UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

ÁREA 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 PRACTICO CLÍNICAS EN EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS Y CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN SU USO EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL DE ZAPOTILLO"

COORDINADOR GENERAL:

Dr. Nelson Samaniego Idrovo.

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Daniel Reyes

AUTORES:

Dr. Edwin Jaramillo González.

edwinmauricioj@gmail.com cel. 097487200

Dra. Claudia Jaramillo Luzuriaga

claudiajl2000@hotmail.com cel. 096851728

LOJA-ECUADOR

NOVIEMBRE 2009

Dr. Nelson Samaniego Idrovo

COORDINADOR GENERAL DE TESIS.

CERTIFICA:

Que revisado el informe final del trabajo de Tesis previa a la obtención del Título de Especialista en Cirugía General de los doctores: Edwin Jaramillo González y Claudia Jaramillo Luzuriaga con el tema ***"APLICACIÓN DE LAS GUÍAS PRÁCTICO CLÍNICAS EN EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS Y CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN SU USO EN EL "CENTRO MATERNO INFANTIL DE ZAPOTILLO***", indico que está listo para su presentación, autorizando continuar con los trámites correspondientes para solicitar el Tribunal para la sustentación del mismo.

Lo certifico.

Atentamente,

Dr. Nelson Samaniego Idrovo

COORDINADOR GENERAL DE TESIS

Loja, Noviembre 2009.

Dr. Daniel Reyes.

DIRECTOR DE TESIS.

CERTIFICA:

Que revisado el informe final del trabajo de tesis de los doctores Edwin Jaramillo González y Claudia Jaramillo Luzuriaga con el tema ***"APLICACIÓN DE LAS GUÍAS PRÁCTICO CLÍNICAS EN EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS Y CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN SU USO EN EL "CENTRO MATERNO INFANTIL DE ZAPOTILLO***", indico que está listo para su presentación, autorizando continuar con los trámites correspondientes para solicitar el Tribunal para la sustentación del mismo.

Lo certifico.

Atentamente.

Dr. Daniel Reyes

DIRECTOR DE TESIS

AUTORIA

Los conceptos y resultados obtenidos y presentados en este trabajo investigativo, son de exclusiva responsabilidad de los autores

AGRADECIMIENTO

Nuestro sincero agradecimiento al Dr. Nelson Samaniego Idrovo, por su amistad y guía durante nuestra formación de cirujanos y principalmente por su colaboración para la realización de la presente tesis, al Dr. Amable Bermeo, Dr. Sandro Contini, Especialista en Cirugía de Emergencia, Profesor de la Universidad de Parma – Italia y a todos los miembros de la Corporación Italiana por su colaboración desinteresada y sincera.

A todos los médicos, enfermeras, y personal del Centro Materno Infantil de Zapotillo por su participación, además agradecemos a la Licenciada Mirtha Briceño (DPSL) y a la Economista Emilia Rossi (Univ. Parma) por su apoyo durante la realización de los talleres y socialización de las guías, tanto en Macará como en Zapotillo .Al Director de Salud, por su apoyo logístico con las respectivas Áreas de Salud.

Agradecemos a Dios, por permitirnos ser sus instrumentos para curar a todos nuestros pacientes. A nuestros maestros quienes con su sabiduría han forjado nuestro aprendizaje. A nuestros Padres y hermanos, quienes con su apoyo sincero y desinteresado nos han sabido apoyar en los momentos más difíciles de nuestras vidas.

Los autores

DEDICATORIA.

A Dios por la profesión que me ha regalado y la oportunidad de servir con amor, a mis padres y hermanos por su apoyo incondicional y sus consejos que me brindaron en los momentos más difíciles de mi vida.

Edwin

A Dios por permitirme alcanzar esta meta. Con especial admiración, respeto y cariño a mis padres y confidentes por su ejemplo de sacrificio y abnegación quienes me han apoyado en todo momento sin escatimar esfuerzo alguno y han sabido guiarme. A mis hermanos eternos amigos y compañeros que supieron brindarme el apoyo incondicional y a mis queridos sobrinos que son la luz de mi vida.

CLAUDIA

INDICE DE CONTENIDOS

Certificaciones. II

Autoría. IV

Agradecimiento. V

Dedicatoria. VI

I. Resumen. 9

II. Introducción. 15

III. Revisión de literatura. 22

Urgencias y emergencias. 23

Licenciamiento de las áreas de salud. 32

Tipología de los servicios de salud en el MSP del Ecuador. 33

Primer Nivel. 34

Segundo Nivel. 35

Tercer Nivel. 37

Las Guías Práctico-Clínicas. 39

Definición y Objetivos. 39

Características. 40

Fases: preparación, análisis crítico, difusión, evaluación. 42

Fecha de validez del documento 47

IV. Materiales y métodos. 51

Técnicas e instrumentos. 52

Procedimientos: Objetivos 54

V. Resultados. 58

VI. Discusión. 138

VII. Conclusiones. 144

VIII. Recomendaciones y propuestas. 147

IX. Bibliografía. 151

X. Anexos. 157

I. RESUMEN

I. RESUMEN.

Una guía de práctica clínica quirúrgica (GPCQ) es un conjunto de aplicaciones estandarizadas desarrolladas mediante un proceso formal que incorpora la mejor evidencia científica de efectividad con asesoría experta. Las guías constituyen una ayuda en el proceso de decisión clínico quirúrgico, porque presenta alternativas diagnósticas y terapéuticas a elegir. Surgen ante la necesidad de reducir la variedad injustificada de diagnósticos en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial.[1]

El presente es un estudio prospectivo, intervencionista, transversal, realizado en el Centro Materno Infantil de Zapotillo y elaborado en dos períodos, uno de Intervención y otro de Monitoreo - Evaluación; forma parte de un MACROPROYECTO implementado en todos los hospitales Básicos de la Provincia de Loja. Se inició con la identificación del perfil epidemiológico en el año 2007 de las nosologías clínico-quirúrgicas de emergencia en el Centro Materno Infantil de Zapotillo mediante el diagnóstico de la infraestructura física, recursos materiales y equipamiento del hospital, así como con la evaluación del nivel de conocimiento y habilidades del personal de

---

[1] Agency for Health Care Policy and Research. Using clinical practice guidelines to evaluate quality of care. Vol 1. Issues. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Services; 1995. (AHCPR publication No 95_0045).

emergencia. Una vez conocidas las realidades locales, se comenzó con la Adaptación de las Guías Práctico Clínicas en Emergencias Quirúrgicas previa la capacitación del personal en su Uso.

Al cabo de un año del inicio de adaptación de las guías, se realizó el Monitoreo y Evaluación (periodo de junio 2008 a junio 2009), con un nuevo levantamiento de la producción hospitalaria, nuevamente se valora el conocimiento del personal y especialmente el grado de satisfacción del usuario, verificando el licenciamiento realizado al Centro Materno Infantil de Zapotillo por la Dirección Provincial de Salud de Loja

Con los resultados obtenidos podemos concluir que el rendimiento del Centro Materno Infantil de Zapotillo no existe variación significativa en el número de pacientes atendidos en las diferentes especialidades. Respecto a las transferencias existe una disminución de las mismas con 15 pacientes en el periodo de evaluación, continuando las mismas principalmente por trauma abdominal 6 ptes, TCE leve 4 ptes, trauma de tórax 3 ptes, colelitiasis 6 ptes, quemaduras 3 ptes, trauma de extremidades 1pte.

Existe aceptación y cumplimiento del equipo médico en el uso de las guías propuestas en que fueron capacitados traduciéndose en una mejor calidad de atención y mayor capacidad de resolución; existe unificación de criterios, mayor seguridad en el manejo del paciente, esto ratifica la relevancia del presente trabajo de investigación, pues se ha demostrado que la Aplicación

de las Guías Práctico Clínicas en cualquier especialidad mejora la eficiencia y calidad de atención

SUMMARY

A guide of clinical surgical (GPCQ) practice is a group of standardized applications developed by means of a formal process that incorporates the best scientific evidence of effectiveness with expert consultant ship. The guides constitute a help in the clinical surgical process of decision, because it presents alternative diagnostic and therapeutic to choose. They arise in the face of the necessity of to reduce the unjustified variety of diagnoses in the clinical practice and to improve the quality of the assistance process.

The present is a prospective study, interventionist, traverse, carried out in the Maternal Infantile Center of Zapotillo and elaborated in two periods, one of Intervention and another of Monitored - Evaluation; it is part of a MACROPROYECTO implemented in all the Basic hospitals of the County of Loja. He/she began with the identification of the epidemic profile in the year 2007 of the clinical-surgical neologies of emergency in the Maternal Infantile Center of Zapotillo by means of the diagnosis of the physical infrastructure, material resources and equipment of the hospital, as well as with the evaluation of the level of knowledge and the emergency personnel's abilities. Once well-known the local realities, you began with the Adaptation of the Guides of Clinical Practice in Surgical previous Emergencies the personnel's qualification in their Use.

After a year of the beginning of adaptation of the guides, he/she was carried out Monitoreo and Evaluation (period of June 2008 to June 2009), with a new rising of the hospital production, again the knowledge of the personal one is

valued and especially the grade of the user's satisfaction, verifying the carried out to disbandment the Maternal Infantile Center of Zapotillo by the Provincial Address of Health of Loja

With the obtained results we can conclude that yield of the Maternal Infantile Center of Zapotillo doesn’t exist significant variation in the number of patients assisted in the different specialties during the period of intervention and evaluation. Regarding the transfers a decrease of the same ones exists with 15 patients in the period of evaluation, continuing mainly the same ones for trauma abdominal 6 ptes, TCE light 4 ptes, trauma of thorax 3 ptes, choledocholithiasis 6 ptes, burns 3 ptes, trauma of extremities 1pte.

It exists acceptance and execution of the medical team in the use of the guides proposed in that you/they were enabled being translated in a better quality of attention and bigger resolution capacity; unification of approaches, bigger security in the patient's handling exists, this ratifies the relevance of the present investigation work, because it has been demonstrated that the Application of the Guides of Clinical Practice in any specialty improves the efficiency and quality of attention

II. INTRODUCCIÓN

II. INTRODUCCIÓN.

El Centro Materno Infantil de Zapotillo se encuentra ubicado a 250 Km de la ciudad de Loja, es una unidad operativa NIVEL I. Realiza actividades básicas de: fomento, promoción, prevención y recuperación de la salud, incluyendo atención del parto normal de emergencia y atención odontológica En lo referente a las emergencias clínico-quirúrgicas, se limita a derivar (sistema de referencia- contrareferencia) a centros de atención secundaria o primaria dependiendo del diagnóstico clínico.

Los servicios de salud en el país y en particular en la Provincia de Loja, no cuentan con infraestructura sanitaria y equipamiento, insumos médicos, materiales de curación y fármacos necesarios, aceptables y funcionales para las atenciones de emergencia. Además, son notorias las políticas que, adoptadas por los gobiernos, tienden a desproteger cada vez más el derecho a la salud de la población, dando lugar a una tendencia cada vez más fuerte de privatización de estos servicios, siguiendo modelos extraños a nuestra realidad.

La distante situación geográfica de la Provincia 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 consiguiente, a los centros de salud distribuidos en la periferia provincial

Es así que en el año 2005, 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 en la Provincia de Loja. La Coordinación de Investigación presenta el mencionado proyecto en la Universidad de Parma en conjunto con otros proyectos, habiendo resultado escogido nuestro proyecto por esta universidad para apoyar su desarrollo; posteriormente se logra el apoyo de los personeros del MSP de Ecuador, de la Dirección Provincial de Salud y de la OPS.

Se decidió emprender un amplio trabajo de adopción y adaptación de Guías de Práctica Clínica en Emergencias Quirúrgicas, que mejoren la actividad en el sector de la salud en la Ciudad de Loja y el Ecuador; como resultado de esto se decidió aplicar las guías traducidas de la OMS en hospitales cantonales, denominando al Proyecto **"APLICACIÓN DE LAS GUÍAS PRÁCTICO CLÍNICAS EN EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS Y CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN SU USO"**

Posteriormente se decidió intervenir en el Hospital fronterizo de Macara y Centro Materno infantil de Zapotillo así como en los hospitales (Básicos) de

II NIVEL del MSP en la Provincia de Loja y al final se involucró al Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, sitio de referencia de estas unidades de salud.

La idea nace de aprovechar los recursos materiales al máximo así como los conocimientos de los profesionales de la salud en un contexto de mejorar la eficacia y eficiencia de los servicios prestados, partiendo de la necesidad de disminuir la morbilidad y mortalidad evitables de los pacientes atendidos en la emergencia de los hospitales de segundo nivel, considerando que nuestro país es uno de los más pobres de América Latina y del Mundo, así lo ha establecido el informe sobre la "Tendencia del Desarrollo Social en el Ecuador 1990 - 2008. Un reporte del desarrollo humano de la UNICEF, establece que cerca del 79% de la población ecuatoriana vive en la pobreza; y de acuerdo con ésta, el 60 % vive en la extrema pobreza.

La mayoría de la población ecuatoriana no tiene garantía explícita a los servicios de salud que necesita, la oferta institucional es desarticulada y presenta graves deficiencias de cobertura y calidad. Debido a esto 1 de cada 4 personas, no es atendida en ninguna institución y más del 70% no tiene seguro de salud. El porcentaje de gasto privado 49% y las formas de financiamiento son inequitativos.[2]

---

[2] OPS/OMS ,Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe, Resultados de Ecuador ,Serie N01,Washington ,D.C 2005, pág. 25 y 33

El sector público está conformado en su mayoría por hospitales básicos (45.1%) y hospitales generales (39%), mientras que los hospitales especializados corresponden al (14.8%) y los de especialidad (1.1%). El MSP tiene la mayor cantidad de unidades de nivel I, II y III del país, por lo tanto tiene una mayor participación porcentual de los servicios de salud, sobrepasando al total de unidades del IESS, ISSFA, e ISSPOL combinadas.[3]

La ineficiencia administrativa de los diferentes niveles responsables de velar por la salud de la población, la inestabilidad de los directivos locales, la desigualdad en la distribución de recursos asignados a cada una de las unidades operativas, la falta de licenciamiento de las unidades operativas por parte de la Dirección Provincial de Salud, está contribuyendo a la deficiente capacidad resolutiva de las mismas con el incremento de la morbilidad y mortalidad en las emergencias médicas.

La programación de los recursos financieros de cada unidad operativa aparentemente no son priorizados de acuerdo a las reales necesidades, sino a criterios no técnicos y de otro tipo de intereses.

---

[3]INEC, Anuario Estadístico de Recursos y Actividades de Salud , 2006 , pág., 26.

En lo que se refiere al equipo de Salud, el incumplimiento de su carga horaria asignada (atrasos, falta de permanencia y salida antes de hora), trae como consecuencia que las áreas de emergencia queden a cargo del personal no capacitado para estas situaciones, por lo que no se brinda una atención oportuna y eficiente.

No está reportado, pero de las observaciones realizadas en las unidades operativas, existen variadas formas de atención de las nosologías clínico-quirúrgicas de emergencia las cuales responden más a la experiencia de los profesionales y a su formación no científica.

No existe una red definida de referencia y contrareferencia inter hospitalaria provincial, no se han preocupado las autoridades de salud en garantizar un parque de ambulancias con personal entrenado, equipamiento y recursos de salud adecuados, ya sea por inoperancia, irresponsabilidad, incapacidad o simplemente por los cambios administrativos frecuentes que impiden que los programas o proyectos diseñados tengan continuidad. Los colectivos no se benefician por este valioso medio de transporte y por tanto los pacientes ven que las unidades médicas no están preparadas en estos aspectos para una atención oportuna y eficiente que den solución a las emergencias que requieren ser atendidas en centros de mayor nivel de complejidad y

capacidad de resolución. Los resultados son obvios, todo esto incrementa la morbilidad y mortalidad de esta demanda.

