



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

**ÁREA DE SALUD HUMANA
NIVEL DE POSTGRADO
CARRERA DE MEDICINA**

**“EVALUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA
APLICACIÓN DE LAS GUÍAS PRACTICO CLÍNICAS EN
EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS EN EL HOSPITAL BÁSICO
“DR. GUIDO DÍAZ JUMBO” ÁREA N°8 – CATACocha DE
LA PROVINCIA DE LOJA, PERIODO MAYO 2008 - MAYO
2010”**

**TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE CIRUJANO GENERAL**

AUTOR:

Dr. Henry Estuardo Vallejo Ramírez.

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Nelson Samaniego Idrovo

ASESORA

Lic. María Luisa Sempértegui

LOJA- ECUADOR - 2012

CERTIFICACIÓN

Dr.

Nelson Samaniego Idrovo.

DIRECTOR DE TESIS-

CERTIFICA:

Que ha supervisado el siguiente trabajo titulado “EVALUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS PRACTICO CLÍNICAS EN EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS EN EL HOSPITAL BÁSICO “DR. GUIDO DÍAZ JUMBO” ÁREA N°8 – CATACocha DE LA PROVINCIA DE LOJA, PERIODO MAYO 2008 - MAYO 2010, el mismo está de acuerdo con lo estipulado por la Universidad, por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Loja, marzo del 2011.

Dr. Nelson Samaniego Idrovo.

AUTORÍA

Todas las ideas, afirmaciones y protecciones que constan en el presente trabajo de investigación, el cual ha sido puesto en ejecución, son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Loja, marzo de 2012

Dr. Henry Estuardo Vallejo Ramírez.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sinceros agradecimiento a todo el personal docente y administrativo del Área de salud humana del postgrado de la Universidad Nacional de Loja, especialmente al Dr. Nelson Samaniego Idrovo quien ha sido el gestor importante para la realización de este trabajo de investigación.

A las instituciones de salud por las cuales rote y adquirí conocimientos necesarios y adecuados para mi formación como médico especialista en Cirugía General.

A todo el personal del Hospital Dr. Guido Díaz Jumbo de Catacocha por las facilidades, tiempo y atención brindada para el desarrollo de esta investigación.

A mi familia por su apoyo incondicional.

El autor

DEDICATORIA

De manera especial este trabajo va dedicado a Lorena y Sebastián quienes soportaron mi ausencia y fueron siempre pilares fundamentales en mi vida, siempre dándome su comprensión y su apoyo incondicional, a mis padres gestores de mi vida, gracias por su paciencia y apoyo, a mis hermanos y en general a toda mi familia, gracias de todo corazón.

Estuardo Vallejo Ramírez.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Certificación	II
Autoría	III
Agradecimiento	IV
Dedicatoria	V
Resumen	VII
Summary	IX
I. Introducción	1
II. Revisión de literatura	4
III. Metodología	27
IV. Metodica	31
V. Resultados y Discusión	33
VI. Conclusiones	87
VII. Recomendaciones	90
VIII. Bibliografía	92
IX. Anexos	95

RESUMEN

La problemática de la salud en nuestra provincia en lo que respecta a las emergencias quirúrgicas, tiene que resolverse adecuadamente y rápidamente. Ante esta realidad se emprendió en la implementación de guías práctico clínicas en la atención de las emergencias quirúrgicas y simultáneamente la capacitación del recurso humano en su uso, en el periodo mayo 2008 mayo 2009 se intentó resolver parte de la problemática antes observada.

El propósito de esta investigación es: Evaluar y fortalecer el proceso de aplicación de las guías práctico clínicas en emergencias quirúrgicas mediante la verificación de los criterios de calidad aplicados durante su implementación y la medición del impacto sobre la capacidad resolutive y nivel de complejidad del servicio de emergencia del hospital Básico “Dr. Guido Díaz Jumbo” Área N° 8 Catacocha de la provincia de Loja; con la finalidad de diseñar un “plan de mejoras del proyecto”, durante el periodo mayo 2008 hasta mayo 2010.

En años anteriores se instauró un MACROPROYECTO en los hospitales de la provincia de Loja, caracterizado en su primera etapa por la identificación del perfil epidemiológico de las nosologías clínico quirúrgicas, mediante el diagnóstico de la infraestructura física, recursos materiales y equipamiento, así como la evaluación del nivel de conocimiento y habilidades del personal de emergencia; luego de esta etapa se procedió a la Adaptación de las GUÍAS CLÍNICO PRACTICAS EN EMERGENCIAS CLINICO QUIRUGICAS; El presente trabajo consta de dos fases, la primera caracterizada por un estudio retrospectivo descriptivo; y prospectivo de intervención en la segunda fase, con la finalidad de determinar el impacto que produjo la aplicación de guías de práctica clínica en el Hospital “**DR. GUIDO DÍAZ JUMBO**” **ÁREA N°8 – CATACOCHA DE LA PROVINCIA DE LOJA,**

durante los años 2007 y 2008, se inició el presente proyecto desde el mes de mayo de 2008 con la recopilación de datos estadísticos acerca del número de atenciones en el servicio de emergencias, se clasificó a los pacientes de acuerdo a edad y sexo, además se hizo el levantamiento epidemiológico de las diez patologías más frecuentes durante los años 2008 - 2010; y se codificó de acuerdo al CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Decima revisión). Se realizó la medición de la eficiencia en el servicio de emergencia mediante la obtención del porcentaje de emergencias resueltas en el servicio y tiempo de resolución por urgencia quirúrgica, de igual manera se contabilizó el número de transferencias realizadas por año y se clasificó de acuerdo a la especialidad requerida.

Para evaluar la calidad del servicio se procedió a realizar encuestas al personal médico, enfermeras y auxiliares del hospital sobre conocimientos básicos en base a la capacitación realizada años atrás, se entrevistó al personal de la emergencia para indagar sobre la aplicación de las guías, número de reuniones de capacitación por año, porcentaje de personal que asistió a las capacitaciones y porcentaje de atenciones realizadas en base a las guías. Se realizaron encuestas a la población para establecer la satisfacción del usuario en cuanto al servicio de emergencia y se dialogó con las autoridades hospitalarias para determinar el plan de mejoramiento y la aplicabilidad de las guías de práctica clínica en el hospital.

Se realizó también la evaluación del manejo de los desechos sólidos en el hospital de acuerdo al instrumento implementado por el ministerio de salud pública y la dirección nacional de salud ambiental.

Conclusión

La aplicación de guías de práctica clínica en emergencias representó un incentivo a los profesionales del hospital y es tan solo una herramienta a tener en cuenta, ante un caso emergente que requiera atención eficaz y oportuna; existiendo unificación de criterios, mayor seguridad en el manejo

del paciente, evidenciado en la disminución de las transferencias quirúrgicas; esto ratifica la relevancia del presente trabajo de investigación, pues se ha demostrado que la aplicación de las Guías de Práctica Clínicas en cualquier especialidad mejora la eficiencia y calidad de atención

Palabras claves

Guías de práctica clínico-quirúrgicas Emergencias quirúrgicas.

SUMMARY

The problem of the health in our county in what concerns to the surgical emergencies, has to be solved appropriately and quickly. In the face of this reality it was undertaken in the clinical practical implementation of guides in the attention of the surgical emergencies and simultaneously the training of the human resource in their use, in the period May 2008 May 2009 tried to be solved part of the problem before observed.

The purpose of this investigation is: To evaluate and to strengthen the process of application of the clinical practical guides in surgical emergencies by means of the verification of the approaches of quality applied during their implementation and the mensuration of the impact on the resolatory capacity and level of complexity of the service of emergency of the Basic hospital "Dr. Guido Díaz Jumbo" Area N° 8 Catacocha of the county of Loja; with the purpose of designing a "plan of improvements of the project", during the period May 2008 until May 2010.

In previous years you establishes a MACROPROYECTO in the hospitals of the county of Loja, characterized in their first stage by the identification of the epidemic profile of the surgical clinical nosologías, by means of the I diagnose of the physical infrastructure, material resources and equipment, as well as the evaluation of the level of knowledge and the emergency personnel's abilities; after this stage you proceeded to the Adaptation of the CLINICAL GUIDES you PRACTICE IN CLINICAL EMERGENCIES QUIRUGICAS; The present work consists of two phases, the first one characterized by a descriptive retrospective study; and prospective of intervention in the second phase, with the purpose of determining the impact that produced the application of guides of clinical practice in the Hospital "DR. GUIDO DÍAZ JUMBO" AREA N°8 - CATACOCHA OF THE COUNTY

DE LOJA, during the years 2007 and 2008, the present project began from the month of May of 2008 with the summary of statistical data about the number of attentions in the service of emergencies, it was classified the patients according to age and sex, the epidemic rising of the ten more frequent pathologies was also made during the years 2008 - 2010; and it was coded according to the CIE-10 (international statistical Classification of illnesses and problems related with the health, Tenth revision). he/she was carried out the mensuration of the efficiency in the emergency service by means of the obtaining of the percentage of emergencies solved in the service and time of resolution by surgical urgency, in a same way the number of transfers was counted carried out per year and it was classified according to the required specialty.

To evaluate the quality of the service you proceeded to carry out surveys to the medical personnel, nurses and assistants of the hospital it has more than enough basic knowledge based on the training carried out years behind, he/she interviewed to the personnel of the emergency to investigate on the application of the guides, I number of training meetings per year, personnel's percentage that attended the trainings and percentage of attentions carried out based on the guides. They were carried out surveys to the population to establish the user's satisfaction as for the emergency service and one dialogued with the hospital authorities to determine the plan of improvement and the applicability of the guides of clinical practice in the hospital.

He/she was also carried out the evaluation of the handling of the solid waste in the hospital according to the instrument implemented by the ministry of public health and the national address of environmental health.

Conclusion

The application of guides of clinical practice in emergencies represented an incentive to the professionals of the hospital and it is so alone a tool to keep in mind, before an emergent case that requires effective and opportune attention; existing unification of approaches, bigger security in the patient's

handling, evidenced in the decrease of the surgical transfers; this ratifies the relevance of the present investigation work, because it has been demonstrated that the application of the Clinical Guides of Practice in any specialty improves the efficiency and quality of attention

Key words

Clinical-surgical practice guides. Surgical emergencies.

I. INTRODUCCIÓN

Los Hospitales cantonales de la provincia de Loja tienen la categoría de Hospital Básico dentro del Segundo Nivel de atención del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y como tal deben brindar atención ambulatoria, emergencia y hospitalización de corta estancia en las áreas de Medicina General, Ginecología – Obstetricia, Pediatría y Cirugía; además de cumplir acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y Odontología¹. Para tal efecto disponen de: infraestructura física, personal especializado como médicos, enfermeras, tecnólogos y auxiliares de enfermería, además están provistos de fármacos, insumos médicos y material de curación, instrumental médico. Y cuentan con servicios auxiliares de diagnóstico como laboratorio clínico y rayos X.

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

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

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

Frente a la problemática expuesta, y luego de esta primera intervención ya realizada nuestro proyecto tiene como objetivo el de medir los cambios provocados y su impacto en la capacidad resolutive de los hospitales cantonales, y de manera particular en el Hospital Dr. Guido Díaz Jumbo Área N 8, ubicado en el cantón paltas de la provincia de Loja, sobre la variación de la tasa de morbilidad, mortalidad y discapacidades producto de las emergencias quirúrgicas atendidas.

