



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

TITULACIÓN EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO
LOCAL.

Mejoramiento de la calidad de atención a los usuarios del Centro de Salud
Urbano Nro. 18 Unidad de Vigilancia Sur del Distrito de Policía “Eloy
Alfaro”, Quito 2014.

TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA.

AUTOR: Tapia López, Martha Verónica

DIRECTORA: Alarcón Dalgo, Carmen María, Msc.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2014

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

Magister.

Carmen María Alarcón Dalgo.

DOCENTE DE LA TITULACION

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de maestría, denominado: “Mejoramiento de la calidad de atención a los usuarios del Centro de Salud Urbano Nro. 18 Unidad de Vigilancia Sur del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”, Quito 2014” realizado por Tapia López Martha Verónica, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Julio de 2014

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Tapia López Martha Verónica, declaro ser autora del presente trabajo de fin de maestría: “Mejoramiento de la calidad de atención a los usuarios del Centro de Salud Urbano Nro. 18 Unidad de Vigilancia Sur del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”, Quito 2014”, de la Titulación Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, siendo Carmen María Alarcón Dalgo directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo de intervención, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.

Autora: Tapia López Martha Verónica

Cédula: 0603358391

DEDICATORIA

Quiero dedicar el presente trabajo a mi noble institución y a todos sus miembros que se encuentran inmersos dentro de la Policía Nacional del Ecuador.

A mis tres hermosos hijos Steven, Erika y Josué que son mi fuente de inspiración y motivación para salir adelante.

A mi querido esposo que me apoya incondicionalmente en todos mis propósitos, A tu paciencia y comprensión, preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío, gracias por estar siempre a mi lado, Miguel.

A padres Alonso y Cecilia por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

AGRADECIMIENTO

Hay muchas personas e instituciones a las que quiero agradecer desde el fondo de mi corazón:

- En primer lugar, quiero dar gracias a Dios por haberme dado vida y fuerza para este logro académico y profesional.
- A mi familia, por acompañarme siempre y ser mi fortaleza en los momentos más difíciles.
- A la Universidad Técnica Particular de Loja, mi alma máter, por todo lo que me ha brindado durante mi tiempo como estudiante de maestría.
- A mis amigos y amigas, compañeros de mi vida, por apoyarme siempre que los he necesitado.
- Al Centro de Salud Urbano del Distrito de Policía "Eloy Alfaro", a sus autoridades y personal médico y administrativo. Gracias por su ayuda en el desarrollo de este trabajo de intervención.

A todos, muchas gracias.

ÍNDICE

CARATULA.....	i
APROBACION DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE FIN DE MAESTRIA.....	ii
DECLARACION DE AUTORIA Y CESION DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
INDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN EJECUTIVO	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
PROBLEMATIZACIÓN.....	4
JUSTIFICACIÓN	5
OBJETIVOS.....	6
GENERAL	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	6
CAPÍTULO I.....	7
1. Marco Teórico	8
1.1. Marco Institucional	8
1.1.1. Población total	8
1.1.2. Aspecto geográfico	8
1.1.3. Dinámica Poblacional.....	9
1.1.4. Centro de Salud – Generalidades	10
1.1.5. Misión de la institución	11
1.1.6. Visión de la institución.....	11
1.1.7. Organización del distrito.....	12
1.1.8. Políticas	12
1.2. Marco Conceptual	13

1.2.1. Calidad de los servicios	13
1.1.2. La calidad de atención en salud.....	15
1.1.3. Mejoramiento continuo.....	17
1.1.4. Importancia de una guía clínica	21
1.1.5. Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).....	22
CAPÍTULO II.....	25
2.1 Diseño Metodológico	26
2.1.1. Matriz de involucrados	26
2.1.2. Árbol de problemas.....	27
2.1.3. Árbol de objetivos	28
2.1.4. Marco lógico	29
CAPITULO III.....	32
3.1 Resultados	33
3.1.1 Resultado Nro. 1 Personal de Salud capacitado sobre calidad, promoción de la salud, y nuevo modelo de atención.	33
3.1.2 Resultado Nro. 2 Tres guías de práctica clínica revisadas, actualizadas e implementadas.	50
3.1.3 Resultado Nro. 3 Sistema informático de procesos administrativos y de servicios de atención al usuario diseñado e implementado.....	60
3.2 Conclusiones.....	69
3.3 Recomendaciones	70
BIBLIOGRAFÍA.....	71
ANEXOS.....	74

RESUMEN EJECUTIVO

La tesis muestra el desarrollo de una serie de acciones realizadas en el Centro de Salud Urbano del Distrito Policial “Eloy Alfaro” con el fin de mejorar la atención a los pacientes.

A través de la intervención se logró determinar que el principal problema de la entidad se debe a los deficientes servicios de salud y la baja cobertura de atención que brinda a los usuarios del Centro. Debido a esto, se consideró acciones de capacitación al personal de salud sobre el Mejoramiento del Modelo de Atención y seguridad al paciente, se diseñó y revisión de guías de práctica médica para estandarizar los procedimientos y el desarrollo sobre el manejo de un software de registro de pacientes en la institución.

Las actividades mencionadas se realizaron entre los meses de agosto de 2013 y mayo de 2014, logrando cumplir con los objetivos planteados.

Palabras claves: Software de registro, Guía de Práctica Médica, deficiente servicio, mejoramiento de la atención.

ABSTRACT

This thesis shows the development of diverse actions in the Centre for Urban Health in "Eloy Alfaro" Precinct in order to improve patient care and operations in the center.

Through the intervention it was determined that the main problem of the company is due to poor health and low coverage of care provided to users of the Centre. Because of this, training actions for health personnel on Improved Model of care and patient safety was considered, it was designed and revision of guidelines for medical practice to standardize procedures and development of management software registration patients in the institution.

The above activities were conducted between the months of August 2013 and May 2014, managing to meet the objectives.

Keywords: Health Center, Patient Care, Registration Software, Medical Practice Guide

INTRODUCCIÓN

El país requiere de cambios, primordialmente en el campo de la salud, dentro del Plan Nacional del Buen Vivir, se ha considerado como tema principal la calidad y el mejoramiento de la salud como eje fundamental del desarrollo y bienestar a través de una reforma estructural que involucra el sistema público de salud (SENPLADES, 2013, pág. 136). En este sentido, se implementan diversos mecanismos para lograr ese objetivo como el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS- FCI) que se orienta a garantizar el derecho a la salud para toda la población, con un enfoque comunitario, familiar, Intercultural y de género, basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud renovada (APSr) que a su vez, busca acercar los servicios de salud a los hogares y la comunidad, fortaleciendo el primer nivel como puerta de entrada a la red de servicios de salud.

El actual gobierno garantiza el derecho de todos los habitantes a una atención integral, eficiente y humanitaria. Para ello, se debe contar con un equipo de salud, preparado y suficiente, que debe ejercer su trabajo con espíritu de servicio, e inspirado en principios y normas éticas respetuosas de la dignidad humana.

Para ofrecer un óptimo servicio de salud es necesario un avance hacia la innovación y las nuevas tecnologías, así como un cambio en la cultura organizacional en la Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional. De esta manera, el Centro de Salud No. 18 de la Policía Nacional del Ecuador, puede constituirse como agente modernizador para coadyuvar al desarrollo de la comunidad.

La transformación del Centro de Salud No. 18 de la Policía Nacional requiere de la participación y el compromiso de todos sus funcionarios con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

Es importante el mejoramiento de la calidad de atención de los usuarios para lograr la satisfacción y aumentar la demanda, brindando servicios seguros, oportunos, personalizados, humanizados, integrales y continuos y garantizando el confort y respeto al derecho de los usuarios, por medio del cumplimiento de las expectativas de los mismos. Sin duda, para lograr el objetivo señalado, se requiere de capacitación del personal para ofrecer un excelente servicio de atención al usuario.

Adicionalmente, se necesita ampliación de la cobertura hacia los derechohabientes, facilitando el acceso y ofreciendo prestaciones de salud. Para ello, es necesario contar con herramientas para desarrollar una efectiva y eficiente, proceso estandarizado y mejorar la calidad técnica.

PROBLEMATIZACIÓN

El Distrito de Policía “Eloy Alfaro”, lugar donde se realizó el presente trabajo, fue creado con el afán de dar seguridad a los habitantes de la zona sur de la ciudad de Quito, incorporando 827 elementos policiales aproximadamente. Estos miembros desempeñan muchas actividades durante largas jornadas del día, incluso en muchas ocasiones salen a prestar sus servicios sin contar con un estado óptimo de salud. Los usuarios internos se encuentran con una serie de problemas como son los trámites burocráticos, la falta de estandarización de los procedimientos y la falta de acceso a la información sobre los pacientes y su historial, ha causado disminución de la cobertura de atención. Así, en el año 2012 se atendió a 13.704 pacientes de todos los servicios del centro de salud, mientras que en el año 2013 se redujo a 7.012 pacientes hasta el mes de agosto

Este centro brinda atención médica a los miembros policiales en servicio activo, pasivo, montepío y sus dependientes, la injustificada variabilidad de la práctica clínica, la aplicación de cuidados inoportunos o innecesarios, situación que hace que los usuarios no confíen en el servicio recibido y no retornen.

Los usuarios se quejan del trato que reciben, la falta de comunicación e inadecuados instalaciones. Por otra parte, los profesionales y trabajadores sufren de desmotivación y sobrecarga de trabajo.

Mediante un levantamiento diagnóstico, se determinó como problema principal la mala calidad de atención constituyendo como factores determinantes los siguientes:

1. Las necesidades que no son priorizadas, por deficiente gestión del área
2. Disminución en la demanda de pacientes, producto de la variabilidad de la atención.
3. No contar con un programa informático de base de datos, que registren de una manera eficiente los datos clínicos. Durante los 18 años de existencia como centro de salud, se han utilizado Historias Clínicas en carpetas y hojas simples que en momentos se extravían; el desconocimiento de las patologías diagnosticadas, la gravedad de las mismas y sus consecuencias. Esto influye en no prescribir un tratamiento adecuado y oportuno.

JUSTIFICACIÓN

La calidad de la atención tiene un valor tan importante como la salud; por ello que los miembros del equipo de salud deben desarrollar una cultura de calidad y brindar atención con una actitud proactiva.

La calidad de atención es un aspecto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de instituir cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

En la actualidad, la satisfacción de los usuarios es utilizada como un indicador para evaluar las intervenciones de los servicios sanitarios.

El motivo de desarrollar este proyecto es mejorar la calidad de atención, ofrecer un servicio óptimo a los usuarios que asisten a esta casa de salud, proporcionando una atención integral y el manejo de información adecuada. De esta forma, se busca satisfacer las necesidades de los usuarios, con calidad, calidez y seguridad en forma permanente.

Para esto se diseñó un programa de capacitación para el personal, se diseñaron y aprobaron guías generales de Práctica Clínica en cada servicio del Centro de Salud, para estandarizar procedimientos y mejorar la calidad técnica.

El desarrollo de las actividades resumidas en el presente informe permitió la implementación de acciones que beneficiará a toda la población policial y la sociedad, en general.

OBJETIVOS

GENERAL

Mejorar la calidad de atención de salud a los usuarios que acuden al Centro de Salud Urbano Nro.18 Unidad de Vigilancia Sur del Distrito de Policía "Eloy Alfaro", mediante un programa de capacitación al personal de salud, implementación de Guías de práctica Clínica en cada servicio y el desarrollo de un programa informático para mejorar los procesos administrativos y disminuir la insatisfacción del usuario externo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Capacitar al personal de salud en temas de calidad de atención, Atención Primaria de Salud, Promoción de la Salud y el nuevo modelo de la atención de salud.
- 2.-Actualizar e implementar tres Guías de Práctica Clínica en cada servicio del Centro de Salud, para estandarizar procedimientos y mejorar la calidad técnica.
- 3.-Implementar un programa informático que permita controlar los procesos administrativos de cada uno de los servicios y disponer de una base de datos.

CAPÍTULO I

1. Marco Teórico

1.1. Marco Institucional

1.1.1. Población total

La cobertura poblacional del Centro de Salud Urbano número 18 abarca todo el cantón Quito, pero al ser el centro de salud del Distrito de Policía Eloy Alfaro, también se atiende el personal policial en servicio activo, pasivo montepío y familiares de los miembros policiales. Es por esta razón que es necesario conocer los principales datos demográficos de Pichincha y Quito.

Tabla 1. Densidad poblacional Ecuador, Pichincha, Quito 2011

ÁREA	POBLACIÓN	TERRITORIO	DENSIDAD (habitantes/km2)
ECUADOR	14'306.876	256 370 km2	55,8
PICHINCHA	2'570.201	12 945 km2	269,5
QUITO	1'619.146	4 183 km2	439.8

Fuente: INEC, 2010

Elaborado por: la autora

1.1.2. Aspecto geográfico



Figura 1. Centro de salud Urbano del Distrito de Policía "Eloy Alfaro" 1

Fuente: Archivo fotográfico de la autora

El Centro de Salud Urbano Unidad de Vigilancia Sur tiene una construcción de 550 m², en este centro funcionan los departamentos de Medicina General, Odontología, Psicología, Trabajo Social, Estadística, Ambulancia y Bodega. Cada departamento

posee su propia sala de espera. Además existe un departamento que funciona aparte en otra construcción de 400m², el de rehabilitación.

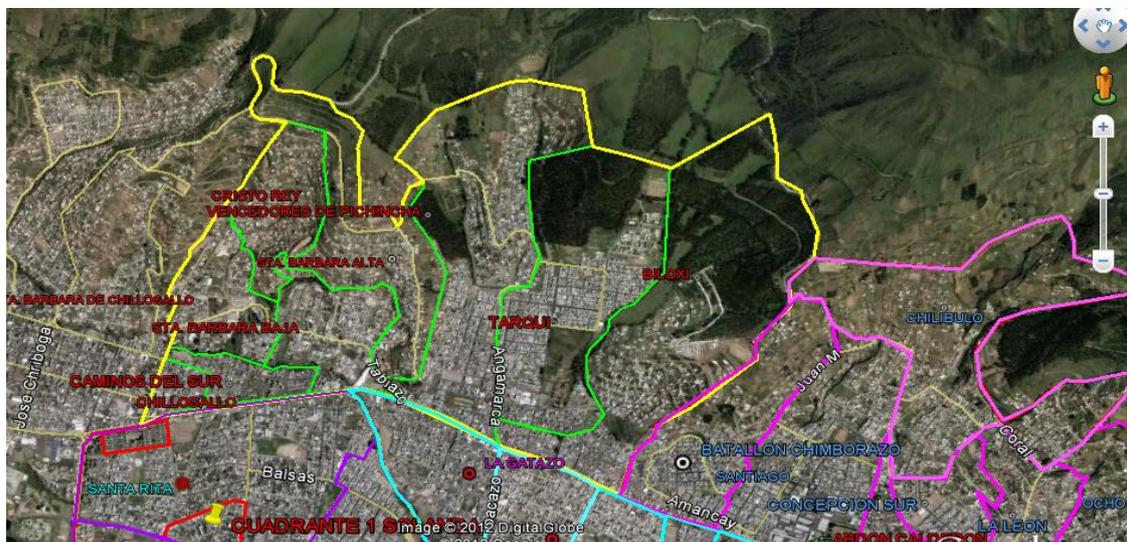


Figura 2. Ubicación del Distrito de Policía "Eloy Alfaro"

Fuente: googlemaps.com

El Distrito de Policía Eloy Alfaro pertenece a la Policía Nacional del Ecuador, se encuentra ubicado al Sur Occidente de la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, en el sector la Mena. Su dirección es calle Hernán Gmoiner 5 – 17 y Angamarca. Limita al Norte con la aldea del Niño, al sur con la calle de ingreso a la Urbanización Mena 2, al este con la calle que separa la Hacienda Biloxi y al oeste con la Escuela de Educación Especial. El Distrito de policía cuenta con un número de 827 policías aproximadamente, conformado por Oficiales Superiores, Oficiales Subalternos, Clases y Policías. Los sectores que se encuentra bajo su administración son las parroquias de: La Magdalena, Chimbacalle, La Argelia, Chilibulo, San Bartolo, La Mena, Ferroviaria, Solanda, Santa Anita y Lloa. Constituye un lugar estratégico para dirigir y controlar acciones en beneficio de preservar la seguridad de la población.

1.1.3. Dinámica Poblacional

El área de jurisdicción del Distrito de Policía "Eloy Alfaro" posee una extensión de 58.005,9 hectáreas, cobija a 241 barrios y una población cercana a los 529.115 habitantes, (429.115 permanente y 100 000 flotantes, datos del INEC – Censo 2010), en su gran mayoría fruto del alto índice de migración de provincias hacia la capital en busca de mejores oportunidades para su familia.

El Centro de Salud de este distrito fue creado hace 18 años con el propósito de brindar atención de salud a todos los miembros policiales de este distrito, al personal activo de otras unidades policiales, personal en servicio pasivo y montepíos que habitan al sur de la ciudad.

PROBLEMAS CLINICOS QUE SE PRESENTARON EN EL PERSONAL DE SERVICIO ACTIVO AL FINAL DEL 2012.

ENFERMEDADES METABOLICAS	90%
HIPERLIPIDEMIAS	90%
PARASITOSIS	30%
INFECCIONES RESPIRATORIAS	15%
GASTRITIS	2.5%
INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL	0.5%

Fuente: Archivo estadístico de la autora

Los problemas sociales presentes en la vida de los miembros policiales son la violencia intrafamiliar, autoestima baja y falta de valores en la familia, constituyen un problema latente en el interior de los hogares policiales, y en muchas ocasiones se dan a causa del uso y abuso del alcohol.

1.1.4. Centro de Salud – Generalidades

El talento humano del Centro de Salud se clasifica de la siguiente manera:

Tabla 2. Talento Humano del Centro de Salud

Especialidad	Trabajadores
Médico General	1
Odontólogo	1
Psicólogo Clínico	1
Trabajador Social	1
Fisioterapeuta	1

Enfermera	1
Auxiliar de Odontología	1
Auxiliar de Rehabilitación	1
Paramédicos	4
Conductores de ambulancia	2
Total	14

Elaborado por: la autora

Además se cuenta con cuatro señores estudiantes de fisioterapia de la Universidad Central del Ecuador realizan sus pasantías en el área de Rehabilitación.

El Centro de Salud brinda atención permanente de lunes a domingo, feriados incluidos, en las áreas mencionadas anteriormente por que acuden a laborar personal de apoyo de diferentes centros de Salud de la Policía Nacional . La atención se realiza en ocho horas durante el día y el servicio de Ambulancia labora turnos de 24 horas diarias.

1.1.5. Misión de la institución

“La Policía Nacional es una institución estatal de carácter civil, armada, técnica, jerarquizada, disciplinada, profesional y altamente especializada, cuya misión es atender la seguridad ciudadana y el orden público, y proteger el libre ejercicio de los derechos y la seguridad de las personas dentro del territorio nacional.”

1.1.6. Visión de la institución

“Policía Nacional Honesta respetuosas de los Derechos Humanos, Efectiva en el cumplimiento de la misión que brinde calidad de servicio a la ciudadanía.”

1.1.7. Organización del distrito

El Distrito de Policía Eloy Alfaro presenta la siguiente organización:

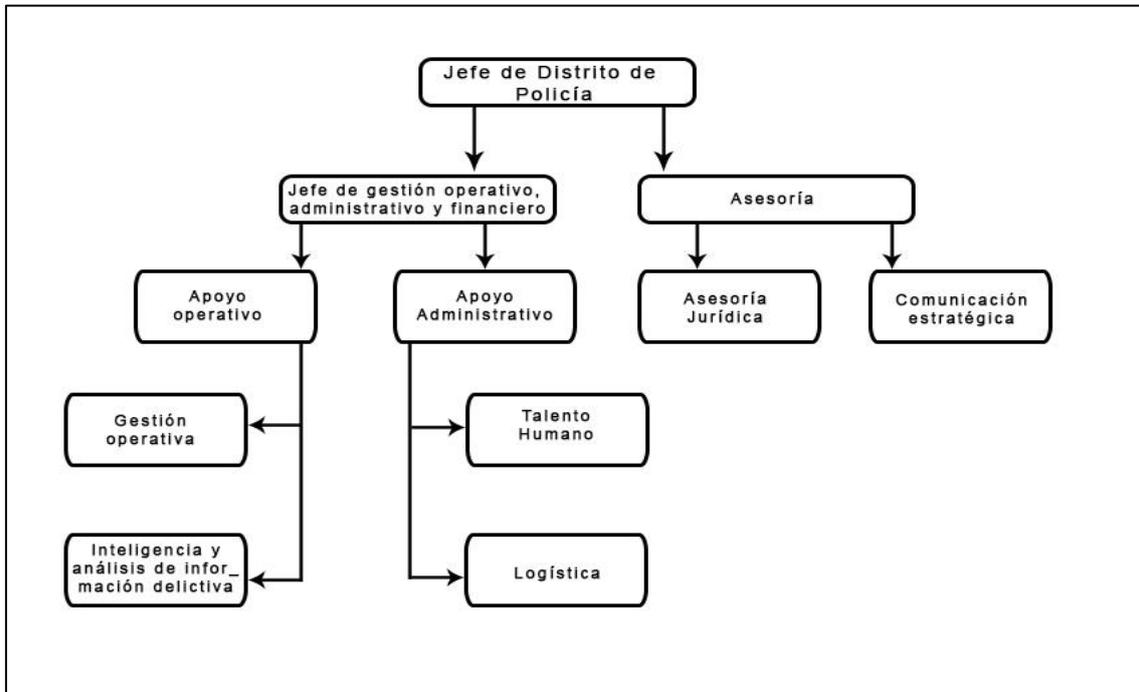


Figura 3. Organización del Distrito de Policía "Eloy Alfaro"

Elaborado por: la autora

1.1.8. Políticas

- Liderar el talento humano policial para alcanzar un alto rendimiento de forma continua, logrando eficiencia en el cumplimiento de la misión institucional.
- Impulsar y generar confianza y credibilidad a través de un trabajo policial integral, profesional y de calidad.
- Desenvolver la actividad policial desde una visión humanista que garantice el respeto absoluto de los derechos, las libertades y la dignidad humana.
- Velar por el cuidado y mantenimiento de los recursos del Estado entregados a la institución para el cumplimiento de la misión.
- Desarrollar y mejorar las competencias en el talento humano.

1.2. Marco Conceptual

1.2.1. Calidad de los servicios

El cliente es la persona que define lo que es calidad. El servidor debe estar atento a esta definición y, más aún, necesita estar pendiente de las preferencias de sus clientes (para el caso de este trabajo de investigación, los clientes son los pacientes, por esto a partir de este momento se utilizará el término paciente).

La calidad se define como un conjunto de valores que tienen relación entre dos o más personas o sistemas. El ser humano además de ser un buscador de la calidad, es el creador de la misma. La calidad tiene un valor subjetivo pues este es asignado por las personas de acuerdo a sus gustos y pensamientos. Con base en estos conceptos, se considera: El paciente es el que define la calidad del servicio y además paga por un buen servicio.

