



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE SALUD HUMANA
ESCUELA DE POSGRADO UNIVERSITARIO
ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA**

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

TEMA

**“EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE LA APLICACIÓN DE
LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LA ATENCIÓN DE LAS
EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS EN LOS HOSPITALES CANTONALES
DE ALAMOR, AMALUZA, MACARÁ Y VILCABAMBA”**

COORDINADOR GENERAL DEL POSGRADO

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Nelson Samaniego Idrovo

AUTOR: DR. LUIS A. SALCEDO

Email: luissalcedo1980@hotmail.com

LOJA- ECUADOR

2010 - 2012

Loja, 20 de Julio del 2011.

Dr. Nelson Samaniego Idrovo
COORDINADOR GENERAL DE TESIS.
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que revisado el Informe Final del Trabajo de Tesis previa a la obtención del Título de Especialista en Cirugía General del doctor: Luis Alfredo Salcedo Cuadrado con el tema "EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LA ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS EN LOS HOSPITALES CANTONALES DE ALAMOR, AMALUZA, MACARÁ Y VILCABAMBA", 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
DIRECTOR DE TESIS

AUTORIA

Las descripciones, definiciones, conceptos, teorías, conclusiones, recomendaciones y generalizaciones son de exclusiva responsabilidad de la autoría.

AGRADECIMIENTO

A Dios.

Por ser el dador de todo y quién nos da bendición en todo momento aún sin merecerlo

A mis Padres:

Gracias infinitas a Ustedes por su amor y cariño, por su participación desinteresada en mi formación. Dios les de el doble de lo que Ustedes me dieron a mí.

A mi Esposa:

Por estar siempre a mi lado, por tu paciencia, sacrificio y oraciones. Por tu apoyo incondicional para que pueda cumplir todas las metas que me he planteado.

A mi Hijo:

Por ser parte de mí ser, mi prolongación en esta vida, lo esplendoroso de la verdad así como el curioso despertar de la inteligencia del ser humano y porque fundamentalmente representas la misión más delicada que Dios ha puesto en mis manos. Dios te bendiga

A mis Profesores:

Gracias a todos y cada uno de los maestros que fueron parte de mi formación, aquellos que han sido parte del cuerpo docente del posgrado y a los que en los diferentes hospitales supieron guiarme en el arte de la cirugía.

Personal de Salud de los Hospitales Cantonales de Alamor, Amaluza, Macará y Vilcabamba

Mi reconocimiento por su apoyo y participación desinteresada, ya que gracias a ellos fue factible la realización de esta trabajo.

DEDICATORIA

A *DIOS*, a mis Padres, a mi esposa e hijo.

A mis maestros.

A mis amigos y colegas profesionales.

A los profesionales que laboran en los Hospitales de la provincia de

Loja.

A mis Pacientes

INDICE DE CONTENIDOS

Identificación	1
Certificación	2
Autoría	3
Agradecimiento	4
Dedicatoria	5
Índice	6
I. Resumen	7
II. Introducción	12
III. Revisión de Literatura	16
• Guías de Práctica Clínica	
Generalidades	17
Definición - Características	19
Construcción	21
Fecha de Validez	26
Conclusión	28
• Urgencias y Emergencias	29
• Licenciamiento de las Áreas de Salud	
Tipología de los servicios de salud en el MSP del Ecuador	
Primer Nivel	34
Segundo Nivel	36
Tercer Nivel	37
IV. Materiales y Métodos	39
Metodología: Técnicas e instrumentos	40
Procedimiento	41
V. Resultados	43
VI. Discusión	60
VII. Conclusiones	62
VIII. Recomendaciones	64
IX. Bibliografía	67
X. Anexos	71

I. RESUMEN

RESUMEN

El presente es un estudio prospectivo, analítico e intervencionista, realizado en los Hospitales Cantonales de Alamor, Amaluza, Macará y Vilcabamba que consistió en la Evaluación y Diagnóstico definitivo de la aplicación de las Guías de Práctica Clínica en la atención de las emergencias Quirúrgicas de los hospitales antes mencionados y forma parte del *MACROPROYECTO* implementado en todos los Hospitales Básicos de la Provincia de Loja.

La finalidad de este trabajo es evaluar de forma concluyente si se están aplicando las Guías de Práctica Clínica en la atención de las emergencias quirúrgicas de los Hospitales Cantonales de Alamor, Amaluza, Macará y Vilcabamba, tras su ejecución.

El desarrollo de guías conduce a la necesidad de evaluar científica y objetivamente los resultados de los actos médicos, sobre todo cuando se cuenta con diferentes aproximaciones diagnósticas o terapéuticas para una misma enfermedad. Esta evaluación, necesariamente crítica, conlleva para algunos profesionales ciertas connotaciones negativas. Existe un cierto temor a encerrar, las a menudo complejas, decisiones clínicas de un problema de salud dentro del texto de una guía. Se teme quizás que lo plasmado en una guía se vuelva contra los que lo han elaborado, en forma de los variados fantasmas que amenazan la práctica médica

La demanda asistencial urgente implica, una visión integral de los procesos de urgencias, porque exige una relación con los demás participantes en el proceso, tanto con los servicios de urgencias y emergencias prehospitalarias, 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.

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.

El creciente interés por los temas de la calidad de la atención y su medida, el progresivo incremento del nivel de conocimientos sobre temas de salud y la desigualdad de derechos de la población me ha incentivado a desarrollar este trabajo de intervención, el cual está diseñado para evaluar y diagnosticar cual es el estado actual en el que se encuentran las Guías de Práctica Clínica, luego de su adaptación, capacitación y posterior aplicación en cada uno de los Hospitales Cantonales de la Provincia de Loja.

SUMMARY

This is a prospective, analytical and interventionist, held in the Cantonal Hospital Alamor Amaluza, Macara and Vilcabamba which consisted of Assessment and Final diagnosis of the implementation of Clinical Practice Guidelines in the care of the Surgical emergencies hospitals above and is part of larger project implemented in all hospitals Basics Loja Province.

The purpose of this paper is to assess conclusively whether they are applying the Clinical Practice Guidelines in the care of surgical emergencies Cantonal Hospital Alamor Amaluza, Macara and Vilcabamba, after execution.

The development of guidelines leads to the need to scientifically and objectively evaluate the results of medical procedures, especially when you have different diagnostic or therapeutic approaches for the same disease. This evaluation necessarily critical for some professionals involved certain negative connotations. There is some fear of lock, the often complex clinical decisions of a health problem within the text of a guide. It is feared that perhaps reflected in a guide to turn against those who have developed in the form of the various ghosts that threaten medical practice.

The urgent care demand implies a holistic view of emergency processes, because it requires a relationship with the other participants in the process, both the ED and prehospital emergencies, and with different target hospital patients, once diagnosed and started treatment in the emergency department until discharge.

It is reported, but the observations made in the operational units, there are various forms of care for clinical nosologies surgical emergency which respond more to the experience of professionals and their training unscientific.

The growing interest in the issues of quality of care and its measurement, the progressive increase in the level of knowledge about health issues and unequal rights of people encouraged me to develop this intervention work, which is designed to assess and diagnose what the current state in which are the Clinical Practice Guidelines, after adaptation, training and subsequent implementation in each of the Cantonal Hospital of the Province of Loja.

II. INTRODUCCIÓN

INTRODUCCION

En el año 2005, la coordinación del programa de Posgrado de la Especialidad de Cirugía de la Universidad Nacional de Loja en conjunto con un grupo de posgradistas planteó, en Investigación del Área de Salud de la UNL un proyecto de Normatización de las Actividades Médicas en los Hospitales del Ministerio de Salud Pública 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 DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS Y CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN SU USO”

La idea nació con la finalidad 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.

Más tarde se resolvió intervenir 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.

Posteriormente se realizó la segunda etapa de este MACROPROYECTO que consistió en la Evaluación de la Aplicación de las mencionadas Guías en los Hospitales Básicos de la Provincia de Loja.

Los sistemas de salud han contribuido a la mejora del estado sanitario de la población, reduciendo la morbilidad y mortalidad, ampliando la esperanza de vida al nacer y controlando algunas enfermedades de curso letal en los países desarrollados. Pese a ello, no todos los aspectos de la atención pueden ser satisfactorios. La continuidad asistencial, el seguimiento del paciente a lo largo de toda la historia natural de su enfermedad, presenta dificultades sobre todo en países subdesarrollados como el nuestro, ya que en cada uno de los niveles asistenciales: atención primaria, especializada o socio-sanitaria se actúa de forma independiente y aislada. La efectividad de la atención es mejorable, pues para algunas de las actividades que se desarrollan, existen ciertas dudas sobre su contribución a la obtención de resultados clínicos.

El insuficiente apoyo institucional del Ministerio de Salud Pública, la Dirección Provincial de Salud de Loja y los Directivos de los Hospitales Básicos evaluados, en la aplicación de las Guías de Práctica Clínica de atención de las emergencias quirúrgicas, hasta el momento no han demostrado el impacto suficiente ante las expectativas planteadas, manteniendo una incompleta capacidad resolutoria de los servicios de salud, contribuyendo parcialmente en disminuir la morbilidad y mortalidad de la población.

Es por tal motivo que surge la necesidad de llevar a cabo el presente trabajo investigativo ya que a través de él, se pretende realizar un análisis concluyente de la situación actual en la que se encuentran estas guías y al mismo tiempo optimizar la atención de las emergencias quirúrgicas a través del perfeccionamiento del nivel de conocimientos del colectivo médico para la atención de patologías emergentes y además que se logre identificar y

rechazar las prácticas no adecuadas o empíricas negativas que pueden ser peligrosas en algunas nosologías clínico-quirúrgicas y tomar las mejores decisiones en bien del mejoramiento de la salud de los pacientes que acuden a los Hospitales Cantonales de la Provincia.

