



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
ESCUELA DE MEDICINA**

**MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD
PARA EL DESARROLLO LOCAL**

*Programa de mejoramiento de la calidad de
atención médica a pacientes de la Clínica DAME,
en el servicio de terapia intensiva Quito,
agosto, 2010.*

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MASTER EN
GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

Autora:

Dra. Narcisa del Carmen Valdiviezo Zambrano

Directora:

Dra. María de Lourdes Velasco Garcés

Quito - Ecuador

2012

CERTIFICACIÓN

Doctora.

Dra. María de Lourdes Velasco Garcés

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado **“PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MEDICA A PACIENTES DE LA CLINICA DAME, EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA QUITO, AGOSTO, 2010”**, el mismo que está de acuerdo con lo estudiado por la Escuela de Medicina de la UTPL, por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Quito , Septiembre 2011

(f).....

Dr. María de Lourdes Velasco Garcés

AUTORIA

Absolutamente todas las opiniones, juicios de valor, afirmaciones, conclusiones, comentarios, análisis y demás valoraciones emitidas en la presente tesis son responsabilidad de su autora.

Quito DM, septiembre de 2011

(f).....

Dra. Narcisa Valdiviezo Zambrano

0701831414

CESIÓN DE DERECHO

Yo, Dra. Narcisa Valdiviezo Zambrano, declaro conocer y aceptar la disposición del artículo 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que dice:

“Forman parte del patrimonio de la Universidad de la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

Quito DM, septiembre del 2011

(f).....

Dra. Narcisa Valdiviezo Zambrano

0701831414

DEDICATORIA

A mi esposo por su infinito e incondicional amor con el que siempre me ha apoyado.

A mis hijos que con su invaluable cariño me inspiran en cualquiera que sea mi propósito.

La Autora

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Técnica Particular de Loja que me abrió las puertas y me proporcionó toda la formación que he recibido hasta el momento y la cual me ha sido de entera ayuda para llegar a este punto.

A los compañeros con los que a través de un contacto permanente y una estupenda relación, tanto de amistad como profesional, hemos podido lograr un verdadero equipo de trabajo.

A la Clínica DAME que en todo momento ha permitido y propiciado el desarrollo de este proyecto, dando toda la ayuda necesaria en cuanto a infraestructura, personal y al apoyo financiero requerido para culminar con éxito la presente tesis.

Al Hospital Eugenio Espejo que permitió tomar las fotos y archivos utilizados en el proyecto.

A la Dra. María de Lourdes Velasco Garcés, docente y tutora de la Universidad Técnica Particular de Loja, que siguió desde el inicio hasta el final con toda la atención y el apoyo necesario el proceso, gran conocedor del tema en cuestión y un gran soporte en cuanto a calidad humana, técnica y docente.

Dra. Narcisa Valdiviezo

La Autora.

ÍNDICE

PRELIMINARES	PÁGINAS
Carátula	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Cesión de derecho	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice	vii
APARTADOS	
1. Resumen	1
2. Abstract	3
3. Introducción	5
4. Problematización	8
5. Justificación	22
6. Objetivos	25
7. Marco Teórico	27
7.1 Marco Institucional	28
7.1.1. Aspectos geográficos.	28
7.1.2. Dinámica poblacional.	29
7.1.3. Misión de la institución.	29
7.1.4. Misión del proyecto.	29
7.1.5. Visión de la institución.	29
7.1.6. Visión del proyecto.	30
7.1.7. Organización administrativa.	30
7.1.8. Organigrama estructural.	31
7.1.9. Talento Humano.	32
7.1.10. Servicios que presta la institución	34

7.1.11.	Datos estadísticos.	35
7.1.12.	Características geofísicas.	35
7.1.13.	Infraestructura.	36
7.1.14.	Presupuesto.	36
7.1.15.	Políticas de la institución.	37
7.2	Marco Conceptual	38
8.	Diseño Metodológico	72
8.1	Matriz de Involucrados.	74
8.2	Árbol de problemas.	75
8.3	Árbol de objetivos.	76
8.4	Matriz de marco lógico.	77
9.	Resultados	84
9.1	Resultado No. 1	85
9.2	Resultado No. 2	97
9.3	Resultado No. 3	122
9.4	Resultado No. 4	132
9.4.1	Evaluación de los indicadores de los resultados.	134
9.4.2	Evaluación del indicador del propósito.	144
9.4.3	Evaluación del indicador del fin.	146
10.	Conclusiones	147
11.	Recomendaciones	149
12.	Bibliografía	151
13.	Anexos	155

1. RESUMEN

1.-RESUMEN

Ante la demanda excesiva de pacientes graves que acuden a la Unidad de Cuidados Intensivos de Clínica DAME realicé un proyecto de acción que busque mejorar la calidad de atención Médica.

Los datos obtenidos mostraron que más del 50% de los pacientes son graves y entre el 20 % son rechazados por falta de espacio físico y necesidad de mayor capacitación del personal; por este problema se desarrolló un Programa de Mejoramiento de la Calidad de atención Médica con la finalidad de incrementar la cobertura de atención a una población muy lábil, con alto riesgo de muerte y que debe ser atendida de manera integral con calidad y calidez. Logramos incrementar el número de camas de UCI; capacitar al personal médico y paramédico con temas relacionados a atención de pacientes graves, atención humanizada al paciente y a su familia y programar cursos técnicos permanentes para los usuarios internos de Clínica DAME, relacionados con Reanimación cardiopulmonar avanzada.

Se cumplió con el cien por ciento de las actividades relacionadas con construcción, equipamiento y la capacitación del personal de la clínica.

2. ABSTRACT

2.-ABSTRACT

To the excessive demand of severe ill patients who needs attention in the intensive care unit of Clinica DAME a project was performed which seeks to improve the quality of medical care.

Data obtained showed that over 50% of patients admitted goes to the intensive care unit and between 20% of patients are rejected for lack of physical space, and need for more training of staff in attention to these patients.

For all the problems is developing a program to improve the quality of medical care is needed in order to increase the coverage of attention to a very labile population with a high risk of death and must be addressed comprehensively with quality and warmth.

It was programmed to increase the number of ICU beds, train medical and paramedical staff about humanitized care to the patients and their families; and permanent technical training in cardiopulmonary reanimation for internal users of Clinica DAME .

Met 100% of the planned activities regarding the construction and equipping and the training of staff.

3. INTRODUCCION

3.- INTRODUCCIÓN

Las enfermedades traumáticas, infecciones respiratorias, alto índice de delincuencias con lesiones de arma de fuego y arma blanca, las enfermedades cardiovasculares por stress han incrementado el número de pacientes que requieren cuidados Intensivos.

Se han utilizado encuestas como herramientas de trabajo, aplicadas tanto a usuarios internos y externos de la clínica DAME, se evidencia la sobredemanda de pacientes graves que acuden a Clínica DAME encontrando sobrecapacidad en la UCI de DAME; pero la unidad resulta cada vez más pequeña y se hace indispensable capacitar de la mejor forma tanto en aspecto de atención humanitaria, con gran calidad, eficiencia y en un ambiente confortable que cuente con el equipamiento técnico indispensable de tal manera que la población se sienta satisfecha y disminuya la mortalidad en este tipo de pacientes.

En el transcurso de los últimos 5 años Instituciones Públicas y Privadas como IESS, MSP y Clínicas Privadas a más de Pichincha y de todo el Ecuador han creído indispensable realizar proyectos de ampliación de Unidades de Cuidados Intensivos, así como mejorar los proyectos de capacitación del personal y atención al paciente, Relaciones Humanas, Calidad Total y preparación técnica en diferentes áreas. Todos estos procesos han constituido un verdadero Modelo de Reingeniería que proyecta mejoramiento de la calidad de atención para la alta demanda a nivel del país de pacientes en condiciones graves.

Pues las infraestructuras de los hospitales fueron construidas para 30 años atrás y realmente se sufrió un estancamiento en la calidad de atención, sin conciencia que un paciente es un ser humano, que acude con una dolencia y que en esas circunstancias su consuelo y alivio es tener atención de calidad y con calidez; para lo cual el personal debería adiestrarse progresivamente.

Con todos los antecedentes y ante la realidad palpada día a día de pacientes jóvenes, enfermos graves que deambulan sin atención en ambulancias públicas y

privadas, con escasos recursos económicos, fueron elementos importantes para considerar el desarrollo de este proyecto de acción en la Clínica DAME.

El mantener un convenio con la seguridad Social por más de 12 años y por lo tanto de su presupuesto anual, y con recursos de préstamo con una Institución Privada y la ayuda activa de la Fundación DAME SALUD se respalda la inversión económica. Esta buena predisposición de los Directivos así como gran actitud del personal médico y de enfermería que son puntales fundamentales en el proceso de capacitación. No existieron factores adversos en el desarrollo de este proyecto.

Este proyecto tuvo logros exitosos gracias a la colaboración mutua de directivos, personal y al desarrollo progresivo que ha tenido la Clínica tanto en la parte humana, técnica y científica que ha determinado empoderarse y ubicarse como una Unidad Importante en la Red de prestadores de Salud Externos de la Seguridad Social; así como del MSP.

Por lo tanto se cumplieron con éxitos los objetivos propuestos:

El Primer Objetivo del proyecto consistió en la capacitación del personal de la Clínica DAME sobre la atención de calidad para mejorar su relación con los pacientes y sus familiares asegurando un trato humanizado.

El segundo objetivo cumplido fue el diseño e implementación de un plan de mejoramiento de la calidad de la atención médica a través de capacitación técnica y de excelencia a los usuarios Internos de Clínica DAME implementando cursos de RCP y adquisición de maniqués e insumos.

El tercer objetivo cumplido fue lograr el incremento de dos camas con equipamiento en el servicio de Terapia Intensiva para atender la demanda actual de pacientes en condiciones graves.

Al momento Clínica DAME ha incrementado su cobertura de atención a pacientes graves con humanismo, calidad y eficiencia que es el objetivo perseguido con este proyecto.

3. PROBLEMATIZACION

4.- PROBLEMATIZACIÓN

La demanda de pacientes graves en las Unidades de Terapia Intensiva, ha crecido en los últimos años de manera desproporcionada.

El aumento de la Morbi – mortalidad por accidentes de tránsito, está cada día en incremento, así como las enfermedades relacionadas con trauma por arma blanca, por arma de fuego, que tienen relación directa con el nivel de peligrosidad y delincuencia que vive el país.

Se suma a esto el incremento del estrés en la población económicamente activa, con factores de riesgo Altos para las enfermedades cardiovasculares.

Esto ha determinado que las Unidades de terapia Intensiva de todas las Clínicas y Hospitales, tengan gran demanda de pacientes, mientras que las infraestructuras fueron hechas para treinta años atrás.

Por ende hay un alto porcentaje de afluencia de pacientes graves a UCI de clínica DAME; lo que exige capacitación al personal y ampliación de la Unidad.

De los archivos 2009 en Clínica DAME se observa que el 43% de pacientes ingresan a UCI, 29% Medicina Interna, 20% Emergencias, 6% áreas quirúrgicas y 2% gastroenterología.

La verdadera problemática se encasilla en los siguientes aspectos.

La mayor afluencia de pacientes graves es el servicio de Cuidados Intensivos y existe sobredemanda con rechazos en el ingreso de pacientes graves con un porcentaje del 58% que deben referirse a otras unidades.

A través de la Red del CIREM, MSP o por Radio del IESS se solicitan a Clínica DAME camas en forma permanente para este tipo de pacientes y no se dispone de infraestructura física, recurso humano y capacitación completa.

Solo se contaban con cinco camas y el proyecto físico fue de incrementar 2camas de UCI adicionales, consecuentemente debía contratarse recurso humano y

capacitación del personal de manera integral para mejorar la atención tanto del paciente como de la familia. Los usuarios Internos son entes activos y colaboradores permanentes en el buen desarrollo del proceso, buscando siempre mejorar la calidad de atención del paciente grave.

Según la encuesta realizada en Clínica DAME en agosto 2010 y coincidiendo con reportes estadísticos; existe adecuada previsión del 94% de probabilidades de ampliar la infraestructura para mejorar la cobertura, existe predisposición del personal y gran apertura de sus directivos. Y en base a las encuestas realizadas a los usuarios Internos y familiares de pacientes también se detectó que a pesar de existir buena base de conocimientos y experiencia en manejo de pacientes graves; el personal necesita mejorar la calidad de atención en relación al trato humanizado y a la calidad de atención al paciente y a la familia. Puntos importantes donde se considera intervenir con el desarrollo de este proyecto de acción.

Por lo tanto con este proyecto se persigue disminuir la mortalidad de pacientes graves; mejorar la condición de capacitación al usuario interno y externo; disminuir sustentablemente una carga social emergente y de alguna manera incrementar la rentabilidad económica de la Unidad Médica.

Considero que en base a la problemática descrita se realizó una planeación con todos sus componentes metodológicos con la realización de un proyecto que englobe el problema y sus soluciones emergentes en la Clínica DAME de la ciudad de Quito en un periodo de tiempo de un año (agosto 2010-2011).

Con toda esta problemática que es una vivencia diaria en la Clínica DAME surge una gran interrogante.

¿Es indispensable implementar un programa de mejoramiento de la calidad de atención Médica a pacientes de la Clínica DAME en la Unidad de Cuidados Intensivos. Por lo tanto ¿Es necesario capacitar al Recurso Humano?

¿Es importante ampliar la Infraestructura en UCI de Clínica DAME?

Con las repuestas de estas interrogantes se confirma que el proyecto debe realizarse cumpliendo con las expectativas de desarrollo de cada uno de los objetivos planteados.

ENCUESTA PARA ESTABLECER LA LINEA DE BASE DEL PROYECTO.

ENCUESTA USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS DE CLINICA DAME

Para consolidar este proyecto se realizaron tres encuestas a los diferentes usuarios Internos y Externos de la clínica con preguntas orientadas a enfocar la problemática de la atención de pacientes graves que son atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica DAME.

Encontramos que Clínica DAME es una institución privada que cuenta con talento humano calificado, recurso tecnológico adecuado y predisposición para colaborar con el proyecto de atención de pacientes graves. Se realizó una encuesta a los familiares de los pacientes (anexo #1), en el que se evidencia que el 65 % de los familiares encuestados se encuentran satisfechos con la calidad de atención que han recibido del personal de clínica DAME; las preguntas estuvieron relacionadas con el buen trato, la información del médico, la eficiencia y calidez en la atención al paciente y a la familia; el confort de la infraestructura física.

Se nota a través de las encuestas que el personal tiene experiencia en el manejo de pacientes críticos y sus directivos tienen toda la apertura para hacer obra social con pacientes de escasos recursos económicos pero existe sobredemanda y por lo tanto es importante analizar datos exactos que justifiquen el problema tanto en infraestructura como en capacitación de usuarios Internos.

INVESTIGACIÓN SOBRE LA DEMANDA EN CLINICA DAME

Para determinar los puntos sobre demanda se realiza una revisión del archivo del 2009 en el departamento de estadística de la Clínica; con los siguientes datos que fueron solicitados al jefe de archivos de la Institución:

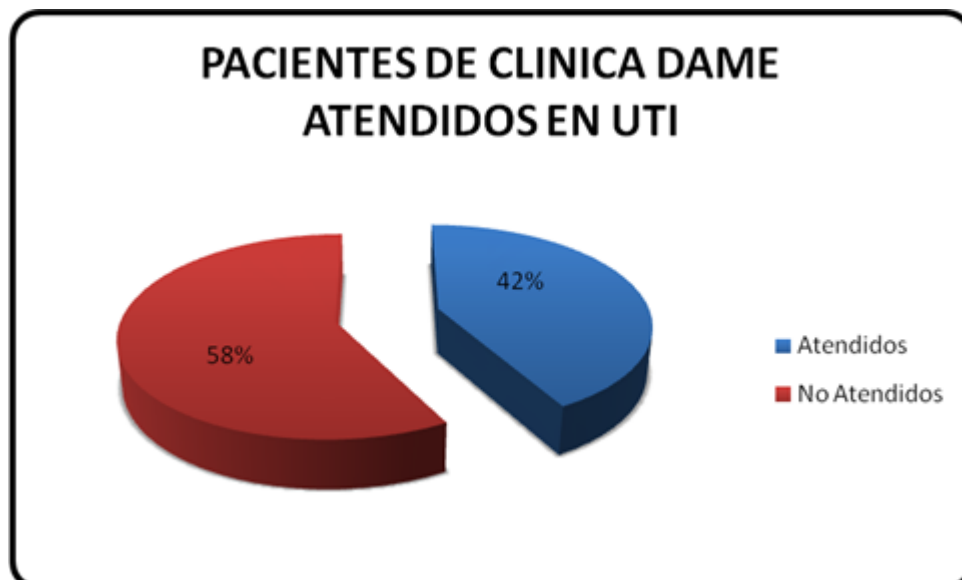
- 1.-Indique el número de pacientes atendidos el año 2009 en todos los servicios.
- 2.-Indique el número de pacientes atendidos en el 2009 por servicios
- 3.-Determine la demanda que hubo por patología y tipos de paciente
- 4.-Indique la capacidad de prestación de servicios
- 5.-Existe previsión para la demanda de servicios
- 6.-Tipo de pacientes atendidos.

**PRINCIPALES RESULTADOS OBTENIDOS A TRAVES DE
ENCUESTAS PARA ESTABLECER LA LINEA DE BASE.**

1. PACIENTES DE CLINICA DAME ATENDIDOS EN UCI.

Atendidos	165	42%
No Atendidos	230	58%
TOTAL	395	100%

Grafico 1



Fuente: Archivo de Clínica Dame
Realizada por: Narcisa Valdiviezo

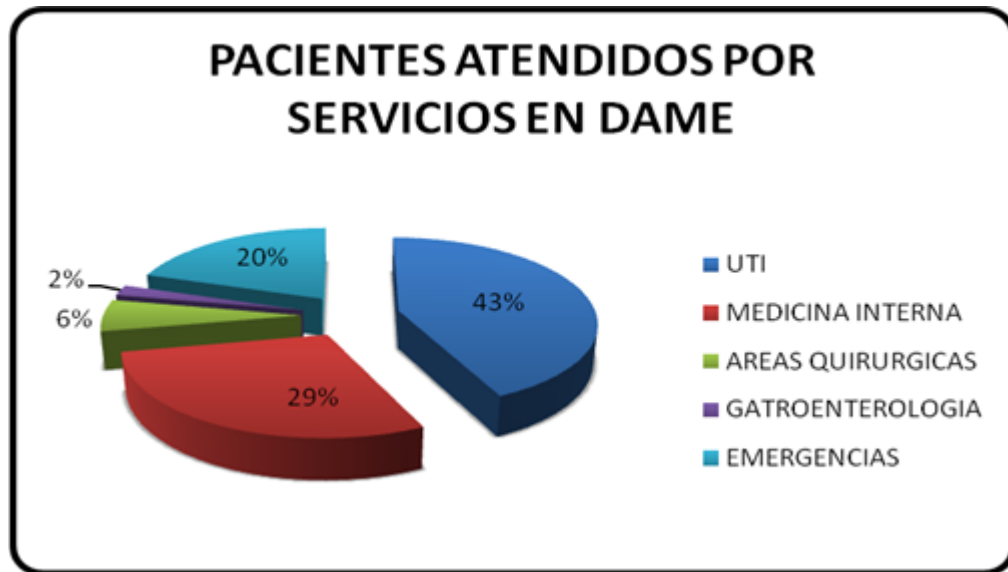
Análisis

De un total de 395 pacientes, el 42 % ingresan a Cuidados Intensivos; es un número muy representativo, y con estos datos se confirma que la clínica tiene mucha experiencia en el manejo de estos pacientes graves.

2. PACIENTES ATENDIDOS POR SERVICIOS EN DAME

UTI	169	43%
MEDICINA INTERNA	116	29%
AREAS QUIRURGICAS	23	6%
GATROENTEROLOGIA	8	2%
EMERGENCIAS	79	20%
TOTAL	395	100%

Gráfico 2



Fuente: Archivo de Clínica Dame

Realizada por: Narcisa Valdiviezo

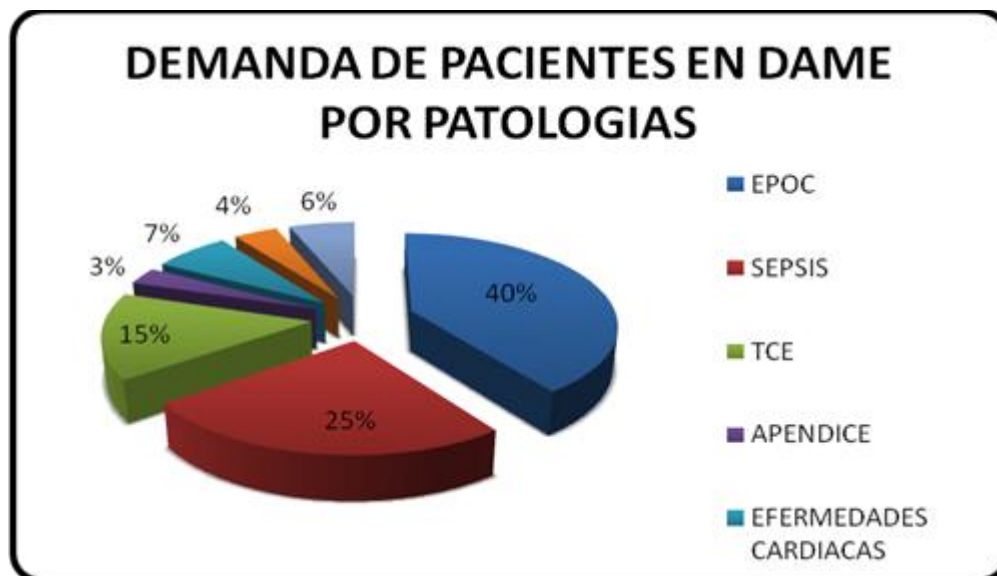
Análisis

De todos los servicios la mayor parte de pacientes corresponden a UCI, sin embargo se nota que existe varias especialidades en la clínica, que nos permite analizar que existe atención integral en todas las áreas médicas; aunque debe estimularse y promocionarse esas áreas para incrementar la cobertura de atención.

3.-DEMANDA DE PACIENTES EN DAME POR PATOLOGIAS

EPOC	158	40%
SEPSIS	99	25%
TCE	59	15%
APENDICE	12	3%
EFERMEADES CARDIACAS	28	7%
EFERMEADES TRUMATOLOGICAS	16	4%
OTRAS	24	6%
TOTAL	395	100%

Grafico 3



Fuente: Archivo de Clínica Dame
Realizada por: Narcisa Valdiviezo

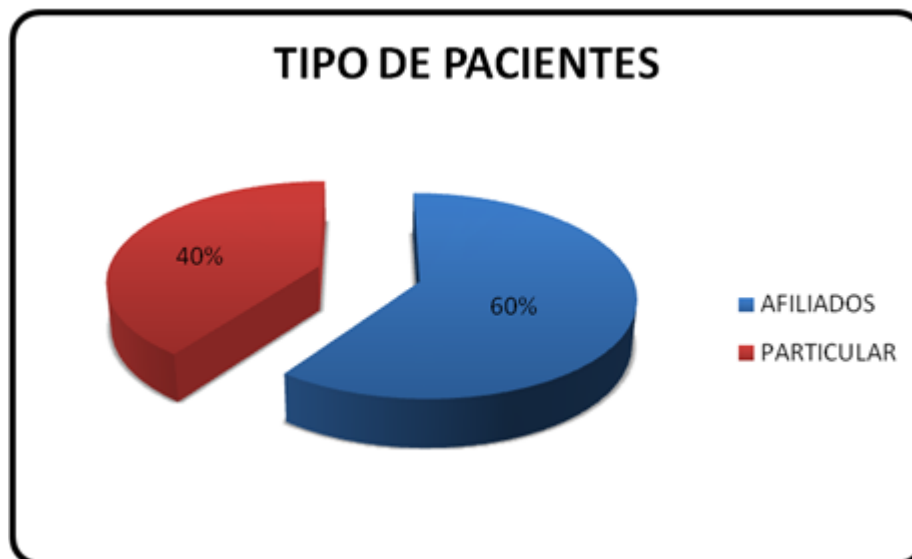
Análisis

Existe predominio de ingresos para enfermedades pulmonares crónicas, lo que significa que la población atendida en su mayoría supera los 60 años; de igual manera sucede con las enfermedades cardíacas.

4.-TIPO DE PACIENTES

AFILIADOS	237	60%
PARTICULAR	158	40%
TOTAL	395	100%

Grafico 4



Fuente: Archivo de Clínica Dame

Realizada por: Narcisa Valdiviezo

Análisis

El 60% de ingreso de pacientes son Afiliados al IESS, lo que determina que existe alta dependencia en su cobertura a esta Institución; ello por un lado es beneficioso

porque mantiene estabilidad; pero corre mucho riesgo en caso de que el IESS tambalee o se atrase en los pagos.

5.- CAPACIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS

CAMAS DE UTI	7	29%
CAMAS HOSPITALIZACION	10	42%
CAMA OBSERVACION	1	4%
CAMAS NEONALTALES	3	13%
CAMAS EMERGENCIAS	3	13%
TOTAL	24	100%

Grafico 5



Fuente: Archivo de Clínica Dame
Realizada por: Narcisa Valdiviezo

Análisis

Existe un buen porcentaje de camas para Terapia Intensiva en relación al número total de camas: Es conveniente prever la necesidad de incremento ante la demanda mayor de pacientes especialmente en esta área; aunque concomitantemente se mueven los otros servicios.

6.-PREVISION DE DEMANDA DE SERVICIOS

SI	94%
NO	6%
TOTAL	100%

Grafico 6



Fuente: Archivo de Clínica Dame

Realizada por: Narcisa Valdiviezo

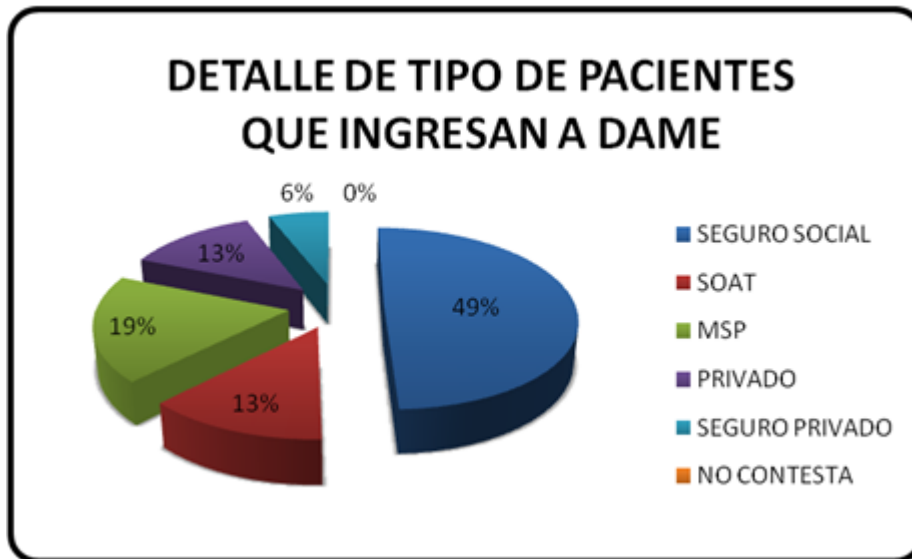
Análisis

Según el reporte de estadística existe adecuada previsión 94% de posibilidades de ampliar la infraestructura, mejorar la cobertura; predisposición del personal, etc. lo que beneficia e impulsa el desarrollo del proyecto.

7.-DETALLE DE TIPO DE PACIENTES QUE INGRESAN A DAME

RESPUESTA	Nº PACIENTES	PORCENTAJE
SEGURO SOCIAL	8	50%
SOAT	2	13%
MSP	3	19%
PRIVADO	2	13%
SEGURO PRIVADO	1	6%
NO CONTESTA		
TOTAL	16	100%

Grafico 7



Fuente: Archivo de Clínica Dame

Realizada por: Narcisa Valdiviezo

Análisis

Con este gráfico se corrobora que el mayor porcentaje de ingresos es del IESS y que también es muy variado el tipo de pacientes que atiende la clínica, siendo un número importante 19% los pacientes del MSP.

INTERPRETACIÓN DE LAS ENTREVISTAS Y CONCLUSIONES.