El concepto de calidad, aplicado a los servicios de salud, se ha incorporado en nuestro país en los últimos años. Esto no implica que históricamente los servicios de salud no hayan buscado permanentemente la excelencia.

En el Sector de la salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario. Estas son: equidad, efectividad, eficacia y eficiencia (Ramal, 2007).

Para que la prestación de servicios se realice con equidad, que se garantice la accesibilidad a los más necesitados al servicio, se necesita la implementación de metodologías y tecnologías, una cobertura adecuada, y un rendimiento con costos acordes.

El concepto tradicional nos habla de la calidad como el cumplimiento de una norma, sin tomar en cuenta la demanda de dicho producto. En este concepto, la oferta supera a la demanda, desarrollándose en una economía cerrada, siendo el consumidor quien debe adaptarse al producto y no el producto a las necesidades del consumidor.

Sin embargo, el concepto se ha ido transformando con el paso del tiempo y de acuerdo a las exigencias del propio mercado; dando así un nuevo concepto sobre la calidad, donde el producto o servicio se diseña en función de los requerimientos y necesidades del consumidor, tomando en cuenta también conceptos como el precio, el tiempo, etc.

Uno de los retos de la sociedad del siglo XXI es la apuesta por la calidad. Ahora ya no se puede hablar solamente de hacer las cosas bien, sino de mantener un nivel de calidad adecuado durante la realización de un producto o servicio.

La calidad como “excelencia” es considerada como lo mejor en términos absolutos. En la actualidad, cualquier organización debe realizar un gran esfuerzo por conseguir los mejores resultados. En esta cultura de la excelencia es posible destacar la integración de la mejora continua como eje fundamental de todas las actuaciones (Ramos, 2004).

Existen algunas consideraciones importantes respecto del término calidad que vale la pena tener en cuenta. En primer lugar, calidad no es sinónimo de lujo o de complejidad, sino que por el contrario la calidad debe ser la misma en todos los niveles de atención. En segundo lugar, no constituye un término absoluto sino que es un proceso de mejoramiento continuo.

El desafío es poder evaluar este proceso en su conjunto en cada establecimiento de modo tal que pueda ser objetivado y comparado, que permita conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas.

Para estos fines es imprescindible introducir la cultura de la evaluación institucional, desarrollando procesos evaluativos y normativos de consenso, pautas y estándares mínimos para las acciones y procedimientos en salud, así como para la organización y funcionamiento de los servicios y establecimientos asistenciales (Dr. Williams, s/a)

“Calidad de la atención en salud, es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud” (Avedis, 1991).

Esta nueva posibilidad facilita el flujo de información entre niveles para la mejor atención de los miembros policiales y sus familiares, así como también para la gestión del sector, permitiendo centralizar bases de datos con información actualizada para evaluación y la toma de decisiones de manera oportuna.

Los sistemas de información deben estar orientados a facilitar el cumplimiento de estos compromisos además de garantizar la calidad de las prestaciones que se brindan. Esta calidad de la atención se sustenta en la organización de los servicios y en un sistema de información adecuado que debe contar con una Historia Clínica apropiada que garantice un flujo de la información a quien atienda el caso en el lugar y momento en que lo haga. De igual manera los datos recogidos servirán de base para planificar la atención futura.

La calidad es el conjunto de especificaciones y características de un producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presumen (International Organization for Standardization, 2009).

La Real Academia de la Lengua Española, define calidad como una "cualidad", una "manera de ser", "alguien que goza de la estimación general", o "lo mejor dentro de su especie" (RAE, 2011).

1.1.2. La calidad de atención en salud

La Calidad de Atención en Salud no puede definirse desde el punto de vista exclusivo de un actor del sistema de salud. Cada uno de ellos paciente, prestador, asegurador o entidad rectora, tienen una percepción diferente, que, sin contradecir y estando de acuerdo con la de los demás, hace énfasis en aquel o aquellos determinantes que más valora.

Para el paciente, por ejemplo, aspectos tales como la amabilidad y disponibilidad de tiempo del prestador, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, y los resultados y las complicaciones del proceso, son características que puede evaluar fácilmente y que, por lo tanto, determinan su valoración de la calidad. Por el contrario, la idoneidad del prestador y el nivel de actualización de la tecnología empleada durante su atención, son aspectos que no puede evaluar y que, por eso mismo, da por hechos.

Para el prestador, sin desconocer la importancia de lo anterior, la valoración de la calidad se soporta en los aspectos que se pueden denominar científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, tales como credenciales, experiencia de los profesionales y tecnología disponible.

Para el pagador del servicio, la eficiencia, es decir, la relación entre el costo de cualquier intervención y su efectividad para evitar la enfermedad o para recuperar la salud, es la característica que más valora.

La calidad en salud no depende de una sola característica, sino de múltiples aspectos, cada uno apreciado y valorado de manera diferente según el actor del sistema de que se trate.

Es por lo anterior que los expertos, como Avedis Donabedian, entienden y definen Calidad de Salud en términos de la sumatoria de los resultados de todas las dimensiones que la soportan.

"La Calidad de la atención en salud está dada por el conjunto de características técnico-científicas, humanas, financieras y materiales que debe tener la Seguridad Social en Salud, bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios" (Avedis, 1991).

1.1.2.1. Las características principales de la calidad de la atención en salud son:

La accesibilidad, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnica. La calidad integra características adicionales como la idoneidad y competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia de recursos, la eficacia, la eficiencia, la integralidad, la continuidad, la atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida (Chiavenato, 2009).

Todos los sistemas de garantía de calidad deben abarcar tres perspectivas:

- Estándares clínicos.
- Desempeño de la gerencia.
- Satisfacción del usuario.

Sin embargo, la calidad de atención afecta muchos otros aspectos, hasta configurar una problemática realmente compleja a la hora de ser abordada. Para una gran parte del sector salud, los factores que influyen en la calidad de atención se limitan al funcionamiento interno de los servicios y a los recursos humanos.

1.1.2.2. Componentes de la calidad

La investigación y las actividades de evaluación relacionadas con la calidad de la asistencia sanitaria pueden o deben basarse en las siguientes variables:

Efectividad: El grado en que se alcanzan las mejoras del proceso de atención, en relación con el actual desarrollo de la tecnología.

Eficiencia: Relación entre el impacto real de un servicio o programa y su costo de producción.

Adecuación: Relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población. Esto tiene un componente numérico (cantidad de servicios en relación con las necesidades) y un componente de distribución (disponibilidad de servicios en cada zona y por subgrupos poblacionales).

Accesibilidad: Es la posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar que los necesita, en suficiente cantidad y a un costo razonable. Este componente está estrechamente ligado al de distribución y puede conceptualmente ser incluido en ella.

Calidad científico técnica: Este es el objetivo más común de los programas de control de calidad y se refiere al nivel de aplicación de los conocimientos y tecnología médicos disponibles actualmente. El término de calidad cuando es utilizado solo, se refiere casi siempre a este componente.

Continuidad: Se refiere a la atención del usuario como un todo, en un sistema de atención jerarquizado e integrado de manera que acceda al nivel de atención adecuado para la satisfacción de su necesidad. Este componente puede incluirse en la calidad científica técnica.

Satisfacción del usuario y del prestador: Se refiere a la satisfacción del usuario con los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados de la atención. La satisfacción del profesional se refiere a la satisfacción con las condiciones de trabajo y el resultado de la atención.

En general estos componentes o variables adquieren diferente importancia según quien sea el actor que los analice: el personal de salud, los usuarios de los servicios, los administradores o los empresarios, pues cada grupo puede tener diferentes objetivos. En general, los profesionales ponen mayor énfasis en la evaluación de la calidad científico técnica, los usuarios en los aspectos psicosociales y los administradores y empresarios del sector salud, en la eficiencia.

Los usuarios de la Atención Primaria de la Salud (APS) tienen enfermedades menos graves o están sanos y parece ser que su estado les permite observar otros aspectos de la atención, interesándose más en los aspectos psicosociales: relación médico paciente, atención personalizada, accesibilidad etc.(Ramal, 2007).

1.1.3. Mejoramiento continuo

Según James Harrington, el mejoramiento continuo radica en transformarlo de manera que sea de mayor efectividad, eficiencia y adaptabilidad. Para saber qué y cómo se

debe realizar la transformación se necesita conocer el enfoque específico del empresario y cómo es el proceso a cambiar (Harrington, 1993).

El experto en procesos Dr. Edward Deming, en su explicación de la calidad total, habla de un proceso llamado mejoramiento continuo, el cual se basa en la búsqueda interminable de la perfección, aunque nunca se la consiga (Deming, 1989).

El mejoramiento continuo radica en que con su aplicación se puede contribuir a mejorar las debilidades y afianzar las fortalezas de la organización. A través del mejoramiento continuo se logra mayor productividad y competitividad en el mercado al cual pertenece la organización, por otra parte las organizaciones deben analizar los procesos utilizados, de manera tal que si existe algún inconveniente pueda mejorarse o corregirse; como resultado de la aplicación de esta técnica puede ser que las organizaciones crezcan dentro del mercado y hasta llegar a ser líderes.

El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) comprende un conjunto principios que llevan a la organización a pensar más allá del simple Aseguramiento de la Calidad, o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven para la inspección. El MCC es visto como un proceso educativo, que involucra al cliente y sus necesidades, con el fin de excederse en sus expectativas, identificando aquellos puntos del proceso que sean susceptibles de tener mejoramiento en el tiempo.

La palabra mejoramiento involucra a todas las personas, tanto a los gerentes como a los trabajadores y ocasiona un gasto organizacional relativamente pequeño. Implica una filosofía de vida (ya sea laboral, social o personal) centrada en esfuerzos de mejoramiento constante. Aunque los mejoramientos del MCC son pequeños e incrementales, el proceso MCC origina resultados dramáticos a través del tiempo.

La innovación es significativa y dramática, pero implica grandes costos y si no se le hace mantenimiento y mejoramiento se deteriora en poco tiempo. Por el contrario, el MCC es sutil y poco dramático, además de ser un enfoque de bajo riesgo.

La gerencia, dentro de este proceso, tiene dos funciones importantes: El mantenimiento o aseguramiento y el mejoramiento, el primero se refiere a conservar los estándares tecnológicos, gerenciales y operacionales actuales además de sostener esos estándares a través del entrenamiento y la disciplina; y el mejoramiento se refiere a actividades dirigidas a elevar los actuales estándares.

Una de las principales herramientas para la Mejora Continua en las organizaciones es el conocido Ciclo Deming o también nombrado ciclo PHVA (planear, hacer, verificar,

actuar). Los sistemas de gestión ISO 9001, los modelos de excelencia y la planificación estratégica están basados en la necesidad de que la organización esté en continua evolución y que además dicha evolución esté documentada y justificada.

- Planificar: despliegue de planes de objetivos y procesos en la organización.
- Hacer: desarrollo de las actividades y procesos.
- Verificar: evaluación y seguimiento a través de indicadores, cuadros de mando, evaluación de no conformidades, satisfacción de clientes o auditorías.
- Actuar: desarrollo de planes de mejora y propuestas en revisión por la gerencia.

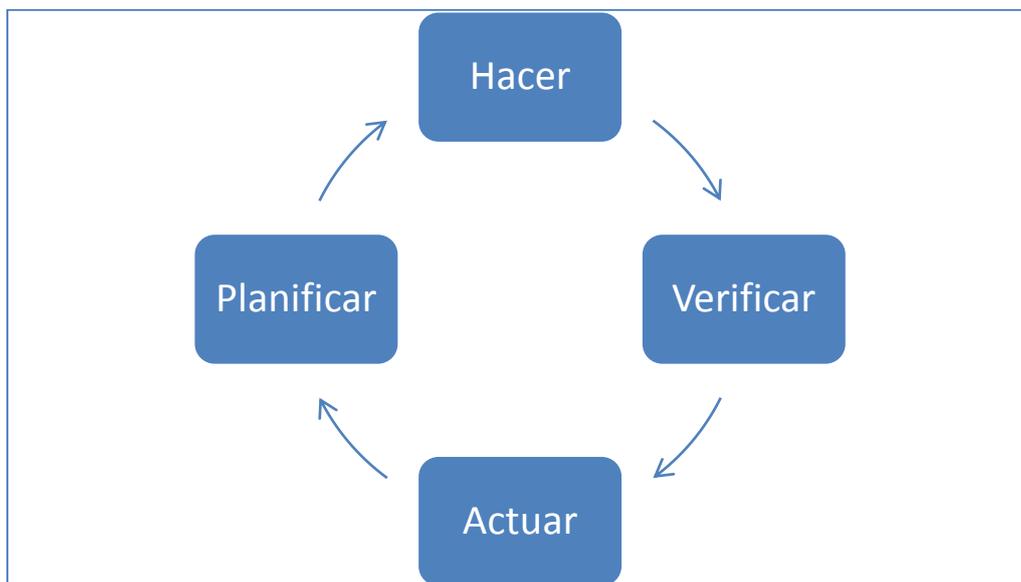


Figura 4. Círculo de Deming

Elaborado por: la autora

2.1.4. La salud centrada en el paciente

La medicina centrada en el paciente fue un término introducido por Balint en contraposición a la medicina centrada en la enfermedad. Actualmente se utiliza con más frecuencia el término salud centrada en el paciente como traducción al término anglosajón Centered- patient Health.

La atención o salud centrada en el paciente enfatiza elementos como: la exploración en conjunto de la enfermedad y de la experiencia de la enfermedad o dolencia; la comprensión de la persona en forma integral y en su contexto; la búsqueda del diálogo y entendimiento entre el profesional sanitario y el paciente; compartir el control y la responsabilidad del proceso de atención y la construcción de un vínculo y el desarrollo de una relación médico-paciente, todo ello demanda en el profesional habilidades que

permitan una comunicación efectiva. Una asistencia sanitaria centrada en las personas podría ser la forma de alcanzar un sistema sanitario justo y eficiente.

En todas las regiones del mundo, los sistemas de asistencia sanitaria se encuentran sometidos a una gran presión a la que no podrán hacer frente si continúan centrándose en las enfermedades en vez de centrarse en las personas, necesitan que cada persona se implique en su propio tratamiento y lo asuma, modifique su comportamiento y se auto gestione.

Las prioridades de las personas, sus familias son diferentes en todos los países y en cada tipo de patología, pero aun partiendo de esta diversidad tenemos algunas prioridades comunes. Una información precisa, relevante y amplia es esencial para que las personas puedan tomar decisiones fundamentadas sobre el cuidado de su salud, las enfermedades, su tratamiento y sobre su convivencia con la enfermedad. La información se les debe presentar en un formato acorde con los principios de la información médica comprensible, teniendo en cuenta asimismo la enfermedad, el idioma, la edad, el nivel de comprensión, la capacidad y la cultura del individuo.

Las personas deben tener acceso a los servicios sanitarios garantizados que le corresponden en virtud de su condición. Esto incluye el acceso a unos servicios, tratamientos, cuidados preventivos y actividades de promoción de la salud adecuada, segura y de calidad. Dichos servicios deben proporcionarse de manera que se garantice que todas las personas puedan acceder a los servicios sanitarios, independientemente de su condición o estado socioeconómico. Para que el paciente pueda alcanzar la mejor calidad de vida posible, la asistencia sanitaria debe prestar apoyo a sus necesidades emocionales y tener en cuenta factores ajenos a la salud, como la situación educativa, laboral y familiar, que afectan al enfoque y gestión de sus opciones de salud (MINFAR, 2003).

Implicación de los pacientes en la política sanitaria los pacientes y las organizaciones de pacientes merecen compartir la responsabilidad de la toma de decisiones sobre políticas sanitarias mediante un compromiso significativo y fundamentado en todos los ámbitos y en todos los niveles de toma de decisiones, para asegurarse de que dichas políticas se diseñan de manera que las personas sean el elemento central de las mismas. Y ello no debe limitarse a la política sanitaria, sino que debe incluir, por ejemplo, las políticas sociales que repercutirán finalmente en la vida las personas (Pronovost P, 2006).

1.1.4. Importancia de una guía clínica

En términos más prácticos y operativos, precisa incorporar el conocimiento del proceso de mejoramiento de la calidad, para asimilar las acciones que vamos a desarrollar. La calidad se ha definido en criterios o variables que pueden ser medidas.

Estos criterios de calidad se han expresado de tres modos: estructura, proceso y resultados. Para comprender adecuadamente el proceso de mejoramiento de la calidad iniciado en la aplicación de las Normas, corresponden al aspecto técnico administrativo como una primera aproximación de regulación normativa, que influye en la calidad de la atención; se ha considerado sobre todo la capacitación de los profesionales que trabajan en el centro de salud Urbano del DPEA, la existencia de una valoración personalizada integral interdisciplinaria, al ingreso del usuario valoración clínica y de laboratorio periódicamente.

Además la Guía es una oportunidad de aprendizaje para el personal de salud que atiende a las Unidades Operativas de la policía Nacional, de una manera sistematizada, fundamentada y comprensiva de usar.

Le provee información y técnicas metodológicas, que le permiten conocer el tipo de atención que brinda, contribuye en la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades orientadas a garantizar una calidad de atención, para las personas o usuarios de los servicios de salud del DPEA.

El proceso será sometido a una actualización permanente tanto en indicadores de proceso, luego de la valoración integral sobre diagnóstico, tratamiento e intervenciones clínicas y sociales interdisciplinarias. Se construirá los indicadores de resultados de mayor importancia en la evaluación de la atención de los pacientes del DPEA (Control de síntomas, tratamiento y recuperación funcional)

Se recomienda previamente reuniones en cada unidad operativa, para identificar el personal multidisciplinario que interviene en el proceso de atención a los usuarios de atención primaria de la salud, capacitación de los profesionales mediante un proceso de educación permanente en servicio, incorporarse al equipo de mejoramiento de la calidad que viene actuando en las unidades operativas, en los procesos de atención a la población por ciclos de vida(Ministerio de Salud Pública, 2011).

1.1.5. Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

El modelo de Atención Integral de Salud, por sus siglas MAIS, es “un conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas enfocadas en la salud familiar, comunitaria e intercultural que complementándose, organiza y descongestiona el Sistema Nacional de Salud, permitiendo integralidad de los tres niveles de atención en la red de salud” (Aguilar, 2012). En otras palabras, corresponde a un sistema que sostiene y ayuda a la Atención Primaria en salud, APS, de manera que se logre una atención garantizada que satisfaga las necesidades en salud de las personas.

Los tres niveles de la red de salud en el Ecuador se exponen en la siguiente tabla:

Tabla 3. Niveles de la red de salud en Ecuador

NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
Centro de salud 24 horas	Hospitales generales	Hospitales de referencia general
Centros de salud urbanos	Hospitales básicos	
Centros de salud rurales		
Puestos de salud		

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2012)
Elaborado por: la autora

Al permitir integralidad en estos tres niveles, MAIS permite la interacción entre los sectores privados y públicos, la comunidad y la red de servicios en salud, con la finalidad de agilizar los sistemas que desemboquen en una atención de calidad que solucione los problemas de la comunidad.

1.1.5.1. Objetivos de Modelo de Atención Integral en Salud

Los objetivos del MAIS son:

- Re direccionar la manera en que se presta y se produce la salud.
- Tener en cuenta la prevención y promoción de la salud.
- Mejorar la salud de las personas, la comunidad.
- Además de un desarrollo de la población (Ministerio de Salud Pública, 2011).

Tomando en cuenta estos objetivos es posible entender el propósito de la aplicación de este modelo en el Ecuador, el cual es “orientar la garantía de los derechos en salud y cumplir las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir” (Ministerio de Salud Pública, 2012).

1.1.5.2. Principios del MAIS

Como todo modelo, el modelo de atención tiene sus propios principios que encaminan su aplicación, estos son integridad, universalidad al acceso, equidad, calidad, eficiencia, respeto a los derechos de las personas, participación y promoción de la ciudadanía y descentralización, a continuación se explicarán brevemente cada uno de estos.

Integridad.- Representa un principio fundamental que está dirigido en el bienestar del individuo, en el que se amplía la visión y las acciones de salud para con el entorno, este principio conlleva una priorización de problemas particulares mediante estrategias sanitarias.

Universalidad al acceso.- Este principio radica en un aumento de la cobertura y accesibilidad al servicio, de manera que haya más disponibilidad y suficiencia de recursos.

Equidad.- Trata sobre la solidaridad que da paso a una justicia social, es decir, todos tienen acceso por igual al servicio a través de la inclusión al seguro integral de salud del país en donde se lo implante.

Calidad.- Radica en la satisfacción del usuario al recibir una atención de calidad de forma integral.

Eficiencia.- Principio que trata sobre el cumplimiento de metas planteadas.

Respeto a los derechos de las personas.- Principio que se basa en los derechos inherentes de las personas como, la interculturalidad, equidad de género y derechos humanos.

Participación y promoción de la ciudadanía.- Este principio trata fundamentalmente que todos los individuos tienen tanto derechos como deberes, siendo así que la población debe tener un accionar y empoderamiento en el tema.

Descentralización.- Trata de que la salud no sea dirigida por un sector, sea este privado o público, sino por la combinación de estos (Ministerio de Salud Pública, 2011).

1.1.5.3. Estrategia

La estrategia que utiliza el modelo de atención MAIS es la de renovar la atención primaria de salud (APS-R), utilizando los siguientes complementos:

- Gestión
- Provisión de servicios
- Financiamiento
- Organización

Dentro de las estrategias que está utilizando el gobierno actual del Ecuador para la aplicación del modelo está la construcción de subsistemas de salud en los diferentes distritos, de manera que se complemente e integren con el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Salud Pública, 2011).

1.1.5.4. Antecedentes históricos en el Ecuador

La salud en el Ecuador ha tenido grandes cambios desde el año 2007, uno de ellos fue la gratuidad de la salud, en la que personas que no estén afiliadas al IESS puedan atenderse. Respecto al modelo de atención integral de salud se tiene conocimiento de su implementación en el año 2011, año en el que el Presidente de país expuso que tenían la esperanza de que en los cinco años posteriores, es decir, hasta 2016, en el Ecuador existan 10 mil técnicos del MAIS(HOY, 2011).

Posteriormente se tiene información de este tema en el 2013, en el que se desarrolló el curso virtual “Desarrollo de capacidades para la renovación de la Atención Primaria de Salud – APS e implementación del Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitaria – MAIS”, en el que se entrenó a 109 profesionales en APS – MAIS –FCI. Este curso fue realizado gracias al proyecto “Mejoramiento de la salud y mayor protección contra enfermedades transmisibles para mujeres, niños y poblaciones excluidas en situaciones de vulnerabilidad en América Latina y el Caribe”, mismo que es realizado por la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y con ayuda financiera de La Agencia Internacional Canadiense para el Desarrollo, por sus siglas en inglés CIDA (OPS, 2014).

