



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

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

“Mejoramiento de la calidad de atención a los usuarios del Servicio de Imagenología del Hospital IESS Manta 2011 a 2012”

Tesis de grado

Autor:

Hidalgo Marcillo, Freddy Yovanny, Lic.

Directora:

Donoso Palomeque, Susana Myriam, Mg. Sc.

CENTRO UNIVERSITARIO MANTA

2012

CERTIFICACIÓN

Lic.

Susana Donoso Palomeque Mg. Sc.

DIRECTORA DE LA TESIS

Certifica:

Que el presente trabajo de investigación realizado por el estudiante: FREDDY YOVANNY HIDALGO MARCILLO, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, ajustándose a las normas establecidas por la Universidad Técnica Particular de Loja; por lo que autorizo su presentación.

Manta, Abril 05, 2012

Lic. Susana Donoso Palomeque Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, FREDDY YOVANNY HIDALGO MARCILLO, como autor del presente trabajo de investigación, soy responsable de las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el mismo.

(f)

Lic. Freddy Yovanny Hidalgo Marcillo

1305505347

CESIÓN DE DERECHO

Yo, Freddy Yovanny Hidalgo Marcillo, declaro ser autor del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

Manta, Abril 05, 2012

(f)

Lic. Freddy Yovanny Hidalgo Marcillo

1305505347

DEDICATORIA

La realización de este proyecto están dedicadas: a mi esposa, hijo y padres, base fundamental en mi vida. Sin ellos, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta he logrado. El amor infinito que les tengo a estas personas y el deseo de superarme día a día, me han dado la constancia, tenacidad de seguir luchando.

A Dios, que en mis petitorios me escucha dándome la fuerza necesaria para no desmayarme y concluir este proyecto.

Freddy Yovanny Hidalgo Marcillo

AGRADECIMIENTO

Quiero dejar constancia mi infinita gratitud a la Universidad Técnica Particular de Loja, que me dio la oportunidad para superarme en lo intelectual y profesional, de igual manera a nuestros Profesores que fueron guía durante todo este proceso de aprendizaje de esta nueva etapa de carrera estudiantil.

Al Hospital IESS Manta, por acogerme siempre no sólo como un prestador de servicio sino por darme la oportunidad de desenvolverme como profesional y de esta forma ampliar mi campo de acción a favor de sus afiliados.

La paciencia, sabiduría, tenacidad y su ayuda desinteresada son características que la definen a la Directora de mi Proyecto, quien me brindó la información importante para terminar con éxito este trabajo; por esto mi eterna correspondencia y consideración.

Lic. Freddy Yovanny Hidalgo Marcillo

CERTIFICACION INSTITUCIONAL



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL IESS MANTA

CERTIFICACION INSTITUCIONAL

CERTIFICACION

El Director del Hospital del IESS Manta, Dr. Hernán Salazar Vega, tiene a bien:

Certificar que:

El Lic. Freddy Yovanny Hidalgo Marcillo, con especialidad en Imagenología colabora en este Hospital y maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, el mismo que ejecutó un proyecto de acción sobre: **MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DE HOSPITAL DEL IESS MANTA, 2011 A 2012**; cumpliendo con responsabilidad las diferentes actividades programadas de acuerdo al cronograma establecido para finalizar con éxito este proyecto.

Manta, Marzo del 2012-03-18

I.E.S.S. HOSPITAL DE MANTA
Dr. Hernán Salazar Vega
DIRECTOR

Dr. Hernán Salazar Vega
DIRECTOR HOSPITAL IESS MANTA



El cambio avanza... Seguro!

AVENIDA LA CULTURA S/N JUNTO AL PATRONATO MUNICIPAL
CONMUTADOR: 052621800 - 2620862 - 2621888 - 2623587 - 2623601

RESUMEN

En el ciudad de Manta, provincia de Manabí se realizó un proyecto de acción cuyo objetivo fundamental fue mejorar la calidad de atención a los usuarios del Servicio de Imagenología de Hospital IESS Manta, mediante la organización e implementación de normas técnico-administrativas, capacitación al personal sobre calidad de atención a través de técnicas didácticas innovadoras y estableciendo comunicación interdepartamental, para disminuir la demanda insatisfecha a los usuarios.

El proyecto de acción cuyo eje es la calidad y se fundamentó en la metodología del enfoque lógico en donde: el **FIN** es: Calidad de atención en el Hospital IESS Manta, mejorada. Su **PROPÓSITO**: Organizar el Servicio de Imagenología de Hospital IESS Manta. Los **RESULTADOS**: Plan de mejoramiento en la calidad de atención implementado; talentos humanos actualizados en calidad de atención; comunicación interdepartamental establecida.

Como conclusión se establece que la calidad en los servicios de salud constituye simultáneamente derechos y deberes de los actores intervinientes. Por ello la gestión de la calidad es algo que compete a todos por lo que cada organización debe de garantizar la calidad de atención a los usuarios.

ABSTRACT

In the city of Manta, county of Manabí was carried out an action project whose fundamental objective was to improve the quality of attention to the users of the Imagenology Service of Hospital IESS Manta, by means of the organization and implementation of technician-administrative norms, training to the personnel about quality of attention through technical didactic innovators and establishing interdepartmental communication, to diminish the unsatisfied demand to the users.

The action project whose axis is the quality and it was based in the methodology of the logical focus where: the END is: Quality of attention in the Hospital IESS Manta, improved. Their PURPOSE: To organize the service of imagenología of Hospital IESS Manta. The RESULTS: Plan of improvement in the implemented quality of attention; human talents upgraded in quality of attention; established interdepartmental communication.

As conclusion she settles down that the quality in the services of health constitutes simultaneously right and the actors' intervener duties. For it the administration of the quality is something that concerns all for what each organization should guarantee the quality of attention to the users.

INDICE DE CUADROS Y APENDICES

CUADROS	PAG.
CUADRO N° 1	
Primeras causas de morbilidad del Hospital IESS Manta	12
CUADRO N° 2	
Criterio del personal del servicio de imagenología sobre la calidad de atención	58
CUADRO N° 3	
Criterio del personal del servicio de imagenología sobre nivel de contenido de la capacitación	59
CUADRO N° 4	
Criterio del personal del servicio de imagenología sobre la utilidad de los contenidos	60
CUADRO N° 5	
Criterio del personal del servicio de imagenología sobre utilización de casos prácticos	61
CUADRO N° 6	
Criterio del personal del servicio de imagenología sobre la utilización de los medios audio	62
CUADRO N° 7	
Criterio del personal del servicio de imagenología sobre la utilización de la dinámica de grupo	63
CUADRO N° 8	
Criterio del personal del servicio de imagenología sobre la comodidad de ambiente	64
CUADRO N° 9	
Criterio del personal del servicio de imagenología sobre lo referente a la duración	65
CUADRO N° 10	
Criterio del personal del servicio de imagenología sobre los horarios en la capacitación	66
CUADRO N° 11	
Criterio del personal del servicio de imagenología con relación a la percepción	67
CUADRO N° 12	
Monitoreo de opinión de los usuarios acerca de la calidad de atención	73
CUADRO N° 13	
Tres primeras causas de insatisfacción más frecuentes en el Servicio de Imagenología	78
APENDICES	
APENDICE N° 1	
Ficha de control y avance del proyecto de investigación en porcentaje	86
APENDICE N° 2	
Ficha de control y avance del proyecto de investigación en tiempo	87

APENDICE Nº 3	
Manual de normas, procedimientos y protocolos del Servicio de Imagenología	88
APENDICE Nº 4	
Plan de capacitación en calidad de atención al personal de imagenología	142
APENDICE Nº 5	
Cronograma de capacitación dirigida al personal de imagenología	162
APENDICE Nº 6	
Acta de consentimiento para ejecución del proyecto	165
APENDICE Nº 7	
Encuesta dirigida al personal de imagenología	166
APENDICE Nº 8	
Encuesta dirigida al usuario que acude al Servicio de Imagenología	167
FOTOS	
FOTOS 1	
Áreas del Servicio de Imagenología	168
FOTOS 2	
Momentos del desarrollo del proyecto	169

INDICE DE CONTENIDOS

	PAG.
Portada	I
Certificación de la directora	II
Autoría	III
Cesión de los derechos	IV
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Certificación institucional	VII
Resumen	VIII
Abstracto	IX
Índice de cuadros y apéndice	X
Índice de contenidos	XII
Introducción	1
Problematización	5
Justificación	6
Objetivos	7
CAPITULO I	8
1. MARCO TEÓRICO	8
1.1. Marco institucional	8
1.1.1. Aspectos geográficos y características del Lugar	8
1.1.2. Dinámica poblacional	8
1.1.3. Misión de la institución	9
1.1.4. La visión institucional	9
1.1.5. Organización administrativa	10
1.1.6. Servicio que presta la institución	11
1.1.7. Datos estadísticos de cobertura	12
1.1.8. Características geo-físicas de la institución	12
1.1.9. Políticas de la institución	13
1.2. MARCO CONCEPTUAL	14
1.2.1. Servicio de imagenología	14
1.2.2. Estructura organizativa de un Servicio de Imagenología	15

1.2.3. Diseño del Servicio de Imagenología	16
1.2.4. Resultado	16
1.2.5. La comunicación con un servicio de radiología clínica	17
1.2.6. Causas principales de la utilización innecesaria de radiología	17
1.2.7. Calidad de atención	19
1.2.8. Cuándo y cómo se mide la calidad	19
1.2.9. Criterios para evaluar la calidad	21
1.2.10. Calidad de los servicios	23
1.2.11. Significado de la calidad de los servicios de salud	24
1.2.12. La salud y su impacto en la calidad de los servicios	26
1.2.13. Diseño de la calidad	27
1.2.14. Ciclo de mejora de la calidad	27
1.2.15. Monitorización de la calidad	28
1.2.16. El trato humanizado como indicador de calidad	28
CAPITULO II	33
2. Diseño Metodológico	33
2.1. Matriz de involucrados	33
2.2. Árbol de problemas	37
2.3. Árbol de objetivos	38
2.4. Matriz del marco lógico	39
CAPITULO III	42
3. RESULTADOS Y ANALISIS	42
3.1. Resultado 1. Plan de mejoramiento en la calidad	42
3.1.1. Socializar el proyecto	42
Enviar oficios	43
Revisión del proyecto	43
Firma acta de compromiso	44
3.1.2. Elaboración de normas	45
Invitación al personal de imagenología	45
Revisión bibliográfica	45
3.1.3. Redacción y revisión de normas	46
Reunión	47
3.1.4. Difusión de normas	58

Convocatoria a reunión	59
Realización de reunión con directores técnicos	50
Realización de reunión con responsables de enfermería	50
Reunión de difusión de normas	51
Difusión de trípticos	52
3.1.5. Aplicación de normas	54
3.2. Resultado 2. Talentos humanos actualizados	54
3.2.1. Establecer autorización y calendario de capacitación	55
3.2.2. Diseño del plan de capacitación	55
3.2.3. Ejecución del plan	56
3.2.4. Evaluación de taller	57
Ficha de evaluación	58
3.3. Resultado 3. Comunicación interdepartamental establecida	68
3.3.1. Reunión con equipo de trabajo	68
3.3.2. Establecimiento de acuerdo para mantener la comunicación	70
3.3.3. Establecimiento de acuerdos con directores técnicos	74
3.3.4. Reconocimiento periódicamente la satisfacción al cumplimiento	74
3.4. Evaluación de indicadores de resultados	76
3.4.1. Evaluación del indicador del propósito	77
3.4.2. Evaluación del indicador del fin	77
CAPITULO IV	79
4. Conclusiones y recomendaciones	79
4.1. Conclusiones	79
4.2. Recomendaciones	80
BIBLIOGRAFIA	82

INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención ha adquirido importancia en las últimas décadas en relación con el debate sobre los derechos de los pacientes y del derecho a la salud. Nuestra constitución, reformada en el 2008, consagra las garantías para el pleno derecho a la salud, la calidad de vida, la equidad de género, los derechos sexuales reproductivos y el buen vivir. (www.fundar.org.mx/relevos2009/pdf/proyecto22.pdf)

Desde siempre y a través del tiempo se ha considerado a la CALIDAD como el grado de satisfacción que ofrece un producto o servicio en relación a las exigencias del consumidor o usuario. De tal manera que, cuando mayores son las necesidades satisfechas por un producto o servicio mayor es su calidad.

Edwards Deming, planteó que la calidad se lograba cuando los costos disminuían al producirse menos errores, menos reprocesos, mejor utilización de la maquinaria, del equipo y de los materiales, y menos demora en la fabricación y en la entrega. (<http://www.radc.files.wordpress.com/filosofias-de-la-calidad.ppsx>)

Joseph Juran, definió la calidad como la "adecuación al uso", es decir, la forma de adecuar las características de un producto al uso que le va a dar el consumidor.

Avedis Donabedian, gran gurú del mundo sanitario, que divide la atención sanitaria en tres elementos fundamentales:

“Estructura, Proceso y Resultado. Por estructura entiende desde la propia organización hasta los recursos de que dispone (tanto humanos como físicos y financieros); por proceso entiende el conjunto de actividades que se realizan, por y para el paciente, así como la respuesta del paciente a esas actividades; y, por resultado entiende los logros conseguidos tanto en el nivel de la salud, calidad de vida, conocimientos adquiridos del paciente o la población, como el grado de satisfacción con la atención recibida”. (Rico, J. 2010).

En todo caso, la calidad en salud siempre lleva implícitos dos conceptos que son: La excelencia técnica, esto es, decisiones adecuadas y oportunidad en la toma de las mismas, habilidad en el manejo de algunas técnicas y buen juicio para proceder. En otras palabras, "hacer lo correcto, correctamente" y adecuadas interacciones entre los agentes involucrados en dar y obtener salud, las que deben caracterizarse por fluidez en las comunicaciones, confianza, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad. (R.M.CH, 2001).

Pacientes insatisfechos por la mala calidad de atención y el mal trato que reciben se encuentran todos los días manifestando sus reclamos y la inconformidad con los servicios, de tal manera que, la percepción que ellos tienen de la calidad de atención que reciben merece un análisis responsable y una reflexión profunda por parte de los que forman parte de la Institución de Salud.

Por ello, se toma imperativa la necesidad de realizar un conjunto de acciones encaminadas al mejoramiento de la calidad de atención en el Servicio de Imagenología del Hospital IESS Manta, la misma que, siendo consecuencia de múltiples factores, no puede superar mientras no se organice el servicio, se capacite y entrene de una manera consciente y responsable al recurso humano, por ello se concuerda con los criterios de Gas Aguirre quien manifiesta:

“La calidad de la atención significa otorgar atención al paciente con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas”. (Aguirre, Gas H., 2005)

Lemus JD, Aragüés y Oroz V, (2004) señalan que:

“La calidad de la atención de la salud se ha convertido en un tema de interés por parte de distintas disciplinas como la bioética, el derecho, la salud pública y la administración sanitaria, entre otras. Ello responde a múltiples causas pero, en especial, a la problemática surgida en las últimas décadas en torno a los derechos de los pacientes y al derecho a la salud”, indica Lemus JD, Aragüés y Oroz V, 2004.

Con estos antecedentes se puede manifestar que en un 75 % de la desorganización del Servicio de Imagenología ha provocado múltiples quejas de los usuarios en razón de que la oferta de atención no cubre la demanda existente, razón por la cual para hacer atendidos deben esperar días, semanas y hasta meses, generando retraso en el diagnóstico de su problema de salud. Se suma a esto, el alto porcentaje de exámenes innecesarios de un 80 % solicitado por los galenos con el consecuente elevado consumo de material radiológico lo que conlleva al agotamiento temprano del stock y reprogramación de estudios.

Sin duda este escenario causa inconformidad en los usuarios porque refleja una mala gestión del servicio, evidenciando la carencia de normas técnico-administrativas, la débil comunicación interdepartamental y la desactualización del talento humano. Las actividades deben estar orientadas en el trabajo mutuo del directorio, profesionales de la salud y usuarios de esta forma, organizar al departamento dando así un servicio con calidad y calidez.

Esta problemática antes descrita justificó la realización del presente proyecto cuyo objetivo fundamental consistió en mejorar la calidad de atención a los usuarios del Servicio de Imagenología de Hospital IESS Manta, mediante la implementación de un plan de mejoramiento de la calidad de atención para reducir las quejas e insatisfacción del usuario, el cual se operacionalizó a través de tres objetivos específicos:

El primero, implementar normas de atención de calidad en el Servicio de Imagenología sistematizando su aplicación mediante un monitoreo. Para dar cumplimiento a este objetivo se hizo la socialización del proyecto, se elaboraron las normas técnicas y administrativas las mismas que fueron revisadas y aprobadas por la dirección técnica de la institución y que posteriormente fueron difundidas en los servicios, asegurándose la aplicación a través de un plan de monitoreo instaurado para el efecto.

Un segundo objetivo específico fue capacitar al personal que labora en el Servicio de Imagenología sobre las normas técnicas y administrativas, para ello se solicitó autorización a los directivos, se diseñó el plan de capacitación con su respectivo

calendario, para posteriormente ejecutar la capacitación y finalmente valorar los resultados de este proceso didáctico.

El tercer objetivo consistió en establecer comunicación interdepartamental para lo cual se realizaron reuniones con el equipo de trabajo, se establecieron acuerdos para mantener la comunicación, el establecimiento de normas con directores técnicos y aplicación del reconocimiento como estrategia de cumplimiento de normas por parte del personal del Servicio de Imagenología y de las diferentes áreas departamentales de este hospital.

Termino diciendo que realizado este proyecto de acción se ha conseguido los resultados propuestos, promoviendo la organización, comunicación y conocimientos a favor de los usuarios y talentos humanos que labora en éste servicio, toda vez que cuando el usuario elige un servicio en el presente y lo encuentra satisfactorio, es decir, de calidad, la mayoría de las veces volverá a elegirlo tantas veces como lo precise en el transcurso de su vida, por lo que el tener una calidad en el presente influye en la visión que se forja de la organización en el futuro, sobre todo en el área de servicios, donde lo que se ofrece es un bien intangible, en consecuencia lo que influye es la idea que nuestros clientes y potenciales clientes tengan del servicio ofrecido.

PROBLEMATIZACIÓN

El Hospital IESS Manta se ve involucrado en mejorar sus servicios, y el Departamento de Imagenología es área fundamental de esta unidad y es donde se observa una mala calidad de atención al usuario, provocado por la desorganización.

La desorganización del servicio ha provocado constantes quejas de los usuarios factores por las inexistencias de normas en atención de calidad, talentos humanos desactualizados y la débil comunicación interdepartamental crean una necesidad de solución, esto incide en un alto porcentaje de exámenes innecesarios de imágenes a los que pacientes son sometidos provocando una alta demanda insatisfecha y por ende el paciente abandona el tratamiento.

No habiendo programas de capacitación continua al personal provocando un alto tráfico de exámenes innecesarios y por ende el consumo y escases del stock por lo que el usuario tiene una mala calidad de atención en el servicio de Imagenología. La débil comunicación interdepartamental hace que el paciente acuda al servicio de Imagenología mal preparado provocando una postergación en la realización de su examen lo que crea una inconformidad del usuario y la familia.

Estos factores pueden ser solucionados implementando normas de procedimientos, capacitación continua del personal y un fortalecimiento interdepartamental en la comunicación por esta razón es importante en aplicar este proyecto para brindar una oportuna y buena calidad de atención al usuario. Todo esto provoca un deterioro en la calidad de vida, maltrato a usuario y dando como resultado la acentuación del proceso de morbilidad, este problema me ha incentivado en realizar un plan sobre la creación de instaurar protocolos que regirán en el departamento de imagenología del hospital IESS Manta y de esta forma mejorar la calidad de atención que se da al usuario en esta unidad y como profesional de la salud me veo en la obligación de ser participe de hacer un cambio de mejorar para el bien común.

¿Es posible implementar un proyecto de organización en el Servicio de Imagenología del Hospital IESS Manta?

JUSTIFICACIÓN

El dar una buena calidad de atención al usuario es posible mediante programas de regulación en el Servicio de Imagenología y de esta manera evitaremos dar una mala calidad de atención al usuario, no habiendo normativas en el desarrollo normal del Departamento, aumenta el riesgo de agudizar los cuadros de enfermedades en los usuarios, agravamiento de los cuadros clínicos su deterioro de salud se hace indispensable en elevar un proyecto para que esta forma se minimice el cuadro de complicaciones de un grupo muy vulnerable para la sociedad.

- Con la implementación de normas en atención de calidad se crea un cumplimiento con la demanda existente de esta manera se dará al usuario una atención oportuna llevando su seguimiento del diagnóstico y tratamiento oportuno.
- La capacitación de los talentos humanos sobre calidad de atención se podrá reducir la quejas del usuario dando un servicio oportuno de esta forma evitaremos el agravamiento del proceso de morbilidad.
- La comunicación interdepartamental creará una dinámica funcional de eficacia en el servicio de esta manera evitaremos la postergación del estudio del paciente por mala preparación y una correcta utilización de insumo en la realización del examen, esto hace que no haya un alto porcentaje de exámenes en imagenología postergados, la demanda sea satisfecha y el paciente no abandone el tratamiento, mejorando de esta manera su calidad de vida.

Este proyecto tiene una contribución muy significativa ya que se va a lograr en mejorar la calidad de atención que se brinda en esta casa de salud y de esta forma se contribuye en los principios que tiene la institución en dar una atención con calidad y calidez.

OBJETIVOS

General:

Mejorar la calidad de atención a los usuarios del Servicio de Imagenología de Hospital del IESS Manta, mediante la implementación de un plan de mejoramiento de la calidad de atención para reducir las quejas de insatisfacción del usuario.

Específicos:

- Implementar las normas en atención de calidad en el Servicio de Imagenología sistematizando su aplicación mediante un monitoreo para mejorar la calidad de atención al usuario.
- Capacitar al personal que labora en el Servicio de Imagenología en normas técnicas y administrativas, utilizando técnicas didácticas innovadoras para disminuir el porcentaje de demanda insatisfecha.
- Establecer comunicación interdepartamental mediante reunión de trabajo para superar debilidades en la atención al usuario.

CAPITULO I

En este capítulo se presenta el análisis y explicación de los diferentes enfoques teóricos y los antecedentes considerados válidos para el tratamiento del problema. En este sentido el presente marco teórico constituye el refuerzo conceptual para consolidar las acciones que se efectuaron en el diseño y ejecución del proyecto.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. MARCO INSTITUCIONAL

1.1.1. Aspectos Geográficos y Características del Lugar

Ubicación: Manta limita, al norte con el cantón de Portoviejo, al sur con el cantón de Montecristi, al este los cantones Montecristi y Jaramijó, y al oeste con el Océano Pacífico; y su ubicación es estratégica para el ingreso de todo tipo de embarcaciones, ya que se encuentra en el centro del litoral ecuatoriano. (<http://www.manabi.gob.ec/cantones/>)

Manta tiene 306 Km cuadrados, y sus coordenadas de ubicación son 00 grados 57' de latitud sur y 80 grados 42' longitud oeste, una altura promedio de 20 mts.; su temperatura media es de 25,6 grados C., es de clima tropical mega térmico semi-árido y con una humedad relativa media anual de 77%. En la alimentación se puede encontrar una variedad de comida muy exquisita que satisface a los paladares más exigentes con preparados a base de pescado, camarón, pulpo, concha, entre otros. (INEC 2010)

1.1.2. Dinámica poblacional

La población del cantón Manta, según INEC del 2010 es de 226477 habitantes, representa el 16.53% del total de la provincia de Manabí. La distribución de la población por sexo es de 115.074 de mujeres es (16.9%) y de 111.403 de hombres (16.2%) teniendo un promedio de edad de 28 años. (INEC 2010)

En relación a la migración, esta es un factor que incide mucho en la población de Manta, aunque no se puede contabilizar con exactitud, según el censo realizado en

el 2010 se calcula que cerca de 21 personas cada año viajan hacia otros países entre ellos Venezuela, USA y España en su mayoría mujeres. La densidad poblacional del cantón de Manta es de 657 hab. /km².(INEC 2010)

Manta tiene 7 parroquias que son: Manta, Tarqui, Eloy Alfaro, Los Esteros, San Lorenzo, Santa Marianita y San Mateo.(<http://www.manabi.gob.ec/cantones/>)

1.1.3. Misión de la institución

Según el Plan Estratégico del Hospital IESS Manta su misión es:

“Proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos consagrados en la Ley de Seguridad Social.”(PEI, H. IESS-Manta, 2010).

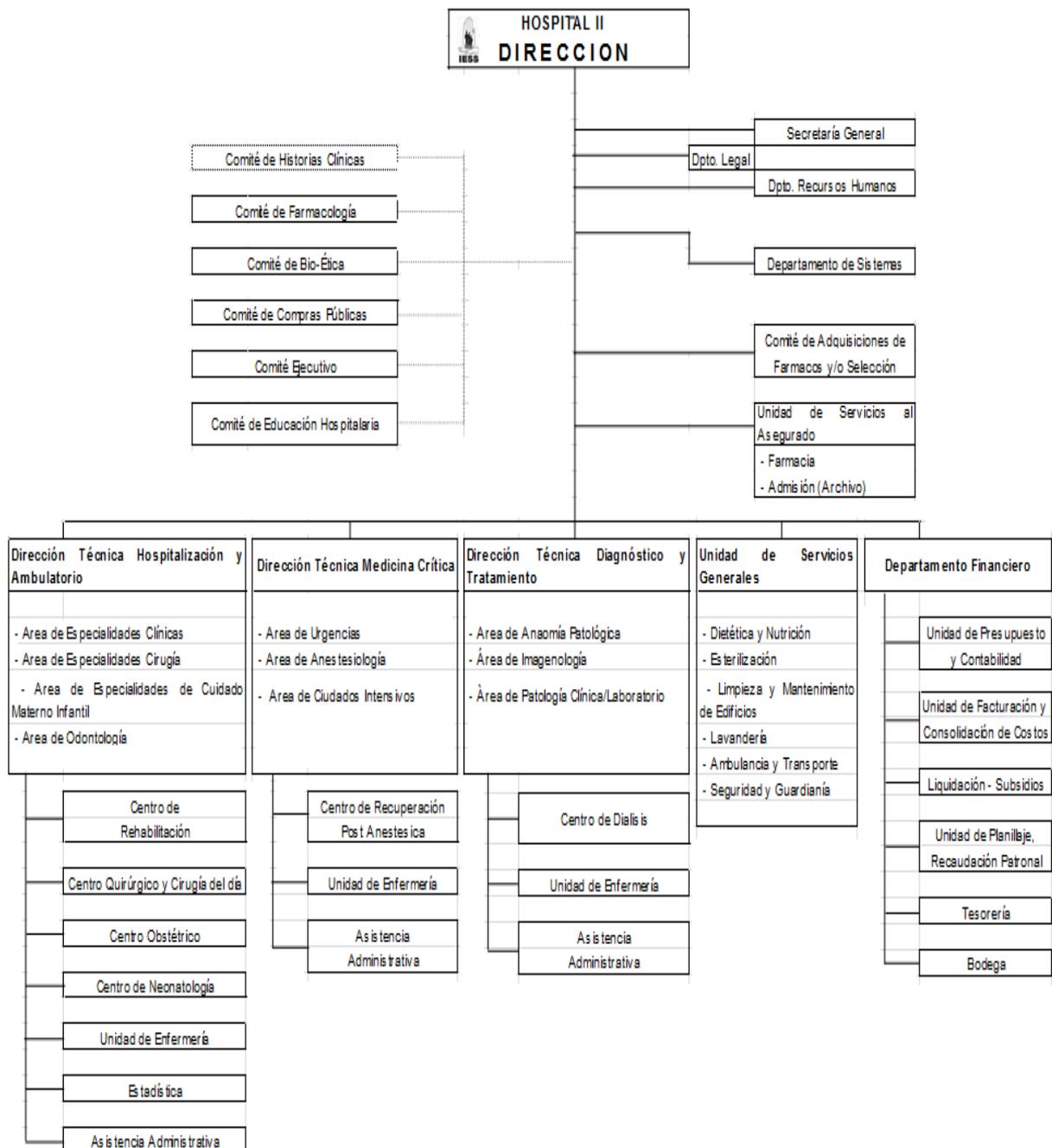
1.1.4. La visión de la institución

Según el Plan Estratégico del Hospital IESS Manta su visión es:

“El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se encuentra en una etapa de transformación, el plan estratégico que se está aplicando, sustentado en la Ley de Seguridad Social vigente, convertirá a esta Institución en una aseguradora moderna, técnica, con personal capacitado que atenderá con eficiencia, oportunidad y amabilidad a toda persona que solicite los servicios y prestaciones que ofrece. Ampliación de equipos especializados, Proyectar la imagen a los usuarios y a la sociedad en general que esta Unidad Médica es digna de confianza en la cual se puede confiar el cuidado de la salud.”(PEI, H. IESS-Manta, 2010).

1.1.5. Organización administrativa

La organización administrativa del Hospital del IESS Manta está conformada de la siguiente manera:



Fuente: Hospital IESS Manta

Como toda empresa que crece con éxito, en el personal y más funciones aparecen políticas y procedimientos para controlar y coordinar el tamaño adicional de la fuerza laboral y la complejidad de las tareas. Como una organización burocrática se crearon cargos y estatus administrativos, múltiples niveles administrativos, políticos con dificultad de responder con efectividad a los rápidos cambios registrados en el

mercado, a pesar de esto este hospital tiene perspectiva de estrategia, operacional y táctica por lo que se ve su crecimiento.

1.1.6. Servicio que presta la institución

El Hospital IESS Manta está considerado como hospital provincial nivel II, organismo orientado a brindar una atención terapéutica y la satisfacción de necesidades de salud del usuario, familia y comunidad en las áreas de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación, con énfasis en la salud materno-infantil, en lo que se refiere a inmunización, regulación de la fecundidad, detección oportuna del cáncer, medicina general, preventiva, curativa. Además satisface las necesidades bio-psico-social por medio del trabajo coordinado entre los miembros de equipo de salud.

Posee una edificación de 5 pisos, de los cuales se encuentran habilitados 3 pisos altos y la planta baja, con un área de parqueo tanto para el personal como para los habitantes que tienen acceso a la atención en las diferentes especialidades con que cuenta la institución, tales como neurología, neurocirugía, otorrinolaringología, traumatología, fisioterapia, urología, nefrología, cardiología, endocrinología, odontología, oftalmología, ginecología, dermatología, gastroenterología, cirugía, medicina general, medicina interna, geriatría, farmacia, además de áreas auxiliares de diagnóstico y tratamiento como son imagenología, laboratorio y terapia y rehabilitación. Se cuenta últimamente con los servicios de cirugía plástica.

El Departamento de Imagenología, proporciona y promociona su atención mediante los servicios de radiología convencional y digital, ecografía y tomografía computada, igualmente todas las otras áreas poseen equipos de alta tecnología para diagnosticar las diferentes patologías por las que acude nuestra comunidad, sean éstos del seguro campesino, así como de los dispensarios anexos que éste tiene. El hospital cuenta con el siguiente personal: 65 médicos tratantes, 55 médicos residentes, 32 licenciados en ciencias de la salud, 96 licenciadas en enfermería, 75 personal administrativo, 92 auxiliares de enfermería, 6 odontólogos y 52 servicios generales, según la matriz de enero del 2012 proporcionado por el departamento de Talentos Humanos.

1.1.7. Datos estadísticos de cobertura

Mediante datos estadísticos se detalla cuáles son las enfermedades a las cuales se les ha brindado mayor cobertura en el Hospital IESS de la ciudad de Manta.

CUADRO N°1
PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD DE HOSPITAL IESS MANTA AÑO 2011

N°	ENFERMEDADES	FRECUENCIA	%
1	Hipertensión Esencial (Primaria)	13271	19.52
2	Amigdalitis Aguda	10222	15.03
3	Rinofaringitis	9130	13.43
4	Gastritis – Diarreas	8066	11.86
5	Faringitis	7064	10.39
6	Diabetes	5341	7.85
7	Cefaleas	4594	6.76
8	Dolor Agudo Abdominal y Pélvico	4195	6.17
9	Lumbago	3209	4.72
10	Infecciones de Vías Urinarias	2910	4.27
	TOTAL	68002	100%

Fuente: Hospital IESS Manta 2011.
Elaborado: Lic. Freddy Hidalgo

Es importante mencionar que la hipertensión se encuentra como primera causa de morbilidad del Hospital IESS Manta en el año 2011 con un 19.52 %, enfermedad que debemos ayudar a controlar junto con el paciente mediante consejos, charlas y capacitaciones; y así poder evitar que la enfermedad progrese y haya futuras consecuencias.

1.1.8. Características geo-físicas de la institución

El Hospital IESS Manta, se encuentra ubicado en la avenida La Cultura contigua al Albergue Municipal de Manta. Su ubicación geográfica, limita al norte con el Centro Comercial La Bahía, al sur con el albergue Municipal y Colegio 5 de Junio, al este parte de los Barrios Unidos, al oeste con el Mirador de la avenida La Cultura.



1.1.9. Políticas de la institución

La Base Legal de la institución señala como políticas el apego a las Normas, Leyes Institucionales, Reglamentos, y Resoluciones tanto de la Comisión Interventora así como las Resoluciones que emite el Consejo Directivo del IESS, para su aplicación y cumplimiento. Sus políticas se enmarcan dentro de:

- ✓ Administración de los programas de fomento y prevención de la salud.
- ✓ Asistencia médica integral y de maternidad.
- ✓ Atención odontológica preventiva y recuperativa.
- ✓ Coordinar los programas gerontológicos.
- ✓ Ejecutar el proceso de acreditación interna y externa.
- ✓ Asistencia médica preventiva y curativa de hijos menores de 18 años, cónyuges o convivientes con derecho.
- ✓ Administrar el presupuesto anual con análisis prospectivo y retrospectivo y subsidios monetarios transitorios y de maternidad.
- ✓ Administración patrimonial y cumplir normas legales y procedimientos.