Con la presente investigación se pretende elevar la calidad de atención médica mediante la aplicación estandarizada de guías práctico clínicas en emergencias quirúrgicas. y también, educar a la población en cuanto a identificar y rechazar las prácticas no adecuadas o empíricas negativas que pueden ser peligrosas en el manejo de algunas nosologías clínico-quirúrgicas así como evaluar el trabajo mencionado y determinar el impacto que este ha producido en la sociedad de Zapotillo.

En la actualidad sabemos que el gobierno se encuentra apoyando al sector de la salud en diferentes campos, incrementando la cobertura de atención, sin embargo, persiste la necesidad de realizar una capacitación periódica de los profesionales de salud y frente a esta realidad nacional y local ponemos a consideración este trabajo de adopción y adaptación de las "**GUÍAS PRÁCTICO CLÍNICAS EN EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS Y CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN SU USO EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL DE ZAPOTILLO"** de la provincia de Loja a fin de contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad de la población.

III. REVISIÓN DE LITERATURA

III. REVISIÓN DE LITERATURA.

En base al trabajo de intervención en los hospitales básicos del Cantón Loja, propuesto y realizado por compañeros de postgrado de la carrera de Cirugía, hoy especialistas, durante el año 2007, hemos considerado de importancia tomar como referencia bibliográfica los datos y conceptos que en sus informes de tesis presentaron, para que sea la guía en el desarrollo de nuestro trabajo de investigativo.

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 Consejo 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 susceptibles de actuar coordinadamente en caso necesario[4]. Entendemos una serie de procesos, que, si bien no conllevan un riesgo vital para el paciente, si requieren su corrección

[4] Definition EMT-Basic: EMT- Paramedic; BLS and ACLS Support in definitions of ambulate services accessed nov 6, 2005. Available at: http://www.medicarenhic.com/whats_new/archive2002/ambdef_1002.htm.

(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 médico dado por la condición que, sin el tratamiento a su debido tiempo podría esperar; como resultado o deterioro de una emergencia o causar daño prolongado temporal de una o más funciones corporales, desarrollando enfermedades crónicas del 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.[5]

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.

---

[5] Standar terminology. Accessed Nov 6, 2005. available at: http// www. Acem.org.au/open/documents/standard.pdf

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".

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

1. Desfibrilación / cardioversión manual.
2. Intubación endotraqueal.
3. Línea venosa central.
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.[6]

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.

¿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 13 señales de alerta que denotan una emergencia médica.

- Dificultad al respirar, falta de aire.
- Dolores o presión en el pecho o en la parte abdominal superior.
- Desmayos, mareo repentino, debilidad.
- Trastornos en la visión.
- Confusión o trastornos en el estado mental.
- Cualquier dolor repentino o severo.

---

[6] Definition EMT-Basic: EMT- Paramedic; BLS and ACLS Support in definitions of ambulant services accessed nov 6, 2005. Available at: http://www.medicarenhic.com/whats_new/archive2002/ambdef_1002.htm.

- Sangrado o hemorragia incontrolada.
- Vómitos o diarrea severos o persistentes.
- Tos o vómitos con sangre.
- Sentimientos suicidas u homicidas.
- Dificultad para hablar.
- Dolor de cabeza inusual.
- Dolor abdominal inusual.

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 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.[7]

La tasa de víctimas de la 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 2000 fue de 26.522 y en año 2001 fue de 27.841.

---

[7] Manual de Trauma, 2006 pág. 234 – 237.

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.

En Cali, el Observatorio del Delito, de la Secretaria de Gobierno de la Ciudad, en el año 2001, 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 2000, 197, y en 2001; 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 1999 murieron 107, en el 2000 murieron 145, y en el 2001, 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.

De acuerdo con el reporte total la tasa de muertes por eventos de tránsito en Cali para el 2001, 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 1998 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 en 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 2005 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%.[8]

---

[8] TORRICO Luis, y cols Identificación de patologías prevalentes en el servicio de emergencias del Hospital Universitario UNIVALLE gestión 2005.

En la ciudad de Loja en el 2004, 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 frecuente. 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 2004, 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%).

Según el análisis estadístico en el año 2005 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 de 1.339 (71%) y 556 (29%) en el área rural.

La morbilidad: 169.397 en la provincia de Loja en el año 2006 corresponde a tasa de 32,9 x 1000habitantes.

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 práctica, ocupación o actividad en salud.[9]

Su finalidad es garantizar que las instituciones o servicios de salud a los que accede la población, cumplan con requisitos mínimos en aspectos de

[9] AGUAYO Rodrigo y cols, MANUAL DE NORMAS DE LICENCIAMIENTO DEL MSP, abril 2004, pág.: 12-15.

recursos humanos, infraestructura, equipamiento y cumplimiento de normas para que aseguren la protección de la salud y seguridad públicas.

Dentro del Ministerio de Salud no se ha podido recabar ningún tipo de información respecto a la capacidad resolutiva específica de las emergencias clínico-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 las 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 2000 habitantes.

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

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; promueve acciones básicas de saneamiento ambiental y actividades de participación comunitaria; cumple con las normas y programas del MSP para su nivel. Su relación de dependencia y el envío de la información son con la jefatura de área correspondiente. Se ubica en cabeceras parroquiales con poblaciones mayores a 2000 hbt, el número de pobladores puede ser menor en el caso de las provincias Amazónicas y Galápagos.

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

Centro de salud. Es la unidad operativa que brinda servicios integrados e integrales de: fomento, promoción, prevención, recuperación de la salud y atención odontológica; dispone de servicios auxiliares de diagnóstico como: laboratorio clínico y 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 población de hasta 30000 habitantes "con iguales características de atención en caso de patologías clínico-quirúrgicas que el anterior"

SEGUNDO NIVEL

Hospital básico. Unidad de salud que brinda atención ambulatoria, emergencia y hospitalización de corta estancia en: medicina general, gineco – obstetricia, pediatría y cirugía de emergencia; cumple acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y odontología; dispone de auxiliares de diagnóstico como laboratorio clínico e imagenología. Su tamaño depende de las características demográficas y el perfil

epidemiológico de su zona de influencia; su capacidad es de 15 hasta 50 camas de dotación normal. Cumple funciones de control sanitario en el caso de ser jefatura de área e informa a la Dirección Provincial de Salud correspondiente; forma parte y es el eje del sistema de referencia y contrareferencia de los servicios de primer nivel. Se ubica en cabeceras cantonales con poblaciones mayores a 30000 habitantes, el número de la población puede ser menor en el caso de las provincias Amazónicas y Galápagos.

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

Hospital General.- Unidad operativa que provee atención de salud ambulatoria: de especialidades, de referencia y de hospitalización en las 4 especialidades básicas de la medicina con algunas subespecialidades de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de influencia y emergencias. Dispone de servicios auxiliares de diagnostico 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.

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 regencia 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.

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.

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 establecimientos de pacientes agudos y atiende a toda la población del país a través de la referencia y contrareferencia. 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.[10]

---

[10] AGUAYO Rodrigo y cols, MANUAL DE NORMAS DE LICENCIAMIENTO DEL MSP, abril 2004, pág.: 12-15.

LAS GUÍAS PRÁCTICO CLINICAS

“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.

Las guías no tienen porqué 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”).

Definición y Objetivos

Las guías práctico clínicas, procedimientos de emergencias quirúrgicas, es un conjunto de aplicaciones estandarizadas desarrolladas mediante un proceso formal que incorpora la mejor evidencia científica de efectividad con asesoría experta.[11]

---

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

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

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.

2. **Fiabilidad y Reproducibilidad:**

    - *Fiabilidad:* Con la misma evidencia científica y métodos de desarrollo de las guía de procedimiento clínico quirúrgico, otro grupo de expertos produciría las mismas recomendaciones.

    - *Reproducibilidad*: En circunstancias clínicas semejantes, la guía de procedimientos clínico-quirúrgicos es interpretada y aplicada de la misma manera por distintos profesionales.

3. **Aplicabilidad clínica**: Los grupos de pacientes a los que son aplicables las guías deben estar bien identificados, y que sus recomendaciones sean aplicables en la práctica cotidiana.

4. **Flexibilidad:** Deben especificarse las excepciones conocidas y esperadas, en las que las recomendaciones no son aplicables.[12]

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.

7. **Revisión explícita / planificada:** Las guías deben incluir información de cuándo ser revisados para determinar la introducción de

---

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

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.

Las cuatro primeras características están en relación al contenido de las guías de procedimientos clínico-quirúrgicos 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 clínico prácticas de las 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 procedimientos clínico-quirúrgicos, basándonos en los siguientes criterios de priorización:

- Pertinencia del problema o necesidades de salud prioritarias.
- 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 clínico práctica de emergencia quirúrgica, podríamos basarnos en las enfermedades más prevalentes, que produzcan más demanda, las que consuman más recursos.

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 clínico práctica de emergencia quirúrgica: 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.

Fase de Análisis Crítico. Discusión y pilotaje de la guía de procedimientos clínico-quirúrgicos:

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 procedimientos clínico-quirúrgicos en cuya estructura se recogerán los cambios justificados que hayan surgido.

Fase de Difusión y de Implantación:

Consiste en difundir la guía clínico práctica de emergencia quirúrgica 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.

Fase de Evaluación:

Fija la periodicidad con que se analizará el cumplimiento de la guía clínico práctica de emergencia quirúrgica para garantizar su utilidad. Esta fase no termina nunca [13]

---

[13] Romero A. Como diseñar un plan de implementación de una guía de prácticas clínicas REDEGUIAS- Guías Salud, 2005. Disponible http://www.guiasalud.es

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 de servicio.

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.

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

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

- Buena comprensión del concepto del impacto de la información y el conocimiento en los objetivos de desarrollo.
- Comprensión del ciclo del conocimiento, desde la creación de conocimiento hasta la sistematización de nuevos conocimientos para ir ampliando el acervo de 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.
- Conocimiento y manejo de las características socio-económicas y culturales de los grupos involucrados en los proyectos.

Fecha de validez del documento.

Las guías clínico prácticas de emergencia quirúrgica deberán ser revisados cada 4 años y las evaluaciones serán anualmente en el proceso de cumplimiento de las mismas y la cual quedará bajo la responsabilidad de el Área de Salud Humana de la UNL.

Se ha demostrado fehacientemente que la aplicación de las guías practico clínicas en cualquier ámbito de la medicina mejora la capacidad de atención a los pacientes así como 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 guías práctico-clínicas realizadas sin criterios y estrategias de evaluación están destinadas al fracaso.

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.[14]

---

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

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

IV. MATERIALES Y MÉTODOS.

METODOLOGÍA.

UNIDAD DE ESTUDIO: Centro Materno Infantil de Zapotillo

LUGAR: Zapotillo

FECHA: Periodo de intervención Enero-Diciembre 2007.

Periodo de evaluación: Junio 2008 – Junio 2009

TIPO DE ESTUDIO Prospectivo, transversal, de intervención en el Centro Materno Infantil de Zapotillo

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

Técnicas:

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

- Levantamiento epidemiológico.

- Encuestas.

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

- Adaptación de las guías de práctica clínica de emergencia quirúrgica en los hospitales cantorales.
- Monitoreo y Evaluación
  - Recursos físicos
  - Recursos Humanos

Instrumentos:

- Formulario de Cuidado Esencial (Anexo 1)
- Formulario para valoración de necesidades y evaluación de recursos que facilita el cuidado de salud en emergencia. (anexo 2)
- Encuesta sobre el nivel de conocimientos del personal de salud. (Anexo 3)
- Encuesta a cerca del grado de satisfacción del usuario sobre la atención en el servicio de emergencia del Centro Materno Infantil de Zapotillo. (anexo 4)

- Formulario para evaluación de talleres de práctica. (Anexo 5)
- Encuesta de Monitoreo y evaluación de la aplicación de las guías. (Anexo 6)
- Agenda del curso de emergencias quirúrgicas y trauma. (Anexo 7)
- Fotografías del taller. (Anexo 8).

PROCEDIMIENTO:

OBJETIVO GENERAL

Conocer e interpretar la capacidad resolutiva del Centro Materno Infantil de Zapotillo del MSP de la provincia de Loja frente a la demanda de emergencias Clínico.-Quirúrgicas de la población, con la finalidad de adoptar y adaptar la aplicación de las guías práctico clínicas en la atención de las emergencias quirúrgicas y al mismo tiempo capacitar al recurso humano en su uso, así como realizar la evaluación y medición.

PRIMER OBJETIVO:

Identificar el perfil epidemiológico de las nosologías clínico-quirúrgicas de emergencia en el Centro Materno Infantil de Zapotillo.

- Coordinación con 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 Centro Materno Infantil de Zapotillo con ordenamiento de las patologías atendidas en emergencia y frecuencia de las mismas.
-

SEGUNDO OBJETIVO:

Establecer la infraestructura y equipamiento del Centro Materno Infantil de Zapotillo, para la atención de emergencias clínico-quirúrgicas.

- Reuniones de coordinación con el jefe de área, equipo médico, personal administrativo y empleados que laboran en esta casa de salud
- 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 conocimiento y habilidades prácticas del personal de los servicios de salud del Centro Materno Infantil de Zapotillo en emergencias.

- 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 encuestas.

CUARTO OBJETIVO:

Aplicar las guías clínico- quirúrgicas en emergencias adoptadas y adaptadas de la OMS al hospital Centro Materno Infantil de Zapotillo, y capacitación del recurso humano en su uso además mejorar la calidad de información estadística del servicio mediante el registro de patologías según la clasificación del CIE 10

- Búsqueda y elección de una guía para aplicarla en la unidad de intervención. En el caso que estén en otro idioma traducirlas al español.
- Socialización, adecuación y aplicación de la guía seleccionada en el Centro Materno infantil de Zapotillo 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 Centro Materno Infantil de Zapotillo, en el período de junio de 2008 a junio de 2009.

- Coordinación con jefes de área, administradores y encargados de emergencia.
- Elaboración y actualización de la casuística del Centro Materno Infantil de Zapotillo con ordenamiento de las patologías atendidas en emergencia y frecuencia de las mismas en el período junio 08 a junio 09, en base a la revisión de los formularios 008 en este período.
- Observación de la presencia física y su uso, del documento de las guías de práctica clínica en emergencias quirúrgicas entregadas en el taller de socialización para su adopción.
- Encuestas a los usuarios a cerca de la labor del jefe de área, equipo médico, personal administrativo y empleados que laboran en esta casa de salud.
- Tabulación de resultados de encuesta.

V. RESULTADOS

V. RESULTADOS.

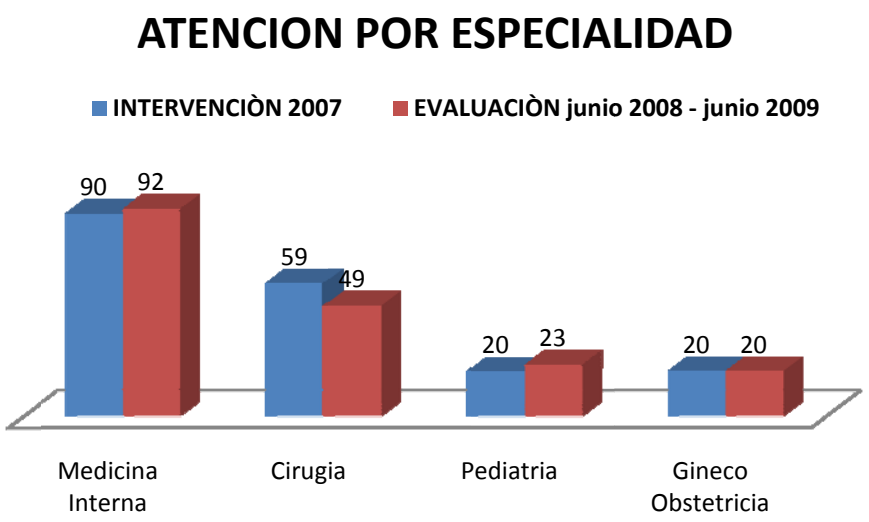
A. LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO.

