



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

TITULACIÓN DE MAGISTER EN GERENCIA DE SALUD PARA EL
DESARROLLO LOCAL

**Mejoramiento de la calidad de atención a los usuarios que acuden al
servicio de emergencia del Hospital San Francisco de Quito IESS, 2013.**

TRABAJO DE FIN DE MAESTRIA

AUTOR: Chàvez Espìn, Evelyn Aracely

DIRECTOR: Ramírez Puente, Patricia Verónica, Dra.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2015



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2015

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACION

Doctora.

Ramírez Puente Patricia Verónica.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de maestría, denominado: Mejoramiento de la calidad de atención a los usuarios que acuden al servicio de emergencia del Hospital San Francisco de Quito IESS, 2013, realizado por la Lcda. Evelyn Aracely Chávez Espín, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Quito, Junio 2014

f)

DECLARACION DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo Evelyn Aracely Chávez Espín declaro ser autora del presente trabajo de fin de maestría Mejoramiento de la calidad de atención a los usuarios que acuden al servicio de emergencia del Hospital San Francisco de Quito IESS, 2013, de la Titulación Maestría Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, siendo la Dra. Patricia Verónica Ramírez Puentes la directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad 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, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 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 o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad"

f.

Autor: Evelyn Aracely Chávez Espín

C.I. 1720105244

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a Dios por ser el inspirador para cada uno de los pasos dados en mi convivir diario; a mis padres por que me han dado todo lo que soy como persona , mis valores, mis principios, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos, además por ser los guías en el sendero de cada acto que realizo hoy, mañana y siempre; a mis hermanos por ser el incentivo para seguir adelante con este objetivo.

Con todo cariño y mi amor les dedico esta tesis a ustedes que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

AGRADECIMIENTO

Deseo expresar mi más profundo agradecimiento en primer lugar a Dios por haberme dado fuerzas e iluminando mi mente para poder conseguir mi meta con éxito, a mis padres, que con su presencia y apoyo constante me supieron impulsar hacia adelante en los buenos y malos momentos, un especial agradecimiento a la Universidad Particular de Loja, a mi directora de tesis y al Personal Directivo y operativo del Hospital San Francisco de Quito por colaborarme activamente con mi meta de mejorar nuestra atención a los pacientes.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Aprobación del Director del Trabajo de Fin de Titulación.....	ii
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Índice de Contenidos.....	vi
Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Problematización.....	4
Justificación.....	6
Objetivos.....	7
CAPITULO I	
1.-MARCO TEÓRICO	
1. 1. Marco Institucional	9
1.1.1. Aspecto Geográfico del lugar.....	9
1.1.2. Reseña Histórica.....	9
1.1.3. Características Geofísicas.....	10
1.1.4. Servicios que presta el Hospital San Francisco de Quito – IESS.....	11
1.1.5. Misión de la institución.....	13
1.1.6. Visión de la Institución.....	13
1.1.7. Organigrama de la institución.....	15
1.1.8. Dinámica poblacional del Hospital San Francisco de Quito –IESS.....	16
1.1.9. Servicio de Emergencia del Hospital San Francisco de Quito.....	16
1.2. Marco conceptual	
1.2.1 Calidad de atención en las instituciones de salud y en el hospital.....	19
1.2.2 Calidad de atención en emergencia y triage.....	20
1.2.3 Rol de enfermería en el servicio de emergencia según el Instituto Mexicano del Seguro Social (1975).....	22
1.2.4 Dotación de equipos biomédicos y adecuación de infraestructura.....	24
1.2.5 Normas, protocolos de actuación, manual de funciones, circuitos y procesos de atención.....	24
1.2.6 Comunicación efectiva en el servicio de emergencia.....	25
1.2.7 Marco legal.....	26

CAPITULO II

2.- DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Matriz de Involucrados.....	29
2.2 Árbol de Problemas.....	33
2.3 Árbol de Objetivos.....	34
2.4 Matriz del Marco Lógico.....	35
2.5 Matriz de Actividades.....	38

CAPITULO III

3.- ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1 Resultado Uno.....	45
3.2 Resultado Dos.....	74
3.3 Resultado Tres.....	89
3.4 Resultado Cuatro.....	93
3.5 Resultado Cinco.....	125

ANÁLISIS DEL PRÓPOSITO.....	129
-----------------------------	-----

RESULTADOS DE ENCUESTAS APLICADAS A USUARIO INTERNO.....	131
--	-----

RESULTADOS DE ENCUESTAS APLICADAS A USUARIO EXTERNO.....	140
--	-----

CONCLUSIONES.....	147
-------------------	-----

RECOMENDACIONES.....	148
----------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA.....	149
-------------------	-----

ANEXOS.....	152
-------------	-----

RESUMEN

El Hospital San Francisco de Quito, es una unidad médica de nivel II de complejidad que presta servicios de hospitalización y ambulatorio en especialidades básicas siendo una de las áreas con mayor dinamismo poblacional en el servicio de emergencia.

El presente proyecto de acción estuvo dirigido al personal de enfermería del servicio de emergencia contribuyendo a ofertar servicios de salud de calidad, utilizando la metodología del marco lógico, cumplió con el propósito de fortalecer la calidad de atención a los usuarios que acuden a dicho servicio, mediante la aplicación de herramientas de gestión que permitieron optimizar los recursos y tiempo, incrementando la cobertura de atención.

Los resultados obtenidos fueron: capacitación técnica y personal a los profesionales en enfermería del servicio de emergencia, aumento de plantilla del número de profesionales en enfermería en el servicio de emergencia, instauración de protocolos de actuación de enfermería y manual de inducción, implementación de equipos biomédicos e infraestructura, implementación de estrategias para una buena comunicación efectiva entre: enfermera – enfermera y enfermera – paciente.

Palabras clave:

Emergencias, atención, enfermería, comunicación, calidad, gestión.

ABSTRACT

The San Francisco de Quito Hospital is a level II medical unit of complexity that provides inpatient and outpatient services in basic specialties being one of the areas with the highest population dynamics in the emergency service.

This action project was aimed at nurses' emergency service helping to offer health care quality, using the logical framework methodology, fulfilled the purpose of strengthening the quality of care users attending the service, through the application of management tools that allow to optimize resources and time, increasing health care coverage.

The results were: technical and professional staff in emergency nursing staff training, staff augmentation in the number of nurse practitioners in the emergency service, establishment of nursing protocols and induction manual, implementation of biomedical equipment and infrastructure, implementation of effective strategies for good communication: nurse - and nurse - patient.

Keywords:

Emergency care, nursing , communication, quality management.

INTRODUCCIÓN

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, pero la adaptación a modalidades provenientes del sector industrial al sector salud ha provocado un “aggiornamiento” (actualización o puesta al día) que debería repercutir favorablemente en el mismo.

El aggiornamiento antes mencionado tiene por un lado la posibilidad de revitalizar viejos conceptos siempre vigentes, pero ha fortalecido dos elementos que no siempre han sido tenidos en cuenta. El primero de ellos es la importancia del desarrollo de los procesos y el segundo se refiere a la satisfacción y opinión del paciente, usuario o, como se lo define hoy en día, cliente. Las deficiencias de calidad pueden ser encontradas en todas las unidades o servicios de salud, desde los hospitales más sofisticados hasta los puestos y anexos de salud. La escasa calidad de los servicios reduce los beneficios para los pacientes, afiliados y la comunidad a la que sirve, crea frustración en los equipos de salud y desperdicia los escasos recursos que existen.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) cuenta con varios establecimientos médicos en la provincia de Pichincha, uno de ellos, el Hospital San Francisco de Quito (HSFQ), que ofrece entre sus servicios el de Emergencia, en donde se busca implementar un plan de gestión de calidad, involucrando y comprometiendo a la alta administración y al personal de enfermería que labora en dicho servicio, tomando en cuenta que la calidad total nos permite asegurar permanentemente la satisfacción del cliente y la eliminación de todo tipo de desperdicio, sin olvidar que los usuarios del Servicio de Emergencia tienen particularidades relacionadas con los problemas de salud que presentan, en su mayoría agudos, que requieren una pronta solución, necesitan el calor humano de una mano amiga, considerando que, en materia de calidad y calidez, los elementos que suelen parecer más simples, podrían ser de suma importancia para el cliente externo.

PROBLEMATIZACIÓN

Los cambios implementados en el sector salud por las políticas gubernamentales tienden a que los servicios realicen cambios radicales para evitar el deterioro en la calidad y oportunidad de atención, permitiéndoles de esta manera competir en el mercado. La necesidad de fortalecer la calidad de atención en los servicios de salud y la redefinición de las funciones del Ministerio de Salud Pública (MSP) como rector del sector salud, han generado acciones para normalizar -proceso de elaborar, mejorar y aplicar las normas- las condiciones de operación de los establecimientos que prestan servicios, directa o indirectamente, en materias ligadas con la salud y el bienestar de las personas.

Durante los últimos tres años el número de afiliados y beneficiarios de los servicios de salud del IESS se triplicó. En el 2010 los usuarios llegaban a 3,2 millones de personas, en el 2013 fue de 8,1 millones. Lo que significa un incremento del 153%. Al aumentar la cobertura no solo a los afiliados sino también a sus cónyuges e hijos menores de 18 años se avanza en términos de universalización de la seguridad social, pero el costo económico que implica atender al actual número de usuarios rebasa lo presupuestado y las unidades de salud no dan abasto.

El HSFQ inició la atención a los usuarios externos a partir de Junio del 2012, presta asistencia integral y especializada, cuenta con varios servicios, dentro de estos se encuentra el de Emergencia, el mismo que está en etapa de crecimiento y desarrollo, por lo que hasta el momento no cuenta con un sistema integrado de control de gestión de servicios, basado en planes y programas estratégicos que garanticen un monitoreo efectivo de cada uno de sus procesos, y, al ser una institución nueva, siempre, a pesar de cuidar cada detalle antes de su apertura, existen falencias que solo pueden ser apreciadas con el paso de los días.

El servicio de Emergencia del HSFQ en el año 2012 entre los meses de junio a diciembre ha atendido 31.600 (treinta y un mil seiscientos) pacientes es decir aproximadamente 200 (doscientos) pacientes diarios y en el año 2013 a partir del mes de Enero hasta el mes de diciembre se ha atendido alrededor de 116.348 (ciento dieciséis mil trescientos cuarenta y ocho) pacientes es decir aproximadamente 350 (trescientos cincuenta) pacientes diarios, esto evidencia que la atención se ha incrementado en un 75%. Como consecuencia tenemos un alto índice de quejas presentadas en el departamento de atención al usuario, además en medios de comunicación locales en segmentos dedicados a información de la

comunidad se han realizado reportajes en los que se hace hincapié en las falencias del servicio de emergencia del HSFQ.

Por los factores expuestos se puede determinar que existe una problemática que perjudica la calidad de atención al usuario, de ahí la importancia de crear y aplicar un plan de gestión que fortalezca los procesos de atención del servicio de Emergencia del HSFQ, mejorando la calidad de atención acorde a las necesidades de los usuarios conduciendo a mejorar el prestigio institucional.

JUSTIFICACIÓN

Acorde a las políticas y principios de la OPS/OMS los servicios de salud deben ofrecer al paciente una atención integral con calidez, calidad, oportunidad y accesibilidad, además de unificar criterios técnicos y administrativos simplificados para proporcionar seguridad en los servicios brindados, sin embargo esto no se cumple en el servicio de Emergencia del Hospital San Francisco de Quito, ya que no se dispone del equipamiento e infraestructura necesaria, sin contar con la ausencia de manuales y protocolos y la falta de actualización y capacitación continua en temas necesarios para ofrecer una atención óptima en el servicio de Emergencia. Otro problema que se suma a los anteriores es la saturación del servicio, que ha venido empeorando en los últimos meses y trae consigo la insatisfacción de los clientes tanto internos como externos puesto que no existe talento humano suficiente para cubrir esa demanda oportunamente.

Para brindar calidad, es necesario que se rescaten valores morales básicos de la sociedad y es aquí donde juega un papel fundamental la capacitación y educación de los trabajadores para contar con un personal más dispuesto, con capacidad de asimilar los problemas de calidad, con criterios para sugerir cambios y enmendar errores, la mejora continua es responsabilidad y compromiso de todos.

Bajo estos conceptos y teniendo como base las observaciones en la práctica diaria en el servicio de emergencia, con la participación de informantes claves como: afiliados, compañeros de trabajo y personal administrativo (Jefes del Servicio y Directores del HSFQ) he considerado la necesidad contribuir a mejorar la calidad de atención que se brinda a los usuarios que acuden al servicio de emergencia del HSFQ, considerando que no se dispone de una normativa en la estructura organizacional que regule el funcionamiento del servicio, sumado al espacio físico reducido, talento humano deficiente ante la demanda, falta de equipamiento, y otros, provocando una insuficiente calidad de atención que se brinda al usuario.

Los servicios de urgencias constituyen en sí mismos un punto crítico en la oferta de Servicios de cualquier área de salud, y en ese sentido este proyecto, cobra mucha importancia ya que permite buscar posibles soluciones y diseñar e implementar un plan de gestión, que permita contribuir a incrementar el nivel de satisfacción tanto del cliente interno como externo.

OBJETIVOS

Objetivo general

Mejorar la calidad de atención al usuario que acude al servicio de Emergencia del HSFQ IESS, mediante la capacitación al personal de enfermería, aumento de plantilla de enfermeras, aumento de equipos biomédicos, readecuación de infraestructura, estrategias de comunicación efectiva, implementación de manuales, protocolos, procesos y circuitos de atención, con el fin de satisfacer las expectativas y requerimientos del usuario interno y externo.

Objetivos específicos

1. Implementar un programa de capacitación continua para el personal de enfermería.
2. Reestructurar la plantilla de enfermeras y gestionar la existencia adecuada de equipos biomédicos e infraestructura, de acuerdo a la necesidad del servicio.
3. Elaborar e implementar manuales de inducción y protocolos de atención de enfermería.
4. Elaborar e implementar circuitos y procesos de atención de acuerdo a la realidad del servicio.
5. Establecer estrategias de comunicación efectiva departamental, interdepartamental y para con el cliente externo.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1.1. Marco Institucional

1.1.1. Aspecto Geográfico del lugar.

El HSFQ se encuentra ubicado en la provincia de Pichincha, al norte de la ciudad de Quito en el Sector de Carcelén, entre la intersección de la Avda. Jaime Roldos Aguilera y Juan Ramón Jiménez.

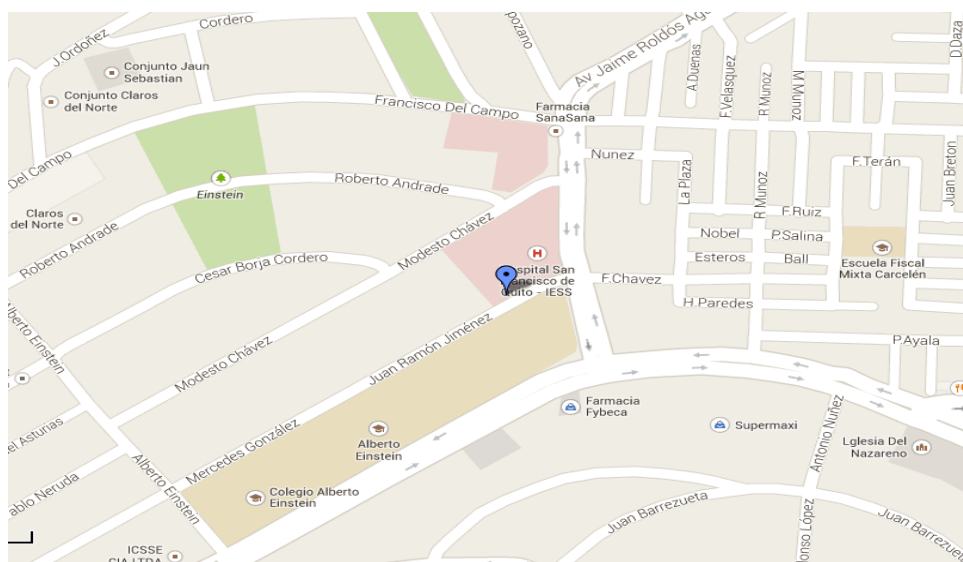


Gráfico 1. Ubicación del Hospital San Francisco de Quito

Fuente: Google Earth 2014

1.1.2. Reseña Histórica.

El 10 de marzo del 2009, se concreta la adquisición a Pro médica a partir de lo cual se ejecutan los estudios para la terminación, equipamiento y puesta en funcionamiento del HSFQ. El 27 de octubre de 2010 se eleva al portal de compras públicas el proceso de contratación integral por 42'158.393.19. El 16 de febrero de 2011, luego de la adjudicación a la empresa española Makiber S.A., se protocoliza el contrato por 38'946.026,59 con un plazo de 12 meses para la terminación de la obra, el equipamiento y 24 meses adicionales para la gestión. Así mismo la empresa Interplan CIA.LTDA., es la ganadora del concurso público para efectuar la fiscalización del contrato con Makiber. La obra inicia el 21 de marzo de 2011 y culmina a los 9 meses, el 5 de diciembre de 2011. Tres meses antes de lo previsto en el contrato.

1.1.3. Características Geofísicas.

El Hospital San Francisco de Quito-IESS es una unidad médica de construcción moderna constituida por un edificio de 8 pisos, cuenta con 136 camas en las áreas de Hospitalización, Medicina Interna, Gineco Pediatría, Quirúrgica y Cuidados Intensivos, dispone de una sala de Emergencia, una Unidad Quirúrgica con 6 Quirófanos y 6 camas para recuperación, una sala de centro obstétrico con 3 quirófanos, 1 sala de parto y 10 camas para recuperación, una unidad de neonatología con 14 cunas habilitadas, un área para central de esterilización, lavandería, áreas de diagnóstico, consulta externa y áreas administrativas, distribuidas de la siguiente manera:

Tabla 1. Distribución de áreas en el HSFQ-IESS

Pisos	Asignaciones
LADO A	
Subsuelo 1	Parqueaderos para Directores del HSFQ.
Subsuelo 2	Parqueaderos para personas externas que acuden al H.S.F.Q.
Subsuelo 3	Parqueaderos para el personal de Salud
Planta Baja	Imagenología Laboratorio, Patología, Endoscopia, Unidad de Medicina Transfusional.
Primer Piso	Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos, Quirófano, Central de Esterilización, Lavandería, Farmacia.
Segundo Piso	Hospitalización Gineco Pediatría y Dirección Administrativa.
Tercer Piso	Hospitalización Quirúrgica.
Cuarto Piso	Hospitalización Medicina Interna.
LADO B	
Subsuelo 1	Bodega Central del HSFQ.
Subsuelo 2	Parqueaderos para personas externas que acuden al H.S.F.Q.
Subsuelo 3	Parqueaderos para el personal de Salud
Planta Baja	Farmacia, Información, Registro Civil, Estación de Guardianía, Central de monitorización del HSFQ, Auditoria, Trabajo Social, Atención al Usuario, Admisión Central, Departamento Informático, Comedor.
Primer Piso	Centro Obstétrico y Neonatología. RRHH y Mantenimiento.
Consulta Externa	
Segundo Piso.	
Tercer Piso.	
Cuarto Piso.	
Helipuerto.	

Fuente: Dirección Administrativa HSFQ-IESS

Elaborado por: Lic. Evelyn Chávez

1.1.4. Servicios que presta el Hospital San Francisco de Quito – IESS.

El Hospital San Francisco de Quito es una unidad médica de segundo nivel de complejidad, presta servicios de Hospitalización y Ambulatorio a los afiliados, jubilados y derechohabientes del norte de Quito, así como a la colectividad en general. Brinda atención las 24 horas del día, los 365 días del año.

Dispone de las siguientes áreas y especialidades:

Tabla 2. Áreas y Especialidades HSFQ

Especialidades de:	
Consulta Externa	Medicina General
	Medicina Interna
	Cardiología
	Gastroenterología
	Endoscopia Digestiva
	Neumología
	Dermatología
	Cirugía General
	Cirugía Urológico
	Cirugía Vascular
	Oftalmología
	Otorrinolaringología
	Neurología
	Psicología
	Traumatología
Pediatría	

	Ginecología y Obstetricia.
--	----------------------------

Hospitalización	Medicina Interna
	Quirúrgica
	Gineco- Pediatría
Quirúrgicas	Quirófano Central
	Centro Obstétrico
	Central de Esterilización
Áreas Críticas	Emergencia
	Terapia Intensiva
	Neonatología
Servicios Centrales	Laboratorio clínico
	Anatomía Patológica
	Imagenología
	Pruebas Especiales
	Farmacia
Servicios Generales	Mantenimiento
	Lavandería
	Monitoreo del HSFQ
	Guardianía
	Limpieza
	Dirección Administrativa
	Dirección Médica

Administración	Financiero
	Adquisiciones
	Estadística
	Activos Fijos
	Auditoría
	RRHH
	Admisión
	Atención al Usuario
	TICS
	Registro Civil
	Trabajo Social

Fuente: Dirección Administrativa del HSFQ –IESS.

Elaborado por: el Autor.

1.1.5. Misión de la institución.

“Satisfacer las expectativas de los usuarios con agilidad, calidad, calidez, efectividad y seguridad con profesionales comprometidos”

1.1.6. Visión de la Institución.

Ser un referente en atención médica integral y especializada como ejemplo de red de salud, alineado con los avances tecnológicos y científicos, apoyado en profesionales altamente cualificados, gestores del conocimiento generadores de un entorno laboral que promueve su desarrollo.

Tabla 3. Autoridades del HSFQ

AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS	
DIRECTORA ADMINISTRATIVA	Ing. Andrea Paz Haro
DIRECTOR TÉCNICO DE INVESTIGACION Y DOCENCIA	Dr. Roberto Ramos Soto
JEFE FINANCIERA	Eco. Antonella Burbano
JEFE DE SERVICIOS GENERALES	Abg. Abelino Abarca
JEFE DE SERVICIOS AL ASEGURADO	Ing. Yesenia Santana
JEFE DE RRHH	Lcda. Fabiola Carrasco
AUTORIDADES MÉDICAS	
DIRECTOR MÉDICO	Dr. Iván Galarza
DIRECTORA TÉCNICO DE AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	Dra. Lenis Ortiz
DIRECTOR TÉCNICO DE HOSPITALIZACION Y AMBULATORIO	Dr. Pablo Manosalvas.
DIRECTOR TÉCNICO DE MEDICINA CRÍTICA (EMERGENCIA Y UCI)	Dr. Eduardo Barzallo
COORDINADOR QUIRÚRGICO.	Dr. Giovanni Villacís Carrasco

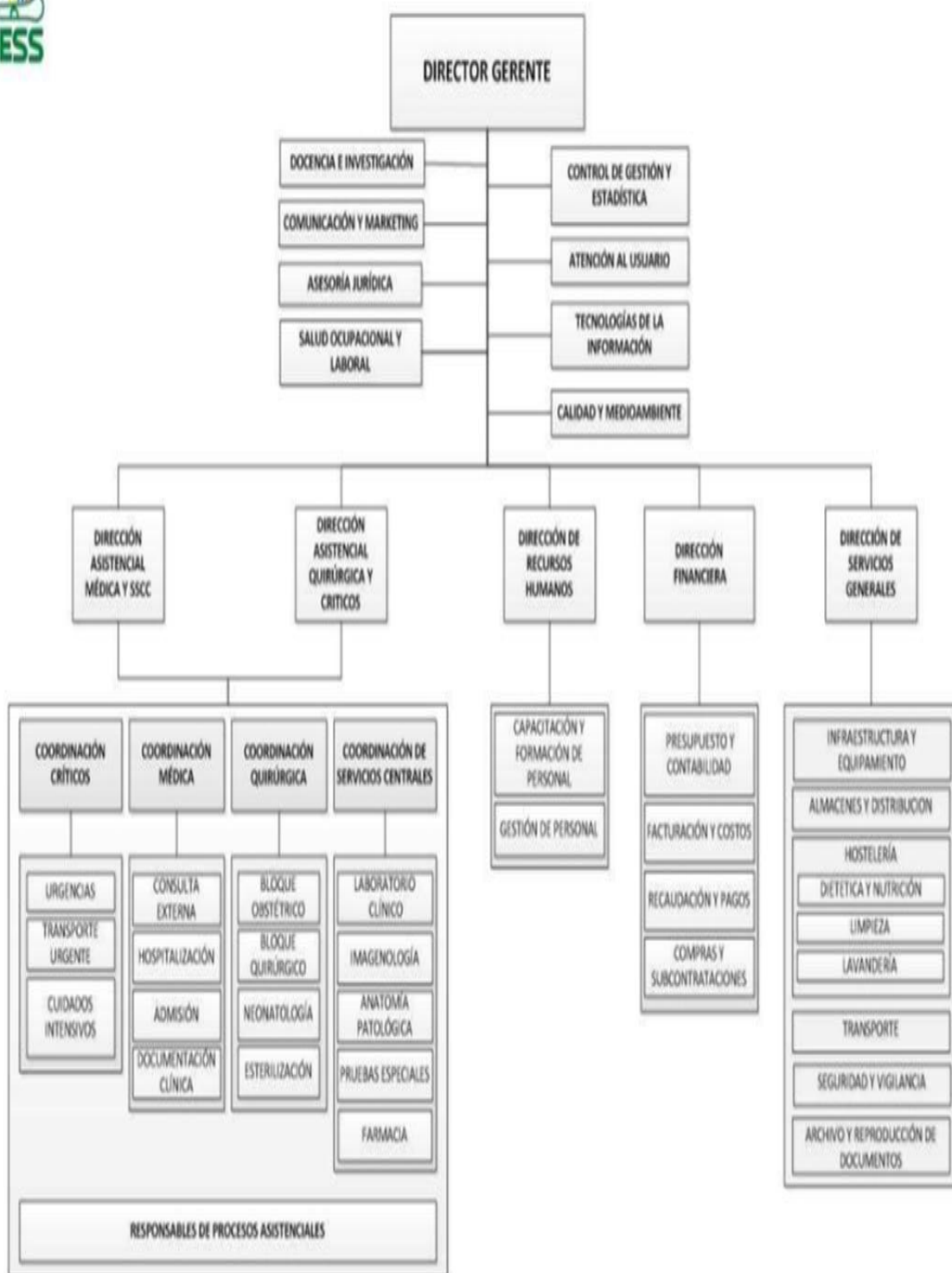
Fuente: Intranet HSFQ –IESS **Elaborado por:** el Autor

1.1.7. Organigrama de la institución

Gráfico 2. Organigrama HSFQ



ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO



Fuente: Dirección Administrativa HSFQ – IESS Elaborado por: el Autor

1.1.8. Dinámica poblacional del Hospital San Francisco de Quito –IESS

El HSFQ es una unidad de Referencia de los 7 Dispensarios de primer nivel que tiene el IESS y de las unidades de poblaciones aledañas como Cayambe, Calacalí, Nanegalito, Pedro Vicente Maldonado, Los Bancos y Puerto Quito, a esto se suman los pacientes que se agendan mediante el servicio de call center y los pacientes que acuden directamente pertenecientes al sector norte de Quito.

En el año 2013 se ha atendido 275.434 pacientes en diferentes áreas:

Tabla 4. Pacientes atendidos HSFQ-IESS, 2013

Consulta Externa	138.759
Hospitalizaciones	10.896
Emergencias	116.248
Cirugías	9.431
Total	275.334

Fuente: Estadística HSFQ – IESS Elaborado por: el Autor

1.1.9. Servicio de Emergencia del Hospital San Francisco de Quito

El servicio de Emergencia empezó a dar atención médica a partir del mes de Junio del 2012. Cuenta con 3 unidades de referencia de primer y tercer nivel de complejidad como son el Dispensario de atención Ambulatoria Batán, Dispensario de atención Ambulatoria Cotacollao y el Hospital Carlos Andrade Marín, los mismos que quedan ubicados al Norte de Quito (Dispensarios) y al centro norte de Quito (HCAM), además trabaja con transferencias de las unidades de poblaciones aledañas como Cayambe, Calacalí, Nanegalito, Pedro Vicente Maldonado, Los Bancos y Puerto Quito y con el Sistema Integrado ECU 911.

El servicio de Emergencia del HSFQ brinda sus servicios en la planta baja del hospital, atiende a pacientes adultos y pediátricos, mantiene conexión directa con los servicios complementarios como Centro Obstétrico, Centro Quirúrgico, Hospitalizaciones, UCI, Neonatología, Consulta Externa, Ambulancia y con los servicios de diagnóstico que son laboratorio clínico, imagenología, ecosonografía, electrocardiografías, servicios de apoyo como trabajo social, estadística, farmacia, epidemiología, nutrición y dietética, morgue, lavandería, servicios administrativos e informática.

Cuenta con un espacio físico distribuido de la siguiente manera:

Tabla 5. Distribución de espacio físico área de emergencia HSFQ-IESS, 2013

Áreas	Cantidad
Sala de Espera	1
Admisión	1
Triage	1
Consultorios	2
Cubículos adultos	13
Cubículos pediátricos	5
Quirófano	1
Aislamiento	2
Área de Procedimientos 1	1
Área de Procedimientos 2	1
Estación de Enfermería	1
Preparación 1	1
Preparación 2	1

Fuente: Personal administrativo servicio de emergencia del HSFQ –IESS.

Elaborado por: el Autor

El personal que labora en el Área de Emergencia del HSFQ se distribuye de la siguiente forma:

Tabla 6. Personal área de emergencia HSFQ-IESS, 2013

Personal Profesional

Personal	Cantidad
Coordinador de emergencia	1
Supervisora de emergencia	1
Médicos generales	10
Médicos tratantes	8
Paramédicos	10
Enfermeras	17
Choferes	6

Personal No Profesional

Personal	Cantidad
Auxiliares en Enfermería	10
Camilleros	12
Personal de Limpieza	2
Guardianía	10

Fuente: Personal administrativo servicio de emergencia del HSFQ.

Elaborado por: el Autor

El servicio de Emergencia en el año 2012 de junio a diciembre atendió 31.600 (treinta y un mil seiscientos) pacientes es decir aproximadamente 200 (doscientos) pacientes diarios y en el año 2013 a partir del mes de Enero hasta el mes de diciembre se ha atendido alrededor de 116.348 (ciento dieciséis mil trescientos cuarenta y ocho) pacientes es decir aproximadamente 350 (trescientos cincuenta) pacientes diarios, esto nos da a conocer que la demanda de pacientes aumentó en un 75%. Es necesario tomar en cuenta los meses considerados críticos como son los meses de mayo, octubre, noviembre y diciembre, puesto que debido a varias festividades el número de pacientes se incrementa.

1.2. Marco conceptual

1.2.1 Calidad de atención en las instituciones de salud y en el hospital.

La calidad de atención en las instituciones de salud es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas (Rojas, 2000). En este caso su producto son servicios que tienen las características de ser intangibles y se pueden identificar dos tipos de calidad:

Calidad técnica: es la aplicación de la ciencia y tecnología médica de forma que maximice los beneficios de la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos en la atención mediante el cual se espera poder proporcionar al usuario externo el máximo y más completo bienestar, logrando un equilibrio más favorable de riesgo y beneficio.

Calidad sentida: es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios externos después de utilizar los servicios de calidad de la institución. Mejorar la calidad implica un proceso de búsqueda de los medios que modifiquen la calidad técnica y la calidad sentida por los usuarios.

La OPS/OMS propone como definición de calidad de las instituciones, aquella que cumple con 4 enunciados:

- Alto grado de satisfacción por parte de los usuarios externos
- Un mínimo de riesgo para los usuarios externos e internos
- Alto nivel de excelencia profesional
- Uso eficiente de los recursos de las instituciones

Dentro de las Políticas de Calidad, entendidas estas como el conjunto de directrices y objetivos generales relativos a la calidad expresada formalmente y que requieren la actuación de una organización, encontramos la gestión, planificación, organización, control y mejora, que a su vez requieren la implementación de un sistema para garantizar la calidad total (O.P.S., 1999).

Las estrategias modernas relacionadas con la calidad en el campo de la salud suelen representarse como un triángulo, cuyos tres puntos corresponden al diseño de la calidad, control de la calidad y mejoramiento de la calidad interrelacionados y mutuamente reforzadores de la garantía de calidad (Palmer, 1996).

El punto de partida de la gestión de calidad del Hospital, consiste en captar las exigencias de los pacientes y analizar la forma de ofrecerles soluciones que respondan a sus

necesidades. Las estrategias más relevantes a nivel calidad de servicio dentro del Hospital incluyen comunicar las necesidades y expectativas de los pacientes, motivar al personal de la institución, incentivar la responsabilidad sobre los propios resultados, y mejorar la tecnología. Los principales componentes de la calidad del servicio en el hospital incluyen: tangibles, fiabilidad, rapidez, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, comunicación y conocimiento del paciente. (Conde, 2014).

1.2.2 Calidad de atención en emergencia y triage.

En la Medicina de Urgencias y Emergencias se utiliza el factor tiempo como un criterio fundamental en la denominación de los eventos. Según este criterio se define como Emergencia a la situación de inicio o aparición brusca que presenta un riesgo vital o de función básica que necesita asistencia inmediata (minutos). Esta situación obliga a poner en marcha recursos y medios especiales para prevenir un desenlace fatal. Ejemplos de estas situaciones son: paro cardio respiratorio, neumotórax a tensión (IDEB, 1996).

Algunos tutores utilizan el término de niveles para designar el tipo de evento, de tal manera que el nivel I y II se reservan para las emergencias, y a del nivel III al V, se clasifican las urgencias, que son situaciones de inicio rápido pero no brusco que necesitan asistencia rápida (horas) y puede presentar un componente subjetivo, siendo situaciones sin riesgo vital inmediato pero que pueden llegar a presentarlo en un periodo de tiempo breve si no se diagnostican y tratan de forma precoz, por ejemplo una obstrucción intestinal, neumonía, etc. Dentro de esta clasificación un nivel III corresponde a situaciones que ameritan intervención con un tiempo de espera de 60 minutos. Un nivel IV es menos urgente, son situaciones potencialmente serias y de cierta complejidad que precisará intervención en 3 horas. Al nivel V corresponde situaciones de baja complejidad que requieren escaso consumo de recursos diagnósticos y terapéuticos y no representan riesgos para el paciente. Su asistencia se puede demorar hasta 4 o 5 horas. (Gonzales, 2008)

En la actualidad vivimos la sobresaturación de los Servicios de Urgencias, ya que se exige una atención urgente a situaciones que pueden solucionarse en otros niveles asistenciales previos, lo que hace necesario la selección de los pacientes según su patología y gravedad, determinando el tiempo de espera para ser atendidos a esto lo llamamos triage. El Triage se basa en la evaluación de signos vitales, condiciones de vida, intervenciones terapéuticas y evaluación dinámica.

Existen múltiples sistemas de triage, sin embargo se ha tomado como referente el sistema del grupo español de triage “Sistema de Triage Manchester MTS® modificado”, que también fue tomado como base para el Manual de Triage Iberoamericano (OPS, 2011)

Tabla 7. Sistema de Triage Manchester MTS® modificado

ESTADO	TIEMPO MÁXIMO	COLOR	PATOLOGIAS
Crítico (Nivel 1)	0 minutos	Rojo	Anexo No 4.1
Emergencia (Nivel 2)	10 minutos	Naranja	Anexo No 1.2
Emergencia (Nivel 3)	1 hora	Amarillo	Anexo No 1.3
Estándar (Nivel 4)	120 minutos	Verde	Anexo No 1.4
No urgente (Nivel 5)	240 minutos	Azul	Anexo No 1.5

Fuente: “Manual de Triage Iberoamericano (OPS, 2010)”

En el Manual Operativo Red Nacional Integrada de Servicios de Salud las vías de acceso por parte de los usuarios al Servicio de Urgencias son tres: por "iniciativa propia"; por "orden facultativa", derivados por el médico de atención primaria u otros niveles asistenciales; y finalmente, a través de los Servicios de Emergencias de entidades como el Sistema Integrado ECU 911, que se encarga de poner a disposición del paciente, recursos con mayor nivel asistencial (MSP, 2013)

Los Establecimientos de Salud de segundo y tercer nivel en los que existen servicios de Emergencia funcionan 24 horas/7 días a la semana, deberán organizar el servicio de la siguiente manera:

- ✓ Jefe de guardia a partir de 5 pm de la tarde y feriados, será la autoridad máxima del hospital, en la modalidad de turnos que se organizarán de acuerdo a las características propias de cada hospital.
- ✓ Los hospitales con servicios de emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos deberán estructurar el Servicio de Áreas Críticas.
- ✓ Los servicios de emergencias no podrán rechazar ningún paciente, se clasificará según el Sistema de Triage Manchester, se estabilizará y se trasladará sea a la hospitalización del mismo hospital si hay disponibilidad de camas según su capacidad resolutive, o se derivara a otro hospital a través del equipo de gestión de red zonal.
- ✓ Los Servicios de emergencia de los establecimientos debe tener un teléfono directo exclusivo para este servicio.

- ✓ Todo Servicio de Emergencia deberá contar con un área (box) de triage que permita la atención según prioridad (según sistema de Triage Manchester)
- ✓ El Servicio de Emergencia debe contar con área de urgencias, de emergencias, de críticos y observación según su capacidad resolutive.
- ✓ La estancia en los boxes de Urgencias/Emergencias, máximo 4 horas, Salas de observación, máximo 12 horas con un Máximo de menos de 23 horas.
- ✓ El servicio de emergencia debe contar con apoyo de Laboratorio y de Diagnóstico por Imágenes, durante las 24 HORAS según su capacidad resolutive.
- ✓ Cada servicio de emergencia tendrá una plantilla estándar de recursos humanos, materiales, equipos y lencería de acuerdo a su capacidad resolutive normada.
- ✓ El Servicio de Emergencia debe tener permanentemente, el apoyo y la presencia de un representante de Seguridad (que puede ser una agente de la Policía Nacional del Ecuador y/o de vigilancia)
- ✓ Cuando un paciente ingresa al Servicio de Emergencias a través de Atención Pre hospitalaria (SIS-ECU 911-Transporte primario), se debe firmar la recepción del paciente en el formulario HCU-F002.

La denominada “hora de oro”, donde la actuación sanitaria ha demostrado con creces rebajar el número de lesiones incapacitantes, así como los fallecimientos, confirma la necesidad de actualizar y reorganizar los distintos Servicios de Urgencias hospitalarios y extra hospitalarios, así como la creación de Servicios de Emergencias allí donde aún no se contemplan. (Rodríguez, 2004)

1.2.3 Rol de enfermería en el servicio de emergencia según el Instituto Mexicano del Seguro Social (1975)

La enfermera del servicio de emergencia debe tener capacidad de respuesta, agilidad y veracidad, disciplina en su actuar, tener conocimiento de temas básicos más frecuentes en la unidad como Shock – Trauma, Primeros Auxilios, Soporte Vital Básico de Vida, etc. además conocer procedimientos de enfermería realizados en emergencia como cateterismo periférico venoso y central, colocación de sonda nasogástrica, sonda vesical, etc.

En 1997, la Comisión Interinstitucional de Enfermería, llevó a cabo un análisis de los servicios de enfermería en las instituciones de salud en México e identificó varios factores que influyen en la calidad de la prestación de los servicios de enfermería. Entre ellos destacó por su importancia la insuficiencia de personal en los tres niveles de atención.

Las características de diseño físico del área: número, ubicación y distancia entre controles de enfermeras, centrales de distribución de material y equipo, cubículos de curaciones o disposición de las áreas de pacientes en sala general, cuartos semiprivados o privados, son algunos de los elementos que deberán considerarse como factores que influyen en menor o mayor grado en la determinación del número y tipo de recursos humanos en enfermería que se requieren. Los recursos en equipo que deberán tomarse en cuenta para la revisión de plantillas serán, entre otros, camas de hospitalización, camillas de recuperación, camas de cirugía ambulatoria, camas de labor, salas de expulsión, cunas para lactantes, cunas de calor radiante, incubadoras, salas de quirófano, equipo técnico especializado (monitores, ventiladores, bombas de infusión, etc).

Para la determinación de personal de enfermería será necesario tomar en cuenta si los servicios tienen personal específico para la preparación, manejo y control de los recursos tecnológicos: aparatos de monitoreo cardiaco o hemodinámico, aparatos de apoyo ventilatorio, y de nutrición parenteral, entre otros. Los indicadores que se incluyen a continuación se considera que pudieran ser representativos y de aplicación general en el sector.

Tabla 8. Horas enfermera-paciente por área

ÁREAS CRÍTICAS	ESTANDAR	
	DE	A
Cuidados intensivos adultos	1 EE por 2 camas	1 EE por cama
Unidad de choque adultos	1 EE por unidad	2 EE por unidad
Unidad de choque pediatría	1 EE por unidad	2 EE por unidad
Unidad de choque traumatología	1 EE por unidad	2 EE por unidad
Urgencias adultos	1 EG por 3 camas	1 EE por 3 camas
Urgencias coronarias	1 EE por 2 camas	1 EE por cama
Urgencias pediátricas	1 EE por 3 camas	1 EE por 2 camas
Procedimientos	1 EG por cubículo	1 EG y 1 AE por cubículo

Fuente: Guía del Instituto Mexicano

Elaborado por: el Autor

AE: Auxiliar de enfermera, **EG:** Enfermera general

EE: Enfermera especialista

La educación engloba la formación continuada de uno mismo y la enseñanza de los pacientes, de la familia y comunidad y de los otros miembros del equipo de emergencia, las interacciones sociales se deben tener en cuenta en todos los niveles de la enfermería. Una enfermera debe tener la capacidad de distinguir entre las interacciones sociales apropiadas y las inapropiadas. Hay límites cuando se hace una relación social con un paciente. Una enfermera tiene que ser comprensiva, pero nunca debe llegar a ser demasiado familiar y quedar socialmente involucrada con un paciente (Roger, 2001)

1.2.4 Dotación de equipos biomédicos y adecuación de infraestructura

Es indispensable la disponibilidad óptima de recursos físicos (Infraestructura y equipamiento) y humanos en el servicio de Emergencia para garantizar una atención eficiente y oportuna (Pineda, 2004).

Los Servicios de Emergencia contarán con equipos médicos en óptimas condiciones, material médico fungible, insumos y fármacos de acuerdo al nivel de categorización del Hospital y la demanda que tenga que resolver. Dentro del equipamiento institucional es importante tomar en cuenta los siguientes criterios de las Normas técnicas y criterios de calificación del nivel de complejidad de las unidades médicas- subdirección de aseguramiento y control de prestaciones, IESS 2010:

- ✓ Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad, respaldo y soporte técnico – científico que garantice la atención médica.
- ✓ Disponer de un inventario donde se incluyan todos los elementos con que cuente el prestador de salud.
- ✓ El mantenimiento de los equipos, se hace con sujeción a un programa de carácter preventivo y la calibración de los equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes.

1.2.5 Normas, protocolos de actuación, manual de funciones, circuitos y procesos de atención.

Son instrumentos de trabajo que contienen el conjunto de normas y tareas que desarrolla cada funcionario en sus actividades cotidianas y serán elaborados técnicamente basados en los respectivos procedimientos, sistemas y normas que resumen el establecimiento de guías y orientaciones para desarrollar las rutinas o labores cotidianas, sin interferir en las capacidades intelectuales, ni en la autonomía propia e independencia mental o profesional

de cada uno de los trabajadores u operarios de una empresa ya que estos podrán tomar las decisiones más acertadas apoyados por las directrices de los superiores, y estableciendo con claridad la responsabilidad, las obligaciones que cada uno de los cargos conlleva, sus requisitos, perfiles, incluyendo informes de labores que deben ser elaborados por lo menos anualmente dentro de los cuales se indique cualitativa y cuantitativamente en resumen las labores realizadas en el período, los problemas e inconvenientes y sus respectivas soluciones, tanto los informes como los manuales deberán ser evaluados permanentemente por los respectivos jefes para garantizar un adecuado desarrollo y calidad de la gestión (Beltrán, 2011).

La norma de atención contiene información semejante a una guía de atención o una guía de práctica clínica, pero esta tiene carácter impositivo a nivel del país y debe ser cumplida por todo centro de salud, público o privado. Los protocolos son instrumentos de aplicación, de orientación, eminentemente práctica, que pueden o no resumir los contenidos de una Guía de Práctica Clínica o Guía de Atención. El manual de funcionamiento es un instrumento que contiene los lineamientos técnicos para la atención, orientan al personal de los servicios en aspectos como: infraestructura, equipamiento, lineamientos, normativas de la institución, actividades y funciones del personal (Orellana, 2003).

En todos los casos debe evitarse que la Norma constituya un fin a obedecer “a ciegas”. Toda norma es sólo un instrumento para la acción y por lo tanto, quienes la apliquen deben hacerlo asegurando su cumplimiento y también su propio sentido común.

Los circuitos de atención son las rutas que tomarán los pacientes dependiendo de su patología desde el momento en que ingresan al hospital hasta el momento en que reciben la atención, los circuitos bien diseñados minimizan el tiempo de recorrido del paciente hacia el lugar de atención.

El proceso de atención es el cauce formal de la serie de actos en que se concreta la actuación administrativa para la realización de un fin y recoge las bases y criterios para la correcta realización del procedimiento. Es un único proceso que tiene un comienzo y fin. Todos los procedimientos deben resolverse independientemente de la forma de inicio y, asimismo, deben ser notificados. (Beltrán, 2011)

1.2.6 Comunicación efectiva en el servicio de emergencia

La comunicación en las empresas es uno de los puntos más importantes y críticos, pues de esta depende el desarrollo de todas las actividades y proyectos. Si esta no es efectiva y no cuenta con los métodos correctos y eficiente se corre el riesgo de llegar a puntos críticos

como: malos entendidos, notificación inadecuada de las prioridades, órdenes confusas o aplicación de criterios personales mal interpretados (yo pensé que...a mí me dijeron que...yo no sabía que...), todo esto genera un clima organizacional tenso y poco productivo. Uno de los principales obstáculos, es no reconocer que existen barreras. Lo cual va de la mano con la falta de consciencia con relación a la complejidad de la comunicación interpersonal y organizacional. (Pascual, 2013)

Para lograr tener una comunicación efectiva es necesario seguir las siguientes recomendaciones: escuchar activamente, respetar de los demás el derecho a pensar y sentir, hacer propios sentimientos y pensamientos mediante el uso de "yo", en lugar de "usted", siempre que sea posible, prestar atención al lenguaje corporal de los demás y considerar los mensajes que puede estar enviando con su propio lenguaje corporal.

Los beneficios de la comunicación interpersonal efectiva en la enfermería son significativos (Goldhaber, 1986), de acuerdo con Marilyn Klakovich, el presidente del Colegio de Enfermería de la Universidad de Phoenix. En sus escritos sobre el tema, afirma que la capacidad de comunicarse y relacionarse con un paciente proporciona mayor satisfacción profesional para la enfermera y mejora la salud general del sistema de atención en los Estados Unidos. Ser un buen oyente y comunicador por lo general se traduce en un mayor nivel de atención.

1.2.7 Marco legal

Según Constitución Política de la República del Ecuador, Registro Oficial 449, 20 de Octubre de 2008 en la sección séptima de la Carta Magna se garantiza la salud como un derecho de todos, en el Art.32, indicando que la prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad eficiencia precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. En el Art.34 se refiere al derecho a la seguridad social señalando que se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad, suficiencia, transparencia y participación, para la atención de las necesidades individuales y colectivas.

Según la Ley de Seguridad Social en el Título III del aseguramiento de salud individual y familiar, Capítulo Dos Del aseguramiento y la entrega de prestaciones de Salud, Art. 108.- Lineamiento de política, la Ley de Seguridad Social indica que la compra de servicios médicos – asistenciales comprende la acreditación de los prestadores, la contratación de los proveedores, la vigilancia del cumplimiento los contratos, así como el control de la calidad de la prestación y la satisfacción del usuario, en términos de eficiencia, oportunidad y equidad.

En la Ley Orgánica de Salud, en el Capítulo I, señala en el Art. 1 respecto al derecho a la salud y su protección, su finalidad de regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia, con enfoque de derechos, interculturalidad de género, generacional y bioética.

Finalmente en la Ley de Derechos y Amparo al Paciente en el Capítulo II, Art. 2 señala que todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente tratado con esmero, respeto y cortesía.

CAPITULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

2. DISEÑO METODOLÓGICO

Para la ejecución del proyecto se utilizó la matriz de involucrados, árbol de problemas, árbol de objetivos y la matriz del marco lógico.

2.1. Matriz de involucrados

Grupos y/o Instituciones	Intereses	Recursos y Mandatos	Problemas percibidos.
<p style="text-align: center;">Hospital San francisco de Quito IESS</p> <p>Directivos del HSFQ</p>	<p>Ser un referente de vanguardia en lo que se refiere a brindar una óptima calidad de atención en la emergencia.</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Humano ✓ Financiero ✓ Tecnológico ✓ Materiales e insumos <p>Mandatos:</p> <p>Art. 2 Reglamento General: El IESS tiene la misión de proteger a la población urbana y rural, contra las contingencias de enfermedad, maternidad riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte en los términos consagrados en la Ley de Seguridad Social.</p>	<p>Falta de recursos económicos</p>
<p>Coordinadores del servicio de</p>	<p>Satisfacer las necesidades y</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Humanos ✓ Materiales 	<p>Falta de coordinación con el equipo de</p>

<p>Emergencia.</p>	<p>expectativas de los pacientes con agilidad, calidad y calidez</p> <p>Contar con personal capacitado, proactivo y motivado.</p>	<p>✓ Financieros</p> <p>Mandatos:</p> <p>Art 118.- los empleadores protegerán la salud de sus trabajadores dotándoles de información suficiente, equipos de protección, vestimenta apropiada, ambientes seguros de trabajo a fin de prevenir disminuir o eliminar los riesgos accidentes y aparición de enfermedades laborales.</p>	<p>salud</p> <p>Personal desmotivado</p>
<p>Personal de Enfermería del Servicio de Emergencia.</p>	<p>Fortalecer sus conocimientos y aplicarlos de la mejor manera, logrando así potenciar el desarrollo del servicio.</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Humano ✓ Materiales ✓ Áreas físicas ✓ Financieros <p>Mandatos:</p> <p>Art 3. De la Organización.- En reglamento general: IESS como entidad especializada en aseguramiento, garantiza la tecnificación de sus servidores mediante la implementación de adecuados procesos de selección, capacitación,</p>	<p>Falta de interés por parte de equipo de salud</p> <p>Desactualización del equipo de salud sobre nuevos procedimientos.</p>

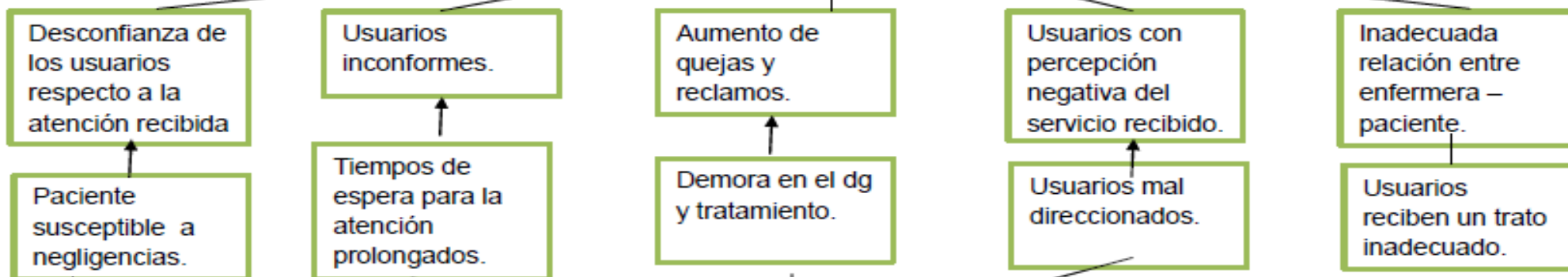
		evaluación y promoción de su personal, así como también a través del mejoramiento tecnológico de sus procesos, en beneficio de sus usuarios.	
Usuario externo que acude al servicio de emergencia del HSFQ	Recibir un servicio que cumpla con sus necesidades y expectativas, que sea oportuna y de calidad.	<p>Recurso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Humano <p>Mandato:</p> <p>Art. 30 del Reglamento General: El IESS promulga el establecimiento de estrategias para la promoción y cumplimiento de la medicina preventiva: con sujeción a los protocolos elaborados por el MSP con asesoría del CONASA.</p>	<p>Espera prolongada para recibir atención.</p> <p>Espacio físico reducido.</p> <p>Desmesura del usuario en su estado de salud</p> <p>Usuario Insatisfecho</p> <p>No recibe atención oportuna.</p>
Maestrante	Contribuir con un proyecto para mejorar la calidad de atención que se brinda en el servicio de Emergencia del	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Humanos ✓ Económicos <p>Mandato:</p> <p>Art 37: Ley de Educación Superior para obtener el</p>	<p>Falta de colaboración por parte del personal de Emergencia Y PERSONAL Administrativo.</p> <p>Débil comunicación</p>

	HSFQ.	Grado de Magíster, los postulantes deben realizar y sustentar una tesis de investigación científica que presente novedad y originalidad en el problema.	departamental e interdepartamental
--	-------	---	------------------------------------

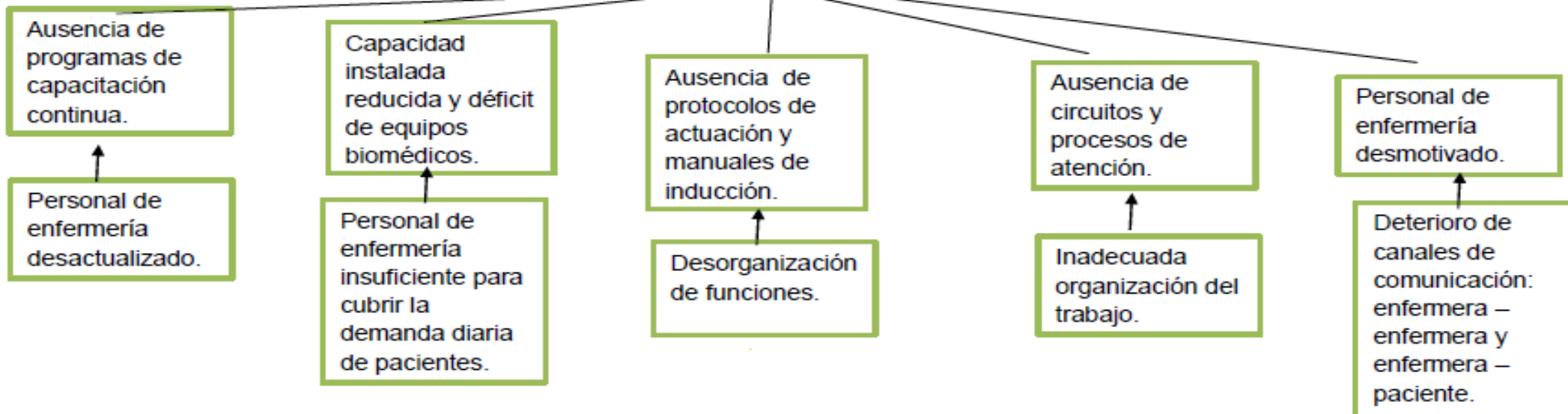
INSATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS POR LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA RECIBIDA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HSFQ IESS

2.2.- Árbol de

Problemas

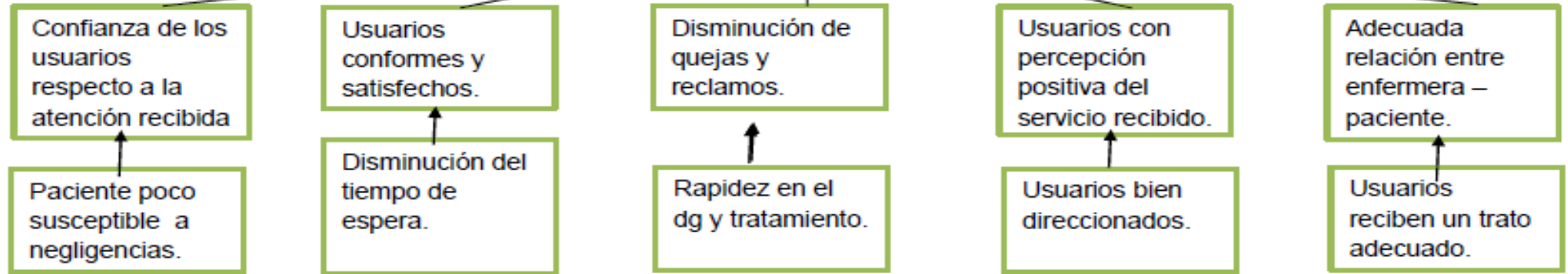


DISMINUCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LOS USUARIOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO IESS.

