



1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE SALUD HUMANA
NIVEL DE POSGRADO UNIVERSITARIO EN
CIRUGÍA GENERAL

TITULO:

**“EVALUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE LAS
GUÍAS DE PRACTICA CLINICA EN EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS, EN
EL HOSPITAL JOSE MIGUEL ROSILLO DEL CANTON CARIAMANGA,
PERIODO 2008 - 2010”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE
CIRUJANO GENERAL.**

Autor: Dr. David Jaramillo Godoy.

Director: Dr. Darwin Astudillo.

Coordinador del Macroproyecto: Dr. Nelson Samaniego.

LOJA- ECUADOR

Febrero - 2011

AUTORIA

Las descripciones, definiciones, conceptos, leyes, teorías, conclusiones, recomendaciones y generalizaciones son de exclusiva responsabilidad del autor.

Dr. David Jaramillo Godoy.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi sincero agradecimiento al nivel de postgrado de la Universidad Nacional de Loja, por permitirme ser parte del presente proyecto, de igual forma gracias a todos quienes conforman el Hospital José Miguel Rosillo por su desinteresada colaboración y participación en este trabajo.

DEDICATORIA.

A María Mercedes, por ser mi soporte y consuelo, a mis queridos padres por su incondicional apoyo en la consecución de todas mis metas; y a nuestro Dios sin el cual nada de esto hubiera sido posible.

INDICE.

1. RESUMEN.....	7
2. SUMMARY	10
3. INTRODUCCION	12
4. OBJETIVOS.....	16
4.1. OBJETIVO GENERAL	17
4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	18
5. REVISION DE LITERATURA	19
5.1. MONITOREO Y EVALUACIÓN DE PROCESOS DE SALUD	20
5.1.1. CALIDAD DE ATENCIÓN O ATENCIÓN DE CALIDAD.	23
5.2. LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS CLINICO QUIRURGICAS EN EL ECUADOR.....	25
5.3. LAS GUÍAS PRACTICO CLINICAS DE LA OMS.	28
5.3.1. CARACTERÍSTICAS DE UNA GUÍA DE PROCEDIMIENTOS Y ATENCION.....	29
5.4. INDICADORES DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR.....	33
6. METODOLOGIA.....	35
6.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	36
6.1.1. CARACTERIZACION Y DEFINICION DE LOS AMBITOS DE EVALUACION.	36
6.1.2. CARACTERISTICAS Y ESTANDARES DE CALIDAD.....	36
6.1.3. ACTIVIDADES DE CAMPO	37
6.1.4. SOCIALIZACIÓN DE RESULTADOS.....	38
7. RESULTADOS	39
4. DISCUSION.....	54
5. CONCLUSIONES	57
6. RECOMENDACIONES	60
7. BIBLIOGRAFIA.	63
8. ANEXOS.....	66

1. RESUMEN

El presente proyecto tuvo la finalidad de determinar el impacto que produjo la aplicación de guías de práctica clínica en emergencias quirúrgicas en el hospital José Miguel Rosillo de la ciudad de Cariamanga, durante los años 2007 y 2008, correspondiente al Macroproyecto implementado en todos los hospitales cantonales de la Provincia de Loja, a través del Nivel de Postgrado en Cirugía General de la Universidad Nacional de Loja.

Para cumplir con los objetivos planteados, se inició el proyecto 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 en emergencias quirúrgicas, durante los años 2008 - 2009; y se codificaron los diagnósticos 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 bajo la aplicación de las guías 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 y a los objetivos de enseñanza del presente proyecto, 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. Posteriormente se realizó una

nueva aplicación de las guías dirigida al personal médico del hospital, y se entregó el material de la OMS a la dirección médica, coordinación general y al servicio de emergencias.

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.

Cabe señalar que el presente proyecto se encuentra enmarcado en el Macroproyecto de implementación de Guías de práctica clínica en los hospitales cantonales de la provincia de Loja, a cargo de los postgradistas del postgrado de Cirugía general de la UNL, por lo tanto los conocimientos generales del marco teórico son similares en todos los proyectos realizados.

2. SUMMARY

This project was intended to determine the impact that produced the application of clinical practice guidelines in the hospital José Miguel Rosillo Cariamanga City during the years 2007 and 2008, began with the collection of statistics on the number of care in the emergency department, patients were classified according to age and sex also became an epidemiologic survey of the ten most common diseases in the years 2008 - 2009, and was coded according to ICD-10 (Statistical Classification of diseases and related health problems, Tenth Revision). We performed the measurement of efficiency in the emergency service by obtaining the percentage of emergency service and resolved in time resolution by surgical emergency, just as it counted the number of transfers per year and was classified according to required expertise.

To assess the quality of service was performed surveys to medical staff, nurses and hospital assistants basic knowledge based on training conducted years ago, met the emergency personnel to investigate the application of the guidelines, number of training sessions per year, percentage of staff attending the training and percentage of attendance done on the basis of the guidelines. Were carried out population surveys to establish user satisfaction in the emergency department and spoke with the hospital authorities to determine the improvement plan and the applicability of clinical practice guidelines in the hospital. Subsequently a new application of the guidelines addressed to hospital staff, and gave the material of the WHO medical guidance, overall coordination and emergency services.

It also made the assessment of solid waste management in the

hospital under instrument implemented by the health ministry and the national environmental health.

3. INTRODUCCION

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 falta de actualización continuada. Las causales detectadas para mantener estas falencias son en gran parte relacionadas con: una improvisada nominación de los responsables de dirigirlos con una limitada experiencia administrativa, por inestabilidad de directivos a nivel local, provincial y nacional. Recursos económicos mal utilizados y en muchos casos se observa que existen inversiones sin los suficientes justificativos y sin la debida planificación, esto a nivel local y nacional. Hoy en día carecen de talentos humanos en las especialidades básicas y hay 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 en 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. Al momento existe poco *conocimiento del impacto de la*

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

aplicación de dichas guías, puesto que no se han medido indicadores que evidencien el *mejoramiento en la capacidad de resolución* del establecimiento de salud intervenido. Y algo muy importante no se ha medido el grado de satisfacción de los usuarios bajo cobertura de cada una de estas unidades.

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

¿Cuáles han sido los criterios de calidad con los que se han implementado las guías de práctica clínica en la atención de las emergencias quirúrgicas?

¿Cuál es el impacto de aplicación de las guías?

¿Cuáles es el mejoramiento de la capacidad resolutoria?

¿Cuál es el grado de satisfacción de los usuarios?

El presente proyecto sustenta su importancia por tener íntima relación y complementariedad con el macro proyecto de “Implementación de Guías de práctica clínica en la atención de emergencias quirúrgicas y capacitación del recurso humano en sus uso”, que se lleva a cabo desde el año 2007 en los hospitales básicos de la provincia de Loja.

La fase de Evaluación, dará como resultado la medición del impacto sobre la calidad de atención y permitirá perfeccionar el proceso para, en forma competitiva, en la Provincia de Loja, conseguir una de las metas que constan en el Plan de Desarrollo Nacional 2007 – 2010 en el que bajo el Objetivo 3 que se tiende a mejorar la Calidad y Esperanza de vida de la Población, y

propone conseguir la Meta 3.7: Reducir en 20 % la mortalidad por accidentes de tránsito².

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 o peores a las nuestras como Pakistán, Mongolia, África Central, en los que ha desempeñado el asesor internacional Dr. Sandro Continni, Profesor de la Universidad de Parma, Italia, quien es parte de nuestro trabajo de investigación. Los Hospitales Básicos de la provincia de Loja deben ser capaces de manejar adecuadamente las emergencias quirúrgicas y realizar su oportuna transferencia al sitio más adecuado.

² Plan de Desarrollo Nacional 2007 – 2010, Calidad y Esperanza de vida de la Población, Gobierno Nacional del Ecuador, Quito, 2007.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el proceso de aplicación de las guías de práctica clínica en emergencias quirúrgicas mediante la verificación con criterios de calidad y referentes de impacto la capacidad resolutive y nivel de complejidad del servicio de emergencia del Hospital José Miguel Rosillo de la ciudad de Cariamanga, con la perspectiva de fortalecerlo, mediante la capacitación continua de su personal de salud y estableciendo un mecanismo de atención de calidad, oportuno, accesible, eficaz y eficiente.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Evaluar la calidad del proceso de aplicación de guías de práctica clínica en el servicio de emergencias del Hospital cantonal José Miguel Rosillo en el periodo mayo 2008 – diciembre 2009.
2. Medir el impacto en la calidad de atención brindada por el servicio de emergencia del hospital y estimar el grado de satisfacción del usuario del hospital en la atención de las emergencias quirúrgicas.
3. Definir las estrategias y acciones para fortalecer la estructura organizacional del hospital, en cuanto al mejoramiento de la capacidad y actualización continuada del equipo de salud que permita el desarrollo y mejoramiento ilimitado del proyecto.
4. Determinar el grado de desarrollo de las capacidades del personal que ha participado en los procesos de capacitación realizados por el proyecto.

5. REVISION DE LITERATURA

5.1. MONITOREO Y EVALUACIÓN DE PROCESOS DE SALUD

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

El monitoreo es un proceso sistemático y continuo que permite comparar lo planificado (ideal) y lo realizado (real) y el análisis de las diferencias. Requiere disponer de información confiable para sustentar el análisis lo cual constituye la llamada Línea base. Para la realización del monitoreo y evaluación es importante definir con cada proyecto, los indicadores (cualitativos y cuantitativos) para cada actividad y dividir las grandes metas de un programa en metas parciales, esto facilitará objetivizar los resultados del proceso³. 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 asentaron⁴. En cuanto a atención médica de Emergencia, existe una gama muy grande de cualidades deseables entre las cuales se pueden mencionar las siguientes⁵:

- **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

³ Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Cataluña (Agencia de evaluación de Tecnología Médica, AATM)

⁴ 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.

⁵ Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence, www.cebm.net/levels_of_evidence. Oxford, 2006

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 salud⁶.

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

⁶ OPS: “Vigilancia Sanitaria” HSP- UNI, 1996.

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.

5.1.1. 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 resultados⁷.

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

⁷ 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 integral⁸.

5.2. 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 Latina⁹. 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

⁸ 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

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

bien consolidada y flexible y con redes que enlacen los servicios en un sistema efectivo y eficiente que tenga una cobertura aceptable en los diferentes cantones y provincias

Los servicios no sólo deben existir, deben además funcionar y hacerlo bien, sus productos deben tener una calidad aceptable y permanente, las prestaciones deben hacerse en ambientes que garanticen la seguridad y el confort de usuarios 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 rediseñado¹⁰.

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.

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

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 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 rodea¹¹.

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)¹². 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.

¹¹ Ministerio de Salud de Chile. Realización de Protocolos o Guías prácticas clínicas. Santiago, 2003

¹² Manual de Organización de la Áreas de la Salud, MSP del Ecuador, edición 1994 Quito – Ecuador.

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

5.3. LAS GUÍAS PRACTICO CLINICAS DE LA OMS.

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

5.3.1. 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 consigue los resultados esperados. El análisis de la validez implica que se considere sistemáticamente la evidencia científica de los datos existentes en la literatura, y una relación precisa entre dicha evidencia y la fortaleza de las recomendaciones de las guía de procedimiento clínico quirúrgico.

2. Fiabilidad y Reproducibilidad:

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

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.

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 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.

¹⁵ Validity of the Agency for Healthcare Research and quality Clinical Practice Guidelines. How quickly do quidelines 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>.

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

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 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)).

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

El proceso de evaluación, dentro de la ingeniería de programas de salud, exige la delimitación de criterios en los cuales se basará y reflejará el cambio o mejoramiento, razón de ser del desarrollo de los programas. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha adoptado diferentes materias estratégicas cuyo desarrollo implican mejoramiento en la calidad, eficiencia y efectividad de los programas de salud pública. Los indicadores que emplea el ministerio se clasifican en Indicadores de “Rendimiento o Producción” e Indicadores de “Calidad de Atención” dentro de los cuales toman un rol protagónico los indicadores de calidez en la atención que son los que mayor impacto causan en la satisfacción de los usuarios atendidos. Los indicadores de calidad de atención de emergencia hospitalarias mundialmente conocidos y aceptados son aquellos que miden factores como: a) tiempo de resolución de una emergencia, b) capacidad resolutoria de los 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 servicio 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 otras¹⁹.

¹⁹ Servicios de atención integral para la prevención y atención de la violencia, *Dirección Normatización*, Quito, abril, 2008.

6. METODOLOGIA

MATERIALES Y METODOS

Unidad de estudio:	Hospital Cantonal José Miguel Rosillo.
Lugar de estudio	Cantón Cariamanga. Provincia de Loja
Fecha y periodo	Mayo 2008 – Abril 2010
Tipo de estudio	Retrospectivo Descriptivo en la primera fase, y; Prospectivo de intervención en la segunda fase.

6.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

6.1.1. 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.

6.1.2. CARACTERISTICAS Y ESTANDARES DE CALIDAD.

- ▶ Indicadores de calidad de la aplicación de las guías.
Verificación de la presencia física de las guías.
Verificación en las hojas de emergencia (008), de la aplicación de las guías de la OMS y porcentaje de pacientes atendidos.

- ▶ 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).

6.1.3. 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.
- ▶ Capacitación del personal para consignar los diagnósticos y aplicar las indicaciones prescritas según los lineamientos de las guías de práctica clínica.
- 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. (es casi nulo, pero se preguntará al respecto)
- 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. No tengo datos q podamos sacar)

6.1.4. SOCIALIZACIÓN DE RESULTADOS

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

7. RESULTADOS

EVALUACION DE LA APLICACIÓN DE LAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL JOSE MIGUEL ROSILLO DE CARIAMANGA.

PRIMER OBJETIVO.

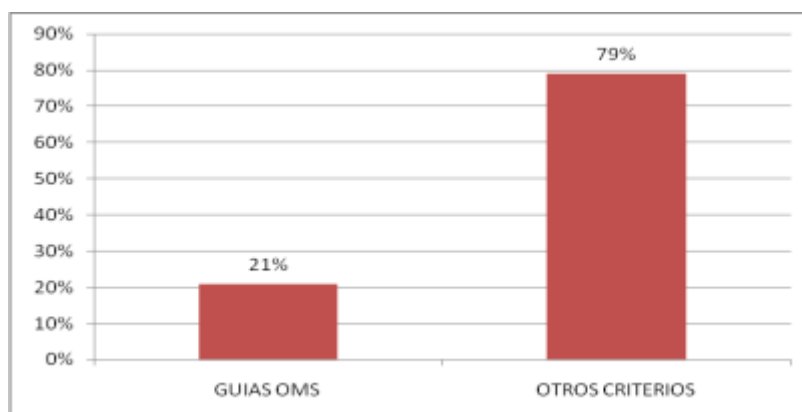
1. VERIFICACION DE LA PRESENCIA DE LAS GUÍAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA:

Presencia física de las guías: no existe documentación referente.

Mediante la constatación de la ausencia de un documento, archivo, carpeta o algún material similar a las guías de practica clínica de la OMS, en la emergencia del hospital, se procedió a indagar a las autoridades sobre el destino final de las guías entregadas hace más de dos años, nadie supo responder a ciencia cierta porque ya no había guías ni se aplicaban.

2. VERIFICACIÓN CON PORCENTAJES DE LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS.

GRAFICO 1. Porcentaje de pacientes atendidos según las guías de la OMS durante los años 2008 y 2009.



Fuente: Departamento de estadística Hospital Área #5
Investigador: Dr. David Jaramillo G.

Se revisó alrededor de 400 hojas de emergencia (008), durante el periodo de estudio, evidenciándose que tan solo un veintiuno por ciento aplicaron los criterios de las guías de la OMS, cabe señalar que la aplicabilidad fue encontrada en las hojas de pacientes atendidos en los tres primeros meses del año 2008.

Como actividad complementaria para la evaluación se consultó a diferentes miembros del hospital acerca del uso o no de guías en emergencias, inicialmente se dialogó con la directora del hospital quien nos informó acerca de la aplicación y capacitación del personal años atrás por parte de los postgradistas a cargo del proyecto. Inclusive afirma haber recibido junto con la coordinación el material bibliográfico correspondiente, el cual reposaba en el servicio de emergencias.

TABLA 1. PERSONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS Y LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE LA OMS.

