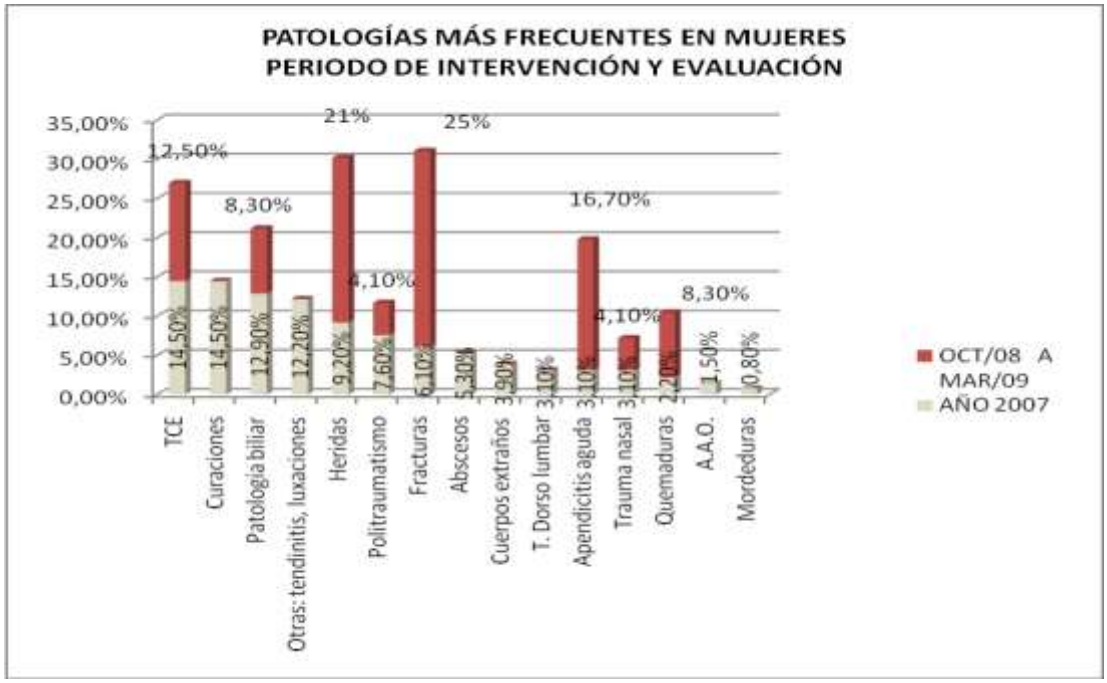
Patología	PERIODO DE INTERVENCIÓN		PERIODO DE EVALUACIÓN	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
TCE	19	14,5%	3	12,5%
Curaciones	19	14,5%	-	-
Patología biliar	17	12,9%	2	8,3%
Otras: tendinitis, luxaciones	16	12,2%	-	-
Heridas	12	9,2%	5	21%
Politraumatismo	10	7,6%	1	4,1%
Fracturas	8	6,1%	6	25%
Abscesos	7	5,3%	-	-
Cuerpos extraños	5	3,9%	-	-
Trauma dorso lumbar	4	3,1%	-	-
Apendicitis aguda	4	3,1%	4	16,7%
Trauma nasal	4	3,1%	1	4,1%
Quemaduras	3	2,2%	2	8,3%
Abdomen Agudo Obstructivo	2	1,5%	-	-
Mordeduras	1	0,8%	-	-
TOTAL	**131**	**100%**	**24**	**100%**

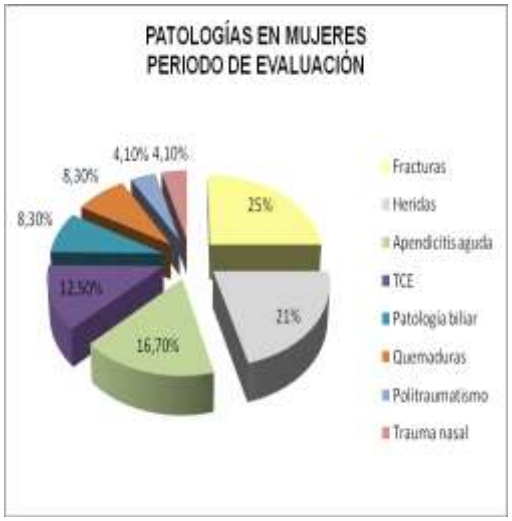
Fuente: Archivos de emergencia

Elaboración: El Autor

Durante el 2.007 se atendieron 131 pacientes del género femenino, constando entre como las más frecuentes: TCE, curaciones, patología biliar, tendinitis, luxaciones, heridas, politraumatismo, seguido de fracturas. Las patologías más atendidas durante el período de evaluación, correspondieron a fracturas, heridas en cuero cabelludo, apendicitis aguda, y menos frecuentes colelitiasis, quemaduras, politraumatismo y trauma nasal.

GRÁFICO Nro. 19. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR EN MUJERES DURANTE EL PERIODO DE INTERVENCIÓN AÑO 2.007 Y DE EVALUACIÓN OCTUBRE 2.008 A MARZO DEL 2.009





Fuente: Archivos de emergencia

Elaboración: El Autor

TABLA Nro. 20. CUADRO COMPARATIVO DE TRANSFERENCIAS DESDE EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR DURANTE EL PERIODO DE INTERVENCIÓN AÑO 2.007 Y DE EVALUACIÓN OCTUBRE 2.008 A MARZO DEL 2.009

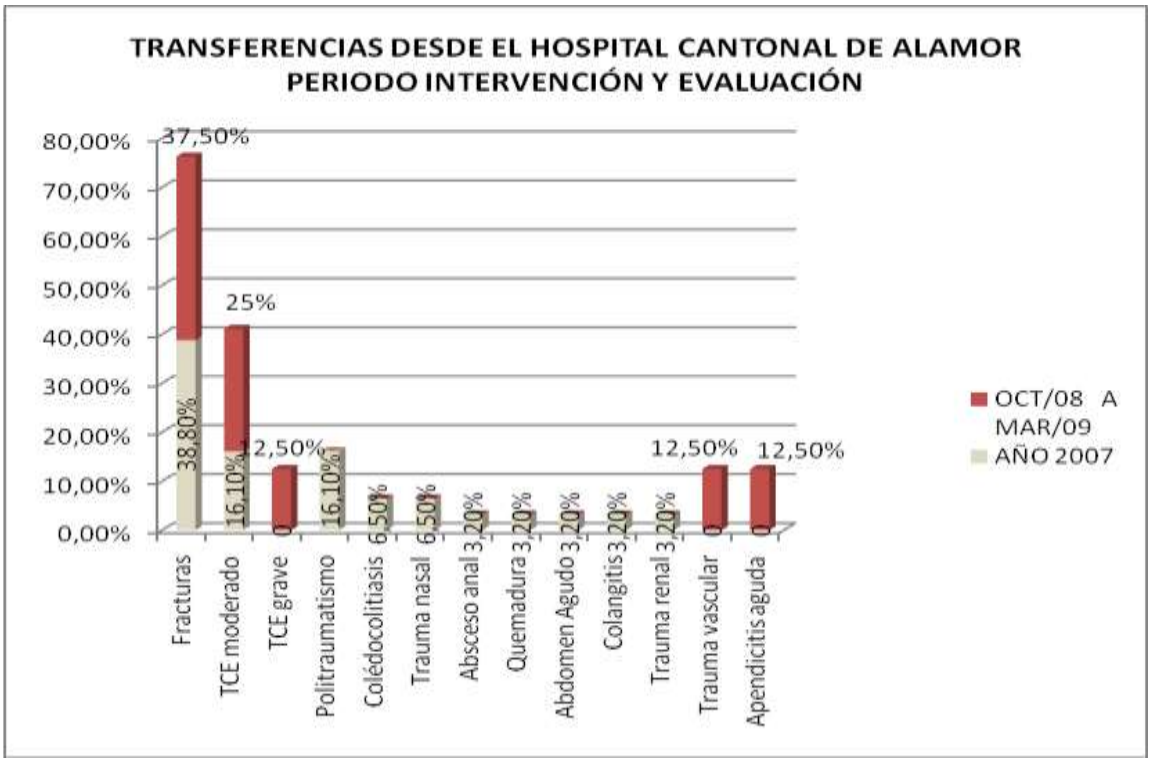
Patología	PERIODO DE INTERVENCIÓN		PERIODO DE EVALUACIÓN	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Fracturas	12	38,8%	3	37,5%
TCE moderado	5	16,1%	2	25%
TCE grave	-	-	1	12,5%
Politraumatismo	5	16,1%	-	-
Coledocolitiasis	2	6,5%	-	-
Trauma nasal	2	6,5%	-	-
Absceso anal	1	3,2%	-	-
Quemadura	1	3,2%	-	-
Abdomen Agudo	1	3,2%	-	-
Colangitis	1	3,2%	-	-
Trauma renal	1	3,2%	-	-
Trauma vascular	-	-	1	12,5%
Apendicitis aguda	-	-	1	12,5%
TOTAL	**31**	**100%**	**8**	**100%**

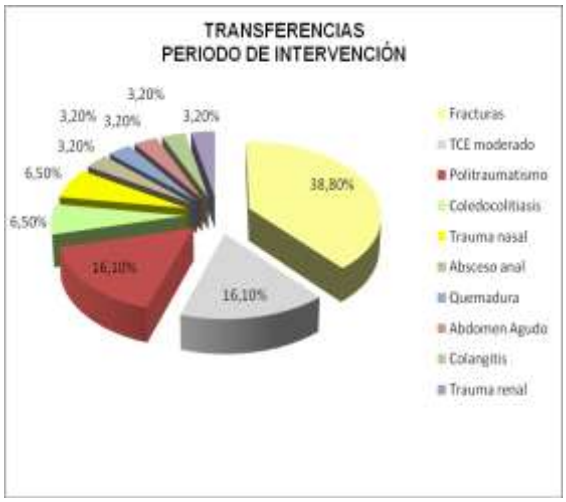
Fuente: Archivos de emergencia

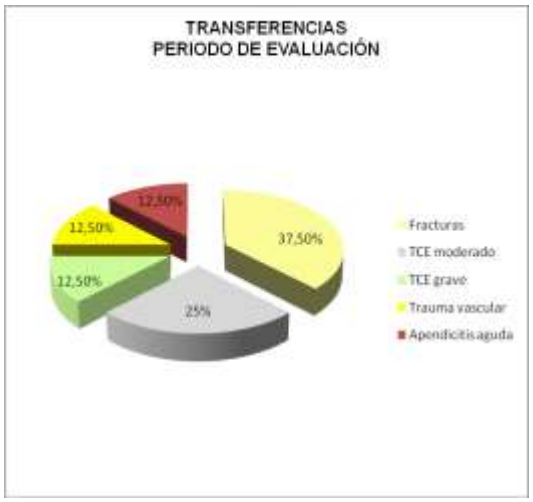
Elaboración: El Autor

En el periodo de intervención fueron transferidos 31 pacientes por fracturas, TCE moderado, politraumatismo, coledocolitiasis, y trauma nasal como las más emergentes; en cambio durante el período de evaluación se realizaron 8 transferencias por causas similares al periodo anterior. En ambos casos la razón de la transferencia era porque ameritaban resolución quirúrgica inmediata en algunas patologías y por no contar con los especialistas en esta Casa de Salud.