De las entrevistas y encuestas, se reafirma que aún prevalece la necesidad urgente de crear nuevas unidades de cuidados intensivos, ampliar las unidades ya existentes Capacitar en forma emergente en el trato y la calidad humana a estos pacientes así como a sus familiares a través de una programación coordinada y organizada que es el motivo de este proyecto .Los datos obtenidos son claros y en base a resultados de estas herramientas de trabajo se realizarán las debidas planificaciones.

Existe inconformidad por parte del usuario externo, por encontrar permanentemente ausencia de espacio físico en UCI, déficit de recurso humano, en las Unidades de terapia Intensiva, y por lo tanto falta de capacitación en usuarios internos y externos.

5. JUSTIFICACION

5.- JUSTIFICACIÓN

Si analizamos que la alta incidencia de pacientes con diagnósticos de trauma Grave, se suman otras patologías que son motivos de ingresos frecuentes como: Cardiovasculares, sepsis, problemas Respiratorios, Cirugías programadas del Corazón, de Neurocirugía, que ingresan a las Unidades de Cuidados Intensivos y que todas la Clínicas y hospitales que tienen una capacidad que es totalmente insuficiente para la población de Quito y sus alrededores, porque llegan paciente graves de Santo Domingo, Esmeraldas, y la mayor parte del Oriente.

En estas circunstancias, el Sistema de Salud ha colapsado, especialmente en lo referente con el área de Medicina crítica, pues permanentemente paciente graves, de muy escasos recursos económicos, deambulan en diferentes ambulancias, por toda la ciudad de Quito, buscando atención médica de Emergencia.

El índice de mortalidad cada año se ha incrementado, especialmente en pacientes entre 20 a 40 años, porque es la población económicamente activa la que más tiene susceptibilidad a las injurias y el trauma. Conociendo de estos antecedentes, y siendo solidarios al problema, tratando de integrarnos a la verdadera problemática social, hemos creído conveniente realizar este proyecto, para dar una alternativa de solución, hasta que el Ministerio de Salud, la seguridad Social, puedan coordinar armónicamente el aseguramiento universal para toda lo población del Ecuador.

Analizando la predisposición de la Clínica DAME, a través de encuestas a sus Directivos, empleados y usuarios Internos, conociendo la infraestructura física. Se justifica de toda forma el iniciar este proyecto, haberlo madurado durante todo el proceso de un año calendario que va desde agosto del 2010 a agosto del 2011.

Todo esfuerzo realizado es pequeño en relación al cumplimiento de los objetivos, con ejecución de cada una de las metas propuestas, que de todas las formas busca el bienestar y la salud para aquella población muy desprotegida. Es momento que se vea hacia atrás haciendo los cambios pertinentes en busca de mejores días y

excelencia en la atención de salud para la mayor parte de la población. Con este proyecto se puede despertar el Interés a las Autoridades de Salud para que se brinde Aseguramiento Universal a cada uno de los pacientes en condición grave, en condición de emergencia y con necesidad de ser atendido con calidad, eficiencia y humanismo.

Personalmente me ha permitido adquirir un desarrollo profesional al tener la apertura necesaria durante la ejecución de este proyecto porque he adquirido destrezas teóricas y prácticas que mejoran mi formación en el campo gerencial en beneficios de las Instituciones en las que laboro actualmente; esto ha determinado gran satisfacción personal pues veo plasmado el conocimiento y la capacitación en un grupo de personas de la Clínica DAME que con mucha responsabilidad han mejorado notablemente la calidad de atención Médica en pacientes graves que ingresan a esta Institución.

6. OBJETIVOS

6.- OBJETIVOS

6.1.- OBJETIVO GENERAL.

Implementar un Programa de Mejoramiento de la calidad de Atención Médica en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica DAME para elevar el grado de satisfacción del paciente y sus familiares.

6.2.-OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Capacitar al personal de Clínica DAME sobre la atención de calidad para mejorar su relación con los pacientes y sus familiares asegurando un trato humanizado.
2. Diseñar e implementar un Plan de mejoramiento de la calidad de la atención médica a través de capacitación técnica y de excelencia a los usuarios Internos de Clínica DAME implementando cursos de RCP y adquisición de maniqués e insumos.
3. Gestionar el incremento de 2 camas y el equipamiento requerido en el Servicio de Terapia Intensiva para atender la demanda actual.
4. Evaluar los indicadores del proyecto.

7. MARCO TEORICO

7. MARCO TEÓRICO

7.1. MARCO INSTITUCIONAL

7.1.1. ASPECTO GEOGRÁFICO



La Clínica DAME es una Unidad operativa especializada de tercer nivel, está localizada en el Distrito Metropolitano de Quito, parroquia Santa Prisca, en el Centro Norte del país. Su mayor cobertura de pacientes se relaciona con el área de Terapia Intensiva, y los ingresos de estos pacientes provienen de toda la provincia de Pichincha, Esmeraldas y el Oriente, por lo tanto las características demográficas y epidemiológicas varían de acuerdo al sitio de procedencia de los pacientes.

Fue fundada el 29 de octubre de 1999, por un grupo de médicos especialistas que esperaban ejercer y atender a la comunidad con excelencia.

7.1.2 DINÁMICA POBLACIONAL DE CLINICA DAME

La clínica DAME brinda una atención anual a 500 pacientes, hospitalización abarca casi el 50% pacientes de terapia intensiva y el resto por consulta externa de otras especialidades.

Presta atención al sector centro norte de la ciudad.

La mayoría de atenciones es a pacientes afiliados al IESS por convenio, a otras instituciones Privadas, y atenciones de pacientes SOAT.

7.1.3 MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN

La Clínica DAME es una Unidad de prestación de servicios médicos que satisface las necesidades de salud de la comunidad sin importar raza, género, religión, ni condición social; entregando a los pacientes atención médica de excelencia, con profesionales altamente calificados.

7.1.4 MISION DEL PROYECTO

El proyecto busca mejorar la calidad de atención de pacientes graves con sobredemanda para ingresar a Clínica DAME y que sean atendidos con calidez y eficiencia buscando permanentemente un trato humanizado para lo cual el personal del clínica DAME debe ser capacitado técnicamente en la atención y en la comunicación del paciente y la familia..

7.1.5 VISIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Corno Sociedad Anónima busca generar recursos para invertirlos en tecnología, infraestructura y recursos humanos; y poder cumplir con su objetivo de brindar con calidad la atención médica requerida por la comunidad y especialmente

aquellos pacientes de escasos recursos económicos que cursan con enfermedades graves.

7.1.6 VISION DEL PROYECTO

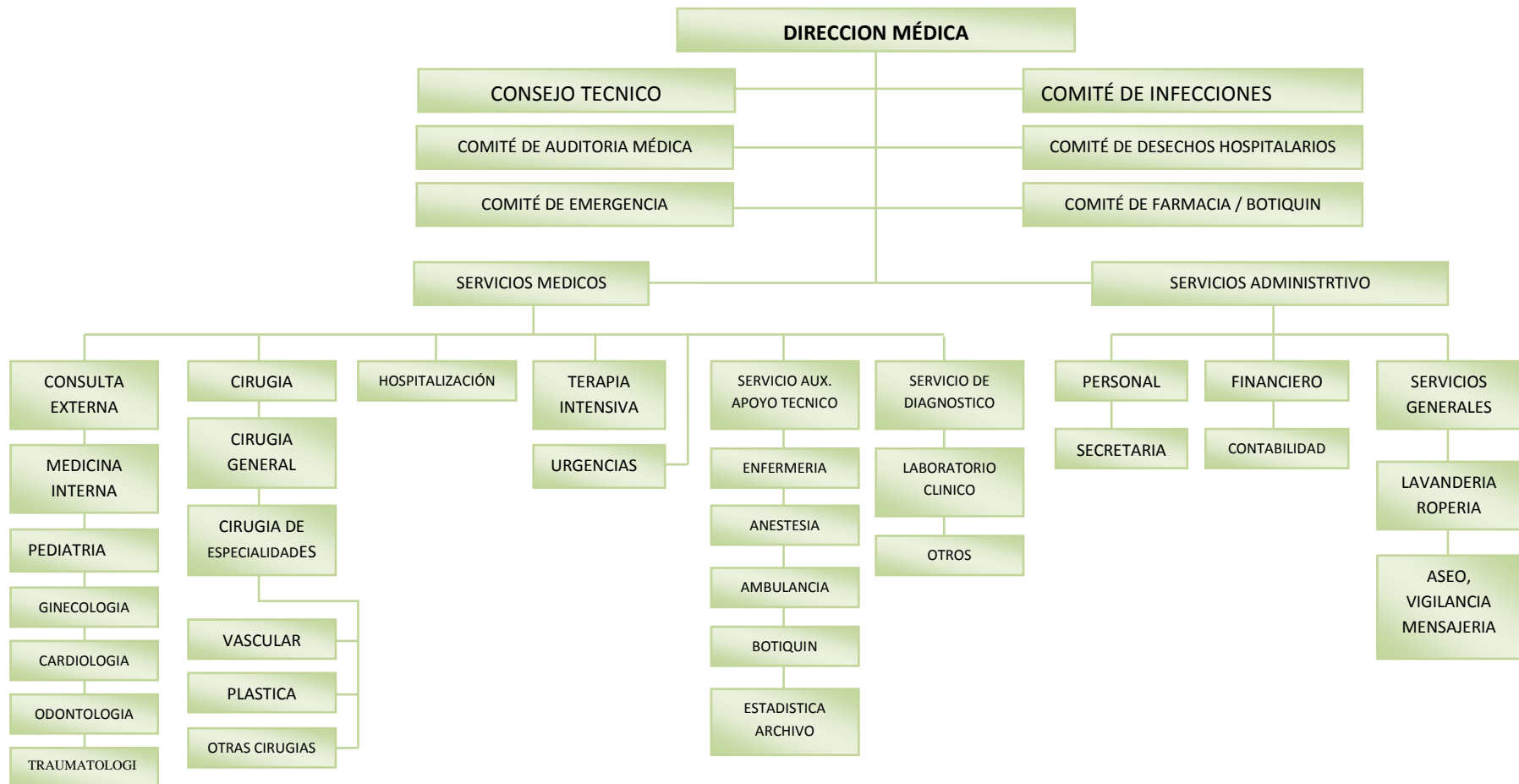
Es crecer como un gran proyecto que pueda ser considerado por el MSP y otras ONG para beneficiar a la población más vulnerable de Pichincha y Ecuador; consiguiendo tecnología de punta; recursos financieros permanentes y excelencia en la capacitación del talento humano reclutado, ofreciendo excelencia en la atención de los pacientes.

7.1.7 ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

La función directiva está a cargo de un Gerente General y el Administrador de la Clínica, que han permanecido en la Institución en forma consecutiva por nueve años, dando un tiempo de entrega y dedicación y capacitándose permanentemente en el área de Gerencia en Salud, manteniendo una organización y coordinación de forma horizontal. La Clínica cuenta con un Director Médico especialista en medicina interna y terapia intensiva con experiencia médica y gerencial, quien coordina permanentemente las actividades médicas así como la capacitación permanente de médicos residentes y supervisores de las diferentes áreas hospitalarias. En la coordinación de enfermería se cuenta con una líder, capacitada con una maestría en instrumentación quirúrgica y más de 20 años de experiencia en cuidado directo de pacientes.

Dentro del manejo interno del personal de enfermería por cada turno existe una líder de grupo quien monitorea y controla el buen funcionamiento de la unidad. También hay un médico tratante de Terapia Intensiva que es la cabeza de la guardia.

7.1.8 ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL



Con respecto a la educación del Equipo de Salud, se programa capacitación continua por áreas y de acuerdo al presupuesto de la Institución, se ha conseguido capacitar al personal en los programas del SOAT. El personal médico y de enfermería también ha sido capacitada en la parte de manejo de equipos médicos sofisticados, como los que dispone la unidad de Cuidados Intensivos. Hemos programado realizar protocolos de tratamiento en el campo de enfermería y médico, el personal más antiguo recibió capacitación en Reanimación Cardiopulmonar, y se ha planteado que también lo haga el personal nuevo.

Todo el personal médico y de enfermería se actualiza permanentemente en el uso de monitores y ventiladores mecánicos. Existe un protocolo de manejo de desechos que está monitorizado por el comité de desechos, y día a día se pone en práctica este protocolo para el buen desempeño en esta área que es controlada por el Ministerio de Salud y Fundación Natura. Cada año somos evaluados por el Ministerio del Medio Ambiente, y la Fundación Natura, cumpliendo con todas las normas y protocolos que ellos exigen.

7.1.9 TALENTO HUMANO

Como parte de los recursos Humanos, trabajan 85 personas de planta, 40 personas con contratos fijos y 45 por honorarios. El talento humano está distribuido por áreas: el área médica, enfermería, auxiliares de enfermería, área administrativa y de contabilidad, trabajo social, área de, mantenimiento y limpieza, área odontológica, laboratorio, entre otros.

PERSONAL PROFESIONAL

Líder médico	1
Médico tratante de UTI	4
Médicos supervisores de terapia	6
Médicos residentes	4
Líder enfermería	1
Lcda. Enfermeras cuidado directo	15

PERSONAL ADMINISTRATIVO

Gerente	1
Departamento contabilidad	3
Secretaria	1

PERSONAL NO PROFESIONAL

Auxiliares de enfermería	20
Personal de limpieza	3
Lavandería	2
Dietética	2
Seguridad	2

7.1.10 SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN

La clínica presta atención básicamente a pacientes de terapia intensiva, consta de 3 pisos, pero hoy en día resulta pequeña en relación a todas las especialidades.

Medicina Interna.- clínica – neurología – gastroenterología, Neumología, Nefrología.

Cirugía - general - traumatología, otorrinolaringología

Ginecología, en consulta externa, comienza a función de partos

Pediatría, atención a neonatos en terapia intensiva

SERVICIO DE APOYO

Unidad de terapia intensiva – emergencia

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Imagenología – laboratorio clínico – electrocardiogramas - odontología

Se ha conseguido en el poco tiempo de vida de la clínica, un nivel de crecimiento adecuado, con implementación tecnológica, especialmente para el servicio de terapia intensiva, los equipos se encuentran en buen estado y están funcionando actualmente y permanecen bajo control y mantenimiento continuo

7.1.11 DATOS ESTADÍSTICOS DE COBERTURA

La clínica cuenta con un registro de atención por especialidad, en el respectivo departamento de archivo, en el que constan todas las patologías múltiples relacionadas con infecciones, trauma, enfermedades pulmonares, etc. Se clasifican las historias clínicas de acuerdo a la pertenencia de los pacientes a las diferentes Instituciones como: los pacientes que son privados, afiliados al IESS y pacientes del SOAT y del PPS.

7.1.12 CARACTERÍSTICAS GEOFÍSICAS DE LA INSTITUCIÓN

La clínica tiene tres plantas:

Consulta externa

Hospitalización

Emergencia

Quirófano y cirugía

Unidad de terapia intensiva de adultos

Unidad de terapia intensiva neonatal

Laboratorio clínico

Odontología

Radiología

Ecosonografía

7.1.13 INFRAESTRUCTURA

En relación a su infraestructura, esta institución se encuentra formada por un edificio de tres plantas de construcción moderna, cuenta con 10 habitaciones para hospitalización y en la planta baja funciona Recepción, tres consultorios de Emergencia y el Área de Terapia Intensiva la cual dispone 7 camas de adultos y dos neonatales. Además dispone de edificaciones para lavandería, servicio de alimentación y comedor de personal, instalación final de desechos, cuarto de lencería, área de esterilización y tres salas de espera.

7.1.14 PRESUPUESTO

Cuenta con un presupuesto anual producto de la generación de recursos privados, que tienen que ser planificados minuciosamente para optimizar recursos y necesidades presupuestadas, según reportes económicos del servicio de contabilidad, conocemos que el presupuesto anual es de 900,000 USD, para poder cumplir con los requerimientos básicos de atención.

Para la atención de dos camas de UCI destinadas al ingreso de dos pacientes graves de escasos recursos necesitaríamos un presupuesto anual de USD 300.000 para cubrir los gastos de medicación, insumos, oxígeno, laboratorio y RX sin considerar honorarios médicos y monitorización; pues Clínica Dame cubriría estos gastos como parte de la obra social que tiene en su misión.

7.1.15 POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN

Políticas de la Institución

Las políticas institucionales están enmarcadas en la modernización del Estado, en base a la ley de Modernización, privatizaciones y prestaciones de servicios, expedido en diciembre de 1999.

La clínica DAME S.A es una empresa privada de servicio público según el reglamento de servicios de salud, publicado en el Registro Oficial N° 882 del 26 de julio de 1979. Se encuentra constituida por dos áreas: una técnica y otra administrativa, bajo la responsabilidad del gerente general de la clínica.

Es una política de la institución, mantener precios bajos, realizar permanentemente ayuda social y dar mayores servicios a pacientes graves de escasos recursos económicos. Cumpliendo permanentemente con los principios de calidad, eficiencia, equidad. Y solidaridad.

Dinámica poblacional

la clínica DAME tiene una cobertura de aproximadamente de 500 pacientes al año, durante los 10 años de creación ha orientado sus servicios de atención al tratamiento de pacientes críticos y sensibles a la crisis económica existente. Además ha realizado diferentes tipos de convenio con instituciones públicas y privadas a bajos costos con excelencia y humanismo en la calidad de atención

En los dos últimos años ha incrementado su cobertura a pacientes ambulatorios y de hospitalización en diferentes especialidades.

Es una política de la institución, mantener precios bajos, realizar permanente ayuda social y nunca negar el servicio a pacientes graves.

7.2 MARCO CONCEPTUAL

Considerando el tema de esta tesis es importante presentar los diferentes conceptos temas y subtemas relacionados con cada uno de los procesos que se darán progresivamente en cada resultado esperado, pues sólo de esa manera es fácil correlacionar y encontrar una guía clara para poder desarrollar los objetivos planteados.

Por lo tanto es importante detallar temas relacionados con UCI , pues el objetivo principal es dar atención a pacientes graves que deben ser atendidos en una Unidad de Cuidados Intensivos en donde sean tratados con eficiencia y calidez ; así como con gran responsabilidad y entrega por parte del talento humano que trabaja en esas unidades considerando la parte humana y psicológica ya que el stress por el tipo de patologías encontradas determina una condición y un perfil especial del tipo de talento humano seleccionado para que pueda acoplarse en estas Unidades y proporcionar el mejor tipo de atención a estos pacientes graves. Por lo tanto se hace énfasis en temas de capacitación a los usuarios Internos en relación a la comunicación con el paciente y la familia. Ya que son los entes de participación directa en la atención médica, que debe proporcionarse con calidad y humanismo; gracias a la capacitación que se brindará a través de este proyecto de acción.

He considerado temas relacionados con la Universalización en la atención médica , dado que los convenios Inter-Institucionales , como los que actualmente tiene la Clínica

DAME con el IESS (por más de doce años) están permitiendo de alguna forma conseguir universalizar el Sistema de Salud a través de una red de atención pública y privada; y la condición económica de la clínica en la parte económica se ha fortalecido, así como la viabilidad económica para crecer con este proyecto se hace a través de convenios Inter-institucionales que buscan dar una mayor y mejor cobertura de salud; de alguna manera tratando de universalizar la Salud de manera progresiva.

Hago referencia también a temas que se relacionen con la construcción de una Unidad de Cuidados Intensivos, porque uno de los fines de este proyecto es ampliar la infraestructura de UCI para poder dar mayor cobertura a los pacientes graves y de escasos recursos que no pueden ser atendidos por el Sistema Público debido al colapso de sus Unidades.

También he considerado como tema importantísimo el desarrollo de todo un proceso relacionado con la Certificación de un Centro de Entrenamiento que será un puntal fundamental para la capacitación de los Usuarios Internos de Clínica DAME, ya que a través de la Certificación de la American Heart Association, se podrán conseguir y dar los cursos de Entrenamiento a todo el personal, cumpliendo con las certificaciones periódicas de actualización de acuerdo a las guías de la American Heart.

A continuación detallaremos los temas relacionados con lo antes expuesto:

7.2.1 ATENCION DEL PERSONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. RELACION CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA.-

Funciones del Personal de UCI.-

Alvar net Castel 2008 dice que las funciones que desempeña el personal de cuidados Intensivos es el de mantener la integridad del individuo, mediante la valoración, el diagnóstico y el tratamiento de sus necesidades de orden físico y psicosocial.

Antoni J (2008, pag 320) “La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) constituye un ambiente cargado de tensión, en donde el paciente afronta una situación de riesgo para su vida en una atmósfera de alta tecnología; sea cual fuere el diagnóstico de ingreso, existen diversas necesidades que son comunes para todos los pacientes de la UCI.”

Organización de la UCI.-

Para cumplir sus objetivos la UCI debe hallarse estructurada de tal modo que se garanticen la eficacia y continuidad de los cuidados que en ella se prestan ; el personal médico y la enfermera desempeñan un papel principal en la atención del paciente , poseen muchas responsabilidades ; el ambiente debe facilitar la colaboración de todos los miembros del equipo sanitario . Las normas generales, los procedimientos y los estándares de asistencias han de quedar claramente delimitados. Todo el personal nuevo debe seguir un programa completo de orientación, supervisado por un médico competente y experimentado .Las gráficas de los pacientes se han de elaborar de manera organizada y uniforme y tienen que efectuarse revisiones continuas de protocolos de manejo, casos clínicos, etc., para garantizar que se cumplan los estándares de calidad.

Apoyo Psicosocial para el paciente, la familia y el talento humano.-

Es esencial una buena comunicación con el paciente de la UCI para aliviar su ansiedad y procurar su bienestar emocional al ingreso del paciente ; el equipo de salud debe orientarlo con respecto a lo que le rodea ; así como a los aspectos temporal y personal y darle una explicación acerca de los motivos del ingreso. Debe explicarle de las medidas de seguridad, los monitores, las funciones de los aparatos especializados y las señales de alarma; los familiares deben recibir igual información y pueden ser de utilidad para orientar al paciente y aliviar su ansiedad.

Por otra parte, producto de los requerimientos de esta atención hospitalaria es muy importante la atención psicológica a los familiares de estos pacientes partiendo del hecho de que están muy afectados emocionalmente, predominando el temor por la vida de su familiar, realizan esfuerzos por mantenerse en su inmediatez, desean hablar con médicos y enfermeras, y conocer su gravedad, expresar sus propias inquietudes y sentimientos.

También se ha demostrado utilidad de la introducción del acompañante en unidades cerradas de terapia , para el paciente y para el propio personal asistencial .Pero están sometidos al enfrentamiento directo con la gravedad de su familiar ; a las condiciones de trabajo de la Unidad , donde no existe rutina ; todo lo cual provoca marcada tensión psíquica que en correspondencia con las particularidades individuales de la personalidad que provocan distintas formas de ansiedad a nivel de familiares y personal de las unidades médicas, lo que determina y es necesario una evaluación psicológica, para luego seleccionar al más indicado , acorde además al deseo del paciente.

Padecer una enfermedad grave implica un reto adaptativo desde el punto de vista psicológico para pacientes y familiares. La mera hospitalización puede constituir una experiencia de aislamiento y desamparo en el que se les priva de sus espacios vitales como son: amigos, familiares intimidad, autodeterminación; pasando de su rol activo a un rol pasivo, dependiente de la atención de los demás y en muchos casos con disminución de la capacidad para la toma de decisiones. Otro acontecimiento al que se enfrentan pacientes, familiares y personal es a la posibilidad real de la muerte lo que determina un gran impacto emocional desequilibrando la Salud Psíquica y descontrolándolas emociones, el organismo pierde parte de su inmunidad natural. Las nuevas investigaciones sobre el Sistema Inmunológico influido por la mente han ido adquiriendo cada vez mayor impulso, ya que los estados psicológicos negativos pueden tener como consecuencias afectaciones en la inmunidad del individuo.

Pérez L(1987)resalta el papel activo del hombre en su relación con el ambiente y llama “Papel de la Psiquis en la determinación de la Salud”.

Ante manifestaciones Psicológicas de pacientes y familiares se requiere de atención Psicoterapéutica cuya estructuración se da a tres niveles:

Un primer nivel en el que se realizan acciones educativas fundamentales a través de la persuasión, la sugestión y la información. Por su sencillez pueden estar al alcance de cualquier personal de la salud, pues es suficiente con la programación de charlas educativas, tener conocimientos básicos de Psicología, tener buena

actitud para la integración a estas charlas, buen sentido común y experiencia con el trato de este tipo de pacientes.

Un segundo nivel en el que se utilizan técnicas dirigidas a modificar síntomas y conductas específicas entre ellas diversas modalidades conductuales y técnicas de relajación que puedan ayudar a que el paciente aprenda a relacionarse con la angustia que le producen los síntomas de su enfermedad así como con las emociones que ésta pueda provocarle.

Un tercer nivel más profundo en el que se utilizan técnicas de reestructuración de la personalidad, en las que se requiere de entrenamiento y que no son de mayor empleo en UCI.

Aunque existen diversos recursos Psicoterapéuticos para charlas y entrenamientos didácticos para personal de Unidades Médicas ; uno de los más importantes se relaciona con la personalidad de quien ofrece la ayuda ; por lo que es menester que expresemos actitudes de aceptación y comprensión , lo que favorecerá el proceso de cambio de actitud y creará condiciones exitosas para la intervención.

Ambiente.-

En numerosos estudios se ha demostrado la importancia del ambiente físico de la UCI para el bienestar emocional de los pacientes. En cada habitación debe haber ventanas, relojes y calendarios; se pueden permitir los aparatos de televisión y radio, si se considera apropiado. La iluminación de la habitación debe ser lo más normal posible, y es preferible que este apagada por la noche. El ambiente de la UCI tiende a despojar a los pacientes de su independencia. Hay que intentar que el paciente intervenga en el proceso de la toma de decisiones y, si la situación clínica lo permite, que asuma una cierta responsabilidad en su propia asistencia. Hay que respetar los derechos personales del paciente acerca de su intimidad, en especial durante los procedimientos y exploraciones que se efectúen.

El ambiente de la UCI puede resultar extraño o desconocido para los pacientes, privándolos de sus interacciones y sensaciones habituales que pueden afectarles

de un modo negativo. Entre los estresores habituales, Hewitt J (2003) destaca la deprivación sensorial como una reducción en la cualidad o cantidad de estimulación, así mismo identifica 5 tipos de alteraciones ambientales que pueden conducir a un comportamiento anormal como reducción en la cantidad y variedad de estimulación, pequeñas variaciones en los estímulos ; ruido excesivo , aislamiento físico y social y restricciones de movimiento.

Cuidado Físico.-

Las necesidades físicas de los pacientes son muy variables, según la enfermedad subyacente, pero es conveniente recordar algunos principios generales. La higiene es importante, no solo para la sensación de comodidad del paciente, sino también porque proporciona una oportunidad para muchas observaciones. Por lo común los pacientes de la UCI permanecen en cama, y a menudo tienen sus brazos impedidos por los dispositivos de monitorización. En estos pacientes es particularmente importante el cuidado de la piel y de los ojos y la higiene oral. Para evitar las complicaciones del desuso, pueden ser convenientes los ejercicios físicos con un amplio margen de movimientos.

En los confines cerrados de la UCI, tiene especial relevancia la prevención de la infecciones nosocomiales. Debido a que en la UCI los dispositivos de monitorización invasiva son estándar, existen muchas vías de entrada para la infección. Es importante la técnica estéril, hay que desarrollar normas para el control de las infecciones, y es fundamental la educación continua del equipo de salud. En relación a las prácticas del control de infecciones. La documentación del equipo de salud, de la evolución diaria del paciente debe incluir las curas y procedimientos realizados, y el estado de cualquier sitio de inserción de tubos o drenajes.

Para todos los pacientes son importantes los periodos de reposo y sueño que a menudo inadvertidamente se descuidan en la UCI.

Hay que programar las actividades y los procedimientos para proporcionar períodos de reposo. Cuando es posible, los esquemas de medicación deben permitir periodos de sueño ininterrumpido.

Visitas.-

Los privilegios de la visita para los miembros de la familia tienen una incumbencia individual. Muchos pacientes se sienten cómodos teniendo un miembro de la familia al lado de la cama. Con otros pacientes puede ser más conveniente tener visitas limitadas. El equipo de salud puede evaluar la respuesta de los pacientes a las visitas y fijar los límites adecuados. Actualmente se está a favor de permitir más las visitas de otras personas por las que el enfermo manifieste interés. Si los miembros de la familia no pueden visitar a éste o desean una información actualizada de su estado, designarán a uno de ellos como responsable para discutir con el equipo de salud cuanto se refiera a ese paciente.