Queda a consideración de los lectores el presente trabajo, el cual fue realizado siempre enfocado en el mejoramiento de la salud de la población, para así cristalizar mis más profundos sentimientos de estima para con los pacientes a los que me debo y que serán los únicos beneficiados.

III. REVISIÓN DE LITERATURA

MARCO TEORICO

Guías de Práctica Clínica

Generalidades

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

El desarrollo de guías conduce a la necesidad de evaluar científica y objetivamente los resultados de los actos médicos, sobre todo cuando se cuenta con diferentes aproximaciones diagnósticas o terapéuticas para una misma enfermedad. Esta evaluación, necesariamente crítica, de la práctica clínica conlleva para algunos profesionales ciertas connotaciones negativas. Existe un cierto temor a encerrar, las a menudo complejas, decisiones clínicas de un problema de salud dentro del texto de una guía. Se teme quizás que lo plasmado en una guía se vuelva contra los que lo han elaborado, en forma de los variados fantasmas que amenazan la práctica médica. Se prefiere el término “guía de práctica clínica” al término “protocolo” ya que éste sugiere “rigidez de carácter normativo”, aunque las posibles diferencias son exclusivamente académicas, pues la guía permite mayor flexibilidad en la toma de decisiones, mientras que un protocolo es más rígido.

Las razones de esta **desconfianza** pueden ser variadas aunque, en muchos casos, puede deberse a que las iniciativas de protocolización, a menudo no provienen directamente del personal clínico que, por otra parte, debería ser el principal encargado de desarrollarlas.

No existe en estos casos la necesidad percibida de la guía como una herramienta clínica útil, por encima de otras consideraciones. Cualquier iniciativa de creación de una guía, desde criterios únicamente economicistas, o bajo una estrecha perspectiva de gestión, está probablemente condenada al fracaso desde su inicio más temprano. Parecería, por tanto más viable, introducir este tipo de criterios sobre herramientas clínicas previamente consolidadas y consensuadas. Aun considerando todas estas circunstancias es evidente que las guías conllevan múltiples ventajas:

1. Permiten mejorar el estado del conocimiento sobre las alternativas terapéuticas y la historia natural de los problemas de salud, obligándonos a una continua actualización.
2. Proporcionan un marco común de actuación, que permite igualar las condiciones en que se presta la atención hospitalaria, haciendo comparables los resultados de diferentes centros.
3. Proporcionan a los profesionales seguridad legal ante demandas.
4. Permiten identificar y asignar el papel de cada uno de los profesionales sanitarios implicados en la asistencia de un determinado problema de salud.
5. Son una poderosa herramienta educativa para residentes y médicos en formación.
6. Cuando se diseñan y aplican correctamente permiten mejorar los resultados de nuestros pacientes.”¹

¹Ministerio de Salud de Chile. Archivos de realización de Protocolos o Guías prácticas clínicas.2003.

Que es una Guía de Práctica Clínica?

Una Guía de Práctica Clínica en Emergencia Quirúrgica (**GPCEQ**), es un conjunto de aplicaciones estandarizadas desarrolladas mediante un proceso formal que incorpora la mejor evidencia científica de efectividad con asesoría experta.²

Constituyen además una ayuda en el proceso de decisión clínico-quirúrgico, porque presentan 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, el desarrollo de las guías de procedimientos clínico quirúrgicos tiene como finalidad establecer una directriz que ayude a consensuar y sistematizar los procesos y a que las variaciones inapropiadas en las actuaciones médicas se minimicen mejorando el “grado de excelencia de las actividades sanitarias en relación con el nivel actual de conocimientos y de desarrollo tecnológico” y guiar en la priorización de la distribución de recursos sanitarios, en un intento de ser más eficientes en el uso de los mismos.

Características básicas de una guía de procedimientos clínico quirúrgicas:

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

²PRACTICE MANAGEMENT GUIDELINES FOR NUTRITIONAL SUPPORT OF THE TRAUMA PATIENT The EAST Practice Management Guidelines Workgroup. 2003

2. **Fiabilidad y Reproducibilidad:**

- **Fiabilidad:** Con la misma evidencia científica y métodos de desarrollo de las guía de práctica clínica, otro grupo de expertos produciría las mismas recomendaciones.
- **Reproducibilidad:** En circunstancias clínicas semejantes, la guía de práctica clínica 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.³
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.⁴
6. **Proceso multidisciplinario:** El proceso de adaptación de las guías debe incluir la participación de los grupos de profesionales y pacientes a quienes afecta.

³Validity of the Agency for Healthcare Research and quality Clinical Practice Guidelines.Howquickly do guidelinesbecomeoutdated. JAMA. 2001; 286: 161-1467.

⁴ Romero A. Como diseñar un plan de implementación de una guía de prácticas clínicas REDEGUIAS- Guías Salud, 2005. Disponible en URL: <http://www.guiasalud.es>

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

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 quirúrgico y las cuatro últimas a su elaboración.

Construcción:

Fases y desarrollo

El proceso de adaptación de las guías de procedimientos clínico quirúrgico, una vez definido el tema a realizar, consta de los siguientes pasos:

1. **Fase de Preparación.**
2. **Fase de Análisis Crítico.**
3. **Fase de difusión e Implantación.**
4. **Fase de Evaluación.**

Antes de comenzar la elaboración del documento es necesario tener claras unas directrices básicas que actuarán de guías, como son:

1. Principios sobre filosofía y ética.
2. Principios de metodología

3. Principios de puesta en marcha y evaluación

Fase de Preparación:

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

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

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

Así, para elegir el tema de la guía de práctica clínica podríamos basarnos en las enfermedades más prevalentes, que produzcan más demanda, las que consuman más recursos.

2. Definir el tipo de la guía de procedimiento clínico quirúrgico, aclarando:

- Niveles de atención implicados: Atención Primaria, Atención Hospitalaria, etc.

- Actividades de la guía de práctica clínica: 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.

4. Establecer un cronograma, es decir, fijar la fecha en la que debe estar realizado el documento provisional del protocolo.

Recomendaciones a seguir para el diseño del documento:

- Brevedad: sólo incluirán la información imprescindible.
 - Adaptados al medio al que van dirigidos: Atención Primaria, Atención Hospitalaria, etc.
 - Dividir en dos partes: Documento Teórico. Documentos Operativos: los que el profesional va a tener que utilizar al aplicar la guía de práctica clínica.
- Construcción de algoritmos y árboles de decisión: Ocasionalmente es aconsejable resumir nuestro documento en un esquema para el análisis rápido de decisiones. Para ello es imprescindible el manejo fluido de las técnicas de construcción de algoritmos.
 - El Documento final: Propuesta de un modelo para la presentación de los modelos clínicos. Los pasos imprescindibles que debe contener el documento son:

- Denominación: Problema a tratar.
- Índice: Paginado.
- Definición del problema: Incluida la definición clínica. Debe responder a las preguntas ¿qué es? y ¿en qué consiste?
- Definir la población diana: Población susceptible de aplicar la guía de práctica clínica. Debe definir los criterios de inclusión y exclusión.
- Definir la actividad a realizar: Si va a tratar de diagnosticar, de instaurar tratamiento, etc.
- Recogida de información: a) Datos subjetivos de la anamnesis. b) Datos objetivos de la exploración
- Plan de actuación: Responderá a las preguntas ¿qué hay que hacer? y ¿qué es lo que nunca hay que hacer?
- Diagnóstico: Es conveniente que se reflejen en forma de algoritmos diagnósticos.
- Tratamiento: Médico, quirúrgico, opinión y participación del paciente. También sería conveniente incluir su algoritmo.
- Seguimiento: Evolución y pronóstico.
- Recomendaciones al paciente: Educación para la salud.
- Recursos necesarios: Indicaremos local, personal, norma de rendimiento, tiempo estimado, material clínico-diagnóstico, recursos económicos, apoyo de otros niveles asistenciales, etc.
- Organización y funcionamiento: Responder a las preguntas: ¿A quién va dirigido?: Profesionales y población. ¿Quién ejecuta la guía de procedimiento clínico quirúrgico?: Tipo de profesional. ¿Cómo se tiene que ejecutar?: Normas organizativas. ¿Dónde se tiene que ejecutar?: Nivel de atención y local. ¿Cuándo hay que realizar esta actividad?

- Evaluación de la guía de práctica clínica: Debe responder quién realiza la evaluación, así como qué datos se evalúan, cómo se recogen éstos y cada cuánto tiempo se realiza la evaluación.
- Bibliografía.
- Anexos. Si se consideran necesarios.

Fase de Análisis Crítico. Discusión y pilotaje de la guía de práctica clínica:

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 práctica clínica en cuya estructura se recogerán los cambios justificados que hayan surgido.

Fase de Difusión y de Implantación:

Consiste en difundir la guía de práctica clínica ya terminada a todo el personal implicado en el mismo. Se deberá fijar una fecha para su puesta en marcha.

Fase de Evaluación:

Fija la periodicidad con que se analizará el cumplimiento de la GCPEQ para garantizar su utilidad. Esta fase no termina nunca⁵

- **Fecha de validez del documento.**

Las GPCEQ deberán ser revisadas cada 4 años y las evaluaciones serán anualmente en el proceso de cumplimiento de las mismas y la cual quedará

⁵ Navarro Puerto MA, et al. ¿Las guías que nos guían son fiables? Evaluación de las guías de práctica clínica españolas. RevClin Esp. 2005; 205:533-40.

bajo la responsabilidad de El Área de Salud Humana de la UNL en convenio existente con la Dirección Provincial de Salud.

Se ha demostrado fehacientemente que la aplicación de guías de práctica clínica en cualquier ámbito de la medicina mejora la capacidad de atención a los pacientes así como disminuye las tasas de morbilidad y 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. Una de las mejores demostraciones las tienen atención del trauma en el Hospital del Valle en Cali Colombia, donde con la aplicación de las guías presentan estadísticas mejoradas en relación a otros países.