Tabla 1. Cuadro comparativo del **número de pacientes atendidos por especialidad en el área de emergencia** del Centro Materno Infantil de Zapotillo durante el período de intervención 2007 y período de evaluación de Junio 2008 a Junio 2009.

ESPECIALIDAD	INTERVENCIÓN 2007	%	EVALUACIÓN JUNIO2008 – JUNIO 2009	%
Medicina Interna	90	**47.62**	92	**50.00**
Cirugía	59	**31.22**	49	**26.63**
Pediatría	20	**10.58**	23	**12.50**
Ginecología-Obstetricia	20	**10.58**	20	**10.87**
TOTAL	**189**	**100.00**	**184**	**100,00**

Fuente: Archivos de emergencia del Centro Materno Infantil de Zapotillo
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

Gráfico1



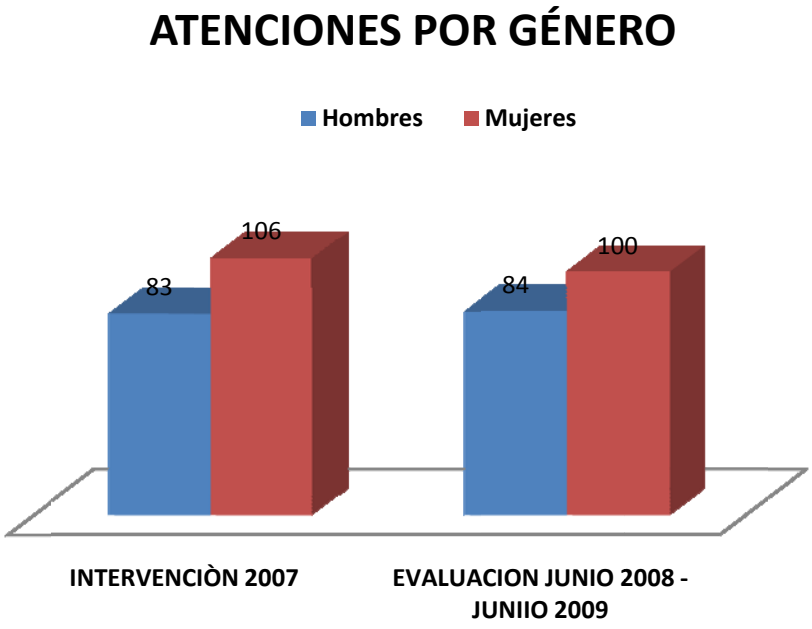
En la tabla 1 observamos que en el período de intervención, año 2007 se atendieron 189 pacientes de los cuales el 31.22% corresponden a la especialidad de cirugía; en el período de evaluación de junio 2008 a Junio 2009 se atendieron 184 pacientes representando la especialidad antes mencionada el 26.63%, observándose una ligera disminución de atenciones en el 4.59%. Las otras especialidades en ambos períodos llevan relaciones porcentuales similares.

Tabla 2 Cuadro comparativo del **número de pacientes atendidos por género** en el Centro Materno Infantil de Zapotillo en el período de intervención año 2007 y el período de evaluación Junio 2008 a Junio 2009.

GENERO	INTERVENCIÒN 2007	%	EVALUACION JUNIO 2008 - JUNIIO 2009	%
Hombres	83	43,92	84	45,65
Mujeres	106	56,08	100	54,35
TOTAL	189	100,00	184	100,00

Fuente: Archivos de emergencia del Centro Materno Infantil de Zapotillo
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

Gráfico 2



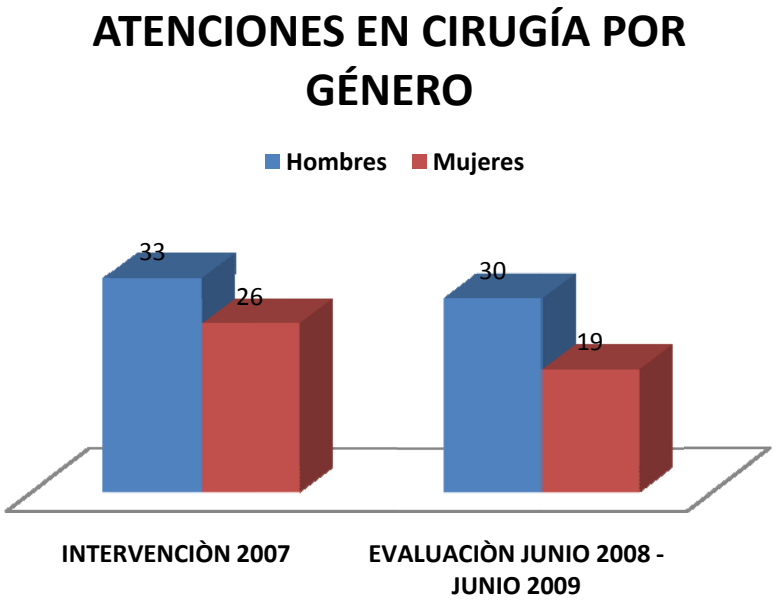
En la tabla 2 el mayor porcentaje de atenciones en la emergencia durante los dos períodos analizados en relación al género corresponde al femenino con el 56.08% en el período de intervención y el 54.35% en el período de evaluación.

Tabla 3 Cuadro comparativo del **número de pacientes atendidos por género en la especialidad de Cirugía** del Centro Materno Infantil de Zapotillo en el período de intervención año 2007 y el período de evaluación Junio 2008 a Junio 2009.

GENERO	INTERVENCIÒN 2007	%	EVALUACIÒN JUNIO 2008 - JUNIO 2009	%
Hombres	33	55,93	30	61,22
Mujeres	26	44,07	19	38,78
TOTAL	**59**	**100**	**49**	**100,00**

Fuente: Archivos de emergencia del Centro Materno Infantil de Zapotillo
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

Gráfico 3



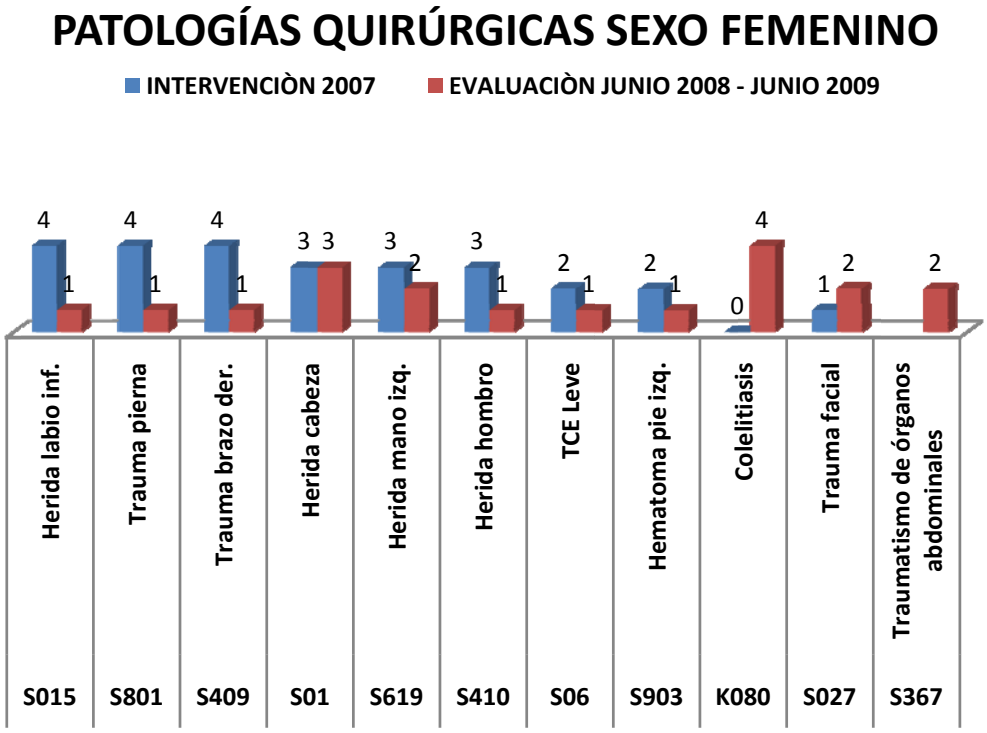
En la tabla 3 el mayor porcentaje de atenciones en la emergencia en el área de Cirugía durante los dos periodos analizados en relación al género corresponde al masculino con un promedio del 55.93% y 61.22% respectivamente

Cuadro 4 Cuadro comparativo de las **patologías quirúrgicas más frecuentes en el SEXO FEMENINO** atendidas en el Centro Materno Infantil de Zapotillo en el período de intervención año 2007 y el período de evaluación Junio 2008 a Junio 2009.

Código	Patologías	Intervención 2007		Evaluación 2008	
		Total	%	Total	%
S015	Herida labio inf.	4	**15,38**	1	**5,26**
S801	Trauma pierna	4	**15,38**	1	**5,26**
S409	Trauma brazo der.	4	**15,38**	1	**5,26**
S01	Herida cabeza	3	**11,54**	3	**15,79**
S619	Herida mano izq.	3	**11,54**	2	**10,53**
S410	Herida hombro	3	**11,54**	1	**5,26**
S06	TCE Leve	2	**7,69**	1	**5,26**
S903	Hematoma pie izq.	2	**7,69**	1	**5,26**
K080	Colelitiasis	0	**0**	4	**21,05**
S027	Trauma facial	1	**3,85**	2	**10,53**
S36	Traumatismo de órganos abdominales	0	**0**	2	**10,53**
TOTAL		**26**	**100**	**19**	**100,00**

Fuente: Archivos de emergencia del Centro Materno Infantil de Zapotillo
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

Grafico 4



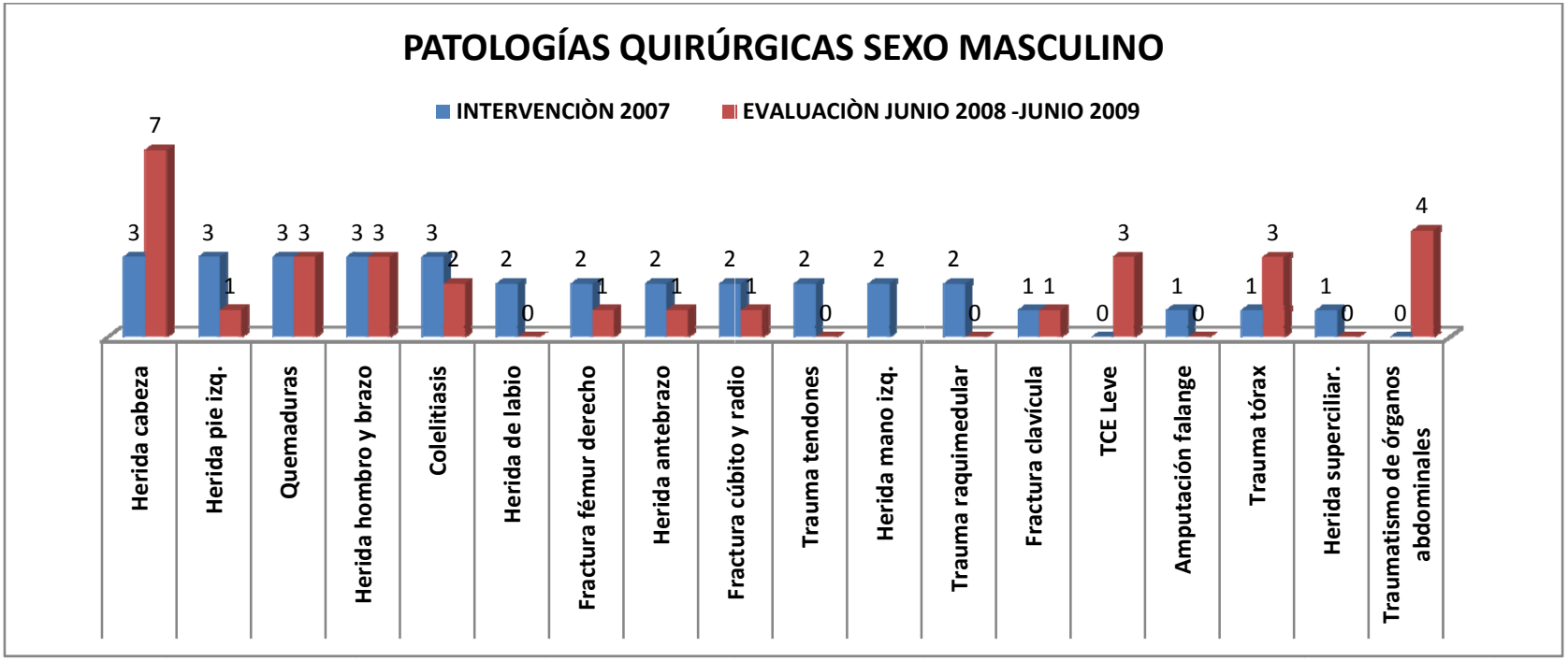
Fuente: Archivos de emergencia del Centro Materno Infantil de Zapotillo
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

En la tabla 4 el período de intervención 2007 las principales patologías prevalentes son herida en labio inferior, trauma de pierna y trauma de brazo derecho con el 15.38% respectivamente cada una de ellas, mientras que en el período de evaluación, ocupa el primer lugar colelitiasis con el 21.05%, en segundo lugar herida de cabeza con el 15.79% y en tercer lugar trauma abdominal con el 10.53%.

Tabla 5. Cuadro comparativo de las **patologías Quirúrgicas más frecuentes en SEXO MASCULINO** atendidas en el Centro Materno Infantil de Zapotillo en el período de intervención año 2007 y el período de evaluación Junio 2008 a Junio 2009.

Código	**Patologías**	**Intervención 2007**		**Evaluación junio 2008 junio 2009**	
		Total	**%**	**Total**	**%**
S01	Herida cabeza	3	**9,09**	7	**23,33**
S913	Herida pie izq.	3	**9,09**	1	**3,33**
T21	Quemaduras	3	**9,09**	3	**10,00**
S41	Herida hombro y brazo	3	**9,09**	3	**10,00**
K80	Colelitiasis	3	**9,09**	2	**6,67**
S015	Herida de labio	2	**6,06**	0	**-**
S729	Fractura fémur derecho	2	**6,06**	1	**3,33**
S519	Herida antebrazo	2	**6,06**	1	**3,33**
S52	Fractura cúbito y radio	2	**6,06**	1	**3,33**
S66	Trauma tendones	2	**6,06**	0	**-**
S619	Herida mano izq.	2	**6,06**		**-**
S14	Trauma raquimedular	2	**6,06**	0	**-**
S420	Fractura clavícula	1	**3,03**	1	**3,33**
S06	TCE Leve	0	**0**	3	**10,00**
S689	Amputación falange	1	**3,03**	0	**-**
S299	Trauma tórax	1	**3,03**	3	**10,00**
S011	Herida superciliar.	1	**3,03**	0	**-**
S367	Traumatismo de órganos abdominales	0		4	**13,33**
TOTAL		**33**	**100**	**30**	**100,00**

Gráfico 5.