También se ha realizado ejecuciones de planes de: Plan de Contingencia para casos de desastres, programa de desechos sólidos, etc.

El sistema AS400 concesión de citas médicas a través del Call Center se implementó a partir del 20 de Mayo del 2009. Áreas claves:

- ❖ **Recurso Humano:** Fortalecer la cultura organizacional rica en valores.
- ❖ **Abastecimiento de insumos:** Determinación de cronogramas unificados de adquisición al 100%.
- ❖ **Equipamiento:** Definición de desarrollo de las unidades médicas para criterio de dotación.
- ❖ **Infraestructura:** Gestión técnica de infraestructura a nivel provincial, descentralización.
- ❖ **Financiamiento:** Direccionamiento para la venta de servicios y desarrollar la autogestión sustentable y **Gestión:** Aplicación y optimización del programa de gestión y desarrollo de unidades médicas (Resolución CD 082)

1.2. MARCO CONCEPTUAL

1.2.1. Servicio de Imagenología

El servicio de ayudas diagnósticas - imagenología es un área de apoyo diagnóstico para pacientes del hospital y para otros usuarios de instituciones de salud de la ciudad. Brinda servicios de radiología, ultrasonido, y tomografía computarizada.

El servicio tiene salas de recuperación acondicionadas con equipos y dispositivos médicos que permiten brindar la adecuada seguridad a los pacientes en condiciones tecnológicas de un segundo nivel de atención. (Normativo para los Servicios de Imagenología IESS -2010)

En el Servicio de Imagenología se establecen agendas para que el usuario tenga la oportunidad de elegir el médico especialista, con el cual prefiere su procedimiento.

Se tiene prioridad por los pacientes urgentes y hospitalizados. En caso de presentarse complicaciones, el usuario es trasladado al servicio de urgencias, para asegurarle una atención especializada y disminuir los riesgos y complicaciones.

El departamento de imagenología del Hospital IESS Manta, presta en ayudas diagnósticas radiología - imagenología: rayos X simple y contrastado, fluoroscopia, ecografía, tomografía computarizada, densitometría, mamografía, litotriptor (PEI Servicio Imagenología)

1.2.2. Estructura Organizativa de un Servicio de Imagenología

La estructura organizativa de un servicio radiológico es el conjunto formado por la planta física y por los recursos materiales, humanos y organizativos. El diseño de un servicio de radiodiagnóstico no es la mera construcción de la planta física y el ajuste de unos recursos materiales y humanos cualesquiera. Debe ser, muy al contrario, el perfecto engranaje entre un grupo humano suficientemente conjuntado y con objetivos comunes y unos recursos materiales adecuados, todo ello, en el marco de una planta física con personalidad propia, funcional, humanizada y dotada de unas características específicas y diferenciadoras.

En cuanto a los recursos organizativos se debe insistir, en que constituyen una faceta de capital importancia para la gestión, tanto de los recursos materiales y humanos del servicio de radiodiagnóstico, como de la propia planta física.

La organización de cualquier servicio de radiología es un instrumento que garantiza que todos los componentes de la estructura (planta física, recursos humanos y materiales) funcionen de forma solidaria, como un todo indiviso, para conseguir la calidad final. Los recursos organizativos constituyen la filosofía y el método de actuación y suponen una impronta que distingue al servicio de radiodiagnóstico como unidad clínica independiente y con personalidad diferenciada dentro de un hospital.

El objetivo fundamental de los recursos organizativos es establecer pautas de actuación y comportamiento que regulen la actividad radiológica y su coordinación con el resto de los servicios y unidades del hospital. Deberían estar integrados, al menos, por los siguientes documentos básicos:

- *Organigrama jerárquico*, constituye el componente más importante de los recursos organizativos y en él han de quedar definidos la distribución jerárquica y las competencias en el seno del servicio. Debe contemplar los diferentes niveles en la toma de decisiones (dirección, coordinación y ejecución) así como en las diversas facetas (asistencial, docente, investigadora etc.), tanto en el hospital como en el área.

- *Manual de funciones, normas y procedimientos*, es el soporte técnico básico y general para el funcionamiento del Servicio de Radiología. Se trata de un documento mediante la cual, todo el personal conocerá sus funciones específicas así como las responsabilidades derivadas. Puede dividirse en los siguientes capítulos: a) mantenimiento general del servicio, b) mantenimiento y normas de las áreas específicas.

1.2.3. Diseño del Servicio de Imagenología

El diseño de un servicio ha de someterse a unos criterios urbanísticos básicos (localización, relación etc.), arquitectónicos, funcionales y de radioprotección que han de estar reflejados por la autoridad sanitaria a través del correspondiente manual de acreditación. (<http://www.slideshare.net/desarrollo-de-mejoras-en-un-servicio-de-radiologa>)

Entre los criterios funcionales y de radioprotecciones más utilizadas están: estimación de la demanda asistencial, determinación del número de salas necesarias para abastecer la demanda prevista, cálculo del espacio de la zona de examen, una vez conocido el número total de salas, cálculo del espacio total del servicio.

1.2.4. Resultado

Medir directamente el resultado de la calidad en radiodiagnóstico es una tarea muy difícil. De un lado, porque el correlato radiopatológico solo es posible establecerlo en un porcentaje escaso de nuestra actividad y, de otro, porque la calidad radiológica, en sentido estricto, tiene otros muchos componentes además del puramente técnico.

El OIEA (organismo Internacional de Energía Atómica) señala los aspectos físicos de la garantía de la calidad en radioterapia, proponiendo los siguientes procedimientos para tratar de medir y mantener o mejorar los diferentes componentes de la calidad en radiología:

- *Correlato radiopatológico*.- Al menos en aquellos casos en los que sea posible contrastar nuestro diagnóstico radiológico con el resultado anatomopatológico.

- *Encuestas de opinión.*- Tanto para la valoración del componente técnico de nuestra especialidad (encuesta interna a los receptores de nuestra actividad), como del percibido (encuesta externa a los pacientes). Cualquiera de estas encuestas tratan de medir la calidad del resultado vinculada a la opinión del usuario.
- *Indicadores.*- Son magnitudes expresadas habitualmente en cifras porcentuales. Se utilizan para comparar nuestra actividad con la práctica aceptable (estándar) y poder medir el grado de desviación. En condiciones habituales y dadas la escasa definición de estándares para la actividad radiológica en nuestro medio, los indicadores se utilizan para comparar nuestra actividad en diferentes periodos de tiempo, ya sea con nosotros mismos o con nuestro entorno. (www-pub.iaea.org/MTCD/publications/.pdf)

1.2.5. La comunicación con un servicio de radiología clínica

Suele considerarse que al enviar a un paciente para una exploración con técnicas de diagnóstico por imagen se está recabando la opinión de un especialista de radiología o de medicina nuclear. Dicha opinión debe presentarse en forma de un informe que pueda ayudar al tratamiento de un problema clínico.

Para evitar todo error de interpretación, los volantes de solicitud deberán estar debida y legiblemente cumplimentados. También debe explicar que le lleva a pedir la exploración y dé suficientes detalles clínicos para que el especialista pueda comprender el diagnóstico concreto o los problemas que se intenta resolver mediante la exploración radiográfica. En algunos casos, la exploración más conveniente para resolver el problema puede ser otra.

1.2.6. Causas principales de la utilización innecesaria de la radiología

Son pruebas útiles aquellas cuyo resultado positivo o negativo contribuyen a modificar la conducta diagnóstica –terapéutica del médico o confirmar su diagnóstico. Causas principales de la utilización innecesaria de la radiología son:

- ✓ *Repetir pruebas que ya se habían realizado:* por ejemplo, en otro hospital, consulta externa o en urgencias.

- ✓ *Pruebas ya realizadas:* Hay que intentar por todos los medios conseguir las radiografías existentes. A este respecto, en los próximos años ayudará cada vez más la transmisión por vía electrónica de datos informatizados.
- ✓ *Pedir pruebas complementarias que seguramente no alterará la atención al paciente:* bien porque los hallazgos «positivos» que se espera obtener suelen ser irrelevantes, como por ejemplo una medulopatía degenerativa (que es tan «normal» como tener canas a partir de cierta edad), o por el carácter altamente improbable de un resultado positivo.
- ✓ *Pedir pruebas con demasiada frecuencia:* Concretamente, antes de que la enfermedad haya podido evolucionar, o resolverse, o antes de que los resultados puedan servir para modificar el tratamiento.
- ✓ *Imágenes a obtener:* Todos los servicios de diagnóstico por imagen deberían disponer de protocolos para cada situación clínica habitual. Es primordial recordar que hay que optimizar todas las pruebas, para obtener la máxima información con la mínima radiación. Es importante tener esto en cuenta, porque puede no administrársele al paciente lo que el médico espera. (Guía de indicaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen-2000)

Las recomendaciones utilizadas son:

a. Indicada: Quiere decirse que esta prueba complementaria contribuirá muy probablemente a orientar el diagnóstico clínico y el tratamiento. Puede ser distinta de la prueba que pidió el médico: por ejemplo, una ecografía mejor que una flebografía en caso de trombosis de una vena profunda.

b. Exploración especializada: Se trata de pruebas complementarias complejas o caras, que habitualmente sólo realizarán médicos con la experiencia suficiente para valorar los datos clínicos y tomar medidas a partir de los resultados de las mismas. Suelen requerir un intercambio de pareceres con un especialista de radiología o de medicina nuclear.

c. No indicada en un primer momento: Situaciones en que la experiencia demuestra que el problema clínico suele desaparecer con el tiempo, por lo que sugerimos posponer la exploración entre tres y seis semanas, y llevarla a cabo sólo si persisten los síntomas. Un ejemplo típico de ello es el dolor de hombro.

d. No sistemáticamente indicada: Aquí queda patente que, aunque ninguna recomendación es absoluta, sólo se accederá a la petición si el médico la justifica

convincientemente. Un ejemplo de tal justificación sería pedir una radiografía simple de un paciente con dorsalgia, en el que los datos clínicos apuntan a algo distinto de una enfermedad degenerativa (por ejemplo, sospecha de fractura vertebral osteoporótica).

e. No indicada: Cuando se considera que no está fundamentado pedir esta prueba complementaria (por ejemplo, UIV en caso de hipertensión).

f. El embarazo y la protección del feto: Siempre que sea posible, hay que evitar la irradiación de un feto. Se incluyen aquí las situaciones en las que la propia mujer no sospecha que esté embarazada. La responsabilidad fundamental para identificar a estas pacientes recae en su médico.

1.2.7. Calidad de atención

La Revista de la American Medical Asociación, vol. 300, número 16, indica que Brindar atención de calidad implica seguir estándares, pautas y prácticas basadas en la evidencia, además señala:

“La calidad de la atención significa que los pacientes reciben la atención adecuada para los problema de salud, a fin de lograr el mejor resultado posible. La calidad de la atención implica un esfuerzo cooperativo que incluye a pacientes, médicos, personal de enfermería y otros profesionales de atención de la salud, así como instituciones (como, por ejemplo, hospitales, asilos de ancianos, centros de salud mental y agencias que brindan atención médica en el hogar)”. (AMA, 2008).

1.2.8. Cuándo y cómo se mide la calidad

Cuando se mide la calidad en los servicios de salud con algún instrumento consensuado ésta se vuelve más objetiva. Por eso, para poder hacerlo es necesario abordar y consensuar cuáles son las dimensiones medibles, que pueden agruparse en tres principales categorías:

1) la calidad científico técnica;

2) la satisfacción de los usuarios; 3) la accesibilidad al servicio. Estas tres dimensiones no son excluyentes sino complementarias.(www.foroaps.org/files/calidad%en%salud.pdf)

La *calidad científico técnica* es una de las dimensiones más consideradas por los prestadores y se refiere a su capacidad para utilizar el más avanzado nivel de conocimientos disponible para abordar los problemas de salud. Durante mucho tiempo se sostuvo el concepto que el que más sabe, mejor hace las cosas. Sin embargo, hoy sabemos que no es necesariamente así, siendo la óptima capacitación profesional una condición necesaria, pero no suficiente.

La capacitación científico técnica es la formación y adquisición de conocimientos y aptitudes de los prestadores para la atención sanitaria. No siempre el que más sabe o conoce un tema lo resuelve de la mejor manera.

La *satisfacción* es una actitud positiva, producto de la interacción de las expectativas del paciente ("usuario") y la atención recibida. Los instrumentos más difundidos para medir satisfacción son las encuestas. Sin embargo, estas no siempre aportan la información suficiente para la mejora continua, sobre todo si no indagan sobre las causas de insatisfacción, básicamente las situaciones problemas ("oportunidades de mejora") sobre las que se puede intervenir para mejorar.

Se denomina *accesibilidad* a la facilidad con que se obtiene atención sanitaria en relación a barreras organizacionales, económicas y culturales. Al evaluar la accesibilidad se deben valorar:

- Barreras económicas.
- Barreras organizacionales(para atenderse, el paciente debe llegar a las cinco de la mañana para conseguir uno de los veinte números que se dan ese día o

debe ir sacar una orden de consulta a una gran distancia de donde vive o trabaja, debe esperar, hacer cola, etc.)

- Barreras de comunicación

1.2.9. Criterios para evaluar la calidad

Son utilizados para evaluar el grado de calidad y eventualmente algunos niveles intermedios. Un criterio es un requisito de calidad que se deben cumplir, con sus aclaraciones y excepciones. Debe ser explícito y su forma de evaluación debe ser realizada a través de indicadores reproducibles que describan claramente la fuente de información utilizada para su construcción.(www.promonegocios.net/.../atencion-al-cliente-criterios-calidad.html)

Entre los criterios de evaluación están los siguientes:

- *Dimensión estudiada*: Se debe considerar qué dimensión de la calidad es la evaluada: la calidad científico técnica del prestador, la satisfacción del usuario, la accesibilidad a obtener asistencia sanitaria, etc.
- *Las unidades de estudio*: La unidad de estudio define a la población y determina cuáles son sus características: edad, sexo, pertenencia a determinado grupo de riesgo, además las características del prestador: un profesional, un servicio de salud, un centro de atención, vale decir, el nivel asistencial evaluado. Se las define aclarando el período evaluado.
- *Fuentes de datos*: Los datos que alimentan los estudios de calidad pueden ser obtenidos de diversas fuentes: listados, historias clínicas, encuestas, bases de datos, etc. Obviamente la confiabilidad de los datos dependerá directamente de la confiabilidad de la fuente de donde han sido obtenidos.

- *Tipo de evaluación:* Las evaluaciones de la calidad son retrospectivas o concurrentes ya que no es posible realizar evaluaciones prospectivas, debido a que no se puede medir lo que todavía no ha ocurrido. Dependiendo de quien tome la iniciativa para realizar las evaluaciones, serán internas cuando esta recaiga en los propios prestadores y externa cuando la responsabilidad recaiga en gestores u organismos externos y presuntamente más independientes y objetivos. Debe expresarse también quien recoge los datos. Vale decir que en las evaluaciones internas son más apropiadas las técnicas cruzadas de recolección.
- *Encuestas de satisfacción:* Los instrumentos más difundidos para medir satisfacción son las encuestas. Sin embargo, estas no siempre aportan la información suficiente para la mejora continua, sobre todo si no indagan sobre las causas de insatisfacción, básicamente las situaciones problemas u "oportunidades de mejora" sobre las que se puede intervenir para mejorar. Vale mencionar que este tipo de encuesta arroja muchas veces resultados cercanos a un 75% de personas satisfechas.

Según Delgado Cantú, Humberto (2006), en Desarrollo de una cultura de calidad, manifiesta que:

“Las herramientas y los programas de gestión de la calidad en salud, son accesibles a los profesionales de atención primaria. Puede ponerlos en marcha una gran institución, un centro de salud, un servicio, o un profesional individual. No necesariamente generan más gastos ya que como consecuencia de optimizar los procesos pueden llegar a lograr una utilización mucho más racional de los recursos. Muchas veces es más barato hacer las cosas bien. Para terminar vale recordar que cuando decidimos realizar un trabajo de calidad no tiene mucho sentido efectuar mediciones u otro tipo de valoraciones si no estamos dispuestos a intervenir para mejorar”. (Pág. 269)

1.2.10. Calidad de los servicios

Pablo Tigani D. (2001) en su artículo Dimensiones de la Calidad del Servicio. Fundación señala “hay por lo menos siete dimensiones que debemos tener en cuenta para medir la calidad del servicio” y explica brevemente:

Respuesta: La capacidad de respuesta manifiesta el grado de preparación que tenemos para entrar en acción. La lentitud del servicio, es algo que difícilmente agregue valor para el cliente. Si se trata de servicio hospitalario, la falta de capacidad de respuesta puede ser trágica. A mi criterio, la capacidad de respuesta es como el primer servicio en el tenis. Cuando se ha errado el primero hay que ser muy cuidadoso en el segundo, para no perder. Cualquier error es tolerable cuando todavía hay tiempo para corregirlo y el más mínimo error es intolerable cuando el cliente ha esperado más de lo necesario.

Atención: Todo lo que implica ser bien atendido, como por ejemplo ser bien recibido, sentirse apreciado, ser escuchado, recibir información, ser ayudado y además, invitado a regresar. No debemos dar lugar a la apatía, la indiferencia o el desprecio y debemos despojarnos de nuestros prejuicios motivados por la impresión o apariencia que muestra el cliente.

Comunicación: Establecer claramente que estamos entendiendo a nuestro cliente y que también nosotros estamos siendo entendidos. No debemos dejarnos seducir por la jerga que su utiliza en nuestra especialidad, podemos estar en presencia de alguien que no entienda nada acerca de lo que le estamos hablando. Es espantoso esperar para que luego alguien nos comunique que está en el lugar equivocado o a la hora equivocada, etc. Podría ser que el cangrejo resuelva ecuaciones de tercer grado con tres incógnitas, pero si no sabe comunicarlo seguirá su destino de crustáceo.

Accesibilidad: ¿Dónde estoy cuando me necesitan?; ¿Cuántas veces suena mi teléfono antes que alguien lo atienda?; ¿Cuántas personas han querido mis servicios y no lograron encontrarme o comunicarse conmigo a tiempo? No se gana nada por ser muy bueno en algo que es inalcanzable para los clientes.

Amabilidad: Debemos generar capacidad para mostrar afecto por el cliente interno y externo. Se debe respetar la sensibilidad de la gente, porque muchas veces es altamente vulnerable a nuestro trato. Cuando se trata de atender reclamos, quejas y clientes irritables, no hay nada peor que una actitud simétrica ó de mala voluntad. Debemos ser amables, especialmente cuando nos cuesta, porque después de todo, somos siempre la misma clase de personas sin importar a quien estamos atendiendo. ¿No le parece?

Credibilidad: Nunca se debe mentir al cliente, porque después de una mentira, el cliente solo puede esperar nuevas mentiras y violaciones a su dignidad. No debemos jamás prometer algo en falso, porque una promesa incumplida es un atentado a nuestra credibilidad. Crear expectativas exageradas es falta de compromiso con el cliente y desprecio por la verdad. Un viejo cuento, dice que el tigre le preguntó al león por qué rugía todo el tiempo. El león le contestó, que ser el rey de la selva era algo que valía la pena anunciar. Un conejo que escuchó la conversación probó el consejo y

esa noche el tigre y el león comieron conejo. Un conejo que ruge no es creíble.

Comprensión: Debemos esforzarnos por entender que es lo que nuestro servicio significa para el cliente. Para un técnico que repara refrigeradores, un servicio puede significar un cambio de termostato, pero para el cliente es solucionar algo que afecta la alimentación de su familia. Para un vendedor de inmobiliaria, atender a un cliente puede significar completar su turno, pero para la pareja que lo visita, significa ver su futuro "nido de amor" y el lugar donde crecerán sus hijos.(www.calidad.org).

1.2.11. Significado de la calidad de los servicios de salud

Atributos como fiabilidad, tiempos de respuesta, seguridad, competencia y cortesía del personal, elementos tangibles de confort y habitabilidad, accesibilidad de horario y estaciones, credibilidad empresarial y otras, son rápidamente enumeradas como características necesarias para considerar la calidad del servicio. (<http://acceso.uv.es/massde/Documentacion/Calidad.pdf>)

Emilio Ignacio García, en su obra la Calidad de los Servicios de Salud indica, que no son distintas estas características de calidad exigidas a cualquier empresa, a las que deben impregnar a las organizaciones sanitarias. Las cinco primeras constituyen la base del modelo Servqual y se utilizan ampliamente en salud para medir la satisfacción de los pacientes y usuarios del sistema sanitario. Su significado se lo muestra a continuación:

- *fiabilidad*, capacidad de prestar el servicio prometido de forma precisa
- *interés*, con el que lo prestamos
- *competencia*, o habilidades que tienen los profesionales
- *accesibilidad*, que tienen los ciudadanos a los servicios ofertados
- *cortesía*, en el trato a los pacientes y ciudadanos
- *comunicación*, con pacientes y familiares
- *seguridad*, Conocimiento del servicio prestado y la habilidad para transmitir confianza al paciente/ciudadano
- *comprensión*, del paciente

- *tangibles*, confort, limpieza, imagen, equipamiento

María Venereo (2008) haciendo referencia a los servicios de salud, define la calidad como: "La provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del cliente". (Rev. Cubana Far.v.42n.3 sep.-dic. 2008)

Donabedian Avedis (1994), indica:

"En referencia a los servicios de salud, que la atención tiene mayor o menor calidad en la medida que sus atributos se aproximen a los del prototipo. En función del prototipo, se define tres tipos de calidades:

Calidad absoluta: Es aquella que establece el grado en que se ha conseguido el objetivo, teniendo en cuenta el componente científico-técnico. Por lo tanto, también es llamada calidad científica, técnica o profesional.

Calidad individualizada: Esta forma de concebir la calidad se basa en que el objetivo de la atención es mejorar el bienestar del cliente. Exige que el cliente sea tenido en cuenta y que se considere sus expectativas, deseos, etc.

Calidad social: Se basa en el concepto de eficiencia. Es muy aplicable al contexto de las organizaciones públicas, ya que cuanto mejor se utilicen los recursos, mayor será la distribución de éstos a toda la población."(Donabedian Avedis, 1994)

Siguiendo el esquema de este tipo de definiciones, sería operativo definir la calidad de cualquier servicio concreto. Basta con realizar y responder a preguntas de este tipo:

"¿Cómo somos de accesible para ese servicio puntual?, ¿Cómo nos aseguramos que verdaderamente damos el servicio de manera accesible?, ¿Qué componentes técnicos se deberían cumplir para ese servicio?, ¿Utilizamos los recursos justos y de manera adecuada?, ¿Están satisfechos nuestros pacientes y usuarios?, ¿Sus expectativas razonables están cubiertas? ¿Cómo actúa nuestro personal de primera línea –celadores, telefonistas, administrativos?, ¿Qué formación damos a nuestros profesionales atendiendo a su puesto de trabajo y la relación que tienen con los usuarios?". (Donabedian Avedis, 1994)

En la medida que se disponga de especificaciones de calidad para el servicio de salud en las distintas dimensiones antes mencionadas, y las cuantifiquemos y conozcamos su impacto, estaremos definiendo y conociendo los niveles de calidad ofertados.

1.2.12. La salud y su impacto en la calidad de los servicios

Uno de los desafíos que el sector de salud en América Latina y el Caribe deberá enfrentar en las próximas décadas es la reducción de la inequidad en salud en lo que se refiere al acceso a los servicios sanitarios y cobertura de salud. Esto ocurre porque el proceso de globalización de la economía, la reforma del estado, y en consecuencia la reforma del sector de la salud, no ha conseguido responder a las demandas de la población en lograr mejores servicios de salud y mejor calidad de vida. (www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidservesp.pdf)

Por su parte, los procesos de reforma en el sector salud han comenzado a modificar la naturaleza del Estado en casi todos los países, aunque estas modificaciones rara vez han sido propuestas desde una perspectiva de desarrollo social o de salud, y más bien han producido una actitud reactiva del sector. (www.paho.org/spanish/dbi/ecp/spo99_spa.htm)

En algunos países, esa reforma ha representado la privatización de la prestación de los servicios sanitarios y de salud. En ese caso, el Estado se hace cargo del papel de rector de políticas, normalización y fiscalización. Por otra parte, en otros países hay una situación mixta y solamente en un país el estado es el responsable de la oferta de los servicios de salud de forma gratuita para toda la población.

La reforma del sector salud es esencialmente una propuesta de financiamiento del sector. Las preocupaciones fundamentales de la propuesta son la financiación, el mantenimiento y la sustentabilidad. La gran ausente de la propuesta es la población. El sistema de aseguramiento universal y salud debe prestar servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud, tomando en cuenta las capacidades diferenciales de pago de las personas o familias, como aporte complementario al financiamiento, por eso se puede decir que los avances registrados no reportan

grandes cambios en los indicadores de salud y en el funcionamiento de los servicios y que el acceso y la calidad de la atención se ha deteriorado debido a una baja tasa de crecimiento económico, problemas de tipo estructural que se han agravado por el desgobierno de los últimos años.

1.2.13. Diseño de la calidad

Se habla de diseño de la calidad, básicamente, cuando se va a crear un nuevo servicio que antes no se prestaba, o se modificará sustancialmente uno que ya existía. Antes de ponerlo en funcionamiento se definen los criterios de calidad a cumplir, lo que forma parte de la estructura del diseño de este nuevo servicio. Así se definirán los criterios de estructura (lo que se necesita para cumplir con el servicio). Los criterios de proceso (la descripción paso a paso del procedimiento en cuestión) definen en qué condiciones se valorará la presión, con qué frecuencia, como se seleccionará la población (a quienes), etc. Según Marshall M, et Al, 2003 en *Measuring General Practice. A demonstration project to develop and test a set of primary care clinical quality indicators*, indica que:

“Los criterios de resultado describen las meta se espera conseguir con la estructura utilizada y con el proceso aplicado, por ejemplo mayor captación de hipertensos, mejor control de los mismos, mayor adherencia al tratamiento, etc. Estos criterios deben siempre definirse explícitamente, tanto el objetivo buscado como su marco temporal, p.ej.; captar al 80% de los hipertensos en 1 año, lograr una tasa de control de al menos 75% en los próximos 3 años, etc.”.(MARSHALL, R. 2003).

1.2.14. Ciclo de mejora de la calidad

Urquiza R. (2004), en *Conceptos de Calidad en Salud*, señala que:

“Los ciclos de mejora de la calidad se implementan en los servicios que están funcionando, considerándose a las situaciones problemas como oportunidades de mejora. A estas situaciones se las somete al análisis (¿qué funciona mal? ¿Por qué funciona mal?) Con el objetivo de intervenir para mejorarlas. Este constituye el núcleo central de los programas de gestión de la calidad y requiere imprescindiblemente del compromiso y la participación de todos los actores implicados en la mejora. El ciclo de mejoría de la calidad, (en inglés, Plan, do, study act) se inicia cuando se identifica un

problema dentro de un proceso y tiene como objetivo el diseño (plan), la implementación en pequeña escala de una alternativa para solucionarlo o minimizar su impacto (do), el análisis y la evaluación posterior (check o study) y la extensión de la intervención a mayor escala (act). (Pag. 152-155).

1.2.15. Monitorización de la calidad

Las intervenciones suelen perder efectividad con el paso del tiempo, especialmente si no se implementan estrategias de refuerzo ("booster"). Se denomina monitorización a la medición periódica, planificada y rutinaria de una serie de aspectos sumarios indicadores de calidad. La monitorización tiene el fin de controlar que los procesos se mantienen dentro de los niveles de desempeño deseables y sirve para identificar oportunidades de mejora cuando no se alcanzan los mismos.

1.2.16. El trato humanizado como indicador de calidad en los servicios de salud

¿Cómo humanizar la relación entre aquellas personas que poseen conocimientos técnicos-científicos y el ser humano, frágil y angustiado, que vive la dificultad de una enfermedad que afecta emocional y profundamente su ser personal y todo su entorno? Esta situación que viven diariamente los pacientes, se debe a una deficiente atención personalizada y a la deshumanización de quienes son los prestadores de servicio.

Gutiérrez Meléndez Liliana, (2007), en un editorial publicado en la Revista EnfermInstMex Seguro Soc., dice que:

“La atención en los servicios de salud suele ser relativamente despersonalizada debido al personal que está en contacto directo e indirecto con el paciente y su familia, pero al mismo tiempo poco humanizada, ya que no existe cercanía ni trato digno para el paciente. Este es un problema que día a día afecta al paciente y preocupa tanto a los trabajadores como al personal directivo, precisamente por la imagen y la percepción que se tiene del personal de salud respecto a que el paciente

se convierte en objeto una vez que ingresa a una unidad hospitalaria a recibir servicios”. (Pág. 121-123).

Dentro de la unidad médica, el paciente pierde sus rasgos personales e individuales, sus sentimientos y valores no se toman en cuenta, y pasa a ser un número de habitación o expediente clínico o una patología o diagnóstico, quedando en el olvido su dimensión emocional y personal única en cada paciente o individuo.

Es verdad que no se pueden crear vínculos afectivos con los pacientes, pero esto no debe impedir, ni dejar que se produzca la ausencia de calidez en las relaciones humanas. Hay que recordar que el hecho de estar el paciente fuera de su entorno y en un ambiente extraño le origina estrés, pérdida de autonomía y se restringe su libertad, su individualidad y naturalidad. Esto se observa comúnmente en los pacientes con largos días de estancia hospitalaria y con un diagnóstico no definitivo o terminal.

Por ello se hace preciso buscar un equilibrio que permita un compromiso emocional genuino con los pacientes, del mismo modo, la vulnerabilidad y dependencia del paciente puede incrementar el poder de los profesionales de la salud. Por ello es necesario acentuar la conciencia de que los profesionales de la salud sirven a la humanidad y que están obligados a respetar los derechos de los enfermos y de su familia, y que siempre deben recibir información conveniente, completa e inteligible de su diagnóstico y pronóstico.

Cuidar a otro ser humano en su cotidianidad es ante todo un acto de vida donde se debe respetar y tener en cuenta la persona y sus costumbres. Por esto el desarrollo de la medicina y sus avances no puede dejar aparte, el componente humanista de la relación entre las partes, una que pone su saber para ayudar, aliviar y curar, y la otra que demanda y necesita saber de su condición o estado, pero con un componente indispensable de calidez y confianza.

El principio de beneficencia obliga al profesional de la salud a poner el máximo empeño en atender al paciente con ética y profesionalismo y hacer cuanto pueda para mejorar su salud. El respeto a la intimidad y pudor del paciente y el establecimiento de una verdadera relación comunicativa permitirá la expresión libre de pensamientos de ambas partes, basado en respeto y comprensión.

Con estas bases y principios lo que se pretende es que los servicios de salud sean brindados por un grupo técnico científico con alto grado de responsabilidad y calidad humana, que participen de manera activa y comprometida en todo el proceso de atención al paciente. Es así como éstos deben unificar criterios sobre la naturaleza del ser humano como un ser holístico.

La carta de los derechos de los pacientes, el código de ética y el código de conducta para el personal de salud entre otros, son elementos esenciales para el desarrollo de la humanización de la atención, sin embargo estos deben ser bien comprendidos y asumidos por los directivos y por los trabajadores de las dependencias de las unidades de salud.

En el proceso de mejoramiento y humanización del profesional en salud es importante conocer la opinión o la información de los pacientes y/o usuarios de los servicios de salud. El usuario debe ser escuchado y deben establecerse y facilitarse los canales permanentes de comunicación con él, a través de los formularios, buzones de quejas, encuestas entre otras. Es obligación del personal de salud recoger esta información, respetarla, considerarla y resolverla (donde proceda) ya que es imprescindible para acercarnos más al conocimiento real de las necesidades y expectativas de los usuarios y así en forma permanente mejorar la gestión en los servicios de salud con un verdadero enfoque hacia el cliente.

Es necesario poner en práctica todo concepto y teoría en acciones personales que se reflejen en un trato humano verdadero y auténtico, es decir que los profesionales

de la salud tengan ese espíritu de ayuda al paciente, el gusto por el trabajo bien hecho el cual es un valor que se convierte en un elemento de motivación con una visión integral, multidisciplinaria y de mejora para la organización. Otro aspecto importante para reflexionar es la mala calidad o la no calidad tiene costo. Puentes Rosas E, y cols. (2006) en Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México, indica que:

“La base fundamental en las instituciones de salud para tener liderazgo competitivo, es el hecho de que todos los empleados estén convencidos y tomen acciones, para que la calidad esté tomada de la mano de un buen costo. Uno de los mitos es que la calidad exige un costo mayor, y que de alguna manera es difícil realizar un buen servicio”. (Pág. 394–402).

Los hechos han demostrado repetidamente el principio básico de que la calidad significa buena utilización de recursos (equipos, materiales, información, y recursos humanos sobre todo) y por consiguiente supone costos bajos y productividad elevada, minimiza o evita riesgos, hay fidelidad del usuario y satisfacción. Todo tiene un costo y los costos por mala calidad se pueden dividir en costos directos e indirectos, estos últimos son los tienen implicación directa en el trato humano y respeto hacia el paciente.

Los costos directos de mala calidad se representan en todo gasto en que incurren las empresas para prevenir que las personas cometan errores, y los costos relacionados con la capacitación de las personas para que puedan hacer su trabajo eficazmente. Estos costos directos a su vez se subdividen en costos de prevención que son aquellos gastos destinados a ayudar a que el empleado haga siempre bien su trabajo. Los costos de evaluación controlan los procesos y miden la evaluación de los servicios de conformidad con los criterios y procedimientos establecidos y que a su vez determinan si una actividad se hizo siempre bien.