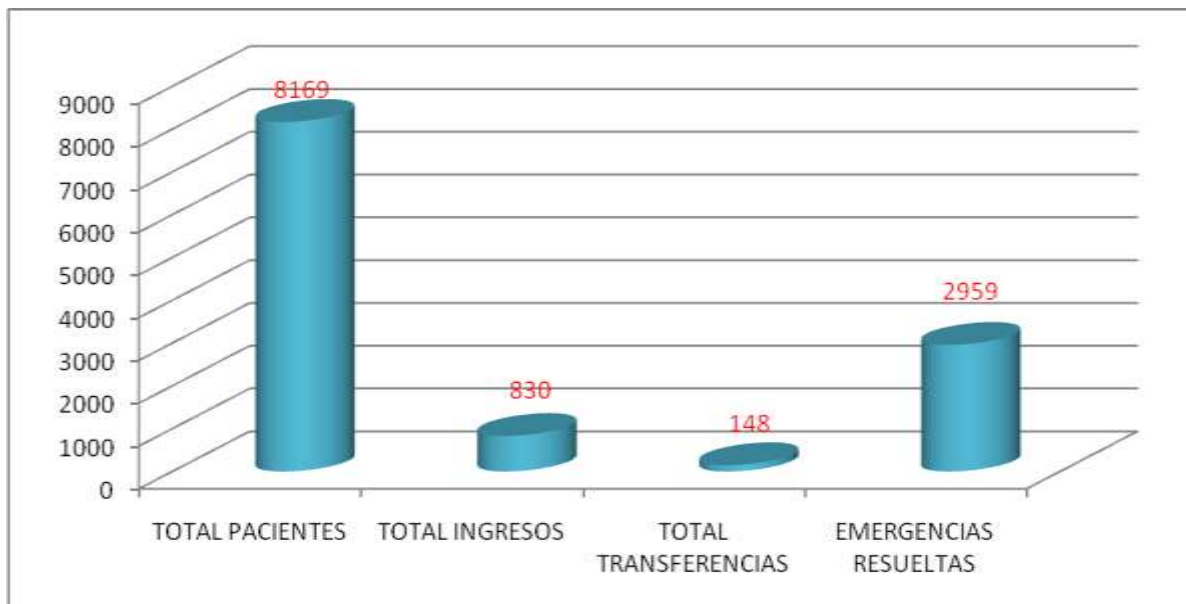
CARGO	NUMERO	APLICO GUIAS	CONOCE	DESCONOCE	% EFICACIA
MEDICO	4	1	2	2	25%
ENFERMERA	2	0	1	1	0%
ESTUDIANTE	3	0	0	3	0%

SEGUNDO OBJETIVO: MEDICION DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL HOSPITAL MEDIANDE INDICADORES.

TOTAL DE EMERGENCIAS ATENDIDAS DURANTE EL PERIODO 2008-2009.

El gráfico número 2 nos muestra la prevalencia de pacientes atendidos en el servicio de emergencias durante el periodo de estudio 2008 – 2009, correspondiente a 8169 pacientes, de los cuales el 10,16% (830 pacientes) requirieron hospitalización, el porcentaje de transferencias fue del 1,8%; mientras que el porcentaje de resolución en la emergencia del hospital fue del 88%.

Grafico 2. Prevalencia de pacientes atendidos en la emergencia durante el periodo 2008-2009.



Fuente: Departamento de estadística Hospital Área #5
Investigador: Dr. David Jaramillo G.

Durante el periodo de estudio, encontramos que del total de pacientes atendidos, la especialidad más frecuentemente requerida fue Cirugía con 4925 pacientes lo que equivale al 60,3%, Medicina interna con 1674 pacientes equivalente al 20,5%, pediatría 1103 atenciones correspondiente al 13,5%, ginecología 409 pacientes, equivale al 5%, agrupamos como otras patologías aquellas relacionadas con oftalmología, psiquiatría y otorrinolaringología con 58 atenciones lo que representó el 0,7% (tabla 2).

Tabla 2. Pacientes atendidos en emergencia durante el periodo 2008-2009 según la especialidad.

ESPECIALIDAD	FRECUENCIA	%
CIRUGIA	4925	60,2%
MEDICINA INTERNA	1674	20,5%
PEDIATRIA	1103	13,5%
GINECOLOGIA	409	5%
OTROS	58	0,7%
TOTAL	8169	100

Fuente: Departamento de estadística Hospital Área #5
Investigador: Dr. David Jaramillo G.

Cabe señalar que se registraron como emergencias quirúrgicas a tratamientos de cirugía menor, los cuales no estarían en la categoría del estudio, por ello la tabla 3 desglosa y define realmente las emergencias quirúrgicas y sus porcentajes.

TABLA 3. Porcentaje de emergencias quirúrgicas desglosado. Años 2008 y 2009.

TIPO	PORCENTAJE
EMERGENCIAS QUIRURGICAS (ABDOMEN AGUDO, PATOLOGIA BILIAR, TRAUMA TORACICO, TCE).	8,20%
CIRUGÍA MENOR (CURACIONES, HERIDAS, ABSCESOS, CUERPO EXTRAÑO, ETC)	80%
TRAUMATOLOGIA	3,40%
OTROS	8,40%

Fuente: Hojas de emergencia Hospital Área #5
Investigador: Dr. David Jaramillo G.

En cuanto a las principales patologías quirúrgicas registradas en emergencias encontramos una agrupación inusual de las mismas, lo cual establece una estadística equívoca con respecto a la patología quirúrgica, se registra un 60,34% para curaciones, atención de heridas 13%, politrauma 5,67%, abscesos 4% entre otras de importancia, enfermedades realmente quirúrgicas como el abdomen agudo y patología biliar se ubicaron en octavo y noveno lugar respectivamente, como se demuestra en la tabla No. 4 y grafico No. 3

Tabla 4. Principales patologías Quirúrgicas atendidas en el área de emergencia durante el periodo 2008-2009.

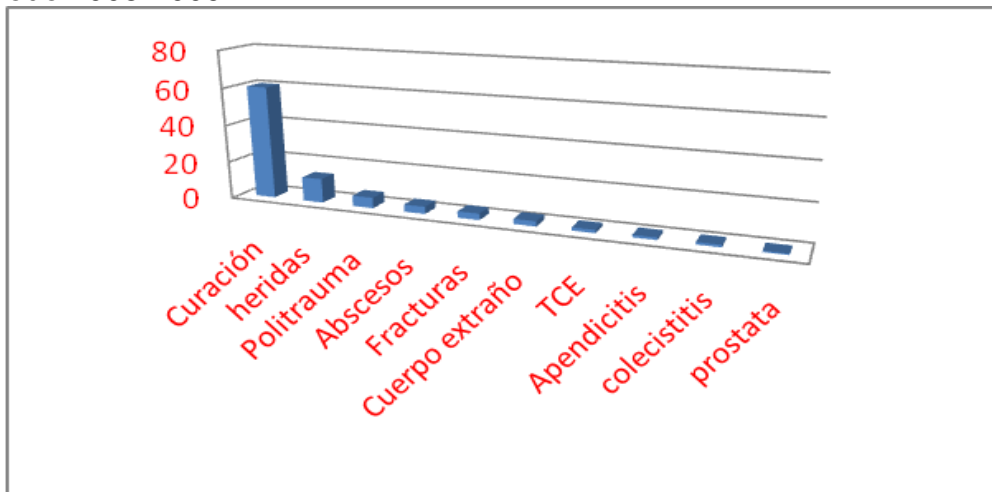
PATOLOGIA	TOTAL	PORCENTAJE (%)
Curación	4929	60,34
Heridas	1061	13
Politrauma	463	5,67
Abscesos	318	3,89
Fracturas	277	3,39
Cuerpo extraño	222	2,72
Trauma cráneo	136	1,67

encefálico		
Abdomen agudo	106	1,30
Patología biliar	103	1,26
Trastornos de la Próstata	53	0,65

Fuente: Registros de enfermería

Investigador: Dr. David Jaramillo G.

Gráfico 3. Principales patologías atendidas como quirúrgicas durante el periodo 2008-2009.



Fuente: Departamento de estadística Hospital Área #5

Investigador: Dr. David Jaramillo G.

TOTAL DE EMERGENCIAS ATENDIDAS EN EL AÑO 2009.

En el año 2009, el total de emergencias atendidas correspondió a 4806 pacientes (tabla 5), de los cuales el 11 % (530 pacientes) fueron ingresados a hospitalización; mientras que el 1,8% (70) fueron transferidos a otro hospital (grafico 4), lo cual demuestra la capacidad de resolución del servicio. La mayoría de transferencias realizadas fueron por fracturas y politraumatismos con un 34,2%, seguidas de insuficiencia cardiaca o trastornos respiratorios severos con un 21,4% y en tercer lugar el abdomen agudo con un 15,7% (grafico 5).

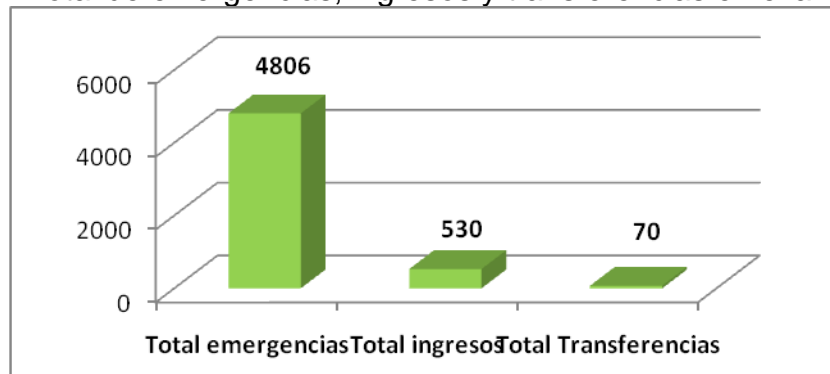
Tabla 5. Indicadores de producción Hospitalaria en número de pacientes durante el año 2009.

	NUMERO PACIENTES	%
TOTAL EMERGENCIAS	4806	100
TOTAL INGRESOS	530	11
TOTAL TRANSFERENCIAS	70	1,8

Fuente: Departamento de estadística Hospital Área #5

Investigador: Dr. David Jaramillo G.

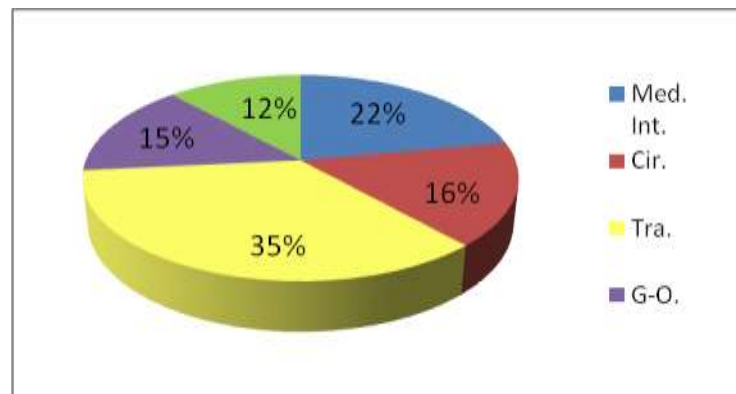
Grafico 4. Total de emergencias, ingresos y transferencias en el año 2009.



Fuente: Departamento de estadística Hospital Área #5

Investigador: Dr. David Jaramillo G.

Grafico 5. Transferencias realizadas durante el año 2009 en el servicio de emergencias por especialidad.

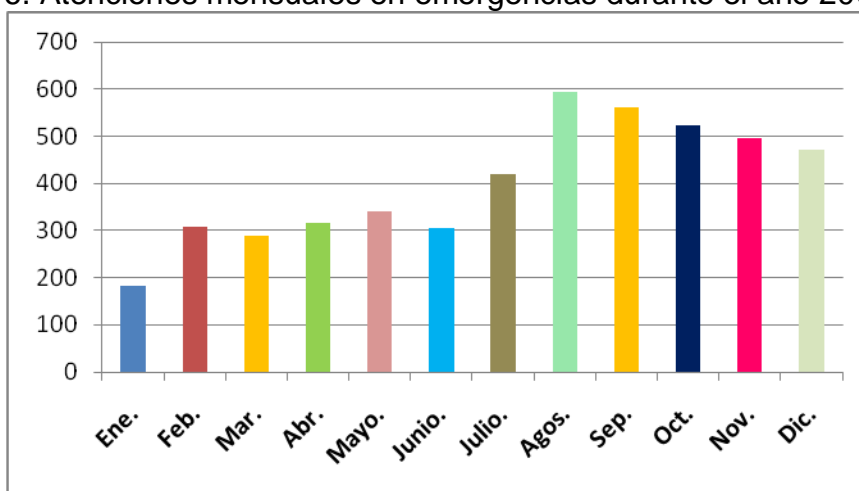


Fuente: Departamento de estadística Hospital Área #5

Investigador: Dr. David Jaramillo G.

El número de pacientes atendidos en emergencia fue mayor en el segundo semestre del año, probablemente a la finalización del periodo escolar, desde julio hasta agosto se evidencian los mayores índices de emergencias (grafico 6), el promedio de atenciones fue de 400 pacientes por mes, mientras que el promedio de ingresos fue de 42 pacientes (tabla 6).

Grafico 6. Atenciones mensuales en emergencias durante el año 2009.



Fuente: Departamento de estadística Hospital Área #5
Investigador: Dr. David Jaramillo G.

Tabla 6. Total de emergencias atendidas por mes durante el año 2009.

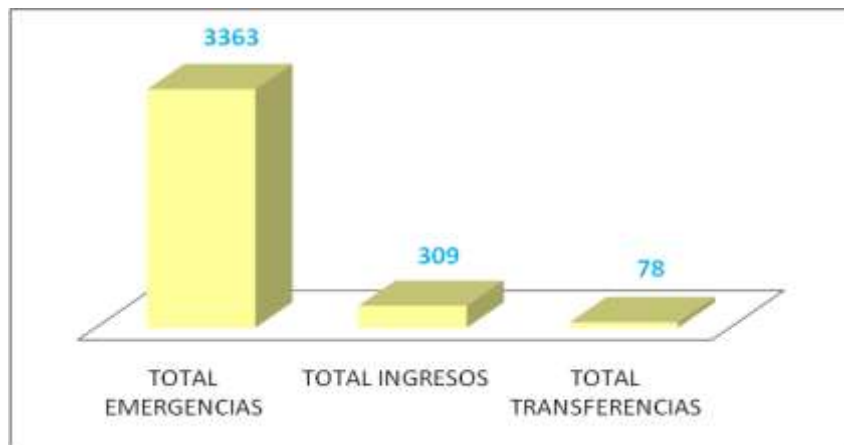
MES	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JUN	JUL	AG O	SE P	OC T	NO V	DIC
PCTE S	183	307	290	315	340	305	419	595	561	522	497	472
INGRE SOS	26	36	54	36	35	51	43	45	59	43	47	35

Fuente: Departamento de estadística Hospital Área #5
Investigador: Dr. David Jaramillo G.

TOTAL DE EMERGENCIAS ATENDIDAS AÑO 2008.

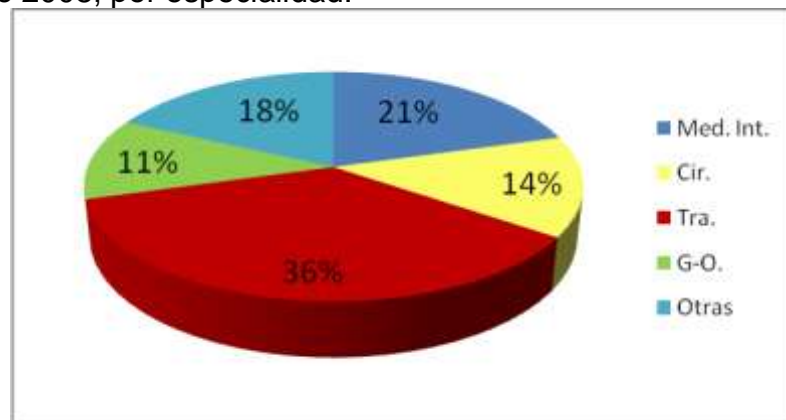
En el año 2008, se atendieron un total de 3363 pacientes en la emergencia, de los cuales el 9,8% requirieron hospitalización, mientras que tan solo el 2,3% fueron transferidos a otro centro hospitalario (grafico 7); las patologías más frecuentes correspondieron al área de traumatología y medicina interna, con el 35,8% y 20,5% respectivamente, las patologías quirúrgicas ocuparon el tercer lugar con una prevalencia del 14,1% (grafico 8).