7.2.2 IMPLEMENTACIÓN Y FUNCIONAMIENTO EN UCI

Criterios de localización y de organización

Localización

La ubicación de la UCI dentro del hospital, debe ser un área restringida y protegida del flujo de circulación habitual de los pacientes, visitas y personal de los demás servicios.

Hay que tener en cuenta la vulnerabilidad de los pacientes por esto debe contarse con vías de evacuación expedita y segura. (Torpy, 2009)

Sobre la unidad deben ubicarse pisos mecánicos, donde se instalen y distribuyan las instalaciones especiales que ella requiera. Se debe evitar cruces de instalaciones de evacuación de aguas servidas, directamente sobre entrecielos o losas de recintos clínicos de esta unidad.

La localización de la UCI en relación a los otros servicios clínicos y de apoyo del hospital tiene que ser esquematizada de acuerdo al grado de proximidad y frecuencia con que estas se vinculan.

La UCI debe estar en constante interacción con los demás servicios clínicos y Unidades de apoyo, por lo que es muy importante que la UCI tenga acceso durante las 24 horas del día:

- Quirófanos
- Emergencia
- Esterilización
- Hemodiálisis
- Servicio de Imagen
- Laboratorio
- Banco de sangre
- Farmacia

7.2.3 CRITERIOS DE ORGANIZACIÓN DE LA PLANTA FÍSICA DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Los criterios de organización de las plantas de la UCI, están dados por aspectos funcionales médico arquitectónicos y aspectos de prevención de Infecciones intra hospitalarias (Sociedad Argentina de Cuidados Intensivos)

ASPECTOS FUNCIONALES

Estas unidades se organizan en cinco áreas principales:

Área clínica

Área de apoyo clínico

Área residencia médica y estar personales

Área administrativa

Área de espera del público

Deben estar separados los sectores administrativos con las áreas del paciente y de apoyo técnico que requieren una mayor privacidad, además es muy importante mantener separados los accesos de visitas de los accesos de pacientes, personal e insumos.

Áreas de recintos de una UCI

Área clínica:

- Cubículos pacientes
- Estación enfermería

Área apoyo clínico:

- Bodega de insumos
- Bodega de ropa limpia
- Bodega de equipos
- Sala lavachatas
- Ropa sucia
- Aseo
- Baño personal

Área administrativa:

- oficina secretaria
- oficina médico jefe
- oficina enfermera supervisora
- sala de familiares
- sala de reuniones
- guardarropa visitas
- bodega insumos oficina

Área residencia médica y estar personal:

- Dormitorio residencia
- Sala de estar personal

Área espera público:

- sala de espera
- baño publico

El área clínica incluye los recintos que se relacionan en forma más directa con el paciente y que constituyen el núcleo de la organización de una UCI. Esta área considera los cubículos de atención de pacientes, la estación de enfermería y central de monitoreo.

Cubículo atención paciente UCI

Es la unidad básica de atención individual al paciente, donde se debe respetar su privacidad y al mismo tiempo el personal que se encuentra en turno logrará tener una visión directa desde la central de monitoreo para su óptimo control y vigilancia. En estos cubículos se concentra casi la totalidad de instalaciones eléctricas especiales, gases clínicos, ventilación y sistemas de apoyo y equipamiento médico de soporte al paciente.

7.2.4 EQUIPAMIENTO CLINICO UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y DE CUIDADOS INTERMEDIOS

Equipamiento de un cubículo de paciente de unidad de cuidados intensivos.(Sociedad Argentina de cuidados intensivos)

- 1 cama clínica de intensivo con colchón antiescaras
- 1 monitor cardíaco con posibilidad de conexión a central con:
 - 1 canal de ECG
 - 2 canales de presión invasiva
 - 1 canal de presión no invasiva
 - 1 oxímetro de pulso
 - Control de temperatura
 - Alarmas correspondientes
- 1 ventilador de volumen
- 2 tomas de Oxígeno de red central
- 2 tomas de aspiración central
- 1 toma de aire comprimido medicinal
- 5 bombas de infusión
- 1 bomba de nutrición enteral
- 1 bolsa de insuflación con válvula PEEP
- 1 nebulizador
- 1 lámpara de procedimientos
- 1 esfigmomanómetro mural o monitor signos vitales
- 1 fonendoscopio

Equipamiento en la unidad de cuidados intensivos

- 1 carro de paro con: desfibrilador, monitor cardíaco, bolsa de insuflación PEEP
- 1 monitor cardíaco portátil
- 1 desfibrilador portátil con marcapaso externo
- 1 ventilador de traslado
- 1 carro de procedimientos
- 1 broncoscopio
- 2 camillas de traslado
- 2 botellas de oxígeno
- 1 Equipo de rayos portátil
- 1 monitor central para 6 camas o más
- 2 negatoscopios cuádruples
- 2 laringoscopios por cada 3 camas
- 1 cama radiolúcida
- 1 ventilador mecánico no invasivo
- 1 máquina de hemodiálisis convencional, cuyo manejo dependerá del personal de enfermería de la Unidad de hemodiálisis.
- 1 sistema de medición de presión intra craneana por fibra

Junto a la dirección del Hospital se debe establecer una política relacionada con la mantención del equipamiento, para así prevenir deterioros irreparables, o períodos prolongados de equipos fuera de uso. Deben estar disponibles y en conocimiento del personal los manuales de operación de los diferentes equipos.

Acceso a otros equipos.

- Endoscopias de urgencia
- Máquina de hemodiálisis convencional
- Máquina de hemodiafiltración para terapia de reemplazo renal, lo ideal sería que tenga la opción de diálisis convencional
- 1 ecotomógrafo multipropósito
- Intensificador de imágenes
- Diálisis hepática en las unidades que realicen transplante hepático.

Con el fin de asegurar servicios de la mejor calidad será recomendable que la UCI elabore normas internas y manuales que permitan uniformar criterios y estandarizar procedimientos. Las normas deben ser actualizadas en conocimiento y a disposición de todo el personal, y pueden incluir normas sobre: derivación de pacientes, seguridad del personal, en caso de muerte cerebral y donación de órganos, infecciones intra hospitalarias, en caso de desastre y evacuación, además de manuales de organización y procedimientos médicos y de enfermería.

Organización de la Unidad de Cuidados intensivos.

Jones et al 2011 Estiman que la UCI debe proporcionar una atención de calidad a los pacientes críticamente enfermos. Requiere para un buen funcionamiento de un equipo calificado por médicos, enfermeras y técnicos paramédicos en cantidad suficiente, los que tienen como función proporcionar un cuidado multidisciplinario e integral. Compara los equipos de personal médico definidos como de “respuesta rápida” con equipos médicos tradicionales, obteniendo

mejores resultados en pacientes críticos, con el personal médico debidamente capacitada para reanimación rápida.

A) Recursos humano.

1) MÉDICOS: La UCI debe contar con un médico líder, médicos tratantes y un equipo de médicos residentes

MÉDICO Líder. Debe ser responsable de las funciones de planificación, coordinación del trabajo interno y las relaciones externas, además debe realizar actividades evaluativos y de supervisión técnico y administrativo.

El perfil del médico líder debe acreditar para concursar al cargo una especialidad básica de medicina, cirugía anestesia y especialización en medicina intensiva, además es recomendable que posea conocimientos acreditados de gestión hospitalaria. Tendrá funciones de carácter directivo asistencias, administrativo y docente

- Establecer un sistema de mantención de la Unidad (adquisición de equipamiento e instrumental para la Unidad)
- Promover, planificar, ejecutar y evaluar la educación continua, de acuerdo a las necesidades detectadas del personal.
- Colaborar con los programas de estudio de pre y post grado de las carreras de salud, según corresponda, de acuerdo a los convenios docente-asistenciales vigentes.

MÉDICOS RESIDENTES

Realizarán turnos para dar cobertura permanente a la Unidad. La dotación que se recomienda es 1 médico por turno por cada 6 camas, en el caso que las unidades tengan dotación de camas superior a 6, hay que incrementar la dotación de médicos.

Proporcionan atención de manera directa a los pacientes, además de coordinar el trabajo entre el equipo de salud de la UCI, de tal manera que la prestación médica sea un todo integrado que favorezca al paciente desde la perspectiva biopsicosocial

2) ENFERMERAS: La enfermera debe poseer un conocimiento y experiencia marcada para el manejo de los pacientes críticos, además deben permanecer en constante capacitación para utilizar equipos diagnósticos y terapéuticos. La formación de la enfermera en cuidado intensivo deberá estar sujeta a la acreditación como proveedora de soporte vital básico y avanzado (Jones et al 2011).

La dotación de enfermeras clínicas deber ser de 1 enfermera por cada 3 camas por turno en la UCI, está aumentará de acuerdo a las cargas de trabajo. (SACI)

Las enfermeras deben contar con capacitación previa en el área o experiencia en el manejo del paciente crítico o ser especialista en cuidado intensivo, si no cuenta con esto se debe capacitar en una Unidad acreditada.

Las enfermeras clínicas son las encargadas y responsables de la atención directa al paciente, por lo que deben formular, ejecutar y supervisar el Plan de atención de enfermería de los pacientes a su cargo. (Meier et al 2011).

Auxiliar Técnico Paramédico

La dotación ideal es de 1 auxiliar técnico paramédico por 2 camas por turno, además se recomienda 1 técnico paramédico para refuerzo diurno en las unidades de mayor complejidad.

Otras actividades de apoyo, además de realizar controles que son asignados por la enfermera. Este personal debe contar con una capacitación en la Unidad y de soporte vital básico y primeros auxilios.

7.2.5 CRITERIOS DE CONSTRUCCIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Según la Sociedad Argentina de Cuidados Intensivos, en su publicación sobre la categorización de áreas de cuidados intensivos polivalentes, deben seguirse parámetros estrictos para la construcción y adecuación de las unidades de cuidados intensivos, con especificaciones de acuerdo a dimensiones, espacios y distribución de las áreas.

REVESTIMIENTOS

Pisos

Los revestimientos de piso deben ser resistentes al tránsito intenso, además deben tener facilidad para la limpieza. Debido al tránsito intenso del personal, al equipamiento y las condiciones de aseo y limpieza que posee esta unidad, se pueden usar baldosas microvibradas o vinilos. También es factible el uso de PVC de alto tránsito con uniones termo selladas.

Hay que considerar que estos materiales aportan una importante cantidad de carga combustible de humos tóxicos, las que deben ser tomadas en cuenta en el cálculo de carga combustible en el estudio de riesgos de incendio.

Se recomienda la impermeabilización de todos los recintos en donde haya ubicados artefactos sanitarios. No se recomienda el uso de cerámicos en pavimentos, debido a que tienen baja resistencia a impactos de objetos.

Paredes.

Se recomienda revestimientos en base a poliuretano. Debido a que el cubículo del paciente es un recinto expuesto a tránsito o ingreso súbito de algún equipamiento como carros, se recomienda el uso de guardamuros laterales y tacos de freno de ruedas para asegurar el distanciamiento de al menos 80 cms entre la cama y el muro cabecera.

Techos.

Superficies resistentes a limpieza profunda con detergentes especializados para uso clínico. Por lo tanto siguen cumpliendo con los requisitos los revestimientos en base a poliuretano.

Anchos de puertas.

El ancho de las puertas de acceso debe ser idealmente de 180 cms o más, debido a que el ingreso de pacientes a estas unidades siempre es realizado en camillas de transporte por cuatro o más operadores, además de la precipitación con que se realiza el traslado en situaciones de emergencia.

INSTALACIONES

Instalaciones eléctricas

Se debe cumplir con las normas para establecer condiciones mínimas de seguridad con las que deben cumplir las instalaciones eléctricas interiores.

Debe cumplir con la reglamentación vigente emanada de la Superintendencia de Electricidad y Combustibles y los organismos y cuerpos legales vigentes sobre la materia.

Gases clínicos

Instalación y suministro de gases clínicos a través de red central de gases clínicos, que deben cumplir con las normas vigentes de seguridad emanadas por la Normas del cuerpo de bomberos y empresa eléctrica.

Cada cubículo tendrá la siguiente toma de gases clínicos: 2 tomas de oxígeno, 2 tomas de vacío, 1 toma de aire medicinal.

7.2.6 PRINCIPAL CAUSA DE INGRESO A UCI.

Son causas de ingreso a las Unidades de Cuidados Intensivos pacientes graves que cursan con Diagnóstico de trauma, Politrauma, Sepsis de diferentes focos con fallo multiorgánico, Insuficiencia Respiratoria, Neumonías, TEP, Insuficiencia Cardíaca; Insuficiencia renal Descompensada, Síndromes Coronarios, etc.

Trauma.-

La epidemiología del Trauma , presenta los Datos Estadísticos Nacionales e Internacionales disponibles que permiten efectuar algunas comparaciones .Sin embargo la falta de un registro centralizado , de traumatismos , emergencias y desastres con información confiable , el subregistro hospitalario y la ausencia de entes centralizadores de este tipo de información , con criterios de inclusión y exclusión , y codificación similar ; no permiten efectuar un diagnóstico epidemiológico adecuado para valorar la magnitud , el impacto en la población y la discapacidad generada por los traumatismos. No sólo es una necesidad epidemiológica, sino que esto ayudaría a trabajar con éxito en la prevención del trauma.

En cuanto a la Administración de Recursos para la atención del traumatizado, son necesarios temas relacionados con la organización de esa atención como: Sistemas de Trauma, Centros de Trauma, sistemas de emergencias, etc. Y otro tema tan importante como el anterior es mencionar la capacitación del recurso humano y la Evaluación del funcionamiento con el control de calidad en trauma.

Estos diferentes puntos deberán ser analizados minuciosamente a lo largo del proyecto; porque son temas de vital importancia para la prevención y tratamiento del paciente con trauma grave.

Según datos del ISEV, en Argentina, Colombia y Ecuador en las CVM (colisiones de vehículos a motor) ocurridas en estos países durante los años 1994-1999 el tipo de colisión más frecuente es de vehículo contra vehículo (55%) y el 45% restante se divide entre las colisiones vehículo peatón, vehículo medioambiente; siendo el auto el vehículo que intervino con más frecuencia.

Costos vinculados con las lesiones por CVM .- En EEUU cada muerte por CVM genera un gasto que se aproxima a los 700.000 dólares por pérdidas relacionadas con daño a la propiedad , caída de la productividad en el lugar de trabajo , gastos médicos, merma la productividad del hogar . En Colombia la mortalidad por CVM es de aproximadamente 10.000 muertes al año.

7.2.7 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS ADULTOS

DESCRIPCION DEL SERVICIO:

Es el servicio destinado a la hospitalización de pacientes en estado crítico, que exige monitoreo continuo, asistencia médica y de enfermería permanente y utilización de equipos altamente especializados; se relaciona básicamente con los servicios de apoyo, diagnóstico y tratamiento, quirúrgicos, obstétricos, de cocina y de lavandería.

Este servicio debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

- Contar con un área exclusiva y con circulación restringida
- Contar con un área de registro de los pacientes que ingresan al servicio
- Disponer de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico
- Disponibilidad del servicio las 24 horas

La diferencia entre el cuidado intensivo e intermedio es el requerimiento de equipos.

Dimensionamiento del Servicio:

Para el dimensionamiento del servicio se debe partir del análisis de oferta y demanda de atención que la población requiere, porcentaje de ocupación, necesidad de recurso humano para dar respuesta oportuna a esta demanda y de los servicios de apoyo a nivel de servicio, incluyendo la disponibilidad o necesidad de tecnología de los mismos, y se deben tener en cuenta las normas vigentes que regulen el servicio. Con base en el análisis realizado se proyecta el Programa Médico Arquitectónico que dimensiona la necesidad de instalación física en metros cuadrados (M²).

Parámetros para el cálculo de camas del Servicio de Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios:

La cantidad de camas de las unidades está determinada por el estudio de oferta y demanda del Servicio. Por lo tanto , en relación a este punto vemos que la clínica DAME ha incrementado la demanda de pacientes que deben ingresar en condiciones de gravedad y de muy escasos recursos económicos , derivados de otras clínicas que no los atienden porque son de escasos recursos , porque dicen no tener espacios , o porque recibieron atención previa y ya no tienen recursos y son pacientes que han buscado ingreso en hospitales públicos y esas Unidades están colapsadas, Por lo tanto buscan desesperados ser atendidos y viajan en diferentes ambulancias públicas y privadas , con insuficiente oxígeno , con estado de gravedad , en malas condiciones y constituyen enfermos con alto riesgo de muerte; sin embargo sus diagnósticos son de enfermedades reversibles y estos pacientes están en edades muy productivas , pues oscilan entre 15 y 50 años de edad.

7.2.8 PRINCIPIOS BASICOS DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL.

Estos sistemas dependen de la forma en que se organiza la estructura de financiamiento y provisión de servicios del sector salud porque influye fuertemente en las demandas de recursos del sector y en el acceso a los servicios

Estos sistemas dependen de la forma en que se organiza la estructura de financiamiento y provisión de servicios del sector salud porque influye fuertemente en las demandas de recursos del sector y en el acceso a los servicios

Estos sistemas dependen de la forma en que se organiza la estructura de financiamiento y provisión de servicios del sector salud porque influye fuertemente en las demandas de recursos del sector y en el acceso a los servicios principalmente a partir de aportes salariales, excluyen a la población sin capacidad contributiva o a los trabajadores independientes. La población pobre se atiende en la red de servicios públicos subsidiados por el Seguro Integral de Salud. Este

aporte financiero del Estado proviene de los impuestos generales convirtiéndose en un mecanismo de solidaridad por parte de los contribuyentes.

Las bajas coberturas y la discontinuidad en el empleo, se traducen en una baja densidad de las contribuciones que crea serios problemas de sustentabilidad financiera en el sistema de seguros. Por lo tanto, es fundamental contar con mecanismos legales que aseguren el financiamiento del Seguro Integral de Salud aun en periodos de recesión económica.

Un aspecto central para el funcionamiento de un sistema de seguros es el financiamiento de un paquete de beneficios garantizados, esto involucra factores éticos, políticos, culturales, médicos y económicos, para establecer dicho paquete. Recién cuando se fija un conjunto de prestaciones a las cuales todos los afiliados a un seguro de salud tienen derecho a acceder, entonces estas son efectivamente exigibles por las personas y queda automáticamente establecida una obligación financiera a lo largo del tiempo. Al fijar un derecho social exigible, el Estado tiene la obligación de garantizar ese derecho, lo que equivale a la obligación de financiarlo.

Wilson ,L (2009)

“La Ley se crea porque se necesita una política que genere reglas de gasto fiscal que permitan una inversión pública contracíclica para que en épocas de escasez de recursos no se reduzca el subsidio público de salud. Además, la necesidad de incluir segmentos significativos de la población en los sistemas de seguridad social hace imprescindible avanzar hacia la universalidad de los beneficios. Para que el aseguramiento universal se implemente se necesita las bases legales para ejercer la rectoría, implementar una instancia supervisora y reguladora, articular a los prestadores, y establecer los mecanismos de financiamiento y gestión del aseguramiento.”

Estos sistemas dependen de la forma en que se organiza la estructura de financiamiento y provisión de servicios del sector salud porque influye fuertemente en las demandas de recursos del sector y en el acceso a los servicios de salud. Por este motivo, uno de los principales desafíos de las reformas en el Perú ha sido el establecimiento de las reglas y la organización institucional del financiamiento y la forma de articularlo con la provisión de servicios. En los últimos años, se fue ganando consenso sobre las ventajas de separar las funciones de financiamiento y provisión de servicios para mejorar la protección social, y que los seguros Los sistemas de protección social se han concebido como derechos sociales porque tienen como objetivo combatir la pobreza, la discriminación y los riesgos sociales.

Sociales es una forma eficiente de organizar el financiamiento del sector salud.

Con el aseguramiento se reduce o anula al gasto de los hogares en salud, es decir aquel gasto que se hace por fuera de la cobertura del sistema de seguridad social (gasto de bolsillo, copagos, etc.). Mientras mayor es la participación del gasto de los hogares en el total del gasto en salud, más excluyente e inequitativos son los sistemas de salud. En el Perú, los hogares aportan el 34,2% del gasto en salud, convirtiéndose en la primera fuente de financiamiento en una sociedad donde 50% de la población se encuentra en situación de pobreza.

Avanzar hacia una mayor cobertura poblacional implica aumentar el monto de subsidios que se destinan al sector, lo que redundará en una mayor demanda de recursos financieros. Fortalecer la protección social en salud implica acrecentar la eficiencia, tanto en la asignación y gestión de los recursos para mejorar los servicios como en los mecanismos de solidaridad, en particular los subsidios cruzados desde los sectores de altos ingresos hacia los de ingresos bajos.

La solidaridad en un contexto de seguros se introduce mediante la creación de fondos de solidaridad encargados de distribuir subsidios que compensen los diferentes riesgos individuales. Así, cada individuo contribuye en función de su

ingreso. El mayor aporte de los que tienen más ingresos, unido a la recaudación de otros impuestos, proveen los recursos del fondo de solidaridad. Este mecanismo introduce solidaridad en la medida que el asegurado recibe un paquete de beneficios independiente de su contribución individual.

El grado de cobertura poblacional del seguro en salud está también estrechamente ligado con la procedencia del financiamiento. Los seguros en el país se financian principalmente a partir de aportes salariales, excluyen a la población sin capacidad contributiva o a los trabajadores independientes. La población pobre se atiende en la red de servicios públicos subsidiados por el Seguro Integral de Salud. Este aporte financiero del Estado proviene de los impuestos generales convirtiéndose en un mecanismo de solidaridad por parte de los contribuyentes.

Las bajas coberturas y la discontinuidad en el empleo, se traducen en una baja densidad de las contribuciones que crea serios problemas de sustentabilidad financiera en el sistema de seguros. Por lo tanto, es fundamental contar con mecanismos legales que aseguren el financiamiento del Seguro Integral de Salud aun en periodos de recesión económica.

Un aspecto central para el funcionamiento de un sistema de seguros es el financiamiento de un paquete de beneficios garantizados, esto involucra factores éticos, políticos, culturales, médicos y económicos, para establecer dicho paquete. Recién cuando se fija un conjunto de prestaciones a las cuales todos los afiliados a un seguro de salud tienen derecho a acceder, entonces estas son efectivamente exigibles por las personas y queda automáticamente establecida una obligación financiera a lo largo del tiempo. Al fijar un derecho social exigible, el Estado tiene la obligación de garantizar ese derecho, lo que equivale a la obligación de financiarlo.

7.2.9 LA GLOBALIZACIÓN DEL BIENESTAR

El concepto de globalización del bienestar consistiría en la extensión de los beneficios del tan nombrado Estado del bienestar por todos los países, sobre todo por los más desfavorecidos.

Para ello se debe conjugar la participación tanto del sector público como del privado, dentro del cual el llamado ‘tercer sector’, es decir, el no lucrativo, entraría a jugar un papel primordial.

En definición, una entidad sin ánimo de lucro es un conjunto de medios humanos (contratados y voluntarios), materiales y financieros que se organizan para suministrar bienes o servicios y conseguir así un objetivo social.

Las características básicas que definen una entidad sin ánimo de lucro son principalmente: una organización en sentido formal, carácter privado, que no sea lucrativa y que contenga un alto grado de participación voluntaria en sus actividades; también capacidad de autocontrol institucional de sus acciones así como una gestión basada en principios y valores, siendo democrática transparente; y por último, una actuación integrada en la sociedad.

Como cualquier otra organización, una entidad no lucrativa también se marca unos objetivos a cumplir en un tiempo determinado a través de un plan de actividades a desarrollar con un presupuesto bien definido. Es decir, cumple unas funciones concretas y actúa con responsabilidad, para con la misma entidad y sus socios, para con las empresas que subvencionan y confían en ella, pero ante todo, para con las personas a las que brindan su apoyo.

7.2.10 CENTRO DE ENTRENAMIENTO INTERNACIONAL FORMACION Y ADMINISTRACION.

Formación y Acreditación de un Centro de Entrenamiento Internacional (C.E.I)

1. ¿Qué es un Centro de Entrenamiento Internacional?

Un Centro de Entrenamiento Internacional (C.E.I), es una organización que firma un contrato con la American Heart Association (A.H.A) para dictar los cursos que forman parte del programa de Atención Cardiovascular de Emergencia (A.C.E) y emite tarjetas de certificación de la AHA fuera de los Estados Unidos. El C.E.I. mantiene su propia red y estructura de entrenamiento en una o más disciplinas (BLS, ACLS y PALS).

2. ¿Qué tipo de organizaciones pueden formar un C.E.I?

Toda organización interesada en desarrollar el programa puede postularse como C.E.I. Entre otras:

- Hospitales
- Sistemas de asistencia médica pre-hospitalaria.
- Universidades, Escuelas de Medicina
- Empresas/ Corporaciones dedicadas a la educación

3. ¿Cuáles son las ventajas de formar un C.E.I.?

Como organización que goza de autonomía, el C.E.I planifica su propia política en el desarrollo de los cursos. A través de la relación directa con A.H.A. el proceso de compra y entrega de las tarjetas es más rápido. Aquellos

que actualmente contraten recursos externos para el entrenamiento de su propio personal pueden reducir sus costos internos realizando su propia capacitación. Estos cursos pueden ser ofrecidos a la comunidad, aumentando la presencia en ella generando una nueva unidad de negocio y generando potenciales ingresos a través del desarrollo de programas de entrenamiento en A.C.E. reconocidos y acreditado por la A.H.A.

4. ¿Cuáles son las condiciones requeridas para formar un C.E.I?

- Organización con Personalidad Jurídica (legal)

La organización deberá poseer toda la documentación, emitida por la agencia gobierno pertinente, que acredite su constitución legal en el país donde planifica ofrecer los cursos.

- Estructura Administrativa

Debe contar con el personal necesario para proveer servicio al cliente y cumplir con los requerimientos administrativos del programa. (Estructura secretarial) Debe tener capacidad económica para la adquisición de los equipos y el desarrollo del programa de entrenamiento. La organización asignará un Coordinador que será el principal contacto con la A.H.A.

- Seguro General de Responsabilidad Civil.

La organización debe estar asegurada por una póliza por Responsabilidad Civil o Terceras Personas con las siguientes características:

Cobertura Proveer protección a terceros que resulten con lesiones físicas a causa de las operaciones habituales de la organización (entre ellas los cursos y otras actividades docentes), en donde civilmente sea responsable el asegurado por los daños ocasionados a los alumnos y expositores. No se

pide un seguro exclusivamente para los cursos. La mayor parte de las organizaciones legales, poseen seguros de responsabilidad civil general, que cubre todas las operaciones del negocio.

- Instructores

Los C.E.I. deben tener afiliados instructores A.H.A, certificados en las disciplinas en que aspira a capacitar. De no tenerlos, deberán comenzar con el proceso de selección y entrenamiento. “Se recomienda para comenzar un mínimo de 3 a 5 instructores para BLS y un mínimo de 8 a 10 instructores para las disciplinas de ACLS y PALS. Este número deberá aumentar en la medida que el centro se vaya desarrollando”. Al momento de presentar la solicitud como C.E.I. no se puede incluir instructores que estén afiliados bajo otros centros de entrenamiento. Estos instructores podrán optar por cambiar de afiliación. Si la organización cumple con todos los requisitos establecidos por la AHA y no cuenta instructores certificados, puede solicitar apoyo a la AHA para la coordinación de un curso de proveedor/instructores para su personal.

- Instalaciones

El C.E.I. deberá contar con las instalaciones y salones propios para ofrecer cada uno de los cursos.

- Equipamiento medico

El centro debe contar con el equipo técnico de entrenamiento específico para la o las disciplinas que dicte. Para informarse sobre el equipo necesario para el dictado de cada curso de las diferentes disciplinas podrá consultar el manual de instructores de cada uno de los cursos que planifique ofrecer. Al momento de solicitar la afiliación, se deberá presentar una lista del equipo por cada disciplina.

CURSOS DE CAPACITACION TECNICA PARA PERSONAL DE UCI.

REANIMACION CARDIOPULMONAR

Guías de la American Heart 2005:

Apoyo Vital básico.

El apoyo Vital Básico (AVB) comprende los primeros 3 eslabones de la cadena de supervivencia, acceso precoz al 911 o al número local de emergencias médicas, RCP precoz y Desfibrilación precoz. El AVB cuando se conecta con el cuarto eslabón que es el apoyo vital avanzado precoz, permite avanzar las máximas probabilidades de supervivencia a las víctimas de ataque cardíaco, ACV y paro cardíaco súbito. El equipo de salud cumple una función esencial en el desarrollo del Sistema ACU (atención cardiovascular de emergencias), la educación del público y las prácticas de AVB en situaciones clínicas.