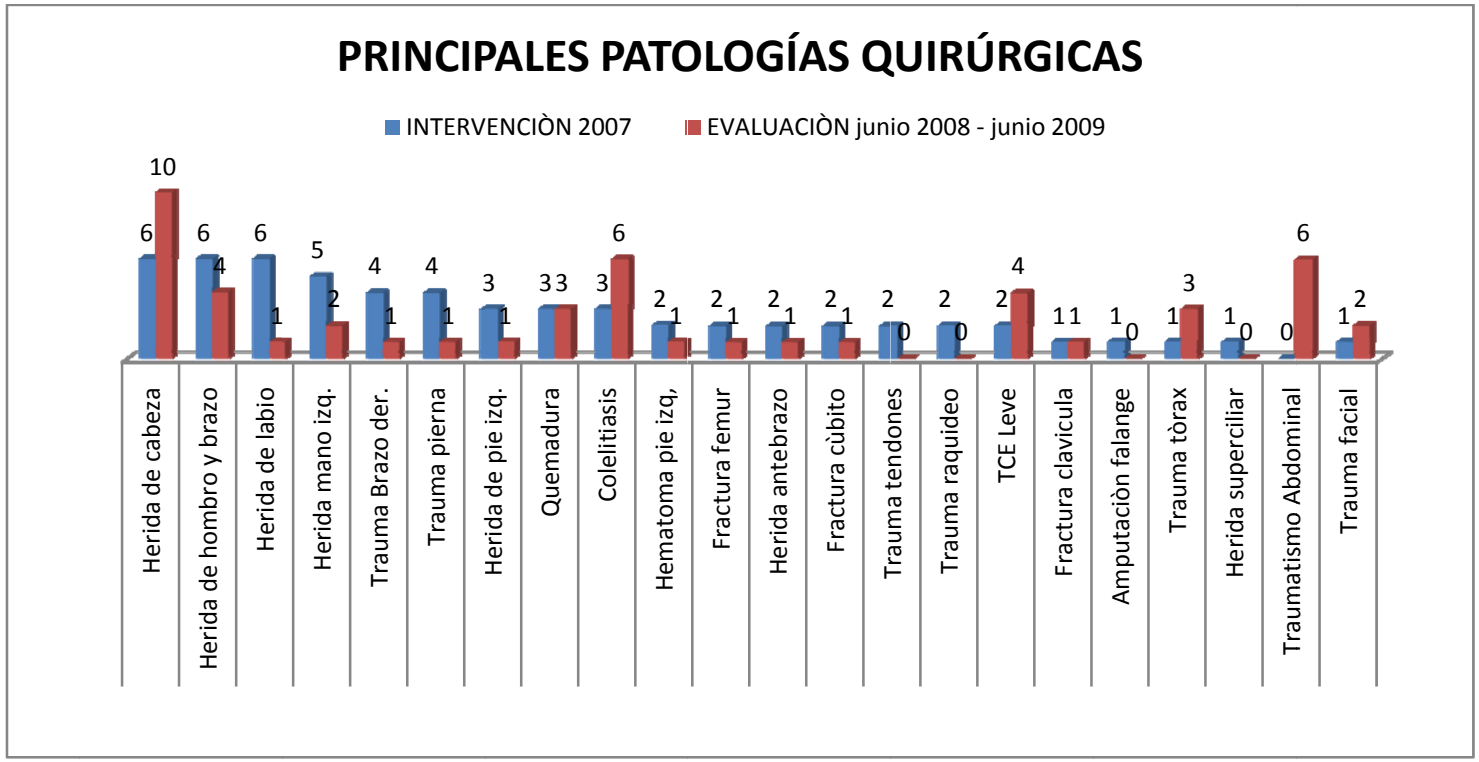
Fuente: Archivos de emergencia del Centro Materno Infantil de Zapotillo

En la tabla 5 el mayor porcentaje de atenciones en la emergencia durante los dos períodos analizados corresponde a lesiones de tejidos blandos con el 9.09% y 23,33%, quemaduras con el 9.09% y 10% y colelitiasis con el 9.09% y 6.67% respectivamente. Se observa además la incidencia de lesiones por trauma abdominal con el 13.33% en el período de evaluación

Tabla 6. Cuadro comparativo de las patologías **Quirúrgicas más frecuentes en AMBOS GENEROS** atendidas en el Centro Materno Infantil de Zapotillo en el período de intervención año 2007 y el periodo de evaluación Junio 2008 a Junio 2009.

Código	Patologías	Intervención 2007		Evaluación Junio 2008 a Junio 2009	
		Total	%	Total	%
S01	Herida de cabeza	6	10,17	10	20,41
S41	Herida de hombro	6	10,17	4	8,16
S015	Herida de labio	6	10,17	1	2,04
S619	Herida mano izq.	5	8,47	2	4,08
S409	Trauma Brazo der.	4	6,78	1	2,04
S801	Trauma pierna	4	6,78	1	2,04
S913	Herida de pie izq.	3	5,08	1	2,04
T21	Quemadura	3	5,08	3	6,12
K80	Colelitiasis	3	5,08	6	12,24
S903	Hematoma pie izq,	2	3,39	1	2,04
S729	Fractura fémur	2	3,39	1	2,04
S519	Herida antebrazo	2	3,39	1	2,04
S052	Fractura cúbito	2	3,39	1	2,04
S066	Trauma tendones	2	3,39	0	0
S014	Trauma raquídeo	2	3,39	0	0
S066	TCE Leve	2	3,39	4	8,16
S420	Fractura clavícula	1	1,69	1	2,04
S689	Amputación falange	1	1,69	0	0
S299	Trauma tórax	1	1,69	3	6,12
S011	Herida superciliar	1	1,69	0	0
S036	Trauma abdominal	0	0	6	12,24
S027	Trauma facial	1	1,69	2	4,08
Total		59	100,00	49	100,00

Grafico 6


PRINCIPALES PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS
INTERVENCIÒN 2007
EVALUACIÒN junio 2008 - junio 2009
Herida de cabeza
Herida de hombro y brazo
Herida de labio
Herida mano izq.
Trauma Brazo der.
Trauma pierna
Herida de pie izq.
Quemadura
Colelitiasis
Hematoma pie izq,
Fractura femur
Herida antebrazo
Fractura cùbito
Trauma tendones
Trauma raquideo
TCE Leve
Fractura clavicula
Amputaciòn falange
Trauma tòrax
Herida superciliar
Traumatismo Abdominal
Trauma facial

En la tabla 6 en el período de evaluación se registró un descenso del 16.9% en el total de atenciones, se observa el incremento de lesiones de tejidos blandos (20.41%), colelitiasis, (12.24%), TCE Leve, (8.16%), trauma Abdominal (12.24%) y trauma de tórax (6.12%) en relación al periodo de intervención.

Tabla 7. Patologías Quirúrgicas más frecuentes en los Cuatro **Grupos Etàreos** más frecuentes atendidas en el Centro Materno Infantil de Zapotillo en el **período de intervención año 2007**

Código	Patologías	INTERVENCIÒN 2007					
		Total	1a14	15a49	49a64	>65	%
S01	Herida de cabeza	6	2	2	1	1	10,17
S41	Herida de hombro y brazo	6	0	1	3	2	10,17
S015	Herida de labio	6	3	1	1	1	10,17
S619	Herida mano izq.	5	1	1	2	1	8,47
S409	Trauma Brazo der.	4	0	1	2	1	6,78
S801	Trauma pierna	4	0	1	1	2	6,78
S913	Herida de pie izq.	3	0	2	1	0	5,08
T21	Quemadura	3	1	2	0	0	5,08
K80	Colelitiasis	3	0	1	2	0	5,08
S903	Hematoma pie izq.,	2	0	1	1	0	3,39
S729	Fractura fémur	2	0	0	1	1	3,39
S519	Herida antebrazo	2	0	1	0	1	3,39
S052	Fractura cúbito	2	0	1	0	1	3,39
S066	Trauma tendones	2	0	0	1	1	3,39
S014	Trauma raquídeo	2	0	1	1	0	3,39
S066	TCE Leve	2	1	0	1	0	3,39
S420	Fractura clavícula	1	0	0	1	0	1,69
S689	Amputación falange	1	0	1	0	0	1,69
S299	Trauma tórax	1	0	1	0	0	1,69
S011	Herida superciliar	1	1	0	0	0	1,69
S036	Trauma abdominal	0	0	0	0	0	-
S027	Trauma facial	1	0	1	0	0	1,69
Total		59	9	19	19	12	100,00

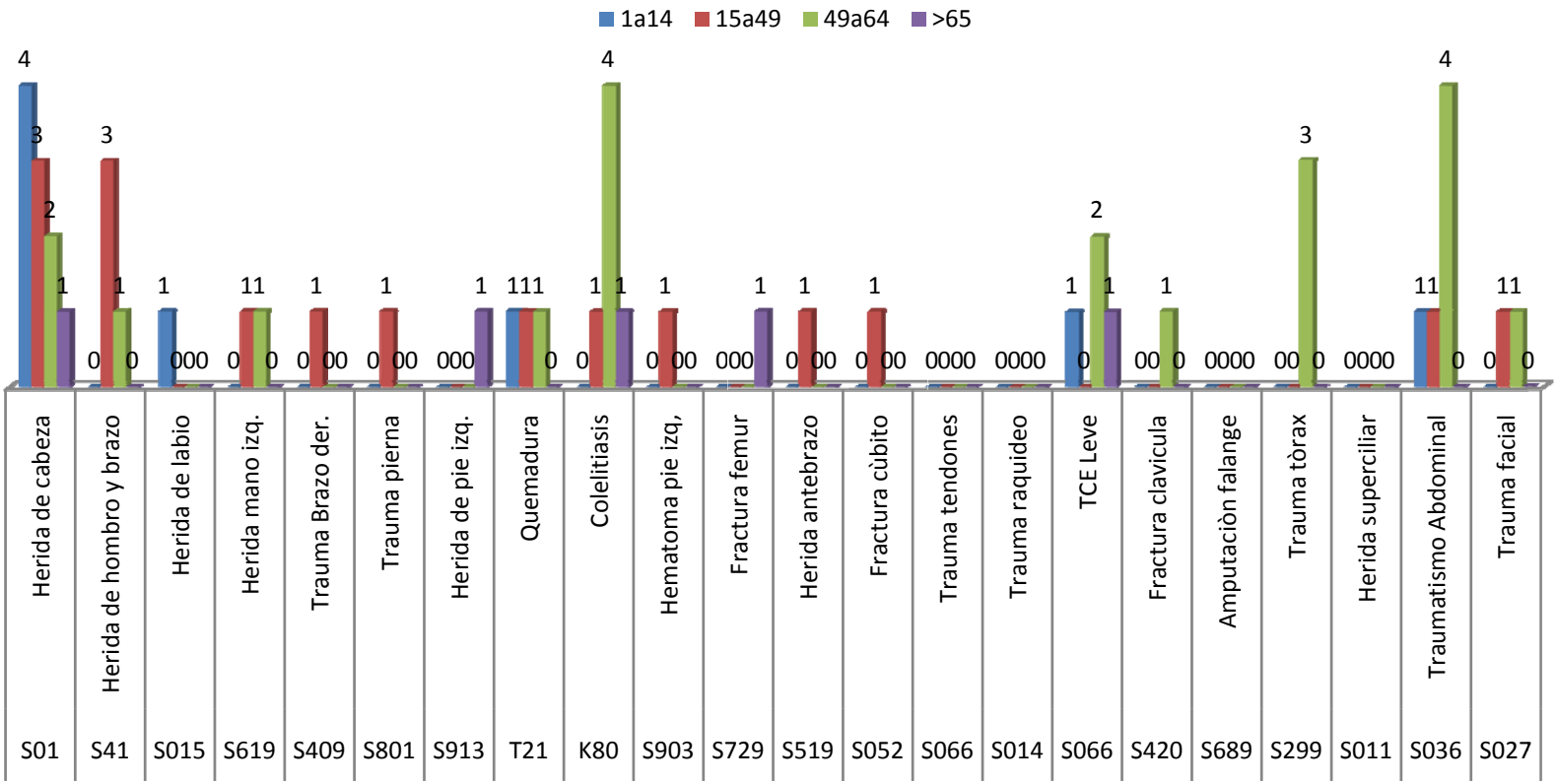
Fuente: Archivos de emergencia del Centro Materno Infantil de Zapotillo
Elaboración: Dra.ClaudiaJaramilloL,Dr.EdwinJaramillo

En la tabla 7 entre las principales patologías atendidas en el centro Materno Infantil de Zapotillo se encuentran lesiones de tejidos blandos (herida de cabeza, herida de hombro y herida de labio) con el 10.17%, trauma de extremidades (trauma de brazo derecho y trauma de pierna) con el 6.78%, y quemaduras, colelitiasis con el 5.08%. Observándose mayor incidencia de casos entre los grupos etarios de 15 a 19 y de 49años

Tabla 8. Patologías Quirúrgicas más frecuentes en los **Cuatro Grupos Etàreos** atendidas en el Centro Materno Infantil de Zapotillo en el período de **Evaluación Junio 2008 – Junio 2009.**

Código	Patologías	PERIODO DE EVALUACIÒN JUNIO 2008 - JUNIO 2009					
		Total	1a14	15a49	49a64	>65	%
S01	Herida de cabeza	10	4	3	2	1	20,41
S41	Herida de hombro y brazo	4	0	3	1	0	8,16
S015	Herida de labio	1	1	0	0	0	2,04
S619	Herida mano izq.	2	0	1	1	0	4,08
S409	Trauma Brazo der.	1	0	1	0	0	2,04
S801	Trauma pierna	1	0	1	0	0	2,04
S913	Herida de pie izq.	1	0	0	0	1	2,04
T21	Quemadura	3	1	1	1	0	6,12
K80	Colelitiasis	6	0	1	4	1	12,24
S903	Hematoma pie izq.,	1	0	1	0	0	2,04
S729	Fractura fémur	1	0	0	0	1	2,04
S519	Herida antebrazo	1	0	1	0	0	2,04
S052	Fractura cúbito	1	0	1	0	0	2,04
S066	Trauma tendones	0	0	0	0	0	0
S014	Trauma raquídeo	0	0	0	0	0	0
S066	TCE Leve	4	1	0	2	1	8,16
S420	Fractura clavícula	1	0	0	1	0	2,04
S689	Imputación falange	0	0	0	0	0	0
S299	Trauma tórax	3	0	0	3	0	6,12
S011	Herida superciliar	0	0	0	0	0	0
S036	Traumatismo Abdominal	6	1	1	4	0	12,24
S027	Trauma facial	2	0	1	1	0	4,08
Total		49	8	16	20	5	100,00

PRINCIPALES PATOLOGÌAS GRUPO ETÀREO



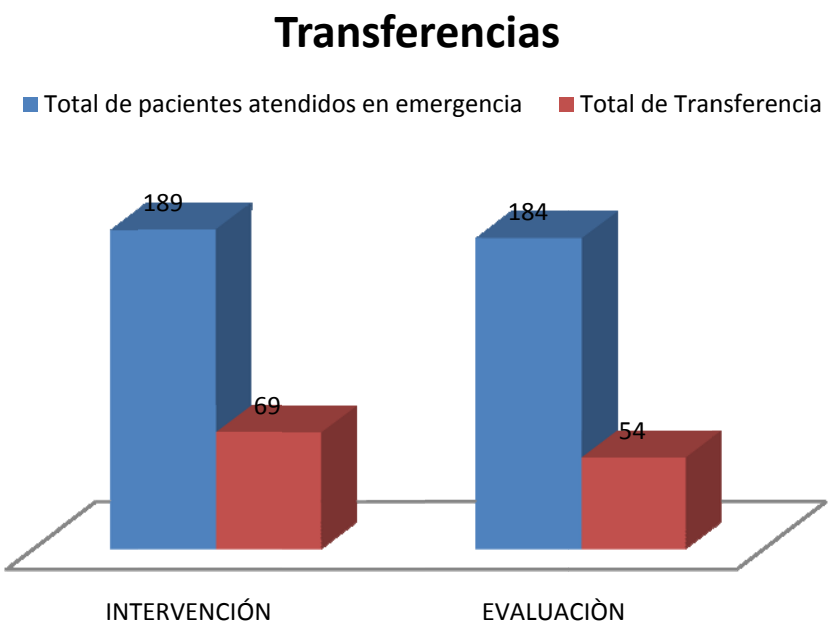
En la tabla 8 las patologías más frecuentes son herida de cabeza con 20,41%, colelitiasis y trauma abdominal con el 12.24%, TCE leve con el 8.16% y trauma de tórax, quemaduras con el 6.12%.Se observa mayor incidencia de casos en los grupos etarios de 15 a 49 años y 49 a 64 años.