Los costos indirectos de la mala calidad son aquellos que no se contabilizan en la unidad, de los que nunca se hablan, a quien nadie le interesa porque se cree que no

repercute en la utilidad de la institución pero que forman parte del ciclo de vida del servicio, del usuario y su familia a quienes afecta directamente, y aunque no se le da la importancia de una u otra manera también afecta a la institución. Encontramos tres categorías:

1. Los costos para usuario/cliente/ paciente representados en la pérdida de productividad cuando el usuario está fuera de su trabajo, donde incurre en gastos por desplazamiento y tiempo utilizado para regresar a un reinternamiento o a una nueva consulta, por dar seguimiento a su queja, por agravamiento de su estado de salud, por estar lejos de su entorno familiar y por los costos emocionales, entre otros.
2. Costos por la insatisfacción del usuario/cliente/paciente expresados en un servicio ineficiente e insuficiente que no satisface las expectativas del mismo ya que éstos no se traducen en salud.
3. Los costos por la pérdida de reputación los cuales hacen referencia a la mala imagen y falta de credibilidad en la institución y su personal de salud.(www.gestiopolis.com/new/)

Por lo anteriormente expuesto si bien es cierto no se puede hablar de la no-calidad, sin que implique un costo, lo que sí se puede decir con toda certeza es que al personal del hospital no les genera ningún costo el saludar, ser amables, llamar al paciente por su nombre, darle la información y orientación necesaria a él y su familia sobre aspectos generales, administrativos y específicos de su estado de salud.

Éstas entre otras son algunas de las cosas tan sencillas y cotidianas que se han perdido y son la base para el trato digno, humano, y respetuoso que debemos dar a los usuarios de los servicios. Todo esto contribuirá no sólo a disminuir los costos sino también a que el usuario tenga confianza en la institución y en el personal de salud que lo atiende. (www.um.es/calidadsalud/archivos//Articulos1-2007.pdf).

CAPITULO II

En este capítulo se presenta el enfoque del proyecto mismo que se fundamenta en la metodología del marco lógico; esta es una herramienta gerencial para facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyecto, satisfaciendo tres requerimientos fundamentales de calidad: coherencia, viabilidad y valoración. Su énfasis está centrado en la orientación por objetivos, la orientación hacia grupos beneficiarios y el facilitar la participación y comunicación entre las partes interesadas.

2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPOS Y-O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
HOSPITAL IESS MANTA	<p>Implementar normas técnicas y administrativas.</p> <p>Mejorar la calidad de atención al usuario.</p> <p>Establecer comunicación interdepartamental.</p>	<p>RECURSOS: Humanos, económicos, tecnológicos, materiales e insumos</p> <p>MANDATOS: Art. 2 del Reglamento General: El IESS tiene la misión de proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos consagrados en la Ley de Seguridad Social.</p>	<p>Inexistencia de normas técnicas y administrativas.</p> <p>Usuario insatisfecho del servicio.</p> <p>Recursos económicos insuficientes.</p> <p>Agotamiento de materiales e insumos radiológicos.</p> <p>Suspensión en la atención al usuario en el servicio de imagenología.</p> <p>Gastos de insumos innecesarios.</p>

<p>PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL DEL IESS MANTA</p>	<p>Actualización médica continúa.</p>	<p>RECURSOS: Humanos, Físicas. Áreas</p> <p>MANDATOS: Art. 3. De la Organización- en Reglamento General: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. como entidad especializada en aseguramiento, garantiza la tecnificación de sus servidores mediante la implementación de adecuados procesos de selección, capacitación, evaluación y promoción de su personal, así como también a través del mejoramiento tecnológico de sus procesos, en beneficio de sus usuarios.</p>	<p>Desactualización del Equipo de Salud sobre nuevos procedimientos.</p> <p>Disponibilidad de pocos recursos para cubrir las demandas de salud.</p> <p>Desconocimiento de indicaciones en pedidos radiológicos.</p> <p>Gastos de insumos innecesarios.</p>
<p>USUARIOS</p>	<p>Recibir un atención oportuna y de calidad</p>	<p>RECURSOS: Recursos humanos</p> <p>MANDATOS: Art. 30 del Reglamento General: El IESS promulga el establecimiento de estrategias para la promoción y cumplimiento de la medicina preventiva; y, la atención odontológica preventiva y de recuperación que incluye, la consulta e información profesional, los procedimientos auxiliares de</p>	<p>Desmesura del usuario en su estado de salud.</p> <p>No reciben atención oportuna.</p> <p>Usuario insatisfecho del servicio</p> <p>Retardo en el diagnóstico</p>

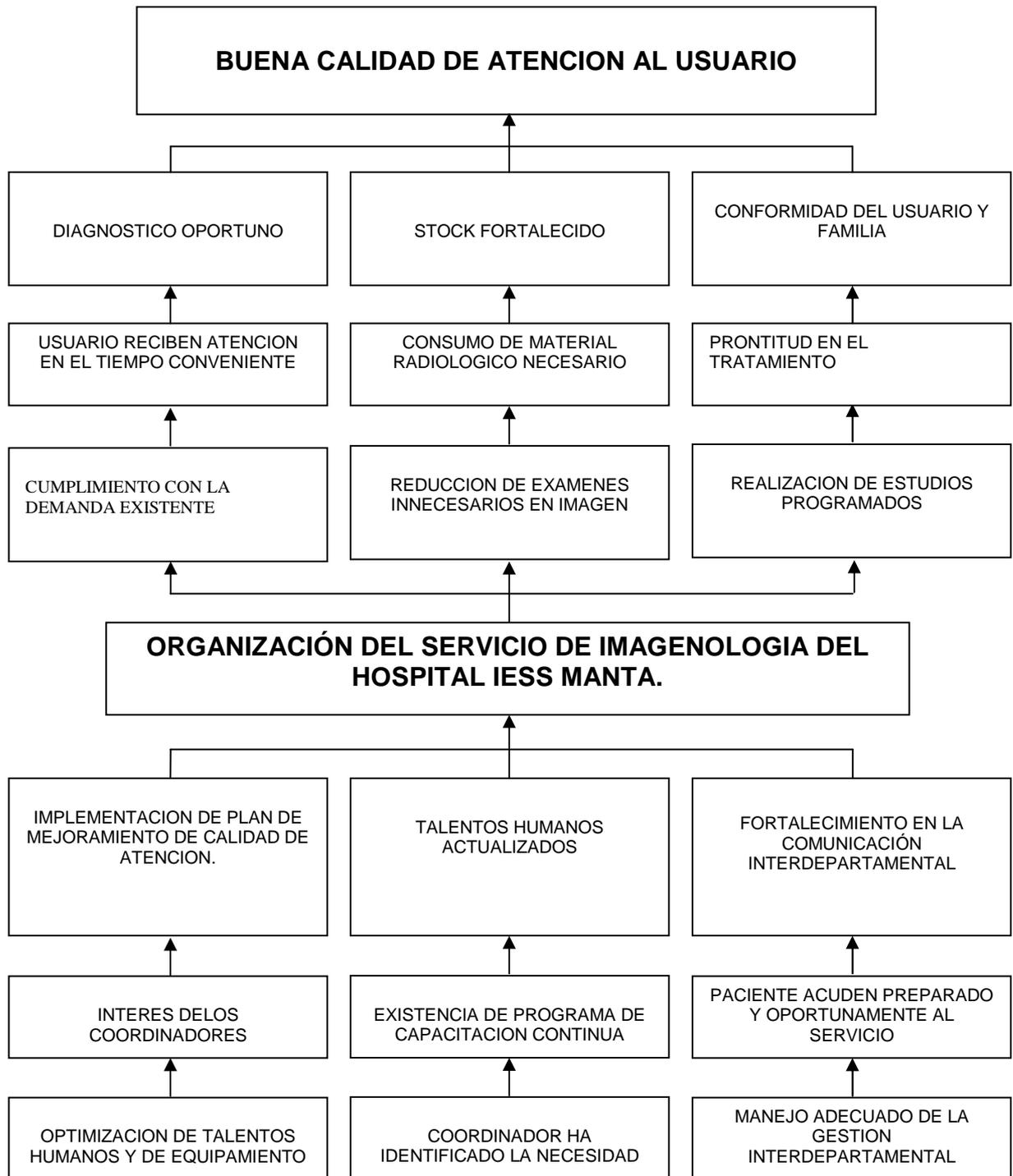
		<p>diagnóstico, los medicamentos e intervenciones necesarias con sujeción a los protocolos elaborados por el MSP con asesoría del CONASA. La asistencia médica curativa integral y maternidad que incluye además de lo señalado para la medicina preventiva los actos quirúrgicos, la hospitalización y demás acciones de recuperación y rehabilitación de la salud.</p>	
<p>PERSONAL DEL SERVICIO DE IMAGENOLÓGIA</p>	<p>Mejorar la calidad de atención a los usuarios del servicio de imagenología.</p>	<p>RECURSOS:</p> <p>Recursos humanos</p> <p>MANDATOS:</p> <p>Art. 118.- los empleadores protegerán la salud de sus trabajadores, dotándoles de información suficiente, equipos de protección, vestimenta apropiada, ambientes seguros de trabajo, a fin de prevenir, disminuir o eliminar los riesgos, accidentes y aparición de enfermedades laborales.</p>	<p>Desorganización del servicio</p> <p>Traslados de pacientes sin coordinación previa.</p> <p>Alto tráfico de pacientes en el área.</p>
<p>MAESTRANTE</p>	<p>Implementar un proyecto de mejoramiento de la calidad de atención</p>	<p>RECURSOS:</p> <p>Humanos, Económicos</p> <p>MANDATOS:</p> <p>ART. 37; 5: Ley de</p>	<p>Pérdida de oportunidades para mejorar la calidad de atención al usuario.</p>

		<p>Educación Superior: para obtener el grado de magíster, los postulantes deben realizar y sustentar una tesis de investigación científica que presente novedad y originalidad en el problema, los materiales de investigación, los métodos aplicados y en las conclusiones y recomendaciones.</p> <p>Cumplir la Misión de la Universidad Técnica Particular de Loja que dice: "buscar la verdad y formar al hombre a través de la ciencia para que sirva a la sociedad" (Misión de la UTPL)</p>	<p>Desorganización en el servicio</p> <p>Personal poco capacitado</p> <p>Débil comunicación interdepartamental</p> <p>Poco interés institucional.</p> <p>Abandono en el tratamiento de su enfermedad.</p>
--	--	--	---

2.2. ÁRBOL DE PROBLEMAS



2.3. ÁRBOL DE OBJETIVOS



2.4. **MATRIZ DEL MARCO LOGICO**

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>Fin:</p> <p>CALIDAD DE ATENCION DEL USUARIO DEL SERVICIO DE IMAGEN DEL HOSPITAL IESS MANTA, MEJORADA.</p>			<p>Participación del equipo de salud en el proceso de mejoramiento de la calidad de atención.</p>
<p>Propósito:</p> <p>ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DE HOSPITAL DEL IESS MANTA MEJORADA</p>	<p>La atención a los usuarios del servicio de imagenología estará en un 100 % organizada.</p>	<p>Entrevistas de satisfacción al usuario.</p>	<p>Con la organización del servicio, la optimización de talentos humanos y de equipamiento, y creando existencias de normas interdepartamentales vamos a satisfacer las necesidades a los usuarios.</p>
<p>RESULTADO 1:</p> <p>PLAN DE MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE ATENCION IMPLEMENTADO.</p>	<p>Hasta el 22 de Diciembre del 2011 se implementan 5 normas por cada tipo de estudios imagenológico que se realicen en el servicio.</p>	<p>Documentación, Normas</p> <p>Oficios enviados y recibidos.</p> <p>Evidencias Fotográficas</p>	<p>Compromiso del equipo de salud en implementar procesos de mejoras en el Servicio.</p>
<p>RESULTADO 2:</p> <p>TALENTOS HUMANOS ACTUALIZADOS EN CALIDAD DE ATENCION.</p>	<p>Hasta el 27 de Enero del 2012, el 100 %, del personal que labora en el servicio de imagenología se habrá capacitado.</p>	<p>Documentos con plan de capacitación.</p> <p>Oficios enviados y recibidos</p> <p>Invitaciones</p> <p>Videos y Conferencias</p> <p>Evidencias</p>	<p>Motivación del equipo de salud para actualizar sus conocimientos.</p>

		Fotográficas	
RESULTADO 3: COMUNICACIÓN INTERDEPARTAMENTAL ESTABLECIDA.	Hasta el 24 de Febrero del 2012, se establecen acuerdos para establecer una comunicación interdepartamental.	Oficios enviados y recibidos Actas de reunión. Evidencias Fotográficas.	Participación proactiva de los Directores Técnicos en el establecimiento de una comunicación interdepartamental y objetiva.
Actividades	Responsable	Cronograma:	Recursos
Resultado 1: PLAN DE MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE ATENCION IMPLEMENTADO.			
1.1 Socializar el proyecto de acción <ul style="list-style-type: none"> • Envío de oficios • Revisión del proyecto • Acta de compromiso 	Autor del proyecto	Hasta el 24-XI-2011 05-08-2011	3,00 DOLARES
1.2 Elaboración de Normas <ul style="list-style-type: none"> • Revisión Bibliográfica • Redacción de Normas • Aprobación 	Autor del proyecto	8 al 22-XI-2011 7 al 11-XI-2011 12 al 15-XI-2011 16 al 22--XI-2011	25,00 DOLARES
1.3 Revisión de Normas <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar Autorización • Impresión de normas • Convocatoria a reunión • Realización de reunión 	Autor del proyecto	Hasta el 21-XI-2011 21-XI-2011 21-XI-2011 21-XI-2011	12,00 DOLARES
1.4 Difusión de normas <ul style="list-style-type: none"> • Convocatoria • Reunión • Trípticos 	Autor del proyecto	Hasta el 24-XI-2011 1 al 24-XI-2011	15,00 DOLARES
1.5 Aplicación de normas <ul style="list-style-type: none"> • Plan de monitoreo • Trípticos 	Autor del proyecto	8 al 13-XII-2011 y permanente 13-XII-2011 13-XII-2011	10,00 DOLARES
Resultado 2: TALENTOS HUMANOS ACTUALIZADOS EN CALIDAD DE ATENCION.			
2.1 Establecer autorización y calendario de		Hasta el 3-I-2012	

capacitación <ul style="list-style-type: none"> • Convocatoria • Asistencia 	Autor del proyecto	3-I-2012 4 al 6-I-2012	16,00 DOLARES
2.2 Diseño de plan de capacitación <ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de expositor • Plan de capacitación • Elaboración de material de apoyo 	Autor del proyecto	4 al 6-I-2012 10 al 13-I-2012 17 al 20-I-2012 17 al 20-I-2012	41,00 DOLARES
2.3 Ejecución del plan <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación 	Autor del proyecto	17 al 20-I-2012	250,00 DOLARES
2.4 Evaluación del Taller <ul style="list-style-type: none"> • Ficha de evaluación 	Autor del proyecto	20-I-2012	6,00 DOLARES
Resultado 3: COMUNICACIÓN INTERDEPARTAMENTAL ESTABLECIDA.			
3.1 Reunión con equipo de trabajo <ul style="list-style-type: none"> • Convocatoria • Reunión • Evaluación 	Autor del proyecto	Hasta el 3-II-2012 1-II-2012 3-II-2012 3-II-2012	40,00 DOLARES
3.2 Establecimientos de acuerdos para mantener la comunicación <ul style="list-style-type: none"> • Convocatoria • Reunión • Evaluación 	Autor del proyecto	Hasta el 23-II-2012 15-II-2012 16-II-2012 23-II-2012	12,00 DOLARES
3.3 Establecimientos de normas con Directores Técnicos <ul style="list-style-type: none"> • Normas • Reglamentos 	Autor del proyecto	15-II-2012	14,00 DOLARES
3.4 Reconocer periódicamente la satisfacción al cumplimiento de procedimientos en las normas al acreedor <ul style="list-style-type: none"> • Entrega de Reconocimientos 	Autor del proyecto	15-III-2012	5,00 DOLARES

CAPITULO III

En este capítulo se presentan los resultados de la aplicación de la propuesta que se muestran en función del cumplimiento de los resultados esperados o componentes del proyecto y de los indicadores establecidos en la jerarquía de objetivos de la matriz del marco lógico.

3.1. RESULTADO 1: PLAN DE MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE ATENCION IMPLEMENTADO.

Para dar cumplimiento a este resultado se realizaron las siguientes actividades.

3.1.1. SOCIALIZAR EL PROYECTO DE ACCION

Para cumplir esta actividad se realizó las siguientes tareas:

Revisión del proyecto y firma de Acta de Compromiso

Se elaboró y envió oficio al Dr. Hernán Salazar Vega, Director del Hospital IESS Manta; Dr. Federico Vera, Director técnico de auxiliares de diagnóstico y tratamiento; Dr. Carlos Bayas Barberán, Director Técnico de medicina crítica; Dr. Cristóbal Quijije Castro, Director técnico de hospitalización y ambulatorio; solicitándole una reunión para exponer el proyecto, actividad que se efectuó hasta el día 24 de noviembre del 2011 y en la que se firmaron Actas de Compromiso y se acordaron la participación de los involucrados en su desenvolvimiento.

FOTO: Lcdo. Freddy Hidalgo presentando el proyecto ante el Director del Hospital. Dr. Hernán Salazar Vega



IMAGEN: Acta de Compromiso



ACTA DE COMPROMISO

En el cantón Manta, provincia de Manabí, a los cinco días del mes de agosto del año dos mil once, siendo las 09H45, en la dirección del Hospital del IESS Manta, se reúnen por una parte, el doctor Hernán Salazar V., Director del Hospital; y, por otro lado el Lic. Freddy Hidalgo M., maestrante de la UTPI para firmar la presente, reunión en la que se mostró un proyecto de **MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DE SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA**, el mismo que fue aceptado por los presentes.

Se estableció en esta, que el Hospital contribuirá con lo que este a su alcance para el buen desenvolvimiento de las actividades de este proyecto.

Los suscritos, se comprometen a iniciar cambios en beneficio de la salud de los usuarios que asisten al servicio de Imagenología de este Hospital.


Dr. Hernán Salazar V.
DIRECTOR HOSPITAL IESS MANTA

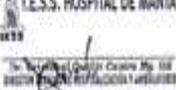

Lic. Freddy Hidalgo M.

FOTO: Lcdo. Freddy Hidalgo revisando el proyecto con los Directores Técnicos: Dr. Federico Vera, Dr. Cristóbal Quijije y Dr. Carlos Bayas; de Auxiliares de Diagnóstico y tratamiento, Hospitalización y ambulatorio, y Medicina Critica, respectivamente.





IMAGEN: Convocatoria y Acta de reunión

  <p style="text-align: center;">HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA</p> <p>Manta 21 de Octubre del 2011</p> <p>Dr. Hernán Salazar Vega.- Director del Hospital Dr. Cristóbal Quijije Castro.- Directo técnico de Hospitalización y Ambulatorio Dr. Carlos Bayas B.- Director Técnico de Medicina Crítica Dr. Federico Vera R.- Director Técnico de Auxiliares de Diagnóstico y Trat.</p> <p>De mis consideraciones:</p> <p>Como maestrante de la UTPL, previa a mi incorporación debo realizar un trabajo investigativo, por lo que escogí el área de imagenología donde yo me desempeño como profesional de la salud y este trabajo se basa en: PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 – 2012., el mismo que lo estoy desarrollando en esta Unidad hospitalaria. Solicito que se siga brindando la cobertura de socialización del mismo.</p> <p>Este proyecto redundara en el beneficio de esta institución en mejorar la calidad de atención a los usuarios.</p> <p>Por su confianza quedo de ustedes muy agradecido.</p>    <p>LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO MAESTRANTE UTPL</p>  	  <p style="text-align: center;">HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA</p> <p style="text-align: center;">ACTA DE REUNION</p> <p>En la ciudad de Manta, Provincia de Manabí a los once seis días del mes de Octubre del dos mil once, en la oficina de la Dirección Técnica de Hospitalización y Ambulatorio, siendo las 09H45, se reúnen el Dr. Cristóbal Quijije Castro, director técnico y el Lic. Freddy Hidalgo, maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, con el fin de entregar el: PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 – 2012., y llevar a cabo la firma de la presente como parte de la ejecución del proyecto.</p> <p>Cabe mencionar que en esta reunión recibí la aprobación del Plan, por lo que no hubo ningún inconveniente en firmar ambos el documento.</p> <p>Siendo las 10h15, se clausura la reunión entregándome los documentos firmados.</p> <p>I.E.S.S. HOSPITAL DE MANTA</p>   <p>DR. CRISTOBAL QUIJJE CASTRO DIRECTOR TECNICO DE HOSPITALIZACION Y AMBULATORIO</p>  <p>LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO MAESTRANTE UTPL</p>
---	---

 HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA ACTA DE REUNION	 HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA ACTA DE REUNION
<p>En la ciudad de Manta, Provincia de Manabí a los veinte y cinco días del mes de Octubre del dos mil once, en la oficina de la Dirección Técnica de Medicina Crítica, siendo las 10H00, se reúnen el Dr. Carlos Bayas Barberán, director técnico y el Lic. Freddy Hidalgo, maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, con el fin de entregar el: PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 – 2012., y llevar a cabo la firma de la presente como parte de la ejecución del proyecto.</p> <p>Cabe mencionar que en esta reunión recibí la aprobación del Plan, por lo que no hubo ningún inconveniente en firmar ambos el documento.</p> <p>Siendo las 10h30, se clausura la reunión entregándome los documentos firmados.</p>	<p>En la ciudad de Manta, Provincia de Manabí a los veinte y cuatro días del mes de Noviembre del dos mil once, en la oficina de la Dirección Técnica de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, siendo las 11H00, se reúnen el Dr. Federico Vera, director técnico y el Lic. Freddy Hidalgo, maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, con el fin de entregar el: PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 – 2012., y llevar a cabo la firma de la presente como parte de la ejecución del proyecto.</p> <p>Cabe mencionar que en esta reunión recibí la aprobación del Plan, por lo que no hubo ningún inconveniente en firmar ambos el documento.</p> <p>Siendo las 11h30, se clausura la reunión entregándome los documentos firmados.</p>
 DR. CARLOS BAYAS BARBERAN DIRECTOR TECNICO DE MEDICINA CRITICA	 LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO MAESTRANTE UTPL
	 DR. FEDERICO VERA REYES DIRECTOR TECNICO DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
	 LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO MAESTRANTE UTPL

3.1.2. ELABORACION DE NORMAS

El diseño del plan de normas, protocolos y procedimientos del servicio de imagenología, se inició con una amplia revisión bibliográfica, para ello se invitó al equipo de profesionales que laboran en el departamento de imagenología del hospital a reuniones de trabajo, solicitándoles traer bibliografía que permita desarrollar una propuesta real e innovadora. Se revisó información de fuentes como la web, folletos y documentos habilitantes. Esta actividad se realizó entre los días 8 al 22 de noviembre del 2011, asistió personal de imagenología quienes están colaborando en esta actividad.

IMAGEN: Oficio del Director Técnico de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento solicitando al personal material bibliográfico

 HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA	 HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
<p>Manta, 22 de Noviembre del 2011</p> <p>Licenciado Freddy Hidalgo Marcillo Coordinador de Imagenología (e) HOSPITAL IESS MANTA</p> <p>Autorizo a usted proceda hacer la revisión y redacción de normas en procedimientos de imágenes para su posterior estudio y aprobación.</p> <p>Por la aceptación favorable que le brinde a la presente quedo de usted Licenciado muy agradecido.</p> <p>Atentamente,</p>  Dr. Federico Vera Reyes DIRECTOR TÉCNICO DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	<p>Manta, 21 de Noviembre del 2011</p> <p>Dr. Federico Vera Reyes Lic. Karina Cedeño Lic. Karina Moreno Lic. Tito Macías Lic. Yaris López Srta. Marjorie Bravo Sr. Roberto Alarcón</p> <p>De mis consideraciones:</p> <p>Con el propósito de conocer y normatizar los diferentes procedimientos y normas de los distintos estudios en imagenología, convoco a una reunión el día 24 de Noviembre del 2011, a las 12H30, en el área de Imagenología para de esta forma difundir, cumplir y aplicar las normas.</p> <p>Esperando contar con su presencia quedo de ustedes muy agradecido.</p> <p>Atentamente,</p>  LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO MAESTRANTE UTPL
	<p>Recibido. 21/11/2011 Nayare</p> <p>21/11/2011 Palto Carb Alarcón</p> <p>Recibido 21-11-2011</p> <p>21-11-2011</p> <p>03/01/2012</p> <p>21.11.2011</p>

3.1.3. REDACCIÓN Y REVISIÓN DE NORMAS

Con el esquema estructurado a partir de la revisión bibliográfica el maestrante elabora un primer borrador, el mismo que es analizado y discutido conjuntamente con el director técnico Dr. Federico Vera en una sesión de trabajo, y en la que las observaciones y sugerencias quedan registradas en un acta de reunión. Esta tarea se cumple desde el 12 al 21 de Noviembre del 2011.

IMAGEN: Acta de reunión

 HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA	 HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
ACTA DE REUNION	
<p>En la ciudad de Manta, Provincia de Manabí a los veinte y uno días del mes de Noviembre del dos mil once, en la oficina de la Dirección Técnica de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, siendo las 10H00, se reúnen el Dr. Federico Vera, director técnico y el Lic. Freddy Hidalgo, maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, con la finalidad de aprobar normas y procedimientos en el área de imagenología proceso que es llevado a cabo para entregar el: PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 – 2012., y llevar a cabo la firma de la presente como parte de la ejecución del proyecto.</p> <p>Cabe mencionar que en esta reunión recibí la aprobación del Plan, por lo que no hubo ningún inconveniente en firmar ambos el documento.</p> <p>Siendo las 12h30, se clausura la reunión entregándose los documentos firmados.</p>	
 DR. FEDERICO VERA REYES DIRECTOR TÉCNICO DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	 LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO MAESTRANTE UTPL
	<p>Manta, 21 de Noviembre del 2011</p> <p>Dr. Federico Vera Reyes Lic. Karina Cedeño Lic. Karina Moreno Lic. Tito Macías Lic. Yaris López Srta. Marjorie Bravo Sr. Roberto Alarcón</p> <p>De mis consideraciones:</p> <p>Con el propósito de conocer y normatizar los diferentes procedimientos y normas de los distintos estudios en imagenología, convoco a una reunión el día 24 de Noviembre del 2011, a las 12H30, en el área de Imagenología para de esta forma difundir, cumplir y aplicar las normas.</p> <p>Esperando contar con su presencia quedo de ustedes muy agradecido.</p> <p>Atentamente,</p>  LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO MAESTRANTE UTPL
	<p>Recibido. 21/11/2011 Nayare</p> <p>21/11/2011 Palto Carb Alarcón</p> <p>Recibido 21-11-2011</p> <p>21-11-2011</p> <p>03/01/2012</p> <p>21.11.2011</p>

En referencia a la aprobación de las normas, mediante una reunión de trabajo en la que participaron el Comité de bioética, Comité de educación hospitalaria, el Director Técnico de auxiliares de diagnóstico y tratamiento Dr. Federico Vera y el coordinador del Área Lic. Freddy Hidalgo M., se procede a analizar el manual de normas, procedimientos y protocolos del servicio, quedando aprobado con algunas sugerencias. Todos estos procedimientos quedan asentados en acta de reunión.

El documento final fue enviado al Departamento Legal del Hospital para acreditar el aval correspondiente y poder difundir a las diferentes áreas. Asimismo se coordinan acciones de ejecución del mismo, estableciéndose las fechas y horarios de trabajo.

El 23 de Noviembre del 2011, se imprime el manual de normas, procedimientos y protocolos del servicio de imagenología, para posteriormente difundirlo a nivel del hospital. En apéndice No 3 se encuentra el manual de normas, procedimientos y protocolos del servicio de imagenología del Hospital IESS Manta.

IMAGEN: Acta de reunión

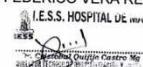
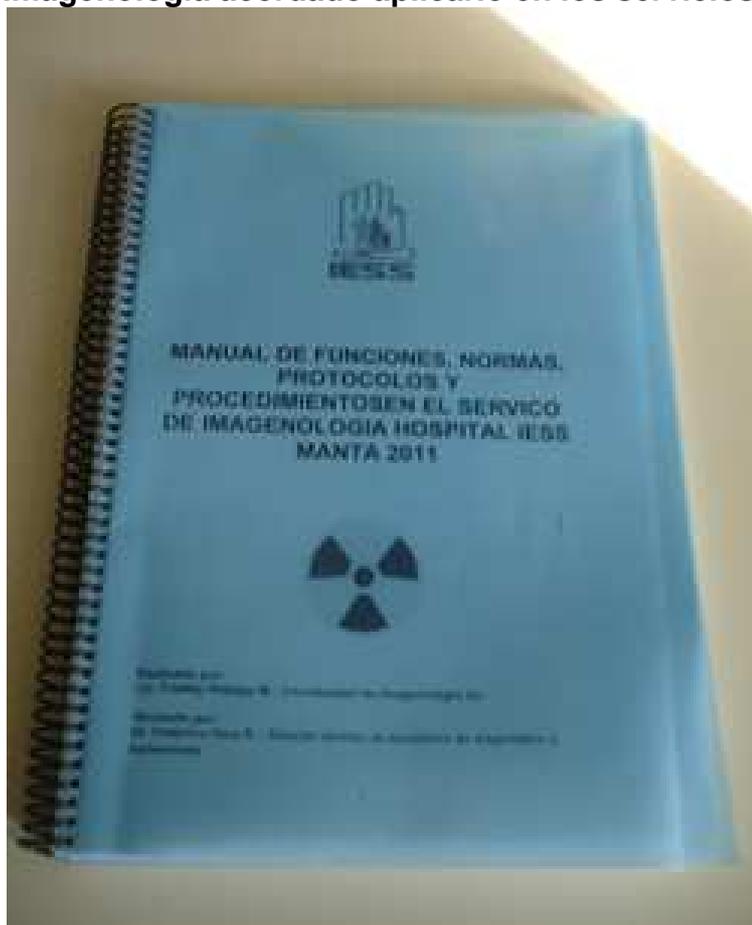
 HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA ACTA DE REUNION		 HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA	
<p>En la ciudad de Manta, Provincia de Manabí a los veinte y uno días del mes de Noviembre del dos mil once, en la oficina de la Dirección Técnica de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, siendo las 13H15, se reúnen el Dr. Federico Vera, Dr. Carlos Bayas, Dr. Cristóbal Quijiije; directores técnicos y el Lic. Freddy Hidalgo, maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, con la finalidad de establecer acuerdos sobre normas y procedimientos en el área de imagenología proceso que es llevado a cabo para entregar el: PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 – 2012.</p> <p>Cabe mencionar que en esta reunión recibí la aprobación del Plan, por lo que no hubo ningún inconveniente en firmar ambos el documento.</p> <p>Siendo las 12h30, se clausura la reunión entregándome los documentos firmados.</p>		<p>Manta, 22 de Noviembre del 2011</p> <p>Doctor Federico Vera Reyes DIRECTOR DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO HOSPITAL IESS MANTA</p> <p>De mi consideración.</p> <p>Solicito a usted de la manera más comedida autorice impresión de las normas y procedimientos del servicio de imagenología de este hospital, que anteriormente fueron aprobadas.</p> <p>Por la aceptación favorable que le brinde a la presente quedo de usted doctor muy agradecido.</p> <p>Atentamente,</p>	
<p>  DR. FEDERICO VERA REYES <small>I.E.S.S. HOSPITAL DE MANTA</small> </p> <p>  DR. CARLOS BAYAS B. <small>I.E.S.S. HOSPITAL DE MANTA</small> </p> <p>  DR. CRISTOBAL QUIJIJE <small>I.E.S.S. HOSPITAL DE MANTA</small> </p> <p>  LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO <small>I.E.S.S. HOSPITAL DE MANTA</small> </p>		<p>  LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO MAESTRANTE UTPL </p> <p>  <small>Lic. Freddy Hidalgo Marcillo</small> </p>	

IMAGEN: Manual de funciones, normas, protocolos y procedimientos del Servicio de Imagenología acordado aplicarlo en los servicios



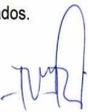
3.1.4. DIFUSIÓN DE NORMAS

Para el cumplimiento de esta actividad se desplegaron las siguientes tareas:

a) Convocatoria a reunión

Mediante oficio se invitó a una reunión de trabajo al Dr. Hernán Salazar Vega, Director del Hospital IESS Manta; Dr. Federico Vera, Director técnico de auxiliares de diagnóstico y tratamiento; Dr. Carlos Bayas Barberán, Director Técnico de medicina crítica; Dr. Cristóbal Quijije Castro, Director técnico de hospitalización y ambulatorio; además a todos los responsables de áreas del hospital, para exponer las normas y procedimientos que regirán en el servicio de imagenología. Esta actividad se la realizó hasta el día 24 de Noviembre del 2011.