CAPÍTULO II

2.1 Diseño Metodológico

2.1.1. Matriz de involucrados

Tabla 4. Matriz de involucrados

GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS MANDATOS Y	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Comandante General de la Policía Nacional	Alto rendimiento de los policías nacionales	Recursos Humanos Recursos Materiales: infraestructura institucional Recursos Económicos: Presupuesto según Acuerdo 1699 Artículo 158-163 de la CONSTITUCIÓN.	Deficiente organización de la institución. Falta de comunicación entre los altos mandos y los miembros policiales
Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional.	Velar por las condiciones de salud y bienestar de titulares, beneficiarios y derechohabientes	Recursos Humanos Tecnológicos Económicos Insumos de oficina, Mandatos: Misión Constitucional Artículo 163 de la CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR	Escaso interés sobre evaluación y resultados de satisfacción del usuario. Limitada coordinación en servicios de salud. No dota del sistema informático.
Personal del Centro de Salud Urbano	Lograr la ampliación de la cobertura de atención. Mejorar la atención.	Recursos Humanos Recursos Materiales: Materiales de oficina Mandatos: Art. 363.- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Numeral 2. Universalizar la atención en salud	Deficiente o poca vinculación en el personal del centro de salud. No se da importancia a la atención de calidad. Manejo inadecuado de información. Lentitud en el servicio. Disminución de la cobertura de atención.
Usuarios del Servicio de Salud	Recibir atención de calidad, satisfacer sus necesidades.	Recursos Humanos Recursos Materiales Mandatos: Ley N° 18.335 PODER LEGISLATIVO Artículo 7°	No se da la importancia adecuada a las patologías de los usuarios. Malestar por el trato que reciben. Demora en la atención.
Maestrante UTPL	Trabajar por mejorar la calidad de atención.	Recursos Humanos Recursos Materiales Recursos Financieros Mandatos: Estatuto, Reglamento UTPL,	.Mal manejo de información del usuario. .Poco interés por brindar una buena atención en todos los departamentos. .Limitado apoyo del personal del Centro de Salud Urbano.

Fuente: Distrito de Policía Eloy Alfaro
Elaborado por: la autora

2.1.2. Árbol de problemas

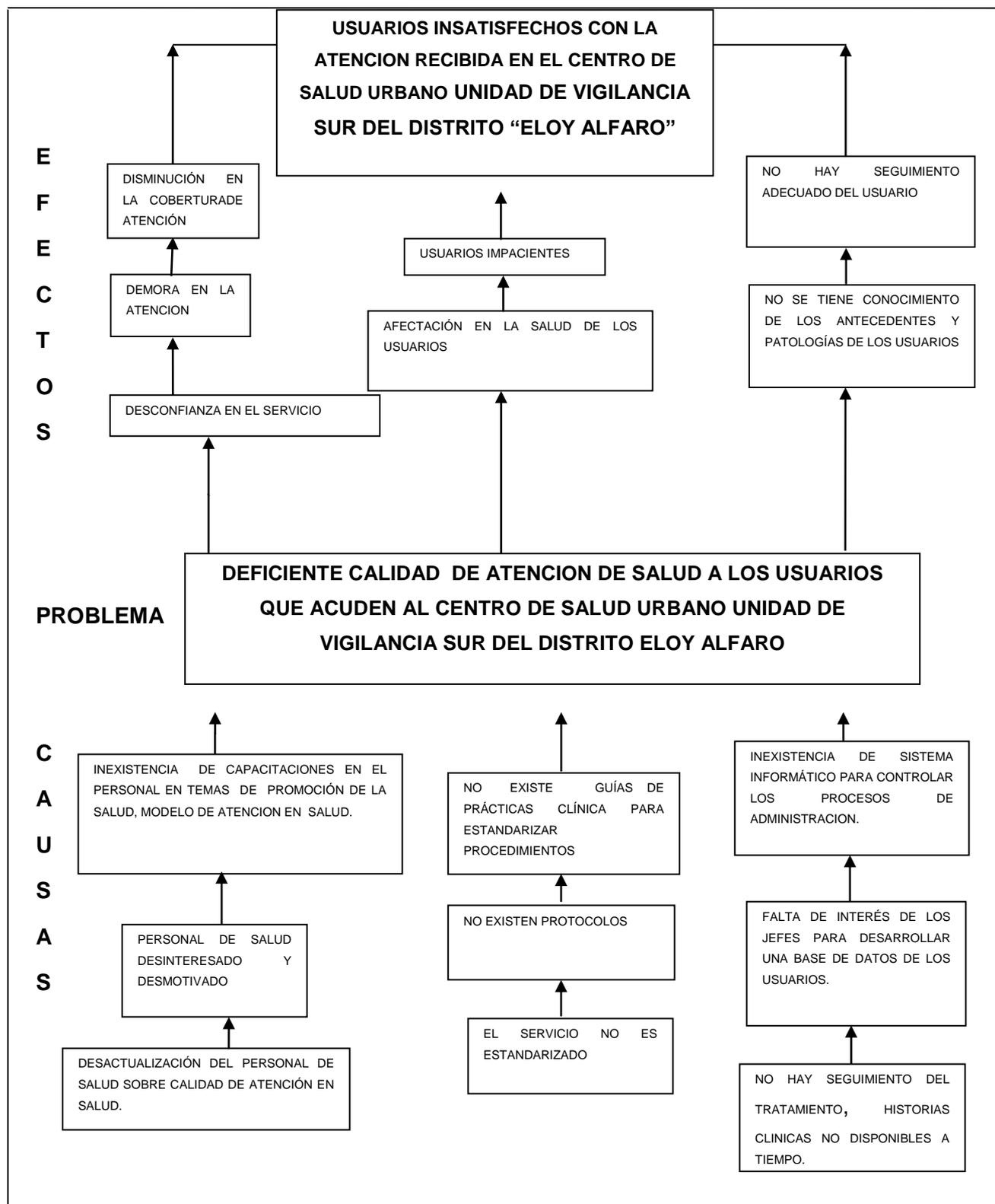
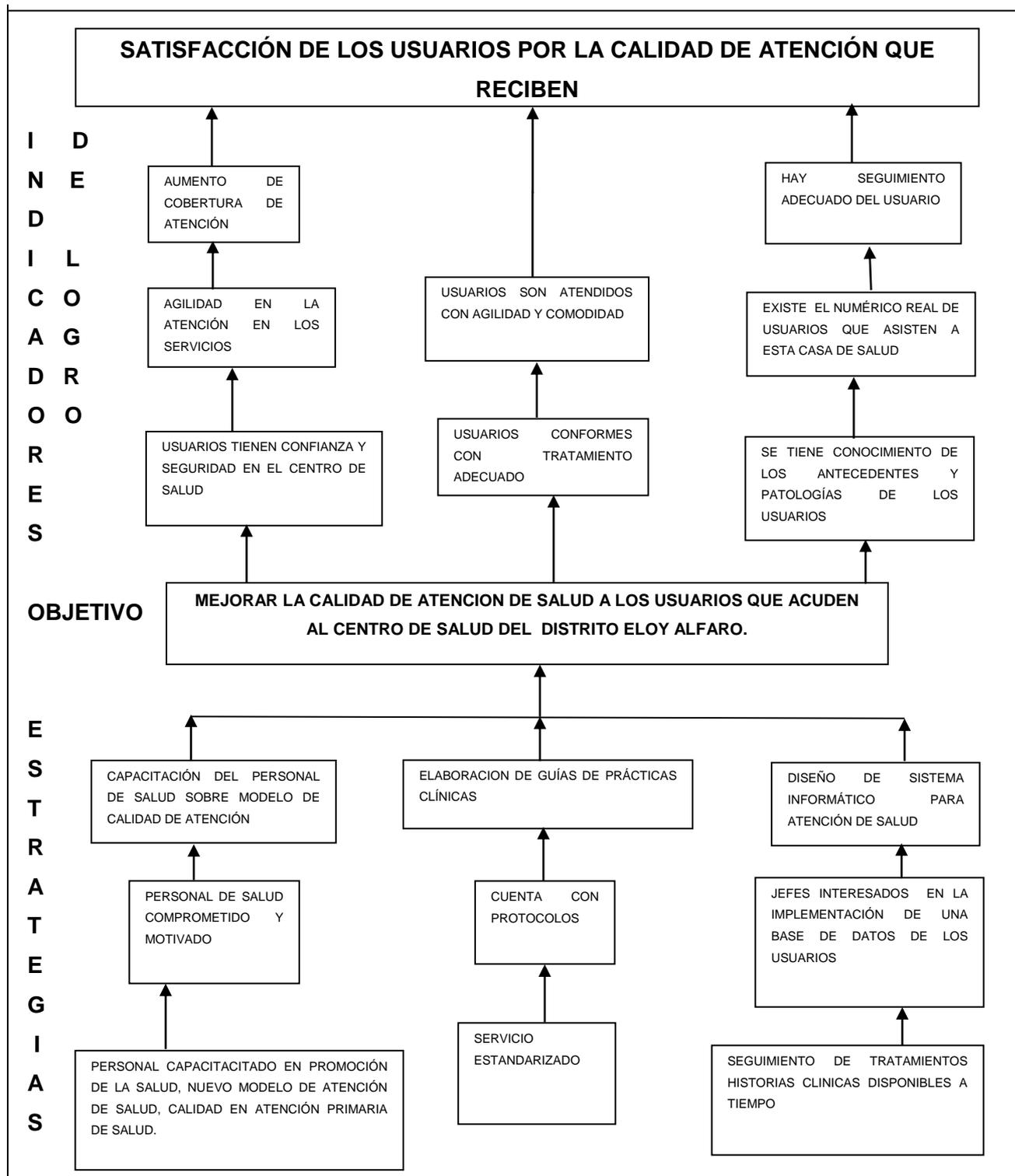


Figura 5. Árbol de problemas
Fuente: Distrito de Policía Eloy Alfaro
Elaborado por: la autora

2.1.3. Árbol de objetivos



Fuente: Distrito de Policía Eloy Alfaro

Elaborado por: la autora

2.1.4. Marco lógico

Tabla 5. Matriz de marco lógico

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN Contribuir a disminuir la insatisfacción de los usuarios del Centro de Salud Urbano Nro.18 Unidad de Vigilancia Sur del Distrito de Policía "Eloy Alfaro" mejorada.			
PROPÓSITO Calidad de atención de salud a los usuarios que acuden al Centro de Salud Urbano Nro.18 Unidad de Vigilancia Sur del Distrito de Policía "Eloy Alfaro" mejorada.	90% de usuarios reciben atención integral hasta Julio del 2014	Encuestas de satisfacción realizadas Modelo de Atención Integral aplicado	Personal de salud participando en mejorar calidad de atención
COMPONENTES			
1. Personal de Salud capacitado	90% del personal del centro de salud capacitado hasta Agosto de 2013.	-Programas de Memorias de Talleres -Resultados de evaluación -Registros de asistencia	Participación activa de los directivos y el personal de salud urbano del Distrito de Policía "Eloy Alfaro"
2. Tres guías de práctica clínica estandarizadas actualizadas e implementadas.	Tres guías socializadas e implementadas hasta febrero de 2014.	-Programas de -Protocolos de -Registros de difusión y socialización	Participación del personal Médico. en socialización e implementación de guías
3. Sistema informático de procesos administrativos y de servicios de atención al usuario diseñado e implementado	Sistema informático implementado en el centro de salud hasta Mayo del 2014.	-Historias Clínicas -software funcionando	Centro de Salud implicado en el manejo del sistema.

Fuente: Distrito de Policía "Eloy Alfaro"
Elaborado por: la autora

Tabla 6. Matriz de actividades

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS
A1.Resultado 1			
1.1. Reunión con Directivos de la Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional para socializar el proyecto.	Maestrante. Miembros de la Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional	Agosto de 2013	\$10.00
1.2. Reunión con el Jefe del Centro de Salud para dar a conocer el cronograma de capacitación.	Maestrante Jefe del Centro de Salud	Agosto de 2013	\$ 10.00
1.3 Planificación del Programa de capacitación para los profesionales de la salud.	Maestrante	Agosto de 2013	\$ 80.00
1.4 Ejecución del Programa	Dr. Víctor Cárdenas (Jefe del Centro de Salud) Maestrante Personal del centro de salud	Agosto de 2013	\$60.00
1.5. Evaluación del Programa	Maestrante Personal asistente	Agosto de 2013	\$ 100.00
A.2 Resultado 2			
2.1.Taller de revisión de 3 guías de práctica clínica para estandarizar procedimientos en el centro de salud urbano del Distrito de Policía "Eloy Alfaro"	Maestrante Personal del centro de Salud.	Enero de 2014 a febrero de 2014	\$300.00
2.2. Presentación y validación de las 3 guías.	Maestrante	Febrero de 2014	\$30.00
2.3. Aplicación de las 3 guías validadas.	Maestrante Personal del centro de Salud.	Febrero de 2014	\$30.00.
A.3 Resultado 3			
3.1 Reunión con el personal para planificar capacitaciones sobre manejo del software informático.	Dirección Nacional de Salud. Maestrante	Mayo de 2014	\$160.00
3.2 implementación del programa informático	Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional Maestrante.	Mayo de 2014	\$200.00

3.3 Ingreso de la información obtenida de los usuarios sean estos miembros policiales, familiares y particulares que asisten a esta casa de salud, en el programa informático.	Personal del Centro de Salud del D.P.E.A.	Mayo de 2014	\$1000.00
TOTAL			\$1980.00

Fuente: Centro de Salud del Distrito de Policía "Eloy Alfaro"
Elaborado por: Verónica Tapia

CAPITULO III

3. Resultados

3.1. Resultado Nro. 1 Personal de Salud capacitado sobre calidad, promoción de la salud, y nuevo modelo de atención.

3.1.1. a) Extensión de oficios de autorización para realizar el proyecto al Director Nacional de Salud de la Policía Nacional.

Para el cumplimiento de esta actividad, se envió un oficio al Director Nacional de Salud de la Policía Nacional, con fecha 14 de Agosto del 2013, con el fin de solicitar su autorización para la realización del proyecto de acción en el centro de salud Unidad de Vigilancia Sur.

Se recibió la autorización con el Memorando Nro.2013-10480-DNS-PN de fecha 15 de Agosto del 2013, por medio del cual fue aprobado el inicio de las actividades.

3.1.2 b) Reunión con el Jefe del Centro de Salud para dar a conocer la autorización y cronograma de actividades del evento a realizarse.

Para dar cumplimiento con esta actividad, el 15 de Agosto del 2013 se solicitó una reunión con el Jefe del Centro de Salud Nro. 18 Unidad de Vigilancia Sur, Mayor de Policía de Sanidad Dr. Víctor Hugo Cárdenas Cueva, para darle a conocer las actividades a desarrollarse, y el cronograma con los temas de capacitación. La cual fue aprobada.

3.1.3 c) Planificación para la capacitación con los profesionales de la salud.

Para observar la manera en que fue realizada la capacitación dirigirse al (anexo número dos), donde se detalla el cronograma de las charlas y talleres que se realizó con el grupo multidisciplinario del Centro de Salud, médico, odontóloga, psicóloga, fisioterapeuta, auxiliar de fisioterapia, estudiantes de Rehabilitación de la Universidad Central del Ecuador que hacen pasantías, los señores paramédicos y conductores de la ambulancia, en el cual se socializo el proyecto se dictó charlas en temas importantes mediante la proporción de conocimientos en calidad de atención primaria de salud.

Anexo 1. Resultado Nro. 1

INTRODUCCION

Mejorar la calidad de la atención de salud es una preocupación fundamental para los administradores de servicios de salud. Esta circunstancia está determinada por la necesidad de dar adecuada respuesta a las reales necesidades de salud de la población; donde es preciso responder satisfactoriamente a las expectativas de los usuarios. Este creciente interés por la evaluación de la calidad de la atención de salud reconoce motivos éticos de seguridad y de eficiencia.


POLICÍA NACIONAL DEL ECUADOR
DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD

MEMORANDO No. 2013-10480-DNS-PN
Quito D.M., 15 de agosto del 2013

PARA: Señora Cabos de Policía
Lic. Verónica Tapia López
ENFERMERA DEL CENTRO DE SALUD URBANO DEL D.P.E.A.

En atención a su Oficio No. 2013-138-CSU-DPEA, de fecha 14 de agosto del 2013, para su conocimiento y fines pertinentes, esta Dirección **AUTORIZA** lo solicitado, luego de lo cual sírvase informar los resultados. Estricto cumplimiento.

Atentamente,
DIOS, PATRIA Y LIBERTAD


Marcelo Renelli Noguera Cózar
Coronel de Policía de E.M.
DIRECTOR NACIONAL DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, ACC.
RNMT/MS



Figura 6. Memorando de autorización

Fuente: Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional



Quito, 15 de Agosto del 2013

SEÑOR MAYOR DE POLICIA DE SANIDAD
DR. VICTOR HUGO CARDENAS CUEVA.
JEFE DEL CENTRO DE SALUD URBANO UNIDAD DE VIGILANCIA SUR DEL DISTRITO
DE POLICIA "ELOY ALFARO".
Presente.

Mi Mayor.

Por medio de la presente reciba un cordial y atento saludo a la vez me permito invitarle a la capacitación sobre los temas de calidad de atención primaria de salud la mejora de la calidad, calidad y seguridad al paciente el mismo que se llevara a cabo el 17 de Agosto del 2013 a las 09H00 en el aula del Distrito de policía "Eloy Alfaro"

Personal a cargo de la capacitación Licenciada Verónica Tapia con la finalidad de enriquecer y actualizar los conocimientos para así prestar una atención de Calidad a los usuarios que asisten a esta casa de salud.

De la misma manera invito a ser parte del proyecto de Acción "Intervención para el mejoramiento de la calidad de atención de salud a los usuarios que acuden al centro de salud urbano nro. 18 Unidad de Vigilancia Sur del Distrito de Policía "Eloy Alfaro" Quito, 2013"

Adjunto: cronograma de actividades.

Por la gentil atención que se digne dar a la presente le anticipo mis debidos agradecimientos.

Muy Atentamente.

LIC. TAPIA LOPEZ MARTHA VERONICA
MAESTRANTE DE GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL
DE LA UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA



34

Recibido 15-08-2013

Myor. Dr. Victor Cárdenas C.
MEDICO
M.S.P.: L. 9 F. 41 No. 121

Figura 7. Carta de invitación e información al Jefe del Centro de Salud Nro. 18 Unidad de Vigilancia Sur
Elaborado por: la autora

A continuación se detalla en Plan de Capacitación que se hizo mediante charlas y talleres, que al final de las mismas se realizó retroalimentación de lo aprendido mediante preguntas.

PLAN DE CAPACITACION

TEMA	FECHA	HORA	EXPOSITOR
Nuevo Modelo de Atención de Salud	17 DE AGOSTO 2013	09H00-12H00	Dr. Víctor Cárdenas. Jefe del centro de salud UVS.
Calidad en Atención Primaria de Salud, la Mejora de la Calidad.	18 DE AGOSTO 2013	09H00-12H00	Lcda. Verónica Tapia Maestrante UTPL
Calidad y Seguridad al Paciente.	19 DE AGOSTO 2013	09H00-12H00	Lcda. Verónica Tapia Maestrante UTPL
Promoción en Salud Sexual y Prevención del VIH/ITS.	20 DE AGOSTO 2013	09H00-12H00	Lcda. Verónica Tapia Maestrante UTPL



Figura 8. Reunión de socialización con equipo multidisciplinario

Fuente: archivo fotográfico de la autora

En referencia a los motivos éticos, es necesario señalar que la Constitución de la Organización Mundial de la Salud contiene el principio de que cada individuo tiene derecho a la mejor asistencia sanitaria posible, considerar la provisión de servicios como un valor social, conlleva la obligación ética de verificar la disponibilidad y la calidad de estos servicios con el fin de satisfacer el principio de equidad (OMS, 1946). También los profesionales de la salud están comprometidos a trabajar con alto nivel

cualitativo y mejorar constantemente el trabajo como parte de la responsabilidad moral y ética de la profesión.

OBJETIVO GENERAL:

- Maximizar la eficiencia y eficacia de los prestadores de servicios de salud, mediante la proporción de conocimientos acerca de la calidad de atención primaria de salud.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

- Motivar al equipo de salud a lograr compromisos para trabajar con alto nivel y mejorar constantemente en la atención brindada a los usuarios
- Valorar la importancia de la capacitación y ponerla en práctica.

Responsable

Licenciada Verónica Tapia López

Maestrante de la UTP

Grupo

Esta capacitación del programa va dirigida al equipo de Salud del Centro de Salud Urbano Nro. 18 Unidad de Vigilancia Sur del Distrito de policía “Eloy Alfaro” de la ciudad de Quito.

Lugar

Aula del Distrito de policía “Eloy Alfaro”

Fecha de programación

Del 17 al 20 de Agosto del 2013.

Jornadas de trabajo

3 horas.

Facilitadores

Los facilitadores para este taller fueron:

Dr. Víctor Cárdenas Jefe del Centro de Salud.

Lcda. Verónica Tapia López. Maestrante de la UTPL.

Recursos:

Recursos humanos

2 Capacitadores.

Equipo de Salud (8 profesionales, 1 señor auxiliar, y 5 señores estudiantes de Rehabilitación Física de la Universidad Central del Ecuador).

Recursos materiales:

- Computadora
- Proyector
- Pizarra

Recursos didácticos

- Programa
- Pizarra líquida
- Tiza líquida
- Computadora portátil

Metodología

- Charlas.
- Talleres.

Recursos económicos

- Los recursos económicos aportados por el Maestrante de la UTPL.

Evaluación

- Se evaluó mediante la asistencia, el interés que demostraron los participantes, material de trabajo y metodología implementada.
- Al final de la Capacitación se desarrolló una encuesta de satisfacción.

e) Ejecución de las actividades de capacitación

TEMA: Nuevo Modelo de Atención de Salud.

FECHA: 17 de agosto del 2013

LUGAR: Aula del Distrito de Policía "Eloy Alfaro"

PARTICIPANTES. Personal del Centro de Salud, estudiantes de la Universidad Central que hacen pasantías en el área de Rehabilitación.

RESPONSABLE: Maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja Licenciada Verónica Tapia López.

EXPOSITOR: Dr. Víctor Cárdenas

TÉCNICAS DE APRENDIZAJE: expositiva, participativa, pictograma.

Tabla 7. Cronograma de exposición de Nuevo Modelo de Atención de Salud

TEMAS	HORA	AYUDA METODOLÓGICA	RESPONSABLE	EVALUACIÓN
Socialización del proyecto	09H00-09H30	Pizarra, proyector, computadora	Lcda. Verónica Tapia Maestrante UTPL	La socialización fue acogida con éxito, el personal se mostró dispuesto a participar en el proyecto
Charlas educativas con el tema: Nuevo Modelo de Atención de Salud	09H30-10H30	Proyector, computadora, Diapositivas	Lcda. Verónica Tapia Dr. Víctor Cárdenas. Jefe del centro de salud UVS.	La capacitación fue exitosa, equipo multidisciplinario actualizó sus conocimientos. Se capacitó a todo el personal de salud del centro medico
LUNCH	10H30-11H00		Lcda. Verónica Tapia Maestrante UTPL	
Retroalimentación de lo aprendido. Preguntas.	11H00-11H30	Pizarra	Lcda. Verónica Tapia Maestrante UTPL	
Cierre del evento	12h00		Lcda. Verónica Tapia Maestrante UTPL.	