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

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

II. REVISION DE LITERATURA

CAPITULO 1

MONITOREO y EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE SALUD

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

El monitoreo es un proceso sistemático y continuo que permite comparar lo planificado (ideal) y lo realizado (real) y el análisis de las diferencias. Requiere disponer de información confiable para sustentar el análisis lo cual constituye la llamada Línea base. Para la realización del monitoreo y evaluación es importante definir con cada proyecto, los indicadores (cualitativos y cuantitativos) para cada actividad y dividir las grandes metas de un programa en metas parciales, esto facilitará objetivizar los resultados del proceso². Los indicadores tienen que responder a los objetivos fundamentales del programa. El resultado de todo trabajo puede ser calificado como bueno o malo, según hayan sido las cualidades y los atributos de los procesos que los generaron y las relaciones de los componentes estructurales donde aquellos asentaron³. En cuanto a atención médica de Emergencia, existe una gama muy grande de cualidades deseables entre las cuales se pueden mencionar las siguientes⁴:

² Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Cataluña (Agencia de evaluación de Tecnología Médica, AATM)

³ Orientaciones para el Monitoreo y Evaluación de Planes Operativos en las regiones, Elaboración de Formatos de Monitoreo y Evaluación, Ministerio de Educación, Gobierno de Perú, Lima, Noviembre 2007.

⁴ Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence, www.cebm.net/levels_of_evidence. Oxford, 2006

- **Oportunidad:** Es decir que la atención debe darse en el momento y en el lugar donde ocurrió el accidente o siniestro causal de las lesiones, con la versatilidad conveniente para afrontar las necesidades de cada víctima y del total de la demanda.
- **Calidad:** Tiene que ver con la eficacia, eficiencia, seguridad, calidez y comodidad con la que debe brindarse la atención y esta directamente relacionado y facilitado por las normas y guías de actuación previamente establecidas por los servicios de emergencia.
- **Integralidad:** Este ítem hace referencia a la importancia de un servicio asistencial aunado a la prevención, promoción y educación de la comunidad con relación a emergencia y violencia.
- **Sostenibilidad:** los servicios en su conjunto deben tener viabilidad técnica, social, política y económica aspectos que dependen de una adecuada planificación de los directivos de la Salud.

El programa de monitoreo, también llamado control y monitoreo, tiene por función básica establecer un sistema que garantice el cumplimiento de las actividades propuestas en un programa de salud. Sus propósitos se resumen en cuatro puntos básicos: 1) Comprobar la realización de las normas o medidas dictadas, 2) Proporcionar información veras que permita verificar los impactos, 3) Comprobar la calidad de las medidas adoptadas, y 4) Ser una importante fuente de datos que permitan mejorar los programas. Se debe identificar al responsable y ejecutores de cada actividad y establecer fechas y periodos de control. Es ideal que exista un comité de control monitoreo y evaluación interno de cada institución y un veedor externo con capacidad de decisión además el periodo ideal de evaluación es de un año que deberá correr desde el primer día en que se inicio la intervención o acción del programa de mejoramiento de servicios de salud⁵.

⁵ OPS: “Vigilancia Sanitaria” HSP- UNI, 1996.

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

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

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

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

1.1 CALIDAD DE ATENCIÓN O ATENCIÓN DE CALIDAD.

En términos generales, la calidad puede definirse como el conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente. Independientemente del enfoque que se adopte, el tema ha venido cobrando creciente importancia, no solo en el sector privado productivo, sino también en los sectores públicos sociales. En el ámbito de los sistemas y servicios de salud se suele aceptar que la calidad tiene dos grandes dimensiones que están relacionadas, aunque son diferentes: la calidad técnica, que desde la perspectiva de los prestadores busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios; y la calidad percibida por los propios usuarios, que toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan.

Refiriéndose a la calidad técnica, Avedis Donabedian afirmó que consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos. La calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y los beneficios. El modelo conceptual de Donabedian abarca tres aspectos del control de la calidad: estructura, proceso y resultados⁶.

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

⁶ Rev Panamericana Salud Publica vol.8 n.1-2 Washington July/Aug. 2000.

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

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

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

atención cotidiana y la demanda masiva esporádica. La calidad global de los servicios de urgencias tiene que preservarse y acrecentarse a través de diversos mecanismos, tales como la acreditación o licenciamiento de los servicios, la re certificación del personal, la protección de la estructura física y el establecimiento de procesos tanto de servicio como de prevención y educación comunitarias y el desarrollo social integral⁷.

⁷ Escala para la clasificación de la evidencia en Guías de Práctica Clínica de la Agencia Nacional de acreditación et de evaluación en Santé (ANAES) de Francia

CAPITULO 2

LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS CLINICO QUIRURGICAS EN EL ECUADOR

La escases de información estadística oficial en los servicios de salud en toda América latina es una dificultad enorme para realizar análisis exactos de la calidad de atención de emergencias, sin embargo existen datos que a pesar de ser incompletos y muchas veces no pueden ser sujetos a comprobación, nos dan una idea global de que los países de América latina comparten en gran medida una problemática similar en cuanto a la atención en los servicios de emergencia de los hospitales del sector publico, la accidentalidad y la violencia constituyen la primera causa de mortalidad en adultos jóvenes en muchas ciudades de América Latina⁸. Según datos del INEC del año 2000 la sexta causa de muerte en el Ecuador estuvo relacionada con violencia y accidentes de transito, lo cual podría haber incluso aumentado hasta ocupar en el año 2006 el cuarto lugar según datos de la Policía Nacional. Así pues, el transporte terrestre, en las carreteras del Ecuador lamenta decenas de muertes y centenares de víctimas que deben recibir atención médica en las diferentes casas de salud de los cantones y urbes del país por lesiones de este origen. Este panorama justifica la necesidad de contar con servicios asistenciales con una capacidad operativa bien consolidada y flexible y con redes que enlacen los servicios en un sistema efectivo y eficiente que tenga una cobertura aceptable en los diferentes cantones y provincias

.

Los servicios no sólo deben existir, deben además funcionar y hacerlo bien, sus productos deben tener una calidad aceptable y permanente, las prestaciones deben hacerse en ambientes que garanticen la seguridad y el

⁸ Situación de salud Ecuador 2006, OPS/OMS representación en Ecuador, Quito, 2006 Edit. Lápiz y Papel.

confort de usuarios y prestadores, el conjunto de servicios debe estar integrado y debe tener sostenibilidad técnica, social y económica. Una diferencia sensible entre la Unidad de Emergencia y el resto de los servicios del hospital estriba en que en sus ambientes se concentra gran parte de todas las actividades del hospital, con la finalidad de lograr que en pocos minutos se logren salvar vidas que al ingreso parecían irremediablemente perdidas. Algunos expertos opinan que si esto no se consigue rutinariamente, el servicio amerita ser rediseñado⁹.

El esfuerzo por mejorar el nivel técnico del servicio de urgencias y de las áreas críticas puede permitir alcanzar la excelencia en la atención del paciente grave, pero podría resultar insuficiente cuando arriban simultánea e inesperadamente 20 ó 30 heridos graves. Esto justifica la necesidad de implementar redes de servicios y sistemas para la atención de urgencias médicas de presentación masiva. El despliegue tecnológico en los hospitales tiene un costo abrumador, en particular en las áreas críticas. Esto exige correlacionar las necesidades de la víctima con la disponibilidad tecnológica de los servicios. Una atención hospitalaria ambulatoria de Emergencia en Ecuador, el caso de un hospitalizado que recibió atención en trauma, cirugía y cuidados intensivos e incapacidad por tres meses puede promediar los 31000 dólares según una estimación oficiales del MSP del año 2008.

Toda mejora tecnológica e inversión en equipamientos e instalaciones debe descansar sobre una exigencia previa de seguridad hospitalaria. Los hospitales en el país deberían reunir requisitos mínimos de seguridad, no sólo en sus procesos y resultados sino también brindándole un lugar seguro al profesional que presta sus servicios dentro de su estructura física. Un Hospital Seguro se puede definir como aquel que: 1) puede garantizar que los pacientes que acuden sean tratados con el mayor nivel de calidad, prontitud y que sus componentes tecnológicos estén acordes con las

⁹ US Preventive Task Force. Guide to clinical preventive services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions. Baltimore: Williams and Wilkins, 1989.

necesidades y su nivel de atención, y; 2) debe garantizar su capacidad de seguir funcionando adecuadamente para prestar asistencia médica oportuna y eficaz a la población afectada en caso de desastres naturales o problemas sociales políticos que afectaren a la comunidad que lo rodea¹⁰.

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

Un problema notable en los Servicios de Emergencia en el Ecuador es su número de camas, limitado a la vez que ocupado en casi siempre su totalidad y donde buena parte de pacientes esperaba hospitalización por períodos algunas veces mayores a las 24 horas (las mayores estancias eran casos con problema social)¹¹. Muchos pacientes además aquejan limitaciones económicas, en tal forma que del 30% al 50% son catalogados como insolventes, debiendo la institución prestadora de servicios solventar los gastos de diagnóstico, hotelería y las medicinas disponibles. Es derecho del usuario la atención de urgencia en forma gratuita, así lo reza la constitución y las unidades médicas deben garantizar este derecho.

La categorización de acuerdo a la complejidad tecnológica de las unidades de salud, cobra su máxima importancia en el caso de las emergencias, cuando se requiere hacer referencia del paciente grave desde el foco del siniestro a un hospital, que garantice la disponibilidad inmediata de determinados servicios. En algunas grandes ciudades de América Latina se está haciendo esfuerzos consistentes para instalar redes de servicios que

¹⁰ Ministerio de Salud de Chile. Realización de Protocolos o Guías prácticas clínicas. Santiago, 2003

¹¹ Manual de Organización de la Áreas de la Salud, MSP del Ecuador, edición 1994 Quito – Ecuador.

permitan orientar la demanda y racionalizar el uso de los servicios, poniendo énfasis en que toda persona en situación de urgencia debe recibir atención, pero el caso grave amerita la prioridad en la cadena de supervivencia. Este hecho tiene gran importancia en el funcionamiento de los Servicios de Emergencia, pero alcanza importancia crucial cuando se debe afrontar la demanda masiva generada por un gran siniestro. Todo establecimiento de salud debe tener disponibilidad técnica para la atención básica de todo tipo de urgencias; pero, comprensiblemente, sólo algunos hospitales podrán concentrar una elevada capacidad tecnológica. Lo valioso es eslabonar las capacidades de los diversos niveles para lograr una cadena de atención efectiva.

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

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

1. Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud;
2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de los riesgos y daños a la salud pública;
3. Promoción de la salud;
4. Participación social en la salud;
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión de la salud pública;
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional en la reglamentación y su cumplimiento en materia de salud pública;
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios;

8. Desarrollo y capacitación de recursos humanos en salud pública;
9. Garantía de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos;
10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública;
11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud.

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

- El desarrollo de políticas, la planificación y realización de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana para reducir el impacto de los desastres sobre la salud pública.
- Un enfoque integral con relación a los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país.
- La participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial e interinstitucional en la reducción del impacto de emergencias o desastres.
- La gestión de la cooperación intersectorial e internacional en la solución de los problemas de salud generados por emergencias y desastres¹².