Reanimación cardiopulmonar del Adulto.

La mayoría de los adultos con paro cardíaco súbito, no traumático presenta fibrilación ventricular en el ECG inicial; en estos casos el tiempo desde la pérdida de conocimiento hasta la desfibrilación es el mayor factor determinante individual de supervivencia; la ventana de tiempo para la desfibrilación exitosa es pequeña. La supervivencia posterior al paro cardíaco causado por FV disminuye alrededor de 7 % por cada minuto sin desfibrilación. Después de transcurrido más de 12 minutos desde la pérdida del conocimiento, es de sólo el 2.5% de supervivencia.

Los Servicios de Emergencias Médicas (SEM) estructurados a LOS QUE SE PUEDE ACCEDER Rápidamente llamando al 911 o al número local de emergencias, mejoran la supervivencia después de un episodio de muerte súbita de origen cardíaco, porque facilitan la desfibrilación precoz.

Secuencia del AVB.

Evaluar, Activar el SEM, aplicar el ABCD

La secuencia del AVB consiste en el ABC de la RCP y la D de desfibrilación. Cada paso de la reanimación cardiopulmonar comprende una evaluación y una intervención. Las fases de evaluación del AVB son cruciales. Ninguna víctima debe ser sometida a los procedimientos más invasivos de RCP (posición, apertura de la vía aérea, respiración artificial o compresiones torácicas) sin haber establecido apropiadamente su necesidad.

La evaluación también implica un proceso más sutil y constante de observar a la víctima y su respuesta a la reanimación.

Evalúe la capacidad de respuesta: El reanimador que llega al lado de la víctima desvanecida debe determinar rápidamente si el lugar es seguro, si la víctima está consciente y si hay alguna evidencia de lesiones. Palmee o sacuda suavemente a la víctima y grite ¿Está bien?

Si se sabe o se sospecha que la víctima ha sufrido un traumatismo craneoencefálico y cervical, movílcela sólo si es necesario para garantizar la seguridad del RCP. El movimiento inapropiado puede provocar parálisis o sección medular.

Active el SEM (Servicio de Emergencias Médicas)

Active el SEM llamando al 911, es importante dar alta difusión a este número de emergencias en cada comunidad o lugar de trabajo. En hospitales y otros centros médicos un sistema de respuesta a emergencias médicas establecidas brinda una respuesta inicial o precoz en el lugar; este sistema notifica a los reanimadores del lugar sobre la emergencia y el tipo de respuesta requerida.

Vía Aérea (A)

Si la víctima está inconsciente, determine si respira adecuadamente, en muchos casos esto no se puede asegurar con exactitud a menos que se abra la vía aérea

.Para evaluar la respiración la víctima debe estar descubierta acostada sobre la espalda o con la vía aérea abierta.

Apertura de la vía aérea: Cuando el tono muscular es insuficiente la lengua y la epiglotis pueden obstruir la faringe, la lengua es la causa más frecuente de obstrucción de la vía aérea en la víctima inconsciente. Se debe realizar la maniobra extensión de la cabeza y elevación del mentón para abrir la vía aérea., apoye una mano sobre la frente de la víctima y ejerciendo una firme presión con la palma lleve la cabeza hacia atrás. Coloque los dedos de la otra mano bajo la parte ósea del maxilar inferior, cerca del mentón.

Respiración (B)

Determine si no hay respiración o esta es inadecuada; coloque el oído cerca de la boca y la nariz de la víctima mientras mantiene abierta la vía aérea. Después mientras observa el tórax de la víctima, mire si eleva y desciende, escuche si elimina aire durante la espiración, sienta el flujo de aire. Si el tórax no se expande y no hay exhalación de aire la víctima está respirando; esta evaluación no debe llevar más de 10 segundos.

Algunas víctimas hacen intentos débiles e inadecuados para respirar. Además a veces se observan esfuerzos reflejos de boqueo (respiraciones agónicas) en los estudios iniciales del paro cardíaco. Si Ud no está seguro de que las respiraciones sean las adecuadas proceda de inmediato a practicar respiración artificial. Si una víctima recupera la respiración y los signos de circulación (pulso, respiración normal, tos o movimiento), durante la reanimación normal o después de ésta, continúe ayudándole a mantener abierta la vía aérea, hasta que esté la víctima suficientemente alerta para proteger su vía aérea.

Posición de recuperación: Se utiliza con las víctimas que están inconscientes pero que respiran y tienen signos de circulación.

Practique Respiración Artificial:

La respiración Artificial requiere que el reanimador insuflé adecuadamente los pulmones de la víctima con cada respiración.

Respiración Boca a Boca: Es una manera rápida y eficaz de suministrar oxígeno. El aire espirado por el reanimador contiene oxígeno suficiente para satisfacer las necesidades de la víctima; mantenga abierta la vía aérea de la víctima y ocluya la nariz con el pulgar y el índice. Inhale profundamente y coloque sus labios alrededor de la víctima creando un sello hermético, suministre respiraciones lentas cada una de 1 segundo y asegúrese que el tórax se expanda con cada respiración.

Circulación: (C).

Verifique los signos de circulación.

El paro cardíaco hace desaparecer el pulso. La ausencia de pulso ha sido empleada para colocar los electrodos del DEA (Desfibrilador Externo Automático) e iniciar compresiones torácicas. Los reanimadores tardan demasiado para encontrar el pulso, no más de 5 a 10 segundos son recomendados para verificar el pulso. Si no hay pulso ni signos de circulación inicie inmediatamente compresiones torácicas.

Compresiones torácicas:

Consiste en la aplicación seriada y rítmica de presión sobre la mitad inferior del esternón, estas compresiones generan flujo sanguíneo al aumentar la presión intratorácica.

Cuando se administra respiración artificial y la sangre circula hacia los pulmones por compresiones torácicas es probable que la víctima reciba suficiente oxígeno para mantener la oxigenación del cerebro y de otros órganos vitales, durante varios minutos hasta que se pueda realizar la desfibrilación y el soporte cardíaco avanzado.

Técnica de Compresión Correcta: Los codos están fijos, los brazos extendidos y los hombros del reanimador en línea recta, de manera que la fuerza para cada compresión torácica se ejerza directamente sobre el esternón. Las compresiones deben deprimir el esternón alrededor de 4 a 5 cms, estas compresiones generan un pulso carotídeo o femoral palpable. Libere la compresión torácica para permitir que la sangre circule hacia el tórax y el corazón; la presión se debe liberar completamente y así permitir que el tórax recupere su posición normal después de cada compresión, aunque las manos del reanimador deben seguir en contacto con el esternón. Las compresiones torácicas se deben practicar a una frecuencia de 100 X´

Para la reanimación eficaz de la víctima de parocardiorrespiratorio, se debe combinar la respiración artificial y las compresiones torácicas. Se puede realizar RCP con un reanimador o con dos reanimadores.

En todo caso se revisará la guía de American Heart Association que se entrega a cada uno de los proveedores de cursos de RCP con un mes de anticipación para que lean la guía y se preparen teóricamente y lleguen con conocimientos básicos para el curso teórico práctico calificado por la Sociedad Ecuatoriana de reanimación Cardiopulmonar Avanzada. (SERCA)

8. DISEÑO METODOLOGICO

8.- DISEÑO METODOLÓGICO

En el Diseño Metodológico del presente proyecto tomaremos en cuenta la elaboración de:

- Matriz de involucrados
- Árbol de problemas
- Árbol de Objetivos
- Matriz del Marco Lógico.

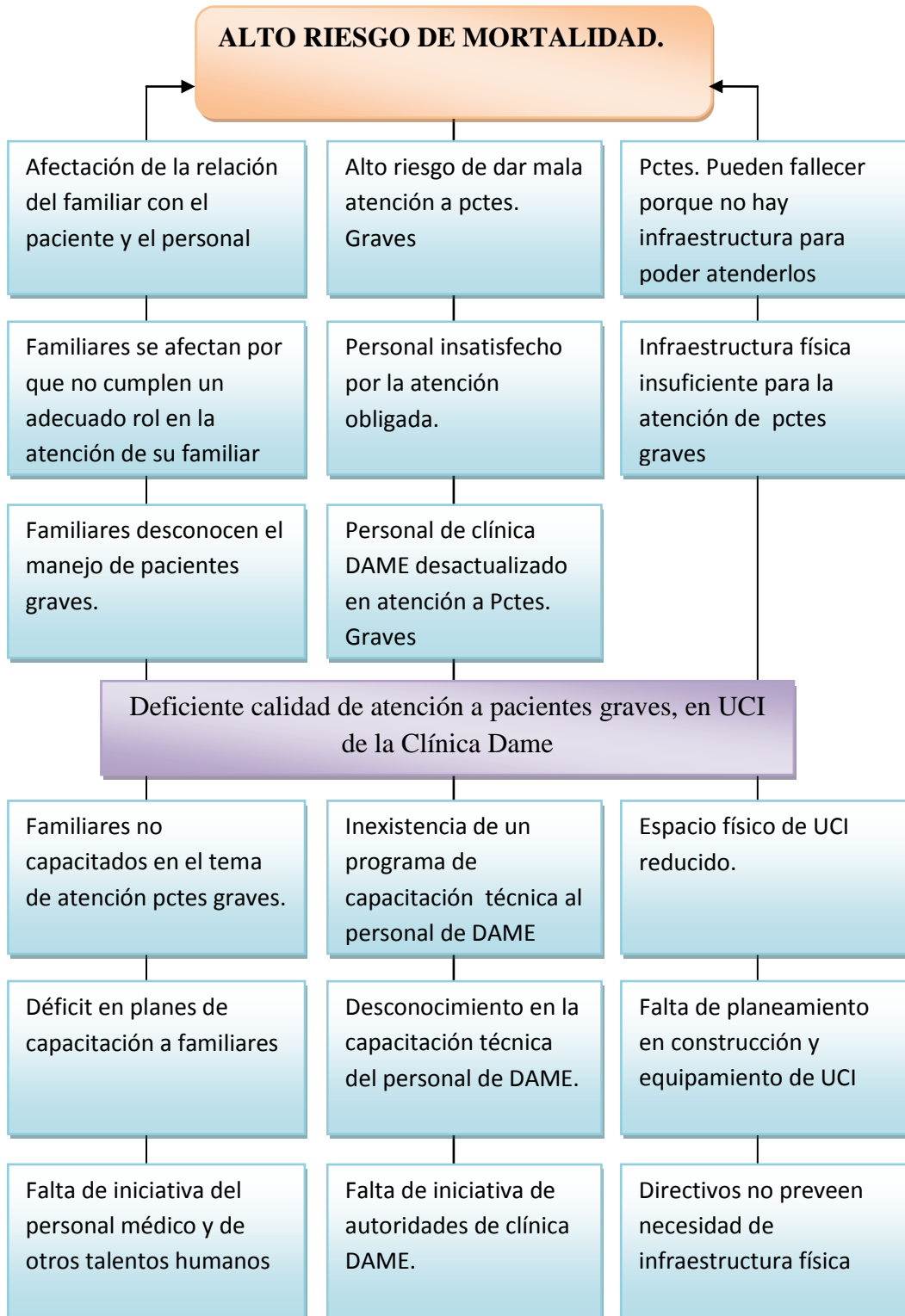
Es un estudio prospectivo, longitudinal, de intervención que al desarrollar cada uno de estos elementos iremos aclarando la solución del problema, las herramientas, tácticas y planes operativos que finalmente nos darán una Real Solución del Problema.

A través del diseño metodológico en cada fase se clarifica la magnitud del problema con sus diseños específicos, programaciones y actividades que conforme se cumplen en la búsqueda de soluciones y determinando cada una de las estrategias empleadas para la conclusión del proyecto.

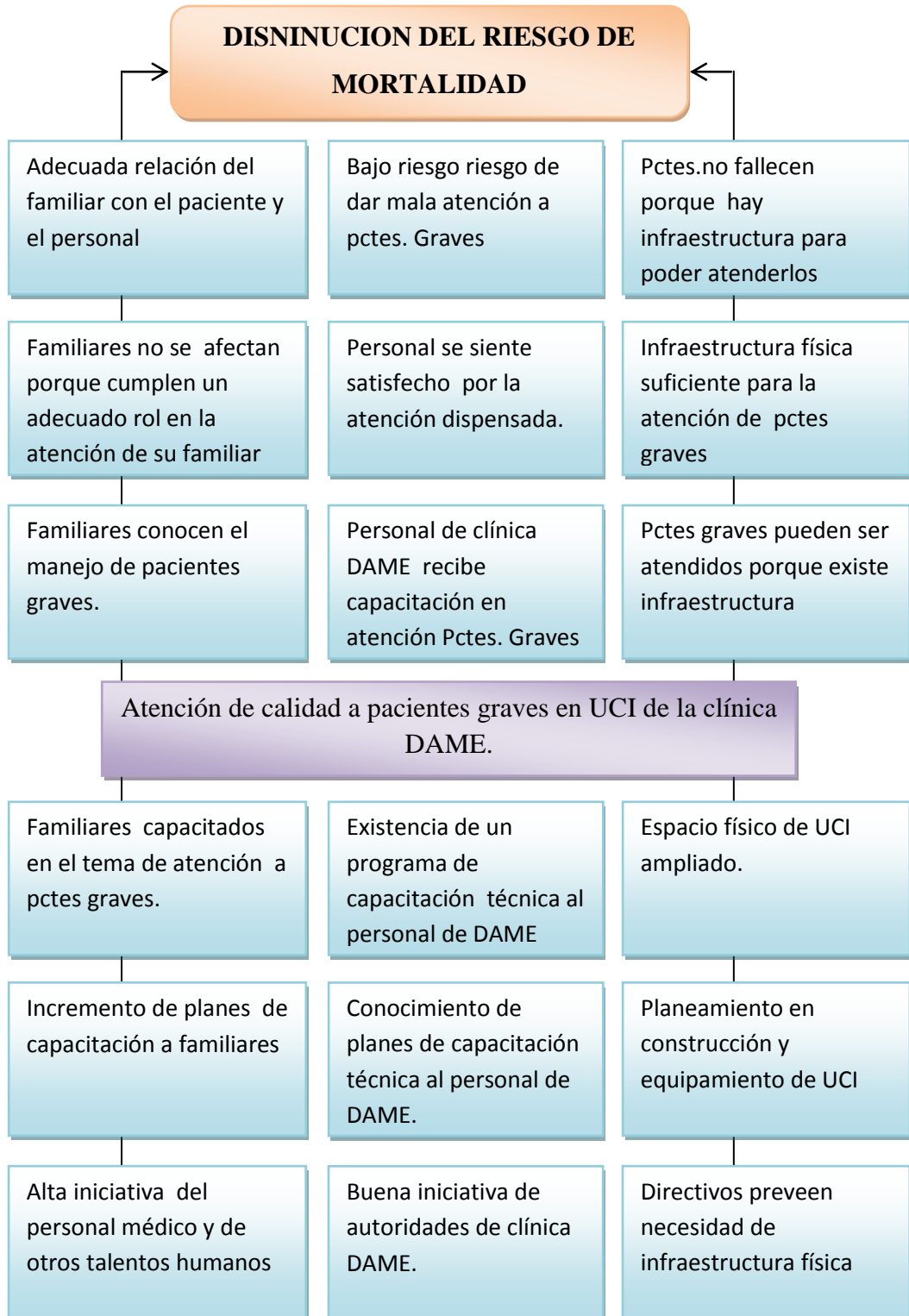
8.1 MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPO Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Clínica Dame	Atender con calidad a los pacientes del servicio de Terapia intensiva	Recursos Humanos, Infraestructura, Equipos, Insumos, Financieros Mandato. Atención de calidad a pacientes graves de ICI.	Servicio privado que busca estabilidad económica
Personal del Servicio de Terapia Intensiva	Recibir capacitación técnica de calidad total para mejorar la atención de pacientes graves.	Recursos Humanos, equipos, económicos, Área física. Mandato atender al paciente con calidad humana eficacia y eficiencia.	Poca disponibilidad de tiempo porque colaboran en 2 instituciones.
Pacientes del Servicio de Terapia Intensiva.	Recibir atención médica con calidad, eficiencia y excelencia.	Recursos humanos., infraestructura, equipamiento, económicos. Mandato Demanda de atención con calidad y responsabilidad	Falta de espacio físico, falta de recurso humano. Falta de capacitación y de equipo médico.
Familiares de los pacientes	Recibir charlas y capacitación para mejorar la atención de sus familiares enfermos	Recursos Área física, humanos, Equipos Mandato Demanda de atención con humanismo y calidez.	Falta de capacitación en temas de UCI y poca disponibilidad de tiempo.
Maestrante	Participar activamente en cada una de las actividades desarrolladas para mejorar la calidad atención en Clínica Dame.	Recurso Actitud, económicos, humanos, experiencia Mandato Desarrollar un programa de la calidad de atención del paciente grave en UCI de DAME.	Poca disponibilidad por laborar en varias instituciones públicas y privadas.

8.2 ARBOL DE PROBLEMAS



8.3 ÁRBOL DE OBJETIVOS



8.4 MATRIZ DE MARCO LÓGICO

TITULO DEL PROYECTO: PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MEDICA A PACIENTES DE LA CLINICA DAME, EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA QUITO, AGOSTO, 2010.

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>FIN</p> <p>Contribuir a la disminución de la mortalidad de los pacientes graves en la UCI de la clínica DAME.</p>			
<p>PROPÓSITO</p> <p>Implementar un programa de mejoramiento de la calidad de la atención Médica en el Servicio de terapia Intensiva de la clínica DAME para elevar el grado de satisfacción del</p>	<p>El 100% del personal de Clínica DAME recibe la capacitación integral en calidad de atención al paciente grave y a su familia; así como la construcción y equipamiento de la Unidad de cuidados Intensivos. Se prevee culminar este proceso hasta el 31 de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planes y Programas de Capacitación. • Fichas de Verificación. • Fotografías. • Evaluaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de recurso humano capacitador permanente., para cumplir con la capacitación programada. • Disponibilidad de recurso Económico para gastos de construcción y equipamiento

paciente y sus familiares. Y de los usuarios internos.	agosto 2010.		de la Unidad de UCI. <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso de la Clínica y sus Autoridades.
RESULTADOS:			
1.-Personal de Clínica DAME capacitado sobre atención de calidad a pacientes y familiares.	El 100% del personal capacitado hasta octubre del 2010. Y practicando periódicamente con la familia y el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de capacitación. • Registro de Asistencias. • Fotografías • Evaluaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivación del personal y contratación de capacitadores por parte de Clínica DAME.
2.-Plan de mejoramiento de la calidad de atención. Elaborado y ejecutándose.	<p>El 30% del personal de clínica DAME capacitado hasta septiembre 2010, EL 70% hasta noviembre 2010 y el 100% hasta marzo del 2011, debido a la complejidad de los cursos.</p> <p>La adquisición de maniqués propios de la clínica se completará el 100% hasta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oficios enviados a SERCA. • Autorizaciones. • Planes y Programas establecidos. • Selección de grupos con 	<ul style="list-style-type: none"> • Autorización de SERCA y motivación del personal y Autoridades de Clínica DAME.

	septiembre 2011.	<p>horarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fotografías de Cursos Prácticos. • Evaluaciones teórico prácticas. 	
<p>3. Construcción del área física realizando el equipamiento de 2 camas en UCI de Clínica DAME. Implementada y funcionando.</p>	<p>El 100% de camas funcionando hasta marzo del 2010 capacitado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planos estructurales arquitectónicos. • obra física. • fotos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso de la Clínica y sus autoridades.
<p>4. Indicadores del proyecto evaluado.</p>	<p>El 100% hasta septiembre del 2010, el talento humano capacitados en atención en trato humanizado a paciente y familiar.</p> <p>El 100% hasta octubre del 2010 el personal médico, enfermeras y auxiliares capacitados en cursos RCP</p> <p>El 100% del área física de UCI implementada y puesta en funcionamiento hasta octubre del 2010</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación a usuarios externos con encuestas • Evaluación a usuarios internos con talleres y encuestas. • Fotografías área de UCI funcionando. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso de la Clínica DAME. Talento humano y Maestrante.

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO
PRIMER RESULTADO: Capacitación al personal de clínica DAME sobre atención de calidad con pacientes y familiares para mejorar su relación con pacientes y familiares. Asegurando un trato humanizado.			
1.1 Socialización del proyecto	Maestrante	08-04-2010	Impresiones \$12
1.2 Plan de capacitación	Maestrante y Capacitadores	09- 04-2010	Documentos y refrigerios \$20
1.3 Revisión y aprobación del plan de capacitación.	Maestrante y Directivos	16-04-2010	Impresiones ,videos \$ 60
1.4 Capacitación del personal de DAME	Capacitadores Contratados	15-05-2010 / 13-09-2010 17-09-2010 / 19-09-2010 20-09-2010	Pago de recurso humano \$300
1.5 Evaluación del resultado No1	Maestrante y capacitadores.	22 -09 -2010	Impresiones \$5

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO
SEGUNDO RESULTADO: Diseño de un programa de capacitación de RCP y adquisición de maniqués.			
1.1 Oficios enviados a SERCA	Directivo de DAME y Maestrante	02-02-2010	Impresiones \$12
1.2 Determinación de grupos beneficiarios	Director Médico y Maestrante	08- 02-2010	Documentos \$4
1.3 Calendarios de capacitación	Personal con prerequisite.	Médicos 26-06-2010 03-07-2010 Enfermeras 05-08-2010 Auxiliares Enf. 01-10-2010 Remediación Aux. 16-10-2010	Pago de Cursos \$ 1500
1.4 Ubicar diferentes empresas proveedoras de maniqués	Maestrante.	01-09-2010	Teléfono, Fax, Proformas \$100
1.5 Recopilar proformas, informes, catálogos. Y compra de maniqués para DAME	Maestrante.	01-10-2010	Pago de maniqués y otros \$5823.
1.6 Evaluación de la capacidad del talento humano.	Serca e Instructores	28-10-2010	Impresiones \$20

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO
TERCER RESULTADO: Construcción del área física y equipamiento de dos camas en UCI , para atender la demanda actual de pacientes graves			
1.1 Reunión general de directivos y junta de accionistas	Arquitecto de DAME. Roberto Triviño	09-11-2009	Refrigerios e impresiones \$80
1.2 Clínica DAME elabora partida presupuestaria para el 2009	Contadores y Gerentes de Dame	01- 01-2010	Impresiones \$10
1.3 Contratación de arquitecto para elaboración de planos de remodelación de UCI	Directivos de clínica Dame	02-02-2010	Gastos de planos y otros \$1200
1.4 Elaboración de presupuesto de construcción	Junta de accionistas, gerente y contadores.	03-03-2010	Impresiones \$100
1.5 Elaboración de presupuesto de equipamiento y construcción de la unidad UCI	Junta de accionistas, gerente y contadores.	04-04-2010	Impresiones \$100
1.6 Construcción de dos unidades UCI: área física, instalación eléctrica, instalación de oxígeno y equipamiento.	Arquitecto y técnicos especialistas en las áreas a implementar.	04-10-2010	Gastos de construcción \$5400 Gastos de Equipamiento \$58650 Gasto de red de oxigeno \$19502
1.7 Evaluación del Funcionamiento de la unidad.	Directivos de DAME	15-10-2010	Reunión y refrigerio \$80

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO
CUARTO RESULTADO: Evaluación del proyecto.			
1.1 Reunión general de directivos para planificar las evaluaciones	Directivos de DAME y maestrante	08 -09-2010	Impresiones \$10
1.2 Evaluación de la capacitación en atención de calidad a pacientes graves	Facilitadores y Maestrante	14-09-2010	Impresiones \$10 Refrigerios \$60
1.3 Evaluación de la capacitación en RCP y adquisición de maniqués.	Instructores de SERCA, Directivos de DAME y Maestrante	29- 10-2010 / 02 -10-2010	Impresiones \$12 Refrigerio \$60
1.4 Evaluación de la puesta en funcionamiento de las dos camas de UCI.	Directivos de DAME Arquitecto	15 – 10 -2010	Fotografías \$20 Refrigerio \$20

9. RESULTADOS

9.1 RESULTADO 1

CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE CLÍNICA DAME SOBRE ATENCIÓN DE CALIDAD CON PACIENTES Y FAMILIARES PARA MEJORAR SU RELACIÓN CON PACIENTES Y FAMILIARES. ASEGURANDO UN TRATO HUMANIZADO

OBJETIVOS

Participar a las autoridades y equipo multidisciplinario un programa médico que mejoramiento de la Calidad de atención Médica en el servicio de terapia Intensiva de la Clínica DAME para elevar el grado de satisfacción del paciente y sus familiares.

A través de esta capacitación al talento humano de DAME se busca un Diagnóstico y tratamiento Psicoterapéutico al paciente y al familiar cuando está pasando por una situación de amenaza vital. Por lo tanto es muy importante capacitar al personal en cuanto se refiera a la comunicación y orientación del tratamiento y pronóstico de estos pacientes graves y a sus familiares. Buscando permanentemente un trato humanizado, con calidez y eficiencia, con apoyo en el momento del dolor , y sabiendo que es importante que exista un apoyo psicológico en los diferentes procedimientos invasivos así como en el control y manejo de las manifestaciones secundarias.

Involucrar y comprometer al personal de DAME para mejorar la atención de pacientes graves, con el fin de mejorar y brindar una atención de calidad y humanizada tanto al paciente como a los familiares a través de capacitación continua de los usuarios internos.

DESARROLLO.

Procedimiento y Herramientas de trabajo.

El universo será todo el talento humano que labora en clínica DAME, así como la familia y el paciente grave que es atendido diariamente en la clínica.

Ante la problemática señalada como es la falta de capacitación al personal de Clínica DAME en cuanto se refiere al trato de la familia y del paciente con calidad, responsabilidad y de manera humanizada se ha realizado una programación de capacitación en diferentes grupos del talento humano , en relación a sus horarios y jornadas de trabajo ; con la suficiente motivación para que este curso sea aceptado y se ha creado la necesidad importante de ser entes activos en la preparación requerida.

METODOLOGIA Y PLANIFICACION.

Es una planificación organizada, que toma como herramienta la encuesta Inicial que se anexa en el proyecto. Se realiza un plan de capacitación aprobado por los Directivos y el personal involucrado en la capacitación.

Se consideró la siguiente programación de capacitación:

*Charlas de atención de calidad total.

*Charlas de relaciones humanas

*Presentación de Videos sobre atención al cliente.

*Equipos de trabajo práctico en relaciones humanas y atención al paciente.

*Charla para Médicos y Enfermeras de UCI buen manejo de su propia ansiedad.

*Charla sobre el conocimiento de:

-Perfil psicológico del paciente de UCI

-Miedo y Ansiedad

- Pérdida de la Autonomía
- Dificultad de la Comunicación
- Impacto del medio
- Reacciones de Negación (hostilidad, negativismo, pasividad y dependencia)
- Problemas de Sueño
- Necesidad de Seguridad.

*Valoración de familiares y amigos del paciente , para mantener la orientación de los mismos.

ESTRUCTURA ASISTENCIAL.

Se realizan charlas teóricas programadas, pero también se hacen grupos de trabajos combinados entre personal médico, de enfermería; realizando estudios prácticos secuenciales con los capacitadores (Psicólogos, trabajadora social).

Estos grupos evalúan al paciente que ingresa a UCI, sus demandas psicológicas que plantea su enfermedad de base, así como el impacto que produce esta enfermedad aguda a su familia. Son grupos pequeños de trabajo, combinados, que no perturben el buen manejo diario del paciente y que no interfiera directamente en la comunicación con la familia, por lo tanto la planificación se cumple de manera estricta de acuerdo a lo programado.

Durante el proceso de capacitación se hace un diagnóstico e intervención dinámica, rápida y certera por las características propias de estas Unidades y el tipo de pacientes que se encuentra en ellas.

Los grupos capacitados participan en las entrevistas médicas matutinas, con el objetivo de evaluar la dinámica familiar, en las familias de los pacientes ingresados en el servicio.

Se evalúa y orienta de forma dinámica la selección de los familiares acompañantes en cada caso.

Se dan las orientaciones psicológicas al personal médico y paramédico relacionado con todos los aspectos vinculados a la esfera psíquica del talento humano y la familia, para su vigilancia continua.

RECURSO HUMANO:

Psicólogos, Psicometrías, Trabajadores Sociales, personal Médico, paramédico.

RECURSOS MATERIALES.