Grafico 7. Total de emergencias, ingresos y transferencias durante el año 2008.



Fuente: Departamento de estadística Hospital Área #5
Investigador: Dr. David Jaramillo G.

Grafico 8. Porcentaje de transferencias en el servicio de emergencias durante el año 2008, por especialidad.



Fuente: Departamento de estadística Hospital Área #5
Investigador: Dr. David Jaramillo G.

El número de atenciones mensuales fue mayor para los meses comprendidos entre julio y septiembre, el promedio de atenciones mensual fue de 280 pacientes, y el promedio de ingresos fue de 27 como nos muestra la tabla 7.

Tabla 7. Total de emergencias atendidas por mes durante el año 2008.

Mes.	En e.	Fe b.	Ma r.	Ab r.	May o.	Juni o.	Juli o.	Ag o.	Se p.	Oc t.	No v.	Di c.
Atenciones.	231	123	295	215	230	276	398	499	332	224	300	240
Ingresos.	19	34	28	21	18	28	39	42	36	2	11	31

Fuente: Departamento de estadística Hospital Área #5

Investigador: Dr. David Jaramillo G.

GRADO DE SATISFACCION DEL USUARIO

ENCUESTA DE SATISFACIÓ A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL.

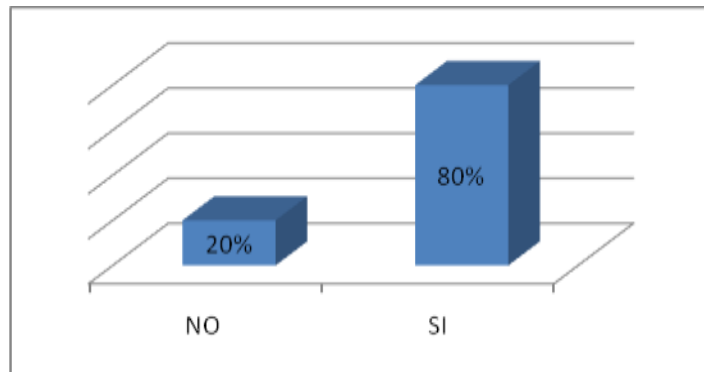
Se realizaron un total de 356 encuestas a pacientes del hospital José Miguel Rosillo que acudieron a consulta externa y emergencias durante el periodo de estudio comprendido entre los meses de diciembre del 2009 a marzo del 2010; se calculó la muestra con la ayuda del programa de cálculo estadístico Metri matrix , para asegurar un Nivel de confianza del 95% y un intervalo de confianza menor al 5%.

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

Si: 38%

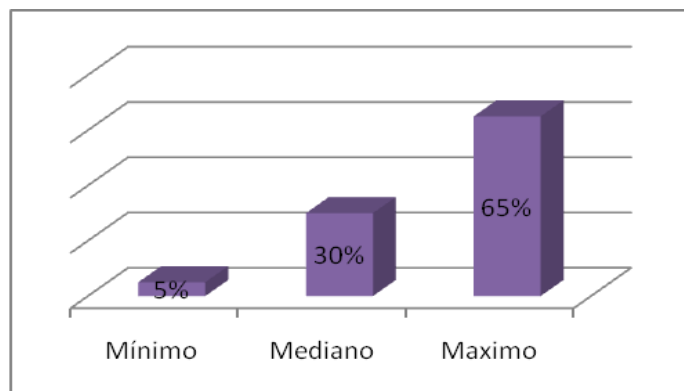
No: 15,3%

Medianamente: 46,7%



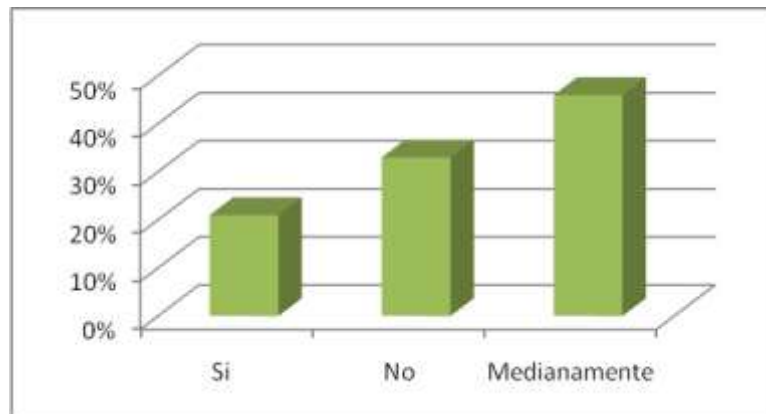
Pregunta 4: ¿Cuando Usted acude al hospital para ser ayudado en una emergencia, el tiempo que pasa hasta que sea atendido es:

Mínimo (menos de cinco minutos) 5%
 Mediano (cinco a quince minutos) 30%
 Máximo (sobrepasa los quince minutos) 65%



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

Si 21%
 No 33%
 Medianamente 46%



INDICADORES DE CALIDAD

1. Porcentaje de pacientes satisfechos:

Satisfechos: 26%

Medianamente satisfechos: 46,5%

Insatisfechos: 27,5%

2. Porcentaje de emergencias resueltas en el servicio: 88%

3. Atenciones realizadas aplicando las guías implementadas: 21,2%

4. Diagnósticos según CIE 10: 100%

5. Número de reuniones de capacitación al personal llevadas a cabo por año: Una reunión, dictada por médico del hospital.

6. Porcentaje de personal médico y para médico que concurrió a las reuniones de capacitación: 100%

7. Tasa de mortalidad de las emergencias quirúrgicas atendidas: 0% (no hay registro)

8. Tasa de discapacidad temporal y permanente de los pacientes atendidos: 0% (no hay registro).

TERCER OBJETIVO: PLAN ESTRATEGICO DE FORTALECIMIENTO.

Se propuso un plan de mejoramiento y de acción en emergencias quirúrgicas, basado en las patologías más frecuentemente atendidas y en las necesidades de aprendizaje evidenciadas en el periodo de estudio. Fundamentalmente se planteó la aplicación de las guías en los temas de mayor prevalencia y en las cuales se evidenció errores diagnósticos y terapéuticos, de esta manera se realizaron conferencias de los siguientes temas: ABC del trauma, trauma de tórax y manejo (hemotorax, neumotórax, neumotórax a tensión, taponamiento cardiaco), trauma abdominal abierto y cerrado, abdomen agudo (obstructivo, hemorrágico, inflamatorio); dicha capacitación se llevó a cabo en tres sesiones con la presencia del personal médico y de enfermería del hospital.

De igual manera se planteó la intervención en tres periodos, el primero comprendido entre los meses de mayo y junio, según el cronograma de actividades del presente proyecto, el segundo a realizarse tres meses después de terminada la primera evaluación, y el tercero a los seis meses de la capacitación inicial. Cabe señalar que estas evaluaciones deberán ser realizadas por los postgradistas de los años inferiores que asuman este macroproyecto.

Como parte del plan se entregó nuevas guías por escrito al jefe de emergencias y a la coordinación del hospital, de igual forma se diseñaron carteles con tablas y cuadros referentes al manejo del trauma según la OMS (organización mundial de la Salud), los cuales fueron colocados en el servicio de emergencias del hospital.

Previa la capacitación del personal se aplicó una encuesta para evaluar el nivel de conocimientos (anexo 3), la cual evidenció un déficit mayor al cincuenta por ciento en la mayoría de las preguntas. Basado en ello se realizó capacitación en los temas antes mencionados, luego de la misma se

repitió la evaluación, en la cual mejoraron los aciertos en cada pregunta. El porcentaje de mejoramiento fue del veinte por ciento.

CUARTO OBJETIVO: Determinar el grado de desarrollo de las capacidades del personal que ha participado en los procesos de capacitación realizados por el proyecto.

Al igual que en los objetivos anteriores, existieron dificultades para la medición de las capacidades desarrolladas debido a la rotación frecuente del personal medico que labora en la emergencia del hospital, lamentablemente la mayoría de los médicos y enfermeras desconocieron la aplicación de guías años atrás y quienes lo recordaban no las habían aplicado por mucho tiempo debido a la falta de seguimiento y a la ausencia de las guías. Por ello este objetivo no fue cumplido en su totalidad.

4. DISCUSSION

La situación actual de nuestros hospitales cantonales es preocupante, debido al continuo deterioro de sus instalaciones, al desgaste e ineficiencia del personal administrativo y a la falta de planificación para el mejoramiento y mantenimiento de todas sus áreas; en especial los servicios de emergencias, los cuales deben contar con profesionales capacitados, seguros de su accionar y con la capacidad de tomar decisiones, la realidad es otra, encontramos médicos o estudiantes en formación que aprenden del empirismo de los superiores a cargo, personal auxiliar y de enfermería sin vocación de servicio y un gran número de pacientes sin atención médica oportuna, que en muchas ocasiones tienen que ser trasladados a un hospital de mayor nivel por la incapacidad resolutive de los hospitales cantonales o la falta de médicos especialistas para el caso.

Es imperativo que las autoridades de Salud de nuestra Provincia busquen la manera de solventar esta realidad, no solo se trata de dar recursos a los hospitales para que adquieran implementos, medicinas y equipos de diagnóstico, también sería importante canalizar esos recursos hacia la capacitación del personal, contratar médicos preparados, bajo exámenes y concurso de merecimientos sin apadrinamientos, en los cuales quienes estén verdaderamente capacitados sean incluidos en las nominas hospitalarias y sean un aporte para la salud de nuestra provincia.

El hospital cantonal José Miguel Rosillo de la ciudad de Cariamanga es uno de los centros de referencia a nivel provincial, el cual recibe en la emergencia un promedio de 3000 pacientes al año, este número de usuarios representa una gran responsabilidad para quienes brindan atención en la emergencia, por lo tanto requieren contar con el apoyo de sus autoridades para fortalecer sus destrezas, actualizar conocimientos y aplicar protocolos de atención debidamente avalados por organismos nacionales e internacionales.

En cuanto a las guías de práctica clínica, si bien es cierto representan un aporte valioso para el mejoramiento de la capacidad resolutive de los

servicios de emergencia, sin el apoyo de las autoridades gubernamentales, provinciales y seccionales, es imposible aplicar y fortalecer los sistemas de salud, y capacitar al personal que labora en ellos, además la rotación continua de médicos rurales, internos y personal de enfermería limitan aún más el presente proyecto.

5. CONCLUSIONES

1. El proceso de aplicación de las guías de práctica clínica en emergencias del hospital José Rosillo, durante el periodo 2008 y 2009 medido en porcentaje fue del veinte por ciento, lo cual refleja la falta de utilización de las mismas.
2. Se evidenció que los meses en los que se utilizaron las normas establecidas en las guías de la OMS fueron los primeros cuatro del año 2008, reflejando así el impacto positivo que causó su aplicación en el año 2007.
3. La falta de seguimiento y normatización de la aplicación de guías en el hospital de Cariamanga contribuyeron al bajo porcentaje en su aplicación.
4. La capacidad resolutoria del hospital fue alta, aunque no se precisaron tasas de defunciones o de discapacidad, lo cual ocasiona un error estadístico significativo.
5. El servicio de emergencias no demuestra eficacia en el manejo de ciertas patologías emergentes, existen pocos criterios basados en protocolos del ministerio de salud y prescripciones erróneas en muchos casos.
6. La satisfacción de los pacientes es baja, la mayoría consideran como causa principal la falta de interés del personal que labora en el hospital, lo cual ocasiona demoras en la atención y falta de calidad y calidez por parte de los profesionales de la salud.
7. El número de reuniones de capacitación al personal llevadas a cabo durante los periodos de estudio fue de tan solo una reunión por año, lo cual refleja el déficit de actualización y capacitación en nuestros

hospitales cantonales. Es digno de resaltar que todo el personal asistió a dichas reuniones.

8. No se pudo establecer el tiempo de resolución por emergencia quirúrgica, verbalmente algunos profesionales manifestaron que dependía del tipo de patología pero que el tiempo de atención en la emergencia y de resolución es prolongado debido a la falta de personal en el servicio.
9. La aplicación de nuevas guías contribuyó a elevar el interés de los profesionales en la atención de los pacientes, así como incentivar la educación médica continua en el hospital José Miguel Rosillo de Cariamanga.
10. La capacidad resolutive en el servicio de emergencias luego de la aplicación de las guías mejoró en parte, esto se debe a la baja incidencia de patologías quirúrgicas y a la falta de interés por parte del personal del hospital.
11. 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; 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.

6. RECOMENDACIONES

1. Promover la realización del presente macroproyecto mediante la vinculación de organismos gubernamentales, lo cual haría factible el uso de guías de práctica clínica de la OMS.
2. Crear un sistema de capacitación y actualización permanente para el personal médico que labora en los hospitales del ministerio de salud, basado en la estandarización de protocolos y guías de manejo previamente aprobadas por los organismos provinciales o seccionales.
3. Es indispensable que a través de la dirección del hospital se fomente la educación médica continua en el hospital Cantonal de Cariamanga a través de la capacitación del personal mediante conferencias, talleres, cursos y demás actividades docentes, y que estas sean de relevancia para el mejoramiento de la calidad de nuestros profesionales.
4. Incentivar a través del Ministerio de Salud, en especial de la Dirección Provincial de Salud de Loja, 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. Es primordial la coordinación desde el ministerio para poder mejorar una realidad que por años ha demostrado ineficiencia y falta de interés por parte del personal de salud.
5. Al personal administrativo y de salud del hospital se recomienda 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 del hospital.

6. Llevar datos estadísticos acerca de número de defunciones por mes y año, y calcular las tasas de mortalidad. Es indispensable exigir el registro de este tipo de pacientes.

7. El Hospital José Miguel Rosillo de Cariamanga es uno de los centros cantonales de referencia de nuestra provincia, por lo tanto requiere la capacitación continua de los médicos que laboran en él, y la estandarización de guías efectivas de manejo del paciente en emergencias. No es posible realizar un proyecto de implementación de guías clínico quirúrgicas sin el aval de los hospitales, se requiere establecer vínculos de responsabilidad que permitan conseguir los objetivos planteados y lograr cambios a mediano y largo plazo.

7. BIBLIOGRAFIA.

1. Manual de Organización de la Áreas de la Salud, MSP edición 1994, Quito – Ecuador.
2. Plan de Desarrollo Nacional 2007 – 2010, Calidad y Esperanza de vida de la Población, Gobierno Nacional del Ecuador, Quito, 2007.
3. Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Cataluña (Agencia de evaluación de Tecnología Médica, AATM)
4. 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.
5. Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence, www.cebm.net/levels_of_evidence. Oxford, 2006
6. OPS: “Vigilancia Sanitaria” HSP- UNI, 1996.
7. Rev Panamericana Salud Publica vol.8 n.1-2 Washington July/Aug. 2000.
8. 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
9. Situación de salud Ecuador 2006, OPS/OMS representación en Ecuador, Quito, 2006 Edit. Lápiz y Papel.
10. US Preventive Task Force. Guide to clinical preventive services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions. Baltimore: Williams and Wilkins, 1989.
11. Ministerio de Salud de Chile. Realización de Protocolos o Guías prácticas clínicas. Santiago, 2003

12. Manual de Organización de la Áreas de la Salud, MSP del Ecuador, edición 1994 Quito – Ecuador.
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.
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>.
17. Categorías adaptadas de: A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. Robin Harbour and Juliet Miller. BMJ 2001; 323: 334-336.
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)).
19. Servicios de atención integral para la prevención y atención de la violencia, *Dirección Normatización*, Quito, abril, 2008.

8. ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA DE SATISFACIÓN AL USUARIO

Sr. (a) Usuario(a):

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

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

b. 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.....