Elaborado por: la autora

A continuación se muestran algunas imágenes sobre la actividad realizada.



Figura 9. Desarrollo de la capacitación realizada

Fuente: archivo fotográfico de la autora



Figura 10. Exposición sobre Nuevo Modelo de Atención de Salud

Fuente: archivo fotográfico de la autora

TEMA: Calidad en Atención Primaria de Salud. Mejora de la Calidad.

FECHA: 18 de agosto del 2013

LUGAR: Aula del Distrito de Policía "Eloy Alfaro"

PARTICIPANTES. Personal del Centro de Salud, estudiantes de la Universidad Central que hacen pasantías en el área de Rehabilitación

RESPONSABLE: Maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja Licenciada Verónica Tapia López.

EXPOSITOR: Licenciada Verónica Tapia López.

TÉCNICAS DE APRENDIZAJE: expositiva, participativa, pictograma, entrega de trípticos.

Tabla 8. Cronograma de exposición sobre Calidad en Atención Primaria de Salud

TEMA	HORA	AYUDA METODOLÓGICA	RESPONSABLE	EVALUACIÓN
Presentación del evento.	09H00-09H30	proyector, computadora	Lcda. Verónica Tapia. Maestrante UTPL.	
Charla educativa con el siguiente tema: Calidad en Atención Primaria de Salud la Mejora de la Calidad.	09H30-10H30	proyector, computadora, diapositivas	Lcda. Verónica Tapia Maestrante UTPL	La capacitación fue exitosa equipo multidisciplinario. Actualizo sus conocimientos. Se contó con todo el personal de salud del centro médico invitado.
LUNCH	10H30-11H00		Lcda. Verónica Tapia. Maestrante UTPL	
Repaso y autoevaluación	11H00-11H30	Pizarra Preguntas y respuestas	Charla y Lcda. Verónica Tapia. Maestrante UTPL	
Cierre del evento	12h00		Lcda. Verónica Tapia. Maestrante UTPL.	

Elaborado por: la autora

De igual manera, se procedió al registro fotográfico respectivo para la actividad indicada:



Figura 11. Capacitación sobre el Mejoramiento de la Calidad de la Atención.

Fuente: archivo fotográfico de la autora

TEMA: Calidad y Seguridad al Paciente.

FECHA: 19 de agosto del 2013

LUGAR: aula del distrito de policía "Eloy Alfaro"

PARTICIPANTES. Personal del centro de salud, estudiantes de la Universidad Central que hacen pasantías en el área de Rehabilitación

RESPONSABLE: Maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja Licenciada Verónica Tapia López.

EXPOSITOR: Licenciada Verónica Tapia López.

TECNICAS DE APRENDIZAJE: expositiva, participativa, pictograma, entrega de trípticos.

Tabla 9. Cronograma de capacitación sobre Calidad y Seguridad del Paciente

TEMA	HORA	AYUDA METODOLOGICA	RESPONSABLE	EVALUACION
Presentación del evento.	09H00-09H30	proyector, computadora	Lcda. Verónica Tapia. Maestrante UTPL	
Charla educativa con el siguiente tema: Calidad y Seguridad al Paciente.	09H30-10H30	Proyector, computadora, diapositivas	Lcda. Verónica Tapia Maestrante UTPL	La capacitación fue exitosa equipo multidisciplinario Actualizo sus conocimientos. Se contó con todo el personal de salud del centro médico invitado
LUNCH	10H30-11H00		Lcda. Verónica Tapia. Maestrante UTPL	
Repaso y autoevaluación	11H00-11H30	Pizarra Charla preguntas y respuestas	Lcda. Verónica Tapia. Maestrante UTPL.	
Cierre del evento	12h00		Lcda. Verónica Tapia. Maestrante UTPL.	

Elaborado por: la autora



Figura 12. Capacitación sobre Calidad y Seguridad del Paciente

Fuente: archivo fotográfico de la autora

TEMA: Promoción en Salud Sexual y Prevención del VIH/ITS en ITS

FECHA: 20 de agosto del 2013

LUGAR: aula del distrito de policía "Eloy Alfaro"

PARTICIPANTES. Personal del Centro de Salud, estudiantes de la Universidad Central que hacen pasantías en el área de Rehabilitación

RESPONSABLE: Maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja Licenciada Verónica Tapia López.

EXPOSITOR: Licenciada Verónica Tapia López.

TÉCNICAS DE APRENDIZAJE: expositiva, participativa, pictograma.

Tabla 10. Cronograma de capacitación sobre Salud Sexual y Prevención del VIH/ITS en ITS

TEMA	HORA	AYUDA METODOLOGICA	RESPONSABLE	EVALUACION
Presentación del evento.	09H00-09H30	Proyector, computadora	Lcda. Verónica Tapia. Maestrante UTPL	
Charla educativa con el siguiente tema: Promoción en Salud Sexual y Prevención del VIH/ITS en ITS	09H30-10H30	Proyector, computadora, Diapositivas	Lcda. Verónica Tapia. Maestrante UTPL	La capacitación fue exitosa equipo multidisciplinario Actualizo sus conocimientos. Se contó con todo el personal de salud del centro médico invitado
LUNCH	10H30-11H00		Lcda. Verónica Tapia. Maestrante UTPL	
Repaso y autoevaluación	11H00-11H30	Pizarra Charla preguntas y respuestas	Lcda. Verónica Tapia. Maestrante UTPL	
Cierre del evento	12h00		Lcda. Verónica Tapia. Maestrante UTPL	

Elaborado por: la autora



Figura 13. Capacitación realizada acerca de Salud Sexual y Prevención del VIH/ITS en ITS.

Fuente: archivo fotográfico de la autora

f) Control de la ejecución del programa de capacitación

Para cumplir con esta actividad, se buscó controlar que del 17 al 20 de Agosto del 2013 se realizaron las jornadas de capacitación al personal de salud, con la participación del personal multidisciplinario y una persona como expositora. Se tomó la asistencia a las capacitaciones, para esto se contó con un total de 13 participantes y como material de apoyo se utilizaron un proyector, una computadora y videos.

A continuación se presenta un listado de asistentes invitados:

CENTRO DE SALUD URBANO NRO.18 UNIDAD DE VIGILANCIA SUR. DISTRITO DE POLICIA "ELOY ALFARO"		UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL					
LISTADO DEL PERSONAL CAPACITADO							
TEMA: NUEVO MODELO DE LA ATENCIÓN DE SALUD							
RESPONSABLE: LICENCIADA VERONICA TAPIA LOPEZ							
MAESTRANTE DE GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL							
NRO.	NOMBRE Y APELLIDO	FUNCION	FECHA	HORA DE INGRESO	FIRMA	HORA DE SALIDA	FIRMA
1	Mica Espin	Administración	17-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
2	Mónica Pérez	Odontología	17-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
3	Luis Caceres	Administración	17-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
4	Ulises Castro	Dieta	17-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
5	Adriana Alvarado	Administración	17-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
6	Adriana Torres	Administración	17-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
7	Amara Claudia	Fisioterapia	17-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
8	Amara Sotomayor	Fisioterapia	17-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
9	Carla Sombro	Fisioterapia	17-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
10	Jiliana Quiroz	Fisioterapia	17-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
11	Silvana Chelva	Fisioterapia	17-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
12	Marina Poma Cajas	Fisioterapia	17-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
13	Patricia Roca	Psicología	17-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
14							
15							
16							
17							

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE: Verónica Tapia Maestrante UTPL [Firma]

Figura 14. Control de asistencia a la capacitación sobre nuevo modelo de atención de salud

Fuente: archivo fotográfico de la autora

CENTRO DE SALUD URBANO NRO.18 UNIDAD DE VIGILANCIA SUR. DISTRITO DE POLICIA "ELOY ALFARO"		UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL					
LISTADO DEL PERSONAL CAPACITADO							
TEMA: CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD LA MEJORA DE LA CALIDAD							
RESPONSABLE: LICENCIADA VERONICA TAPIA LOPEZ							
MAESTRANTE DE GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL							
NRO.	NOMBRE Y APELLIDO	FUNCION	FECHA	HORA DE INGRESO	FIRMA	HORA DE SALIDA	FIRMA
1	Mónica Pérez	Odontología	18-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
2	Ulises Castro	Dieta	18-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
3	Luis Caceres	Administración	18-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
4	Ulises Castro	Dieta	18-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
5	Amara Claudia	Fisioterapia	18-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
6	Carla Sombro	Fisioterapia	18-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
7	Mica Espin	Administración	18-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
8	Adriana Torres	Fisioterapia	18-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
9	Amara Sotomayor	Fisioterapia	18-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
10	Jiliana Quiroz	Fisioterapia	18-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
11	Silvana Chelva	Fisioterapia	18-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
12	Marina Poma Cajas	Fisioterapia	18-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
13	Patricia Roca	Psicología	18-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
14							
15							
16							
17							

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE: Verónica Tapia Maestrante UTPL [Firma]

Figura 15. Control de asistencia a la capacitación sobre atención primaria de salud y mejora de la calidad.

Fuente: archivo fotográfico de la autora




CENTRO DE SALUD URBANO NRO.18 UNIDAD DE VIGILANCIA SUR.
DISTRITO DE POLICIA "ELOY ALFARO"

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

LISTADO DEL PERSONAL CAPACITADO

TEMA: CALIDAD Y SEGURIDAD AL PACIENTE
 RESPONSABLE: LICENCIADA VERONICA TAPIA LOPEZ
 MAESTRANTE DE GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

NRO.	NOMBRE Y APELLIDO	FUNCION	FECHA	HORA DE INGRESO	FIRMA	HORA DE SALIDA	FIRMA
1	Monica Palacios	Fisioterapia	19-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
2	Monica Diaz	Odonatología	19-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
3	Luis Guaraca	Atención	19-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
4	Victor Coronado	Medico	19-08-2013	9:00	[Firma]	12:00	[Firma]
5	Alfonso Moreno	Atención	19-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
6	Luis Garcia	Fisioterapia	19-08-2013	9:00	[Firma]	12:00	[Firma]
7	Cala Jumbo	Fisioterapia	19-08-2013	9:00	[Firma]	12:00	[Firma]
8	Marco Claudio	Fisioterapia	19-08-2013	9:00	[Firma]	12:00	[Firma]
9	Liliana Guimaraes	Fisioterapia	19-08-2013	9:00	[Firma]	12:00	[Firma]
10	Cohana Betesco	Fisioterapia	19-08-2013	9:00	[Firma]	12:00	[Firma]
11	Silvana Delgado	Fisioterapia	19-08-2013	9:00	[Firma]	12:00	[Firma]
12	Pauline Buce	Psicología	19-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
13							
14							
15							
16							
17	MARCO ESPINOSA	Atención	19-08-13	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE: [Firma] Maestrante UTP

Figura 16. Control de asistencia a la capacitación sobre Calidad y Seguridad al Paciente
 Fuente: archivo fotográfico de la autora




CENTRO DE SALUD URBANO NRO.18 UNIDAD DE VIGILANCIA SUR.
DISTRITO DE POLICIA "ELOY ALFARO"

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

LISTADO DEL PERSONAL CAPACITADO

TEMA: PROMOCION PARA LA SALUD
 RESPONSABLE: LICENCIADA VERONICA TAPIA LOPEZ
 MAESTRANTE DE GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

NRO.	NOMBRE Y APELLIDO	FUNCION	FECHA	HORA DE INGRESO	FIRMA	HORA DE SALIDA	FIRMA
1	Victor Coronado	Medico	20-08-2013	9:00	[Firma]	12:00	[Firma]
2	Monica Palacios	Fisioterapia	20-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
3	Liliana Guimaraes	Fisioterapia	20-08-2013	9:00	[Firma]	12:00	[Firma]
4	Luis Coronado	Atención	20-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
5	Alfonso Moreno	Atención	20-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
6	Luis Garcia	Fisioterapia	20-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
7	Marco Espinosa	Atención	20-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
8	Cala Jumbo	Fisioterapia	20-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
9	Monica Diaz	Odonatología	20-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
10	Marco Claudio	Fisioterapia	20-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
11	Cohana Betesco	Fisioterapia	20-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
12	Silvana Delgado	Fisioterapia	20-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
13	Pauline Buce	Psicología	20-08-2013	09:00	[Firma]	12:00	[Firma]
14							
15							
16							
17							

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE: [Firma] Maestrante UTP

Figura 17. Control de asistencia a la capacitación sobre Promoción para la Salud
 Fuente: archivo fotográfico de la autora

g) Evaluación de la capacitación.

Para el cumplimiento de esta actividad, el día 20 de Agosto del 2013, último día de capacitación, se realizaron encuestas de satisfacción en la cual se midió la aceptación del programa como se muestra a continuación;

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN					
Tema:	Responsable:				
Fecha:					
Por favor, marque con un círculo la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5 (1 = En total desacuerdo y 5 = Completamente de acuerdo).					
ORGANIZACIÓN	Malo	regular	bueno	muy bueno	excelente
La información que recibí anticipadamente fue acertada y suficiente	1	2	3	4	5
La organización y el soporte logístico fueron apropiados	1	2	3	4	5
La sesión se cumplió en el horario dispuesto	1	2	3	4	5
METODOLOGÍA					
Los objetivos fueron claros	1	2	3	4	5
El programa de trabajo fue adecuado para el logro de los objetivos	1	2	3	4	5
La temática fue relevante y útil	1	2	3	4	5
CONTENIDOS Y MATERIALES					
El contenido fue oportuno y de calidad	1	2	3	4	5
El contenido fue suficiente para alcanzar los objetivos propuestos	1	2	3	4	5
Las presentaciones fueron claras y fáciles de seguir	1	2	3	4	5
Los materiales que recibí fueron acertados y suficientes	1	2	3	4	5
EXPOSITORES					
Los expositores dominaron los temas tratados	1	2	3	4	5
Los expositores tuvieron dominio de grupo	1	2	3	4	5
Los expositores estimularon la participación e intercambio de ideas	1	2	3	4	5
Si existe alguna expectativa que no fue satisfecha, descríbala	1	2	3	4	5
Gracias					

Figura 18. Encuesta de satisfacción de la capacitación

Fuente: archivo fotográfico de la autora

INDICADOR DEL RESULTADO NRO.1

EL 90% de personal de salud capacitado en temas de calidad, en Atención Primaria de Salud, promoción de la salud, el nuevo modelo de atención, y las patologías más prevalentes hasta Agosto del 2013.

El conocimiento sobre el modelo de atención de calidad, la atención primaria de salud, la mejora de la calidad, la promoción de la salud.

Tabla 7 Grado de Conocimiento

GRADO DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA SÍ	%	FRECUENCIA NO	%	TOTAL
ANTES DE LA CAPACITACIÓN	1	8%	13	92%	14
DESPUÉS DE CAPACITACIÓN	13	92%	1	8%	14

Fuente: investigación propia.

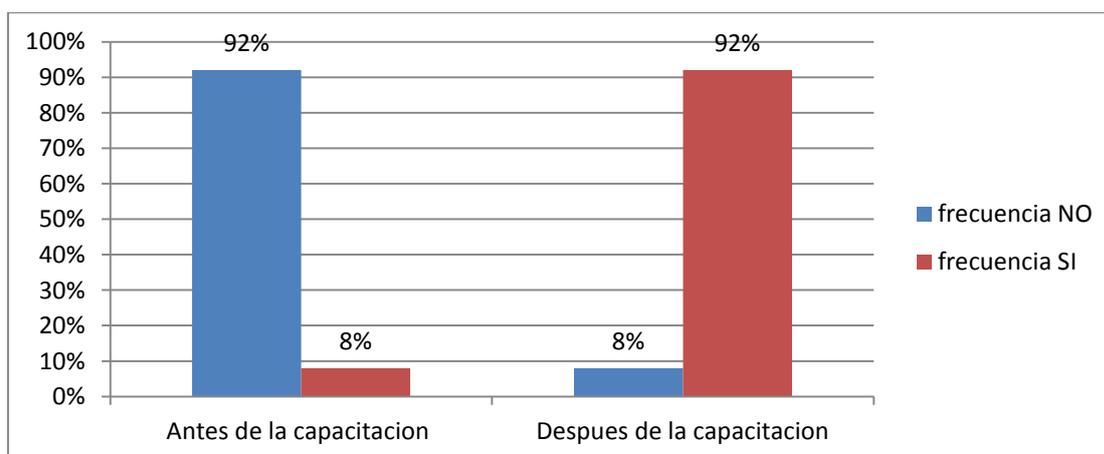


Figura 19. Gráfico de grado de conocimiento

Fuente: investigación propia

3.1.4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Al analizar el gráfico, el equipo multidisciplinario de salud antes de la capacitación tiene un 8% de conocimiento sobre los temas a tratarse, el 92% no conocen del tema; razón por la cual no se brindaba una atención de calidad.

Luego de la capacitación, están en condiciones de brindar un buen servicio de atención; el 8% no pudo ser capacitado por encontraba en vacaciones anuales.

2. Resultado Nro. 2 Tres guías de práctica clínica revisadas, actualizadas e implementadas.

2.1. Taller para la revisión de las 3 guías de práctica clínica para estandarizar procedimientos en el Centro de Salud Urbano del Distrito de Policía "Eloy Alfaro."

Para llegar a la revisión de las 3 guías se realizó una planificación para el desarrollo de talleres con los profesionales del Centro de Salud, realizándose el primer taller el 05 de enero del 2014 (ver anexo 3), en el cual se socializo, se hizo preguntas a los participantes, desarrollo de ideas principales y propuestas a ser analizadas en qué servicios serían más importantes revisar estas tres guías que se quiere implementar en esta casa de salud. Luego de varias participaciones de cada profesional y servicios se queda en consenso que en los servicios que más se tiene falencias y falta de coordinación son los de medicina, odontología y ambulancia. No estaban trabajando uniformemente con protocolos ni guías, porque no se cuenta con estas.

Al conocer que nadie utiliza guías de atención y que no se dispone en el centro de Salud se propuso revisar tres guías para que se trabaje bajo lineamientos y según las patologías más prevalentes.

El 10 de enero del 2014 se realizó una encuesta, dirigida a 12 profesionales de la salud que son 4 médicos generales y 4 odontólogos y 4 señores paramédicos que dan atención a este Centro de Salud y sobre cuáles son las enfermedades más prevalentes por las que acuden a la consulta y si utiliza o conoce las guías de procedimiento. (Ver Anexo 8)

Luego de realizada las encuestas a los médicos, odontólogos y paramédicos se llega a la conclusión que si conocían que existen guías el 90%, el 10% no conocían guías de atención pero el 100% no manejan.

Se realiza el Segundo taller el 15 de enero del 2014 donde ya se pone a votación en que patologías sería más importante revisarlas, dando como opciones hipertensión arterial, diabetes, gingivitis, manejo de pacientes en trauma, valoración primaria en primeros auxilios y atención pre hospitalaria, según los médicos odontólogos y paramédicos de la ambulancia coordinan que las tres guías a revisar sería una para cada servicio según la necesidad y la incidencia, quedando en revisar las guías en diabetes, gingivitis, en valoración primaria en primeros auxilios y atención pre hospitalaria. (Ver anexo 6)

El Tercer taller se realizó el 10 de febrero del 2014 en donde se entrega copias de las 3 guías de prácticas clínicas que son en Diabetes, Gingivitis, y en valoración primaria en primeros auxilios y atención pre hospitalaria obtenida la información de guías realizadas por el Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud Pública, 2011).

Donde se revisó por 3 ocasiones las guías en talleres hasta ser validadas y poder utilizar en los servicios quedando todos de acuerdo se manda a anillar las tres guías. (Ver anexo 4)

2.2 Presentación y validación de las 3 guías validadas.

El 19 de Febrero del 2014 en realizo una reunión con todo el personal del centro de Salud, en el cual se presentó y se validó las guías, ante todos los profesionales presentes, procedí a entregar al Jefe del Centro de Salud estas 3 guías de gran utilidad para que se implemente en el servicio de medicina, odontología y Ambulancia mediante Acta- Entrega, durante el acto el Dr. Víctor Cárdenas tomo la palabra y puso énfasis que no solo se tome como documentos de custodio, sino que es para utilizarlas que se siga los parámetros que mencionan en dichas guías y que será de gran utilidad hasta su nueva actualización y revisión como la ciencia y la tecnología avanza cada día. (Ver anexo 7)

2.3 Aplicación de las Guías

A partir de la fecha que se realizó la entrega – recepción de las guías, esto fue el 19 de Febrero del 2014, el Jefe del Centro de Salud procedió a su vez a entregar estos documentos, a los servicios de Odontología y Ambulancia disponiendo que desde la presente fecha todos los profesionales de estos servicios trabajen bajo los lineamientos y parámetros que están enmarcados en estas guías. (Ver anexo 6).

Anexo 2. Resultado No2.

INTRODUCCION

Dentro de la entidad estudiada, se determinó que el principal problema es la falta de estandarización entre todas las áreas. De manera adicional, y en consecuencia con el objetivo tres del presente trabajo que trata de la implementación de un software de atención a pacientes dentro del Centro de Salud Urbano, se consideró oportuno proponer a los profesionales médicos el diseño y manejo de guías de práctica médica similares, de tal forma que se logre obtener información oportuna del estado físico de

los pacientes, sin importar el área de atención y que estos datos se encuentren disponibles para los demás servicios en cualquier momento.

Se propone, de manera adicional, que los profesionales de cada área del Centro de Salud desarrollen guías de condiciones más comunes, según el modelo del anexo 1 del presente informe.

OBJETIVO GENERAL:

- Estandarizar la atención con el uso de guías, en los diferentes servicios del Centro de Salud Urbano del Distrito de Policía Eloy Alfaro.

Responsable

Licenciada Verónica Tapia López

Maestrante de la UTP

Grupo

Los talleres deben incluir a los miembros del personal de Salud del Centro de Salud Urbano Nro. 18 Unidad de Vigilancia Sur del Distrito de policía "Eloy Alfaro" de la ciudad de Quito.

Lugar

Aula del Distrito de policía "Eloy Alfaro"

Fecha de programación

Del 5 de enero al 19 de febrero del 2014.

Jornadas de trabajo

4 horas.

Facilitadora

Lcda. Verónica Tapia López. Maestrante de la UTPL.

Recursos:

Recursos humanos

1 Capacitadores.

Equipo de Salud (14 profesionales de diversas áreas).

Recursos materiales:

- Computadora
- Proyector
- Pizarra

Recursos didácticos

- Programa
- Pizarra líquida
- Tiza líquida
- Computadora portátil

Metodología

- Taller.
- Mesa de trabajo.