GRÁFICO Nro. 20. TRANSFERENCIAS DESDE EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR DURANTE EL PERIODO INTERVENCIÓN AÑO 2007 Y DE EVALUACIÓN OCTUBRE 2008 A MARZO DEL 2009.





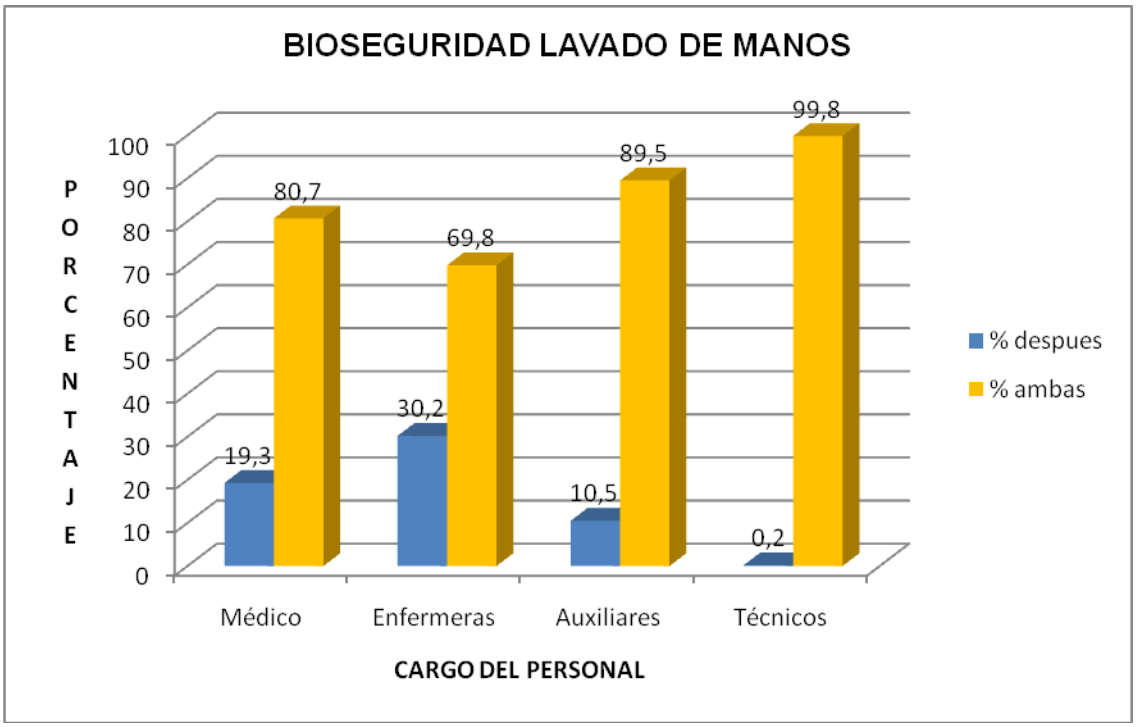


Fuente: Archivos de emergencia

Elaboración: El Autor

ENCUESTA DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DEL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR

Al valorar el conocimiento del personal del Hospital Cantonal de Alamor se aplicó la siguiente encuesta en lo concerniente a mecanismos de bioseguridad para el personal como para la población bajo su cuidado: Al realizar el abordaje físico de un paciente (atención) Ud. se lava las manos:

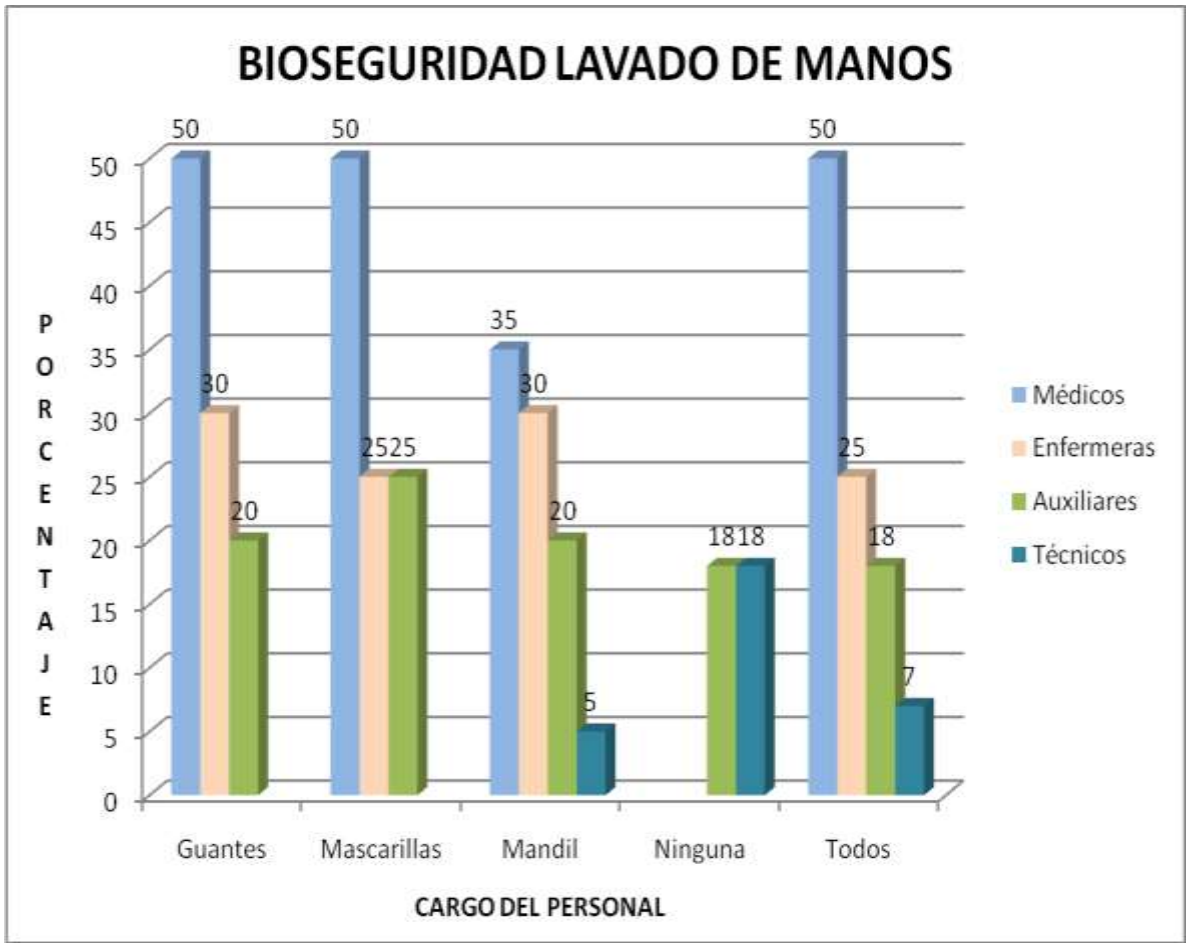


Fuente: Encuesta personal

Elaboración: El Autor

Solo el personal paramédico como son los técnicos cumplen con lo ideal establecido para evitar las infecciones y la propia bioseguridad del personal. El personal de Auxiliares de Enfermería cumplen con el 89,5%; y los Médicos aplican el 80.7% con dichas normas.

Al contacto con cualquier secreción corporal UD. utiliza Guantes …… Mascarilla…… Bata o mandil……. Ninguno……. Todos……

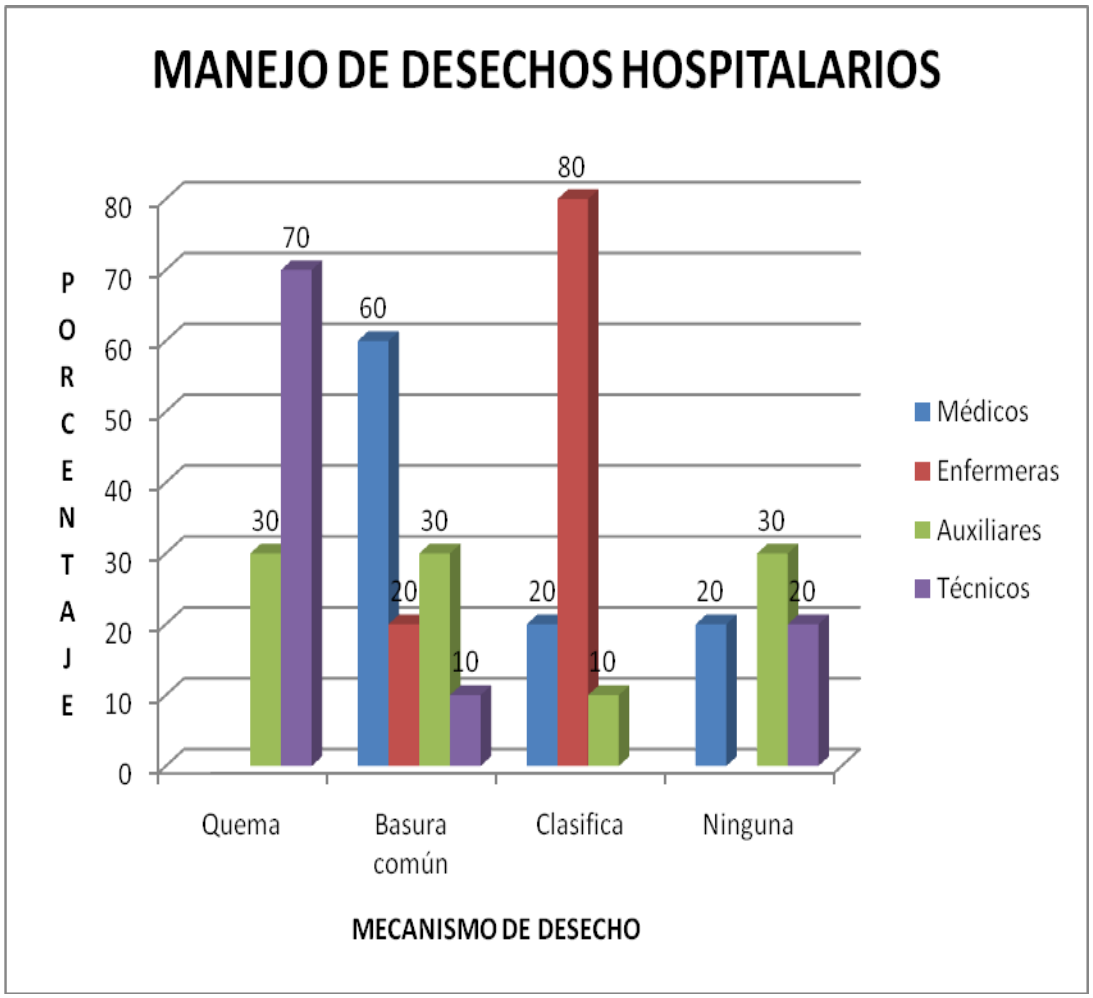


Fuente: Encuesta personal

Elaboración: El Autor

Ninguno de los grupos estudiados presenta el nivel óptimo de conocimiento o a su vez aplica lo necesario. Solo en el 50% como máximo y que corresponde al grupo de profesionales médicos, que son los que utilizan todas las barreras protectoras como aconseja la OMS.