-Unidad en la que se encuentra el paciente

-En el caso de los familiares, local con suficiente privacidad y adecuadas condiciones de iluminación y temperatura.

ACCIONAR EN LA PRÁCTICA DIARIA.

El personal médico y paramédico realiza diariamente observación y registro diario de la evolución, reacción y comportamiento del paciente grave y su familiar.

Actúan como coterapéutas en las intervenciones y tratamientos que así lo requieran

La vigilancia y exploración psicológica debe hacerse en cada turno, interpretarse y valorarse evolutivamente en función de la magnitud y complejidad del caso. Es necesario que el personal encause favorablemente el estado psicológico del paciente y su familia, esto lo logra con buen trato, con pasividad y comprensión; laborando con responsabilidad y con excelencia en la atención.

DIAGNOSTICO PSICOLOGICO:

Profundización y exploración Psíquica se la busca a través de la observación y entrevistas que serán longitudinales y evolutivas. A través de la reflexión e interpretación de los 3 eslabones: médicos, enfermeros y psicólogos, de la dinámica asistencial a través de discusión de casos. La entrevista con el paciente, con la familia que permite retroalimentación entre el talento humano y los familiares. se hará un seguimiento de la evolución del paciente y su familia durante la estancia en la Unidad. Los capacitadores vigilarán la actitud del personal ante la enfermedad y su evolución en el paciente y el familiar.

INTERVENCION Y TRATAMIENTO.

Mantener una relación adecuada con el paciente a través de visitas breves y frecuentes.

Enfocar los motivos esenciales de su malestar, aclarar miedos, propiciar descargas emocionales, propiciar actitud colaboradora, explicando lo necesario del tratamiento y exámenes.

Conocer cuáles son los mecanismos de defensa del paciente y familiares y aprender a manejarlas.

Facilitar siempre datos de orientación local y temporal al paciente.

Manejar la relación paciente –familiar.

Es muy importante brindar apoyo al paciente y su familia, persuasión en donde se modifica un comportamiento inadecuado o para que enfrente determinada situación. También debe permitirse la ventilación en donde se permite al paciente y a su familia que exprese libremente sus emociones negativas o cualquier idea que esté perturbando su tranquilidad mental. Otra forma de ayudarles es la abreación donde se da la libertad de expresar ideas reprimidas vinculados a

determinados sucesos de su vida presente o pasada , esto permite una libre expresión de sentimientos reprimidos y mejora la confianza con el talento humano , a través de este apoyo el personal puede recibir información de carácter íntimo o personal que debe quedar bajo estricto secreto profesional, respetando la privacidad del paciente.

ATENCION AL ACOMPAÑANTE Y FAMILIARES.

Se evalúa y selecciona al acompañante o familiar del paciente mediante observación y entrevista acorde al nivel de información que tiene sobre la enfermedad, a la actitud ante la enfermedad, al nivel de ansiedad y a los deseos del paciente. Pues mucho depende de estos factores para seleccionar quien debe visitar al paciente, porque a veces puede ser una visita perjudicial.

ATENCION A LOS FAMILIARES.

A los familiares se les brinda una terapia de apoyo . dirigida a adecuar los mecanismos de autocontrol y autorregulación de la personalidad. Otro aspecto importante es la información médica adecuada que aclara dudas y explica evolución y pronóstico del paciente. Todo esto enmarcado en el trato justo y humano que debe recibir el paciente y su familia.

EVALUACION Y CONTROL:

Asistieron y participaron 32 personas, considerando los turnos, la cantidad de empleados y el número de pacientes atendidos en ese momento. Acudió el personal que estaba libre de su jornada de trabajo. Se socializó a un grupo que involucra, Director médico, Jefe de Enfermería, Jefe administrativo, Médicos tratantes, Médicos residentes, Enfermeras y Auxiliares de enfermería.

Fue evaluado todo el recurso humano que participó , de la misma manera teórica y práctica , con el seguimiento continuo de los capacitadores; se utilizó encuestas de satisfacción de la familia a través de plantillas de control y monitoreo continuo: y

se evaluó el impacto de los resultados en un período mayor a seis meses; con disminución de síntomas a través de autoreportes.

CONCLUSIONES:

Luego de haber participado a los asistentes, hubo mucho entusiasmo por el proyecto, pues este beneficia a una población de alto riesgo , pero sus estrategias involucran al personal de clínica DAME que es puntal fundamental en el desarrollo del proceso. Considero que fue provechosa esta socialización generalizada.

CRONOGRAMA DE CAPACITACION EN ATENCION AL PACIENTE Y SU FAMILIA DIRIGIDO AL EQUIPO DE SALUD DE CLINICA DAME. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

MEDICOS Y ENFERMERAS

15 abril 2010

TEMAS	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLOGICA	EVALUACION
CURSO TEORICO-PRACTICO DE ATENCION AL CLIENTE Y CALIDAD TOTAL	08:30 – 12:30	Miembros Ministerio Laboral y (Psicólogos Contratados).	Videos Prácticas en Equipos	Equipo de trabajo libre de guardias de todas las áreas.

AUXILIARES DE ENFERMERIA Y PERSONAL ADMINISTRATIVO

15 abril 2010

TEMAS	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLOGICA	EVALUACION
CURSO TEORICO-PRACTICO DE ATENCION AL CLIENTE Y CALIDAD TOTAL	15:00 – 18:30	Miembros Ministerio Laboral y (Psicólogos Contratados).	Videos Prácticas en Equipos	Equipo de trabajo libre de guardias de todas las áreas.

PARAMEDIICOS Y DE MANTENIMIENTO

Fecha: 13 Septiembre 2010

TEMAS	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLOGICA	EVALUACION
CURSO TEORICO-PRACTICO DE ATENCION AL CLIENTE Y CALIDAD TOTAL	08:30 – 12:30	Miembros Ministerio Laboral y (Psicólogos Contratados).	Videos Prácticas en Equipos	Equipo de trabajo libre de guardias de todas las áreas.

PARAMEDIICOS Y DE MANTENIMIENTO

Fecha: 13 Septiembre 2010

TEMAS	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLOGICA	EVALUACION
CURSO TEORICO-PRACTICO DE ATENCION AL CLIENTE Y CALIDAD TOTAL	15:00 – 18:30	Miembros Ministerio Laboral y (Psicólogos Contratados).	Videos Prácticas en Equipos	Equipo de trabajo libre de guardias de todas las áreas.

CRONOGRAMA DE CHARLAS INFORMATIVAS DIRIGIDAS A LOS FAMILIARES DE PACIENTES GRAVES.

Fecha: 17 -Septiembre-2010

TEMAS	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLOGICA	EVALUACION
Auto control de Emociones	10-11h	Facilitadores, Médicos Maestrante.	Charla directa. Practica	Actitudes
Condición de la enfermedad.	11-12h	Facilitadores, Médicos Maestrante.	Charla directa a la familia	Comportamiento individual y familiar
Como aceptar las malas noticias	12- 13h	Facilitadores, Médicos Maestrante.	Charla, Familiares	Reacción familiar.

CRONOGRAMA DE CHARLAS INFORMATIVAS DIRIGIDAS A LOS FAMILIARES DE PACIENTES GRAVES.

Fecha: 20-Septiembre-2010

TEMAS	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLOGICA	EVALUACION
Auto control de Emociones	10-11h	Facilitadores, Médicos Maestrante.	Charla directa. Practica	Actitudes
Condición de la enfermedad.	11-12h	Facilitadores, Médicos Maestrante.	Charla directa a la familia	Comportamiento individual y familiar
Como aceptar las malas noticias	12- 13h	Facilitadores, Médicos Maestrante.	Charla, Familiares	Reacción familiar.

**TALENTO HUMANO DE CLINICA DAME CAPACITENDOSE EN
ATENCION DE CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA.**



**CHARLAS SOBRE ATENCION DE CALIDAD Y TRATO HUMANIZADO
AL PACIENTE Y LA FAMILIA.**



9.2. RESULTADO 2

En este resultado se busca dos objetivos el primero es conseguir la capacitación técnica del talento humano y el segundo es adquirir los insumos y maniqués para poder realizar esta capacitación técnica en forma permanente en DAME con sus propios maniqués de tal manera que el personal se recertifique constantemente. Por tanto se divide este producto en 9.2.1(2A) y 9.2.2(2B).

9.2.1 DISEÑO DE PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE RCP Y ADQUISICIÓN DE MANIQUÉS (2A).

Programación del primer curso de capacitación con pre-requisitos aprobados.

Grupo Beneficiario:

Médicos residentes de Cuidados Intensivos del Clínica DAME

Médicos residentes de Hospitalización de Clínica DAME

Médicos Tratantes de Cuidados Intensivos de Clínica DAME.

Lugar: Sociedad Ecuatoriana de Reanimación Cardiopulmonar Avanzada.

Fecha: Sábado 26 de junio del 2010 sábado 3 julio 2010

Dirección: Bolivia y Ritter

Duración: 8h cada taller.

Coordinador SERCA:

Dr. Washington Meneses. Presidente de la SERCA

Dra. Miriam Barreno. Instructora de la SERCA.

Coordinador DAME:

Dr. Lenín Mantilla. Director Médico

Coordinador Fundación Dame Salud:

Srta. Olaia Herrero. Secretaria de Fundación. DAME Salud

Dra. Narcisa Valdiviezo. Coordinadora del Proyecto.

Aval: American Heart Association.

Certificación: American Heart Association

Metodología:

Teórico. Entrega del libro AHA RCP 1 mes previo del curso para lectura y preparación previa.

Práctico: Entrega de CD con Video de RCP, Maniobra de Heimlich 1 mes previo al taller práctico.

Taller en maniqués y fantomas con práctica extensa de 6horas.

Examen Teórico –Práctico.

1.-Presentación.-

La Clínica DAME consciente de que su personal tiene que ser capacitado permanentemente para alcanzar excelencia en la prestación de sus servicios de Salud , conjuntamente con Fundación Dame salud, institución sin fines de lucro que proyecta desarrollar actividades que favorezcan a poblaciones vulnerables en condiciones de salud desmejorada; buscan interrelacionarse mutuamente para realizar obra social y para lo cual se organiza esta capacitación que es un requisito previo , para que en adelante la clínica DAME cuente con su plana de Instructores propios y pueda generar cursos de reanimación Cardiopulmonar Básica inicialmente , Familiares Amigos, Primeros Auxilios y posteriormente pueda realizar Cursos de reanimación Avanzada.

Se comprometen por otro lado los Médicos de mayor experiencia, seleccionados como los mejores residentes y los mejores tratantes , como los más responsables y con un período de trabajo mayor de 2 años en la Clínica DAME , que se han destacado por su excelencia en relaciones humanas, calidez en la atención y mucha capacidad y responsabilidad en su trabajo diario. Fueron exonerado de los

pagos del Curso de Proveedores y luego de Instructores ; como estímulo a su buen desempeño. Un total de 10 médicos de la Institución, se presentaron al Curso de Instructores luego de haber aprobado previamente (6 meses atrás) el curso de proveedores; requisito indispensable para acceder al curso de Instructores de la AHA.

2.-Naturaleza y Descripción del Programa

La American Heart Association (AHA) y la Fundación Americana del Corazón; dos Instituciones Americanas que tienen por objetivo difundir y prevenir las enfermedades cardíacas , realizan permanentemente estudios que modifican los esquemas de tratamiento de las enfermedades cardiovasculares a nivel mundial. Y es la AHA quien está empeñada en que se realice entrenamiento cada vez masivo hacia las poblaciones del mundo; pues esto determinaría la capacitación de miles y miles de gente en cuanto se refiere a Reanimación Cardiopulmonar.

Su certificación AHA los acredita a los Instructores para que puedan reproducir los cursos en lo futuro para entrenar a profesores, estudiantes, militares, población Médica, paramédica y la población en general, con aceptación de la AHA y con aprobación y vigilancia permanente de la Sociedad Ecuatoriana de Reanimación Cardiopulmonar.(SERCA).

Es menester que el conocimiento de Reanimación cardiopulmonar Básica se prolifere intensamente a nivel de país y del mundo, porque sólo de esta manera podremos estar capacitados para salvar las emergencias en cualquier lugar que estemos, sin necesidad de que solo lo haga el personal médico o paramédico. Ello implica que podremos mejorar la tasa de morbimortalidad de los pacientes en riesgos de infarto, de paro cardíaco, obstrucción de la vía Aérea; HTA, ECV, ahogamiento, hipotermia, y todas las enfermedades cardiovasculares, que han aumentado su incidencia en los últimos años.

Para acceder a un curso de Instructor se tienen que cumplir estrictamente los requisitos que exige la AHA; el centro de Entrenamiento tiene que ser calificado, vigilado, observado y permanentemente monitoreado; pues las exigencias de estándar de Calidad son muy altas.

Al Ser calificada la Clínica DAME como centro de entrenamiento tendrá el potencial Poder de ofrecer a futuro los Cursos de la AHA. Previamente debe tener Instructores calificados. Y el participar en este evento, está obteniendo los requisitos para ser CEI: Centro de Entrenamiento Internacional.

Según los lineamientos de la AHA, los CEI calificados cumpliendo requisitos previos, podrán difundir los Cursos de RCP y estos cursos serán cobrados para autofinanciar el programa; las Utilidades se programarán para ayuda Social; en este caso serán destinadas para el proyecto del Programa de Atención de Pacientes Graves que ameritan atención de calidad y técnica para evitar complicaciones en el manejo que necesiten de Cuidados Intensivos.

Son cursos muy personificados, cada Instructor podrá dar el taller máximo a 6 personas, por lo tanto de los 10 médicos seleccionados se dividieron en 2 grupos de cinco, en dos fechas diferentes, con una carga horaria previa de un mes de preparación teórica y práctica (libro y videos) y 8 horas de taller teórico práctico, con Instrucción masiva y calificación tutorial. El Curso se realiza en la Sociedad Ecuatoriana de Reanimación Cardiopulmonar Avanzada (CEI) de la AHA, y posteriormente se programó con los cursos para enfermeras y auxiliares conforme se planificó de acuerdo a jornadas de trabajo y preparación teórica previa como pre-requisito, pues debe aprobar el curso teórico práctico con evaluación y vigilancia de los Instructores calificados por la AHA.

3.- Objetivo general:

Capacitar con estándares de Calidad al personal Médico de Clínica DAME cumpliendo los requisitos de Instructores que la American Heart Association

exige para la Certificación de los médicos como Instructores de la Clínica DAME como Centro de Entrenamiento. Y que con estos conocimientos puedan mejorar la calidad de atención técnica para pacientes graves ingresados en UCI de DAME.

4.- Objetivos específicos:

- Conseguir que La Clínica DAME tenga sus propios Instructores y pueda realizar sus cursos de RCP con autonomía económica, física, técnica y humana, para que todo el talento humano pueda beneficiarse y recertificarse periódicamente como lo indica la norma de un Centro de Entrenamiento reconocido legalmente por la American Heart Association..
- Lograr que la Clínica DAME a través de la realización de Cursos obtenga fondos para los pacientes del proyecto en estudio.
- Mejorar la Calidad de Atención de la Clínica DAME a través de la capacitación permanente de su recurso humano.
- Disminuir los Índices de morbimortalidad de pacientes cardiovasculares a través de la difusión de los cursos de RCP.

5.-RESULTADOS ESPERADOS:

- Que la totalidad de Médicos potenciales Instructores sean certificados por la American Heart Association.
- Los talleres teóricos prácticos recibidos por los Médicos de Dame sean un puntal fundamental en la atención de los pacientes mejorando su estándar de calidad de atención en los servicios de Salud.

- Los Conocimientos adquiridos por los Médicos en este curso, sean difundidos a todo el personal de DAME y a todas las generaciones venideras que accedan a los mismos en el futuro CEI, de la clínica DAME.
- Que se cumplan las expectativas en cuanto a capacitación del talento humano, como en la Certificación AHA; como en el cumplimiento de realización de Cursos a beneficio de los usuarios Internos y externos de la Clínica DAME.

6.-CERTIFICADOS OBTENIDOS

- Certificado emitido por la Sociedad Ecuatoriana de Reanimación Cardiopulmonar Avanzada (SERCA).
- Certificación emitida por la American Heart Association, primero como proveedor y luego como Instructor.

La programación, actividades del curso, copias de certificación y credenciales se verán en anexo correspondiente a este resultado.



Cursos Primeros Auxilios, Salva corazones AVB/ BLS, AVCA / ACLS
 CERTIFICACIÓN INTERNACIONAL DE AMERICAN HEART ASSOCIATION
 " TU Y SERCA SALVAN VIDAS "

Presidente

Dr. Washington Meneses

Vicepresidenta

Dra. Miriam Barreno

Secretaría

Dra. Judith Borja

Tesorera

Dra. Jenny Betancourt

Vocales

Dr. Juan C. López

Dr. Marco Pesantez

Instructores de AVCA/ACLS

Dra. Narcisca Valdiviezo

Dr. Edgar Palacios

Dr. Fernando Estrada

Dr. Roy Ringember

Dr. Ruperto Suárez

Dr. Guillermo Falconí

Dr. Mauricio Gaibor

Dr. Wilson Chicaiza

Instructores AVB/BLS

Dr. J. Carlos Carrión

Dr. Rodrigo Henríquez

Dra. Norma Miranda

Dr. Esteban Salazar

Dr. Gustavo Cevallos

Sr. Santiago Redrovan

Sr. Danny Cisneros

Sita. Daniela Balseca

Tut. Javier Velásquez

CERTIFICADO

La Sociedad Ecuatoriana de Reanimación Cardiopulmonar SERCA, filial de la American Heart Association (AHA) y acuerdo ministerial de N° 00312 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Certifica que la señora doctora.

NARCISA VALDIVIEZO ZAMBRANO

A través de una solicitud realizada por la Fundación DAME Salud, para que sea aprobada como centro de entrenamiento internacional (CIE), me permito comunicar a usted que la Sociedad Ecuatoriana de Reanimación Cardiopulmonar acepta la inscripción de los médicos de la clínica DAME para que realicen los cursos de proveedores y de instructores a quienes califiquen como PI (Potencial Instructor), certificados por la Sociedad Americana de Corazón AHA.

Quito, febrero del 2010

Atentamente,


 Dr. Meneses Altamirano Washington
 PRESIDENTE DE SERCA



SOCIEDAD ECUATORIANA DE REANIMACION CARDIO PULMONAR

Dirección:
 Miraflores Alto Pasaje D N19-16 y Bolivia
 Telf. Ofic.: 02-290-4983 Cel.: 09-871-6255

La Sociedad Ecuatoriana de Reanimación Cardiopulmonar es una asociación civil científico-médica, sin fines de lucro, que se encargará de fomentar en el país a nivel de sus miembros los conocimientos teórico-prácticos actualizados sobre reanimación cardiopulmonar (RCP).

 Fundación InterAmericana del Corazón	 American Heart Association <i>Aprenda y Viva Más™</i>	CIUDAD, PAÍS QUITO-ECUADOR
AVB Instructor DR. JUAN CARLOS LOPEZ		Centro de Capacitación (CC) SERCA
Esta tarjeta certifica que el individuo mencionado arriba ha completado satisfactoriamente las evaluaciones nacionales de conocimientos y aptitudes, de acuerdo con el plan de capacitación de la American Heart Association para el Programa Instructor de Apoyo Vital Básico.		Sitio de Capacitación (SC) _____
<u>02/08/2008</u> Fecha de emisión	<u>02/08/2010</u> Fecha de vencimiento	Instructor DRA. JUDITH BORJA <i>Judith Borja</i>
		Firma del titular _____
		© 2003 American Heart Association 70-2994

70-2994 R3/04

 Fundación InterAmericana del Corazón	 American Heart Association <i>Aprenda y Viva Más™</i>	CIUDAD, PAÍS QUITO-ECUADOR
AVCA Instructor DRA. NARCISA VALDIVIEZO		Centro de Capacitación (CC) SERCA
Esta tarjeta certifica que el individuo mencionado arriba ha completado satisfactoriamente las evaluaciones nacionales de conocimientos y aptitudes, de acuerdo con el plan de capacitación de la American Heart Association para el Programa Instructor de Apoyo Vital Cardiovascular Avanzado.		Sitio de Capacitación (SC) _____
<u>17/10/2008</u> Fecha de emisión	<u>17/10/2010</u> Fecha de vencimiento	Instructor DRA. JUDITH BORJA <i>Judith Borja</i>
		Firma del titular _____
		© 2003 American Heart Association 70-2990

70-2990 R3/04

IMÁGENES DE LOS CURSOS DE RCP, REALIZADOS POR LOS MEDICOS DE CLINICA DAME EN LA SERCA.



9.2.2 COMPRA DE MATERIALES Y MANIQUÍES PARA REALIZACION DE CURSOS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR PARA PODER REALIZAR LOS CURSOS CON EXCELENCIA (2B).

Esta actividad implica un sinnúmero de fases como son: ubicar diferentes empresas proveedoras de maniquíes para RCP, solicitar proformas de precios y de tipo de material, comparar precios, mantener la comunicación y hacer la respectiva selección del producto.

Acudimos a distribuidoras ubicadas en Brasil, Argentina, Colombia, EE.UU. y Ecuador.

Durante el cumplimiento de esta actividad recopilamos diferentes proformas, informes, catálogos que detallamos a continuación hasta terminar seleccionando un material de buena calidad con costo adecuado y ajustado a las verdaderas necesidades de los cursos de reanimación cardiopulmonar.

PROGRAMACION

Dentro de la planificación para la compra de materiales e insumos que se utilizarán para los cursos de RCP, la Clínica DAME coordinó un proceso integral de selección y licitación de empresas en la que la Autora de este proyecto colaboró intensamente; pues era menester realizar el proceso con capacidad, claridad, eficiencia; pues a la postre los resultados deben proyectar a adquirir material de la mejor calidad y al menor costo posible, de tal manera que pueda existir rentabilidad en el producto.

Desde el mes de abril del 2010 se planificó las diferentes comunicaciones a páginas web para recibir proformas de diferentes países, haciendo tipo licitaciones

a empresas que reúnan el perfil para su respectiva selección. Este proceso ha culminado en el mes de septiembre, especialmente porque hubo dificultad en el viaje para conocer la calidad del producto.

Por lo tanto se recibieron varias licitaciones de diferentes países; esto lo hicimos vía Internet, vía FAX; comunicaciones directas en Ecuador con la Empresa Promedent.

A través de todas las comunicaciones se recibieron licitaciones con precios normales o demasiado elevados; se fue descartando progresivamente las licitaciones que no estaban acorde con el poder de adquisición de la Clínica y finalmente nos quedamos con la posibilidad de compra a Colombia y a Ecuador. Pues existía la posibilidad de comprar a Buenos Aires y Brasil, que son productos de buen material y costos parecidos a los proformados por Promedent distribuidora en Ecuador, sin embargo los costos de tiquetes de avión y estadía encarecían los costos reales de esos productos.

OBJETIVOS.-

Conseguir Maniqués, libros y otros insumos utilizados en RCP, con costos adecuados y de buen material y de la forma más rápida posible.

Permitir la participación de varias empresas distribuidoras de maniqués e insumos para RCP, para que oferten sus productos y tener la posibilidad de seleccionar la mejor oferta.

SELECCIÓN.-

Nos enviaron formatos, revistas , dípticos , trípticos maniqués de diferentes tipos , que permitieron la selección minuciosa y detallada, de acuerdo al tipo de material , al tipo de funciones ; que se ciñan a las verdaderas necesidades del Curso de reanimación Cardiopulmonar , cumpliendo las especificaciones que la American Heart Association exige para la realización de estos cursos certificados por la AHA. (Anexo 4)

De todos los enviados seleccionamos como la mejor opción por calidad y costos, las proformas enviadas por Colombia a través de la empresa: DISTRIBUNA Editorial y Librería Medica de Colombia y Promedent Distribuidora de Ecuador.

COSTOS DE ADQUISICION.

La Suma total de gastos de adquisición de Maniqués libros y otros insumos es la siguiente:

Presupuesto final

MATERIAL DISTRIBUNA.....	\$ 2.997
MATERIAL PROMEDENT.....	\$ 2.826
TOTAL.....	\$ 5.823

COMUNICACIONES ENVIADAS Y RECIBIDAS.-

Es necesario adjuntar a esta actividad , todas las comunicaciones enviadas y recibidas a lo largo del proceso de adquisición ; pues ello confirma la minuciosa labor emprendida en cada proceso que se quiere culminar de forma ordenada y

responsable; pues finalmente se concluye en una adquisición de productos de buena calidad y con rentabilidad futura para los cursos programados.

EVALUACION DE LA ADQUISICION DE MANIQUIES Y OTROS.

Fue una actividad bastante agotadora desde el punto de vista, técnico, porque implicó mucha paciencia, tiempo y dedicación. Se puso en práctica todo lo aprendido en Rentabilidad, Finanzas y Marketing: Fueron muchas las licitaciones, y muchos los descartes de productos en base a calidad, precio, costos de tiquetes, etc. Creo que es necesario que este proceso cuente como parte del trabajo porque realmente hacer una adquisición de un producto indispensable, con características muy particulares para actividades específicas, determinó agotamiento en el proceso.

CONCLUSIONES.

Finalmente se logró comprar a Promedent de Ecuador y a una Empresa Colombiana que ofrecieron productos de buena calidad a precios adecuados. Al momento ya se han inscrito 30 personas para realizar los cursos. Se entregan los libros con 1 mes de anticipación siguiendo todos los lineamientos de la American Heart Association. Los resultados fueron los esperados., realmente me encuentro satisfecha.

PROCESO DE COMPRA DE MATERIALES NECESARIOS PARA REALIZAR CURSOS DE RCP BÁSICA A DISTRIBUNA EDITORIAL Y LIBRERÍA MÉDICA EN COLOMBIA.

ARCHIVO ADJUNTO No. 1

MANIQUI: PRESTON PAK 100 - PRESTON MANIQUI W/CPR MONITOR (PK 4. Kit de 4 maniquies)

Prestan's revolutionary new CPR Rate Monitor allows for instant feedback to both instructor and student regarding the rate of chest compression. This allows each student to gauge their rate of compressions on their own as well as allowing the instructor to monitor several students quickly and easily. Other features include:

- Realistic looking
- Allows each student to observe a true chest rise
- Clicker mechanism in order to ensure students are giving adequate chest compressions
- Head/tilt chin lift in order to teach students how to open an airway

Includes 4 manikins, 50 face shield lung bags and a nylon carrying bag. One-year warranty.



ARCHIVO ADJUNTO No. 2

DEA: AED120T2 - PRACTI-TRAINER (Universal AED Trainer- DEA Entrenamiento)

Universal Practi-Trainer. Features include:

Meets the American Heart Associations (AHA) 2005 guidelines

Includes 8 AHA scenarios to treat different cardiac arrest cases

Tests proper attachment of shock pads

External speaker jack

Volume adjustment and pause function

Spanish/English capability

Includes: Remote control, nylon carrying case, wire connectors, 2 sets of pads(1 adult & 1 child), and instruction manual

6 month manufactures' warranty against defects

Device is 5"x5"x 1 ?"; carrying case is 10 " x 8 " x 2 "

Uses 3 AA batteries, not included



ARCHIVO ADJUNTO No. 3**AMBUS: SPUR 11 - AMBU SPUR II DISPOSABLE RESUSCITATORS
ADULT**

Best seller! Ambu SPUR II features a unique, small shape that is easy to hold, yet still provides optimum stroke volumes with just one hand. The bag is thin and responsive, with a SafeGrip™ surface that ensures a firm, steady grip.

Key features include: a unique, single-shutter valve system for reliable function; integrated handle for user comfort; and a medication port that permits quick delivery without disconnecting the SPUR II from the ET tube.



ARCHIVO ADJUNTO No. 4

BARRERAS PROTECTORES PARA ENTRENAMIENTO: PRACTI-SHIELDS WP-550. (Caja de 50 unid)

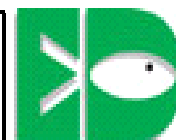
WorldPoint CPR Practi-Shield (50/box) Practi-Shields are ideal for CPR and AED training, offering cost-effective barrier protection for students sharing a manikin.