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

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

d. ¿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)

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

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

ANEXO 2

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	Mide el riesgo de morir por causas específicas	Estadística del hospital.	Muertes por causas de emergencias

principales causas de mortalidad por emergencias quirúrgicas	consideradas emergencias quirúrgicas		quirúrgicas específicas/ total de muertes por emergencias quirúrgicas atendidas x 100
Tasa y distribución porcentual de las principales causas de discapacidad por diagnóstico – por emergencias quirúrgicas atendidas	Mide el riesgo de sufrir discapacidad por causas específicas de emergencias quirúrgicas.	Estadísticas del hospital	No. de pacientes con discapacidad por causas específicas de emergencias quirúrgicas / total atenciones x 100

ANEXO 3

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 concurrió a las reuniones de capacitación	Mide el interés del personal y las facilidades previstas por los directivos para posibilitar la capacitación.	Actas de las reuniones.	Constatación de datos
Porcentaje de atenciones realizadas aplicando las guías implementadas	Mide la implementación de las guías en la práctica cotidiana.	Historias clínicas.	Constatación de datos.

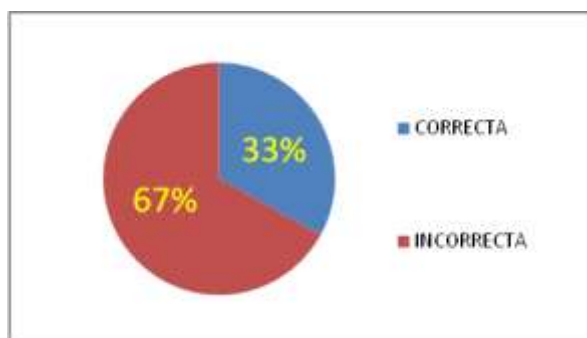
Tasa de mortalidad de las emergencias quirúrgicas atendidas	Mide el riesgo de morir a causa de una emergencia quirúrgica atendida.	Estadística del hospital	No. de muertes por causas de emergencias atendidas /total de atenciones x 100
Tasa de discapacidad temporal y permanente de los pacientes atendidos	Mide el riesgo de sufrir discapacidad por causas específicas de emergencias quirúrgicas.	Estadística del hospital	No. de pacientes con discapacidad por emergencias quirúrgicas / total atenciones x 100

ANEXO 4

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE EVALUACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL QUE LABORA EN EL HOSPITAL JOSE MIGUEL ROSILLO.

1. Para el manejo del trauma. Usted debe aplicar:

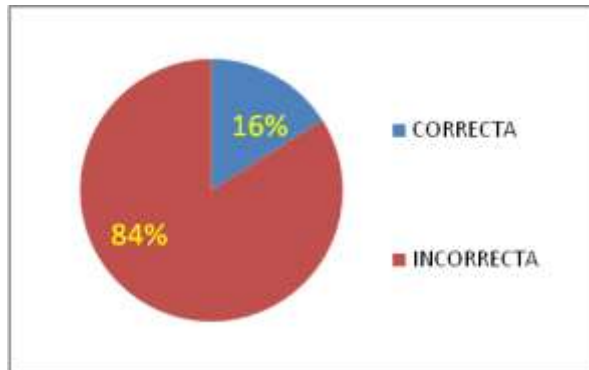
Escala de Glasgow	()
A-B-C-D-E ...	()
APACHE II	()
Clasificación de TODANI	()



2. A la emergencia acude un paciente masculino de 30 años de edad, con una herida por arma de fuego hace 2 horas, localizada en reborde costal derecho, en la línea medio clavicular. Durante el examen físico el paciente presenta dolor moderado, TA: 70/40, Frecuencia Cardíaca: 128 por minuto, frecuencia respiratoria: 40 por minuto y saturación de O₂ menor de 60%. En la auscultación ausencia del murmullo vesicular del lado derecho.

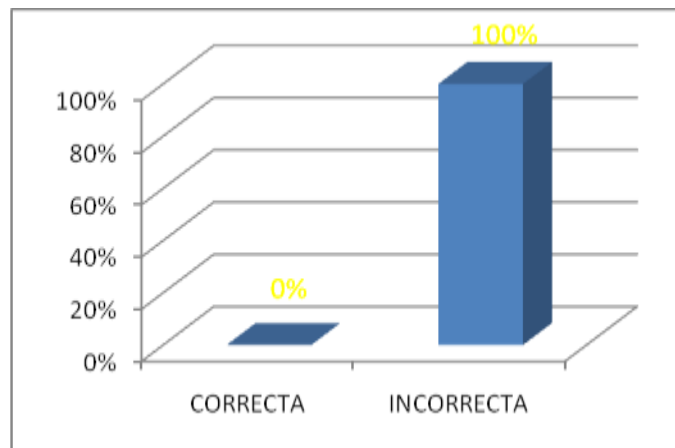
A. ¿Cual sería su diagnóstico más probable?:

HEMOTORAX	()
NEUMOTORAX	()
TAPONAMIENTO CARDIACO	()
NEUMOTORAX A TENSIÓN	()



B. En base a su presunción diagnóstica, ¿Que decisiones tomaría al respecto?

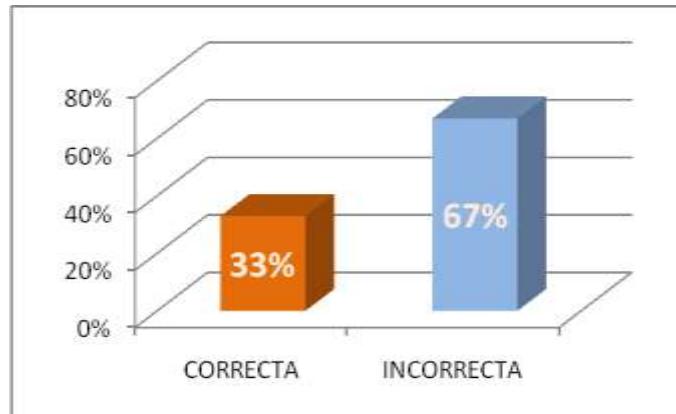
- Comunica a su inmediato superior ()
- Realiza maniobra primaria de resucitación ()
- Realiza toracostomía de emergencia en el 2do. Espacio intercostal ()
- Realiza toracotomía derecha en el 5to espacio intercostal ()
- Transfiere al paciente a unidad de mayor complejidad ()



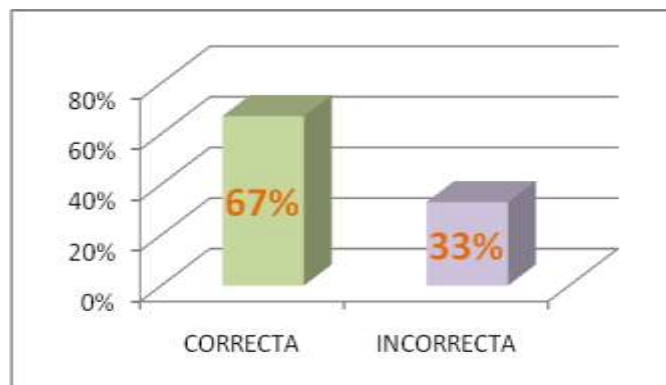
3. Paciente de 48 años de edad, con cuadro de dolor y distensión abdominal de 6 horas de evolución localizado en epigastrio, su sospecha clínica luego del examen físico es de abdomen agudo obstructivo. ¿Que debe hacer?

- Hidrata al paciente ()
- Coloca sonda nasogástrica y administra antibiótico terapia ()
- Hidrata y Transfiere al paciente ()
- Estabiliza al paciente con reposición hídrica, antibióticos y transfiere a un centro de mayor complejidad ()

Estabiliza al paciente con reposición hídrica, antibióticos y comunica al cirujano del hospital para intervención quirúrgica ()

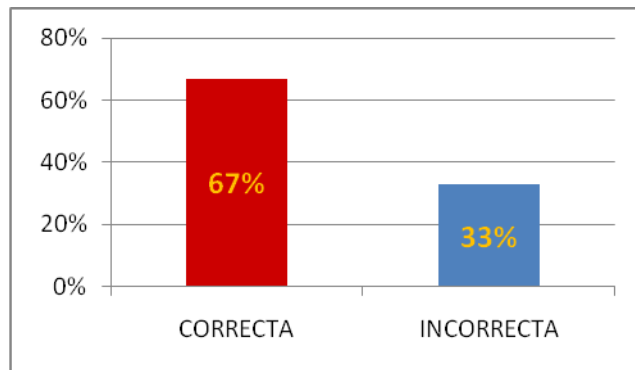


9. Paciente de 50 años con presencia de masa en región inguinal derecha, dolorosa a la palpación que aparenta ser una hernia, que se reduce con dificultad. ¿Cuál sería su manejo?

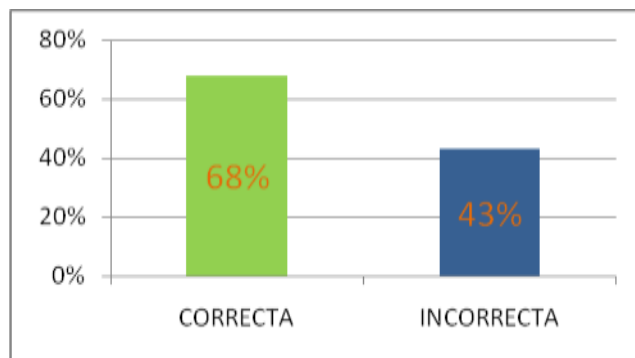


10. Paciente joven con absceso en región glútea derecha de 2 días de evolución, muy dolorosa con piel brillante y eritematosa. Que maniobra realizaría?

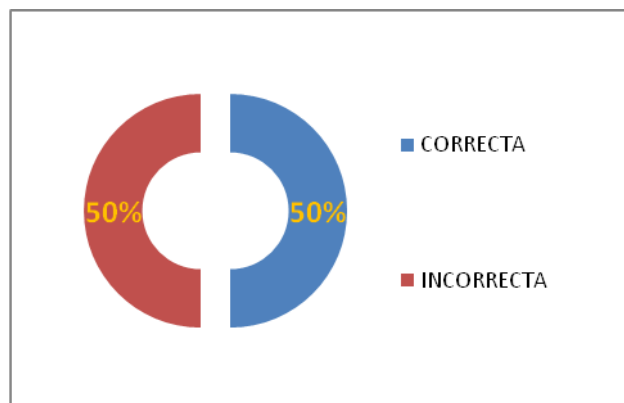
- Drenaje inmediato, alta y analgésicos ()
- Drenaje inmediato, antibióticos y analgésicos ()
- Transferencia ()
- Antibioticoterapia. ()



11. Que es politraumatismo?



12. Indique tres criterios de insuficiencia respiratoria aguda.



ANEXO 5

GUIAS PRÁCTICO CLINICAS

Laparotomía y Trauma abdominal

6.1 LAPAROTOMÍA

LAPAROTOMÍA

Use la técnica de laparotomía para exponer los órganos abdominales. Permite la confirmación o corrección del diagnóstico preoperatorio en un paciente que se presenta con un abdomen agudo. Evite la laparotomía en la pancreatitis. Familiarícese completamente con la incisión en la línea media, que es simple, con escaso sangrado, puede realizarse y cerrarse rápidamente y extenderse fácilmente.

Haga una incisión en el abdomen superior para exponer:

- La vesícula
- El estómago
- El duodeno
- El bazo
- El hígado.

Use una incisión abdominal inferior para los pacientes con:

- Obstrucción intestinal
- Problemas pélvicos.

Haga una incisión supra e infraumbilical para:

- Evaluar todos los órganos abdominales en una laparotomía por trauma.

Incisión en la línea media

1. Con el paciente en posición supina, prepare la piel y cubra el área desde el nivel de los pezones hasta la región púbica y lateralmente en los flancos. Corte la piel en la línea media entre la apéndice xifoidea y el ombligo. Extienda la incisión debajo del ombligo según sea necesario para una exposición adicional (Figura 6.1).

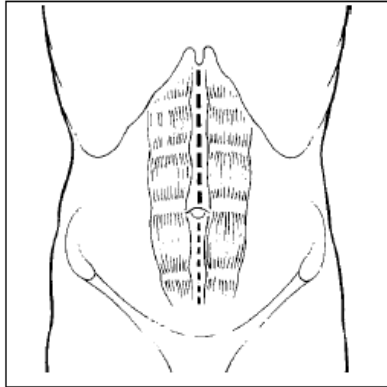


Figure 6.1

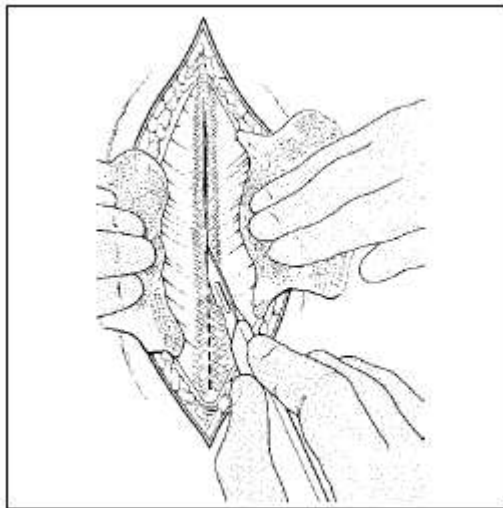


Figure 6.2

2 Profundice la incisión a través del tejido subcutáneo hasta la línea alba. Controle el sangrado con gasa sosteniéndolas contra el borde de la herida y ligue los vasos sangrantes persistentes. Eleve la línea alba longitudinalmente a sus fibras intersecantes y córtela directamente en la línea media, exponiendo la grasa preperitoneal y el peritoneo

(Figura 6.2).

3 Tenga cuidado si la incisión está sobre de una cicatriz de laparotomía previa puesto que el intestino puede

encontrarse adherido a la superficie interior

de la pared abdominal y estar sujeto a lesión. Separe lateralmente la grasa preperitoneal con la disección roma, ligando los vasos cuando sea necesario.

4 Levante el peritoneo, haciendo una “tienda” sujetando con un fórceps a ambos lados de la línea media. Apriete la **tienda** entre los dedos índice y pulgar para liberar alguna asa intestinal bajo la superficie y haga una apertura pequeña con bisturí. Figure 6.2 (Figura 6.3, 6.4).

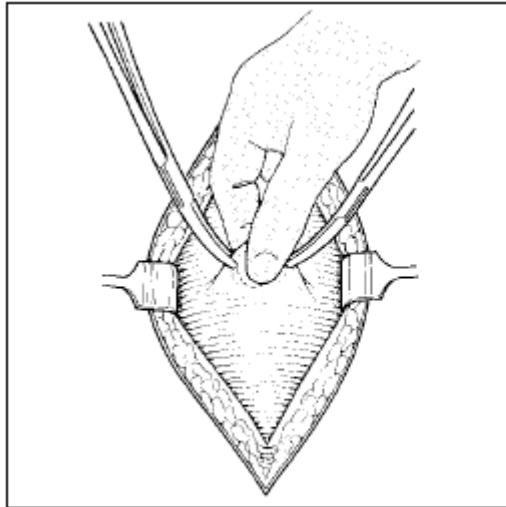


Figure 6.3

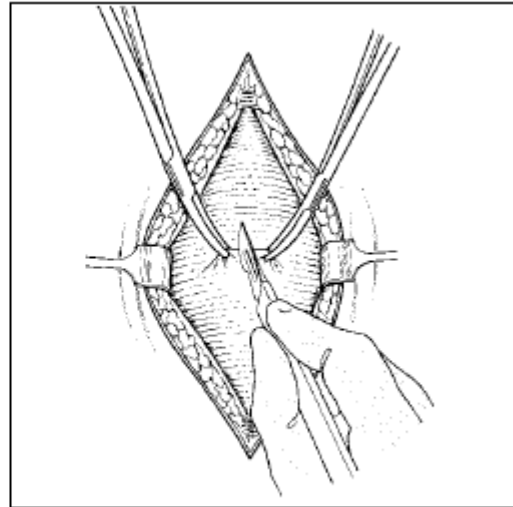


Figure 6.4

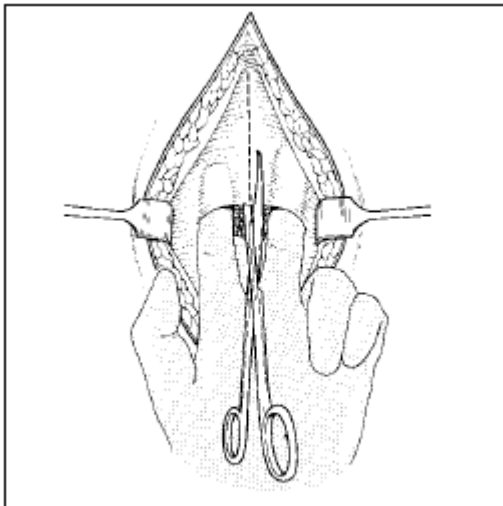


Figure 6.5

5 Cuando se abre el peritoneo, rápidamente sostenga la superficie interior con el índice

y el dedo medio y extienda la incisión con las tijeras (Figura 6.5). Extienda la incisión peritoneal a la longitud total de la herida.