La autoridad sanitaria en el Ecuador, por medio de un proceso de Licenciamiento, otorga un permiso de funcionamiento a las unidades de

¹² Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), Organización Panamericana de la Salud (OPS), "La salud pública en las Américas", Revista Oficial, 2002.

atención previa verificación del cumplimiento de requisitos estándares mínimos para prestar servicios de salud. De esta manera se garantiza que los servicios de salud pública y privada cuenten con los recursos humanos, infraestructura, equipamiento y cumplan normas que protejan la salud de los usuarios. En forma general existe una normativa para el tipo de atención que debe prestar cada unidad de atención según su Nivel

Así tenemos los servicios de *primer nivel*, como puestos de salud, subcentros y centros de salud, cuya capacidad resolutive se limita a brindar primeros auxilios, realizar curación, suturas menores, reanimaciones primarias y referirá a los pacientes a una unidad de mayor complejidad si así fuera necesario. Los de *segundo nivel*, como el Hospital Básico que atiende todas las patologías clínico quirúrgicas y resuelve procesos emergentes que no requieran terapia intensiva y atención avanzada de trauma; y , Hospital General, que resuelve emergencias clínico quirúrgicas en las cuatro especialidades básicas de la medicina y cuenta con terapia intensiva y brinda optima atención al trauma complejo. Los de *tercer nivel*, que son el Hospital de Especialidades y el Hospital Especializado, cuyo nivel de resolución es máximo donde se atiende patologías de toda especialidad o de una en especial respectivamente y se resuelve el máximo nivel de trauma.

2.1.1 LOS TALENTOS HUMANOS

El desarrollo tecnológico ha reafirmado el valor del juicio clínico y la importancia de aquellas destrezas que son cruciales en la cadena asistencial para la supervivencia del paciente grave; en ello el recurso humano es capital. Todo paciente que requiere atención de urgencia debe ser atendido idealmente desde el lugar donde ocurre el evento. Parte de los

servicios que se dan en el lugar del traumatismo, están ligados a su supervivencia. El rescate y el traslado a los establecimientos asistenciales son acciones con frecuencia prestadas por personal no médico que luego se complementa con los primeros auxilios o el soporte básico de vida y trauma según la gravedad del paciente. Cuando esta primera fase es exitosa incide poderosamente en la supervivencia de los graves y esto repercute en el rendimiento de los servicios de emergencia. Los servicios pre hospitalarios en el Ecuador son: bomberos, policía, paramédicos y otros socorristas juegan un importante papel en el destino de las víctimas. Esto exige extender el conocimiento y ciertas destrezas como parte substancial de la cadena de supervivencia.

En la emergencia de los hospitales apenas un tercio de los solicitantes de atención requerirá atención de urgencia y eventuales estudios diagnósticos, y entre 2% y 5% por la extrema gravedad de sus lesiones y requerirá medidas intervencionistas inmediatas para salvarles la vida. Esos procedimientos deben ejecutarse al ingreso y pautarse en guías operativas para mejorar su efectividad; la vigilancia de su calidad es decisiva. El traumatismo múltiple y el paro cardio respiratorio llevan a la muerte inmediato a la mitad de sus víctimas. La administración precoz de soporte básico y avanzado de vida o trauma logra los máximos beneficios cuando se prioriza la enseñanza de esos procedimientos a médicos y paramédicos. Todo esto explica la necesidad de contar con una gama de recursos humanos para operar cada eslabón de la cadena de supervivencia: comunidad, primera respuesta, socorristas o paramédicos, y profesionales especializados en Medicina de Emergencias. En Ecuador el MSP no ha estandarizado la atención de las emergencias clínico - quirúrgicas por lo que ha quedado a discreción y experiencia de los médicos de las unidades de salud la mejor forma de atenderlas.

CAPITULO 3

LAS GUÍAS PRACTICO CLINICAS.

Las guías aplicadas por el macroproyecto que engloba al presente proyecto, son las elaboradas y sugeridas por OMS, las mismas que fueron adaptadas para su aplicación en nuestro medio en la fase correspondiente del desarrollo investigativo. Las guías para la actuación en emergencias clínico quirúrgicas surgen ante la necesidad de reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial. Constituye una ayuda en el proceso de decisión el presentar alternativas de diagnóstico y terapéutica a seguir. Las guías no limitan al personal sanitario en su práctica clínica, ya que deben ofrecer recomendaciones suficientes flexibles y adaptables a las características del enfermo en cuestión¹³. Una guía de procedimientos clínico quirúrgico es un conjunto de aplicaciones estandarizadas desarrolladas mediante un proceso formal que incorpora la mejor evidencia científica de efectividad con asesoría experta.¹⁴

3.1. CARACTERÍSTICAS DE UNA GUÍA DE PROCEDIMIENTOS y ATENCION.

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

1. **Validez:** Cuando la guía de procedimientos clínico quirúrgica es llevada a la práctica, el seguimiento de sus recomendaciones

¹³ 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.

¹⁴ Practice management guidelines for nutritional support of the trauma patient The EAST Practice Management Guidelines Workgroup. 2003.

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 la guía de procedimiento clínico quirúrgico.

2. **Fiabilidad y Reproducibilidad:**

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

3. **Aplicabilidad clínica:** Los grupos de pacientes a los que son aplicables las guías deben estar bien identificados, y que sus recomendaciones sean aplicables en la práctica cotidiana.
4. **Flexibilidad:** Deben especificarse las excepciones conocidas y esperadas, en las que las recomendaciones no son aplicables.¹⁵
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.¹⁶
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

¹⁵ Validity of the Agency for Healthcare Research and quality Clinical Practice Guidelines. How quickly do guidelines become outdated? JAMA. 2001; 286: 161-1467.

¹⁶ Romero A. como diseñar un plan de implementación de una guía de prácticas clínicas RED DE GUÍAS. Guías de Salud, 2005. <http://www.guiasalud.es>.

modificaciones, según nuevas evidencias clínicas o cambios en los consensos profesionales.

El desarrollo de las guías implica la necesidad de evaluar objetivamente los resultados del accionar médico, sobre sus aproximaciones diagnósticas y terapéuticas para tal o cual enfermedad. La denominación “guía de práctica” supera al término “protocolo de actuación” ya que sugiere una flexibilidad mayor en el accionar médico ante un problema determinado. La implementación de guías de práctica clínica esta en auge en todo el mundo y algunas de sus ventajas se enumeran a continuación¹⁷:

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

Sin embargo en América Latina no hay estudios de efectividad o impacto de la aplicación de guías de práctica clínica muchas de ellas implementadas en diferentes áreas de la medicina desde hace muchos años. La política de la

¹⁷ Categorías adaptadas de: A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. Robin Harbour and Juliet Miller. BMJ 2001; 323: 334-336.

OMS ha sido la de protocolizar la actuación del personal sanitario frente a las diversas situaciones de salud. Estos protocolos y/o guías han sido adoptadas y tienen gran aceptación y apoyo en la comunidad médica alrededor del mundo. La importante labor de OMS va más allá del abordaje de las enfermedades y prevención de las mismas, actualmente ya existen lineamientos respecto de las discapacidades resultantes de estados mórbidos. Al respecto dice:

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

fundamental para la obtención de los logros reseñados. Esta área de trabajo, en particular el apartado de prevención de los traumatismos y la violencia, es relativamente nueva en el campo de la salud pública internacional. Se precisan esfuerzos constantes por parte de la OMS y sus asociados para consolidar su lugar dentro del programa internacional de salud pública y asegurar la existencia de unos vínculos y una colaboración estrechos entre las instituciones y dentro de los gobiernos.”¹⁸

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

¹⁸ WHO ear and hearing disorders survey, protocol for a population-based survey of prevalence and causes of deafness and hearing impairment and other ear diseases (document WHO/PBD/PDH/99.8(1)).

CAPITULO 4

MANEJO DE DESECHOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

El ministerio de Salud Pública del Ecuador ha adoptado las normas y reglamento propuesto por Fundación Natura en 1997 documento diseñado con la finalidad de proveer a los establecimientos de salud, estrategias que permitan: 1) incrementar de *seguridad*, evitando la exposición de los trabajadores y la comunidad, 2) Trabajar por la *salud publica*, a través del control de esta vía de diseminación de infecciones, y: 3) mejorar la *calidad del ambiente* disminuyendo la contaminación¹⁹

La inadecuada recolección, transporte, almacenamiento y disposición de los desechos hospitalarios puede provocar danos físicos serios e infecciones graves al personal que labora en los hospitales, los pacientes y la comunidad en general. Un mal manejo de desechos puede facilitar la transmisión de enfermedades intrahospitalarias, causando un aumento en el número de días de hospitalización, costos y mortalidad hospitalaria. Heridas corto punzantes pueden transmitir infecciones como hepatitis B y C, VIH, toxoplasmosis, bacterias como estreptococos y estafilococos. Además existen sustancias químicas y desinfectantes hospitalarios que representan un riesgo adicional. Todo riesgo infeccioso o químico puede ser controlado mediante un manejo adecuado de desechos hospitalarios. Existe un reglamento de manejo de desechos hospitalarios en el Registro Oficial No. 106, de enero 1997, que establece políticas nacionales adaptadas y controladas por la Dirección de Salud Ambiental del Ministerio de Salud. Las normas técnicas que deben cumplirse en cada fase deben regirse en la clasificación de Tipos de desechos.

Desechos de Tipo general o común: Son aquellos que no representan un riesgo adicional a la salud humana y el ambiente, y no requieren un manejo

¹⁹ZABALA, Marcia, Manual para el manejo de desechos en establecimientos de salud, OPS, Fundación Natura, Pags 11 – 100, Folleto único 1997.

especial Constituyen alrededor del 80% de los desechos hospitalarios, ejemplos de ello son: papel, cartón, alimentos desechados etc.

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

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

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

Los desechos debidamente clasificados se deben colocar en recipientes específicos para cada tipo y eviten la dispersión de gérmenes. El piso debe estar libre de desechos o recipientes provisionales. La mayor parte de desechos líquidos se eliminan directamente en los desagües Los recipientes deben tener algunas características que permitan su utilización algunas de ellas se mencionan a continuación: Herméticos, Resistentes a elementos

corto punzantes, impermeables, de tamaño adecuado, claramente identificables con los colores Rojo (desechos infecciosos), Negro (comunes o generales), Gris (reciclables) Amarillo (Radiactivos) Verde (orgánicos).

La separación y clasificación correcta de desechos tienen la ventaja de aislar los desechos infecciosos como especiales y permiten tomar las precauciones con este pequeño grupo (casi 20%) del total de basura hospitalaria. Además reduce el riesgo de exposición de las personas a la materia infecciosa y facilita la tarea de reciclaje de materiales. El almacenamiento y transporte realizados con criterio técnico, evita la dispersión de los gérmenes contaminantes. Deberían existir al menos tres recipientes en cada área para los desechos generales, infecciosos y corto punzantes. El transporte se realizará en recipientes y vehículos que garanticen su función en forma rápida y segura, sus características deben ser las siguientes: 1) tener un tamaño adecuado acorde a la cantidad de residuos a recolectar. 2) ser estables para evitar derrames, ser cómodos de manejar. 3) se utilizaran exclusivamente para transportar desechos. 4) El carro recolector no entrara al área de diagnóstico o tratamiento de pacientes. 5) Los recipientes irán herméticamente cerrados. 6) después de la operación los carros serán lavados y desinfectados. 7) Se contará con equipo para manejar derrames tales como: pala, absorbentes, equipo de protección personal etc.