Tabla 9. Cuadro comparativo de las **transferencias** realizadas desde el Centro Materno Infantil de Zapotillo durante el período de intervención año 2007 y el período de evaluación Junio 2008 a Junio 2009

	INTERVENCIÓN 2007		**EVALUACIÓN Junio 08/Junio09**	
Total de pacientes atendidos en emergencia	189	**100%**	184	**100%**
Total de Transferencia	69	**36.50%**	54	**29.34%**

Fuente: Archivos de emergencia del Centro Materno Infantil de Zapotillo
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

Gráfico 9



En la tabla 9 se observa que el número total de pacientes atendidos en el área de emergencia durante el periodo de intervención es de 189 pacientes de los cuales 69 (36.50%) fueron transferidos, mientras que en el periodo de evaluación se atendieron184 pacientes de los cuales 54 (29.34%) se transfirieron.

Tabla 10. Cuadro General de Transferencias

	INTERVENCIÓN 2007		EVALUACIÓN Junio08/Junio 09	
TRANSFERENCIA	**Total**	**%**	**Total**	**%**
Clínicas	32	46.38	22	40.74
Quirúrgicas	26	37.68	20	37,04
Obstétricas	6	8.70	5	9.26
Pediátricas	5	7.25	7	12.96
Total de Transferencias	**69**	**100%**	**54**	**100%**

Fuente: Archivos de emergencia del Centro Materno Infantil de Zapotillo
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

Gráfico 10

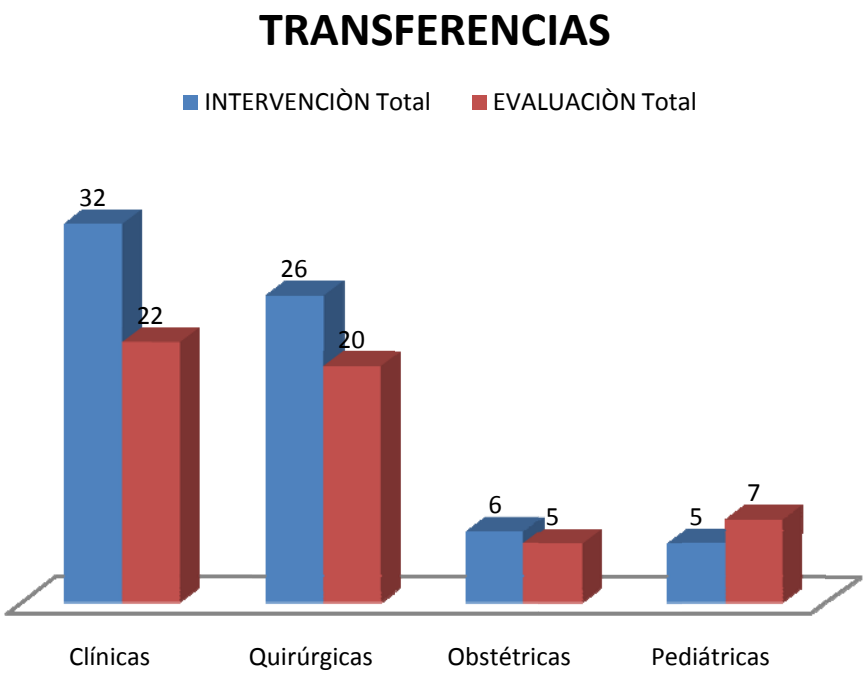


Tabla 10 en el servicio de emergencia del Centro Materno Infantil de Zapotillo, se han atendido durante el periodo de intervención a 189 pacientes de los cuales 69 (36,50%) han sido transferidos al hospital de Macará y Alamor. Las transferencias Clínicas y Quirúrgicas representan el mayor número 32 y 26 pacientes (46.38%y 37.68%%) respectivamente y de las transferencias quirúrgicas el Trauma en general es el motivo más frecuente de transferencias.

Durante el periodo de evaluación se atendieron 184 pacientes de los cuales 54(29.34%) fueron transferidos correspondiendo el 40.74% a pacientes de clínica y el 37.04% pacientes con patología quirúrgica.

PERIODO DE INTERVENCIÓN 2007

A. ENCUESTA DEL CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DEL CENTRO MATERNO INFANTIL DE ZAPOTILLO

El hospital cuenta con: 4 médicos, 3 enfermeras, 1 odontóloga, 1 Obstetra, 2 auxiliares, 1 chofer.

.Al valorar el conocimiento del personal del Centro Materno Infantil de Zapotillo se aplicó la encuesta en lo concerniente a mecanismos de bioseguridad obteniéndose los siguientes resultados

TABLA 11:

1. AL REALIZAR EL ABORDAJE FÌSICO DE UN PACIENTE , USTED SE LAVA LAS MANOS :

PERSONAL	NRO	Antes	%	Después	%	Ambas	%	Nunca
Médico	4	0	0	4	36.36	0	0	0
Enfermera	3	0	0	3	27.27	0	0	0
Odontóloga	1	0	0	1	9.09	0	0	0
Auxiliar	2	0	0	2	18.18	0	0	0
Obstetra	1	0	0	1	9.09	0		0
TOTAL	11	0	0	11	99.99	0	0	0

Fuente: Archivos de emergencia del Centro Materno Infantil de Zapotillo
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

El 99,99% del personal que labora en el Centro Materno Infantil de Zapotillo se lava las manos después de realizar la atención de los pacientes. Incumpliendo las normas de asepsia.

TABLA 12

2. USO DE MATERIAL DE PROTECCIÒN / CONTACTO CON SECRECIONES CORPORALES

PERSONAL	NRO	Guantes	%	Mascarilla	%	Bata	%	Todo	%
Médico	4	4	36.36	2	18.18	4	36.36	2	18.18
Enfermera	3	3	27.27	0	0	0	0	0	0
Odontóloga	1	1	9.09	1	9.09	1	9.09	1	9.09
Auxiliar	2	2	18.18	2	18.18	0	0	0	0
Obstetra	1	1	9.09	1	9.09	1	9.09	1	9.09
TOTAL	**11**	**11**	**99.99**	**6**	**54.54**	**6**	**54.54**	**4**	**36.36**

Fuente: Archivos de emergencia del Centro Materno Infantil de Zapotillo
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

El 99.99% del personal que labora en el centro Materno infantil de Zapotillo utiliza guantes, el 54.54% utiliza mascarilla y mandil. Solo el 36.36% del personal cumple con todas las normas recomendadas para el manejo de secreciones

TABLA 13

3. MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS CONTAMINADOS Y NO CONTAMINADOS

PERSONAL	NRO	Quema	Clasifica	%	No Clasifica	Entierra	Ninguno
Médico	4	0	4	36.36	0	0	0
Enfermera	3	0	3	27.27	0	0	0
Odontóloga	1	0	1	9.09	0	0	0
Auxiliar	2	0	2	18.18	0	0	0
Obstetra	1	0	1	9.09	0	0	0
TOTAL	**11**	**0**	**11**	**99.99**	**0**	**0**	**0**

Fuente: Archivos de emergencia del Centro Materno Infantil de Zapotillo
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

Todo el personal 99.99% realiza en forma adecuada el manejo de los desechos hospitalarios

TABLA 14

4. MANEJO DE MATERIAL CORTO-PUNZANTE

PERSONAL	NRO	Elimina basura común	%	Esteriliza	Coloca recipiente adecuado	%	Ninguno	%
Médico	4	0	0	0	4	36.36	0	0
Enfermera	3	0	0	0	3	27.27	0	0
Odontóloga	1	0	0	0	1	9.09	0	0
Auxiliar	2	0	0	0	2	18.18	0	0
Obstetra	1	0	0	0	1	9.09	0	0
TOTAL	**11**	**0**	**0**	**0**	**11**	**99.99**	**0**	**0**

Fuente: Archivos de emergencia del Centro Materno Infantil de Zapotillo
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

Todo el personal 99.99% del Centro Materno Infantil de Zapotillo Maneja adecuadamente el material corto punzante

TABLA 15

5. ACTITUD ANTE UN ACCIDENTE LABORAL POR OBJETO CORTO PUNZANTE

PERSONAL	NRO	Lava y desinfecta herida	%	Comunica accidente	%	Ambas	%	Ninguno
Médico	4	4	36.36	0	0	0	0	0
Enfermera	3	3	27.27	0	0	0	0	0
Odontóloga	1	1	9.09	0	0	0	0	0
Auxiliar	2	2	18.18	0	0	0	0	0
Obstetra	1	1	9.09	0	0	0	0	0
TOTAL	**11**	**11**	**99.99**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

Fuente: Archivos de emergencia del Centro Materno Infantil de Zapotillo

El 99.99% del equipo de salud lava y desinfecta la herida causada por un objeto corto punzante y ninguno de ellos informa el accidente ocurrido al comité de infecciones para que tomen una actitud adecuada

TABLA 16

6. MANEJO DEL TRAUMA

PERSONAL	NRO	Glasgow	%	APACHE	ABCDE	%
Médico	4	1	14.28	0	4	57.14
Enfermera	3	1	14.28	0	2	28.56
TOTAL	**7**	**2**	**28.56**	**0**	**6**	**85.70**

Fuente: Archivos de emergencia del Centro Materno Infantil de Zapotillo
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

El 28.56% de médicos y enfermes utilizan la escala del Glasgow, mientras que el 85.70% de ellos utilizan el ABCDE como manejo en la valoración inicial de trauma

TABLA 17

7. ATENCIÒN DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

PERSONAL	NRO	Comunica Superior	%	Atención Primaria	%	Otros	%
Médico	4	1	11.11	4	44.44	0	0
Enfermera	3	3	33.33	0	0	0	0
Auxiliar	2	2	22.22	0	0	0	0
TOTAL	**9**	**6**	**66.66**	**4**	**44.44**	**0**	**0**

Fuente: Archivos de emergencia del Centro Materno Infantil de Zapotillo
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

El 100% de los médicos realizan la atención primaria en trauma. El 100% de enfermeras y auxiliares comunican al médico de turno para la atención del paciente politraumatizado.

TABLA 18

8. MANEJO DEL ABDOMEN AGUDO

PERSONAL	NRO	Avisa a su Superior	%	Hidrata y Manejo Clínico	Hidrata y Coloca SNG	%	Estabiliza y Decide	%
Médico	4	0	0	0	2	22.22	4	44.44
Enfermera	3	3	33.33	0	0	0	0	0
Auxiliar	2	2	22.22	0	0	0	0	0
TOTAL	**9**	**5**	**55.55**	**0**	**2**	**22.22**	**4**	**44.44**

Fuente: Archivos de emergencia del Centro Materno Infantil de Zapotillo
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

El 100% de los médicos estabiliza y decide su tratamiento definitivo. El 100% del personal de enfermeras y auxiliares avisan al médico para su valoración adecuada

TABLA 19

9. MANEJO DE HERNIA ENCARCERADA

PERSONAL	NRO	Reduce Hernia	%	Observación y Decide	Transfiere	%
Médico	4	2	22.22	0	2	22.22
Enfermera	3	0	0	0	3	33.33
Auxiliar	2	0	0	0	2	22.22
TOTAL	**9**	**2**	**22.22**	**0**	**7**	**77.77**

Fuente: Archivos de emergencia del Centro Materno Infantil de Zapotillo
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

El 50% de personal médico reduce una hernia encarcelada, mientras que el resto decide transferir al paciente. El 100% de enfermeras y auxiliares transfieren al paciente

TABLA 20

10. MANEJO DE ABSCESO PERINEAL

PERSONAL	NRO	Drena	%	Antibiót.	%	Ambos	%	Transfi.	%
Médico	4	1	11.11	4	44.44	1	11.11	3	33.33
Enfermera	3	0	0	0	0	0	0	3	33.33
Auxiliar	2	0	0	0	0	0	0	2	22.22
TOTAL	**9**	**0**	**11.11**	**4**	**44.44**	**1**	**11.11**	**8**	**88.88**

Fuente: Archivos de emergencia del Centro Materno Infantil de Zapotillo
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

El 11.11% del personal drena un absceso perineal el 44.44% administra antibióticos, solo el 11,115 drena y da antibióticos. La mayoría el 88.88% transfieren al paciente

TABLA 21

11. ACTUALIZACIÒN MÈDICA

PERSONAL	NRO	SI	%	N0	%
Médico	4	4	36.36	0	0
Enfermera	3	3	27.27	0	0
Odontóloga	1	1	9.09	0	0
Auxiliar	2	0	0	2	18.18
Obstetra	1	1	9.09	0	0
TOTAL	**11**	**9**	**81.81**	**2**	**18.18**

Fuente: Archivos de emergencia del Centro Materno Infantil de Zapotillo
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

El 81.81% del personal manifiestan tener actualización permanente en congresos financiados por ellos mismos. El 18.18% no recibe capacitación medica

TABLA 22

12. DISCUSIÒN DE CASOS CLÌNICOS

PERSONAL	NRO	SI	%	NO	%
Médico	4	0	0	4	100
TOTAL	**4**	**0**	**0**	**4**	**100**

Fuente: Archivos de emergencia del Centro Materno Infantil de Zapotillo
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

En el Centro Materno infantil de Zapotillo el 100% de los médicos no realizan la presentación y análisis de los casos clínicos presentados.

PERIODO DE INTERVENCIÓN 2007

B. RESULTADOS DE EVALUACIÒN TALLER PRÀCTICO DEL CENTRO MATERNO INFANTIL DE ZAPOTILLO

TABLA 23

EVALUACIÒN DE CONOCIMIENTOS PRÁCTICOS

PERSONAL	NRO	Manejo Vía Respiratoria		Atención Inicial en Trauma		Técnicas de Sutura		Masaje Cardiaco	
		Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto
Médico	4	0	4	0	4	0	4	0	4
Enfermera	3	0	3	0	3	0	3	0	3
Auxiliar	2	0	2	0	2	0	2	0	2
TOTAL	9	0	9	0	9	0	9	0	9

Fuente: Encuestas aplicadas al personal
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

En cuanto a la evaluación práctica el 100% del personal médico y de enfermería no realizaron correctamente las técnicas de manejo de vía respiratoria, atención inicial en trauma, técnicas de sutura y masaje cardiaco

PERIODO DE INTERVENCION 2007

ENCUESTA A LOS USUARIOS QUE ACUDEN AL CENTRO MATERNO INFANTIL DE ZAPOTILLO.

Se realizó la presente encuesta, a veinte actores externos y representativos de la zona, con el fin de establecer si el Centro Materno Infantil de Zapotillo, realiza 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.

Tabla 24

1. Al ser Ud. (s) atendido en el Centro Materno Infantil de Zapotillo, ¿siente que los profesionales brindan todo de sí para ayudarle?

OPCIÓN	FRECUENCIA	%
SI	10	50%
NO	10	50%
TOTAL	20	100%

Tabla 25

2. A su criterio ¿los profesionales que le prestan atención a sus dolencias o a las de sus familiares en el Centro Materno Infantil de Zapotillo, tienen los conocimientos suficientes para ayudarlo?

OPCIÓN	FRECUENCIA	%
SI	12	60%
NO	8	40%
TOTAL	20	100%

Porque……..

Tabla 26

3. Considera Ud. Que las políticas de salud del Centro Materno Infantil de Zapotillo son adecuadas para ayudar al tratamiento de las emergencias?