6 Examine los órganos abdominales para confirmar el diagnóstico.

Hallazgos abdominales

- Líquido verdoso y gas
- Contenidos libres del intestino y gas en el peritoneo
- Sangre libre en el peritoneo: con trauma
- Sangre libre en el peritoneo:

Posible causa

- Perforación del estómago o del duodeno
- Perforación del intestino
- Herida al hígado, bazo o mesenterio
- Embarazo ectópico

hembra, ninguna historia del trauma <ul style="list-style-type: none"> • Exudación purulenta • Asas intestinales distendidas 	accidentado <ul style="list-style-type: none"> • Apendicitis, diverticulitis o perforación del intestino • Obstrucción intestinal o íleos paralítico
---	--

7 Examine sistemáticamente los órganos abdominales para ver signos de lesión u otra anormalidad:

- Empiece el examen del intestino delgado en el ligamento de Trietz, siga a lo largo de su toda su longitud y luego examine el intestino grueso y el recto
En el abdomen inferior, examine la vejiga y el útero
- En el abdomen superior, examine estómago, duodeno y bazo
- Visualice y palpe el hígado y el diafragma y finalmente examine el retroperitoneo incluyendo el páncreas y los riñones
- Planifique el procedimiento quirúrgico apropiado después de que haya hecho una completa valoración.

8 Lleve a cabo los procedimientos apropiados como lo indican los resultados patológicos.

Estas técnicas se explican en las siguientes secciones.

9 Al final de la cirugía, cierre la herida por planos. Use varias pinzas para sostener los extremos y bordes de la incisión peritoneal. Cierre el peritoneo con una sutura absorbible o continua con aguja atraumática (Figura 6.6). Mantener el intestino dentro de la cavidad abdominal durante el cierre es a menudo un problema. Si es necesario, use un relajante muscular o un maleable ubicada bajo el peritoneo (Figura 6.7).

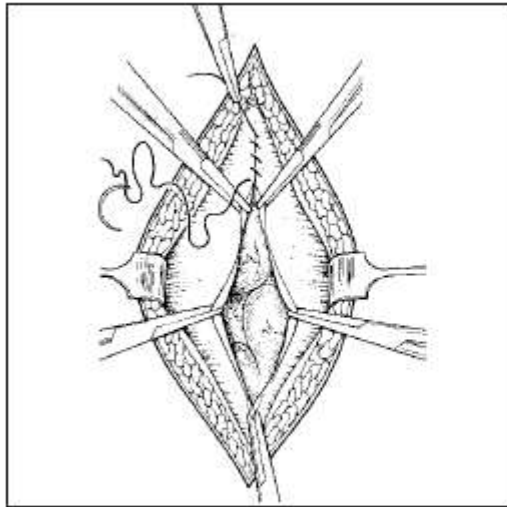


Figure 6.6

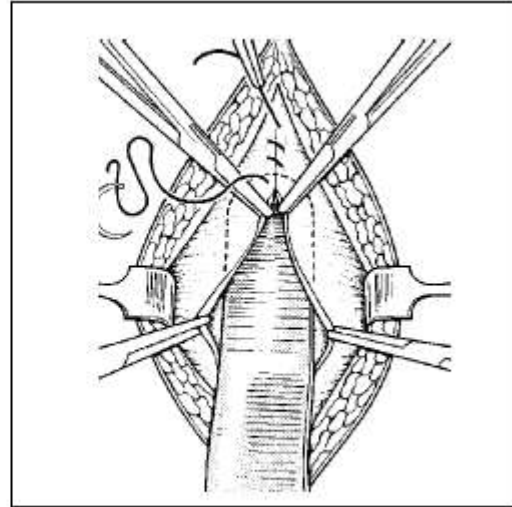


Figure 6.7

10 Cierre la línea alba con sutura de ácido poliglicólico No. 1 interrumpido o con nylon de monofilamento continuo con aguja atraumática (Figura 6.8). Si la herida está contaminada o infectada, use suturas de nylon No. 1 con puntos separados. Cierre la piel con nylon 2/0, manteniendo las suturas a 1 cm de separación y a 1 centímetro del borde de la herida (Figura 6.9).

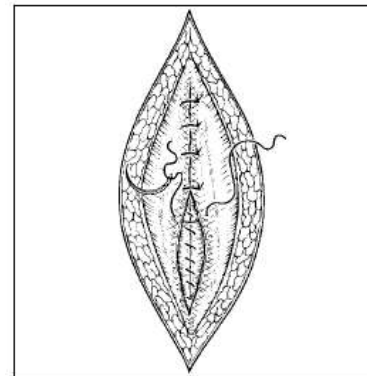


Figure 6.8

11. Coloque gasas en 2 capas. Si cerrar el abdomen es difícil, compruebe la competencia de la anestesia para reducir la tensión de la pared abdominal y vacíe el estómago con una sonda nasogástrica. Una alternativa es el cierre en un solo plano de las diferentes capas abdominales. Esta sutura está indicada para pacientes debilitados como resultado de la desnutrición, vejez, cáncer avanzado o VIH/SIDA. El nylon es el material indicado. Inserte suturas en un solo plano a través del espesor total de la pared abdominal antes de cerrar el peritoneo, dejándolas sueltas al inicio (Figura 6.10). Si es imposible

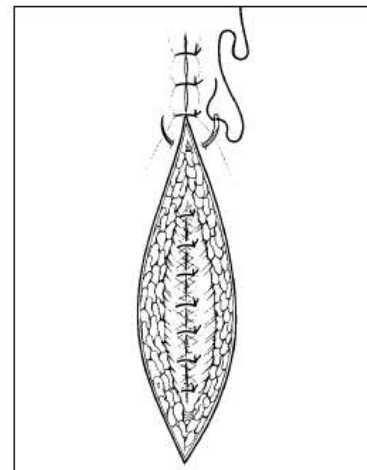


Figure 6.9

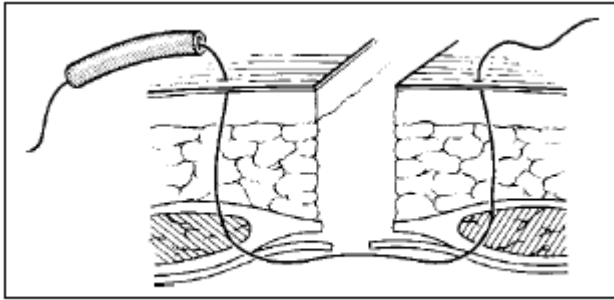


Figure 6.10
o muy difícil de cerrar la línea alba debido a la excesiva presión intra-abdominal, es aceptable cerrar la piel solamente. Refiera al paciente a un especialista quirúrgico cuando este estabilizado.

6.2 TRAUMA ABDOMINAL

El trauma al abdomen ocurre en forma de lesión aislada o asociada con alta energía en el politraumatismo. Los principios de cuidado del trauma primario incluyen la evaluación abdominal como parte del protocolo de resucitación aguda, vea la Unidad 16: *Manejo del Trauma Agudo* y el Anexo: *Manual de Cuidado del Trauma Primario*.

Cuando un paciente se presenta con lesiones abdominales, dé prioridad a la primera evaluación:

- 1 Evalúe la vía aérea.
- 2 Asegure la ventilación.
- 3 Evalúe la circulación y detenga hemorragias externas.
- 4 Coloque una vía intravenosa de solución fisiológica o del lactato de Ringer.
- 5 Inserte un sonda nasogástrica y cuantifique su producción.
- 6 Envíe una muestra de sangre para medir la hemoglobina, el tipo y la Compatibilidad.
- 7 Inserte un catéter urinario, examine la orina para ver sangre y cuantifique diuresis horaria
- 8 Realice el estudio secundario: un examen físico completo para evaluar el abdomen y para establecer la magnitud de otra lesión.
- 9 Examine el abdomen para oír ruidos hidroaéreos, sensibilidad, rigidez y contusiones o heridas abiertas.
- 10 Administre dosis pequeñas de analgésicos intravenosos, antibióticos profilácticos, y profilaxis para el tétano.

Si el diagnóstico del sangrado intra-abdominal es incierto, proceda con un lavado peritoneal diagnóstico. La laparotomía se indica cuando el trauma

PUNTOS CLAVE

- El trauma abdominal se clasifica como contuso o penetrante
- El sangrado intra-abdominal o la perforación gastrointestinal puede estar presente si ninguna evidencia de lesión en la pared abdominal
- El sangrado intra-abdominal puede ser confirmado por un lavado peritoneal diagnóstico, pero un resultado negativo no excluye la lesión, particularmente en el trauma retroperitoneal
- Sospeche de un sangrado intra-abdominal en casos de trauma múltiple, especialmente si la hipotensión es inexplicada
- En presencia de hipovolemia, el tórax, la pelvis y el fémur son sitios alternativos de mucha pérdida de sangre.

Casos pediátricos

- Muchas lesiones abdominales contusas pueden manejarse sin cirugía
- El manejo no quirúrgico se indica si el niño está hemodinámicamente estable y puede ser monitorizado permanentemente.
- Coloque una sonda nasogástrica si el abdomen está distendido, puesto que los niños tragan gran cantidad de aire.

abdominal está asociado con irritación peritoneal, con sangre franca en el lavado peritoneal o la hipotensión y con un lavado peritoneal positivo. El examen físico seriado, el ultrasonido y los Rayos X son útiles en casos dudosos.

El examen reiterado es un medio importante para evaluar un caso indeterminado.

Aún los cirujanos experimentados deben buscar la opinión de colegas para ayudarse en la evaluación de los resultados abdominales dudosos y el médico inexperto no debe dudar en hacerlo así. Radiografías de tórax, abdomen, pelvis y cualquier otra parte lesionada del cuerpo si el paciente esta estable. Si usted sospecha de una viscera hueca rota, una Radiografía abdominal en decúbito lateral izquierdo con rayo horizontal puede mostrar el aire intraperitoneal libre.

El lavado peritoneal diagnóstico

Después del estudio primario, la resucitación y el estudio secundario han sido completados, los resultados que indican el sangrado intra-abdominal o las vísceras laceradas pueden no ser adecuadas para confirmar el diagnóstico. El examen físico seriado puede complementarse con el lavado peritoneal diagnóstico (DPL) para tomar una decisión sobre si debe realizarse la laparotomía por trauma. La disponibilidad de la tomografía axial computarizada en los centros de referencia ha reducido el uso del DPL, pero éste no está obsoleto y debe estar disponible en el hospital cantonal.

Técnica

1 Infiltre un anestésico local con epinefrina (adrenalina) en la pared abdominal y el peritoneo en un sitio infra-umbilical (Figura 6.11). La epinefrina reduce el sangrado de la pared abdominal.

2 Haga una incisión en la línea media de 2.5 cm. La cual compromete el tejido subcutáneo hacia la línea de alba (Figura 6.12). Aplique tracción a la fascia de la línea de alba con dos suturas de reparo y haga una incisión de 3–5 mm a través de la fascia (Figura 6.13). Introduzca suavemente un catéter en un estilete dentro del peritoneo y empuje el

catéter sobre el estilete dentro de la pelvis (Figura 6.14).

PUNTOS CLAVE

Lavado peritoneal diagnóstico:

- Se indica cuando los resultados abdominales son dudosos en el trauma
- No debe realizarse si hay indicaciones para una laparotomía inmediata.
- Debe realizarse sólo después de la inserción de un tubo nasogástrico y de un catéter Foley
- Es rápido, sensible y barato
- El lavado peritoneal diagnóstico cumple un rol significativo en trauma abdominal en el hospital cantonal en donde el paciente pueda por otra parte estar inadvertido y descuidado por periodos de tiempo prolongados.
- Debe realizarse la evaluación microscópica del líquido obtenido y las decisiones deben ser tomadas sobre esta evaluación si el laboratorio no está disponible
 - Ignore un resultado negativo del lavado peritoneal diagnóstico si el paciente desarrolla un abdomen agudo: Se indica entonces una laparotomía por trauma.

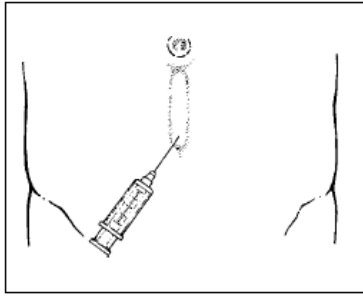


Figure 6.11

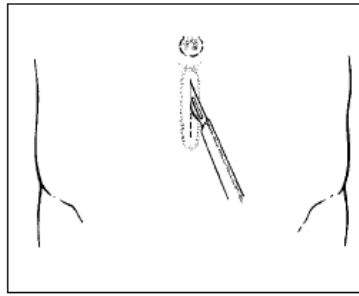


Figure 6.12

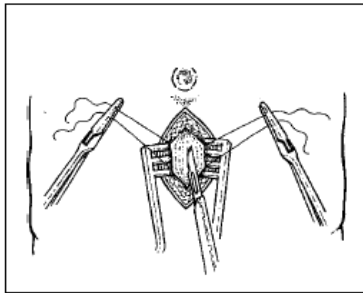


Figure 6.13

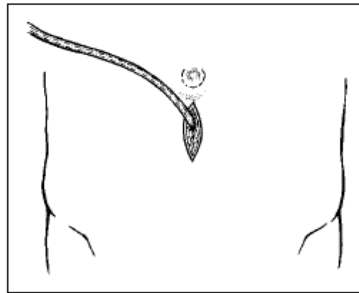


Figure 6.14

El retorno espontáneo de sangre o la aspiración microscópica de sangre es una indicación para la laparotomía.

3 Si no hay aspirado de sangre, administre 20 ml/kg (1 litro en adultos) de solución salina o lactato de Ringer a través del catéter (Figura 6.15). Conecte el catéter a un recipiente cerrado y colóquelo en el suelo. Cerca de 100 ml de líquido debe fluir en el recipiente (Figura 6.16). Si el líquido que retorna tiene más de 100 000 células rojas por ml o 500 leucocitos por ml, considere la realización de una laparotomía.

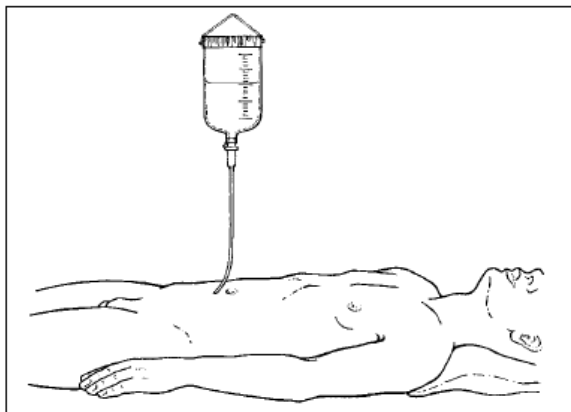


Figure 6.15

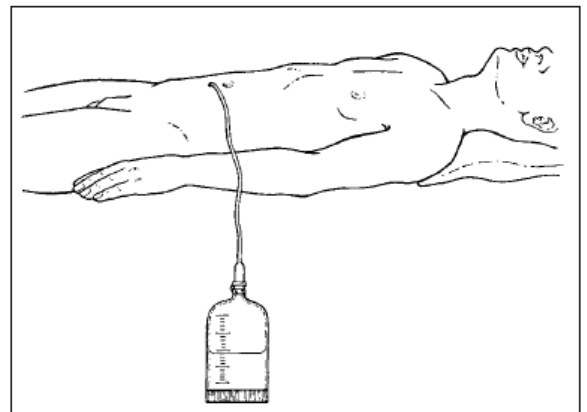


Figure 6.16

El conteo de células sanguíneas rojas y blancas puede determinarse en el laboratorio con un examen bacteriológico y amilasa. Cuando no está disponible la evaluación de laboratorio, la decisión de realizar laparotomía puede determinarse apreciando la transparencia del líquido. Si usted no puede leer “señales impresas” a través de la solución obtenida del lavado debido al color rojo, hay suficiente sangre para indicar la necesidad de una laparotomía. Si el líquido no es transparente debido al material particulado, es probable que haya una lesión del intestino es indicación de laparotomía.