Autopista Norte # 123-93 Tel: (57-1) 2132379/6202294/2158365 Fax: (57-1) 2132379
 emails: servicioalcliente@libreriamedica.com / gerencia@libreriamedica.com

web site: www.libreriamedica.com
BOGOTA - COLOMBIA

NIT: 800152591-5



Colombia

FACTURA PROFORMA

FECHA:	Agosto 06/2010	No.	152/2010
CLIENTE:	FUNDACION D.A.M.E Salud	ATENCION:	D. Olalla Herrero Mendo
DIRECCION:			
TEL/FAX:			
EMAIL:	oli-ali-ole@hotmail.com	EMBARCADOR:	Fedex
CIUDAD/PAIS:	Quito		Puerto Embarque Bogota
TERMINOS:	EX WORK		
PLAZO:	Transferencia		
ENTREGA:	Inmediata		

CANT	REFERENCIA	REFERENCIA	TITULO	Vr. US\$	VR TOTAL NETO
1	PRESTON PAK 100 (Anexo # 1)		MANIQUI W/CPR MONITOR (PK 4. Kit de 4)		694,00
4	AED120T2 (Anexo # 2)		PRACTI-TRAINER (Universal AED Trainer- DEA Entrenamiento.....)	196,00	784,00
4	SPUR 11 (Anexo # 3)		DISPOSABLE RESUSCITATORS ADULT	26,50	106,00
2	WP-550 (Anexo # 4)		BA RRERAS PROTECTORES PARA ENTRENAMIENTO: PRACTI-SHIELDS (Caja x 50 unid)	19,50	78,00
			Gastos de Envio por Fedex		268,00
			MATERIAL CIENTIFICO PARA EDUCACION		

Valor en letras:		SUBTOTAL	US\$	1.930,00
		Gastos Bancarios	US\$	25,00
		TOTAL A PAGAR	US\$	1.955,00

INTRUCCIONES DE TRANSFERENCIA:

Banco Intermediario: • HSBC BANK USA, NA
 • HSBC TOWER 452 5th Ave 14th Floor New York NY 10018, USA
 ABA: • Fed Wire number (ABA) 021001088
 Swift Code: MRMDUS33

BANCO BENEFICIARIO: HSBC Colombia S.A. - Swift Code: BISTCOBB

CLIENTE BENEFICIARIO FINAL: DISTRIBUNA LTDA BOGOTA COLOMBIA

DISTRIBUNA LTDA BOGOTA COLOMBIA CUENTA: No. 020-017020959-000

OBSERVACIONES Podemos hacer la factura por los US\$1.800,00 y otra aparte por US\$ 155,00

Para mantener el limite de regulacion de Aduanas en Ecuador de los US\$1.800,00

y/o 40 Kilos

ARCHIVO ADJUNTO No. 1**MANIQUI: PRESTON PAK BAY 1 - PRESTON MANIQUI W/CPR MONITOR (PK 4. Kit de 4 maniquies)**

The Prestan Infant manikin lets instructors set up and pack up at training sites in minutes, and provides students with a realistic training experience that prepares them for real rescue.

Features & Benefits include:

Clicker mechanism increases student's confidence in administering adequate compressions

Face/head tilt enhances the CPR learning experience and teaches students how to open the airway during CPR.

Rate Monitor with off/on button that gives instant feedback and helps students take CPR learning experience seriously

Full chest rise and lung bag ensures that students receive the most accurate and realistic training.

Gives each student a realistic experience that provides for the best "real life" CPR outcomes.

Far easier and faster to carry and set up at training sites.

Realistic looking and acting infant manikin is more acceptable

to both instructors and students.

A unique clamshell design that accommodates an easy-to-insert face shield lung bag

Realistic-feeling skin that won't shrink or stretch, even with repeated cleanings

Includes 50 infant face shield lung bags, instructional sheet, and nylon carrying bag. One year warranty.



MANIQUI VIA AEREA PEDIATRICA

Referencia: AMT125

Especificaciones:

Airway Management Trainer (3 year old) w/carry bag, Child

These detailed trainers are designed to teach oral and nasal endotracheal intubation procedures on children and infants.

Anatomy features include: teeth, uvula, vocal chords, glottis, epiglottis, larynx, arytenoid cartilage, trachea, esophagus, and inflatable lungs and stomach.

Mounted on practice boards for easy class use.

Comes with sturdy nylon bag and lubricant.



MANIQUI VIA AEREA LACTANTE

Referencia: AMT115

Especificaciones:

Airway Management Trainer w/carry bag, Infant

These detailed trainers are designed to teach oral and nasal endotracheal intubation procedures on children and infants.

Anatomy features include: teeth, uvula, vocal chords, glottis, epiglottis, larynx, arytenoid cartilage, trachea, esophagus, and inflatable lungs and stomach.

Mounted on practice boards for easy class use.

Comes with sturdy nylon bag and lubricant.



MANIQUI VIA AEREA ADULTO

Referencia: AMT 500

Especificaciones:

Airway Management Trainer, Economy

This detailed adult intubation head comes mounted for advanced airway management training.

Students can learn head/neck anatomy, endotracheal intubation, and nasotracheal intubation and can practice using field emergency airway adjunct tubes like LMAs and Combitube.

Comes with convenient soft carrying bag, lubricant, and instructions.

7.- EVALUACION Y CONCLUSIONES DEL RESULTADO 2

Resultado 2a

Constituye un resultado muy grato, pues fue posible observar el desarrollo de un proceso que parecía inalcanzable. Ya que las exigencias de la AHA para certificar a los Médicos exige demasiados requisitos, que se fueron cumpliendo uno a uno hasta obtener las credenciales de certificación; posteriormente estos médicos como Instructores hicieron cursos al personal de enfermeras , médicos residentes , auxiliares ; replicando todas las exigencias y estándares de Calidad exigidos por la American Heart. Obteniendo resultados de capacitación a todo el personal de clínica DAME y mejorando la calidad de atención Técnica para beneficio de los pacientes graves que son ingresados en esta Unidad.

En adelante con las certificaciones obtenidas por la Sociedad Ecuatoriana de reanimación Cardiopulmonar se podrán realizar con independencia los cursos de

Reanimación cardiopulmonar Básica y Avanzada; cursos que capacitan al personal así como a la población en general.

Resultado 2b

Con la gestión realizada en cuanto a licitaciones, comparaciones de precios y calidad de material, logramos adquirir todos los maniqués e insumos a precios adecuados. Material que será indispensable para continuar realizando los cursos de capacitación en RCP para el talento humano de clínica DAME.

9.3 RESULTADO 3

CONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO DE DOS UCI EN CLÍNICA DAME PARA ATENDER LA DEMANDA ACTUAL DE PACIENTES GRAVES

Generalidades.-

Clínica DAME ha venido programando a través del tiempo el incremento del área física en Unidad de Cuidados Intensivos, pues a contaba con 5 camas de UCI y considerando que existen muchos pacientes de escasos recursos económicos y en condición grave, que ingresan en forma emergente, sin previo aviso, se programó el incremento de 2 camas adicionales .

A través de reuniones permanentes del Consejo Directivo, se han realizado un sinnúmero de planteamientos para tratar de dar solución a este problema que se incrementó en los últimos años.

En la Visión de nuestra Institución se orienta la atención de calidad y la cobertura de todo paciente sin distinción de raza, edad, estado socioeconómico. Y el consenso de sus fundadores es alcanzar la excelencia y proporcionar de todas las formas ayuda social para el paciente grave.

Por los antecedentes mencionados; conjuntamente con la elaboración del proyecto “Implementación en Clínica DAME de un programa Médico que mejore la atención de pacientes graves y de escasos Recursos Económicos”; La Junta Directiva de Clínica DAME planificó la ampliación de la Unidad de Cuidados Intensivos, con aprobación de la Junta General de Accionistas; constando en Actas de Reunión realizada en Octubre del 2009. El arquitecto que coordinó planos de remodelación construcción y ampliación de la Unidad de Cuidados Intensivos fue el Arq. Roberto Triviño. Se adjunta plano de ampliación Anexo 1.

Presupuesto de Construcción y Equipamiento de las 2 Unidades de UCI.-

Se planificó en un área de 20 m² adjunta a la UCI la construcción de 2 Unidades con capacidad para dos camas completamente equipadas. El presupuesto de construcción física más equipamiento está alrededor de 90.000 USD que correrá de parte de la Clínica DAME como parte de la re-inversión de los accionistas en sus utilidades anuales.

Este presupuesto será planificado, y controlado por el departamento financiero de la Clínica DAME. Es menester que en la agenda de actividades que se programó conste las diferentes reuniones mantenidas entre los Directivos, Junta General de Accionistas, como lo ha venido haciendo la Clínica DAME para que esta partida presupuestaria sea considerada en el año 2009 en donde se inicia la construcción prevista de 2 Unidades de UCI.



DIAGNOSTICO AGUDO Y MÉDICOS ESPECIALISTAS S.A.

**ACTA DE JUNTA EXTRAORDINARIA DE ACCIONISTAS DE
CLINICA DAME S.A.**

En la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano, a los Veinte y dos días del mes de septiembre del año 2009, a las 16.00 horas, se reúne la Junta Extraordinaria de Accionistas CLINICA DAME S. A. en la sede ubicada en la calle 18 de septiembre 1428 y Av. Universitaria, del cantón Quito, provincia de Pichincha.

Con el objeto de celebrar la presente Junta Extraordinaria, preside la Asamblea el Dr. Pablo Jiménez y como secretaria la Sra. Hilda Zambrano.

El Dr. Pablo Jiménez instala la sesión y pide a secretaria constate el quórum para lo cual secretaria procede a nombrar a los accionistas estando presentes los siguientes:

Dra. NARCISA VALDIVIEZO Z., Dra. DIANA FREIRE A, Dr. PABLO JIMÉNEZ M., Dr. EDGAR RIVERA, Sr. LUIS ACOSTA A., Dr. RODOLFO BERNAL, Dr. HOLGER PINO., Sra. HILDA ZAMBRANO., Sra. LEONOR VALDIVIESO Dra. MARIA LUISA FELIX, Dra. ROSA E. CERDA H., Dra. XIMENA ZURITA.

Constatando el quórum, el presidente pide a secretaria se de lectura el orden del día poniendo en consideración de los accionistas el siguiente orden del día:

- 1.- Ampliación de Terapia Intensiva
- 2.- La realización de planos arquitectónicos con el Arq. Roberto Triviño.
- 3.- Varios

El cual es aceptado por unanimidad y se procede a tratar el primer punto del orden del día;

Toma la palabra el Rodolfo Bernal indicando que es importante la ampliación de la Clínica DAME S.A debido a que en el último tiempo hemos visto que las instalaciones resultan pequeñas afluencia de los diversos pacientes que acuden a la misma por lo que me permito llevar a moción la ampliación de Terapia Intensiva.

-Toma la palabra el Dr. HOLGER PINO a nombre de los accionistas presentes aceptando la moción como único recurso para lograr una mayor eficiencia administrativa Financiera, por lo que pide a los presentes se proceda a la votación a favor de la moción presentada.

Los accionistas en forma unánime autorizan a la Sra. Gerente para que proceda a la ampliación de Terapia Intensiva con incremento de dos unidades de UCI, dada la alta demanda de pacientes de escasos recursos económicos y en condiciones graves.

-Toma la palabra el Dr. Pablo Jiménez a nombre de los accionistas presentes aceptando la moción como único recurso para lograr una mayor eficiencia económica, por lo que pide a los presentes se proceda a la votación a favor de la moción presentada.

-A través del voto, en forma unánime es aprobado y se autoriza a la Dra. Narcisa Valdiviezo para que realice los tramites correspondientes a la Ampliación de la Terapia Intensiva y la elaboración de los Planos de 20 metros cuadrados de construcción y ampliación.

3.- Varios.- La Señora Gerente informa que está solicitando Proformas de los diferentes equipos que se necesitará para la implementación de la mencionada Unidad de Terapia Intensiva. Además que para Calificar con el Convenio del IESS debemos incrementar un Tomógrafo.

Sin tener más puntos que tratar. La Dra. Narcisa Valdiviezo da por terminada la Junta Extraordinaria de Clínica DAME S.A., siendo las 17h: 25



Dr. Pablo Jiménez
Presidente



Sra. Hilda Zambrano
Secretaria



Dra. Narcisa Valdiviezo Z.
Gerente General - Accionista

PLANO DE CONSTRUCCION Y REMODELACION

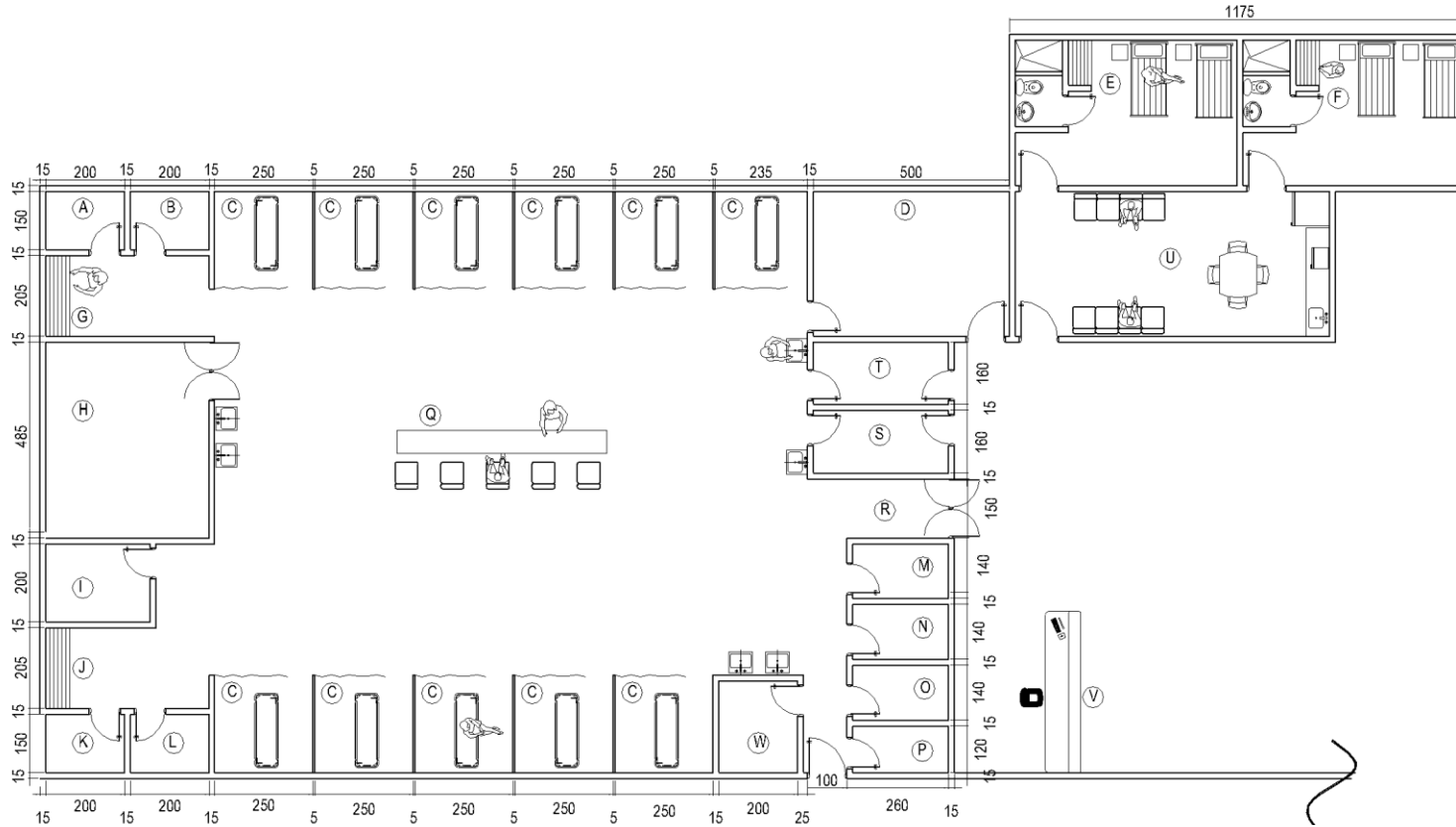


Tabla.- GASTOS DE CONSTRUCCION.

ALBAÑIL	USD 700,00
ARQUITECTO	USD1100,00
MATERIAL DE CONSTRUCCION	USD2600.00
MATERIAL ELECTRICO	USD 800,00
PINTURA	USD 200,00
TOTAL	USD5.400,00

Fuente: Archivo de Clínica DAME

Realizada por: Narcisa Valdiviezo

Tabla.- GASTOS DE EQUIPAMIENTO

2 VENTILADOR MECANICO	USD 15.000	USD 30.000
2 MONITOR CARDIACO	USD 7.000	USD 14.000
2 SUCCIONES	USD 800	USD 1.600
1 COCHE DE PARO	USD 1.200	USD 1.200
2 CAMAS DE UCI	USD 4.500	USD 9.000
2 AMBUES	USD 200	USD 400
1 LARINGOSCOPIO	USD 450	USD 450
2 MESAS DE ALIMENTACION	USD 300	USD 300
2 INFUSORES	USD 450	USD 900
4 PORTASUEROS	USD 100	USD 400
1 NEGATOSCOPIO	USD 400	USD 400
TOTAL	USD 30.400	USD 58.650

Fuente: Archivo de Clínica DAME

Realizada por: Narcisa Valdiviezo

GASTOS DE RED DE OXIGENO, AIRE COMPRIMIDO, SUCCION

Es menester dentro de la Construcción construir una Red de oxígeno, conjuntamente con red de aire comprimido y succión al vacío. Ello evita el uso de tanques de oxígeno que son de manejo delicado y peligroso. El personal finalmente cuando está creada la red debe recibir capacitación para el manejo adecuado de la misma.

El costo aproximado de esta red completa es de USD 19.302,80.

PROGRAMACION:

Se estipula un tiempo de construcción de 3 meses que implica la obra muerta de las 2 unidades, posteriormente vienen acabados, y redes de oxígeno, eléctrica y otros. Aproximadamente se planifica que para el mes de mayo se pueden habilitar las 2 unidades.

TABLA. AGENDA

ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA
CONSTRUCCION DEL AREA FISICA	ALBAÑILES	AR.TRIVIÑO	11-09 AL 2-10
INSTALAC O2	TECNICOS	INDURA	04-10 AL 06-10
OTRAS INST.	ELECTR, PINT	MANTENIMIEN.	04-10 AL 06-10

CONCLUSIONES:

Las dos camas de UCI de DAME están implementadas, están funcionando y atendiendo al mayor número de pacientes, que ingresa ofreciéndoles tecnología adecuada, gran talento humano y confort en sus instalaciones; todo para mejorar la calidad de atención del paciente de UCI.



Soluciones Integrales en Gases Medicinales

Quito, 20 de Enero del 2010

Señores
CLINICA DAME S.A.
 Atención: Doctora Narcisca Valdiviezo
 Presente.

Ref: Presupuesto de Instalación de Redes de oxígeno, aire y vacío KO.20.01.10

PRESUPUESTO DE RED DE OXIGENO, VACIO Y AIRE

Item	Descripción	Unidad	Cant.	Valor c/u	Valor Total
1. Suministros para red de oxígeno					
1.1	Tubería de cobre de 1/2"OD. Tipo L	unid	47	32,06	\$ 1.506,69
1.2	Tubería de cobre de 3/4"OD. Tipo L	unid	6	55,37	\$ 332,23
1.3	Válvula de cierre rápido de 1/2NPT, bronce.	unid	1	10,93	\$ 10,93
1.4	Válvula de cierre rápido de 3/4NPT, bronce.	unid	2	17,64	\$ 35,29
1.5	Accesorios de cobre para instalación de red.	unid	1	265,71	\$ 265,71
1.6	Soporte de tuberías	unid	120	2,17	\$ 260,57
Sub. Total de materiales para red de oxígeno					\$ 2.411,41
2. Suministros para red de vacío					
				0,00	
2.1	Tubería de cobre de 1/2"OD. Tipo L	unid	28	32,06	\$ 897,60
2.2	Tubería de cobre de 3/4"OD. Tipo L	unid	6	55,37	\$ 332,23
2.3	Tubería de cobre de 1"OD. Tipo L	unid	2	78,69	\$ 157,37
2.4	Válvula de cierre rápido de 1/2NPT, bronce.	unid	1	10,93	\$ 10,93
2.5	Válvula de cierre rápido de 3/4NPT, bronce.	unid	2	17,64	\$ 35,29
2.6	Accesorios de cobre para instalación de red.	unid	1	278,57	\$ 278,57
2.7	Soporte de tuberías	unid	95	2,17	\$ 206,29
Sub. Total de materiales para red de vacío					\$ 1.918,27
3. Suministros para red de aire					
3.1	Tubería de cobre de 1/2"OD. Tipo L	unid	20	32,06	\$ 641,14
3.2	Tubería de cobre de 3/4"OD. Tipo L	unid	2	55,37	\$ 110,74
3.3	Válvula de cierre rápido de 1/2NPT, bronce.	unid	1	10,93	\$ 10,93
3.4	Válvula de cierre rápido de 3/4NPT, bronce.	unid	2	17,64	\$ 35,29
3.5	Accesorios de cobre para instalación de red.	unid	1	202,86	\$ 202,86
3.6	Soporte de tuberías	unid	72	2,17	\$ 156,34
Sub. Total de materiales para red de vacío					\$ 1.157,30
4. Equipos primarios					
4.1	Toma mural de oxígeno, AMICO	unid	32	40,80	\$ 1.305,60

-800-INDURA



Soluciones Integrales en Gases Medicinales

4.2	Toma mural de aire, AMICO	unid	6	40,80	\$ 244,80
4.3	Toma mural de vacío, AMICO	unid	21	40,80	\$ 856,80
4.4	Slide, AMICO	unid	21	29,14	\$ 612,00
4.5	Alarma de presión 3 gas (Oxígeno, aire y vacío) AMICO.	unid	1	1.542,86	\$ 1.542,86
4.6	Caja de válvulas de 2 gases (3/4") AMICO.	unid	1	265,71	\$ 265,71
4.7	Caja de válvulas de 2 gases (3/4" - 3/4") AMICO.	unid	2	305,71	\$ 611,43
4.8	Caja de válvulas de 3 gases (3/4" - 3/4" - 1") AMICO.	unid	3	400,46	\$ 1.201,37
Sub. Total de equipos secundarios					\$ 6.640,57

5. Central de termo de oxígeno 1 x 1 y respaldo de 4 cilindros					
5.1	Manifold semi automático de termo de oxígeno 1 x 1:	unid	1	2.421,43	\$ 2.421,43
<i>Marca: AMICO</i>					
<i>Modelo: C3 Liquid</i>					
<i>Procedencia: Canadá</i>					
5.2	Manifold de reserva de 4 de cilindros, Indura	unid	1	1.091,89	\$ 1.091,89
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 1 Regulador general de oxígeno CGA 540, Harris. ◦ Soporte metálico de manifold. ◦ Mangueras flexibles de acero inox. De alta presión. ◦ Guarda de seguridad. ◦ Válvula de corte y viento. 					
sub. Total de manifolds de Oxígeno					\$ 3.513,31

6. Manifold semi automático de cilindros de aire medico 3 x 3, AMICO					
6.1	Manifold semi automático de cilindros de aire medico, 3 x 3.	unid	1	3.188,57	\$ 3.188,57
<i>Marca: AMICO</i>					
<i>Modelo: C3 CILINDROS</i>					
<i>Procedencia: Canadá</i>					
sub. Total de manifold de Aire Medico					\$ 3.188,57

7. Insumos					
7.1	Señalización de tubería	unid	1	37,64	\$ 37,64
7.2	Consumibles:	unid	1	435,71	\$ 435,71
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Soldadura de plata al 15% ◦ Oxígeno y acetileno ◦ Accesorios de fijación a pared. ◦ Pintura color normativo. 					
sub. Total Insumos					\$ 473,36

Total de materiales	\$ 19.302,80
----------------------------	---------------------

-800-INDURA

9.4 EVALUACION DEL PROYECTO.**FICHA DE CONTROL DEL AVANCE DEL PROYECTO DE ACCIÓN**

Nombre y Apellidos: Dra. Narcisa Valdiviezo.

Centro Universitario: Universidad Técnica Particular de Loja.

“ PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MEDICA A PACIENTES DE LA CLINICA DAME, EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA QUITO, AGOSTO, 2010. ”

Resultados esperados y componentes del Proyecto	Indicadores	CRONOGRAMA												OSB.		
		Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun	Jul.	Ago.	Sept.		Oct.	
Programa de capacitación al personal de salud para dar atención humanizada y comunicación de familiares y pacientes	Hasta el 30 de septiembre del 2010, capacitación al 100%									50%				100%		

INTRODUCCION.

Para obtener este resultado fue necesario hacer un análisis global del proceso que incluye elaboración de encuestas, cumplimientos de actividades, capacitación metódica y organizada del talento humano de Clínica DAME tanto en los temas de atención en calidad humana al paciente y a su familia, como en la capacitación técnica y realización de cursos teórico – práctico de reanimación cardiopulmonar. Finalmente considerar las evaluaciones teóricas de cada proceso así como las evaluaciones prácticas; tabulando y buscando resultados exactos que nos permitan llegar a tener indicadores de propósito, indicadores de FIN de una manera exacta para cumplir con los objetivos buscados.

Así mismo se hizo un seguimiento de la construcción de la infraestructura y el equipamiento de dos camas de UCI adicionales a las 5 existentes para aumentar la cobertura de atención a pacientes graves que ingresan a Clínica DAME; encontrando con satisfacción un adecuado proceso de cumplimiento, al igual que la adquisición de insumos y maniqués para desplegar capacitación permanente de cursos de RCP al talento humano de Clínica DAME.

9.4.1 EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE LOS RESULTADOS

RESULTADO No.1.

CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE CLÍNICA DAME SOBRE ATENCIÓN DE CALIDAD CON PACIENTES Y FAMILIARES PARA MEJORAR SU RELACIÓN CON PACIENTES Y FAMILIARES. ASEGURANDO UN TRATO HUMANIZADO

INDICADOR DEL RESULTADO No.1

Capacitación del personal del Clínica DAME en atención humanizada a pacientes y familiares.

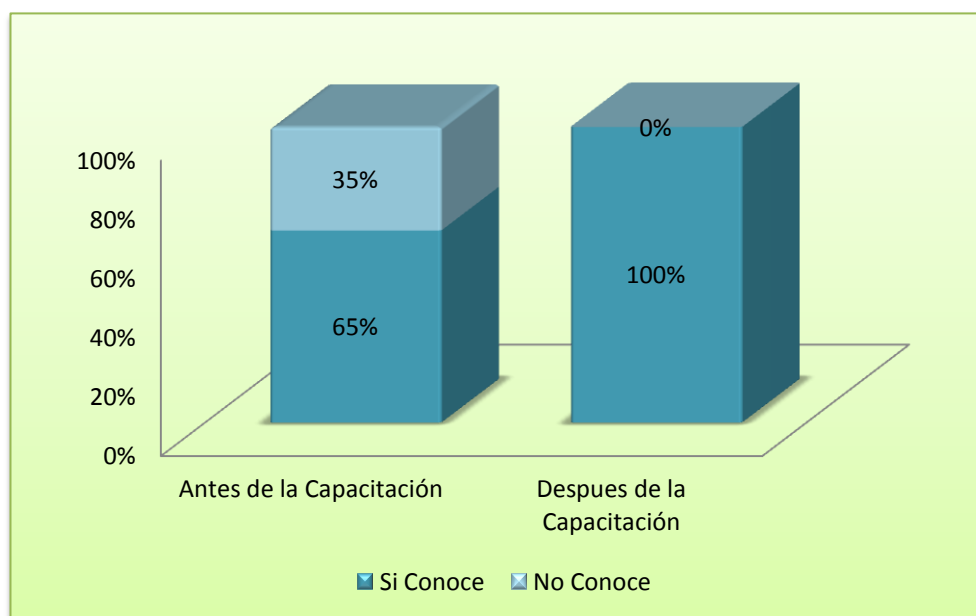
Hasta el 15 de abril se cumplió con el 100% de la capacitación del talento humano de clínica dame, dándose cumplimiento con la programación, objetivos.

Utilizando todas las herramientas que necesitaron los capacitadores y la maestrante. A través del trabajo diario y rutinario que hace el personal en cuanto a la calidad de atención del paciente y la familia vemos con satisfacción que gracias a esta intervención se ha mejorado notablemente la calidez y el trato humano al paciente.

Se realizó una encuesta antes y después de la capacitación y los resultados se representaran en los gráficos correspondientes.