En el manejo de los desechos hospitalarios que es potencial fuente de contaminación:

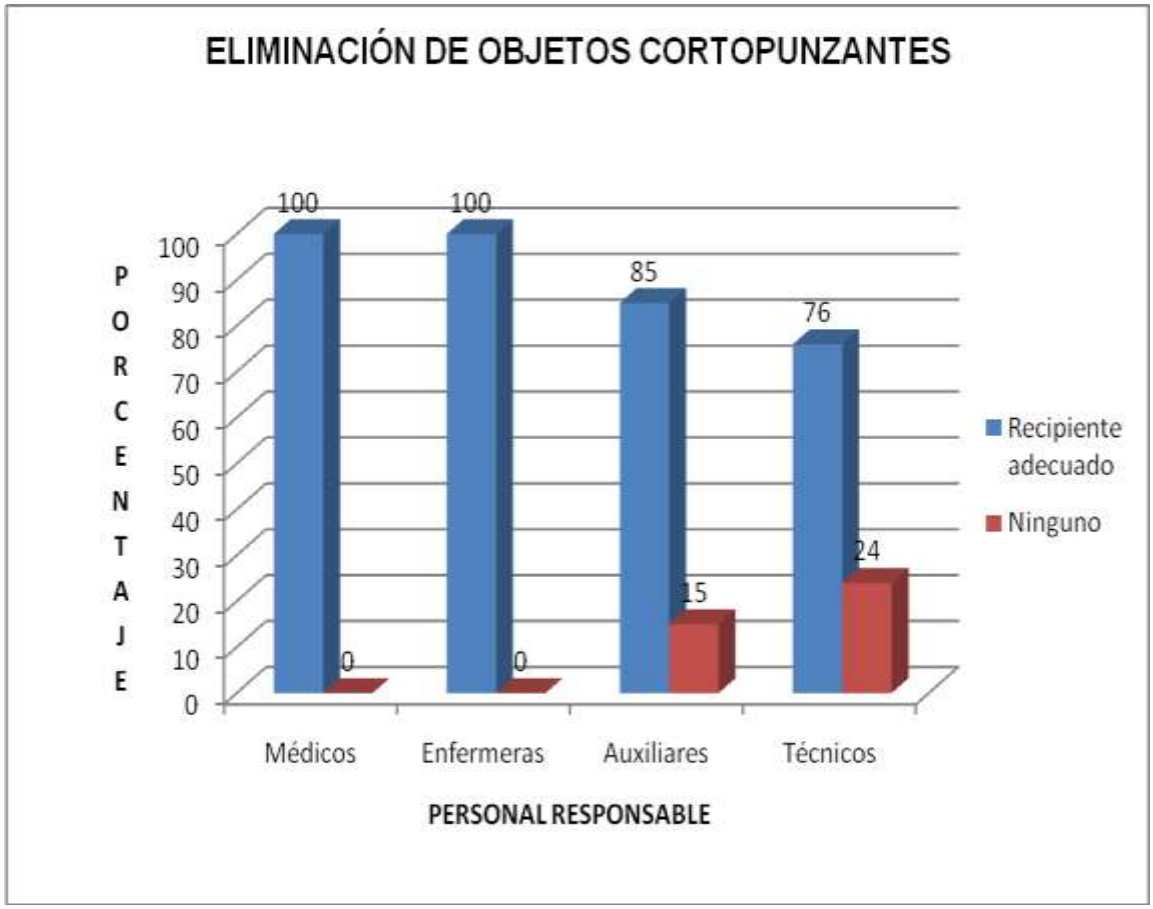


Fuente: Encuesta personal

Elaboración: El Autor

El personal de enfermería cumple con el requisito que es la clasificación adecuada como basura tóxica o de posible contaminación, y el resto del personal prefiere la incineración de los desechos o eliminarla a la basura común.

Materiales corto punzantes tienen el siguiente manejo

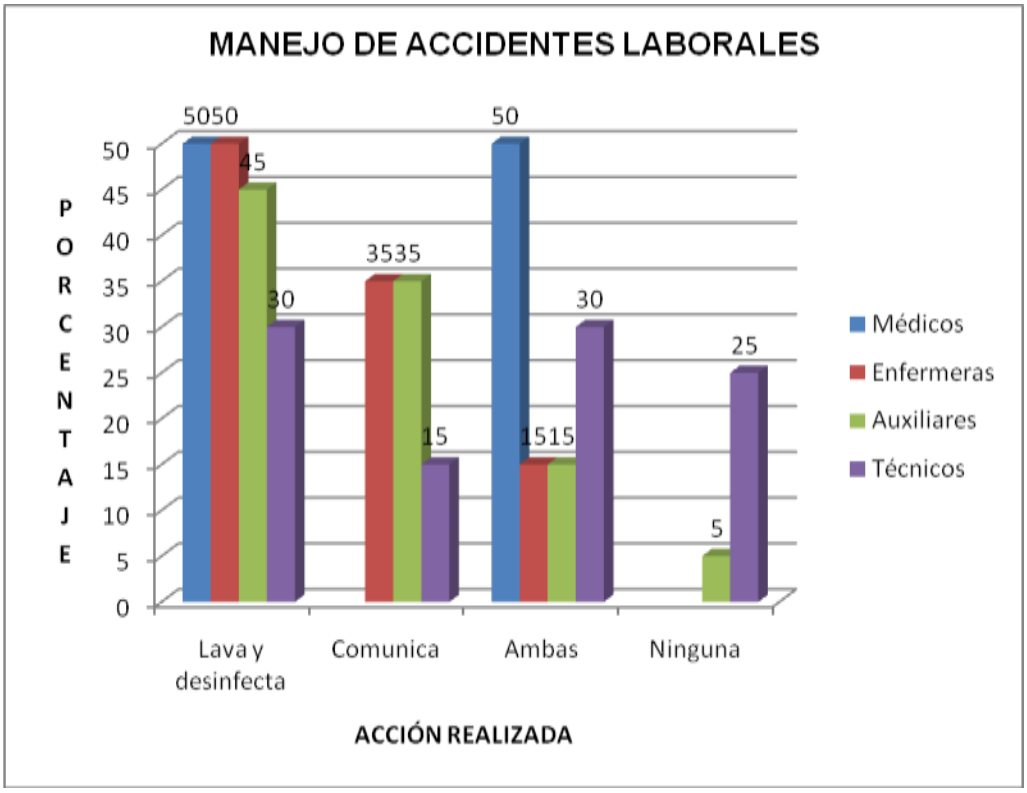


Fuente: Encuesta personal

Elaboración: El Autor

El personal médico y de enfermería cumplen adecuadamente con el requisito, llevando a cabo en forma adecuada la eliminación de los objetos cortopunzantes.

Ante un accidente laboral como sucede con pinchazos se observa lo siguiente:



Fuente: Encuesta personal

Elaboración: El Autor

Se puede notar que no existe la conducta adecuada ante accidentes laborales como lo recomienda la OMS que indica lavar desinfectar y avisar al comité de infecciones para tomar una conducta adecuada.

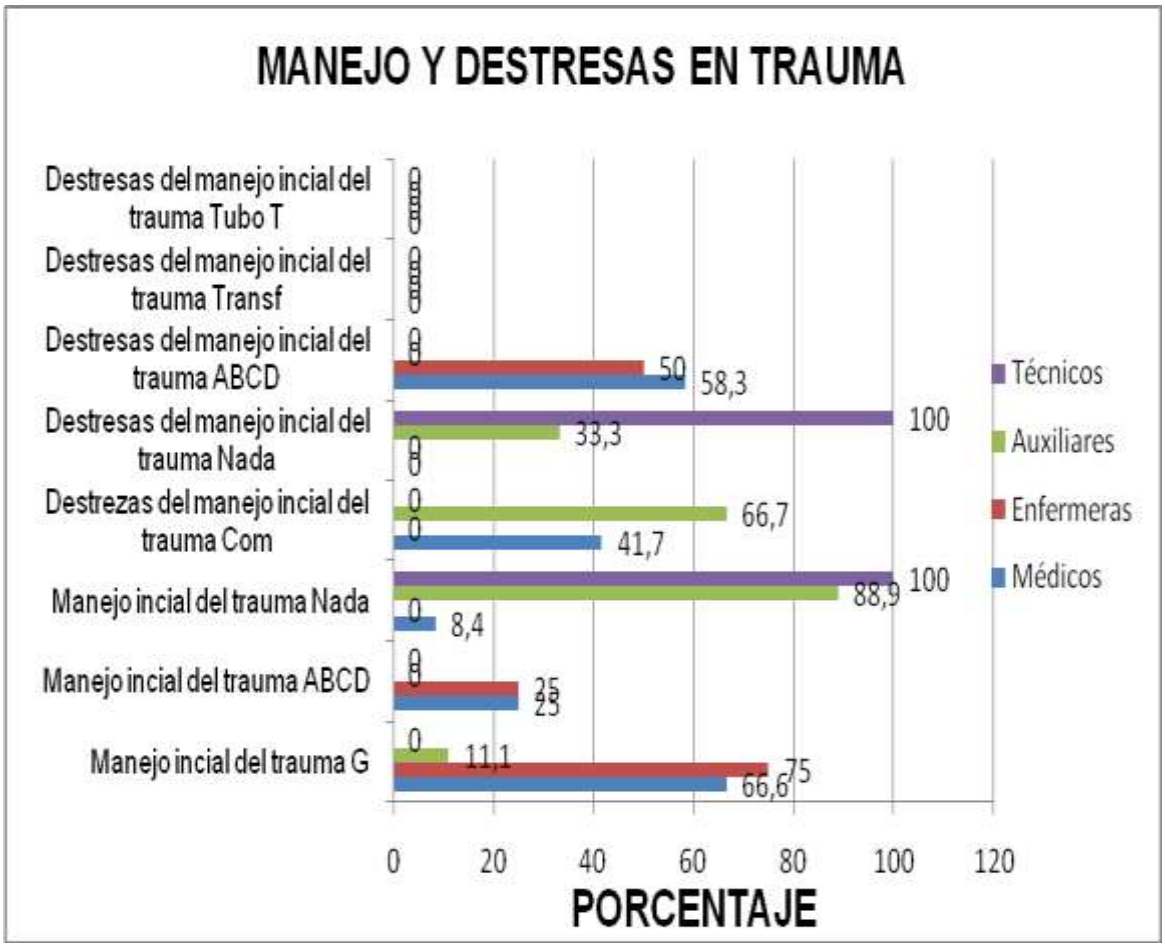
Tabla Nro. 19. Manejo del trauma. Pregunta 6 y 7

TRAUMA																	
CARGO	#	Manejo inicial trauma						Destrezas del manejo inicial									
		GLASGOW	%	ABCD	%	ninguna	%	comunica	%	ninguno	%	ABCD	%	TRANSFIERE	%	TUBO TORACICO	%
Médicos	12	8	66,6	3	25	1	8,4	5	41,7	0	0	7	58,3	0	0	0	0
Enfermeras	4	3	75	1	25	0	0	2	50	0	0	2	50	0	0	0	0
Auxiliares	9	1	11,1	0	0	8	88,9	6	66,7	3	33,3	0	0	0	0	0	0
Técnicos	1	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0

Fuente: Encuesta personal
Elaboración: El Autor

Se puede observar que no existe criterio unificado para el manejo inicial del trauma, en ninguno de los profesionales que diariamente están atendiendo pacientes en emergencia ya que necesitan de una evaluación minuciosa y exhaustiva, lo que estaría contribuyendo a un mal manejo con las complicaciones posteriores, lo que resulta preocupante, y de ahí se establece la importancia de unificar los criterios.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA: Manejo inicial del trauma



Fuente: Encuesta personal

Elaboración: El Autor

Tabla Nro. 20. Manejo abdomen agudo. Preguntas 8 y 9

ABDOMEN AGUDO																			
CARGO	#	Abdomen obstructivo										Hernia incarcerada							
		ninguno	%	manejo clínico	%	comunica	%	Cond. expectante	%	Transf.	%	Transf.	%	ninguna	%	Reduce	%	observ	%
Médico	12	2	16,7	1	8,3	0	0	9	75	0	0	10	83,4	0	0	1	8,3	1	8,3
Enfermeras	4	0	0	1	25	0	0	1	25	2	50	2	50	1	25	0	0	1	25
Auxiliares	9	2	22,2	0	0	4	44,4	3	33,3	1	11,1	0	0	6	66,4	0	0	3	33,3
Técnicos	1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0

Fuente: Encuesta personal

Elaboración: El Autor

Al igual que en el caso anterior referente al manejo inicial del trauma, no existe un criterio unificado del personal que atiende a los pacientes para la valoración y manejo del abdomen agudo obstructivo, lo que conlleva a tomar decisiones que no son correctas e incluso pueden ser perjudiciales para el pronóstico del paciente, contribuyendo a la presentación de complicaciones mayores.