Sin embargo no existen estudios que hayan evaluado de manera objetiva el uso de las guías en cuanto a su efectividad. O a su vez estudios que comparen la efectividad entre las guías adoptadas por las diferentes escuelas, lo único que se compara son los resultados de morbimortalidad de estudios realizados.

Cabe anotar que la realización de guías de práctica clínica, sin criterios y estrategias de evaluación, están destinadas al fracaso⁶

Los protocolos de la OMS, han sido aplicados en países de habla anglosajona y hasta la actualidad no han sido traducidos al idioma castellano, por lo que parte de nuestro trabajo consiste en la traducción de estos documentos y luego su adaptación a nuestro medio.

⁶ Estudio descriptivo sobre la liberación y aplicación de protocolos clínicos en el hospital Virgen de la Concha (Zamora) España.2005.

Tabla 1. Fases de la construcción de la guía de práctica clínica

1. Fase de preparación
 - a. Elección del problema de salud a realizar la guía de procedimiento clínico quirúrgico.
 - Pertinencia
 - Magnitud
 - Trascendencia
 - Vulnerabilidad
 - Factibilidad
 - b. Definir el tipo de guía de práctica clínica
 - c. Constituir el grupo de trabajo
 - d. Establecer un cronograma
2. Fase de elaboración del documento
 - a. Aproximación fundamentada al tema
 - b. Diseño del documento
 - c. Construcción de algoritmos
 - d. Esquema o modelo de presentación
3. Fase de análisis crítico en la adaptación
4. Fase de difusión e implantación
5. Fase de evaluación

Tabla 2. Esquema de elaboración de la Guía de práctica clínica

1. Denominación: problema que se debe tratar
2. Índice
3. Definición de la población diana
4. Definición de la actividad a realizar
5. Plan de actuación:
 - a) Diagnóstico
 - b) Tratamiento
 - c) Seguimiento

- d) Recomendaciones al paciente (educación para la salud)
- 6. Recursos necesarios
- 7. Organización y funcionamiento
- 8. Sistema de registro
- 9. Evaluación de la guía de práctica clínica
- 10. Bibliografía
- 11. Anexos.

Conclusión

Podemos resumir diciendo que el uso de guías de práctica clínica:

- Mejoran la calidad en la asistencia sanitaria.
- Reduce el número de procedimientos innecesarios en la atención sanitaria.
- Ayuda de forma significativa a la toma de decisiones más informadas en la práctica médica.
- Ayuda a los pacientes a estar mejor informados en la asistencia sanitaria al incluirles en un papel más activo en las decisiones de tratamiento.
- Reduce notoriamente costes en el gasto sanitario.
- Proporciona estimable información a los investigadores y expertos en las lagunas del conocimiento científico que merecen atención e investigación.

URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Urgencia: Es 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 ⁷

También entendemos por urgencia una serie de procesos que, si bien no conllevan un riesgo vital para el paciente, si requieren su corrección (resolutiva o paliativa) en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, traumas menores como fracturas simples de huesos largos, dolores agudos tipo cólico, etc.).

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 u deterioro de una emergencia o causar daño prolongado temporal de una o más funciones corporales , desarrollando enfermedades crónicas 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.⁸

⁷Definition EMT-Basic: EMT- Paramedic; BLS and ACLS Support in definitions of ambulance services accessed nov 6, 2005. available at:

http://www.medicarenhic.com/whats_new/archive2002/ambdef_1002.htm.

⁸Estándar terminology. Accessed Nov 6, 2005. available at: [http:// www.Acem.org.au/open/documents/standard.pdf](http://www.Acem.org.au/open/documents/standard.pdf)

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

La demanda asistencial urgente implica, pues, una visión integral de los procesos de urgencias, donde el servicio de urgencias tiene que relacionarse con los demás implicados en el proceso, tanto con los servicios de urgencias y emergencias prehospitalarias 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 cardíaca.
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 cardíaca avanzada para la vida⁹

En Estados Unidos Según las últimas estadísticas gubernamentales, un promedio de más de 300,000 americanos son atendidos diariamente en las

⁹ Definition EMT-Basic: EMT- Paramedic; BLS and ACLS Support in definitions of ambulance services accessed nov 6, 2005. available at: http://www.medicarehnic.com/whats_new/archive2002/ambdef_1002.htm.

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 10 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
- 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.¹⁰

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 manejo¹¹.

En la ciudad de Loja, 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, en el año 2004. 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 lugar se encuentra la patología biliar (colecistitis colelitiasis), seguida de Hernia umbilical, Apendicitis, e insuficiencia Safena-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

¹⁰Goodman C. Literatur Searching and evidence interpreteation for assessing health care practices. Estocolmo: The Swedish Concil on Technology Assessment in Health Care. 1993

¹¹ Rodríguez A. MD FACS, Trauma. Sociedad Panamericana de trauma 1999.

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 1.339; es decir, el 71% y 556 fallecimientos, constituye el 29% de personas que residían en el área rural.

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

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.

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

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 de 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 es con la jefatura de área correspondiente. Se ubica en cabeceras parroquiales con poblaciones mayores a 2000 habitantes, el número de pobladores puede ser menor en el caso de las provincias Amazónicas y Galápagos.

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

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, ginecología, obstetricia, pediatría y cirugía de emergencia; cumple acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y odontología; dispone de auxiliares de diagnóstico como laboratorio clínico e imagenología. Su tamaño depende de las características demográficas y el perfil epidemiológico de su zona de influencia; su capacidad es de 15 hasta 50 camas de dotación normal. Cumple funciones de control sanitario en el caso de ser jefatura de área e informa a la Dirección Provincial de Salud correspondiente; forma parte y es el eje del sistema de referencia y contrarreferencia de los servicios del primer nivel. Se ubica en cabeceras cantonales con poblaciones mayores a 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 tercer nivel de este tipo de pacientes, es capaz del manejo adecuado del trauma y su transferencia, si no puede el cuidado definitivo a este paciente. Atiende 24 horas del día.

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

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

TERCER NIVEL:

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

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 resuelve todo tipo de patología clínico-quirúrgica”. Es de tipo ambulatorio y de hospitalización, desarrolla actividades de docencia e investigación en salud; corresponde al tercer nivel de prestación de servicios.¹²

¹² AGUAYO Rodrigo y cols, MANUAL DE NORMAS DE LICENCIAMIENTO DEL MSP, abril 2004, pag: 12-15

IV. MATERIALES Y METODOS

METODOLOGÍA

LUGAR: Provincia de Loja
FECHA: Período 2.010-2.011
MUESTRA: Hospitales Cantonales de Alamor, Amaluza, Macará y Vilcabamba

TIPO DE ESTUDIO: Prospectivo, analítico e intervencionista de la aplicación de las GPC en la atención de las Emergencias Quirúrgicas.

TECNICAS E INSTRUMENTOS:

Tema: “Evaluación y Diagnóstico definitivo de la Aplicación de las Guías de Práctica Clínica en la atención de las emergencias quirúrgicas en los Hospitales cantonales de Alamor, Amaluza, Macará y Vilcabamba.”

❖ **TECNICAS**

- Encuestas.

Elaboración de instrumentos de investigación

- Para evaluar la aplicación de las GPC en la atención y el manejo de las emergencias quirúrgicas (Personal médico)

❖ **INSTRUMENTOS**

- Encuesta : Conocimiento y Aplicación de las Guías de Práctica Clínica (Médicos)

PROCEDIMIENTO

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la aplicación de las Guías de Práctica Clínica en la atención de las emergencias quirúrgicas en los Hospitales Cantonales de Alamor, Amaluza, Macará y Vilcabamba; mediante la elaboración de encuestas dirigidas al personal médico, en el periodo de Noviembre del 2010 a Junio del 2011.

Este objetivo se pudo cumplir mediante:

- Coordinación con los servicios de salud de los hospitales cantonales
- Elaboración de guías de investigación (encuestas)
- Recolección de información de registros en guías de investigación previamente validadas

PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO:

Establecer si el personal médico ha recibido la capacitación de las Guías de Práctica Clínica, que les permita estar en condiciones de aplicarlas adecuadamente en la atención de las emergencias quirúrgicas en los hospitales evaluados; a través del desarrollo de encuestas destinadas al equipo de salud, en el periodo de Noviembre del 2010 a Junio del 2011.

Para plasmar este objetivo se efectuó:

- Coordinación con directivos para la aplicación de los instrumentos y guías de investigación.
- Diseño y validación de instrumentos (encuesta)
- Aplicación de encuestas al personal médico

SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO:

Precisar el nivel de satisfacción del personal médico con respecto a la aplicación de las guías de práctica clínica para la atención de las emergencias quirúrgicas en los hospitales básicos de Alamor, Amaluza, Macara y Vilcabamba; mediante la aplicación de encuestas al equipo médico, en el periodo de Noviembre del 2010 a Junio del 2011.