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

4.1 MARCO LEGAL

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

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

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

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

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

Art 55.- Son obligaciones del Comité de Manejo de Desechos Hospitalarios, y otras instancias similares: 1) Planificar ejecutar y evaluar el Programa de manejo de Desechos, tomando en cuenta aspectos organizativos y técnicos. 2) Evaluar índices de infecciones nosocomiales, 3) Coordinar el desarrollo de programas permanentes de capacitación para todo el personal. 4)

Prevenir problemas ambientales y de salud ocasionados por los desechos y desarrollar planes de contingencia para casos de contaminación ambiental.

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

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

4.2 ORGANIZACIÓN DEL COMITÉ DE MANEJO DE DESECHOS.

La calidad de atención se refleja en el aseo, limpieza y desinfección de la unidad de atención de salud. Para lograr este propósito debe contar con: 1) un Comité de Manejo de Desechos, con su respectivo coordinador, 2) un programa establecido que oriente las acciones, 3) Un compendio de normas y procedimientos que serán conocidos y aplicados por todo el personal, y 4) un programa de control y monitoreo. A pesar de los costos que implica el manejo de desechos hospitalarios, no deberá exceder el 0.25% del presupuesto total del hospital²⁰.

El comité estará dirigido por el Director Médico y sus integrantes serán los/las jefes de los servicios o áreas que producen mayor cantidad de

²⁰ Coad A.: Managing medical wastes in developing countries, WHO/PEP/RUD/94.1 OMS, Ginebra, 1994.

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

CAPITULO 5

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

El proceso de evaluación, dentro de la ingeniería de programas de salud, exige la delimitación de criterios en los cuales se basará y reflejará el cambio o mejoramiento, razón de ser del desarrollo de los programas. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha adoptado diferentes materias estratégicas cuyo desarrollo implican mejoramiento en la calidad, eficiencia y efectividad de los programas de salud pública. Los indicadores que emplea el ministerio se clasifican en Indicadores de “Rendimiento o Producción” e Indicadores de “Calidad de Atención” dentro de los cuales toman un rol protagónico los indicadores de calidez en la atención que son los que mayor impacto causan en la satisfacción de los usuarios atendidos. Los indicadores de calidad de atención de emergencia hospitalarias mundialmente conocidos y aceptados son aquellos que miden factores como: a) tiempo de resolución de una emergencia, b) capacidad resolutoria del servicios de emergencia, c) número de pacientes atendidos y transferidos, d) frecuencia de discapacidades producto de situaciones de emergencia atendidas, e) indicadores de infraestructura hospitalaria.

Los *indicadores de Rendimiento o Producción* son ideales para medir el impacto de un programa de intervención hospitalaria. Permiten realizar diagnósticos situacionales que constituyen la “Line Base” de la intervención y luego contrastar estos datos con los obtenidos durante la evaluación. De esta forma se puede objetivizar el grado de capacitación de personal, el rendimiento de cada trabajador y la capacidad operacional de la unidad de atención antes y después de la intervención a la vez que proveen información útil para análisis epidemiológicos. Algunos de los indicadores de producción que constan en los programas oficiales del ministerio y que son aplicables para evaluar servicios de emergencia son: número de pacientes

atendidos en emergencia por edad y sexo, número de pacientes atendidos por diagnóstico edad y sexo, número de transferencias realizadas por especialidad, porcentaje de emergencias transferidas, porcentaje de emergencias resueltas en el servicios y tiempo de resolución por emergencia quirúrgica. Los *indicadores de Calidad de Atención* aplicados por el ministerio son: porcentaje de emergencias resueltas en el servicio, número de reuniones de capacitación al personal llevadas a cabo, porcentaje de personal médico y para médico que concurrió a las reuniones de capacitación, porcentaje de atenciones realizadas según las guías implementadas, tasa de mortalidad de las emergencias quirúrgicas atendidas, entre otras²¹.

²¹ Servicios de atención integral para la prevención y atención de la violencia, *Dirección Normatización*, Quito, abril, 2008.

III. METODOLOGIA

Unidad de estudio Hospital Básico “DR. GUIDO DIAZ JUMBO” AREA N 8
– CATACOCHA.

Lugar de estudio Catacocha - Provincia de Loja

Fecha y periodo Mayo 2008 – Mayo 2010

Tipo de estudio Retrospectivo Descriptivo en la primera fase, y;
Prospectivo de intervención en la segunda fase.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1. CARACTERIZACION Y DEFINICION DE LOS AMBITOS DE EVALUACION.

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

2. CARACTERISTICAS Y ESTANDARES DE CALIDAD.

- ▶ Indicadores de Producción (eficiencia): número de pacientes atendidos por diagnóstico edad y sexo, número de transferencias realizadas por especialidad, porcentaje de emergencias transferidas, porcentaje de emergencias resueltas en el servicios, tiempo de resolución por emergencia quirúrgica, y discapacidades producto de situaciones emergentes de pérdida de la salud. (ver anexo 2).

- ▶ Indicadores de Calidad y Calidez: porcentaje de pacientes satisfechos, porcentaje de emergencias resueltas en el servicio, número de reuniones de capacitación al personal llevadas a cabo, porcentaje de personal médico y para médico que concurrió a las reuniones de capacitación, porcentaje de atenciones realizadas aplicando las guías implementadas, porcentaje de diagnósticos consignados según la codificación CIE 10, tasa de mortalidad de las emergencias quirúrgicas atendidas, tasa de discapacidad temporal y permanente de los pacientes atendidos (ver anexo 3).

3. ACTIVIDADES DE CAMPO

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

- Porcentaje de atenciones realizadas según las guías implementadas y porcentaje de diagnósticos consignados según la codificación CIE 10,
- Calcular la tasa de mortalidad de las emergencias quirúrgicas atendidas y la tasa de discapacidad temporal y permanente de los pacientes atendidos.

4. SOCIALIZACIÓN DE RESULTADOS

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

IV. METODICA

Con la finalidad de determinar el impacto que produjo la aplicación de guías de práctica clínica en el Hospital “**DR. GUIDO DIAZ JUMBO**” **AREA N°8 – CATACocha DE LA PROVINCIA DE LOJA**, durante los años 2007 y 2008, se inició el presente proyecto desde el mes de Mayo de 2008 con la recopilación de datos estadísticos acerca del número de atenciones en el servicio de emergencias, se clasificó a los pacientes de acuerdo a edad y sexo, además se hizo el levantamiento epidemiológico de las diez patologías más frecuentes durante los años 2008 - 2010; y se codificó de acuerdo al CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Decima revisión). Se realizó la medición de la eficiencia en el servicio de emergencia mediante la obtención del porcentaje de emergencias resueltas en el servicio y tiempo de resolución por urgencia quirúrgica, de igual manera se contabilizó el número de transferencias realizadas por año y se clasificó de acuerdo a la especialidad requerida.

Para evaluar la calidad del servicio se procedió a realizar encuestas al personal médico, enfermeras y auxiliares del hospital sobre conocimientos básicos en base a la capacitación realizada años atrás, se entrevistó al personal de la emergencia para indagar sobre la aplicación de las guías, número de reuniones de capacitación por año, porcentaje de personal que asistió a las capacitaciones y porcentaje de atenciones realizadas en base a las guías. Se realizaron encuestas a la población para establecer la satisfacción del usuario en cuanto al servicio de emergencia y se dialogó con las autoridades hospitalarias para determinar el plan de mejoramiento y la aplicabilidad de las guías de práctica clínica en el hospital.

Se realizó también la evaluación del manejo de los desechos sólidos en el hospital de acuerdo al instrumento implementado por el ministerio de salud pública y la dirección nacional de salud ambiental.

Los presentes resultados son producto de la obtención de datos del servicio de estadística del Hospital **“DR. GUIDO DIAZ JUMBO” AREA N°8 – CATACOCCHA DE LA PROVINCIA DE LOJA,,** se realizó un estudio minucioso con el fin de determinar con globalidad la eficacia en la resolución de patologías atendidas en el servicio de Emergencia de dicho Hospital y determinar la aplicabilidad de las guías clínico quirúrgicas su impacto y sobre todo eficacia en las mismas.

V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados son presentados por motivos de claridad en 4 apartados.

Apartado I: Comportamiento Epidemiológico de las Atenciones en Emergencia del Hospital DR. GUIDO DIAZ JUMBO” ÁREA N°8 – Catacocha de la provincia de Loja, periodo mayo 2008 a mayo 2010.

Apartado II: Nivel de Conocimientos Del personal que labora en El Hospital “Dr. Guido Díaz Jumbo” Área N°8 – Catacocha de la provincia de Loja, con respecto al Uso de Guías Clínicas prácticas de manejo de pacientes

Apartado III: Satisfacción del Usuario.

Apartado IV: Evaluación de Bioseguridad.

APARTADO I

Comportamiento Epidemiológico de las Atenciones en Emergencia del Hospital DR. GUIDO DIAZ JUMBO” AREA N°8 – CATACOCCHA DE LA PROVINCIA DE LOJA, periodo mayo 2008 a mayo 2010.

Tabla N°1

FRECUENCIA DE ATENCIONES POR AÑO en emergencia del Hospital “Dr. Guido Díaz Jumbo” Área N°8 – Catacocha de la provincia de Loja, periodo mayo 2008 a mayo 2010.

Año	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
2008	1889	26,30%	
2009	3745	52,10%	
2010	1548	21,60%	
Total	7182	100,00%	



Fuente: Estadística del Hospital

Elaboración: El autor

El año de mayor atención en el periodo de estudio es el 2009 con el 52.10% de la población en estudio, seguido del 26,30 % correspondiente al año 2008, y el periodo de menor atención es en el año 2010 con 22.60% de todas las atenciones en emergencia.

Tabla N°2

ATENCIONES DE EMERGENCIA POR ESPECIALIDAD del Hospital “Dr. Guido Díaz Jumbo” Área N°8 – Catacocha de la provincia de Loja, periodo mayo 2008 a mayo 2010

ESPECIALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
CIRUGÍA	2323	32,30%	
MEDICINA INTERNA	2273	31,70%	
PEDIATRIA	2000	27,90%	
GINECO – OBSTETRICIA	581	8,10%	
ANESTESIOLOGÍA	5	0,10%	
Total	7182	100,00%	





Fuente: Estadística del Hospital

Elaboración: El autor

El mayor número de atenciones en el área de emergencia es efectuado en la especialidad de Cirugía con un 32.30%; seguidos de Medicina Interna 31.70%, Pediatría 27,90%, Gineco Obstetiz 8,10% y Anestesiología el 0,10%.