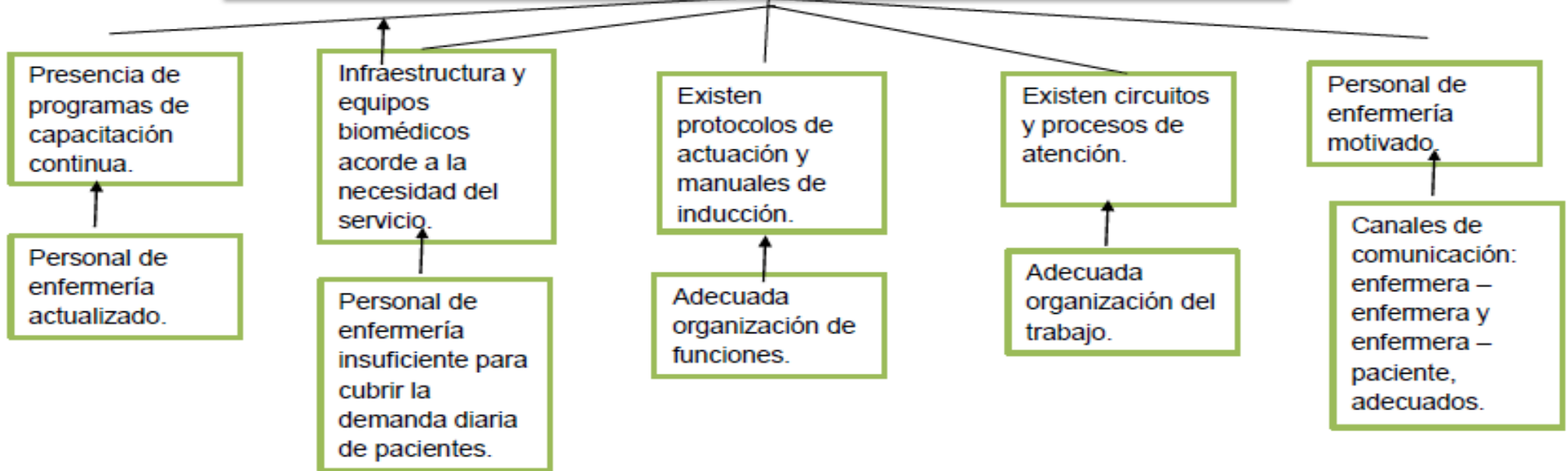


USUARIOS SATISFECHOS CON LA ATENCIÓN RECIBIDA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HSFQ IESS

2.3.- Árbol de Objetivos



MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LOS USUARIOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO IESS.



2.4 Matriz del marco lógico

	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>FIN</p> <p>Contribuir a incrementar la satisfacción en los usuarios del servicio de Emergencia del HSFQ-IESS</p>			
<p>PROPOSITO</p> <p>Plan de mejoramiento de la calidad de atención de enfermería aplicado en el servicio de emergencia del Hospital San Francisco de Quito. IESS. Implementado.</p>	<p>El 100% de las actividades planteadas se cumplieron hasta el mes de febrero del 2014.</p>	<p>Manuales</p> <p>Protocolos</p> <p>Procesos y Circuitos</p> <p>Actas de reuniones</p> <p>Fotografías</p> <p>Lista de asistencia</p> <p>Memorias técnicas</p> <p>Encuestas al usuario interno y externo.</p>	<p>Apoyo y empoderamiento por parte de las autoridades y el usuario interno.</p>
COMPONENTES O RESULTADOS ESPERADOS.			
RESULTADO 1			
<p>Programa de capacitación continua para el usuario interno elaborado e</p>	<p>El 82% del personal de enfermería aplica conocimientos</p>	<p>Fotografías</p> <p>Lista de</p>	<p>Apego positivo del personal de enfermería al programa de</p>

implementado.	adquiridos correctamente hasta el mes de enero del 2014.	asistencia	capacitación.
RESULTADO 2	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Talento humano, equipos biomédicos e infraestructura, de acuerdo a la necesidad del servicio, gestionados e implementado.	-Se cuenta con una plantilla con el número de personal necesario hasta el mes de diciembre del 2013. -95% de equipos biomédicos suficientes y en óptimo estado. -95% de los usuarios con un espacio físico que cuente con una distribución eficiente hasta el mes de febrero del 2014.	Horarios Fotografías. Observación directa.	Asignación eficaz de Recursos institucionales Las autoridades apoyan al 100% en todas las actividades.
RESULTADO 3			
Manuales de inducción y protocolos de actuación de enfermería elaborado e implementado.	100% de Manuales de inducción, protocolos y normas de atención al usuario implementados hasta el mes de febrero 2014	Textos impresos Fotografía de la entrega	Empoderamiento del personal de Enfermería Todo el personal aplica sus conocimientos mediante pautas establecidas.

RESULTADO 4			
Circuitos y procesos de atención de acuerdo a la realidad del servicio, elaborados e implementados.	El 100% de circuitos procesos de atención se encuentran implementados hasta el mes de febrero 2014.	Físicos textos impresos Fotografía de la entrega	Empoderamiento de autoridades y del personal de Enfermería Circuitos y procesos bien definidos.
RESULTADO 5			
Estrategias de comunicación efectiva departamental, interdepartamental y para con el cliente externo establecidas.	95% del personal establece buena comunicación entre: Enfermera – Enfermera. Enfermera – paciente.	Fotos Reportes de conflictos departamentales, interdepartamentales y con el paciente.	El equipo de enfermería demuestra interés y preocupación por mantener una buena relación entre enfermeras y con el paciente.

2.5. Matriz de actividades

Actividades	Responsables	Cronograma	Recursos
Preliminares			
Reunión con el director del HSFQ, director de docencia y coordinadores del servicio de Emergencia.	Autora del proyecto	Octubre 2013	Infocus \$10
Reunión con el personal de Enfermería del servicio de Emergencia para dar a conocer el propósito de la aplicación del plan de gestión.	Autora del proyecto	Octubre 2013	Infocus \$10
Resultado 1: Programa de capacitación continua para el usuario interno elaborado e implementado.			
1.1.-Conformación de un comité para la coordinación del programa de capacitación continua.	- Maestrante -Supervisora de Enfermería	Octubre 2013	\$0.00
1.2.-Elaboración del cronograma del programa de capacitación para el personal de Enfermería. Temas: -Manejo de paciente crítico -Manejo de paciente poli traumatizado -Medicamentos más utilizados en el servicio de emergencia. -Manejo de equipos biomédicos existentes en el área. -Medicina transfusional. -Manejo del coche de paro. -Manejo de pacientes con problemas respiratorios agudos. -Procedimientos más utilizados en el servicio de emergencia. -Manejo de pacientes quemados. -Triage.	- Maestrante - Comité - Supervisora de Enfermería.	Octubre 2013	\$0.00

-BLS. -ATLS.			
1.3.- Realizar acuerdos con casas comerciales y con el director de docencia del HSFQ para la organización de capacitaciones y/o talleres con acreditaciones en temas como utilización de equipos biomédicos, temas básicos en emergencia como BLS y ATLS.	- Maestrante	Octubre 2013	\$0.00
1.4.- Implementación del programa de capacitación continua.	- Maestrante - Comité.	Octubre 2013 – enero 2014	Infocus \$192 Área informática \$12
1.5.-Redacción de memorias técnicas	- Maestrante	Octubre 2013 – enero 2014	
Total Resultado uno:			\$224
Resultado2: Talento humano, equipos biomédicos e infraestructura, de acuerdo a la necesidad del servicio, gestionados e implementados.			
2.1.- Reestructuración de plantillas de enfermería en el HSFQ.	- Director de áreas críticas del HSFQ. -Jefe de Enfermería del HSFQ. -Supervisoras de Enfermería del HSFQ. - Maestrante	Noviembre a Diciembre 2013.	\$0,00
2.2.- Adecuación y reestructuración del área física del servicio de emergencia.	- Director Médico del HSFQ	Octubre 2013 – Febrero 2014	\$2000

	<ul style="list-style-type: none"> - Director de áreas críticas del HSFQ. -Jefe de Enfermería del HSFQ. - Supervisora de Enfermería y Responsable Médico del servicio de emergencia. –Jefe de servicios generales - Maestrante 		
2.3.- Redistribución de equipos biomédicos y mobiliario de diferentes áreas del HSFQ y gestión de compra de equipos y muebles faltantes para el servicio de Emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> - Director Médico del HSFQ - Director de áreas críticas del HSFQ. -Jefe de Enfermería del HSFQ. - Supervisora de Enfermería y Responsable Médico del servicio de emergencia. –Jefe de servicios generales -Jefe del departamento financiero - Maestrante 	Octubre 2013 – Febrero 2014	\$18.810
2.4.- Elaboración de un cronograma para el mantenimiento periódico de equipos biomédicos.	<ul style="list-style-type: none"> –Jefe de servicios generales -Responsable de Mantenimiento 	Noviembre 2013	\$0.00

	-Supervisora del Servicio de Emergencia - Maestrante		
Total resultado dos:			\$20,810
Resultado 3: Manuales de inducción y protocolos de atención de Enfermería elaborados e implementados.			
3.1.-Conformación de un comité para la coordinación de la elaboración de protocolos de atención para el servicio de Emergencia.	-Supervisora de Enfermería - Maestrante	Noviembre 2013	\$0.00
3.2.-Elaboración de protocolos de atención de Enfermería, con patologías y procedimientos más frecuentes.	- Personal de Enfermería - Supervisora de Enfermería. - Maestrante	Noviembre a febrero 2014	\$40
3.3.-Elaboración del manual de Inducción del servicio.	- Supervisora de Enfermería. - Maestrante	Noviembre a febrero 2014	\$40
3.4.-Aprobación e Implementación de protocolos de atención y manual de inducción en el servicio de Emergencia.	-Director Médico del HSFQ. - Director de Docencia e Investigación del HSFQ. - Supervisora de Enfermería. - Maestrante	Febrero 2014	\$0.00
Total resultado tres:			\$80
Resultado 4: Procesos de atención y circuitos de acuerdo a la realidad del servicio, elaborados e implementados.			
4.1.- Diseño de la plantilla para la elaboración de procesos y circuitos de atención.	-Asesoría Española -Director de áreas críticas del HSFQ.	Noviembre 2013	\$0.00

	<ul style="list-style-type: none"> -Supervisora de Enfermería del servicio de Emergencia. -Responsable médico del servicio de Emergencia. - Maestrante 		
4.2.-Elaboración e implementación de los procesos y circuitos de atención.	<ul style="list-style-type: none"> -Asesoría Española - Director de áreas críticas del HSFQ. -Supervisora de Enfermería del servicio de Emergencia. -Responsable médico del servicio de Emergencia. - Maestrante 	Noviembre a Enero 2014	\$49
4.3.-Implementación de los procesos y circuitos de atención.	<ul style="list-style-type: none"> -Asesoría Española -Director de áreas críticas del HSFQ. -Supervisora de Enfermería del servicio de Emergencia. -Responsable médico del servicio de Emergencia. - Maestrante 	Febrero 2014.	\$0.00
Total resultado cuatro:			\$49
Resultado 5: Estrategias de comunicación efectiva departamental, interdepartamental y para			

con el cliente externo establecidas.			
5.1.- Impartir Talleres de : -Trabajo en equipo. -Motivacionales -Atención al usuario. -Comunicación Enfermera – Paciente.	-Director de Docencia e Investigación del HSFQ. - Maestrante. -RRHH	Noviembre a Diciembre 2013	\$1700
5.2.- Taller de Riso terapia.	-Maestrante	Noviembre 2013	\$0.00
5.3.-Coordinación y organización de una Casa Abierta	-Grupo de Docencia - Maestrante	Noviembre a Diciembre 2013	\$200
5.4.-Implementación de medios de información y comunicación para mejorar la comunicación departamental e interdepartamental.	-Supervisora del servicio de Emergencia. - Maestrante	Noviembre a Febrero 2014	\$155
Total resultado cuatro:			\$2055
GRAN TOTAL:			\$23.218

CAPITULO III

RESULTADOS

Resultado 1

Programa de capacitación continua para el usuario interno, elaborado e implementado.

Actividades Realizadas.

1.1 Conformación de un comité para la coordinación del programa de capacitación continua.

Para la conformación del comité se realizó una reunión académica en el aula # 2 de docencia, el ocho de octubre del 2013 a las 08:00 am en la que estuvo presente la supervisora y el personal de enfermería del servicio de emergencia.

Se inició la reunión dándoles a conocer la importancia de la educación continua, puesto que el impacto de la educación trasciende todas las operaciones de la unidad, ya que es necesario que el personal de enfermería adquiera los conocimientos y desarrolle las habilidades necesarias para proporcionar atención de calidad al paciente.

Para conformar el comité de docencia del servicio de emergencia se lo hizo de manera democrática, la misma que mediante votaciones se eligió el grupo de personas que conformaran dicho comité, quedando las siguientes profesionales:

Lcda. Ivonne Barrera, Lcda. Ma. De los Ángeles Zurita, Lcdo. Daniel Loya, Sra. Melva Chimarro, Sra. Rosita García y bajo la supervisión y coordinación de la Lcda. Evelyn Chávez (Maestrante).

Posterior se les explico la importancia de ser parte de este comité puesto que su función específica es la de coordinar, planificar y organizar el programa de capacitación continúa, buscando que las estrategias de enseñanza se adecuen a las necesidades del personal de enfermería.

1.2.- Elaboración del cronograma de capacitación para el personal de Enfermería.

Una vez formado el comité se empieza a elaborar el cronograma de capacitación, tomando en cuenta la necesidad educacional y dándole prioridad a patologías y procedimientos más frecuentes en el servicio.

A continuación se detalla el cronograma:

Tabla.11. Cronograma de capacitación continua

TEMA	FECHA	HORA	LUGAR	EXPOSITORES	PARTICIPANTES
Manejo de paciente crítico	14 – 15 y 16 de oct 2013	08:00	Aula de docencia HSFQ	Lcda. Verónica Ayala	Enfermería
Manejo de paciente poli traumatizado	22 y 23 de oct 2013	08:00	Aula de docencia HSFQ	Lcda. Verónica Ayala	Enfermería
Administración de medicamentos más utilizados en el S.E.	29 y 30 de oct 2013	08:00	Aula de docencia HSFQ	Lcda. Verónica Ayala	Enfermería
Manejo de equipos biomédicos existentes en el S.E.	4 y 5 de nov 2013	08:00	Servicio de Emergencia HSFQ	Casas Comerciales BRAUN DRAGUER ALEM ZOLDAN FERROMEDICA	Enfermería
Medicina Transfusional	12 de nov 2013	08:00	Aula de docencia HSFQ	Lcda. Verónica Ayala	Enfermería
Manejo de Coche Paro	19 de nov 2013	08:00 am	Auditorio HSFQ	Lcda. Verónica Ayala	Enfermería
Manejo de pacientes	26 de nov 2013	08:00 am	Aula de docencia	Lcda. Verónica Ayala	Enfermería

con problemas respiratorios agudos.			HSFQ		
Procedimientos más utilizados en el S.E.	12 de dic. 2013	08:00 am	Aula de docencia HSFQ	Lcda. Verónica Ayala	Enfermería
Manejo de pacientes Quemados.	17 de dic. 2013	08:00 am	Aula de docencia HSFQ	Lcda. Verónica Ayala	Enfermería
Triage.	27 de dic. 2013	08:00 am	Aula de docencia HSFQ	Lcda. Verónica Ayala	Enfermería
BLS	POR CONFIRMAR				
ATLS					

Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

1.3.- Realizar acuerdos con casas comerciales y con el director de docencia del HSFQ para la organización de capacitaciones y/o talleres con acreditaciones en temas como utilización de equipos biomédicos, temas básicos en emergencia como BLS y ATLS.

El día miércoles 9 de octubre del 2013, a las 10am se mantuvo una reunión con el Director de Docencia e Investigación del HSFQ y con delegados de casas comerciales que nos proveen equipos al hospital, con el fin de solicitarles su ayuda para que capaciten al personal de enfermería con respecto al manejo de los equipos que se posee en el servicio de emergencia, solicitud que fue aceptada por los proveedores.

Posterior se llegó a un acuerdo con respecto a los horarios los mismos que se detallan en el cronograma.

Por otro lado también se solicitó al Director de Docencia su colaboración en la gestión para que se den capacitaciones de BLS y ATLS con acreditación, puesto que son temas básicos que el personal de Enfermería que labora en el servicio de emergencia debe dominar, el mismo que se comprometió en gestionar el presupuesto para dichas capacitaciones, pero lastimosamente por cuestiones financieras no se logró contar con dicho presupuesto.

1.4.-Implementación del programa de capacitación continúa.

Para el programa de capacitación continua tuvimos la colaboración de la Mg. en Emergencias y Desastres la Lcda. Verónica Ayala, quien impartió las capacitaciones programadas, utilizando metodologías de exposición, plenaria y talleres prácticos, los mismos que tuvieron muy buena acogida por parte del personal de enfermería.

Al inicio de cada capacitación se tomó un examen para evaluar nivel de conocimientos, los mismos que demostraron que el 35% del personal de enfermería tienen desconocimiento de algunas patologías, pero durante la capacitación y los talleres impartidos se fueron aclarando ciertas dudas.

Dos semanas después de haber culminado con éxito el programa de capacitación continua, se realizó evaluaciones orales y de práctica a diferentes enfermeras en días distintos y se pudo comprobar que el personal de enfermería tiene mucha

seguridad de sus conocimientos, respondiendo y realizando procedimientos correctamente.

1.5.-Redacción de memorias Técnicas.

A continuación se detalla las memorias técnicas de las once capacitaciones impartidas.

MEMORIA TÉCNICA N°1

TEMA: Manejo de paciente crítico

GRUPO META: Enfermería

FECHA: 14 – 15 - 16 oct. 2013

HORA: 08:00am

LUGAR: Aula de docencia HSFQ.

EXPOSITOR: Lcda. Verónica Ayala

APOYO: Lcda. Evelyn Chávez (Maestrante)

DURACIÓN: 3 HORAS por día. **Total:** 9 horas.

OBJETIVO GENERAL:

Capacitar al personal de enfermería del servicio de emergencia del HSFQ para que se encuentre altamente calificado, competente y con las destrezas necesarias para la prestación del cuidado de enfermería a pacientes en estado de salud crítica, bajo enfoque del cuidado humano integral.

SUB -TEMAS:

- ✓ Paro cardio - respiratorio
- ✓ Manejo Básico de vía aérea.
- ✓ Estimulación Cardíaca.
- ✓ Dispositivos de apertura de la vía aérea
- ✓ Dispositivos alternativos a la intubación
- ✓ Función de la enfermera de vía aérea.

- ✓ Función de la enfermera de vía periférica.
- ✓ Función de la enfermera para exposición.
- ✓ Shock Hipovolémico.
- ✓ Crisis Hipertensiva.
- ✓ Shock Hipo e Hiperglicémico.

METODOLOGÍA:

La metodología utilizada fue la exposición y plenaria de la temática impartida, además se realizó un taller práctico de lo aprendido, para ello se contó con la participación activa de las asistentes, posterior se les realizó una evaluación oral, práctica y escrita.

DESARROLLO:

Durante los tres días la capacitación se llevó a cabo a partir de las 8am, se distribuyeron los temas para los tres días de la siguiente manera:

Primer día:	Segundo día:	Tercer día:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paro cardio - respiratorio ✓ Manejo Básico de vía aérea. ✓ Estimulación Cardíaca. ✓ Dispositivos de apertura de la vía aérea 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dispositivos alternativos a la intubación ✓ Función de la enfermera de vía aérea. ✓ Función de la enfermera de vía periférica. ✓ Función de la enfermera para exposición. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Shock Hipovolémico. ✓ Crisis Hipertensiva. ✓ Shock Hipo e Hiperglicémico.

Las dos primeras horas fueron de exposiciones y la última hora fue destinada para prácticas y evaluación. La capacitación fue interactiva ya que en cada hora se realizaban rondas de preguntas a la expositora.

ACUERDOS Y COMPROMISOS:

- ✓ Revisión a consciencia del coche de paro
- ✓ Mantener equipado adecuadamente el cuarto crítico
- ✓ Comprobar que los equipos biomédicos estén funcionando correctamente.
- ✓ Asignar funciones de las enfermeras que estén asignadas el cuarto crítico, en cada turno.
- ✓ Actuar organizadamente y con serenidad cuando se atienda a un paciente crítico.
- ✓ Valorar continuamente y con mucho detenimiento a los pacientes.

MEMORIA TÉCNICA N°2

TEMA: Manejo de paciente poli traumatizado.

GRUPO META: Enfermería.

FECHA: 22 y 23 de oct 2013.

HORA: 08:00am.

LUGAR: Aula de docencia HSFQ.

EXPOSITOR: Lcda. Verónica Ayala.

APOYO: Lcda. Evelyn Chávez

DURACIÓN: 3 HORAS por día.

OBJETIVO GENERAL:

Capacitar al personal de enfermería del servicio de emergencia del HSFQ para que sean analíticos, creativos, con concepción de interdisciplinariedad y con juicio crítico que le permita un nivel de comprensión real de interrelación de los distintos niveles de atención en el campo de la enfermería en cuidado de paciente poli traumatizado.

SUB -TEMAS:

- ✓ Manejo de paciente poli traumatizado
- ✓ Evaluación Primaria.
- ✓ Evaluación Secundaria.
- ✓ Manejo de lesiones Oseas en el paciente poli traumatizado.
- ✓ Formas de Inmovilización
- ✓ Índice de gravedad en los poli traumatizados.
- ✓ Escala de Glasgow
- ✓ Neumotórax a tensión
- ✓ Cuidados de enfermería en pacientes poli traumatizados.

METODOLOGÍA:

La metodología utilizada fue la exposición y plenaria de la temática impartida, además se realizó un taller práctico de lo aprendido, para ello se contó con la participación activa de las asistentes, posterior se les realizó una evaluación oral, práctica y escrita.

DESARROLLO:

Se desarrolló durante dos días consecutivos, impartándose los temas de la siguiente manera:

Primer día	Segundo día
<ul style="list-style-type: none">✓ Manejo de paciente poli traumatizado✓ Evaluación Primaria.✓ Evaluación Secundaria.✓ Manejo de lesiones Oseas en el paciente poli traumatizado.	<ul style="list-style-type: none">✓ Formas de Inmovilización✓ Índice de gravedad en los poli traumatizados.✓ Escala de Glasgow✓ Neumotórax a tensión✓ Cuidados de enfermería en pacientes poli traumatizados.

Se dividió en dos grupos al personal, al primer grupo se le impartió la teoría y al segundo grupo se le dio el taller práctico, intercambiando los grupos.

En esta capacitación los asistentes participaron continuamente ya que las dudas fueron muchas por lo que se debatieron varios temas que en la práctica fueron aclarados.

ACUERDOS Y COMPROMISOS:

- ✓ Realizar una evaluación exhaustiva al paciente apenas ingrese (A-B-C-D-E).
- ✓ Realizar el menor movimiento posible.
- ✓ Tener iniciativa para la inmovilización del paciente en el caso que no se disponga del insumo adecuado.
- ✓ Evaluar el plan de cuidados a fin de determinar el logro de los resultados esperados, producto de la intervención de enfermería

MEMORIA TÉCNICA N°3

TEMA: Administración de medicamentos más utilizados en el Servicio de Emergencia.

GRUPO META: Enfermería

FECHA: 29 Y 30 oct 2013

HORA: 08:00am

LUGAR: Aula de docencia HSFQ.

EXPOSITOR: Lcda. Verónica Ayala

APOYO: Lcda. Evelyn Chávez

DURACIÓN: 3 HORAS por día

OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer los conocimientos del personal de enfermería del servicio de emergencia del HSFQ, sobre la administración de medicamentos con el fin de prevenir o mitigar amenazas de salud individual y de la comunidad con acciones de respuesta rápida y de calidad.

SUB -TEMAS:

Adenosina	Midazolam
Atropina	Norepinefrina
Diazepan	Rocuronio
Dobutamina	Haemacel
Dopamina	Analgésicos
Epinefrina	Antiinflamatorios no esteroideos (AINES)
Enalaprilato	Corticoides
Fentanil	

METODOLOGÍA:

La metodología utilizada fue la exposición y plenaria de la temática impartida, para ello se contó con la participación activa de las asistentes, posterior se les realizó una evaluación oral y escrita.

DESARROLLO:

Se realizó durante dos días, tres horas por día distribuidos de la siguiente manera:

Primer día:	Segundo Día:
Adenosina	Midazolam
Atropina	Norepinefrina
Diazepan	Rocuronio
Dobutamina	Haemacel
Dopamina	Analgésicos
Epinefrina	Antiinflamatorios no esteroideos (AINES)
Enalaprilato	Corticoides
Fentanil	

Al ser un tema muy teórico la interacción se realizó mediante evaluaciones y trabajos en grupo para fortalecer la memoria y así lograr la retentiva de cada uno de los medicamentos y los escenarios en los que se deben aplicar.

ACUERDOS Y COMPROMISOS:

- ✓ Realizar ayudas técnicas de los medicamentos más utilizados.
- ✓ Revisar caducidades de los medicamentos una vez por semana.
- ✓ Rotular con letra legible y grande la ubicación de los medicamentos.
- ✓ Aplicar los diez correctos.
- ✓ Comunicar a todo el personal en caso que exista un cambio de presentación de algún medicamento.

MEMORIA TÉCNICA N°4

TEMA: Manejo de equipos biomédicos existentes en el servicio de emergencia

GRUPO META: Enfermería

FECHA: 4 y 5 de nov 2013

HORA: 08:00am

LUGAR: Aula de docencia HSFQ.

EXPOSITOR: Casas Comerciales (Draguer – Zoldan – Braun – Alem - Ferromédica)

DURACIÓN: 3 HORAS

OBJETIVO GENERAL:

Capacitar al personal de enfermería del servicio de emergencia del HSFQ sobre el uso de los equipos biomédicos existentes en el servicio con el fin de que adquieran destrezas en el manejo de los mismos.

SUB -TEMAS:

- ✓ Desfibrilador.
- ✓ Ventilador mecánico fijo y portátil.
- ✓ Monitor adulto y pediátrico.
- ✓ Equipo de succión fijo y portátil.
- ✓ Manejo de bombas de infusión.
- ✓ Electrocardiógrafo.
- ✓ Marcapasos.
- ✓ Electro cauterizador.

METODOLOGÍA:

La metodología utilizada fue la exposición y plenaria de la temática impartida, además se realizó un taller práctico de lo aprendido, para ello se contó con la participación activa de las asistentes, posterior se les realizó una evaluación oral, práctica y escrita.

DESARROLLO:

Al ser las casas comerciales las responsables de impartir la capacitación se dividió las capacitaciones de la siguiente manera:

Primer día:	Segundo día:
<ul style="list-style-type: none">✓ Desfibrilador.✓ Ventilador mecánico fijo y portátil.✓ Monitor adulto y pediátrico.✓ Equipo de succión fijo y portátil.	<ul style="list-style-type: none">✓ Manejo de bombas de infusión.✓ Electrocardiógrafo.✓ Marcapasos.✓ Electro cauterizador.

Las capacitaciones fueron teórico – práctico insitu, se les enseñó los componentes, funcionalidad y la forma correcta de desinfectar cada uno de los equipos.

ACUERDOS Y COMPROMISOS:

- ✓ Revisión por turno del funcionamiento de los equipos.
- ✓ Realizar la limpieza de los equipos con el desinfectante adecuado
- ✓ Reportar a tiempo alguna falla en los equipos
- ✓ Velar por el uso adecuado de los equipos.

MEMORIA TÉCNICA N°5

TEMA: Medicina Transfusional.

GRUPO META: Enfermería

FECHA: 12 de nov 2013

HORA: 08:00am

LUGAR: Aula de docencia HSFQ.

EXPOSITOR: Lcda. Verónica Ayala

APOYO: Lcda. Evelyn Chávez

DURACIÓN: 3 HORAS

OBJETIVO GENERAL:

- Capacitar al personal de enfermería del servicio de emergencia del HSFQ sobre medicina transfusional, con el fin de garantizar la máxima seguridad e higiene en el procedimiento.

SUB -TEMAS:

- ✓ Medicina transfusional
- ✓ Circuitos establecidos en el HSFQ
- ✓ Formatos de solicitud en el HSFQ

METODOLOGÍA:

La metodología utilizada fue la exposición y plenaria de la temática impartida, posterior se les realizó una evaluación oral, práctica y escrita.

DESARROLLO:

La capacitación se desarrolló en un día ya que fueron tres temas, se la cartera de servicios y circuitos establecidos del área de medicina transfusional, se realizaron las evaluaciones correspondientes y posterior se realizó el desarrollo de los acuerdos ya que este tema no era tomado con la importancia del caso.

ACUERDOS Y COMPROMISOS:

- ✓ Revisar y cumplir con los circuitos establecidos.
- ✓ Resguardar la seguridad del paciente aplicando siempre los diez correctos.
- ✓ Mantener normas de bioseguridad.

MEMORIA TÉCNICA N°6

TEMA: Manejo del coche de Paro.

GRUPO META: Enfermería

FECHA: 19 nov 2013

HORA: 08:00am

LUGAR: Aula de docencia HSFQ.

EXPOSITOR: Lcda. Verónica Ayala

APOYO: Lcda. Evelyn Chávez

URACIÓN: 3 HORAS

OBJETIVO GENERAL:

Definir y estandarizar los procedimientos de revisión, mantenimiento y sistematizado del coche de paro, a fin de contribuir a garantizar a los usuarios la prestación de una atención sanitaria urgente de calidad en el servicio de emergencia.

SUB -TEMAS:

- ✓ Manejo y equipamiento del coche de paro.
- ✓ Manejo del laringoscopio
- ✓ Manejo del Ambu

METODOLOGÍA:

La metodología utilizada fue la exposición y plenaria de la temática impartida, posterior se les realizó una evaluación oral, práctica y escrita. La metodología utilizada fue la exposición y plenaria de la temática impartida, además se realizó un taller práctico de lo aprendido, para ello se contó con la participación activa de las asistentes, posterior se les realizó una evaluación oral, práctica y escrita.

DESARROLLO:

Tuvo una duración de un día, se comenzó con la parte teórica y posterior se inició con la parte práctica, para lo cual se realizaron simulacros del uso y del mantenimiento.

ACUERDOS Y COMPROMISOS:

- ✓ Asegurar la revisión sistemática del contenido del coche de paro, para mantener la utilidad de estos.
- ✓ Contribuir a garantizar la prestación de una atención sanitaria urgente de calidad, a los usuarios que acuden al servicio de emergencia.
- ✓ Revisar el coche de paro en todos los turnos

MEMORIA TÉCNICA N°7

TEMA: Manejo de Pacientes con Problemas Respiratorios.

GRUPO META: Enfermería

FECHA: 26 , 27 ,28 nov 2013

HORA: 08:00am

LUGAR: Aula de docencia HSFQ.

EXPOSITOR: Lcda. Verónica Ayala

APOYO: Lcda. Evelyn Chávez

DURACIÓN: 3 HORAS

OBJETIVO GENERAL:

Formar al personal de enfermería con conocimientos sobre el manejo de pacientes con problemas respiratorios, permitiendo que demuestre competencia en el manejo de situaciones críticas habituales de su práctica profesional, actuando con diligencia, habilidad, destreza y en el menor tiempo posible.

SUB -TEMAS:

Estudio de patologías respiratorias más frecuentes en el servicio de Emergencia:

- ✓ AH1N1
- ✓ Asma
- ✓ Bronquitis
- ✓ EPOC
- ✓ Neumonía
- ✓ Tuberculosis
- ✓ Trombo embolismo pulmonar
- ✓ Edema agudo de pulmón

- ✓ Valoración por enfermería al paciente respiratorio.

- ✓ Apoyo ventilatorio en pacientes con patología aguda respiratoria.
- ✓ Manejo de Urgencias respiratorias en adultos y en niños.
- ✓ Oxigenoterapia.

METODOLOGÍA:

La metodología utilizada fue la exposición y plenaria de la temática impartida, posterior se les realizó una evaluación oral, y escrita.

DESARROLLO:

Se realizó durante tres días y fue distribuido de la siguiente manera:

Primer día	Segundo día	Tercer día
<ul style="list-style-type: none"> ✓ AH1N1 ✓ Asma ✓ Bronquitis ✓ EPOC 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Neumonía ✓ Tuberculosis ✓ Trombo embolismo pulmonar ✓ Edema agudo de pulmón 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Valoración por enfermería al paciente respiratorio. ✓ Apoyo ventilatorio en pacientes con patología aguda respiratoria. ✓ Manejo de Urgencias respiratorias en adultos y en niños. ✓ Oxigenoterapia.

Fue muy importante destacar los temas críticos que pueden ocasionar un contagio nosocomiales que incluso puede provocar la muerte. Se elaboraron grupos de trabajo para que a manera de taller cada grupo realice una composición del tema asignado con su respectiva exposición al grupo.

ACUERDOS Y COMPROMISOS:

- ✓ Evaluar constantemente los signos y síntomas característicos en las patologías respiratorias.
- ✓ Realizar actuaciones de enfermería de forma rápida y segura, necesarias ante las necesidades de cuidados que demande la situación del paciente.

- ✓ Aplicar la oxigenoterapia adecuadamente de acuerdo a necesidades y condición del paciente.
- ✓ Aplicar normas de bioseguridad.

MEMORIA TÉCNICA N°8

TEMA: Actuación de enfermería en procedimientos médicos más utilizados en el Servicio de Emergencia.

GRUPO META: Enfermería

FECHA: 12 de dic 2013

HORA: 08:00am

LUGAR: Aula de docencia HSFQ.

EXPOSITOR: Lcda. Verónica Ayala

APOYO: Lcda. Evelyn Chávez

DURACIÓN: 3 HORAS por día

OBJETIVO GENERAL:

Entrenar al personal de enfermería con conocimientos y talleres prácticos en la actuación de enfermería en procedimientos médicos, logrando así que la profesional mejore sus habilidades y destrezas en la aplicación de los mismos.

SUB -TEMAS:

- ✓ Actuación de enfermería en procedimientos médicos más utilizados en el Servicio de Emergencia.
- ✓ Toracentesis
- ✓ Colocación de Sonda Foley
- ✓ Colocación de catéter venoso central
- ✓ Medición de la PVC
- ✓ Punción Lumbar
- ✓ Colocación de sonda nasogástrica
- ✓ Gasometrías
- ✓ Electrocardiogramas

METODOLOGÍA:

La metodología utilizada fue la exposición y plenaria de la temática impartida, posterior se les realizó un taller práctico con simulación, una evaluación oral, y escrita.

DESARROLLO:

Durante se inició con la parte teórica, segundo se realizó la evaluación científica y finalmente se realizaron simulaciones con los participantes y los compañeros de los demás grupos daban el feedback de acuerdo a la exposición teórica. Finalmente se levantaron los acuerdos.

ACUERDOS Y COMPROMISOS:

- ✓ Realizar las rutinas diarias con los insumos de cada procedimiento, con el fin de disminuir el tiempo de respuesta para la realización de cualquier procedimiento.
- ✓ Conservar la intimidad del paciente en todos los procedimientos.
- ✓ Demostrar iniciativa y habilidades.

MEMORIA TÉCNICA N°10

TEMA: Manejo de Pacientes Quemados

GRUPO META: Enfermería

FECHA: 17 de dic 2013

HORA: 08:00am

LUGAR: Aula de docencia HSFQ.

EXPOSITOR: Lcda. Verónica Ayala

APOYO: Lcda. Evelyn Chávez

DURACIÓN: 3 HORAS por día

OBJETIVO GENERAL:

Formar al personal de enfermería con conocimientos sobre atención emergente del paciente quemado, con el fin de disminuir complicaciones propias de las quemaduras y del síndrome del gran quemado.

SUB -TEMAS:

- ✓ Quemadura por agentes físicos.
- ✓ Quemadura por agentes químicos.
- ✓ El síndrome del gran quemado.
- ✓ Clasificación de las quemaduras.
- ✓ Actuación inmediata de Enfermería.

METODOLOGÍA:

La metodología utilizada fue la exposición, videos y plenaria de la temática impartida, posterior se les realizó una evaluación oral, y escrita.

DESARROLLO:

La capacitación tuvo una duración de tres horas, se inició con la interacción de los asistentes con las preguntas más frecuentes, la principal herramienta fueron los videos por lo que se proyectaron varios de cada caso, finalmente se realizaron los acuerdos.

ACUERDOS Y COMPROMISOS:

- ✓ Elaborar una herramienta de trabajo ágil y de fácil manejo, proporcionando información necesaria para generalizar su uso.
- ✓ Realizar intervenciones necesarias en el menor tiempo posible, y evaluar constantemente el impacto producido por los cuidados por si se tenga que realizar otros.

MEMORIA TÉCNICA N°11

TEMA: Triage

GRUPO META: Enfermería

FECHA: 27 de dic 2013

HORA: 08:00am

LUGAR: Aula de docencia HSFQ.

EXPOSITOR: Lcda. Verónica Ayala

APOYO: Lcda. Evelyn Chávez

DURACIÓN: 3 HORAS

OBJETIVO GENERAL:

Entrenar al personal de enfermería con conocimientos y talleres para que pueda identificar situaciones que requieran una atención urgente, asignando la prioridad y ubicando a los pacientes en la zona adecuada, aplicando el protocolo de triage.

SUB -TEMAS:

- ✓ Triage
- ✓ Clasificación del triage
- ✓ Triage de urgencia y emergencia
- ✓ Triage estructurado.

METODOLOGÍA:

La metodología utilizada fue la exposición, videos y plenaria de la temática impartida, posterior se les realizó una evaluación oral, y escrita.

DESARROLLO:

Se inició con la exposición de la parte teórica, luego se organizaron grupos de trabajo para realizar simulaciones de cada tipo de pacientes para socializar la información y validar en la práctica como se realizarían los procesos, posteriormente cada grupo elaboró los acuerdos y compromisos del caso asignado.

ACUERDOS Y COMPROMISOS:

- ✓ Realizar triage de acuerdo al triage estructurado en el servicio de emergencia del hsfq.
- ✓ Gestionar adecuadamente la ubicación y la atención rápida de los mismos.
- ✓ Salir por varias ocasiones para observar a los pacientes que se encuentran en la sala de espera por si alguno necesita una revaloración.

Análisis del resultado 1

La capacitación es una de las estrategias más usadas para enfrentar los problemas de desarrollo de los servicios de salud. Gran parte del esfuerzo para lograr aprendizajes se opera a través de la capacitación.

La educación continua es una estrategia para capacitar y desarrollar al profesional, ya que es necesario que el personal de enfermería fortalezca sus conocimientos y desarrolle las habilidades necesarias para proporcionar atención de calidad al paciente.

El 82% del personal de enfermería del servicio de emergencia se encuentra capacitado y actualizado en todos los temas planificados. El personal de enfermería tuvo una participación activa logrando fortalecer sus conocimientos tomando en cuenta que una persona bien capacitada siente seguridad en todas las actividades que realiza, además que el personal capacitado es el principal agente de cambio.

El 82% del personal de enfermería se encuentra actualizado y aplica conocimientos adquiridos correctamente hasta el mes de enero del 2014.

Tabla 9. Personal que acudió a charlas y talleres científicos

DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
N° personal convocado	17	100%
N° personal que asistió	14	82%

Fuente: Hojas de Asistencia

Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

El 18% faltante corresponde al personal que se encuentra de turno, sin embargo se ha tratado de rotar al personal para que puedan asistir a la mayoría de capacitaciones.

Cumplimiento de charlas y talleres propuestos:

Tabla 10. Cumplimiento de charlas y talleres

	Planificadas	Realizadas	Cumplimiento
Charlas y talleres planificados	13	11	84%

Fuente: Hojas de Asistencia

Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

Se logró cumplir con éxito once capacitaciones, no se logró las acreditaciones para los talleres de BLS y ATLS por falta de presupuesto en el HSFQ.

Resultado 2

Talento humano, equipos biomédicos e infraestructura, de acuerdo a la realidad del servicio gestionado e implementado. (ver anexo 7 fotorelatoria).

Actividades Cumplidas

2.1.- Reestructuración de plantillas de enfermería en el HSFQ.

Para la reestructuración de plantillas de enfermería se mantuvo una reunión con el Director de áreas críticas, Jefe de Enfermería, Supervisoras de enfermería y maestrante.

Se tomó en cuenta dos indicadores como referencia para realizar el cálculo de dotación adecuada de personal de enfermería en el servicio de Emergencia:

PROPUESTA 1 (propuesta interna)

De acuerdo al espacio físico y al tiempo de atención y complejidad del paciente (hora/enfermera–paciente). Para esta propuesta se necesita 23 enfermeras.

PROPUESTA 2 (propuesta bajo estándares internacionales)

De acuerdo a los estándares de la guía técnica para la dotación de recursos humanos en enfermería. (Sub Secretaría de Salud. México). Para esta propuesta se necesita 27 enfermeras. (Ver anexo 4)

Análisis de propuestas

Se procedió a analizar las dos propuestas planteadas y en base a la realidad del hospital, se vio que la más viable era la primera propuesta. (Propuesta Interna) que considera lo siguiente:

1.- (espacio/hora/ enfermera–paciente).

Los criterios que se consideraron para el cálculo del número de enfermeras necesarias para el servicio de Emergencia fueron los siguientes:

- ✓ Espacio físico
- ✓ Demanda de pacientes
- ✓ Complejidad del paciente
- ✓ Tiempo que ocupa la enfermera en cada actividad que realiza con cada uno de sus pacientes, este último previo a una evaluación de cuatro meses.

Análisis:

Espacio Físico:

- ✓ 1 área para triage y esporádico 2 áreas (Lo ideal es mantener la mayoría de tiempo habilitada las 2 áreas debido a la gran afluencia de pacientes).
- ✓ 12 cubículos para observación y tratamiento intermedio. (Paciente Adulto)
- ✓ 5 cubículos para observación y tratamiento intermedio. (Paciente Pediátrico)
- ✓ 7 cubículos para hidratación y tratamiento rápido (4 camas y 3 sillones)
- ✓ 2 Áreas para pacientes de trauma leve y moderado adultos y pediátricos
- ✓ 2 cuartos de aislamiento
- ✓ 2 cubículos para reanimación de pacientes en estado crítico.
- ✓ 1 área de inyectología y extracción de muestras (para pacientes de la consulta rápida adultos y pediátricos)

Talento Humano:

Tabla 12. Plantilla Asignada Actualmente y personal necesario

Licenciadas en Enfermería			
N° Personal Actual	Distribución de turnos	N° Personal Necesario	Distribución de turnos
17	M 3 – T4 - N3	23	M 5 – T5 - N4
Auxiliares de Enfermería			
N° Personal Actual	Distribución de turnos	N° Personal Necesario	Distribución de turnos
10	M2 – T2 –N2	12	M3 – T3 – N2

Fuente: Coordinación de enfermería **Elaborado por:** el Autor

Demanda de pacientes:

El servicio de Emergencia en el año 2012 de junio a diciembre atendió 31.600 (treinta y un mil seiscientos) pacientes es decir aproximadamente 200 (doscientos) pacientes diarios y en el año 2013 a partir del mes de Enero hasta el mes de diciembre se ha atendido alrededor

de 116.348 (ciento dieciséis mil trescientos cuarenta y ocho) pacientes es decir aproximadamente 350 (trescientos cincuenta) pacientes diarios, esto nos da a conocer que la demanda de pacientes aumentó en un 75%.

Tiempo que ocupa la enfermera con sus pacientes.

- ✓ Paciente en triage 5 min x pcte
- ✓ Paciente crítico 1 hora (solo para estabilización)
- ✓ Paciente cuidados Intermedios 30 min por pcte
- ✓ Paciente con trauma leve y moderado 15 min x pcte
- ✓ Paciente Pediátrico 10 a 15 min x pcte
- ✓ Pacientes de sala de Observación y sillones 10 min x pcte
- ✓ Pacientes de aislamiento 15 min por pcte

Procedimientos:

- ✓ Gasometrías 10 min x pacte
- ✓ Canalización de vías 5 min por pcte
- ✓ Colocación de sonda Foley 10 min por pcte
- ✓ Colocación de sonda nasogástrica 10 a 15 min x pcte
- ✓ Toma de muestras de laboratorio 5 min por pcte
- ✓ Administración de medicamentos 10 a 15 min por pcte
- ✓ Glicemias 5 min por pcte
- ✓ Ingreso de pacientes a las áreas hospitalarias 10 a 15 min

Luego del análisis de la propuesta aprobada se procede a analizar las plantillas de enfermería de las áreas hospitalarias con el objetivo de realizar una nueva reestructuración de plantillas sin que estas se perjudiquen.

Se retira 6 enfermeras de las áreas de:

Medicina Interna: 2

Centro Obstétrico: 2

Neonatología: 2

Reubicándolas en el servicio de Emergencia. (ver anexo 5 y 6)

2.2.- Adecuación y reestructuración del área física del servicio de emergencia

A inicios de Octubre del 2013 se elaboró la propuesta, tanto para la implementación de equipos biomédicos como para la reestructuración del espacio físico. Fue presentada al Director Médico, Director de Áreas Críticas, Jefe de Enfermería, Supervisora del servicio de Emergencia y Jefe de Financiero, luego del respectivo análisis el Director Médico aprueba la propuesta y se procede con la redistribución de equipos y la compra del equipo faltante además de la adecuación y reestructuración del área física del servicio de emergencia. (ver anexo 7 fotorelatoria)

Quedando de la siguiente manera:

Espacio físico:

- ✓ Se realizó la adecuación de un consultorio pediátrico, para lo cual se deshabilitó un área de preparación, la misma que era muy espaciosa para solo realizar nebulizaciones, pero no deja de ser un área importante por lo que se le traslado a otra ubicación y así se logró contar con el espacio para las dos áreas el consultorio requerido y el área de nebulizaciones.
- ✓ Con el objetivo de tener una rápida rotación de pacientes se habilitaron los cubículos 1 y 2 aprovechando que en horas de la mañana se cuenta con dos médicos adicionales, los mismos que ayudan a descongestionar la consulta rápida (atención de pacientes de prioridad 3 – 4 – 5). Se asignó un cubículo para adultos y otro para niños. Vale la pena mencionar que en horas de la mañana la afluencia de pacientes es mayor en prioridades 3 – 4 – 5 por lo que no interrumpe ni quita espacio a los

pacientes que se atienden en las áreas de observación y tratamiento del área de emergencia.

- ✓ Se aumentó dos camas para el área de observación y tratamiento, aprovechando un espacio junto a la estación de enfermería y 3 camas en el área de hidratación, colocando las respectivas cortinas para la separación de ambientes y privacidad del paciente, logrando así brindar comodidad al paciente y mejor visualización de instalaciones en el servicio de emergencia.
- ✓ Con la finalidad de tener una oficina adecuada para el personal administrativo del servicio, se deshabilitó el área de preparación 2 y se adecuó acorde a la necesidad del personal en mención. Además se adecuó el área de inyectología en otro espacio más productivo, logrando tener mayor comodidad para los coordinadores.
- ✓ Se colocó una mampara de vidrio en el área de admisión ya que esta se encontraba descubierta logrando diferenciar ambientes con relación al área de admisión y la sala de espera de los pacientes.
- ✓ Adicionalmente se adecuaron espacios para mantener la privacidad del paciente con cortinas, como es el caso de los cuartos de aislamiento, consultorio de pediatría, área de inyectología y oficina.
- ✓ Se adecuó un ambiente para baños pediátricos en el mismo que se instaló una ducha, cortinas y una tina, logrando brindar confort y privacidad al paciente.
- ✓ Se adecuó una sala de espera para pacientes de trauma en la que se colocó 9 sillas y se realizó las respectivas instalaciones para que exista luz eléctrica, logrando así tener mejor control de los pacientes de trauma leve, confort y privacidad del paciente.
- ✓ En el servicio de emergencia existe un área para lencería, la misma que debido al amplio espacio con que cuenta y en vista de la necesidad de un lugar para ubicar insumos médicos de rápida rotación, se utilizó tres muebles en los que se ubicó insumos y lencería.

2.3.- Redistribución de equipos biomédicos y mobiliario de las diferentes áreas del HSFQ y gestión de compra de equipos faltantes para el servicio de Emergencia.

Al servicio de emergencia acuden diariamente 350 pacientes de los cuales una gran parte son pacientes de trauma, patologías abdominales, urológicas, respiratorias y cardíacas, en un porcentaje similar entre adultos y pediátricos.

El servicio de Emergencia cuenta con varios equipos biomédicos sin embargo hay la necesidad de aumentar el número de equipos.

Para la realizar las adquisiciones de equipos biomédicos se obtuvo la aprobación respectiva y se gestionó de acuerdo a la normativa de compras públicas y a las normativas del hospital, consiguiendo los equipos en el tiempo establecido. (ver anexo 7 fotorelatoria).

Tabla 13. Cuadro de necesidad de equipos biomédicos

Necesidad	Cantidad actual	Propuesta de compra	Total	Justificación
Bombas de infusión	4	8	12	Las bombas de infusión son de gran importancia en los niños, ancianos y en pacientes que se tenga que administrar medicación especial. En los 2 cuartos críticos necesitamos tener habilitadas 6 bombas como mínimo y el resto serán distribuidas en el área de pediatría y en el área de observación y tratamiento.
Monitor de signos vitales	0	10	10	En el servicio de emergencia lo que predomina es el factor tiempo, los monitores nos minimizan los tiempos de respuesta mientras realizamos otra actividad y nos permite mantener al paciente monitorizado por largo tiempo. Dos en las áreas críticas Dos en los cuartos de aislamiento Dos en el área de observación Dos en el área de triage Dos en el área de pediatría
Equipos diagnosticos	2	4	6	El equipo de diagnóstico es una herramienta básica en la valoración médica en especial en pediatría. Contamos con 5 médicos en el servicio y

				es necesario que cada uno tenga un equipo.
Nebulizadores portátiles	0	2	2	En el servicio de emergencia se realizan 50 nebulizaciones diarias aproximadamente. Las únicas tomas de oxígeno con las que contamos son las que están en los cubículos y no podemos ocupar una cama solo para realizar el procedimiento. Otro factor positivo es que el NBZ portátil nos permite ahorrar el oxígeno con el que se cuenta en el hospital.
Sillas de ruedas	3	5	8	El transporte de pacientes a diferentes áreas del hospital es alto, por lo que se hace necesario contar con más sillas de ruedas puesto que se ha tenido que llevar pacientes hospitalizados caminando cuando no es lo correcto. Por otro lado las sillas de ruedas también se utiliza en pacientes ancianos dependientes de oxígeno que esperan para la atención médica.
Computadoras	6	12	18	El número de personal de salud médicos y enfermeras con el que se cuenta es mayor al número de computadoras que se tiene, esto ocasiona varios conflictos entre el personal y además retrasa el llenado de registros y la revisión de historias clínicas. Vale la pena mencionar que al servicio de emergencia bajan por interconsultas diferentes médicos de varias especialidades. Serán ubicadas de la siguiente manera : Dos en la oficina. Dos para consultorios de pediatría. Dos para cubículos de pediatría

				hospitalaria. Siete en la estación de enfermería. Tres para consultorios medicina general. Dos para triage.
Radios de comunicación	0	5	5	Es muy importante tener un medio de comunicación eficaz con el personal camillero y de limpieza puesto que es personal que se moviliza por todo el hospital.
Accesorios para EKG	0	2	2	En el servicio de emergencia se realiza 40 EKG diarios, por lo que los accesorios con el tiempo se han ido dañando frecuentemente y no se puede dejar sin Electrocardiógrafo al servicio, puesto que nos ayuda a identificar alguna anomalía cardíaca.
Fonendoscopios	3	5	8	Herramienta necesaria para el personal médico y de enfermería.
Flujo metros	5	10	15	Herramienta indispensable en el servicio de emergencia puesto que la mayoría de pacientes son sintomáticos respiratorios.
Humidificadores	5	10	15	Herramienta indispensable en el servicio de emergencia puesto que la mayoría de pacientes son sintomáticos respiratorios.
Refrigeradora pequeña	0	1	1	Indispensable para guardar medicamentos que necesitan refrigeración. Actualmente se está encargando en farmacia.
Microondas	0	1	1	Indispensable para calentar soluciones para transfundir a pacientes críticos.