GRAFITABLA No1

CRITERIO	Antes de la Capacitación.	Después de la Capacitación.
SI Conoce	65%	100%
No Conoce	35%	0%
	100%	100%



Fuente: Formulario de encuesta

Elaborado por: Dra. Narcisa Valdiviezo

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

En la Grafitabla No1 se observa un evidente mejoramiento de su capacitación del talento humano de clínica DAME, en la preparación. Se inicia con un conocimiento que no es significativamente bajo (65%). Porque el personal que tienen bastante experiencia y practica en atención a pacientes graves. Se logró alcanzar un 100% con la capacitación.

RESULTADO No.2.**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE RCP Y ADQUISICIÓN DE MANIQUÍES.****INDICADOR DEL RESULTADO No.2**

Equipo de salud capacitado en cursos de RCP y maniqués comprados para continuar con procesos sucesivos de capacitación permanente al personal de clínica DAME.

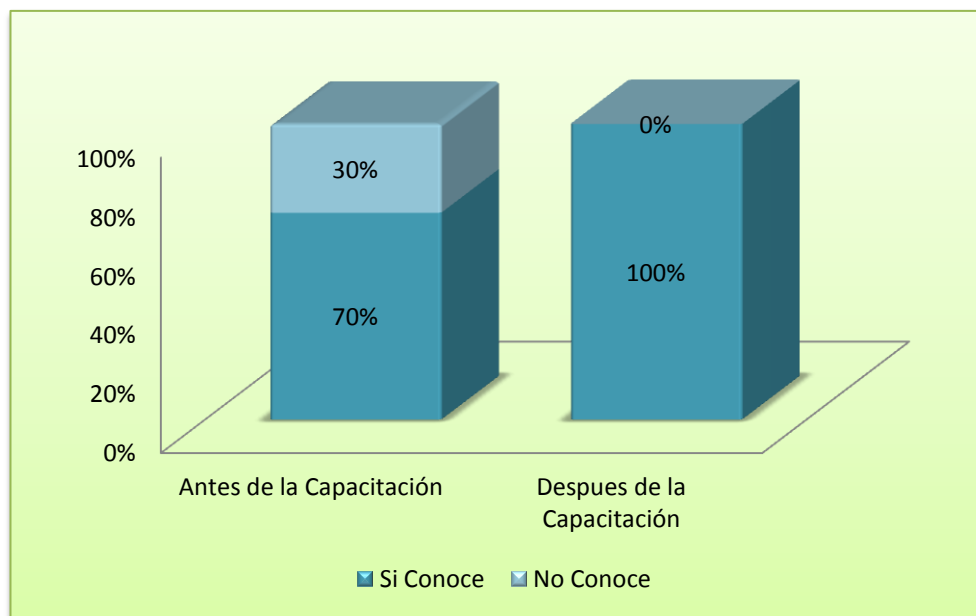
El 100% del equipo de salud capacitado en curso RCP hasta 16-10-2010.

Se realizaron cursos de RCP a médicos, enfermeras y auxiliares siguiendo las normas y lineamientos de la AHA.

Se realizaron encuestas y evaluación que determinaron satisfacción del usuario interno y de la maestrante. Por los logros obtenidos. Los resultados de presentan en las siguientes gráficas.

**GRAFITABLA No1
CAPACITACION TECNICA A MEDICOS.**

CRITERIO	Antes de la Capacitación.	Después de la Capacitación.
SI Conoce	70%	100%
No Conoce	30%	0%
	100%	100%



Fuente: Formulario de encuesta

Elaborado por: Dra. Narcisa Valdiviezo

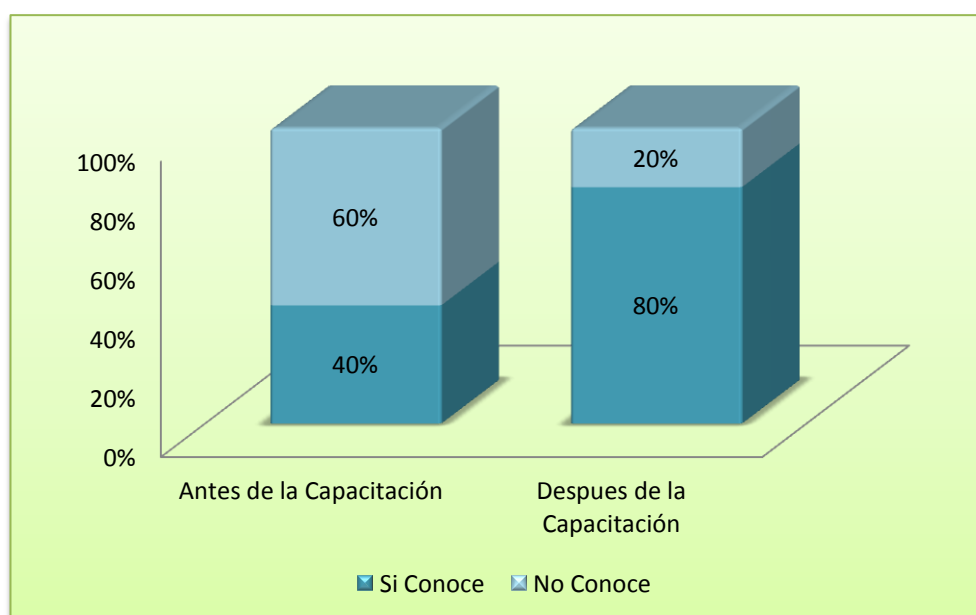
ANALISIS E INTERPRETACION.

Se relaciona con la capacitación técnica en cursos de reanimación cardiopulmonar, en donde es obligatorio que todo medico tenga conocimiento básico, se inicia con un nivel de conocimiento de un 70% y con la capacitación que es estricta y rigurosa; pues son instructores que avalúan con exámenes teórico-prácticos y valoran conocimiento, habilidades y destrezas; se ha conseguido con éxito el 100% de la capacitación deseada para atender a este tipo de pacientes en condición crítica.

GRAFITABLA No2
CAPACITACION TECNICA A ENFERMERAS.

CRITERIO	Antes de la Capacitación.	Después de la Capacitación.
SI Conoce	40%	80%
No Conoce	60%	20%
	100%	100%

GRAFITABLA N.2



Fuente: Formulario de encuesta

Elaborado por: Dra. Narcisa Valdiviezo

ANALISIS E INTERPRETACION.

Se refiere a la capacitación del personal de enfermería; a quien se exige lectura previa del libro de RCP para que asistan a los cursos con conocimiento teóricos previos. El esfuerzo de las enfermeras fue muy grande y se logró que la totalidad asistan a estos cursos; no se consigue que sean acreditados con el carnet American Heart el 100%, sin embargo para la programación fue un éxito que la totalidad de enfermeras asistan al curso de RCP. Según resultados de evaluaciones el 80%

aprobó con éxito el curso. Se programaron recomendaciones para los nuevos cursos programados.

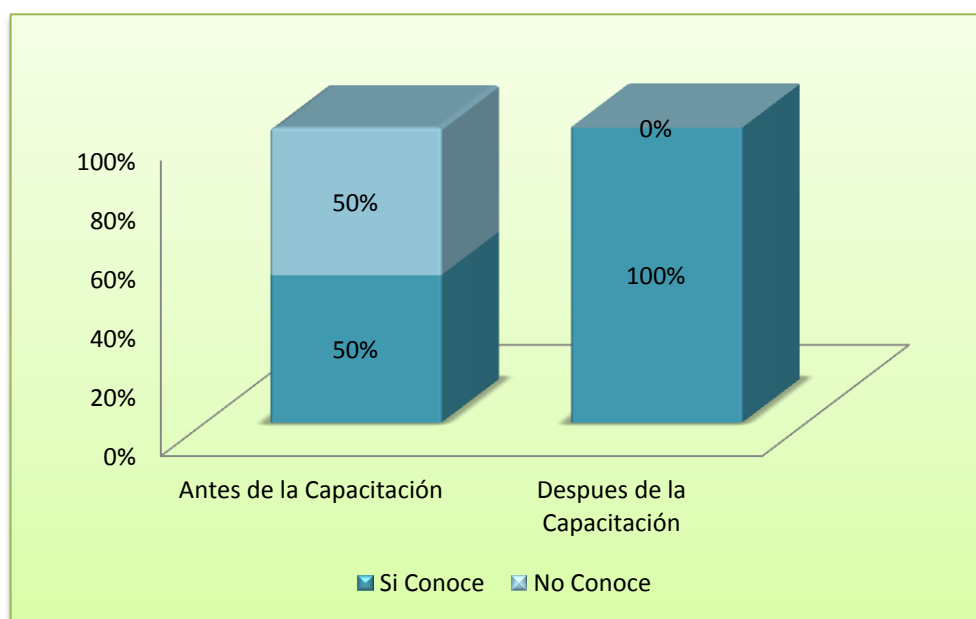
GRAFITABLA No3
CAPACITACION TECNICA A AUXILIARES DE ENFERMERIA

CRITERIO	Antes de la Capacitación.	Después de la Capacitación.
SI Conoce	10%	50%
No Conoce	90%	30%
	100%	80%

Los resultados no son congruentes por lo que se hacen nuevos cursos de remediación con entrega de manual, para preparación lenta, detallada; considerando la preparación e instrucción, nivel académico de base. Se insiste en la capacitación en forma lenta y progresiva, pues estos cursos tienen demasiada exigencia para que el personal sea acreditado con credencial de la American Heart; sin embargo es muy importante que los auxiliares de enfermería se hayan familiarizado con temas tan importantes en el manejo de pacientes en condiciones graves, a través de las oportunidades que les ofrecieron estos cursos. En cuanto a conocimientos se elevó significativamente su nivel de preparación y conocimiento. Un grupo quedo para remediar sus cursos en próximas programaciones.

**GRAFITABLA No4
REMEDIACION**

CRITERIO	Antes de la Capacitación.	Después de la Capacitación.
SI Conoce	50%	100%
No Conoce	50%	0%
	100%	100%



ANALISIS E INTERPRETACION.

Con el curso de remediación se logró capacitación del personal de auxiliares de enfermería, que satisface tanto al usuario como a la maestrante porque se ve actitud para conseguir el propósito deseado.

RESULTADO No.3.**CONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO DE DOS UCI EN CLÍNICA DAME PARA ATENDER LA DEMANDA ACTUAL DE PACIENTES GRAVES****INDICADOR DEL RESULTADO No.3**

Dos camas de UCI implementadas y funcionando, dando atención a pacientes graves.

El 100% de las camas de UCI de DAME funcionando y atendiendo a pacientes graves desde el 16-10-2010.

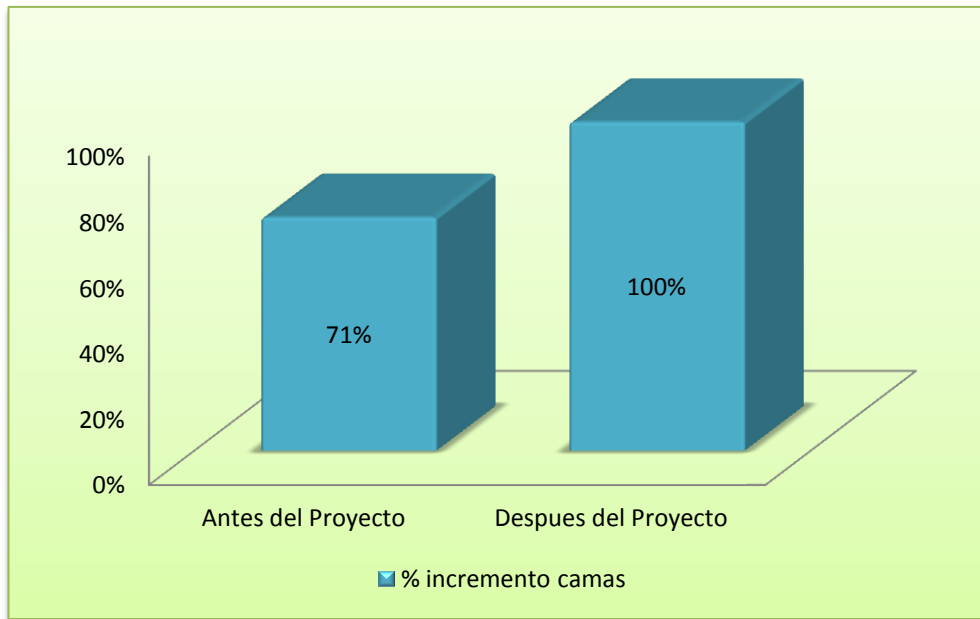
La unidad se inaugura con 7 camas, cumpliendo las metas y expectativas para las que fue diseñada.

Se realizó una evaluación de la implementación y equipamiento completo de las dos unidades construidas.

Las grafitablas se exponen a continuación.

GRAFITABLA No1

CRITERIO	Antes del Proyecto.	Después del Proyecto.
# Camas	5	7
% Incremento de Camas	71%	100%



Fuente: Formulario de encuesta

Elaborado por: Dra. Narcisa Valdiviezo

ANALISIS E INTERPRETACION.

La construcción de 2 unidades de UCI con equipamiento para incrementar la
De atención de pacientes graves.

Se cumplió con el 100% de lo programado, fue realizado la construcción de 2 unidades de UCI, que se sumaron a las 5 existentes; se cumplió con el objetivo planteado.

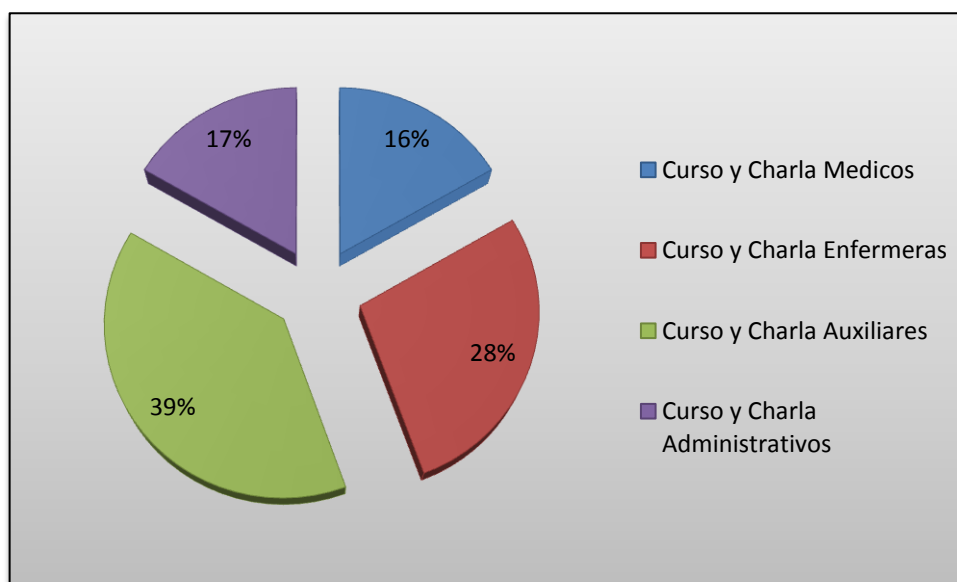
9.5 EVALUACION DEL INDICADOR DE PROPOSITO.

Mejoramiento de la calidad de atención medica en el servicio de terapia intensiva de la Clínica DAME para elevar el grado de satisfacción del paciente y sus familiares.

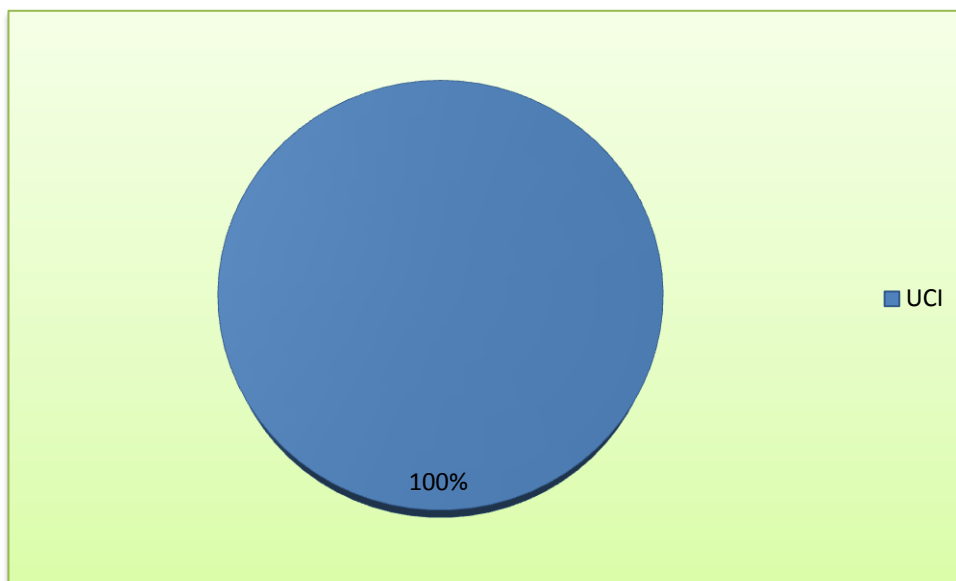
INDICADOR.

Hasta el 20 de octubre del 2010 más del 80% de los pacientes que acudieron e Clínica DAME, pudieron ingresar y ser atendidos con mejor calidad humana y técnica por parte del talento humano, elevando el nivel de satisfacción del paciente y sus familiares.

Capacitación	Aplicación	Porcentaje
Curso y Charla Médicos	3	17%
Curso y Charla Enfermeras	5	28%
Curso y Charla Auxiliares	7	39%
Curso y Charla Administrativos	3	17%
Total	18	100%



Construcción de dos camas de UCI



100% funcionamiento UCI DAME.

ANALISIS E INTERPRETACION.

Los usuarios internos que son médicos, enfermeras, auxiliares y personal administrativo, según el reporta de tablas y gráficos expuestos fueron capacitados en el periodo de un año, cumpliendo con normas, programaciones, cronogramas establecidos y sujetos a guías estrictas de cumplimiento. Utilizamos recurso humano de capacitadores e instructores, recursos económicos para la capacitación y ampliación de la unidad de UCI, tiempo y dedicación de directivos, talento humano y maestrante que finalmente han dado muy buenos resultados, porque se notorio el cambio en la actitud y atención medica hacia la mejor atención del paciente y su familia.

9.4.2 EVALUACION DEL INDICADOR DEL FIN.

FIN: Contribuir el grado de satisfacción de los usuarios internos y externos del servicio de terapia intensiva de la clínica dame.

INDICADOR:

- El mejoramiento de la calidad de atención a pacientes de la clínica DAME, se ha logrado en un 85%, hasta el mes de octubre del 2010.
- Se ha logrado con satisfacción la mayor parte del FIN propuesto, sin embargo considero que este indicador es modificable en mediano y largo plazo, dependiendo de la constancia y persistencia en continuar con la capacitación permanente del talento humano que labora en la clínica DAME. Al haberse cumplido con los indicadores del propósito y obteniendo los resultados que fueron medibles puedo asegurar que este proyecto ha contribuido a mejorar la calidad de atención al paciente y familia que acuden a la Clínica DAME.

10. CONCLUSIONES

10. CONCLUSIONES

Se concluyó con éxito la totalidad de los objetivos planteados.

- Se capacito al personal de Clinica DAME en atención de calidad mejorando su relación con pacientes y familiares, especialmente brindando un trata humanizado
- Se diseñó e implementó un plan de mejoramiento en la calidad de atención médica a través de la capacitación técnica a los usuarios internos, con cursos de reanimación cardiopulmonar y la compra de insumos y maniqués para continuar permanentemente con recertificaciones anuales de estos cursos.
- Se incrementó el número de camas así como el equipamiento total de estas unidades en cuidados intensivos para incrementar la cobertura de atención y satisfacer la demanda actual de pacientes graves.

11. RECOMENDACIONES

11. RECOMENDACIONES

Difundir este proyecto para que las instituciones públicas y privadas lo acojan generosamente, pues enriquece la calidad de atención humana hacia los pacientes y sus familias.

Continuar con actividades relacionadas con la capacitación de calidad técnica como son los cursos de RCP que se transforman en verdaderas necesidades para el personal médico, médico y población en general que es muy lábil y sensible a riesgos de enfermedades cardiovasculares.

Deben buscarse la posibilidad de crear centros de entrenamiento internacionales (CI) que generen y difundan los cursos de RCP a nivel local y nacional con el único fin de salvar la vida.

Es importante recomendar que toda clínica u hospital cuente con unidades de cuidados intensivos para respaldo y protección del usuario externo que acude permanentemente buscando la atención medica de excelencia.

12. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ayala, Eduardo(2004) .*Teoría de las Organizaciones*. Editorial UTPL. Loja – Ecuador.
- 2.- Álvaro Net Castel, Antoni Jordi.(2008). “*Avances en medicina intensiva*”. Pág. 320 ,374.
- 3.- Brain(2000) trauma Foundation .*Guidelines for the management of severe Head Injury*.New York.
- 4.- Archivos del Hospital Carlos Andrade Marin, Quito, 2008.
- 5.- Armijos R. Nohemí. *Desarrollo local y salud, planificación estratégica*. Loja-Ecuador, 2008.
- 6.- Carrasco Jiménez, M. Paz Cruz, J, A. *Tratado de emergencias médicas*. Editorial Arán, 2000.
- 7.- Casado, José Manuel. *El directivo del Siglo XXI*. Ediciones Gestión 2000. Barcelona – España, 2001.
- 8.- Cerda, Hugo. *Como Elaborar Proyectos Cooperativa*; Editorial Magisterio; Bogotá – Colombia, 2003.
- 9.- Chiavenato, Idolberto; *Administración de Recursos Humanos*; Editorial McGRAW-HILL; Santa Fe de Bogotá – Colombia
- 10.- De Asís, Agustín; Gross, Dominique; Lillo, Esther; Caro, Alfonso. *Manual de ayuda para la gestión de entidades no lucrativas*. www.fundacionluisvives.org/upload/91/05/Manual_gestion.pdf
- 11.- Departamento de ESTADISTICA CLÍNICA D.A.M.E., Quito, 2010.
- 12.- Diego, A. *La Gestión de Enfermería y la División Médica como Dirección Asistencial*, Editorial Díaz, Madrid- España, 2007.
- 13.- García, Ramón. *Pequeño Larousse Ilustrado*. Ediciones Larousse. París – España, 1976.

- 14.-Hewit,J(2002) .Psycho-affective disorder in intensive care units:a review.J Clin Nurs.
- 15.- Inga, Gerardo y Larriva Flores, Efraín. *Guía de Trabajo I*, Ediciones UTPL. Loja – Ecuador.
- 16.- Jiménez, A, J. *Manual de protocolos y actuación en urgencias para residentes*. Complejo Hospitalario de Toledo, 2001.
- 17.- Jones Daryl; De Vita Michael, Bellomo Reinaldo. 2011. *Rapid-Response Teams*. The New England Journal of Medicine. 365:2.
- 18.- Ludeña, Janeth, *Marketing para los servicios de salud, guía didáctica*. Módulo 3, IV ciclo, Editorial de la Universidad Técnica Particular de Loja, Segunda Edición, Loja, 2009.
- 19.- Maldonado, Norita; *Gerencia en salud para el desarrollo local*. Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para Salud, Editorial de la universidad Técnica Particular de Loja; Loja – 2007.
- 19.- Meier Diane, Bishop Tara, Lagman Ruth. 2011.*Hospice: Philosophy of care and appropriate utilization* UPTODATE 2011.
- 20.- Monpart G. M., Duran E. M. *Administración y gestión*. DAE, segunda edición. España, 2004.
- 21.- Ocampo, José. *Costos y evaluación de Proyectos*. Compañía Editorial Continental Renacimiento 180. México – México, 2003.
- 22.- Orellana Dante. *La salud en la Globalización*, Ediciones ABYA-YALA. Quito – Ecuador, 2003.
- 23.-OPS/OMS. *Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria. Situación de Salud de las Américas.Indicadores Básicos* . 2003
- 24.- Santillán, Fabiola. *Gerencia de Recursos*. Editorial UTPL. Loja – Ecuador, 2004.

25.- Sociedad Argentina de Cuidados Intensivos. *Categorización de áreas de cuidados intensivos polivalentes*. disponible en www.sati.org.ar

26.- Tintinalli, Judith. “*Medicina de urgencias*” 6ª Edición, volumen II, 2005. Pág. 860.

27.- Torpy Janeth. 2009, . *Unidades de cuidados intensivos* , JAMA, Vol. 301, núm 12.

28. <http://www.diarioexpreso.com/ediciones/2010/03/14/guayaquil/guayaquil/pacientes-buscan-atencion-gratuita-en-clinicas-privadas/>

29. http://www.ecuadorinmediato.com/Noticias/news_user_view/hoy_quito_a_solca_no_le_alcanza_con_aporte_estatal--126954

30.- <http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/la-atencion-solo-en-emergencia-121947-121947.html>

31.- www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3073762

32- <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3011785>

33.- http://my.americanheart.org/professional/ScienceNews/ScienceNews_UCM_316890_WidgetListPage.jsp

34.-

http://www.ahajournals.org/cgi/bbtBrowse?subdir_name=ahajournals_bbt&category=3162562

13. ANEXOS

ANEXO1 (RESULTADO 1)

Quito, de septiembre del 2010-09-17

SEÑORES

**Maestría en Gerencia Integral de Salud para el Desarrollo Local
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA.**

Presente.-

Nos dirigimos a ustedes con el más cordial de los saludos los que conformamos la Clínica DAME en todas sus áreas, y especialmente, desde el servicio de cuidados intensivos.

Por medio de este documento **CERTIFICAMOS QUE:** La Maestrante Dra. Narcisa Valdiviezo Zambrano ha realizado el Proyecto:

***“PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN
MEDICA A PACIENTES DE LA CLINICA DAME, EN EL SERVICIO DE
TERAPIA INTENSIVA QUITO, AGOSTO, 2010.”***

Con el afán de conseguir, con excelencia, modelos de atención sanitaria para pacientes de nivel socio-económico precario y en graves condiciones de salud.

Fortaleciendo la calidad humana y la calidad de atención para un grupo de población desprovista de medios; a través del desarrollo técnico, humano y de infraestructura de la Clínica DAME.

Atentamente,

Doctor Lenin Mantilla
DIRECTOR MÉDICO
DE CLÍNICA DAME

Licenciada Mónica Llano
JEFA DE ENFERMERAS
DE CLÍNICA DAME

ANEXO2 (RESULTADO 1)

PROGRAMA DE CAPACITACION AL PERSONAL DE CLINICA DA
ATENCION DE CALIDAD TOTAL A LA FAMILIA Y AL PACIENTI

Fecha	Firma	Nombre y Apellido	Cargo
17-09/10		Mariabel Sarmiento	AUX. Enf.
17-09/10		Olga Becerra	Enfermera
17-09/10		Yuliana Ramos	Enfermera
17-09/10		Luisa Pizaro	AUX. Enfer
17-09/10		Isabel Simbaque	Licenciada
17-09/10		Nestor Villagomez	Obstetrica
17-09/10		EDUARDO PACHACAMA	CHOFER
17-09/10		Pedro A. Zumbano	comillero
17-09/10		Jhon Cordoba	Recepcion
17-09/10		Luis Bruni	Recepcion
Decente:		Dr. Psicologo Belmar Rodriguez	

ANEXO3 (RESULTADO 1)

PROGRAMA DE CAPACITACION AL PERSONAL DE CLINICA DAME
 ATENCION DE CALIDAD TOTAL A LA FAMILIA Y AL PACIENTE

Fecha	Firma	Nombre y Apellido	Cargo
20 09 2010		Mayra Piquera	Aux. Enfer.
20 09 2010		Maria Galleguez	Enfermera
20 09 2010		Rosana Pardo	Aux. enfer
20 09 2010		Mariana Rojas	aux.
20 09 2010		Mayra Jaramila P	Aux. Enfermera
20 09 2010		Gladys Reina	Locutora
20 09 2010		Gladys Reina	Enfermera
20 09 2010		Maribel Anales	Aux. Enfermera
20 09 2010		Marcela Duros	Aux. enfer
Docente:		ic. en Bio. y. Biología Leda Germi Rosgado	

ANEXO 5 (RESULTADO 1)

PROGRAMA DE CAPACITACION AL PERSONAL DE CLINICA DAME PROGRAMA DE CAPACITACION EN COMUNICACIÓN AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES



Capacitación sobre calidad de atención a pacientes y familiares.



Charla relacionadas con trato humanizado al paciente y al familiar.



Personal capacitándose en relaciones humanas e interpersonales.



Médicos que ponen en práctica la información de noticias graves con calidez y humanismo.



Práctica médica y evaluación de como tener buen contacto con familiares de pacientes graves.