Se ejecutó:

- Coordinación con directivos para la aplicación de los instrumentos.
- Diseño y validación de instrumentos (encuesta)
- Aplicación de encuestas al personal médico

V. RESULTADOS

HOSPITAL CANTONAL DE ALAMOR

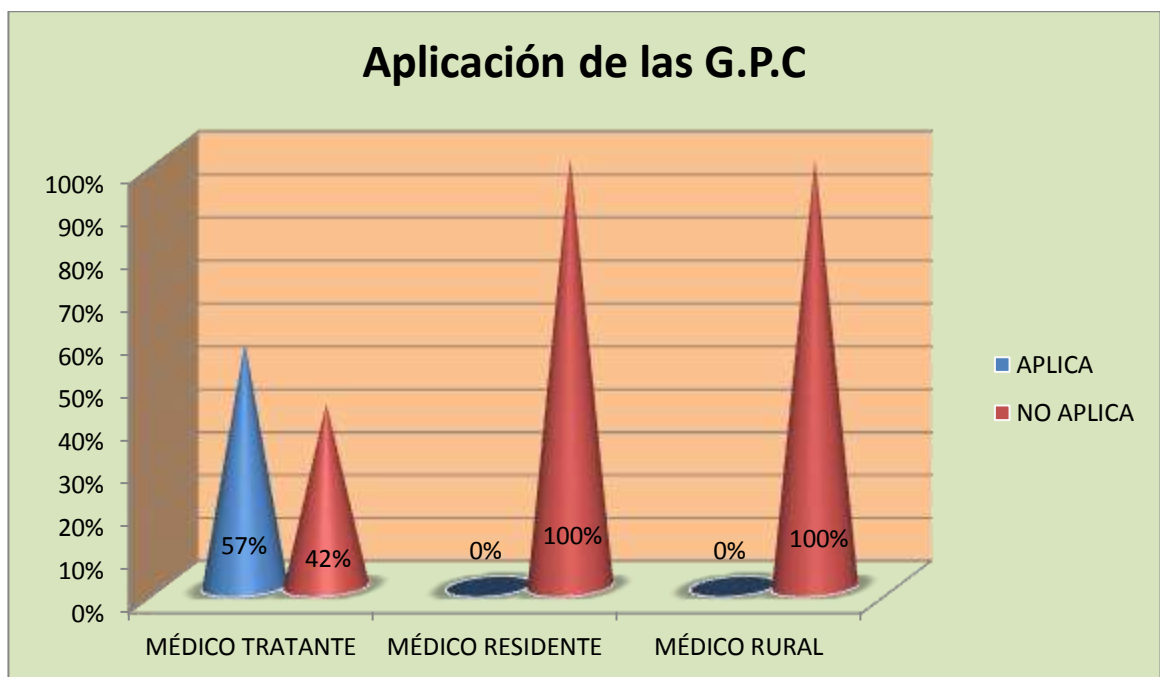
APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Tabla 1: Aplicación de las Guías de Práctica Clínica

CATEGORIA	APLICA		NO APLICA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDICO TRATANTE	4	57,14 %	3	42,86 %
MEDICO RESIDENTE	0	0 %	2	100 %
MEDICO RURAL	0	0 %	3	100 %

Fuente: Encuesta personal. El Autor

Figura 1: Aplicación de las Guías de Práctica Clínica



Fuente: Encuesta personal. El Autor.

Análisis: Podemos establecer que solo cuatro médicos tratantes aplican las Guías de Práctica Clínica en su diario quehacer médico.

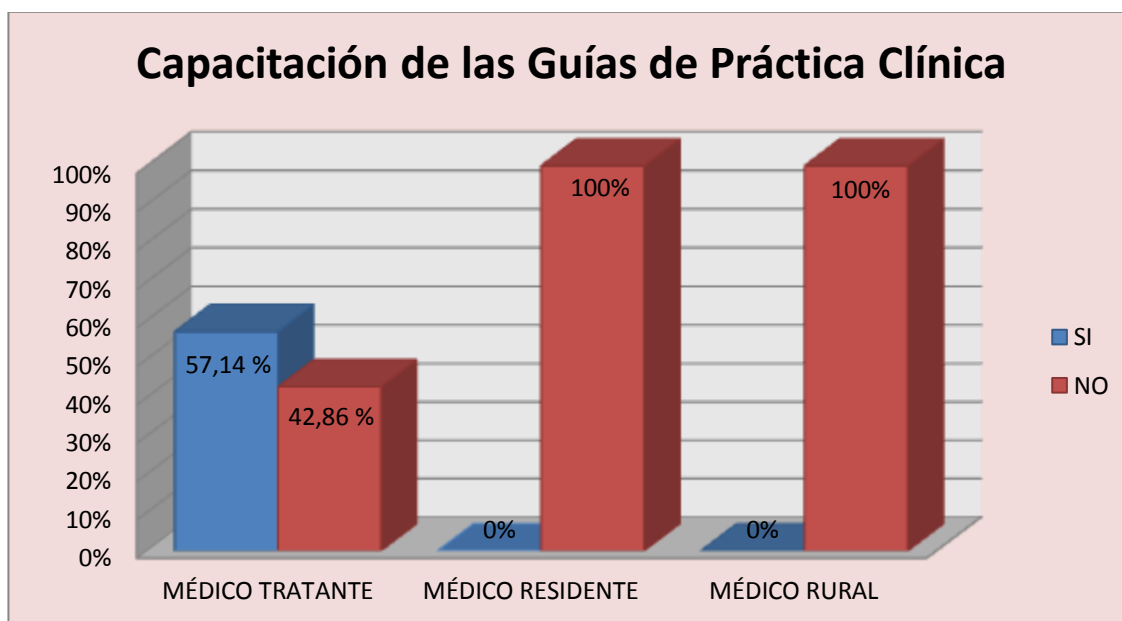
CAPACITACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Tabla 2 : Capacitación de las Guías de Práctica Clínica

CATEGORIA	SI		NO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDICO TRATANTE	4	57,14 %	3	42,86 %
MEDICO RESIDENTE	0	0 %	2	100 %
MEDICO RURAL	0	0 %	3	100 %

Fuente: Encuesta personal. El Autor

Figura 2: Capacitación de las Guías de Práctica Clínica



Fuente: Encuesta personal. El Autor.

Análisis : De lo observado podemos indicar, que del personal médico que labora en esta institución (12), solo cuatro médicos tratantes han recibido capacitación referente a las guías de práctica clínica.

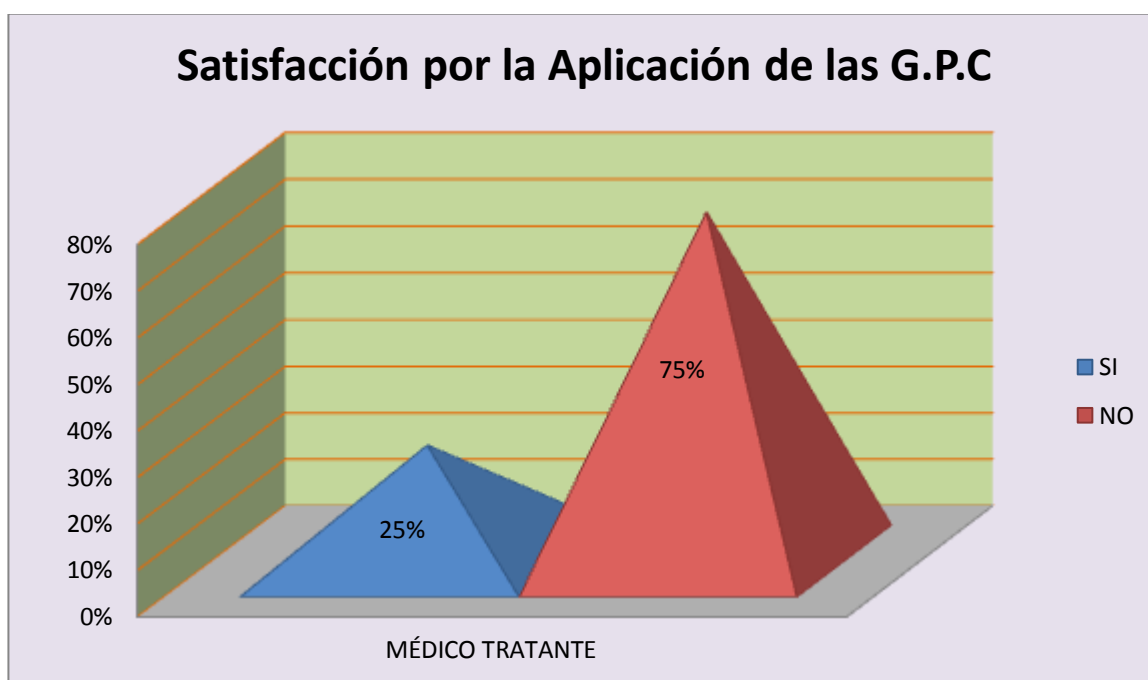
SATISFACCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO POR LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Tabla 3: Satisfacción por la Aplicación de las Guías de Práctica Clínica

CATEGORIA	SI		NO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDICO TRATANTE	1	25 %	3	75 %

Fuente: Encuesta personal. El Autor

Figura 3: Satisfacción por la Aplicación de las Guías de Práctica Clínica



Fuente: Encuesta personal. El Autor.

Análisis: Al evaluar el grado de satisfacción obtenido con la aplicación de las Guías de Práctica Clínica, observamos que solo uno de los médicos tratantes (25%) que emplean dichas guías, se encuentra complacido con su implementación y ejecución.