Fuente: Coordinación de enfermería

Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

Tabla 14. Adquisición de equipamiento y aparataje requerido

Necesidad	Cantidad	Como lo vamos a obtener
Mesa de apoyo	5	Servicio de emergencia
Monitor de signos vitales	9	Comprar
Sillas	9	Nos trasladan de las áreas de laboratorio, mantenimiento y de hospitalización.
Balanza y Tallimetro	1	Nos trasladan del área de consulta externa
Computadoras	10	Comprar
Sheilon	1	Nos trasladan del área de ginecología.
Escritorio	5	Nos trasladan del área administrativa.
Cortinas	10	Comprar e instalar
Gradillas	8	Nos trasladan desde las hospitalizaciones
Basurero rojo	3	Nos traslada el personal de limpieza
Basurero negro	3	Nos traslada el personal de limpieza
Camas	5	Nos trasladan del área de mantenimiento
Impresora	1	Nos trasladan desde sistemas
Archivadores	2	Nos trasladan del área de activos fijos
Ducha	1	Comprar e instalar
Llaves de mano	1	Comprar e instalar
Tina de baño	1	Comprar
Mampara de vidrio	1	Comprar
Sillas de hilera de tres	3	Nos trasladan de la sala de espera de consulta externa.
Mesa de centro	1	Servicio de emergencia
Instalación eléctrica	1	Mantenimiento
Bombas de infusión	8	Se llegó a un acuerdo con la casa comercial Braun es decir nos van a dar a comodato para las tres áreas críticas.
Equipos de dg	4	Nos trasladan del área de consulta externa
Nebulizadores portátiles	2	Comprar
Sillas de ruedas	5	Comprar
Radios de comunicación	5	Comprar
Accesorios para EKG	2	Comprar

Fonendoscopios	5	Nos trasladan del área de consulta externa
Flujo metros	10	Comprar
Humidificadores	10	Comprar
Refrigeradora Pequeña	1	Comprar
Microondas	1	Comprar

Fuente: Coordinación de enfermería

Elaborado por: el Autor

Con respecto a la colocación de lo adquirido se coordinó con el jefe de mantenimiento quien se encargó de la gestión respectiva.

3.2.4.- Elaboración de un cronograma para el mantenimiento periódico de los equipos biomédicos.

Tabla 15. Cronograma de Mantenimiento

<u>EQUIPO</u>	<u>CANTIDA</u> <u>D</u>	<u>FECHA</u> <u>PROGRAMAD</u> <u>A</u>	<u>HORA</u>	<u>RESPOSABLE</u>	<u>OBSERVACIÓN</u>	<u>SIGUIENTE</u> <u>FECHA DE</u> <u>REVISIÓN</u>
MONITORES ZOLL DAN	8	Nov 4 2013	08:00			
MONITORES ALAN	2	Nov 4 2013				
VENTILADOR MECANICO DRAGUER	1	Nov 8 2013	08:00			
VENTILADOR MECANICO PORTATIL	1	Nov 8 2013				
SUCCIONADORE S PORTATILES	3	Nov 8 2013				
CAMAS	14	Nov 18 2013	08:00			

CAMILLAS	12	Nov 23 2013	08:00			
SILLAS DE RUEDAS	8	Nov 27 2013	08:00			
REFRIGRADORA	1	Nov 27 2013				
BOMBAS DE INFUSIÓN ARCOMED	4	Dic 9 2013	08:00			
EQUIPOS DE DIAGNOSTICO	6	Dic 9 2013				
EKG	1	Dic 9 2013				

Fuente: Coordinación de enfermería

Elaborado por: el Autor

Análisis del Resultado 2

➤ Personal de Enfermería

En octubre del 2013 se elaboró la propuesta para aumentar la plantilla de enfermeras en el servicio de emergencia. En noviembre se expuso a los directivos teniendo aprobación de la misma.

La reubicación del personal de enfermería al servicio de emergencia se lo va a realizar a partir del mes de Diciembre del 2013.

En el mes de Diciembre se notó un cambio inmediato en los profesionales tanto en lo laborar como en lo personal puesto que refieren que al contar con el número de personal de enfermería adecuado se reduce la percepción de sobre carga laboral y la desmotivación o cansancio emocional.

INDICADOR

Se cumplió con el 100% de dotación del personal de enfermería en el servicio de emergencia de acuerdo a la propuesta elegida, Es decir se logró aumentar 6 enfermeras más al servicio de emergencia. De 17 a 23.

Tabla 16. Dotación de personal de Enfermería

	N° de personal que se necesita	N° de personal que se obtuvo	Cumplimiento
Bajo necesidad interna	23	23	100%

Fuente: Coordinación de enfermería

Elaborado por: el Autor

➤ **Implementación del área física y a la adquisición de equipos biomédicos**

Espacio Físico

INDICADOR

Se cumplió con el 100% de la implementación del área física, hasta el mes de febrero del 2014.

Tabla 17. Implementación de Espacio Físico

	Requerido	Implementados	Cumplimiento
Incremento de espacio físico	14 espacios	14	100%
Adecuación de Ambientes	3 adecuaciones	3	100%

Fuente: Coordinación de enfermería

Elaborado por: el Autor

Se logró habilitar 14 espacios y 3 adecuaciones necesarias para poder brindar una atención de calidad a los usuarios.

Equipos Biomédicos

INDICADOR

Se cumplió con el 100% de dotación de equipos biomédicos planificados, hasta el mes de febrero del 2014.

Tabla 18. Equipamiento y Aparataje

	Requeridos	Adquiridas	Cumplimiento
Equipamiento y Aparataje	140 unidades	140	100%

Fuente: Coordinación de enfermería

Elaborado por: el Autor

Se logró adquirir las 140 unidades entre equipos biomédicos y mobiliarios.

Resultado 3

Manuales de Inducción y protocolos de atención de enfermería elaborados e implementados.

Actividades Cumplidas

3.1.- Conformación de un comité para la coordinación para la elaboración de protocolos de atención de enfermería.

Para la conformación del comité se realizó una reunión académica en el aula # 2 de docencia, el ocho de octubre del 2013 a las 08:00 am en la que estuvo presente la supervisora y el personal de enfermería del servicio de emergencia.

Se inició la reunión dándoles a conocer la importancia de contar con instrumentos de trabajo que nos permitan garantizar un adecuado desarrollo y calidad de atención.

Para conformar el comité de protocolos de actuación se lo hizo de manera democrática, la misma que mediante votaciones se eligió el grupo de personas que conformaran dicho comité, quedando las siguientes profesionales:

Lcdo. Marco Crespo, Lcda. Verónica Trujillo, Lcda. Zula Norma, Sra. Rocío Cajas, Sra. Chimarro Melva y bajo la supervisión y coordinación de la Lcda. Evelyn Chávez (Maestrante).

Posterior se les explico la importancia de ser parte de este comité puesto que su función específica es la de coordinar y organizar la elaboración de los protocolos de actuación de enfermería.

3.2.- Elaboración de protocolos de actuación de enfermería.

Se empezó identificando las patologías y procedimientos más frecuentes en el servicio de Emergencia, posterior se distribuyó los temas y se les direcciono con respecto al formato y fecha de entrega para las respectivas correcciones. (ver anexo 9)

Los protocolos cuentan con 115 hojas y con los siguientes temas:

CONCEPTOS, ORGANIZACIÓN

1.-Reanimación cardiopulmonar (RCP)

2.-Manejo del coche de paro.

3.-Acceso vía central

- 4.-Proceso de anafilaxia
- 5.-Intubacion endotraqueal
- 6.-Administracion de sangre y sus derivados
- 7.-Dolor torácico extracardiaco
- 8.-Toracocentesis
- 9.-Aplicación de yesos
- 10.-Aspiracion de secreciones naso-faríngeas
- 11.-Administración de medicamentos.
- 12.-Oxigenoterapia
- 13.-Realizacion de electrocardiogramas
- 14.-Lavado gástrico
- 15.-Administracion de líquidos parenterales
- 16.-Administración parenteral
- 17.-Cuidado de enfermería en pacientes inmovilizados
- 18.-Manejo de heridas
- 19.-Normas y procesos de la higiene personal del cliente
- 20.-Aplicaciones locales y generales de frío y calor en el paciente
- 21.-Signos vitales

3.3.- Elaboración del manual de inducción del servicio de emergencia.

El manual de inducción se elaboró con el fin de proporcionar una herramienta al servicio para lograr un desempeño eficiente por parte del personal de salud.

Por medio de la implementación del manual de inducción, se dio a conocer los antecedentes básicos del servicio, misión y visión, organización, instalaciones, condiciones de trabajo y normas de comportamiento interno. (ver anexo 8)

Con la participación del departamento de RRHH, supervisión de enfermería del servicio de emergencia, departamento legal y la Lcda. Evelyn Chávez (Maestrante).

El manual de Inducción cuenta con 30 hojas y con los siguientes temas:

- 1.- Introducción
- 2.- Justificación
- 3.-Objetivo del plan de inducción
- 4.-Cronograma de orientación
- 5.-Descripción del servicio
- 7.-Misión
- 8.-Visión
- 9.-Objetivo general del servicio
- 10.-Objetivos específicos
- 11.-Expectativas cliente interno y externo
- 12.-Cliente interno
- 13.-Cliente externo
- 14.-Valores del servicio
- 15.- Derechos del usuario externo
- 16.- Procedimientos especiales de enfermería en el servicio
- 17.- Disposiciones generales y normas del servicio
- 18.- Funciones del equipo de enfermería
- 19.- Enfermera miembro de equipo
- 20.- Personal auxiliar de enfermería
- 21.- Sistema de evaluación
- 22.- Registros de enfermería

23.-Control de lencería

24.-Control de equipos

25.-Control pinchazos accidentales

26.-Cambios de turno y reemplazos

3.4.- Aprobación e implementación de protocolos de atención de enfermería y manual de inducción en el servicio de emergencia.

En 10 de Febrero del 2014 se socializó a las autoridades pertinentes los protocolos de atención de enfermería y el manual de Inducción, los mismos que posterior fueron entregados para la respectiva revisión y aprobación del departamento de docencia y dirección administrativa.

El manual de inducción y los protocolos de atención de enfermería fueron revisados y aprobados por la Dirección de Docencia e Investigación del HSFQ, los mismos que actualmente están siendo aplicados.

Análisis del resultado 3

INDICADOR

El 100% de manuales de inducción y protocolos de actuación se encuentran elaborados e implementados hasta el mes de febrero 2014. Además hubo una participación eficiente y exitosa del personal de enfermería.

Tabla 19. Protocolos y Manuales Implementados

	Planificados	Implementados	Cumplimiento
Nº de Protocolos propuestos	21	21	100%
Nº de manuales propuestos	1	1	100%

Fuente: Coordinación de enfermería

Elaborado por: el Autor

Resultado 4

Circuitos y procesos de atención de acuerdo a la realidad del servicio, elaborados e implementados.

Actividades Realizadas

4.1.- Diseño de la plantilla para la elaboración de circuitos y procesos de atención.

Se mantuvo una reunión con el personal de la asesoría española y con la dirección administrativa con el fin de elaborar la plantilla con circuitos y procesos de atención más relevantes.

De lo cual se realizó la siguiente plantilla:

Procesos:

1.-Atención emergente

- ✓ Calificación del cliente
- ✓ Registro pacientes para valoración por Triage
- ✓ Historia Clínica
- ✓ Registro estadístico de actividad
- ✓ Registro de pacientes de Alta Voluntaria
- ✓ Certificado de defunción
- ✓ Orden de ingreso a hospitalización
- ✓ Check list ingreso pacientes a hospitalización
- ✓ Chequeo pre quirúrgico
- ✓ Información del paciente
- ✓ Triage
- ✓ Asistencia médica
- ✓ Transferencias
- ✓ Éxitus del paciente:
- ✓ Abandono del paciente del área de Emergencias sin autorización médica.-

2.-Gestión de transporte de pacientes

Circuitos:

1.- Circuito ingreso de clientes

2.- Emergencia a exámenes diagnósticos en imagen

- 3.-Emergencia a laboratorio
- 4.-Emergencia a terapia intensiva
- 5.-Emergencia a quirófano
- 6.-Emergencia a centro obstétrico
- 7.-Emergencia a neonatología
- 8.-Emergencia a hospitalización segundo piso (pediatría o gineco – obstetricia)
- 9.-Emergencia a hospitalización tercer piso (cirugía general o traumatología)
- 10.-Emergencia a hospitalización cuarto piso (medicina interna)
- 11.-Emergencia a consulta externa

4.2.- Elaboración de circuitos y procesos de atención para el servicio de emergencia.

Los circuitos y procesos en una institución son pautas o guías que ayudan a definir los pasos a seguir de forma secuencial para brindar un servicio de calidad.

En octubre del 2013 se comenzó la elaboración de los circuitos y procesos con la participación activa de los coordinadores del servicio de emergencia, asesoría española y maestrante. Durante el proceso se pudo observar la necesidad de los mismos en el día a día, ya que al no tener una guía secuencial pre establecida, existía mucha confusión en el equipo multidisciplinario provocando que el personal en muchos de los casos actúe de acuerdo a diferentes criterios y por esta razón en varias ocasiones los pacientes fueron mal direccionados ocasionando un malestar por lo ocurrido.

4.3. Implementación de circuitos y procesos de atención para el servicio de emergencia.

Los circuitos y procesos de atención primera edición se culminaron exitosamente en el mes de febrero del 2014, los mismos que luego de haber sido expuestos y corregidos fueron aprobados por la dirección administrativa.

Actualmente luego de haber sido socializado al personal del servicio de emergencia se están aplicando adecuadamente.

El folleto de circuitos contiene 2 procesos de atención y 11 circuitos con un total de 45 pag como a continuación se detalla:

PROCESO DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

CÓDIGO	NOMBRE DEL PROCESO
PROc-HSFQ-001	ATENCIÓN EMERGENTE

ELABORADO POR:	REVISADO Y ACTUALIZADO POR	APROBADO POR:
ASESORIA ESPAÑOLA	ASESORIA ESPAÑOLA COORDINADORES DE EMERGENCIA MAESTRANTE	DIRECCION MÉDICA Y ADMISNITRATIVA

MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO

FECHA	COMENTARIO	PÁGINA		PUNTO MODIFICADO	PASA A EDICIÓN
		DESDE	HASTA		
2013-02-06	Creación del documento	Todo	Todo		1

RESPONSABLES	OBJETIVO
Director Médico y Administrativo Coordinadores de Emergencia Maestrante	Atender oportunamente a las personas que hagan uso del área de emergencias, brindando un servicio de calidad y calidez, para cumplir las demandas de salud de nuestros clientes.

ALCANCE

Inicia el proceso cuando el cliente acude al servicio de emergencia y es calificado su derecho y termina cuando se trata al paciente y es dado de alta o derivado a otro proceso, área o centro. Este proceso incluye las actividades de admisión, triaje, atención médica, diagnóstico y tratamiento a realizar.

RELACIÓN CON PROVEEDORES	CON PROCESOS

<ul style="list-style-type: none"> • Consulta Externa • Imagenología • Laboratorio Clínico 	
RELACIÓN CON PROCESOS CLIENTES	
<ul style="list-style-type: none"> • Mortuorio • Consulta Externa • Ambulatorio 	<ul style="list-style-type: none"> • Quirúrgico • Hospitalización • Unidad de Cuidados Intensivos

REFERENCIAS	
CÓDIGO	DOCUMENTOS
PROc-HSFQ	Hospitalización
PROc-HSFQ	Unidad Cuidados Intensivos
PROc-HSFQ	Transferencia
PROd-HSFQ	Imagenología
PROd-HSFQ	Laboratorio
PROt-HSFQ	Quirúrgico
SSt-HSFQ	Mortuorio
	Resolución 390 del IESS
	Reglamento SOAT
	Reglamento FONSAT
	Red integral de salud
	ECU911

REGISTRO	SOPORTE	FORMATO REGISTRO	LUGAR DE ARCHIVO	FORMA DE ACCESO	TIEMPO ALMACÉN
Calificación del cliente	Informático	xHIS	Servidor xHIS	No. de cédula	Indefinido
Registro pacientes para valoración por triaje	Papel/xHIS	xHIS	Cuaderno/ Servidor xHIS	Fecha/ Número de cédula	Indefinido
Historia Clínica	Informático	xHIS	Servidor xHIS	No. de cédula /No. historia clínica	Indefinido
Registro estadístico de actividad	Papel/xHIS/Excel	xHIS	Archivo Emergencias	Solicitud a Supervisora de Emergencias/	Indefinido
Registro de pacientes de Alta Voluntaria	Papel/xHIS	xHIS	Archivo Emergencias	Solicitud a Supervisora de Emergencias/	Indefinido
Certificado de defunción	Papel	No aplica	Archivo Emergencias	No. de cédula / No. HHCC	Indefinido
Orden de ingreso a hospitalización	Papel	No aplica	Archivo según servicio		
Check list ingreso pacientes a hospitalización	Papel	No aplica	Archivo según servicio		
Chequeo pre quirúrgico	Papel	No aplica	Archivo según servicio		
Información del paciente	Papel	No aplica	Archivo según servicio		

La unidad de emergencia es un área crítica que brinda atención las 24 horas del día y los 365 días del año, atiende pacientes de todas las edades con emergencias de diferentes niveles de gravedad, incluyendo la atención a pacientes críticos, poli traumatizados, quemados, con convulsiones, etc.

1. Admisión del paciente

Cualquier paciente que acude a emergencias en una situación clínica de riesgo vital, deberá ser atendido de forma inmediata.

El primer paso es la calificación del paciente del IESS para valorar si tiene derecho o no a la atención en el HSFQ, se solicita la cédula o partida de nacimiento (menores de edad sin cédula) o carné del IESS (en caso de que el cliente posea) o en su defecto información del paciente para validarla en el sistema.

El admisionista realiza la calificación del paciente y registra los datos de la hora de llegada en un documento, coloca una pulsera identificativa al paciente. El documento es trasladado a triaje por el guardia interno de emergencia.

NOTA: Emergencias Gineco-Obstétricas

Mujeres con una emergencia gineco-obstétrica, son derivadas al Centro Obstétrico para su valoración, diagnóstico y tratamiento.

2. Triaje

Los objetivos y funciones del triaje son:

- a) Identificar a los pacientes en situación de riesgo vital.
- b) Asegurar la priorización de la asistencia en función del nivel de clasificación.
- c) Asegurar la reevaluación de pacientes que deben esperar
- d) Decidir cuál es el área más apropiada para atender a los pacientes.
- e) Aportar información al paciente sobre el proceso Asistencial.
- f) Mejorar el flujo de los pacientes y la congestión del servicio.

Por norma general, los pacientes desde que dan los datos en admisión hasta que son atendidos en el área de triaje, no deberían esperar más allá de 10 minutos, y el tiempo de triaje no debería sobrepasar los 5 minutos.

El personal sanitario de triaje hace una primera valoración de los pacientes a través del "árbol" de preguntas incluido en el sistema de triaje de urgencias. Según el resultado obtenido en las preguntas, junto con la sintomatología se establecerá el grado de prioridad de su atención, la cual vendrá dada por el propio sistema.

A modo de orientación y según el resultado de la valoración de triaje y la prioridad de atención definida se actuará de las siguientes maneras:

1. **Prioridad 1**.- Prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.

2. **Prioridad 2.-** Situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. La demora en la atención no debería superar los 15 minutos.
3. **Prioridad 3.-** Urgente pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. La demora en la asistencia no debería sobrepasar los 120 minutos.
4. **Prioridad 4.-** Urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. La demora en la atención puede llegar a 180 minutos.
5. **Prioridad 5.-** No urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citaciones, etc. Demora de hasta 240 minutos.

Una vez que el paciente ha sido visto en el triaje, se anotará signos vitales y su grado de prioridad, el mismo que será entregado al usuario externo para que posteriormente cuando vaya a recibir atención médica este sea entregado al mismo. Vale la pena mencionar que las prioridades 1 y 2, se contactará directamente con el personal de emergencia para su atención inmediata.

El personal de triaje cada 10 minutos valora visualmente a los pacientes que están en la sala de espera de emergencias para identificar pacientes que presenten síntomas que ameriten el ingreso al área de triaje de forma rápida.

3. Asistencia médica:

Se realiza la observación, diagnóstico y tratamiento del paciente, de ser requerido se solicitan pruebas de laboratorio o exámenes de imagen.

La enfermera solicita al médico tratante que valore al paciente el mismo que posterior a la evaluación, realiza la prescripción médica y la enfermera canaliza la vía, toma muestras de laboratorio, administra medicamentos, tramita solicitudes para pruebas diagnósticas, tramita interconsultas y realiza procedimientos médicos si el paciente lo requiere, por ejemplo: colocación de sondas, gasometrías, etc.

NOTA: De acuerdo a la complejidad de la atención si se requieren equipos que no están a disposición del área de emergencia se trasladará al paciente al lugar que posea el equipo.

Con carácter general y tras la valoración del paciente por el triaje, este puede tomar las siguientes direcciones:

a) **Cubículos.-** Para su diagnóstico, tratamiento y observación, siempre que el paciente precise este recurso para el restablecimiento de su salud. El paciente es atendido por el personal sanitario procediendo al registro de su proceso patológico en el SSII.

En caso de requerir la presencia de un médico especialista de guardia el personal sanitario procede a su localización a través del sistema de comunicación dispuesto.

Una vez evaluado, se le solicitarán las pruebas diagnósticas que requiera para la determinación de su diagnóstico y posterior tratamiento.

Para la realización de pruebas diagnósticas que requiera el transporte del paciente a otra área, este será trasladado por el camillero del área de Emergencias. Una vez realizada la entrega del paciente al área de procedimiento diagnóstico y, siempre que la prueba

supere los diez minutos, el camillero retornará al área de Emergencias para eventuales atenciones. Tras la finalización de la prueba, el personal del área diagnóstica llamará al Emergencias para el retorno del paciente. Si el procedimiento diagnóstico dura menos de 10 minutos, el camillero esperará a la finalización de la prueba para su posterior traslado.

En el caso de precisar un cuidado especial, la realización de un procedimiento o tratamiento específico, acudirá al área más adecuada para ello:

1. Aislamiento: Se coloca a pacientes con enfermedades de sospecha infecciosa.
2. Pediatría: Se atiende a niños todo tipo de patologías a excepción de que sea un paciente crítico.
3. Críticos: Se pone al mando el médico tratante, enfermeras (vía periférica y administración de medicamentos; circular interna y tiempos), auxiliar (monitorear signos vitales, retiro de pertenencias del paciente y circular externo) y paramédico (vía aérea)
4. Observación: Pacientes con patologías que hay que realizarles pruebas diagnósticas, visualizar evolución del paciente.
5. Hidratación y tratamiento rápido: Pacientes con patologías leves y administración de medicamentos de pacientes de consulta externa.

b) **Áreas de procedimientos:** La realiza el interno de medicina o paramédico o enfermera bajo vigilancia del médico tratante; acuden pacientes que presenten algún tipo de trauma, lesiones o curaciones.

1. Suturas
2. Inmovilizaciones
3. Otros procedimientos menores (drenajes, sondas, lavados, curaciones)

NOTA: Aquellas Emergencias oftalmológicas y de ORL, en las que los profesionales no puedan resolver por la carencia de la tecnología diagnóstica y/o equipamiento para su tratamiento, serán trasladados a la consulta de oftalmología y ORL para su diagnóstico y tratamiento. Esta disponibilidad solo será factible en horario de mañana. En horario que no exista disponibilidad de especialista el paciente podrá ser transferirlo a otro centro con mayor nivel de complejidad o que disponga de este recurso.

c) **Consulta Resolutiva de Urgencias.-** Siempre que su proceso sea de menor relevancia que el anterior (prioridad 3 (en ocasiones), 4 y 5). En este proceso el médico realiza la consulta del paciente y puede darle el alta tras su diagnóstico y tratamiento. Si el médico considera que debe ser visto en el interior del área de emergencias (cubículos) realizará el traslado a dicha área.

Una vez realizada la atención del paciente de acuerdo a su situación puede tomar las siguientes alternativas de acuerdo a la evaluación médica:

I Ingreso a hospitalización:

- Hospitalización Quirúrgica
- Quirófano
- Gineco Pediatría
- Unidad de Cuidados Intensivos
- Medicina Interna

II Transferencia a otra unidad médica: Se realiza cuando no tenemos los recursos asistenciales (espacio físico, especialidad, insumos y equipamiento) para atender al paciente, se proporcionará toda la información recabada en nuestro centro de salud para

la continuidad del tratamiento en el lugar asignado después de haber sido estabilizado.

Se gestiona una ambulancia para el traslado del paciente.

III Alta: El paciente una vez diagnosticado y estabilizado, y viendo que no precisa continuidad asistencial en el área de emergencias, se procede al alta a través del SSII facilitándole el tratamiento, recomendaciones médicas y de enfermería pertinentes a su proceso patológico, puede ser:

- ✓ Médica
- ✓ Administrativa
- ✓ Voluntaria: El paciente puede solicitar el alta voluntaria debiendo de firmar dicho procedimiento. En el caso de que exista riesgo para su salud, el médico debe de informar al paciente sobre los mismos y recomendarle la continuidad de su permanencia. En el caso de que exista riesgo para la salud pública al paciente se le comunicará los riesgos para él y para otras personas. En caso de negativa, se comunicará a las autoridades pertinentes para tomar las medidas que la normativa disponga.

IV Éxitus del paciente: Cuando el paciente fallece en urgencias, el médico tiene que darle el alta por fallecimiento en el SSII. Se avisará a los familiares o acompañantes del fallecido que estén en emergencias o se tratará de localizar a familiares, si fuera el caso de que no tuviera ningún acompañante. El cadáver es trasladado por los camilleros al obituario cuando el personal sanitario de la autorización. Los familiares avisarán a la funeraria que tengan contratada trayendo el certificado de defunción para que lo rellene el médico.

V. Abandono del paciente del área de Emergencias sin autorización médica.- En este caso y siempre que exista riesgo para el paciente o riesgo de salud pública, se comunicará a las autoridades pertinentes, realizándose a través del Coordinador de Emergencias o el Jefe de Guardia. Se procederá a dar el alta administrativa en el SSII por abandono sin autorización.

Todos los pacientes en alguna de las situaciones descritas anteriormente, que finalicen su estancia en el área de emergencias deberán ser dados de alta. Para ello, se le facilitará informe de su epicrisis en el impreso de la atención realizada en este servicio, independiente de su destino. El médico indicará el motivo del alta en el SSII. Ante cualquier duda el administrativo confirma el alta con el personal sanitario. Para realizar el alta administrativa, se debe de asegurar que el paciente ya no permanece en la urgencia a la hora del alta.

TRANSPORTE

El paciente que precisa ambulancia para ser trasladado a su domicilio, se realizará la petición a la trabajadora social y esta realizará el trámite administrativo. En el caso de fuera de horario de la trabajadora social, dicha función la realizará el Jefe de Guardia. En el momento de su traslado, se realizará el alta administrativa.

4. Recepción de transferencias procedentes de Emergencias de otro Centro y que precisan, según la solicitud de referencia, de hospitalización

Con carácter general en casos de transferencia desde otros centros para ingreso hospitalario, se seguirán las directrices establecidas en el “Proceso de Hospitalización”, punto 3. “Ingreso Interhospitalario”.

En caso de que la transferencia sea de urgencia entre centros, la gestión se realizará de manera similar según se describe en el presente proceso. En estos casos, debería existir una comunicación eficaz entre los centros con el fin de evitar posteriores derivaciones.

5. Información y acompañamiento de pacientes.

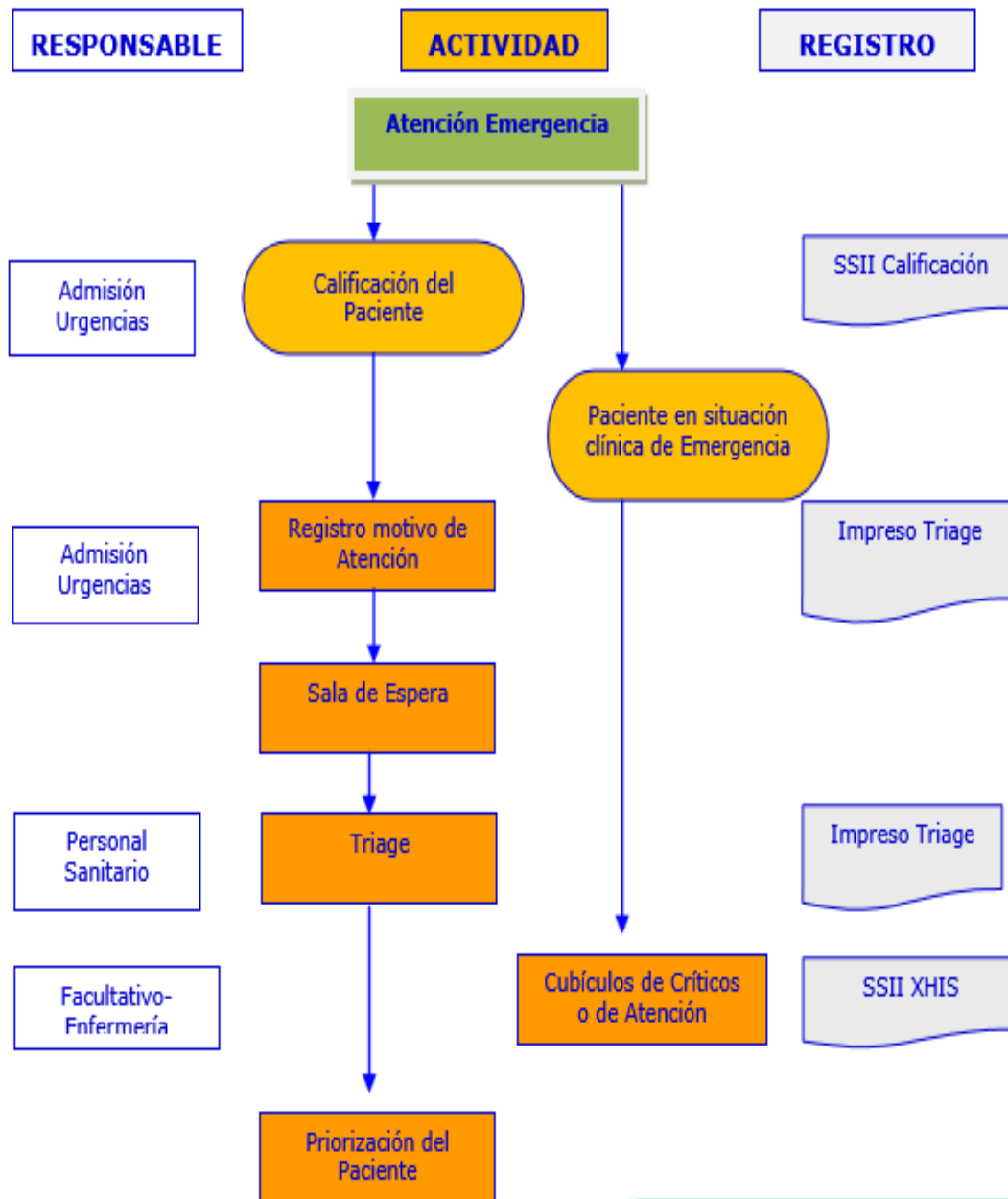
Información

1. Con carácter general, el personal médico deberá dar información asistencial al paciente (si es posible) y acompañantes o familiares después de cada atención o cambio que se produzca en el estado del paciente. Si no hubiera cambios, se deberá informar de igual manera al menos cada hora transcurrida.
2. Nunca se dará información telefónica.
3. Si el administrativo o personal del Servicio de Atención al Usuario detecta que los familiares se encuentran inquietos por la espera, falta de información, etc., no dudar en hacer llegar la inquietud al personal sanitario.
4. El personal administrativo y del Servicio de Atención al Usuario tranquilizará a las personas.

Acompañamiento

1. Con carácter general, los pacientes mayores de edad, acceden a los cubículos de exploración sin acompañante, salvo dificultad de comunicación, falta de conocimiento del idioma, déficit cognitivo y/o sensorial, o autorización por parte del personal sanitario. Ésta autorización, será una tarjeta diseñada a tal fin en la que aparezca el rótulo FAMILIAR AUTORIZADO.
2. Los pacientes menores de edad, permanecerán SIEMPRE acompañados de un familiar, salvo contraindicación del personal sanitario.
3. Las mujeres que accedan al área de urgencias ginecológicas irán siempre acompañadas de una persona como acompañante.
4. No pueden ingresar niños menores de 12 años a visitar pacientes o en condición de acompañante. Si existieran problemas en estos casos contactar con el Servicio de Atención al Usuario y fuera de horarios con el personal de admisión.

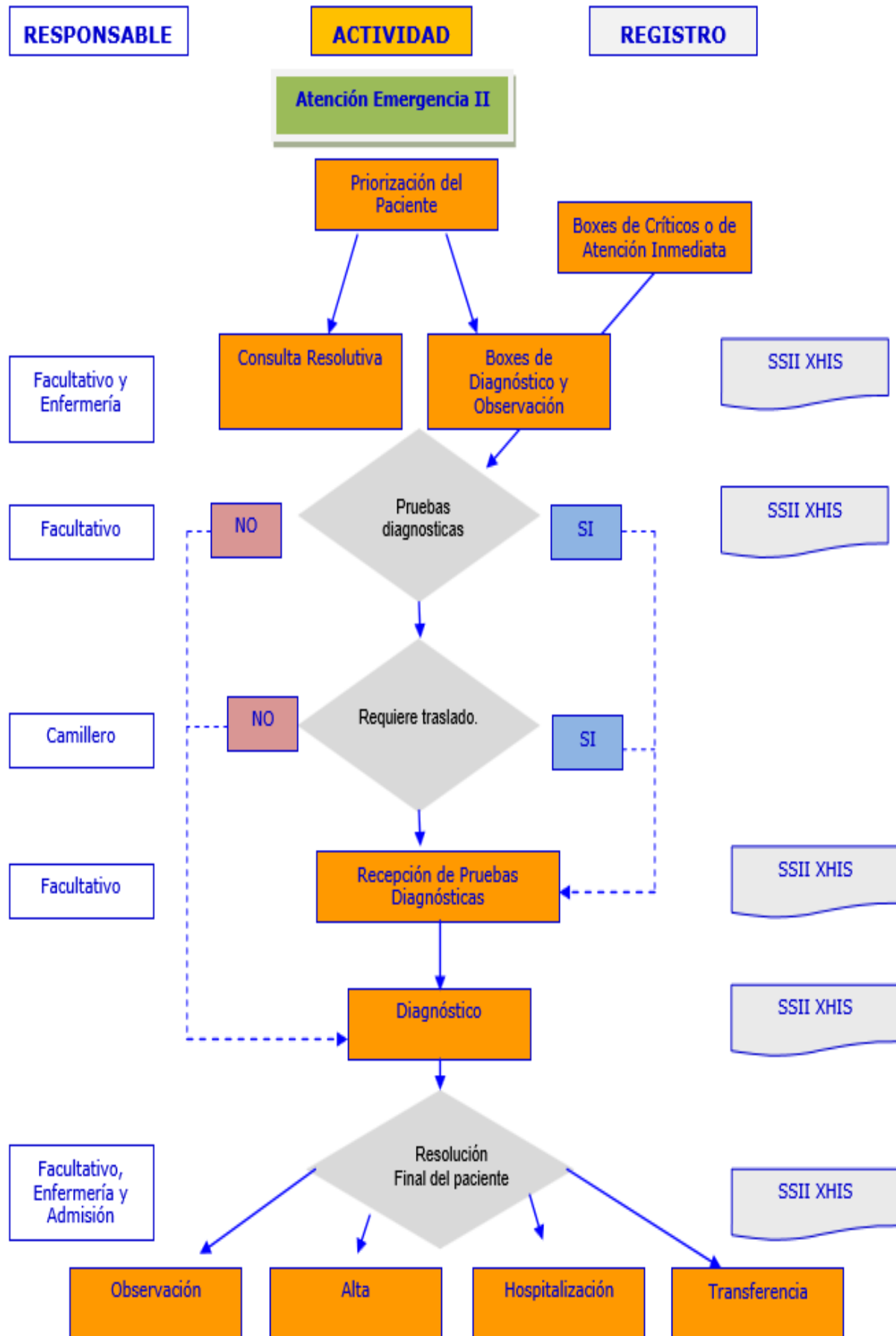
FLUJO DE TRABAJO -



Niveles de prioridad en TRIAJE:

- **Prioridad 1.-** Prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.
- **Prioridad 2.-** Muy urgentes-riesgo vital. Demora en atención no superior a 15 minutos.
- **Prioridad 3.-** Urgencia estable. Demora en atención no superior a 60 minutos.
- **Prioridad 4.-** Urgencia menor. Potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora en atención hasta de 120 minutos.
- **Prioridad 5.-** No urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citaciones, etc. Demora en atención de hasta 240 minutos.

FLUJO DE TRABAJO -



GESTION DE TRANSPORTE DE PACIENTES

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Dr. Eduardo Barzallo	Dirección Médica y Administrativa	Dirección Médica y
Dr. Rubén Guamangallo	Asesoría Española	Administrativa
Lcda. Evelyn Chávez (Maestrante)		

MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO						
FECHA	COMENTARIO	PÁGINA		PUNTO MODIFICADO	PASA EDICIÓN	A
		DESDE	HASTA			
2013-11-12	Edición Inicial					
RESPONSABILIDAD						
<p>La responsabilidad de velar por la seguridad y eficiencia en el transporte de pacientes en la Emergencia y Hospitalización, compete al Coordinador Médico de cada área, Responsables de procesos, Médicos, Enfermeras, Auxiliares, Paramédicos, Camilleros y Choferes.</p>						
ALCANCE						
<p>Desde que un Facultativo decide trasladar a un paciente por el motivo que sea a otro lugar (Hospital distinto nivel IESS, clínica de convenio, domicilio, etc)</p> <p>Desde nuestro Hospital y hasta que llega a su destino</p>						

Introducción

El objetivo del diseño del estándar operacional de Traslado de pacientes desde los distintos Servicios del hospital hacia otras Unidades médicas, es definir las pautas que el personal de salud y el servicio de apoyo deben seguir para garantizar que el procedimiento se realice con el menor riesgo para el paciente.

Lo que permitirá que todos los miembros del equipo de salud que intervienen en este proceso conozcan las normas a seguir para que el transporte de pacientes y está se realice de forma segura, con la identificación oportuna de los potenciales riesgos para prevenir daños, disminuir la morbilidad y bajar los costos hospitalarios.

Conocer el flujo de pacientes transportados, así como las incidencias acaecidas mediante los registros adecuados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Estandarizar los criterios y procedimientos que se aplican y efectúan en el manejo del traslado de pacientes.
- ✓ Definir un estándar de calidad del traslado de pacientes de acuerdo con protocolos definidos de acuerdo a la realidad nacional.
- ✓ Implementar una metodología de evaluación del grado de cumplimiento de los estándares definidos.
- ✓ Lograr y sostener altas competencias en el equipo de salud responsable del procedimiento.
- ✓ Estandarizar el equipamiento que se requiera para estas situaciones.
- ✓ Estandarizar los registros.

Disposición de Ambulancias:

El HSFQ al momento cuenta con 2 Ambulancias las mismas que se encuentran totalmente equipadas para el tipo de pacientes que manejamos.

Ambulancia número 1:

Uso exclusivo para traslado de pacientes Emergentes, por lo que debe estar disponible en el área de Emergencias.

Ambulancia número 2:

Uso coordinado con trabajo Social para traslados programados en las diferentes áreas del HSFQ.

Criterio para el Uso de Ambulancias:

Paciente Inestable Uso Exclusivo

Paciente Estable Máximo Dos

DISPOSICIONES GENERALES:

Criterios para traslado de pacientes

- ✓ Pacientes con patologías que necesiten atención médica en un nivel de complejidad más avanzado (Hospital de tercer nivel o clínica de convenio).
- ✓ Pacientes con patologías para las cuales es indispensable el manejo por especialidad y/o equipos que no disponga la institución.
- ✓ Por falta de espacio físico siempre y cuando esté debidamente justificado por el médico tratante transferente y aprobado por la dirección médica o jefe de guardia.
- ✓ Traslado motivado para realización de procedimientos dg o terapéuticos y exámenes de gabinete que no se disponen en el hospital.
- ✓ Traslado de pacientes a domicilio debidamente justificado por el médico tratante y abalizado por trabajo social.

DESARROLLO

1.- Para la solicitud de envío de pacientes, los médicos especialistas deberán llenar el formulario para traslado de pacientes y elaborar el resumen clínico completo conforme a lo establecido en la norma oficial Ecuatoriana Form. 053 del expediente clínico en caso de transferencia. (Los dos formularios deben ir con copia las mismas que serán entregadas a trabajo social su respectivo archivo.)

Para la realización de exámenes de Dg complementarios fuera de la Institución debe llenar el respectivo pedido en el que debe constar dg y CIE 10.

2.- La transferencia de pacientes y la realización de exámenes de dg complementarios lo debe determinar el médico tratante correspondiente y solamente serán autorizados por el Coordinador Médico del HSFQ de 08:00 a 15:30 y por el Jefe de guardia de 15:30 a 08:00 de lunes a viernes.

Para el caso de una referencia urgente de pacientes ingresados en emergencia y/o hospitalizados, en turnos especiales o días inhábiles, será el Jefe de Guardia quien autorice el envío bajo su estricta responsabilidad, y el personal de Admisión que se encuentra en el área de Emergencia serán los encargados de asegurar un destino final al paciente.

3.- Cuando una referencia sea autorizada por la Coordinación Médica, o Jefe de guardia, el área de Trabajo Social del HSFQ, elabora la Orden de Traslado y gestionarán la cita u hospitalización del paciente, directamente con los hospitales o Clínicas de convenio, verificara que la documentación para el traslado del paciente, este completa y correcta, debiendo solicitar o efectuar las modificaciones que proceda.

Además deberá brindar todo tipo de orientación al personal responsable del traslado, proporcionándole los datos para su llegada a la institución receptora.

4.- El personal de Trabajo Social se comunicara con la Enfermera de turno del piso transferente para coordinar la fecha y hora del traslado seguidamente se comunicara con conductor de la ambulancia el mismo que recibe la documentación y verifica que este completa. Toda movilización de la ambulancia se debe realizar con su respectiva solicitud la misma que será entregada por trabajo social de lunes a viernes de 07:30 a 16:00 y los días inhábiles será entregado por el admisionista de Emergencia.

5.- El conductor de la ambulancia comunicará al paramédico del traslado a realizarse, el mismo que debe preparar equipos y materiales a emplearse durante el transporte.

6.- El conductor de la ambulancia y el paramédico acuden al servicio en el que se encuentra el paciente y entrega a la enfermera encargada el formulario de traslado para su debido registro en lo referente a preparación del paciente.

7.- El paramédico tomara signos vitales al paciente previo al traslado y lo registrara en el respectivo formulario, en caso de que existiera alguna anormalidad en los mismos, se comunicara al médico responsable quien decidirá si se continúa con el traslado o no.

8.- El paramédico junto con el camillero del piso transportan al paciente a la ambulancia.

9.- Antes de proceder al traslado el Técnico en Emergencias deberá comunicar de su salida al Médico tratante Emergenciólogo de turno, indicando el tiempo aproximado de retorno.

10.- Durante el traslado el paramédico debe tomar constantes vitales especialmente en pacientes críticos y se registrara en el formulario 053.

11.- El momento que llegan al lugar de destino el conductor y el paramédico le bajan al paciente de la ambulancia y lo trasladan al área asignada de recepción mientras el conductor y el familiar acuden a la admisión para legalizar la documentación respectiva el paramédico permanece junto al paciente.

12.- Una vez realizados los procedimientos y exámenes motivo del traslado, se retornara al paciente con los mismos cuidados mencionados anteriormente.

A su llegada al HSFQ, el paramédico y el chofer le bajan al paciente de la ambulancia, ingresan por el área de Emergencia y le suben al piso de origen, procediendo a entregar al paciente a la enfermera encargada.

13.- Al finalizar todo tipo de traslado los paramédicos deben realizar la desinfección de los equipos y la reposición del material utilizado, posteriormente se comunicaran con el personal de limpieza para que se realice una desinfección terminal.

14.- El personal de trabajo social registrará todos los traslados que se realicen desde las 07:30 hasta las 16:30 y el técnico en emergencia registrara los traslados realizados desde las 16:30 hasta las 07:30 y entregara la información a trabajo social para que condense el mismo



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO
SERVICIO DE EMERGENCIA**

CIRCUITOS DE ATENCIÓN



AUTORES:

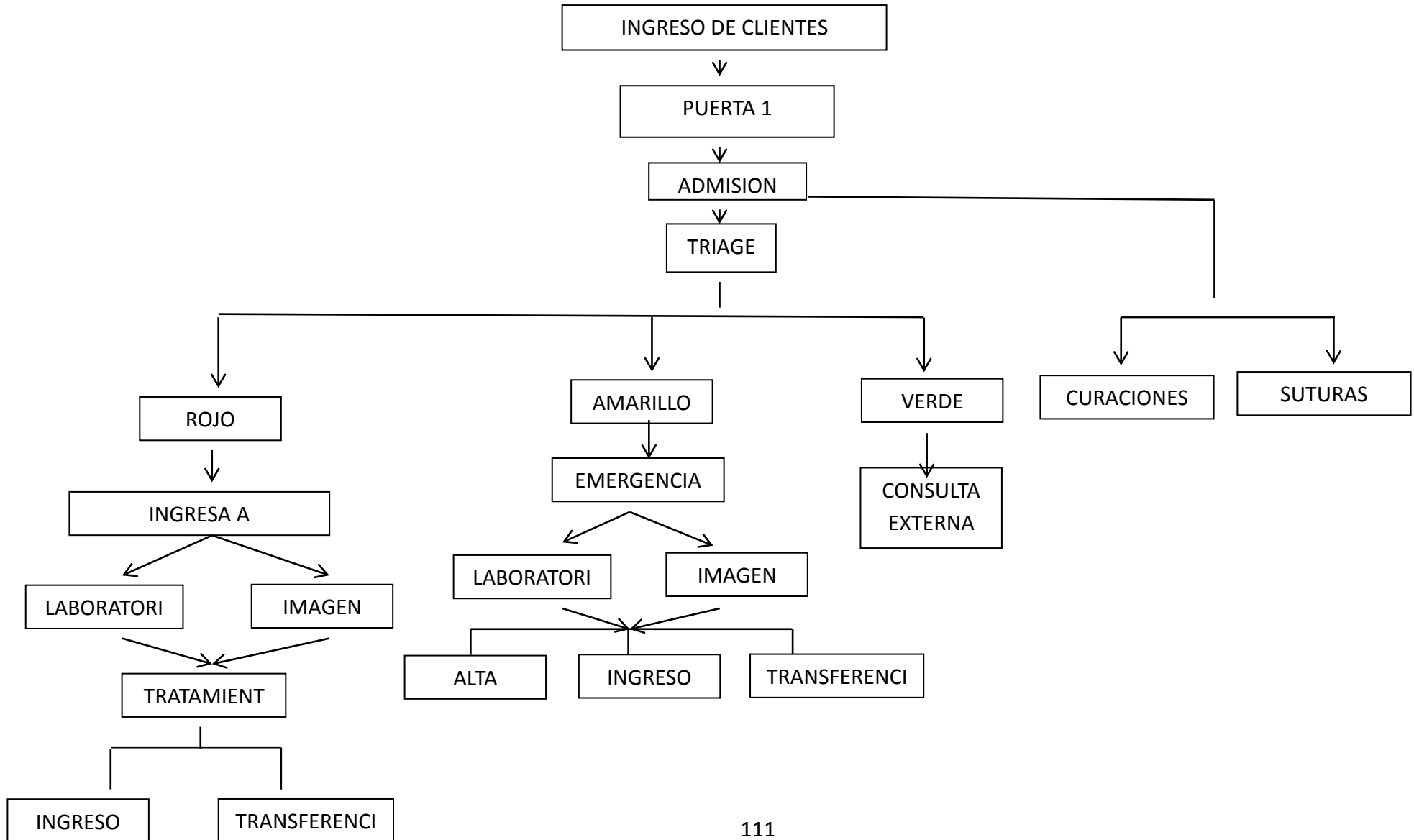
COORDINADORES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

ASESORIA ESPAÑOLA

MAESTRANTE.

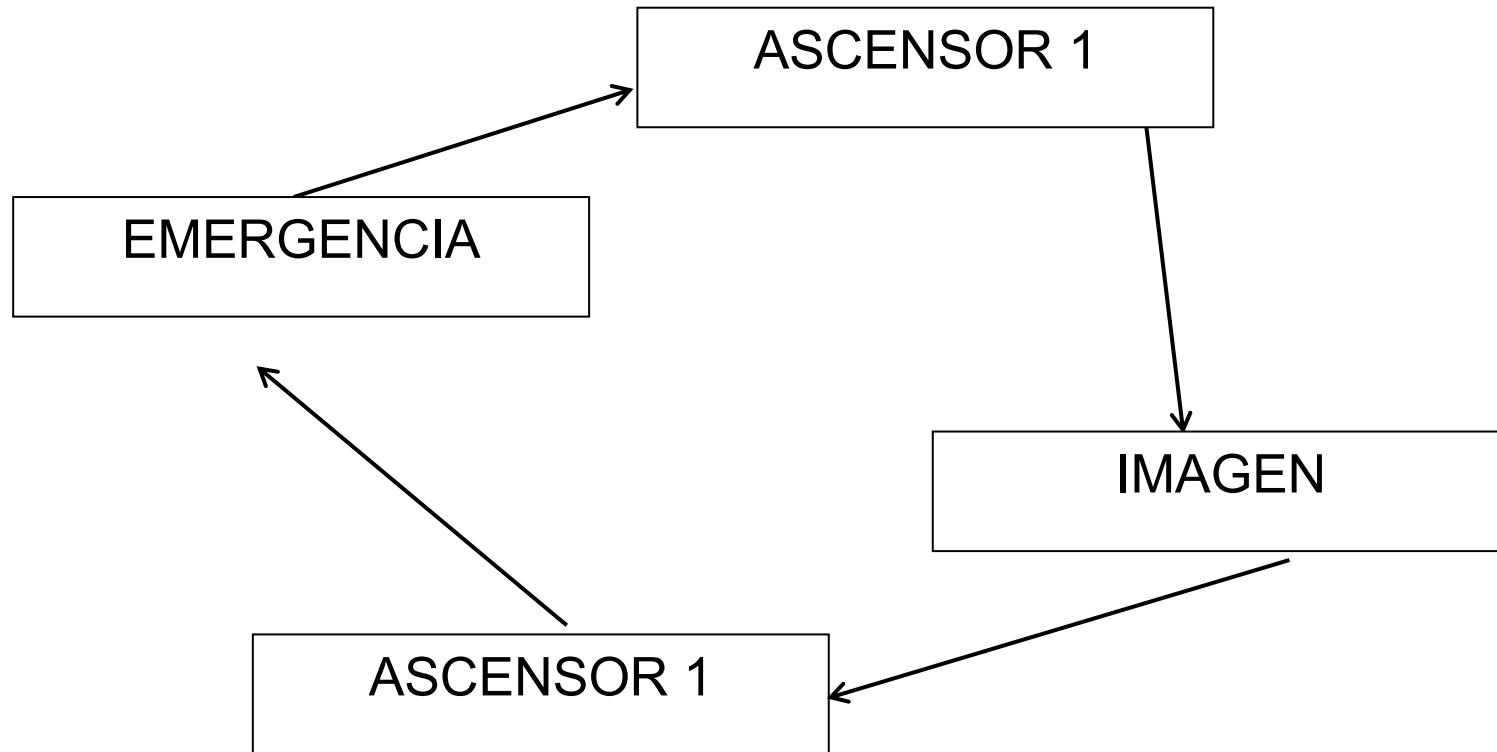
NOV 2013

1.-CIRCUITO INGRESO DE CLIENTES



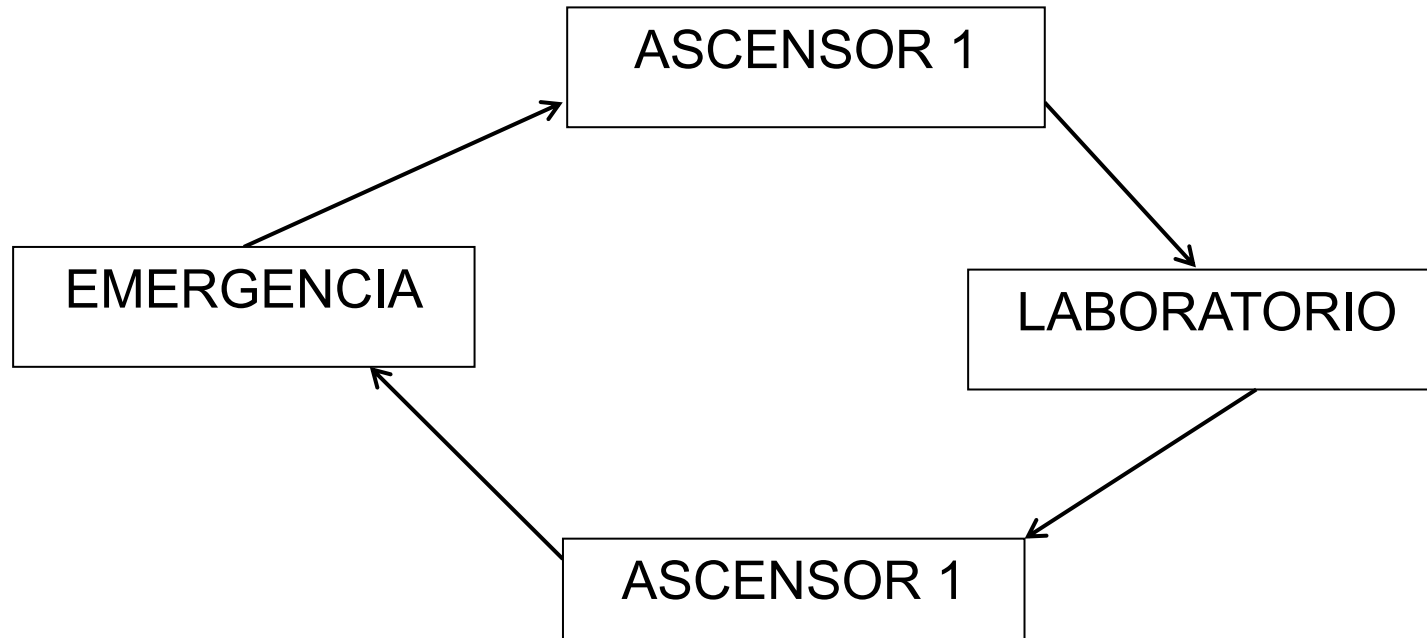
CIRCUITO 2

EMERGENCIA A EXÁMENES DIAGNÓSTICOS EN IMAGEN



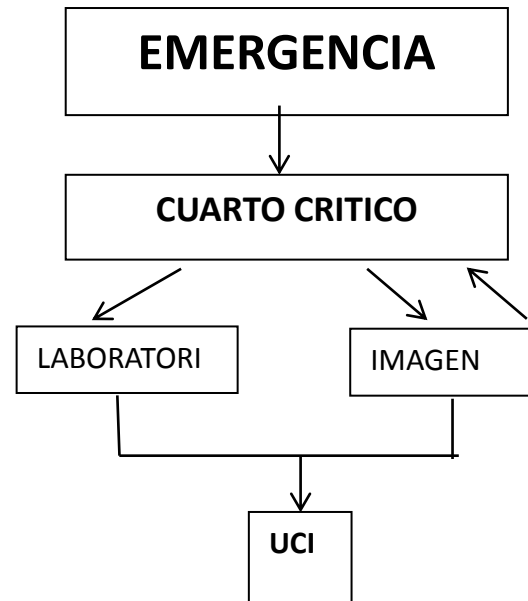
- 1 Generados los pedidos de exámenes para el cliente en el sistema AS400, se procederá a revisar código respectivo.
- 2 El código será entregado al sr. Camillero, el cual procederá a transportar al cliente al respectivo servicio para la realización del examen, el cual saldrá por la puerta 2.
- 3 Se trasladará al cliente por el ascensor 1. Al llegar al servicio de imagen, el personal revisará el código del examen a realizarse, recibirá al cliente, y el señor camillero ayudará en los procedimientos que tengan que realizarse (si fuese necesario)

**CIRCUITO 3
EMERGENCIA A LABORATORIO**



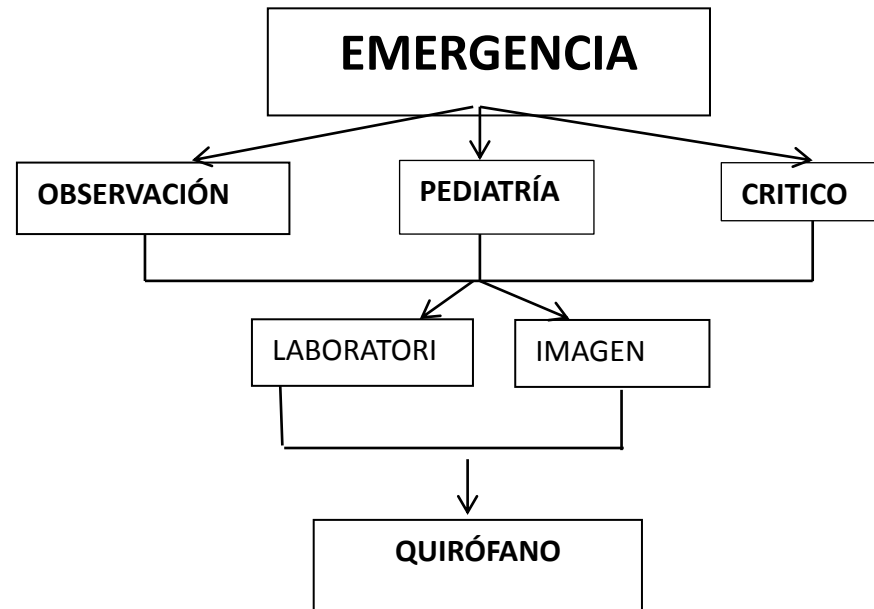
1. Generados los pedidos de exámenes para el cliente en el sistema AS400, se procederá a revisar código respectivo.
2. El código para los exámenes y las muestras respectivas y correctamente rotuladas, será entregado al Sr. Camillero o Auxiliar de Enfermería, el cual procederá a transportar las muestras al laboratorio saldrá por la puerta 2.
3. El personal se trasladará por el ascensor 1 hacia laboratorio, en el servicio las muestras serán recibidas por el personal de laboratorio, con sus respectivos códigos.
4. Luego de entregar las muestras al laboratorio el Sr. Camillero o Auxiliar de Enfermería retornarán al servicio de

CIRCUITO 4
EMERGENCIA A TERAPIA INTENSIVA



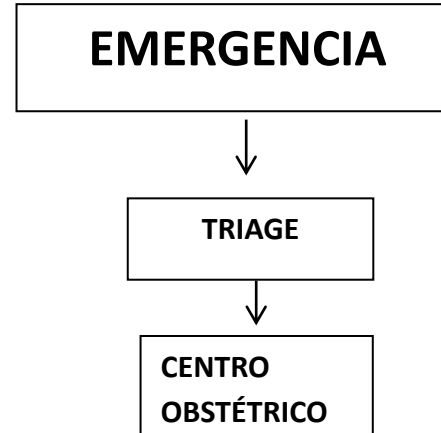
1. El cliente ingresa a cuarto crítico directamente, será valorado por médicos de emergencia, los cuales decidirán exámenes y procedimientos a realizarse.
2. Si se necesita exámenes de laboratorio se procederá mediante circuito 2.
3. Si se necesita exámenes de imagen se procederá mediante circuito 1.
4. Luego de ser revalorado al cliente por parte del personal médico, se procede a comunicar a terapia intensiva el ingreso del mismo.
5. Se solicita al señor camillero (si no estuviese disponible, al aux. de enfermería o enfermera) trasladar al cliente al servicio de terapia intensiva, lo acompañaran personal especializado dando soporte vital (médico y enfermera). Esto lo harán por la puerta 2 de emergencia, el transporte se lo hará exclusivamente en camillas o camas de la emergencia
6. Al ingreso en el servicio de terapia intensiva, todo el personal disponible ayudara al traspaso del cliente a una de las camas de esa área, hasta dejarlo estabilizado y debidamente monitorizado.
7. El personal de emergencia retornará al área por el mismo circuito.