Lesiones penetrantes

- Las lesiones penetrantes son producidas por heridas por proyectil y heridas provocadas por objetos corto punzantes como cuchillos o lanzas.
- La laparotomía con exploración intra-abdominal se indica cuando el abdomen ha sido penetrado, sin tomar en cuenta los hallazgos.
- Los signos de hipovolemia o de irritación peritoneal pueden ser mínimos luego de una lesión penetrante que involucre las vísceras abdominales.

Lesiones Contusas.

- Las lesiones contusas son el resultado de una fuerza directa al abdomen sin una herida abierta asociada; éstas son resultado de accidentes de tránsito en carreteras en la mayoría de los casos o de asaltos
- En la valoración de una lesión contusa, se toma decisión de realizar una laparotomía exploratoria en presencia de:
 - Dolor abdominal y abdomen en tabla.
 - Aire libre en cavidad abdominal, observado en una Radiografía simple de abdomen o una estándar de tórax
- En la valoración del trauma abdominal contuso, los signos que pueden indicar sangrado intra-abdominal, incluyen:
 - Dolor referido al hombro
 - Hipotensión
- Oliguria asociada con dolor suprapúbico sugiere una ruptura de vejiga.

Lesiones diafragmáticas

- El trauma penetrante del abdomen superior y del tórax inferior puede dar como resultado perforaciones pequeñas del diafragma que pueden ser cerradas con suturas simples o colchonero 2/0
- El trauma contundente puede producir un gran desgarramiento en el diafragma izquierdo (el hígado protege al diafragma derecho); el diagnóstico se realiza por la presencia de vísceras en el tórax, identificadas por auscultación o por radiografías de tórax.

PUNTOS CLAVE

- La esplenectomía es el tratamiento para las lesiones severas del bazo, pero considere la conservación del bazo si el sangrado no es profuso
- El bazo tiene sangre provista por la arteria esplénica y las arterias gástricas cortas
- La vacunación con el pneumovax y antibióticos profilácticos son indicados debido a la inmunodeficiencia que ocurre en los pacientes esplenectomizados.

RUPTURA DEL BAZO.

En los países tropicales, es común el agrandamiento del bazo debido a la Malaria o a la leishmaniasis visceral. El bazo afectado es vulnerable a lesión o a la ruptura como resultado de un trauma leve. El diagnóstico de la ruptura puede retardarse hasta tres semanas después de la lesión.

Los signos diagnósticos de la ruptura de un bazo incluyen:

- Historia del trauma con dolor en el abdomen superior izquierdo (a menudo referido al hombro)
- Náusea y vómito
- Signos de hipovolemia
- Abdomen sensible, rígido y una masa palpable difusa
- Radiografía del tórax en la que se demuestran fracturas de los arcos costales inferiores y una sombra en el cuadrante superior izquierdo desplazando medianamente la cámara gástrica de aire.

Considere tratamiento conservador, particularmente en los niños, si el paciente está hemodinámicamente estable y usted puede realizar valoraciones seriadas en reposo, administrar líquidos intravenosos, analgésicos y sonda nasogástrica. Si se deteriora la condición del paciente, realice una esplenectomía.

Realice una laparotomía si se sospecha de una ruptura del bazo y el paciente está hipovolémico. Aplique tratamiento conservador si puede lograr hemostasia o realice esplenectomía.

Técnica.

1 Coloque al paciente en decúbito supino sobre la mesa de operaciones con una almohada o saco de arena bajo el tórax inferior izquierdo. Aborde el abdomen con una incisión a través de la línea media (Figura 6.17). Extraiga los coágulos de la cavidad abdominal para localizar el bazo. Si continúa el sangrado, clampé los vasos del hilio esplénico entre sus dedos y el pulgar (Figura 6.18) o aplique clamps intestinales. Evalúe la magnitud de la lesión del bazo e inspeccione otros órganos.

2 Tome la decisión sobre si extraer o conservar el bazo. Si el sangrado se ha detenido, no explore los coágulos del área. Si alguna pequeña lesión está sangrando, intente controlarla con suturas absorbibles o de colchonero. Esto es particularmente aconsejable en los niños

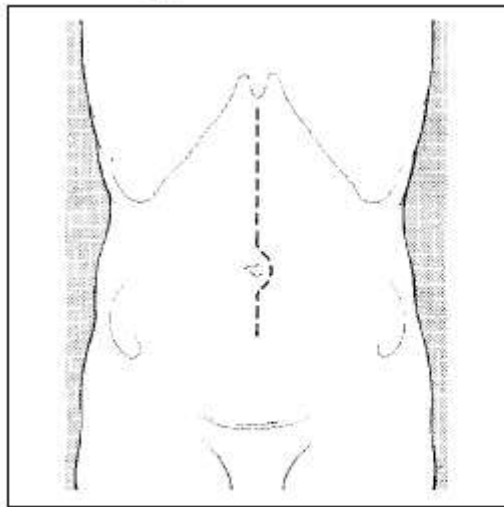


Figure 6.17

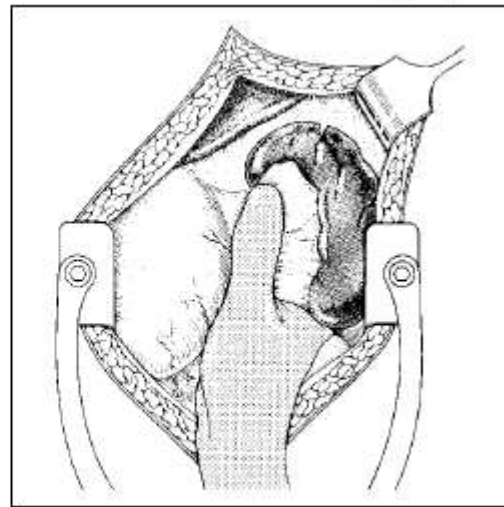


Figure 6.18

3 Para esplenectomía, levántelo hasta la herida y seccione el ligamento esplenorenal con tijeras (Figura 6.19). Extienda la sección hasta el polo superior del bazo. Clampee el omento gastroesplénico adjunto (que contiene los vasos gástricos cortos) y secciónelo entre dos pinzas (Figura 6.20, 6.21).

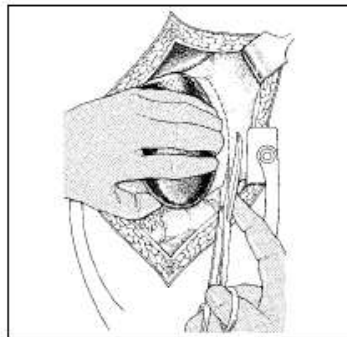


Figure 6.19

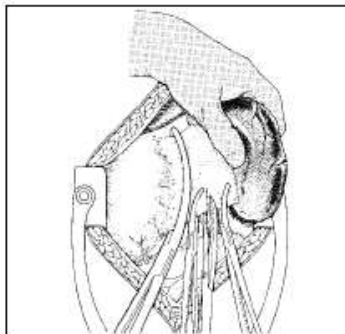


Figure 6.20

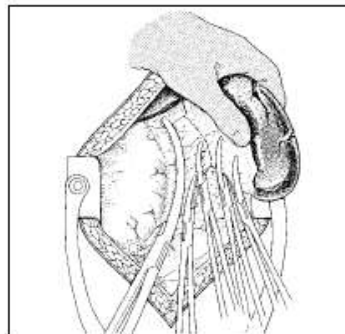


Figure 6.21

4 Ligue los vasos gástricos cortos lejos de la pared gástrica. Diseccione la parte posterior del hilio

PUNTOS CLAVE

- Las lesiones del hígado son producto de un trauma severo en el cuadrante superior derecho del abdomen y pueden resultar en un sangrado significativo
- Muchas lesiones del hígado dejan de sangrar espontáneamente y usted no debe suturarlas puesto que puede producir un sangrado significativo que es difícil detener
- Las grandes laceraciones del hígado no deben ser cerradas; los vasos sangrantes deben ser ligados y el defecto del hígado cubierto con el epiplón o si esto es infructuoso, con empaquetamiento.
- Es aconsejable colocar drenajes gruesos en todos los pacientes con lesiones hepáticas. Éste debe retirarse después de 48 horas a menos que la bilis continúe drenando.

esplénico, identificando la cola del páncreas y los vasos esplénicos. Ligue estos vasos tres veces , si es posible ligando primero la arteria y seccionándolos entre las ligaduras (Figuras 6.22, 6.23). Ahora corte el ligamento gastroesplénico restante entre varias pinzas y finalmente, corte la capa anterior del ligamiento esplenorenal.

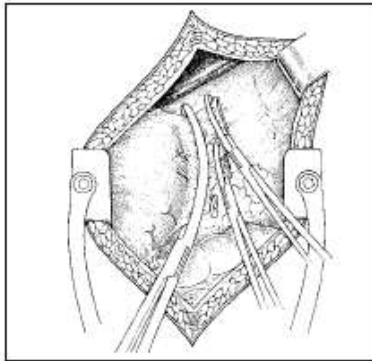


Figure 6.22

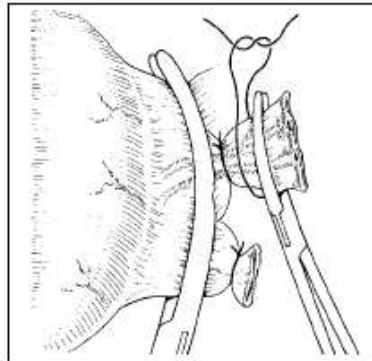


Figure 6.23

5 Si hay sangrado excesivo, drene el lecho esplénico con un drenaje de látex por el contra- abertura . Retire el drenaje a las 24 horas, si es posible.

6.Cierre el abdomen por capas.

LACERACIÓN DEL HÍGADO

La técnica

1. A través de una incisión de la línea media, examine el hígado y la vesícula. Las heridas pequeñas pueden haber dejado de sangrar a la hora de la cirugía y no deben ser exploradas.
2. Para las heridas moderadas o rupturas no sangrantes, no suture o desbride el hígado. Si una herida moderada está sangrando, remueva todo el tejido desvitalizado y suture la herida con puntos de colchonero con catgut crómico 0 con aguja grande atraumática (Figura 6.24, 6.25). Primero, coloque puntos de colchonero afrontando ambos lados de la herida (Figura 6.26, 6.27). Luego suture los dos lados al mismo tiempo (Figura 6.28).
- 3 Si la laceración es grande, no debe suturarse. Ligue los vasos individuales o comprima la lesión con compresas empapadas en solución salina tibia. El empaquetamiento del hígado debe ser realizado por un cirujano especialista con laparotomía aproximadamente a las 48 horas bajo anestesia general. Refiera al paciente cuando las condiciones de estabilidad del paciente lo permitan.

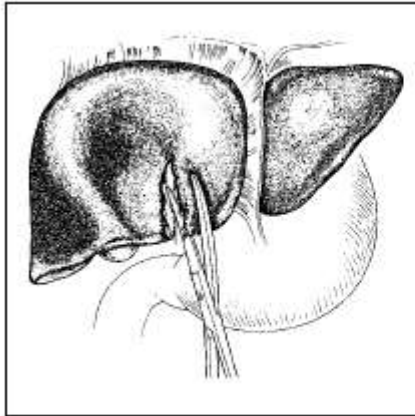


Figure 6.24

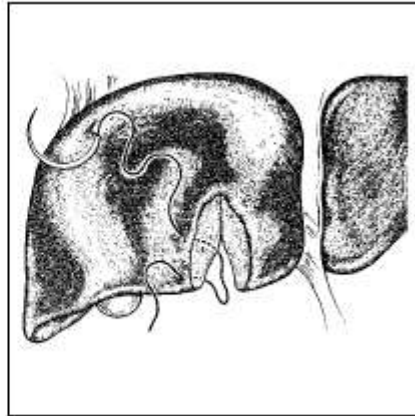


Figure 6.25

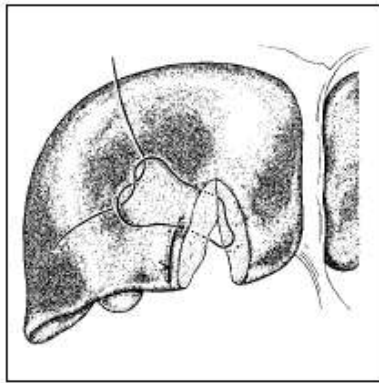


Figure 6.26

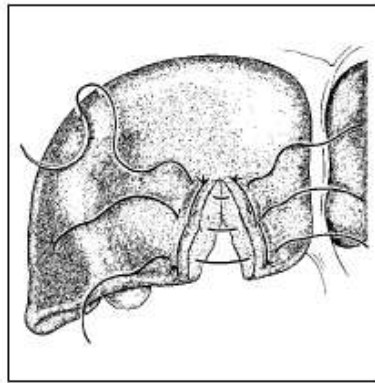


Figure 6.27

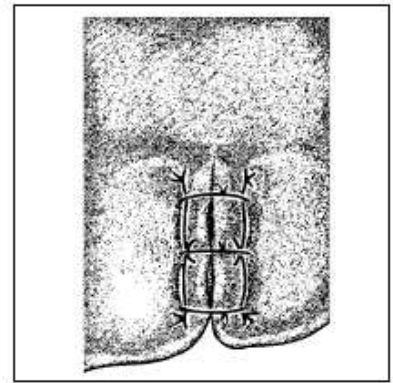


Figure 6.28

EL INTESTINO DELGADO

En el intestino delgado no viable:

- El intestino estará negro o profundamente azulado sin peristalsis
- Las venas mesentéricas pueden aparecer con trombosis
- Puede haber ausencia de pulsación arterial
- La serosa habrá perdido su apariencia brillante.

PUNTOS CLAVE

- La técnica para la resección del intestino delgado es la misma que para el trauma y la necrosis secundaria a hernias estranguladas o las adherencias
- El contaje bacteriano en el intestino delgado es bajo siendo la anastomosis casi siempre apropiada.

Tome la decisión de resecar una parte del intestino delgado después de que haya inspeccionado todo el intestino. Si hay una perforación en el intestino, repare la herida con una sutura invaginante o con un cierre transversal invaginante en dos capas.

Cuando varias heridas están juntas, o si el intestino esta isquemico, reseque el asa dañada y haga una anastomosis termino-terminal.

Las razones para la resección incluyen:

- La perforación traumática
- Necrosis
- Ruptura del mesenterio con vólvulo isquemico intestinal

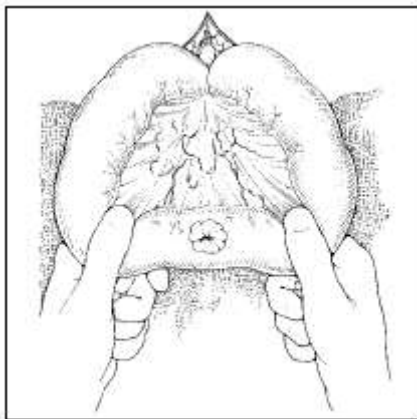


Figure 6.29

Técnicas

Cierre de una herida pequeña

1. Exponga la porción lesionada del intestino (Figura 6.29) y hale el intestino transversalmente con suturas fijas (Figura 6.30).