Recursos económicos

- Los recursos económicos aportados por el Maestrante de la UTPL

Evaluación

- Se evaluó mediante la asistencia, el interés que demostraron los participantes, material de trabajo y metodología implementada.

a) Planificación para el desarrollo de talleres con los profesionales de la salud.

Para desarrollar esta actividad, se procedió de la siguiente manera:

Tabla 11. Cronograma de taller de manejo de Guías de Práctica Médica

TEMAS	HORA	AYUDA METODOLÓGICA	RESPONSABLE	EVALUACIÓN
Entrega de copias de guías al personal de salud	08H00-08H30	Copias de borradores de guías. Proyector. Computadora	Lcda. Verónica Tapia Maestrante UTPL	Los asistentes revisaron las guías de diabetes, gingivitis y primeros auxilios.
Preguntas de los asistentes y participaciones	08H30-09H30	Pizarrón tiza líquida	Lcda. Verónica Tapia Asistentes.	En la reunión se explicó el uso de las guías de atención para consulta y se solventaron las preguntas de los participantes.
Entrega de copias de guías en todas las dependencias	09H30-10H00		Lcda. Verónica Tapia Maestrante UTPL	Se hizo la entrega de las guías, en su versión 2.0 que se incluye en el presente trabajo

Elaborado por: la autora

b) Ejecución de las actividades de diseño y manejo de guías

Se realizó taller con el personal de salud para estandarizar procedimientos en cada servicio según las necesidades de los mismos.

TEMA: Taller para diseño de Guías de Práctica Clínica para estandarización de procedimientos en los diferentes servicios del Centro de Salud.

FECHA: 5 de enero de 2014

LUGAR: Aula del Distrito de Policía "Eloy Alfaro"

PARTICIPANTES. Personal del Centro de Salud de diversas áreas.

RESPONSABLE: Maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja Licenciada Verónica Tapia López.

TÉCNICAS: expositiva, participativa, mesa de trabajo.

Tabla 12. Cronograma de taller de diseño de Guías de Práctica Médica

TEMAS	HORA	AYUDA METODOLÓGICA	RESPONSABLE	EVALUACIÓN
Socialización del taller	09H00-09H30	Pizarra, computadora	Lcda. Verónica Tapia Maestrante UTPL	La socialización fue acogida de forma exitosa, el personal se mostró interesado en la estandarización de procedimientos.
Participación de los asistentes. Desarrollo de ideas principales	09H30-10H30	Pizarrón tiza líquida	Lcda. Verónica Tapia Asistentes.	Se determinó que la estandarización se logrará con guías de atención para la consulta y atención.
Acuerdos finales	10H30-11H00	Pizarrón tiza líquida	Lcda. Verónica Tapia Maestrante UTPL	Se resumieron los principales elementos determinados en el taller.

Elaborado por: la autora

Una vez diseñada la versión 1.0 de las guías, se desarrolló un taller de manejo de Guías de Práctica Médica para estandarizar procedimientos

TEMA: Taller para manejo de Guías de Práctica Clínica para estandarización de procedimientos en los diferentes servicios del Centro de Salud.

FECHA: 10 de febrero de 2014

LUGAR: Aula del Distrito de Policía "Eloy Alfaro"

PARTICIPANTES. Personal del Centro de Salud de diversas áreas.

RESPONSABLE: Maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja Licenciada Verónica Tapia López.

TÉCNICAS: expositiva, participativa.

Anexo 3. Taller de revisión de 3 guías de práctica clínica para estandarizar procedimientos en el centro de salud urbano del DPEA.



Figura 20. Revisión de guías de práctica clínica
Fuente: archivo fotográfico de la autora



Figura 21. Entrega de guías de práctica clínica
Fuente: archivo fotográfico de la autora



Figura 22. Firmas de asistencia a entrega de guías de práctica clínica
Fuente: archivo fotográfico de la autora



Figura 23. Entrega de copias de guías en todas las dependencias
Fuente: archivo fotográfico de la autora

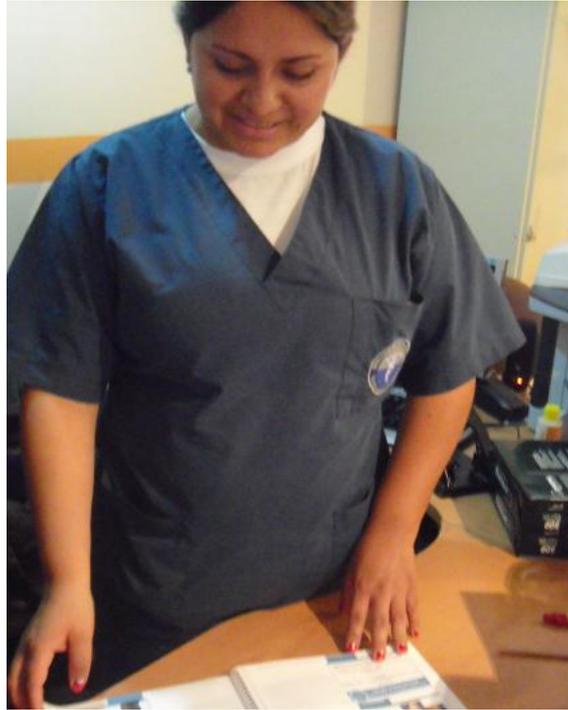


Figura 24. Entrega de copias de guías en todas las dependencias
Fuente: archivo fotográfico de la autora

2.2. Presentación y validación de las 3 guías validadas.



Figura 25. Presentación y validación de las guías de práctica clínica
Fuente: archivo fotográfico de la autora




CENTRO DE SALUD URBANO NRO.18 UNIDAD DE VIGILANCIA SUR.
DISTRITO DE POLICIA "ELOY ALFARO"

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

LISTADO DE ASISTENCIA DEL PERSONAL DEL CSU

TALLER PARA DISEÑO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA ESTANDARIZAR PROCEDIMIENTOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD URBANO UNIDAD DE VIGILANCIA SUR NRO. 18 DEL D.P.E.A.
RESPONSABLE: LICENCIADA VERONICA TAPIA LOPEZ
MAESTRANTE DE GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

NRO.	NOMBRE Y APELLIDO	FUNCION	FECHA	HORA DE INGRESO	FIRMA	HORA DE SALIDA	FIRMA
1	Edith Campaña	Indagadora	05-01-2014	9:00	<i>[Signature]</i>	11:00	<i>[Signature]</i>
2	Walter Huamani	Comunicador	05-01-2014	9:00	<i>[Signature]</i>	11:00	<i>[Signature]</i>
3	Victoria Castro	Defensor	05-01-2014	9:00	<i>[Signature]</i>	11:00	<i>[Signature]</i>
4	Jonathan Uscá	Parafarmacéutico	05-01-2014	9:00	<i>[Signature]</i>	11:00	<i>[Signature]</i>
5	Guillermo Chelusa	Asesor Psicológico	05-01-2014	09:00	<i>[Signature]</i>	11:00	<i>[Signature]</i>
6	Margela Vera	Psicóloga	05-01-2014	09:00	<i>[Signature]</i>	11:00	<i>[Signature]</i>
7	Paulina Tapia	Psicóloga	05-01-2014	09:00	<i>[Signature]</i>	11:00	<i>[Signature]</i>
8	María Encarnación	Psicóloga	05-01-2014	09:00	<i>[Signature]</i>	11:00	<i>[Signature]</i>
9	Monica Pacheco	Psicóloga	05-01-2014	09:00	<i>[Signature]</i>	11:00	<i>[Signature]</i>
10	Monica Uscá	Comunicadora	05-01-2014	09:00	<i>[Signature]</i>	11:00	<i>[Signature]</i>
11	Alvaro Valenzuela	Psicólogo	05-01-2014	09:00	<i>[Signature]</i>	11:00	<i>[Signature]</i>
12	Roberto Pérez	Psicólogo	05-01-2014	09:00	<i>[Signature]</i>	11:00	<i>[Signature]</i>
13	Fernando Castillo	Parafarmacéutico	05-01-2014	09:00	<i>[Signature]</i>	11:00	<i>[Signature]</i>
14							
15							
16							
17							

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE: *[Signature]* Verónica Tapia López

Figura 26. Registro de asistencia al taller de diseño de Guías de Práctica Médica
Fuente: archivo fotográfico de la autora




CENTRO DE SALUD URBANO NRO.18 UNIDAD DE VIGILANCIA SUR.
DISTRITO DE POLICIA "ELOY ALFARO"

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

LISTADO DEL PERSONAL CAPACITADO

TEMA: MANEJO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA ESTANDARIZAR PROCEDIMIENTOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD URBANO UNIDAD DE VIGILANCIA SUR NRO. 18 DEL D.P.E.A.
RESPONSABLE: LICENCIADA VERONICA TAPIA LOPEZ
MAESTRANTE DE GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

NRO.	NOMBRE Y APELLIDO	FUNCION	FECHA	HORA DE INGRESO	FIRMA	HORA DE SALIDA	FIRMA
1	Jonathan Uscá	Parafarmacéutico	10-02-2014	8:00	<i>[Signature]</i>	10:00	<i>[Signature]</i>
2	Edith Campaña	Indagadora	10-02-2014	8:00	<i>[Signature]</i>	10:00	<i>[Signature]</i>
3	Walter Huamani	Comunicador	10-02-2014	8:00	<i>[Signature]</i>	10:00	<i>[Signature]</i>
4	Victoria Castro	Defensor	10-02-2014	8:00	<i>[Signature]</i>	10:00	<i>[Signature]</i>
5	Guillermo Chelusa	Asesor Psicológico	10-02-2014	8:00	<i>[Signature]</i>	10:00	<i>[Signature]</i>
6	Margela Vera	Psicóloga	10-02-2014	8:00	<i>[Signature]</i>	10:00	<i>[Signature]</i>
7	Paulina Tapia	Psicóloga	10-02-2014	8:00	<i>[Signature]</i>	10:00	<i>[Signature]</i>
8	María Encarnación	Psicóloga	10-02-2014	8:00	<i>[Signature]</i>	10:00	<i>[Signature]</i>
9	Monica Pacheco	Psicóloga	10-02-2014	8:00	<i>[Signature]</i>	10:00	<i>[Signature]</i>
10	Monica Uscá	Comunicadora	10-02-2014	8:00	<i>[Signature]</i>	10:00	<i>[Signature]</i>
11	Alvaro Valenzuela	Psicólogo	10-02-2014	8:00	<i>[Signature]</i>	10:00	<i>[Signature]</i>
12	Roberto Pérez	Psicólogo	10-02-2014	8:00	<i>[Signature]</i>	10:00	<i>[Signature]</i>
13	Paulina Tapia	Psicóloga	10-02-2014	08:00	<i>[Signature]</i>	10:00	<i>[Signature]</i>
14	Fernando Castillo	Parafarmacéutico	10-02-2014	08:00	<i>[Signature]</i>	10:00	<i>[Signature]</i>
15							
16							
17							

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE: *[Signature]* Verónica Tapia López, *[Signature]* Ejecutiva del CSU

Figura 27. Registro de asistencia al taller de manejo de Guías de Práctica Médica
Fuente: archivo fotográfico de la autora

2.4 ANÁLISIS DEL RESULTADO 2.

Con las 3 guías de práctica clínica se pudo alcanzar implementar en el 100% del personal: médico, odontológico, y paramédicos utilizan y trabajan de forma uniforme con los pacientes, a la vez manteniendo un cuidadoso control de historias clínicas, lo

que facilita y mejora la agilidad en la atención, en los anexos 4, 5, 7, y 8 se puede observar el registro fotográfico y documental de la aplicación de los talleres.

3. Resultado Nro. 3. Sistema informático de procesos administrativos y de servicios de atención al usuario diseñado e implementado.

3.1. Reunión con el personal para planificar capacitaciones sobre el manejo del software informático.

Para llegar a este resultado se hizo una reunión el 05 de mayo del 2014, en la cual en una mesa redonda con todos los profesionales inclusive los que laboran los fines de semana en esta casa de salud, para realizar la planificación de las capacitaciones en el manejo del software informático. (Ver anexo 5)

El 15 de mayo del 2014 se realizó el taller dirigido al personal que labora de lunes a viernes en el Centro de Salud de manejo del programa informático para base de datos y atención a los usuarios donde se explica paso a paso la utilización del programa esto es: como ingresar, colocar los datos del paciente a que ventana se va donde se guarda la información como debe imprimir en caso que lo requiera.(Ver figura 22, 23,24)

Se tuvo que realizar 3 capacitaciones más en tres fines de semana consecutivos que fueron los días sábados 17, 24 y 31 de mayo del 2014 para el personal que acude a laborar en estos días, en un numérico es de 6 profesionales por cada fin de semana pudiendo realizar prácticas satisfactoriamente los cuales demostraron interés, esto es el 100% logrando el manejo correspondiente para evitar el mal uso.(Ver figura 26).

Total fueron 4 capacitaciones para que todo el personal pueda utilizar correctamente el programa.

3.2 Implementación del programa informático

Debido al trámite burocrático no se pudo contar con el 100% del apoyo de la Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional en la implementación del Programa informático. Lo que se pudo lograr tras la realización de solicitudes y siguiendo el trámite pertinente fue la entrega de computadoras a los diferentes servicios del centro de Salud pero no en la adquisición del software debido a muchos trámites burocráticos y limitantes financieros, por lo cual adquirí sin la ayuda de la misma.

Una vez ya instalado el programa informático que fue el 15 de Mayo del 2014 se procedió con todo el personal del Centro de Salud a realizar prácticas de manejo del

programa, haciendo pruebas de su uso hasta lograr utilizar correctamente, ya que este programa, funciona en red con todas las computadoras que se encuentran conectadas al mismo, tras varias pruebas que duro una semana, el programa está yendo y funcionando normalmente sin tener complicaciones en pérdidas de información de los pacientes, en su uso y a la vez archivando toda la información que se recopila tras la atención medica de los usuarios que asisten a esta casa de salud la misma que se encuentra a tiempo y disposición de los profesionales, y se puede dar seguimiento a sus tratamientos. (Ver anexo 4 figura 24).

3.3 Ingreso de la información obtenida de los usuarios sean estos miembros policiales, familiares y particulares que asisten a esta casa de salud en el sistema informático.

A partir del 15 de mayo del 2014, con la ayuda de todos los profesionales de cada área y en cada servicio, se procedió a ingresar en la base de datos para el registro de pacientes a todos los usuarios sean estos policías, familiares y particulares que asisten a esta casa de salud, logrando tener completamente la base de datos de los mismos. (Ver figura 25)

Anexo 4. Resultado No3.

INTRODUCCIÓN

La ausencia de un sistema informático para el registro de pacientes en el Centro de Salud Urbano conduce a un ineficiente trabajo en la unidad. Debido a que no existía este sistema, el personal del Centro de Salud desconoce su uso. Con la presente propuesta de implementación y desarrollo de un sistema informático para realizar el registro de pacientes en los servicios de atención médica, odontológica, psicológica, enfermería y rehabilitación.

Se pretende contar con innovación tecnológica y científica para mejorar la calidad y eficiencia del servicio, agilizando los procesos dentro del centro de salud; sin lugar a dudas, el desarrollo de la presente propuesta permitirá que el sistema pueda ser empleado satisfactoriamente en el Centro de Salud del Distrito de Policía.

OBJETIVO GENERAL:

- Capacitar al personal del Centro de Salud Urbano en el empleo de un programa informático para registrar de forma eficiente y eficaz la información obtenida del personal policial y de sus familiares.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

- Mostrar las características de diseño físico y digital del software de base de datos al personal de salud del Centro de Salud Urbano del Distrito Policial. “Eloy Alfaro”.

Responsable

Licenciada Verónica Tapia López

Maestrante de la UTPL

Grupo

Los talleres incluyeron a miembros del personal del Centro de Salud Urbano Nro. 18 Unidad de Vigilancia Sur del Distrito de policía “Eloy Alfaro” de la ciudad de Quito.

Lugar

Aula del Distrito de policía “Eloy Alfaro”

Fecha de programación

15 de mayo de 2014.

Jornadas de trabajo

2 horas.

Facilitadora

Lcda. Verónica Tapia López. Maestrante de la UTPL.

Recursos:

Recursos humanos

1 Capacitadores.

Equipo de Salud (13 profesionales de diversas áreas).

Recursos materiales:

- Computadora
- Proyector
- Pizarra

Recursos didácticos

- Programa
- Pizarra líquida
- Tiza líquida
- Computadora portátil

Metodología

- Exposición.
- Participación.

Recursos económicos

- Los recursos económicos aportados por el Maestrante de la UTPL

Evaluación

- Se evaluó mediante la asistencia, el interés que demostraron los participantes, material de trabajo y metodología implementada.

a) Planificación para el desarrollo de capacitación sobre el uso del programa informático.

Se procedió de la siguiente manera:

Tabla 13. Cronograma de taller de manejo del programa informático para base de datos y atención a los usuarios

TEMAS	HORA	AYUDA METODOLÓGICA	RESPONSABLE	EVALUACIÓN
Explicación inicial del taller	14H00-14H30	Pizarra, proyector, computadora	Lcda. Verónica Tapia Maestrante UTPL	La introducción al taller fue recibida con éxito y los asistentes mostraron interés en el uso del programa instalado.
Explicación de uso del programa para registro de pacientes	14H30-15H30	Proyector y computadora	Lcda. Verónica Tapia	Se mostraron las principales funciones de la base de datos.
Práctica del uso del programa	15H30-16H00	Computadoras	Lcda. Verónica Tapia Maestrante UTPL	Todos los participantes practicaron frente a la computadora el registro de pacientes e historias clínicas.

Elaborado por: la autora

b) Ejecución de las actividades de capacitación sobre uso de base de datos

Se realizó el taller con el personal de salud presente acerca del uso de software instalado para registro de pacientes y base de datos según el siguiente programa.

TEMA: Taller para manejo del programa informático para base de datos y atención a los usuarios del C.S.U. del Distrito de Policía Eloy Alfaro.

FECHA: 15 de mayo de 2014

LUGAR: Aula del Distrito de Policía "Eloy Alfaro"

PARTICIPANTES. Personal del Centro de Salud de diversas áreas.

RESPONSABLE: Maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja Licenciada Verónica Tapia López.

TÉCNICAS: expositiva, participativa.



Figura 28. Taller de uso de software para registro de pacientes

Fuente: archivo fotográfico de la autora



Figura 29. Desarrollo del taller de uso de software

Fuente: archivo fotográfico de la autora



Figura 30. Práctica de uso de software
Fuente: archivo fotográfico de la autora

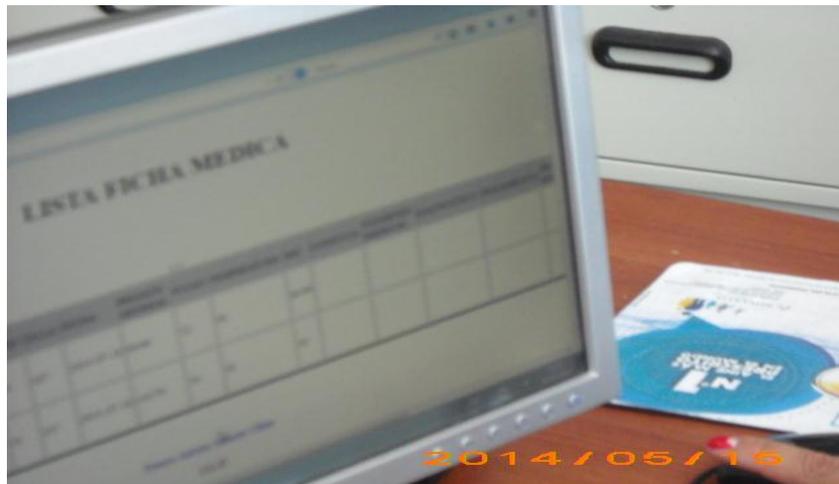


Figura 31. Ficha médica en la base de datos implementada
Fuente: archivo fotográfico de la autora



CENTRO DE SALUD URBANO NRO.18 UNIDAD DE VIGILANCIA SUR.
DISTRITO DE POLICIA "ELOY ALFARO"



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

LISTADO DEL PERSONAL CAPACITADO

TEMA: MANEJO DEL PROGRAMA INFORMÁTICO PARA BASE DE DATOS Y ATENCIÓN A LOS USUARIOS DEL C.S.U DEL DPEA

RESPONSABLE: LICENCIADA VERONICA TAPIA LOPEZ

MAESTRANTE DE GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

NRO.	NOMBRE Y APELLIDO	FUNCION	FECHA	HORA DE INGRESO	FIRMA	HORA DE SALIDA	FIRMA
1	Veronica Tapia Lopez	Fisioterapia	15-05-2014	14:00	[Firma]	16:00	[Firma]
2	Guillermo Chirino	Terapeuta	15-05-2014	14:00	[Firma]	16:00	[Firma]
3	Carlos Campesino	Trabajo Social	15-05-2014	14:00	[Firma]	16:00	[Firma]
4	Walter Llanos	Comunidad	15-05-2014	14:00	[Firma]	16:00	[Firma]
5	Sonathan Aren	Psicología	15-05-2014	14:00	[Firma]	16:00	[Firma]
6	Marcela Peña	Fisioterapia	15-05-2014	14:00	[Firma]	16:00	[Firma]
7	Cristina Zapata	Psicología	15-05-2014	14:00	[Firma]	16:00	[Firma]
8	Karen Enriquez	Fisioterapia	15-05-2014	14:00	[Firma]	16:00	[Firma]
9	Viviana Carrasco	Psicología	15-05-2014	14:00	[Firma]	16:00	[Firma]
10	Monica Vera	Odontología	15-05-2014	14:00	[Firma]	16:00	[Firma]
11	Liliana Valenzuela	Fisioterapia	15-05-2014	14:00	[Firma]	16:00	[Firma]
12	Paulina Perez	Psicología	15-05-2014	14:00	[Firma]	16:00	[Firma]
13	Fernando Castillo	Psicología	15-05-2014	14:00	[Firma]	16:00	[Firma]
14							
15							
16							
17							

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE:..... Licda. Veronica Tapia..... [Firma]

Figura 32. Registro de asistencia al taller de manejo de programa informático para base de datos y atención de usuarios del Centro de Salud

Fuente: archivo fotográfico de la autora

3.4 ANALISIS DEL RESULTADO 3

Con el uso del programa, registro de pacientes, historias clínicas y con la capacitación para dicho manejo y utilización se ingresa completamente la base de datos de los usuarios que asisten a esta casa de salud, el 100% maneja el programa, lo que evita utilizar hojas de atención y ya no se pierde información necesario de los pacientes esto ayudado a dar un seguimiento de las patologías presentadas y dar un correcto tratamiento según patología.

ANALISIS DEL FIN

Con todas las actividades y las encuestas realizadas en los diferentes componentes levantadas se detecta que el usuario se encuentra más satisfecho con el nuevo modelo de atención que recibe.