CIRCUITO 5 EMERGENCIA A QUIRÓFANO



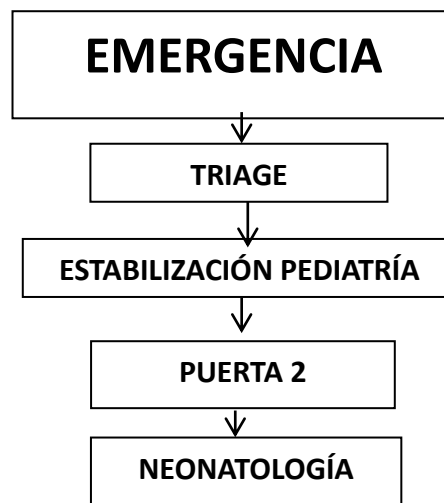
1. El cliente ingresa a emergencia y se lo ubica en las diferentes áreas, observación, pediatría o crítico, será valorado por médicos de emergencia, los cuales decidirán exámenes y procedimientos a realizarse.
2. Si se necesita exámenes de laboratorio se procederá mediante circuito 2.
3. Si se necesita exámenes de imagen se procederá mediante circuito 1.
4. Luego de ser revalorado al cliente por parte del personal medico, se procede a comunicar a Quirófano para la recepción del cliente.
5. Se solicita al señor camillero, trasladar al cliente al servicio de Quirófano, lo acompañaran personal especializado si la condición del cliente lo amerita. Esto lo harán por la puerta 2 de emergencia, el transporte se lo hará exclusivamente en camillas o camas de la emergencia.
6. Al ingreso al servicio de Quirófano ingresará primero sus pies, será recibido por el personal de quirófano, el Sr camillero ayudara en el traslado del cliente entre una camilla y otra.
7. El personal retornará al área por el mismo circuito.

CIRCUITO 6
EMERGENCIA A CENTRO OBSTÉTRICO



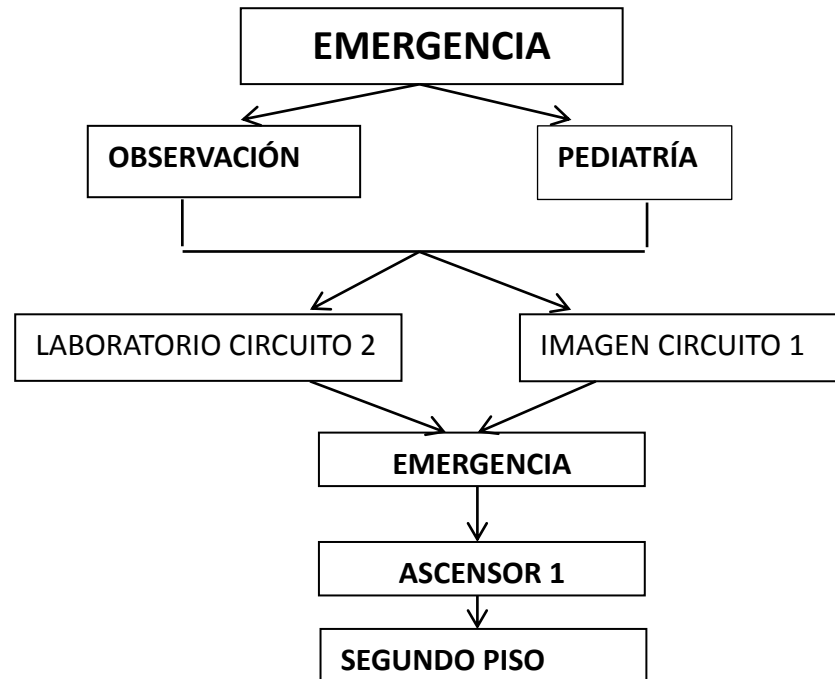
1. Una vez valorada la cliente, e indicado su ingreso a centro obstétrico, se procede a comunicarse vía telefónica con la enfermera de turno para su recepción.
2. El señor camillero transportará a la cliente por la puerta 2 de emergencia hacia centro obstétrico, para lo cual se transportará en camilla o silla de ruedas según condición de la cliente
3. La cliente será recibida por la enfermera de turno en centro obstétrico
4. El señor camillero retornará al área de emergencia por la misma vía.

CIRCUITO 7
EMERGENCIA A NEONATOLOGÍA



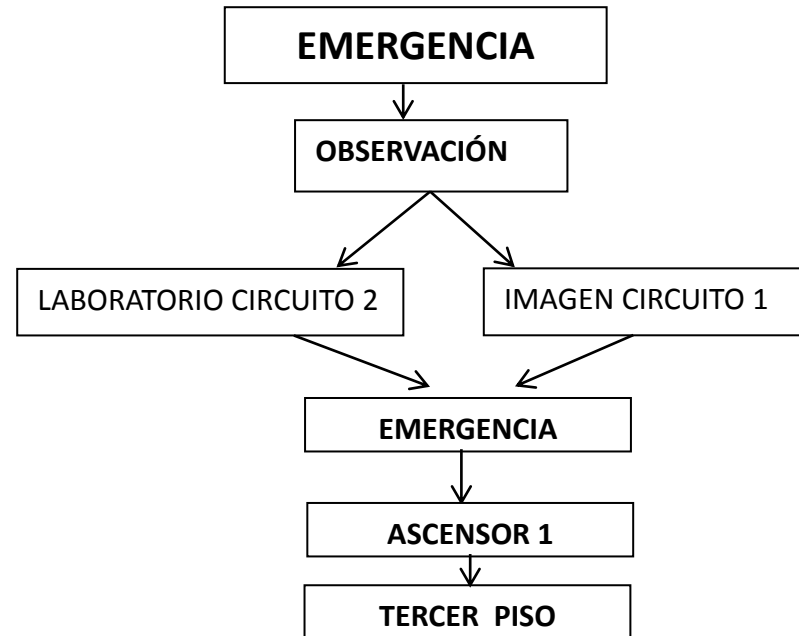
1. El paciente de neonatología será valorado en el área de triage, pasara al área de pediatría para su estabilización.
2. Se informará al área de neonatología para la recepción del cliente.
3. El Sr. Camillero transportará a la madre y al cliente en silla de ruedas, saldrá por la puerta 2, hacia el área in dicada.
4. Una vez realizada la recepción del cliente, el Sr. Camillero retornara al área de emergencia por el mismo circuito.

CIRCUITO 8
EMERGENCIA A HOSPITALIZACIÓN SEGUNDO PISO (PEDIATRÍA O GÍNECO – OBSTETRICIA)



1. El cliente ingresa a emergencia y se lo ubica en las áreas de observación y pediatría, será valorado por médicos de emergencia, los cuales decidirán exámenes y procedimientos a realizarse.
2. Si se necesita exámenes de laboratorio se procederá mediante circuito 2.
3. Si se necesita exámenes de imagen se procederá mediante circuito 1.
4. Luego de ser revalorado al cliente por parte del personal médico, se procede a comunicar a ginecología y pediatría para la recepción de los mismos
5. Se solicita al señor camillero, trasladar al cliente al servicio de ginecología o pediatría. Esto lo harán por la puerta 2 de emergencia, el transporte se lo hará exclusivamente en camillas o camas de la emergencia, los pacientes se transportaran por el ascensor 1, hacia los respectivos servicios.
6. Una vez realizada la recepción del cliente por parte del personal a los servicios correspondientes, el Sr camillero retornará a emergencia por la mismo circuito.

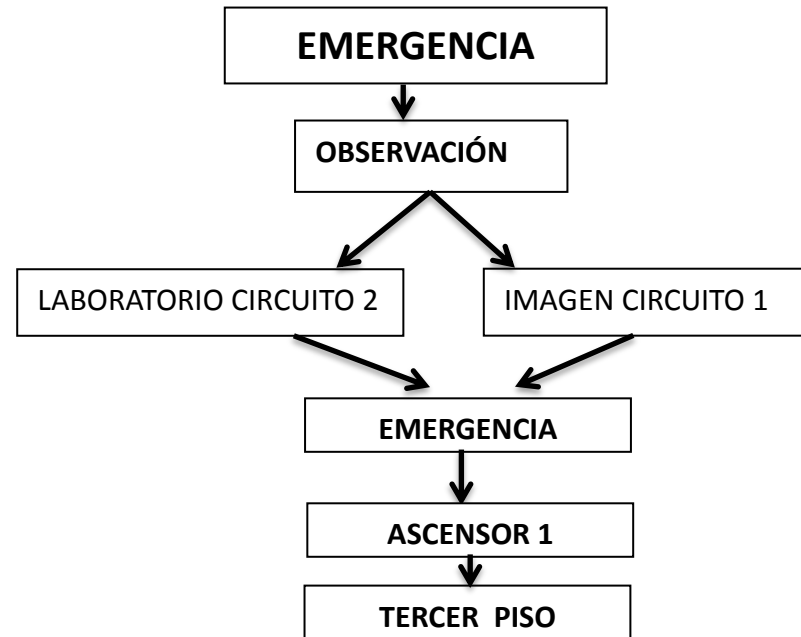
**CIRCUITO 9
DE EMERGENCIA A HOSPITALIZACIÓN TERCER PISO (CIRUGÍA GENERAL O TRAUMATOLOGÍA)**



1. El cliente ingresa a emergencia y se lo ubica en el área de observación, serán valorados por médicos de emergencia, los cuales decidirán exámenes y procedimientos a realizarse.
2. Si se necesita exámenes de laboratorio se procederá mediante circuito 2.
3. Si se necesita exámenes de imagen se procederá mediante circuito 1.
4. Luego de ser revalorado al cliente por parte del personal medico, se procede a comunicar al servicio de cirugía general o traumatología para la recepción de los mismos
5. Se solicita al señor camillero, trasladar al cliente al servicio de cirugía general o traumatología. Esto lo harán por la puerta 2 de emergencia, el transporte se lo hará exclusivamente en camillas o camas de la emergencia, los pacientes se transportaran por el ascensor 1, hacia los respectivos servicios.
6. Una vez realizada la recepción del cliente por parte del personal de los servicios correspondientes, el Sr camillero retornará a emergencia por la mismo circuito.

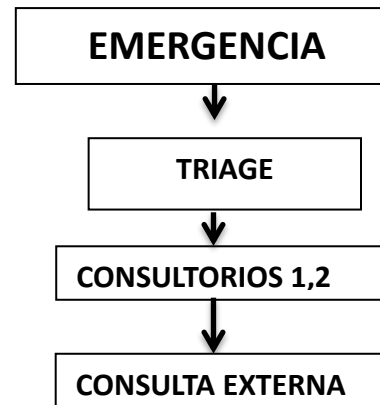
CIRCUITO 10

EMERGENCIA A HOSPITALIZACIÓN CUARTO PISO (MEDICINA INTERNA)



1. El cliente ingresa a emergencia y se lo ubica en el área de observación, serán valorados por médicos de emergencia, los cuales decidirán exámenes y procedimientos a realizarse.
2. Si se necesita exámenes de laboratorio se procederá mediante circuito 2.
3. Si se necesita exámenes de imagen se procederá mediante circuito 1.
4. Luego de ser revalorado al cliente por parte del personal medico, se procede a comunicar al servicio de medicina interna o para la recepción de los mismos
5. Se solicita al señor camillero, trasladar al cliente al servicio de medicina interna. Esto lo harán por la puerta 2 de emergencia, el transporte se lo hará exclusivamente en camillas o camas de la emergencia, los pacientes se transportaran por el ascensor 1, hacia los respectivos servicios.
6. Una vez realizada la recepción del cliente por parte del personal de los servicios correspondientes, el Sr camillero retornará a emergencia por la mismo circuito.

CIRCUITO 11
EMERGENCIA A CONSULTA EXTERNA



1. El cliente ingresa a emergencia triage después de la valoración del médico se lo ubicará en consulta 1 o 2 o se lo remitirá directamente a consulta externa.
2. El paciente saldrá por la puerta 1.

PRIORIDAD DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO PARA CLIENTES DE EMERGENCIA

PRIORIDAD ALTA	PRIORIDAD MEDIA	PRIORIDAD BAJA
Se dará esta prioridad de atención y tratamientos a los clientes de las unidades de críticos.	Se dará esta prioridad a pacientes de pediatría y los que hayan sido calificados de segundo nivel en el triage	Esta prioridad es para los clientes ambulatorios, como curaciones, yesos e inyectología
Los exámenes serán realizados en forma STAT, sin retrasos ni justificaciones	Los exámenes serán realizados sin demoras mayor a 10 minutos	Los exámenes se realizarán posiblemente en emergencia pero los resultados serán valorados por consulta externa
En los servicios de diagnóstico con la menor demora posible en el procedimiento	No demoraran en la espera de atención en los diferentes servicios que se realizarán exámenes	
Tendrán disponibles los quirófanos y terapia intensiva si el caso lo ameritare	Se programará cirugía si es el caso, o se ingresará a hospitalización para tratamiento específico	Serán trasladados para su seguimiento en el tratamiento hacia consulta externa, y si ameritaren cirugía se programará en la consulta con el especialista
Su transferencia será prioritaria y en el menor tiempo posible.	Se realizarán los tramites de transferencia en el tiempo normal que se tome trabajo	

	social	
Estos clientes siempre serán trasladados con personal calificado, no puede ser movilizad solo con el Sr. camillero	Serán transportados por personal camillero y auxiliar de enfermería	Su traslado será en silla de ruedas o por sus propios medios
Para este cliente, se extremarán los cuidados al máximo, se pondrán a disposición todos los recursos necesarios	Los cuidados son moderados, con equipo y materiales suficientes para la atención	No necesita cuidados específicos, sino generales
En la unidad a la que será ingresado el cliente en esta prioridad, será recibido por personal especializado (médico tratante, enfermera)	A su ingreso, el cliente será recibido por la enfermera de turno	Se comunicará en casos especiales a la consulta externa sobre el paciente a ser referido de la unidad
Permanecerá en emergencia el tiempo necesario para ser estabilizado y transferido, no más de aproximadamente 2 horas	Permanecerá en emergencia hasta tener resultados de laboratorio y confirmar cama en hospitalización aproximadamente 3 horas	Por su baja complejidad, estos clientes permanecen en emergencia no mas de 20 minutos

Análisis del resultado 4

El 100% de circuitos y procesos de atención se encuentran elaborados e implementados hasta el mes de febrero del 2014.

Tabla 21. Circuitos y Procesos Implementados

	Planificados	Implementados	Cumplimiento
N° de Procesos propuestos	2	2	100%
N° de circuitos propuestos	11	11	100%

Fuente: Coordinación de enfermería

Elaborado por: el Autor

Se logró cumplir con el 100% de circuitos y procesos propuestos.

Una vez implementados los circuitos y procesos se observó mayor organización y mayor seguridad en el equipo multidisciplinario que labora en dicha área.

Resultado 5

Estrategias de comunicación efectiva departamental, interdepartamental y para con el cliente externo establecidas.

Actividades Realizadas

5.1.- Talleres Impartidos

En el mes de noviembre del 2013 se mantuvo una reunión con el director de Docencia de Enfermería para darle a conocer el clima laboral negativo que hay entre enfermera – enfermera, lamentablemente repercutiendo en la atención a los pacientes, es por esta razón que se presentó un proyecto al director de docencia y a la jefe de RRHH los mismos que la analizaron y realizaron la gestión respectiva para que se apruebe el proyecto. (Ver anexo 7 fotorelatoria)

Una vez aprobado los talleres dictados fueron los siguientes: (Ver anexo 7 fotorelatoria)

Tabla 22. Listado de talleres de comunicación

Taller	Fecha y Hora	Participantes	Lugar
Atención al usuario	29 nov 2013	Personal de Enfermería	Auditorio HSFQ
Trabajo en Equipo	13 dic 2013	Personal de Enfermería	Auditorio HSFQ
Comunicación Efectiva	20 dic 2013	Personal de Enfermería	Auditorio HSFQ
Taller Motivacional.	21 dic 2013	Personal de Enfermería	Auditorio HSFQ

Fuente: Departamento de docencia. Elaborado por: el Autor

5.2.- Taller de Risoterapia

Con el fin de ayudar a fomentar la alegría interior, para promover la salud física y psicológica. Se realizó la gestión para dictar un taller de risoterapia la misma que tiene como objetivo preparar al personal para vencer el estrés, exceso de preocupación, mejorar el autoestima y realización personal. (ver anexo 7 fotorelatoria)

Tabla 23. Taller de Riso terapia

Taller	Fecha y Hora	Responsables	Participantes	Lugar
Riso terapia	20 de nov 2013 08:00 am	Maestrante	Personal de Enfermería	Auditorio del HSFQ

Fuente: Coordinación de enfermería

Elaborado por: el Autor

5.3.- Coordinación y organización de una casa abierta en el HSFQ.

De igual manera con el objetivo de fomentar el trabajo en equipo, se planificó la organización de una casa abierta, con el fin de que influya en el personal de enfermería de forma positiva, permitiendo que haya compañerismo. (Ver anexo 7 fotorelatoria).

Tabla 24. Casa Abierta

Taller	Fecha y Hora	Responsables	Participantes	Lugar
Casa Abierta	3 de diciembre. 10:30	-Maestrante -Grupo de docencia -Director de docencia HSFQ.	Personal de Enfermería.	Auditorio del HSFQ

Fuente: Coordinación de enfermería

Elaborado por: el Autor

5.4.-Implementación de medios de información y comunicación para mejorar la comunicación departamental e interdepartamental.

Mediante la aplicación de una encuesta el personal de enfermería refiere que no cuenta con medios de información y comunicación departamental e interdepartamental adecuados por lo que se presentó un proyecto a la dirección administrativa para que se analice y se apruebe la ubicación de un pizarrón y un flanelógrafo en la estación de enfermería, con el fin que se pueda publicar información que deba tener conocimiento todo el personal, además se solicita la autorización para coordinar con TICS la creación de correos electrónicos institucionales para que la supervisora de enfermería del servicio de emergencia pueda informar datos específicos para el personal de enfermería como por ejemplo, nuevos procesos, circuitos, horarios, fechas de reuniones, capacitaciones, artículos de importancia, etc

También se vio que los canales de comunicación de la enfermera del servicio de emergencia con el personal camillero, personal de limpieza y supervisoras del hospital no eran efectivos, por lo que se solicitó la compra de radios intercomunicadores con el fin de estar siempre en contacto con los mismos en todo momento.

Finalmente la dirección administrativa aprobó la implementación de medios de información y comunicación para mejorar la comunicación departamental e interdepartamental. (Ver anexo 7 fotorelatoria).

Análisis del Resultado 5

INDICADOR

Se cumplió con el 100% de talleres y actividades planificadas.

Tabla 25. Cumplimiento de Talleres y Actividades

	Planificadas	Realizadas	Cumplimiento
N° de Talleres y actividades planificadas	7	7	100%

Fuente: Coordinación de enfermería

Elaborado por: el Autor

Se logró que el personal se sienta motivado, que trabaje en equipo y que tenga conocimiento de estrategias para atención al usuario logrando así mantener una actitud positiva con el mismo.

Análisis del Propósito

El propósito planteado para éste trabajo se ha cumplido mediante la aplicación del Plan de Mejoramiento de la calidad de la atención de enfermería aplicado en el servicio de Emergencia del Hospital San Francisco de Quito – IESS. El indicador es Cumplir al 100% las actividades planteadas hasta el mes de febrero del 2014.

El 82% del personal de enfermería del servicio de emergencia se encuentra capacitado en todos los temas planificados, durante la capacitación se tuvo una participación activa del personal logrando fortalecer sus conocimientos sobre varias patologías y procedimientos más frecuentes en el servicio de emergencia, tomando en cuenta que una persona bien capacitada siente seguridad en todas las actividades que realiza, de 13 charlas y talleres planificados se lograron cumplir 11, dos talleres no se pudieron lograr el de BLS y ATLS, puesto que actualmente el hospital no cuenta con presupuesto para financiar dichos talleres.

Se logró aumentar la plantilla de personal de enfermería en el servicio de emergencia de 17 enfermeras a 23, logrando generar en el personal de enfermería alivie la carga laboral y pueda brindar una atención más eficiente y de calidad al usuario externo.

Se cumplió con el 100% del área física reestructurada y se logró adquirir el 100% de equipos biomédicos solicitados, permitiéndonos ofrecer más herramientas de trabajo al personal de salud y confort al usuario externo en las instalaciones que el servicio de emergencia ahora ofrece.

Se elaboró y se implementó protocolos de atención de enfermería, el manual de inducción, estas herramientas nos sirven de guía y norma para mejorar la atención del usuario que acude al servicio de emergencia puesto que sirve para aplicar de mejor manera los procedimientos de acuerdo a la patología.

Se cumplió con el 100% de circuitos y procesos implementados, estas herramientas tuvieron un impacto positivo en los usuarios, se observó que al tener un circuito y un proceso establecido el personal se organiza de mejor manera puesto que siguen una pauta que ha logrado cumplir expectativas en el usuario externo logando satisfacción de los mismos.

Mediante los talleres y actividades planificadas se logró que el personal se sienta motivado, que trabaje en equipo y que tenga conocimiento de estrategias para atención al usuario logrando así mantener una actitud positiva con el mismo.

Las actividades realizadas generaron que el usuario externo tenga una perspectiva positiva del servicio de emergencia y del personal de Enfermería que lo atiende, logrando sentir satisfacción de la atención recibida.

Por otro lado La herramienta que se aplicó para el análisis del propósito fue una encuesta prediseñada y validada, de respuestas cerradas dirigida a los usuarios internos y externos, con el fin de analizar la percepción del nivel de satisfacción que tienen del servicio de emergencia.

La encuesta se aplicó antes de la ejecución del proyecto en el mes de junio del 2013 y otras efectuadas luego de haberlo concluido en el mes de febrero del 2014, en la que se obtuvo los siguientes datos:

USUARIO INTERNO

Encuestas realizadas a 17 enfermeras.

Pregunta 1.-

¿Usted considera que los protocolos de actuación de enfermería y el manual de inducción son herramientas necesarias en el servicio de emergencia?

Tabla 26.- Existencia de protocolos y manual de inducción.

Encuestas aplicadas en Junio 2013		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	12	70%
NO	5	30%
TOTAL	17	100%

Encuestas aplicadas en Febrero 2014		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	17	100%
NO	0	0%
TOTAL	17	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

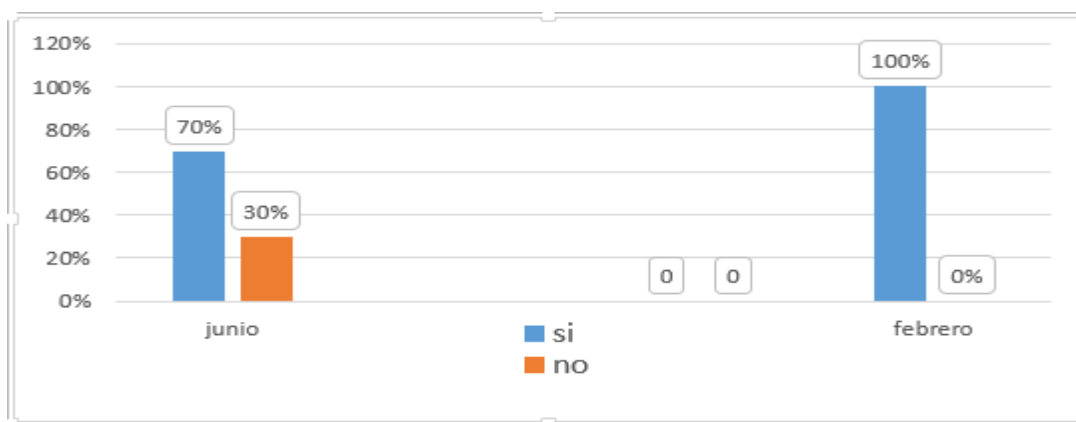


Figura 3.- Protocolos y Manuales de Inducción.

Fuente: Encuesta Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

En la encuesta realizada en Junio del 2013 observamos que el resultado nos indica que un 30% de los encuestados manifiestan que no creen necesario la existencia de protocolos y manuales de inducción en el servicio, mientras que el 70% señalan que si son herramientas necesarias pero que aún no se cuentan con los mismos. En la encuesta realizada en el mes de Febrero 2014 el 100% del personal de enfermería cree que los protocolos y manuales son herramientas muy necesarias para el trabajo diario y se encuentran satisfechos con la implementación de los mismos.

Pregunta 2.-

¿Usted considera que los circuitos y procesos de atención son una herramienta necesaria para poder brindar una atención organizada al usuario externo?

Tabla 27.- Circuitos y procesos como herramienta

Encuestas aplicadas en Junio 2013		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	60%
NO	7	40%
TOTAL	17	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

Encuestas aplicadas en Febrero 2014		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	17	100%
NO	0	0%
TOTAL	17	100%

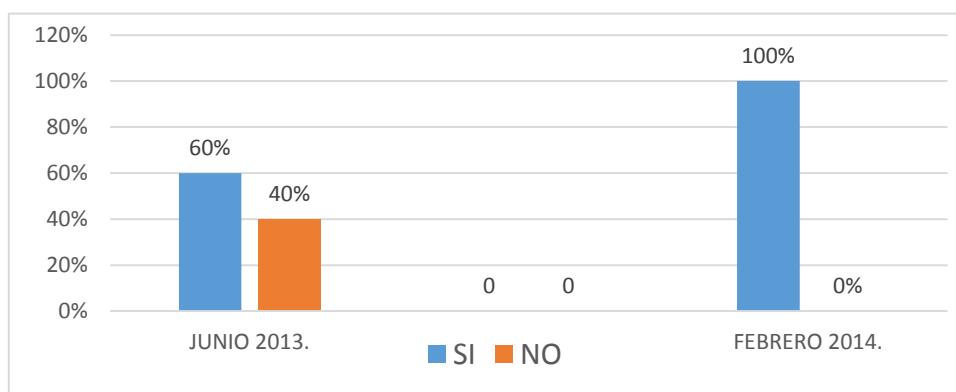


Figura 4.- Circuitos y procesos como herramienta

Fuente: Encuesta Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

En la encuesta realizada en Junio del 2013 observamos que el 60% del personal de enfermería considera que los circuitos y procesos son una herramienta necesaria para poder brindar una atención organizada al usuario externo que acude al servicio de emergencia, el 40% refiere que no los considera necesarios, esta respuesta puede ser porque las siete personas desconocían la funcionalidad de los circuitos y procesos de atención. En la encuesta realizada en Febrero del 2014 observamos que el 100% del personal de enfermería considera que los circuitos y procesos son una herramienta necesaria ayudando así a que exista mayor organización en el direccionamiento a pacientes.

Pregunta 3.-

¿Considera necesario que exista un programa de capacitación continua para el personal de enfermería?

Tabla 28. Necesidad de Capacitación

Encuestas aplicadas en Junio 2013		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	16	95%
NO	1	5%
TOTAL	17	100%

Encuestas aplicadas en Febrero 2014		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	17	100%
NO	0	0%
TOTAL	17	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

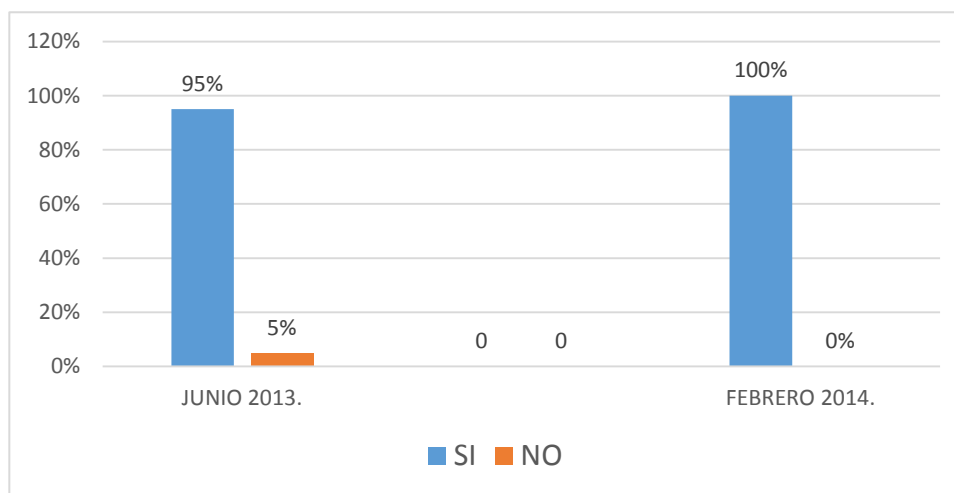


Figura 5.- Necesidad de capacitación

Fuente: Encuesta Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

En la encuesta realizada en Junio del 2013 observamos que el 95% del personal considera necesario un programa de capacitación continua, y el 5% refiere que no es necesario. Este resultado nos dio a conocer la necesidad inminente de crear un programa de capacitación el mismo que se llevó a cabo desde el mes de octubre hasta el mes de diciembre logrando que el personal actualice sus conocimientos y conozca sobre nuevos avances en salud, es por esta razón que en la encuesta realizada en el mes de febrero del 2014 observamos que el 100% del personal de enfermería considera necesario la existencia de un programa de capacitación continua, luego de la experiencia vivida.

Pregunta 4.-

¿Usted considera que el número de personal de enfermería con el que cuenta actualmente es el necesario para poder brindar atención de calidad?

Tabla 29.- Personal de enfermería necesario

Encuestas aplicadas en Junio 2013		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0
NO	17	100%
TOTAL	17	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

Encuestas aplicadas en Febrero 2014		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	16	95%
NO	1	5%
TOTAL	17	100%

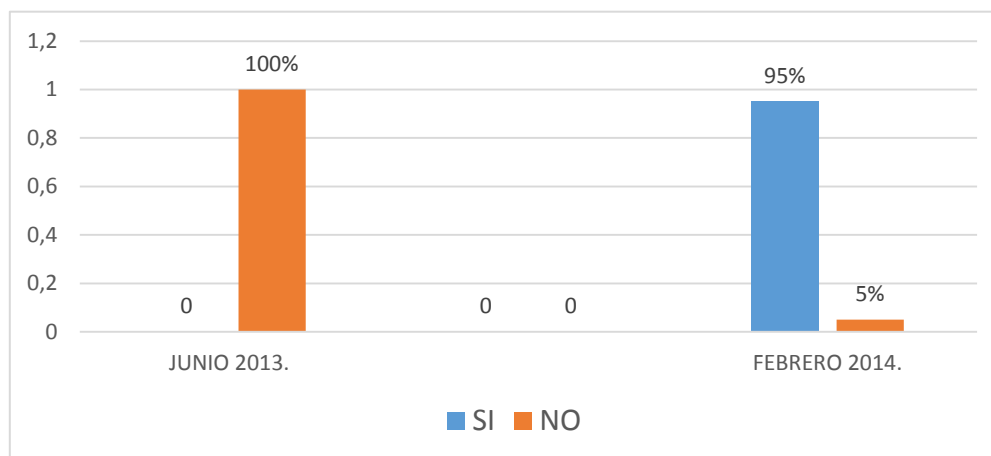


Figura 6.- Personal de enfermería necesario

Fuente: Encuesta Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

En la encuesta realizada en Junio del 2013 se observa que en el 100% de encuestados consideran que no existe el personal necesario, esto provoca un malestar por experimentar exceso de carga laboral lo que desencadena en mala atención al usuario, lo que nos dio la pauta para analizar y gestionar el aumento de personal en el servicio de emergencia, en la encuesta realizada en febrero del 2014 se obtuvo q el 95% del personal de enfermería consideran que, con el número de personal con el que cuentan actualmente, se puede brindar una atención de calidad al usuario externo. Además también contribuyó a que disminuya la sobrecarga de trabajo que existía anteriormente, solo el 5% no lo considera así.

Pregunta 5.-

¿Usted considera que cuenta con equipos biomédicos necesarios para dar una atención de calidad a los usuarios que acuden al servicio de emergencia?

Tabla 30.- Equipos necesarios

Encuestas aplicadas en Junio 2013		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	17	100%
TOTAL	17	100%

Encuestas aplicadas en Febrero 2014		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	16	95%
NO	1	5%
TOTAL	17	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

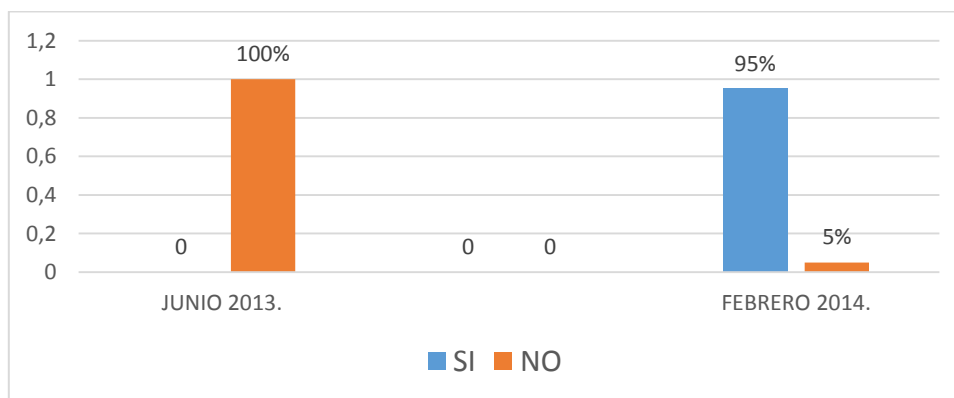


Figura 7.- Equipos necesarios

Fuente: Encuesta Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

En la encuesta realizada en junio del 2013 se obtuvo que el 100% de encuestados consideran que no cuenta con los equipos necesarios para dar atención de calidad a los pacientes, esto influye en la seguridad y confianza del profesional de la salud en dicha atención, es por esta razón que vio necesario analizar y gestionar la adquisición de equipos biomédicos faltantes. En la encuesta realizada en febrero del 2014 se obtuvo que el 95% del personal de enfermería considera que cuenta con el equipo necesario para dar atención de calidad a los usuarios, logrando así satisfacer necesidades tanto del usuario interno como al externo. El 5 % no lo considera así, porque consideran que se debe implementar más equipos.

Pregunta 6

¿Usted domina el manejo de los equipos biomédicos existentes en el servicio de emergencia?

Tabla 31.- Manejo de Equipos Biomédicos

Encuestas aplicadas en Junio 2013		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	2	10%
NO	15	90%
TOTAL	17	100%

Encuestas aplicadas en Febrero 2014		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	16	95%
NO	1	5%
TOTAL	17	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

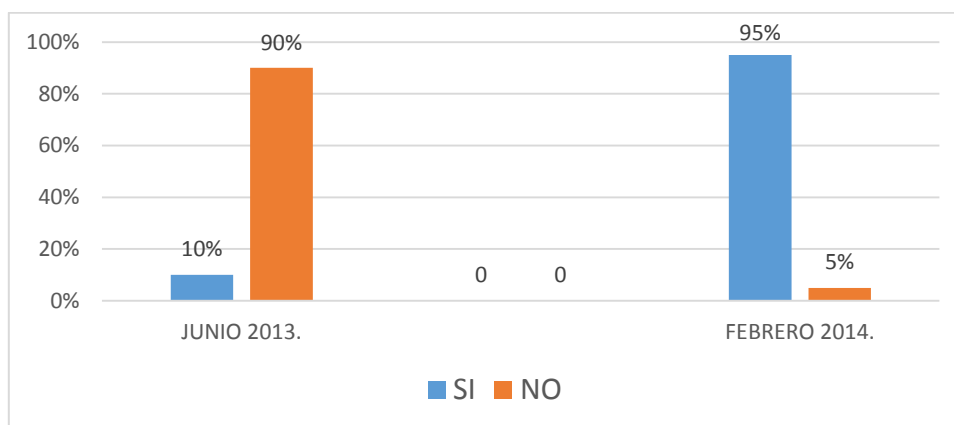


Figura 8.- Manejo de Equipos Biomédicos

Fuente: Encuesta Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

En la encuesta realizada en Junio del 2013 se obtuvo que el 90% del personal de enfermería refiere no conocer el manejo de los equipos con los que cuentan, esto nos dio una gran pauta para incluir de carácter urgente dentro del programa de capacitaciones el manejo de equipos biomédicos, puesto que es importante que sepan manejar cualquier equipo en situaciones emergentes, el 10% del personal de enfermería refiere que conoce el manejo de dichos equipos. En la encuesta realizada en Junio del 2013 se obtuvo que el 95% del personal de enfermería refiere que domina el manejo de todos los equipos biomédicos existentes en el área, lo que nos da mucha tranquilidad puesto que en el servicio de emergencia es un requisito importante el dominar el manejo de los equipos el 5% refiere que no domina el manejo de los mismos, esto se debe a que la profesional no pudo acudir a las capacitaciones planificadas.

Pregunta 7.-

¿Usted considera que el espacio físico con el que cuenta actualmente es el adecuado?

Tabla 32. Espacio Físico

Encuestas aplicadas en Junio 2013		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	3	20%
NO	14	80%
TOTAL	17	100%

Encuestas aplicadas en Febrero 2014		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	17	100%
NO	0	0%
TOTAL	17	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

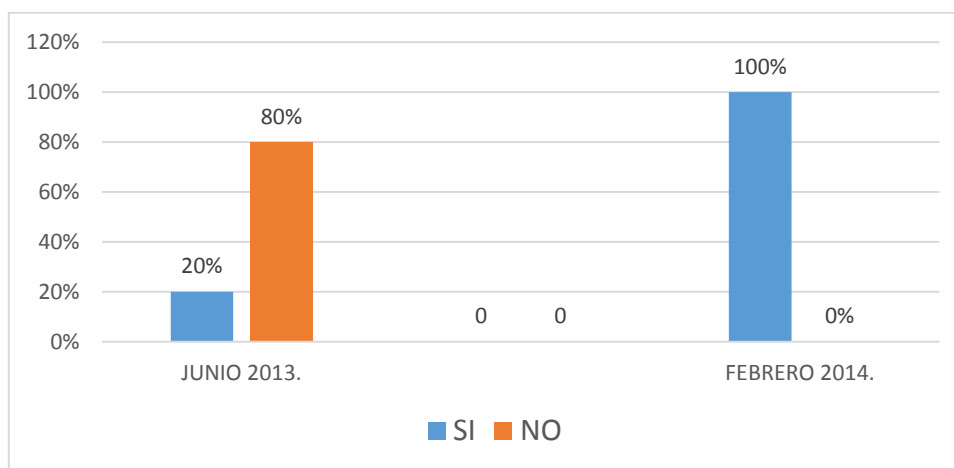


Figura 9.- Espacio físico

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Lcda. Evelyn Chávez.

En la encuesta realizada en Junio del 2013 se obtuvo que el 80% manifiestan que el espacio físico no es el adecuado, mientras que una minoría está satisfecha con el espacio disponible para atención y normal desenvolvimiento de las actividades del área, se hizo un análisis del espacio físico versus la demanda de pacientes y se vio la necesidad de gestionar la aprobación para la reestructuración del área física. En la encuesta realizada en febrero del 2014 obtuvo que el indicador del resultado esperado es concordante con los obtenidos, es decir el 100% del personal de enfermería considera que el espacio físico con el que cuenta actualmente es el más adecuado, puesto que esto ha permitido aprovechar al máximo los espacios del servicio de emergencia.

Pregunta 8.-

¿Usted considera que el ambiente laboral en el servicio de emergencia es agradable?

Tabla 33.- Ambiente Laboral

Encuestas aplicadas en Junio 2013		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	5	30%
NO	11	70%
TOTAL	17	100%

Encuestas aplicadas en Febrero 2013		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	16	98%
NO	1	2%
TOTAL	17	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

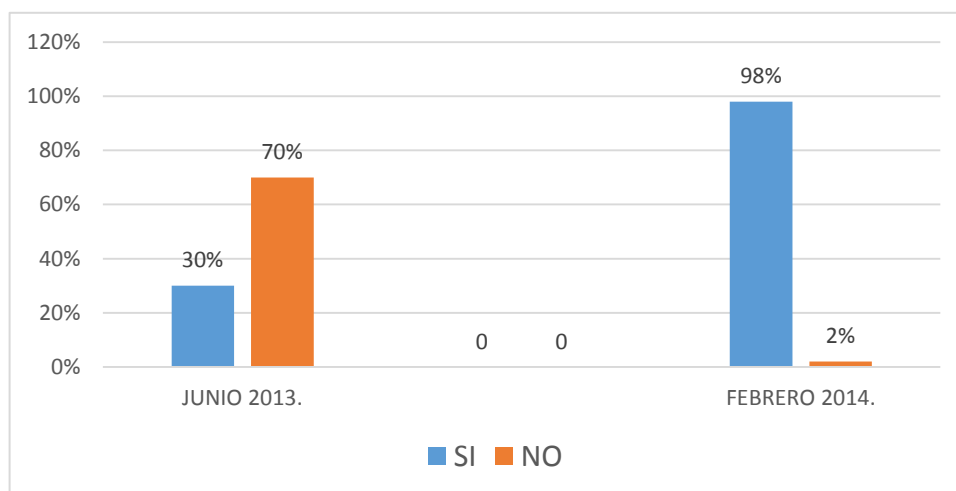


Figura 10.- Ambiente laboral

Fuente: Encuesta Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

En la encuesta realizada en el mes de junio del 2013 se obtuvo que el indicador es crítico ya que solo el 30% de los trabajadores del servicio de emergencia consideran que hay un ambiente laboral agradable, y el 70% perciben que el ambiente laboral no es bueno, aquí se ve la necesidad inminente de realizar talleres motivacionales que ayuden a que se genere un buen ambiente laboral puesto que hay varios estudios que indican que el ambiente laboral repercute mucho en la realización de actividades. En la encuesta realizada en el mes de febrero del 2014 se obtuvo que el indicador del resultado esperado es concordante con los obtenidos, es decir el 98% del personal de enfermería considera que el ambiente laboral es agradable, lo que genera que exista trabajo en equipo, el 2% refiere que no existe un buen ambiente laboral.

Pregunta 9.-

¿Usted conoce y aplica estrategias para poder atender adecuadamente al usuario?

Tabla 34.- Conocimiento de herramientas de atención

Encuestas aplicadas en Junio 2013		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	60%
NO	7	40%
TOTAL	17	100%

Encuestas aplicadas en Febrero 2014		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	16	95%
NO	1	5%
TOTAL	17	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

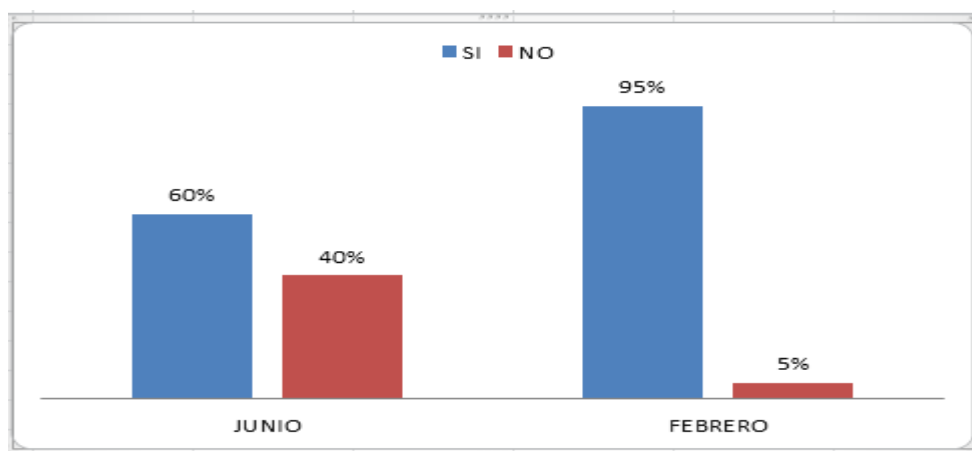


Figura 11.- Conocimiento de herramientas de atención

Fuente: Encuesta Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

En la encuesta realizada en el mes de junio del 2013 se obtuvo que el 60% del personal de enfermería refiere que conoce y sabe cómo aplicar estrategias para poder atender adecuadamente al usuario externo, el 40% refiere que no conoce es por esta razón que se vio la necesidad de realizar un taller de atención al usuario. En la encuesta realizada en el mes de febrero del 2015 se obtuvo que el 95% del personal de enfermería refiere que conoce y sabe cómo aplicar estrategias para brindar una atención de calidad con calidez a los usuarios, el 5% refiere que no las conoce esto se debe a que una de las personas no pudo acudir a el taller planificado.

USUARIO EXTERNO. Encuesta realizada a 50 pacientes.

Pregunta 1.-

¿El trato que recibió por parte del personal de enfermería fue?

Tabla 35.- Trato del personal

Encuestas aplicadas en Junio 2013		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY BUENO	5	10%
BUENO	10	20%
MALO	35	70%
TOTAL	50	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

Encuestas aplicadas en Febrero 2014		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY BUENO	47	94%
BUENO	3	6%
MALO	0	0%
TOTAL	50	100%

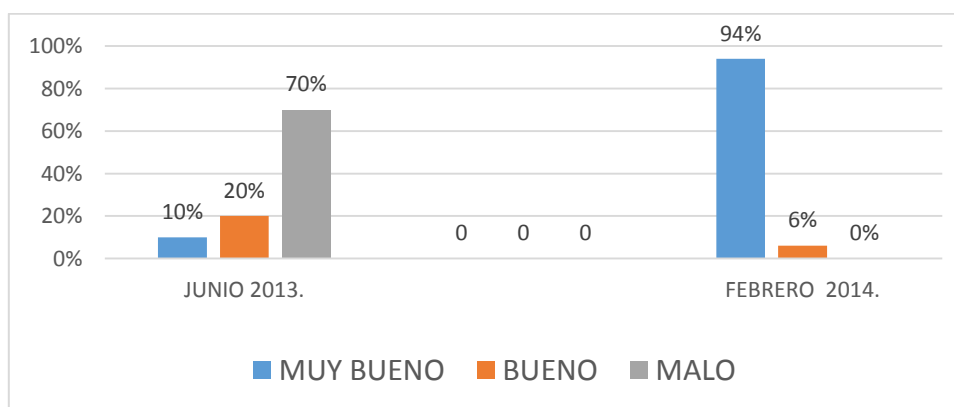


Figura 12.- Trato del personal

Fuente: Encuesta Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

En la encuesta realizada en el mes de junio del 2013 se obtuvo que el 10% de pacientes refieren que el trato que le dio el personal de enfermería es muy bueno, el 20 % de los pacientes refieren que es buena, el 70% respondió que el trato fue malo. Lo que nos dio a conocer que hay que iniciar de manera urgente un plan de gestión. En la encuesta realizada en el mes de febrero del 2014 se obtuvo que el 94% de pacientes refieren que la atención que le dio el personal de enfermería es muy buena, lo que refleja que los talleres y las capacitaciones que se le dio al personal fueron parte de la motivación para que el equipo de trabajo brinde una atención de calidad al usuario externo, el 6 % de los pacientes refieren que es buena: pero puede llegar a ser mejor, el 0% respondió que el trato fue malo.

Pregunta 2.-

¿Durante su estadía en el servicio de emergencia encontró confort en las instalaciones?

Tabla 36. Confort en las instalaciones

Encuestas aplicadas en Febrero 2014		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	50	100%
NO	0	0%
TOTAL	50	100%

Encuestas aplicadas en Junio 2013		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	7	14%
NO	43	86%
TOTAL	50	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

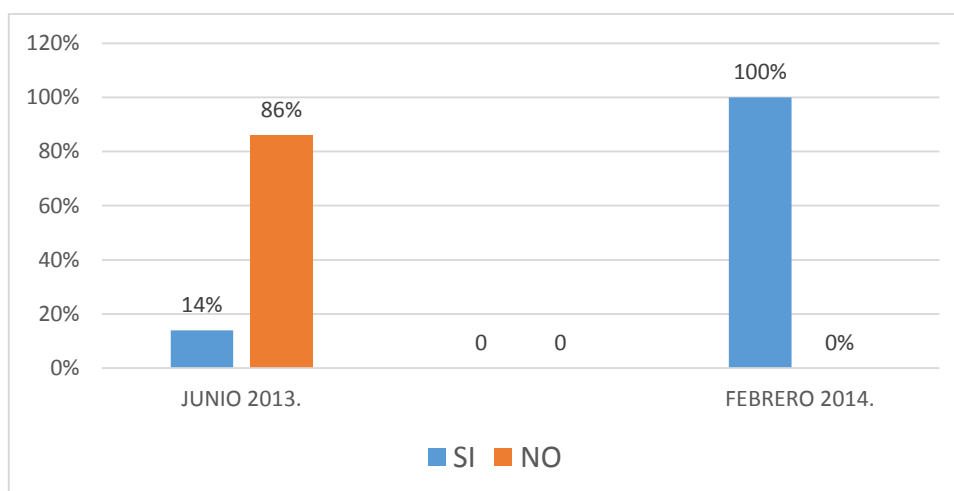


Figura 13 Confort en las instalaciones

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Lcda. Evelyn Chávez.