2 Inserte la primera capa con suturas invaginantes incluyendo todas las capas de la pared del intestinal (Figura 6.31). La segunda capa sero-serosa completa la reparación

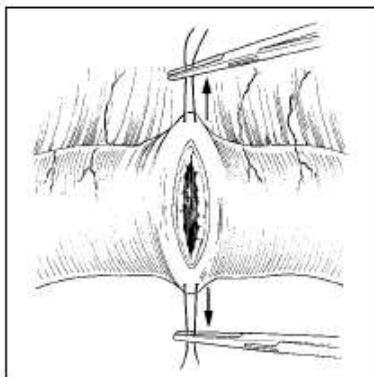


Figure 6.30

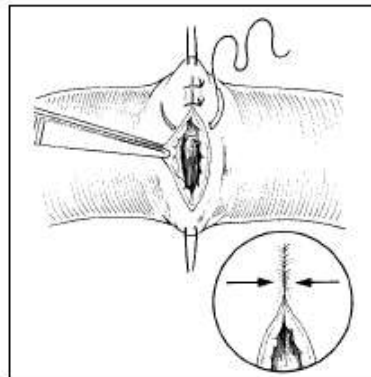


Figure 6.31

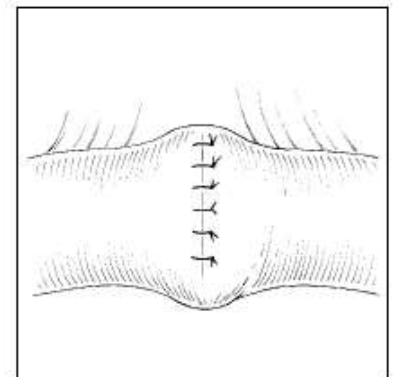


Figure 6.32

Resección

1 Determine la magnitud del asa a ser resecada, incluyendo un pequeño margen de intestino viable en ambos lados (Figura 6.33). Sostenga el asa en contra luz para que valore los vasos mesentéricos. Reseque el mesenterio en forma de V o sepárelo de la pared intestinal, dependiendo de la longitud del mesenterio.

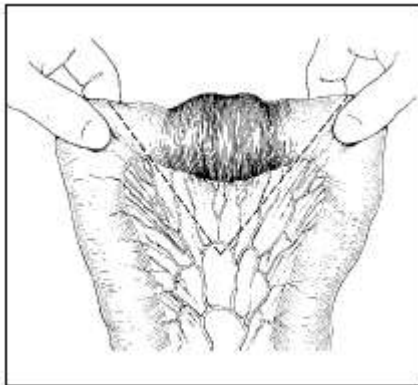


Figure 6.33

2 Identifique y clamppee los mesentéricos haciendo agujeros en el mesenterio a ambos lados del vaso. Ligue doblemente cada vaso y luego córtelo entre las ligaduras (Figura 6.34, 6.35). Continúe seccionando el mesenterio hasta que haya aislado la sección de intestino a ser resecado.

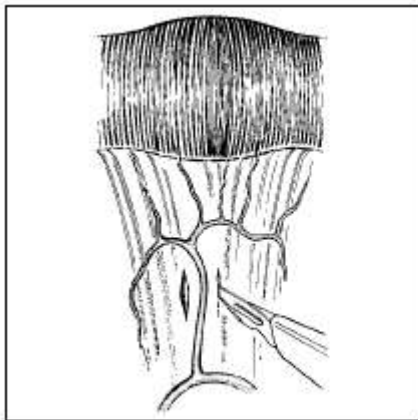


Figure 6.34

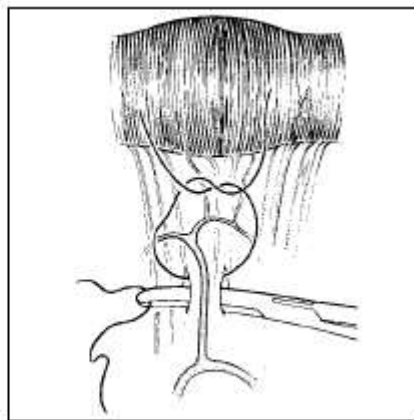


Figure 6.35

3 Aplique clamps intestinales en ambos extremos de asa a resecarse y suavemente devanee el intestino normal sobre y debajo del asa comprometida para eliminar los contenidos fuera del punto planeado de resección.

Una vez que estas secciones de intestino han sido vaciadas, aplique clamps intestinales 3–4 cm. más allá de los clamps anteriores.

4 Bajo el asa intestinal, coloque una compresa empapada en solución salina. Sosteniendo la hoja del bisturí contra una de los clamps intestinales corte el intestino (Figura 6.36). Figure 6.36

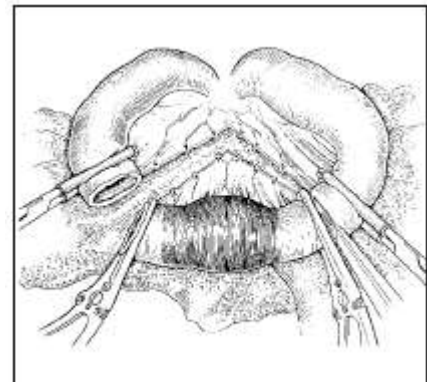


Figure 6.36

5. Limpie la parte expuesta del lumen intestinal y deseche la compresa usada. Libere temporalmente los clamps proximales y verifique si los extremos cortados del intestino sangra espontáneamente. Si es así, vuelva a aplicar los clamps. Si no, reseque el intestino hasta que sangre espontáneamente. La cicatrización de la anastomosis depende de una buena vascularización.

Confirme que la sección de intestino entre el segundo par de clamps también tenga una buena vascularización.

Anastomosis

1 Realice la anastomosis cuidadosamente usando una técnica en dos planos. Use suturas absorbibles con sutura continua 2/0 con una aguja atraumática. Primero, sujete los clamps intestinales y sosténgalas en posición de oponer los extremos cortados del intestino (Figura 6.37). Verifique la orientación apropiada del intestino y sostenga los tejidos uniendo los extremos cortados con suturas seromusculares fijas a cada extremo de la anastomosis planeada (Figura 6.38).

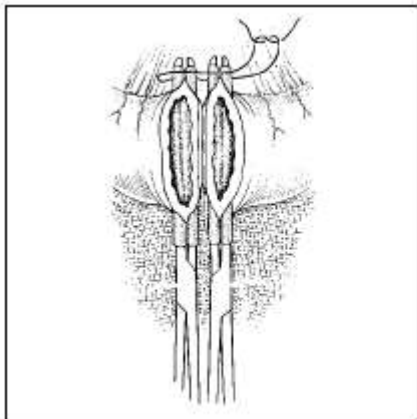


Figure 6.37

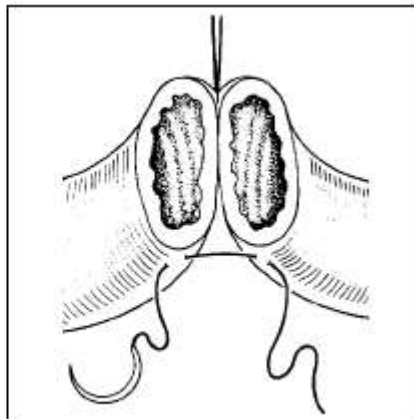


Figure 6.38

2 Inicie la anastomosis abarcando la capa interna utilizando suturas absorbibles. Inicie en un ángulo del intestino, fijando la sutura para (la Figura 6.39). Deje un extremo largo como para ser sostenido con la pinza. Use el otro extremo con la aguja para hacer una sutura continua a través del espesor total de la pared del intestino (Figura 6.40). Cuando la parte posterior esté completa, pase la aguja desde la mucosa a la serosa en un lado y luego regrese desde la serosa a la mucosa en el otro (Figura 6.41).

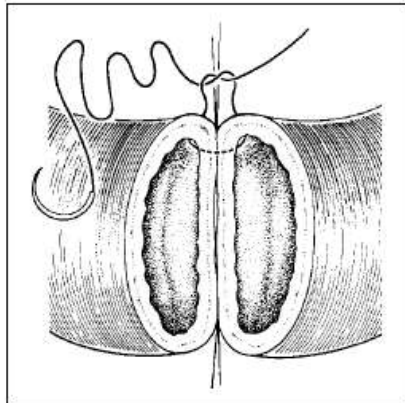


Figure 6.39

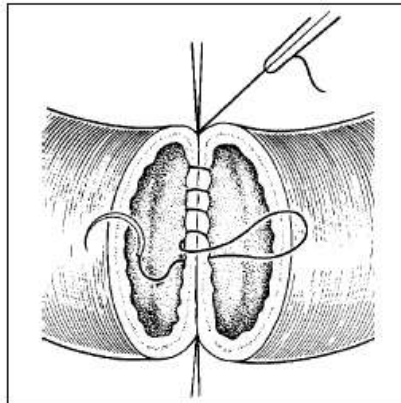


Figure 6.40

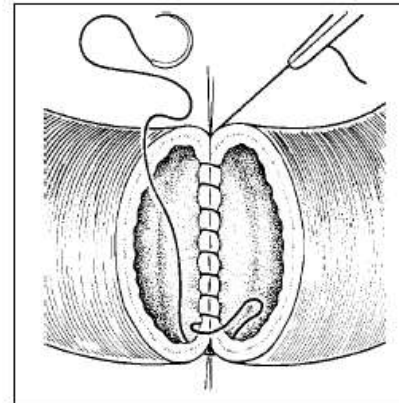


Figure 6.41

Invierta el ángulo aplicando tracción al eje de la línea de sutura y suture la pared anterior. Con una sutura invaginante del borde del intestino (Figura 6.42, 6.43). Continúe la sutura posterior hacia el origen y anúdelo al extremo que ha quedado largo (Figura 6.44, 6.45). Retire las pinzas de oclusión.

3 Haga una segunda sutura continua que comprenda la serosa y las capas de músculo en ambos lados del intestino, cubriendo la línea de sutura anterior (Figura 6.46). Una esta al extremo de la sutura fija y de la vuelta al intestino. Continúe la sutura para cubrir el otro lado de la anastomosis. Corte los extremos de las suturas fijas. La segunda capa también puede cerrarse con una sutura absorbible simple o no-absorbente.

4 Cierre el mesenterio con una sutura absorbible simple de 2/0, teniendo cuidado de no lesionar los vasos sanguíneos. Verifique la permeabilidad de la anastomosis, mediante palpación, ésta debe admitir la punta del pulgar y el dedo (Figura 6.47).

Cierre la incisión de la laparotomía

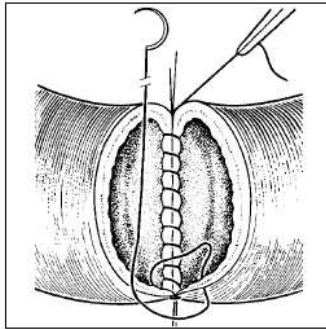


Figure 6.42

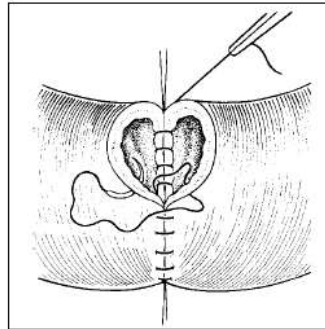


Figure 6.43

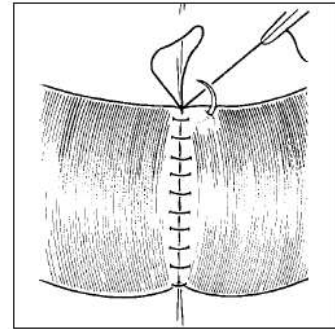


Figure 6.44

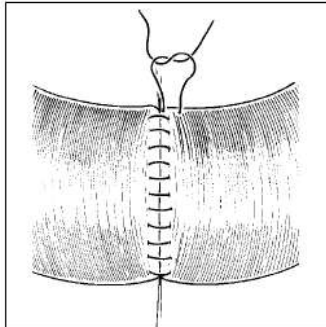


Figure 6.45

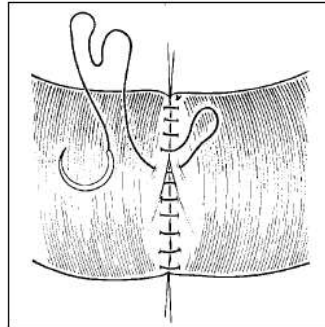


Figure 6.46

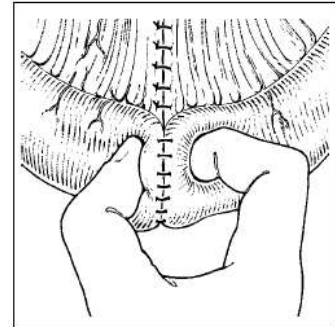


Figure 6.47

COLON

El tratamiento de lesiones del colon depende de la ubicación:

- Trate las lesiones transversas del colon con la exteriorización del sitio de la lesión a manera de una colostomía
- Trate las lesiones del colon izquierdo (descendiente) con la exteriorización del sitio de la lesión a través de una colostomía; drene el canal paracólico y la pelvis
- Trate las lesiones del colon derecho (ascendente) con la resección total del colon derecho ; haga una ileostomía y una colostomía transversa – no intente reparar la lesión directamente
- Una alternativa en el tratamiento de la lesión colónica o de perforación es la desfuncionalización del sitio de la lesión creando una colostomía o un ileostomía proximal a la lesión, y colocando un drenaje grande de látex cerca de la lesión
- Los pacientes con trauma colónico requieren antibióticos.

PUNTOS CLAVE

- Es importante para el residente del hospital distrital ser capaz de realizar una colostomía.
- Cerrar una colostomía puede ser difícil y debe ser realizada electivamente por un cirujano especialista.
- El cierre de una colostomía no debe ser realizada antes de 3 meses.

Seleccionando el tipo de colostomía

- Normalmente, una colostomía en asa es más fácil (Figura 6.48A)
- Si usted tiene que resecar un segmento de colon, realice una colostomía doble-cañón con los dos extremos libres (Figura 6.48B)

- Use una colostomía terminal (Figura 6.48C) cuando el muñón distal sea demasiado corto para exteriorizarlo después que la lesión haya sido resecada; esta es particularmente útil en el colon sigmoideo y en la parte proximal del recto.
- Use una ileostomía terminal después de la resección del colon derecho siempre y cuando no se haya realizado la anastomosis.

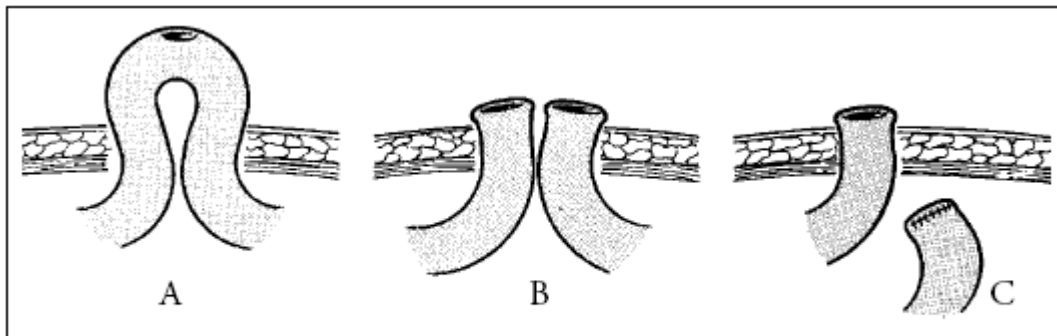


Figure 6.48

Técnicas

Determine el sitio para la colostomía en la cirugía. Haga una incisión alejada de la herida principal en el cuadrante del abdomen, más cercano al asa a ser exteriorizada. Use el epiplón mayor como guía para localizar el colon transverso.

Colostomia en Asa

1 Exteriorice el segmento de colon sin rotarlo (Figura 6.49). Haga una apertura en el mesocolon lo suficientemente grande como para admitir un Segmento de barra de vidrio. Empuje la barra hasta la mitad a través de la apertura y una sus puntas a los extremos de un pedazo de tubo de polietileno (Figura 6.50, 6.51). Como una alternativa, inserte un catéter a través del mesocolon y una los extremos con las suturas de hilo 2/0. Cierre la herida alrededor del asa exteriorizada del intestino.

2 La apertura en el colon puede hacerse inmediatamente, siempre que se tenga un extremo cuidado para prevenir la contaminación mecánica de la herida. Alternativamente difiera de hacer la apertura durante 8 a 24 horas cuando haya menos riesgo de contaminación de la herida. Haga una incisión en cruz con el bisturí o con el electrobisturí (Figura 6.52). Cubra con gasa empapada en solución fisiológica alrededor de la colostomía.