ANALISIS DEL PROPOSITO

Al realizar las encuestas y el cumplimiento de los componentes se puede afirmar que se logró cumplir con el indicador del propósito con el que el 90% de la atención ha mejorado y hay satisfacción de los usuarios que asisten a esta casa de salud.

El registro fotográfico se lo puede observar en el anexo 4, y el registro documental en el anexo 6.

3.2 Conclusiones

- El Centro de Salud Urbano del Distrito de Policía "Eloy Alfaro" en la ciudad de Quito muestra varios problemas relativos a la atención a los pacientes y la calidad de los servicios que presta. La capacitación a los miembros del equipo de salud del centro mejoró la confianza y seguridad así como la cobertura de atención y la satisfacción de los usuarios.
- El uso de guías de práctica clínica permitirá estandarizar los procesos de atención en los pacientes que acuden a las áreas de medicina odontología y servicio de ambulancia del Centro de Salud.
- El uso del software para registro de pacientes y de historias clínicas mejoró la eficiencia en la atención, permitiendo tener conocimiento real de los antecedentes y patologías de los usuarios.
- El uso adecuado del software permitirá el poder disponer de información real de las atenciones, perfil epidemiológico y el poder trabajar con indicadores de calidad.
- Se considera que el trabajo práctico realizado mejoró la gestión y el nivel de atención en beneficio de los usuarios que acuden a este centro.

3.3 Recomendaciones

- Se recomienda que el Centro de Salud Urbano del Distrito de Policía “Eloy Alfaro” en la ciudad de Quito implemente evaluaciones periódicas del desempeño con el fin de detectar problemas que puedan entorpecer sus operaciones y tomar acciones correctivas.
- Se recomienda, que el Centro de Salud Urbano del Distrito de Policía “Eloy Alfaro” en la ciudad de Quito implemente actividades de capacitación periódicamente para todo el personal de salud, con el fin de brindar una mejor atención a los usuarios.
- Se recomienda el uso permanente de las guías de prácticas clínicas propuestas en el presente trabajo y se vayan incorporando otras para mejorar el nivel de atención
- Es importante que el Centro de Salud utilicen de manera consistente el software de registro de usuarios e historias clínicas, con el fin de brindar una atención más ágil y precisa y se disponga de información de forma oportuna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adams. (2000). Parameter on PLaque-Induced Gingivitis. In C. B. Adams.
2. Aguilar, D. (2012, Octubre 04). *Ministerio de Salud Pública*. Retrieved Agosto 11, 2014, from ¿Qué es el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)?:
<http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/index.php/renovando-el-ministerio/126-que-es-el-modelo-de-atencion-integral-de-salud>
3. Avedis, D. (1991). *La Calidad de Atención Médica*. México: La Prensa Méica Mexicana.
4. Chiavenato, I. (2009). *Gestión de talento humano*. México: McGraw Hill.
5. Deming, E. (1989). *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*. Madrid: Díaz de Santos S.A.
6. DONNABIDIAN. (n.d.).
7. Dr. Williams, G. (s/a). *Legisalud*. Retrieved 2014, from <http://leg.msal.gov.ar/acerca.htm>
8. Figuerola, D. (2011). *Manual de educación terapéutica en diabetes*. Madrid: Díaz de Santos.
9. Harrington, H. J. (1993). *Mejoramiento de los procesos de la empresa*. México: McGraw Hill.
10. HOY. (2011, Diciembre 28). *HOY política*. Retrieved Agosto 11, 2014, from Gobierno impulsa su Modelo de Atención Integral de Salud:
<http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/gobierno-impulsa-su-modelo-de-atencion-integral-de-salud-524583.html>
11. International Organization for Standardization. (2009). *ISO - 9004*. Ginebra: Secretaría Central de ISO.
12. ISO. (2008). *ISO 9001-2008*. Ginebra: ISO.
13. Ley de derechos y amparo al paciente, No. 77. RO/ Sup 626 (CN febrero 3, 1995).
14. Mariotti. (1999). Plaque Dental. In Mariotti.

15. MedlinePlus. (2013, Enero 22). *MedlinePlus*. Retrieved Enero 2014, from Temperatura corporal normal: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001982.htm>
16. MedlinePlus. (n.d.). *MedlinePlus*. Retrieved from MedlinePlus: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001056.htm>
17. MINFAR. (2003). *Manual de Normatización: Metodología y Calidad*. La Habana.
18. Ministerio de Salud Pública. (2011). *Guía de mejoramiento de la calidad en la atención integral de salud*. Quito: MSP.
19. Ministerio de Salud Pública. (2011, Junio). *Instituto ecuatoriano de seguridad social*. Retrieved Agosto 12, 2014, from Normatización del sistema nacional de salud: https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01_de_junio_2011_v.pdf
20. Ministerio de Salud Pública. (2011). *Modelo de Atención Integral de Salud MAIS*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
21. Ministerio de Salud Pública. (2012). *Sistema de Salud Ecuador*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
22. OMS. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nueva York: Conferencia Sanitaria Internacional.
23. OPS. (2014, Enero 13). *Organización Panamericana de la Salud*. Retrieved Agosto 11, 2014, from Curso virtual sobre APS e implementación del MAIS: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1097:curso-virtual-sobre-aps-e-implementacion-del-mais&Itemid=360
24. Pérez, V. C. (2006). *Calidad Total en la Atención Al Cliente*. España: Ideaspropias.
25. Pronovost P, H. C. (2006). *Embracing Family in Patient Care*.
26. RAE. (2011). *Diccionario de la Real Academia Española*. Madrid: Espasa.
27. Ramal, N. (2007). *Comités de Calidad*. Habana.
28. Ramos, M. (2004). Control de calidad de atención de salud.

29. Rivera, E. A. (2000). *Diabetes Mellitus: Programa Completo Para Su Tratamiento Dietetico*. México: Pax México.
30. SENPLADES. (2013). *Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017*. Quito: SENPLADES.
31. Tébar, M. F., & Escobar, J. F. (2009). *La Diabetes en la Práctica Clínica*. Madrid: Médica Panamericana.
32. TUM. (2010, octubre 26). *Formación de Técnico en Urgencias médicas*. Retrieved julio 15, 2014, from <http://tumbasico.activo.mx/>
33. Walsh, S. (2010). *Diagnóstico por el pulso: Una guía clínica*. Barcelona: Elsevier.
34. World Health Organization. (2003). *International Society Hipertension Writing Group*. Estados Unidos: International Society of hipertension.
35. Zurro, M., & Pérez, J. C. (2003). *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Elsevier.

ANEXOS

Anexo 5. Modelo de guía de práctica clínica

Guía de práctica clínica de del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha:	Página:	
Elaborado por:	Versión:.....	

Guía de práctica clínica de del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha:	Página:	
Elaborado por:	Versión:.....	

1. Generalidades

(en este espacio se anotan características del trastorno o procedimiento a tratar en la guía, puede ser tan amplio como se considere conveniente por el médico o el grupo multidisciplinario que diseña la guía y podría incluir: sintomatología, prevalencia, antecedentes epidemiológicos, etc. se puede acompañar con imágenes o tablas, si se considera oportuno)

2. Objetivos

(En este espacio se anota el objetivo de la guía, para qué va a servir. Pueden anotarse varios objetivos)

Guía de práctica clínica de del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha:	Página:	
Elaborado por:	Versión:.....	

3. Alcance

(El alcance de la guía da información acerca de quién, dónde y cuándo utilizará esta guía)

4. Indicadores

(Los indicadores o criterios son elementos que permiten al profesional identificar la situación descrita por la guía de práctica clínica. Puede incluir sintomatología entre otros tipos de variables)

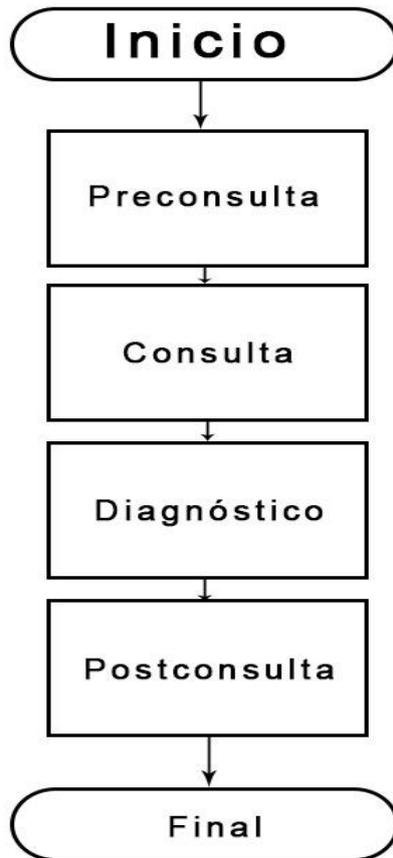
5. Procedimiento

(El procedimiento es una narrativa de las actividades que el profesional debe llevar a cabo cuando se presente la situación descrita por la guía. Se aconseja, aunque no es obligatorio, que se acompañe con un flujo grama de los procesos a seguir)

Guía de práctica clínica de del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha:	Página:	
Elaborado por:	Versión:.....	

6. Flujo grama de procesos (opcional)

(Siempre que el profesional o el grupo multidisciplinario a cargo del diseño de la guía lo consideren necesario, la descripción del procedimiento deberá acompañarse de un diagrama de flujo de dichas actividades. Se deben utilizar los diagramas estándar que se muestran a continuación)



Guía de práctica clínica de del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha:	Página:	
Elaborado por:	Versión:.....	

7. Recomendaciones finales

(O conclusiones de la guía. En este espacio se anota cualquier información adicional que el profesional o grupo multidisciplinario suponga de utilidad para el desarrollo adecuado del proceso anotado previamente).

Guía de práctica médica para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de Febrero 2014	Página: 79	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

Anexo 6. Guías médicas

CENTRO DE SALUD URBANO NRO. 18 UNIDAD DE VIGILANCIA SUR DEL DISTRITO DE POLICÍA “ELOY ALFARO”



GUÍA DE PRÁCTICA MÉDICA PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

Por: Lic. Verónica Tapia López

2014

Guía de práctica médica para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de Febrero 2014	Página: 80	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

Índice

1.- Generalidades	81
2.- Objetivos	81
3.- Alcance.....	81
4.- Diabetes Mellitus	82
5.- Diagnóstico y tratamiento	85
6.- Algoritmos diagnóstico y terapéutico de la diabetes mellitus tipo 1	94

Guía de práctica médica para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de Febrero 2014	Página: 81	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

1.- Generalidades

Este documento, guía para de práctica médica para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 1, corresponde a un protocolo sencillo pero eficiente, que facilita el manejo de la atención proporcionada por los equipos de salud a los pacientes que la necesiten. Todo en base a fundamentación científica, de manera que les posibilite a los miembros del equipo, actuar y tomar decisiones de manera adecuada, rápida y eficiente, para la realización del diagnóstico, clasificación, tratamiento, prevención y las normas de seguimiento para la afección en cuestión en el Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”.

La presente guía fue diseñada y aprobada por los miembros del personal de salud del CSU Nro. 18, en reuniones realizadas los días cinco de enero y diez de febrero de 2014.

2.- Objetivos

Estandarizar los procedimientos de atención a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 en el Centro de Salud Urbano Número 18 del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”.

- Establecer información científica que permita un conocimiento y actuación adecuada frente a la situación.
- Plantear los métodos estandarizados para el diagnóstico de la afección en los pacientes.
- Determinar los tratamientos estándares para la Diabetes mellitus tipo 1, así como el manejo, control, seguimiento y pronóstico de la misma.

3.- Alcance

El alcance de la presente guía de práctica médica es el personal de enfermería y demás personas involucradas con el tratamiento de esta enfermedad.

Guía de práctica médica para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de Febrero 2014	Página: 82	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

4.- Diabetes Mellitus

El término diabetes mellitus (DM) describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. La hiperglucemia crónica de la diabetes se asocia con daño a largo plazo, disfunción e insuficiencia de diversos órganos, especialmente los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos (Ministerio de Salud Pública, 2011).

La diabetes según su codificación recibe un código de identificación específico que se puede apreciar en el siguiente cuadro:

Código	Codificación CIE 10
W 85	Diabetes Gestacional
E10	Diabetes mellitus insulino dependiente
E11	Diabetes mellitus no insulino dependiente

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2011).

Clasificación

La clasificación de esta afección está dada por la Asociación Americana de Diabetes (por sus siglas en inglés ADA). Esta clasificación es realizada según el punto de vista etiológico de la afección y es aceptada mundialmente.

En general la diabetes mellitus se clasifica en tres tipos: Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2 y Diabetes Gestacional, aunque hay varios tipos diferentes que se nombrarán posteriormente.

Guía de práctica médica para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 del Centro de Salud del Distrito de Policía "Eloy Alfaro"		
Fecha: 16 de Febrero 2014	Página: 83	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

Diabetes Mellitus tipo 1

Este tipo de diabetes tiene una ocurrencia del 5% a 10% de todas las personas que tienen diabetes. Se caracteriza por destruir las células beta pancreáticas, ocasionar una ausencia total de insulina, predisposición a la cetoacidosis y el requerimiento de tratamientos de insulina para la supervivencia. Este tipo de diabetes se divide en dos subgrupos:

A. Diabetes mediada por procesos autoinmunes: con marcadores positivos en un 85-95% de los casos, anticuerpos antiisletos (ICA), anti descarboxilasa del ácido glutámico (anti GAD), anti insulina (IAA) y anti tirosina fosfatasa (IA2).

B. Idiopática: Mismo accionar metabólico, pero sin vinculación con marcadores de autoinmunidad ni de HLA.

Diabetes Mellitus tipo 2

Este tipo corresponde a un grupo de afecciones al metabolismo, en las que a causa de deficiencia en la secreción o accionar de la insulina (llamada resistencia insulínica RI) se presenta hiperglucemia. Para la presentación clínica y el desarrollo de la diabetes mellitus de tipo 2 la resistencia insulínica juega un papel fundamental junto con la hipersecreción relativa de la insulina y condiciones ambientales. La hiperglucemia crónica de la diabetes se encuentra asociada con daños a largo plazo, disfunción e insuficiencia de diversos órganos, especialmente los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

Diabetes Gestacional

Este tipo se resume en todo nivel de intolerancia a la glucosa que fuera causada o conocida durante el periodo de embarazo, pudiendo persistir después del embarazo o desaparecer con este.

Demás tipos particulares de diabetes

- Inducidas por drogas o fármacos
- Endocrinopatías
- Infecciones
- Defectos genéticos de la función de la célula β

Guía de práctica médica para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de Febrero 2014	Página: 84	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

- Formas infrecuentes mediadas por procesos autoinmunes
- Defectos genéticos en la acción de la insulina
- Otros síndromes genéticos que se asocian a diabetes

Categorías de riesgo incrementado de diabetes

GLUCOSA ALTERADA EN AYUNAS	Glucosa alterada de ayunas (GAA) se le clasifica al individuo con glicemia basal sobre 100 y bajo 126mg/dl con rangos normales post carga.
INTOLERANCIA A LA GLUCOSA	La intolerancia a la glucosa (IG) incluye a individuos que presentan glicemias de ayunas normales pero que presentan hiperglicemia post carga en la prueba de tolerancia a la glucosa oral (140-199 mg/dl)

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2011)

A pesar de que más del 90% de los casos de diabetes sean del tipo 2 y de que su afectación sea en mayoría a adultos, la incidencia de esta afección ha crecido bastante en niños y adolescentes; a causa del aumento de la obesidad en la última década, aunque para la del tipo un los porcentajes de niños afectados oscilan entre 70% a 80% de los casos. Según los reportes de Egresos Hospitalarios del INEC, en el año 2007 la Diabetes Mellitus tipo 1 fue el motivo de ingreso de 81 niños menores de 15 años. En el Hospital Baca Ortiz de Quito (HBO) ese año ingresaron 15 pacientes (18.5 %).

Tiene marcadores como la presencia de anticuerpos (anti insulina, anti GAD -GAD65-anti tirosina fosfatasa IA-2 y IA-2β). Uno o varios de estos auto anticuerpos están presentes en un 85-90% de los individuos al momento del diagnóstico. Desde la publicación del estudio DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) no hay duda de que la única manera de prevenir el desarrollo de complicaciones crónicas en los diabéticos tipo 1 es un manejo intensivo y que este es multidisciplinario e integral.

Guía de práctica médica para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de Febrero 2014	Página: 85	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

5.- Diagnóstico y tratamiento

Tabla 14. Diagnóstico diabetes mellitus tipo 1

Diagnóstico

Clínico

La presentación clínica de esta afección depende de la destrucción de las células β , que en el caso de lactantes y niños es rápida y lenta en adultos. En el caso de que se presente rápidamente existe evidencia de cetoacidosis en primera instancia, seguido por hiperglucemia modesta o severa, o por infección o deferentes tipos de estrés. Puede ocurrir que la función de las células β se residual durante años en los adultos. Solo la evolución de la afección determinará si la secreción de insulina es poca o nula.

Anamnesis

Generalmente ocurre en niños y se caracteriza por: pérdida de peso, decaimiento general, cansancio, progresivamente aparece polidipsia, poliuria, polifagia. Síntomas asociados son la re-emergencia de la enuresis, y/o la necesidad de ir al baño con mucha frecuencia.

Examen físico

El paciente presenta deshidratación ligera con mucosas semihúmedas y signos referentes a la causa desencadenante; tales como dolor abdominal, disfagia, fiebre, tos, entre otros. En los niños

Bioquímico

Sirve tanto para niños como a adultos. La presencia de glucosuria sin tiene la posibilidad de vincularse con la alteración del umbral renal de glucosa, es por ello que los niveles elevados de glucosa en sangre se

Guía de práctica médica para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de Febrero 2014	Página: 86	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

los considera indispensables para diagnosticar la diabetes.

Criterios Diagnósticos de Diabetes

Glucemia al azar + síntomas: glucemia > 200 mg/dl

Glucemia en ayunas: > 126 mg/dl *

Glucosa 2 horas luego de sobrecarga de glucosa (1.75 mg/Kg): > 200 mg/dl**

* Ayunas definida como no ingesta calórica por al menos 8 horas

** Necesaria en muy pocos casos. Se utiliza 1.75 g de glucosa anhidra por Kg, hasta 75 g.

Diferencial

Corresponde a la diferenciación de del tipo de diabetes según el físico de la persona, basándose en el principio de que una persona delgada es más propensa a tener diabetes del tipo 1 y una persona obesa diabetes del tipo 2. Para estos casos se debe determinar los auto anticuerpos y los niveles plasmáticos de péptido C.

Detección precoz

La detección precoz minimiza la posibilidad de una descomposición severa del metabolismo y de cetoacidosis.

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2011)

Elaborado por: la autora

Guía de práctica médica para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de Febrero 2014	Página: 87	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

Tabla 15. Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 1

MANEJO SEGÚN CONTROL METABÓLICO (38)				
PARÁMETRO	NORMAL	IDEAL	SUB ÓPTIMO	ALTO RIESGO
Glucemia ayunas y preprandial	65-100	90-145	> 145	>165
Glucemia postprandial	80-126	90-180	180-250	> 250
Glucemia al dormir	80-100	120-180	120-200	< 80 - > 200
HbA1c	<6.5 %	< 7.5%	7.5-9.0 %	> 9.0%
Acción sugerida			Control Externa Consulta	Hospitalización

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2011)

Elaborado por: la autora

Criterios de hospitalización

Manejo a domicilio y/o en observación de emergencia

Niños con hiperglucemia y cetoacidosis leve; sin vomito ni signos de deshidratación

Evaluar causas de descompensación

Hidratación oral

Evaluar la insulino terapia indicando dosis extras de insulina ultra rápida (ver insulina de rescate)

Monitoreo frecuente de la glucemia capilar (cada 4-6 horas)

Evaluación en el Servicio de Endocrinología en 24-48 horas

Hospitalización en Servicio de Endocrinología

Niños con hiperglucemia severa (> 250 mg/dl) y cetoacidosis moderada, (+/++) con signos de deshidratación leve o moderada y nivel de conciencia adecuado.

Guía de práctica médica para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de Febrero 2014	Página: 88	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

Niños menores de 5 años con cualquier grado de descompensación

Al diagnóstico inicial.

Hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos

Niños con signos de cetoacidosis severa (Ver Protocolo de Manejo de Cetoacidosis Diabética).