En la encuesta realizada en el mes de junio del 2013 se obtuvo que el 14% de los pacientes refieren que sienten confort en las instalaciones durante su estadía, mientras que el 86% refiere que no, lo que nos indica que hay que iniciar con el plan de gestión de manera urgente. En la encuesta realizada en el mes de febrero del 2014 se obtuvo que el 100% de los pacientes refieren que sienten confort en las instalaciones durante su estadía, lo que hace que su recuperación sea más llevadera.

Pregunta 3.-

¿Considera que el área física del servicio de emergencia es?

Tabla 37. Área Física

Encuestas aplicadas en Junio 2013		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADECUADA	1	1%
AMPLIA	2	5%
PEQUEÑA	47	94%
TOTAL	50	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

Encuestas aplicadas en Febrero 2014		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADECUADA	44	88%
AMPLIA	1	3%
PEQUEÑA	5	9%
TOTAL	50	100%

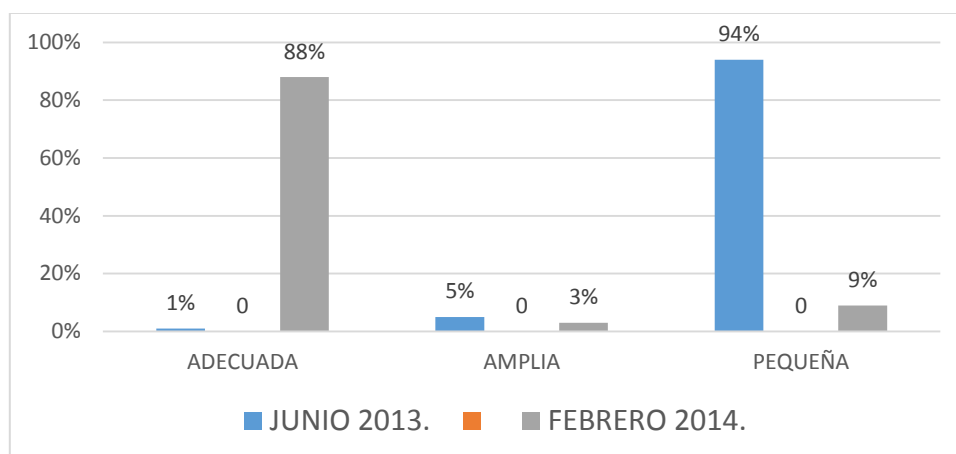


Figura 14.- Área Física

Fuente: Encuesta Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

En la encuesta realizada en el mes de junio del 2013 se obtuvo que el 1% refiere que el área física de la que se dispone es adecuada mientras que el 5 % refiere que es amplia y el 94% de pacientes refiere que es pequeña. En la encuesta realizada en el mes de febrero del 2014 se obtuvo que El 88% considera que el área física con el que se cuenta actualmente es la adecuada, el 3% refiere que es amplia y el 9% refiere que es pequeña.

Pregunta 4.-

¿El personal de enfermería lo identifica por su nombre?

Tabla 38.- Identificación del paciente

Encuestas aplicadas en Junio 2013		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	13	25%
NO	37	75%
TOTAL	50	100%

Encuestas aplicadas en febrero 2014		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	50	100%
NO	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

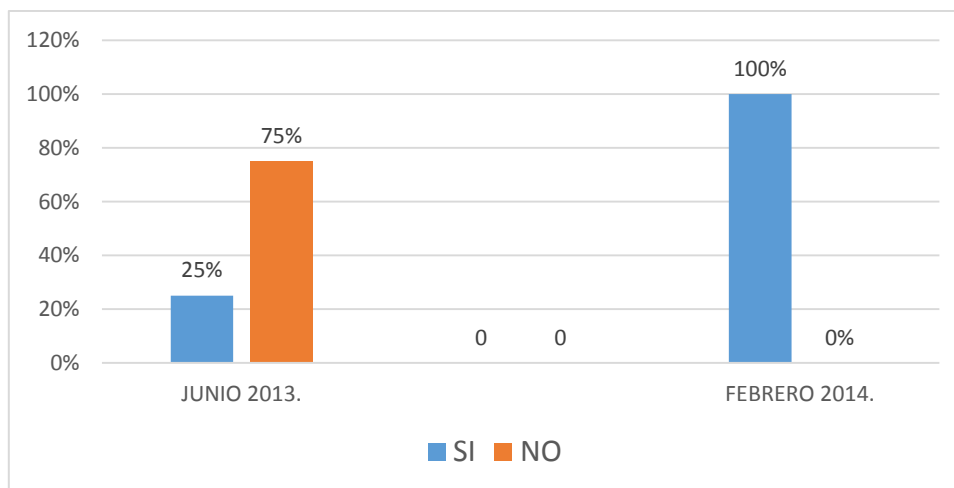


Figura 15.- Identificación del paciente

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Lcda. Evelyn Chávez.

En la encuesta realizada en el mes de junio del 2013 se obtuvo que el 25% de los pacientes refieren que todas las enfermeras los llaman por su nombre, mientras que el 75% refiere que no los llaman por su nombre. En la encuesta realizada en el mes de febrero del 2014 se obtuvo que el 100% de los pacientes refieren que todas las enfermeras los llaman por su nombre, eso quiere decir que el personal está aplicando las herramientas que se les dio en los talleres de atención al usuario.

Pregunta 5.-

¿Usted considera que la calidad de atención brindada por parte del personal de enfermería del servicio de Emergencia es?

Tabla 3.18 Calidad de Atención

Encuestas aplicadas en Junio 2013			Encuestas aplicadas en Febrero 2014		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY BUENO	0	0%	MUY BUENO	47	94%
BUENO	5	10%	BUENO	2	5%
MALO	45	90%	MALO	1	1%
TOTAL	50	100%	TOTAL	50	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

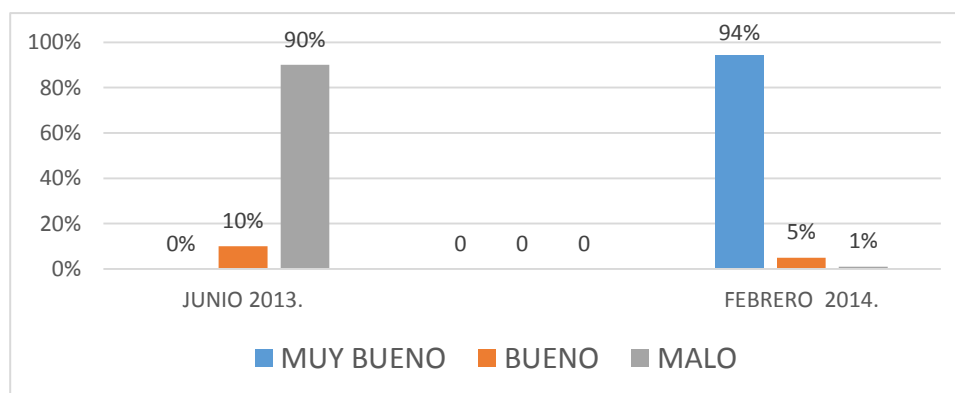


Figura 3.18 Calidad de atención

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Lcda. Evelyn Chávez.

En la encuesta realizada en el mes de junio del 2013 se obtuvo que el 10% del usuario externo refiere que la calidad de atención brindada por el personal de enfermería es buena, pero el 90% consideran que la atención recibida es mala. En la encuesta realizada en el mes de febrero del 2013 se obtuvo que el indicador del resultado esperado es concordante con los obtenidos, es decir, el 94% del usuario externo refiere que la calidad de atención brindada por el personal de enfermería es muy buena, lo que nos da satisfacción saber que todas las actividades realizadas han influido de manera positiva en la atención que se les da a los pacientes. El 5% de pacientes refieren que es buena y el 1% refiere que es mala, pero a futuro puede llegar a ser mejor.

Pregunta 6.-

¿Está satisfecho con la atención recibida en el servicio de emergencia?

Tabla 3.19 Satisfacción del usuario

Encuestas aplicadas en Junio 2013		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	3	6%
NO	47	94%
TOTAL	50	100%

Encuestas aplicadas en Febrero 2014		
DETALLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	48	96%
NO	2	4%
TOTAL	50	100%

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Lcda. Evelyn Chávez.

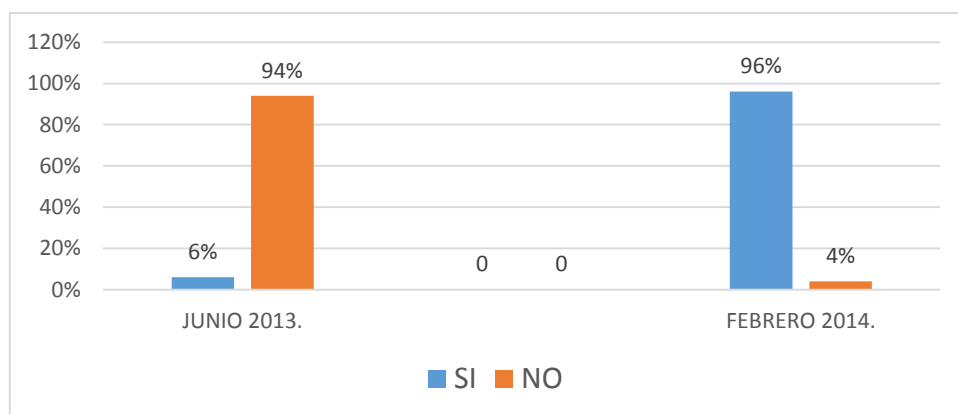


Figura 3.19 Satisfacción del usuario

Fuente: Encuesta **Elaborado por:** Lcda. Evelyn Chávez.

En la encuesta realizada en el mes de junio del 2013 se obtuvo que el 6% del usuario externo refiere que si está satisfecho con la atención recibida en el servicio de emergencia pero el 94% de pacientes refieren que no, lo cual nos da la pauta y una alerta para revisar el proceso de atención y cada una de sus partes y actores. En la encuesta realizada en el mes de Febrero del 2014 se obtuvo que el indicador del resultado esperado es concordante con los obtenidos, es decir el 96% del usuario externo refiere que sí está satisfecho con la atención recibida en el servicio de emergencia, esto nos indica que la percepción de los pacientes que acuden al servicio ha cambiado y ahora existe satisfacción en cuanto a atención se refiere. El 4% de pacientes refieren que no, pero a futuro puede llegar a ser mejor.

Análisis del Fin

El Fin formulado en éste trabajo es Contribuir a la satisfacción de los Usuarios del servicio de Emergencia, para lograr éste fin se aplicó el Plan de Mejoramiento de la Calidad de Atención de Enfermería, con la aplicación de varias estrategias se logró una disminución en la frecuencia de reclamos y quejas; incrementando así la satisfacción de los usuarios y familiares del servicio.

CONCLUSIONES

1. El presente trabajo ha aportado para mejorar la calidad de atención tanto del personal de enfermería como del personal de salud, además ha aportado con conocimientos necesarios para implementar programas en hospitales nuevos.
2. La calidad de atención ha incrementado su nivel debido a la implementación de equipos, adecuación del espacio físico, capacitación e implementación de manuales y protocolos.
3. Los programas de capacitación han tenido muy buena aceptación por parte del personal con un evidente mejoramiento de la calidad de atención, a tal punto que los programas han sido replicados en otras áreas del hospital.
4. Las autoridades del Hospital facilitaron y agilizaron la aplicación del presente trabajo y tienen una muy buena predisposición para implementar trabajos y proyectos en pro de la mejora de la calidad de atención.
5. Los manuales, protocolos, circuitos y procesos en la actualidad son considerados por el personal como una de las principales herramientas para realizar un trabajo diario de calidad.
6. Las adecuaciones del espacio físico han mejorado el ambiente de trabajo del personal de salud ya que se facilita el trabajo, optimizando tiempos de respuesta y garantizando la privacidad y calidez de atención.
7. Si bien se logró implementar las dos áreas de triage pero no pueden ser utilizadas todo el tiempo, puesto que no se cuenta con médicos posgradistas o paramédicos disponibles continuamente.
8. Posterior a los talleres motivacionales y de atención al usuario se evidenció que existe un ambiente armónico, hay compañerismo, solidaridad actitud positiva tanto en lo laboral así como con los pacientes, aumentó la calidad del trabajo al tomarse las decisiones por consenso, se ve fortalecido el espíritu colectivista y el espíritu con el servicio.

RECOMENDACIONES

1. Realizar un continuo seguimiento a las acciones implementadas para medir su correcta ejecución mediante sondeos de opinión trimestrales.
2. Se debe continuar los programas de capacitación, levantando permanentemente las necesidades acorde a los avances científicos y tecnológicos.
3. Tomar en cuenta la gran importancia de que se dicten los talleres de BLS y ATLS a todo el personal de Enfermería puesto que son temas que deben dominar al 100%.
4. Actualizar los manuales y protocolos cuando los cambios científicos y tecnológicos lo ameriten.
5. Se recomienda a los directivos del Hospital considerar la ampliación de la plantilla de personal de enfermería de acuerdo a la demanda así como a la adecuación de nuevos espacios de atención.
6. Se recomienda a las autoridades pertinentes realizar un programa de mantenimiento preventivo y correctivo tanto del espacio físico como de los equipos.
7. Se recomienda a las autoridades pertinentes que no dejen de lado los talleres motivacionales puesto que a mayor satisfacción laboral existe mayor calidad de atención por parte del personal de enfermería y por lo tanto satisfacción del paciente. La satisfacción del usuario está ligada con el trato del personal, en tal sentido que si el personal se siente cómodo con su jornada y experiencia laboral, ofrece servicios de calidad que repercuten directamente en la percepción de calidad del usuario
8. El desarrollo y la aplicación de este proyecto demuestra que el hospital tiene personal que puede llevar a cabo este y varios proyectos más, satisfactoriamente, siempre contando con la ayuda y predisposición del personal Directivo de la institución.

4.- BIBLIOGRAFÍA

1. Administración y Gestión Hospitalaria, Lorena Plazas, 2013, Colombia.
2. Anier, F., (2012). Importancia del equipo de emergencias y responsabilidad del técnico de enfermería. Perú.
3. Ayala, P. (2012). Gestión de calidad en áreas hospitalarias. México.
4. Beltrán P., Carlos, (2011). Auditoria en entidades de salud. Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. Recuperado de <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/economicas/91337/>
5. Benítez, C., Ramos, D., Mojica, D., Vergara, G. C., (2013). Propuesta de capacitación continua al departamento de docencia de enfermería en panamá.: Panamá. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos97/propuesta-capacitacion-continua-al-departamento-docencia-enfermeria-panama/propuesta-capacitacion-continua-al-departamento-docencia-enfermeria-panama2.shtml#ixzz3B5OQfjOM>
6. Conde L. S., Tipiciano T. E., Zamora A. I. (2014). Calidad en los servicios de salud, Argentina. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos94/calidad-servicios-salud/calidad-servicios-salud.shtml#ixzz3B5KObBmk>
7. Constitución Política de la República del Ecuador, (2008). Registro Oficial 449
8. Dolci, G. F., Hernández, T. F., (2012). Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad en salud. México.
9. Donabedian A. (2001). Los siete pilares de la calidad. Revista Calidad Asistencial Barcelona.
10. Goldhaber, G., (1986). Comunicación Organizacional. México.
11. Gónzales, E., (2008). Calidad de la atención en el servicio de urgencias del área de Salud Heredia Cubujuquí desde la perspectiva del cliente. Instituto Centroamericano de Administración Pública. San José, Costa Rica.

12. ICAP, Rojas Zil, Manual para funcionarios de salud del nivel primario. 2,000 (Calidad de la Atención de la Salud.)
13. IDEB Instituto de Desarrollo Empresario Bonaerense, (1996). *Calidad de servicio en las PyMes*. Buenos Aires, Argentina.
14. Instituto Mexicano del Seguro Social, (1975). Estudio de Tiempo y movimientos para determinar indicadores enfermera-paciente. México, D.F. México.
15. Ley de Derechos y Amparo al Paciente, (2006). Registro Oficial No. 626, 22 de diciembre. Ecuador.
16. Ley Orgánica de Salud, (2006). Registro Oficial.No 423, 22 de diciembre. Ecuador
17. Ley de Seguridad Social, (2001). Registro Oficial No. 465, 30 de noviembre. Ecuador
18. Malagón G., (2008). Administración Hospitalaria. Colombia: editorial medica internacional, 3ra edición.
19. Maldonado N., Buele. (2012). Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para Salud: Trabajo de Grado II, Guía Didáctica. Maestría en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, Loja, Ediloja.
20. MSP., Ministerio de Salud Pública, (2013). Manual Operativo Red Nacional Integrada de Servicios de Salud, Red Pública Integral de Salud, Red Privada Complementaria, versión preliminar final 1.3., Ecuador.
21. Organización Panamericana de la Salud, O.P.S., (1992). La garantía de la calidad. Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe. Washington EE.UU.
22. Organización Panamericana de la Salud, O.P.S., (2011). La Transformación de la Gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe. Washington DC., EE.UU.
23. Organización Panamericana de la Salud, O.P.S., (1999). Programa de garantía y mejoramiento de Calidad de los Servicios en América latina y el Caribe. Washington DC., EE.UU.
24. Ochoa, V. L., Arroyo, M. G., (2003). Recomendaciones para mejorar la calidad de Atención de Enfermería. Revista CONAMED, 8(3), México.

25. Orellana S., Dante, (2003). La Salud en la Globalización. Abya-Yala Ediciones, Quito, Ecuador.
26. Piedra, M., Maldonado, N., (2012). Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para Salud: Trabajo de Grado 1, Guía didáctica. Loja: Editorial UTPL.
27. Palmer, R. H. (1996). Calidad de la Atención en Salud. 3(1,2).
28. Pineda, E., De ALVARADO, L., HERNÁNDEZ, F., (1994). Metodología de la Investigación. Washington, EE.UU.: Editorial OPS-OMS.
29. Rodríguez, F., Rodríguez, M., (2004). Atención enfermera en Urgencias y Emergencias, Material didáctico de apoyo para profesionales sanitarios. Difusión de Avances de Enfermería.: Ediciones DAE.
30. Roger, B. E., Gates, B., Churchill, N., (2001). Interpersonal Communication in Nursing.
31. Rojas Z., Icas, (2000). Manual para funcionarios de salud del nivel primario. Calidad de la Atención de la Salud.
32. Importancia del Equipo de Emergencias y responsabilidad del Técnico de enfermería. Recuperado de <http://www.slideshare.net/cicatsalud/importancia-del-equipo-de-emergencias-tnico-en-enfermera-cicatsalud>
33. Plazas, L., Administración y Gestión Hospitalaria. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos55/gestion-hospitalaria-nueva/gestion-hospitalaria-nueva2.shtml>
34. Pascual, C. (2013). La comunicación efectiva en las empresas. URL: <http://www.eoi.es/blogs/mintecon/2013/06/11/la-comunicacion-efectiva-en-las-empresas/>
35. Pineda, E., de Alvarado, L., & Hernández, F. (1994). Metodología de la Investigación. Washington, EUA: Editorial OPS-OMS.
36. Varios Autores, (2011). Comunicación efectiva en empresas. República Dominicana. Recuperado de <http://www.eoi.es/blogs/mintecon/2013/06/11/la-comunicacion-efectiva-en-las-empresas/>
37. Varios Autores,(2012). Calidad de atención en los servicios de salud. <http://www.monografias.com/trabajos94/calidad-servicios-salud/calidad-servicios-salud.shtml#ixzz3B5KObBmk>

ANEXOS

ANEXO 1:

Encuestas aplicadas al Usuario Interno y Externo

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
ESCUELA DE MEDICINA

Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local.

Encuesta dirigida al personal de salud que labora en el servicio de Emergencia del HSFQ, con el fin de mejorar la calidad de atención que se brinda al paciente.

I. Datos generales

Cargo que desempeña.....

Edad..... Sexo.....

Fecha.....

II. Instructivo

Marque con una X en el casillero que usted considere.

Al ser anónimo el test, se le solicita que por favor conteste con sinceridad.

III. Preguntas

1.- ¿Usted considera que los protocolos de actuación de enfermería y el manual de inducción son herramientas necesarias en el servicio de emergencia?

Si
No

2.- ¿Usted considera que los circuitos y procesos establecidos son una herramienta necesarias para poder brindar una atención organizada al usuario externo?

Si
No

3.- ¿Usted considera que es necesario que exista un programa de capacitación continua para el personal de enfermería?

Si
No

4.- ¿Usted considera que el número de personal de enfermería con el que cuenta actualmente es el necesario para poder brindar atención de calidad?

Si
No

5.- ¿Usted considera que cuenta con equipos biomédicos necesarios para dar una atención de calidad a los usuarios que acuden al servicio de emergencia?

SI
NO

6.- ¿Usted domina el manejo de todos los equipos biomédicos existentes en el servicio?

Si
No

7.- ¿Usted considera que el espacio físico con el que cuenta actualmente es el adecuado?

Si
No

8.- ¿Usted considera que el ambiente laboral en el servicio de emergencia es agradable?

Si
No

9.- ¿Usted conoce y aplica estrategias para poder atender adecuadamente al usuario?

Si
No

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

ESCUELA DE MEDICINA

Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local.

Encuesta dirigida a los usuarios que acuden al servicio de Emergencia del HSFQ, con el fin de evaluar la calidad de atención que proporciona el personal de salud.

I. Datos generales

Edad..... Sexo.....

II. Instructivo

Marque con una X en el casillero que usted considere

Al ser anónimo el test, se le solicita que por favor conteste con sinceridad.

III. Preguntas

1.- ¿El trato que recibe por parte del personal de enfermería es?

Muy Bueno
Bueno
Malo

2.- ¿Durante su estadía en el servicio de emergencia encontró confort en las instalaciones?

Si
No

3.- ¿Considera que el área física del servicio de emergencia es?

Adecuada
Amplia
Reducida

4.- ¿El personal de enfermería lo identifica por su nombre?

Si
No

5.- ¿Usted considera que la calidad de atención brindada por el personal de enfermería del servicio de Emergencia es?

Muy Buena
Buena
Mala

6.- ¿Está satisfecho con la atención recibida en el servicio de Emergencia?

Si
No

Anexo 2

Acta de reunión Dirección Administrativa y personal de enfermería del servicio de emergencia

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO
SERVICIO DE EMERGENCIA

Quito, 3 de Octubre del 2013

Acta de Reunión N° 10

En la ciudad de Quito, siendo las 14:00 horas del día tres de octubre del presente año, nos reunimos el Director médico, coordinadores y personal de enfermería del Servicio de Emergencia del HSFQ - IESS, en el auditorio del Hospital, presidido por la Lcda. Evelyn Chávez maestrante, para dar a conocer el proyecto para mejorar la calidad de atención a los usuarios que acuden al servicio de Emergencia.

Mediante una exposición la Lcda. Evelyn Chávez dio a conocer el proyecto en los siguientes aspectos:

- 1.- Capacitación continua al personal de enfermería
- 2.- Equipos biomédicos e infraestructura de acuerdo a la necesidad del servicio.
- 3.-Elaboración e Implementación del manual de inducción y protocolos de atención de enfermería.
- 4.- Elaboración e Implementación de circuitos y procesos de atención.
- 5.-Comunicación efectiva departamental e interdepartamental entre el personal de enfermería.

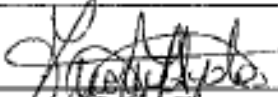


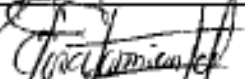
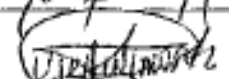



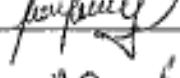
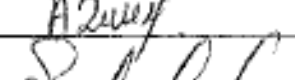


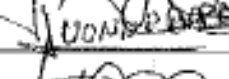

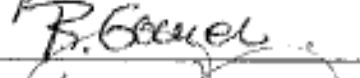

Involucrando a los actores principales en la implementación y sostenimiento del proyecto, como son los directivos del HSFQ, a través del compromiso formal, obteniéndose el apoyo hacia las iniciativas propuestas. De igual manera se socializo dichas iniciativas al personal de enfermería del servicio de emergencia.

















Todas las propuestas fueron aceptadas de forma positiva, la misma que se ve reflejada en la colaboración y participación activa de los asistentes, formulando ideas que contribuyeron de gran manera al proyecto.

El apoyo del equipo de trabajo, está dispuesto a contribuir en todas las actividades que ayuden a satisfacer las necesidades del usuario con eficiencia y eficacia mejorando su calidad de vida.

Siendo las 17:00 horas, la Lcda. Chávez da sus palabras de agradecimiento por la atención y asistencia y da por terminada la reunión.

Anexo 3
Asistencias a charlas y talleres

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
VERÓNICA AYALA	1716855174	
Fernando Norberto	A1911864-2	
Karina Benavides	1104489285	
Ana Sarmiento	100269475-8	
Virginia Lopez	0201798774	
Marco Crespo	1716410798	
Adriana Arias	1709160954	
Miriam Cochago	171304781-7	
M ^{re} Angeles Zurita	171489831-7	
Silvia Villarreal	1713693800	
AMPARO DELGADO	1713502720	
Ivonne Barcena	171855386-9	
Norma Zulo	0603482100	
RITA GOMEZ	1711665503	
VERONICA TRUJILLO G.	060347052-7	
Dora Hidalgo	A15070528	

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Alicia Samirato	100269475-8	
VERÓNICA AYALA	179685517-4	
Virginia Lopez	0201798774	
Miriam Pacheco	171304781-7	
Silvia Villarroel	1713693800	
Marco Crespo	1716410798	
M ^{te} Angeles Zurita	171489831-7	
Korina Bonquillo	1104484785	
Fernando Nasirbo	171917864-2	
Adriana Arias	1709160954	
AMPARO DELGADO	1713502720	
IVONNE BARRERA	171853886-9	
Norma Zúñiga	0603482100	
RITA GÓMEZ	1711665503	
VERONICA TRUJILLO	060347052-7	
DORA HIDALGO	1710070528	

Anexo 4
Guía técnica de México

GUÍA TÉCNICA PARA LA DOTACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN ENFERMERÍA

La adecuada planificación y programación de los recursos de un hospital influye directamente en la calidad de atención que se brinda a los pacientes.

En 1997, la Comisión Interinstitucional de Enfermería, llevó a cabo un análisis de los servicios de enfermería en las instituciones de salud en México e identificó varios factores que influyen en la calidad de la prestación de los servicios de enfermería. Entre ellos destacó por su importancia la insuficiencia de personal en los tres niveles de atención.

Las características de diseño físico del área: número, ubicación y distancia entre controles de enfermeras, centrales de distribución de material y equipo, cubículos de curaciones o disposición de las áreas de pacientes en sala general, cuartos semiprivados o privados, son algunos de los elementos que deberán considerarse como factores que influyen en menor o mayor grado en la determinación del número y tipo de recursos humanos en enfermería que se requieren. Los recursos en equipo que deberán tomarse en cuenta para la revisión de plantillas serán, entre otros, camas de hospitalización, camillas de recuperación, camas de cirugía ambulatoria, camas de labor, salas de expulsión, cunas para lactantes, cunas de calor radiante, incubadoras, salas de quirófano, equipo técnico especializado (monitores, ventiladores, bombas de infusión, etc.)

Para la determinación de personal de enfermería será necesario tomar en cuenta si los servicios tienen personal específico para la preparación, manejo y control de los recursos tecnológicos: aparatos de monitoreo cardiaco o hemodinámico, aparatos de apoyo ventilatorio, y de nutrición parenteral, entre otros. Los indicadores que se incluyen a continuación se considera que pudieran ser representativos y de aplicación general en el sector.

TABLA 43: Horas enfermera-paciente por área

ÁREAS CRÍTICAS	ESTANDAR	
	DE	A
Cuidados intensivos adultos	1 EE por 2 camas	1 EE por cama
Unidad de choque adultos	1 EE por unidad	2 EE por unidad
Unidad de choque pediatría	1 EE por unidad	2 EE por unidad
Unidad de choque traumatología	1 EE por unidad	2 EE por unidad
Urgencias adultos	1 EG por 3 camas	1 EE por 3 camas
Urgencias coronarias	1 EE por 2 camas	1 EE por cama
Urgencias pediátricas	1 EE por 3 camas	1 EE por 2 camas
Procedimientos	1 EG por cubículo	1 EG y 1 AE por cubículo

AE: Auxiliar de enfermera, EG: Enfermera general

EE: Enfermera especialista

Anexo 5

Plantilla de enfermería antes de iniciar el proyecto

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL "SAN FRANCISCO DE QUITO"

PROPUESTA AJUSTES PERSONAL DE ENFERMERIA

Tras la petición de Enfermeras a la Dirección Administrativa por parte de los Coordinadores, una vez analizadas las necesidades por sus respectivas Responsables de proceso.

Desde la Dirección asesora, volvemos a enviar nuestra propuesta de recursos de enfermeras por unidad analizando unidad por unidad los ratios por pacientes y la situación actual del Hospital.

En la plantilla estructural asignada no se contempló el nombramiento de Enfermeras gestoras (9), Enfermeras auditoras (3) y Enfermeras Admisionistas o Gestoras de camas (2), figuras relevantes a nivel d gestión para optimizar los recursos tanto humanos como materiales.

Y estas plazas de nueva creación no han sido cubiertas por Enfermeras Asistenciales.

Esta plantilla sería suficiente si se da cobertura a las bajas por maternidad, enfermedad y vacaciones.

SERVICIO	NUMERO ACTUAL	LUNES A VIERNES	FIN DE SEMANA	SOLICITAN	PROPUESTA EQUIPO ASESOR
4 PISO	11	4,4,3	3,3,3	2	16
3 PISO	12	3,3,2	3,3,2	0	12
2 PISO	17	4,4,3	4,3,3	0	17
B. QUIRURGICO	24	9,5,3	3,3,3	0	24
B. OBSTETRICO	22	5,4,4	3,3,3	0	23
C. EXTERNAS	15	15	-	1	16
NEONATOLOGIA	22	5,4,4	3,3,3	0	22
EMERGENCIAS	17	4,4,3	4,3,3	0	17
UTI	12	3,3,2	3,3,2	2	12
LIQUIDADORAS	3	3	-	0	3
ADMISION	2	2	-	0	2
SUPERVISORAS	9	9	-	0	9
TOTAL	169				173

GERENTE HOSPITAL
SAN FRANCISCO DE QUITO

Elaborado por:	Ldo. Javier Garcia	
Elaborado por:	Ldo. Raul Buendia	
Aprobado por:	Ldo. Miguel Maldonado	
Fecha:	18/01/2013	

Anexo 6

Plantilla de enfermería después de ejecutar el proyecto



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
 HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO
 ÁREA LE EMERGENCIA
 HORARIO LICENCIADAS EN ENFERMERIA

MES: DICIEMBRE 2013

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	2	3	4	5	6	9	10	11	12	13	16	17	18	19	20	23	24	25	26	27	30	31	TOTAL	Observaciones		
1	MARINA LOPEZ	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	150	Se paga feriado		
2	MARINA BENAVIDES	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	144	Se paga feriado			
3	MAR ANGELES ZUMBA	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	144	Se paga feriado				
4	ANALUCIA DALES	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	150	Se paga feriado				
5	MARIA GUERRERO	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	156	Se paga feriado				
MEDICINA INTERNA																											
6	PAULINA GOMEZ	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	24			
7	ANA MORA	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	84	Se otora férias			
8	FERRANDA MARRA	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	144	Se paga feriado				
9	SIRACELA LOPEZ	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	150	Se paga feriado y un turno que se otora				
10	ESTER GUTIERREZ	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	156	Se otora férias				
11	VERONICA AYALA	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	150	Se paga feriado		
12	REBECA BARRERA	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	84				
13	BEVER VILLARDO	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	144	Se paga feriado				
14	VERONICA TRUJILLO	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	72					
15	DIANA VIVAS	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	156					
16	ANGELICA GARCIA	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	150	Se paga feriado		
17	JANETH YUCCA	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	144	Se paga feriado				
18	SANDRA HOLLAD	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	144	Se paga feriado				
19	MONICA DEGRIO	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	160	Pago feriado y me debe 6 horas				
20	CEGA MEDRADO	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	72					
21	TALIERA PLACUMA	X	X	X	M	T	L	L	M	MT	N	L	N	L	L	MT	N	L	L	MT	N	150	Se paga feriado				
22	MARCO CRISTO	MB	MB	MB	MB	MB	L	L	MB	MB	MB	L	L	MB	MB	MB	MB	MB	MB	MB	MB	L	L	MB	MB		
23	EVELYN CHAVEZ	MB	MB	MB	MB	MB	L	L	MB	MB	MB	MB	L	L	MB	MB	MB	MB	MB	MB	MB	L	L	MB	MB		
MARINA		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
TARDE		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
NOCHE		3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		

Reunión mensual de Horas (Adjunto 0823 an)

MASANA: 07:30 a 13:30
 TARDE: 13:00 a 18:00
 NOCHE: 18:00 a 07:00
 MT: 07:30 - 18:00
 M: 07:00 a 18:00

LIDER:
 P. MARRASO
 P. DEGRIO
 10755: TODOS LOS 15 DEBEN IVY 4 HORAS DE RELACIONACION

autorizado por:

Dr. Eduardo Barzallo
 Coordinador Medico de áreas criticas

Anexo 7
Fotorelatoria

FOTORELATORIA

CAPACITACIONES TÉCNICO/ CIENTIFICAS



PRÁCTICAS:



CAPACITACIÓN DE EQUIPOS BIOMEDICOS



CAPACITACIÓN DE EQUIPOS BIOMEDICOS



FOTORELATORIA

ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS

SE ADQUIRIÓ:



5 SILLAS DE RUEDAS



1 ELECTROCARDIÓGRAFO



1 REFRIGERADORA



1 MICROONDAS



9 MONITORES DE SV



**2 JUEGOS DE ACCESORIOS
PARA EKG**



8 BOMBAS DE INFUSIÓN



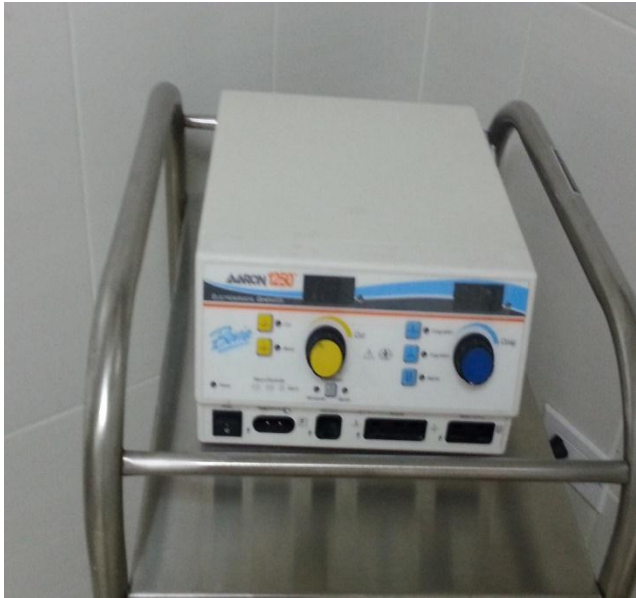
1 BALANZA PEDIATRICA



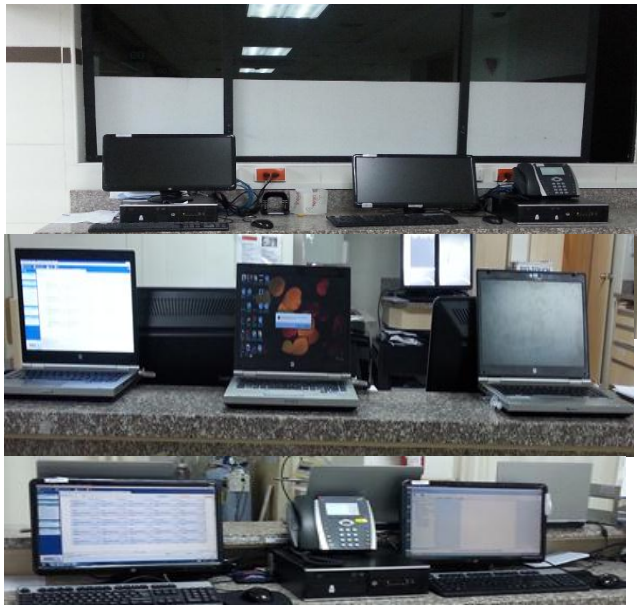
2 NEBULIZADORES



1 BALANZA CON TALLIMETRO



1 ELECTROCAUTERIO



12 COMPUTADORAS



13 RADIOS INTERCOMUNICADORES.

ADECUACIÓN DE INFRAESTRUCTURA

ÁREA DE INYECTOLOGIA:

ANTES



DESPUES



SALA DE ESPERA PARA PACIENTES DE TRAUMA LEVE.

ANTES

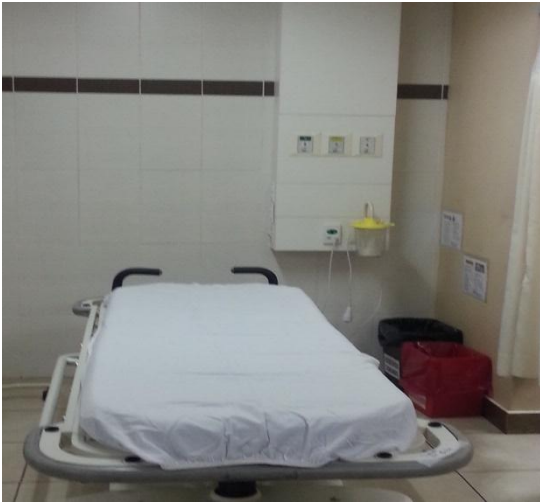


DESPUES



CÚBICULOS

ANTES



DESPUES



CUARTO CRITICO 2



CUARTOS PARA AISLADOS.

ANTES



DESPUES



AUMENTO DE CUBÍCULOS

(5 CUBICULOS AUMENTADOS)

ANTES



DESPUES



OFICINA PARA ADMINISTRATIVOS



CONSULTORIOS MÉDICOS

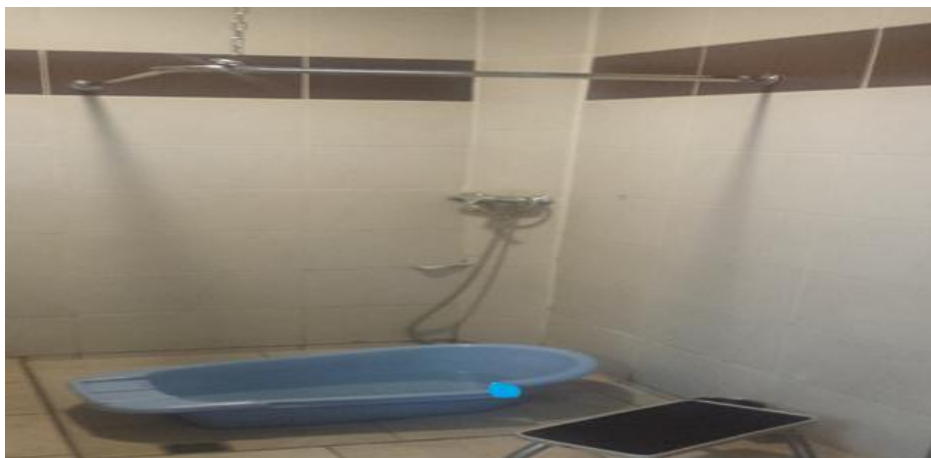


SE HABILITO 3 CONSULTORIOS EN LAS MISMAS CONDICIONES

ÁREA PARA NEBULIZACIONES



DUCHA PARA EL BAÑO DE LOS NIÑOS



ÁREA PARA UBICACIÓN DE INSUMOS DE ROTACION RAPIDA Y LENCERIA.



PARA FACILITAR EL TRANSPORTE DE INSUMOS AL PERSONAL DE ENFERMERÍA SE CREARON LOS COCHES DE TRANSPORTE.



SE CREO UN COCHE PARA ESTACIÓN DE MUESTRAS DE LABOATORIO.



SE CREO UN ÁREA ADMINISTRATIVA PARA PEDIATRIA



FOTORELATORIA.

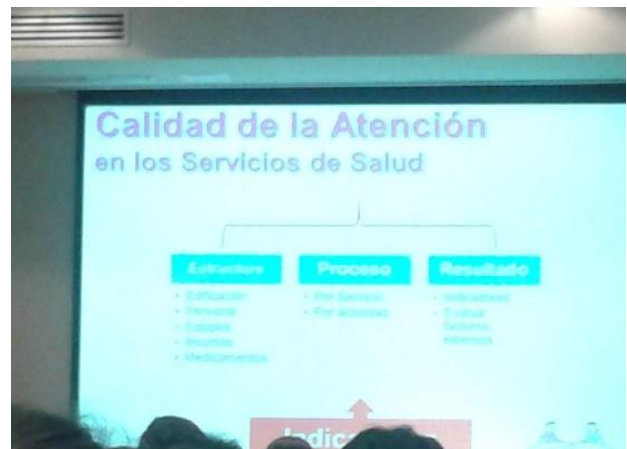
**ENTREGA DE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA Y
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA.**



Jefe de enfermería del servicio de emergencia.

FOTORELATORIA

CAPACIONES MOTIVACIONALES, COMUNICACIÓN EFECTIVA Y ATENCIÓN AL USUARIO EXTERNO



**CAPACIONES MOTIVACIONALES, COMUNICACIÓN EFECTIVA Y
ATENCIÓN AL USUARIO EXTERNO**



TALLER DE RISOTERAPIA:



CASA ABIERTA:



COMUNICACIÓN EFECTIVA INTERNA:



SE UBICO UNA CARTELEA Y UN PIZARRON EN LA ESTACION DE ENFERMERÍA.



SE COMPRO RADIO COMUNICADORES PARA PODER COMUNICARSE CON EL PERSONAL CAMILLERO, PERSONAL DE LIMPIEZA Y SUPERVISORAS DEL HOSPITAL.



Se crearon correos electrónicos institucionales para informar al personal de

ANEXO 8
MANUAL DE INDUCCIÓN

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO

ÁREA DE EMERGENCIA

MANUAL DE INDUCCIÓN PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA



Lcda. Evelyn Chávez

Enfermera del Servicio de Emergencia.

Año Lectivo 2013

1.- PLAN DE INDUCCIÓN

- 1.1.- Justificación
 - 1.2.- Objetivo del plan de inducción
 - 1.3.- Cronograma de orientación
 - 2.- Descripción del servicio
 - 2.1.- Misión
 - 2.2.- Visión
 - 2.3.- Objetivo general del servicio
 - 2.4.- Objetivos específicos
 - 3.- Expectativas cliente interno y externo
 - 3.1.- Cliente interno
 - 3.2.- Cliente externo
 - 4.- Valores del servicio
 - 5.- Derechos del usuario externo
 - 6.- Procedimientos especiales de enfermería en el servicio
 - 7.- Disposiciones generales y normas del servicio
 - 8.- Funciones del equipo de enfermería
 - 9.- Enfermera miembro de equipo
 - 10.- Personal auxiliar de enfermería
 - 11.- Sistema de evaluación
 - 12.- Registros de enfermería
- Control de lencería

Control de equipos

Control pinchazos accidentales

Cambios de turno y reemplazos

1.- PLAN DE INDUCCIÓN

1.1.- JUSTIFICACIÓN

El presente manual de inducción se lo realiza con el objetivo de proporcionar una herramienta al servicio, para lograr un desempeño eficiente por parte del personal de salud.

Por medio de la implantación del manual de inducción, se pretende dar a conocer los antecedentes básicos del servicio, misión y visión, organización, instalaciones, condiciones de trabajo y normas de comportamiento interno.

1.2.- OBJETIVOS DEL PLAN DE INDUCCIÓN

1. Definir el orden organizativo y funcional de la Unidad, estableciendo normas básicas de actuación, con el fin de garantizar el adecuado funcionamiento de la misma.
2. Dar a conocer a los profesionales de enfermería, información clara y al alcance de todos los criterios de actuación en la Unidad.
3. Ordenar los procesos operativos y de apoyo, bajo las líneas normativas que rigen la actividad del Hospital.

1.3.- CRONOGRAMA DE ORIENTACIÓN

DÍAS	TURNOS	TEMÁTICA	RESPONSABLE
PRIMER DÍA	MAÑANA 07:00 – 13:00	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presentación al personal ✓ Recorrido área física ✓ Revisión del Equipamiento: equipos, materiales e insumos. ✓ Lectura del plan de Inducción <p><u>Inducción sobre:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Responsabilidades según el rol ✓ Procesos de atención ✓ Registros de Enfermería (Físicos) ✓ Sistemas de evaluación 	Supervisora del servicio

SEGUNDO DÍA	MAÑANA 07:00 – 13:00	<u>Inducción sobre:</u> ✓ Procesos de atención ✓ Manejo del sistema XHIS ✓ Protocolos de atención.	Supervisora del servicio.
TERCER DÍA	TARDE 13:00 – 19:00	✓ Manejo de pacientes y evaluación de cumplimiento de procesos y protocolos, bajo supervisión.	Equipo de Enfermería Supervisora del servicio.

2.- DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

Servicio de Emergencia

La unidad de Emergencia es un área crítica que brinda atención las 24 horas del día y los 365 días del año, atiende todo tipo de emergencias con diferentes niveles de gravedad, incluyendo la atención a pacientes críticos, poli traumatizados, quemados, con convulsiones, etc, tanto en niños como en adultos.

Propósito:

El servicio de Emergencia tiene como propósito brindar a nuestros pacientes una atención médica de alta calidad y calidez, ante cualquier problema de salud que presenten.

Estructura:

La estructura física de la unidad, como tal, sin perjuicio que según las necesidades del Hospital, ésta sea modificada en cuanto número de cubículos y camillas, distribución de pacientes, por especialidad (pediatría, trauma, crítico) o cualquier otro motivo que demuestre de forma justificada tal modificación será la que se describe a continuación.

Descripción Física.

DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD
Consultorios.	4
Cuarto de triage.	1
Inyectología.	1
Camas o camillas de tratamiento rápido	4
Camas o camillas de Críticos	2
Camas o camillas para observación	6
Camas o camillas emergencias pediátricas	5
Sillones y Camas para emergencia rápida	7
Camas o camillas de aislamiento	2
Cuarto de suturas	1
Cuarto de Yesos	1
Estación de enfermería	1

Estación de admisión del paciente	1
Bodega y sitio de Lencería	1
Sala de espera de familiares	1
Vestuarios del personal	2
Quirófano	1

RECURSOS MATERIALES

APARATAJE CLÍNICO DE LA UNIDAD:

MATERIAL	UNIDADES
Pulsioxímetros	4
Electrocardiógrafo	1
Electrocardiógrafo de ambulancia	2
Balanza con tallímetro	2
Balanza para lactantes	2
Esfigmomanómetro con pedestal	3
Bomba de infusión con sensor de flujo	5
Coche de paro	1
Monitores	13
Pedestal para bomba o sueros	19

Silla de ruedas	4
Succión portátil	3
Desfibriladores	2
Succión de pared	6
Medidores de glucosa capilar	2
Fonendoscopios	5
Tensiómetros manuales portátiles	5
Mesas de Mayo	2
Balas de oxígeno de transporte	5
Linternas pequeñas de exploración	2
Capsula para sistema neumático	2
Coches de curación	1
Mesas auxiliares	14
Sierra de yesos	1
Ventilador de transporte	1
Ventilador mecánico	1
Equipos de diagnóstico	5
Infusores	2
Nebulizadores portátiles	3
Ecógrafo portátil	1
Dispensador de agua	1

Equipo de visualización digital de placas de RX	1
Microondas	1
Refrigeradora para medicación	1

MOBILIARIO

El equipamiento básico de la Unidad es de:

Camillas	11
Camas eléctricas	16
Sillones reclinables	3
Sheilon	2
Carro de soporte vital	1
Coche de curaciones	1
Mesa Mayo	2
Palangana doble para yesos	2
Carros de ropa sucia	1
Vitrina de medicación	1
Vitrina de papelería	1
Vitrina para curaciones y suturas	1
Vitrina de yesos	1
Vitrina para emergencias pediátricas	1
Vitrina de equipos	1

Sillas de Ruedas	4
Mobiliario de oficina, sillas mesas armarios.	

MATERIAL INFORMÁTICO

MATERIAL	CANTIDADES	UBICACIÓN
IMPRESORAS	2	-Admisión de emergencia -Estación de Enfermería -Despacho supervisora
ORDENADORES (escritorio y laptop)	10	-Estación de enfermería 4 escritorio 4 laptop -Área de Hidratación 1 Laptop -Área de Pediatría 1 escritorio -Consultorios 2 escritorio 2 laptop -Triage 1 escritorio -Admisión 1 Escritorio -Rodante 2 Laptop

		-Despacho supervisora 1
PANTALLA monitoreo paciente	1	-Estación de enfermería 1
Pantalla para observación de placas RX	2	-Estación de Enfermería

RECURSOS HUMANOS

DOTACIÓN Y DISTRIBUCIÓN POR CATEGORÍA PROFESIONAL.

El supervisor es el responsable de la planificación y gestión de los recursos humanos. El personal de enfermería se distribuirá los pacientes en función de las cargas de trabajo y del nivel de complejidad de los mismos, haciéndose responsables de los cuidados íntegros de los pacientes a su cargo.

El servicio de Emergencia constará de una dotación inicial de personal sin que este número pueda ser definitivo y si en todo modificable según se varíe la actividad de dicha Unidad.

El personal adscrito inicialmente a dicha Unidad, no tendrá puesto de trabajo fijo en ella, pudiendo requerir su presencia en otra Unidad del Hospital si fuese necesario por incidencias que surjan a lo largo de su actividad asistencial.

Dotación cuantitativa inicial:

TURNO	CATEGORÍA PROFESIONAL	Nº TOTAL
MAÑANA	ENFERMERAS	4
	AUX. ENFERMERÍA	3
	CAMILLEROS	3
TARDE	ENFERMERAS	4

	AUX. ENFERMERÍA	3
	CAMILLEROS	3
NOCHE	ENFERMERAS	3
	AUX. ENFERMERÍA	2
	CAMILLEROS	2

2.1.- MISIÓN

Brindar atención oportuna con calidad y calidez a todos los pacientes que acudan al servicio de emergencia del HSFQ, dando una atención integral y de alto nivel para la satisfacción plena de los mismos, mejorando la calidad de vida de los pacientes en situación crítica. De esta manera contribuir con el desarrollo de nuestro país.

2.2.- VISIÓN

Ser líder en la prestación de servicios de salud a pacientes en situación de emergencia y/o urgencia con calidad y calidez.

2.3.- OBJETIVO GENERAL DEL SERVICIO

Brindar una atención oportuna con calidad y calidez a todos los pacientes que acudan al servicio de Emergencia, dando prioridad para su atención aquellos pacientes críticamente enfermos que pudieran comprometer su vida en un momento dado.

2.4.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

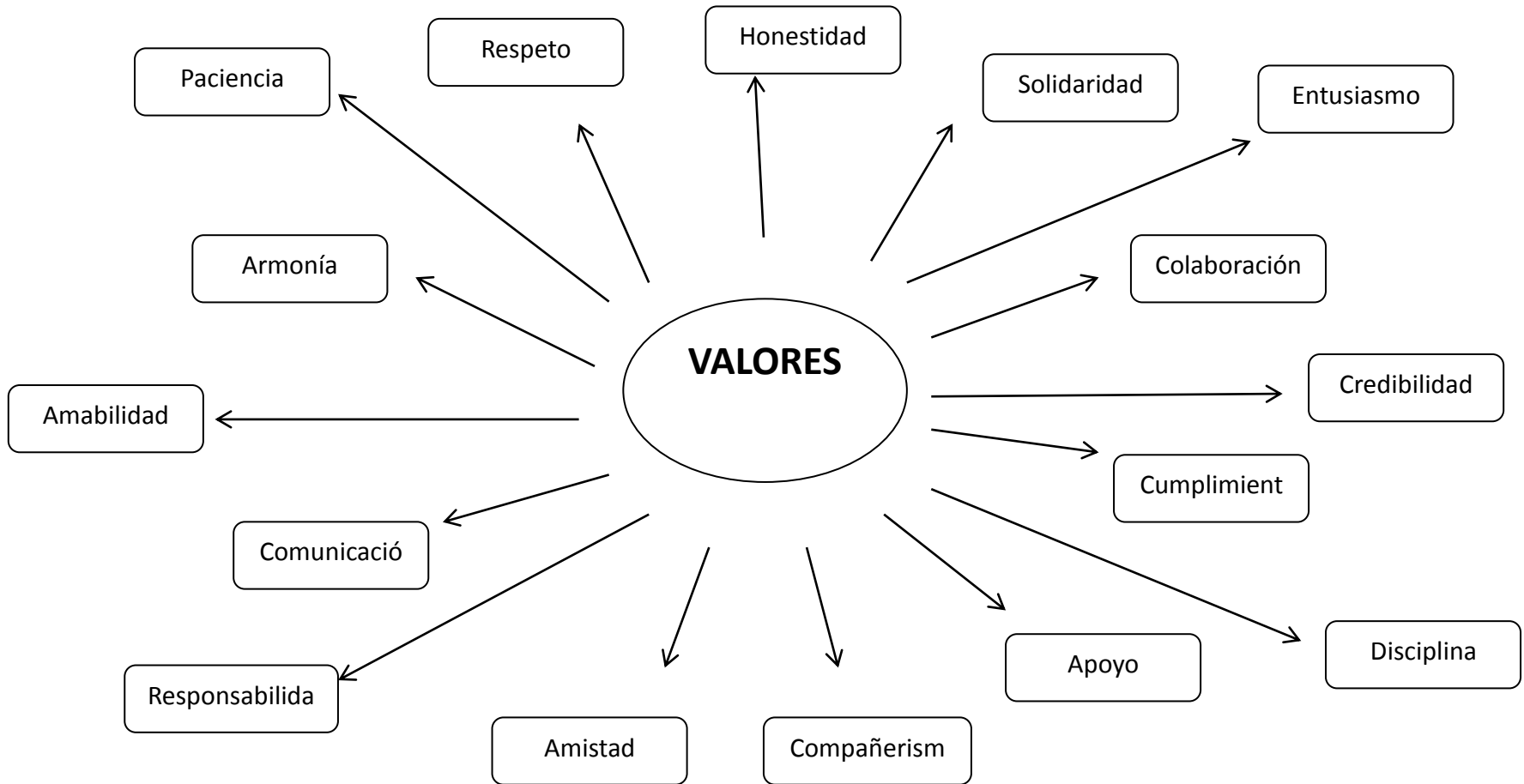
- ✓ Cumplir con los procesos.
- ✓ Aplicar protocolos establecidos.
- ✓ Lograr el compromiso de la gestión.
- ✓ Mantener una buena relación con el paciente.