Tabla Nro. 21. Manejo de Abscesos

ABSCESOS									
CARGO	#	Absceso perineal							
		drena	%	transfiere	%	solo antibióticos	%	ninguno	%
Médico	12	8	66,7	0	0	3	25	1	8,3
Enfermeras	4	2	50	0	0	1	25	1	25
Auxiliares	9	2	22,2	2	22,2	0	0	5	55,6
Técnicos	1	0	0	1	100	0	0	0	0

Fuente: Encuesta personal

Elaboración: El Autor

Relacionado al manejo del absceso perineal, se puede determinar que la mayoría del personal tiene un criterio aceptable ya que como primera medida indican el drenaje del mismo.

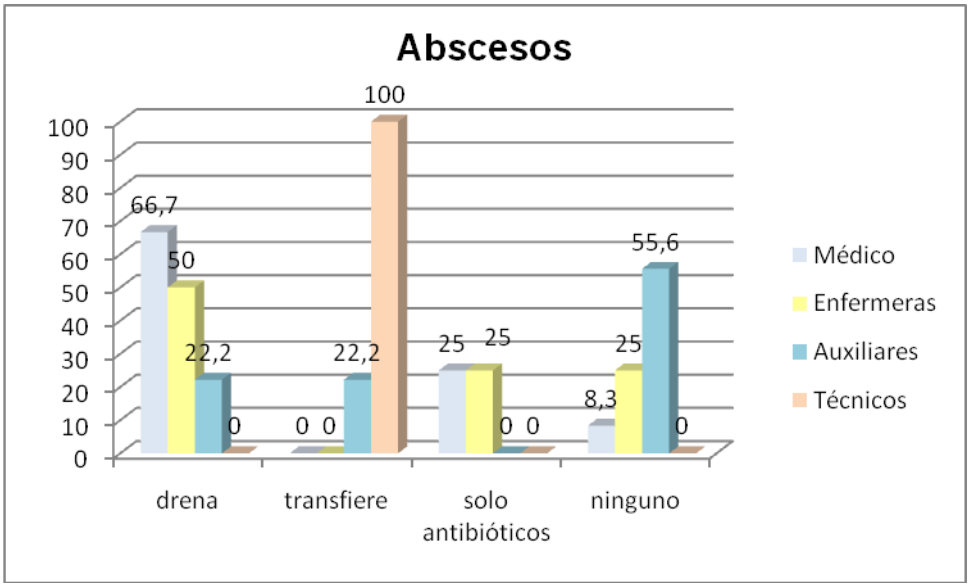


Tabla Nro. 22.- Actualización de conocimiento. Pregunta 12

EDUCACION									
CARGO	#	Auto educación				Casos clínicos			
		si	Si %	no	No %	si	Si %	no	No %
Médico	12	8	66,7	2	16,7	1	8,3	1	8,3
Enfermeras	4	2	50	1	25	1	25	0	0
Auxiliares	9	4	44,4	5	55,6	0	0	0	0
Técnicos	1	1	100	0	0	0	0	0	0

Fuente: Encuesta personal

Elaboración: El Autor

Según la presente tabla se puede determinar que la mayoría del personal que labora en esta Casa de Salud, se actualizan utilizando sus propios recursos, ya que no cuentan con un programa de educación por parte de la institución o autoridades competentes, de ahí que se emiten diferentes tipos de criterios en el momento de manejar pacientes en emergencia, lo que permite unificar dichos criterios.

FASE DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

Se realizó la presente encuesta, a quince actores externos y representativos de la zona, con el fin de establecer si el Hospital Cantonal de Alamor, realiza o no los procedimientos de acuerdo a sus exigencias, con el fin de medir el grado de satisfacción a la atención que en esta unidad de salud se presta.

1. Al ser Ud. (s) atendido en el Hospital, siente que los profesionales brindan todo de si para ayudarle

Si……. No…… medianamente……..

SI	%	NO	%	MEDIANAMENTE	%
10	62,5%	0	0	6	37,5%

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……

Por qué…….

SI	%	NO	%	MEDIANAMENTE	%
8	50%	5	31,25%	3	18,75%

3. Las políticas de tención que tiene el Hospital son adecuadas para ayudar al tratamiento de las emergencias que se atienden ahí…

Si…… no……

SI	%	NO	%
10	62,5%	6	37,5%

4. Cuando Ud. 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)

Otros……

MINIMO	%	MEDIANO	%	MAXIMO	%	OTROS	%
10	62,5%	3	18,75%	2	12,5%	1	6,25%

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

Si…… no……. Medianamente

SI	%	NO	%	MEDIANAMENTE	%
9	56,25%	5	31,25%	2	12,5%

LICENCIAMIENTO.

TABLA # 7 BIOSEGURIDAD

HOSPITAL	BIOSEGURIDAD									
	Clasificación		tipo de clasificación					frecuencia eliminación		
	Si	**no**	contaminados	no contaminados	Infecciosos	biodegradables	no biodegradables	diario	semanal	otros
Alamor	Si		Si	Si	Si	si	si		2	

La bioseguridad es manejada parcialmente en lo que se refiera a eliminación de desechos sin embargo el uso de mascarillas guantes no es apropiado

TABLA # 8 QUIROFANO

HOSPITAL	#	dimensiones	maquina anestesia		recuperación		electrocauterio		monitor		tanques de oxígeno		resucitador y desfibrilador		succión		laringoscopios				mesa
QUIROFANO			función	Nº	Función	Nº	función	Nº	función	Nº	función	Nº	función	Nº	función	Nº	función	Nº	pediátrico	adulto	función
Alamor	1	25 mts	Regular	1	Si	no monitores 1	si	1	si	2	si	2	no	?	si	1	si	1 para c/u	si	si	si (1)

Los quirófanos poseen lo mínimo indispensable para cirugía de emergencia, cabe anotar que no existen resucitadores ni desfibriladores dentro de su equipamiento, además se realizan cirugías con la máquina de anestesia que está funcionando en forma regular.

INSTRUMENTAL

lámpara cielítca		Esterilizador		balanza		fluoroscopio		Tensiómetro		estetoscopio		cirugía mayor		cirugía menor		suministros	
función	Nº	función	Nº	Función	Nº	Función	Nº	Función	Nº	función	Nº	función	Nº	función	Nº	si	no
si (1) cielitica	auxiliares 1	1	3	0	0	0	0	Si	1	si	1	si	3	si		básicos	no
		luz violeta															

TABLA # 9 SALA DE PARTOS

HOSPITAL	Número	dimensiones	maquina anestesia		Recuperación		electrocauterio		monitor		tanques de oxígeno		desfibrilador		succión		laringoscopios				mesa
			función	Nº	Función	Nº	Función	Nº	función	Nº	función	Nº	Función	Nº	función	Nº	función	Nº	pediátrico	adulto	función
Alamor				No	no monitores		No		no		si	1	No	no	perilla succión pediátrico			1	si	no	parto

La sala de partos funciona como tal no permite otro procedimiento como cesáreas estas se realizan en el quirófano ya que no esta equipada para cirugías mayores

INSTRUMENTAL.

lámpara cielítca		Esterilizador		Balanza		fluoroscopio		Tensiómetro		estetoscopio		equipos de parto		dopler fetal		suministros		temocuna		tensiómetro pediátrico	
función	Nº	función	Nº	función	Nº	función	Nº	función	Nº	función	Nº	función	Nº	función	Nº	si	no	función	Nº	función	Nº
si		si	general	neonato	1		no	Si	1	si	1	si	3	si	1	si		si	1	si	1

TABLA # 10 PERSONAL

personal medico y paramédico por servicio															
HOSPITAL	ESPECIALIDADES														
	CIRUGÍA GENERAL	GO	PEDIATRÍA	MEDICINA INTERNA	MEDICINA GENERAL	OTROS	RESIDENTES	ENFERMERAS	Aux	técnicos	laboratoristas	choferes	trabajo social	administración	mantenimiento
Alamor	1	1	1	1	4	0	4	4	9	1	2	1	0	4	1

Se observa la cantidad de personal medico y paramédico que se desempeñan en este Hospital.

TABLA # 11TRANSPORTE

TRANSPORTE																							
HOSPITAL	Nº ambulancias		Equipo asistencia primaria			supervisión mecánica			supervisión insumos, fármacos, oxígeno, material curación			Radio trasmisión		reanimación especializada del paciente				costo de transporte			otro medio de transporte	
	Nº	Función	básico	intermedio	unidad cardíaca	si	no	tiempo	Si	no	tiempo	si	no	médico	enfermera	aux	ninguna	institución	paciente	valor	particulares	público
Alamor	2	1	si	No	no	si		?	Si		?	si		no	no	no	no	si		30 USD	Camioneta B2600	

Observamos el sistema de transporte de pacientes y su mantenimiento que se lo califica como regular.

TABLA # 12 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Sistema de referencia y contrarreferencia									
HOSPITAL	Lugar frecuente			Motivo		Hoja transferencia		Hoja contrarreferencia	
No hay comunicación con el Hospital receptor	Hospital nombre	Particular nombre	distancia	falta especialista	falta suministros o equipos	si	no	si	no
Alamor	HRDIA		240 km	Si	Si	si			no
Alamor	H.T Dávila		100 km	Si	Si	si			no

Se envían hoja de referencia pero nunca se reciben contrarreferencias. Hay que anotar que no existe una comunicación con el Hospital receptor ni tampoco con el médico a recibir el paciente, ya que simplemente no funciona este sistema.

Capacitación			
Hospital	ATLS	BTLS	NO
Alamor	no	No	
Otros	no		

No existe ningún tipo capacitación ni interna ni externa a través de otros medios como el Internet, siendo un punto débil en una adecuada capacitación continua para los médicos.