Manejo general

MANEJO GENERAL (PACIENTE HOSPITALIZADO)	NIVEL		
	I	II	III
MEDIDAS INICIALES Establecer un monitoreo clínico y biológico, documentado durante todo el período de tratamiento (B) NPO en caso de deterioro del estado de conciencia o vómito. Dieta para la edad fraccionada sin azúcar + líquidos a tolerancia en caso de buen estado de conciencia Control de signos vitales: frecuencia cardíaca, respiratoria y presión arterial Control del balance hidroelectrolítico Accesos venosos adecuados e iniciar hidratación en caso de deshidratación moderada a severa y/o vómito Toma de muestras para exámenes complementarios En caso de diagnóstico inicial: Iniciar autocontrol glucosa capilar: cada 2 horas, luego cada 4 horas Glucosuria y cetonuria cada 6 horas En caso de paciente ya en tratamiento además de lo señalado Evaluación del diario de control; glucemias, dosis de insulina, hipoglucemias. Glucosuria y cetonuria al ingreso y a las 6 horas, luego cada 12 horas. Glucemia capilar: inicialmente cada 2-4 horas, luego según esquema de insulina (B)			X
EXAMENES COMPLEMENTARIOS Glucemia plasmática, HbA1c. Biometría completa. Urea, Creatinina, electrolitos (Na, Cl, K) Gasometría en caso de signos de acidosis Perfil lipídico: colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL Orina: glucosuria y cetonuria. Gram de gota fresca. Cultivo en caso necesario Microalbuminuria RX según el caso: Tórax, senos para nasales En caso de nuevo diagnóstico: glucosa y/ Péptido C, ICAS, anti GAD			X
EVALUACIONES ESPECIALES: Evaluación de conocimientos de diabetes Evaluación nutricional Evaluación psicológica al niño y sus padres Inicio de programa de educación diabetológica			X
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO			

Guía de práctica médica para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de Febrero 2014	Página: 89	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

Enfocaremos el tratamiento en los ámbitos intrahospitalario y domiciliario con sus niveles de recomendación															
Hidratación: (C,E) Soluciones: Solución Salina 0.9% o Lactato Ringer + Potasio (2-3 mEq/Kg o 40 mmol /L). Cambiar a Dextrosa en Solución Salina + K cuando glucemia < 250 mg/dl. Los aportes de Sodio deben modificarse según de los niveles séricos. En caso de hipernatremia, regular los aportes (Solución al 0.45% [77 mEq/L]) Volumen: calcular el de mantenimiento según la fórmula de Holliday–Segar: Peso <10 kg 100 mL/kg/24 h Peso 11–20 kg : 1000 mL + 50 mL/kg/24 h por cada kg entre 11 y 20 Peso >.20 kg : 1500 mL + 20 mL/kg/24 h por cada kg >.20			X												
INSULINOTERAPIA Es el elemento básico del manejo pues la mayoría de pacientes al momento del diagnóstico tienen una producción muy baja de insulina. Aunque durante el período de luna de miel la normoglucemia produce una “recuperación” de la secreción de insulina y los requerimientos disminuyen, se debe insistir a los pacientes y sus familias que la insulino terapia es definitiva. (40-41)			X												
TIPOS DE INSULINA Actualmente todas las insulinas se producen por ingeniería genética y son estructuralmente idénticas a la del ser humano, desde 1993 contamos con análogos de insulina, productos con cambios en algunos aminoácidos para modificar su biodisponibilidad. Múltiples estudios han demostrado amplia seguridad en su empleo															
VÍAS DE ADMINISTRACIÓN Intravenosa: para Insulinoterapia continua solo se pueden utilizar la insulina Rápida con un tiempo de acción de 5-10 minutos. Los análogos rápidos de insulina también han sido utilizado pero su eficacia no es superior a la de la Insulina Rápida y el costo es mayor Subcutánea: la absorción varía dependiendo de varios factores: tejido graso: más grasa menor absorción dosis: mayor dosis menor absorción sitio: abdomen más rápido que muslo ejercicio: aumenta la absorción temperatura: aumenta la absorción Sitio de Inyección: recomendamos inyectar en el abdomen. Como opciones: región antero lateral del muslo y glúteos en niños pequeños. Se debe rotar el sitio en cada inyección para evitar las lipodistrofias [C].			X												
ESQUEMAS DE INSULINOTERAPIA Los niños requieren entre 0.5 y 1.0 UI/Kg/día y los adolescentes 0.8 - 1.2 UI/Kg/día. Las dosis se basan en cálculos empíricos y requieren modificaciones según la respuesta individual. Las glucemias objetivo serán 80 a 120 mg/dL en el día y 100 a 150 mg/dL a la hora de dormir (39-40-41)			X												
MEZCLAS PREPARADAS: (split/mixed) Indicada en niños menores de 6 años o niños en los que las condiciones socioeconómicas, culturales hagan difícil iniciar con insulino terapia intensiva Utilizamos 2 o 3 inyecciones de tienen como basal la NPH, más insulina rápida (Rápida o Ultrarápida) para cubrir las comidas. Del total de la dosis entre 2/3 y ½ corresponden a insulina NPH y el resto a Insulina Rápida. Del total de la NPH 2/3 se administran en la mañana y 1/3 en la noche. El total de insulina rápida se divide en 3 dosis preprandiales La NPH y Rápida pueden mezclarse en la misma jeringuilla e inyectarse inmediatamente Las dosis “de base”, se modifican de acuerdo a las glucemias, según el siguiente esquema:		X	X												
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">DOSIS DE CORRECCION DE INSULINA PREPRANDIAL</th> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Insulina Rápida o Ultrarápida</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Glucemia</td> <td style="text-align: center;">Niños menores de 6 años</td> <td style="text-align: center;">Niños mayores 6 años</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><50</td> <td style="text-align: center;">No insulina</td> <td style="text-align: center;">3*</td> </tr> </table>				DOSIS DE CORRECCION DE INSULINA PREPRANDIAL				Insulina Rápida o Ultrarápida		Glucemia	Niños menores de 6 años	Niños mayores 6 años	<50	No insulina	3*
DOSIS DE CORRECCION DE INSULINA PREPRANDIAL															
	Insulina Rápida o Ultrarápida														
Glucemia	Niños menores de 6 años	Niños mayores 6 años													
<50	No insulina	3*													

Guía de práctica médica para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”



Fecha: 16 de Febrero 2014

Página: 90

Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.

Versión: 1.0

50 – 70	1	2
70 – 100	½	1
100 - 150	Dosis indicada	Dosis indicada
150 - 200	Dosis indicada	+ 1
200 – 250	+ 1/2	+ 2
250 - 300	+ 1	+ 3
300 - 350	+ 1 1/2	+ 4
> 350	+ 2	+ 5
Ejemplo: 8 años. Glucemia 223 mg/dl. Ultrarápida 4 UI. Objetivo 120 mg/dl Dosis a inyectar: 4 + 2 = 6 UI		

*** Consumir 15-20 mg de hidratos de carbono**

Se utilizarán dosis de “rescate” en períodos interprandiales, de acuerdo al esquema siguiente:

DOSIS DE RESCATE		
Insulina Rápida o Ultrarápida		
Glucemia	Niños menores de 6 años	Niños mayores 6 años
150 - 200	0	1 UI
200 – 250	½ UI	2 UI
250 - 300	1 UI	3 UI
300 - 350	1 ½ UI	4 UI
> 350	2 UI	5UI
Ejemplo: Niño 8 años Utilizando ultrarápida Objetivo 120 mg/dl. Dosis extra: inyectar 2 UI		

En el manejo domiciliario y para “intensificar” la insulino terapia las dosis de insulina rápida se modifican si las glucosa se mantienen fuera del objetivo 3-7 días (1 UI por cada 50 mg sobre el objetivo en niños mayores de 6 años, ½ UI por cada 50 mg en niños menores de 6 años) (44)

BASAL BOLOS:

Indicada en niños mayores de 6 años cuando se requiera insulino terapia intensiva. Utiliza una insulina basal (Glargina) y dosis de insulina rápida o ultrarápida para cubrir las comidas

Del total de la dosis diaria 40–60% corresponden a insulina basal, el resto a insulina rápida (Rápida o Ultrarápida) preprandial

La insulina basal se inyecta antes de acostarse en inyección separada

En caso de dosis basal alta (> 30 UI) puede dividirse en dos inyecciones iguales, mañana y noche

Las dosis de insulina basal se modifica de acuerdo a la glucemia en ayunas, aumentando o disminuyendo 1 – 2 UI

La insulina Rápida se inyecta 20–30 minutos antes de cada comida

La insulina Ultrarápida se inyecta inmediatamente antes de las comidas [A]. En caso de comidas especiales, una dosis extra puede inyectarse después de la comida [E].

X X

Corrección de las dosis de insulina rápida.

Lo más indicado es modificar las dosis utilizando el factor de sensibilidad, con el esquema que a continuación se detalla:

FACTOR DE CORRECCION O SENSIBILIDAD		
Insulina	Cálculo del Factor	Significancia
Ultrarápida	1800/DOSIS TOTAL	mg/dl que disminuye 1 UI de insulina
Rápida	1500/ DOSIS TOTAL	mg/dl que disminuye 1 UI de insulina
Ejemplo: 8 años, dosis Total 28 UI, glucemia 223, utilizando ultrarápida. Objetivo 120 mg/dl $1800/28 = 64$ (1 UI de insulina disminuye 64 mg/dl) $223 - 120 = 103$ $103/64 = 1.6$		

Guía de práctica médica para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 del Centro de Salud del Distrito de Policía "Eloy Alfaro"		
Fecha: 16 de Febrero 2014	Página: 91	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

<p><i>En preprandial: aumentar 1 ½ unidades a la dosis de base</i> <i>En interprandial: inyectar 1 ½ UI extra</i></p> <p>También podemos utilizar la tabla de corrección de glucemia preprandial, que ya se describió. Cuando las glucemias interprandiales están fuera de la glucosa objetivo: calcular la dosis utilizando el factor de sensibilidad Podemos utilizar las dosis de "rescate" Cuando utilizamos conteo de carbohidratos las dosis de rápida debe estimarse en base a los carbohidratos que se van a consumir (1 UI por cada 15-20 g carbohidrato) El uso de Bombas de insulina que permite infundir insulina en pequeñas dosis de manera permanente y aumentarla en casos de ingesta alimentaria, facilita la utilización del esquema basal bolos. Es aplicable a niños grandes y/adolescentes, requiere una capacitación particular y tiene alto costo [A].</p> <p>Ningún esquema puede ser optimizado sin un frecuente monitoreo de la glucemia capilar (ayunas, 10:30, 12:30, 16:30, 18:30, 22:00 y 03:00) y en caso de sospecha de hipoglucemia.</p>			
<p>NOTAS PARTICULARES: En adolescentes se puede utilizar jeringuilla de aguja fija (29 G) 100 UI con regulación de 2 en 2 unidades En niños se puede utilizar jeringuillas 30U o 50 U con aguja 30G de 8 mm con regulación de 1 en 1 unidad Se puede utilizar dispositivos de administración (pen) particulares para cada insulina, con regulación 1 a 1 unidad y agujas 6mm Las jeringuillas o agujas del pen si bien son descartables pueden reutilizarse si se toman las precauciones para evitar contaminación. Nunca limpiar con alcohol La inyección puede hacerse vertical si la aguja es de 6-8mm y hay suficiente tejido adiposo o en ángulo de 45° No se debe utilizar insulina que hayan cambiado su apariencia (aglutinación, precipitación o decoloración) [E]. La insulina que se está utilizando puede mantenerse en refrigeración o en un lugar fresco protegida del sol. Debe desecharse en 3 meses si se mantienen refrigerada y en 4 semanas en caso de mantenerse al ambiente [E]. La insulina de reserva debe guardarse en refrigerador a (4 – 8°C) [C]</p>	X	X	X
<p>MANEJO NUTRICIONAL</p> <p>Es parte fundamental del manejo del niño diabético y tiene varias características: Debe ser balanceada con las calorías suficientes para asegurar un crecimiento adecuado, evitando el sobrepeso La dieta contiene: 50% a 55% de calorías como carbohidratos, 20% como proteínas y alrededor de 30% como grasa Los carbohidratos recomendados son los complejos Se debe limitar la comida rápida alta en grasa Los únicos alimentos no recomendados son azúcares simples (azúcar, gaseosas, caramelos, panela, dulces y mermeladas) Los edulcorantes pueden ser utilizados en cantidades normales. No existe evidencia de riesgo con el uso de aspartame, acesulfame K, y sucralosa Para preparar pasteles y postres se puede utilizar sucralosa o fructosa (en este último caso vigilar los triglicéridos). La dieta debe ser adaptada con la insulinoterapia</p>		X	X

Guía de práctica médica para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 del Centro de Salud del Distrito de Policía "Eloy Alfaro"		
Fecha: 16 de Febrero 2014	Página: 92	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

<p>Se requieren obligatoriamente horas fijas de comida y colaciones en el esquema mezclas preparadas En el esquema Basal Bolos los horarios son más flexibles y puede necesitarse una dosis extra en caso de colación Una colación antes de dormir es indispensable si se utiliza NPH nocturna.</p>			
---	--	--	--

INSULINA	INICIO DE ACCIÓN	PICO DE ACCIÓN	DURACIÓN
Rápida o Regular	30 a 60 min	2 a 3 hr	6 a 8 hr
Intermedia o NPH	2 a 4 hr	4 a 10 hr	12 a 18 hr
Lispro	5 a 15 min	30 a 90 min	3 a 5 hr
Glargina	2 a 4 hr	No hay	24 hr

Seguimiento / Pronóstico

Cuando el paciente es dado de alta se debe asegurar la atención de un equipo especializado y multidisciplinario: endocrinólogo, pediatra, nutricionista, psicólogo.

Será evaluado a la semana del alta para verificar:

- Niveles de glucemia en condiciones habituales
- Técnica de inyección de de autocontrol
- Alimentación en el hogar
- Diseño de esquema tomando en cuenta los horarios escolares

Posteriormente las consultas serán mensuales para evaluar:

- Estado general: peso, talla, IMC, TA
- Análisis del carne de control
- Revisión de los objetivos
- Ajuste de dosis de insulina
- Técnica de inyección y de autocontrol
- Estado del sitio de inyección
- Alimentación: cumplimiento y problemas

Guía de práctica médica para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de Febrero 2014	Página: 93	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

- Presencia de hipoglucemias
- Presencia de problemas intercurrentes: infecciones, discapacidades, emergencias, problemas escolares, trastornos familiares, otras patologías (tiroidea), etc.
- Continuar con la educación diabetológica
- Trimestralmente HbA1c

Anualmente se realizara:

- Evaluación del estado general: crecimiento, desarrollo puberal, condiciones asociadas (sobrepeso, HTA, trastornos tiroideo)
- Revisión de los objetivos personales y familiares
- Evaluación del estado metabólico: HbA1c, perfil lipídico, función renal y hepática
- Detección de complicaciones, luego de 2 años de diabetes: TA, microalbuminuria, evaluación oftalmológica.
- Revisión del plan nutricional

El Control metabólico es variable dependiendo de la edad, múltiples estudios (DCCT, EDIC) han demostrado que un manejo adecuado que logre un buen control clínico y metabólico disminuye la presencia de complicaciones crónicas. También se ha demostrado que el buen control mejora significativamente la calidad de vida y el pronóstico de los niños y adolescentes diabéticos es excelente

OBJETIVOS METABOLICOS			
Grupo	HbA1c	Glucemia preprandial	Glucemia postprandial
Menores de 6 años	7.5 – 8.5 %	100 - 180	< 200
Escolares	< 8 %	80 - 150	< 200
Adolescentes	< 7.5 %	70 - 140	< 180

Referencia y contrareferencia

Guía de práctica médica para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 del Centro de Salud del Distrito de Policía "Eloy Alfaro"		
Fecha: 16 de Febrero 2014	Página: 94	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

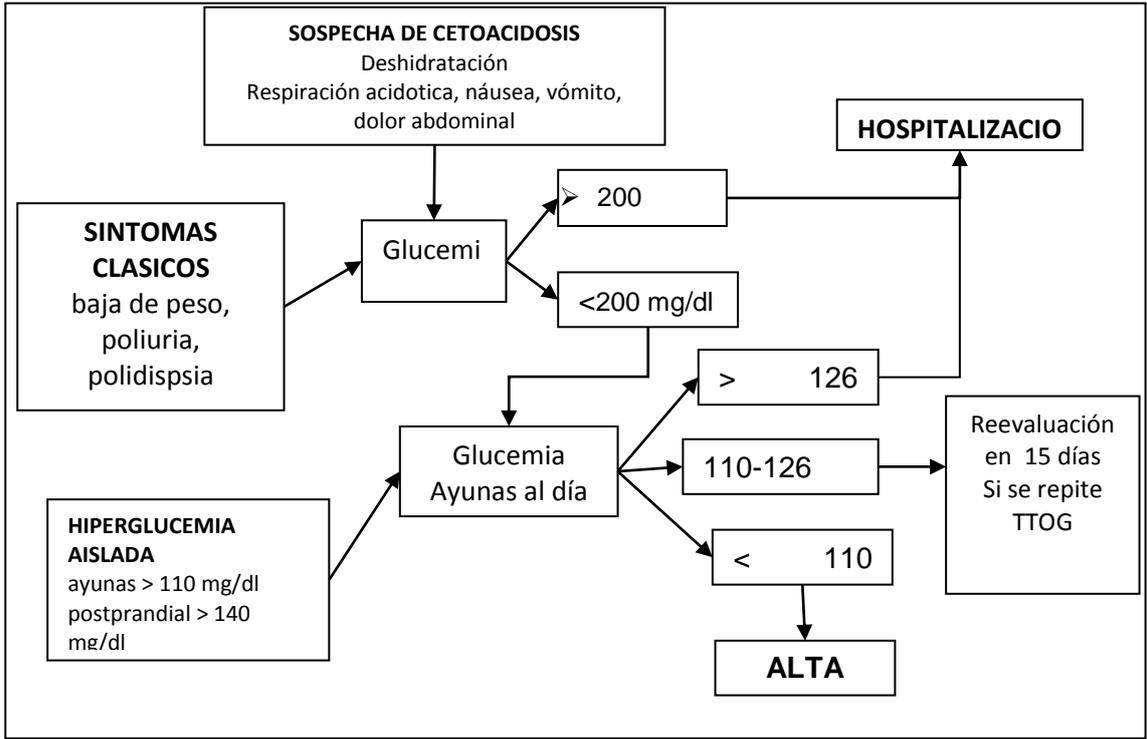
Los niños y adolescentes diabéticos deben ser tratados en un servicio especializado de tercer nivel.

En los niveles primario y secundario ante la sospecha diagnóstica se debe iniciar la hidratación y referir a la brevedad posible.

Es necesario un entrenamiento básico a los médicos escolares, especialmente en el manejo de la Hipoglucemia.

6.- Algoritmos diagnóstico y terapéutico de la diabetes mellitus tipo 1

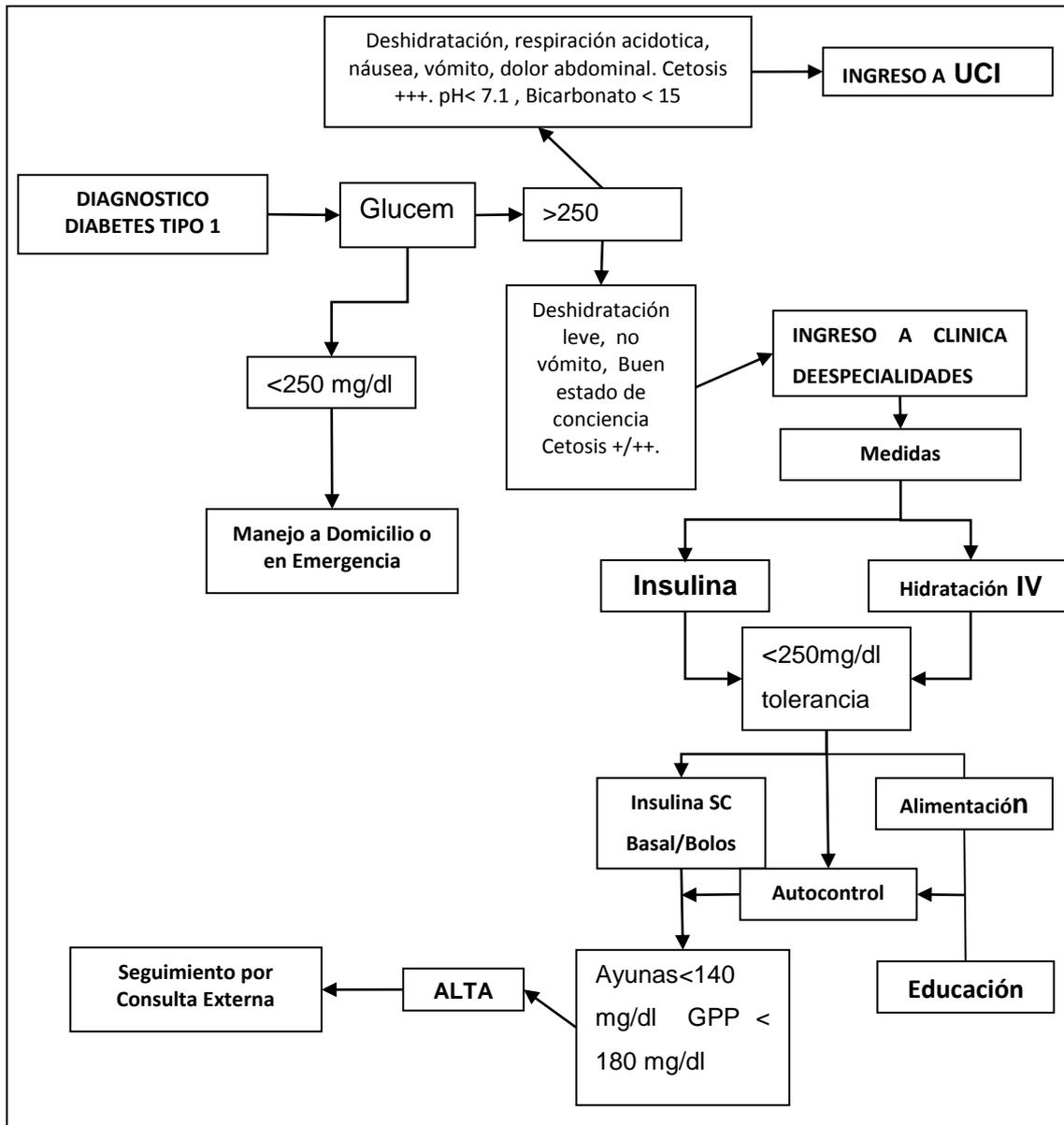
Diagnóstico



Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2011)



Terapéutico



Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2011)

Guía de práctica clínica de gingivitis asociada a placa bacteriana del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de Febrero de 2014	Página: 1	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

**CENTRO DE SALUD URBANO NRO. 18 UNIDAD DE VIGILANCIA SUR DEL
DISTRITO DE POLICÍA “ELOY ALFARO”**



**GUÍA DE MANEJO DE
GINGIVITIS ASOCIADA A PLACA BACTERIANA**

SERVICIO DE ODONTOLOGIA

LIC. VERÓNICA TAPIA LÓPEZ

ENFERMERA DEL CENTRO DE SALUD DEL D.P.E.A

16 de Febrero de 2014

Guía de práctica clínica de gingivitis asociada a placa bacteriana del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de febrero de 2014	Página: 2	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

ÍNDICE

1. Generalidades	.....	3
2. Objetivos	.....	7
3. Alcance	.....	7
4. Indicadores	.....	7
5. Procedimiento	.....	10
6. Recomendaciones finales	.....	10

Guía de práctica clínica de gingivitis asociada a placa bacteriana del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de febrero de 2014	Página: 3	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

1. Generalidades

La gingivitis es una forma de enfermedad periodontal que involucra inflamación e infección que destruyen los tejidos de soporte de los dientes, incluso las encías, los ligamentos periodontales y los alvéolos dentales (hueso alveolar).

La gingivitis se debe a los efectos a largo plazo de los depósitos de placa en los dientes. La placa es un material adherente compuesto de bacterias, moco y residuos de alimentos que se acumula en las áreas expuestas del diente. La placa es una causa importante de caries dental.

Si la placa no se quita, se convierte en un depósito duro denominado sarro (o cálculo) que queda atrapado en la base del diente. La placa y el sarro irritan e inflaman las encías. Las bacterias y las toxinas que éstas producen hacen que las encías se infecten, se inflamen y se tornen sensibles.

Los siguientes factores aumentan el riesgo de padecer gingivitis:

- Ciertas infecciones y enfermedades en todo el cuerpo (generalizadas).
- Mala higiene dental.
- Embarazo (los cambios hormonales aumentan la sensibilidad de las encías).
- Diabetes no controlada
- Los dientes mal alineados, los bordes ásperos de las obturaciones y la aparatología oral mal colocada o contaminada (como correctores dentales, prótesis, puentes y coronas)
- El uso de ciertos medicamentos como la fenitoína, las pastillas anticonceptivas y el bismuto (MedlinePlus)

Guía de práctica clínica de gingivitis asociada a placa bacteriana del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”

Fecha: 16 de febrero de 2014

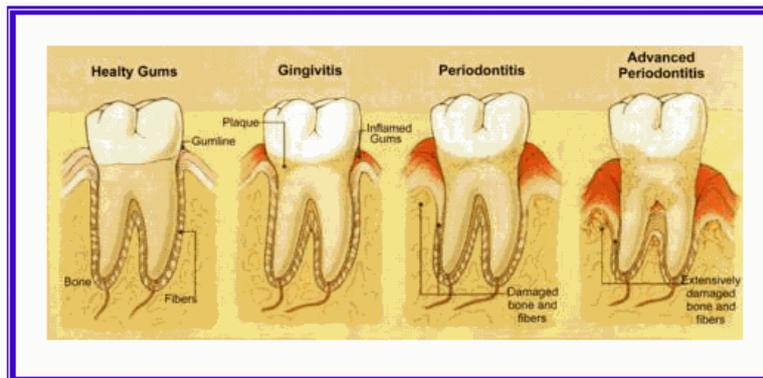
Página: 4

Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.