OPCIÓN	FRECUENCIA	%
SI	5	25%
NO	15	75%
TOTAL	20	100%

Tabla 27

4. Cuando Ud. acude al Centro Materno Infantil de Zapotillo para ser ayudado en una emergencia, ¿el tiempo que pasa hasta que sea atendido es?

OPCIÓN	FRECUENCIA	%
MÍNIMO (≤ 5 MIN)	1	5%
MEDIANO (5-15 MIN)	9	45%
MÁXIMO (≥15 MIN)	10	50%
TOTAL	20	100%

Tabla 28

5. ¿Se siente conforme con el tipo de atención que se brinda en el Centro Materno Infantil de Zapotillo?

OPCIÓN	FRECUENCIA	%
SI	10	50%
NO	10	50%
TOTAL	20	100%

PERIODO DE INTERVENCION 2007

INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DEL CENTRO MATERNO INFANTIL ZAPOTILLO

Tabla 29. Departamentos de servicio al paciente que presenta este hospital, así como su área de construcción y vías de

HOSPITAL	Odontología	Quirófano	Emergencia	recuperación	Hospitalización	Radiología		Eco		Laboratorio		ECG		A. Construcción	V. acceso	Ubicación
							Nº	Nº	Función	Función	Nº	Nº	Función			
1		0	1	1	0	0	0	1	Bueno	Exámenes Básicos	1	0	0		Calle de primer orden	Entrada Ciudad.

acceso

Observación El Centro Materno Infantil de Zapotillo, cuenta con una Infraestructura física adecuada, existen los departamentos de Odontología, Emergencia, Sala de Recuperación, Ecografía y Laboratorio. Pero no cuenta con Quirófano, Sala de Rayos “x” y sala de Hospitalización. La Sala de Emergencia es muy pequeña, se han improvisado 3 cubículos los mismos que no están distribuidos por especialidades.

TABLA 30: SERVICIOS BÁSICOS DE INFRAESTRUCTURA SANITARIA.

		AGUA								ELECTRICIDAD	
HOSPITAL	**Nº camas**	**Agua Potable**	**Agua Entubada**		**Otros**	**Alcantarillado**				**Red**	**Planta**
	6	No	Si.		NO	Si				Si	Si con conexiones directas.

Entre los servicios básicos, el Centro Materno Infantil Zapotillo, posee agua entubada, cuenta con alcantarillado. La electricidad es llevada de una red nacional. Cuenta con 6 camas, las mismas que se encuentran en la Sala de Recuperación.

TABLA 31: 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	
	X		NO		NO	Si	Si	NO	Si	2 veces semanales		Incineración.

Observación: Si se realiza la clasificación de basura en forma adecuada, los desechos contaminados y no contaminados infecciosos y corto-punzantes. Se elimina 2 veces por semana a través del Municipio del Cantón Zapotillo.

TABLA 32: QUIRÒFANOS DEL CENTRO MATERNO INFANTIL ZAPOTILLO 2007

QUIROFANO																																				INSTRUMENTAL					
HOSPITAL	#	Dimensiones	Maquina anestesia			Recuperación		Electro cauterio		Monitor		Tanques de Oxígeno		Desfibrilador		Succión		Laringoscopios				Mesa	lámpara cielítca		Esterilizador		Balanza		Fluoroscopio		Tensiómetro		Estetoscopio		Cirugía mayor		Cirugía menor		Suministros	
			Funciona	Nº	Función	Nº	Funciona	Nº	Funciona	Nº	Funciona	Nº	Funciona	Nº	Funciona	Nº	Funciona	Nº	Pediátrico	Adulto	Funciona	Función a	Nº	Funciona	Nº	Funciona	Nº	Funciona	Nº	Funciona	Nº	Funciona	Nº	Funciona	Nº	Funciona	Nº		Si	No

El Centro Materno Infantil no cuenta con quirófanos, solo posee una sala de partos con un promedio atención de 6 a 10 partos por mes los partos .En caso de ameritar alguna intervención quirúrgica son transferidos a Macará y Alamor.

TABLA 33: PERSONAL DEL CENTRO MATERNO INFANTIL ZAPOTILLO AÑO 2007.

	CIRUGÍA GENERAL	GO	TRAUMATOLOGÍA		MEDICINA INTERNA	MEDICINA GENERAL	OTROS	RESIDENTES	ENFERMERAS	Aux.	técnicos	laboratoristas	Choferes	Trabajo Social	Administración	Mantenimiento
	0	0	0		0	4	1	2	3	1	1	1	1	1	3	1

No existe la presencia de especialistas de las diferentes áreas. Cuenta con 1 Obstetra, 4 Médicos Generales, 2 Residentes, 3 Enfermeras, 1 Odontólogo, 2 Auxiliares y el Personal administrativo.

TABLA 34: TRANSPORTE DE PACIENTES DEL CENTRO MATERNO INFANTIL ZAPOTILLO AÑO 2007

HOSPITAL	Nº Ambulancias		Equipo asistencia primaria			Supervisión Mecánica			Supervisión Insumos, Fármacos, Oxígeno, Material Curación			Radio Trans-misión		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	Enfermera	Aux.	Ninguna	Institución	Paciente	Valor	Particulares	Público
	2	SI	SI	NO	NO	SI		CADA 5000 Km.	SI			SI		SI	SI	SI				40 USD	SI	

Existen 2 ambulancias, en buenas condiciones, el equipo de asistencia (paramédico) es primario. En caso en transferencia de pacientes graves le acompaña un Médico Residente, llevando consigo la hoja de transferencia.

TABLA 35: SISTEMA DE REFERENCIA – CONTRARREFERENCIA

LUGAR DE TRANSFERENCIA			MOTIVO DE TRANSFERENCIA				HOJAS			
Hospital Nombre	Particular Nombre	Distancia	Falta especialista		Falta suministros o equipos		Transferencia		Contrareferencia	
			Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
ALAMOR		1 HORA	X		X		X			X
MACARA		45 MIN.	X		X		X			X

Se trasfiere los pacientes a los Hospitales de Alamor y Macará respectivamente, se envía la hoja de transferencia, pero no se cumple la contrarreferencia. La falta de especialistas, suministros y área quirúrgica son motivos para su traslado.

TABLA 36: CAPACITACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO AÑO 2007.

Capacitación			
Hospital	**ATLS**	**BTLS**	**NO**
Centro Materno Infantil Zapotillo			x

No se realiza la capacitación en cuidados básicos del paciente politraumatizado, ni al personal médico ni paramédico.

TABLA 37: CONVENIOS INTERISTITUCIONALES CON EL CENTRO MATERNO INFANTIL ZAPOTILLO AÑO 2007

CONVENIOS INTERINSTITUCIONALES				
Hospital	Tipo convenio	ONG's	Gobierno	Privado
NO	NO	COOPERACIÒN ESPAÑOLA COOPERACIÒN ITALIANA	SI	NO

.El Centro Materno Infantil Zapotillo tiene apoyo de la Cooperación Italiana y Española, además del apoyo directo del Ministerio de Salud Pública.

TABLA 38: PROTOCOLOS/GUIAS UTILIZADAS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL ZAPOTILLO AÑO 2007.

HOSPITAL	NORMAS DE MANEJO	PROTOCOLOS O GUÍAS	FECHA ELABORACIÓN	FECHA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN	FRECUENCIA ACTUALIZACIÓN
Centro Materno Infantil Zapotillo	AIEPI	No	No	No	No

No se utilizan protocolos/guías de atención en emergencias quirúrgicas. Solamente las establecidas por el MSP en atención integral de enfermedades para la infancia

PERIODO DE INTERVENCION 2007

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: CENTRO MATERNO INFANTIL DE ZAPOTILLO**

País: ECUADOR

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

Primer nivel de atención/ hospital provincial/hospital rural ☐

Centro de salud ☒ X

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

Doctores (4) Enfermeras (3) Auxiliares (2) Obstetra (1)

Odontólogo (1) Técnicos (1) Chofer (1)

4. **Recurso físico.**

a. Infraestructura.	**Si**	**no**
¿Hay un cuarto designado para área de emergencia? ……	X	
¿Hay agua corriente? ……..	X	

Interrumpida ( ), Ininterrumpida (X)

¿Hay energía eléctrica? Interrumpido ( ) Ininterrumpido (X)

b. Equipamiento. **Si** **no**

¿Hay una lista de cuidados específicos de emergencia? …….. X

¿Está lo siguiente disponible?

Cilindro de oxigeno ininterrumpido ( ) / interrumpido (X)

Concentrador de oxigeno ininterrumpido / interrumpido (X)

Equipos para administración de oxigeno: tubos (X) mascarillas ( )

Equipo esencial de emergencia EE	**Si en algunos equipos**	**Si en todos los equipos**	**No**
▪ Los equipos EE están funcionando normalmente?	X☐	☐	☐
▪ Hay acceso a reparación inmediata si falla?	☐	☐	☐X
▪ Hay acceso para reparar sobre la marcha del cuidado de la salud?	X☐	☐	☐
▪ Hay acceso a reparación fuera de servicio en cuidado de la salud?	X ☐	☐	☐
▪ Si que tan lejos (en km): 1-25 / 26-50 / 51-200 / >200 (X)			
▪ Hay un acuerdo para el mantenimiento con el proveedor del equipo?	☐	☐	☐X
▪ Se provee al personal del área de emergencia educación para el funcionamiento de los equipos?	X☐	☐	☐
▪ Hay información disponible de repuestos para la reparación del equipo?	☐	☐	☐X

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?	☐X	☐	☐
▪ Son los protocolos de emergencia apropiadamente usados en procedimientos esenciales y disponibles?	☐X	☐	☐

▪ 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 subraye?

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 ?	☐	☐X
▪ Se ha introducido nuevos procedimientos o intervenciones? ▪ Si la respuesta es afirmativa cuales especifique el tipo de intervención? _____	☐	☐X
▪ Tiene referencias u otras destreza en el conocimiento de procedimientos o intervenciones? ▪	☐	☐X
▪ Se dan mantenimiento en los archivo?	☐	☐X

6. **Política.**

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

PERIODO DE EVALUACIÓN Y MONITOREO JUNIO 2008 A JUNIO 2009

ENCUESTA DEL CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DEL CENTRO MATERNO INFANTIL DE ZAPOTILLO

Actualmente el Centro Materno Infantil cuenta con: 2 Médicos Especialistas (Medicina Interna y Medicina Familiar), 2 Médicos generales, 2 Obstetrices, 6 Enfermeras, 1 Auxiliares 2 Odontólogos y 2 Choferes.

TABLA 39

1. Al realizar el abordaje físico de un paciente (atención) usted se lava las manos:

PERSONAL	NRO	Antes	%	Después	%	Ambas	%	Nunca
Médico	4	4	26.66	4	26.66	4	26.66	0
Enfermera	6	6	40	6	40	6	40	0
Odontóloga	2	2	13.33	2	13.33	2	13.33	0
Auxiliar	1	1	6.66	1	6.66	1	6.66	0
Obstetra	2	2	13.33	2	13.33	2	13.33	0
TOTAL	15	15	99.98	15	99.98	15	99.98	0

Fuente **Fuente:** Encuestas aplicadas al personal
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

El 99.98% del personal del equipo de salud realiza el lavado de manos antes y después de realizar cualquier procedimiento.

TABLA 40

2. Al contacto con cualquier secreción corporal usted. Utiliza:

PERSONAL	NRO	Guantes	%	Mascarilla	%	Bata	%	Todo	%
Médico	4	4	26.66	4	26.66	4	26.66	4	26.66
Enfermera	6	6	40	6	40	6	40	6	40
Odontóloga	2	2	13.33	2	13.33	2	13.33	2	13.33
Auxiliar	1	1	6.66	1	6.66	1	6.66	1	6.66
Obstetra	2	2	13.33	2	13.33	2	13.33	2	13.33
TOTAL	**15**	**15**	**99.98**	**15**	**99.98**	**15**	**99.98**	**15**	**99.98**

Fuente **Fuente:** Encuestas aplicadas al personal
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

El 99.98% del personal de salud del Centro Materno Infantil de Zapotillo cumple con las normas recomendadas para el manejo de secreciones lo que disminuye el riesgo de adquirir enfermedades.

TABLA 41

3. Cómo maneja los desechos hospitalarios.

PERSONAL	NRO	Quema	%	Clasifica	%	No Clasifica	Entiera	Ninguno	%
Médico	4	0	0	4	26.66	0	0	0	0
Enfermera	6	0	0	6	40	0	0	0	0
Odontóloga	2	0	0	2	13.33	0	0	0	0
Auxiliar	1	0	0	1	6.66	0	0	0	0
Obstetra	2	0	0	2	13.33	0	0	0	0
TOTAL	**15**	**0**	**0**	**15**	**99.98**	**0**	**0**	**0**	**0**

Fuente: Encuestas aplicadas al personal
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

Todo el personal de salud 99.98% clasifica en forma adecuada los desechos hospitalarios.

TABLA 42

4. Cómo maneja el material cortopunzante.

PERSONAL	NRO	Elimina basura común	%	Esteriliza	Coloca recipiente adecuado	%	Ninguno	%
Médico	4	0	0	0	4	26.66	0	0
Enfermera	6	0	0	0	6	40	0	0
Odontóloga	2	0	0	0	2	13.33	0	0
Auxiliar	1	0	0	0	1	6.66	0	0
Obstetra	2	0	0	0	2	13.33	0	0
TOTAL	**15**	**0**	**0**	**0**	**15**	**99.98**	**0**	**0**

Fuente: Encuestas aplicadas al personal
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

El 99.98% del personal de salud, coloca en un recipiente adecuado los materiales cortopuzantes.

TABLA 43

5 Qué hace en un accidente laboral (pinchazo).

PERSONAL	NRO	Lava y desinfecta herida	%	Comunica accidente	%	Ambas	%	Ninguno
Médico	4	4	26.66	4	26.66	4	26.66	0
Enfermera	6	6	40	6	40	6	40	0
Odontóloga	2	2	13.33	2	13.33	2	13.33	0
Auxiliar	1	1	6.66	1	6.66	1	6.66	0
Obstetra	2	2	13.33	2	13.33	2	13.33	0
TOTAL	**15**	**15**	**99.98**	**15**	**99.98**	**15**	**99.98**	**0**

Fuente: Encuestas aplicadas al personal
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

El 99.98% del equipo de salud del Centro Materno Infantil de Zapotillo, ante un accidente laboral, procede a lavar y desinfectar la herida, además comunica al comité de infecciones para su control y manejo adecuado.

TABLA 44

6. Qué aplica en el manejo del trauma.

PERSONAL	NRO	Glasgow	APACHE	ABCDE	%
Médico	4	0	0	4	40
Enfermera	6	0	0	6	60
TOTAL	**10**	**0**	**0**	**10**	**100**

Fuente: Encuestas aplicadas al personal
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

El 100% de los médicos y enfermeras aplican el ABCDE como norma establecida para el manejo inicial del trauma.

TABLA 45

7. Que hace ante un trauma de tórax y abdomen.

PERSONAL	NRO	Comunica Superior	%	Atención Primaria	%	Otros	%
Médico	4	0	0	4	36.36	0	0
Enfermera	6	6	54.54	0	0	0	0
Auxiliar	1	1	9.09	0	0	0	0
TOTAL	**11**	**7**	**63.63**	**4**	**36.36**	**0**	**0**

Fuente: Encuestas aplicadas al personal
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

El 100% de los médicos realizan la atención primaria ante un trauma de tórax y abdomen, mientras que el 100% de enfermeras y auxiliares comunican al médico para su manejo.