NORMAS DE CIRUGIA

La tabla nos muestra que el Hospital Cantonal de Alamor, no cuenta y no sigue ningún tipo de protocolo o guía para el manejo y atención d emergencias clínico-quirúrgicas

PROTOCOLOS

HOSPITAL	NORMA DE MANEJO	PROTOCOLOS O GUÍAS	FECHA DE ELABORACION	FECHA DE ULTIMA ACTUALIZACION	FRECUENCIA DE ACTUALIZACION
ALAMOR	NO	NO	NO	NO	NO

VI. DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Debido a la falta de datos estadísticos reales que reflejen la morbi - mortalidad en las Instituciones de Salud rural de nuestro País y en especial de nuestra ciudad y provincia, se realizó el Levantamiento Epidemiológico de las Patologías más frecuentes atendidas en la emergencia del Hospital Cantonal de Alamor durante el año 2.007, así como el licenciamiento institucional, la medición de conocimientos del personal que labora en esta casa de salud, talleres para la adopción y adaptación de las guías de práctica clínica en emergencias quirúrgicas, y así poder tomar las medidas necesarias para el óptimo desempeño de esta unidad operativa y de esta manera mejorar la calidad de vida de la población de nuestra Provincia, y en particular del Cantón Puyango.

Es así que en el año 2.007, se atendieron un total de 758 pacientes, de los cuales el 51,85% corresponden a la especialidad de Cirugía, 20,84% Pediatría,12,67% a Medicina Interna, 8,18% para Ginecología y 6,46 que corresponde a Traumatología; además cabe destacar que el 52,77% corresponden al género masculino y el 47,23% al femenino.

Las principales nosologías atendidas fueron: Heridas 18,3%, Trauma Cráneo Encefálico (TCE) 12,3%, Otras tendinitis, HPB 11,4%, Curaciones 10,3% Patología Biliar 8,4%, Politraumatismo 6,8% y Fracturas: 6,7% como las más destacadas, y otras patologías como Abscesos, Cuerpos extraños, Trauma dorso lumbar, Apendicitis Aguda, Trauma nasal y testicular, Mordeduras, Abdomen Agudo Obstructivo y Quemaduras en menor porcentaje.

En el género masculino se atendieron principalmente Heridas que representan 22,2%, Trauma Cráneo Encefálico (TCE) 11,4%, Tendinitis, HPB 11%, Curaciones: 8,5%, Politraumatismo 7,5%, Fracturas 6,8%, Cuerpos extraños 6,2%, Abscesos 5,6%, Patología biliar 4,8%, y en menor porcentaje: Trauma dorso lumbar, testicular, Apendicitis Aguda, Trauma nasal, Mordeduras y Abdomen Agudo Obstructivo; en cambio en el género femenino es diferente la presentación de patologías así: TCE y Curaciones 14,5%, Patología biliar 12,9%, Tendinitis y Luxaciones 12,2%, Heridas 9,2%, Politraumatismo 7,6%; y presentación similar las últimas patologías del género masculino como son: Fracturas, Abscesos, Cuerpos extraños, Trauma dorso lumbar, Apendicitis Aguda, Quemaduras, A. Agudo Obstructivo y Mordeduras.

Fueron transferidos desde esta Casa de Salud hacia el Hospital Provincial "Isidro Ayora" de Loja 3 patologías: Fracturas que corresponde al 38,8%, TCE moderado y Politraumatismo 16,1% cada uno; y al Hospital Teófilo Dávila: Coledocolitiasis y Trauma nasal que corresponde al 6,5% cada uno, Absceso anal, Quemadura, Abdomen Agudo, Colangitis y Trauma renal que constituye el 3,2% individualmente. Como causas atribuibles a dicha movilización de los pacientes a estas Casas de Salud es por la gravedad de las nosologías y que ameritaban manejo de Cuidados Intensivos en algunos casos y en otros procedimientos diagnósticos especialmente de imagen como es la CPRE y TAC de cráneo y abdomen, que hasta la presente fecha no ha sido posible su dotación o adquisición lo que permite resolver dichas patologías, representando gastos adicionales.

Ante esta realidad se realizó talleres de capacitación y adaptación de las Guías Clínico–Quirúrgicas en Atención de Emergencias manejadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), obteniéndose los resultados

siguientes: en el periodo de intervención del año 2.007 se atendieron 758 pacientes de los cuales el 51,85% corresponden a la especialidad de cirugía; en el período de evaluación de octubre 2.008 a marzo 2.009, se atendieron 152 pacientes representando la especialidad antes mencionada el 29,7%, definiéndose una diferencia porcentual entre los dos periodos. Las otras especialidades en ambos periodos llevan relaciones porcentuales similares, con la variedad de que en el segundo período los pacientes mayormente atendidos corresponden al área de ginecología; 152 pacientes atendidos durante el período de evaluación octubre 2.008 a marzo 2.009, en el Hospital Cantonal de Alamor, el 52,6% corresponden al género masculino y el restante 47,4% al femenino. Con ello no hay una diferencia significativa entre géneros, quedando aproximadamente relación 1:1

Considero que los resultados de este trabajo a corto, mediano y largo plazo, deben ser permanentemente evaluados para determinar fortalezas y debilidades que el mismo presente y corregir oportunamente las falencias encontradas.

VII. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES:

Luego de la elaboración del trabajo que he realizado en la emergencia del Hospital Cantonal de Alamor, puedo concluir lo siguiente:

1. Las principales nosologías reconocidas en la atención de emergencia durante el año 2.007 en el Hospital Cantonal de Alamor, dentro del campo quirúrgico, fueron heridas cortantes en diversas áreas anatómicas, la mayoría de las cuales no ponen en peligro la vida de los pacientes, contrastando con aquellas patologías que ameritan de una resolución quirúrgica oportuna y adecuada, las cuales se transfirieron por falta de especialistas y gravedad de dichas patologías a otras Casas de Salud.

2. Se evidenció la falta de capacitación del personal que labora en el Hospital Cantonal de Alamor en cuanto al manejo de los pacientes, debiéndose adoptar los protocolos de: Bioseguridad, Manejo del trauma, Abdomen agudo inflamatorio, Trauma Cráneo Encefálico, Fracturas, Manejo de heridas, Drenaje de abscesos, ya que no existía un criterio unificado en el manejo de las patologías atendidas, también se pudo notar que en la mayoría de las veces se registraban procedimientos realizados en lugar del diagnóstico, lo que retrasaba el diagnóstico y tratamiento oportuno del paciente, llevándolo secundariamente a complicaciones inherentes de la patología presente.

3. Se hace imperiosa la necesidad de estandarizar los Diagnósticos y nomenclatura médica con los usados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo cual sin duda beneficiarán al obtener un adecuado

archivo de las patologías que pueden ayudar en investigaciones futuras, así como en el seguimiento y control de los pacientes, ya que dichos diagnósticos citados y presentes en la hoja 008 de emergencia no correspondían a la nomenclatura médica mundial, caso contrario se tendrán sub registros que son de poca utilidad.

4. Las transferencias realizadas a otros Hospitales, se daban por falta de personal especializado para resolver dichas emergencias, especialmente de carácter quirúrgico, que ameritaban una intervención rápida, y por la gravedad del caso, en algunas ocasiones no se ponía en práctica los conocimientos sobre el manejo inicial del trauma, contribuyendo a incrementar la morbi-mortalidad y discapacidades permanentes en los pacientes transferidos, y en el peor de los casos estos pacientes eran enviados sin la compañía de personal médico o paramédico.

5. Se pudo constatar la deficiente dotación de insumos, implementos y medicación necesarios para una atención médica oportuna y de calidad en el servicio de emergencia, lo que retrasaba aún más la participación del personal en forma inmediata; además el espacio físico asignado para dicha atención es muy estrecho, sin mantener presentes las normas en cuanto a bioseguridad en el manejo de los desechos intra y extra hospitalarios. Pero luego de la capacitación se evidenció la adquisición de nuevas máquinas como son: de anestesia, termocuna, electrocardiograma, eco doopler, así como la implementación del servicio de emergencia en base a la mayor demanda de patologías quirúrgicas.

6. Se realizó la Evaluación y Monitoreo del impacto logrado tras la adopción y adaptación de las Guías de práctica clínica en emergencias quirúrgicas y capacitación del recurso humano en esta Casa asistencial logrando identificar que pese a las limitaciones logísticas y venciendo la idiosincrasia del personal que ahí labora, mejoró la calidad de atención en la emergencia del Hospital Cantonal Alamor, lo que se refleja en los resultados obtenidos en la encuesta a los actores externos y, que se midió con la encuesta aplicada a los trabajadores de esta unidad de salud, datos que se corroboran aún más ya que en este período se evidenció un pequeño número de transferencias en comparación al periodo de intervención, constando como causas la ausencia de especialista en el momento de la emergencia o debido a la gravedad de dichas patologías; además en un porcentaje aunque mínimo se midió que los diagnósticos que se enuncian en las hojas de registro de emergencia ya corresponden a patologías más no a signos o síntomas de una enfermedad. Además hasta la presente fecha aún no existe una adecuada comunicación referente a la referencia- contrarreferencia como mecanismo en el sistema de seguimiento de salud de la Institución.

VIII. RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

RECOMENDACIONES

1. Insistir en la implementación y evaluación permanente de los protocolos estandarizados por la Organización Mundial de la Salud y adaptados a nuestra realidad, para el manejo de emergencias Clínico Quirúrgicas en el Hospital Cantonal de Alamor.

2. Insistir en el uso de los códigos para los diagnósticos manejados por la OMS para mejorar la calidad de atención en el Hospital Cantonal de Alamor y capacitar permanentemente al personal médico y paramédico que labora en el Hospital Cantonal de Alamor, con el fin de que con sus conocimientos y destrezas actualizados constantemente, utilicen de manera adecuada los insumos y tecnología disponibles en esta unidad operativa.

3. Que al momento de trasladar a los pacientes se lo haga con todas las recomendaciones estandarizadas, contando con los insumos o implementos indispensables, asegurando de esta forma su llegada a otros Hospitales.

4. Mantener el intercambio de información entre los Hospitales en cuanto a la transferencia y contrarreferencia, a través de un método de comunicación adecuado para el manejo de pacientes, y así poder determinar el correcto manejo o no de las patologías, lo que permitirá mejorar la calidad de atención en las diferentes Casas de Salud.

5. Realizar evaluaciones permanentes involucrando a los diferentes actores e instituciones de Salud (MSP., UNL con su programa de posgrado de

cirugía), de los resultados que se obtengan tras la aplicación de las guías de manejo de las emergencias clínico-quirúrgicas, con la finalidad de mejorar la atención en las casas de salud del sector rural para beneficio de sus pobladores.

6. Promover el uso y poner en práctica los conceptos de la Guía de Manejo de las Emergencias Clínico-quirúrgicas de la OMS adoptadas y adaptadas a la realidad del Hospital Cantonal de Alamor, así como en el uso de guías estandarizados por la Organización Mundial de la Salud y adaptados a nuestra realidad, para el manejo de emergencias Clínico Quirúrgicas en el Hospital Cantonal de Alamor.

PROPUESTAS

1. Realizar evaluaciones permanentes al personal que labora en esta Casa de Salud, involucrando a los diferentes actores e Instituciones de Salud (MSP., UNL con su programa de Postgrado de Cirugía), de los resultados que se obtengan tras la aplicación de las Guías de práctica clínica en el manejo de las emergencias quirúrgicas, y a la vez insistir a mantener adaptadas las guías adoptadas de la OMS, con la finalidad de mejorar la atención en las Casas de salud del sector rural para beneficio de la población de referencia.