IMAGEN: Convocatoria a reunión

 HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA ACTA DE REUNION	
<p>En la ciudad de Manta, Provincia de Manabí a los veinte y cuatro días del mes de Noviembre del dos mil once, en la oficina de la Dirección Técnica de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, siendo las 12H00, se reúnen el Dr. Federico Vera, director técnico, el Lic. Freddy Hidalgo, maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, y el personal técnico administrativo del servicio de imagenología con la finalidad de normatizar los diferentes procedimientos en el área de imagenología proceso que es llevado a cabo para entregar el: PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 – 2012., y llevar a cabo la firma de la presente como parte de la ejecución del proyecto.</p> <p>Cabe mencionar que en esta reunión recibí la aprobación del Plan, por lo que no hubo ningún inconveniente en firmar ambos el documento.</p> <p>Siendo las 14h30, se clausura la reunión entregándome los documentos firmados.</p>	 HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA Manta, 22 de Noviembre del 2011
 DR. FEDERICO VERA REYES DIRECTOR TECNICO DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	 LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO MAESTRANTE UTPL
	<p>Doctor Federico Vera Reyes DIRECTOR DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO HOSPITAL IESS MANTA</p> <p>De mi consideración.</p> <p>Solicito a usted de la manera más comedida autorice impresión de las normas y procedimientos del servicio de imagenología de este hospital, que anteriormente fueron aprobadas.</p> <p>Por la aceptación favorable que le brinde a la presente quedo de usted doctor muy agradecido.</p> <p>Atentamente,</p>  LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO MAESTRANTE UTPL

b) Realización de reunión de difusión de normas, protocolos y procedimientos en el servicio de Imagenología con directores técnicos

Hasta el día 24 de Noviembre del 2011, en el área de imagenología y contando con el 100 % de la asistencia se procede a dar inicio a la reunión de trabajo en la que participaron los directores técnicos, responsables de áreas y maestrante, en donde se entregó el manual de normas, procedimientos y protocolos del servicio. Queda asentado en acta de reunión que se entrega este documento, coordinándose acciones de ejecución del mismo.

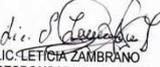
IMAGEN: Acta de reunión con responsables de áreas

  <p>HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA</p> <p>ACTA DE REUNION</p> <p>En la ciudad de Manta, Provincia de Manabí a los trece días del mes de Octubre del dos mil once, en la oficina de la Dirección Técnica de Hospitalización y Ambulatorio, siendo las 09H45, se reúne la Lic. Matilde Mancilla, responsable del área de enfermería del Hospital y el Lic. Freddy Hidalgo, maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, con el fin de entregar el: PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 – 2012., y llevar a cabo la firma de la presente como parte de la ejecución del proyecto.</p> <p>Cabe mencionar que en esta reunión recibí la aprobación del Plan, por lo que no hubo ningún inconveniente en firmar ambos el documento.</p> <p>Siendo las 10h15, se clausura la reunión entregándome los documentos firmados.</p> <p> LIC. MATILDE MANCILLA RESPONSABLE DEL AREA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL</p> <p> LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO MAESTRANTE UTPL</p>	  <p>HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA</p> <p>ACTA DE REUNION</p> <p>En la ciudad de Manta, Provincia de Manabí a los catorce días del mes de Octubre del dos mil once, en la oficina de la Dirección Técnica de Hospitalización y Ambulatorio, siendo las 09H45, se reúne la Lic. Audelith Jaramillo, responsable del área de cirugía y el Lic. Freddy Hidalgo, maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, con el fin de entregar el: PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 – 2012., y llevar a cabo la firma de la presente como parte de la ejecución del proyecto.</p> <p>Cabe mencionar que en esta reunión recibí la aprobación del Plan, por lo que no hubo ningún inconveniente en firmar ambos el documento.</p> <p>Siendo las 10h15, se clausura la reunión entregándome los documentos firmados.</p> <p> LIC. AUDELITH JARAMILLO RESPONSABLE DEL AREA CIRUGIA</p> <p> LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO MAESTRANTE UTPL</p>
---	--

c) Realización de reunión de difusión de normas, protocolos y procedimientos en el servicio de Imagenología con responsables de áreas de enfermería

El 24 de Noviembre del 2011, se mantiene reunión de trabajo con las responsables de las áreas en enfermería, para difundir las normas y procedimientos que se manejarán en el servicio de imagenología, además de solicitar su colaboración en el cumplimiento de las mismas en los servicios. Para garantizar lo acordado en la sesión de trabajo se elabora la respectiva acta de reunión.

IMAGEN: Acta de reunión con responsables de áreas de Enfermería

  <p>HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA</p> <p>ACTA DE REUNION</p> <p>En la ciudad de Manta, Provincia de Manabí a los doce días del mes de Octubre del dos mil once, en la oficina de la Dirección Técnica de Hospitalización y Ambulatorio, siendo las 09H45, se reúne la Lic. Ana Guanoluisa, responsable de consulta externa y el Lic. Freddy Hidalgo, maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, con el fin de entregar el: PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 – 2012., y llevar a cabo la firma de la presente como parte de la ejecución del proyecto.</p> <p>Cabe mencionar que en esta reunión recibí la aprobación del Plan, por lo que no hubo ningún inconveniente en firmar ambos el documento.</p> <p>Siendo las 10h15, se clausura la reunión entregándome los documentos firmados.</p>  <p>LIC. ANA GUANOLUISA RESPONSABLE DE CONSULTA EXTERNA</p>  <p>LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO MAESTRANTE UTPL</p>	  <p>HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA</p> <p>ACTA DE REUNION</p> <p>En la ciudad de Manta, Provincia de Manabí a los doce días del mes de Octubre del dos mil once, en la oficina de la Dirección Técnica de Hospitalización y Ambulatorio, siendo las 09H45, se reúne la Lic. Fermína Zambrano, responsable de central de esterilización y el Lic. Freddy Hidalgo, maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, con el fin de entregar el: PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 – 2012., y llevar a cabo la firma de la presente como parte de la ejecución del proyecto.</p> <p>Cabe mencionar que en esta reunión recibí la aprobación del Plan, por lo que no hubo ningún inconveniente en firmar ambos el documento.</p> <p>Siendo las 10h15, se clausura la reunión entregándome los documentos firmados.</p>  <p>LIC. FERMINA ZAMBRANO RESPONSABLE CENTRAL ESTERILIZACION</p>  <p>LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO MAESTRANTE UTPL</p>
  <p>HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA</p> <p>ACTA DE REUNION</p> <p>En la ciudad de Manta, Provincia de Manabí a los trece días del mes de Octubre del dos mil once, en la oficina de la Dirección Técnica de Hospitalización y Ambulatorio, siendo las 09H45, se reúne la Lic. Lucía Macías, responsable del área de emergencia y el Lic. Freddy Hidalgo, maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, con el fin de entregar el: PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 – 2012., y llevar a cabo la firma de la presente como parte de la ejecución del proyecto.</p> <p>Cabe mencionar que en esta reunión recibí la aprobación del Plan, por lo que no hubo ningún inconveniente en firmar ambos el documento.</p> <p>Siendo las 10h15, se clausura la reunión entregándome los documentos firmados.</p>  <p>LIC. LUCÍA MACÍAS RESPONSABLE DEL AREA DE EMERGENCIA</p>  <p>LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO MAESTRANTE UTPL</p>	  <p>HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA</p> <p>ACTA DE REUNION</p> <p>En la ciudad de Manta, Provincia de Manabí a los trece días del mes de Octubre del dos mil once, en la oficina de la Dirección Técnica de Hospitalización y Ambulatorio, siendo las 09H45, se reúne la Lic. Leticia Zambrano, responsable del área de quirófano y sala de parto y el Lic. Freddy Hidalgo, maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, con el fin de entregar el: PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 – 2012., y llevar a cabo la firma de la presente como parte de la ejecución del proyecto.</p> <p>Cabe mencionar que en esta reunión recibí la aprobación del Plan, por lo que no hubo ningún inconveniente en firmar ambos el documento.</p> <p>Siendo las 10h15, se clausura la reunión entregándome los documentos firmados.</p>  <p>LIC. LETICIA ZAMBRANO RESPONSABLE DEL AREA QUIROFANO Y SALA DE PARTO</p>  <p>LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO MAESTRANTE UTPL</p> 

d) Reunión de difusión de normas, protocolos y procedimientos en el servicio de Imagenología con personal de servicios varios

En concordancia con los jefes de las diferentes áreas se procede a divulgar al personal de servicios vario las normas, protocolos y procedimientos del servicio de Imagenología, para de esta forma conocer y aplicar el mismo. Esta actividad se la realiza en la fecha acordada hasta el 7 de Diciembre del 2011.

IMAGEN: Acta de reunión



HOSPITAL DEL IESS MANTA
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

ACTA DE REUNION

En la ciudad de Manta, Provincia de Manabí a los catorce días del mes de Octubre del dos mil once, en la oficina de la Dirección Técnica de Hospitalización y Ambulatorio, siendo las 09H45, se reúne el Lic. Juan Cedeño, responsable de la unidad de cuidados intensivos y el Lic. Freddy Hidalgo, maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, con el fin de entregar el: **PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 – 2012.**, y llevar a cabo la firma de la presente como parte de la ejecución del proyecto.

Cabe mencionar que en esta reunión recibí la aprobación del Plan, por lo que no hubo ningún inconveniente en firmar ambos el documento.

Siendo las 10h15, se clausura la reunión entregándome los documentos firmados.


LIC. JUAN CEDEÑO
RESPONSABLE DEL AREA
DE UCI


LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO
MAESTRANTE UTPL

Ilustración 1.- Departamento de Trabajo Social



Ilustración 2.- Servicios varios



e) Difusión con trípticos

El 13 de diciembre 2011, el Lic. Freddy Hidalgo y con la colaboración del Dr. Federico Vera, se mantuvo una reunión de trabajo para recopilar datos y proceder a la realización de un tríptico informativo sobre los procedimientos a seguir y requisitos que se necesitan para ser atendidos los usuarios en el departamento de imagenología. Luego de realizado el producto se procede a entregar a la Directora

de tesis, Lic. Susana Donoso para que se realice las correcciones necesarias y éste sea aprobada para su difusión.

<p>REQUISITOS A PRESENTAR CUANDO SE ACERCA A VENTANILLA DE RAYOS X.</p> <p>El documento habilitante del usuario afiliado activo, montepío, jubilado y voluntario es la cédula de ciudadanía y luego,</p> <ul style="list-style-type: none"> > Pedir la solicitud médica por el sistema AS 400, al recepcionista. > PARA AFILIADOS DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO. <ul style="list-style-type: none"> - Cédula de Identidad del Paciente - Cédula de Identidad del Jefe de Familia - Canjear la solicitud médica con el sistema AS 400 > PARA HIJOS DE AFILIADOS MENORES DE 18 AÑOS <ul style="list-style-type: none"> - Cédula de Identidad del afiliado, sea este padre o madre. <p>Nota. - Los pacientes del Seguro Social Campesino o de otras unidades deben de acercarse a la dirección con la transferencia para autorizar la realización del estudio, luego actualizar datos en admisión y finalmente a ventanilla del servicio para dar el turno respectivo.</p>	<p>SEÑOR USUARIO CON SU COLABORACION Y EL COMPROMISO INSTITUCIONAL DE SEGUIR MEJORANDO, PARA DARLE UN SERVICIO EFICIENTE, EFICAZ, CON CALIDAD Y CALIDEZ DE ESTA FORMA USTED OBTENDRA UNA SATISFACCION DEL SERVICIO UTILIZADO.</p> <p>Dir. Av. La Cultura s--/n Teléfonos: 2622389 2622864 2621800</p>	 <p>HOSPITAL IESS MANTA</p> <p>SERVICIO DE IMAGENOLOGIA</p> <p>DICIEMBRE 2011</p>
---	--	---

<h2>SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA</h2>		
<p>MIISION</p> <p>Proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, vejez y muerte, en los términos contemplados en la Ley de Seguridad Social.</p> <p>POLITICA DE LA INSTITUCION</p> <p>Administración de los programas de fomento y prevención de la salud.</p> <p>Asistencia médica integral y de maternidad.</p> <p>Atención odontológica preventiva y recuperativa.</p> <p>Subsidios monetarios transitorios y de maternidad.</p> <p>Coordinar los programas gerontológicos.</p> <p>Ejecutar el proceso de acreditación interna y externa.</p> <p>Asistencia médica preventiva y curativa de hijos menores de 18 años, cónyuges o convivientes con derecho.</p> <p>Administrar el presupuesto anual con análisis prospectivo y retrospectivo.</p> <p>Administración patrimonial.</p> <p>Cumplir normas legales y procedimientos.</p>	<p>Este departamento cuenta con los servicios de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Radiografía convencional. Tomografía Ecografía Mamografía Densitometría Litotripsia <p>Nota: En radiografía y tomografía se realizan estudios simples y contrastados previos a una preparación especial del usuario.</p> <p>“Que el artículo 42 de la Constitución Política de la República, dispone que “El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.”;</p>	<p><i>Señor usuario es importante que a través de la ventanilla pida toda la información necesaria y cumplirla previo a la realización del estudio imagenológico para que su examen tenga el resultado óptimo; de esta manera contribuya a modificar el tratamiento y mejorar su estado de</i></p>  <p>Como Institución prestadora de servicios salud dentro del Sistema Nacional de Salud debe estar en permanente mejoramiento, para demostrar el cumplimiento de altos niveles de calidad, en donde la atención al usuario es uno de los pilares básicos, dentro de las políticas que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.</p> <p>EL DIRECTOR</p>

3.1.5. APLICACIÓN DE NORMAS

En las reuniones realizadas con las diferentes áreas del hospital se llegó a un entendimiento de colaboración para que estas normas se apliquen en cada ejecución de procesos en pacientes que adquieran este servicio en el área de imagenología. Este proceso se llevó a cabo hasta el 13 de diciembre del 2011.

IMAGEN: Acta de compromiso

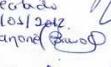
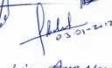
 	 
<p>HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA</p> <p>ACTA DE REUNION</p> <p>En la ciudad de Manta, Provincia de Manabí a los catorce días del mes de Octubre del dos mil once, en la oficina de la Dirección Técnica de Hospitalización y Ambulatorio, siendo las 09H45, se reúne el Lic. Juan Cedeño, responsable de la unidad de cuidados intensivos y el Lic. Freddy Hidalgo, maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, con el fin de entregar el: PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 – 2012., y llevar a cabo la firma de la presente como parte de la ejecución del proyecto.</p> <p>Cabe mencionar que en esta reunión recibí la aprobación del Plan, por lo que no hubo ningún inconveniente en firmar ambos el documento.</p> <p>Siendo las 10h15, se clausura la reunión entregándome los documentos firmados.</p> <p> LIC. JUAN CEDEÑO RESPONSABLE DEL AREA DE UCI</p> <p> LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO MAESTRANTE UTPL</p>	<p>HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA</p> <p>ACTA DE REUNION</p> <p>En la ciudad de Manta, Provincia de Manabí a los catorce días del mes de Octubre del dos mil once, en la oficina de la Dirección Técnica de Hospitalización y Ambulatorio, siendo las 09H45, se reúne la Lic. Rosa Merino, responsable del área de hospitalización clínica y el Lic. Freddy Hidalgo, maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, con el fin de entregar el: PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 – 2012., y llevar a cabo la firma de la presente como parte de la ejecución del proyecto.</p> <p>Cabe mencionar que en esta reunión recibí la aprobación del Plan, por lo que no hubo ningún inconveniente en firmar ambos el documento.</p> <p>Siendo las 10h15, se clausura la reunión entregándome los documentos firmados.</p> <p> LIC. ROSA MERINO RESPONSABLE DEL AREA HOSPITALIZACION CLINICA</p> <p> LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO MAESTRANTE UTPL</p>

3.2. RESULTADO 2: TALENTOS HUMANOS ACTUALIZADOS.

3.2.1. Establecer autorización y calendario de capacitación

Para el cumplimiento de esta actividad, se elaboró y envió oficio al personal de Imagenología del Hospital IESS Manta; reunión para acordar sobre el plan de capacitación en calidad de atención. Esta actividad se la realizó el día 3 de Enero del 2012.

IMAGEN: Convocatoria y acta de reunión

 HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA	
Manta, 3 de Enero del 2012	
Dr. Federico Vera Reyes Lic. Karina Cedeño Lic. Karina Moreno Lic. Tito Macías Lic. Yaris López Lic. Lucinda Macías Lic. Mendel Steimzappir Lic. Richard Quijije Sra. Marjuria Bravo Sr. Roberto Alarcón Sr. Hector Macías	
De mis consideraciones:	
Con el propósito de capacitar sobre calidad de atención a los usuarios del servicio de imagenología, convoco a una reunión el día 05 de Enero del 2012, alas 12H00, en el área de Imagenología para de esta forma adiestrar y dar cumplimiento sobre este nuevo procedimiento.	
Esperando contar con su presencia quedo de ustedes muy agradecido.	
Atentamente,	
 LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO MAESTRANTE UTPL	
 Recibido 03.01.2012 Manuel	 Recibido 03-01-2012 Lic. [Signature]
 03-01-12	 Recibido 3/01/12

3.2.2. DISEÑO DE PLAN DE CAPACITACIÓN

Para el desarrollo del proceso de actualización en calidad de atención al personal de imagenología, fue necesario concretar la valiosa colaboración de expositores sobre calidad de atención al usuario. Para este evento se contó con dos recursos humanos valiosos que tienen gran conocimiento del tema y ello fueron: Lic. Maribel Anchundia y Lic. Jimmy Andrade.

IMAGEN: Carta de invitación a los conferencista

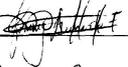
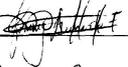
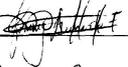
 HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA	
Manta 12 de Enero del 2012	
Lic. Maribel Anchundia Hospital IESS Manta	
De mi consideración:	
Reciba un cordial saludo y a la vez la felicito por su trayectoria como profesional, conociendo su alto grado de sabiduría en atención de calidad solicito de la manera gentil sea la expositora en este tema.	
El mismo que se desarrollará los días 17,18,19 y 20 de Enero del 2012 en el servicio de imagenología al personal de esta área, evento que esta en cronograma de actividades del proyecto que estoy ejecutando y este se basa en: PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 – 2012.	
Por la acogida favorable que le de a la presente quedo de usted Licenciada muy agradecido.	
Atentamente;	
 LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO MAESTRANTE UTPL	 Recibido 03/01/12 1211

Además se acordó que la fecha de efectuarse el plan de capacitación es del 17 al 20 de Enero del 2012

3.2.3. Ejecución del plan

Esta actividad se llevó a cabo del 17 al 20 de Enero del 2012. Para el desarrollo de esta tarea se preparó y entregó el material didáctico al equipo de imagenología (Plan de Capacitación). Antes de iniciar este proceso se hicieron varias actividades de motivación como un diálogo ameno entre todos, acto que estuvo a cargo del Maestrante, esta estrategia permitió una mejor comunicación. El contenido del programa que se desarrolló está en el apéndice No 4.

IMAGEN: Ficha de control de asistencia al personal de imagenología

 HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA		 HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA																																					
<p>PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 – 2012.</p> <p>ASISTENTES A LA CAPACITACION SOBRE CALIDAD DE ATENCION DIAS DEL 17 AL 20 DE ENERO DEL 2012</p>		<p>PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 – 2012.</p> <p>ASISTENTES A LA CAPACITACION SOBRE CALIDAD DE ATENCION DIAS DEL 17 AL 20 DE ENERO DEL 2012</p>																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRES:</th> <th>FIRMA:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>lic. Marias Briones Lucinda</td> <td></td> </tr> <tr> <td>lic Karin Cedeño Castro</td> <td></td> </tr> <tr> <td>lic. Jimmy Pacheco F</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Roberto Carlos Alarcos S</td> <td>Roberto Carlos Alarcos S</td> </tr> <tr> <td>Lic. Ana María Alvarez</td> <td></td> </tr> <tr> <td>lic. Freddy Richard de Jijé Los</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ing. Marjorie Bravo Quijije</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ing. Héctor Marcos Silva</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		NOMBRES:	FIRMA:	lic. Marias Briones Lucinda		lic Karin Cedeño Castro		lic. Jimmy Pacheco F		Roberto Carlos Alarcos S	Roberto Carlos Alarcos S	Lic. Ana María Alvarez		lic. Freddy Richard de Jijé Los		Ing. Marjorie Bravo Quijije		Ing. Héctor Marcos Silva		<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRES:</th> <th>FIRMA:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Adrián Zambrano Jara</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ilto Diana Marín</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Maria N. Gaudencio P</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vera Reyes Antonia J.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lepes Zambrano Jacinto Ina</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Raúl Franco P</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Janet Patricia U.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>lic. Faldy Roddy</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		NOMBRES:	FIRMA:	Adrián Zambrano Jara		Ilto Diana Marín		Maria N. Gaudencio P		Vera Reyes Antonia J.		Lepes Zambrano Jacinto Ina		Raúl Franco P		Janet Patricia U.		lic. Faldy Roddy	
NOMBRES:	FIRMA:																																						
lic. Marias Briones Lucinda																																							
lic Karin Cedeño Castro																																							
lic. Jimmy Pacheco F																																							
Roberto Carlos Alarcos S	Roberto Carlos Alarcos S																																						
Lic. Ana María Alvarez																																							
lic. Freddy Richard de Jijé Los																																							
Ing. Marjorie Bravo Quijije																																							
Ing. Héctor Marcos Silva																																							
NOMBRES:	FIRMA:																																						
Adrián Zambrano Jara																																							
Ilto Diana Marín																																							
Maria N. Gaudencio P																																							
Vera Reyes Antonia J.																																							
Lepes Zambrano Jacinto Ina																																							
Raúl Franco P																																							
Janet Patricia U.																																							
lic. Faldy Roddy																																							



HOSPITAL DEL IESS MANTA
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS
USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS
MANTA, 2011 - 2012.

ASISTENTES A LA CAPACITACION SOBRE CALIDAD DE ATENCION
DIAS DEL 17 AL 20 DE ENERO DEL 2012

NOMBRES:	FIRMA
Fredy Hidalgo	
STEINZAPPIN ARNALDO	
VICTOR F. VERA ACOSTA	
Carina Cedeño	
Fabián Zambrano	
Ing. MS. Marjorie Bravo	
Lic. Tito Macías	
Lic. Yaris López	

IMAGEN: Personal de imagenología



De izquierda a derecha: Lic. Freddy Hidalgo, Dr. Fabián Zambrano, Lic. Arnaldo Steinzappir, Ing. Marjorie Bravo, Lic. Karina Moreno, Lic. Lucinda Macías, Lic. Karina Cedeño, Lic. Richard Quijije, Dr. Pablo Rocafuerte, Dr. Federico Vera, Lic. Tito Macías, Lic. Yaris López.

3.2.4. Evaluación del taller

Antes de la clausura del plan de capacitación en calidad de atención al usuario para el personal de imagenología del Hospital IESS Manta se le realizó una pequeña encuesta el día 20 de Enero del 2012, luego se receptan las hojas para su valoración y unificación de datos y esto arrojaron resultados que a continuación detallamos por preguntas en representación gráfica y porcentajes.

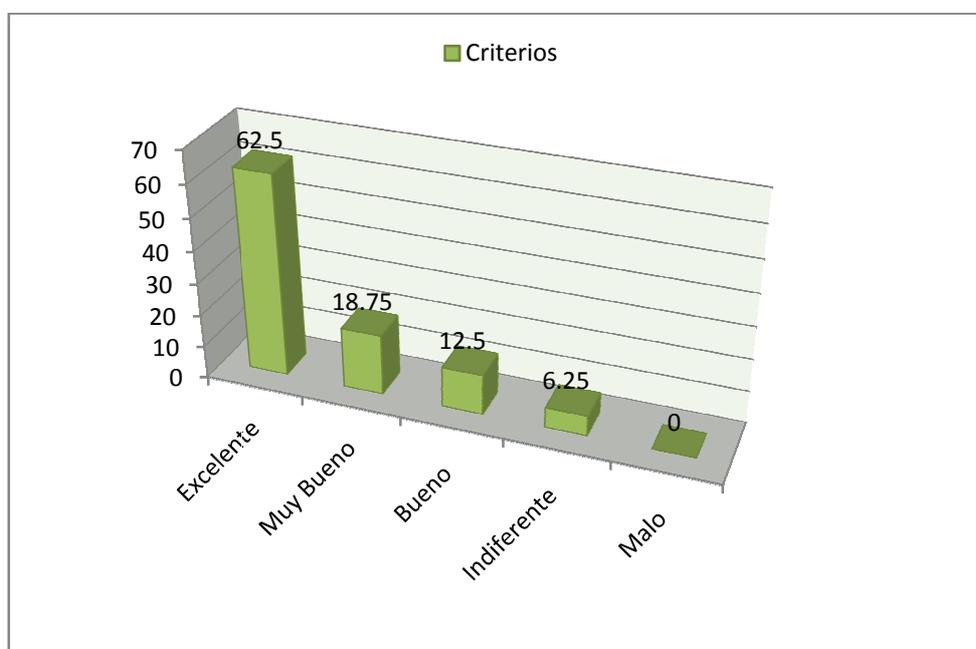
CUADRO N°2

CRITERIO DEL PERSONAL DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN. ENERO 2012

RESPUESTA	F	%
EXCELENTE	10	62,50
MUY BUENO	3	18,75
BUENO	2	12,50
INDIFERENTE	1	6,25
MALO	0	0
TOTAL	16	100

Fuente: Encuesta aplicada al personal del servicio de imagenología
Elaboración: Lic. Freddy Hidalgo

Representación gráfica



ANÁLISIS:

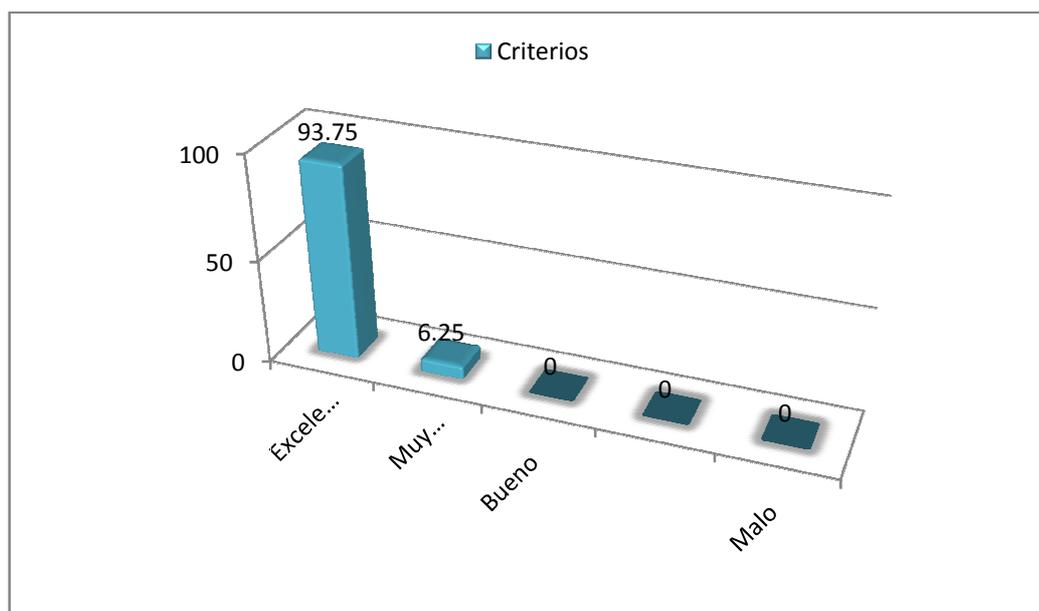
Los resultados de la encuesta aplicada al personal del servicio de Imagenología del Hospital IESS Manta, se reflejan en el cuadro y gráfico que el 62,50% de los participantes dice que la jornada de capacitación fue excelente; mientras que un 18,75% dice que fue muy buena; el 12,50% que fue buena; un mínimo (3%) dice que fue indiferente; y ninguno dijo que esta fue mala. Lo que nos indica que la capacitación tuvo el éxito deseado.

CUADRO N°3

CRITERIO DEL PERSONAL DE SERVICIO DE IMAGENOLOGIA SOBRE EL NIVEL DE CONTENIDOS EN LA CAPACITACIÓN SOBRE CALIDAD DE ATENCIÓN. ENERO 2012

ITEMS	F	%
EXCELENTE	15	93,75
MUY BUENO	1	6,25
BUENO	0	0
INDIFERENTE	0	0
MALO	0	0
TOTAL	16	100

Fuente: Encuesta aplicada al personal de imagenología
Elaboración: Lic. Freddy Hidalgo



ANÁLISIS:

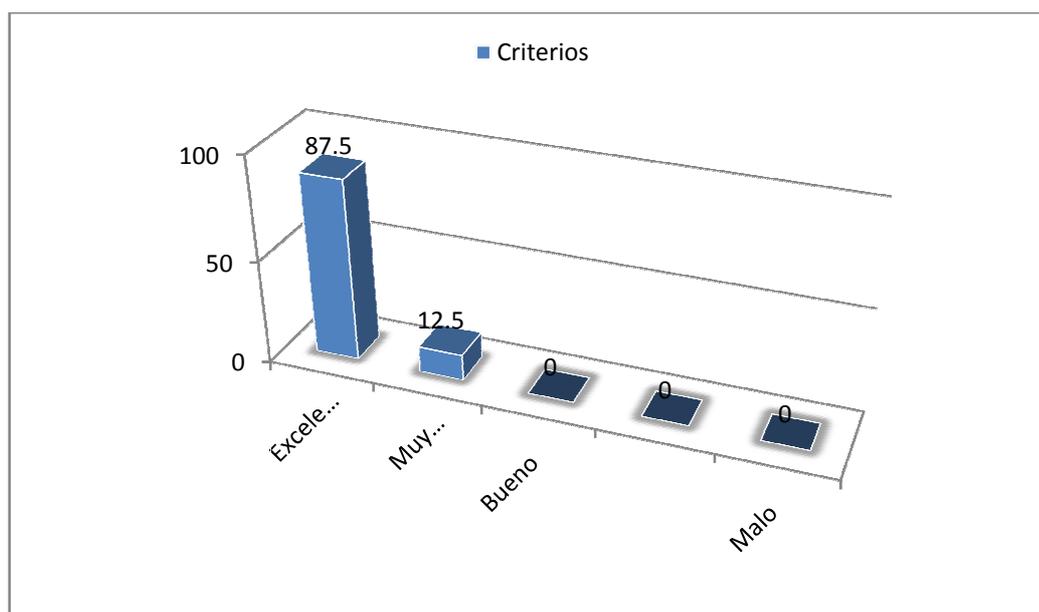
El contenido de las charlas fue excelente con un 93,75% seguido por muy buena con un 6,25%. De acuerdo a estos resultados puedo concluir que la capacitación resultó ser muy provechosa y con éxito.

CUADRO N°4

CRITERIO DEL PERSONAL DE SERVICIO DE IMAGENOLÓGIA SOBRE LA UTILIDAD DE LOS CONTENIDOS APRENDIDOS EN LA CAPACITACIÓN SOBRE CALIDAD DE ATENCIÓN. ENERO 2012

ITEMS	F	%
EXCELENTE	14	87,5
MUY BUENO	2	12,5
BUENO	0	0
INDIFERENTE	0	0
MALO	0	0
TOTAL	16	100

Fuente: Encuesta aplicada al personal de imagenología
Elaboración: Lic. Freddy Hidalgo



ANÁLISIS:

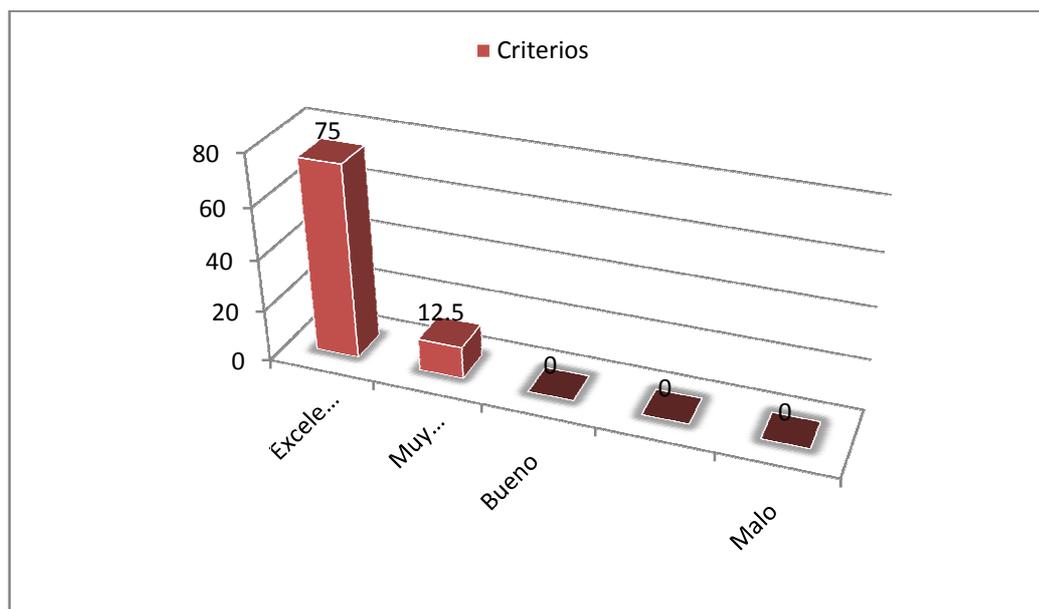
El cuadro y gráfico indican que el 87,5% del personal participante dicen que los contenidos aprendidos fueron de utilidad para la función que desempeñan dentro de la institución; mientras que un 12,50% dijo que estos contenidos fueron muy buenos para ser aplicados en el área.