Tabla N°3

TRANFERENCIA de los pacientes de emergencia del Hospital “Dr. Guido Díaz Jumbo” Área N°8 – Catacocha de la provincia de Loja, periodo mayo 2008 a mayo 2010

TRANSFERIDO A	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
DOMICILIO	6143	85,50%	
HOSPITALIZACIÓN	801	11,20%	
OTRO HOSPITAL	233	3,20%	
FALLECIDO	5	0,10%	
TOTAL	7182	100,00%	

Fuente: Estadística del Hospital






Elaboración: El autor

Del total de los pacientes atendidos en el área de emergencia, la mayoría fueron transferidos a su Domicilio 85.50%; Hospitalización 11.20%; Otro Hospital 3,20% y 0,10% Fallecieron en dicha área.

Tabla N°4

TRANSFERENCIA DE PACIENTES POR ESPECIALIDAD, del servicio de emergencia del Hospital “Dr. Guido Díaz Jumbo” Área N°8 – Catacocha de la provincia de Loja, periodo mayo 2008 a mayo 2010

PACIENTES TRANSFERIDOS A DOMICILIO POR ESPECIALIDAD.

ESPECIALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
MEDICINA INTERNA	2063	33,60%	
CIRUGÍA	1998	32,50%	
PEDIATRIA	1910	31,10%	
GINECO - OBSTETRICIA	168	2,70%	
ANESTESIOLOGÍA	4	0,10%	
Total	6143	100,00%	






Fuente: Estadística del Hospital

Elaboración: El autor

Se puede evidenciar que del total de pacientes atendidos en emergencia y transferidos a domicilio la mayoría pertenecían a Medicina Interna 33,60%; Cirugía 32,50%; Pediatría 31,10%; Gineco Obstetricia 2,70% y Anestesiología 0,10%.

Tabla N°5

PACIENTES TRANSFERIDOS A HOSPITALIZACIÓN POR ESPECIALIDAD, del área de emergencia de Hospital “Dr. Guido Díaz Jumbo” Área N°8 – Catacocha de la provincia de Loja, periodo mayo 2008 a mayo 2010

ESPECIALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
GINECO - OBSTETRICIA	352	43,90%	
MEDICINA INTERNA	187	23,30%	
CIRUGÍA	180	22,50%	
PEDIATRIA	82	10,20%	
ANESTESIOLOGÍA	0	0,00%	
Total	801	100,00%	

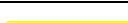




Fuente: Estadística del Hospital

Elaboración: El autor

De los ingresos realizados por el área de emergencia a hospitalización, la mayoría fueron al servicio de Gineco Obstetricia 43,90%; seguidos de: Medicina Interna con 23.30%; Cirugía con 22.50% y el 10.20% a Pediatría.

Tabla N°6

PACIENTES TRANSFERIDOS A OTRO HOSPITAL DE ACUERDO A LA ESPECIALIDAD. En el área de emergencia del Hospital “Dr. Guido Díaz Jumbo” Área N°8 – Catacocha de la provincia de Loja, periodo mayo 2008 a mayo 2010

ESPECIALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
CIRUGÍA	142	60,80%	
GINECO - OBSTETRICIA	61	26,30%	
MEDICINA INTERNA	21	9,10%	
PEDIATRIA	8	3,40%	
ANESTESIOLOGÍA	1	0,40%	
Total	233	100,00%	

Fuente: Estadística del Hospital

Elaboración: El autor

Del total de las transferencias realizadas a otro Hospital la mayoría correspondieron a Cirugía con 60.80% y Gineco Obstetricia con 26,30%.

Tabla N°7

Pacientes FALLECIDOS en del servicio de emergencia del Hospital “Dr. Guido Díaz Jumbo” Área N°8 – Catacocha de la provincia de Loja, periodo mayo 2008 a mayo 2010






















ESPECIALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
MEDICINA INTERNA	3	60,00%	
CIRUGÍA	2	40,00%	
ANESTESIOLOGÍA	0	0,00%	
GINECO – OBSTETRICIA	0	0,00%	
PEDIATRIA	0	0,00%	
Total	5	100,00%	

Fuente: Estadística del Hospital
Elaboración: El autor

Se puede evidenciar que durante los meses de estudio en Hospital “Dr. Guido Díaz Jumbo” Área N°8 – Catacocha de la provincia de Loja, existió un total de 5 muertes de los cuales la mayoría (3 pacientes) correspondieron a Medicina Interna con el 60% y el 40% correspondió a CIRUGIA.

Tabla N°8

Principales PATOLOGIAS ATENDIDAS EN EL ÁREA DE CIRUGÍA del servicio de emergencia del Hospital “Dr. Guido Díaz Jumbo” Área N°8 – Catacocha de la provincia de Loja, periodo mayo 2008 a mayo 2010.

PATOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
Sutura	706	30,40%	
Herida infectada	488	21,00%	
Abdomen agudo	147	6,30%	
Politraumatismos	71	3,10%	
TEC leve	71	3,10%	
Colelitiasis	59	2,50%	
Trauma ocular	41	1,80%	
Absceso en miembros	36	1,60%	
Quemadura	36	1,60%	
Cólico renal	32	1,40%	
Absceso cutáneo, furunculosis	29	1,20%	
Hiperplasia prostática	26	1,10%	
Mordedura de canino	26	1,10%	
Uña encarnada	26	1,10%	
Cuerpo extraño en oído	24	1,00%	
Lumbalgia	23	1,00%	
Constipación	22	0,90%	
Cuerpo extraño en tejido blando	20	0,90%	
Trauma facial	18	0,80%	
Ciática	17	0,70%	
Total	2323	100,00%	

Fuente: Estadística del Hospital

Elaboración: El autor

Del total de los pacientes atendidos por el área de emergencia y transferidos a Cirugía, la patología más frecuente fue la Sutura con 30,40%; Herida Infectada 21,00% y Abdomen Agudo con 6,30%; entre las principales.

DISCUSIÓN APARTADO I

Para la realización de la presente investigación se realizó el levantamiento epidemiológico de las patologías más frecuentes, su manejo y destino, del área de emergencia del Hospital Dr. Guido Díaz Jumbo, Área N° 8 – Catacocha de la provincia de Loja; para obtener datos que nos reflejen la morbilidad y mortalidad de dicha institución y así poder evaluar el impacto de la aplicación de las Guías de Práctica Clínica en Emergencias quirúrgicas en la atención de pacientes, instauradas en años anteriores.

Es así que nuestro universo de estudio comprendió todos los pacientes atendidos en el área de emergencia y que constan en la hoja 008 durante el periodo, mayo de 2008 a mayo de 2010, encontrándose un total de 7182 pacientes (Tabla N° 2), de los cuales, 2323 (32,30%), pertenecen a la especialidad de Cirugía, 2273 pacientes (31,70%) al área de Medicina Interna, 2000 pacientes (27,90%) a Pediatría y 581 pacientes (8,10%) pertenecieron al área de Gineco – Obstetricia. El género que predominó fue el femenino con un total de 3748 pacientes (52,20 %), frente al masculino con 3434 pacientes (47,80 %).

Las patologías más frecuentes encontradas (tabla 14) fueron las infecciones de tracto respiratorio representadas por un 24,30%, entre las más frecuentes tenemos a la faringitis y síndrome gripal; el 18,1 % pertenecen a patologías de resolución quirúrgica entre las cuales tenemos: la Sutura, la herida infectada y el Abdomen agudo; el 4,6% pacientes con labor de parto y el resto de patologías principalmente pertenecen a patologías de presentación crónica como la HTA, Diabetes entre otras.

Revisando el destino de los pacientes atendidos en emergencia y en comparación al estudio realizado en años anteriores se evidencia que ha ido en aumento; incrementándose de 95,78% al 96,70 % siendo resueltos

satisfactoriamente en el área de emergencia (85.50%); y algunos son ingresados a hospitalización (11.20%); por lo que se puede evidenciar que el Hospital en estudio posee un nivel de resolución aceptable; existiendo un 3,20 % de pacientes que son transferidos a otra casa de salud ; que en comparación al 3,82% encontrados en el estudio anterior en el mismo hospital evidenciándose una reducción mínima de referencias a otro hospital y en caso particular al Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja. En el estudio anterior se encontraron que el 73.04% las transferencias eran de resolución quirúrgica que correspondían a Cirugía y Gineco – obstetricia, en un 55.65 % y 17,39% respectivamente; que en comparación con los datos encontrados en esta investigación en, donde las transferencias realizadas pertenecen a patologías de resolución quirúrgica (tabla 6) en un 87,10 %; correspondientes a Cirugía 60,20% y Gineco - Obstetricia en un 26,30%; ha aumentado considerablemente que posiblemente significa que la mayoría de las emergencias quirúrgicas no son resueltas, ya sea por falta de personal medico especialista y paramédico que cubra las emergencias las 24 horas, a falta de medios y equipos necesarios, o, a la falta de aplicación de las Guías Clínico Quirúrgicas instauradas para resolver dichas emergencias.

Como resultado de este análisis se evidencia que la intervención realizada en años anteriores en el Hospital Dr. Guido Díaz Jumbo con la Aplicación de las Guías de Práctica Clínica en Emergencias Quirúrgicas ha incidido positivamente, no el porcentaje anhelado, ya sea por falta de aplicación de las mismas, o por cambio permanente del personal medico por diversas circunstancias; habiendo mejorado la capacidad resolutive de las patologías de las nosologías clínico - quirúrgicas de la población que demanda atención en esta ciudad.

APARTADO II

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL QUE LABORA EN EL HOSPITAL “DR. GUIDO DIAZ JUMBO” AREA N°8 – CATACocha DE LA PROVINCIA DE LOJA, CON RESPECTO AL USO DE GUIAS CLINICO PRACTICAS DE MANEJO DE PACIENTES.

Se encuesta al personal médico y paramédico del Hospital Básico Guido Díaz Jumbo Área N ° 8 de Catacocha obteniendo los siguientes resultados

Tabla N°9

DOMINIO QUIRÚRGICO Y PREPARACIÓN DEL AMBIENTE.

LITERAL	SEÑALE LO CORRECTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a	Lavado de manos debe ser mínimo de 5 minutos con agua y jabón antiséptico.	0	0 %
b	El VIH se puede transmitir por heridas por agujas o instrumentos contaminados con sangre o con secreciones corporales.	0	0 %
C	Los instrumentos quirúrgicos y los equipos usados en sala de operaciones deben dedicarse para este uso y no deben ser movidos a otro sitio fuera de centro quirúrgico.	0	0 %
d	Es necesario mantener un seguimiento de los materiales a usarse en sala de operaciones para evitar el uso inadvertido o el olvido de materiales dentro de una herida	0	0 %
e	Todas	20	100 %
f	Ninguna de las anteriores.	0	0%
	TOTAL	20	100 %

Fuente: Encuesta Personal

Elaboración: El autor

En esta pregunta se evalúa sobre el dominio quirúrgico y la preparación del ambiente y se evidencia que en su mayoría 100% responden adecuadamente, demostrando que poseen un conocimiento adecuado sobre lo indagado.

Tabla N°10

USO Y MANEJO DE SUTURAS:

LITERAL	LA ELECCIÓN DE LOS MATERIALES DE SUTURA DEPENDE DE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	La disponibilidad	0	0%
B	La preferencia del personal para manejarlo	4	20%
C	La seguridad de los nudos	4	20%
D	El comportamiento del material en presencia de infección	0	0%
E	Todas	12	60%
F	Ninguna	0	0%
	TOTAL	20	100%

Fuente: Encuesta Personal

Elaboración: El autor

En esta pregunta se evidencia que el 60 % del personal encuestado, posee conocimientos adecuados sobre el uso y manejo de suturas existiendo un número considerable e importante que desconoce, evidenciándose un manejo inadecuado de suturas y por ende de heridas quirúrgicas.