HOSPITAL CANTONAL DE AMALUZA

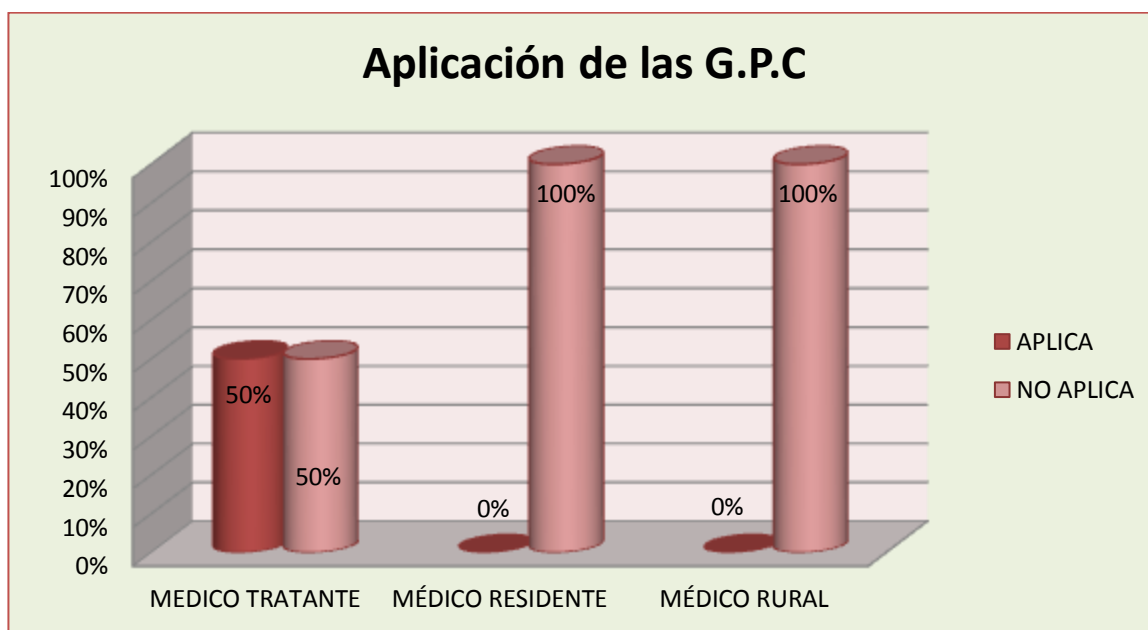
APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Tabla 1: Aplicación de las Guías de Práctica Clínica

CATEGORIA	APLICA		NO APLICA	
	FREC	PORCENT	FREC	PORCENT
MÉDICO TRATANTE	2	50 %	2	50 %
MEDICO RESIDENTE	0	0 %	3	100 %
MEDICO RURAL	0	0 %	3	100 %

Fuente: Encuesta personal. El Autor

Figura 1: Aplicación de las Guías de Práctica Clínica



Fuente: Encuesta personal. El Autor.

Análisis: Con respecto a la Aplicación de las Guías de Práctica Clínica, encontramos que solo dos médicos tratantes las emplean.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO

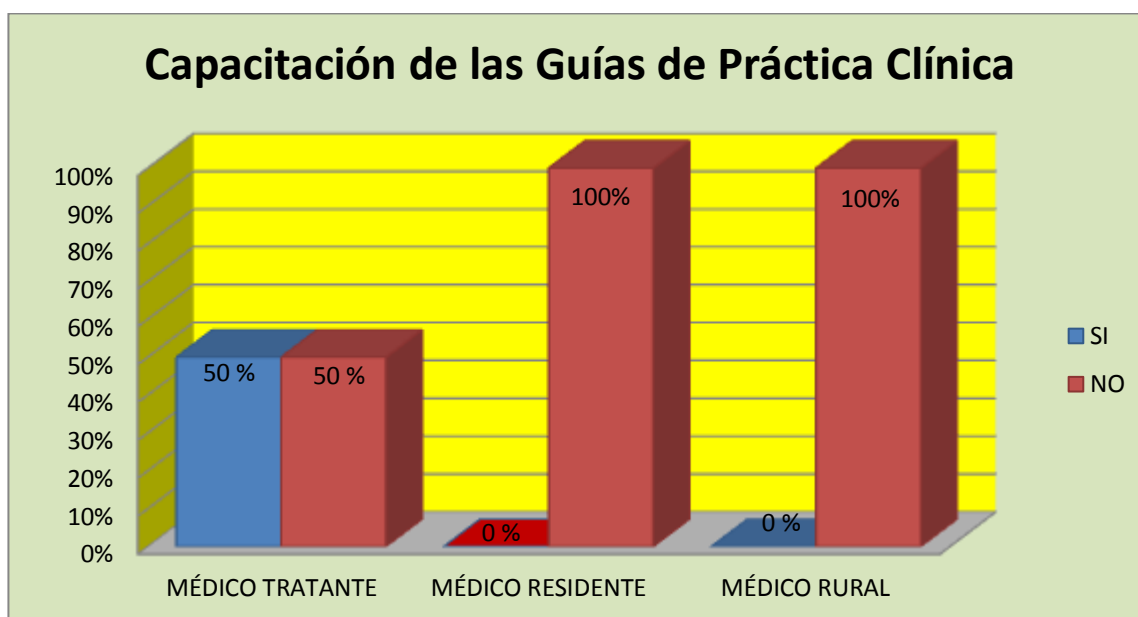
GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Tabla 2: Capacitación de las Guías de Práctica Clínica

CATEGORIA	SI		NO	
	FREC	PORCENT	FREC	PORCENT
MÉDICO TRATANTE	2	50 %	2	50 %
MEDICO RESIDENTE	0	0 %	3	100 %
MEDICO RURAL	0	0 %	3	100 %

Fuente: Encuesta personal. El Autor

Figura 2: Capacitación de las Guías de Práctica Clínica



Fuente: Encuesta personal. El Autor.

Análisis: De lo valorado debemos indicar, que de todos los médicos evaluados (10) solo dos de ellos (meds, Tratantes), han recibido la capacitación acerca de las Guías de Práctica Clínica.

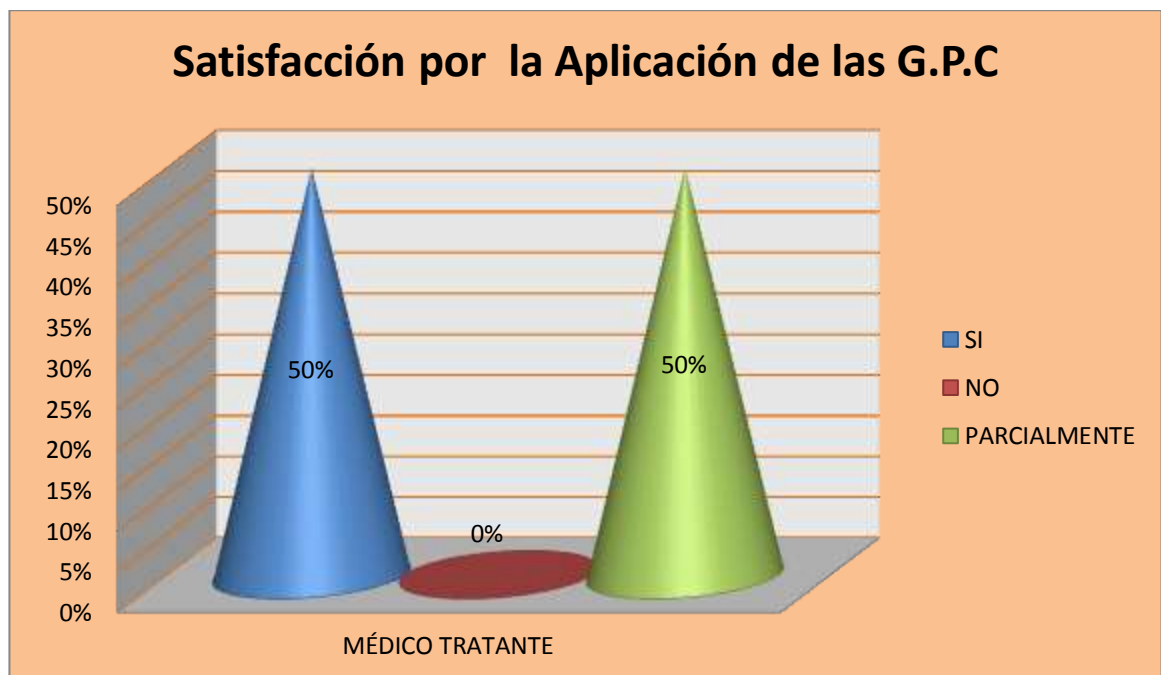
SATISFACCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO POR LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Tabla 3: Satisfacción por la Aplicación de las Guías de Práctica Clínica

CATEGORIA	SI		NO		PARCIALMENTE	
	FREC	PORCENT	FREC	PORCENT	FREC	PORCENT
MÉDICO TRATANTE	1	50 %	0	0	1	50 %

Fuente: Encuesta personal. El Autor

Figura 3: Satisfacción por la Aplicación de las Guías de Práctica Clínica



Fuente: Encuesta personal. El Autor.

Análisis: Al evaluar el grado de satisfacción del personal médico obtenido con la aplicación de las Guías de Práctica Clínica, observamos que solo uno de los médicos tratantes (50%) que emplean dichas Guías, se encuentra complacido con su implementación y ejecución.

HOSPITAL BINACIONAL DE MACARA

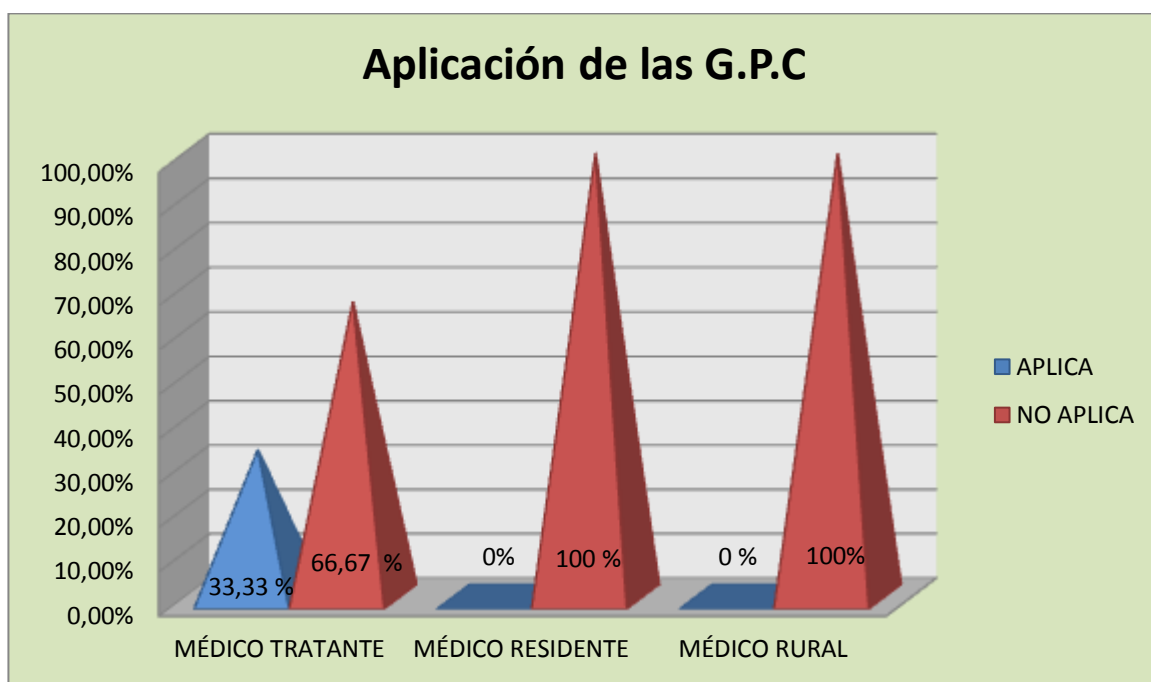
APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Tabla 1: Aplicación de las Guías de Práctica Clínica

CATEGORIA	APLICA		NO APLICA	
	FREC	PORCENT	FREC	PORCENT
MEDICO TRATANTE	3	33,33 %	6	66,67 %
MEDICO RESIDENTE	0	0 %	2	100 %
MEDICO RURAL	0	0 %	4	100 %

Fuente: Encuesta personal. El Autor

Figura 1: Aplicación de las Guías de Práctica Clínica



Fuente: Encuesta personal. El Autor.