TABLA 46

8. Qué hace ante la sospecha de cuadro abdominal obstructivo

PERSONAL	NRO	Avisa a su Superior	%	Hidrata y Manejo Clínico	Hidrata y Coloca SNG	%	Transfiere	Estabiliza y Decide	%
Médico	4	0	0	0	4	36.36	0	4	36.36
Enfermera	6	6	54.54	0	0	0	0	0	0
Auxiliar	1	1	9.09	0	0	0	0	0	0
TOTAL	**11**	**7**	**63.63**	**0**	**4**	**36.36**	**0**	**4**	**36.36**

Fuente: Encuestas aplicadas al personal
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

El 100% de los médicos ante la sospecha de un cuadro abdominal obstructivo, estabilizan y deciden su tratamiento definitivo .El 100% de enfermeras y auxiliares comunican al médico para su manejo.

TABLA 47

9. Qué hace ante un cuadro de hernia inguinal encarcelada

PERSONAL	NRO	Reduce Hernia	Observación y Decide	Transfiere	%
Médico	4	0	0	4	36.36
Enfermera	6	0	0	6	54.54
Auxiliar	1	0	0	1	9.09
TOTAL	**11**	**0**	**0**	**11**	**99.99**

Fuente: Encuestas aplicadas al personal

Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

El 99.99% del personal del equipo de salud del Centro Materno Infantil de Zapotillo transfieren los casos de pacientes con hernia encarcelada

TABLA 48

10. Qué hace ante un absceso perineal.

PERSONAL	NRO	Drena	%	Antibiót.	%	Ambos	%	Transfi.	%
Médico	4	4	36.36	4	36.36	4	36.36	0	0
Enfermera	6	0	0	0	0	0	0	6	54.54
Auxiliar	1	0	0	0	0	0	0	1	9.09
TOTAL	**11**	**4**	**36.36**	**4**	**36.36**	**4**	**36.36**	**7**	**63.63**

Fuente: Encuestas aplicadas al personal
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

El 100% de los médicos drena y administra antibióticos ante un absceso perineal. El 100% de enfermeras y auxiliares transfieren.

TABLA 49

11. Actualización Médica.

PERSONAL	NRO	SI	%	N0	%
Médico	4	4	26.66	0	0
Enfermera	6	4	40	0	0
Odontóloga	2	2	13.33	0	0
Auxiliar	1	2	6.66	0	0
Obstetra	2	2	13.33	0	0
TOTAL	**15**	**15**	**99.98**	**0**	**0**

Fuente: Encuestas aplicadas al personal
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

El 100 % del personal del Centro Materno Infantil de Zapotillo se actualiza permanentemente por sus propios medios en congresos y seminarios médicos.

TABLA 50

12. Discusión de Casos Clínicos

PERSONAL	NRO	SI	%	NO	%
Médico	4	4	100	0	0
TOTAL	**4**	**4**	**100**	**0**	**0**

Fuente: Encuestas aplicadas al personal
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

El 100% de los médicos comparten sus dudas diagnósticas con el personal de Centro Materno Infantil para un tratamiento definitivo.

PERIODO DE MONITOREO Y EVALUACION 2008

C. RESULTADOS DE EVALUACIÒN TALLER PRÀCTICO DEL CENTRO MATERNO INFANTIL DE ZAPOTILLO

TABLA 51

EVALUACIÒN DE CONOCIMIENTOS PRÁCTICOS

PERSONAL	NRO	Manejo Vía Respiratoria		Atención Inicial en Trauma		Técnicas de Sutura		Masaje Cardiaco	
		Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto
Médico	4	4	0	4	0	4	0	4	0
Enfermera	6	6	0	6	0	6	0	6	0
Auxiliar	1	1	0	1	0	1	0	1	0
TOTAL	11	11	0	11	0	11	0	11	0

Fuente: Encuestas aplicadas al personal
Elaboración: Dra. Claudia Jaramillo, Dr. Edwin Jaramillo G.

El 100% de equipo de Salud del Centro Materno Infantil de Zapotillo realizó correctamente las maniobras de manejo de vía respiratoria, atención inicial en trauma, técnicas de sutura y masaje cardiaco.

PERIODO DE EVALUACION Y MONITOREO 2008

ENCUESTA A LOS USUARIOS QUE ACUDEN AL CENTRO MATERNO INFANTIL DE ZAPOTILLO.

Se realizó la presente encuesta, a veinte actores externos y representativos de la zona, con el fin de establecer si el Centro Materno Infantil de Zapotillo, realiza 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.

Tabla 52

1. Al ser Ud. (s) atendido en el Centro Materno Infantil de Zapotillo, ¿siente que los profesionales brindan todo de sí para ayudarle?

OPCIÓN	FRECUENCIA	%
SI	20	100%
NO	0	0%
TOTAL	20	100%

Tabla 53

2. A su criterio ¿los profesionales que le prestan atención a sus dolencias o a las de sus familiares en el Centro Materno Infantil de Zapotillo, tienen los conocimientos suficientes para ayudarlo?

OPCIÓN	FRECUENCIA	%
SI	18	90%
NO	2	10%
TOTAL	20	100%

Por qué……

Tabla 54

3. Considera Ud. Que las políticas de salud del Centro Materno Infantil de Zapotillo son adecuadas para ayudar al tratamiento de las emergencias?

OPCIÓN	FRECUENCIA	%
SI	5	25%
NO	15	75%
TOTAL	20	100%

Tabla 55

4. Cuando Ud. acude al Centro Materno Infantil de Zapotillo para ser ayudado en una emergencia, ¿el tiempo que pasa hasta que sea atendido es?

OPCIÓN	FRECUENCIA	%
MÍNIMO (≤ 5 MIN)	2	10%
MEDIANO (5-15 MIN)	12	60%
MÁXIMO (≥15 MIN)	6	30%
TOTAL	20	100%

Tabla 56

5. ¿Se siente conforme con el tipo de atención que se brinda en el Centro Materno Infantil de Zapotillo?

OPCIÓN	FRECUENCIA	%
SI	15	70%
NO	5	30%
TOTAL	20	100%

PERIODO EVALUACION Y MONITOREO 2008

Tabla 57. INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DEL CENTRO MATERNO INFANTIL ZAPOTILLO

HOSPITAL	Odontología	Quirófano	Emergencia	recuperación	Hospitalización	Radiología		Eco		Laboratorio		ECG		Construcción	V. acceso	Ubicación
							Nº	Nº	Función	Función	Nº	Nº	Función			
1		0	1	1	0	0	0	1	Bueno	Exámenes Básicos	1	0	0		Calle de primer orden	Entrada Ciudad.

Observación En el periodo de evaluación y monitoreo el área de emergencia se reorganizo con la implementación de dos cubículos, el área de recuperación cumple con las funciones de hospitalización, con capacidad de camas, el área de odontología se amplió con la finalidad de colocar el nuevo equipo odontológico adquirido

TABLA 58: SERVICIOS BÁSICOS DE INFRAESTRUCTURA SANITARIA.

HOSPITAL	Nº camas	AGUA								ELECTRICIDAD	
		Agua Potable	Agua Entubada		Otros	Alcantarillado				Red	Planta
	6	No	Si.		NO	Si				Si	Si con conexiones directas.

Entre los servicios básicos, el Centro Materno Infantil Zapotillo, posee agua entubada, cuenta con alcantarillado. La electricidad es llevada de una red nacional. Cuenta con 6 camas, las mismas que se encuentran en la Sala de Recuperación.

TABLA 59: 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	
	x		si		si	Si	Si	NO	Si	2 veces semanales		Incineración.

Observación se realiza la clasificación de basura en forma adecuada, se recogen los materiales infecciosos y corto-punzantes evidenciando un mejor manejo de los mismos.

TABLA 60: QUIRÒFANOS DEL CENTRO MATERNO INFANTIL ZAPOTILLO 2008

QUIROFANO																																				INSTRUMENTAL					
HOSPITAL	#	Dimensiones	Maquina anestesia			Recuperación		Electro cauterio		Monitor		Tanques de Oxígeno		Desfibrilador		Succión		Laringoscopios				Mesa	lámpara cielítca		Esterilizador		Balanza		Fluoroscopio		Tensiómetro		Estetoscopio		Cirugía mayor		Cirugía menor		Suministros	
			Funciona	Nº	Función	Nº	Funciona	Nº	Funciona	Nº	Funciona	Nº	Funciona	Nº	Funciona	Nº	Funciona	Nº	Pediátrico	Adulto	Funciona	Función a	Nº	Funciona	Nº	Funciona	Nº	Funciona	Nº	Funciona	Nº	Funciona	Nº	Funciona	Nº	Funciona	Nº		Si	No

En el periodo de evaluación y monitoreo aun no se implementa un departamento de área quirúrgica y obstétrica, no posee el instrumental necesario para el mismo

TABLA 61: PERSONAL DEL CENTRO MATERNO INFANTIL ZAPOTILLO AÑO 2008.

	CIRUGÍA GENERAL	GO	TRAUMATOLOGÍA		MEDICINA INTERNA	MEDICINA GENERAL	OTROS	RESIDENTES	ENFERMERAS	Aux. técnicos	Laboratoristas	Choferes	Trabajo Social	Administración	Mantenimiento
	0		0		1	2	2	2	6	1	1	1	1	1	3	1

En el periodo de evaluación y monitoreo, existe la presencia de1 médico especialista en medicina interna y 1 médico en medicina familiar, además 6 enfermeras, 1 auxiliar de enfermería ,2 odontólogos y 2 obstetras.

TABLA 62: TRANSPORTE DE PACIENTES DEL CENTRO MATERNO INFANTIL ZAPOTILLO AÑO 2008

HOSPITAL	Nº Ambulancias		Equipo asistencia primaria			Supervisión Mecánica			Supervisión Insumos, Fármacos, Oxígeno, Material Curación			Radio Trans-misión		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	Enfermera	Aux.	Ninguna	Institución	Paciente	Valor	Particulares	Público
	2	SI	SI	NO	NO	SI		CADA 5000 Km.	SI			SI		SI	SI	SI				40 USD	SI	

Existen 2 ambulancias, en buenas condiciones, el equipo de asistencia (paramédico) es primario. En caso en transferencia de pacientes graves le acompaña un Médico Residente, llevando consigo la hoja de transferencia.

TABLA 63: SISTEMA DE REFERENCIA – CONTRARREFERENCIA

HOSPITAL	LUGAR DE TRANSFERENCIA			MOTIVO DE TRANSFERENCIA			
	Hospital Nombre	Particular Nombre	Distancia		Falta Especialista	Falta Suministros o Equipos	
	ALAMOR		1 Hora		SI	Si	
	MACARÀ		45 Min.		SI	SI	

En el periodo de monitoreo y evaluación continúa el incumplimiento del sistema referencia contrareferencia de los hospitales de Macara, Alamor e Isidro Ayora

TABLA 64: CAPACITACIÒN DEL PERSONAL MÈDICO AÑO 2008.

Capacitación			
Hospital	**ATLS**	**BTLS**	**NO**
Centro Materno Infantil Zapotillo			X

No se realiza la capacitación en cuidados básicos del paciente politraumatizado, ni al personal médico ni paramédico.

TABLA 65: CONVENIOS INTERISTITUCIONALES CON EL CENTRO MATERNO INFANTIL ZAPOTILLO AÑO 2008

CONVENIOS INTERINSTITUCIONALES				
HOSPITAL	**TIPO CONVENIO**	**ONGS**	**GOBIERNO**	**PRIVADO**
Centro Materno Infantil		Cooperación Italiana Cooperación Española	MSP	NO

.El Centro Materno Infantil Zapotillo tiene apoyo de la Cooperación Italiana y española, además del apoyo directo del Ministerio de Salud Pública.

TABLA 66: PROTOCOLOS/GUIAS UTILIZADAS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL ZAPOTILLO AÑO 2008.

HOSPITAL	NORMAS DE MANEJO	PROTOCOLOS O GUÍAS	FECHA ELABORACIÓN	FECHA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN	FRECUENCIA ACTUALIZACIÓN
Centro Materno Infantil Zapotillo	AIEPI Guías de práctica clínica en emergencias quirúrgicas	si	2007	Junio 2009	Anual

En el Centro Materno Infantil de Zapotillo se están aplicando las Guía de Práctica Clínica en Emergencias Quirúrgicas.

PERIODO DE EVALUACIÒN Y MONITOREO 2008

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: CENTRO MATERNO INFANTIL DE ZAPOTILLO**

País: ECUADOR

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

Primer nivel de atención/ hospital provincial/hospital rural	
Centro de salud	X

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

Doctores: Medicina Familiar 1, Especialista en Medicina Interna 1

Médicos Residentes: 2 Enfermeras (6) Odontólogos (2)

Auxiliares (1) Obstetras (2)

4. **Recurso físico.**

a. Infraestructura.	**Si**	**no**
¿Hay un cuarto designado para área de emergencia? ……	X	
¿Hay agua corriente? ……..	X	

Interrumpida ( ), Ininterrumpida (X)

¿Hay energía eléctrica? Interrumpido ( ) Ininterrumpido (X)

b. Equipamiento. **Si** **no**

¿Hay una lista de cuidados específicos de emergencia? …….. X

¿Está lo siguiente disponible?

Cilindro de oxigeno ininterrumpido ( ) / interrumpido (X)

Concentrador de oxigeno ininterrumpido / interrumpido (X)

Equipos para administración de oxigeno: tubos (X) mascarillas ( )

Equipo esencial de emergencia EE	**Si en algunos equipos**	**Si en todos los equipos**	**No**
▪ Los equipos EE están funcionando normalmente?	X☐	☐	☐
▪ Hay acceso a reparación inmediata si falla?	☐	☐	☐X
▪ Hay acceso para reparar sobre la marcha del cuidado de la salud?	X☐	☐	☐
▪ Hay acceso a reparación fuera de servicio en cuidado de la salud? ▪ Si que tan lejos (en km): 1-25 / 26-50 / 51-200 / >200 (X)	X ☐	☐	☐
▪ Hay un acuerdo para el mantenimiento con el proveedor del equipo?	☐	☐	☐X
▪ Se provee al personal del área de emergencia educación para el funcionamiento de los equipos?	X☐	☐	☐
▪ Hay información disponible de repuestos para la reparación del equipo?	☐	☐	☐X

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?	☐X	☐	☐
▪ Son los protocolos de emergencia apropiadamente usados en procedimientos esenciales y disponibles?	☐X	☐	☐

▪ 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 subraye?

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?	☐	☐X

▪ Se ha introducido nuevos procedimientos o intervenciones? ▪ Si la respuesta es afirmativa cuales especifique el tipo de intervención? _____	☐	☐X
▪ Tiene referencias u otras destreza en el conocimiento de procedimientos o intervenciones? ▪	☐	☐X
▪ Se dan mantenimiento en los archivos?	☐	☐X

6. **Política.**

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

VI. DISCUSIÓN

6 DISCUSIÓN.

En la ciudad provincia de Loja en el año 2004, 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 diez principales patologías atendidas en el Hospital Manuel Ignacio Montero de Loja es importante reconocer que cinco de las principales corresponden al área de cirugía general. En primer y segundo lugar se encuentra la patología biliar (colecistitis y colelitiasis), en tercer y cuarto lugar (Hernia umbilical y Apendicitis) 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 frecuente. 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 2004 con un total 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)..

Para tener una idea de lo que ocurre en el ámbito latino americano se puede señalar que en el hospital universitario UNIVALLE de Cochabamba- Bolivia

las patologías por especialidades identificadas en el servicio de emergencia durante el año 2005 fueron gastroenterología con un 22.7%; cirugía general con 15.3 %; otorrinolaringología con 14.8 %; y el resto de las especialidades con porcentajes de 2.1 %.[15]

Debido a la falta de datos estadísticos 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 el área de emergencia del Centro Materno Infantil de Zapotillo en el año 2007, así como el licenciamiento institucional, la medición de conocimientos del personal que labora en esta casa de salud, además talleres para la adopción y adaptación de las guías práctico-clínicas 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.