Tabla N°11

CONOCIMIENTO SOBRE LA CLASIFICACIÓN DE HERIDAS

LITERAL	CLASIFICACIÓN DE LAS HERIDAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	Limpias, contaminadas y sucias.	3	15%
B	Limpias, limpia contaminada y sucias	2	10%
C	Limpia, limpia contaminada, contaminada y sucias	15	75%
D	Ninguna de las anteriores	0	0%
	TOTAL	20	100%

Fuente: Encuesta Personal

Elaboración: El autor

El 75 % de los encuestados demuestran un conocimiento adecuado sobre la clasificación de las heridas quirúrgicas; existiendo un 25% que por lo evidenciado maneja de forma errónea la curación de una herida.

Tabla N°12

CONOCIMIENTO SOBRE EL USO DE DRAJAJES.

LITERAL	SEÑALE LO INCORRECTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a	El drenaje de una herida o una cavidad del cuerpo se realiza cuando hay sangrado o acumulación de liquido o cuando hay pus o contaminación grave.	0	0%
b	Los drenajes son clasificados como abiertos o cerrados y activos o pasivos	0	0%
c	Los drenajes abiertos no permiten el acceso de aire atmosférico a la herida o cavidad	16	80%
d	El dejar innecesariamente un drenaje que no este funcionando en su sitio expone al paciente a un riesgo creciente de infección.	0	0%
e	Todas	4	20%
	TOTAL	20	100 %

Fuente: Encuesta Personal

Elaboración: El autor

El uso de drenajes es importante en la curación y cicatrización de una herida. En esta tabla se evidencia que la mayoría (80%) de los encuestados tiene buen conocimiento sobre el uso y propiedades de los drenajes quirúrgicos.

Tabla N°13

SOBRE MORDEDURAS DE ANIMALES

LITERAL	MANEJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a	Los primeros auxilios incluyen el lavado de la herida para quitar toxinas..	0	0 %
B	Se debe realizar profilaxis antibiótica y tetánica	0	0 %
C	Los riesgos de las mordeduras de animales incluyen: reacción alérgica, infección, transmisión de enfermedades.	0	0 %
D	La dispersión del veneno de serpiente ocurre por vía linfática y puede prevenirse aplicando una venda de presión (no un torniquete).	0	0 %
E	Todas	20	100 %
F	Ninguno.		
	TOTAL	20	100 %

Fuente: Encuesta Personal

Elaboración: El autor

En cuanto al manejo de mordeduras de animales se evidencia que el 100% posee un conocimiento adecuado

Tabla Nº14

MANEJO DE PACIENTES EN LAPAROTOMÍA Y TRAUMA ABDOMINAL:

	INTERROGANTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pacientes con patologías abdominales de alto riesgo, incluyendo trauma, debe dárseles tratamiento de resucitación en el Hospital Cantonal, particularmente si esta en riesgo su vida antes de ser transferido a un Hospital de Referencia	Verdadero	17	85 %
	Falso	3	15 %
	TOTAL	20	100 %

Fuente: Encuesta Personal

Elaboración: El autor

En lo referente al manejo inicial de un traumatismo abdominal el 85 % tiene un criterio óptimo, existiendo un 15 % que debería reforzar dichas normas o protocolos sobre el manejo de un paciente que posea dicha patología.

Tabla Nº15

MANEJO DEL PACIENTE CON OBSTRUCCION INTESTINAL

LITERAL	SEÑALE LO CORRECTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a	En la obstrucción del intestino delgado, el dolor es en el abdomen medio.	0	0 %
b	En la obstrucción del intestino grueso el dolor es debajo del ombligo	0	0 %
c	Entre más alta sea la obstrucción del intestino, más frecuente es el vomito.	0	0 %
d	Entre más baja es la obstrucción del intestino, más distendido esta el abdomen	0	0 %
e	Todas	20	100 %
f	Ninguno.		
	TOTAL	20	100 %

Fuente: Encuesta Personal

Elaboración: El autor

De la presenta tabla podemos analizar que en el abdomen agudo obstructivo el 100 % maneja de manera adecuada dicha patología.

Tabla N°16**MANEJO DEL PACIENTE CON COLECISTITIS**

LITERAL	SEÑALE LO CORRECTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	Es causada por la obstrucción del conducto cístico por los cálculos.	0	0 %
B	Debe enviarse a un especialista quirúrgico si el paciente tiene ictericia.	0	0 %
C	Puede ser tratada con drenaje de la vesícula (colecistostomía).	0	0 %
D	Todas	20	100 %
E	Ninguno.	0	0 %
	TOTAL	20	100 %

Fuente: Encuesta Personal**Elaboración: El autor**

En esta tabla se evalúa el conocimiento y manejo de un paciente que padezca una Colecistitis aguda, encontrándose que el 100% posee conocimientos y normas adecuadas.

Tabla N°17**LAS INDICACIONES PARA EL DRENAJE TORACICO CON SELLO DE AGUA SON:**

LITERAL	PREGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a	Neumotórax	3	15 %
b	Hemotórax.	6	30%
c	Hemoneumotórax.	0	0 %
d	Ninguna.	0	0 %
e	Todas	11	55 %
	TOTAL	20	100 %

Fuente: Encuesta Personal**Elaboración: El autor**

El trauma torácico una patología que necesita ser manejada de forma correcta ya que su demora podría terminar en una tragedia (muerte); el 55 % del personal encuestado, posee conocimientos adecuados; sin embargo hay un 45 % que debería revisar sobre el manejo de trauma torácico por la importancia que este representa.

Tabla N°18

LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW: CLASIFICA AL TEC DE LA SIGUIENTE MANERA.

LITERAL	PREGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a	LEVE (GCS 8 o menos), MODERADO (GCS 8 a 10) Y GRAVE (GCS 10 a 15)	4	20 %
b	GRAVE (GCS 8 a 10), MODERADO (GCS 11 a 13) Y LEVE (GCS 14 a 15)	8	40 %
c	LEVE (GCS entre 13 y 15), MODERADO (GCS entre 9 y 12) Y GRAVE (GCS de 8 o menos)	8	40 %
d	Ninguna.	0	0 %
	TOTAL	20	100 %

Fuente: Encuesta Personal

Elaboración: El autor

Se puede evidenciar que el 60 % del universo de estudio desconoce sobre la clasificación de la escala de coma de Glasgow. Lo que amerita una revisión urgente sobre dicha patología.

DISCUSIÓN APARTADO II

Del nivel de conocimientos y experticias del personal que forman el equipo de salud, depende en gran parte, la aplicación correcta de las guías practico-clínicas, en emergencias quirúrgicas, estando sujeto a ello la calidad de atención y por ende las probabilidades de recuperación del paciente. En atención a ello, se evaluó a 20 profesionales que laboran en el Servicio Emergencia: médicos y paramédicos.

Un ámbito de conocimiento primordial en la atención de emergencias, constituye el dominio quirúrgico y la preparación de ambiente. Al respecto, todo el personal encuestado conoce la frecuencia, técnica y duración del lavado de manos; formas de transmisión de VIH; tienen conocimientos sobre el uso adecuado del instrumental quirúrgico y el necesario seguimiento de los materiales en sala de operaciones para evitar olvidos dentro de una herida. (Tabla 9). Conocimientos que en cierta forma son básicos para el ejercicio profesional en las emergencias.

Siendo las suturas una de las patologías quirúrgicas de mayor frecuencia en el Área de emergencia del hospital en estudio 30,4% (Tabla 8), es indispensable que el personal cuente con el conocimiento necesario que le permita identificar con precisión el tipo de heridas y tener criterio científico para la limpieza, y, el uso y manejo de materiales de sutura. Al respecto, las encuestas pusieron en evidencia que el 25% desconoce cómo se clasifican las heridas (Tabla N 11) , desconocimiento que les llevará sin duda alguna, a una errónea identificación del tipo de heridas y por tanto realizaran curaciones inadecuadas; consecuentemente este porcentaje resulta grave de acuerdo a la cadena de acciones erróneas que conlleva tal desconocimiento, podría así, explicarse el alto porcentaje de heridas infectadas encontradas en nuestro estudio **21%** (tabla 8) Es necesario resaltar sin embargo, que el 75% tiene dominio sobre el aspecto

que acabamos de analizar, garantizando la limpieza y curaciones de heridas. Otro aspecto importante en este ámbito es, el conocimiento para el uso y manejo de suturas, al respecto se pudo determinar que el 40% (Tabla N10) elige la sutura de acuerdo a su preferencia personal y a la seguridad de los nudos, dejando de lado el criterio mas importante, el referido al comportamiento del material en presencia de infección.

El correcto uso de drenajes sin duda alguna, incide directamente en la curación y cicatrización de heridas, por tanto su conocimiento es indispensable, sobre todo en el personal médico que labora en área de emergencia. En relación a ello, la evaluación efectuada demostró que el 20% de los encuestados desconocen el uso correcto de los drenajes exponiendo al paciente a un riesgo creciente de infección; esto ultimo podría estar incidiendo en los altos porcentajes de infección encontrados. Solamente el 4% tienen conocimiento satisfactorio del uso de los drenajes. (Tabla 12)

Las mordeduras de animales son relativamente frecuentes en nuestro medio, sobre todo en las áreas rurales. El conocimiento de los encuestados al respecto es satisfactorio pues el 100% tiene dominio de conocimiento pues saben los primeros auxilios, la profilaxis y terapia, vía de dispersión del veneno y la aplicación de venda de presión. (Tabla 13)

Los médicos que laboran en hospitales cantorales deben conocer que, a los pacientes con patologías abdominales de alto riesgo, incluyendo trauma, debe dárseles tratamiento de resucitación, particularmente si está en riesgo su vida, antes de ser transferido a un hospital de referencia; al respecto el 85 % (Tabla 14) del personal encuestado tiene este conocimiento, sin embargo el 15% desconocen, y por tanto debería reforzar las normas o protocolos. De otro lado, es alentador el hecho de que el 100% de encuestados conocen a cabalidad cómo enfrentar un paciente con abdomen agudo. (Tabla N 15) y, pacientes con colecistitis. (Tabla 16)

El trauma torácico es una patología que requiere ser manejada de forma correcta e inmediata por el personal de emergencia, ya que su demora podría ocasionar un desenlace fatal, al respecto, la evaluación realizada permitió verificar que un altísimo porcentaje de personal encuestado 45% (Tabla 17) tiene conocimientos insuficientes, constituyendo un potencial riesgo para la recuperación de la salud de los pacientes; es obligatoria su actualización.

La escala de coma de Glasgow valora el nivel de consciencia de los pacientes que han sufrido un Traumatismo Craneoencefálico (TEC) durante las primeras 24 horas postrauma, por lo que debe ser conocida y manejada con precisión por el personal de emergencia, debido a las implicaciones de riesgo que conlleva para el tratamiento de emergencia, al respecto es alarmante que el 60% (Tabla 18) de los encuestados desconoce la clasificación, lo que amerita actualización urgente del personal que labora en emergencia del Hospital en estudio.