CUADRO N°5

CRITERIO DEL PERSONAL DE SERVICIO DE IMAGENOLOGIA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE CASOS PRÁCTICOS DE LA CAPACITACIÓN SOBRE CALIDAD DE ATENCIÓN. ENERO 2012

ITEMS	F	%
EXCELENTE	12	75
MUY BUENO	4	25
BUENO	0	0
INDIFERENTE	0	0
MALO	0	0
TOTAL	16	100

Fuente: Encuesta aplicada al personal de imagenología
Elaboración: Lic. Freddy Hidalgo



ANÁLISIS:

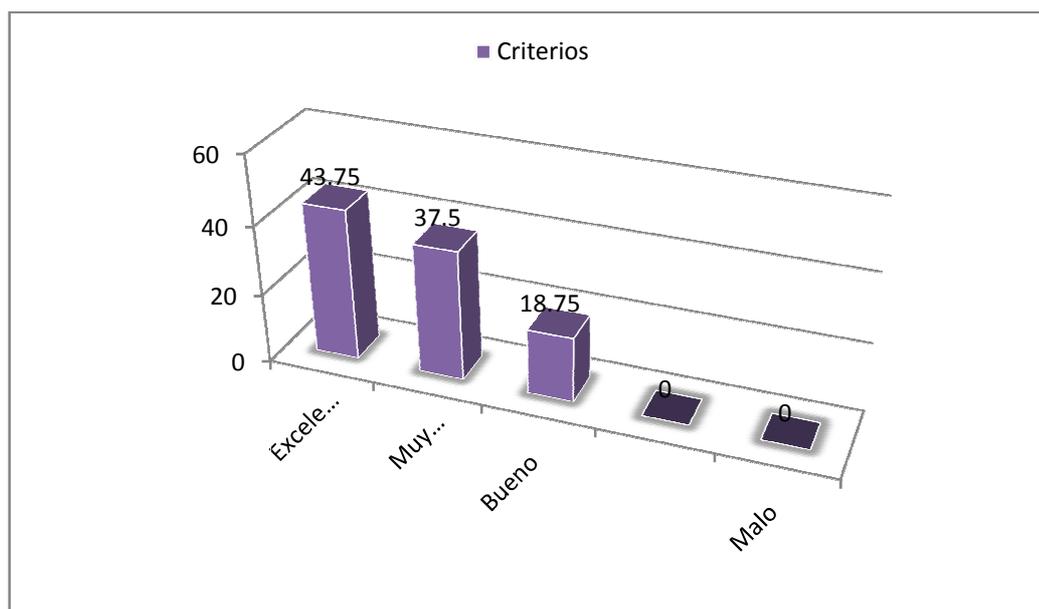
En el cuadro y gráfico se puede observar que el 75% de los asistentes a la actualización dijeron que la utilización de casos prácticos en la capacitación había sido excelente; el 25% dijo que habían sido muy buenos.

CUADRO N°6

CRITERIO DEL PERSONAL DE SERVICIO DE IMAGENOLOGIA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE MEDIOS AUDIOVISUALES EN LA CAPACITACIÓN SOBRE CALIDAD DE ATENCIÓN. ENERO 2012

ITEMS	F	%
EXCELENTE	7	43,75
MUY BUENO	6	37,50
BUENO	3	18,75
INDIFERENTE	0	0
MALO	0	0
TOTAL	16	100

Fuente: Encuesta aplicada al personal de imagenología
Elaboración: Lic. Freddy Hidalgo



ANÁLISIS:

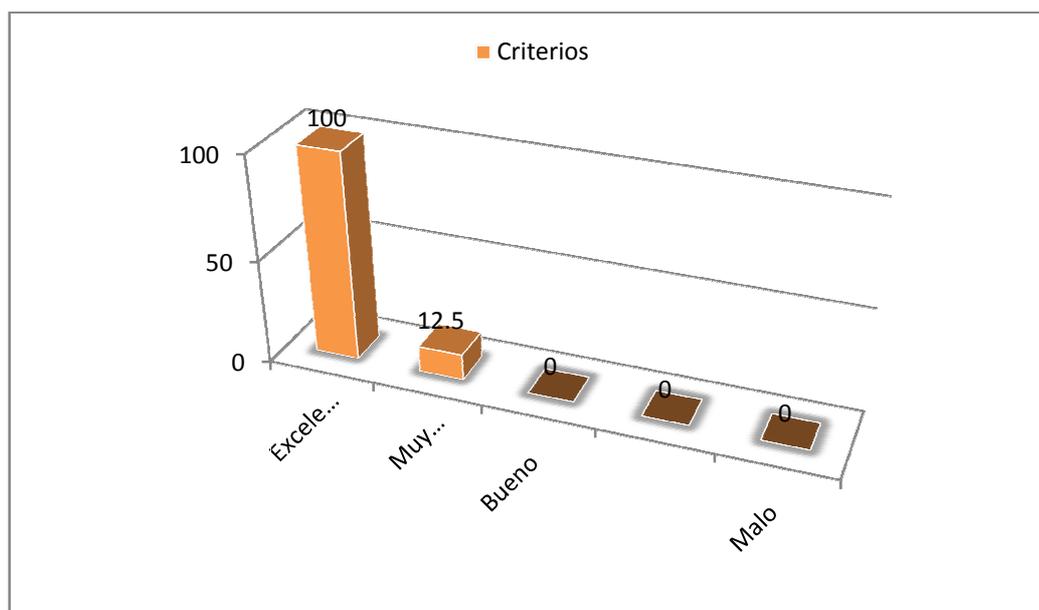
Los resultados de las encuestas al equipo de salud que labora en el servicio de Imagenología, representadas anteriormente; nos indican que el 43,75% de ellos nos dijo que se habían utilizado medios audiovisuales de forma excelente; mientras que un 37,50% dijo que habían sido utilizados en forma muy buena; el 18,75% dijo que habían sido buenos.

CUADRO N°7

CRITERIO DEL PERSONAL DE SERVICIO DE IMAGENOLOGIA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE DINÁMICAS DE GRUPO EN LA CAPACITACIÓN SOBRE CALIDAD DE ATENCIÓN. ENERO 2012

ITEMS	F	%
EXCELENTE	16	100
MUY BUENO	0	0
BUENO	0	0
INDIFERENTE	0	0
MALO	0	0
TOTAL	16	100

Fuente: Encuesta aplicada al personal de imagenología
Elaboración: Lic. Freddy Hidalgo



ANÁLISIS:

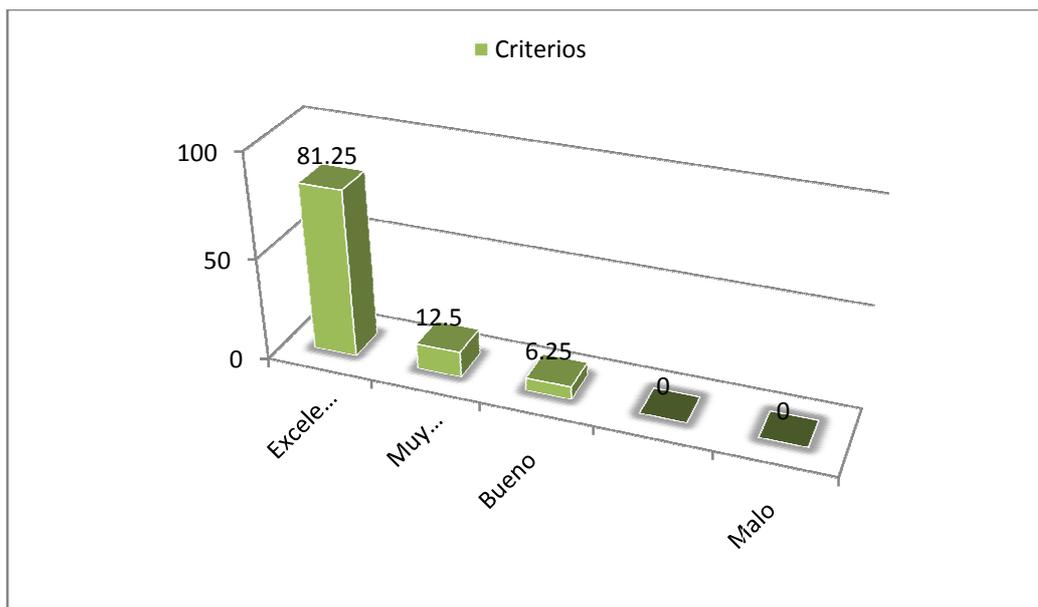
El cuadro y gráfico muestran que el 100% del personal asistente a la capacitación dicen que la utilización de las dinámicas de grupo fue excelente; y recalcaron que se deben de seguir realizando para liberarse un poco el stress.

CUADRO N°8

CRITERIO DEL PERSONAL DE SERVICIO DE IMAGENOLOGIA SOBRE LA COMODIDAD DEL AMBIENTE EN LA CAPACITACIÓN SOBRE CALIDAD DE ATENCIÓN. ENERO 2012

ITEMS	F	%
EXCELENTE	13	81,25
MUY BUENO	2	12,50
BUENO	1	6,25
INDIFERENTE	0	0
MALO	0	0
TOTAL	16	100

Fuente: Encuesta aplicada al personal de imagenología
Elaboración: Lic. Freddy Hidalgo



ANÁLISIS:

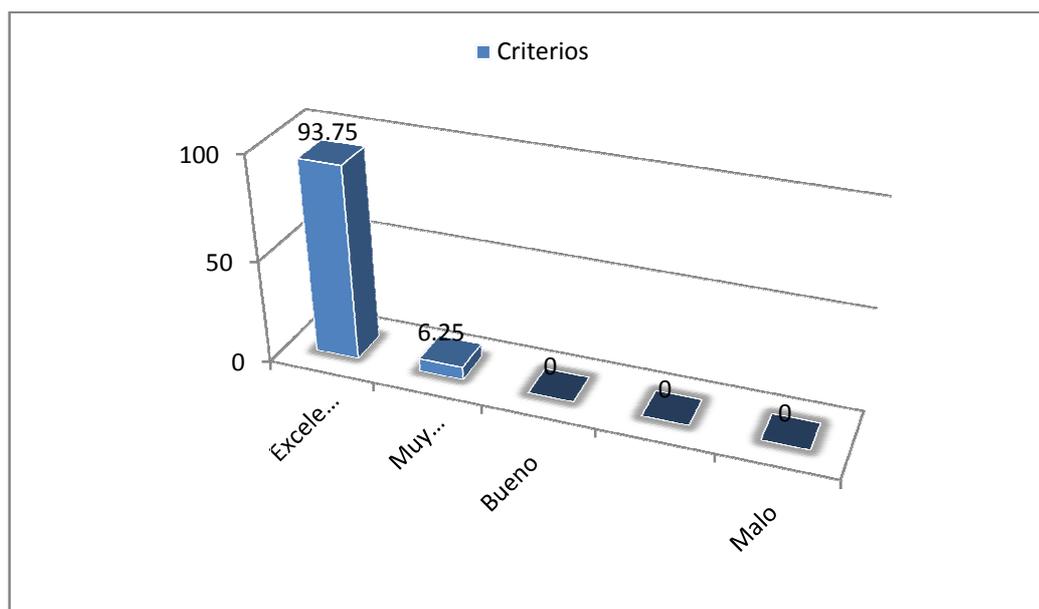
Los resultados de la encuesta aplicada al equipo de salud del servicio de Imagenología, el 81,25% de ellos indicaron que la comodidad del ambiente fue excelente; el 12,50% que fue muy bueno; y, el 6,25% dice que fue bueno.

CUADRO N°9

CRITERIO DEL PERSONAL DE SERVICIO DE IMAGENOLÓGIA REFERENTE A LA DURACIÓN DE LA CAPACITACIÓN SOBRE CALIDAD DE ATENCIÓN. ENERO 2012

ITEMS	F	%
EXCELENTE	15	93,75
MUY BUENO	1	6,25
BUENO	0	0
INDIFERENTE	0	0
MALO	0	0
TOTAL	16	100

Fuente: Encuesta aplicada al personal de imagenología
Elaboración: Lic. Freddy Hidalgo



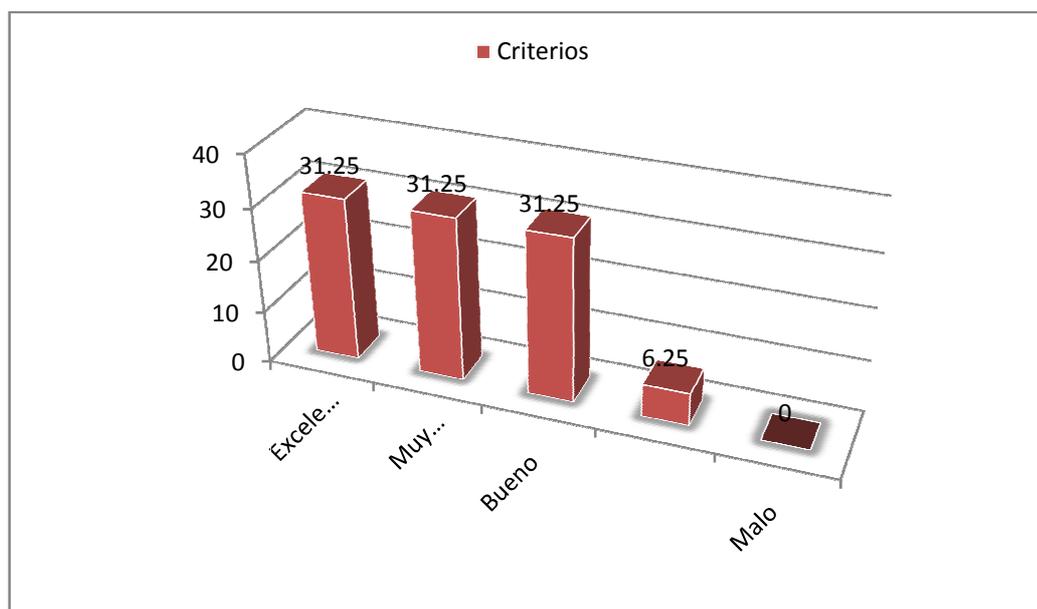
ANÁLISIS:

El cuadro y gráfico se refleja que un 93,75% de los asistentes al evento dice que la duración del curso ha sido excelente; el 6,25% dice que fue muy bueno.

CUADRO N°10
CRITERIO DEL PERSONAL DE IMAGENOLOGIA CON RESPECTO A LOS HORARIOS
EN LA CAPACITACIÓN SOBRE CALIDAD DE ATENCIÓN.
ENERO 2012

ITEMS	F	%
EXCELENTE	5	31,25
MUY BUENO	5	31,25
BUENO	5	31,25
INDIFERENTE	1	6,25
MALO	0	0
TOTAL	16	100

Fuente: Encuesta aplicada al personal de imagenología
 Elaboración: Lic. Freddy Hidalgo



ANÁLISIS:

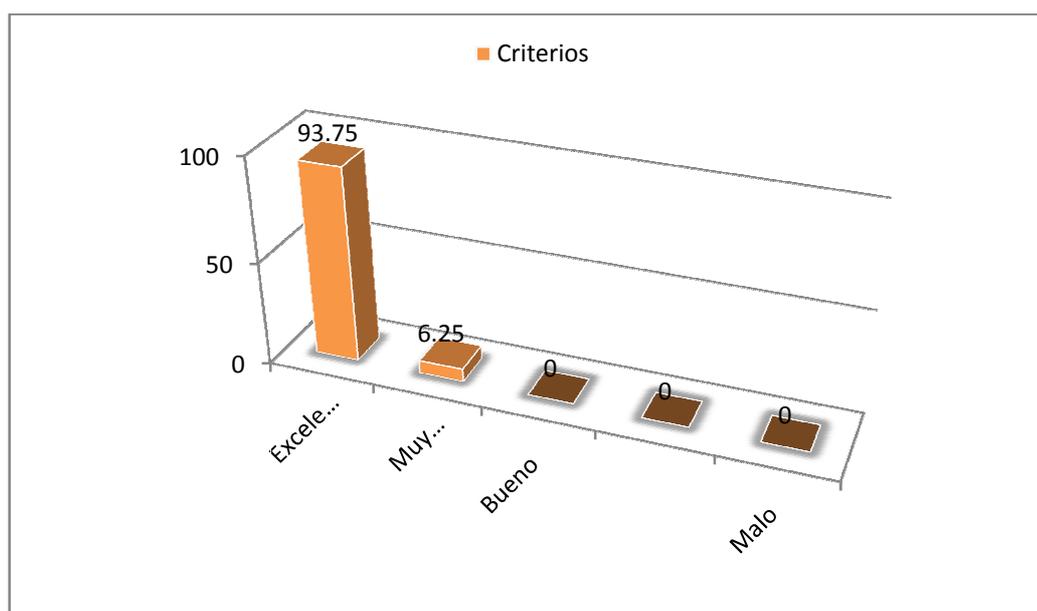
Tanto el excelente, muy bueno y bueno empataron en porcentaje con un 31,25% y regular el 6,25%; nos refleja que es mucho tiempo.

CUADRO N°11

CRITERIO DEL PERSONAL DE IMAGENOLOGIA CON RELACIÓN A LA PERCEPCIÓN DE LA CAPACITACIÓN SOBRE CALIDAD DE ATENCIÓN. ENERO 2012

ITEMS	F	%
EXCELENTE	15	93,75
MUY BUENO	1	6,25
BUENO	0	0
INDIFERENTE	0	0
MALO	0	0
TOTAL	16	100

Fuente: Encuesta aplicada al personal de imagenología
Elaboración: Lic. Freddy Hidalgo



ANÁLISIS:

El cuadro y gráfico demuestra que para el 93,75% del equipo de salud, el curso le ha parecido excelente; el 6,25% que le ha parecido muy bueno.

3.3 RESULTADO 3. COMUNICACIÓN INTERDEPARTAMENTAL FORTALECIDA Y APLICADAS.

3.3.1. REUNION CON EQUIPO DE TRABAJO

Para el cumplimiento de esta actividad, se elaboró y envió oficio a todos los responsables de áreas del Hospital IESS Manta; reunión para acordar sobre el plan de capacitación en calidad de atención. Esta actividad se la realizó el día 1 de Febrero del 2012.

IMAGEN: Comunicación de reunión

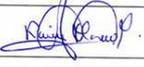
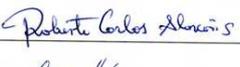
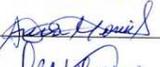
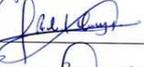
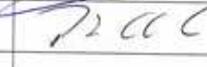
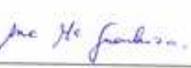


El día 3 de Febrero del 2012 se procedió a realizar la reunión donde se platicó sobre la comunicación que debe haber en todas la áreas del hospital, dejando constancia una acta y para dar fiel cumplimiento al desarrollo de este evento se llevó hoja de control al personal asistente.

FOTO: Lcdo. Freddy Hidalgo estableciendo estrategias de comunicación de los servicios con el departamento de imagenología



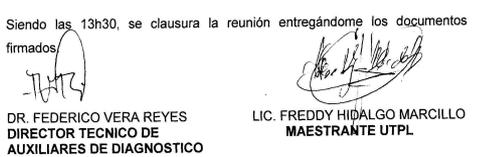
IMAGEN: Hojas de control de asistencia

  <p>HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA</p>		  <p>HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA</p>	
<p>PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 - 2012.</p> <p>ASISTENTES A LA CAPACITACION SOBRE NORMATIZACION DE PROCEDIMEINTOS IMAGENOLOGICOS</p> <p>FEBRERO, 3 DEL 2012</p>		<p>PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 - 2012.</p> <p>ASISTENTES A LA CAPACITACION SOBRE NORMATIZACION DE PROCEDIMEINTOS IMAGENOLOGICOS</p> <p>FEBRERO, 3 DEL 2012</p>	
NOMBRES:	FIRMA	NOMBRES:	FIRMA
Ramiro Franco Pleguez		VERA REYES ANTONIO F.	
Roberto Carlos Alvarado S.		Lopez Zambono Santiago	
R. Panny Pichoto F.		STEWARTINA NAVIA	
Lic. Karine Cedeño Castro		VICTOR I. VELEZ ACOSTA	
Lic. Ana María Alvarado		Jared Alvarado V.	
Lic. Freddy Roldán Elizaga Ros.		Jenny Cevallos	
Eng. Maryjane Bravo Quijije		Fabian Causado	
Eng. Héctor Marías Silva			

3.3.2. ESTABLECIMIENTOS DE ACUERDOS PARA MANTENER LA COMUNICACIÓN.

Para el cumplimiento de esta actividad, se elaboró y envió oficio al director del hospital, a todos los directores técnicos y a los diferentes responsables de áreas del Hospital IESS Manta; solicitando reunión para establecer acuerdos a fin de mantener una buena comunicación entre las diferentes áreas y servicios y hacer una sensibilización sobre calidad de atención. Esta actividad se la realizó el día 16 de febrero del 2012.

IMAGEN: Invitación y acta de reunión

 <p>HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA</p> <p>Manta, 16 de Febrero del 2012</p> <p>Dr. Hernán Salazar.- Director Hospital IESS Manta Dr. Federico Vera R.- Director Téc. de Aux. de Diagnóstico y Tratamiento Dr. Carlos Bayas.- Director Téc. de Medicina Crítica Dr. Cristóbal Quijije.- Director Téc. de Hospitalización y Ambulatorio Lic. Matilde mancalla.- Responsable del área de enfermería Lic. Fermina Zambrano.- Responsable del área de esterilización Lic. Ana Guanoluisa.- Responsable del área de consulta externa Lic. Lucía Macías.- Responsable del área de emergencia Lic. Leticia Zambrano.- Responsable del área de quirófano y sala de parto Lic. Yanet Arteaga.- Responsable del área de gineco-obstetricia Lic. Juan Cedeño.- Responsable del área de UCI Lic. Audelith Jaramillo.- Responsable del área de Cirugía Lic. Rosa Merino, responsable del área de Hospitalización clínica.</p> <p>De mis consideraciones:</p> <p>Con el propósito de establecer acuerdos para mantener comunicación interdepartamental sobre normas de procedimientos en los diferentes estudios de imagenología, convoco a una reunión el día 18 de Enero del 2012, a las 13H00, en el área de Imagenología para de esta forma complementar con este proceso de nuevos procedimiento de protocolos y a su vez se siga mejorando.</p> <p>Esperando contar con su presencia quedo de ustedes muy agradecido. Atentamente,</p> <p>LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO MAESTRANTE ÚTPL</p> 	 <p>HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA</p> <p>ACTA DE REUNION</p> <p>En la ciudad de Manta, Provincia de Manabí a los diez y ocho días del mes de Febrero del dos mil doce, en la oficina de la Dirección Técnica de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, siendo las 12H00, se reúnen el Dr. Federico Vera, director técnico; y los responsables de todas las áreas del hospital y el Lic. Freddy Hidalgo, maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, con la finalidad de establecer y normatizar los procedimientos en los diferentes estudios imagenológicos en el área de imagenología para de esta forma dar por terminado el objetivo de este proyecto que se basa en: PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 – 2012.</p> <p>Cabe mencionar que en esta reunión recibí la colaboración, compromiso y disponibilidad de los responsables de todas las áreas, por lo que no habrá ningún inconveniente en aceptar este nuevo proceso.</p> <p>Siendo las 13h30, se clausura la reunión entregándose los documentos firmados</p> <p>DR. FEDERICO VERA REYES DIRECTOR TECNICO DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO</p> <p>LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO MAESTRANTE ÚTPL</p> 
--	---

La reunión se realizó el día 18 de febrero del 2012, en este evento se insistió sobre la comunicación interdepartamental como estrategia para evitar tropiezos y dificultad en el desarrollo de las actividades que debe haber en todas las áreas del hospital, Asimismo, se sensibilizó sobre el plan de mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de imagenología, dejando constancia una acta todo lo tratado.

FOTO: Lcdo. Freddy Hidalgo presentando la propuesta de estrategias de comunicación a los participantes en la reunión



FOTO: Participantes estableciendo estrategias para mejorar la comunicación interdepartamental

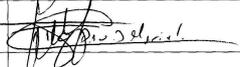
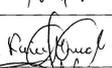
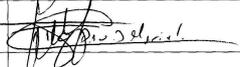
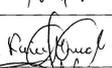
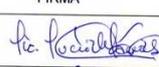
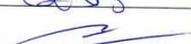
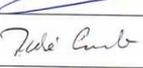
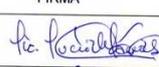
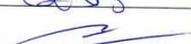
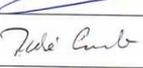
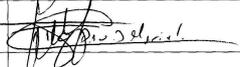
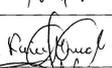
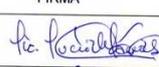
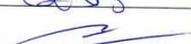
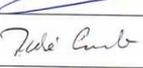


IMAGEN: Invitación a directores técnicos



Para la comprobación del cumplimiento se realizó una pequeña encuesta interna con las incidencias o tráfico de pacientes en el servicio de imagenología esta actividad se la realizo desde el día 2 hasta el 23 de febrero del 2012 y una vez concluido se realiza los resultados obteniendo satisfacción del deber cumplido. Durante el desarrollo de este proyecto se realizó un monitoreo, para medir el grado de aceptación en la ejecución de normas y calidad de atención.

IMAGEN: Hoja de control de asistencia del taller de fortalecimiento de la comunicación interdepartamental

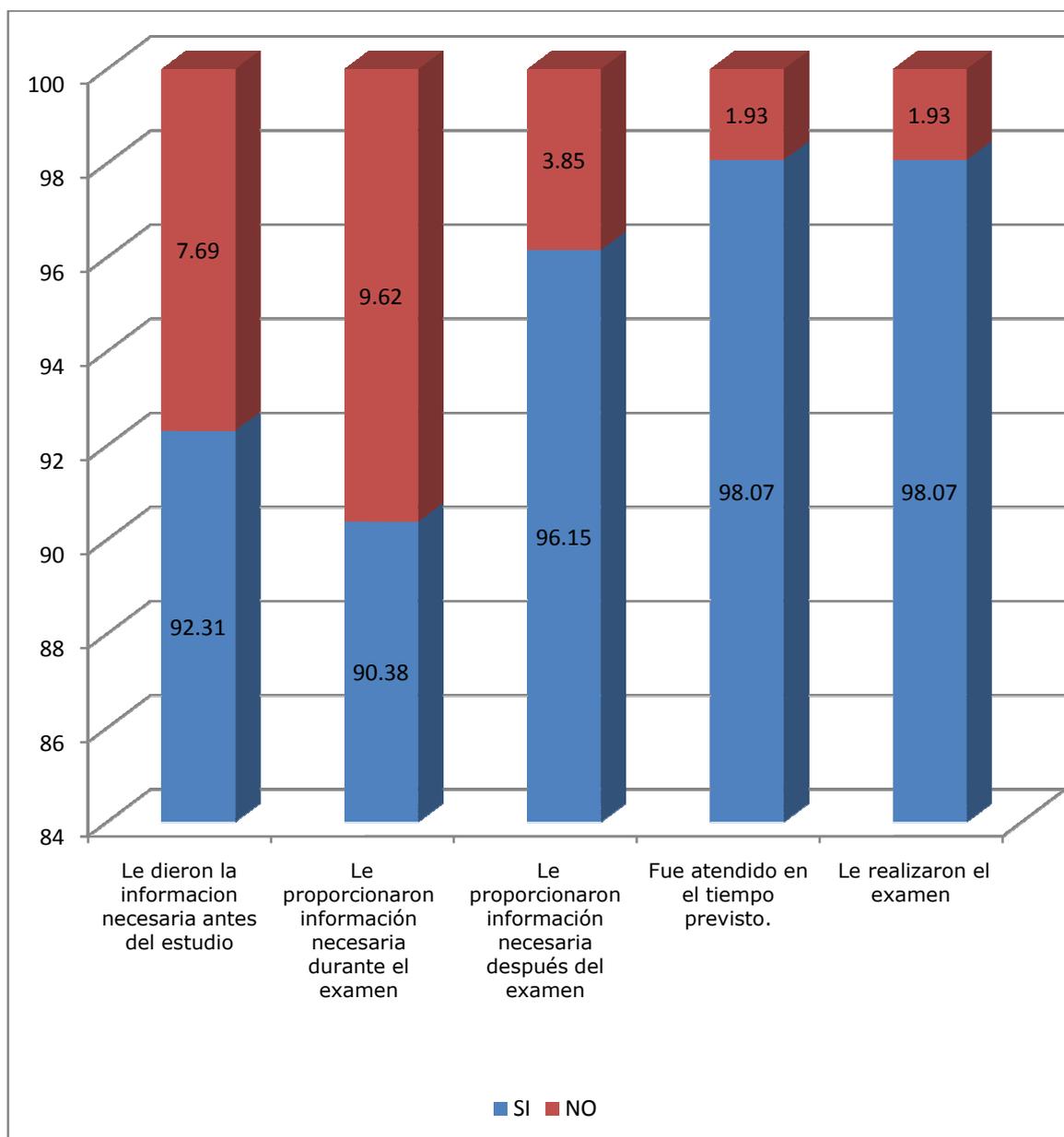
 HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA	 HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA																																				
PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 - 2012. ASISTENTES A LA CAPACITACION SOBRE COMUNICACIÓN INTERDEPARTAMENTAL EN LOS PROCEDIMEINTOS IMAGENOLOGICOS DIAS DEL 03 FEBRERO DEL 2012	PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 - 2012. ASISTENTES A LA CAPACITACION SOBRE COMUNICACIÓN INTERDEPARTAMENTAL EN LOS PROCEDIMEINTOS IMAGENOLOGICOS DIAS DEL 03 FEBRERO DEL 2012																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">NOMBRES:</th> <th style="width: 50%;">FIRMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fabia Vargas Lopez</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ilto Mari S. Luzano</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Maria Y Chardeno P</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Audelyth Jaramillo Guicks</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nilda Nunez de Zumbado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vera Reyes ANTONIO I.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Renier Flores M.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lic. Freddy Rodas</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	NOMBRES:	FIRMA	Fabia Vargas Lopez		Ilto Mari S. Luzano		Maria Y Chardeno P		Audelyth Jaramillo Guicks		Nilda Nunez de Zumbado		Vera Reyes ANTONIO I.		Renier Flores M.		Lic. Freddy Rodas		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">NOMBRES:</th> <th style="width: 50%;">FIRMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sociedad Saldano</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fopez Zambona Justo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Steinwappiz Nuvia</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VICTOR F. VELEZ ACOSTA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Janet Ortega V</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Jesús Cuello</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MCh</td> <td></td> </tr> <tr> <td>José Guambisa</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	NOMBRES:	FIRMA	Sociedad Saldano		Fopez Zambona Justo		Steinwappiz Nuvia		VICTOR F. VELEZ ACOSTA		Janet Ortega V		Jesús Cuello		MCh		José Guambisa	
NOMBRES:	FIRMA																																				
Fabia Vargas Lopez																																					
Ilto Mari S. Luzano																																					
Maria Y Chardeno P																																					
Audelyth Jaramillo Guicks																																					
Nilda Nunez de Zumbado																																					
Vera Reyes ANTONIO I.																																					
Renier Flores M.																																					
Lic. Freddy Rodas																																					
NOMBRES:	FIRMA																																				
Sociedad Saldano																																					
Fopez Zambona Justo																																					
Steinwappiz Nuvia																																					
VICTOR F. VELEZ ACOSTA																																					
Janet Ortega V																																					
Jesús Cuello																																					
MCh																																					
José Guambisa																																					

En cuanto al formato utilizado para este propósito fue realizado con preguntas ligeras y de fácil entendimiento para los usuarios, utilizando el menor tiempo posible en su encuesta. Para la aplicación del formato quedó establecido que se tomará en cuenta el siguiente Instructivo, la evaluación se la realizará semestralmente y se registrará los datos de identificación del servicio, fecha de medición, trimestre evaluado y nombres y apellidos de la persona responsable de la medición. Ver apéndice N 9.

Posterior a la elaboración del formato para el monitoreo y evaluación dirigida a los usuarios que acuden al servicio de imagenología se apreció sobre la percepción en la calidad de atención del usuario, la cual se aplicó obteniéndose los siguientes resultados de la primera evaluación con una muestra de 52 usuarios, obteniendo los siguientes resultados.

CUADRO Nº 12

MONITOREO DE OPINIÓN DE LOS USUARIOS ACERCA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE IMAGENOLÓGIA. HOSPITAL IESS MANTA. 2012



Fuente: Encuesta de Monitoreo aplicada al usuario del servicio de imagenología
Elaboración: Lic. Freddy Hidalgo

ANÁLISIS:

Puedo resumir que en todas las preguntas de la encuesta realizada hay una gran diferencia del sí contra el no, con esto concluyo diciendo que este proyecto tiene buenos resultados, y me da mucha satisfacción por el deber cumplido esperando mejor y que siempre se lo aplique en las medidas necesarias para de esta forma el

usuario siga teniendo una buena calidad de atención mejorando con esto su estilo de vida.

3.3.3. ESTABLECIMIENTO DE ACUERDOS CON DIRECTORES TÉCNICOS Y RESPONSABLES DE LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN

En concordancia con los jefes de las diferentes áreas se procede a establecer acuerdos en función de lo contemplado en el manual de normas, protocolos y procedimientos del servicio de imagenología, para de esta forma conocer y aplicar el mismo. Esta actividad se la realiza en la fecha acordada el 15 de febrero del 2012.

FOTO: Establecimiento de acuerdos con directores técnicos y de servicios



3.3.4. RECONOCER PERIÓDICAMENTE LA SATISFACCIÓN AL CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS EN LAS NORMAS AL ACREEDOR.

Por el mejor desempeño y aplicación de normas y protocolo, se designa a la Lic. Anita Guanoluisa, responsable del área de consulta externa; méritos ganados por su colaboración de apego a las instrucciones dadas en favor de los usuarios que acuden al servicio de Imagenología del Hospital IESS Manta. Este reconocimiento fue entregado por el Lic. Freddy Hidalgo, maestrante de la UTPL.