Talento humano de Clinica DAME satisfecho luego de haber recibido capacitación de atención y mejoramiento de las relaciones con el paciente y su familiar

ANEXO6 (RESULTADO 2)

ASISTENCIA A CURSOS DE CAPACITACION TECNICA Y
REANIMACION CARDIO PULMONAR

Medicos

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA
26 06 2010	Juan P. B. ...	Medico	<i>Juan P. B.</i>
26 06 2010	Mireya Jurado	Médico	<i>Mireya Jurado</i>
26 06 2010	Juan P. ...	Medico	<i>Juan P. ...</i>
26 06 2010	Nareira ...	Medico	<i>Nareira ...</i>
26 06 2010	Dra Diana Freire	Medica	<i>Dra Diana Freire</i>
26 06 2010	Rebecca ...	Medica	Rebecca ...

ASISTENCIA A CURSOS DE CAPACITACION TECNICA Y
REANIMACION CARDIO PULMONAR

Enfermeras

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA
Agosto/2010	Glady Rulona	Enfermera	<i>Glady Rulona</i>
Agosto/2010	Isabel Simbana	Enfermera	<i>Isabel Simbana</i>
Agosto/2010	Silvana ...	Enfermera	<i>Silvana ...</i>
Agosto/2010	Nelly ...	Enfermera	<i>Nelly ...</i>
Agosto/2010	Nancy ...	Enfermera	<i>Nancy ...</i>
Agosto/2010	Margoth ...	Enfermera	<i>Margoth ...</i>

ANEXO 7 (RESULTADO 2)

ASISTENCIA A CURSOS PRACTICOS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR POR EL PERSONAL DE CLINICA DAME.



Capacitación del talento humano de clínica DAME en relación a curso y practica de técnicas en atención a pacientes graves.



Capacitación en reanimación cardiopulmonar del lactante.



Capacitación en reanimación cardiopulmonar del niños y el adulto, grupo de médicos de Clínica DAME.



Compresiones torácicas en el lactante, durante practicas RCP; grupos de médicos Clínica DAME.



Prácticas de reanimación cardiopulmonar en el adulto, grupo de enfermeras de clínica DAME.



Practica de reanimación cardiopulmonar en el adulto, grupo de auxiliares de enfermería de Clínica DAME.



Practica de compresión torácica en el adulto, grupo de Auxiliares de Enfermería.



Prácticas de compresiones torácicas en el lactante, grupo de auxiliares de enfermería



Evaluación de curso RCP, manejo de la vía aérea en adulto.



Evaluación prácticas de curso de RCP.

ANEXO 8 (RESULTADO 2)

**GESTION EN COMPRA DE MANIQUIES PARA CURSOS DE RCP
(OFICIOS ENVIADOS Y RECIBIDOS)**

Quito, 5 de Agosto de 2010

CLEMENCIA CUBILLOS

Presente.-

De mis consideraciones,

Le escribo desde Clínica D.A.M.E en Quito, Ecuador, donde estamos planeando impartir unos cursos de RCP básica en convenio con la AHA. Por lo tanto, le solicito muy comedidamente me haga llegar un presupuesto del equipamiento necesario para dicho objetivo. (Maniqués de RCP básica así como de desfibrilación)

Le agradezco de antemano.

Atentamente,

Olaia Herrero Mendo, SECRETARIA.
Dra. Narcisa Valdiviezo, DIRECTORA.

Bogotá, Agosto 07/2010

Señores

CLINICA D.A.M.E

Atn. D. Olaia Herrero Mendo

Quito - Ecuador

Reciba un muy cordial saludo.

Agradecemos de antemano con el honor que nos honra, de darnos la oportunidad de servirles en sus necesidades de equipamiento y material para los entrenamientos de los talleres AHA.

Desde hace ya varios años venimos dando soporte, asesoría y respaldo logístico a todos ustedes, en Colombia y la región Andina, y nos complacerá mucho poder iniciar esta relación académica con ustedes.

Según su gentil solicitud, hemos entendido que será para curso de RCP Básica (BLS). Asumimos que podrá tener 4 estaciones, por lo cual y con base en este número, nos permitimos presentarles la adjunta propuesta # 152/2010 para su consideración y evaluación, con los respectivos anexos de fichas técnicas de cada referencia.

Condiciones:

Tiempo de entrega: Inmediata.

Lugar de Entrega: Quito Ecuador.

Forma de pago: Transferencia.

Quito, 10 de Agosto de 2010

Señores

PROMEDENT

Reciban un cordial saludo de CLINICA D.A.M.E.

Les solicito muy comedidamente me hagan llegar un presupuesto de los equipamientos necesarios para impartir cursos de RCP básica. Tales como: 8 maniqués RCP adultos, 4 maniqués RCP niños, 4 maniqués RCP lactantes, 2 maniqués de obstrucción de la vía aérea y 4 DEA. También nos gustaría nos hicieran llegar los precios de los libros para cursos de RCP básica, RCP familiares y amigos, y de primeros auxilios.

Les agradezco de antemano.

Atentamente,

Olaia Herrero Mendo, SECRETARIA.

Dra. Narcisa Valdiviezo, DIRECTORA.

Quito, 10 de septiembre

Buenos días Señor Pabón.

La proforma enviada esta exacta, ahora solo queda que nos indique como hacer el pago con tarjeta de crédito vía internet. Por favor, lo antes posible.

Mil gracias por su gentil atención.

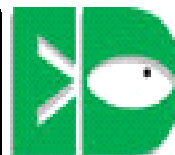
Un saludo cordial.

Atentamente,

Olaia Herrero Mendo, SECRETARIA.

Dra. Narcisa Valdiviezo, DIRECTORA.

Autopista Norte # 123-93 Tel: (57-1) 2132379/6202294/2158365 Fax: (57-1) 2132379
 emails: servicioalcliente@libreriamedica.com / gerencia@libreriamedica.com
web site: www.libreriamedica.com
BOGOTA - COLOMBIA



Colombia

NIT: 800152591-5

FACTURA PROFORMA

FECHA:	Agosto 20/2010	No.	152- B/2010
CLIENTE:	FUNDACION D.A.M.E Salud	ATENCION:	D. Olalla Herrero Mendo
DIRECCION:			
TEL/FAX:			
EMAIL:	oli-ali-ole@hotmail.com	EMBARCADOR:	Fedex
CIUDAD/PAIS:	Quito	Puerto Embarque	Bogota
TERMINOS:	EX WORK		
PLAZO:	Transferencia		
ENTREGA:	Inmediata lten 1 y 2. Item 3 : 10/15 días		

CANT	REFERENCIA	REFERENCIA	TITULO	Vr. US\$	VR TOTAL NETO
1	PRESTON PAK 100 (Anexo # 1)		MANIQUI W/CPR MONITOR (PK - Kit de 4)		694,00
			Este aplica tambien para CHLID. (Nino) Solucion Integral Adulto y Niño)		
4	AED120T2	(Anexo # 2)	PRACTI-TRAINER (Universal AED Trainer- DEA Entrenamiento.....)	196,00	784,00
1	PRES.PAK BAY	(Anexo # 5)	MANIQUI W/CPR MONITOR (PK- Kit de 4)		573,00
			Gastos de Envio por Fedex (Se efectuaría en 2 envios)		460,00
			MATERIAL CIENTIFICO PARA EDUCACION		
Valor en letras:			Dos mil quinientos treinta y seis dolares	SUBTOTAL	US\$ 2.511,00
				Gastos Bancario	US\$ 25,00
				TOTAL A PAGAR	US\$ 2.536,00

INTRUCCIONES DE TRANSFERENCIA:

Banco Intermediario: • HSBC BANK USA, NA
 • HSBC TOWER 452 5th Ave 14th Floor New York NY 10018, USA
 ABA: • Fed Wire number (ABA) 021001088
 Swift Code: MRMDUS33

BANCO BENEFICIARIO: HSBC Colombia S.A. - Swift Code: BISTCOBB

CLIENTE BENEFICIARIO FINAL: DISTRIBUNA LTDA BOGOTA COLOMBIA

DISTRIBUNA LTDA BOGOTA COLOMBIA CUENTA: No. 020-017020959-000

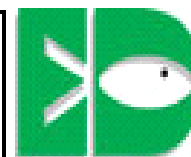
OBSERVACIONES Haremos dos facturas, y/o dos despachos que en ambos casos estaran por debajo
 del limite de regulacion de Aduanas en Ecuador de los US\$1.800,00 y/o 40 Kilos por envio. -

Autopista Norte # 123-93 Tel: (57-1) 2132379/6202294/2158365 Fax: (57-1) 2132379
 emails: servicioalcliente@libreriamedica.com / gerencia@libreriamedica.com

web site: www.libreriamedica.com

BOGOTA - COLOMBIA

NIT: 800152591-5



Colombia

FACTURA PROFORMA

FECHA:	Agosto 23/2010	No.	152- C/2010
CLIENTE:	FUNDACION D.A.M.E Salud	ATENCION:	D. Olalla Herrero Mendo
DIRECCION:			
TEL/FAX:			
EMAIL:	oli-ali-ole@hotmail.com	EMBARCADOR:	Fedex
CIUDAD/PAIS:	Quito	Puerto Embarque	Bogota
TERMINOS:	EX WORK		
PLAZO:	Transferencia		
ENTREGA:	Inmediata		

CANT	REFERENCIA	REFERENCIA	TITULO	Vr. US\$	VR TOTAL NETO
2	PRESTON PAK 100 (Anexo # 1)		MANQUI W/CPR MONITOR (PK - Kit de 4)	694,00	1388,00
4	AED120T2 (Anexo # 2)		PRACTI-TRAINER (Universal AED Trainer- DEA Entrenamiento.....)	196,00	784,00
			Gastos de Envio por Fedex (Se efectuaría en 2 envíos)		460,00
			MATERIAL CIENTIFICO PARA EDUCACION		
Valor en letras:			Dos mil quinientos treinta y seis dolares	SUBTOTAL	US\$ 2.632,00
				Gastos Bancarios	US\$ 25,00
				TOTAL A PAGAR	US\$ 2.657,00

INTRUCCIONES DE TRANSFERENCIA:

Banco Intermediario:	• HSBC BANK USA, NA
	• HSBC TOWER 452 5th Ave 14th Floor New York NY 10018, USA
ABA	• Fed Wire number (ABA) 021001088
Swift Code:	MRMDUS33

BANCO BENEFICIARIO: HSBC Colombia S.A. - Swift Code: BISTCOBB

CLIENTE BENEFICIARIO FINAL: DISTRIBUNA LTDA BOGOTA COLOMBIA

DISTRIBUNA LTDA BOGOTA COLOMBIA CUENTA: No. 020-017020959-000

OBSERVACIONES Haremos dos facturas, y/o dos despachos que en ambos casos estaran por debajo del limite de regulacion de Aduanas en Ecuador de los US\$1.800,00 y/o 40 Kilos por envio. -

Autopista Norte # 123-93 Tel: (57-1) 2132379/6202294/2158365 Fax: (57-1) 2132379
 emails: servicioalcliente@libreriamedica.com / gerencia@libreriamedica.com

web site: www.libreriamedica.com

BOGOTA - COLOMBIA

NIT: 800152591-5



FACTURA PROFORMA

FECHA: **Septiembre 09/2010** No. **152- D/2010**
 CLIENTE: **FUNDACION D.A.M.E Salud** ATENCION: **D. Olalla Herrero Mendo**
 DIRECCION:
 TEL/FAX:
 EMAIL: oli-ali-ole@hotmail.com EMBARCADOR: **Fedex**
 CIUDAD/PAIS: **Quito** Puerto Embarque **Bogota**
 TERMINOS: **EX WORK**
 PLAZO: **Transferencia**
 ENTREGA: **Inmediata**

CANT	REFERENCIA	REFERENCIA	TITULO	Vr. US\$	VR TOTAL NETO
2	PRESTON PAK 100 (Anexo # 1)		MANIQUI W/CPR MONITOR (PK - Kit de 4)	694,00	1388,00
4	AED120T2	(Anexo # 2)	PRACTI-TRAINER (Universal AED Trainer- DEA Entrenamiento.....)	196,00	784,00
20	BLS		Soporte Vital Basico	17,00	340,00
			Gastos de Envio por Fedex (Se efectuaría en 2 envios)		460,00
			MATERIAL CIENTIFICO PARA EDUCACION		

Valor en letras:	Dos mil novecientos noventa y siete dolares	SUBTOTAL	US\$	2.972,00
		Gastos Bancario	US\$	25,00
		TOTAL A PAGAR	US\$	2.997,00

INTRUCCIONES DE TRANSFERENCIA:

Banco Intermediario: • HSBC BANK USA, NA
 • HSBC TOWER 452 5th Ave 14th Floor New York NY 10018, USA
 ABA: • Fed Wire number (ABA) 021001088
 Swift Code: MRMDUS33

BANCO BENEFICIARIO: HSBC Colombia S.A. - Swift Code: BISTCOBB

CLIENTE BENEFICIARIO FINAL: DISTRIBUNA LTDA BOGOTA COLOMBIA

DISTRIBUNA LTDA BOGOTA COLOMBIA CUENTA: No. 011-082 575010

OBSERVACIONES Haremos dos facturas, y/o dos despachos que en ambos casos estaran por debajo del limite de regulacion de Aduanas en Ecuador de los US\$1.800,00 y/o 40 Kilos por envio. -

ANEXO 9 (RESULTADO 3)

CAMAS DE UCI EQUIPADAS Y FUNCIONANDO.



Camas de UCI puestas en funcionamiento.



2 camas de UCI contruidas y equipadas con talento humano entrenado.



Paciente de UCI atendido con calidad y humanismo, y equipamiento completo.

ANEXO 10 (RESULTADO 4)

ENCUESTA DE INFORMACIÓN SOBRE EFICIENCIA DE ATENCIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES GRAVES EN CLINICA DAME

Objetivo: Analizar el grado de satisfacción de la atención brindada al usuario del servicio de Terapia Intensiva de Clínica DAME .

Eficiencia de Atención.- Consiste en dar atención en el momento oportuno con calidad y excelencia que satisfaga las necesidades del usuario.

Datos generales

Edad Sexo.....

Instructivo

Marque con una X en el casillero que usted considere

Pregunta

1.-Hubo dificultad para el Ingreso de su paciente?

SI.....

NO.....

Por qué -----

2.¿Está en una Unidad de Cuidados Intensivos?

SI.....

NO.....

3.-Fue bien atendido por el personal de Recepción?

SI-----

NO-----

4.-El Médico dio Información adecuada de su paciente?

SI-----

NO-----

5.-Hay confort en las Instalaciones de cuidaos Intensivos?

SI-----

NO-----

6.-Siente que es bien tratado su paciente?

SI-----

NO-----

7.-Tiene alguna queja de la información o el trato hacia Ud. o el paciente?

Gracias.

**CUESTIONARIO PARA PERSONAL QUE LABORA EN CLINICA
DAME.**

Objetivo: Mejorar la calidad de atención al paciente grave de UCI de DAME

Datos generales

Institución Cargo que desempeña.....

Tiempo de servicio..... Sexo.....

Fecha

Instructivo

Marque con una X en el casillero que usted considere

Al ser anónimo el test, conteste a sinceridad

Su colaboración servirá para mejorar la calidad de atención que se brinde al paciente.

Datos específicos

1.¿Està capacitado (a) para atender a pacientes graves?

SI..... NO.....

2.¿Ha recibido cursos de capacitación y trato humanizado (calidad total) en otra Institución o en esta clínica?

SI----- NO-----

Cuantos cursos :

3.-Da buen trato al paciente y a la familia?.

SI-----

NO-----

4.-Tienen protocolos de manejo para pacientes graves

SI.....

NO.....

5.-Está satisfecho con la calidad de atención que Ud., da al paciente grave?

SI.....

NO.....

.

6.-Le gustaría recibir más cursos sobre atención humanizada al paciente grave y a la familia

SI-----

NO-----

Gracias.

EVALUACION DE SATISFACCIÓN DE SERVICIOS

PACIENTE.....

HABITACION.....

FAMILIAR.....

PARENTESCO.....

RECEPCIÓN

1.- HA SIDO ATENDIDO E INFORMADO EN RECEPCIÓN.

MUY BIEN

BIEN

MAL

2.- LA HABITACION

RECIBE DIARIAMENTE EL SERVICIO DE LIMPIEZA SI..... NO.....

EL BAÑO TIENE UTILES DE ASEO SI..... NO.....

LA TELEVISION FUNCIONA BIEN SI..... NO.....

LAS INSTALACIONES ESTAN EN BUEN ESTADO SI..... NO.....

LA COMIDA ES SERVIDA A TIEMPO SI..... NO.....

LE GUSTA LA COMIDA SI.....NO.....

SE CUMPLE CON LA DIETA PRESCRITA SI.....

NO.....(ENFERMERIA)

3.- LA ATENCIÓN DE ENFERMERIA ES:

OPORTUNA SI..... NO.....

EFECTIVIDAD SI.....NO.....

CALIDEZ SI..... NO.....

4.- LA ATENCIÓN DEL MEDICO ES:

OPORTUNA SI.....NO.....

EFECTIVIDAD SI.....NO.....

CALIDEZ SI.....NO.....

SUGERENCIAS.....
.....**OBSERVACIONES**

EVALUACIÓN SOBRE RCP Y DEA

- 1. ¿Cuál es la frecuencia correcta para administrar compresiones torácicas a víctimas de cualquier edad?**
 - A. 30 compresiones por minuto
 - B. 50 compresiones por minuto
 - C. 80 compresiones por minuto
 - D. 100 compresiones por minuto

- 2. ¿Cuál de las siguientes oraciones describe la manera en que se puede dejar que el pecho regrese completamente a la posición original después de cada compresión torácica?**
 - A. Mantener el pecho presionado entre 1,5 y 2,5 cm (1/2 a 1 pulgada) entre compresiones.
 - B. Hacer fuerza sobre el pecho de la víctima para que el pecho esté levemente comprimido en todo momento.
 - C. Realizar compresiones torácicas poco profundas para no tener que levantar demasiado las manos.
 - D. Quitar el peso de las manos y permitir que el pecho de la víctima regrese a la posición normal.

- 3. Cuando no existe sospecha de lesión de la columna vertebral, ¿cuál es la mejor forma de abrir la vía aérea en una víctima que no responde?**
 - A. Administrar compresiones abdominales rápidas y realizar un barrido en la boca.
 - B. Utilizar la maniobra de inclinación de la cabeza-elevación del mentón.
 - C. Utilizar la técnica de elevación de la lengua-barrido digital.
 - D. Utilizar una mascarilla mientras se administra respiración a la víctima.

- 4. Después de abrir la vía aérea y cerrar la nariz de un adulto o niño sin respuesta, ¿cuál de las siguientes acciones describe la mejor manera de administrar respiraciones boca-boca?**
 - A. Lograr un sello hermético entre la boca de la víctima y la del reanimador y administrar 2 respiraciones, comprobando que el pecho se eleve.
 - B. Colocar la boca sobre la boca de la víctima y administrar pequeñas cantidades de aire y tratar de evitar que el pecho se eleve.
 - C. Colocar la boca sobre la boca de la víctima y administrar 1 respiración lenta durante aproximadamente 5 segundos.

- D. Colocar la boca sobre la boca de la víctima y administrar 5 respiraciones lentas durante aproximadamente 2 segundos cada una, comprobando que el pecho se eleve.

5. ¿Cuál es la mejor forma para que un reanimador sepa si una respiración de rescate administrada a un lactante es eficaz?

- A. El abdomen se eleva de forma visible.
- B. El pecho se eleva de forma visible.
- C. La bolsa de ventilación para adultos se comprime por completo.
- D. El reanimador oye que se filtra aire alrededor de la mascarilla.

6. Debe comprobar si existe una respiración adecuada antes de administrar respiraciones a una víctima adulta sin respuesta. Para ello, comprueba si el pecho de la víctima se eleva y si hay flujo de aire a través de la nariz o la boca. ¿Qué otros signos debe evaluar?

- A. Mirar el interior de la boca de la víctima para comprobar si hay algo que bloquee la vía aérea.
- B. Contar el número de respiraciones de la víctima durante al menos 15 segundos.
- C. Comprobar cuidadosamente si existe bloqueo, ya que es un signo de respiración adecuada.
- D. Escuchar si hay flujo de aire a través de la nariz o la boca de la víctima.

7. ¿Cuál es el siguiente paso si encuentra a una víctima sin respuesta que presenta boqueo agónico si ya se ha enviado a alguien a activar el sistema de emergencias médicas?

- A. Abrir la vía aérea y administrar 2 respiraciones.
- B. Abrir la boca de la víctima y ver si hay un cuerpo extraño.
- C. Verificar el pulso de la víctima.
- D. Administrar respiraciones de rescate durante al menos 2 minutos antes de comenzar con las compresiones torácicas.

8. ¿Cómo sabe en qué momento debe comenzar con los ciclos de compresiones torácicas combinadas con respiraciones en una víctima adulta?

- A. La víctima responde pero presenta dificultad para respirar.
- B. La víctima responde pero se queja de dolor en el pecho e indigestión.
- C. La víctima no responde, no respira y no se mueve.
- D. La víctima no responde pero su respiración es adecuada.

9. ¿Cuál de estas oraciones describe mejor la forma en que dos reanimadores pueden administrar RCP a una víctima pediátrica utilizando la técnica de 2 pulgares y manos alrededor del pecho?

- A. Usted continúa administrando ciclos de 30 compresiones y 2 respiraciones mientras el segundo reanimador espera su turno durante 2 minutos.
- B. Realiza ciclos de 5 compresiones y 2 respiraciones en los que un reanimador administra las compresiones torácicas y el otro, las respiraciones.
- C. Usted deja de administrar la RCP mientras segundo reanimador verifica signos de circulación después, usted continúa con ciclos de 30 compresiones y 2 respiraciones.
- D. Usted deja de administrar la RCP y espera a que llegue personal especializado de atención avanzada y se haga cargo de la situación.

10. ¿Cuál de las siguientes oraciones indica la importancia de administrar desfibrilación temprana a un adulto?

- A. El ritmo inicial más frecuente que se observa en caso de paro cardíaco con testigos es la fibrilación auricular.
- B. El tratamiento más eficaz para el paro cardíaco es la cardioversión sincronizada.
- C. La probabilidad de que la desfibrilación sea exitosa disminuye rápidamente con el tiempo.
- D. La fibrilación ventricular no es una causa frecuente de paro cardíaco en adultos.

11. ¿Cuál de las siguientes oraciones describe mejor y en el orden correcto los pasos comunes para la utilización de todos los DEA?

- A. Encender el DEA, colocar los electrodos adhesivos (parches), alejarse de la víctima y permitir que el DEA analice el ritmo, alejarse de la víctima y administrar la descarga si lo indica el aparato.
- B. Encender el DEA, afeitar el pecho de la víctima, colocar los electrodos adhesivos, alejarse de la víctima y presionar el botón de DESCARGA.

- C. Encender el DEA, colocar los electrodos adhesivos, presionar el botón de DESCARGA, alejarse de la víctima.
- D. Encender el DEA y presionar el botón de DESCARGA inmediatamente.

12. Después de encender el DEA y colocar los electrodos adhesivos a la víctima, ¿cuál es el siguiente paso?

- A. Alejarse de la víctima para que el DEA analice el ritmo cardiaco.
- B. Presionar inmediatamente el botón de DESCARGA.
- C. Alejarse de la víctima y presionar el botón de DESCARGA.
- D. Administrar otro ciclo de RCP antes de presionar el botón para analizar el ritmo.

13. ¿Qué podría suceder si tocara a la víctima mientras está recibiendo la descarga del DEA?

- A. El DEA se apaga si alguien toca a la víctima durante la descarga.
- B. Podría mover a la víctima, lo cual haría que el DEA volviera a analizar el ritmo cardiaco.
- C. Usted podría recibir la descarga del DEA mientras la está recibiendo la víctima.
- D. El DEA podría confundir su movimiento con el pulso de la víctima y no administrar la descarga.

14. Está utilizando un DEA en una víctima adulta y el aparato muestra un mensaje de “no se indica descarga” (o “no se recomienda descarga”). Hasta que llegue el personal del equipo de atención avanzada, ¿qué debe hacer?

- A. Retirar los electrodos adhesivos (parches) del pecho de la víctima y esperar a que llegue el personal de atención avanzada.
- B. Retirar los electrodos adhesivos del pecho de la víctima y continuar con la RCP.
- C. Dejar los electrodos adhesivos en el pecho de la víctima y continuar con la RCP iniciando por las compresiones.
- D. Administrar respiraciones a la víctima sin realizar compresiones.

15. ¿Cuál es la mejor manera de aliviar la asfixia grave en un adulto con respuesta?

- A. Realizar compresiones abdominales rápidas.
- B. Comenzar inmediatamente con la RCP.
- C. Administrar 5 palmadas en la espalda seguidas de 2 respiraciones.
- D. Administrar 2 respiraciones; se debe volver a colocar la vía aérea en la posición correcta después de cada respiración.

16. Un adulto con asfixia grave deja de responder mientras usted le está administrando compresiones abdominales rápidas. Usted coloca a la víctima con cuidado sobre el suelo y solicita a alguien que active el sistema de emergencias médicas. ¿Qué debe hacer a continuación?

- A. Aplicar la elevación de lengua-mandíbula y realizar un barrido digital durante al menos 2 minutos.
- B. Iniciar la RCP. Al abrir la vía aérea, debe comprobar si hay un objeto y retirarlo (si lo ve) antes de administrar las respiraciones de rescate.
- C. Continuar con la maniobra de Heimlich hasta que el objeto salga de la vía aérea de la víctima y luego comenzar con los pasos de la RCP.
- D. Administrar compresiones con golpes secos en el tórax durante 2 minutos y luego comenzar con la RCP.

17. Usted está solo y encuentra a un lactante sin respuesta. Inicia la secuencia de la RCP. ¿En qué momento debe activar el sistema de emergencias médicas?

- A. En cuanto encuentra al niño.
- B. Después de 5 ciclos de RCP.
- C. Después de verificar el pulso del lactante.
- D. Después de abrir la vía aérea, comprobar la respiración y administrar 2 respiraciones eficaces.

18. ¿Cuál es la mejor manera de aliviar un caso de asfixia grave en un lactante con respuesta?

- A. Arrodillarse detrás del lactante y realizar compresiones abdominales rápidas (maniobra de Heimlich).
- B. Iniciar ciclos de 5 palmadas en la espalda seguidas de 5 compresiones con golpes secos en el tórax.

- C. Administrar 2 respiraciones, se debe volver a colocar la vía aérea en posición correcta después de cada respiración.
- D. Comenzar la RCP inmediatamente.

19. ¿Cuál de las siguientes oraciones describe mejor por qué se debe minimizar el número de interrupciones entre las compresiones torácicas administradas a víctimas de paro cardíaco?

- A. No es necesario preocuparse por las interrupciones en las compresiones torácicas.
- B. Minimizar las interrupciones implica que usted no se cansará tanto al administrar la RCP.
- C. Sólo los profesionales de cuidados avanzados deben preocuparse por minimizar las interrupciones.
- D. Si se minimizan las interrupciones entre las compresiones torácicas, aumentan las posibilidades de supervivencia de la víctima.

20. ¿Cuál de las siguientes oraciones es verdadera cuando se trata de elegir los electrodos adhesivos (parches) del DEA o el sistema del DEA para la víctima adulta?

- A. Se deben utilizar solamente los electrodos adhesivos y el sistema para adultos.
- B. Se puede utilizar los electrodos adhesivos pediátricos y el sistema pediátrico siempre y cuando se coloquen los dos electrodos adhesivos en el pecho de la víctima.
- C. Se puede utilizar los electrodos adhesivos pediátricos y el sistema pediátrico siempre y cuando se coloquen los dos electrodos adhesivos en la espalda de la víctima.
- D. Es posible utilizar un electrodo adhesivo para adultos y uno pediátrico.

HOJA DE RESPUESTAS**Examen Escrito**

Nombre _____ Fecha _____

	Pregunta	Respuesta			
1.		A	B	C	D
2.		A	B	C	D
3.		A	B	C	D
4.		A	B	C	D
5.		A	B	C	D
6.		A	B	C	D
7.		A	B	C	D
8.		A	B	C	D
9.		A	B	C	D
10.		A	B	C	D
11.		A	B	C	D
12.		A	B	C	D
13.		A	B	C	D
14.		A	B	C	D
15.		A	B	C	D
16.		A	B	C	D
17.		A	B	C	D
18.		A	B	C	D
19.		A	B	C	D
20.		A	B	C	D