Cumpliendo con el objetivo propuesto realizamos un análisis comparativo de los resultados obtenidos en el periodo de intervención con los del periodo de evaluación y monitoreo, para determinar el impacto de la aplicación de las Guías Práctico Clínicas en Emergencias Quirúrgicas en la atención a los pacientes.

---

[15] TORRICO Luis, y cols Identificación de patologías prevalentes en el servicio de emergencias del hospital Universitario univalle gestión 2005

De los resultados expuestos, podemos señalar que se evidencia una disminución en las atenciones por emergencia en el periodo de evaluación y monitoreo en el área de cirugía de 59 pacientes a 49 pacientes mientras que en el resto de especialidades guarda una relación porcentual en ambos períodos. (Tabla 1) Además podemos establecer que de la capacitación inicial se logró mejorar los registros de diagnóstico considerando el CIE – 10 Diagnostico de Enfermedades, logrando con ello disminuir el subregistro.

El género femenino registra mayor demanda de atención en la emergencia en los dos periodos, esto probablemente por ser este un Centro Materno Infantil. (Tabla 2), mientras que en el área de cirugía el mayor porcentaje corresponde al el género masculino (Tabla 3)

En nuestro estudio observamos que la incidencia de patologías quirúrgicas en ambos sexos tanto en el periodo de intervención y evaluación, las lesiones de tejidos blandos son las más frecuentes en la emergencia, mientras que las patologías (colelitiasis, TCE leve, trauma de tórax y traumatismo abdominal) se incrementaron en el período de evaluación (Tabla 6) En el periodo de intervención y evaluación las patologías quirúrgicas por grupos etareos, prevalecen entre las edades de 15 a 49 años y 49 a 64 años (Tabla 7 y 8)

Si analizamos en sentido particular las transferencias para cada especialidad, establecemos que las quirúrgicas y clínicas disminuyeron su frecuencia, mientras que las trasferencias pediátricas sufrieron un ligero incremento en el periodo de evaluación. Cabe señalar que por ser esta una unidad operativa de Nivel I de atención se continuará realizándose transferencias a centros de Mayor Complejidad. (Tabla 10)

En los dos periodos del estudio se realizó encuestas para valorar el conocimiento y actitud del personal, respecto a bioseguridad, clasificación de desechos hospitalarios, manejo de casos quirúrgicos, se investigó también sobre la actualización médica, y la importancia del trabajo en equipo. Se Observó que en el periodo de intervención se cumple parcialmente las normas de bioseguridad de acuerdo a las normas hospitalarias vigentes. (Tabla 11 y 12) Mientras que en el periodo de monitoreo y evaluación el 99.98% del personal utiliza las normas recomendadas (Tabla 39 y 40)

En cuanto a la atención del paciente politraumatizado el personal médico realiza la atención primaria, mientras que el personal de enfermería y auxiliares, comunican al médico de turno para su atención. (Tabla16 y 45) por ser la misma una Unidad Operativa nivel I, realiza principalmente actividades de fomento y protección, en emergencias clínico quirúrgicas a centros de atención secundaria.

En el periodo de intervención el 100% del personal realizo en forma incorrecta las técnicas de manejo de vía respiratoria, atención inicial en trauma, técnicas de sutura y masaje cardiaco (Tabla 23)

Transcurrido un año desde que se realizaron los talleres de capacitación para la adaptación de las Guías de Práctica Clínica en Emergencias Quirúrgicas observamos mejor cumplimiento de normas de bioseguridad por parte del equipo de salud. (Tabla 39 y 40). Mejor manejo de desechos hospitalarios (Tabla 41) y en relación al taller de evaluación el 100 % realizó correctamente las maniobras de atención en trauma. (Tabla 51).

Como resultado de este análisis creemos que la intervención realizada al Centro Materno Infantil con la Aplicación de las Guías Práctico Clínicas en Emergencias Quirúrgicas es positiva, habiendo mejorado la capacidad resolutiva de manera parcial ya que la aplicación de estas guías están destinadas para realizarlas en centros de atención de II y III nivel que cuenten con la infraestructura adecuada para manejo de pacientes quirúrgicos (Tabla 60 y 61)

VII. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES.

1. En los periodos de intervención, como en el de monitoreo - evaluación, se determinó que el principal motivo de consulta en ambos periodos está relacionado al manejo de heridas seguido del trauma en general y patología abdominal.

2. El Centro Materno infantil cumple con algunas normas requeridas para el licenciamiento, exigidos por el MSP, motivo por el cual continuaran las transferencias a hospitales de mayor complejidad.

3. Al final del proceso se evidencio un mejor control de los registros diagnóstico considerando el CIE – 10 (Diagnostico de Enfermedades), logrando con ello datos más veraces y disminuir el sub-registro.

4. Se determinó en el periodo de diagnóstico inicial que utilizando como metodología la encuesta, el nivel de conocimientos y experticias del equipo de salud no es el adecuado y que se cumple parcialmente con las normas de bioseguridad, detectándose diversidad de escuelas y criterios en el proceso de diagnóstico y tratamiento del usuario. Modificándose estos parámetros sustancial y positivamente en el periodo de evaluación.

5. Luego de la aplicación de las Guías Práctico Clínicas en Emergencias Quirúrgicas, mejoró el nivel de conocimientos y destrezas en el manejo

y tratamiento de las emergencias quirúrgicas. En la evaluación y monitoreo se evidenció mayor satisfacción del usuario por los servicios brindados en el Centro Materno Infantil. Las transferencias quirúrgicas disminuyeron, sin embargo no hay un adecuado sistema de referencia y contrareferencias.

VIII. RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

7 RECOMENDACIONES.

1. Que el MSP, monitorice y evalúe periódicamente a cada unidad y en especial al Centro Materno Infantil de Zapotillo, a fin de mantener su licenciamiento actualizado.

2. Que el MSP, capacite y supervise en forma estricta el correcto registro de los diagnósticos en el área de emergencia según el CIE-10, garantizando que se lleve un verdadero perfil epidemiológico y evitando así el subregistro.

3 Que el MSP, capacite al equipo de salud respecto al cumplimiento adecuado de normas de bioseguridad y manejo de desechos hospitalarios en todas las unidades de salud de la provincia

4. Que el MSP establezca como política de salud la aplicación de las Guías práctico clínicas en todos los hospitales de la provincia de Loja para que exista uniformidad de criterios y procedimientos así como la evaluación y actualización permanente a todo el personal que labora en las diferentes áreas de salud

5. Que el MSP, implemente un estricto sistema de redes de referencias contrareferencias, y comunicación adecuada que garanticen una atención integral del paciente hasta su completa recuperación.

6. Que el MSP considere la posibilidad de elevar a Nivel II al Centro Materno Infantil de Zapotillo, en vista de las deficiencias actuales y necesidades evidenciadas en nuestro trabajo

.

PROPUESTAS.

1. Que el MSP garantice la capacitación permanente a los médicos rurales que laboran en las salas de emergencia de las diferentes áreas de salud de la provincia de Loja

2. Realizar evaluaciones periódicas 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 Práctico-Clínicas de manejo de las emergencias quirúrgicas, y a la vez insistir en la aplicación de las guías adoptadas de la OMS, con la finalidad de mejorar la atención en las unidades de salud en beneficio de los usuarios.

3. Que en futuras investigaciones se implemente la elaboración de Guías en otras especialidades considerando nuestra experiencia.

IX. BIBLIOGRAFÍA

8 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. Cataract surgical services, a package for data entry and analysis form population-based rapid assessment (document 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. Categories adapted 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: Wiliams and Wilkins, 1989.
7. Goodman C. Literature Searching and evidence interpretation 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 (Agencia d'Avaluació de Tecnología i Recerca Mediques, AATM)
10. Escala para la clasificación de la evidencia en Guías de Práctica Clínica de la Agencie 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.
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 guía de prácticas clínicas REDEGUIAS- Guías Salud, 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 Áreas de Salud, edición 1994 pp. 12-14.
32. Manual de Organización de las Áreas de Salud, edición 1994, pp. 15-17.
33. Definition EMT-Basic: EMT- Paramedic; BLS and ACLS Support in definitions of ambulant services accessed. Nov. 6, 2005. available at: http://www.medicarenhic.com/whats_new/archive2002/ambdef_1002.htm
34. Standard 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
36. Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos. ATLS. Generalidades del curso: Propósito, Historia y Conceptos del Programa ATLS para Médicos Séptima edición, 2005, pp. 1-9.
37. Zuidema, Vol. III. Cirugía del Aparato Digestivo. pp. 225.

X. ANEXOS

ANEXO1

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 materials 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/TED/CT

ANEXO 2

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

CENTRO MATERNO INFANTIL DE ZAPOTILLO.

Equipos esenciales en la sala de emergencia.

1. **Nombre y dirección del centro de atención:**

   _____

2. **Tipo de asistencia que presta: (marque uno)**

Primer nivel de atención/ hospital provincial/hospital rural / Centro de salud

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

Doctores……..Enfermeras……. Auxiliares…….

Técnicos…….. Otros……..

4. **Recurso físico.**

A. Infraestructura.	**Si**	**No**
¿Hay un cuarto designado para área de emergencia?	-	-
¿Hay agua corriente?	-	-
Interrumpida o ininterrumpida (encierre en un circulo)		
¿Hay energía eléctrica?		
Interrumpido o ininterrumpido (circulo)	-	-
B equipamiento.	**Si**	**No**
¿Hay una lista de cuidados específicos de emergencia?	-	-
¿Está lo siguiente disponible?	-	-

Cilindro de oxigeno ininterrumpido / interrumpido (encierre en círculo)

Concentrador de oxigeno ininterrumpido / interrumpido (encierre en circulo)

Equipos para administración de oxigeno (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 el 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 / 51-200 / >200 (por favor encierre circulo)	☐	☐	☐
▪ ¿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 repuestos 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?	☐	☐	☐
▪ ¿Cuán a menudo es revisada 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 circulo. 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 entrenamiento 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 destreza en el conocimiento de procedimientos o intervenciones?	☐	☐
▪ ¿Se da 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 el área de emergencia?	☐	☐
▪ ¿Hay una política para poder actualizar los protocolos para el manejo de las emergencias de trauma y el cuidado obstétrico adaptado 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?	☐	☐

ANEXO 3

ENCUESTAS FASE DE DIFUSIÓN E IMPLANTACIÓN

CENTRO MATERNO INFANTIL DE ZAPOTILLO

ENCUESTA PARA EL PERSONAL SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS

Favor conteste los numerales que usted considera están relacionados a la función que desempeña en el hospital. Señale con una X su respuesta.

CARGO: Médico tratante……. Médico Residente…….. Médico rural... Enfermera:... Enfermera rural…… Técnico……. Auxiliar……. Chofer…….

1.- Al realizar el abordaje físico de un paciente (atención) UD. Se lava las manos:

Antes de atención…… Después de atención…….. En ambas ocasiones……..

2. Al contacto con cualquier secreción corporal UD. utiliza:

Guantes……Mascarilla…… Bata o mandil…… Ninguno……. Todos……

3. Los desechos hospitalarios contaminados y no contaminados usted:

Los quema….. Elimina igual que la demás basura…….. Los entierra……. Los clasifica….Ninguno…….

4. El material corto-punzante ¿cómo lo maneja UD?

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:

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 qué?……

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…. ¿Cuál?…… ……...

8. Un paciente con abdomen distendido se sospecha de cuadro abdominal obstructivo: ¿qué 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 pérdida de tiempo…… Estabiliza al paciente y luego toma una decisión……

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

10. Ante un absceso en región perineal usted.

Drena…… Administra solo antibióticos……. Transfiere……..

11. Ud. bajo sus propios recursos o con recursos institucionales ¿mantiene una educación médica continua?

Si…. No…..Revistas…..Universidad virtual….Internet….Seminarios…….Congresos…… ¿Cada qué tiempo?……..

12. ¿Discute los casos de los paciente 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……

ANEXO 4

ENCUESTA SE SATISFACIÓN AL USUARIO

Sr. (a) Usuario(a), estamos realizando un trabajo de monitorización y evaluación, con el fin de establecer si el centro Materno Infantil de Zapotillo, realiza los procedimientos de acuerdo a sus necesidades, con el fin de mejorar la calidad de atención en esta casa de salud.

1. Al ser Ud. (s) atendido en el Centro Materno Infantil de Zapotillo, ¿siente que los profesionales brindan todo de sí para ayudarle?

Si……. No……

2. A su criterio los profesionales que le prestan atención en sus dolencias o las de sus familiares en el Centro Materno Infantil de Zapotillo, ¿tienen los conocimientos suficientes para ayudarlo?

Si…… No……

¿Por qué?…….

3. ¿Las políticas de tención que tiene el centro Materno Infantil de Zapotillo son adecuadas para ayudar al tratamiento de las emergencias que se atienden ahí?

Si…… No……

4. Cuando Ud. Acude al Centro Materno Infantil de Zapotillo 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. ¿Se siente conforme con el tipo de atención que se brinda en el Centro Materno Infantil de Zapotillo?

Si…… No…….

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

DIRECCIÒN PROVINCIAL DE SALUD DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA- POSTGRADO CIRUGÌA

ANEXO 5

FECHA:

TALLER DE MANEJO DE VIA RESPIRATORIA

Participante	Cargo	**CORRECTA**	**INCORRECTA**

TALLER DE ATENCIÒN INICIAL EN TRAUMA

Participante	Cargo	**CORRECTA**	**INCORRECTA**

TALLER DE TÈCNICAS DE SUTURA

Participante	Cargo	**CORRECTA**	**INCORRECTA**

TALLER DE RCP (MASAJE CARDIACO)

Participante	Cargo	**CORRECTA**	**INCORRECTA**

PROYECTO 'MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA ZONA FRONTERIZA DE LA PROVINCIA DE LOJA' **ANEXO 6**

AGENDA DEL CURSO DE EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS Y TRAUMA

Dirigido al Personal de Salud de las Área de Zapotillo

DIA/HORA	CONTENIDOS	METODOLOGIA
	LUNES – 18.V.2008	
08h00-08h30	Registro de participantes	Formatos
08h30-09h00	Presentación del curso	Exposición
09h00-9h45	El Dominio Quirúrgico – **Claudia y Edwin**	Exposición
9h45-10h30	El Paciente Quirúrgico – **Edwin y Claudia**	
10h30-10h45	**RECESO**	
10h45-11h30	Técnicas Quirúrgicas - **Nelson**	Exposición
11h30-12h30	Laparotomía y Trauma Abdominal **Sandro**	Exposición
12h30-13h00	Lavado Adecuado de Manos	VIDEO
13h00-14h00	**ALMUERZO**	
15h00 16h00	Procedimientos Quirúrgicos Básicos – **Edwin y Claudia**	Exposición Exposición
16h00-17h00	Patologías Abdominales Agudas **Sandro**	
17h00-17h15	**RECESO**	
17h15-18h00	TALLER PRÀCTICO: Suturas y Nudos	Trabajo Grupal

	MARTES – 19.V.2008	
08h30-9h30	Hernias de la Pared Abdominal **Nelson**	Exposición
9h30-10h30	Control del Trauma Agudo - **Claudia y Edwin**	Exposición
10h30-11h45	Trauma Craneoencefálico y de Tórax - **Sandro**	Exposición
11h45-12h00	**RECESO**	
12h00-13h00	Trauma de Tracto Urinario y Periné - **Sandro**	Exposición
13h00 -14h00	**ALMUERZO**	
15h00-16h45	TALLER PRÀCTICO	Trabajo Grupal
16h45-17h00	**RECESO**	
17h00-18-30	TALLER PRÀCTICO	Trabajo Grupal
	MIERCOLES – 20.V.2008	
08h30-10h30	TALLER PRÀCTICO	Trabajo Grupal
10h30- 12h00	Evaluación y Clausura	Trabajo Grupal