Esta actividad se la desarrolló hasta el 15 de marzo del 2012.

IMAGEN: Diploma de reconocimiento a la Lic. Anita Guanoluisa



IMAGEN: Acta de reconocimiento a la Lic. Rosa Merino

**HOSPITAL DEL IESS MANTA
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

ACTA DE RECONOCIMIENTO

En la ciudad de Manta, Provincia de Manabí a los quince días del mes de Marzo del dos mil once, en la oficina de la Dirección Técnica de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, siendo las 11H00, se reúnen el Dr. Federico Vera, director técnico y el Lic. Freddy Hidalgo, maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, con el fin de entregar un reconocimiento por el buen ejercicio en su aplicación y cumplimiento sobre el: **PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 – 2012.**, concede este mérito al área de hospitalización y clínica:

LIC. ROSA MERINO.

Por el buen desenvolvimiento y ejercicio profesional, esperando este sea imitado en las diferentes áreas, para satisfacción del usuario.


DR. FEDERICO VERA REYES
DIRECTOR TÉCNICO DE
AUXILIARES DE DIAGNOSTICO
Y TRATAMIENTO


LIC. FREDDY HIDALGO MARCILLO
MAESTRANTE UTPL

3.4. EVALUACIÓN DE INDICADORES DE RESULTADOS

RESULTADO 1: PLAN MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE ATENCION IMPLEMENTADO

INDICADOR: Hasta el 22 de febrero del 2012, se diseñó e implementó totalmente el manual de normas, procedimiento y protocolos del Servicio de Imagenología.

Este indicador se cumplió en su totalidad ya que se hizo un diagnóstico inicial, con el análisis de quejas y el FODA, se realizó el direccionamiento del servicio a través de la reestructuración administrativa, políticas de operación, normas y lineamientos del Servicio de Imagenología. Se efectuó la operacionalización identificando los procedimientos que se aplican en el Servicio de Imagenología y posterior la difusión; asimismo se elaboraron los planes de mejorar el procedimiento para solución de problemas y propuesta al usuario y finalmente se implementa las estrategias para el cumplimiento del plan. Este proceso no podría haberse desarrollado si no se contara con el apoyo incondicional del equipo de trabajo de las diferentes áreas del hospital.

RESULTADO 2: TALENTOS HUMANOS ACTUALIZADOS

INDICADOR: Hasta 15 de febrero del 2012, el 100% del personal del servicio de imagenología capacitado en calidad de atención al usuario.

En este indicador se superó la meta puesto que hubo la participación de todo el personal del servicio de Imagenología. El desarrollo de esta capacitación permitió tener una nueva visión sobre el concepto de calidad al personal, aspecto que sin duda tuvo una influencia positiva, pues el personal ha modificado ciertos comportamientos hacia los usuarios y hacia el cumplimiento de metas institucionales de atención. Se cumplieron los temas propuestos en la capacitación y los resultados de la encuesta aplicada al personal mostraron un alto grado de satisfacción por las experiencias de aprendizaje obtenidas durante este evento.

RESULTADO 3: COMUNICACIÓN INTERDEPARTAMENTAL FORTALECIDA Y APLICADA

INDICADOR: Hasta el 24 de Febrero del 2012, se establecen acuerdos para establecer una comunicación interdepartamental establecida.

Este indicador se cumplió en un 100% , se estableció compromiso de cumplimiento sobre normas, protocolos y procedimientos en el servicio de imagenología, cabe mencionar que para mantener un fiel cumplimiento se instauro que cronologicamente se dara un reconocimiento por parte del coordinador del área, este será un estímulo para que las diferentes areas imiten y trataemos de mejorar juntos en beneficio al usuario.

Este indicador se cumplió a traves de entrega de certificado de reconocimiento por parte del maestrante.

3.4.1. EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL PROPÓSITO

PROPÓSITO: ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DE HOSPITAL IESS MANTA MEJORADA

INDICADOR

Hasta el 18 de febrero del 2012, se mejora el 100% la organización del servicio de imagenología.

Este indicador se cumplió en un 100% Indicador que se cumple con la aplicación del Plan de Mejoramiento en la calidad de atención al usuario del servicio de imagenología.

3.4.2. EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL FIN

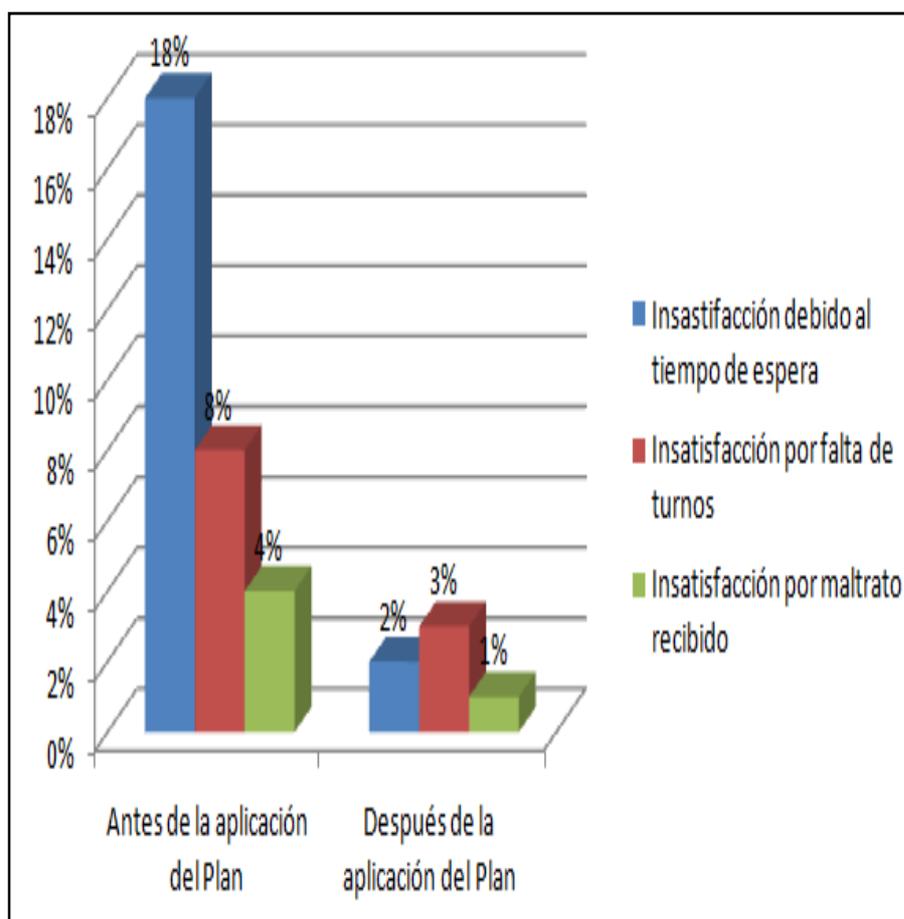
FIN: CALIDAD DE ATENCION DEL USUARIO DEL SERVICIO DE IMAGEN DEL HOSPITAL IESS MANTA, MEJORADA.

INDICADOR

Hasta 23 de febrero del 2012, se disminuye en un 98 % las quejas por la falta de información en el Servicio de Imagenología del Hospital IESS Manta. Lo que se demuestra en el siguiente cuadro:

CUADRON° 13

TRES PRIMERAS CAUSAS DE INSATISFACCIÓN MÁS FRECUENTES EN EL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA DESPUES DE IMPLEMENTAR EL PLAN, FEBRERO 2012.



Fuente: Encuesta aplicada al personal de Imagenología
Elaboración: Lic. Freddy Hidalgo

Además, porque el personal de imagenología se encuentra comprometido y participando con el cambio, ya que consideran que al implementarse el manejo correcto del plan de mejoramiento de calidad de atención de consulta externa y el cumplimiento de las normas interdepartamentales, se está contribuyendo a mejorar la calidad de atención.

CAPITULO IV

En este capítulo se presenta las conclusiones efectuadas en relación al cumplimiento de los objetivos, resultados esperados y el propósito del proyecto y las recomendaciones que tienen la finalidad de ampliar la cobertura del proyecto.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

Todas las actividades realizadas colaboraron con el propósito de este proyecto en dar una buena calidad de atención al usuario que acude al servicio de imagenología y con ello disminuyó la insatisfacción al usuario, todo esto se puede determinar que la calidad de atención está mejorando constantemente.

Con la participación armónica, equilibrada y participativa en búsqueda del desarrollo institucional del Hospital IESS Manta, directorio, profesionales de la salud, usuarios y maestrante; nos comprometimos en la organización, supervisión y vigilancia del desenvolvimiento de las acciones de este proyecto.

En cuanto a la difusión sobre normas de procedimientos radiológicos se logró el 100% pero existen ciertas limitaciones porque constantemente se están renovando personal, hay que valorar el esfuerzo de colaboración del equipo de salud en esta Institución.

Los talentos humanos capacitados se constituyen en un personal mejorado en sus conocimientos científicos y motivados para brindar calidad de atención con calidez, eficiencia, eficacia, efectiva y equitativa y un entusiasmo de seguir colaborando logrando este objetivo en su totalidad.

Que las normas interdepartamentales elaboradas, aprobadas y socializadas, fue un puente entre el usuario que requiere calidad de atención y el equipo de salud que la brinda, el mismo que alcanzo su efectividad en un 100%.

De esta forma el plan de mejoramiento en la calidad de atención a los usuarios tuvo un resultado del 100 % de efectividad quedando este satisfecho por su rapidez y oportunidad de sus servicios.

4.2. RECOMENDACIONES

Dentro de las recomendaciones para dar sostenibilidad al proyecto “Mejoramiento en la calidad de atención a los usuarios del servicio de imagenología del Hospital IESS Manta 2011 – 2012 se sugieren:

- Aprovechar la motivación y empoderamiento del personal capacitado, para ejecutar las acciones programadas por el Servicio de Imagenología.
- Fortalecer la capacitación técnica permanente para desarrollar una cultura de atención, con calidad y calidez.
- Establecer un programa de capacitación permanente dirigido al personal de Imagenología.
- Debe considerarse en el presupuesto de la institución el rubro correspondiente para la contratación de talentos humanos, ya que la demanda de atención en cada vez mayor y de esta manera la demanda sea satisfecha.
- Establecer un programa de capacitación permanente del talento humano de la institución, que faculte mejorar la calidad de atención al usuario del servicio de imagenología.
- Continuar con los talleres y seminarios, para que de esta manera se potencialicen los conocimientos de todo el personal que labora en el hospital y la problemática pueda superarse.

- Empoderarse como institución de los temas de la calidad de atención, organización y actualización de conocimientos al profesional de este servicio.
- Mantener contacto permanente y buenas relaciones, con todos los departamentos del hospital de esta forma todo procedimiento se hace más viable, logrando de esta forma el cumplimiento de metas y objetivos.
- Hacer crecer la población de usuarios en esta Institución, dando un servicio de calidad y calidez.
- Seguir demostrando eficiencia y eficacia en todas y cada una de las actividades propuestas para lograr resultados esperados.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre-Gas H. (2007). Calidad de la atención médica. Cuarta edición. México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social/Noriega Editores. P. 387.
- Armenteros, JP, (2009). Brito, NC. Participación de la Sociedad Cubana de Enfermería en el programa de garantía de la calidad de atención. Estrategias 2008 – 2009. Cuba: Editorial. Sociedad Cubana de Enfermería.
- Buele, M. (2011). “Diseño, ejecución y gerencia de proyectos para la salud” UTPL, Loja, Editorial. UTPL.
- Delgado, H. (2006). Desarrollo de una cultura de calidad. México D.F. 3ª. Edición.
- Diccionario Real Academia de la Lengua Española. (2008). La calidad. Vigésima Segunda Edición.
- Donabedian, A. (2008). Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Revista de Calidad Asistencia.
- Escalante, E. (2007). SEIS-SIGMA – Metodología y técnicas. México. Editorial Limusa.
- García Emilio Ignacio, et al. (2007). La calidad en los servicios de salud. Recuperado: Febrero/05. En:
<http://acceso.uv.es/massde/Documentacion/PepePascual/Calidad.pdf>
- Gobierno de la Provincia de Manabí (2010). Cantón Manta. Recuperado en:
www.gobiernoprovincialmanabi.gov.ec
- Gutiérrez-Meléndez, Liliana. (2007). El trato humano, ¿incrementa el costo en la calidad de la atención? Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc; 15 (3):
- Gutierrez B., ML. (2008). Participación social para el desarrollo de la salud: un compromiso para la enfermería. In: Organización Panamericana de la Salud.

La Enfermería en las Américas/Nursing in the Americas/Enfermagem nas Américas. Washington: Editorial.OPS.

Hernández-Torres F, et al. (2009). Queja médicas y calidad de la atención a la salud. Revista Conamed; 14:26-43. Recuperado en:http://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Ecuador/EC_Ley_Organica_de_Salud.pdf

Inec (2009). Estadísticas Vitales. Recuperado en: www.inec.gov.ec

International basic safety standards for protection against ionizing radiation and for the safety of radiation sources. FAO, IAEA, ILO, AEN, PAHO, WHO, Vienna, 2009.

Kotler, P. (2009): La dirección del marketing. Prentice Hall. New York.

Lemus JD, Aragüés y Oroz V. (2007). Auditoría médica. Un enfoque sistémico. Buenos Aires: Ed. Universitarias.

Ley General de Salud. Secretaría de Salud. (2009). Tercera Edición, México, D.F.

Ley Federal sobre Metrología y Normalización. Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación, 1º. de julio de 2006.

Marshall M, Roland M, Campbell S, Kirk S, Reeves D. (2008). Measuring General Practice. A demonstration project to develop and test a set of primary care clinical quality indicators. The Nuffield Trust.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2010). Políticas hospitalarias. Recuperado en: www.msp.gov.ec.

Novaes, H de M, Paganini, JM. (2006). Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington: Editorial.OPS.

OPS. (2008). Organización Mundial de la Salud. Subcomité de planificación y del Comité Ejecutivo. Programa de garantía de calidad de atención *de salud*. Washington: Editorial. OPS.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2007). Declaración universal sobre bioética y derechos humanos. París: UNESCO

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura/UNESCO, (2006). Declaración universal sobre bioética y derechos humanos. París.

Oteo Ochoa, L.A., Silva Sánchez, D., Garrido Casas, J., Pereira Candel, J. (2010). “Desarrollo de los criterios del modelo europeo de gestión de la calidad en hospitales públicos”. Gestión hospitalaria, Vol. 11, n.º 3,

Pabón, H. (2008). Evaluación de los servicios de salud. 2ª Edición. Universidad del valle. 2008.

Próvida. (2007). Manual para monitores de Calidad y Productividad. Editorial AFP. Bogotá.

Puentes Rosas E, Gómez Dantés O, Garrido Latorre F. (2006). Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. Revista Panamá Salud Pública. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios. Sexta Edición, México, D.F., 2010.

Reglamento General de Seguridad Radiológica. Secretaría de Energía, Minas e Industria Paraestatal, Diario Oficial de la Federación, 22 de noviembre de 2008.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación, 31 de diciembre de 2009.

Revista de la American Medical Association (2008). Calidad de la atención. Edic. Octubre. Vol. 300, Núm. 16. Recuperado en: <http://jama.ama-assn.org/content/suppl/2008/12/10/300.16.1962.DC1/pdfpat102208.pdf>

Revista Médica de Chile (2008). El concepto de calidad y su aplicación. Rev. Méd. Chile v.129 n.7 Santiago jul. 2008 en Medicina.

Rico Menéndez, J. (2010). Evolución del concepto de Calidad. Recuperado en: <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/trasplantes3/169-175.pdf>

Sapag Ch, N. (2007). Proyectos de inversión formulación y Evaluación. México: Editorial. Prentice Hall.

Saturno Hernández, Pedro J. Dr. (2008). Formación a distancia: “Gestión de la calidad en los servicios de salud”.

Tigani, Daniel (2007). Dimensiones de la calidad del Servicio. Fundación Latinoamericana para la calidad. Recuperado En: <http://mediateca.rimed.cu/media/document/2337.pdf>

Urquiza R. (2008). Conceptos de Calidad en Salud. Evid. Actual. Práct. Ambul; 7:152-155. Recuperado en: <http://es.scribd.com/doc/19225918/Conceptos-de-Calidad-en-Salud>

Varo, J. (2007). Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Ediciones Díaz de Santos. Madrid.

Velasco, G. (2007). Salud Comunitaria, un Desafío Colectivo. Quito: Editorial. AH.

Wikipedia (2010). Calidad. Encontrado en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Calidad>

Zambrano, S. (2009): “Siete Encadenamientos Estratégicos Para hacer Ingeniería de Procesos”. Quito: Editorial. Consultora Empresarial Ediciones.

APENDICES

APENDICE 1.-FICHA DE CONTROL Y AVANCE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN

Nombres y Apellidos: Freddy Yovanny Hidalgo Marcillo

Centro Universitario: Universidad Técnica Particular de Loja. Centro – Manta

Título del Proyecto: “MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA 2011 A 2012”

RESULTADOS ESPERADOS O COMPONENTES DEL PROYECTO	INDICADORES	CRONOGRAMA (% de avance)												OBSERVACIÓN
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
RESULTADO 1														
1. PLAN DE MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE ATENCION IMPLEMENTADO.	Hasta el 22 de Diciembre del 2011 se implementan 5 normas por cada tipo de estudios imagenológico que se realicen en el Servicio.	10	10	15	15	30	10	10						Actividad de acuerdo al cronograma
RESULTADO 2														
2. TALENTOS HUMANOS ACTUALIZADOS EN CALIDAD DE ATENCION.	Hasta el 27 de Enero del 2012, el 100 %, del personal que labora en el Servicio de Imagenología se habrá capacitado.				10	10			50	10		20	Actividad de acuerdo al cronograma	
RESULTADO 3														
3. COMUNICACIÓN INTERDEPARTAMENTAL ESTABLECIDA..	Hasta el 24 de Febrero del 2012, se crean por lo menos tres acuerdos para establecer una comunicación interdepartamental establecida.	5	5	5	5	30	10	15	5	5	5	5	5	Actividad de acuerdo al cronograma

Lic. Susana Donoso Palomeque Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS



APENDICE 2

TITULO DEL PROYECTO: “MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 – 2012”

FICHA DE CONTROL DE AVANCE DEL PROYECTO

R1: PLAN DE MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE ATENCION IMPLEMENTADO.		
ACTIVIDADES	FECHA FIJADA PARA EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
A1. Socializar el proyecto de acción.	Hasta el 7 de Nov./ 2011	Actividad realizada en la fecha programada.
A2. Elaboración de Normas	8 – 15 de Nov./ 2011	Actividad realizada en la fecha programada.
A3. Revisión de Normas	Hasta el 24 Nov/2011	Actividad realizada en la fecha programada.
A4. Difusión de normas	1 -7 Diciembre/2011	Actividad realizada en la fecha programada.
A5. Aplicación de normas	8 al 22 de Dic./2011 y permanente	Actividad realizada en la fecha programada.
R 2. TALENTOS HUMANOS ACTUALIZADOS.		
ACTIVIDADES	FECHA FIJADA PARA EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
A1. Establecer autorización y calendario de capacitación.	Hasta el 27 En./ 2012	Actividad realizada en la fecha programada.
A2. Diseño de plan de capacitación	4-6 En./ 2012	Actividad realizada en la fecha programada.
A3. Ejecución y evaluación del plan	25-27 En./2012	Actividad realizada en la fecha programada.
A4. Evaluación del Taller	27 En./ 2012	Actividad realizada en la fecha programada.
R3. COMUNICACIÓN INTERDEPARTAMENTAL FORTALECIDA Y APLICADAS.		
ACTIVIDADES	FECHA FIJADA PARA EJECUCIÓN	OBSERVACIONES
A1. Reunión con equipo de trabajo.	Hasta el 24 de Feb./ 2012	Actividad realizada en la fecha programada.
A2. Establecimientos de acuerdos para mantener la comunicación	15 de Feb./ 2012	Actividad realizada en la fecha programada.
A3. Establecimientos de normas periódicas de trabajo con Directores Técnicos	15 de Feb./ 2012	Actividad realizada en la fecha programada.
A4. Reconocer periódicamente la satisfacción al cumplimiento de procedimientos en las normas al acreedor.	15 de Marzo/ 2012	Actividad realizada en la fecha programada.

.....
Lcda. Susana Donoso Palomeque Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

APENDICE 3
MANUAL DE NORMAS, PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS DEL
SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA



MANUAL DE FUNCIONES, NORMAS, PROTOCOLOS Y
PROCEDIMIENTOS EN EL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA HOSPITAL
IESS MANTA 2011



Realizado por:

Lic. Freddy Hidalgo M.: Coordinador de Imagenología (e).

Revisado por:

Dr. Federico Vera R.: Director técnico de Auxiliares de diagnóstico y tratamiento

INDICE

PAG.

PORTADA	
INDICE	1
INTRODUCCION	3
JUSTIFICACION	3
Objetivos del servicio	4
Planta física	5
Organigrama del servicio de Imagenología	6
Políticas de operación, normas, lineamientos	8
Medico jefe de radiología	8
Funciones del licenciado en Imagenología jefe	9
Licenciado en Imagenología de sala	10
Funciones del personal de enfermería	11
Funciones de recepción	12
Funciones auxiliar de servicios	13
Radiología	13
Pacientes Politraumatizados	13
Normas de procedimiento general	13
Exámenes que no requieren preparación	14
Exámenes con preparación previa	14
Exámenes que requieren de una preparación específica	15
Ecografía	16
Exámenes que no requieren preparación	16
Exámenes que requieren de una preparación específica	16
Tomografía	16
Exámenes que no requieren preparación	16
Exámenes con preparación previa	17
Protocolo de anestesia	17
Protocolo de paciente embarazada	18
Normas de procedimientos de estudios radiológicos	19
Exámenes de extremidad superior e inferior	19
Exámenes de columnas	20
Exámenes de cráneo	20

Exámenes de abdomen	21
Exámenes de tórax	21
Exámenes digestivos	22
Exámenes de sistema urinario	25
Exámenes ginecológicos	29
Colangiografía endoscópica	30
Mamografía	31
Ecografías	33
Protocolo de pacientes de emergencias	36
Tomografía	40
Protocolo General del Médico	40
TAC de cuello	40
TAC de abdomen	41
Tac de pelvis	42
TAC de abdomen y pelvis	43
UROTAC	44
TAC de columna cervical	44
TAC de columna dorsal	45
TAC de columna lumbar	46
TAC de extremidades	46
TAC de cabeza	47
TAC de oídos	47
TAC de silla turca	48
TAC de tórax	48
TAC de tórax de alta resolución	49
Angiotac de tórax	49
Angiotac de cabeza	50
Angiotac de cuello	50
Angiotac de tórax por aneurisma de aorta	51
Angiotac de abdomen	51
Angiotac de pelvis	52
Angiotac de extremidades	52
Densitometría	52
Litotripsia	53
CAMARA OSCURA	54

Conclusiones	58
Bibliografía	59

INTRODUCCIÓN

El Hospital del IESS de Manta tiene como misión mejorar el estado de salud de sus usuarios con los recursos que le asigna, debiendo asegurar que los recursos se usen en servicios efectivos y eficientes. Son pruebas útiles cuando su resultado ayuda a modificar una conducta diagnóstica o terapéutica, por lo que se deberían evitar aquellas que ofrecen datos irrelevantes para la atención del paciente o la solicitud de las mismas con demasiada frecuencia o por su petición precoz, además de que pruebas innecesarias generan gasto innecesario.

Múltiples factores contribuyen a la inadecuación de la solicitud de Imagenología, tanto por los médicos como por demandas de tipo social. Es preciso plantearse su correcta indicación para un paciente concreto y en qué medida su resultado conllevará cambios en la decisión terapéutica. Por lo que es importante establecer normas de procedimientos recordando el criterio técnico-científico, ventajas y desventaja del estudio y de esta forma optimizaremos recursos.

JUSTIFICACION

El presente manual operático del servicio de Imagenología del Hospital IESS Manta tiene como finalidad de evitar las constantes postergaciones de estudios, sin datos indicados de operación, sin datos de correlación clínica factores que inciden en el usuario insatisfecho y por las quejas que se presentan en esta área, de esta manera con la organización dándole funcionalidad operativa el afiliado se sienta satisfecho dándole un buen trato mejorando su calidad de vida y así evitando el grado de complicación en su morbilidad.

OBJETIVO DEL SERVICIO

Proporcionar en forma oportuna y eficiente el apoyo diagnóstico por imágenes a los pacientes que se derivan de las diferentes áreas, optimizando recursos humanos y materiales.

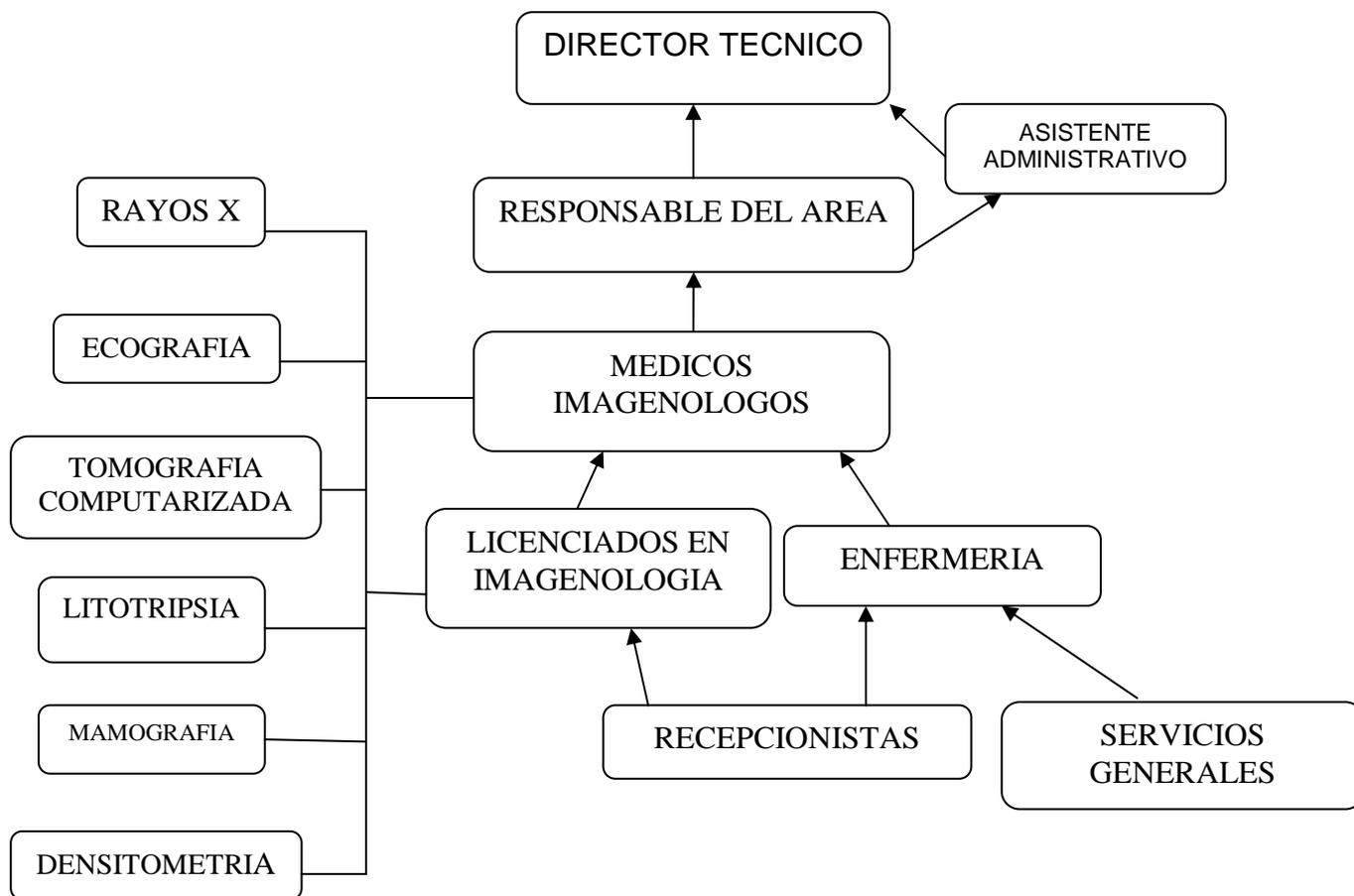
Realizar estudios Imagenológicos justificados de acuerdo a su disponibilidad, procurando lograr satisfacción de sus usuarios.

PLANTA FISICA

El servicio de Imagenología del Hospital IESS Manta, está compuesta funcionalmente por:

- Una sala con equipo de rayos x convencional
- Una sala con equipo de rayos x telecomandado
- Una sala con dos equipos de ecografías
- Una sala con equipo de tomografía computarizada
- Una sala con equipo de litotriptor
- Una sala con equipo de densitometría ósea
- Una sala de mamografía
- Una sala de enfermería
- Una sala de recepción
- Una sala de archivo imagenológico
- Una sala de secretaria
- Una sala de interpretación
- Una sala de cuarto oscuro
- Una sala de digitalización
- Una oficina técnico-administrativa.
- Cuatro baños
- Cuatro vestidores

ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA



POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS EN EL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA

El personal del departamento de Imagenología es el responsable de cumplir este procedimiento y mantenerlo actualizado. Los servidores del departamento deberán buscar la protección del paciente mediante el puntual cumplimiento del código de ética institucional. El trato a pacientes debe ser cordial, amable, con prontitud y eficiente.

El personal asume la responsabilidad dentro de su área de competencia y dentro del turno correspondiente de las actividades y o funciones que le son asignadas, así

como del cuidado y buen uso del equipo para el desempeño de sus labores cotidianas.

Las relaciones interpersonales dentro del departamento se deben efectuar dentro de un marco de respeto mutuo y profesionalismo. Trámite oportuno de las solicitudes recibidas en el área de recepción. Identificación plena del personal ante los solicitantes que requieran de la recepción de Departamento de Imagenología. El personal del departamento portará el uniforme establecido por parte de la Institución para el personal, dentro del área correspondiente.

MEDICO JEFE DE RADIOLOGIA

Esta jefatura depende directamente de la dirección técnica y sus funciones son:

- Supervisar el trabajo del servicio.
- Relacionarse con dirección, subdirección, servicios clínicos y de apoyo, a objeto de optimizar la marcha del Servicio.
- Organizar, junto al licenciado en imagenología Jefe, las reuniones clínicas y administrativas del Servicio.
- Procurar que el personal de su servicio esté en constante capacitación de acuerdo a las necesidades del servicio.
- Preocuparse de que el usuario que concurran a su servicio sea atendido en forma oportuna y respetuosa.
- Planificar, programar y supervisar el trabajo del servicio, su mantención y crecimiento con la mejor utilización de los recursos humanos, materiales y tecnológicos.
- Realizar funciones administrativas (firmar todos las comunicaciones y requisiciones internas, etc.)
- Delegar funciones cuando este tome vacaciones o permiso.
- Autorizar vacaciones, permisos administrativos del personal.
- Realizar exámenes e informes según lo determine su horario.

FUNCIONES DE MEDICO RADIOLOGO

- Realizar exámenes de ecografía y estudios especiales en las diferentes áreas.
- Informar exámenes de radiología, ecografía, tomografía, mamografía y densitometría.

FUNCIONES DEL LICENCIADO EN IMAGENOLOGIA JEFE

- Organizar junto con el médico jefe las reuniones clínicas y administrativas del Servicio.
- Supervisar la parte administrativa del Servicio: hacer pedidos de gas de farmacias, aseo y escritorio cuando corresponda.
- Programar los turnos correspondientes a cada sala de los licenciados.
- Realizar horario mensual de los licenciados en las diferentes áreas.
- Realizar calendarios de vacaciones, organizar permisos. Solicitar suplencias en caso de licencias ó feriado legal del personal titular siempre y cuando lo autorice la dirección técnica o el director del Hospital.
- Debe hacer la orientación del personal nuevo que ingresa al servicio.
- Debe preocuparse que la preparación que se realice a los licenciados nuevos tenga incidencia en: manejo de material radiosensible, protección radiológica, trabajo en las distintas salas y preparación de medios de contraste.
- Tiene a cargo la Bodega de los insumos, debe preocuparse de dejar el material para el personal de turno.
- Realizar el pedido mensual de los insumos de bodega de farmacia.
- Coordinar la mantención de las máquinas o cualquier problema que ellas tenga con el médico jefe de radiología, dirección técnica y jefe de servicios generales.
- Organizar equipo de profesionales en los procesos de funcionamiento del servicio.
- Participar activamente en la información que genera la unidad que contribuye a la gestión hospitalaria en producción y financiamiento.
- Coordinar y optimizar la dación de hora de pacientes hospitalizados.
- Supervisión de medios de protección radiológicas de acuerdo a las normas vigentes.