APARTADO III

SATISFACIÓN DEL USUARIO.

Se encuestó a 200 pacientes que acudieron al servicio de Consulta Externa y Emergencia del I Hospital Básico Guido Díaz Jumbo Área N ° 8 de Catacocha obteniendo los siguientes resultados.

Tabla N°19

PREDISPOSICIÓN DE LOS PROFESIONALES PARA LA ATENCIÓN, en el servicio de emergencia del Hospital “Dr. Guido Díaz Jumbo” Área N°8 – Catacocha de la provincia de Loja, periodo mayo 2008 a mayo 2010.

BUENA	186	93%
MALA	4	5%
MEDIANAMENTE	10	2%
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuesta Personal

Elaboración: El autor

En cuanto a la predisposición del personal médico para atender las necesidades de la comunidad el 93 % responden es adecuada.

Tabla N°20

CRITERIO DE LOS USUARIOS RESPECTO AL CONOCIMIENTO QUE EVIDENCIAN LOS PROFESIONALES EN LA ATENCIÓN en el servicio de emergencia del Hospital “Dr. Guido Díaz Jumbo” Área N°8 – Catacocha de la provincia de Loja, periodo mayo 2008 a mayo 2010.

SUFICIENTE	152	76%
NO SUFICIENTE	12	6%
MEDIANAMENTE SUFICIENTE	36	18%
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuesta Personal

Elaboración: El autor

El 76% de los encuestados respondieron que el personal médico posee los conocimientos adecuados para resolver sus dolencias. Y un grupo representativo, el 24 % manifiesta que el personal médico posee medianamente o no posee los conocimientos adecuados.

Tabla N°21

CRITERIO D LOS USUARIOS EN RELACIÓN A POLITICAS DE ATENCIÓN en el servicio de emergencia del Hospital “Dr. Guido Díaz Jumbo” Área N°8 – Catacocha de la provincia de Loja, periodo mayo 2008 a mayo 2010.

FACILITAN LA ATENCIÓN	72	36%
NO FACILITAN LA ATENCIÓN	128	64%
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuesta Personal

Elaboración: El autor

El 36% de los encuestados refieren que el hospital posee políticas adecuadas para la atención de las emergencias en el Hospital Dr. Guido Díaz jumbo Área N° 8.

Tabla N°22

TIEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDO EN UNA EMERGENCIA, en el Hospital “Dr. Guido Díaz Jumbo” Área N°8 – Catacocha de la provincia de Loja, periodo mayo 2008 a mayo 2010.

Mínimo (menos de cinco minutos)	27	13%
Mediano (cinco a quince minutos)	42	21%
Máximo (sobrepasa los quince minutos)	131	66%
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuesta Personal

Elaboración: El autor

El 66% del universo encuestado manifiesta que el tiempo de espera en emergencia para hacer atendidos sus dolencias sobrepasa los 15 minutos, 21% de cinco a quince minutos y un 13 % manifiesta que el tiempo de espera es menor de 5 minutos.

Tabla N°23

SATISFACIÓN DEL USUARIO POR LA ATENCIÓN BRINDADA en el servicio de emergencia del Hospital “Dr. Guido Díaz Jumbo” Área N°8 – Catacocha de la provincia de Loja, periodo mayo 2008 a mayo 2010.

SI	50	25%
NO	36	18%
MEDIANAMENTE	114	57%
TOTAL	200	100%

Fuente: Encuesta Personal
Elaboración: El autor

La mayoría de los encuestados, el 57 % están conformes con el tipo de atención del hospital Dr. Guido Díaz Jumbo.

DISCUSIÓN APARTADO III

Parte de la evaluación constituyó conocer el grado de satisfacción del usuario en la atención de las emergencias. Se encuestó a 200 pacientes que al momento del estudio se encontraron tanto en el servicio de emergencia como de consulta externa.

Se encontró, que a criterio de un alto porcentaje de usuarios 93% (Tabla N 19) los profesionales se encuentran con predisposición positiva al ofrecer la atención, esto tiene que ver con la calidez que debe existir en las instituciones de salud ; El 76% (Tabla N 20) opina que los conocimientos que tienen los profesionales son suficientes y adecuados para tratar y resolver los problemas de salud por los que acudieron a la institución, destacando que el 18% evidencian medianos conocimientos, y el 6% no tienen conocimiento para resolver las demandas de atención, dejando entrever con claridad la necesidad de eventos de actualización a propósito de que todo el personal de salud alcance niveles óptimos de conocimiento científicos para la efectiva atención de los problemas de salud en las áreas críticas.

De otro lado, las políticas de los Hospitales están propiciando viabilizar atención de calidad en términos óptimos; de manera especial en las Áreas de emergencia, situación que carece el hospital en estudio, de acuerdo al criterio del porcentaje mayoritario de usuarios encuestados: 64% (Tabla N 21). Y solamente el 34 % opinan lo contrario. En lo concerniente a la prontitud u oportunidad como política ineludible en las atenciones de emergencia, de acuerdo al 66% es alarmante, pues el tiempo de espera sobrepasa los 15 minutos, tiempo suficiente para agravar las condiciones de salud en casos de emergencia; aspecto que debe ser retomado y analizado a profundidad por los directivos de la institución.

Finalmente, la cuarta parte de los usuarios encuestados, 25% (tabla N 23) expresan satisfacción por la atención que brinda el hospital en estudio; en tanto que la mayor parte 57% se sienten medianamente satisfechos y el 18% explicitaron insatisfacción.

APARTADO IV.

EVALUACIÓN DE BIOSEGURIDAD

Se realizó una encuesta sobre Bioseguridad a 20 personas que laboran en el Hospital Básico Guido Díaz Jumbo Área N° 8 de Catacocha, ya sea del personal médico y paramédico, obteniendo los siguientes resultados.

Tabla N°24

Al examinar a un paciente en la emergencia, usted se lava las manos:

LITERAL	PREGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	Antes del examen	0	0%
B	Después del examen	0	0%
C	Antes y después del examen	20	100%
D	A veces	0	0%
E	Nunca	0	0%
	TOTAL	20	100 %

Fuente: Encuesta Personal

Elaboración: El autor

El 100% de los pacientes contestan adecuadamente sobre la importancia de lavado de manos para examinar un paciente.

Tabla N° 25

Si usted va a entrar en contacto con cualquier tipo de secreción corporal:

LITERAL	PREGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	Usa guantes	0	0%
B	Se pone mascarilla	0	0%
C	Se pone mandil	0	0%
D	Todas las anteriores	20	100%
E	Ninguna	0	0%
	TOTAL	20	100 %

Fuente: Encuesta Personal

Elaboración: El autor

En cuanto a protección para el manejo de fluidos corporales el 100% lo realiza en una forma adecuada

Tabla N° 26

Los desechos infecciosos en que recipiente los coloca.

100% realiza un manejo adecuado sobre el reciclaje de los desechos hospitalarios.

Tabla N° 27

El material corto punzante usted lo maneja:

LITERAL	PREGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a	Elimina en la basura común	0	0%
b	Lo reesteriliza	0	0%
c	Lo coloca en un recipiente exclusivo para el material.	20	100%
d	Cualquiera de las anteriores	0	0%
	TOTAL		100 %

Fuente: Encuesta Personal

Elaboración: El autor

100% del universo encuestado tiene un manejo adecuado de los desechos corto punzantes.

Tabla N°28

Si usted sufre una herida corto punzante en el hospital:

LITERAL	PREGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a	Se lava y desinfecta inmediatamente	20	100%
b	Avisa el accidente	0	0%
c	No realiza ninguna acción	0	0%
	TOTAL		100 %

Fuente: Encuesta Personal

Elaboración: El autor

100% de los encuestados, toman medidas necesarios en caso de sufrir una herida corto punzante en el área de trabajo.

DISCUSIÓN APARTADO IV

Uno de los aspectos importantes del presente trabajo, constituye la evaluación las normas de bioseguridad, valoradas a través del conocimiento de los integrantes del equipo de salud del área de emergencia del hospital en estudio.

*La bioseguridad adquiere gran importancia en la atención de las emergencias, en tanto tiene como finalidad evitar **la contaminación** e incrementar la seguridad de la recuperación de los pacientes, evitando a la vez, la exposición de los trabajadores y la comunidad a las infecciones, trabajar por la salud pública, a través del control de esta vía de diseminación de infecciones, y: mejorar la calidad del ambiente disminuyendo la contaminación²²*

Se torna así de vital importancia, que el personal de salud conozca y practique

las acciones de asepsia y protección, como el lavado de manos antes y después de un examen; uso de guantes, mascarilla y mandil antes de entrar en contacto con secreciones corporales; al respecto, es satisfactorio el hecho de que el 100% del personal de salud encuestado (tabla N 24 y 25) conoce y por tanto practica estas medidas indispensables de bioseguridad. Así mismo, toman las medidas necesarias en caso de sufrir una herida corto punzante en el área de trabajo (Tabla N 28)

De otro lado, la inadecuada recolección, transporte, almacenamiento y disposición de los desechos hospitalarios puede provocar daños físicos serios e infecciones graves al personal que labora en los hospitales, los pacientes y la comunidad en general. Un mal manejo de desechos puede facilitar la transmisión de enfermedades intrahospitalarias, causando un

²²ZABALA, Marcia, Manual para el manejo de desechos en establecimientos de salud, OPS, Fundación Natura, Pags 11 – 100, Folleto único 1997.

aumento en el número de días de hospitalización, costos y mortalidad hospitalaria. . Todo riesgo infeccioso o químico puede ser controlado mediante un manejo adecuado de desechos hospitalarios, para ello existen normas y técnicas que deben cumplirse en cada fase deben registrarse en la clasificación de tipos de desechos. Al respecto se pudo conocer que en el área de emergencia objeto de evaluación el 100% del personal coloca en los recipientes correspondientes los desechos infecciosos, así mismo el material corto punzante (100%)que se utiliza en la atención de las emergencias.(Tablas 27 y 28).

VI. CONCLUSIONES

Del presente estudio de intervención se puede concluir lo siguiente:

1. Al concluir el presente trabajo de investigación, hemos realizado un mapeo epidemiológico del Hospital “Dr. Guido Díaz Jumbo” Área N° 8 Catacocha, encontramos que el porcentaje de resolución de las patologías en general, es alto y dentro de estas las, 10 principales nosologías y condiciones Clínico Quirúrgicos atendidas en el área de emergencia son: Faringitis Aguda, Sutura, Síndrome Gripal, Herida Infectada, Gastroenteritis, Labor de Parto, ITU, HTA, Neumonía, Parasitosis, Abdomen Agudo. Representado el 32,30 % tenemos a las patologías de resolución quirúrgica, las mismas que se impusieron sobre el resto de especialidades y dentro de este grupo tenemos a la sutura, herida Infectada y Abdomen agudo como las patologías de mayor frecuencia
2. La intervención realizada en años anteriores en el Hospital Dr. Guido Díaz Jumbo, con la Aplicación de las Guías de Práctica Clínica en Emergencias Quirúrgicas ha incidido positivamente, no el porcentaje anhelado, ya sea por falta de aplicación de las mismas, o por cambio permanente del personal medico por diversas circunstancias; habiendo mejorado la capacidad resolutive de las patologías de las nosologías clínico - quirúrgicas como: suturas, abdomen agudo inflamatorio, TEC leve entre otras, que demandan atención inmediata en esta localidad.
3. Las transferencias que se realizan a centros de mayor complejidad es del 3,20%, que en su mayoría pertenecen a patologías de resolución quirúrgica (CIRUGIA Y GINECO OBSTETRICIA), debido a la falta de personal médico especialista y paramédico que cubra las

emergencias las 24 horas del día o debido a la falta de medios o equipos necesarios para la adecuada resolución de las patologías emergentes más complejas.