Análisis: Con respecto a la aplicación de las Guías de Práctica Clínica, solo tres médicos tratantes las emplean en la atención de las emergencias quirúrgicas.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO

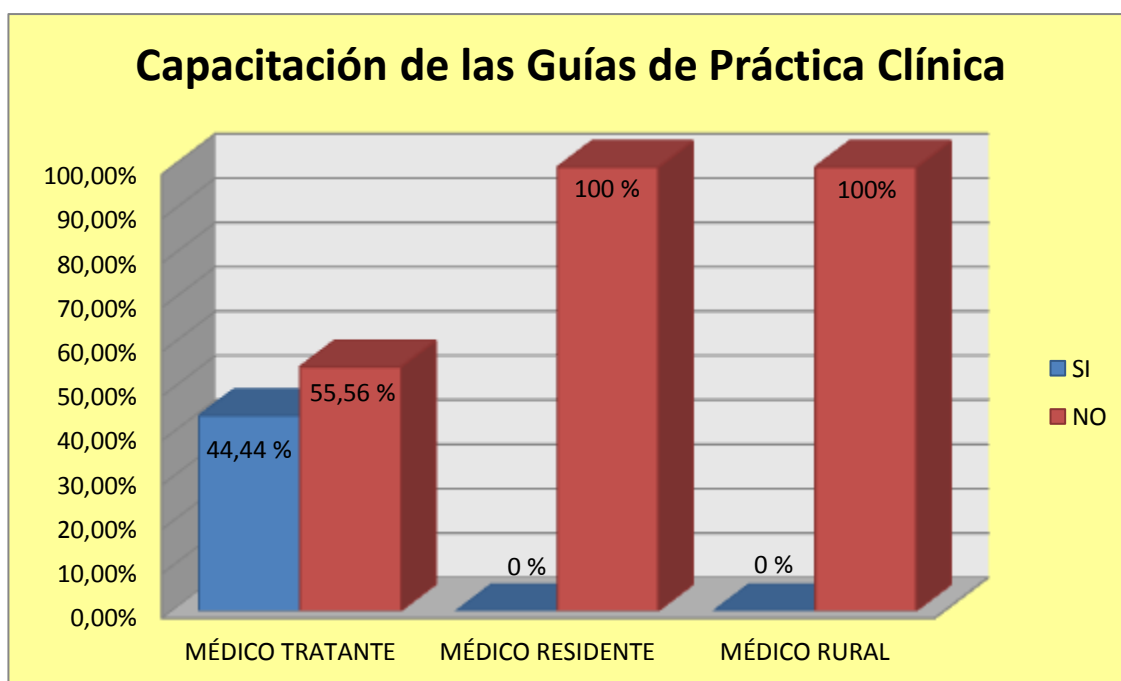
GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Tabla 2: Capacitación de las Guías de Práctica Clínica

CATEGORIA	SI		NO	
	FREC	PORCENT	FREC	PORCENT
MEDICO TRATANTE	4	44,44 %	5	55,56 %
MEDICO RESIDENTE	0	0 %	2	100 %
MEDICO RURAL	0	0 %	4	100 %

Fuente: Encuesta personal. El Autor

Figura 2: Capacitación de las Guías de Práctica Clínica



Fuente: Encuesta personal. El Autor.

Análisis: Cabe indicar que solo cuatro de los médicos tratantes, han recibido capacitación referente a las guías de práctica clínica.

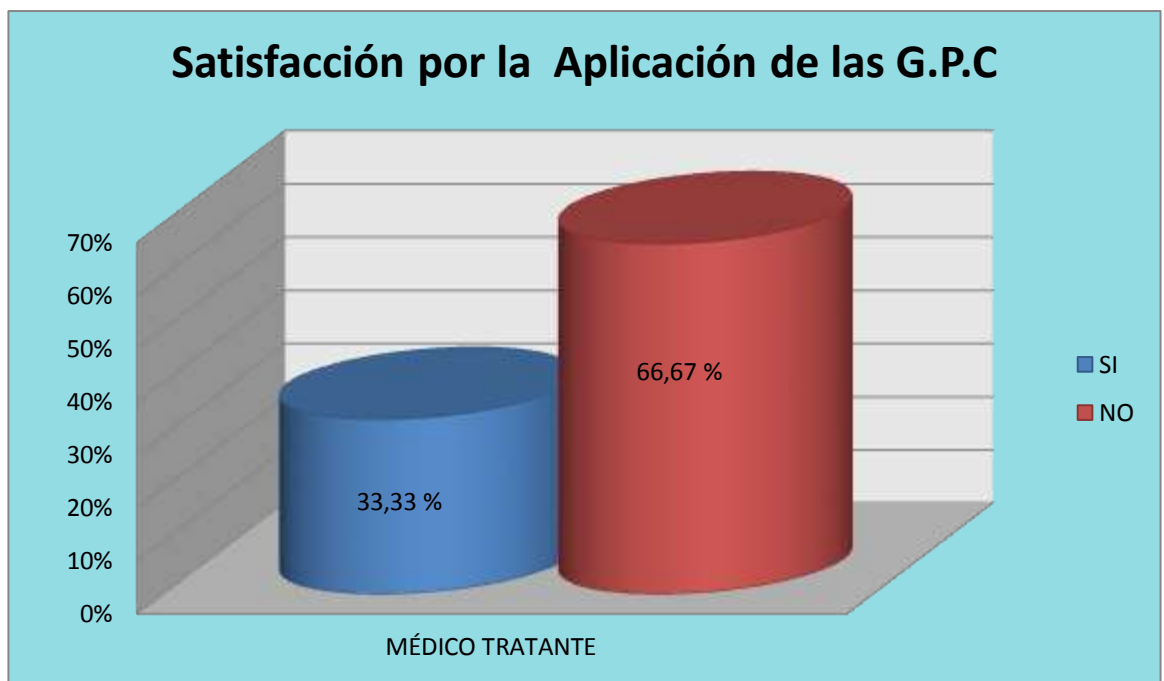
SATISFACCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO POR LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Tabla 3: Satisfacción por la Aplicación de las Guías de Práctica Clínica

CATEGORIA	SI		NO	
	FREC	PORCENT	FREC	PORCENT
MEDICO TRATANTE	1	33,33 %	2	66,67 %

Fuente: Encuesta personal. El Autor

Figura 3: Satisfacción por la Aplicación de las Guías de Práctica Clínica



Fuente: Encuesta personal. El Autor.

Análisis: Se debe establecer que solo uno de los médicos tratantes (33 %) se encuentra satisfecho con la aplicación de las Guías de Práctica Clínica.

HOSPITAL CANTONAL DE VILCABAMBA

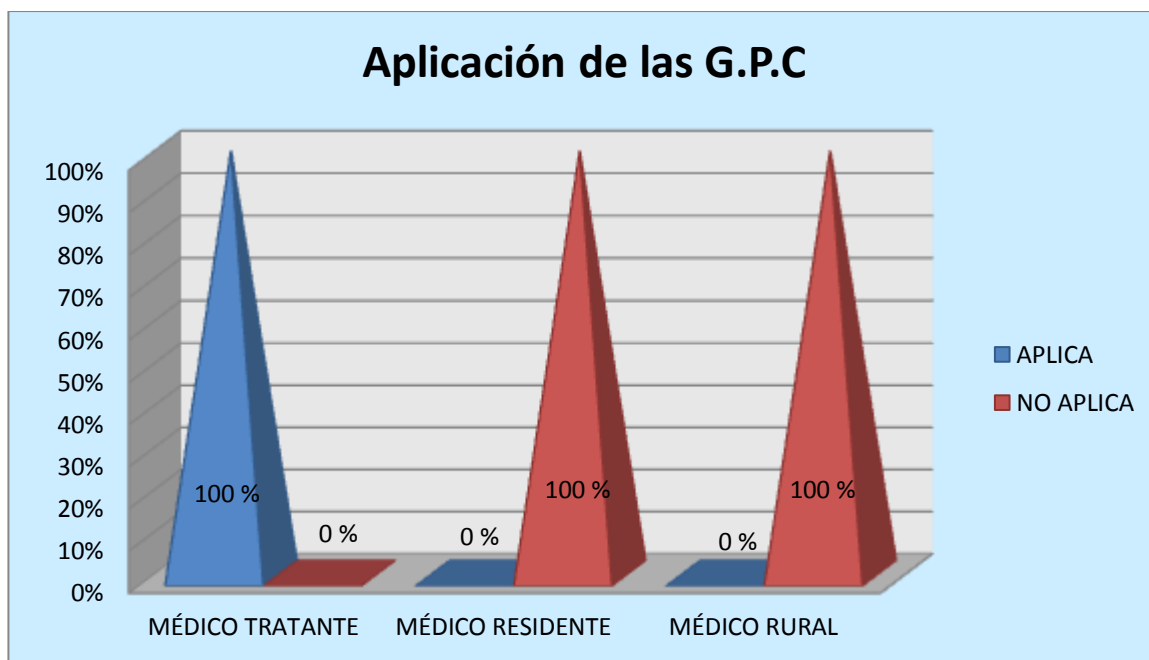
APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Tabla 1: Aplicación de las Guías de Práctica Clínica

CATEGORIA	APLICA		NO APLICA	
	FREC	PORCENT	FREC	PORCENT
MEDICO TRATANTE	4	100 %	0	0 %
MEDICO RESIDENTE	0	0 %	3	100 %
MEDICO RURAL	0	0 %	3	100 %

Fuente: Encuesta personal. El Autor

Figura 1 : Aplicación de las Guías de Práctica Clínica



Fuente: Encuesta personal. El Autor.