LICENCIADO DE SALA

- Atender a los pacientes con diligencia, respeto y amabilidad.
- Explicar a los pacientes los procedimientos que se le efectuarán, contestar sus preguntas.
- Realizar los exámenes de la sala que le correspondan con eficiencia, teniendo el criterio suficiente para priorizar las urgencias.
- Preservar el cuidado de los equipos.
- Optimizar recursos de materiales imagenológico.
- Verificar el nombre del paciente, edad, previsión, procedencia, examen, diagnóstico y firma del médico solicitante antes de realizar el procedimiento.
- Verificar que el examen tomado lleve el nombre claramente legible, fecha y marca correspondiente.
- Verificar que la urgencia haya sido despachada en forma inmediata.
- Verificar los medios de contraste, su fecha de vencimiento, etc. Hacer anamnesis previa al paciente sobre posibles reacciones alérgicas.
- Solicitar el consentimiento informado, con el valor de la creatinina, para determinar que medio de contraste se utilizará en el procedimiento.
- Hacerse responsable del examen, firmando la orden a realizar.
- Supervisar protección radiológica del paciente y personal que trabaje con él.
- Preguntar si la paciente está embarazada. En caso que sea estrictamente necesario realizar el examen según la indicación del clínico, se debe solicitar consentimiento informado.
- Realizar preparación de líquidos y mantención de la procesadora automática de películas cada semana.
- Realizar estudios con equipo portátil.
- Realizar estadística diaria, concentrado mensual por estudio, material utilizado y entregarlo oportunamente en el periodo establecido al asistente administrativo con su debido respaldo.
- Solicitar a su jefe inmediato material a utilizarse.
- Reportar por escrito novedades del departamento y al turno consecutivo.
- Cumplir con organigrama funcional.

FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

- Atender a los usuarios con diligencia, respeto y amabilidad.
- Explicar a los pacientes los procedimientos que se le efectuaran y contestar sus preguntas.
- Preparar los medios de contraste para los exámenes de estudios especiales.
- Trabajar con el médico radiólogo. Llamando pacientes y en la colocación de vías endovenosa, digestivas, etc.
- Avisar al personal de servicio cuando la sala quede sucia.
- Verificar stock de medicamentos en vitrina.
- Verificar fecha de vencimiento de esterilización de equipos y paquetes quirúrgicos. Una vez ocupados los equipos, debe proceder a lavarlos y llevarlos a esterilización.
- Despachar a los pacientes una vez terminado el examen.
- Solicitar medicamentos al licenciado en Imagenología jefe.
- Cumplir con organigrama funcional.
- Avisar al licenciado en Imagenología de alguna urgencia.
- Estar preparado ante una posible reacción del medio de contraste.
- Ayudar en las diferentes salas de exploración de pacientes.

FUNCIONES DE RECEPCION

Registros de exámenes.

Entrega de exámenes a pacientes de otras unidades o personal de médico y/o enfermería.

Llevar registros de control de citas en las diferentes áreas por especialidad.

Informar al personal médico o paramédico de estudios solicitados.

Citar cronológicamente estudios por día, hora, turno, y profesional en las diferentes áreas.

Mantener ordenadamente el archivo activo y pasivo por número de historia clínica por paciente.

Proporcionar al usuario información necesaria.

Mantener comunicación interdepartamental.

Transcripción de informes en las diferentes áreas

Priorizar estudios en Imagenología

Solicitar material de oficina al Licenciado en Imagenología jefe.

Respetar organigrama funcional.

AUXILIAR DE SERVICIO

- Hacer aseo en las diferentes áreas. Limpiar los pisos con paño húmedo ó cloro según corresponda.
- Mantener pisos limpios.
- Sacar papeles de los cestos de basura, de todas las salas, baño personal, baño público, etc. 3 veces al día (8:00, 12:00 y 17:00 hrs.).
- Debe limpiar los lavamanos.
- Llevar ropa sucia a la lavandería.
- Llevar correspondencia, buscar los pedidos a bodega de farmacia, escritorio, aseo, etc.
- Mantener baños limpios.
- Mantener cloro diluido en las salas.
- Desinfectar pisos, equipos cuando sea necesario.
- Limpiar vidrios y persianas.
- Sacar la basura todos los días para evitar los malos olores.

RADIOLOGIA

PACIENTES POLI TRAUMATIZADOS

DEFINICION.- son quienes tienen han recibido algún tipo de accidentes que van en contra de su integridad física y acuden a la urgencia inmediatamente luego de un accidente.

REQUISITOS.-presentar orden física o electrónica además si es derivado de otra casa de salud previa a su presentación al servicio debe de actualizar sus datos.

PREPARACION.-ninguna

POSICIONES.-

- Cráneo 3 planos: Paciente en decúbito dorsal. Radiografía lateral de cráneo con rayo horizontal.
- Columna cervical 2 planos: No retirar cuello cervical. Paciente en decúbito dorsal con placa lateralizada.
- Paciente en tabla: Solo retirar previa autorización del médico.

NORMAS DE PROCEDIMIENTO GENERAL

Exámenes que no requieren preparación:

- Mano
- Muñeca
- Antebrazo
- Codo
- Húmero
- Hombro
- Clavícula
- Escápula
- Esternón
- Articulación acromioclavicular.
- Tórax
- Columna cervical
- Columna dorsal
- Cráneo-orbitas.
- Cara
- Malar
- Cavidades paranasales
- Agujeros ópticos.
- Maxilar superior e inferior
- Oídos
- Fémur
- Pelvis de adulto (diagnóstico, fractura).
- Rodilla

- Tobillo
- Pie
- Pelvis niño
- Pierna

Exámenes con preparación previa:

A) En ayunas:

- Esófago, estómago y duodeno.
- Tránsito intestinal.
- Fistulografía
- Colangiografía endoscópica
- Pielografía ascendente.
- Arteriografía.
- Mielografía.

B) En ayunas y laxante:

El laxante puede ser:

- 60 cc.de aceite de ricino (a las 19:00 hrs. del día anterior al examen)
- dulcolax (a las 19 hrs. del día anterior al examen)
- Columna total panorámica.
- Columna lumbar o lumbosacra.
- Sacrocoxis.
- Pelvis adulto (diagnóstico metástasis).
- Renal y vesical simple.

Exámenes que requieren de una preparación específica:

1.- UROGRAMA EXCRETOR:

Requiere de dos días de preparación.

Día anterior al examen dieta líquida más laxante nocturno

Día del examen en ayunas o estar mínimo 5 horas en ayunas.

2.- ENEMA BARITADO DE COLON DOBLE CONTRASTE:

Primer día: Régimen liviano.

Segundo día: Dieta líquida más laxante y enemas evacuantes

Tercer día: Debe presentarse en ayunas para la realización del examen.

3.-COLANGIOGRAFIA POST-OPERTATORIA:

Paciente debe pinzar la sonda "T", La noche anterior al examen.

Debe presentarse en ayunas el día del examen.

4.- HISTEROSALPINGOGRAFIA:

Se debe realizar el examen idealmente los días9 a 10 días luego de iniciada la menstruación.

5.- URETROCISTOGRAFIA:

Paciente debe venir con un buen aseo genital. Encaso de pacientes mujer, no se debe realizar el examen al presentarse menstruación.

ECOGRAFIA

DEFINICION.- es un método de diagnóstico por imágenes que estudia los órganos en movimiento, tamaño y forma.

REQUISITOS.- presentar orden física o electrónica además si es derivado de otra casa de salud previa a su presentación al servicio debe de actualizar sus datos.

EXAMENES QUE NO REQUIEREN PRERPARACION PREVIA:

- Ecografía tiroidea.
- Ecografía mamaria.
- Ecografía testicular.
- Ecografía de partes blandas.

EXAMENES QUE RQUIEREN PREPARACION ESPECÍFICA:

- Ecografía abdominal, renal y doppler color vascular abdominal:
- Paciente debe tener un ayuno de al menos 4 horas.

- Ecografía pelviana masculina y femenina:

Paciente debe presentarse al examen con vejiga llena, debe tomar entre 1a 2 litros de agua antes del procedimiento y no orinar.

En caso que el paciente se encuentre con sonda vesical, se debe pinzar la sonda 2 horas antes del examen.

TOMOGRAFIA

DEFINICION.- es un método de diagnóstico por imágenes que estudia los órganos en tamaño y forma.

REQUISITOS.- presentar orden física o electrónica además si es derivado de otra casa de salud previa a su presentación al servicio debe de actualizar sus datos.

EXAMENES QUE NO REQUIEREN PREPARACION:

- Tac de cerebro simple.
- Tac de cavidades paranasales.
- Tac de columna: Cervical, Dorsal, Lumbar.

EXAMENES QUE REQUIEREN PREPARACION PREVIA:

Ayuno de 4 horas en caso de administrar medio de contraste:

- Tac de cerebro.
- Tac de abdomen.
- Tac de pelvis.
- Tac de tórax.
- Tac de silla turca.
- Tac de extremidades.
- Tac de cuello.
- Angiotac

PROTOCOLO DE ANESTESIA

Los niños menores de 5 años o más edad que necesitan de anestesia para poder realizarse scanner deben cumplir con ciertos requisitos:

1.- Los familiares se acercan como primera instancia a la secretaria de sedación de horas de Imagenología, la cual da las indicaciones de los pasos a seguir: pase del pediatra, hospitalización, firma de los protocolos, etc.

2.- Posteriormente el paciente debe tener una evaluación por Pediatría para la obtención del pase anestésico. Dicha evaluación es realizada el día antes del procedimiento en donde se citan a todos los pacientes que serán sometidos a este procedimiento.

3.- El pediatra indica régimen cero (especificando las horas necesarias de ayuno antes del procedimiento, fleboclisis y sedación por anestesia).

4.- El personal de enfermería de Imagenología entrega las indicaciones de ayuno, material necesario para la hospitalización (pijama corto, pañales y explica a su vez procedimiento a realizar).

5.- Firmar protocolo para procedimiento de uso de medio de contraste dependiendo del scanner a realizar.

6.- El personal de enfermería deberá especificar en listado de pacientes que serán sometidos a scanner y cuál de estos llevan o no medio de contraste, para evitar descoordinación entre el servicio de pediatría y el nuestro.

7.- Los niños son traídos del servicio de pediatría a scanner, donde se realiza examen solicitado.

8.- Una vez realizado el procedimiento el niño es llevado al servicio de Pediatría, con ficha clínica y hoja de control de anestesia.

9.- Una vez en el Servicio de Imagenología los niños son evaluados, se recuperan de su anestesia, son observados más o menos 1 a 2 horas y posteriormente son dados de alta.

10.- Las indicaciones del alta son entregadas por el personal de enfermería bajo las instrucciones del médico anesthesiólogo.

PROTOCOLO DE PACIENTE EMBARAZADA

1.- La paciente embarazada debe poner en antecedente a su médico tratante de su estado.

2.-Se realizan los exámenes que tengan clínicamente estricta indicación y que no puedan ser reemplazados por otro método de imágenes que no irradie. El médico radiólogo evalúa cada situación en particular intentando siempre que sea posible no exponer a la embarazada a radiaciones ionizantes, especialmente durante los tres primeros meses.

3.- El licenciado en Imagenología que va a realizar el examen le informa a la paciente los riesgos de la radiación y le hace firmar la orden que autorice realizarse el examen (consentimiento informado)

4.- El licenciado en Imagenología deberá aplicar las medidas de protección radiológica al realizar el examen a fin de irradiar lo menos posible.

NORMAS DE PROCEDIMIENTO PARA ESTUDIOS RADIOLOGICOS

EXAMENES DE: EXTREMIDAD SUPERIOR Y EXREMIDAD INFERIOR.

Se realizan siempre radiografías frontal y lateral, a excepción de mano y pie en diagnóstico de fracturas, se deben hacer en posición frontal y oblicua.

EXAMENES DE CINTURA ESCAPULAR.

Estas proyecciones se realizan con bucky y difieren según su diagnóstico.

RADIOGRAFÍA DE HOMBRO

FRACTURAS: Radiografía anteroposterior.

LUXACION: Radiografía anteroposterior y axial.

ARTROSIS, ARTRITIS Y HOMBRO DOLOROSO: radiografía anteroposterior con rayo angulado en 20 grados caudal, en rotación interna y externa.

RADIOGRAFÍA DE CLAVÍCULA

Proyección frontal.

RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN

Frontal y lateral.

EXAMENES DE CINTURA PELVIANA:

Radiografía de pelvis.

Radiografía de cadera alar u obturatriz: En caso de fracturas de cotilooramasisquiopubianas.

Radiografía de sacrococxis: proyección frontal y lateral.

EXAMENES DE COLUMNA

RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL, DORSAL, LUMBAR Y LUMBOSACRA

Proyección.- frontal lateral.

En caso de diagnóstico de cervicobraquialgia se debe tomar columna cervical cuatro planos.

EXAMENES DE CRANEO Y CARA.

Radiografía de cráneo en diagnóstico de TEC: placa frontal, lateral y townes.

Radiografía de cráneo en diagnóstico de cefaleas, síndrome vertiginoso y metástasis: placa frontal y lateral.

Radiografía de cavidades paranasales: se toman proyecciones de Cadwell y Watters.

Radiografía de mares: se toman placas frontal y localizada.

Radiografía de agujeros ópticos: se toman placas según Risse (paciente en decúbito ventral, plano sagital 35 grados, rayo perpendicular).

Radiografía de oídos: según diagnósticos se toman las siguientes proyecciones:

Otitis media: Schuller y Mayer.

Fracturas: Schuller.

Síndrome vertiginoso: Stenvers y Transorbitaria.

Radiografía de cavum rinofaríngeo: paciente en posición de pie o sentado, en posición lateral estricto, entrando en zona rinofaríngea, en el momento de la toma del examen el paciente debe tener la boca abierta y respirar por la fosa nasal.

Distancia foco película 150 cms.

EXAMEN DE ABDOMEN

Posición de pie: Abdomen agudo, traumatismo abdominal, ulcera perforada, obstrucción intestinal, apendicitis, peritonitis y pancreatitis.

Posición decúbito dorsal: Litiasis renal, vesical, y DIU ectópico.

RADIOGRAFIA DE TORAX ANTEROPOSTERIOR

Posición de pie: distancia foco película 1.80 mts., radiografía tomada con el paciente en posición pósterioanterior, colocar con su respectiva marca derecha.

EXAMENES DIGESTIVOS

ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO EN PACIENTES ADULTOS

MATERIALES:

250 grs. de sulfato de bario diluido en 120 cc.de agua, un sobre de gránulos efervescentes.

PROCEDIMIENTO:

El licenciado en Imagenología ubica al paciente en posición de pie, se da a tomar el sobre de gránulos efervescentes, luego se da de beber el sulfato de bario y bajo control fluoroscópico el médico radiólogo realiza las siguientes radiografías:

- Primera placa: 24x30 dividida en 2, paciente en posición oblicua para estudio de tránsito esofágico.

- Segunda placa: 24x30 panorámica, centrada en estómago y paciente en decúbito dorsal.

- Tercera placa: 24x30 dividida en 2, paciente en decúbito dorsal, centrado en estómago.
- Cuarta placa: 24x30 panorámica, paciente de pie centrada en estómago.
- Quinta placa: 18x24 dividida en 4, centrada en estómago y bulbo duodenal con compresión.
- Sexta placa: 24x30 dividida en 2, decúbito ventral centrado en unión gastroesofágica.

En caso de estado de reflujo dar de beber una pequeña cantidad de líquido y ver con fluoroscópico, paciente en decúbito dorsal.

ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO PEDIATRICO

MATERIALES:

100 grs. de sulfato de bario diluido en 200 ml. de leche.

PROCEDIMIENTO:

El licenciado en Imagenología ubica al paciente en decúbito dorsal, se da a beber la mamadera con sulfato de bario, bajo control radioscópico el médico radiólogo controla tránsito faringo-esofágico verificando la existencia o "NO" de reflujo hacia vía aérea, se realizan las siguientes radiografías:

- Primera placa: 18x24 dividida en 2, focalizando tránsito faríngeoesofágico.
- Segunda placa: 18x24 panorámica focalizada en estómago.
- Tercera placa: 18x24 dividida en dos, para estudio de bulbo y arco duodenal.
- Cuarta placa: 18x24 dividida en 2, paciente en decúbito dorsal, se estudia reflujo gastroesofágico, de existir se registra tomando placas, de lo contrario se debe controlar a lo menos 10 minutos con radioscopia pausada.

ENEMA BARITADO DE COLON DOBLE CONTRASTE

MATERIALES:

- 600 grs. de sulfato de bario diluido en 600 cc.de agua tibia.
- 1 ampolla de buscapina.
- 1 bolsa de enema.

- 2 pares de guantes.

PROCEDIMIENTO:

- A) El personal de enfermería ubica al paciente en decúbito dorsal, le instala la cánula y se procede a contrastar el colon bajo control radioscópico.
- B) Paciente de pie, se procede a vaciar el medio de contraste a la bolsa.
- C) Se administra aire para distender las asas del colon.

Con el paciente en decúbito dorsal se realizan las siguientes radiografías:

- Primera placa: 24x30 panorámica centrada en zona recto sigmoidea, AP.
- Segunda placa: 24x30 panorámica centrada en zona rectosigmoidea Lateral.
- Tercera placa: 24x30 panorámica centrada en ángulo esplénico.
- Cuarta placa: 24x30 panorámica centrada en ángulo hepático.

Con el paciente en posición de pie:

- Quinta placa: 35x35 panorámica centrada en colon.
- Sexta placa: 35x35 oblicuas.

TRANSITO INTESTINAL

MATERIALES:

300 grs. de sulfato de bario diluido en 120 cc.de agua, un sobre de gránulos efervescentes.

PROCEDIMIENTO:

Con el paciente en posición de pie el licenciado en Imagenología le da a tomar el sobre de gránulos efervescentes, luego se da a beber el sulfato de bario y bajo control fluoroscópico el médico radiólogo realiza las siguientes radiografías:

- Primera placa: 35x35 dividida en 3, paciente en posición oblicua para estudio de tránsito esofágico.
- Segunda placa: 24x30 panorámica, centrada en estómago y paciente en decúbito dorsal.

- Tercera placa: 24x30 dividida en 2, paciente en decúbito dorsal, centrado en estómago.
- Cuarta placa: 24x30 panorámica, paciente de pie centrada en estómago.
- Quinta placa: 18x24 dividida en 4, centrada en estómago y bulbo duodenal.
- Sexta placa: 35x35 panorámica, visualizar intestino delgado.
- Séptima placa: 35x35 panorámica, a los 15 minutos de iniciado el examen con el paciente en posición de pie y decúbito dorsal.
- Octava placa: 35x35 panorámica, después de 30 minutos con el paciente de pie y decúbito dorsal.

NOTA: El examen se debe terminar cuando el medio de contraste llega al ciego, registrándose el tiempo que demora el tránsito intestinal.

TRANSITO ESOFAGICO PARA ESTUDIO DE INGESTION DE CUERPO EXTRAÑO

MATERIALES:

250 grs. de sulfato de bario diluido en 120 cc.de agua.

PROCEDIMIENTO:

- El personal de enfermería ubica al paciente en posición de pie y oblicua, seda a beber un sorbo de sulfato de bario y el médico radiólogo controla bajo fluoroscópico, dejando registro radiográfico, se utiliza 35x35 dividido en 3.
- Luego se da a beber agua y se controla bajo fluoroscópico. Dejado registro radiográfico, se puede dar junto al líquido una pequeña mota de algodón. La idea es observar si el medio de contraste se mantiene, esta es la zona, donde estará el cuerpo extraño.
- Finalmente se da a beber otro sorbo de sulfato de bario y se toma la placa.

COLANGIOGRAFIA POST OPERATORIA

MATERIALES:

1 Medio de contraste hidrosoluble 30 ml

1 ampolla de agua bidestilada.

1 jeringa de 20 cc.

1 pinza.

Guantes.

PROCEDIMIENTO:

El personal de enfermería ubica al paciente decúbito dorsal, se pinza la sonda "T" y se procede a inyectar medio de contraste diluido (15 cc de medio de contraste en 5 cc. de agua bidestilada) y bajo control fluoroscópico el médico radiólogo realiza las siguientes radiografías:

Primera placa: 18x24 dividida en dos.

A) Se toma con el mínimo de contraste.

B) Se sigue inyectando y se centra en colédoco.

Segunda placa: 24x30 panorámica centrando la vía biliar.

Tercera placa: 24x30 dividida en cuatro.

Rama hepática izquierda.

Rama hepática derecha.

Hepatocolédoco.

Colédoco distal.

Cuarta placa: Paciente de pie, placa 18x24, tardía para ver vaciamiento de vía biliar.

EXAMENES EN EL SISTEMA URINARIO

NOTA: En caso de litiasis residual, se debe tomar placa 18x24 dividida en cuatro centrando a nivel del cálculo, las dos primeras radiografías paciente en decúbito dorsal, y las dos últimas paciente en posición de pie para estudiar desplazamiento de cálculo.

UROGRAMA EXCRETOR

MATERIALES:

- Medio de contraste, según el consentimiento informado que realiza el paciente, el medio de contraste puede ser: IONICO ó NO IONICO.

CONTRASTE IONICO

Urografina, Conray, etc.

CONTRASTE NO IONICO

Iopamiron, Optiray, Ultravist, etc.

El contraste No Iónico se utiliza en caso de:

Paciente hipertenso.

Paciente Diabético

Asmático

Patología Renal Pre-existente

Pacientes con patologías cardiovasculares

Mala tolerancia o alergia a los medios de contraste iónicos

Edad avanzada (mayores de 70 años.)

Niños

- Jeringas 60 cc. y 3 cc.
- Riñón estéril, aguja 19, mariposa G.21 ó G19, bajada de suero.
- Guantes según normas.
- Bandeja con medicamentos de urgencia (solu-cortef de 100 mg., epinefrina, adrenalina, aminofilina, suero fisiológico, ringer)
- Esfigmomanómetro, ambú.

PROCEDIMIENTO:

1. El licenciado en Imagenología procede a realizar anamnesis al paciente y se le explica en que consiste el examen.
2. Le toma una simple de abdomen.
3. Comprime al paciente.

4. Le inyecta contraste vía endovenosa según protocolo. Dosis: 1 cc. por kilo de peso.
- 6- Primera placa a los 5 minutos.
- 7- Segunda placa a los 10 minutos.
- 8- Tercera placa a los 25 minutos.
- 9- Cuarta placa vesical.
- 10- Quinta placa, post-miccional.

URETROCISTOGRAFIA ADULTO MUJER

MATERIALES:

- Medio de contraste (3 frascos de 50 cc c/u).
- Suero fisiológico (500 cc.).
- Equipo de uretro estéril.
- Vaselina líquida en ampolla.
- Sonda nelaton nº12.
- Material para aseo genital (algodón, jabón, agua tibia, toalla nova).

PROCEDIMIENTO:

1. El licenciado en Imagenología realiza anamnesis del paciente y explicación del examen.
2. El profesional de enfermería realiza aseo genital.
3. El profesional de enfermería instala sonda nelaton nº12.
4. Se inyecta medio de contraste al 30% hasta que el paciente tenga deseos de orinar. Capacidad de llene de vejiga aproximadamente 300 cc.
5. Se toma placa frontal con vejiga llena.
6. Segunda placa, oblicua con paciente en micción.
7. Tercera palca lateral en micción, cuando el diagnóstico es de incontinencia urinaria al esfuerzo.
8. Cuarta placa, post-miccional.

URETROCISTOGRAFIA ADULTO HOMBRE

MATERIALES:

- Medio de contraste (se usan 3 frascos de 50cc c/u).
- Suero fisiológico (500 cc.)
- Sonda Foley n° 12.
- Equipo de uretro estéril.
- Guantes según normas.
- Materiales para aseo genital (algodón, jabón, agua tibia, toalla nova).
- Clorhexidina de uso tópico.
- Vaselina líquida en ampolla.

PROCEDIMIENTO:

1. El licenciado en Imagenología realiza anamnesis del paciente y explicación del examen.
2. El profesional de enfermería realiza el aseo genital.
3. Vesical simple.
4. El profesional de enfermería instala sonda Foley n° 12, según normas de infección intrahospitalaria.
5. Se toma placa oblicua de uretra con inyección de medio de contraste al 30%
Dosis: 30 cc.
6. Segunda placa, vejiga llena.
7. Tercera placa, oblicua con paciente en micción.
8. Post-miccional.

URETROCISTOGRAFIA PEDRIATICA

ESTE EXAMEN LO REALIZA EL MEDICO RADIOLOGO.

MATERIALES:

- Medio de contraste (1 frascos de 50 ml).
- Suero fisiológico 500 cc.

- Equipo de microgoteo.
- Sonda de alimentación n°5.
- Equipo de uretro estéril.
- Clorhexidina (solución tópica en agua).
- Materiales de aseo genital (algodón, jabón, agua tibia, toalla nova).
- Vaselina líquida en ampolla.

PROCEDIMIENTO:

1. El licenciado en Imagenología realiza anamnesis del paciente y explicación del examen.
2. Procede a realizar aseo genital.
3. El médico radiólogo instala sonda de alimentación n°5.
4. Instalación del medio de contraste al 30% en microgoteo
Dosis: según capacidad de llene de vejiga, 30 c. de medio de contraste diluido en 70cc. de suero fisiológico.
5. El médico radiólogo monitorea bajo radioscopia pausada si hay reflujo vesicoureteral, llene de vejiga (estudiando forma, tamaño y posición), abertura del cuello vesical, etc. y dejar registro radiográfico tomando placas frontales, oblicuas y laterales según corresponda.
6. Post-miccional en placa que incluya riñones.

EXAMENES GINECOLOGICOS

HISTEROSALPINGOGRAFIA

MATERIALES:

- Medio de contraste (1 frasco).
- Equipo den histero estéril.
- Clorhexidina (solución tópica en agua).
- Guantes según normas.
- Linterna.
- Toalla nova, apósito grande.

PROCEDIMIENTO:

1. El licenciado en Imagenología realiza anamnesis del paciente y explicación de examen.
2. El profesional de enfermería ubica al paciente en decúbito dorsal en posición ginecológica.
3. El médico radiólogo procede a instalar:
Espéculo.
Cánula de inyección.
4. El médico radiólogo bajo control radioscópico procede a inyectar 20 cc. de medio de contraste, se supervisa paso de medio de contraste al útero y trompas de Falopio, dejándose registro radiográfico en placa frontal, oblicua y posición de pie según corresponda.
5. Se utiliza placa 18 x 24 panorámica.

COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA

ESTE EXAMEN ES REALIZADO POR EL MEDICO ENDOSCOPISTA,

MATERIALES:

- Medios de contraste (1 frasco).
- Carro de endoscopía (endoscopio, equipo de video, cámara de TV, suero fisiológico, agua bidestilada, electrobisturí, bomba de aspiración, medicamentos de urgencia, guantes, toalla nova, gasas, etc.)
- Lidocaína en spray.
- Buscapina.
- Dormonid.
- Oxímetro de pulso.

PROCEDIMIENTO:

1. El endoscopista realiza anamnesis de paciente y explicación del examen.
2. Ubica al paciente en decúbito lateral.
3. Se procede a administrar sedación del paciente (realizada por el profesional de enfermería de endoscopía, previa indicación del médico endoscopista).
4. Médico endoscopista procede a instalar endoscopio en la primera porción del duodeno, luego cateteriza la papila y bajo control fluoroscópico realizado por

licenciado en Imagenología se procede a inyectar medio de contraste diluido al 30%, 30 cc.

5. El licenciado en Imagenología realiza control fluoroscópico y se toman radiografías en 24 x 30 panorámica del colédoco y vía biliar en posición lateral, oblicua o frontal según corresponda y según indicaciones del médico.

NOTA: En caso de haber cálculo en el colédoco se procede a retirarlo usando el canastillo, previamente se realiza esfinterotomía.

MAMOGRAFIA

Se toman proyecciones cráneo caudal derechas e izquierdas y medio oblicualateral derecha e izquierda. Según su patología se puede tomar localizada y magnificada.

Se clasifican según la patología en:

- BIRADS 0
- BIRADS I
- BIRADS II
- BIRADS III
- BIRADS IV
- BIRADS V
- BIRADS VI

PRECAUCIÓN:

- Colocar la placa primero antes de posicionar la mama.
- Limpiar con alcohol puro el compresor entre una paciente y otra.
- La pieza operatoria manejarla con guantes y cuando se comprime la muestra debe hacerse entre dos papeles absorbentes en forma de sándwich. Limpiar antes y después de la proyección con alcohol puro.

Se realizan las proyecciones habituales:

CC derecha

CC izquierda

Oblicua lateral derecha

Oblicua lateral izquierda

Según las imágenes obtenidas se puede complementar con proyecciones de:

MAGNIFICACION, LOZALIZADAS.

Se usa una clasificación universal denominada BIRADS. Breast Imaging Reporting And Data System

CLASIFICACION BIRADS:

B0No concluyente

B1Normal

B2Típicamente benigno

B3Probablemente benigno

B4Probablemente maligno

B5Alta sospecha de cáncer

ECOGRAFIAS

ABDOMEN SUPERIOR

PREPARACION:

- Paciente debe tener un ayuno de 4 hrs mínimo.

PROCEDIMIENTO:

El profesional de enfermería ubica al paciente en decúbito dorsal, el médico radiólogo examina la región abdominal en sentido longitudinal y transversal, identificando y registrando los siguientes órganos:

- Hígado
- Vesícula.
- Vía biliar.
- Páncreas.
- Riñón derecho e izquierdo.
- Bazo.
- Aorta abdominal.
- Vena cava inferior.
- Cavidad abdominal

ECOGRAFIA RENAL

PREPARACION:

Paciente requiere ayuna de 4 horas idealmente.

PROCEDIMIENTO:

El personal de enfermería ubica al paciente en decúbito dorsal, el médico radiólogo examina y realiza cortes longitudinales y transversales de las áreas renales dejándose registro de cada riñón.

ECOGRAFIA PELVIANA MASCULINA

PREPARACION:

El paciente debe presentarse al examen con vejiga llena.

PROCEDIMIENTO:

El profesional de enfermería ubica al paciente en decúbito dorsal, el médico radiólogo examina la región pelviana en sentido longitudinal y transversal, dejándose registro de:

- Vejiga.
- Vesículas seminales.
- Glándula prostática, midiendo su dimensión y volumen.
- volumen después de la micción cuando es solicitado específicamente por el clínico

ECOGRAFIA TIROIDEA

PREPARACION:

Paciente no requiere preparación previa.

PROCEDIMIENTO:

El personal de enfermería ubica al paciente en decúbito dorsal, con la cabeza en hiperextensión, luego el médico radiólogo procede a examinar la región cervical, en sentido longitudinal, transversal evaluando y dejando registros de:

- Glándula tiroidea.
- Grandes vasos.
- Linfonódulos
- Submaxilares

ECOGRAFIA MAMARIA

PREPARACION:

Paciente no requiere preparación previa.

PROCEDIMIENTO:

El profesional de enfermería ubica al paciente en decúbito dorsal, luego el médico radiólogo procede a examinar la región mamaria en sentido longitudinal y transversal, dividiéndola para su estudio en cuatro cuadrantes y obteniendo registros de cada uno de ellos.

ECOGRAFIA TESTICULAR

PREPARACION:

Paciente sin preparación previa.

PROCEDIMIENTO:

El profesional de enfermería posiciona al paciente en decúbito dorsal, luego el médico radiólogo examina los testículos, epidídimos y cavidades escrotales en sentido longitudinal y transversal, obteniéndose registros comparativos de ambos testículos.

ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS

PREPARACION:

Paciente no requiere preparación previa.

PROCEDIMIENTO:

El profesional de enfermería posiciona al paciente según corresponda al sitio de exploración, luego el médico radiólogo examina la región a estudiar en sentido longitudinal y transversal, dejando registro de cada uno de ellos.

ECOGRAFIA CEREBRAL EN LACTANTES

Para realizar este examen el paciente debe tener la fontanela anterior abierta.

PROCEDIMIENTO:

El profesional de enfermería ubica al paciente en decúbito dorsal, el médico radiólogo examina la región encefálica a través de la fontanela anterior, en sentido sagital y coronal y se obtiene registro de cada uno de ellos.

ECOGRAFIA PELVIANA FEMENINA

PREPARACION:

Paciente debe tener vejiga llena.

PROCEDIMIENTO:

El profesional de enfermería ubica al paciente en decúbito dorsal, el médico radiólogo examina con transductor 3,5 o 5 MHZ, registrando primero vejiga, útero y ambos anexos.

Se debe medir longitud uterina y volumen de los anexos.

Se toman como norma general: 12 fotos en las ecografías abdominales y 6 en las restantes.

ECO DOPPLER DUPLEX COLOR.

- Uso de transductor lineal 4-9
- Estudio en escala de grises de región a evaluar.
- Estudio color.
- Análisis espectral de curvas doppler.
- Se toman alrededor de 8 fotos por examen con papel a color.

PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES QUE REQUIEREN SERVICIO DE EMERGENCIA

El manejo de pacientes está vigilado por el médico anestesiólogo de turno en el área de Imagenología. Los pacientes que tienen una historia de alergias múltiples, asma o reacciones previas a medios de contraste radiopacos deben ser preparados con CORTICOIDES y ANTIHISTAMINICO antes de la inyección de un medio de contraste convencional. (Ejemplo: bloqueadores H1 de histamina tales como difenhidromina).“Si no es posible realizar el pretratamiento y el examen con medio de contraste es perentorio, debería administrarse un medio de contraste “NOIONICO”.

Al paciente alérgico se le da la siguiente premedicación:

LORATADINA DE 10 mg

Debe administrarse una de cada una:

12 horas antes del examen.

6 horas antes.

1 hora antes.

Las reacciones pueden ser anafilactoideas o quimiotóxicas.

ANAFILACTOIDEAS: Ocurren en forma impredecible y son independientes de las dosis o concentración del agente.

EFFECTOS QUIMIOTOXICOS SELECCIONADOS DE LOS MEDIOS DE CONTRASTE INTRAVASCULARES

TRATAMIENTOS DE LAS REACCIONES AGUDAS:

1. No se debe inyectar un medio de contraste en lugar aislado, debe disponer de ayuda inmediata y ser capaz de pedir asistencia adicional en caso de una reacción sistémica grave o paro cardiaco.
2. Se debe disponer del equipo y drogas necesarias para tratar una reacción en forma inmediata.
3. Se debe conocer la historia médica del paciente, el valor de la creatinina, incluyendo factores de riesgo y alergias.
4. Estar entrenado en resucitación cardiopulmonar.