Versión: 1.0



En los niños y adolescentes la gingivitis es la más común de las enfermedades gingivales. La gingivitis expresa una condición inflamatoria de la encía sin explicitar su etiología. Usualmente se presenta como una inflamación crónica marginal de la encía, asociada a la placa, que puede ser llevada a un estado normal por medio de un autocuidado oral adecuado. La gingivitis asociada con cambios fisiológicos como la erupción dental y la pubertad es común pero transitoria. Aunque estas condiciones tienen interés clínico temporal, contribuyen substancialmente a la alta prevalencia de enfermedad gingival reportada en gente joven y confunden el cuadro epidemiológico.



La Gingivitis, también llamada enfermedad de las encías o enfermedad periodontal, describe lo que sucede cuando empiezan a crecer las bacterias en tu boca y puede terminar con la pérdida de los dientes debido a la destrucción del tejido que rodea y sostiene los dientes. (La gingivitis y la periodontitis son dos fases distintas de la enfermedad de las encías.

La gingivitis es la enfermedad bacteriana que provoca inflamación y hemorragia gingival, causada por la placa bacteria, detritos alimenticios que quedan atrapados entre los dientes y por una nula o deficiente higiene bucal. De acuerdo a la Academia Americana de Periodoncia (AAP) la Gingivitis es la más leve de las enfermedades del periodonto, según el glosario de términos de la AAP puede ser considerada como el primer estadio de la enfermedad periodontal.

Guía de práctica clínica de gingivitis asociada a placa bacteriana del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de febrero de 2014	Página: 5	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

Periodontitis. La capa interior de las encías y el hueso se separan de los dientes (hacia atrás) y forman bolsas. Estos espacios pequeños entre los dientes y las encías recogen los restos y se pueden infectar. El sistema inmune del cuerpo lucha contra las bacterias a medida que la placa se extiende y crece debajo de la línea de las encías.

Existe consenso entre los autores que la Periodontitis Crónica del Adulto comienza a aparecer alrededor de los 20 años, con una prevalencia que puede oscilar entre el 13% Y 15%, a los 30 años puede aumentar hasta un 60%, y a partir de los 50 años el 80% de las personas pueden padecerla en algún grado.

En relación con la gravedad se sabe que el 80% de la población está afectada por alguna forma de la enfermedad de ligera a moderada y que un 10% a 20% presenta formas más graves, estos grupos de individuos presentan un factor de susceptibilidad individual para la periodontitis, y deben ser identificados de manera precoz.

En cuanto a las formas de periodontitis de inicio precoz o formas juveniles, son enfermedades que se presentan en edades tempranas, antes de los 20 años pueden ser localizadas o generalizadas, y presentan un patrón de destrucción ósea severo, según los estudios en los caucásicos parece afectar más las hembras que los varones y la prevalencia es baja (menos del 0,1%). En otras razas y en particular la raza negra la enfermedad es más prevalente (niveles del 1%) y afecta más los varones que las hembras. La gingivitis es la forma más común de enfermedad periodontal en las primeras etapas de la vida, sin embargo también encontramos. referencia en la literatura a la periodontitis pre-puberal una forma de enfermedad periodontal que puede presentarse de forma localizada o generalizada, afecta la dentición temporal la cual puede tener pérdida del soporte periodontal.

Guía de práctica clínica de gingivitis asociada a placa bacteriana del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”

Fecha: 16 de febrero de 2014

Página: 6

Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.

Versión: 1.0



Enfermedades Gingivales Inducidas por Placa Bacteriana



Las enfermedades gingivales inducidas por placa bacteriana son una familia diversa de complejas y distintas entidades patológicas que se encuentran limitadas a la encía y cuya etiología primaria es la placa bacteriana.

Existen varias características clínicas comunes a todas las enfermedades gingivales y estas características incluyen los signos clínicos de inflamación (cambios en el contorno debido al edema o fibrosis, cambio de color: enrojecimiento o color azul rojizo, elevación de la temperatura gingival, hemorragia al sondaje e incremento del exudado gingival), los signos y síntomas que se encuentran confinados a la encía, presencia de placa bacteriana que inicia y/o exagera la severidad de la lesión o la enfermedad y posible papel como precursor para la pérdida de inserción alrededor de los dientes, reversibilidad de la enfermedad al eliminar los factores etiológicos.

La gingivitis inducida por Placa Bacteriana es la forma más común de las enfermedades que afectan el periodonto, afectando a una porción significativa de la población. El paciente debe ser informado acerca del proceso de la enfermedad, las alternativas terapéuticas, las complicaciones potenciales, los resultados esperados y la responsabilidad del paciente en el transcurso del tratamiento. Las consecuencias de no realizar tratamiento deben ser explicadas, el no tratar la enfermedad puede dar como resultado que los signos clínicos permanezcan, con la posibilidad que se desarrollen defectos gingivales y pueda progresar a periodontitis (Mariotti, 1999).

Guía de práctica clínica de gingivitis asociada a placa bacteriana del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de febrero de 2014	Página: 7	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

2. Objetivos

Desarrollar y sugerir una guía general para el tratamiento y diagnóstico de la gingivitis asociada a placa bacteriana, de acuerdo a estudios científicos realizados.

3. Alcance

La presente guía se ha diseñado para el área de odontología del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”. En esta área, la guía está dirigida a médicos dentales, personal de enfermería, asistentes y residentes de odontología.

4. Indicadores

El diagnóstico se realiza mediante historia clínica (anamnesis) para descartar otros factores etiológicos y evaluar factores de riesgo, evaluación clínica (análisis observacional del tejido gingival), control de placa bacteriana, sondaje periodontal y análisis radiográfico (radiografías coronales o periapicales).

Se deben valorar diversas causas de la gingivitis:

a. Gingivitis asociada a placa bacteriana (o inducida por placa bacteriana)

Inflamación de la encía como resultado del acumulo de placa bacteriana. Las Enfermedades Periodontales como Infección Bacteriana definen la Gingivitis Asociada a Placa Bacteriana como una inflamación de la encía debido a las bacterias que se localizan a lo largo de la encía marginal, que luego se extiende a toda la encía.

Guía de práctica clínica de gingivitis asociada a placa bacteriana del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de febrero de 2014	Página: 8	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

b. Factores locales contribuyentes

Características locales contribuyentes que pueden influenciar la aparición de la enfermedad, tales como aparatología ortodóntica y restauraciones dentales.

La severidad de la enfermedad puede ser influenciada por la anatomía dental, adicionalmente a factores restaurativos y/ o el estado endodóntico.

c. Gingivitis Asociada a la Deficiencia de Ácido Ascórbico

Respuesta inflamatoria de la encía, que es crónicamente agravada por los bajos niveles de ácido ascórbico.

d. Gingivitis Asociada a Discrasias Sanguíneas

Se refiere a la gingivitis asociada a la función anormal en el número de las células sanguíneas.

e. Gingivitis Asociada a Leucemia

Es una respuesta inflamatoria pronunciada de la encía a la placa bacteriana y produce un incremento en el sangrado y un subsecuente agrandamiento gingival asociado a la leucemia.

f. Gingivitis Asociada a Diabetes

Se refiere a la respuesta inflamatoria gingival que es agravada por el pobre control metabólico de los niveles de glucosa plasmática.

Guía de práctica clínica de gingivitis asociada a placa bacteriana del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de febrero de 2014	Página: 9	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

g. Agrandamiento Gingival Asociado o Inducido por Medicamentos

Agrandamiento gingival que es resultado total o parcial del uso de medicamentos sistémicos

h. Gingivitis Asociada al Ciclo Menstrual (SE MENCIONA NO APLICA EN NIÑOS, PUEDE APLICAR EN ADOLESCENTES)

Respuesta gingival inflamatoria pronunciada a la placa bacteriana y los cambios hormonales en los días anteriores a la ovulación.

i. Gingivitis Asociada a Anticonceptivos Orales (SE MENCIONA NO APLICA EN NIÑOS, PUEDE APLICAR EN ADOLESCENTES)

Respuesta gingival inflamatoria pronunciada como respuesta al cúmulo de placa bacteriana y al uso de anticonceptivos orales.

j. Gingivitis Asociada al Embarazo (SE MENCIONA NO APLICA EN NIÑOS, PUEDE APLICAR EN ADOLESCENTES)

Respuesta gingival inflamatoria pronunciada como respuesta al cúmulo de placa bacteriana y hormonas, usualmente ocurre durante el segundo y el tercer trimestre de embarazo.

Guía de práctica clínica de gingivitis asociada a placa bacteriana del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de febrero de 2014	Página: 10	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

k. Gingivitis Asociada a la Pubertad

Respuesta gingival inflamatoria pronunciada en respuesta al cúmulo de Placa Bacteriana y los cambios hormonales que ocurren durante el periodo circumpuberal.

5. Procedimiento

1. Identificación de condiciones que sugieran o no desórdenes sistémicos remisión o interconsulta con otros especialistas en salud.
2. Se ordenan pruebas de laboratorio de ser necesarias, según el caso, se realizan biopsias.
3. Evaluación y tratamiento periodontal.

6. Recomendaciones finales

Un plan de tratamiento efectivo durante la terapia activa debe ser desarrollado e incluir lo siguiente:

- I. Motivación, educación e instrucción del paciente en técnicas de higiene oral.
- II. Debridamiento de las superficies dentales para remover la placa y cálculo supra y subgingival (raspaje supra y/ o subgingival, en el caso de gingivitis asociada a placa bacteriana con pérdida de inserción se realizara alisado radicular).
- III. Uso de agentes antimicrobianos y antiplaca, así como de otros elementos de higiene oral.

Guía de práctica clínica de gingivitis asociada a placa bacteriana del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de febrero de 2014	Página: 11	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

Para mejorar el nivel de higiene oral de los pacientes que mediante los métodos mecánicos tradicionales y su higiene oral es poco efectiva (debe ser evaluado el riesgo beneficio de los agentes a utilizar).

IV. Corrección y eliminación de factores retentivos de placa bacteriana tales como sobre contornos en coronas, márgenes restaurativos abiertos, contactos abiertos, caries, mal posiciones dentales, prótesis fijas y removibles con pobre adaptación.

V. Pulido coronal (se realizara a discreción del clínico) y eliminación de pigmentaciones extrínsecas

VI. En casos seleccionados, corrección quirúrgica de deformidades en los tejidos que impidan una correcta eliminación de la placa bacteriana por parte del paciente.

VII. Una vez finalizada la terapia activa, la condición del paciente debe ser evaluada para determinar el curso futuro del tratamiento (reevaluación periodontal, se realizara al mes y medio de realizada la fase higiénica, tiempo necesario para la cicatrización del tejido periodontal). (Adams, 2000)

Guía de práctica clínica de valoración primaria en primeros auxilios y atención pre hospitalaria del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de febrero de 2014	Página: 1	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

**CENTRO DE SALUD URBANO NRO. 18 UNIDAD DE VIGILANCIA SUR DEL
DISTRITO DE POLICÍA “ELOY ALFARO”**



GUÍA DE VALORACIÓN PRIMARIA PREHOSPITALARIA

SERVICIO DE PRIMEROS AUXILIOS / SERVICIO DE AMBULANCIA

LIC. VERÓNICA TAPIA LÓPEZ

ENFERMERA DEL CENTRO DE SALUD DEL D.P.E.A

16 de febrero de 2014

Guía de práctica clínica de valoración primaria en primeros auxilios y atención pre hospitalaria del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de febrero de 2014	Página: 2	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

ÍNDICE

1. Generalidades	3
2. Objetivos	4
3. Alcance	4
4. Indicadores	4
5. Procedimiento	5
6. Recomendaciones finales	6

Guía de práctica clínica de valoración primaria en primeros auxilios y atención pre hospitalaria del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de febrero de 2014	Página: 3	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

1. Generalidades

El servicio de emergencias médicas responde a las llamadas de emergencia y lleva a cabo procedimientos médicos, de acuerdo con los protocolos y directrices establecidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y otras entidades.

Es necesario que el personal de emergencias médicas se encuentre capacitado para evaluar la condición de un paciente y realizar los procedimientos médicos de emergencia que sean necesarios para mantener una vía aérea permeable con la respiración adecuada y la circulación cardiovascular estable hasta que el paciente pueda ser transferido a un destino adecuado para recibir atención médica especializada.

La filosofía de atención de emergencia pre hospitalaria se basa en los siguiente principios:

- Todo paciente está en paro hasta demostrar lo contrario.
- Todo paciente de trauma tiene lesión de cervicales hasta demostrar lo contrario.
- El estado del paciente es dinámico y se puede descompensar en cualquier momento.
- Nunca perder de vista al paciente ¿No estoy olvidando nada?
- ¿Cuál fue la causa del colapso del paciente?
- La vía aérea y ventilación tienen la máxima prioridad.
- RCP continuo a todo paciente en paro.
- Nunca subestimar a los pacientes con crisis convulsivas.
- Es más importante la clínica que cualquier equipo de monitorización.
- Siempre anticiparse a la descompensación (TUM, 2010).

Guía de práctica clínica de valoración primaria en primeros auxilios y atención pre hospitalaria del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de febrero de 2014	Página: 4	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

2. Objetivos

- Ofrecer un conjunto de procedimientos para la valoración primaria de pacientes en urgencia médica.
- Determinar un protocolo de atención pre hospitalaria para ofrecer los mejores cuidados hasta que el paciente sea transferido a una institución de salud.

3. Alcance

La presente guía se ha diseñado para técnicos en emergencias médicas, personal del servicio de ambulancias del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”.

4. Indicadores

VALORACIÓN PRIMARIA

Se entiende por valoración primaria la que ejecuta el primer respondiente en primeros auxilios como se define a continuación:

- A. Despejar vía aérea. Se verifica si no está obstruida la cavidad bucal con cuerpos extraños, lengua, con el fin de percatarse de que no tenga ningún objeto que pueda obstaculizar la vía aérea superior. De esa manera se asegura la vía aérea para que el paciente respire mejor.
- B. Respiración: En esta fase evaluación de la calidad de la respiración el ritmo y la dinámica de la oxigenación. Si la repuesta es de una baja respiración se procede a la reanimación (RCCP) Reanimación cerebro cardio pulmonar.

Guía de práctica clínica de valoración primaria en primeros auxilios y atención pre hospitalaria del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de febrero de 2014	Página: 5	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

C. Circulación: Evaluación del ritmo bajo el siguiente criterio. Ritmo intensidad y amplitud del latido cardiaco. Si no hay ritmo iniciar reanimación (RCCP) Reanimación cerebro cardio pulmonar. Los tres pasos descritos A.B.C, son los manejados por el primer respondiente.

D. Déficit neurológico: Hace referencia al paso de la evaluación del estado de conciencia.

5. Procedimiento

1.	Se recopilan datos generales del paciente que incluyen: género, edad, nombre, documento de identidad, lugar, fecha y hora de la atención, detalles del evento
2.	Interrogatorio sobre antecedentes, síntomas, medicamentos que le suministran, alergias.
3.	Examen físico y diagnóstico presuntivo que se evalúa por lesiones,
4.	Signos vitales durante el encuentro en la escena, el transporte y la entrega del paciente. Escala de Glasgow y revisión de pupilas.
5.	Determinación del tipo de emergencia que puede ser por trauma, emergencia gineco obstétrica, paro cardio respiratorio.
6.	Transporte del paciente a institución de salud más cercana.
7.	Entrega del paciente.
8.	Llenado de documentación correspondiente, a lo largo del procedimiento. Incluye consentimiento y observaciones.

Guía de práctica clínica de valoración primaria en primeros auxilios y atención pre hospitalaria del Centro de Salud del Distrito de Policía “Eloy Alfaro”		
Fecha: 16 de febrero de 2014	Página: 6	
Elaborado por: Lic. Verónica Tapia L.	Versión: 1.0	

6. Recomendaciones finales

Se deben considerar detalles como la custodia de los bienes que se encuentren en manos del paciente al momento de su traslado. El registro de cadena de custodia es el traspaso y traslado de la descripción de todas las pertenencias que se entregan al familiar o al establecimiento que lo recibe. Esto permite verificar la identidad, el estado y condiciones originales de los elementos físicos, así como las modificaciones realizadas a estos; establecer la ruta seguida por dichos elementos; determinar su lugar de permanencia y la persona responsable de la custodia en cada lapso de tiempo.

Otro elemento importante es lo que señala la Ley de Amparo al Paciente de acuerdo al art. 6° "Derecho a decidir.- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión" (Ley de derechos y amparo al paciente, 1995).

Anexo 7. Acta entrega recepción de guías.



POLICÍA NACIONAL DEL ECUADOR
DISTRITO DE POLICIA "ELOY ALFARO"
CENTRO DE SALUD URBANO

ACTA DE ENTREGA - RECEPCION

En la ciudad de San Francisco de Quito, a los 19 días del mes de Febrero del 2014, en el **CENTRO DE SALUD URBANO DEL DISTRITO DE POLICIA "ELOY ALFARO"**, se procede la entrega del por parte de la Sra. Cabo Segundo de Policía de Sanidad Lic. **VERONICA TAPIA LOPEZ** Enfermera del Centro de Salud Urbano Nro18 Unidad de Vigilancia Sur Y recepción por parte del Señor **Mayor de Policía de Sanidad Dr. VICTOR CARDENAS CUEVA JEFE DEL C.S.U.** de lo siguiente que detallo a continuación:

- GUÍA DE PRÁCTICA MÉDICA PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 (UNA)
- GUÍA DE MANEJO DE GINGIVITIS ASOCIADA A PLACA BACTERIANA (UNA)
- GUÍA DE VALORACIÓN PRIMARIA PREHOSPITALARIA SERVICIO DE PRIMEROS AUXILIOS/ SERVICIO DE AMBULANCIA. (UNA)

ENTREGUE CONFORME

LIC. VERONICA TAPIA LOPEZ
CABO SEGUNDO DE POLICIA (S)
ENFERMERA DEL CSU DEL DPEA
CI:0603358391

RECIBI CONFORME

DR- VICTOR CARDENAS
MAYOR DE POLICIA DE (S)
JEFE DEL CSU DEL DPEA
CI: 0601136575

Protección y Seguridad, ¡Nuestro Compromiso!

Dirección: Gmoiner y calle C

emai.:

Anexo 8. Encuestas



POLICÍA NACIONAL DEL ECUADOR
DISTRITO DE POLICIA "ELOY ALFARO"
CENTRO DE SALUD URBANO NRO.18 UNIDAD DE VIGILANCIA SUR
ENCUESTA DEL CENTRO DE SALUD URBANO NRO.18 UNIDAD

DE VIGILANCIA SUR.

No tardará más de cinco minutos en completarla y nos será de gran ayuda para mejorar nuestros servicios. Los datos que en ella se consignen se tratarán de forma anónima.

Por favor, indique siempre el tipo de usuario es: Policía en Servicio Activo, Pasivo, Montepío, Familiar, en caso de ser Servicio Activo en que unidad labora.

Fecha:

Tipo de Usuario:

Unidad que presta servicios:

Marque con una X en la respuesta que estime conveniente.

1. El personal que labora en el CSU se muestra dispuesto a ayudar a los usuarios.

Siempre Casi siempre algunas veces Nunca

2. El trato del personal con los usuarios es considerado y amable

Siempre Casi siempre algunas veces Nunca

3. El personal da la imagen de estar totalmente calificado para las funciones que tiene que desempeñar.

Siempre Casi siempre algunas veces Nunca

5. Cuando acudo al Servicio sé que encontraré las mejores soluciones.

Siempre Casi siempre algunas veces Nunca

4. El personal da una imagen de confianza.

Siempre Casi siempre algunas veces Nunca

5. Cuando acudo al servicio, no tengo problemas en contactar con la persona que puede responder a mis necesidades.

Siempre Casi siempre algunas veces Nunca



**POLICÍA NACIONAL DEL ECUADOR
DISTRITO DE POLICIA "ELOY ALFARO"
CENTRO DE SALUD URBANO NRO.18 UNIDAD DE VIGILANCIA SUR**

6. Los profesionales de esta casa de Salud informan de forma clara y comprensible a los usuarios.

Siempre Casi siempre algunas veces Nunca

7. He podido comprobar que el personal ya dispone de programas y equipos informáticos adecuados para llevar a cabo su trabajo.

Siempre Casi siempre algunas veces Nunca

8. El Servicio da respuesta rápida a las necesidades y problemas de los usuarios

Siempre Casi siempre algunas veces Nunca

9. He observado mejoras en el funcionamiento general del Servicio en las últimas visitas al mismo

Siempre Casi siempre algunas veces Nunca

10. El Servicio se adapta perfectamente a mis necesidades como usuario

Siempre Casi siempre algunas veces Nunca

11. El Servicio ha solucionado satisfactoriamente mis demandas

Siempre Casi siempre algunas veces Nunca

Si desea realizar alguna observación sobre el servicio háganos saber -----

Muchas Gracias por su atención y tiempo brindado

Firma -----



**POLICÍA NACIONAL DEL ECUADOR
DISTRITO DE POLICIA "ELOY ALFARO"
CENTRO DE SALUD URBANO NRO.18 UNIDAD DE VIGILANCIA SUR
ENCUESTA DE CONOCIMIENTO Y MANEJO DE GUIAS DE PRACTICA
CLINICA DIRIGIDO A PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD URBANO
NRO.18 UNIDAD DE VIGILANCIA SUR.**

No tardará más de cinco minutos en completarla y será de gran ayuda para mejorar nuestros servicios.

Fecha:

Profesión:

Servicio:

Marque con una X en la respuesta correcta.

1.- Conoce que hay guías práctica clínica según patologías para atención al usuario.

Sí No

2. Sabe si existe guías de práctica clínica en su servicio.

Sí No

3. Si la respuesta es afirmativa las utiliza?

Sí No a veces Nunca

4. En caso de no existir en su servicio le gustaría que se implemente guías de práctica clínica

Sí No

5. En que Patología cree que sería más importante según su servicio.

6. En caso que se implemente Ud. Esta de acuerdo en Utilizarlas para estandarizar procedimientos.

Sí No a veces Nunca

7. Cree que sería de gran utilidad su manejo.

Sí No a veces Nunca

Comentarios

Muchas Gracias por su atención y tiempo brindado.

Firma _____