2. Promover e incentivar a los jóvenes profesionales de la Salud a permanecer constantemente actualizando sus conocimientos del quehacer médico lo que le servirá para enriquecer su profesión y brindar la mejor atención a sus pacientes con calidez y humanismo, manteniendo nuestra comunicación y monitoreo constante con esta área de Salud de la Provincia de Loja.

3. Establecer grupos o equipos de trabajo, especialmente al momento de atender a los pacientes en el servicio de emergencia, con la finalidad de utilizar un mismo lenguaje, y sólo así a través de la unificación de criterios contribuir a mejorar la calidad de atención médica, dando seguridad al paciente y evitando complicaciones posteriores dependiendo del caso.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

Realizada la adopción y adaptación de las “Guías de manejo para la atención de las emergencias Clínico-quirúrgicas en Hospital Cantonal de Alamor y capacitación del recurso humano en su uso” y dictado el taller de socialización al personal médico y paramédico de las mismas, tras la evaluación y monitoreo del trabajo desarrollado en el sector en el semestre comprendido entre octubre 2008 a marzo 2009, realizado por mi, me llena de satisfacción ya que los resultados obtenidos son alentadores puesto que se han logrado cumplir la mayoría de los objetivos propuestos al iniciar este trabajo investigativo, pues con el mismo se logró alcanzar:

1. Disminuir el índice de transferencias de emergencias quirúrgicas como se lo demuestra con los resultados de las estadísticas actualizadas a marzo del 2009, ya que en este último periodo se envío a los pacientes a Hospitales de mayor nivel por la gravedad de las patologías y la necesidad de ser resueltas inmediatamente.

2. Que la calidad de atención sea mejor al paciente que acude a esta Casa de salud, debido a que la satisfacción del usuario encuestado como se presenta en las tablas es óptima, lo que indica que seguirá mejorando el accionar del personal médico y paramédico del Hospital Cantonal de Alamor en un futuro cercano.

3. Se logró implementar la política hospitalaria, de que frente a una emergencia que amerite transferencia a otra casa de salud el paciente siempre sea acompañado, en el mejor de los casos por el médico y cuando esto no sea posible por personal, que esté más capacitado

para brindar el auxilio o apoyo inmediato si el paciente en su viaje lo requiriera.

4. Se ha logrado aunque no en su totalidad que el personal maneje los conceptos de las guías de manejo de las emergencias clínico-quirúrgicas pues por lo menos en el personal de médicos jóvenes, pues es difícil vencer la idiosincrasia de una población pero no es imposible, con el trabajo conjunto de las instituciones prestadoras o involucradas en la salud se lo puede lograr.

5. Se ha conseguido la dotación mayoritaria de insumos e implementos necesarios en la atención médica, especialmente en el servicio de emergencia, así como la medicación específica, inclusive una nueva máquina de anestesia, termocuna y electrocardiográfo, ya que algunos de ellos existían anteriormente pero no funcionaban adecuadamente.

Además debo recalcar que al intervenir en el Hospital Cantonal de Alamor, pude notar que existían infinidad de razones para actuar en forma decidida y rápida, ya que a través de la información recolectada se constataba que las patologías clínico quirúrgicas atendidas en el Servicio de Emergencia, no eran abordadas correctamente, debido a la falta de capacidad resolutiva en dicha Casa de Salud, así como por la falta de médicos especialistas, demandando mayores gastos para el paciente y sus familiares, retrasando el manejo y tratamiento definitivo; por lo que se logró luego de la implementación del seminario taller al personal de esta Casa de Salud el comprometimiento de mejorar dicha atención médica, poniendo en práctica todo lo aprendido en bien de los pacientes, tomando como referencia la aplicación de las Guías de práctica clínica.

IX. BIBLIOGRAFÍA

.**BIBLIOGRAFIA**

1. 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 WHO/PBD/PDH/99.8(1)).
2. 2 Cataract surgical services, a package for data entry and analysis form population-based rapid assessment (documento WHO/PBL/01.84).
3. Estudio descriptivo sobre la liberación y aplicación de protocolos clínicos en el hospital Virgen de la Concha (Zamora) España.
4. Categorías adaptadas de: A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. Robin Harbour and Juliet Miller. BMJ 2001; 323: 334-336.
5. 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.
6. US Preventive Task Fosce. Guide to clinical preventive services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions. Baltimore: [4]Wiliams and Wilkins, 1989.
7. Goodman C. Literatur Searching and evidence interpreteation for assessing health care practices. Estocolmo: The Swedish Concil on Technology Assessment in Health Care. 1993.
8. 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.

9. Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Cataluña (Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, AATM)
10. Escala para la clasificación de la evidencia en Guías de Práctica Clínica de la Agence Nationale d'Accreditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) de Francia.
11. Ministerio de Salud de Chile. Archivos de realización de Protocolos o Guias practicas clínicas
12. Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence, www.cebm.net/levels_of_evidence.asp)
13. Surgical Care at the District Hospital. WHO. 2003.
14. Determination of Cervical Spine Stability in Trauma Patients (Update of the 1997 EAST Cervical Spine Clearance Document). 2000
15. Holmes JF, Akkinepalli R. Computed tomography versus plain radiography to screen for cervical spine injury: a meta-analysis. J Trauma. 2005 May;58(5):902-5.
16. PRACTICE MANAGEMENT GUIDELINES FOR NUTRITIONAL SUPPORT OF THE TRAUMA PATIENT The EAST Practice Management Guidelines Workgroup. 2003
17. Eastern Association for the Surgery of Trauma. "PAIN MANAGEMENT IN BLUNT THORACIC TRAUMA" (BTT) AN EVIDENCE-BASED OUTCOME EVALUATION 2ND REVIEW - 2003
18. PRACTICE MANAGEMENT GUIDELINES FOR PROPHYLACTIC ANTIBIOTIC USE IN TUBE THORACOSTOMY FOR TRAUMATIC HEMOPNEUMOTHORAX: EAST PRACTICE MANAGEMENT UIDELINES WORK GROUP. 1998
19. The EAST Practice Management Guidelines Work Group: PRACTICE MANAGEMENT GUIDELINES FOR PROPHYLACTIC ANTIBIOTIC USE IN PENETRATING ABDOMINAL TRAUMA. 1998

20. PRACTICE MANAGEMENT GUIDELINES FOR THE NONOPERATIVE MANAGEMENT OF BLUNT INJURY TO THE LIVER AND SPLEEN. EAST Practice Management Guidelines Work Group. 2003
21. Bagnall A-M, Jones L, Richardson G, Duffy S, Riemsma R. Effectiveness and costeffectiveness of acute hospital-based spinal cord injuries services: systematic review. Health Technol Assess 2003;7(19).
22. 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.
23. 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.).
24. Canadian Association of Emergency Physicians. Position Statement: Methylprednisolone for acute spinal cord injury is not a standard of care; it is only a treatment option. Canadian Association of Emergency Physicians Vol. 5 No. 1, January 2003
25. Bagnall A-M, Jones L, Richardson G, Duffy S, Riemsma R. Effectiveness and costeffectiveness of acute hospital-based spinal cord injuries services: systematic review. Health Technol Assess 2003;7(19).
26. 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.
27. 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.

28. Romero A. Como diseñar un plan de implementación de una guia de practicas clinicas REDEGUIAS- GuiasSalud, 2005. Disponible http://www.guiasalud.es
29. 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.
30. Validity of the Agency for Healthcare Research and quality Clinical Practice Guidelines. How quickly do guidelines become outdated? JAMA. 2001; 286: 161-1467.
31. Manual de Organización de las Areas de Salud, edición 1994 pag 12-14
32. Manual de Organización de las Areas de Salud, edición 1994, pág 15-17.
33. Definition EMT-Basic: EMT- Paramedic; BLS and ACLS Suppor in difinitions of ambulante services accessed nov 6, 2005. available at: http://www.medicarenhic.com/whats_new/archive2002/ambdef_1002.htm
34. Estándar terminology. Accessed Nov 6, 2005. available at: http// www. Acem.org.au/open/documents/standard.pdf
35. Definición de cuidados de emergencia (emergente). Plan de Salud HIP de Nueva Cork. Acceso Nov 3, 2005 Disponible en http://www.hipusa.com

X. ANEXOS

ANEXO 1

WORLD HEALTH ORGANIZATION

Essential surgical care

AIDE-MEMOIRE

Surgical and Emergency Obstetrical Care at First Referral Level

Well-organized surgical, obstetric, trauma care and anaesthetic services are essential for a district hospital to be an effective community resource. These services should be developed within the framework of the country and district's health care infrastructure.

Without such services, up to 10% of the population will die from injury and 5% of pregnancies will result in maternal death. Unacceptable rates of death from non-traumatic surgical disorders and disability from injury will also result.

Death and disability from trauma and pregnancy-related complications can be substantially reduced through the following integrated strategy to maximize the effectiveness of district hospitals.

1. Personnel with appropriate education and training.
2. Practical continuing education programmes in clinical management to maintain the quality of care.
3. Appropriate physical facilities.
4. Equipment and instruments to meet the needs of district surgical services.
5. A reliable system for the supply of drugs and medication, surgical materials and other consumables.
6. A quality assurance system.

Words of advice

1. Develop a national plan for district level surgical services, with the consensus and collaboration of all relevant stakeholders.
2. Obtain support from educational institutions and professional bodies.
3. Ensure continuing education to enable practitioners to provide an effective surgical, obstetrics, trauma care and anaesthetic service.
4. Provide guidance for referral to specialized health facilities.
5. Maintain, repair and upgrade district hospitals to required levels and equip facilities adequately.
6. Assure adequate and reliable supplies of drugs, surgical materials and other consumables.
7. Ensure quality and provision of care.

© WHO 2003

Checklist

Personnel
- ☐ Clinical personnel with appropriate education and training in:
  - Anaesthesia and resuscitation
  - Obstetrics and gynaecology
  - General surgery
  - Traumatology
  - Orthopaedics
- ☐ Clinical support staff

Education programmes
- ☐ Evaluation of training needs
- ☐ Coordinated plan for education and training
- ☐ Training in skills needed for surgical care at district hospital level in both:
  - Basic training
  - Continuing education
- ☐ Educational resources in hospitals
- ☐ Monitoring and evaluation

Facilities
- ☐ Casualty area, operating room, labour and delivery room, high dependency area
- ☐ Continuous oxygen supply
- ☐ Blood bank and laboratory
- ☐ Diagnostic imaging
- ☐ Sterilization
- ☐ Water, electricity, safe waste disposal and communications

Equipment and instruments
- ☐ Surgical instruments for:
  - Minor surgery
  - Major surgery
  - Obstetrics and gynaecology
  - Orthopaedic surgery
- ☐ Anaesthetic equipment
- ☐ Resuscitation equipment
- ☐ Basic monitoring equipment

Supplies system
- ☐ Drugs, medication, blood and intravenous fluids
- ☐ Surgical materials
- ☐ Other consumables

Quality system
- ☐ Management
- ☐ Communication
- ☐ Supervision
- ☐ Evaluation

Key elements

District surgical service

Every government is responsible for ensuring an effective surgical service for its population.
Part of the operational responsibility may be delegated to non-governmental organizations and others, but the overall responsibility remains with governments. The establishment and maintenance of effective district surgical services requires:

- Government commitment and support
- National and district policies and plans for surgical services
- Coordinated plan for continuing education in liaison with professional bodies, academic institutions and other partners
- Adequate budget
- Effective hospital management
- National quality system for surgical services, including standards, clinical guidelines, national standard operating procedures, records and audit.