4. Es indispensable que el personal Médico y paramédico cuente con conocimientos necesarios para la resolución de patologías emergentes; en el presente trabajo se evalúa sobre el nivel conocimientos, al personal de salud labora en la institución, evidenciándose que es adecuado, existiendo un grupo minoritario que amerita, revisión y actualización de las Guías Clínico Quirúrgicos, y así, garantizar la atención en emergencia y evitar una mala practica en procedimientos quirúrgicos básicos.
5. La satisfacción del usuario es alta, en cuanto a: la predisposición positiva, conocimientos, infraestructura, políticas de emergencia, por parte del personal de salud que labora en dicha institución, existiendo un numero considerable que considera que existe una falta de interés, lo cual ocasiona demoras en la atención y falta de calidad y calidez por parte de los profesionales de la salud.
6. La Bioseguridad Hospitalaria de nuestro universo de estudio, a través de medidas organizativas, define las condiciones de contención bajo las cuales los agentes infecciosos son manipulados en forma adecuada, con el objetivo de confinar el riesgo biológico y reducir la exposición potencial del personal de salud y publico en general, de potenciales agentes infecciosos.

VII. RECOMENDACIONES

A raíz de los resultados y conclusiones obtenidas en el presente trabajo recomendamos AL Ministerio de Salud Pública

1. La aplicación de guías de práctica clínica en emergencias de los todos los Hospitales y de manera particular en el hospital **“DR. GUIDO DIAZ JUMBO” AREA N°8 – CATACOCCHA DE LA PROVINCIA DE LOJA**, representó un incentivo a los profesionales y es tan solo una herramienta a tener en cuenta, ante un caso emergente que requiera atención eficaz y oportuna; sería un gran avance para el ministerio de salud pública tener en cuenta la aplicación de protocolos de manejo en todas las ramas de la medicina en los servicios de emergencia de nuestros hospitales públicos y a demás manera una constante revisión de las mismas y de esta manera llegar a una estandarización efectiva de las Guías, que irían en beneficio a la población que acude al área de emergencia
2. Incentivar el uso de las Guías de práctica clínica en emergencias quirúrgicas de la OMS y protocolizar el manejo de patologías agudas en el servicio de emergencias, enfocando su manejo para temas como: atención primaria del trauma, Abdomen agudo inflamatorio, manejo de heridas y drenajes, TCE entre otros.
3. Establecer un programa de seguimiento de la Aplicación y evaluación del manejo de las Guías Clínico Quirúrgicas de emergencia adaptadas y adoptadas por el hospital, para lo cual el Ministerio de Salud y la Universidad Nacional de Loja se comprometieron; es por eso que es necesario impulsar dicha alternativa.

4. Contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios haciendo más eficiente la atención en consulta externa y emergencias, y en medida de lo posible aumentar el número del personal de salud calificado para el manejo de las emergencias en las cuatro especialidades básicas del hospital.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Cataluña (Agencia de evaluación de Tecnología Médica, AATM)
2. Bertram DA, Flynn K, Alligood E. Systematic Review of Published Studies of Effectiveness. Boston, Health Services Research & Development Service, Veteran Affairs Medical Center. Technology Assessment Program, Report n.9. 1998.
3. Categorías adaptadas de: A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. Robin Harbour and Juliet Miller. BMJ 2001; 323: 334-336.
4. Coad A.: Managing medical wastes in developing countries, WHO/PEP/RUD/94.1 OMS, Ginebra, 1994.
5. Escala para la clasificación de la evidencia en Guías de Práctica Clínica de la Agencia Nacional de Acreditación y evaluación en Santé (ANAES) de Francia.
6. Goodman C. Literatur Searching and evidence interpretation for assessing health care practices. Estocolmo: The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. 1993.
7. Levels of Evidence and Grades of Recommendations; NHS R&D Centre for Evidence-Based Medicine. Chris Ball, Dave Sackett, Bob Phillips, Brian Haynes, Sharon Straus.
8. Management guidelines workgroup, Practice management guidelines for nutritional support of the trauma patient the east. 2003.
9. Manual de Organización de la Áreas de la Salud, MSP edición 1994 Quito – Ecuador.
10. Ministerio de Salud de Chile. Archivos de realización de Protocolos o Guías prácticas clínicas.
11. OPS: “Vigilancia Sanitaria” HSP- UNI, 1996.
12. Orientaciones para el Monitoreo y Evaluación de Planes Operativos en las regiones, Elaboración de Formatos de Monitoreo y Evaluación, Ministerio de Educación, Gobierno de Perú, Lima, Noviembre 2007.
13. Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence, www.cebm.net/levels_of_evidence. Oxford, 2006.

14. Plan de Desarrollo Nacional 2007 – 2010, Calidad y Esperanza de vida de la Población, Gobierno Nacional del Ecuador, Quito, 2007.
15. Proyecto Loja Siglo XXI, Infraestructura y Equipamiento en Vilcabamba – Ecuador. UNL, 2001.
16. Romero A. Como diseñar un plan de implementación de una guía de practicas clínicas REDEGUIAS- Guías Salud, 2005. <http://www.guiasalud.es>
17. Benavides C. Galarza M. Aplicación de las Guías Clínico Prácticas en Emergencias Quirúrgicas y Capacitación del recurso humano en su uso en el hospital Dr. GUIDO DIAZ JUMBO - CATACocha, ASH de la UNL 2008.
18. Servicios de atención integral para la prevención y atención de la violencia, Dirección Normatización, Quito, abril 2008.
19. Situación de salud Ecuador 2006, OPS/OMS representación en Ecuador, Quito, 2006 Edit. Lápiz y Papel.
20. US Preventive Task. Guide to clinical preventive services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions. Baltimore: Williams and Wilkins, 1989.
21. 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).
22. ZABALA, Marcia, Manual para el manejo de desechos en establecimientos de salud, OPS, Fundación Natura, Pags 11 – 100, Folleto único 1997.

IX ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA DE SATISFACIÓN AL USUARIO

Sr. (a) Usuario(a):

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

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

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

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

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

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

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

Mínimo (menos de cinco minutos)

Mediano (cinco a quince minutos)

Máximo (sobrepasa los quince minutos)

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

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

ANEXO 2

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL QUE LABORA EN EL HOSPITAL “DR. GUIDO DIAZ JUMBO” AREA N°8 – CATACocha DE LA PROVINCIA DE LOJA, CON RESPECTO AL USO DE GUIAS CLINICO PRACTICAS DE MANEJO DE PACIENTES.

1. DEL SIGUIENTE ENUNCIADO SEÑALE LO CORRECTO:

- a. Lavado de manos de ser mínimo de 5 minutos con agua y jabón antiséptico.
- b. El VIH se puede transmitir por heridas por agujas o instrumentos contaminados con sangre o con secreciones corporales.
- c. Los instrumentos quirúrgicos y os equipos usados en sala de operaciones deben dedicarse para este uso y no deben ser movidos a otro sitio fuera de centro quirúrgico
- d. Es necesario mantener un seguimiento de los materiales a usarse en sala de operaciones para evitar el uso inadvertido o el olvido de materiales dentro de una herida.
- e. Todas
- f. Ninguna de las anteriores.

2. EN CUANTO A SUTURAS Y TÉCNICA DE SUTURA: LA ELECCIÓN DE LOS MATERIALES DE SUTURA DEPENDE DE: SEÑALE LO CORRECTO:

- a. La disponibilidad
- b. La preferencia del personal para manejarlo
- c. La seguridad de los nudos
- d. El comportamiento del material en presencia de infección.
- e. Todas
- f. Ninguna

3. LAS HERIDAS QUIRURGICAS SE CLASIFICAN EN:

- a. Limpias, contaminadas y sucias.
- b. Limpias, limpia contaminada y sucias
- c. Limpia, limpia contaminada, contaminada y sucias
- d. Ninguna de las anteriores

4. SEÑALE LO INCORRECTO:

- a. El drenaje de una herida o una cavidad del cuerpo se realiza cuando hay sangrado o acumulación de líquido o cuando hay pus o contaminación grave.
- b. Los drenajes son clasificados como abiertos o cerrados y activos o pasivos.
- c. Los drenajes abiertos no permiten el acceso de aire atmosférico a la herida o cavidad.
- d. El dejar innecesariamente un drenaje que no este funcionando en su sitio expone al paciente a un riesgo creciente de infección.
- e. Ninguna.

5. SEÑALE LO CORRECTO: EN CUANTO A MORDEDURAS DE ANIMALES

- a. Los primeros auxilios incluyen el lavado de la herida para quitar toxinas.
- b. Se debe realizar profilaxis antibiótica y tetánica.
- c. Los riesgos de las mordeduras de animales incluyen: reacción alérgica, infección, transmisión de enfermedades.
- d. La dispersión del veneno de serpiente ocurre por vía linfática y puede prevenirse aplicando una venda de presión (no un torniquete).
- e. Todos
- f. Ninguno.

6. LAPAROTOMIA Y TRAUMA ABDOMINAL.

Pacientes con patologías abdominales de alto riesgo, incluyendo trauma, debe dárseles tratamiento de resucitación en el Hospital Cantonal, particularmente si esta en riesgo su vida antes de ser transferido a un Hospital de Referencia.

Verdadero
Falso

7. OBSTRUCCION INTESTINAL: SEÑALE LO CORRECTO.

- a. En la obstrucción del intestino delgado, el dolor es en el abdomen medio.
- b. En la obstrucción del intestino grueso el dolor es debajo del ombligo.
- c. Entre mas alta sea la obstrucción del intestino, mas frecuente es el vomito.
- d. Entre mas baja es la obstrucción del intestino, más distendido esta el abdomen.
- e. Todo
- f. Ninguno

8. COLECISTITIS

- a. Es causada por la obstrucción del conducto cístico por los cálculos.
- b. Debe enviarse a un especialista quirúrgico si el paciente tiene ictericia.
- c. Puede ser tratada con drenaje de la vesícula (colecistectomía).
- d. Todas.
- e. Ninguna.

9. LAS INDICACIONES PARA EL DRENAJE TORACICO CON SELLO DE AGUA SON:

- a. Neumotórax.
- b. Hemotórax.
- c. Hemoneumotórax.
- d. Ninguna.
- e. Todas.

10. LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW: CLASIFICA AL TEC DE LA SIGUIENTE MANERA.

- a. LEVE (GCS 8 o menos), MODERADO (GCS 8 a 10) Y GRAVE (GCS 10 a 15)
- b. GRAVE (GCS 8 a 10), MODERADO (GCS 11 a 13) Y LEVE (GCS 14 a 15)
- c. LEVE (GCS entre 13 y 15), MODERADO (GCS entre 9 y 12) Y GRAVE (GCS de 8 o menos)
- d. Ninguna.

ANEXO 3

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

ANEXO 4

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