3.- EXPECTATIVAS CLIENTE INTERNO

3.1.- CLIENTE INTERNO

- ✓ Buen Liderazgo
- ✓ Infraestructura física moderna y funcional
- ✓ Ambiente de trabajo agradable
- ✓ Acceso a tecnología adecuada
- ✓ Capacitación continua
- ✓ Trabajo en equipo
- ✓ Información Verás, oportuna y confiable
- ✓ Remuneración puntual
- ✓ Disponibilidad de equipos, materiales e insumos
- ✓ Incentivos y reconocimiento
- ✓ Apoyo a la gestión del servicio por las autoridades
- ✓ Disponer de medidas de protección personal y prevención de la salud

4.- VALORES DEL SERVICIO



5.- DERECHOS DEL USUARIO EXTERNO

Abogada.

6.- PROCEDIMIENTOS ESPECIALES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO

Protocolos de atención

- ✓ Triage hospitalario
- ✓ Reanimación cardiopulmonar (RCP)
- ✓ Intubación endotraqueal
- ✓ Paciente en coma
- ✓ Manejo de heridas
- ✓ Aspiración de secreciones naso – faríngeas
- ✓ Oxigenoterapia
- ✓ Administración de medicamentos
- ✓ Acceso venoso periférico
- ✓ Acceso venoso central
- ✓ Administración de sangre y sus derivados
- ✓ Terapia Analgésica
- ✓ Generalidades en la administración de gases medicinales
- ✓ Protocolo en anafilaxia
- ✓ Dolor torácico
- ✓ Administración de líquidos parenterales
- ✓ Control de líquidos administrados y eliminados
- ✓ Cuidado de enfermería en pacientes inmovilizados
- ✓ Colocación de sonda vesical
- ✓ Colocación de sonda nasogástrica
- ✓ Atención de enfermería en realización de electrocardiograma
- ✓ Protocolos de aplicación de yesos
- ✓ Preparación Preoperatoria
- ✓ Procedimiento de toracentesis
- ✓ Lavado gástrico
- ✓ Nebulizaciones
- ✓ Toma de muestras sanguíneas
- ✓ Prevención de accidentes y caídas
- ✓ Protocolo de toma de signos vitales
- ✓ Medidas de Confort

- ✓ Cambios de Posición
- ✓ Normas y procesos del aseo de la unidad
- ✓ Normas y procesos del tendido de cama
- ✓ Normas y procesos de la higiene personal del cliente
- ✓ Baño en cama
- ✓ Aseo perineal:
- ✓ Uso del pato y bidet
- ✓ Aplicaciones locales y generales de frío y calor en el paciente
- ✓ Utilización del coche de paro
- ✓ Utilización del tubo neumático
- ✓ Utilización de bombas de infusión
- ✓ Utilización de equipos de succión
- ✓ Utilización del monitor
- ✓ Utilización del ventilador mecánico
- ✓ Utilización del desfibrilador
- ✓ Protocolo en atención al paciente o cliente

Personal Camillero

- ✓ Mecánica corporal
- ✓ Recepción del cliente
- ✓ Traslado de pacientes a quirófanos desde urgencias
- ✓ Pacientes hospitalizados
- ✓ Traslado de pacientes a exámenes complementarios
- ✓ Normas de seguridad para el paciente y camilleros
- ✓ Asignaciones y responsabilidades de los camilleros
- ✓ Movilización del paciente
- ✓ Movilización del paciente poli traumatizado.
- ✓ Movilización de pacientes infectocontagiosos.

7.- DISPOSICIONES GENERALES Y NORMAS DEL SERVICIO

- ✓ El personal nuevo asignado al servicio tendrá un periodo de orientación de 3 días
- ✓ El horario de trabajo del personal de enfermería es:

Mañana (M):	07:00 – 13:00
Tarde (T):	13:00 – 19:00
Noche(N):	19:00 – 07:00
Día (MT):	07:00 – 19:00

- ✓ Todo el equipo de enfermería es responsable de la entrega y recepción del turno paciente por paciente.
- ✓ Los cambios de turno se realizaran según normas establecidas.
- ✓ El equipo de enfermería no puede abandonar el servicio sin previa notificación.
- ✓ Los cambios de turno se realizaran siempre con el personal del servicio.
- ✓ Ante cualquier calamidad doméstica o situación imprevista se notificará a la supervisora del servicio.
- ✓ Salir durante las horas de trabajo sin previa comunicación a la enfermera del piso se considera abandono del servicio con las consiguientes repercusiones.
- ✓ El personal no puede abandonar el servicio antes de entregar el turno.
- ✓ El personal de enfermería demostrara actitud ética y aplicar valores en su quehacer diario y en el trato del paciente, familia y compañeros de trabajo.
- ✓ se considera faltas: incumplimiento de normas, abandono del lugar de trabajo, incumplimiento de procedimientos y tratamientos al paciente, maltrato al paciente, ausencias a reuniones programadas, conflicto con el personal y compañeros, actitud reactiva y poca colaboración.
- ✓ Ante Estas Faltas Y Dependiendo De La Gravedad Se Procederá A Entrevista En Busca De Causas Y Soluciones.
- ✓ Ante la reincidencia de las mismas se procederá a emitir memorando de llamada de atención por escrito y posteriormente la comunicación a la autoridad competente.

- ✓ El servicio contará con un sistema de control escrito de incidentes y problemas del mismo que se sistematizarán al finalizar el año y servirá para tomar medidas correctivas y permitirá incentivar según sea correcto.
- ✓ Durante todos los turnos se realizara custodia de equipos, insumos y materiales del servicio, se registrará por escrito en el cuaderno de cambio de turno con firma de responsabilidad.
- ✓ De la misma manera se procederá con el cuaderno de lencería en el que se anotará la cantidad enviada y la recibida con firma de responsabilidad.
- ✓ Los días --- están destinados al arreglo y orden de toda la lencería del servicio.
- ✓ El personal de turno que no cumple con estos controles asumirá cualquier pérdida o novedad con los mismos.
- ✓ En caso de pérdida de cualquier material o equipo se anotará en el cuaderno de cambio de turno y se reportará a la supervisora del servicio para iniciar el trámite correspondiente.
- ✓ El equipo de enfermería en todos los turnos controlará el buen uso de insumos del servicio.
- ✓ Existe 1 coche de curación, los frascos deben ser cambiados cada 48 horas, serán desinfectados y equipados los días..... según asignación especial.
- ✓ Estos coches deben ser equipados en todos los turnos de la noche (según la norma del servicio).
- ✓ En el horario se hace constar la persona responsable del equipamiento del coche de rcp cada mes.
- ✓ Luego de las horas de visita ningún familiar puede quedarse en la sala a excepción de aquellos pacientes que requieran y con su debido permiso otorgado por el médico.
- ✓ El equipo de enfermería es responsable de mantener el orden, disciplina y propiciar el descanso adecuado de los pacientes (cualquier novedad reportaran a la guardianía).
- ✓ La sala cuenta con televisores para la distracción de los pacientes, estos se apagan a las.... Pm.

- ✓ Además el equipo de enfermería cumplirá las asignaciones especiales que constan en la cartelera
- ✓ En horas de alimentación el personal de enfermería acudirá al comedor en 2 turnos para evitar el abandono del servicio.
- ✓ El equipo de enfermería utilizará correctamente el uniforme según normas institucionales.
- ✓ Como medida de bioseguridad el equipo de enfermería utilizará las medidas de protección según corresponda.
- ✓ El equipo de enfermería es responsable del manejo correcto de desechos hospitalarios.
- ✓ Al ingreso el paciente deberá ser orientado sobre eliminación adecuada de desechos y reciclaje.
- ✓ La supervisora del servicio es responsable de establecer, fortalecer y mantener un ambiente agradable de trabajo.
- ✓ Ante situaciones problema que impidan el cumplimiento de objetivos la supervisora del servicio deberá llamar a reuniones de trabajo oportunamente para por consenso dar soluciones y correctivos informados.
- ✓ Al egreso de cada paciente se constatará la existencia del equipamiento de cada unidad.
- ✓ En caso de que el paciente que egresa requiera silla de ruedas o camilla será trasladado por un camillero o un auxiliar de enfermería.

8.- FUNCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

ENFERMERA SUPERVISORA

RESPONSABILIDADES – ACTIVIDADES:

- ✓ Gestión del talento humano priorizando su asignación según turnos.
- ✓ Supervisa el cumplimiento y aplicación de estándares para el mejoramiento de la calidad de atención de enfermería.
- ✓ Realiza gestión de recursos materiales, equipamiento y otros necesarios para la atención integral al usuario.
- ✓ Constata el buen funcionamiento de equipos, muebles y materiales realizando mantenimiento preventivo.
- ✓ Adiestra al personal de enfermería en el uso, mantenimiento y custodia de equipo del servicio.
- ✓ Custodia con inventario equipamiento del servicio, manteniendo un sistema permanente de control.
- ✓ Gestiona el trabajo diario en coordinación con otros procesos de la institución.
- ✓ Supervisa la custodia, el buen uso de equipos materiales, lencería y medicación.
- ✓ Organiza todos los registros del servicio y supervisa su cumplimiento.
- ✓ Realiza pedido mensual a bodega, y mantiene stock de implementos médicos para 24 horas.
- ✓ Establece control diario de materiales supervisando su correcto cumplimiento.
- ✓ Realiza el horario del personal de enfermería.
- ✓ Fortalece el trabajo en equipo, asignando responsabilidades y manteniendo buenas relaciones interpersonales y multidisciplinarias.
- ✓ Vela por el bienestar del equipo de enfermería y usuarios.

- ✓ Detecta necesidades de educación del personal de enfermería.
- ✓ Mantiene actualizados manuales del servicio.
- ✓ Realiza reuniones de trabajo.
- ✓ Aplica plan de inducción a personal nuevo asignado al servicio.
- ✓ Ejecuta programas de capacitación permanente de especialidad.
- ✓ Realiza educación incidental con el equipo de enfermería y otros si el caso lo amerita.
- ✓ Practica y fomenta la ética profesional en el desarrollo de la gestión de todo el equipo de enfermería.
- ✓ Supervisa el incumplimiento de atención directa de todo el equipo de enfermería.
- ✓ Supervisa el cumplimiento de asignaciones especiales.
- ✓ Participan en reuniones científico-técnicas realizados por docencia.
- ✓ Identifica problemas que pueden ser objeto de investigación.
- ✓ Participa en entrega recepción de turno paciente por paciente.
- ✓ Supervisa el manejo correcto de historia clínica en el sistema (informes) y sus registros.
- ✓ Supervisa el equipamiento del coche de RCP.
- ✓ Supervisa el equipamiento de coches de curación del servicio.
- ✓ Participa en la visita médica.
- ✓ Coordina y participa en el proceso de atención de enfermería dirigido a pacientes críticos.
- ✓ Supervisa el cumplimiento de actividades del personal de dietética y servicios generales.
- ✓ Recibe ingresos y supervisa el cumplimiento de protocolos de ingreso
- ✓ Supervisa controles de drenaje e ingesta y eliminación y realiza retroalimentación
- ✓ Coordina ejecución de procedimientos

- ✓ Coordina con servicio social, emergencia y banco de sangre etc., en casos especiales.
- ✓ Evalúa anualmente al personal de enfermeras a su cargo.
- ✓ Programa vacaciones anuales del personal de enfermería a su cargo.

9. ENFERMERA MIEMBRO DE EQUIPO

La gestión clínica de las Unidades implica la responsabilidad y participación de todos los profesionales, como principales activos de la organización, en materia asistencial, para la optimización del producto hospitalario que ofertemos.

Como herramienta de trabajo utilizamos la aplicación informática "XHIS", además de otras departamentales como "Enterprise" para Laboratorio.

➤ **ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA** **TURNO DE MAÑANA Y TARDE**

La *dotación* de personal para el turno de la mañana y la tarde será de forma inicial sin perjuicio de ser modificada, de 4 Enfermeras y tres Auxiliares de Enfermería.

La distribución se la realiza por áreas de la siguiente manera:

Licenciadas en Enfermería

- ✓ Una enfermera en el área de triage
- ✓ Una enfermera que se encargara de los cuatro primeros cubículos más área de procedimientos, aislados, administración de medicamentos y extracción de muestras de laboratorio del área de consulta rápida,
- ✓ Una enfermera a cargo de dos críticos, cuatro cubículos de adulto más dos del pasillo.
- ✓ Una enfermera a cargo del área de hidratación y pediatría.

Auxiliares de Enfermería

- ✓ Una Auxiliar de Enfermería en el área de triage.
- ✓ Dos auxiliares de enfermería distribuidas en toda la unidad.

TURNO DE LA NOCHE

La *dotación* de personal para el turno de la noche será de forma inicial sin perjuicio de ser modificada, de cuatro Enfermeras y dos Auxiliares de Enfermería.

Licenciadas en Enfermería

- ✓ Una enfermera en el área de triage
- ✓ Una enfermera que se encargara de los cuatro primeros cubículos más área de procedimientos, aislados, administración de medicamentos y extracción de muestras de laboratorio del área de consulta rápida,
- ✓ Una enfermera a cargo de dos críticos, cuatro cubículos de adulto más dos del pasillo.
- ✓ Una enfermera a cargo del área de hidratación y pediatría.

Auxiliares de Enfermería

- ✓ Dos auxiliares de enfermería distribuidas en toda la unidad.

ACTIVIDADES POR ÁREAS

Triage:

El Servicio de Emergencia suele estar sobrecargada por enfermos con patología no urgente, muchos de ellos presentan problemas que se podrían haber solucionado fuera del hospital. Por ello, es fundamental seleccionar el orden de atención de los enfermos según su gravedad.

Actividades que realiza la Enfermera Actualmente:

- ✓ Toma de signos vitales
- ✓ Establece prioridades de atención
- ✓ Realiza los registros de atención en el sistema XHIS. (Triage y Forma. 008)
- ✓ Gestiona el triage

Observación, Aislamiento y Tto Intermedio (adultos y pediátricos):

De los pacientes que por su estado clínico necesitan de valoraciones subsecuentes o exámenes complementarios para poder establecer su diagnóstico, y tratamiento adecuado y su referencia a internación o una transferencia a otro centro de mayor nivel, o en el mejor de los casos el alta médica.

- ✓ Canalización de vía periférica.
- ✓ Toma de muestras de laboratorio.
- ✓ Administración de medicamentos.
- ✓ Preparación del paciente para la realización de pruebas diagnósticas.
- ✓ Preparación preoperatoria.
- ✓ Realización de procedimientos como:
 - ✓ EKG.
 - ✓ Colocación de sonda Foley.
 - ✓ Colocación de sonda nasogástrica.
 - ✓ Gasometrías.
 - ✓ NBZ.
 - ✓ Oxigenoterapia.
 - ✓ Glicemias.
 - ✓ Aspiración de secreciones, etc.
 - ✓ Control de signos vitales (curvas térmicas)
 - ✓ Preparación preoperatoria.
 - ✓ Registro de la atención en el sistema XHIS.
 - ✓ Descargo de insumos
 - ✓ Informes de Enfermería
 - ✓ Registro de signos vitales.
 - ✓ Preparación del paciente para ingresarlo a otro servicio incluyendo actividades administrativas para asignación de camas.

- ✓ Tramitar pedidos y envío de pacientes a imagen
- ✓ Tramitar pedidos de interconsultas con médicos especialistas.
- ✓ Asistencia en procedimientos como:
- ✓ Colocación de tubo torácico

Hidratación y Tto rápido: sala para manejo específico de casos leves y administración de medicamentos que necesitan vigilancia y monitorización como el Hierro, ácido zoledrónico, etc.

- ✓ Canalización de vía periférica.
- ✓ Toma de muestras de laboratorio.
- ✓ Administración de medicamentos.
- ✓ Control de signos vitales.
- ✓ NBZ
- ✓ Oxigenoterapia.
- ✓ Glicemias.
- ✓ Atención de pacientes de observación
- ✓ Tramitar pedidos y envío de pacientes a imagen
- ✓ Registro de la atención el sistema XHIS.
- ✓ Descargo de insumos
- ✓ Informes de Enfermería
- ✓ Registro de signos vitales.

Áreas de Procedimientos: de cirugía menor y traumatología.

- ✓ Canalización de vía periférica.
- ✓ Toma de muestras de laboratorio.
- ✓ Administración de medicamentos.
- ✓ Control de signos vitales.
- ✓ Tramitar pedidos y envío de pacientes a imagen
- ✓ Tramitar pedidos de interconsultas con médicos especialistas.
- ✓ Preparación preoperatoria.
- ✓ Curaciones
- ✓ Registro de la atención el sistema XHIS.
- ✓ Descargo de insumos

- ✓ Informes de Enfermería
- ✓ Registro de signos vitales.

- ✓ Asistir al procedimiento para inmovilizar al paciente politraumatizado

Área Crítica: compensación a los pacientes críticos.

Atención del paciente crítico:

- ✓ Asistencia en el manejo del paciente crítico.
- ✓ RCP si se precisa (bajo coordinación del Emergenciólogo)
- ✓ Oxigenoterapia.
- ✓ Aspiración de secreciones.
- ✓ Canalización de vía periférica.
- ✓ Toma de muestras de laboratorio.
- ✓ Administración de medicamentos.
- ✓ Monitorización del paciente.
- ✓ EKG.
- ✓ Colocación de vía central
- ✓ Medición de la PVC
- ✓ Colocación de tubo torácico
- ✓ Glicemia
- ✓ Gasometría
- ✓ Colocación de Sonda Foley
- ✓ Colocación de Sonda Nasogástrica
- ✓ Registro de la atención el sistema XHIS.
- ✓ Descargo de insumos
- ✓ Informes de Enfermería
- ✓ Registro de signos vitales.
- ✓ Tramitar pedidos de imagen
- ✓ Tramitar pedidos de interconsultas con médicos especialistas.
- ✓ Preparación preoperatoria.

Otras actividades básicas de enfermería que se desarrollan en la Unidad son aquellas derivadas de la función administrativa, y de la docente e investigadora. Siendo responsables de,

Otras actividades:

- ✓ Asiste puntualmente y correctamente uniformada
- ✓ Realiza entrega – recepción del turno paciente por paciente
- ✓ Practica y fomenta el uso de normas de ética profesional
- ✓ Fortalece el desarrollo de relaciones interpersonales adecuadas
- ✓ Fomenta el trabajo en equipo
- ✓ Fomenta el cumplimiento de normas y procedimientos
- ✓ Vela por el bienestar del personal de turno
- ✓ Detecta necesidades de educación del personal de enfermería
- ✓ Realiza educación incidental
- ✓ Administración de medicamentos
- ✓ Ejecuta procedimientos especiales
- ✓ Colabora y circula en curaciones de pacientes asignados
- ✓ Elaboración de la hoja de Información a Familiares en cada turno.
- ✓ Aplica protocolos de ingresos a usuarios nuevos
- ✓ Controla signos vitales en pacientes de cuidado
- ✓ Supervisa control de signos vitales asignado a personal auxiliar
- ✓ Participa de la custodia de equipos, insumos y materiales
- ✓ Supervisa atención integral ejecutado por personal auxiliar de enfermería
- ✓ Supervisa y/o realiza preparación preoperatoria mediata
- ✓ Realiza atención integral a pacientes de cuidado
- ✓ Supervisa el cumplimiento de dietas prescritas
- ✓ Realiza informes de pacientes asignados en el sistema
- ✓ Realiza control de ingesta – eliminación y supervisa el realizado por el personal auxiliar de enfermería
- ✓ Transcribe prescripciones médicas y si encuentra novedades son reportadas al medica responsable del paciente
- ✓ Participa en la atención directa e integral a pacientes asignados
- ✓ Realiza asignación de actividades a personal de auxiliar de enfermería
- ✓ Controla y reporta faltantes en stock de medicación e insumos del servicio y del coche de paro

- ✓ Detecta e informa sobre fallas o desperfectos en instalaciones y equipos del servicio
- ✓ Cumple con responsabilidad las funciones delegadas
- ✓ Orienta a usuarios y familia sobre autocuidado y cuidado domiciliario
- ✓ Aplica criterio técnico en atención de usuarios que requieran aislamiento y tratamientos especiales
- ✓ Supervisa el cumplimiento de indicación de ayunas
- ✓ Observa y reporta signos de alarma en usuarios del servicio
- ✓ Supervisa la preparación de paciente para procedimientos especiales
- ✓ Participa en programas de inducción a personal de nueva asignación
- ✓ Interviene en programas de educación en servicio y capacitación
- ✓ Asiste a reuniones programadas
- ✓ Ejecuta programas de investigación del servicio
- ✓ Equipa coches de curación luego de uso
- ✓ Mantiene en orden estación de enfermería
- ✓ Recibe ingreso e inicia procesos de atención de enfermería
- ✓ Supervisa control de signos vitales realizados según norma por el personal auxiliar de enfermería
- ✓ Supervisa ejecución de actividades de aseo personal
- ✓ Supervisa preparación de pacientes para el traslado a otros servicios
- ✓ Supervisa orden y limpieza de los diferentes ambientes del servicio
- ✓ Vela por el bienestar del personal de enfermería.
- ✓ Detecta necesidades de educación en el personal de turno.
- ✓ Complimentar y da curso a los documentos oficiales y registro manual y/o informático que se deriven de sus actividades.
- ✓ Participar en la elaboración del manual de Procedimientos propios de su competencia.
- ✓ Colaborar en la elaboración de protocolos y vías clínicas.
- ✓ Participar en las comisiones hospitalarias asignadas según vayan siendo creadas.
- ✓ Comunicar al supervisor cualquier anomalía o deficiencia que se observe en la Unidad y tramitar las anomalías o deficiencias urgentes al Servicio correspondiente.
- ✓ Participar en la gestión de las camas de la Unidad a solicitud de Admisión.
- ✓ Realizar y/o participar en trabajos de Investigación en Enfermería y otras áreas con el objeto de contribuir al desarrollo profesional y la mejora de la salud de la población.
- ✓ Participar en congresos y jornadas y en la realización de publicaciones.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

✓ Cronograma orientativo de actividades de Enfermeras:

Actividades de Enfermera	Horario en turno de mañana	Horario en turno de tarde	Horario en turno de noche
Cambio de información/ turno	De 7:00 a 7:20	De 13:00 a 13:20	De 19:00 a 19:20
Revisión del coche de paro. Delega la líder de grupo.	De 7:20 a 7:30	De 13:20a 13:30	De 19:20a 19:30
Administración de hierro u otro medicamento que provenga de otras unidades	De 7:30 a 10:00		
Elaboración de la hoja de Información a Familiares	12:00 y PRN	17:00 y PRN	10:30 – 06:30 y PRN
Ordenar y revisar caducidades y cantidades del stock de medicamentos del frigorífico y del inmobiliario.			Menos afluencia de pacientes. Delega la líder de grupo.
Solicitud de dietas	Hasta las 09:00 para el almuerzo	Hasta las 14:00 para la cena	Refrigerio a cualquier hora desayuno hasta las 6:00
El resto de actividades especificadas anteriormente como canalización de vía, toma de muestras de laboratorio, administración de medicamentos,etc	A demanda		

10.- PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

COMPETENCIAS

Participa activamente con el equipo de enfermería para asegurar atención continua y de calidad mediante capacitación permanente y un ambiente agradable de trabajo con el apoyo de la enfermera miembro de equipo

RESPONSABILIDADES:

ACTIVIDADES

- ✓ Cumple con las normas y disposiciones generales del servicio
- ✓ Participa en la entrega recepción de turno paciente por paciente
- ✓ Practica normas de ética durante el trabajo
- ✓ Practica buenas relaciones interpersonales
- ✓ Participa del trabajo en equipo
- ✓ Detecta necesidades de educación u orientación al usuario y familia
- ✓ Asiste a reuniones programadas
- ✓ Participa con actitud proactiva en inducción a personal nuevo
- ✓ Custodia bienes del servicio: equipos, materiales, insumos, y realizando registro correspondiente en formulario de cambio de turno
- ✓ Realiza canje directo de lencería del servicio y registro en cuaderno respectivo
- ✓ Prepara material de reserva según asignación
- ✓ Recibe ingresos y controla signos vitales y peso
- ✓ Realiza medidas de higiene en usuarios que ingresan
- ✓ Realiza desinfección diaria de unidad de cada paciente cuidando su orden
- ✓ Al egreso realiza limpieza y desinfección dejando lista a la unidad para ingresos.
- ✓ Ejecuta procedimientos y tratamientos asignados
- ✓ Prepara pacientes para cirugías y exámenes especiales
- ✓ Traslada pacientes a quirófanos según normas
- ✓ Realiza aseo general, parcial y perineal a pacientes que lo requieran
- ✓ Realiza medidas de confort según condición de pacientes
- ✓ Aplica medidas anti escaras
- ✓ Identifica necesidades de pacientes y comunica a la enfermera
- ✓ Aplica medidas de seguridad a pacientes pediátricos, ancianos y desorientados
- ✓ Aplica normas de bioseguridad durante su trabajo
- ✓ Brinda cuidados post - mortem
- ✓ Realiza control de ingesta y eliminación

- ✓ Realiza control de signos vitales.
- ✓ Aplica medios físicos según norma
- ✓ Realiza cuidados de sondas y drenajes registrando su control
- ✓ Mantiene limpios y en orden todos los ambientes del servicio
- ✓ Cumple con normas generales y disposiciones del servicio
- ✓ Realiza cuidado de sondas y drenajes registrando su control
- ✓ Mantiene limpios y en orden todos los ambientes del servicio
- ✓ Cumple con normas generales y disposición del servicio
- ✓ Realiza entrega – recepción de turno de paciente por paciente
- ✓ Practica normas de ética durante su trabajo
- ✓ Práctica buenas relaciones interpersonales
- ✓ Participa del trabajo en equipo
- ✓ Detecta necesidades de educación u orientación en el usuario y familia
- ✓ Asiste a programas de capacitación y educación en el servicio
- ✓ Recibe lencería de ropería, registra y ordena en coches
- ✓ Al egreso realiza limpieza y desinfección dejando lista la unidad para ingresos.
- ✓ Mantiene limpios y en orden todos los ambientes del servicio
- ✓ Realiza limpieza, desinfección y equipamiento de coches de curación después de su uso
- ✓ Rotula frascos de soluciones y cajas para exámenes de laboratorio.
- ✓ Realiza control de curva térmica y registra

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

✓ Cronograma orientativo de actividades de Enfermeras:

ACTIVIDADES AUXILIAR ENF.	TURNO DE MAÑANA	TURNO DE TARDE	TURNO DE NOCHE
Cambio de información/ turno	De 7:00 a 7:20	De 13:00 a 13:20	De 19:00 a 19:20
Ayudar a la enfermera en la revisión y equipamiento del coche de paro	De 7:20 a 7:30	De 13:20a 13:30	De 19:20a 19:30
Desinfección del aparataje			Menos flujo de demanda de ptes
Registrar material usado para enviar a la central de esterilización	08:00 y PRN	15:00 y PRN	12:00 y PRN
Entrega y recepción de lencería	07:30 y PRN	14:00 y PRN	19:30 Y PRN
El resto de actividades especificadas anteriormente como lavado de instrumental y otro tipo de material, aseos, toma de signos vitales,etc.	A DEMANDA		

INCUMPLIMIENTOS:

Se notificara los incumplimientos por parte del personal, empezando con un llamado de atención si:

- No se revisa ni se equipa el coche de paro en cada turno
- No se revisa el stockaje de medicamentos
- No se elabora la hoja para información a familiares.
- No se quipa los coches de cura.
- No se aplica los procesos, circuitos o protocolos establecidos.
- No se realice la entrega de lencería aplicando medidas de bioseguridad.
- No se tiene buena actitud con el cliente externo o interno.
- No se comunique los cambios de turnos.
- No se rotulan las soluciones y las vías
- No se aplican normas de bioseguridad en el servicio
- No se entrega la hoja de satisfacción del usuario a los pacientes que pertenecen a la red de salud.
- No se realizan los respectivos descargos de insumos en el sistema XHIS.
- No se rotulen correctamente las soluciones antisépticas.

11.- CIRCUITOS DE MAYOR RELEVANCIA

GESTIÓN DE INGRESOS:

- ✓ **INGRESO DEL PACIENTE DESDE EL TRIAGE:**
- ✓ El paciente o el familiar se acerca al área de admisión para realizarle el ingreso al paciente o si es el caso que el paciente procede de ambulancias externas, públicas o privadas, deberá ser el familiar, el paramédico o el médico de las unidades de salud quien se acerque al área de admisión.

- ✓ Posteriormente se le lleva al paciente, al área del triage en donde la enfermera brevemente le tomara constantes vitales y le asigna la prioridad. (este paso solo se aplica si está dentro de las prioridades II, III, IV.).
- ✓ Si es prioridad I, el paciente ingresa directo al cubículo número 5 o 6 que están asignados para pacientes críticos.
- ✓ Si es Prioridad II o III (este último en algunos casos), el Camillero junto con la Enfermera proceden a ingresarle al área de Emergencia, se entrega al paciente de Enfermera a Enfermera y se procede a ubicarlo en un cubículo o sillón que se encuentre disponible.
- ✓ Una vez que el paciente es ubicado en un cubículo o en un sillón la enfermera valorara la condición hemodinámica y el estado de dolor del pcte y le comunicara al médico Emergenciólogo.
- ✓ Si el paciente es prioridad III, IV o V, se le atenderá en el área de urgencia, de acuerdo al criterio de la Enfermera del triage.

INGRESO DE PACIENTES GINECO - OBSTÉTRICAS.

- ✓ El paciente se admisionista en el área de Admisión de Emergencia.
- ✓ Posteriormente se acerca de inmediato al área de Triage (consultorio 3), en donde la Enfermera le tomara las constantes vitales y le designara la prioridad de la Emergencia.
- ✓ El Camillero trasladará a la paciente en silla de ruedas al bloque obstétrico con 1 familiar.
- ✓ El Camillero avisará a la Enfermera o Medico del bloque obstétrico de la presencia de dicha paciente, si el triage del bloque obstétrico está vacío se pasará al triage, si está ocupado se la pasará a la sala de espera, previo aviso a los sanitarios de dicho bloque.
- ✓ Desde el triage se decidirá el área de ubicación (eco grafo, sala de partos, dilatación, etc) o su respectiva alta tras valoración.

PACIENTES QUE SE QUEDAN EN OBSERVACIÓN POR 24 HORAS.

- ✓ Los cubículos asignados para pacientes que se necesite observar por 24 horas antes de emitir un dg definitivo son los número 7, 8,9 y10
- ✓ Si bajo prescripción médica el paciente puede consumir alimentos por favor aplicar el siguiente circuito:
- ✓ La petición de dietas realiza la Enfermera encargada del paciente antes de las 9.30 am todos los días de la semana, si las prescripciones no están todavía en el XHIS, la orden verbal del médico tendrá el mismo valor que la prescripción, pero dicha petición debe llegar antes de las 9.30 am para evitar incidencias en cocina, cabe recalcar que el personal de enfermería deberá redactar en su informe que dicha dieta fue autorizada de forma verbal por el médico de guardia.
- ✓ Los refrigerios pueden ser solicitados a cualquier momento de 7:00 am a 19:30.
- ✓ Una vez el carro de dietas llegue al servicio estos serán los pasos:
- ✓ Las dietas las subirá el auxiliar de dietética y se dirigirá a la enfermera responsable para su visto bueno.
- ✓ La enfermera dará su visto bueno tras revisión de todo el carro de dietas, puesto que es su responsabilidad.
- ✓ La Enfermera delegará a la auxiliar del servicio que le pase dicha dieta al cubículo en donde se encuentra el paciente, ayudada en todo momento por la auxiliar de dietas.
- ✓ De nuevo la dieta la recogerá del cubículo la auxiliar del servicio y la depositará en el carro de dietas, para que la auxiliar de dietas baje el carro completo a cocina.
- ✓ Si existiese algún error en la dieta que sube al servicio, será la auxiliar de dietas la que bajará a cocina a por la nueva dieta.
- ✓ Cualquier acción no recogida en el sistema operativo XHIS no estará realizada y por lo tanto significará una deficiente atención para con el paciente.

INGRESO DE PACIENTES A LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN.

- ✓ Un paciente será ingresado al servicio de hospitalización por:
- ✓ Necesidad clínica.
- ✓ Necesidad clínica susceptible de resolución quirúrgica.
- ✓ Patología enmarcada dentro del catálogo de las Especialidades Quirúrgicas.
- ✓ Periféricos de otras especialidades, por necesidades del propio Hospital.
- ✓ Aislamiento en habitación habilitada para ello, independientemente de la patología que se trate.

Acciones a llevar a cabo al ingreso:

- ✓ El médico que ha valorado al paciente le indica verbalmente a la Enfermera del servicio de Emergencia que se va a proceder al ingreso del paciente, la misma que le entregara el formulario de orden de ingreso para que sea llenado por el mismo.
- ✓ La Enfermera y la auxiliar de Enfermería preparan al paciente para el ingreso a otro servicio en lo referente a:

Enfermera

- ✓ Toma Signos Vitales
- ✓ Administración de medicamentos
- ✓ Verificación de la permeabilidad de Vía periférica o central, sondas o drenajes.
- ✓ Dispositivos de Oxigenación en óptimas condiciones.
- ✓ Soluciones y medicación correctamente rotulados.
- ✓ Verificar que el nombre que está en la manilla corresponda al paciente.
- ✓ Llenar correctamente el formulario de Check List de ingreso.
- ✓ Registrar en la historia clínica del paciente (XHIS) todas y cada una de las acciones que llevemos a cabo ya que es primordial para el seguimiento del estado del paciente por parte de cualquier profesional sanitario responsable del mismo.

Auxiliar de Enfermería

- ✓ Aseo
- ✓ Vestuario
- ✓ Realización de procedimientos como por ejemplo Enemas.
- ✓ Preparación de paciente pre quirúrgico (preparación de campo, uñas cortas y sin esmalte, retiro de maquillaje, placas dentales y joyas, colocación de bata, manilla, gorro y botas)
- ✓ Una vez preparado el paciente, la enfermera procede a entregar al personal de admisión del servicio de Emergencia la orden de ingreso, para que le asigne una cama, siendo posible su modificación dadas las características del paciente.
- ✓ El personal de admisión comunicara al personal de Enfermería, el servicio y el número de cama asignada.
- ✓ La Enfermera se comunica vía telefónica con la Enfermera del servicio indicado para entregar verbalmente novedades, cuidados y condición del paciente. Se procurará mantener las franjas horarias de los cambios de turno sin realizar traslados de pacientes desde la Urgencia.
- ✓ Posteriormente la Enfermera comunica al personal camillero para que le lleve al paciente junto con 1 familiar al servicio y cama asignada y procede a entregar el formulario de check list con copia, el kardex form 022 y la orden de ingreso del paciente, el mismo que será entregado y firmado por la enfermera que le recibe en dicho servicio.
- ✓ El personal camillero una vez que le deje en el lugar asignado al paciente procede a retirarse con el formulario original de check list ya firmado y recuperando la lencería que se utilizó en el servicio de Emergencia (cobija, almohada y bata).
- ✓ Cualquier acción no recogida en el sistema operativo XHIS no estará realizada y por lo tanto significará una deficiente atención para con el paciente.

- ✓ **PACIENTES CON INGRESO A UCI**

- ✓ Los traslados de estos pacientes serán consensuados tanto por parte del personal Médico que se ha hecho cargo del enfermo como por el receptor del mismo.
- ✓ El ingreso de este tipo de pacientes se hace igual que el protocolo establecido para ingreso de pacientes la diferencia es que el personal de Enfermería el paramédico y el camillero acude junto con el paciente al área de uci para entregar el reporte del estado del paciente, novedades y los cuidados que se le ha realizado.

- ✓ Cualquier acción no recogida en el sistema operativo XHIS no estará realizada y por lo tanto significará una deficiente atención para con el paciente.

EN EL CASO QUE EL SISTEMA INFORMÁTICO XHIS FALLE APLICAR PLAN DE CONTINGENCIA

Cuando falla el sistema operativo XHIS, se pierde la red a nivel Nacional y el tiempo estimado de reactivación del mismo es de 30 minutos a 4 horas o en el peor de los casos todo un día, es por esta razón que no se puede suspender la atención a nuestros usuarios y se procede a aplicar el plan de contingencia que es dar atención médica con registros manuales, datos que deberán ser ingresados nuevamente en el sistema XHIS cuando este se reactive, este registro es muy importante ya que si no se lo hace no se registra la atención que se le dio al paciente y tampoco los descargos de insumos, medicamentos, exámenes de laboratorio e imagenología.

Los formularios que reemplazan al sistema operativo XHIS en el área de Emergencia son:

- ✓ Formulario 008 Emergencia.
- ✓ Formulario 005 Evolución y Prescripciones.
- ✓ Formulario 010 Laboratorio Clínico.
- ✓ Formulario 012 Imagenología.
- ✓ Formulario 022 Kardex.
- ✓ Formulario 053 Referencia.
- ✓ Certificado Médico.
- ✓ Formato para Registro de Insumos.
- ✓ Dichos formularios se encuentran en el área de admisión de Emergencia.

12.- RESPONSABILIDADES DEL PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES

PERSONAL DE TRANSPORTE (CAMILLEROS)

INDICACIONES GENERALES

1. El camillero jamás debe olvidar que traslada a personas y solo por eso debe comportarse de igual forma que si tuviese responsabilidad legal sobre el paciente.
2. El camillero no es personal sanitario, pero trabaja en un centro hospitalario, por lo tanto su imagen debe ser pulcra, una imagen distinta, no acorde con el hospital, será la que se lleve el paciente a casa, aunque el camillero haya realizado muy bien su trabajo.
3. En el día a día nos encontraremos pacientes amables, simpáticos, no tan amables, agresivos, algunos mal educados, etc. el camillero jamás debe juzgar la personalidad del paciente, puesto que ese no es su trabajo.
4. Es frecuente que exista alguna conversación entre paciente y camillero, pero siempre se debe ser amable y ligeramente amistoso.
5. Si el paciente está nervioso, se intentara calmarlo y evitar a toda costa discusiones o conversaciones subidas de tono.
6. En muchas ocasiones el exceso de pacientes, obliga al personal camillero a priorizar pacientes, poniendo en primer lugar al paciente más grave y no siguiendo el orden de llegada de las órdenes, esto solo si hay pacientes graves o que necesiten un examen de urgencia, de lo contrario hay que seguir el orden de llegada de las órdenes.
7. Siempre se debe estar dispuesto para realizar cualquier trabajo que le corresponda y no se pondrán malas caras. Hay que recordar que se trabaja de cara al público.
8. Se respetara siempre la intimidad del paciente poniendo los medios necesarios para ellos. (Cobija, almohada, bata, etc)
9. En un traslado no deben olvidar llevar la ropa y pertenencias del paciente.
10. Cuando llega la orden de traslado, el camillero debe saber:

- ✓ Nombre y apellidos del paciente
 - ✓ Enfermedad que padece
 - ✓ Donde está ubicado
11. El paciente tiene derecho a saber quiénes somos, a donde le llevamos y en que medio va ir.
 12. Mantener un buen manejo de las normas de convivencia general (No fumar dentro del hospital, no ingresar alimentos, tener un buen comportamiento, ser responsable, respetuoso y dar buen uso a las instalaciones del hospital)

POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

1. El camillero que se encuentre asignado a cualquiera de los Servicios Clínicos, deberá presentarse con la líder de turno (Enfermera), la misma que le dará a conocer las actividades que empezara a realizar.

2.-Al inicio de sus actividades el camillero, deberá verificar que el equipo con el que va a trabajar se encuentre en buenas condiciones de uso, así como son:

- Silla de ruedas
- Camilla (deberá verificar que las camillas que va a utilizar estén vestidas con sabanas limpias.)
- Tanques portátiles de oxígeno.

Y debe contar con:

- Guantes Desechables
- Mascarilla.
- Bata (si se requiere)

3.- El camillero deberá consultar la programación de estudios al inicio de su jornada, para llevar a cabo los traslados a los diferentes servicios de diagnóstico.

4.- Deberá observar con atención el estado de gravedad en el que se encuentra el paciente para empezar su adecuada movilización y con la debida precaución.

5.- El camillero deberá tomar en cuenta las recomendaciones del equipo multidisciplinario, para trasladar a los pacientes a donde se llevara a cabo el estudio, ya sea en: silla de ruedas o camilla y oxígeno en caso de requerirlo.

6.- Para que el camillero proporcione eficientemente sus actividades en los Servicios Clínicos, será indispensable coordinarse con el personal de enfermería, de acuerdo con las condiciones que se encuentre el paciente.

7.- Antes de movilizar a un paciente, el camillero deberá observar si el paciente está consciente y si tiene movilidad completa para planear mejor su traslado, tomando en cuenta las condiciones del lugar a donde será trasladado. En caso de que el paciente se encuentre inconsciente, deberá verificar el camillero si requiere ayuda, como y cuantos camilleros más, valorando las condiciones en las que se encuentre el paciente.

8.- El camillero trasladará al paciente a los diversos servicios de diagnóstico para la realización del estudio correspondiente, procurando que el mismo no espere por tiempos prolongados para su procedimiento.

9.- En el caso de que el paciente se encuentre grave, el camillero deberá ser acompañado por el personal médico y de enfermería, para el traslado de pacientes a los diferentes Servicios Auxiliares de Diagnóstico o de Tratamiento correspondiente, cuando se tengan estudios pendientes a realizar.

Descripción del procedimiento

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1.0 Presentación en el Servicio.	1.1 Se presenta con la Enfermera Jefe del Servicio al inicio de su jornada laboral.	Camillero
2.0 Revisión de programación.	2.1 Revisa programación de estudios, traslados externos y pendientes, para saber cuáles serán sus actividades.	Camillero
	2.2 Observa las condiciones de los pacientes pendientes de estudio y define el medio idóneo para traslado (camilla, silla de ruedas y tanque de oxígeno en caso de ser necesario).	Camillero
3.0 Supervisión del equipo y medidas de precaución.	3.1 Revisa el equipo de trabajo: Tanque de oxígeno portátil, sillas de ruedas y camillas, antes de iniciar sus actividades.	Camillero
	4.1 Indica al camillero las medidas de precaución que deberá tener y el medio en que podrá trasladar al paciente.	Enfermeras del Servicio Clínico
4.0 Traslado al estudio	4.1 Traslada al paciente al servicio de	Camillero

de diagnóstico.	diagnóstico correspondiente, de acuerdo a las indicaciones recibidas, y pregunta al personal técnico si debe permanecer con el paciente o regresar por él y en cuanto tiempo.	
	<p>4.2 ¿Debe esperar al paciente?</p> <p>Si.- Permanece con el paciente y al finalizar es estudio lo traslada al servicio clínico correspondiente.</p> <p>No.- Encarga el paciente al personal auxiliar de Enfermería del área de imagenología y Regresa a su servicio, posteriormente vuelve por el por el paciente en el tiempo indicado y lo traslada al servicio clínico correspondiente.</p>	Camillero y Auxiliar de Enfermería de Imagenología.
	4.3 Avisa al personal de enfermería sobre el retorno del paciente y entrega el resultado del estudio, si es el caso.	Camillero
5.2 Traslado de pacientes graves.	Realiza el traslado de pacientes graves acompañado por una enfermera y un médico a los diferentes Servicios Auxiliares de Diagnóstico o de Tratamiento correspondiente.	Equipo multidisciplinario

Cadáveres

- ✓ Al momento de informar al Camillero de un deceso, este deberá trasladar a la morgue tratando con sentido humanitario y respeto el cuerpo del cadáver, durante su traslado.

Elaboración del informe diario de actividades.

- ✓ Es responsabilidad del camillero elaborar su informe diario de actividades y firmarlo y posteriormente entregarla al final de su jornada al Coordinador de Camilleros.
- ✓ El Coordinador de Camilleros deberá revisar que el informe esté debidamente requisitado.

Personal de Limpieza

Normas para el personal.

- ✓ Todo el personal implicado en la limpieza debe utilizar el vestuario adecuado, por razones higiénicas y para evitar lesiones en la piel.
- ✓ Usar guantes negros semi industriales para realizar cualquier procedimiento de limpieza.
- ✓ Usar guantes de color para desechos contaminados.
- ✓ Usar guantes negros para desechos comunes.
- ✓ Usar gorro y mascarilla en todo momento.
- ✓ Uso de zapatos adecuados impermeables y cerrados.
- ✓ Lavado de manos antes y después de cualquier procedimiento de limpieza, después de quitarse los guantes.
- ✓ No tocar con guantes sucios la superficie de pasamanos, barandas, picaportes, etc.
- ✓ Evitar tocar superficies de contacto de los pacientes con guantes sucios.
- ✓ No se debe barrer con escobas secas.
- ✓ No limpiar las superficies con paños secos.
- ✓ Secar lo máximo posible el suelo.
- ✓ Utilizar agua limpia en cada zona.
- ✓ No realizar la limpieza en horario de alimentación del paciente.

Limpieza en una habitación ocupada

- ✓ Retirar los residuos sólidos.
- ✓ Utilizar el paño, de arriba hacia abajo, con el siguiente orden: Timbre, teléfono, manillas de las puertas, mesón del lava manos y otros objetos.
- ✓ Esta limpieza será húmeda, mecánica, utilizando un detergente neutro (Tornado 200ml en 10lt) y desinfectante (Desinet 20 ml en 3 lit.)
- ✓ Limpieza diaria de puertas, ventanas, mobiliario y estantes (Tornado 200ml en 10lt)
- ✓ Barrido húmedo.
- ✓ Cambio de fundas de tachos (Basura contaminada) (Basura común).

Limpieza en una habitación luego del egreso del paciente

- ✓ Se hará una desinfección más meticulosa de suelos, superficies y útiles. (Desinet 20ml en 3lt).
- ✓ Retirar los residuos sólidos.
- ✓ Utilizar el paño, de arriba hacia abajo, con el siguiente orden: Timbre, teléfono, manillas de las puertas, mesón del lava manos y otros objetos.
- ✓ Esta limpieza será húmeda, mecánica, utilizando un detergente neutro (Tornado 200ml en 10lt).
- ✓ Limpieza diaria de puertas, ventanas, mobiliario y estantes (Tornado 200ml en 10lt)
- ✓ Barrido húmedo.
- ✓ Cambio de fundas de tachos (Basura contaminada) (Basura común).
- ✓ Tras la limpieza esperar a ocupar la habitación, un tiempo hasta que todas las superficies estén secas (30 minutos mínimo aproximadamente).

Habitaciones con sistema de aislamiento con paciente

- ✓ Mantener el sistema de ventilación mientras se limpia, evitar abrir puertas y ventanas.
- ✓ Retirar los residuos sólidos.

- ✓ Utilizar el paño, de arriba hacia abajo, con el siguiente orden: Timbre, teléfono, manillas de las puertas, mesón del lava manos y otros objetos.
- ✓ Esta limpieza será húmeda, mecánica, utilizando un detergente neutro (Tornado 200ml en 10lt) y desinfectante (Desinet 20 ml en 3 lit.)
- ✓ Limpieza diaria de puertas, ventanas, mobiliario y estantes (Tornado 200ml en 10lt)
- ✓ Barrido húmedo.
- ✓ Cambio de fundas de tachos (Basura contaminada) (Basura común).
- ✓ Los implementos de limpieza serán exclusivo de cada habitación.

Habitaciones con sistema de aislamiento sin paciente (egreso del paciente)

- ✓ Retirar los residuos sólidos
- ✓ Utilizar el paño, de arriba hacia abajo, con el siguiente orden: Timbre, teléfono, manillas de las puertas, mesón del lava manos y otros objetos.
- ✓ Barrido húmedo.
- ✓ Cambio de fundas de tachos (Basura contaminada) (Basura común)
- ✓ Se utiliza la maquina Sanitizadora, la cual mediante un proceso de vaporización en el cual se mezcla 5 litros de agua con 50 ml de Desinet, al 1 %. Se desinfecta y esteriliza el área por un lapso de 12 horas en las cuales las puertas, ventanas deben estar completamente cerradas para el adecuado procedimiento.

Desinfección del área de Emergencia.

- ✓ Retirar desechos contaminados con las debidas precauciones y uniforme.
- ✓ Limpieza cada cambio de jornadas, de suelos y superficies (Klaronet 30 ml en 10lt).
- ✓ Mantener higiénicamente limpios las paredes (Tornado 200ml en 10lt).
- ✓ Limpiar con un paño (color rojo) el sanitario con (PowerFix 200ml en 10lt).
- ✓ Limpieza de paredes de baño (PowerFix 200ml en 10lt).

Limpieza de aseos y sanitarios

- ✓ Limpiar con el paño en el orden siguiente: espejo, repisa, estante, grifería, lavabo, ducha, dispensador para papel higiénico, interruptor, pestillo de la puerta. (Tornado 200ml en 10lt).
- ✓ Lavar con un ácido para luego enjuagar con agua la grifería, lavabo y ducha (PowerFix 200ml en 10lt).
- ✓ Enjuagar paño.
- ✓ Secar.
- ✓ Fregado del suelo con mopa, primero la habitación y después el suelo del servicio sanitario.

12.- SISTEMA DE EVALUACIÓN

Objetivo

Asegurar atención integral de excelencia a los usuarios de la especialidad mediante sistema permanente de evaluación y retroalimentación del equipo de enfermería que permita implementar estrategias de mejoramiento en un ambiente de bienestar y desarrollo personal.

Instrumento de Evaluación

- ✓ Cada dos meses se realiza una evaluación sobre capacitaciones que se dan en cada reunión mensual.
- ✓ SENRES Eval. 01

12.- REGISTROS DE ENFERMERÍA

CONTROL DE LENCERÍA

Objetivo.- Mantener un control estricto de lencería del servicio para evitar el riesgo de pérdida.

El registro se realizará en un cuaderno. Se anota:

- ✓ Fecha.

- ✓ Lista de ropa entregada.
- ✓ Firma de quien entrega y recibe.
- ✓ En la tarde y en la noche se recibirá la ropa colocando un visto.
- ✓ En caso de algún faltante o entrega pendiente anotar con letra clara y legible y reportar verbalmente.

CONTROL DE EQUIPOS

Objetivo.- Mantener un registro diario y preciso del equipamiento del servicio, facilitando su custodia y previniendo el riesgo de pérdidas.

Se constata la existencia de los equipos existentes en el servicio y se registra en un cuaderno. Se anota:

- ✓ Fecha.
- ✓ Lista de los equipos.
- ✓ Firma de quien recibe.

- ✓ En caso de préstamo o alguna novedad usted anotará claramente la novedad y su firma de responsabilidad.

CONTROL PINCHAZOS ACCIDENTALES

Objetivo.- Mantener un registro preciso de pinchazos accidentales ocurridos con el equipo médico, enfermería y otros que permita un seguimiento y tratamiento emergente a fin de prevenir cualquier complicación en la salud del talento humano.

El formato consta de varios casilleros en los que se debe anotar:

- ✓ Fecha.
- ✓ Nombre de la persona afectada.
- ✓ Cómo y con quien se produjo.
- ✓ Reportado a (comité de desechos).
- ✓ Observaciones y tipo de seguimiento.
- ✓ Si el pinchazo se produjo de lunes a viernes en AM acudir al médico de personal o a salud ocupacional, en feriados o fines de semana acudir al servicio de emergencia del hospital.

CAMBIOS DE TURNO Y REEMPLAZOS (RRHH)

Novedades por turno

Objetivo

Mantener una información oportuna y permanente para el equipo de enfermería, con el fin de viabilizar todas las acciones de enfermería que deben tener continuidad y que por algún motivo quedan pendientes.

- ✓ Cada líder de turno debe reportar a la supervisora un informe por escrito con todas las novedades presentadas en cada turno.
- ✓ Existe un cuaderno de registro de novedades el mismo que puede ser llenado por el personal de enfermería y camilleros.

ANEXO 9

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO

SERVICIO DE EMERGENCIA

PROTOCOLOS DE ACTUACION DE ENFERMERIA



AUTORES: PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DEL EMEGENCIA.

SUPERVISIÓN: LCDA. EVELYN ARACELY CHAVEZ ESPÍN.

INTEGRANTES:

LCDAS:

BARRAGAN DALIA

BARRE CARMITA

BENAVIDES KARINA

CACHAGO MIRIAN

CEPEDA LOURDES

CRESPO MARCO

DAVILA AIDE

DELGADO AMPARO

GOMEZ PATRICIA

HIDALGO DORITA

LOYA DANIEL

MENA ANA

MOREJON LOURDES

NARVAEZ REBECA

NASIMBA FERNANDA

SARMIENTO AURA

TRUJILLO VERONICA

ZULA NORMA

ZURITA MARIA DE LOS ANGELES

SRES: AUXILIARES DE ENFERMERIA:

BOLAÑOS MARIA ELENA

CAJAS ROCIO

CARRERA LORENA

CHIMARRO MELVA

ESPINOSA JENNY

GARCIA ROSITA

GUALOTUÑA CRISTINA

MOLINA JESSICA

PAUCAR LILIAN

SANCHEZ OSWALDO

VALAREZO DIEGO

INTRODUCCION

El Hospital San Francisco de Quito IESS con Infraestructura de primer orden abre sus puertas para mejorar y adecuar la prestación de servicios esenciales para los ciudadanos como es el caso de la asistencia sanitaria, a las necesidades reales de la población y desde parámetros de eficiencia y de calidad. Más aún si hablamos de la atención de Urgencias, cuyos protocolos y actuaciones van cambiando y ajustándose a las nuevas posibilidades que ofrecen los avances científicos y tecnológicos con el objetivo de prestar la mejor atención y en el menor tiempo posible, porque de ello, a veces, depende la vida de una persona.

Por esta razón se da mucha importancia a la elaboración de los **Protocolos y Actuación en Urgencias** que se ha convertido ya en una útil herramienta de consulta para el personal de salud.

Todo el personal de Emergencias a diario con gran entrega y profesionalidad hará que la urgencia siga creciendo en reconocimiento social y profesional, dando respuestas de calidad a las necesidades de los pacientes, puesto que existimos como profesión porque hay pacientes que precisan de nuestros servicios.

Estos protocolos cumplen con ese objetivo, puesto que nos van a dar una pauta para que nuestro accionar sea el más adecuado.

CONCEPTOS, ORGANIZACIÓN

URGENCIA como aquella situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente y que requiere atención médica inmediata.