Personnel

Surgery

District surgical practitioners should be able to manage most obstetric, orthopaedic, trauma and abdominal emergencies, including:

- Caesarean section
- Laparotomy
- Amputation
- Surgical treatment of acute infection
- Resuscitation
- Head, chest and abdominal trauma
- Hernia repair
- Acute closed and open fractures
- Management of wounds and burns.

Anaesthesia

Anaesthetic practitioners should be able to provide anaesthetic service to 95% of surgical and obstetrical patients including:

- Local, regional and general anaesthesia
- Airway management
- Resuscitation
- Pain relief

Clinical support

The district hospital requires an effective team of trained support staff, including:

- Nurses and midwives
- Operating room personnel
- Laboratory technicians
- Maintenance staff

Education programmes

Continuing professional development at district hospital level is essential to ensure that practitioners maintain the knowledge and skills needed to provide an effective district surgical service. This requires:

- Clinically-based continuing education programmes
- Educational resource material in district hospitals
- Monitoring and evaluation

Facilities

In each district hospital, space should be provided for:

- Reception/casualty department
- Operating room
- Labour and delivery ward
- High dependency area

Clinical support services are an essential part of district hospital surgical activity and should include:

- Continuous oxygen supply
- Blood bank and laboratory
- Diagnostic imaging
- Autoclave and other means of sterilization
- Safe waste disposal
- Water, electricity and communications.

Equipment and instruments

All equipment and instruments require continuing maintenance, technical support and spare parts. High priority should be given to the standardization of equipment on a national basis to improve safety and facilitate servicing and support.

Surgery

Instruments are needed to cover all common surgical and obstetrical procedures. Several sets of duplicate instruments may be needed to allow continuous provision of services during sterilization.

Anaesthesia

A dedicated set of anaesthetic apparatus is required which provides a source of oxygen, inhalation anaesthesia and the ability to ventilate the lungs.

Resuscitation equipment

A continuous supply of oxygen, is required at key locations, including:

- Casualty
- Operating room
- Labour ward, delivery room and neonatal unit
- Paediatrics

Monitoring equipment

Safe surgical care requires the availability in the hospital of simple monitoring equipment, including blood pressure and pulse oximetry.

Supplies system

An effective system at national and regional level is required to ensure the consistent availability in district hospitals of supplies of essential drugs and materials needed for all common surgical and obstetrical emergencies. This requires policies on:

- Budgeting and procurement
- Transportation and storage
- Prescribing.

Drugs and medications

- Blood and blood products
- Intravenous replacement fluids
- Anaesthetics
- Antibiotics
- Analgesics

Surgical materials

- Gloves, gowns, drapes
- Sutures
- Dressings

Consumables

- Disposable equipment and devices

Quality system

A quality system to improve the quality and equity of patient care includes the following elements:

- Standards
- Clinical guidelines
- Standard operating procedures
- Records
- Audit

Department of Essential Health Technologies
World Health Organization
CH-1211 Geneva 27, Switzerland
Fax: +41 22 791 4836 www.who.int/EC/TD/CT

ANEXO2

Análisis de la infraestructura Hospitalario

Tabla 1

departamentos de servicio al paciente que presenta este hospital, así como su área de construcción y vías de acceso.

SERVICIOS

HOSPITAL	Odontología	Quirófano	Emergencia	S. recuperación	Hospitalización	radiología		eco		laboratorio		ECG		a. construcción	V. acceso	Ubicación
						función	Nº	Nº	función	función	Nº	Nº	función			

Tabla 2

servicios básicos de infraestructura sanitaria. .

		agua					electricidad	
HOSPITAL	Nº camas	agua potable	agua entubada	otros	alcantarillado		red	planta

1

Tabla 3
clasificación de desechos hospitalarios

BIOSEGURIDAD													
HOSPITAL	Clasificación basura		tipo de clasificación de basura							frecuencia eliminación de basura			otro eliminación
	si	no	contaminados		no contaminados	infecciosos	biodegradables	no biodegradables	diario	semanal	otros		

Tabla 4
El quirófano de la institución

QUIROFANO																																			Instrumental					
HOSPITAL	Nº	dimensiones	maquina anestesia			recuperación		electrocauterio		monitor		tanques de oxigeno		desfibrilador		succión		laringoscopio				mesa	lampara cialitica		Esterilizador		balanza		microscopio		Tensiometro		estetoscopio		cirugía mayor		cirugía menor		suministros	
			funcion	Nº	funcion	Nº	funcion	Nº	funcion	Nº	funcion	Nº	funcion	Nº	funcion	Nº	funcion	Nº	pediatrico	adulto	funcion	funcion	Nº	funcion	Nº	funcion	Nº	funcion	Nº	funcion	Nº	funcion	Nº	funcion	Nº	funcion	Nº		si	no

2

Tabla 5

El quirófano principal es compartido para la resolución de patologías gineco-obstétricas.

Quirófano de Gineco Obstetricia y neonatología

HOSPITAL	Número	dimensiones	máquina anestesia		recuperación		electrocauterio		monitor		tanques de oxígeno		desfibrilador		succión		laringoscopios			
			funcion	Nº	función	Nº	función	Nº	función	Nº	función	Nº	función	Nº	función	Nº	función	Nº	pediátrico	adulto

Mesa partos		lámpara cefálica		Esterilizador		balanza		Fibroscopio		Tensiómetro		estetoscopio		cirugía mayor		cirugía menor		suministros		fotocoagulador		tensiómetro pediátrico	
función	función	Nº	función	Nº	función	Nº	función	Nº	función	Nº	función	Nº	función	Nº	función	Nº	si	no	función	Nº	función	Nº

3

Tabla 6

especialistas algunos. personal paramédico.

Hospital	Personal por departamentos															
	CIRUGÍA GENERAL	GO	TRAUMATOLOGÍA		MEDICINA INTERNA	MEDICINA GENERAL	OTROS	RESIDENTES	ENFERMERAS	Aux	técnicos	fisioterapeuta	médicos	trabajo social	administración	mantenimiento

Observación:

Tabla 7

Ambulancias transporte pacientes

HOSPITAL	Nº ambulancias		Equipo asistencia primaria			supervición mecánica			supervición insumos, fármacos, oxígeno, material curación			Radio trasmición		reanimación especializada del paciente				costo de transporte			otro medio de transporte	
	Nº	Función	básico	intermedio	unidad cardíaca	si	no	tiempo	si	no	tiempo	si	no	medico	enfrera	aux	ninguna	institución	paciente	valor	particulares	público

4

Tabla 8.

Sistema de referencia contrarreferencia

HOSPITAL	lugar de transferencia			motivo de transferencia			
	hospital nombre	particular nombre	distancia		falta especialista	falta suministros o equipos	
				si	No	si	no

Tabla 9

Actualización del personal médico

Capacitación			
hospital	ATLS	BTLS	NO

5

Tabla 10

Existe convenio con una ONGs

Convenios interinstitucionales				
hospital	tipo convenio	Ongs	gobierno	Privado

.

Tabla 11

No existen normas de cirugía.

Protocolos					
hospital	normas de manejo	protocolos o guías	Fecha elaboración	fecha última actualización	frecuencia actualización

Formulario para valoración de necesidades y evaluación de recursos que facilita el cuidado de salud en emergencia.

Equipos esenciales en el cuarto de emergencia.

1. Nombre y dirección del centro de atención:

País:

2. Tipo de asistencia que presta: (chequee uno)

Primer nivel de atención/ hospital provincial/hospital rural ☐

Centro de salud ☐

3. Recursos humanos en ele área de emergencia (indique el número del personal de salud.

Doctores.....Enfermeras.....auxiliares .....

Técnicos..... para médicos de estado mayor.....

Otros.....

4. Recurso físico.

a. Infraestructura.	Si	no
¿Hay un cuarto designado para áreas de emergencia?		
¿Hay agua corriente? Interrumpida o ininterrumpida (encierre en un círculo)		
¿Hay energía eléctrica? Interrumpido e ininterrumpido (círculo)		

B equipamiento.	Si	no
¿Hay una lista de cuidados específicos de emergencia?		
¿Está lo siguiente disponible?		
Cilindro de oxígeno ininterrumpido / interrumpido (cierre círculo)		
Concentrador de oxígeno ininterrumpido / interrumpido (cierre círculo)		
Equipos para administración de oxígeno (tubos, mascarillas)		

Equipo esencial de emergencia EE	Si en algunos equipos	Si en todos los equipos	No
• Los equipos EE están funcionando normalmente?	☐	☐	☐
• Hay acceso a reparación inmediata si falla?	☐	☐	☐
• Hay acceso para reparar sobre la marcha del cuidado de la salud?	☐	☐	☐
• Hay acceso a reparación fuera de servicio en cuidado de la salud? • Si que tan lejos (en km): 1-25 / 26-50 / 51-500 / >500 (por favor subraye círculo)	☐	☐	☐
• Hay un acuerdo para el mantenimiento con el proveedor del equipo?	☐	☐	☐
• Se provee al personal del área de emergencia educación para el funcionamiento de los equipos?	☐	☐	☐
• Hay información disponible de reparación para la reparación del equipo?	☐	☐	☐

5. El uso, acceso, calidad y seguridad.

	Si en algunos procedimientos	Si en todos los procedimientos	No
• Los mejores protocolos para el manejo esencial de procedimientos de emergencia son utilizados?	☐	☐	☐
• Son los protocolos de emergencia apropiadamente usados en procedimientos esenciales y disponibles?	☐	☐	☐

• Cuan a menudo es revisado la sala de emergencia para verificar que los equipos y suministros requeridos para atención esencial en los procedimientos de emergencia son realizados, por favor encierre en un círculo?