Análisis: Los cuatro médicos tratantes son los únicos que emplean las Guías de Práctica Clínica en su diario quehacer médico.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO

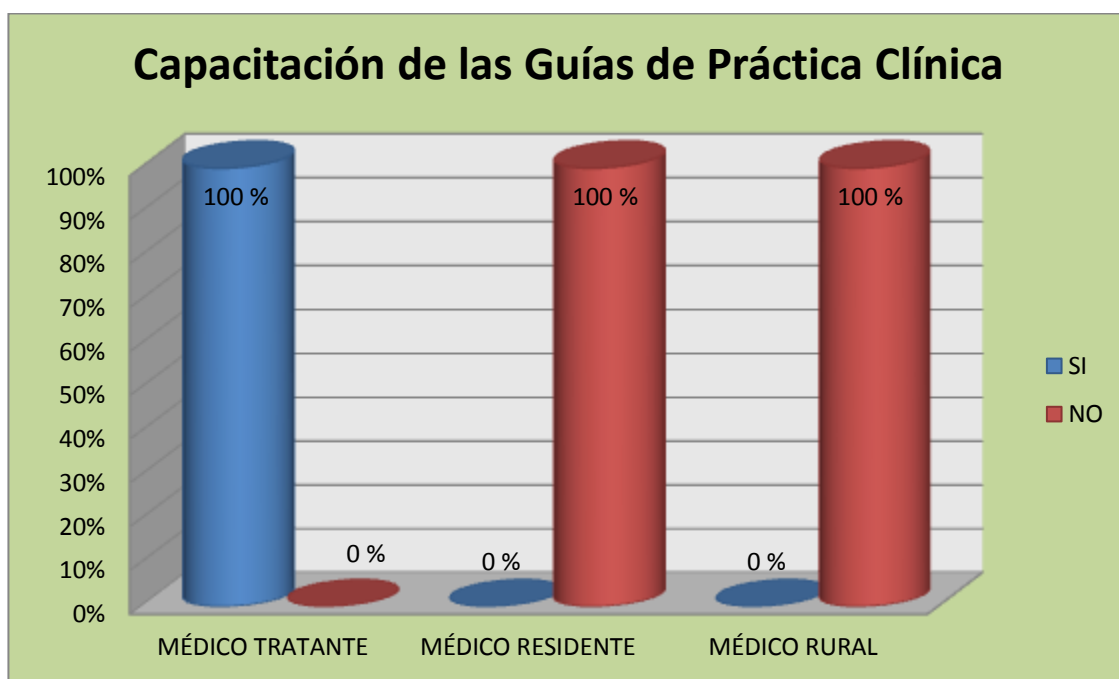
GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Tabla 2: Capacitación de las Guías de Práctica Clínica

CATEGORIA	SI		NO	
	FREC	PORCENT	FREC	PORCENT
MEDICO TRATANTE	4	100 %	0	0 %
MEDICO RESIDENTE	0	0 %	3	100 %
MEDICO RURAL	0	0 %	3	100 %

Fuente: Encuesta personal. El Autor

Figura 2: Capacitación de las Guías de Práctica Clínica



Fuente: Encuesta personal. El Autor.

Análisis: De la totalidad del personal médico evaluado (10), solo los médicos tratantes (4) han recibido capacitación concerniente a las Guías de Práctica Clínica.

SATISFACCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO

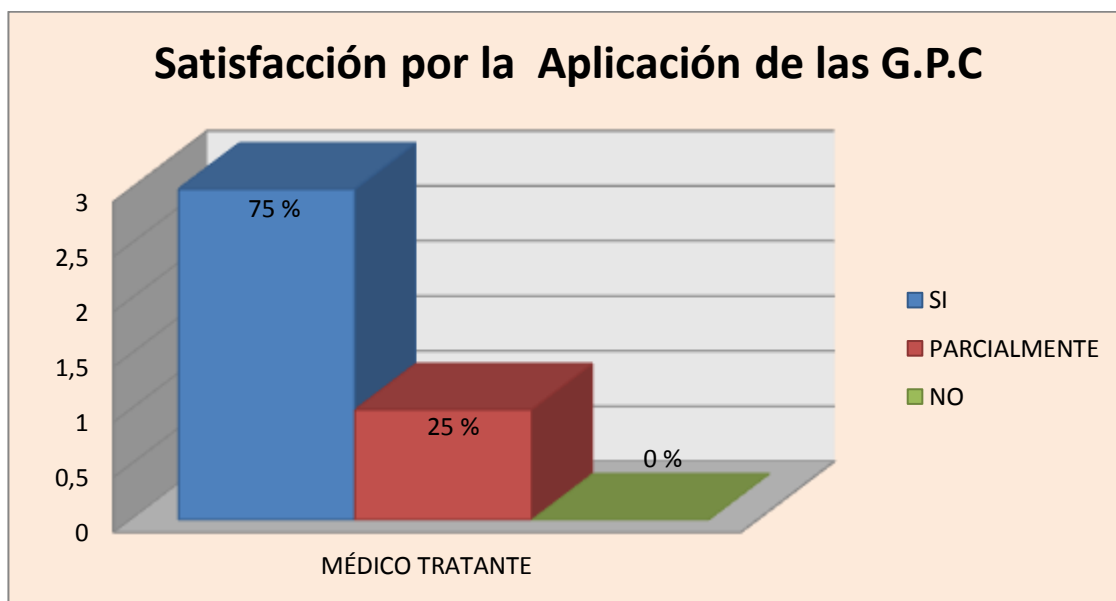
POR LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Tabla 3: Satisfacción por la Aplicación de las Guías de Práctica Clínica

CATEGORIA	SI		NO		PARCIALMENTE	
	FREC	PORCENT	FREC	PORCENT	FREC	PORCENT
MEDICO TRATANTE	3	75 %	0	0 %	1	25 %

Fuente: Encuesta personal. El Autor

Figura 3: Satisfacción por la Aplicación de las Guías de Práctica Clínica



Fuente: Encuesta personal. El Autor,

Análisis: Al valorar el grado de satisfacción obtenido con la aplicación de las Guías de Práctica Clínica, observamos que solo tres de los médicos tratantes (75%) que utilizan dichas guías, se encuentran complacidos con su implementación.

VI. DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Frente al deseo de demostrar que la aplicación de las Guías de Práctica Clínica en la atención de las emergencias quirúrgicas, ha cumplido o no con las expectativas planteadas, surgió la necesidad de llevar a cabo el presente trabajo investigativo con la finalidad de realizar un análisis concluyente de la situación actual en la que se encuentran estas guías.

La presente investigación permitió evidenciar que las Guías de Práctica Clínica son aplicadas solo por una parte de los médicos tratantes, además estos son los únicos que han recibido la respectiva capacitación sobre las mismas, debido a que no existen programas continuos de adiestramiento de conocimientos en lo que respecta a dichas guías, también se estableció que el personal médico que las aplica no se encuentra satisfecho por múltiples inconvenientes en su capacitación, implementación y por los resultados obtenidos tras su ejecución.

Considero que los resultados de esta investigación, así como el de los trabajos anteriores que forman parte de este macroproyecto, deben ser permanentemente evaluados, involucrando a los diferentes actores e instituciones de salud, para determinar fortalezas y debilidades y corregir oportunamente las falencias encontradas que permitirán mejorar la atención de las diferentes casas de salud de la provincia de Loja, para beneficio de sus pobladores.

VII. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Tras la elaboración del presente trabajo, realizado en los Hospitales Cantonales de Alamor, Amaluza, Macará y Vilcabamba podemos concluir:

- ✓ Se evidencio que existe una insuficiente e inadecuada aplicación de las Guías de Práctica Clínica, debido a que su ejecución solo es plasmada por el 27,66 % del personal médico de todos los hospitales evaluados y de este total el 100% corresponde a médicos tratantes.
- ✓ Se pudo establecer que en todos los hospitales los galenos que han recibido capacitación referente a las Guías de Práctica Clínica son los médicos tratantes, representando solo el 29,79 % del personal médico evaluado.
- ✓ Se pudo detectar que del personal médico que aplica las Guías de Práctica Clínica, solo el 46,15 % de ellos se encuentran satisfechos con las mismas, ya sea con su capacitación, implementación y por los resultados obtenidos tras su ejecución.

VIII. RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- A la Dirección Provincial de Salud y a la Dirección de los Hospitales Básicos :

Exhortar a las entidades de salud, ser partícipes y actores activos en los programas de capacitación al personal médico que labora en cada uno de los Hospitales Básicos de la Provincia, para mejorar su calidad de atención en beneficio de la colectividad.