- Situaciones sin riesgo vital inmediato, pero que pueden llegar a presentarlo en un breve período de tiempo si no se diagnostican y se tratan de forma precoz.
- Situaciones sin riesgo vital donde es importante un diagnóstico precoz desde el punto de vista epidemiológico para evitar la diseminación de una enfermedad en una colectividad.
- Situaciones en las que la asistencia médica se limita a solventar problemas sociales o deficiencias de los niveles asistenciales previos.

EMERGENCIA

Se define como aquella situación con riesgo vital inminente que obliga a poner en marcha unos recursos y medios especiales y exigen un tratamiento inmediato para salvar la vida del Paciente o cliente y en algunos casos un diagnóstico etiológico con la mayor premura posible.

ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA DEL SERVICIO DE URGENCIAS

La atención médica de urgencias comprende:

- La evaluación inicial e inmediata de los pacientes para determinar los riesgos para su salud y su vida y, en caso de ser necesaria, la clasificación de los mismos para priorizar la asistencia sanitaria que precisen.
- La realización de los procedimientos diagnósticos precisos y de los procedimientos terapéuticos médico-quirúrgicos necesarios para atender adecuadamente cada situación de urgencia sanitaria.
- La monitorización, observación y reevaluación de los pacientes cuando su situación así lo requiera.
- La información y asesoramiento a los pacientes o, en su caso, acompañantes, sobre la atención prestada y las medidas a adoptar al finalizar dicha atención.
- El transporte sanitario, asistido o no asistido, según lo requiera la situación clínica de los pacientes

ESTRUCTURA EMERGENCIAS

El S.E cuenta con las instalaciones generales necesarias y adecuadas para el desarrollo de su actividad. Cada una de las áreas de Urgencias está dotada de un equipamiento mínimo que garantiza una adecuada atención urgente y de una persona encargada de la revisión y funcionamiento de todo este instrumental clínico.

- ❖ **Sala de espera de pacientes.** Para pacientes de consulta rápida. está dotada con televisión y/o hilo musical.
- ❖ **Admisión.** Está ubicada en recepción. Es el lugar donde se registran los datos de filiación.
- ❖ **Triaje.** Área destinada para clasificar y priorizar la atención de acuerdo a la patología de cada paciente.
- ❖ **Sala de críticos / emergencias.** Está destinada a pacientes cuya situación vital no permita demora en la asistencia. Su acceso es fácil tanto desde el exterior como desde cualquiera de las áreas del Servicio.
- ❖ **Área de observación de pacientes.** Es el lugar donde permanecen los pacientes con diagnósticos inciertos o aquéllos ya diagnosticados que precisan un control de su evolución para decidir finalmente su ubicación definitiva (alta o ingreso).
- ❖ **Consulta rápida.** Es el lugar donde se atiende patologías leves que permite además, descongestionar el Servicio de Urgencias.
- ❖ **Sala de sillones.** También denominada de cuidados mínimos. Destinada a pacientes que no precisan estar encamados
- ❖ **Sala de curas, cirugía menor y sala de yesos.-** destinada a la realización de curaciones y suturas e inmovilizaciones.
- ❖ **Salas de aislamiento.** Destinado para pacientes con patologías infecciosas, o para drenaje de abscesos o cura de escaras.

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO
SEVICIO DE EMERGENCIA
PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA

PROTOCOLO N°1

TEMA: REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

DEFINICIÓN:

RCP: Es el conjunto de maniobras y procedimientos que se llevan a cabo en el paciente con muerte clínica con el fin de restablecer la respiración y circulación que garantice un mínimo de oxígeno a órganos vitales especialmente el cerebro, mientras se corrige la alteración fisiopatológica del cuadro clínico.

OBJETIVO

Brindar atención médica y de enfermería especializada, de forma oportuna y coordinada para salvar la vida del afectado ante un estado de verdadera urgencia, evitando consecuencias fatales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Proteger y restaurar las funciones cerebrales con base en el establecimiento de las funciones cardiocirculatorias y respiratorias.
2. Preservar las funciones vitales básicas en un individuo.
3. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas, asegurando el paso del aire hacia los pulmones.
4. Hacer circular artificialmente la sangre con el masaje cardiaco, para que se mantenga la oxigenación de las células del organismo.
5. Prevenir la complicación durante las maniobras RCP, como fracturas óseas y/ o rotura de órganos internos.

INDICACIONES:

Pacientes en paro cardio-respiratorio o inminencia de paro cardio-respiratorio.

EQUIPO:**Recurso Humano (Mínimo):**

Médico

Enfermera

Auxiliar de enfermería (urgencias)

Auxiliar de enfermería (urgencias)

Recursos Materiales:

- Primordial un carro de paro bien dotado
- Tijeras o bisturí
- Guantes
- Cánulas traqueales (varias)
- Tubos traqueales (varios)
- Sonda Nelaton (varias)
- Jeringas (varias)
- Esparadrapo
- Laringoscopio, diferentes valvas (con pilas)
- Gel conductor
- Ambú con mascarilla
- Xilocaína gel
- SNG
- Tabla de paro
- Guía para tubo orotraqueal

- Catlon, equipo de venoclisis

Equipo:

- Desfibrilador
- Aspirador manual y al vacío
- Ambú conectado a fuente de oxígeno y mascarillas (varias)
- Monitor electrocardiográfico
- Electrocardiógrafo
- Equipo de oxigenoterapia.

Medicamentos (Mínimo):

- Adrenalina 10 ampollas
- Atropina 10 ampollas
- Xilocaína simple 2% 1 frasco
- Bicarbonato de sodio 10 ampollas
- Cloruro de calcio 10 ampollas
- Isoptin (verapamilo) 3 ampollas
- Midazolán 3 ampolla
- Sulfato de Magnesio 10 ampollas
- Amiodarona 3 ampolla
- Oxígeno.

PRECAUCIONES Y RECOMENDACIONES:

- El personal que participa en la RCP debe estar debidamente preparado y motivado.
- El equipo de RCP (Humano) debe permanecer en el servicio, en caso de ausencia se debe reasignar personal y funciones.

- El tiempo de respuesta del equipo es inversamente proporcional al éxito del procedimiento.
- Mantener equipos continuamente conectados para evitar descargas en su batería al momento de utilizarlos.
- Al recibo de turno revisar: funcionamiento del laringoscopio, mantener sonda nelaton conectada al aspirador y medicamentos completos según la guía.
- Durante el procedimiento verificar que el tórax del paciente se expanda durante la insuflación y se deprima durante la exhalación.
- La ventilación no debe coincidir con la compresión torácica por el peligro de distensión gástrica, regurgitación y bronco aspiración.
- Si el paciente está intubado se puede dar la ventilación y la compresión simultánea con una frecuencia de 12 x minuto.
- Evaluar cada 3 minutos al paciente durante la reanimación.
- Instruir al personal de enfermería permanentemente.
- Organizar al personal previamente capacitado y familiarizado con el carro de emergencia, el cual debe ser revisado a diario.
- Mantener la calma y actuar en forma segura y rápida.
- Para establecer una vía venosa, preferir la mediana basilica y/o la mediana cefálica con catlon#18 o 16 de grueso calibre y dejar una solución isotónica para permeabilizar.
- Registrar la hora de inicio de las maniobras y el tiempo en que se inician los fármacos.

PROCEDIMIENTO

1. Compruebe que el paciente está en apnea y no presenta pulso. Mire la hora.
2. Dé la alarma para que acuda ayuda, mediante el código establecido usado en la institución (timbre, viva voz u otros).

3. Coloque al paciente en posición supina con el cuello en hiperextensión.
4. Retire elementos que obstruyan la vía aérea como prótesis, alimentos, coágulos u otros.
5. Coloque la cubierta protectora facial o mascarilla facial desechable para RCP, sobre la cara del paciente e inicie la respiración asistida, boca a boca, boca a nariz o boca a estoma, según corresponda. Respire profundamente e insufla 4 veces en forma continua; si tiene a mano coloque cánula de Guedell y ventile con ambú.
6. Palpe pulso carotideo; si está presente continúe con el apoyo ventilatorio una
(1) respiración cada cinco (5) segundos
 - Si el pulso carotideo no está presente coloque al paciente sobre superficie dura e inicie el masaje cardíaco externo mediante compresión torácica.
7. Para el masaje cardíaco, coloque la región hipotenar de la mano sobre el tercio medio del esternón y la otra mano sobre la primera mano, mantenga los dedos separados del tórax, los codos estirados y los hombros sobre las manos. Ejercer presión suficiente para deprimir 4 a 5 cm el esternón.
8. Si actúa un resucitador, alternar 2 insuflaciones de pulmón con 15 compresiones torácicas.
 - Si actúan 2 resucitadores la frecuencia es de 1 insuflación por 5 compresiones torácicas.
 - No interrumpir el masaje para dar ventilación.
9. Para evaluar la efectividad de las maniobras de RCP evalúe:
 - Presencia de pulso femoral.
 - Reducción del tamaño de las pupilas.
 - Expansión simétrica del tórax.
 - Coloración y temperatura de la piel.
- 10 La integración del personal preparado y llegada de equipos como carro de paro, monitor, desfibrilador, oxígeno y aspiración, dará inicio a las maniobras avanzadas.

11. Permeabilizar un mínimo de dos accesos venosos periféricos de grueso calibre (catéter numero 18 ó 20).
12. Preparar el material para la intubación endotraqueal y aspiración de secreciones:
 - Aspirar al paciente y colaborar en la instalación del tubo endotraqueal (TET)
 - Fijar el TOT con esparadrapo.
- 13 Continué respiración asistida a través del TET con ambú conectado a oxígeno,
 - 100%, a 12 – 15 L por minuto.
14. Instalar monitor cardiaco (seguir instrucciones para este procedimiento)
 - Guarde los envases de los fármacos administrados para su registro y reposición al finalizar el procedimiento.
15. Preparar y administrar soluciones y medicamentos indicados por el médico a través de la vía IV, o endotraqueal respetando tiempo de administración, dilución e incompatibilidad de los medicamentos.
16. Si es necesario desfibrilar al paciente se debe preparar el equipo desfibrilador.
17. Preparar equipo e instalar sonda nasogástrica y / o sonda Foley según indicación medica
18. Evaluar frecuentemente la presencia de actividad cardiaca y respiración espontánea.
19. Durante las maniobras tomar exámenes de laboratorio indicados.
- 20 Registra durante las maniobras, los siguientes datos:
 - Horas de inicio del paro cardiorrespiratorio, de intubación, de desfibrilación
 - Tipo de apoyo ventilatorio
 - Tipo y dosis de medicamento y soluciones administrados, hora de administración.
 - Parámetros hemodinámicas (pulso, presión, temperatura, coloración de la piel, tamaño de pupilas, diuresis)
 - Respuesta del paciente a la reanimación

21. La continuación o detención de las maniobras de resucitación y/o traslado del paciente a la unidad de cuidado intensivo, depende de la evaluación y decisión médica

22. si se ha recuperado la actividad cardiaca y respiratoria del paciente mantenga:

- La monitorización cardiaca
- La administración de fármacos y soluciones
- Control de parámetros vitales
- Control de conciencia
- Control de diuresis
- Continué con toma de muestras de exámenes
- Evalúe posibles complicaciones derivadas de la maniobra de RCP, (fracturas, cortes, lesiones de órganos y otros)

23. Mantenga el carro de paro y el desfibrilador al lado del paciente, al menos durante 24 horas.

24. Al finalizar las maniobras de RCP o durante el procedimiento, si es posible, alguien del equipo de salud debe tomar contacto con la familia del paciente a fin de explicar la situación; tratamiento realizado y proporcionar apoyo emocional.

25. Evalúe con el equipo que participa en las maniobras el manejo del procedimiento de RCP:

- Revise el cumplimiento de los diferentes roles, analice problemas y proponga acciones correctivas.
- Felicite al equipo por su trabajo y estimúlelo a mantenerse siempre entrenado.
- Se debe evitar en lo posible, realizar punción venosa en miembros inferiores en los adultos, pues se aumenta el riesgo de complicaciones por tromboflebitis.
- La mayoría de las venas superficiales del cuerpo pueden ser puncionadas, pero se debe tener presente que la fosa anticubital o pliegue de codo, que son elegidas por

tener mayor calibre, no siempre son las más aconsejables, pues en terapias prolongadas imposibilitan los movimientos en el paciente.

- Las venas más aconsejables para la terapia prolongada son las que permiten una mejor fijación de catéter, el equipo y la movilización del paciente, éstas son: la basilíca y cefálica por encima de la fosa antecubital; las metacarpianas y las dorsales de la mano.

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO
SEVICIO DE EMERGENCIA
PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA

PROTOCOLO N°2

TEMA: Manejo del coche de paro.

DEFINICIÓN:

El coche de paro es un equipo de emergencia y de primera mano en la reanimación cardiopulmonar y cualquier patología grave y por tanto resulta indispensable su adecuada dotación y manejo para mantenerlo siempre completo y dispuesto.

MATERIALES

GAVETA N°1		
FARMACO	PRESENTACION	CANTIDAD
Adenosina	3 mg / ml Amp.	3
Amiodarona	150 mg / 3 ml Amp.	8
Clopidogrel	75 mg Tab.	8
ASA	100 mg Tab.	5

Atropina	1 mg Amp.	20
Bicarbonato de Sodio 8.4%	10 mL Amp	10
Cloruro de potasio	2 mEq / mL Amp	5
Digoxina	0,5 mg / mL Amp	3 (NO)
Diltiazem	25 mg Amp	2
Dobutamina	50 mg / mL Amp	3
Dopamina	200 mg / mL Amp	5
Enalaprilat	1,25 mg Amp	3
Epinefrina	1 mg Amp	20
Fentanilo	0,5 mg / 10 mL Amp	3
Flumacenilo	0,5 mg / 2 mL Amp	2
Furosemida	20 mg / 2 mL Amp	5
Gluconato de Calcio 10%	10 mL Amp	5
Heparina	5000 UI / mL Amp	2
Hidrazalina	20 mg / Amp	3
Hidrocortisona	100 mg Amp	3
Isosorbide Dinitrato	5 mg Tab	3
Lidodaina 5%	Jalea	1
Lidocaina 10%	Aerosol	1
Lidocaina 2% Sin Epinefrina	Frasco	1
Lidocaina 2% con Epinefrina	Frasco	1

Midazolam	50mg/10cc	1
Midazolam	15mg/3cc	3
Midazolam	5 mg / 5 mL Amp	5
Morfina	10 mg / mL Amp	5
Naloxona	0,4 mg / mL	2
Nitroglicerina	50 mg / mL Amp	2
Nitropusiato	50 mg Amp	2
Norepinefrina	1 mg Amp	5
Propanolol	1 mg / mL Amp	3
Rocuronio	10 mg / mL	2
Sulfato de magnesio 20%	Amp	6
Vasopresina	20 UI / mL Amp	2

GAVETA N°2	
FARMACO	CANTIDAD
Jeringuilla 3cm	8
Jeringuilla 5cm	8
Jeringuilla 10cm	10
Jeringuilla 20cm	2
Jeringuilla 60cm	1
Cánulas intravenosas N 16	5
Cánulas intravenosas N18	5
Cánulas intravenosas N20	5

Cánulas intravenosas N22	5
Cánulas intravenosas N24	5
Equipos de venoclisis	5
Esparadrapo	1
Torniquete	1
Guantes de manejo	6
Llave de tres vías	3
Sachets de alcohol	10
Electrodo adulto	10
Electrodo pediátrico	10
Parche para desfibrilación	1
Marcapaso	1

GAVETA Nº 3	
FARMACO	CANTIDAD
Mango de laringoscopio	1
Hoja Miller # 0	1
Hoja Miller #00	1
Hoja Miller #1	1
Hoja Miller #2	1
Hoja Miller #3	1
Hoja Miller #4	1
Hoja Mac #1	1
Hoja Mac #2	1
Hoja Mac #3	1
Hoja Mac #4	1
Baterías (recargables)	1
Tubos endo traqueal # 3,5	1
Tubos endo traqueal # 4,0	1
Tubos endo traqueal # 5,0	1
Tubos endo traqueal # 5,5	1
Tubos endo traqueal # 6,0	1
Tubos endo traqueal # 6,5	1
Tubos endo traqueal # 7,0	1
Tubos endo traqueal # 7,5	1
Tubos endotraqueal # 8	1

Guía maleable tubo adulto	1
Guía maleable tubo pediátrico	1
Sonda de aspiración # 12	3
Sonda de aspiración # 14	3
Guantes estériles 7.0 (par)	4
Esparadrapo (rollo)	1
Cánula Guedel infantil (50mm)	1
Cánula Guedel pediátrico (60mm)	1
Cánula Guedel pediátrico (70mm)	1
Cánula Guedel adulto pequeño (80mm)	1
Cánula Guedel Adulto (90mm)	1
Estetoscopio Adulto	1
Estetoscopio Pediátrico	1
Pulsioxímetro Adulto	1
Pulsioxímetro Pediátrico	1

GAVETA Nº4		
FARMACO	PRESENTACION	CANTIDAD
Solución Fisiológica 0,9%	100 MI	3
Solución Fisiológica 0,9%	1000 MI	2

Ringer Lactato	1000 mL	2
Dextrosa 5 %	250 MI	2
Solución Glucosada al 50%	500 mL	1
Gel conductor	Tubo	1
Tijeras Corta todo		1
Linterna		1
Agente Haemacell	500 mL	2
Bolsa Mascarilla Adulto		1
Bolsa Mascarilla Pediátrico		1
Mascara oxigeno reservorio adulto		1
Mascara oxigeno reservorio pediátrico		1

PRECAUCIONES ESPECIALES

- Responsables Enfermera de Turno
- Mantener siempre cerrado el coche y con sello de verificación.
- Mantener hoja de registro de verificación de todos materiales.
- Mantenimiento cada viernes de cada semana (revisar stock completo, fechas de caducidad, funcionamiento de los equipos, etc).
- En caso de uso, verificar la reposición de los materiales empleados y el posterior sellado.

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO
SEVICIO DE EMERGENCIA
PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA

PROTOCOLO N°3

TEMA: ACCESO VIA CENTRAL

Está indicado para:

- Administración de medicación especial.
- Nutrición parenteral.
- Medición de PVC.

OBJETIVOS:

- Proporcionar una vía de acceso para administración de fármacos y soluciones intravenosas.
- Medir constantes como: PVC.
- Reducir al máximo el número de infecciones por catéteres venosos centrales.

MATERIAL:

- Mascarilla facial y gorro quirúrgico.
- Bata y guantes estériles.
- Solución antiséptica: Povidona yodada, (Recomendaciones IA).
- Campo de ojo.
- Sistemas de suero.
- Gasas estériles.
- 2 agujas intramusculares, 2 jeringas de 10 cc, una bolsa de 50 – 100 ml. de suero fisiológico.
- Un frasco de lidocaína al 20% y un frasco de bupivacaina

- Set de vía venosa central.
- Hoja de bisturí N° 15
- Seda 2/0 o 3/0 con aguja roma.
- Llaves de tres vías.
- Apósitos estériles de gasa o apósitos estériles transparente semipermeable.
- Transductores de presión purgados (si se va a monitorizar alguna presión).
- Guardianes para cortopunzantes.
- Mesa auxiliar para colocar el material.
- Tacho para desechos contaminados (rojo)

TECNICA

1. Informar al paciente.
2. Colocar al paciente en decúbito supino.
3. Lavarse las manos según recomendaciones generales.
4. No rasurar; si se precisa retirar el vello, cortar con las tijeras.
5. Desinfección con yodo povidona
6. Aplicar solución antiséptica desde el centro de la zona de inserción con movimientos circulares hacia la periferia, dejándola actuar hasta que seque.
7. Proceder por parte del facultativo a la inserción del catéter.(según técnica SELDINGER)
8. Fijar la vía y tapar con apósitos estériles de gasa o transparentes semipermeables.
9. Anotar fecha y hora de inserción en lugar visible.
10. Retirar todo el material utilizado.
11. Rx. de tórax de control.

PRECAUCIONES

- Higiene de manos: lavado higiénico de manos con agua y jabón y posteriormente solución hidroalcohólica o lavado antiséptico de manos.
- Manipular lo mínimo indispensable el catéter.
- Ponerse guantes estériles para cada manipulación.
- Posición adecuada y cómoda del paciente y del personal.

RECOMENDACIONES:

- Tener presente alergias al Látex.
- Vigilar presencia de arritmias sería deseable la monitorización del paciente con ECG.
- Vigilar presencia de hemorragia o hematoma.
- Evitar rotura del catéter, embolia gaseosa y hemorragia.
- Controlar constantes y estado general del paciente por posible producción de neumotórax-hemotórax.
- Animar a los pacientes a comunicar al personal sanitario, cualquier cambio notado en la zona de inserción de su catéter o cualquier molestia.

COMPLICACIONES

Complicaciones a corto plazo

- Sangrado
- Infección
- Ritmo cardíaco anormal — La inserción del catéter puede alterar el ritmo cardíaco, pero esto es, por lo general, sólo temporal. El problema se reconoce con facilidad durante el procedimiento y se trata cambiando la posición del catéter.
- Punción de la arteria — En raras ocasiones el catéter entra en una arteria en vez de en una vena; en estos casos, hay que sacar el catéter.

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO
SEVICIO DE EMERGENCIA
PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA

PROTOCOLO N°4

TEMA: PROCESO DE ANAFILAXIA

DEFINICION:

Efecto nocivo en ocasiones mortal, provocado por parte de una o varias sustancias toxicas (por su cantidad y/o por su calidad) inducida por vía endógena o exógena.

OBJETIVO GENERAL:

Brindar atención de calidad, oportuna e inmediata para salvaguardar la vida del paciente con intoxicación medicamentosa y química evitando lesiones y deterioro de sistemas vitales en el servicio de emergencia del HSFQ.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Mantener la estabilidad hemodinámica del paciente con intoxicación medicamentosa y química.
- Mencionar cuidados de enfermería de acuerdo al tipo de intoxicación.
- Evitar deterioro reincorporar al paciente sano y útil a la sociedad.
- Estandarizar un proceso de enfermería en paciente con intoxicación medicamentosa y química en emergencia del HSFQ.

EQUIPOS Y MATERIALES:

- Camilla, monitor
- Fonendoscopio, equipo de diagnóstico, termómetro
- Mascarilla, guantes cánula de guedel.
- Soluciones isotónicas, bandeja para colocación de acceso venoso, equipo de venoclisis.
- Bomba de infusión, sondas Nasogástrica, gel, esparadrapo
- Tomas de oxígeno, equipo para soporte cardiopulmonar (cánulas nasales, mascarillas etc.), sondas de succión.

Si el caso amerita:

- Equipo para intubación (tubos endotraqueal, laringoscopio, hojas de laringoscopio, guía metálica, pinza maguil, esparadrapo).
- Ventilador mecánico.

PROCEDIMIENTO

1. Ingreso al cuarto crítico.
2. Monitoreo de constantes vitales.
3. Medir saturación de oxígeno.
4. Evaluación neurológica sobre todo nivel de conciencia.
5. Posición semifowler si el paciente está alerta.
6. Posición de cubito lateral izquierdo si no responde.
7. Aspiración de vías respiratorias para extraer secreciones.
8. Oxigenoterapia si hay cianosis.
9. Colocación de vía periférica de grueso calibre.
10. Administración de líquidos IV y medicación según prescripción médica.
11. Mantener sonda nasogástrica de grueso calibre.
12. Mantener sonda vesical para control de diuresis.

13. Valorar llenado capilar.
14. Control de I/E.
15. Revisar y comunicar al médico sobre valores de laboratorio.
16. Si necesita hospitalización verificar entrega de la orden de ingreso al departamento de admisión para su legalización.
17. Comunicar a Médico tratante una vez legalizado ingreso.
18. Cumplir indicaciones Médico tratante.
19. Traslado de paciente al área asignada con todas las medidas de seguridad.

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO
SEVICIO DE EMERGENCIA
PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA

PROTOCOLO N°5

TEMA: INTUBACION ENDOTRAQUEAL

DEFINICION:

Se lo considera una técnica invasiva y un método definitivo para la obtención y mantenimiento de la vía aérea permeable y aislada.

OBJETIVO GENERAL:

Mantener la vía aérea permeable facilitando la ventilación y la oxigenación del paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Facilitar la ventilación y permitir la aspiración de secreciones bronquiales.
- Prevenir la bronco aspiración en un cliente

INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Obstrucción absoluta de la vía aérea
- Apnea
- Hipoxia
- Trauma cervical penetrante o hematoma expansivo

INDICACIONES RELATIVAS

- TCE severo
- Shock
- Traumatismo que altera el mecanismo ventilatorio
- Hemorragia retroperitoneal o abdominal masiva
- Traumatismo maxilofacial
- Contusión pulmonar

EQUIPOS Y MATERIALES

- Guantes, mascarilla
- Protectores oculares
- Bata de paciente
- Tubos endotraqueales
- Guía para el tubo
- Lubricante hidrosoluble
- Jeringuillas de 10-20 cc
- Laringoscopio
- Ambu
- Sondas de aspiración
- Oxígeno

PROCEDIMIENTO

TÉCNICA DE LA INTUBACIÓN

1. Recepción del cliente en el cuarto asignado
2. Toma de constantes vitales
3. Monitorización del cliente
4. Colocar al cliente en hipertensión y con la mandíbula extendida hacia delante
5. Valoración de la columna cervical para descartar trauma
6. Si hay sospecha de trauma se procede a intubar en alineación mantenida del eje cabeza – cuello – tronco sin hipertensión.
7. Se introduce el laringoscopio por el lado derecho de la boca, la lengua se desplazara

- hacia la izquierda.
8. Se avanza mientras se ejerce ligera presión hacia arriba hasta visualizar la epiglotis que queda situada paralelamente a la pala del laringoscopio lo que permite observar las cuerdas vocales y los primeros anillos traqueales.
 9. Con la mano derecha se introduce el tubo endotraqueal hasta alcanzar la tráquea penetrando de 5-6 cm.
 10. Se infla el taponamiento neumático y se comprueba que nos encontramos en la tráquea por la elevación del tórax al respirar. La dilatación del estómago indica que el tubo está colocado en el esófago y hay que proceder a retirarlo.
 11. Fijar el tubo
 12. Administrar oxígeno

PROCEDIMIENTO

TÉCNICA DE LA INTUBACIÓN

- 1 Recepción del cliente en el cuarto asignado
- 2 Toma de constantes vitales
- 3 Monitorización del cliente
- 4 Colocar al cliente en hipertensión y con la mandíbula extendida hacia delante
- 5 Valoración de la columna cervical para descartar trauma
- 6 Si hay sospecha de trauma se procede a intubar en alineación mantenida del eje cabeza – cuello – tronco sin hipertensión.
- 7 Se introduce el laringoscopio por el lado derecho de la boca, la lengua se desplazara hacia la izquierda.
- 8 Se avanza mientras se ejerce ligera presión hacia arriba hasta visualizar la epiglotis que queda situada paralelamente a la pala del laringoscopio lo que permite observar las cuerdas vocales y los primeros anillos traqueales.
- 9 Con la mano derecha se introduce el tubo endotraqueal hasta alcanzar la tráquea penetrando de 5-6 cm.
- 10 Se infla el taponamiento neumático y se comprueba que nos encontramos en la tráquea por la elevación del tórax al respirar. La dilatación del estómago indica que el tubo está colocado en el esófago y hay que proceder a retirarlo.
- 11 Fijar el tubo.
- 12 Administrar oxígeno.

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO
SEVICIO DE EMERGENCIA
PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA

PROTOCOLO N°6

TEMA: ADMINISTRACION DE SANGRE Y SUS DERIVADOS

DEFINICIÓN:

La transfusión de sangre es la transferencia de sangre o de un componente sanguíneo de una persona (donante) a otra (receptor) y es utilizada para restituir el fluido circulante y mantener la hemostasia.

OBJETIVOS GENERAL:

Mantener normas claras y precisas sobre la indicación de transfusiones de Sangre y/o Hemoderivado en el servicio de emergencia por parte del personal de Enfermería.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Estandarizar los pasos que se debe seguir en la realización de la transfusión.
- Disminuir los riesgos de contraer infecciones asociadas a la contaminación con elementos del torrente sanguíneo, tanto para el paciente como para el personal de la salud.
- Reconocer los signos y síntomas de reacción adversas por transfusión sanguínea

INDICACIONES:

Es obligatorio hacer de la transfusión sanguínea un procedimiento seguro y de beneficio para el paciente; por lo tanto, se sugiere tener en cuenta las siguientes indicaciones:

Sangre total. La única indicación para transfundir sangre total es el reemplazo sanguíneo durante una hemorragia aguda, con inestabilidad hemodinámica y que exceda una tercera parte del volumen sanguíneo del paciente.

Hemorragias menos severas pueden ser tratadas con concentrados de glóbulos rojos, soluciones coloidales o cristaloides.

1 unidad = 450 ml de sangre más solución anticoagulante. Se conserva a 4°C durante 21 días. A los 2 días se pierde la viabilidad de las plaquetas; a los 3, 5 y 7 días la actividad de los factores VIII, V y XI, respectivamente.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Agujas y Jeringuillas.
- Contenedor para material punzante.
- Equipo con filtro para transfusión.
- Esparadrapo.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles y no estériles.
- Material de canalización venosa (catéter calibre No.16-18).
- Sangre y/o hemoderivado.
- Solución antiséptica.
- Suero salino o fisiológico.
- Torundas con alcohol.

PROCEDIMIENTO:

- Verificar las órdenes del médico.
- Obtener o comprobar el documento que autorice la transfusión sanguínea
- Comprobar que el hemoderivado recibido corresponde con el prescrito.
- Verificar el nombre y apellido del paciente, el No. de HCL, el grupo sanguíneo, el factor RH y en No. de unidades a transfundir.
- Comprobar la fecha de caducidad del producto a transfundir y el aspecto (color, grumos y burbujas)
- Rechazar el producto y llamar al Banco de sangre si hay alguna anomalía o no coinciden los datos.
- Control de Signos Vitales iniciales y registrar
- El paciente debe ser observado durante los primeros 8 A 15 minutos de la transfusión.

- Comprobar que la vía intravenosa canalizada es de calibre adecuado y permeable o canalizar una si no la hubiera, según su protocolo.
- Vigilar signos de infiltración, flebitis e infección local.
- Valoración de signos vitales.
- Observar y valorar ritmo de infusión.
- Valoración del estado del paciente durante la infusión (sobrecarga hídrica)
- Observar y valorar signos y síntomas de reacción durante la transfusión (Escalofríos, temblores, erupción cutánea, disnea, fiebre.
- Al finalizar la transfusión la Enfermera responsable devolverá la funda vacía junto al registro de signos vitales al área de medicina transfusional.

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO
SEVICIO DE EMERGENCIA
PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA

PROTOCOLO N°7

TEMA: DOLOR TORAXICO EXTRACARDIACO

DEFINICION:

El dolor torácico es uno de los problemas más frecuentemente observados en el Servicio de urgencias.

El dolor torácico agudo (DTA) se define como toda sensación álgica localizada en la zona comprendida entre el diafragma y la base del cuello, de instauración reciente, requiriéndose un diagnóstico precoz ante la posibilidad de que se derive un tratamiento médico-quirúrgico urgente.

OBJETIVO GENERAL:

Identificar patologías extra cardiacas de riesgo para la vida del paciente, que ingresa al servicio de Emergencia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Mantener la estabilidad hemodinámica en pacientes que ingresan por dolor torácico extra cardiaco, conocer su origen y brindar tratamiento oportuno.
- Identificar patologías de bajo riesgo para el paciente y que de manera segura se puedan manejar por consulta externa.

INDICACIONES

Está indicado para las personas que experimentan el dolor torácico, sin embargo hay muchas causas posiblemente del dolor no son peligrosas para la salud, mientras que otras son crisis e incluso potencialmente mortales. Cualquier órgano o tejido en el tórax puede ser el origen del dolor incluyendo el corazón, los pulmones, el esófago, los músculos, las costillas, los tendones o los nervios. Esta molestia también se puede propagar hacia el tórax desde el cuello, el abdomen y la espalda.

EQUIPOS Y MATERIALES

- Camilla
- Batas y mantas de paciente
- Monitor de signos vitales
- Termómetro
- Torundas, alcohol
- Bomba de infusión
- Solución Isotónicas
- Bandeja para acceso venosos
- catéteres de punción intravenosa
- Guantes

PROCEDIMIENTO

1. Colocar al paciente en lo posible en cuarto crítico.
2. Guardar y entregar las pertenencias al familiar si está acompañado.
3. Control de signos vitales a través de monitorización continua.
4. Valorar escala de dolor: intensidad, localización.
5. Realizar EKG de 12 derivaciones.
6. Canalización de vía periférica: líquidos intravenosos y medicación indicada
7. Valoración médica de emergencia.
8. Valorar al paciente al inicio cada 5'-15' y cada 30' y luego observar constantemente al paciente por si existe una variación en su condición.
9. Colocar al paciente en semifowler a tolerancia.
10. Evitar el movimiento.
11. Administración de oxigenoterapia hasta conocer la causa de la molestia.

12. Control neurológico en busca de parestesias.
13. Valorar perfusión distal.
14. Colaborar y ayudar para muestras de laboratorio y/o exámenes solicitados.
15. Si necesita ingreso a hospitalización o UCI cerciorarse la legalización del ingreso.
16. Trasladar al paciente a la unidad respectiva (UCI, Hospitalización) brindando seguridad, confort, comodidad y abrigo en el trayecto.
17. Paciente en condiciones de alta: sale al domicilio-reforzamos indicaciones médicas, signos de alarma e importancia del control médico subsecuente.

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO
SEVICIO DE EMERGENCIA
PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA

PROTOCOLO N°8

TEMA: TORACOCENTESIS

DEFINICIÓN:

Es un procedimiento invasivo que consiste en la introducción de un trocar, aguja o cánula en el espacio pleural, para obtener líquido o aire.

INDICACIONES.

Diagnostica, está indicada para obtener una muestra de líquido pleural para estudio macro y microscópico; y análisis de laboratorio de derrames pleurales de origen desconocido

- Derrame pleural de origen no filiado: hemotórax, rotura esofágica, derrame neoplásico.
- Neumonía con derrame, para descartar la existencia de empiema.
- Cualquier derrame pleural que comprometa la situación clínica del paciente debe ser examinado, y si es necesario, evacuado desde el Servicio de Urgencias.
- Terapéutica: está indicada para la evacuación de líquido o aire. Como puede suceder en:
 - Derrame pleural que ocasione compromiso clínico o gasométrico.
 - Neumotórax a tensión, como medida inicial de urgencia.

CONTRAINDICACIONES

- Infecciones activas en la pared torácica (zoster, pioderma, etc.).
- Alteración importante de la hemostasia: actividad de la protrombina <50%, trombopenia
- (<50.000 plaquetas).

- Pequeño volumen de derrame, así como neumotórax espontáneo <20%, sin repercusión.
- Clínica.
- Ventilación mecánica a presiones elevadas, por el riesgo de neumotórax.

MATERIALES:

TÉCNICA	EQUIPO
Preparación de la piel y anestesia local	Gasa estéril Paños estériles Solución antiséptica, yodopovidona. Anestesia local (lidocaína al 2%) Aguja pequeña (calibre 25) Aguja larga (calibre 18- 22) Jeringuilla de 5ml para anestesia Guantes estériles
Toracocentesis	Jeringuilla 20ml (2) Aguja de 14 con catéter de 16 (12 pulgadas) o calibre 20, aguja de 4cm. Llave de 3 vías, sistema de colector estéril de un litro, tubos de conexión Pinzas estériles Apósito adhesivo.
Drenaje	Tubos de 15 de patón rojo Tubos de 7ml de tapón violeta

	<p>Jeringuilla eparinizada de 5 ml.</p> <p>Botes estériles con medio para anaerobios</p> <p>Solución de heparina para citología</p> <p>Tubos estériles para aerobios, hongos y cultivos.</p>
--	--

TÉCNICA.

1. Explicar el procedimiento al paciente y firmar el consentimiento informado.
2. Coger vía venosa periférica, monitorizar la frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno.
3. Aunque raramente se precisa medicación para el dolor, a veces se puede necesitar un narcótico si se presenta tos espasmódica o incontrolable y 1mg de Atropina SC para prevenir un episodio vasovagal.
4. Preparar el equipo de toracocentesis
5. Preparación del paciente
 - Comprobar la identidad del paciente.
 - Informar al paciente del procedimiento y pedir su colaboración.
 - Preservar su intimidad.
 - Tomar signos vitales basales.
 - Colocar al paciente sentado en el borde de la cama, ligeramente inclinado hacia delante, descansando los brazos en una almohada, sobre una mesa y con los pies apoyados.
 - En pacientes que no se pueden sentar: Colocar en decúbito lateral sobre el lado sano con el cabecero elevado.
 - Para la extracción de aire se recomienda la posición de decúbito supino con la cabecera de la cama en semi-Fowler.
 - Indicar al paciente que no tosa ni efectúe cambios bruscos de posición.

- Técnica, es una técnica ESTÉRIL realizada por un FACULTATIVO ayudado por un enfermero

PRECAUCIONES ESPECIALES.

- En los pacientes anti coagulados o con coagulopatías, la toracocentesis se llevará a cabo si hay una indicación sólida. En esos casos se evaluará al paciente en forma individual sobre la necesidad de revertir la anticoagulación o utilizar plasma congelado fresco o plaquetas.
- Se realizará con extrema precaución en los pacientes que se encuentran bajo ventilación mecánica, porque la presión positiva desplaza al pulmón hacia la pared torácica y se corre el riesgo de un neumotórax a tensión. En estas circunstancias puede ser útil la ecografía.
- En los pacientes con grave compromiso hemodinámico la toracentesis se llevará a cabo una vez corregido dicho estado.
- En los derrames tabicados la toracocentesis debe ser hecha por personal experimentado y bajo control ecográfico.
- La aguja de punción no debe atravesar tejido infectado de la piel o del celular subcutáneo.

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO
SEVICIO DE EMERGENCIA
PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA

PROTOCOLO N°9

TEMA: APLICACIÓN DE YESOS

DEFINICIÓN

El yeso es el medio de inmovilización que se emplea con más frecuencia en traumatología por ser el más práctico sencillo y eficiente.

OBJETIVO GENERAL

Mantener correcciones obtenidas por medios incruentos o cruentos de afecciones congénitas y adquiridas del sistema óseo muscular.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mantener inmovilizado un miembro
- Prevenir deformidades
- Permitir la función ósea, articular o la cicatrización de partes blandas luego de una intervención quirúrgica.

INDICACIONES

- En fracturas,
- Luxación
- Como complemento de una intervención quirúrgica.

MATERIALES:

1. Vendas de yeso en número y tamaño de acuerdo al tipo de yeso(4-6-8)
2. Vendas de algodón, guatas, esto quinete.
3. Tijeras de yeso.
4. Lápiz de color.
5. Vendas de gasa.
6. Recipiente con agua caliente.
7. Lavacara.
8. Toalla y esponja para limpiar residuos.
9. Guantes de manejo.
10. Almohadas protegidas.
11. Recipiente para desechos.
12. Ropa para médicos y ayudantes.

PROCEDIMIENTO:

- Preparar el equipo y dejarlo listo para el uso.
- Llevar al enfermo a la sala de yesos.
- Poner el agua caliente en la lavacara.
- Alistar las vendas.
- Colocar al enfermo en la mesa en posición correcta y descubrir el área en donde se aplicara el yeso.
- Pasar guata, esto quinete, vendas de algodón o media elástica para la protección de la piel.
- Introducir la venda en el recipiente con agua tibia o caliente y mantenerla sumergida hasta que deje de salir burbujas. Sacarla y exprimirla suavemente por los extremos.
- Dar la venda al médico dejando el extremo libre. La venda deberá correr de afuera hacia adentro en ángulo de 45° apoyada sobre la superficie corporal a fin de aplicar con la misma presión en toda la extensión.
- Mantener elevado el miembro, sosteniéndola con las palmas de las manos facilitando el trabajo del médico.
- Terminar el yeso recortando los excesos con tijeras, luego se envuelven los extremos de la malla para que el borde del yeso no lesione la piel.
- Entregar plantilla de corcho con el estribo si el yeso se coloca en el pie y si se va a permitir la deambulacion

- Extender sobre una mesa capas con movimiento de vaivén del largo necesario hasta terminar el rollo si se va colocar una valva de yeso
- Sumergir las vendas de 4-6 segundos sujetando de los extremos.
- Sacar la valva sostener por el extremo superior mientras el medico con las palmas elimina el exceso de agua.
- Pasar al médico y sostener el miembro para que coloque la valva manteniendo el moldeado hasta que se solidifique.
- Fijar la valva con vendas de gasa sin impedir la circulación
- Limpiar con una esponja húmeda los residuos de yeso.
- Exponer el miembro al aire circulante para que ayude a evaporar la humedad dando el soporte necesario con las almohadas.
- Colocar la fecha de colocación en el yeso.
- Dejar que se sedimente el yeso en el recipiente.
- Descartar el agua.
- Recoger el yeso en una funda de plástico y arrojar en el recipiente de basura.

POSTERIOR

- Usar almohadas bajo el yeso a fin de que no se halle sometido a presión para contrarrestar el edema.
- En caso de yeso de extremidades superiores se elevara el miembro enyesado con soporte y vendas.
- Usar almohadas o sabana enrollado bajo región lumbar y poplítea.
- El yeso se seca por exposición al aire circulante seco y caliente.

Aspectos que deben ser vigilados:

- Buena circulación del miembro enyesado.
- Correcto grado de sensibilidad.
- Ausencia de edema.
- Dolor tenaz, inexplicable, persistente, especialmente si es referido a un sector fijo del miembro enyesado; más aún si se corresponde a una zona de prominencia ósea.
- Buena movilidad de los dedos.
- Ausencia de molestia o dolor en relación a los bordes proximal o distal del yeso.
- Este control es obligatorio dentro de las primeras 24 horas de colocado el yeso.

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO
SEVICIO DE EMERGENCIA
PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA

PROTOCOLO N°10

TEMA: ASPIRACION DE SECRECIONES NASO-FARINGEAS

DEFINICIÓN:

La indicación de la aspiración de secreciones se da en aquellos casos en los cuales las vías respiratorias se encuentran obstruidas por secreciones o cuerpos extraños. Es una técnica no dolorosa y que proporciona alivio inmediato.

CONTRAINDICACIONES:

No realizar la aspiración nasofaríngea cuando haya sospecha de salida de líquido cefalorraquídeo o trastorno hemorrágico.

No almacenar las sondas utilizadas en los recipientes con la solución antiséptica.

MATERIALES:

- Funda para desechos
- Equipo de aspiración
- Gasa estéril
- Guantes estériles
- Bata desechable

- Mascarilla
- Sonda de aspiración estéril (calibre adecuado)
- Solución salina, agua estéril o suero fisiológico
- Toalla de papel
- Aspirador eléctrico o succión de pared Semiluna

TÉCNICA

1. Lavarse las manos
2. Informar al cliente del procedimiento (según la condición)
3. Colocar al cliente en posición semifowler (si se puede movilizar)
4. Conectar la succión y el equipo de aspiración comprobando que funcione correctamente
5. Colocarse la bata, los guantes y la mascarilla
6. Colocar la sonda a la manguera de la succión.
7. Prender la succión
8. Introducir la sonda por boca o nariz y realizar una aspiración intermitente con movimientos suaves de ligera rotación mientras se va retirando la sonda. Esta maniobra no debe superar los 10 segundos.
9. Repetir cuantas veces sea necesario lavando la sonda con suero fisiológico luego de cada aspiración.
10. Realizar intervalos de descanso del cliente entre aspiración y aspiración.
11. Desechar la sonda, guantes, bata y mascarilla tras la aspiración.
12. Brindar al cliente medidas de confort.
13. Recoger el material dejarlo limpio y en orden.

Elaboración de Informe y registros, de la efectividad del procedimiento, cantidad y características de las secreciones

NO OLVIDAR:

- Mantener al cliente en posición semifowler.
- Administrar oxígeno húmedo y temperado.
- Realizar los procedimientos invasores de la vía aérea con técnica aséptica y con

personal calificado.

- Emplear material y equipos estériles en los procedimientos de la vía aérea.
- Usar fluidos estériles en el manejo de la vía aérea.
- Realizar lavado de manos antes y después de manipular la vía aérea o los circuitos.
- Reducir al mínimo la aspiración de secreciones.

Usar técnica de aspiración de secreciones a 4 manos cuando sea necesario

PRECAUCIONES ESPECIALES

- ✓ Utilizar sonda de aspiración por separado para cada vía (boca, nariz, garganta)

Introducir la sonda de succión sin ocluir el orificio al vacío

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO
SEVICIO DE EMERGENCIA
PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA
PROTOCOLO N°11

TEMA: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.

DEFINICIÓN:

Es la administración de fármacos con fines terapéuticos, profilácticos o diagnósticos por vías indicadas: Oral, endovenosa, intramuscular, subcutánea, intradérmica, por sonda, tópica, oftálmica, rectal y vaginal, teniendo en cuenta las necesidades y el estado clínico del paciente.

OBJETIVOS:

- Recuperar y mantener la salud del paciente a través del tratamiento farmacológico.
- Prevenir o limitar las enfermedades o sus complicaciones.
- Preparar al paciente para diferentes procedimientos diagnósticos
- Aplicar las normas básicas de seguridad en la administración de diferentes fármacos

EQUIPO:

- Bandeja.
- Medicamento en presentación correcta
- Jeringas.
- Torundas empapadas de alcohol.
- Agua destilada.

- SSN

- Esparadrapo.

PRECAUCIONES:

PROCEDIMIENTOS

1. Lavado de manos
2. Comprobar los 6 correctos
3. Fármaco correcto.
4. Dosificación correcta.
5. Hora correcta.
6. Vía correcta.
7. Paciente correcto.
8. Fecha de caducidad
9. Utilizar técnica a séptica en la mezcla de medicamentos.
10. Instaurar un acceso venoso apropiado.
11. Informar al paciente, los signos que pueden indicar un efecto secundario del fármaco.
12. Administrar los medicamentos en horarios que en lo posible no interrumpan en el descanso del paciente
13. Antes de administrar los fármacos se debe tener en cuenta, el efecto que tiene, por cuál vía se puede administrar, cuáles son las posibles reacciones adversas, qué otros fármacos pueden causar sinergismo o antagonismo, cuál diluyente se debe usar y en qué cantidad y qué incompatibilidad existe con otros medicamentos.

ADMINISTRACION DE EMEDICAMENTOS

VIA ORAL:

Es la administración de medicamento de acción local o general por la boca.

- Explique el procedimiento al paciente.

- Lávese las manos
- Levante la cabeza del paciente sino está contraindicado o hágalo sentar.
- Bríndele el medicamento y verifique que lo degluta ofreciéndole un vaso con agua.
- Registre el medicamento administrado en la hoja de registro de tratamiento, teniendo en cuenta fecha, hora, nombre de la medicamento, dosis, vía de administración y firma de quien la administra.

ADMINISTRACIÓN SUBLINGUAL

Algunos fármacos están diseñados para que se disuelvan una vez colocados debajo de la lengua y se absorban rápidamente. Estos fármacos no deben deglutirse o no se conseguirá el efecto deseado, por ejemplo, la nitroglicerina se suele administrar por vía sublingual. No se deben dar líquidos al paciente hasta que el fármaco esté completamente disuelto.

- Explique el procedimiento al paciente.
- Lávese las manos
- Levante la cabeza del paciente sino está contraindicado o hágalo sentar.
- Bríndele el medicamento y evite que lo degluta, permitiendo que éste se absorba sublingualmente.
- Registre el medicamento administrado en la hoja de registro de tratamiento, teniendo en cuenta fecha, hora, nombre de la medicamento, dosis, vía de administración y firma de quien la administra.

PRECAUCIONES:

- Evitar la administración de medicamentos orales a pacientes inconscientes, con náuseas, vómito, problemas de boca, garganta o esófago.
- Si el paciente es un niño o tiene problemas para deglutir triturar la droga

- Las drogas que producen irritación gástrica deben administrarse con las comidas
- Cerciorarse de que la droga debe darse antes o después de las comidas

VÍA VAGINAL:

- Es la introducción de medicación por vía vaginal ya sea óvulos vaginales, cremas y geles.
- Proporcione privacidad a la paciente.
- Explique el procedimiento a la paciente.
- Coloque a la paciente en posición ginecológica.
- Lávese las manos y colóquese guantes.
- Pídale a la paciente que puje (producirá menos molestias).
- Introduzca con los dedos el óvulo en el canal vaginal, sí el medicamento es en crema introdúzcalo con el aplicador.
- Dígale al paciente que guarde reposo, limpie el exceso de medicamento si es necesario.
- Retire los guantes y lávese las manos.
- Registre el procedimiento.

VÍA RECTAL:

- Proporcione privacidad a la paciente.
- Explique el procedimiento a la paciente.
- Lávese las manos y colóquese guantes.
- Coloque al paciente en posición de Sims: decúbito lateral, sobre el lado apoyado extiende el miembro inferior y el opuesto lo flexiona.
- Con la mano izquierda separe los glúteos y con la derecha introduzca el supositorio hasta 5 ó 7 cm, hacia adentro del esfínter anal.
- Haga presión en los glúteos por unos 20 minutos
- Deje al paciente cómodo.
- Registre el procedimiento.

VÍA NASAL:

- Explique el procedimiento.
- Lávese las manos y colóquese guantes.
- Sostenga la cabeza del paciente en ligera hiperextensión.
- Realice limpieza de fosas nasales si es necesario.
- Instile las gotas medicadas en las fosas nasales y advierta al paciente que mantenga la posición por unos minutos y que realice una respiración profunda y corta.
- Registre el procedimiento.

VÍA ÓTICA:

- Explique el procedimiento.
- Lávese las manos y colóquese guantes.
- Coloque al paciente acostado o sentado con el oído afectado hacia arriba, hale hacia atrás en los adultos, hacia abajo y hacia atrás en los niños.
- Dígale al paciente que mantenga la posición por unos minutos.
- Limpie con una torunda de algodón el exceso de medicamento.
- Registre el procedimiento.

VÍA OFTÁLMICA:

- Explique el procedimiento.
- Coloque al paciente acostado o sentado con la cabeza en ligera hiperextensión.
- Lávese las manos y colóquese guantes.
- Realice la limpieza ocular desde el ángulo externo al interno con una gasa o torunda impregnada de solución salina.
- Indique al paciente que mire hacia arriba.
- Instile las gotas en el ángulo interno del ojo.
- Recomiende al paciente que parpadee suavemente evitando apretar los párpados.

- En caso que sea necesario oclúyale el ojo.
- Limpie el exceso de líquido que salga al exterior del ojo.
- Acomode al paciente
- Registre el procedimiento.

VÍA INTRADÉRMICA:

Sitios de Aplicación: El sitio adecuado para la prueba de sensibilidad es la región ante cubital o área media ventral del brazo.

Volúmenes de 0.1 - 0.3 cc

- Lávese las manos y colóquese guantes.
- Desinfecte el área con agua estéril.
- Deje secar la solución.
- Envase el medicamento.
- Coloque la jeringa en una forma que la aguja quede casi paralela a la superficie del brazo y con el bisel hacia arriba. Avance la aguja a lo largo de la epidermis de manera que siempre este visualizado el bisel a través de la piel;
- Asegure la jeringa al brazo con el dedo pulgar introduzca la aguja 3 mm aproximadamente.
NO ASPIRE.
- Inyecte el medicamento con la mayor lentitud y suavidad posible, cuando haya terminado de inyectar, deje la aguja por unos instantes y observe la formación de la pápula, lo que indica que la aplicación fue correcta.
- Retire la aguja lentamente, no realice masaje. Observe las posibles reacciones durante y después de la aplicación.
- Registre el procedimiento.

VÍA SUBCUTÁNEA:

Sitios de Aplicación: Libre de terminaciones nerviosas sensoriales y aquellos que no posean grandes vasos sanguíneos o tejido óseo cerca de la superficie. La mejor zona es aquella que posee un pliegue de grasa de 2.5 cm. (Zona peri umbilical, zona par deltoides y zona supra externa del muslo).

- Lávese las manos y colóquese guantes.
- Seleccione el sitio de punción.
- Desinfecte el área.
- Deje secar la solución.
- Pellizque un pliegue de tejido de unos 5 cm con los dedos pulgar e Índice, introduzca la aguja con un ángulo de 45 a 90 grados según el tejido del paciente.

ACCESO VENOSO

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

INFUSIÓN DE LÍQUIDOS

Es importante tomar en cuenta que hay que realizar la Inserción de un catéter o cánula periféricamente, teniendo en cuenta las condiciones particulares del paciente, minimizando las molestias, las complicaciones, el riesgo de lesión e infección

MATERIAL:

- Guantes estériles y/o de un solo uso.
- Gasas estériles
- Antisépticos.
- Catéteres.
- Suero fisiológico.

- Soporte de suero.
- Contenedor material desechable
- Torniquete.

TÈCNICA:

1. Informar al paciente de la técnica que se le va a realizar.
2. Preparar todo el material necesario y trasladarlo al lado del paciente.
3. Lavado de manos.
4. Colocación de guantes.
5. Colocar al paciente en una posición adecuada y cómoda, preservando su intimidad.
6. Liberar la zona de procedimiento de compresiones añadidas por las ropas y objetos
7. Selección de la zona y vena sobre la que se va a realizar el acceso venoso periférico atendiendo a:
 - a. Edad del paciente.
 - b. Causa que motiva la punción.
 - c. Tiempo estimado de utilización.
 - d. Velocidad de los fluidos.
 - e. Características de los medicamentos y soluciones a infundir.
 - f. Estado general del paciente y particular de las venas.
 - g. Comodidad del paciente (Valorar la posibilidad de dejar libre el miembro dominante del paciente).
 - h. Calibre del catéter. 14 o 16 (PACIENTE EN SHOCK)
8. Colocar el torniquete unos 10-15 cm por encima de la zona elegida.
9. Palpar la vena a puncionar y comprobar que se distiende suficientemente.
10. Coger el catéter con nuestra mano dominante y fijar la piel de la zona a puncionar con la mano no dominante.
11. Proceder a la punción y canalización con el bisel hacia arriba (ángulo de entre 15º y 30º
12. dependiendo de la profundidad), ligeramente por debajo del punto elegido.
13. Progresar (con un ángulo algo menor para no perforar la vena) hasta la penetración del catéter en la vena.
14. Confirmar la colocación extravascular comprobando el retroceso / reflujo de sangre en la recámara del catéter.
15. Retirar de manera parcial el fiador del catéter y progresar hasta dejar el catéter en el lugar deseado.
16. Retirar el torniquete

17. Conectar el equipo de infusión, abrir el paso y comprobar la permeabilidad.
18. Para vía seca colocar en dish, en lugar de un equipo de infusión. Sellar el catéter con suero salino o suero salino eparinizada, en función de las garantías de sellado y de la utilización de presión positivo
19. Realizar fijación con Regadera o esparadrapo
20. Registrar localización, tipo de catéter, fecha y demás características relacionadas con la inserción del catéter venoso periférico en el Regadera

PRECAUCIONES:

Con el paciente

- Lea cuidadosamente la orden médica e identifique al paciente
- Genere un ambiente cálido y de confianza con el paciente.
- Evite traumas innecesarios.
- Revise que el equipo necesario esté completo.
- Cuidese y cuide al paciente de pinchazos innecesarios y peligrosos.
- Recuerde que el sitio y equipo de ven punción debe cambiarse cada 72 horas, para evitar infección y daño de la vena.
- Con el procedimiento
- Mantenga durante todo el procedimiento la técnica aséptica.
- Vigile al paciente en busca de cualquier tipo de reacción adversa.