Diariamente / semanalmente / mensualmente / semestralmente /anualmente/ una vez en cada ___ años / nunca

	Si	No
• La información, educación y materiales de emergencia son usados por el personal de salud en el entrenamientos de los procedimientos de emergencia disponibles en el área para el cuidado de la salud?	☐	☐
• Se ha introducido nuevos procedimientos o intervenciones? • Si la respuesta es afirmativa cuales especifique el tipo de intervención? _____	☐	☐
• Tiene referencias u otras destrezas en el conocimiento de procedimientos o intervenciones?	☐	☐
• Se dan mantenimiento en los archivos?	☐	☐

6. Política.

	Si	No
• Hay una política para promover el entrenamiento en el cuidado esencial del trauma, obstetricia y anestesia en área emergencia?	☐	☐
• Hay una política para poner actualizar los protocolos para la el manejo de las emergencias de trauma y el cuidado obstétrico adaptados a las necesidades locales?	☐	☐
• ¿ Hay alguna guía que mantenga activa y procure el mantenimiento de todo el equipo de emergencia?	☐	☐
• ¿ Hay una lista de personal de salud extra para ser avisado en las situaciones del desastre?	☐	☐

For guidance use WHO generic list of Essential Emergency Equipment

Department of Essential Health Technologies
World Health Organization,
20 Avenue Appia, 1211, Geneva 27, Switzerland.
Fax: 41 22 791 4836 Internet: www.who.int/emergency

ANEXO 4

HOSPITAL CANTONAL ALAMOR

FECHA:
CARGO: Medico tratante ------- Medico Residente…….. Medico rural….. Enfermera:…. Enfermera rural……Técnico……. Auxiliar……. Chofer…….
1.- Al realizar el abordaje físico de un paciente (atención) UD. se lava las manos señale con una x.
Antes de atención…… Después de atención…….. En ambas ocasiones…….
2. Al contacto con cualquier secreción corporal UD. utiliza: Señale con una x
Guantes …… Mascarilla…… Bata o mandil……. Ninguno……. Todos……
3. Los desechos hospitalario contaminados y no contaminados usted: (señale con una x)
Los quema….. Elimina igual que la demás basura…….. Los entierra……. los clasifica…. Ninguno…….
4. El material corto-punzante como lo maneja UD. (señale con una x).
Elimina en basura común….. Lo reesteriliza……. Lo coloca en un recipiente adecuado para el efecto…… realiza un tratamiento previo a su eliminación…… Ninguno……
5. Al existir un accidente laboral (pinchazo) UD que hace: (señale con una x).
Se lava y desinfecta la herida…… comunica el accidente……. No realiza ninguna acción…..
6. En el manejo del trauma usted aplica: El Glasgow…… El APACHE……. El A,B,C,D,E….. y por que……

7. En su guardia cotidiana llega un paciente con el siguiente cuadro clínico:

Masculino de 30 años de edad, antecedentes de herida por arma de fuego entre el abdomen y el tórax de 2 horas de evolución. En la valoración se encuentra: dolor, frecuencia respiratoria de 40 veces por minuto, su presión arterial es de 70/40 mmHg en posición supina, con frecuencia cardiaca de 128 por minuto, presenta cianosis distal, En la auscultación llama la atención la desaparición del campo pulmonar derecho. Ud. toma las siguientes decisiones: Señale con una x.
Avisa a su inmediato superior:….. Realiza la resucitación primaria……..…. Inmediatamente transfiere al paciente…….. Realiza otro procedimiento…. cual…… ……...

8. Un paciente con abdomen distendido se sospecha de cuadro abdominal obstructivo: que hace? Señale con una x:
Avisa a su inmediato superior….. Hidrata y maneja clínicamente al paciente….. Hidrata y coloca una sonda naso gástrica….. Coloca la Sonda naso gástrica…… Transfiere inmediatamente sin perdida de tiempo…… Estabiliza al paciente y luego toma una decisión……

9. Se presenta un paciente cuadro de hernia incarcerada (retenida en escroto sin sufrimiento vascular) usted. Transfiere..…… Reduce……. Observa y decide……

10. Ante un absceso en región perineal usted. Señale con una x
Drena…… administra solo antibióticos……. Transfiere……..

11. Ud. bajo sus propios recursos o con recursos institucionales mantiene una educación médica continua señale con una X.
Si …. No….. revistas….. universidad virtual…. Internet…. Seminarios……. Congresos …… Cada que tiempo ……..

12. Discute los casos de los pacientes que usted considera con duda diagnóstica señale con una x.
Con colegas de la institución….
Con otros colegas vía Internet…..
Presenta los casos en reuniones de la institución……
ninguna……

MONITOREO Y EVALUACIÓN

FECHA.-

Estamos realizando un trabajo de monitorización y evaluación, con el fin de establecer si el Hospital Cantonal de Alamor, realiza los procedimientos de acuerdo a sus exigencias, con el fin de mejorar o afianzar el trabajo desempeñado por sus empleados. Le rogamos contestar con sinceridad ya que de sus respuestas obtendremos los resultados para orientar el mejoramiento en la calidad de atención en esta casa de salud

1. Al ser Ud. (s) atendido en el Hospital, siente que los profesionales brindan todo de si 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……

Por qué……

3. Las políticas de tención que tiene el Hospital son adecuadas para ayudar al tratamiento de las emergencias que se atienden ahí…

Si…… no……

4. Cuando Ud. 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)

Otros……

5. Cree Ud. Que se debe mejorar la atención en el hospital en cuanto a:

Médicos

Enfermeras

Ambulancias

Insumos (medicinas, materiales,

Otros:

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

Si…… no……. Medianamente

LA ELIMINACIÓN ADECUADA DE DESECHOS FACILITA EL CUIDADO DE LA SALUD.

Es esencial para el hospital tener los protocolos por tratar los desperdicios biológicos y los materiales contaminados. Todo el personal debe estar familiarizado con ellos y debe seguirlos.

- Debe guardarse todo los desechos biológicos y manejarse cuidadosamente.
- Los materiales contaminados como jeringuillas, bisturís, bolsas de sangre, derivados sanguíneos son potencialmente riesgosos y deben tratarse adecuadamente.
- Si los desechos biológicos y los materiales contaminados no están propiamente dispuestos, podría exponerse el personal y miembros de la comunidad al material infeccioso y podrían infectarse.
- La separación del material de bioseguridad consume tiempo y resulta costoso su tratamiento, pero es muy importante el separarlo del material no contaminado como papel, cartones pues estos no necesitan esterilizarse. Solo el 15 al 20% de los desechos hospitalarios son considerados infecciosos.
- Disponer recipientes separados para que el personal puede ordenar el tipo de desecho. Tres colores codifican el sistema el negro para los desechos no contaminados, el rojo o amarillo para desechos infecciosos
- La organización de las cosas ayuda a concienciar al personal la necesidad del manejo adecuado de los desechos contaminados.
- Todos los desechos infectados deben tratarse entonces por esterilización a vapor o incineración a temperaturas altas en equipos con dispositivos adecuados. Sin embargo siempre que sea factible los

materiales de plástico como jeringuillas o bolsas de sangre no deben incinerarse.

- El entierro de los desechos es la única opción en algunas áreas donde no recogen la basura hospitalaria. Si este es el caso, usted debe hacer todo lo posible para proteger el sitio del entierro para prevenir el acceso y evitar la polución medioambiental, sobre todo para las fuentes de agua de subsuelo.
- Previo el entierro para seguridad los desechos infectados deberían ser desinfectados sumergiendo estos desechos en una solución de hipoclorito de sodio 0.5% durante por lo menos 30 minutos.
- No mezcle los desechos químicos, a menos que usted esté seguro que no se daría lugar a ninguna reacción química. Esto es esencial para prevenir cualquier reacción no deseada o peligrosa entre los químicos; que podrían, poner en peligro al personal del laboratorio. Siempre siga las pautas locales en la disposición de desechos químicos asegurar que no ocurra contaminación del químico a la tierra circundante o suministro de agua.
- Proporcione un sistema seguro y disponible para eliminar hojas del bisturí o agujas. El riesgo de lesión con los elementos mencionados aumenta con la cantidad de manipulación de los mismos.
- Un recipiente para la disposición segura de objetos afilados debe ser:
- *Bien etiquetado
- *A prueba de punciones.
- *Resistente a la ruptura. (un recipiente de vaso podría romper y podría proporcionar un riesgo serio a la persona que limpia)
- La apertura debe ser lo suficientemente grande para pasar agujas y hojas del escalpelo, pero no tan grande para que alguien pueda alcanzar del fondo una aguja o bisturí.

- Estos recipientes deben disponerse seguramente de (esterilizador de vapor, o pueden disponer de lugar donde enterrar o estar controlado por los desechos municipales, encapsulada en un hoyo o cualquier otra opción según protocolos nacionales aprobados por el departamento de salud público.)
- Los obreros cuidadores de salud o negociantes de tratamiento de los desechos deben llevar el equipo de protección como guantes, el delantal, la mascarilla y se inmunizados contra HBV.
- Una línea de presupuesto para un tratamiento seguro de los desechos debe ser incluida sistemáticamente al planear esta actividad médica.

- WHO/EHT/CPR 2005 QUIÉN el Automóvil de Svrgicai el e al ihe Disirici Hospital 2003

World Health Organization

WASTE DISPOSAL ÍN CLINICAL PROCEDURES AT RESOURCE LIMITED HEALTH CARE FACILITY

It is essential for the hospital to have protocols for dealing with biological waste and contaminated materials. A11 staff must be familiar with them and follow them.

- All biological waste must be carefully stored and disposed of safely.
- Contaminated materials such as blood bags, dirtv dressings and disnosable needles are potentially hazardous and must be treated accordingly.
- If biological waste and contaminated materials are not disposed of properly, staff and members of the community could be exposed to infectious material and become infected.
- The disposal of biohazardous materials is time consuming and expensive, so it is ímportant to sepárate non-contaminated material such as waste paper, packaging and non-sterile but not biologically contaminated materials. Only 15% to 20% of medical waste are considered infectious.
- Make separate disposal containers available where waste is created so that staff can sort the waste as it is being discarded. A three color coding system with black for non infectious waste, red or yellow for infectious and yellow for sharps is recommended.
- Organize things in a way to discourage the need for people to be in contact with contaminated waste.
- All infected waste should then be treated of by steam sterilization or high temperature incineration equipped with emission control devices. Whenever feasible plástic material such as syringes or blood bags should not be incinerated.
- Burying waste is the only option in some areas where not controlled landfill exists. If this ís the case, you should do as much as possible to protect the burying site

to prevent access and to avoid environmental polLution, especially for underground water sources.

- Prior to burying for safety infected waste can be disinfected by soaking in a 0.5% hypochlorite solution for at least 30 minutes.

WHO/EHT/CPR 2005 WHO Svrgicai Car e al ihe Disirici Hospital 2003 World Health Organizador!

- *Do not mix waste chemicals, unless you are certain that a chemícal reactíon wíll not take place. This is essential to prevent any unwanted or dangerous reactions between the chemicals, which could endanger laboratory staff. Always follow local guidelines on the disposal of waste chemicals to ensure that chemical contamination of the surrounding land or water supply does not occur.*

» *Provide a safe system for getting rid of disposable ítems such as scaipel blades or needles. The risk of injury with sharp objects increases with the distance they are carried and the amount they are manipulated.*

- *A container for the safe disposal of sharp objects should be:*
  - *Well labeled*
  - *Puncture proof*
  - *Watertight*
  - *Break resistant (a glass container could break and provide a serious hazard to the person cleaning up the mess)*
  - *Opening large enough to pass needles and scalpel blades, but never large enough for someone to reach into*
  - *Secured to a surface, such as a wali or counter, to ensure stability during use*
  - *Removable for disposal.*

- *These containers must then be disposed of safely* (They can be steam sterilized, then shredded and disposed of to a controlled land fill with municipal waste, encapsulated in a pit or any other options according to national protocols approved by the public health department and ministry ofenvironment.)

- *Health-care workers and waste handlers should wear protective equípment such as gloves, apron, mask and be immunized against HBV.*

- *A budget line for a safe waste management should be systematically included when planning a medical activity.*

CONSULTA EXTERNA

DIRECCIÓN MÉDICA

CENTRO DE SALUD HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR

LABORATORIO

LABORATORIO

EMERGENCIA

AREA DE HOSPITALIZCIÓN

CENTRO QUIRÚRGICO

TERMOCUNA

HOSPITALIZACIÓN

EMERGENCIA

EQUIPAMIENTO DE CENTRO QUIRÚRGICO

MÁQUINA DE ANESTESIA

MESA DE QUIRÓFANO

ADQUISICIONES EN EL HOSPITAL DE ALAMOR ACTUALMENTE

ADQUISICIONES EN EL HOSPITAL DE ALAMOR ACTUALMENTE

SEMINARIO TALLER REALIZADO EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR CON EL PERSONAL DE SALUD

SEMINARIO TALLER REALIZADO EN EL HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR CON EL PERSONAL DE SALUD