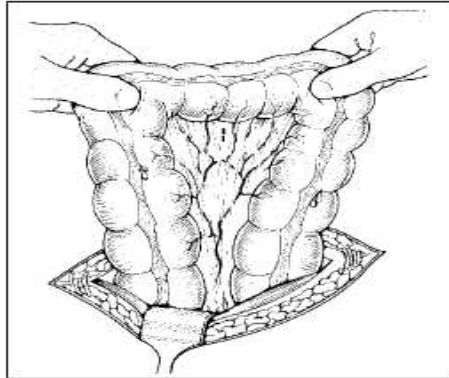


Figure 6.49

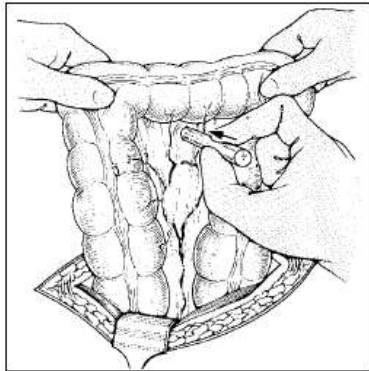


Figure 6.50

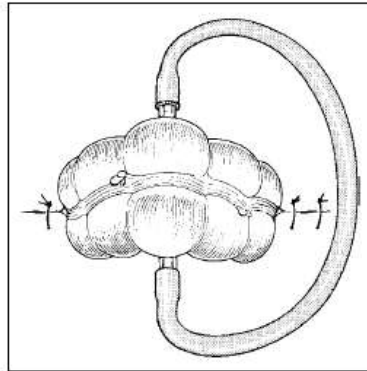


Figure 6.51

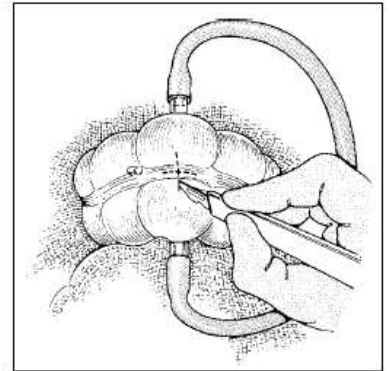


Figure 6.52

Colostomía en doble cañòn

1 Reseque el segmento gangrenoso del colon como se describe para la resección del intestino delgado (vea página 6–10). Movilice el colon restante para que los extremos a ser usados para la colostomía queden sin tensión.

2 Exteriorice los dos extremos de intestino a través de la incisión y manténgalos sujetos hasta que la incisión de la laparotomía haya sido cerrada (Figura 6.53). Luego remueva las pinzas y fije los bordes del intestino con sutura que comprometa todos los planos del intestino, a los bordes de la herida.

Acerque la mucosa al borde superficial con una sutura absorbible Simple 2/0 (Figura 6.54, 6.55). Si no está disponible alguna funda, cubra la colostomía con apósitos estériles.

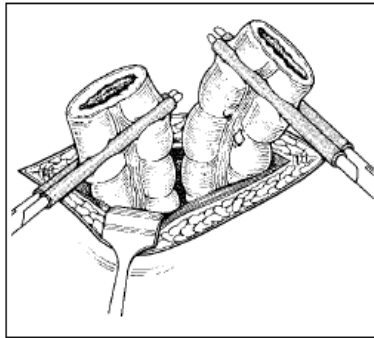


Figure 6.53

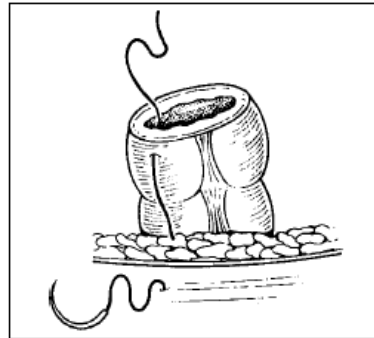


Figure 6.54

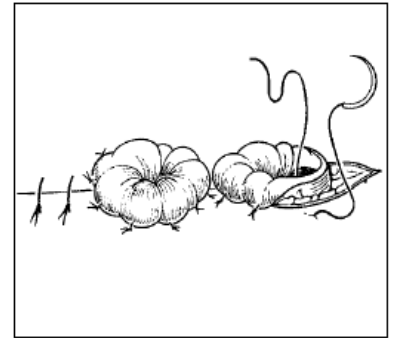


Figure 6.55

Colostomía Terminal

1 Exteriorice el extremo proximal del colon a través de la incisión (Figura 6.56). Cierre el cabo distal del colon sin intención posterior de movilización usando dos planos de suturas: una sutura interna continua de material absorbible 2/0 cubierta por una sutura externa simple seromuscular de poliglicólico 2/0 o una sutura no-absorbente (Figura 6.57 a 6.60). Coloque una sutura no-absorbente 5-6 al muñón distal para que pueda encontrarse fácilmente en el momento de realizar la re-anastomosis.

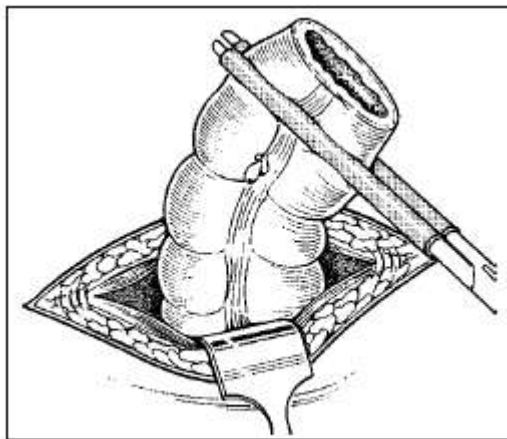


Figure 6.56

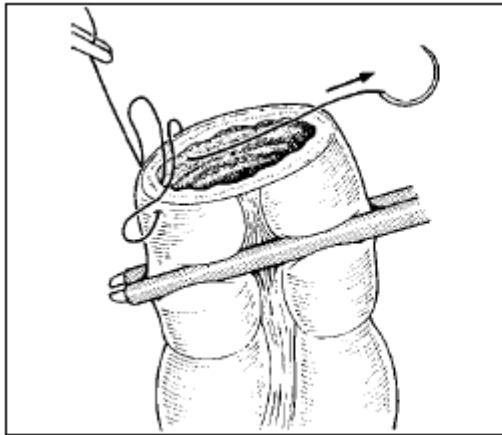


Figura 6.57

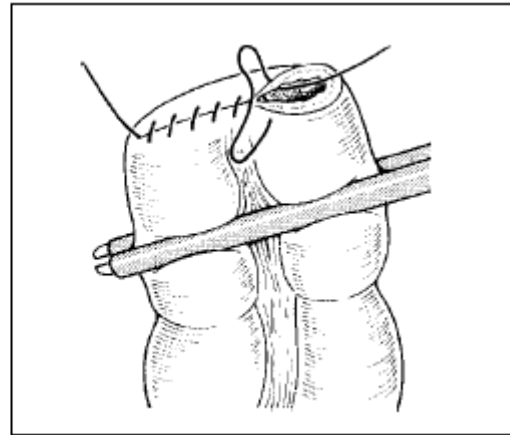


Figura 6.58

2 Vuelva a colocar el extremo del intestino en la pelvis. Finalmente, suture los extremos de la herida realizada. Las fundas de colostomía facilitan el cuidado a largo plazo del estoma .

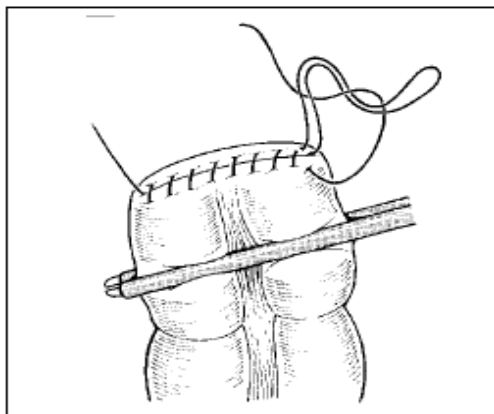


Figure 6.59

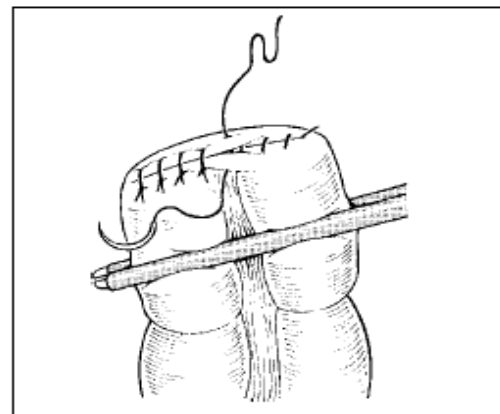


Figure 6.60

RETROPERITONEO

Hematoma

Un hematoma retroperitoneal puede sugerir un trauma de grandes vasos. Si el paciente está estable no debe abrirse o explorarse el mismo . Sin embargo, para salvar una vida, deben intentarse el control y la reparación de un vaso importante en el hospital de distrito.

Duodeno

El trauma causado por un golpe contuso del abdomen superior puede producir la ruptura retroperitoneal del duodeno. El diagnóstico está dado por aire en el retroperitoneo. El retroperitoneo se explora con la finalidad de reparar la perforación duodenal, suturandola transversalmente con capas. Esta reparación debe

ser protegida con una sonda nasogástrica y, después de una limpieza completa del retroperitoneo, se debe colocar un drenaje cerca, pero no sobre la reparación duodenal.

Páncreas

Confirme una lesión al páncreas abriendo la transcavidad a través del omento gastrocólico (mayor).

El único procedimiento seguro, en el hospital de distrito, es poner un drenaje en el sitio de la lesión.

El drenaje debe cruzar la bolsa menor y salir hacia el costado. Puede ser necesaria realizar una cirugía mayor. Transfiera al paciente cuando se encuentre estable.

Riñón

No exponga el riñón a menos que haya sangrado con peligro de muerte. Un hematoma expansivo o pulsátil es evidencia de tal sangrado. Detenga el sangrado en el sitio de la ruptura con suturas. Considere la necesidad de cirugía mayor.

PUNTOS CLAVE

- La ruptura del abdomen, usualmente debido al trauma, puede ser extraperitoneal o intraperitoneal
- La ruptura extraperitoneal está más comúnmente asociada con la fractura de la pelvis
- La ruptura intraperitoneal es a menudo el resultado de un trauma directo de vejiga o una súbita desaceleración.

RUPTURA DE LA VEJIGA

Ruptura extraperitoneal

La ruptura extraperitoneal está más comúnmente asociada con la fractura de la pelvis, produciendo extravasación de orina (Figura 6.60). El paciente sólo puede eliminar pequeñas cantidades de sangre durante la micción. Un rasgo significativo es el edema de los tejidos blandos de la ingle que se extienden al escroto, debido a la orina extravasada.

Ruptura intraperitoneal

La ruptura intraperitoneal es a menudo el resultado de un trauma directo a la vejiga o una desaceleración súbita del paciente cuando la vejiga se distiende, por ejemplo en un accidente de tránsito (Figura 6.62). La ruptura intraperitoneal se presenta como “abdomen agudo”, con dolor en el abdomen inferior, defensa muscular asociada con la dificultad para la micción

-
- Si es posible, refiera urgentemente a los pacientes con ruptura de la vejiga a un especialista.
 - Para la ruptura extraperitoneal, construya una cistostomía suprapúbica; si la ruptura es grande, coloque también un drenaje de látex
 - Para la ruptura intraperitoneal, cierre la ruptura y drene la vejiga con un catéter uretral grande o un drenaje suprapúbico; si la ruptura es grande, también coloque un drenaje de látex

Evalúe a su paciente cuidadosamente para asegurar que no se pasen por alto otras lesiones. Una vejiga rota es una indicación para una laparatomía y para descartar otras lesiones abdominales.

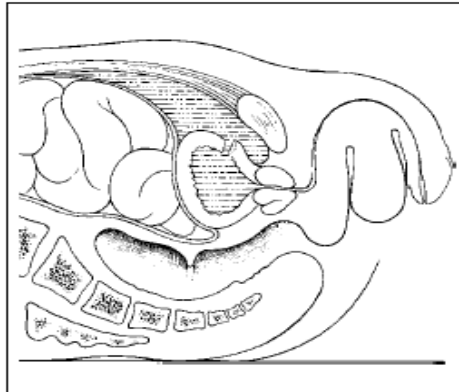


Figure 6.61

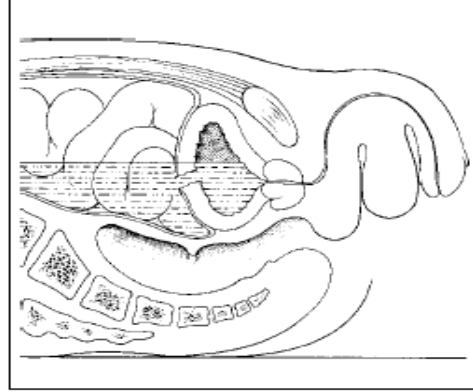


Figure 6.62

MANEJO DE TRAUMA VESICAL

Técnica

1 Administre un anestésico general. Exponga la vejiga como en las fases iniciales de la cistostomía con una incisión suprapúbica en la línea media entre el ombligo y la sínfisis del pùbis. Realice la hemostasia por presión directa y ligadura. Abra la vaina del recto, empezando en la porción superior de la herida. Continúe la disección con las tijeras para exponer el espacio de retsius. En la parte inferior de la incisión, los músculos piramidales

disimularán este espacio. Lleve la incisión en la línea alba hacia abajo del pubis, dividiendo los músculos piramidales. Con un dedo, divulsione la fascia prevesical detrás del pubis; luego libere la fascia y el peritoneo hacia la superficie de la vejiga.

Tenga cuidado de no abrir el peritoneo si todavía no ha sido seccionado. Inserte un separador autoestático para mantener esta exposición. Cuidadosamente aspire la sangre u orina del espacio retropúbico, pero deje el área no explorada, pues puede resultar un sangrado incontrolable,

2 En un paciente con ruptura intraperitoneal, la vejiga estará vacía. La lesión normalmente está en el fondo de la vejiga. Abra el peritoneo, inspeccione el sitio de la ruptura, y aspire el fluido de la cavidad peritoneal. Introduzca un catéter de Foley en la vejiga a través de la uretra y luego suture la lesión con dos capas de puntos seromusculares con sutura absorbible 0. No incluya la mucosa en la primera capa (Figuras 6.63, 6.64, 6.65). Después de inspeccionar las otras vísceras, cierre el abdomen.

3 La ruptura extraperitoneal está normalmente asociada con la dilatación de la vejiga y la extravasación que se vuelve obvia cuando usted expone la vejiga. Abra la vejiga y busque la lesión. Puede ser difícil encontrar pero, si está claramente visible, ciérrela desde adentro con una sutura absorbible

2/0 e inserte un catéter suprapúbico. Si no hay ninguna lesión, simplemente inserte un catéter suprapúbico. Cierre la apertura en la vejiga para construir una cistostomía suprapúbica. Inserte un drenaje de látex en el espacio retropúbico y cierre la herida por capas.

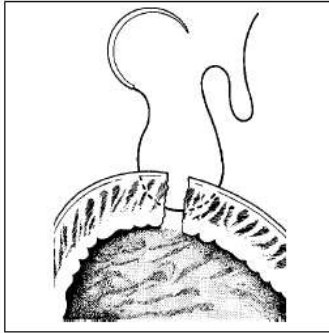


Figure 6.63

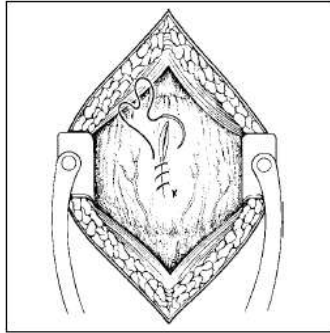


Figure 6.64

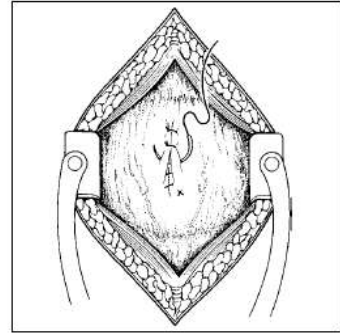


Figure 6.65

Cuidado postoperatorio

1 Administre antibióticos durante los primeros cinco días y dé los fluidos adecuados para mantener el volumen urinario. El drenaje puede ser retirado cuando la orina o la sangre ha cesado.

2 Para la ruptura extraperitoneal, sujete el catéter por periodos de tiempo más amplios, empezando aproximadamente el quinto día. El paciente con un catéter suprapúbico puede empezar a pasar la orina durante este periodo; en ese caso, remueva el catéter.

3 En casos de ruptura intraperitoneal, remueva el catéter uretral después de unos dos días de sujeción intermitente, siempre y cuando no se produzcan problemas.