COMPLICACIONES

- Infecciones
- Flebitis
- Obstrucciones

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO
SEVICIO DE EMERGENCIA
PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA

PROTOCOLO N°12

TEMA: OXIGENOTERAPIA

DEFINICION:

La oxigenoterapia es una medida terapéutica que consiste en la administración de oxígeno a concentraciones mayores que las que se encuentran en aire del ambiente, con la intención de tratar o prevenir los síntomas y las manifestaciones de la [hipoxia](#). El oxígeno utilizado en esta terapia, es considerado un fármaco en forma gaseosa.

INDICADO PARA:

- Pacientes con dificultad respiratoria y signos de hipoxemia,
- En pacientes agudos, sin antecedentes de enfermedad respiratoria crónica,
- En pacientes con EPOC y fibrosis pulmonar, falla cardiaca
- En una situación aguda en que se sospecha hipoxemia
- Traumatismo severo.
- Infarto agudo de miocardio o angina inestable.
- Insuficiencia respiratoria crónica agudizada,
- Crisis asmática,
- Obstrucción de vía aérea superior,
- Compromiso neuromuscular

Intoxicación por monóxido de carbono e intoxicación por cianuro.

CONTRAINDICACIONES

Pacientes intoxicados con paracuat

OXIGENOTERAPIA DE BAJO FLUJO

OXIGENOTERAPIA POR CATÉTER NASAL:

MATERIALES:

- ✓ Toma de oxígeno con flujómetro.
- ✓ Humidificador con agua estéril.
- ✓ Catéter nasal.
- ✓ Cinta adhesiva PRN.
- ✓ Adaptador.

PROCEDIMIENTO:

- Preparar el material y trasladar el equipo junto al cliente.
- Colocar al cliente en posición semifowler.
- Informar al cliente sobre el procedimiento.
- Mantener el nivel adecuado de agua en el humidificador.
- Iniciar la concentración de oxígeno indicado.
- Colocar el catéter en las fosas nasales.
- Valorar al paciente al cabo de 15 - 30 minutos: signos vitales, color de la piel, características de las respiraciones y movimientos torácicos.

OXIGENOTERAPIA POR MASCARILLA FACIAL

EQUIPOS Y MATERIALES:

- Mascarilla de oxígeno con equipo completo.
- Humidificador con agua estéril
- Gasa no estéril
- Cilindro de Oxígeno
- Manómetro
- Flujometro

PROCEDIMIENTO:

- Colocar al cliente en posición semifowler.
- Lavarse las manos.
- Explicar el procedimiento al cliente si su condición lo permite.
- Valorar la mecánica respiratoria del cliente, estado de conciencia y cianosis distal.
- Mantener la permeabilidad de la vía aérea (succión y limpieza de nariz y boca PRN).
- Comprobar el funcionamiento del equipo de administración de oxígeno
- Llenar con agua destilada el humidificador hasta el nivel indicado y controlar el nivel de agua en el humidificador
- Conectar la manguera de la mascarilla al humidificador y éste a la toma de oxígeno.
- Colocar la mascarilla al cliente, sujetar por detrás de la cabeza y por encima o debajo de las orejas, en cada una de ellas pondremos una gasa doblada para evitar laceraciones e incomodidades al paciente.
- Abrir la válvula del oxígeno y marcar en la escala los litros /minutos de oxígeno indicado.
- Explicar al paciente la colocación de la mascarilla, con el fin de que la terapia sea eficaz.

OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO A TRAVÉS DE TIENDA FACIAL

MATERIALES Y EQUIPO:

- Tienda facial con equipo completo.
- Humidificador con agua estéril
- Gasa no estéril
- Cilindro de Oxígeno o toma de oxígeno en pared
- Manómetro
- Flujometro

PROCEDIMIENTO:

- Colocar al cliente en posición semifowler.
- Lavarse las manos.
- Explicar el procedimiento al cliente si su condición lo permite.
- Valorar la mecánica respiratoria del cliente, estado de conciencia y cianosis distal.
- Mantener la permeabilidad de la vía aérea (succión y limpieza de nariz y boca PRN).
- Comprobar el funcionamiento del equipo de administración de oxígeno.
- Llenar con agua destilada el humidificador hasta el nivel indicado y controlar el nivel de agua en el humidificador.
- Conectar la manguera de la tienda facial al humidificador y éste a la toma de oxígeno.
- Colocar la tienda facial al cliente, sujetar por detrás de la cabeza y por encima o debajo de las orejas, en cada una de ellas pondremos una gasa doblada para evitar laceraciones e incomodidades al paciente.
- Abrir la válvula del oxígeno y marcar en la escala los litros /minutos de oxígeno indicado.

ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO A TRAVÉS DE MASCARILLA VENTURI

- Mascarilla Venturi con equipo completo.
- Humidificador con agua estéril (en caso de transporte adaptado para O2 seco)
- Gasa no estéril
- Cilindro de Oxígeno o toma de oxígeno en pared.
- Manómetro.
- Flujometro

PROCEDIMIENTO:

- Colocar al cliente en posición semifowler.
- Lavarse las manos.
- Explicar el procedimiento al cliente si su condición lo permite.

- Valorar la mecánica respiratoria del cliente, estado de conciencia y cianosis distal.
- Mantener la permeabilidad de la vía aérea (succión y limpieza de nariz y boca PRN).
- Comprobar el funcionamiento del equipo de administración de oxígeno
- Llenar con agua destilada el humidificador hasta el nivel indicado y controlar el nivel de agua en el humidificador. O colocar el adaptador del tanque para transporte con oxígeno seco, máximo de traslado 1 hora.
- Conectar la manguera de la mascarilla Venturi al humidificador y éste a la toma de oxígeno.
- Colocar la mascarilla Venturi al cliente, sujetar por detrás de la cabeza y por encima o debajo de las orejas, en cada una de ellas pondremos una gasa doblada para evitar laceraciones e incomodidades al paciente.
- Abrir la válvula del oxígeno y marcar en la escala los litros /minutos de oxígeno indicado.

OXIGENOTERAPIA ESPECIAL

ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO A TRAVÉS DE TRAQUEOSTOMIA

MATERIAL Y EQUIPO:

- Frasco Humificador con adaptador
- ✓ Mascarilla específica de traqueo tomo
- ✓ Toma de O₂ con flujómetro
- ✓ Cilindro de oxígeno, (toma de O₂) con manómetro
- ✓ Succión de secreciones PRN

PROCEDIMIENTO:

- Preparar material y llevar junto al cliente
- Colocar al cliente en semiflower
- Explicar al cliente el procedimiento

- Aspirar secreciones PRN
- Conectar el humidificador en la fuente de oxígeno
- Colocar la mascarilla en el traqueostomo
- Administrar valores indicados de oxígeno, según prescripción médica

PRECAUCIONES ESPECIALES:

- ✓ No utilizar oxígeno por periodos prolongados en RN por riesgo de ceguera y daño neurológico.
- ✓ No utilizar suero fisiológico en humidificador porque se cristaliza y se adhiere en las paredes alveolares.
- ✓ Todos los materiales que se utilizan para la administración de Oxígeno deben ser estériles, e individuales.
- ✓ Informar al cliente del procedimiento a realizar si es posible, para lograr su colaboración.
- ✓ El Oxígeno a ser administrado debe ser humidificado (agua destilada estéril) para evitar sequedad de la vía aérea.
- ✓ Cambiar reservorios de líquidos cada 24 horas y PRN.

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO

SEVICIO DE EMERGENCIA

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA

PROTOCOLO N°13

TEMA: REALIZACION DE ELECTROCARDIOGRAMAS

DEFINICION:

Determinadas patologías cardíacas alteran la actividad eléctrica produciendo modificaciones de los patrones electrocardiográficos normales. Así se puede valorar el crecimiento de las cavidades cardíacas, trastornos de conducción intraventricular, dolor torácico, síndrome de preexcitación ventricular, identificar arritmias cardíacas, detectar alteraciones electrolíticas, efectos de algunos fármacos, en test de esfuerzo y en el control del funcionamiento de los marcapasos.

MATERIALES

- ✓ Electrodos
- ✓ Gel para electrodos (PRN)
- ✓ Guantes no estériles.
- ✓ Torundas con alcohol
- ✓ Papel de registro electrocardiográfico.
- ✓ Bandas de caucho con electrodo
- ✓ Funda para desechos
- ✓ Electrocardiógrafo

TECNICA:

- Lavarse las manos
- Preparar el material y trasladarlo junto al paciente.

- Informar al paciente.
- Proporcionar privacidad.
- Retirar joyas y todo objeto metálicos para evitar interferencia
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Pedir y/o ayudar al cliente a descubrirse el pecho, tobillos y muñecas.
- Limpiar la piel con alcohol en las zonas de colocación de los electrodos.
- Colocar electrodos y conectar derivaciones:

a) Tórax. Derivaciones precordiales.

V1 – Cuarto espacio intercostal, borde esternal derecho.

V2 – Cuarto espacio intercostal, borde esternal izquierdo.

V3 – Entre V2 y V4.

V4 – 5º espacio intercostal, línea medio-clavicular izquierda.

V5 – Línea anterior axilar izquierda a la misma altura que V4.

V6 – Línea axilar media izquierda a la misma altura que V4.

b) Extremidades.

R	(Rojo):	Muñeca	derecha.
A	(Amarillo):	Muñeca	izquierda.
N	(Negro):	Tobillo	derecho.
V (Verde):	Tobillo izquierdo.		

- Seleccionar la velocidad del trazado a 25 mm/ seg. y el voltaje a 1 mV. Seleccionar “filtro” y modalidad manual o automática.
- Solicitar al paciente que se relaje, permanezca quieto y respire normalmente, evitando hablar durante el procedimiento.
- Efectuar el trazado y controlar que el registro de todas las derivaciones sea correcto.
- Eliminar el exceso de gel (PRN) en el tórax y extremidades del paciente.
- Ayudar a vestirse al paciente, dejándolo en posición cómoda
- Recoger el material.
- Lavarse las manos.

Colocar el E.C.G. en la historia clínica respectiva del paciente con datos: fecha, hora

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO
SEVICIO DE EMERGENCIA
PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA

PROTOCOLO N°14

TEMA: LAVADO GÁSTRICO

DEFINICIÓN:

Procedimiento que consiste en irrigar y aspirar una solución dentro del estómago con el propósito de limpiar y extraer el contenido gástrico mediante una sonda naso u oro gástrico.

OBJETIVOS:

1. Evitar riesgos vitales al paciente derivados de la absorción gástrica de agentes nocivos.
2. Evitar la absorción del contenido gástrico.

INDICACIÓN:

- Todo paciente que requiera irrigar y aspirar la cavidad gástrica.
- Valoración:
- Valore el estado de conciencia y signos vitales del paciente.
- En caso de hemorragia evalúe cantidad y características del contenido gástrico.
- Evalúe características (cantidad y calidad) de la ingesta, previo al lavado y
- tiempo transcurrido.

EQUIPO:

Bandeja con:

- Sonda naso gástrico.
- Guantes
- Xilocaina jalea.
- S.S.N. 0.9% (cantidad según indicación).
- Esparadrapo.
- Venoclisis (macrogotero, si se requiere).
- Riñonera.

EDUCACIÓN:

- Explique al paciente signos y síntomas que se puedan presentar después del
- procedimiento.
- Como evitar desplazamientos si la sonda es permanente.

PROCEDIMIENTO

1. Alistar el equipo
2. Explique el procedimiento y las molestias que ocasiona al paciente y familiares.
3. Controle signos vitales
4. Lávese las manos y colóquese guantes
5. Coloque al paciente en posición semisentado.
6. Mida la sonda desde la nariz al lóbulo de la oreja y luego al apéndice xifoides.

7. Lubrique la sonda con xilocaina jalea e introdúzcala por un orificio nasal, compruebe la ubicación de la sonda en el estómago aspirando el contenido gástrico con una jeringa de 20 cc, o inyecte con una jeringa aire y auscultar soplo en cavidad gástrica.
 8. Comience a pasar lo solución salina normal a través de la sonda con jeringa o mediante venoclisis, luego vacié el contenido a caída libre (en la riñonera), aspirando con jeringa o hacia una bolsa de drenaje.
 9. Use solución fisiológica helada si el lavado es para cohibir hemorragias.
 10. Administrar antídotos si es la indicación (Eje: carbón activado)
 11. Controle el estado de conciencia y signos vitales del paciente.
 12. Retire suavemente la sonda o déjela instalada según indicación.
 13. Deje descansar al paciente hasta que los signos se establezcan.
 14. Retire el equipo, lave, seque y organice.
 15. Retírese los guantes y lávese las manos.
 16. Registre en las notas de enfermería, fecha, hora, persona responsable, cantidad de líquido administrado y drenado, características, cantidad de contenido gástrico y otras observaciones.
- Mantenga al paciente en observación y controle signos vitales.

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO
SEVICIO DE EMERGENCIA
PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA

PROTOCOLO N°15

TEMA: ADMINISTRACION DE LIQUIDOS PARENTERALES

DEFINICION:

Es la infusión de una solución al torrente sanguíneo, a través de una vena o arteria, de acuerdo a los requerimientos del paciente.

OBJETIVOS:

- Mantener hemodinámicamente estable al paciente.
- Restablecer y mantener los requerimientos básicos de líquidos y electrolitos.
- Administrar medicamentos de acuerdo a las necesidades del paciente.
- Brindar manejo terapéutico en el menor tiempo posible

EQUIPO:

- Bandeja
- Torniquete
- Torundas.
- Alcohol antiséptico.
- Venoclisis.
- catéter.
- Jeringa.

- Solución a administrar.
- Esparadrapo.
- Guantes.
- Marcador

PROTOSCOLOS DE ENFERMERIA:

1. Revise cuidadosamente la orden médica sobre las soluciones a administrar.
2. Calcule las horas que debe durar cada solución de acuerdo con la orden médica y la fórmula para administración de líquidos.
3. Aliste el equipo necesario de acuerdo a la solución que va a administrar.
4. Rotule cada solución llenando en su totalidad los siguientes datos:
5. Nombre del paciente, nombre de la solución, medicamento adicionado, fecha, hora de inicio y de terminación.
6. Se lava las manos y se coloca guantes
7. Prepare la solución o mezcla.
8. Explique el procedimiento al paciente en una forma clara y sencilla
9. Empate el equipo de venoclisis a la solución: retire el protector del tapón conector.
10. Retire la venoclisis de su empaque, cierre la llave y quite el protector extremo de la cámara de aire utilizando técnica aséptica, introdúzcalo a la solución.
11. Purgue el equipo de venoclisis y cámara, llene los 3/3 con solución que va a administrar.
12. Revise si tiene vena canalizada y tiempo de canalizada.
13. Si no está canalizada o no hay permeabilidad, canalice una vena. Cambie si lleva más de 72 horas.
14. Revise la permeabilidad de la vena por donde va a administrar la solución.
15. Si está permeable empate el sistema al yelco del paciente.

16. Gradúe el goteo de las soluciones según lo ordenado.
17. Inmovilice el brazo si es necesario.
18. Observe la reacción del paciente al iniciar la administración de la solución.
19. Si presenta reacción adversa, suspenda inmediatamente la infusión e informe al médico.
20. Cambie el venoclisis cada 72 horas, si la infusión va a ser prolongada (o antes si hay signos de flebitis).
21. Indicarle la paciente que llame ante cualquier reacción.
22. Haga las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería, hoja de tratamiento y en la hoja de control de líquidos. Consigne fecha, nombre de la solución, medicamento adicionado, goteo, tolerancia del procedimiento y nombre de la persona que lo realizó.

PRECAUCIONES:

- Comprobar antes de suministrar cualquier solución o medicamento endovenoso, que no existan alergias durante los primeros quince (15) minutos.
- Vigilar permeabilidad de la vena.
- Cuando se mezclan fármacos, comprobar que no exista incompatibilidad.
- Rotular adecuadamente todas las mezclas.
- Cambio de sistema de líquidos parenterales cada setenta y dos (72) horas

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO
SEVICIO DE EMERGENCIA
PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA

PROTOCOLO N°16

TEMA: ADMINISTRACIÓN PARENTERAL

DEFINICION:

Es el control exacto de los líquidos administrados y eliminados que el paciente recibe y pierde por las diferentes vías, para establecer el balance en un periodo determinado de tiempo que no exceda a las 24 horas.

OBJETIVO.

- Valorar el estado hidroelectrolítico del paciente.
- Colaborar con el diagnóstico.
- Establecer el tratamiento para desequilibrio hidroelectrolítico y ácido-básico.
- Controlar efecto de tratamientos y fármacos.

EQUIPO.

Apertura de hoja en el sistema, y recipiente para ingerir y eliminar que tenga debidamente marcados los centímetros.

PROCEDIMIENTO:

1. Llene el encabezamiento de la hoja diariamente con los datos completos: nombre del paciente, número de historia clínica, cama, servicio, fecha.
2. Coloque la hora de registro.

3. Digite claramente la clase de líquido que se le administra al paciente, la cantidad exacta y la vía de administración (vía oral, enteral o parenteral). En pacientes que necesitan control horario: en lo posible utilice bomba de infusión para su administración y regístrelo administrado por hora; en los que no requieren control estricto hágalo al terminar cada bolsa infundida.

4. Marque la Bolsa que va a iniciar a infundir con: cantidad, sustancias agregadas (electrolitos, vitaminas, medicamentos); la hora de inicio y la hora de finalización, fecha, firma de la persona responsable.

5. Cuantifique y registre los líquidos eliminados por las diferentes vías (sondas, drenajes, vómito, deposiciones diarreicas, vías urinarias); utilice siempre un sistema de medición confiable, Registre las características de lo drenando. En pacientes que requieren control horario deseche y registre lo drenando por hora.

En los que no ameriten control estricto drene las bolsas antes de que se llenen completamente y al finalizar el turno totalice.

6. En caso de realizar reposiciones de lo eliminado tenga en cuenta descontar lo administrado por vía oral, o enteral, lo que se ha pasado en irrigación de sondas o catéteres.

7. Al finalizar el turno llene la columna de totales sume correctamente tanto lo administrado como lo eliminado por las diferentes vías, realice el balance restando a lo administrado lo eliminado. Si el paciente ha recibido más de lo eliminado el balance es positivo (+), si ha eliminado más de lo administrado el balance es negativo (-). En balances muy positivos o muy negativos se debe informar al médico de turno.

8. Realice las anotaciones respectivas en las notas de enfermería en forma clara y concisa, especificando el total eliminado y administrado con su respectivo balance y las características de lo drenado. No olvide anotar las medidas correctivas si se han realizado.

9. Firme al cerrar el balance y al realizar las anotaciones con nombre claro.

10. No olvide las técnicas asépticas en los procedimientos, lavarse las manos antes y después de cada procedimiento, colocarse guantes cuando lo amerite.

PRECAUCIONES.

- Explique al paciente y a la familia la importancia de cuantificar todo lo recibido

- y eliminado.
- En lo posible no delegue la medición de los líquidos tanto administrados como
- eliminados en el paciente y la familia.
- No olvide anotar las características de los fluidos evacuados.
- Marque todas las mezclas por administrar.
- Informe a tiempo las alteraciones de eliminación identificadas

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO

SEVICIO DE EMERGENCIA

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA

PROTOCOLO N°17

TEMA: CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INMOVILIZADOS

DEFINICION.

DEFINICIÓN:

Es la atención que se brinda al paciente que ha sido inmovilizada una extremidad en una situación de emergencia hasta instaurarse el tratamiento definitivo o como tratamiento complementario de fracturas.

OBJETIVO:

Mantener la inmovilización o estabilización del miembro fracturado, a fin de mantenerla en reposo, controlar la evolución de las heridas, favorecer la curación o prevenir complicaciones.

PROCEDIMIENTO:

1. Explique al paciente la importancia de mantener inmovilizado el miembro y tener la férula limpia y seca si la posee.
2. Lávese las manos y colóquese guantes
3. Observe el miembro comprometido y verifique que no exista anillos, joyas o que los vendajes no estén muy apretados, y evalúe color, temperatura, pulsos periféricos, movimiento, sensibilidad y llenado capilar del miembro comprometido.
4. Mantener elevado el miembro afectado para favorecer el retorno venoso, si no está contraindicado

5. Si hay herida realizar curación y cambio de vendaje, según necesidad.
6. Verificar el estado de las articulaciones comprometidas en la inmovilización junto con la articulación que esté por encima y por debajo de dicha área.
7. Observar e informar signos de infección, dolor, edema, necrosis, etc.
8. Se lava las manos.
9. Realizar los respectivos registros sobre la valoración realizada.

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO
SEVICIO DE EMERGENCIA
PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA

PROTOCOLO N°18

TEMA: MANEJO DE HERIDAS

DEFINICIÓN:

Procedimiento mecánico que permite la remoción de secreciones, de tejido necrótico y desvitalizado proveniente de la herida.

OBJETIVOS

1. Identificar los procedimientos específicos del cuidado de las heridas, respecto a infección, necrosis, exudado y profundidad de la herida.
2. Describir las acciones de enfermería y las precauciones respecto al manejo de las heridas.

1. MANEJO DE HERIDAS LIMPIAS

Tipos de heridas:

- 1.1. Incisas:** Son heridas rectas, verticales y limpias que son producidas en el acto quirúrgico, o de bordes irregulares producidas por trauma Ej.: herida por arma cortante.

a) Herida Incisa suturada

PROCEDIMIENTO

1. Inspeccione diariamente la herida.
2. Si la herida no presenta signos de infección (edema, exudado, eritema calor local.) consérvela íntegra, no desprenda el Micropore hasta el momento de retirar los puntos de sutura.

Empresa Social del Estado

En presencia de signos de infección manéjela como herida infectada.

b) Herida incisa no suturada

EQUIPO:

- Un par de guantes
- Esparadrapo
- Apósitos
- Gasas
- Solución salina
- Bolsa de desechos

PROCEDIMIENTO:

1. Lávese las manos
2. Explique el procedimiento al paciente.
3. Colóquese los guantes.
4. Retire el apósito.
5. Inspeccione la herida

6. Irrigue la herida con SS0.9%

c) Herida con tejido necrótico

El tejido muerto puede aparecer en una herida por diferentes causas: producto de una lesión original, o aparecer más tarde; una sutura demasiado apretada puede dañar el tejido que une, o los bordes de la herida unidos con demasiada tensión, el aporte sanguíneo disminuye y se producirá necrosis. La infección es otra causa de muerte de los tejidos. Ante la presencia de tejido necrótico tenga en cuenta los pasos a seguir en la técnica de curación dependiendo del tipo de herida y realice desbridamiento del tejido necrótico así:

Agregue al equipo:

- Hoja de bisturí N° 15
- Xilocaina simple al 2%

PROCEDIMIENTO:

1. Remoje con SS 0.9% antes de realizar la curación y trate de separar los bordes.
2. Realice incisiones transversales sobre el tejido necrosado.

2. MANEJO DE LA HERIDA INFECTADA

La presencia de pus, tejido necrosado y desvitalizado determinan un manejo diferente, donde no solo hay que tener en cuenta la limpieza de la herida, sino también el desbridamiento, la frecuencia de las curaciones y la toma de cultivos para orientar un tratamiento antibiótico adecuado.

2.1. Incisas: Son heridas rectas, verticales que son producidas en el acto quirúrgico, o de bordes irregulares producidas por trauma Ej.: herida por arma cortante, las cuales presentan signos de infección tales como enrojecimiento, calor local, salida de material purulento, dolor y edema.

2.1.2 Herida Incisa suturada con signos de infección:

EQUIPO

- Un par de guantes limpios y otro de estériles.
- Esparadrapo.
- Apósitos.
- Gasas.
- Solución salina.
- Bolsa de desechos.

PROCEDIMIENTO

1. Lávese las manos.
2. Explique el procedimiento al paciente.
3. Colóquese los guantes limpios y bata, si considera que pueden presentarse salpicaduras.
4. Retire el material que cubre la herida y deséchelos en bolsa plástica.
5. Colóquese los guantes estériles.
6. Inspeccione la herida
7. Limpie el área con solución yodada con movimientos circulares del centro hacia afuera.
8. Deje secar.
9. Deseche los guantes.
10. Lávese las manos.

Sí observa la herida con hematoma:

- a. Lávese las manos

- b. Explique el procedimiento al paciente.
- c. Colóquese los guantes limpios y bata, si considera que pueden presentarse salpicaduras.
- d. Retire el material que cubre la herida y deséchelo en bolsa plástica.
- e. Colóquese los guantes estériles.
- f. Inspeccione la herida
- g. Retire uno o dos puntos evacuando la sangre y los coágulos.
- h. Realice hemostasia.
- i. Coloque apósito compresivo sujeto con esparadrapo de tela.
- j. Revise diariamente la herida.

Opciones de manejo:

1. Efectúe limpieza de la herida con gasa impregnada en SS 0.9% desde la punta hasta el fondo o del centro hacia afuera. Lavar desde el área menos contaminada a la más contaminada. Descartar la gasa en cada limpieza.
2. Seque la piel circundante con gasa estéril seca.
3. Coloque apósito seco si la herida tiene poco exudado y sujételo con Micropore.
4. Deseche los guantes

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO
SEVICIO DE EMERGENCIA
PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA

PROTOCOLO N°19

TEMA: NORMAS Y PROCESOS DE LA HIGIENE PERSONAL DEL CLIENTE

HIGIENE BUCAL:

Es de suma importancia la higiene de la cavidad oral ya que de esta manera mantendremos la hidratación, evitaremos la halitosis y posibles infecciones contribuyendo a la pronta recuperación del cliente.

OBJETIVO GENERAL:

- Mantener la cavidad oral del cliente limpia para evitar sequedad, malos olores y prevenir infecciones.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Ayuda a conservar con humedad y limpieza la lengua las mucosas de la boca y labios.
- Evitar la halitosis y caries dentales.
- Disminuir la proliferación de bacterias para evitar infecciones.
- Promover y mantener hábitos de higiene bucal.

INDICACIONES:

- En caso de que el cliente tenga prótesis dental retirar y limpiar, mantener en un recipiente con agua fría hasta su próxima utilización.

TALENTO HUMANO:

- Auxiliares de Enfermería

EQUIPO Y MATERIALES:

- Guante de manejo
- Recipiente de agua
- Vaso o frasco
- Gasa estéril o cepillo de dientes
- Frasco con bicarbonato, solución antiséptica o pasta dental
- Semi luna
- Toalla
- Vaselina.

PROCEDIMIENTO:

- Lavado de manos
- Prepare el material y llévelo al cubículo del cliente
- Explique el procedimiento al cliente
- Proteger la intimidad del cliente
- Colocarse guantes y mascarilla
- Coloque la toalla bajo del mentón y sostenga la semi luna con la mano no dominante
- Oriente al cliente limpieza dental iniciando en los dientes inferiores de abajo hacia arriba y los superiores en sentido inverso

- En pacientes inconscientes utilice la mano libre para limpiar los dientes paladar y lengua con movimientos rotatorios
- Enjuague el cepillo o la gasa las veces que sean necesarias
- Pedir al cliente que se enjuague la boca con agua y expulse en la semi luna.
- Seque al cliente con la toalla y aplicar vaselina
- Dejar al paciente en postura cómoda y adecuada
- Deje el equipo limpio y en orden
- Lavarse las manos
- Hacer anotaciones necesarias

ASPECTOS A VALORAR:

- Evitar humedecer la ropa del cliente
- Humedezca los labios con solución salina.

BAÑO EN DUCHA:

Es el baño que se realiza en la regadera cuando la condición del cliente lo permite.

OBJETIVO GENERAL:

- Formar hábitos higiénicos, activar la circulación, prevenir infecciones y úlceras por decúbito, olores.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Promover y mantener hábitos de higiene personal
- Eliminar la suciedad y facilitar la transpiración
- Activar la circulación periférica y la ejercitación de los músculos y extremidades.
- Observar cualquier signo patológico en la piel y estado general del cliente

- Proporcionar bienestar, confort y comodidad

INDICACIONES:

- Evitar dejar solo al cliente durante el baño y explicar que no asegure la puerta con llave
- Instruir al cliente sobre la manera de graduar la temperatura del agua o graduarla si es el caso.

TALENTO HUMANO:

- Auxiliares de Enfermería

EQUIPO Y MATERIALES:

- Toalla.
- Jabón.
- Silla o banco.
- Camisón o pijama.
- Silla de ruedas si es necesario.

PROCEDIMIENTOS:

- Prepare el baño con todo lo necesario al alcance del cliente.
- Ayude al cliente al cuarto de baño, coloque silla si es necesario.
- Ayúdele a desvestirse proporcionándole su privacidad.
- Ayúdele a entrar en el baño cuidando de que no se caiga.
- Deje al cliente que se bañe solo, si es necesario ayúdele.
- Ayúdele a secar si es necesario.

- Ayúdele a vestirse y trasládalo al cubículo.
- Descarte la ropa sucia y colóquela en el lugar indicado.
- Termine con el arreglo total del cliente.
- Deje cómodo al cliente.
- Deje el sitio limpio y en orden.
- Lavado de manos.
- Realice anotaciones.

ASPECTOS A VALORAR:

- Si es necesario, traslade al cliente en silla de ruedas.
- Observar al cliente en busca de lesiones en la piel.
- Poner un tapete de caucho sobre el piso para evitar caídas.

BAÑO EN CAMA

Es la limpieza del cuerpo con agua y jabón cuando el cliente está incapacitado de hacerlo por sí mismo.

OBJETIVO GENERAL:

- Proporcionar al cliente el aseo necesario para satisfacer las necesidades de higiene y confort, conservando el buen estado de hidratación de la piel.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Promover y mantener hábitos de higiene personal.
- Observar cualquier signo patológico en la piel y estado general del cliente.
- Activar la circulación periférica y la ejercitación de los músculos y extremidades.

- Proporcionar comodidad y bienestar.
- Fortalecer una buena relación con el cliente.
- Eliminar residuos de sudoración, secreciones, microbios y desechos.

INDICACIONES:

- En pacientes con miembro superior inmovilizado o portador de una vía venosa, se desvestirá comenzando por el brazo sano/ libre. Para vestirlo se comenzara por el brazo afectado.
- Los residuos de jabón pueden causar escozor y resequedad. La humedad genera irritación y favorece la proliferación bacteriana.

TALENTO HUMANO:

- Auxiliar de Enfermería

EQUIPO Y MATERIAL:

- Guantes
- Artículos de higiene personal
- Vaselina líquida
- Esponjas sin jabón
- Jabón neutro
- Peine
- Impermeable
- Toallas
- Tijeras
- Cortaúñas

- Semi luna
- Lavacara
- Jarra
- Mampara
- Pijama
- Ropa necesaria para cambiar la cama
- Agua tibia
- Bidet

PROCEDIMIENTO:

- Realizar el lavado de manos
- Colocar los guantes
- Preparar el material y trasladarlo al lado del cliente
- Explicar al cliente el procedimiento.
- Preservar la intimidad del cliente.
- Mantener temperatura adecuada y evitar corrientes de aire.
- Preparar agua a temperatura adecuada.
- Colocar al cliente en decúbito supino.
- Desnudar al cliente y cubrirlo parcialmente con la sabana.
- Coloque la toalla de baño bajo la cabeza y hombros.
- Colóquese la toallita sobre la mano de forma que los extremos de los dedos queden protegidos.
- Lave los ojos sin jabón del ángulo interno al externo.
- Siga con el lavado de la frente, ambos lados de la cara, orejas, y cuello.

- Enjuáguelo y séquelo.
- Ponga la toalla del brazo distal, enjabone iniciando por muñeca hacia el hombro y terminando en la axila en forma circular.
- Enjuague y seque con movimientos circulares y firmes
- Sumerja la mano del cliente en la lavacara con agua y limpie las uñas observe el color de la mano y los lechos unguiales al secar
- Cambie el agua y lave el brazo proximal de igual manera.
- Coloque la toalla sobre el tórax y abdomen y deje la sabana hasta la región supra púlica.
- Enjabone bajo la toalla desde la base del cuello hasta bajo del abdomen.
- Enjuague y seque el tórax y abdomen. Observe la respiración, distensión o hipersensibilidad abdominal. Asegúrese que los pliegues de la piel estén secos y limpios en especial en mamas y ombligo.
- Cubra al cliente hasta los hombros
- Descubra la pierna distal y coloque una toalla bajo ella. Flexiónela y lave mediante movimientos circulares que vayan del tobillo a la cadera. Enjuague y seque
- Ponga la toalla debajo del pie y coloque la lavacara sobre la toalla. Ponga el pie dentro de la lavacara lávelo, limpie las uñas seque. Observe el estado y color de la piel.
- Cambie el agua y lave la pierna y el pie proximal de la misma forma.
- Retire la toalla y cambie el agua.
- Coloque al cliente en posición de sims para lavar la espalda y los glúteos poniendo la toalla a lo largo de la espalda y glúteos. Enjabone, enjuague y seque bien con movimientos circulares.
- De masajes a la espalda y a la región sacra con movimientos circulares.
- Ponga al cliente en posición decúbito dorsal y coloque la lavacara a lado del cliente.
- Lave y seque la región genital. Si el cliente puede hacerlo, deje los objetos a su alcance, utilice el bidet en clientes femeninos.

- Lave las manos al cliente en caso de haberse realizado el mismo el aseo genital
- Vista al cliente, péinelo y póngale desodorante.
- Arregle la cama según técnica.
- Deje cómodo al cliente.
- Deje el equipo limpio y en orden.
- Lávese las manos.
- Haga las anotaciones correspondientes.

ASPECTOS A VALORAR:

- Suspender el baño si el cliente presenta alteraciones e informar lo observado.
- Descubrir al cliente lo menos posible para evitar enfriamiento.

ASEO PERINEAL:

DEFINICION:

El cuidado perineal consiste en la irrigación externa aséptica o limpieza de la vulva y el periné después de orinar, defecar en casos especiales y después del parto.

OBJETIVO GENERAL:

- Los genitales masculinos y femeninos contienen (secreciones, sangrados, leucorrea) que son necesarios eliminarlas diariamente, para eliminar microorganismos y prevenir la infección.

OBEJTIVOS ESPECIFICOS:

- Proporcionar aseo y comodidad al cliente.
- Evitar acumulación de secreciones

- Prevenir olores desagradables

INDICACIONES:

- El aseo se lo realiza dos veces en el día o dependiendo la patología
- Utilizar únicamente una esponja para cada limpieza
- Utilizar siempre agua tibia a la temperatura que el cliente lo tolere.

TALENTO HUMANO:

- Auxiliares de Enfermería

EQUIPO Y MATERIAL:

- Papel higiénico.
- Bidet.
- Jarra con agua tibia.
- Guantes estériles.
- Frasco estéril con gasas utilizando el jabón de la cliente.
- Paquete con gasas o torundas secas estériles.
- Bolsa para desperdicios.
- Desinfectante en caso necesario.

PROCEDIMIENTO:

- Lleve la bandeja con el equipo y coloque a lado del cliente.
- Proteja la privacidad del cliente.
- Indicamos al cliente el procedimiento a realizar.

- Lavarse las manos.
- Colocarse los guantes.
- Bajar en pliegue las frazadas, cubra al cliente con la sobre sabana y retirar la ropa interior.
- Colocar al cliente en posición ginecológica.
- Comprobamos la temperatura del agua, coloque el bidet y empezamos de arriba hacia abajo una sola vez (labios mayores, labios menores y el centro desechamos en la funda de desechos infecciosos).
- Aplique el desinfectante si es necesario.
- Secamos en el mismo orden.
- Retiramos el bidet y dejamos en posición cómoda al cliente.
- Haga las anotaciones correspondientes.

ASPECTOS A VALORAR:

- Informar cualquier cambio que se observe en el área.
- Proteger la intimidad del cliente.
- Evitar contaminaciones.

TRATAMIENTO DE PEDICULOSIS:

Es el tratamiento que se realiza con sustancias químicas en el cuero cabelludo para eliminar parásitos (piojos liendres).

OBJETIVO GENERAL:

- Evitar la propagación de parásitos de un cliente a otro.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Evitar la transmisión de enfermedades.
- Promover y mantener hábitos de higiene.
- Eliminar parásitos y huevos.

INDICACIONES:

- Mantenga los principios de asepsia para evitar la propagación de parásitos en el cliente.
- Proteger los ojos y la piel del cliente para evitar la irritación.
- Observe reacciones alérgicas.

TALENTO HUMANO:

- Auxiliares de Enfermería

EQUIPO Y MATERIALES:

- Guantes
- Algodón
- Vaselina
- Solución medicamentosa
- Peine fino
- Toalla
- Semi luna
- Equipo para lavado de cabello

PROCEDIMIENTO:

- Lavarse las manos.

- Colocarse los guantes.
- Prepare el equipo y lleve al cubículo del cliente.
- Explique al cliente el procedimiento a realizar.
- Colocar al cliente en posición semi fowler cerca la orilla de la cama.
- Coloque un campo debajo de los hombros y cabeza del cliente.
- Aplique vaselina alrededor de la línea del cabello.
- Cubra los ojos con gasa para protección de ellos.
- Divida el cabello y aplique la solución con algodón frotando suavemente.
- Cubra la cabeza con el campo por el tiempo indicado.
- Descubra la cabeza y peine el cabello las veces que sean necesarias.
- Lave el cabello según técnica.
- Revise axilas y pubis y rasurar si existen pedículos.
- Deje el equipo limpio y en orden.
- Lavarse las manos.

ASPECTOS A VALORAR:

- Evitar que la solución medicamentosa irrite la piel de la cara.
- Manipular cuidadosamente el equipo para evitar la propagación de los parásitos.

DEFINICION:

USO DEL PATO Y BIDET: Es la colocación del pato o bidet para la eliminación de heces u orina cuando el cliente no pueda deambular.

OBJETIVO GENERAL:

- Ayudar al cliente encamado a realizar sus necesidades.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Facilitar la excreción renal o intestinal del paciente encamado.
- Garantizar la higiene del paciente.
- Conocer las características de los elementos excretados.

INDICACIONES:

- Nunca olvide que ha dejado al cliente con el pato o bidet.
- Evitar que el pato o bidet este muy frio o mojado.

TALENTO HUMANO:

- Auxiliares de Enfermería

EQUIPO Y MATERIALES:

- Pato o bidet
- Papel higiénico
- Mampara
- Recipiente con agua,
- Jabón
- Toalla

PROCEDIMIENTOS:

BIDET

- Lavado de manos.
- Colocarse guantes
- Proporcione privacidad al cliente

- Haga un triángulo con la sabana y doble el camisón hacia arriba, o baje el pijama hasta las rodillas.
- Diga al cliente que flexione las rodillas y que apoye los talones en la cama y levante las caderas.
- Coloque el bidet haciendo que los glúteos descansen sobre los bordes anchos del mismo.
- Cubra al cliente con su sabana.
- Deje solo al cliente si su condición lo permite dejando el papel higiénico a su alcance.
- Atienda de inmediato el llamado del cliente.
- Retire el bidet sujetando de los bordes de la misma forma que fue colocado.
- Observar e informar las características de lo eliminado.
- Realice la limpieza del bidet y déjelo en el lugar indicado.
- Proporcione al paciente lo necesario para que se lave las manos.
- Retire el equipo y deje cómodo al cliente.
- Lavase las manos.
- Haga anotaciones necesarias.

PATO

- Para el uso del pato coloque al cliente en posición adecuada (supina, Fowler, o semi fowler).
- Coloque el pato entre las piernas del cliente de forma inclinada y cúbralo con la sabana.
- Oriente al cliente que introduzca el pene en el orificio del pato, en caso de clientes incapacitados se deberá ayudar durante la micción.
- Deje solo al cliente si su condición lo permite.
- Retire el pato y observe las características e informe de las características de la orina.

- Realice la limpieza del pato y déjelo en el lugar indicado.
- Proporcione al paciente lo necesario para que se lave las manos.
- Retire el equipo y deje cómodo al cliente.
- Lavase las manos.
- Haga anotaciones necesarias.

ASPECTOS A VALORAR:

- Mantener la asepsia y la antisepsia.

Proteger la privacidad y confianza del cliente.

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO
SEVICIO DE EMERGENCIA
PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA
PROTOCOLO N°20

TEMA: APLICACIONES LOCALES Y GENERALES DE FRÍO Y CALOR EN EL PACIENTE

DEFINICIÓN:

El calor se distribuye por todo el cuerpo gracias a la sangre circulante y por contacto directo a través de los tejidos. La pérdida de calor viene dada principalmente por procesos de conducción, convección y evaporación en áreas de la piel.

LA APLICACIÓN LOCAL DE FRÍO Y CALOR SE UTILIZAN EN:

- Relajación del espasmo muscular.
- Alivio del dolor.
- Disminución de la rigidez de la piel.
- Ayuda a resolver reacciones inflamatorias o edemas.
- Ablanda los exudados.
- Aumenta la circulación sanguínea en una zona determinada.

Factores que deben aplicarse para elegir el tipo de aplicación que debe utilizarse:

Propósito de la aplicación:

- Grado del estadio y estado de la piel.
- Salud física del paciente.
- Área del cuerpo afectada.

- Duración del tratamiento.
- Disponibilidad del equipo.

Tipos de aplicaciones:

- Remojo tibio a 38° C
- Compresa tibia a 46° C
- Bolsas de agua caliente a 49° C
- Baño caliente en bañera a 41° C

EQUIPO:

- Aplicaciones secas (el agua no contacta con la piel): bolsas de agua caliente.
- Aplicaciones húmedas (el agua contacta con la piel): compresas calientes.

PRECAUCIONES:

- La aplicación de calor local requiere una vigilancia estrecha del paciente, ya que puede provocar lesiones tisulares si la temperatura o el tiempo de exposición no son adecuados (especial cuidados en niños, ancianos y pacientes en coma).
- Tomar los signos vitales: temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial, antes, durante y después del procedimiento, ya que son índices de reacción al calor y al frío.
- Comprobar que la piel del paciente esté seca y limpia para disminuir el peligro por quemaduras.

- Observar la piel del paciente durante todo el procedimiento, para detectar posibles signos que indiquen la necesidad de modificar o suspender la aplicación: tales como: eritema, palidez o cianosis excesiva.
- La aplicación de calor en heridas abiertas o lesiones que puedan abrirse, requiere seguir una técnica aséptica para no producir contaminación adicional.

Bolsas de agua caliente:

- Lavarse las manos.
- Tranquilizar al paciente e informarle con respecto al motivo de la aplicación.
- Preparar el material necesario, según indicación. -Hacer el llenado de las bolsas con agua caliente, sacando el aire antes de cerrarlas.
- Proteger la intimidad del paciente, acomodarlo y exponer la zona a tratar.
- Colocar el dispositivo cubierto por una entremetida o paño, para evitar la aplicación directa sobre la piel del paciente. Buscar la solución más cómoda para el paciente.
- Suspender la aplicación cuando se alcance el objetivo adecuado o se observe alguna alteración.

Compresa caliente:

Las compresas calientes pueden ser aplicadas húmedas, estériles o no estériles, para acelerar los procesos supurativos o mejorar la circulación de los tejidos.

Los pasos para su aplicación son:

- Lavarse las manos e informar al paciente del motivo de la aplicación.
- Mojar la compresa de franela o gasa en la solución indicada. Exprimir para quitar el exceso de líquido.
- Aplicar la compresa en la superficie requerida. En caso de una herida expuesta en órganos delicados es necesario usar compresas con solución estéril o antiséptica a una temperatura que el paciente pueda soportar.
- Aplicar las compresas conforme a la prescripción médica, pero durante el tratamiento cambiarlas cada 10 a 15 minutos, para conservar la temperatura requerida.

Fomentos calientes:

Se aplican en la piel del paciente para proporcionar calor húmedo superficial, en situaciones de dolor, espasmo muscular y procesos supurativos. Los pasos para su aplicación son similares a los realizados con las compresas calientes. (Venda, bolsa con agua caliente o cojín eléctrico) para conservar el calor. El tiempo es de 10 a 15 minutos finalmente se seca la piel, notándose en el sitio de aplicación presencia de eritema por vasodilatación local.

Baño terapéutico:

Este método sirve para proporcionar calor, lavar y aplicar medicamentos en una zona determinada o en todo el cuerpo, con el fin de acelerar la supuración, limpiar las heridas expuestas, aplicar una solución medicamentosa o tratar ciertos procesos cutáneos.

Los líquidos más utilizados son la solución salina, agua estéril, solución de bicarbonato de sodio o solución de almidón, de harina o de avena. La temperatura del baño terapéutico va de 27,2° C.

APLICACIÓN DE FRÍO:

Se denomina crioterapia y es un método muy accesible ya que una de sus formas principales es la bolsa de hielo.

OBJETIVOS:

- Reducir el metabolismo basal.
- Aliviar los espasmos musculares secundarios a una lesión articular o esquelética subyacente.
- Reducir la hinchazón y la hemorragia.
- Este puede ser aplicado en heridas.
- Reducir el edema.
- Lograr la anestesia local.

Métodos de aplicación del frío:

- Cubitos de hielo que se envuelven en una bolsa de plástico o tela y se aplica de forma de directa o intermitente en la zona a tratar. Se utiliza durante 20 minutos y su efecto dura de 4 a 6 horas.
- Baños de agua fría dejando derretir el hielo o aplicando compresas frías en zonas que no se pueden sumergir fácilmente.
- Los cuerpos fríos que están constituidos por bolsas que contienen nitrato de amonio y agua.
- Los chorros de nitrógeno líquido que se proyectan sobre las articulaciones.

APLICACIONES:

En afecciones localizadas como esguinces, hombro agudo hiperálgico, hemartrosis aguda, ataques agudos de gota o pseudogota.

En las formas crónicas.

En pacientes con dolor y edema secundario o tratamiento quirúrgico reciente.

Compresas frías y fomentos helados:

Aplicación de frío húmedo mediante compresas heladas para detener epistaxis, disminuir hematomas y controlar la temperatura.

PROCEDIMIENTO:

- Enfriar la compresa con hielo picado y exprimirlo
- Aplicar sobre el área a tratar.
- Cambiar la compresa cada 10 o 15 minutos.

APLICACIÓN DE CALOR Y FRÍO POR MEDIO DE LA BOLSA HULE

EQUIPO:

- bolsa de hule
- agua a 50 o 58° C de temperatura
- trocitos de hielo
- compresa o funda
- termómetro para el agua.

TÉCNICA:

1. Valorar la situación en que se requiera de la aplicación de calor o frío, o bien confirmar la orden terapéutica.
2. Verter en la bolsa, previamente revisada el agua caliente o trocitos de hielo hasta las dos terceras partes.
3. Apoyar la bolsa en una superficie plana y sacar el aire residual haciendo presión por los lados, hasta que no quede aire. Taparla perfectamente.
4. Sacar y cubrir la bolsa con la funda o compresa, incluyendo el tapón.
5. Colocar la bolsa en la zona requerida y adaptarla a la superficie de la misma.
6. Vigilar continuamente el área de aplicación.
7. Cambiar la bolsa con el agente terapéutico prescrito cuantas veces sea necesario.
8. Al terminar el tratamiento retirar la bolsa y extraer al agua. Colgarla hacia abajo y sin tapar.

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO
SEVICIO DE EMERGENCIA
PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA

PROTOCOLO N°21

TEMA: SIGNOS VITALES

DEFINICION:

Los signos vitales son indicadores del estado funcional del paciente y constituyen:

- Pulso
- Respiración
- Temperatura
- Tensión Arterial

OBJETIVO GENERAL:

Valorar al paciente por medio de los signos vitales para un buen control del estado funcional del mismo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los valores de los signos vitales para contribuir con el diagnostico.
- Reconocer las características de los signos vitales para identificar alguna alteración.

TALENTO HUMANO:

- Enfermería
- Auxiliar de enfermería

PULSO:

Es el latido de una arteria que se siente sobre una prominencia ósea cuando se contrae el ventrículo izquierdo.

EQUIPO:

- Reloj con segundero
- Libreta y esfero

PROCEDIMIENTO:

- 1.-Indicar el procedimiento al paciente
- 2.-Colocar en posición adecuada
- 3.-Colocar el brazo del paciente descansando a lo largo del cuerpo sobre el tórax con la palma de la mano hacia abajo.
- 4.-Con los dedos índices medio anular presione con suavidad la arteria radial. (Situada en la parte externa de la muñeca en dirección al pulgar.)
- 5.-Localice el pulso y cuente durante un minuto la frecuencia y valoración del ritmo e intensidad.
- 6.-Hacer las anotaciones.

TEMPERATURA:

Es el grado de calor que mantiene el cuerpo resultante del equilibrio entre la producción y la pérdida de calor del organismo.

- Bucal
- Axilar
- Otica

EQUIPO:

- Charol
- Termómetro oral, axilar, otico
- Porta termómetros
- Frascos con solución antiséptica.
- Servilletas, canastas de papel.
- Reloj, libreta, esfero.

PROCEDIMIENTOS ADULTOS:

1. - Lavarse las manos.
2. - Llevar el equipo a la mesa, junto al paciente
3. - Identificar y explicar el procedimiento al paciente
4. - Preparar el equipo
5. - Acomodar al paciente en una posición adecuada.
6. - Enjuagar o secar al termómetro del bulbo hacia arriba.
7. - Revisar que el mercurio del termómetro este a menos de 35c
8. - Colocar el termómetro en la boca, axilar, u oído del paciente
9. - Dejar el termómetro en la boca bajo la lengua entre 3 y 5 m, axilar de 5 a 7 m, ótica hasta que marque la numeración de la temperatura.
10. - Retirar y leer la temperatura
11. - Colocar el termómetro en una solución jabonosa u alcohol.
12. - Dejar al paciente cómodo y seguro.
13. - Colocar todo el equipo en su lugar.
14. - Lavarse las manos
15. - Anotar en el expediente

RESPIRACIÓN

Es el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono que lleva a cabo en los pulmones y tejidos.

EQUIPO:

- Reloj con segundero
- Libreta y esfero verde

PROCEDIMIENTO:

1. -Observe los movimientos ascendentes y descendentes del tórax o abdomen.
2. -Cuenta las respiraciones durante un minuto observando sus características
3. - Hacer las anotaciones.

TENSIÓN ARTERIAL (TA)

Es la presión que ejerce la sangre dentro de las arteria del cuerpo, cuando se contrae el ventrículo izquierdo del corazón la sangre es expulsada por la aorta y viaja por las grandes arterias hasta las más pequeñas. (El alta es la sistólica y la baja es la diastólica.)

SITIOS PARA TOMAR LA PRESIÓN ARTERIAL

- En el brazo sobre la arterial humeral
- En los miembros inferiores, detrás de la rodilla (arteria poplítea)

EQUIPO:

- Tensiómetro
- Fonendoscopio
- Sachet de alcohol
- Libreta y esferográfico

1. PROCEDIMIENTOS

2. Descubra el brazo del paciente y apoye sobre una superficie firme, la mano abierta hacia arriba y a nivel del corazón.
3. Saque todo el aire que pueda encontrar en el brazalete y que el indicador del

- manómetro o columna de mercurio este en cero.
4. Envuelva el brazalete en el brazo del paciente de manera que el borde inferior quede 4 centímetros. Por encima del pliegue del codo
 5. Las mangueritas del brazalete deben quedar sobre la parte anterior del brazo en dirección de la muñeca
 6. Localice el pulso braquial
 7. Limpie los auriculares del fonendoscopio con un sachet de alcohol
 8. Colóquese el fonendoscopio en dirección del canal auditivo externo
 9. Coloque la campana del fonendoscopio en el lugar donde percibió el pulso braquial, la campana del fonendoscopio debe sostenerla contra la piel del paciente y no debe tocar el brazalete ni el mango del aparato
 10. Cierre el tornillo de la válvula y apriete la pera del caucho del aparato
 11. Mantenga el fonendoscopio en su lugar, insufla la pera rápidamente hasta que la aguja o columna de mercurio marque 200 (salvo en casos de hipertensión)
 12. Afloje cuidadosamente el tornillo y la válvula de la pera para dejar salir gradualmente el aire
 13. Escuche hasta que perciba el primer ruido fuerte de latido cardíaco, observando el número en la esfera o columna de mercurio
 14. Cuando lo escuche recuerde este número en la mente, este número es el de la presión sistólica o presión máxima
 15. Continúe dejando salir el air, escuche el cambio del ruido hasta que deje de escucharlo, mire el número en la esfera o columna de mercurio, este es el valor de la presión diastólica o mínima, recuerde este número en la mente
 16. Abra la válvula completamente hasta que salga todo el aire del brazalete
 17. Compruebe la cifra tomando por segunda vez la tensión arterial, iniciando nuevamente el procedimiento
 18. Retire el brazalete, enróllelo y colóquelo en el lugar correspondiente
 19. Limpie los auriculares del fonendoscopio
 20. Registre las cifras en su libreta u hoja de papel y comuníquelas para que sea ingresado en el sistema.
 21. Informe las variaciones que encuentre como:
 - Hipertensión, aumento de la presión arterial
 - Hipotensión, disminución de la presión arterial

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA TOMA Y CONTROL DE LOS SIGNOS VITALES

- Se debe controlar los signos vitales al ingreso y egreso del paciente al centro asistencial con el fin de registrar datos básicos de su estado de salud.
- Cuando el paciente presenta cambios en su condición funcional.
- Según la prescripción de enfermería o médica, en el paciente estable se requiere control dos veces en cada turno. En el paciente en estado crítico la monitorización de los signos vitales es una acción permanente.
- Antes y después de un procedimiento diagnóstico o tratamiento invasor o no invasor y de cirugía menor o mayor.
- Antes y después de la administración de medicamentos que puedan afectar el sistema respiratorio o cardiovascular.