- Al Ministerio de Salud Pública, a la Dirección Provincial de Salud y a la Dirección de los Hospitales Básicos :

Promover el uso de los conceptos de las Guías de Práctica Clínica en la atención de las Emergencias quirúrgicas de la OMS adoptadas y adaptadas a la realidad de los Hospitales Básicos de la Provincia.

- Al Ministerio de Salud Pública, a la Dirección Provincial de Salud, al Área de Salud Humana y a la Universidad Nacional de Loja :

Elaboración de Guías de atención y manejo para otras especialidades, en beneficio de mejorar la calidad de atención del personal médico en un futuro cercano

IX. BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Cataluña (Agènciad' Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, AATM)
2. 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).
3. Bracken MB. Esteroides para la lesión medular aguda (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.).
4. 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.
5. 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
6. Cataract surgical services, a package for data entry and analysis form population-based rapid assessment (documento WHO/PBL/01.84).
7. Categorías adaptadas de: A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. Robin Harbour and Juliet Miller. *BMJ* 2001; 323: 334-336.
8. Definition EMT-Basic: EMT- Paramedic; BLS and ACLS Suppor in difinitions of ambulante services accessed nov 6, 2005. available at URL:http://www.medicarenhic.com/whats_new/archive2002/ambdef_1002.htm.
9. Definición de cuidados de emergencia (emergente). Plan de Salud HIP de Nueva Cork. Acceso Nov 3, 2005 Disponible en URL: <http://www.hipusa.com>
10. Determination of Cervical Spine Stability in Trauma Patients (Update of the 1997 EAST Cervical Spine Clearance Document). 2000

11. Eastern Association for the Surgery of Trauma. "PAIN MANAGEMENT IN BLUNT THORACIC TRAUMA" (BTT) AN EVIDENCE-BASED OUTCOME EVALUATION 2ND REVIEW – 2003
12. Escala para la clasificación de la evidencia en Guías de Práctica Clínica de la Agence Nationale d'Accreditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) de Francia
13. Estándar terminology. Accessed Nov 6, 2005. available at: [http// www.Acem.org.au/open/documents/standard.pdf](http://www.Acem.org.au/open/documents/standard.pdf)
14. Estudio descriptivo sobre la liberación y aplicación de protocolos clínicos en el hospital Virgen de la Concha (Zamora) España 2005
8. Goodman C. Literatur Searching and evidence interpreteation for assessing health care practices. Estocolmo: The Swedish Concil on Technology Assessment in Health Care. 1993..
9. Gordillo, Ángel Md, Torres, Claudio Md. Aplicación de las guías clínico prácticas en emergencias quirúrgicas y capacitación del recurso humano en su uso en el hospital **José Miguel Rosillo Cariamanga**, 2008, del mismo Macroproyecto de tesis
10. 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.
11. 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.
12. 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
13. Manual de Organización de las Areas de Salud, edición 1994,
14. Ministerio de Salud de Chile. Archivos de realización de Protocolos o Guías practicas clínicas.
15. 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. RevClin Esp. 2005; 205:533-40.
16. Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence, avible at URL: www.cebm.net/levels_of_evidence.asp)

17. Practice management guidelines for the nonoperative management of blunt injury to the liver and spleen. East Practice Management Guidelines Work Group. 2003
18. PRACTICE MANAGEMENT GUIDELINES FOR NUTRITIONAL SUPPORT OF THE TRAUMA PATIENT The EAST Practice Management Guidelines Workgroup. 2003
19. Practice management guidelines for prophylactic antibiotic use in tube thoracostomy for traumatic hemopneumothorax: east practice management uidelines work group. 1998
20. Surgical Care at the District Hospital. WHO. 2003
21. The EAST Practice Management Guidelines Work Group: PRACTICE MANAGEMENT GUIDELINES FOR PROPHYLACTIC ANTIBIOTIC USE IN PENETRATING ABDOMINAL TRAUMA. 1998
22. US Preventive Task Fosce. Guide to clinical preventive services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions. Baltimore: ¹³Williams and Wilkins, 1989.
23. RODRIGUEZ A. MD FACS, Trauma. Sociedad Panamericana de trauma 1999.
24. Romero A. Como diseñar un plan de implementación de una guía de prácticas clínicas REDEGUIAS- Guías salud, 2005. Disponible EN URL: <http://www.guiasalud.es>.
25. Validity of the Agency for Healthcare Research and quality Clinical Practice Guidelines. Howquickly do guidelinesbecomeoutdated? JAMA. 2001; 286: 161-1467
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. 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)).
28. www.emedicine.com, Surgery ad surgical especialites, ver 7.0, 2004, para palm, download de www.skyscape.com. ATLS 2007, Comité de Trauma de Colégio Americano de Cirujanos,

X. ANEXOS

CERTIFICACION

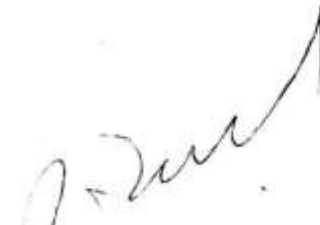
Loja, 6 de mayo del 2011.

Dr. Marco Antonio Ruiz Burneo.

CERTIFICO:

Haber revisado la tesis, "Evaluación y Diagnóstico Definitivo de la Aplicación de las Guías de Práctica Clínica en la Atención de las Emergencias Quirúrgicas en los Hospitales Cantorales de Alamor, Amaluza, Macará y Vilcabamba," de autoría del Dr. Luis Salcedo Cuadrado, la cual cumple con los parámetros requeridos, autorizando la presentación y sustentación de la misma.

Particular que comunico para los fines legales y pertinentes.



Dr. Marco Antonio Ruiz Burneo
DIRECTOR DE TESIS

ENCUESTA 1: APLICACIÓN DE LAS GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Hospital:

Médico: Tratante () Especialista ()
 Rural () Residente ()

1.- Conoce qué son las Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias quirúrgicas.

Sí..... No.....

En qué consisten.....

.....

2.- Ha recibido capacitación referente a las Guías de Práctica Clínica Si..... No.....

Cada qué tiempo.....

3.- Usted aplica las Guías de Práctica Clínica Si..... No.....

4.- Si usted aplica las Guías de Práctica Clínica como considera que han influido en su ámbito

Profesional: En forma positiva (.....) O Negativa (.....)

Por qué.....

.....

5.- Se encuentra satisfecho con la implementación y aplicación de las Guías de Práctica Clínica en

Esta Institución. Si () No ()

6.- Conoce en qué consiste el Registro Internacional de enfermedades CIE 10. Si () No ()

Usted lo aplica: Si () No ()

GRACIAS

Loja , 19 de Mayo del 2011

Dr.

Oscar Sarango Peláez.

DIRECTOR TECNICO DEL AREA DE SALUD N°9 ALAMOR
Ciudad

A petición verbal de la parte interesada

CERTIFICA

Que el Doctor LUIS A. SALCEDO C. se encuentra desarrollando en esta casa de salud labores pertinentes a su tesis de grado titulada **"EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LA ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS EN LOS HOSPITALES CANTONALES DE ALAMOR, AMALUZA, MACARÁ Y VILCABAMBA"** .

Es cuanto puede testimoniar en honor a la verdad, facultando a la persona interesada hacer uso del presente en lo que considere pertinente.

Atentamente


.....
Dr. *Oscar Sarango Peláez.*

DIRECTOR TECNICO DEL AREA DE SALUD N°9 ALAMOR





MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

AREA DE SALUD N° 6 AMALUZA

FORMULARIO GRATUITO PARA CERTIFICADO DE SALUD
Telf: 2653265

Amaluza 30 de Marzo del 2011.

Dr. Claudio Rivera.

DIRECTOR DEL AREA N° 6 AMALUZA.

CERTIFICO:

Que el Dr. Luis Alfredo Salcedo Cuadrado se encuentra desarrollando en esta casa de salud, labores pertinentes a sus tesis titulada " Diagnostico final de la aplicación de las guías de practica clínica en la atención de emergencias quirúrgicas en los hospitales de la provincia de Loja

Es todo cuanto puedo certificar y el interesado/a puede hacer uso del presente en lo que mas crea conveniente.

ATENTAMENTE:

Dr. Claudio Rivera.

DIRECTOR DEL AREA N° 6 AMALUZA.



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE LOJA
ÁREA DE SALUD N° 7
HOSPITAL BINACIONAL DE MACARÁ

Loja ,13 de Mayo del 2011

Sr. Dr.
Guido Crespo S.
DIRECTOR DEL AREA DE SALUD N° 7 MACARA

Ciudad

A petición verbal de la parte interesada

CERTIFICA

Que el Doctor LUIS A. SALCEDO C. se encuentra desarrollando en esta casa de salud labores pertinentes a su tesis de grado titulada "EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LA ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS EN LOS HOSPITALES CANTONALES DE ALAMOR, AMALUZA, MACARÁ Y VILCABAMBA".

Es cuanto puede testimoniar en honor a la verdad, facultando a la persona interesada hacer uso del presente en lo que considere pertinente.

Atentamente



Sr. Dr. Guido Crespo S.
Director del Área de salud N° 7 Macara

HOSPITAL DE MACARÁ DIRECCIÓN: CABO SANCHEZ Y CATAMAYO TLF 2694-074

Vilcabamba, 30 de Mayo del 2011

Dr. José Miguel Sánchez

JEFE DEL AREA DE SALUD N° 12 VILCABAMBA

Ciudad

A petición verbal de la parte interesada

CERTIFICA

Que el Doctor LUIS A. SALCEDO C. se encuentra desarrollando en esta casa de salud labores pertinentes a su tesis de grado titulada **"EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LA ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS EN LOS HOSPITALES CANTONALES DE ALAMOR, AMALUZA, MACARÁ Y VILCABAMBA"** .

Es cuanto puede testimoniar en honor a la verdad.

Atentamente

José Miguel Sánchez
Dr. José Miguel Sánchez



JEFE DEL AREA DE SALUD N° 12 VILCABAMBA