5. Se debe reconocer el tipo específico de reacción para así iniciar el tratamiento apropiado.
6. Asegurarse de una vía expedita en la administración de drogas.

TRATAMIENTOS DE LAS REACCIONES ESPECÍFICAS:

Náuseas y vómitos:

1. Disminuir o detener la inyección del medio de contraste.
2. Tranquilizar al paciente.
3. En caso de persistir las náuseas y vómitos, se debe administrar drogas antieméticas (1 ampolla vía endovenosa, repetir cada 8 horas.)

Urticaria moderada o extensa sin síntomas respiratorios:

El tratamiento probablemente no es necesario si el paciente desarrolla solo unas pocas ronchas o pruritos.

1. Se debe observar al paciente cuidadosamente por si aparecen otros síntomas y signos.
2. Si la urticaria se prolonga y es molesta para el paciente, administrar antihistamínico H1, por ejemplo difenhidramina, se le debe advertir al paciente acerca de la somnolencia provocadas por las drogas.
3. Las reacciones urticarias extensas pueden no responder al administración de un antihistamínico. En tales situaciones la adición de un bloqueador H2 (por ejemplo cimetidina, ranitidina) puede ser beneficiosa.

Espasmo bronquial:

A veces es una reacción primaria al medio de contraste, en caso de broncoespasmo leve o moderado, cuando hay adecuada circulación periférica y no se ha desarrollado hipotensión marcada, se recomienda la administración de 0,1 a 0,2 ml. de una solución de epinefrina al 1/1000 por vía subcutánea. Alternativamente se puede usar un bronco dilatador beta.

Bronco espasmo leve o moderado incluye:

1. Oxígeno (naricera o máscara facial, 3 litros por minuto).
2. 0,1 mg. de epinefrina 1/1000 subcutáneo (adulto).
3. Broncodilatadores por inhalación, una a dos.

4. Aminofilina, vía endovenosa, 1 ampolla de 250 mg. lenta.

REACCIÓN ANAFILACTOIDEA:

Se manifiesta a través de espasmos bronquiales progresivos o grave, hipotensión progresiva o profunda (con taquicardia compensatoria) espasmolaríngeo y angioedema deben ser tratadas rápidamente incluyendo mantención de una vía aérea despejada, oxígeno suplementario, administración de drogas adrenérgicas e infusión de líquidos endovenosos.

La epinefrina debe administrarse por vía endovenosa para proporcionar un efecto rápido (0,1 ml. por minuto). Debe ser usada con precaución en pacientes mayores o en casos de hipoxia ya que pueden causar arritmias cardíacas graves.

Se recomienda el siguiente plan de tratamiento:

1. Oxígeno (nariceta o mascara facial 3 litros por minutos).
2. Fluidos IV: Inyección de NaCl al 0,9 % (suero fisiológico) o solución Ringer.
3. 0,1 mg. de epinefrina al 1/1000 subcutánea adultos.
4. 50 mg. Dedifenhidramina IV adulto.
5. Cimetidina o ranitidina IV (solo en caso de hipotensión refractaria).
6. Corticoides IV.

Reacción vagal: Presentan gradualmente desorientación, aprehensión y sudorización. Si no se trata la reacción puede en 10 o 20 minutos progresara un paro cardíaco.

Bradycardia sinusal (pulso < 50 por minutos).

Hipotensión (presión sistólica < 80 mm. hg.).

Tratamiento:

1. Fluidos IV, inyección de suero fisiológico o ringer, elevando piernas del paciente, trendelemburg.
2. Administración de un miligramo de atropina (adultos), vía endovenosa.

Colapso cardiovascular, Paro cardiaco: Si una reacción vagal severa o anafilactolidea ha llegado al punto de un colapso cardiovascular, fibrilación ventricular o paro cardiaco, deben implementarse las medidas de resucitación cardiopulmonar.

- Vía aérea permeable.

- Monitoreo cardiaco y desfibrilación si es necesario.

Convulsiones: Pueden ser el resultado de un episodio de hipotensión severa o reacción vagal después de la inyección de un medio de contraste.

En caso de persistir se debe administra:

- Anticonvulsionantes como diazepam IV (valium), 1 ampolla vía endovenosa.

- Proteger al paciente de las convulsiones (golpes, caídas, etc., aspiración de cuerpos extraños.

- Monitorear el pulso.

MEDICAMENTOS:

Vómitos: Torecán (1 ampolla vía endovenosa).

Bradycardia Atropina, más de 70 kilos una ampolla. (0,5 mg. a 1 mg., vía endovenosa)

Hipotensión Adrenalina (media a una ampolla, subcutánea o endovenosa, diluida en 9 ml. de agua), se inyecta lentamente.

Taquicardia

TOMOGRAFIA

DEFINICION.- es un método de diagnóstico por imágenes que estudia los órganos en tamaño y forma.

REQUISITOS.- presentar orden física o electrónica además si es derivado de otra casa de salud previa a su presentación al servicio debe de actualizar sus datos.

PROTOCOLO GENERAL MEDICO

1. La orden del paciente debe venir con letra clara y legible, diagnóstico y planificación examen solicitado o por el sistema AS 400.

2. Indicar estudio específico, puntos a investigar.
- 3 Uso de medio de contraste endovenoso según protocolo del paciente y valor de la creatinina, sobre todo en pacientes hospitalizados.
- 4 Uso de medio de contraste oral y rectal, según patología.
- 5 Se explica al paciente en que consiste el examen.
- 6 En el caso que se requiera administrar medio de contraste IV
- 7 Realizar anamnesis por antecedentes alérgicos, para ver qué tipo de contraste debe usarse dentro de los no iónicos: para los pacientes de creatinina elevada o alérgicos.
- 8 Se requiere ayuno mínimo de 4 horas previo al examen.
- 9 Vía venosa según normas de comité de infecciones intrahospitalarias.
- 10 Antes de administrar medio de contraste se debe verificar la vía, ya que se usa bomba inyectora la que el licenciado en Imagenología programa según el examen.

TAC DE CUELLO

Topograma: desde CAE (conducto auditivo externo) hasta aparición de clavículas.

DIAGNÓSTICOS

Laringe y cuerdas vocales.- Simple y Contrastada

Estudio de masa (palpable o conocida).- Simple y Contrastada

Adenopatías.- Simple y Contrastada

Control de Linfomas.- Simple y Contrastada

INYECTOR AUTOMÁTICO

Volumen.- 100 cc

Caudal.- 3 cc / seg.

Retardo.- 30 seg.

TAC DE ABDOMEN

Topograma: desde bases pulmonar hasta las crestas iliacas.

DIAGNÓSTICO

Control postquimioterapia.- valorar fase portal

Desde base tórax hasta piso pelviano.

Hidatidosis.- FASE PORTAL

Desde base tórax hasta piso pelviano.

Dolor abdominal.- FASE PORTAL

Desde base tórax hasta piso pelviano.

Adenopatías.-FASE PORTAL

Desde base tórax hasta piso pelviano.

PANCREATITIS.- ARTERIAL, FASE PORTAL

Si se plantea como único diagnóstico PANCRATITIS CONTROL SOLO FASE PORTAL

CONTROLHEMANGIOMA.- TRIFASICO:

Arterial venoso, tardío a los 15 minutos.

Adquisiciones localizadas en el órgano en estudio

Patología renal.- Fase portal

Desde riñón hasta piso pelviano

Linfomas.- Fase portal

Desde base tórax hasta piso pelviano.

Politraumatizados.- Fase portal, Fase tardía

Desde base tórax hasta piso pelviano.

Diverticulitis.- Fase portal

Desde base tórax hasta piso pelviano.

NEO.- Fase portal

Desde base tórax hasta piso pelviano.

PACIENTE AMBULATORIO Y HOSPITALIZADO

PREPARACION

4 horas de ayuno.

6 horas antes del examen dar a tomar 1 litro de agua con 15 cc. de contraste. Antes del examen agua pura o con contraste (según diagnóstico), mínimo 500 cc.

Autorización administración medio de contraste endovenoso.

Para el diagnóstico de Pancreatitis dar agua con contraste antes del examen.

Volumen.- 100 cc

Caudal.- 3 cc / seg

Retardo.- Arterial 35 seg.

Venoso 75 seg.

Tardío 10 min.

TAC DE PELVIS

Topograma: desde crestas iliacas hasta piso pelviano.

DIAGNÓSTICOS

Ca. Sigmoideas.- Simple y contrastada

Fase venosa y tardía

Ca. recto o de ano.- Fase venosa y tardía

Ca. Cérvicouterino.- Fase venosa y tardía

Fístulas en la zona.- Fase venosa y tardía

Ca. Vejiga.- Fase venosa y tardía

Hematuria.-Fase venosa y tardía

Trauma vesical.- Fase venosa y tardía

PIP (Proceso Inflamatorio Pelviano).- Fase venosa y tardía

PREPARACION DEL PACIENTE AMBULATORIO

4 horas de ayuno.

Autorización administración contraste E.V.

Tampax vaginal el día del examen. (solo Ca CU)

Enema

INYECTOR AUTOMATICO

Volumen.- 100 cc

Caudal.- 3 cc / seg

Retardo.- Venoso 75 seg.

Tardío 10 min.

TAC DE ABDOMEN Y PELVIS

Topograma: desde bases pulmonares a piso pelviano.

DIAGNÓSTICOS

Ca. Colon.- Fase venoso y tardío; sólo si hay patología pelviana
Estudio de masa.- Fase venosa y tardía, sólo si hay patología pelviana
Ca. Testicular.- Fase venosa y tardía (pelvis)
Ca. Ovárico.- Fase venosa y tardía (pelvis)
Ca. Cérvico uterino(etapificación).- Fase venosa y tardía(pelvis)
Control postquimioterapia.- Fase venosa y tardía (pelvis)

PREPARACION DEL PACIENTE

4 horas de ayuno.
En 2 litros de agua diluir 30 cc de contraste:
Noche anterior al examen tomar 1 litro.
Día del examen tomar el otro litro.
Autorización administración contraste E.V.
Encuesta.
Tampax vaginal (antes del examen solo Ca CU).

INYECTOR AUTOMATICO

Volumen.- 150 cc
Caudal.- 2,5 a 3 cc / seg
Retardo.- Venoso 50seg.
Tardío 10 min.

UROTAC

Topograma: desde polo superior del riñón hasta sínfisis pubiana.

DIAGNOSTICO

Cálculo renal y /o vesical.- no medio de contraste.
Preparación.- ninguna

TAC COLUMNA CERVICAL

Topograma: desde la C1 hasta la T1

DIAGNOSTICO

Artropatías.-NO MEDIO DE CONTRASTE

Uncoartrosis.- NO MEDIO DE CONTRASTE

Fracturas.- Traumatismos.- NO MEDIO DE CONTRASTE

Hernia Núcleo Pulposo (HNP).- NO MEDIO DE CONTRASTE

Tu cervical (raquimedular).- MEDIO DE CONTRASTE IV

Metástasis óseas.- MEDIO DE CONTRASTE IV

Siringomielia.- MEDIO DE CONTRASTE IV

PREPARACION DEL PACIENTE

En ayunas 4 horas

Autorización para el examen IV

Vía permeable.

INYECTOR AUTOMATICO

Volumen.- 150 cc

Caudal.- 2,5 a 3 cc / seg

Retardo.- Venoso 50 seg.

Tardío 10 min.

PLACAS

1. Se va a directorio y se selecciona examen

2. se va a MPR, cortes axiales 2/2 ó 1/1.5

3. ir a protocolo de columna 11 imágenes

4. Se selecciona el espacio a tomar, se angula y se graba en: file sabe series.

5. grabar en disco local con referencia sagital

6. reconstrucciones sagitales 7 fotos de 4 /-4 de derecha a izquierda.

7. los cortes coronales de adelante hacia atrás (cuerpo vertebralcanal-apófisis espinoza)

8. Para la parte ósea, se va a ver, se seleccionan 8 fotos.

9. Se va a film multiformato a 2 de narrow

_ En ventana ósea:

_ Reconstrucción axial: 2/2 mm.

_ Reconstrucción coronal: 2/2 mm.

_ Reconstrucción sagital: 2/2 mm.

_ En ventana blanda: sólo reconstrucción axial 2/2.5 mm.

_ Reconstrucción 3D: sólo si hay fractura.

10. Diagnósticos con contraste E.V.:

TAC DE COLUMNA DORSAL

Topograma: depende de lo solicitado por el Médico Tratante (3 o 4 segmentos vertebrales)

DIAGNOSTICO

Fracturas.-simple

Espondilopatía.- simple

Metástasis.-simple y contrastada

Masa.- simple y contrastada

PREPARACION DEL PACIENTE LOS QUE NECESITAN IV

4 horas de ayuno.

Autorización administración contraste E.V.

Vía venosa permeable (no tapón) con llave tres pasos.

INYECTOR AUTOMATICO

Volumen 120 cc.

Caudal 2,8 cc. / seg.

Retardo 60 seg.

TAC DE COLUMNA LUMBAR

Topograma.- depende de lo solicitado por el Médico Tratante (3 o 4segmentos vertebrales)

DIAGNÓSTICOS

Fracturas.- SIMPLE

Espondilopatía.- SIMPLE

Metástasis.- simple y contrastada

PREPARACION DEL PACIENTE EN CASO DE IV.

4 horas de ayuno.

Autorización administración contraste E.V.

Encuesta.

INYECTOR AUTOMATICO

Volumen 120 cc.

Caudal 2,8 cc. / seg.

Retardo 75 seg.

TAC DE EXTREMIDADES

DIAGNOSTICO

Fractura.- simple

Tumor óseo.- simple y contrastada

PREPARACION DEL PACIENTE EN CASO DE IV.

4 horas de ayuno.

Autorización administración contraste E.V.

Encuesta.

INYECTOR AUTOMATICO

Volumen 120 cc.

Caudal 2,8 cc. / seg.

Retardo 75 seg.

TAC DE CEREBRO

DIAGNOSTICO

Traumatismo cráneo encefálico.- simple

Evento cerebro vascular.- simple y contrastada

Tumor.- simple y contrastada

PREPARACION DEL PACIENTE EN CASO DE IV.

4 horas de ayuno.

Autorización administración contraste E.V.

Encuesta.

INYECTOR AUTOMATICO

Volumen 50cc.

Caudal 2,8 cc. / seg.

Retardo 25 seg.

TAC DE OIDOS

DIAGNOSTICO

Regularmente sin contraste

Tumor.- simple y contrastada

PREPARACION DEL PACIENTE EN CASO DE IV.

4 horas de ayuno.

Autorización administración contraste E.V.

Encuesta.

INYECTOR AUTOMATICO

Volumen 50cc.

Caudal 2,8 cc. / seg.

Retardo 25 seg.

TAC DE SILLA TURCA

DIAGNOSTICO

Tumor.- simple y contrastada

PREPARACION DEL PACIENTE EN CASO DE IV.

4 horas de ayuno.

Autorización administración contraste E.V.

Encuesta.

INYECTOR AUTOMATICO

Volumen 100cc.

Caudal 2,8 cc. / seg.

Retardo 25 seg.

TAC DE TORAX

Topograma.- desde la región supraclavicular hasta glándulas suprarrenales

DIAGNOSTICO

Hidatidosis.-simple y contrastada

Metástasis.- simple y contrastada

Estudio Parénquima mediastino.- simple y contrastado

Tumores mamarios con extensión de la pared.- SIMLE Y CONTRASTADA

Tumor de esófago.- simple y contrastado

Linfomas.- simple y contrastada

Atelectasias.- simple y contrastada

Hernias diafragmáticas.- simple y contrastada

PREPARACION DEL PACIENTE

4 horas de ayuno.

Autorización administración contraste E.V.

Encuesta.

Para el diagnóstico de Tumor esófago: dar agua al paciente antes del examen

INYECTOR AUTOMATICO

Volumen 100cc.

Caudal 2,8 cc. / seg.

Retardo 50seg.

TAC DE TORAX DE ALTA RESOLUCION

Topograma.- desde vértices pulmonares hasta glándulas suprarrenales

DIAGNOSTICO

Enfermedad intersticial difusa.

Fibrosis.

Toxicidad por drogas (amiodarona, nitrofurantoina).

Enfermedad del colágeno (artritis, lupus).

Bronquiectasias

PREPARACION DEL PACIENTE

Ninguna

Para el diagnóstico de Tumor esófago: dar agua al paciente antes del examen

ANGIOTAC DE TORAX

Topograma.- desde vértices pulmonares hasta glándulas suprarrenales

PREPARACION DEL PACIENTE

4 horas de ayuno.

Autorización administración contraste E.V.

Encuesta.

INYECTOR AUTOMATICO

Volumen 100cc.

Caudal 5cc. / seg.

Retardo 10seg.

ANGIOTAC DE CABEZA

Topograma.- desde base de cráneo

PREPARACION DEL PACIENTE

4 horas de ayuno.

Autorización administración contraste E.V.

Encuesta.

INYECTOR AUTOMATICO

Volumen 100cc.

Caudal 5cc. / seg.

Retardo 10seg.

ANGIOTAC DE CUELLO

Topograma.- vasos supraaórticos desde el cayado hasta la base del cráneo, en estudios por tromboembolismo cerebral o síndrome del Opérculo Torácico.

PREPARACION DEL PACIENTE

4 horas de ayuno.

Autorización administración contraste E.V.

Encuesta.

INYECTOR AUTOMATICO

Volumen 100cc.

Caudal 5cc. / seg.

Retardo 10seg.

ANGIOTAC DE TORAX POR ANEURISMA DE AORTA

Topograma.- vasos supraaórticos desde el cayado hasta la base del cráneo, en estudios por tromboembolismo cerebral o síndrome del Opérculo Torácico.

PREPARACION DEL PACIENTE

4 horas de ayuno.

Autorización administración contraste E.V.

Encuesta.

INYECTOR AUTOMATICO

Volumen 120cc.

Caudal 4,5cc. / seg.

Retardo 10seg.

ANGIOTAC DE ABDOMEN

PREPARACION DEL PACIENTE

4 horas de ayuno.

Autorización administración contraste E.V.
Encuesta.

INYECTOR AUTOMATICO

Volumen 100cc.

Caudal 4,2 cc. / seg.

Arterial (bolus tracking).

Venosa 75 seg.

Portal 120 seg.

ANGIOTAC DE PELVIS

PREPARACION DEL PACIENTE

4 horas de ayuno.

Autorización administración contraste E.V.

Encuesta.

INYECTOR AUTOMATICO

Volumen 100cc.

Caudal 4cc. / seg.

ANGIOTAC DE EXTREMIDADES

PREPARACION DEL PACIENTE

4 horas de ayuno.

Autorización administración contraste E.V.

Encuesta.

INYECTOR AUTOMATICO

Volumen 150cc.

Caudal 4cc. / seg.

Se realizan 2 adquisiciones:

Primera: dada por el bolus tracking.

Segunda: a los 4 minutos.

DENSITOMETRIA

Estudio para valorar el grado de desmineralización de segmentos óseos.

Se realiza rastreo de columna lumbar, cadera y región del antebrazo.

Ninguna preparación

LITOTRIPSIA

Método terapéutico de tratamiento urológico, vigilado por el urólogo de turno, asistido por el licenciado en Imagenología y de enfermería.

Preparación del paciente previo al tratamiento (realización de estudios previo).

Paciente derivado por el especialista afín.

CAMARA OSCURA

PRODUCCION DE RILES Y SU ELIMINACION EN RADIOLOGIA.- Riles, es el nombre que reciben todos aquellos residuos industriales líquidos descargados por un establecimiento.

Normas:

Velar por la descarga no provoque rebases en la red de alcantarillado ya sea en el lugar de la descarga o en otro diverso.

Asegurar que esa descarga no dañe o interfiera el funcionamiento de la planta de Tratamientos de Aguas Servidas asociadas a la red de alcantarillado.

Legislación Vigente:

1.-Medio ambiente.

2.-Ley general de Servicios Sanitarios, en la que se contiene una prohibición de descargar en redes de alcantarillado público, sustancias ajenas a su uso natural, o que puedan afectar la infraestructura sanitaria.

3.-Ley orgánica de la Servicios Sanitarios, fiscalizador el control de los Riles a nivel nacional, y establece infracciones y sanciones correspondientes.

4.-La norma de emisión para la regulación de contaminantes asociadas a las descargas de los Riles, establece la concentración máxima admisible para este tipo de descarga.

Los límites máximos se establecen entre pH 6 y 8. El residuo del Fijador contiene un pH 5 (ácido) y el residuo del Revelador contiene un pH 13(básico).

La subsecretaría de control de investigación y aplicación nuclear ente regulador a través de la zona II.

ELIMINACION DE RILES:

Actualmente el Servicio de Imagenología, se limita a juntar el fijador en bidones, que más tarde son retirados por una empresa (recuperación y refinados de metales).

El retiro de químicos adolece de las siguientes falencias:

1. Solo se limita a retirar el fijador, siendo responsabilidad del servicio la eliminación del revelador. En este caso se va al desagüe.

El fijador se retira con la finalidad de obtener la plata mediante electrólisis.

Después de efectuado este proceso, el residuo del fijador sigue siendo tan ácido como cuando fue retirado de su centro radiológico.

La responsabilidad de la eliminación bajo el cumplimiento de las normas ambientales.

Cuando la empresa de retiros de químicos realiza su labor, Ud. Está obligado a llenar el Documento de Declaración, en donde contiene información específica respecto de los desechos generados, de sus antecedentes identificatorios como generador de desechos, del transportista que los retira y del destinatario.

La segunda alternativa que ofrece el mercado, es el neutralizador de químicos radiográficos, se presenta como una doble cámara en donde se neutralizan los químicos con la adición de compuestos químicos dosificados por microcomputadores. El producto final para el desecho a la red de alcantarillado posee un pH 7,2 para el Fijador y un pH 7.

NORMAS PARA EL PERSONAL EN LA PREPACION DE LOS QUIMICOS.

En general todos los compuestos químicos deben ser manejados con cuidado, considerando el potencial peligro de cada uno de ellos. Los envases de los compuestos químicos tienen etiquetas de precaución que entregan información suficiente a la persona que maneja el producto para saber qué nivel de seguridad tiene que asociar al tipo de compuesto con el cual se está trabajando. Verificar que todos los compuestos y residuos asociados se encuentren rotulados.

Almacenamiento: Hay que dejar los compuestos y soluciones de trabajo al alcance del personal que va a trabajar con él. No almacenar donde se encuentren bebidas o comida. Limpieza: Una vez realizado la preparación de las sustancias químicas realizar un buen lavado de manos.

Limpieza área de trabajo: Limpiar los compuestos químicos derramados lo más pronto posible, con jabón y agua.(estos residuos pueden secarse y ser aspirados por el personal). Utilizar guantes de goma. Ropa apropiada: Usar en lo posible mascarilla y guantes cuando se trabaja en la mezcla de soluciones. Proteger la ropa con pecheras desechables.

Contacto con compuestos: Se debe evitar el contacto directo con cualquier compuesto químico, en particular los reveladores pueden producir irritación a la piel.

Accidentes: En caso de entrar en contacto en forma accidental con compuestos químicos se debe lavar la piel con agua de la llave y un limpiador de manos no alcalino (ligeramente ácido).Si persisten síntomas de irritación se debe consultar al médico.

Sistema de ventilación: Debido a la posibilidad de emitir vapores o gases, se recomienda reducir las concentraciones al mínimo.

- Uso de dilución mediante ventilación.
- Uso de cubiertas en los estanques de almacenamiento.

El regenerar y rehusar el fijador puede reducir la cantidad de compuestos químicos que requieren ser tratados o descargados al sistema de alcantarillado.

PLAN DE RESPUESTA A DERRAMES.

Equipamiento requerido:

- Guantes baldes material absorbente
- Delantal escobillón material neutralizante
- Lentes de seguridad esponjas

Procedimiento:

1. Ponerse guante, lentes de seguridad y delantal.
2. Contener el derrame con un escobillón o el material absorbente que esté disponible.
3. Use la esponja y el escobillón para limpiar bien la zona derramada.
4. Empacar y rotular el material absorbente para disposición final.

CONCLUSION

Con la terminación de este manual operativo del servicio de imagenología del Hospital IESS Manta, apporto con mejorar la calidad de atención al usuario que acude a este servicio, de esta manera evitaremos las constantes quejas e insatisfacción del usuario y así se dará una buena calidad de atención al usuario con eficiencia, eficacia, calidad y calidez.

Esperando que este trabajo sea mejorando en el futuro he dado inicio para trabajar en forma organizada en beneficio de la Institución que me acoge como profesional de la salud, logrando de esta manera mejorar en lo profesional y personal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lázaro, P. (1996). From universalism to selectivity: Is appropriateness the answer? *Healthpolicy*; 36: 261-272.
2. Generalitat de Catalunya. (1984). La Historia Clínica per a l'Assistència Primària. Informes tècnics d'assistència sanitària. Barcelona. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
3. Grupo científico de la OMS sobre indicaciones y limitaciones de las Principales Exploraciones de Radiodiagnóstico. Criterios aplicables a las exploraciones de radiodiagnóstico. Series de Informes Técnicos 689. Ginebra: OMS, 1983.
4. Pacto de coordinación entre Atención Primaria y Asistencia Especializada 2004-2005 Edita: Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Servicio de Análisis y Control Asistencial. Pamplona, Gobierno de Navarra 2004.
5. La mitad de las pruebas de radiología estándar son inadecuadas. Pruebas erróneas por su petición precoz en AP. www.diariomedico Fecha de consulta: 6 de agosto de 2004.
6. Rodríguez , I. (2003). Indicaciones de técnicas de imagen en Atención Primaria. Criterios orientativos de remisión de pacientes de atención primaria a los servicios de radiodiagnóstico. *Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria*. 5; 21-26.

APENDICE Nº 4
PLAN SOBRE CALIDAD DE ATENCION DIRIGIDA AL PERSONAL DE
IMAGENOLOGIA



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
HOSPITAL DEL IESS MANTA

PLAN DE CAPACITACION EN CALIDAD DE ATENCION AL PERSONAL DE
IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA 2011

RESPONSABLE:
LIC. FREDDY Y. HIDALGO MARCILLO

MANTA - ECUADOR
2011

INTRODUCCIÓN

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL IESS.

El IESS, es una entidad eminentemente autónoma y de servicio público, creada con la finalidad de proteger a la clase afiliada al IESS en el campo de la salud. Nuestra Base Legal es apegarnos a las Normas, Leyes Institucionales, Reglamentos, y Resoluciones tanto de la Comisión Interventora así como las Resoluciones que emite el Consejo Directivo del IESS, para su aplicación y cumplimiento.

Nuestra Misión Fundamental es la de proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos consagrados en la Ley de Seguridad Social.

Nuestra Visión, es tramitar la Apertura del 2do.piso de hospitalización, para incrementar camas hospitalarias y otros servicios.

Ampliación de Equipos especializados, Proyectar la imagen a los usuarios y a la sociedad en general que esta Unidad Médica es digna de confianza en la cual se puede confiar el cuidado de la salud.

Nuestro Objetivo es que este Hospital es mejorar la calidad de servicios a los afiliados al seguro general y campesino, así como promocionar los servicios, con charlas educativas, que se lo hace en forma periódica. También hemos realizado ejecuciones de planes de: Plan de Contingencia para casos de Desastres, programa de Desechos Sólidos, etc.

El sistema As400 concesión de citas médicas a través del Call Center se implementó a partir del 20 de Mayo del 2009.

MARCO CONTEXTUAL

HISTORIA DE CONSTRUCCION DE EXCLINICA Y DEL HOSPITAL DEL IEES DE MANTA.

La Ex clínica empezó a brindar atención médica desde 1938 como Dispensario Médico, ubicado en la calle 9 y avenida cuarta en un local pequeño, y como Clínica empezó a dar atención médica el 17 de octubre de 1956 en un local de hormigón armado de propiedad anterior de un Consorcio Alemán denominado Casa Tagua, cuya construcción data del año 1900, el mismo que fue remodelado a las necesidades hospitalarias, ubicado en la calle 8 entre avenida 6ta al frente del Municipio de Manta.

En 1985 la consulta externa comenzó a funcionar en un área separada ubicada en la Avenida 6ta. y Calle 8 de 750 metros cuadrados, la misma que se remodeló para que funcione la Agencia del IEES de Manta desde el 2001, que funcionaba anteriormente en el edificio Delgado Travel muchos años.

Desde Diciembre del 2001 se remodeló una parte de la Ex clínica, para que funcione el Monte de Piedad, con un área 4.500 metros cuadrados aproximadamente, que hasta junio del 2003 fue liquidado en su totalidad.

El Hospital IEES Manta, dirección avenida La Cultura contiguo al Albergue Municipal de Manta.

Su ubicación geográfica, limita al norte con el Centro Comercial La Bahía, al sur con el Albergue Municipal y Colegio 5 de junio, al este parte de los Barrios Unidos, al oeste con el Mirador de la Avenida La Cultura.

Está considerado como Hospital Provincial Nivel II, organismo orientado a brindar una atención terapéutica y la satisfacción de necesidades de salud del usuario, familia y comunidad en las áreas de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación, con énfasis en la salud materno-infantil, en lo que se refiere a

inmunización, regulación de la fecundidad, detección oportuna del cáncer, medicina general, preventiva, curativa. Además satisface las necesidades bio-psico-social por medio del trabajo coordinado entre los miembros de equipo de salud.

Cuenta con personal médico, paramédico, odontólogos, enfermeras, técnico y administrativo. Los profesionales médicos y administrativo, con especialidades y maestrías en administración hospitalaria, investigación y docencia.

Existen equipos médicos básicos de diagnósticos, gineco-obstetricia, quirúrgicos, tratamientos de enfermería y rehabilitación. Cuenta con el abastecimiento de medicinas e insumos médicos de acuerdo a licitaciones independientes en cada unidad.

A partir de 2000, comienza la descentralización y delegación de responsabilidades en el cumplimiento de tareas asignadas al Hospital desde los organismos centrales.

Se atienden Referencias de especialidades de toda la provincia tanto urbana como rural. Refiere pacientes a las Unidades del Ministerio Salud Pública y a otras unidades de mayor complejidad, cuando el caso lo amerita.

En cuanto a fase operativa, el Hospital del IESS cuenta con un presupuesto de operaciones y de Inversiones, asignado por las autoridades superiores, que se van ejecutando de acuerdo a las necesidades de cada servicio o departamento.

Basado en normas y reglamentos institucionales y datos históricos.

El Hospital IESS Manta, fue creado mediante decreto No. R0425 de Abril 13 del 1980, como un institución de salud de primer nivel, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, encargada de prestar servicios de salud de primer nivel y alta complejidad, la cual plantea como uno de sus principios básicos la calidad, relacionada con la atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada, continua, de acuerdo con estándares aceptados sobre procedimientos científicos-técnicos y administrativos.

Como Institución prestadora de servicios salud dentro del Sistema Nacional de Salud debe estar en permanente mejoramiento, para demostrar el cumplimiento de altos niveles de calidad, en donde la atención al usuario es uno de los pilares básicos, dentro de las políticas que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Este plan de mejoramiento se inicia, como se plantea en los objetivos mencionados realizando por una parte el análisis de los criterios de calidad establecidos por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en donde se le dio una ponderación a los estándares relacionados con la atención al usuario, encontrándose como debilidad, lo relacionado con información, resolución de quejas y educación a la comunidad; por otra parte se realizó el análisis del diagnóstico de los factores de calidad, desde la percepción de los usuarios, los cuales fueron conocidos a través de los resultados del buzón de quejas y sugerencias, cuyo análisis permitió conocer las debilidades y fortalezas en lo relacionado con la información al usuario, oportunidad en la atención, accesibilidad, calidad y eficacia en la atención, ambiente del área física, comodidad, lo que llevo a formular una estructura organizacional para que direcciona las acciones relacionadas con el proceso de atención al usuario; así mismo se planteó un modelo de evaluación de gestión en salud, el cual será aplicado y monitoreado por esta instancia, lo que le permitirá realizar un seguimiento de los procesos que se realizan en la institución relacionados con la atención al usuario.

Los beneficios que se obtendrían abordando este plan serían:

- Formulación de políticas y estrategias de participación de los usuarios en la planeación institucional.
- Organización del sistema de atención e información para los usuarios.
- Inclusión dentro del plan de indicadores de calidad para la institución y como medio de medición.
- Aplicación de estudios de satisfacción de los usuarios de manera periódica que permita realizar una comparación de los resultados.
- Existencia de un plan de capacitación en deberes y derechos

Si no se introducen herramientas gerenciales, ni se establecen estrategias para mejorar la atención al usuario quien es el eje principal en la razón de ser de la institución, tal como lo plantea su misión, la institución tiende a debilitarse tanto en lo administrativo, en lo financiero y principalmente en lo social, lo que la conduce por un lado al no cumplimiento de los altos niveles de calidad a la que aspira y por otra parte a no ser coherente con sus principios y objetivos propuestos, negándose la posibilidad de ser competitiva en la prestación de servicios de salud, la investigación y la formación académica.

OBJETIVOS

General:

- Diseñar un plan de mejoramiento para la calidad del proceso de atención al usuario que acude al Servicio de Imagenología del Hospital IESS Manta, durante el periodo 2011 - 2012.

Específicos:

- Realizar un diagnóstico a partir de la revisión en el cumplimiento de estándares de calidad.
- Formular los objetivos, las políticas y estrategias para dicho plan.
- Formular una estructura organizacional que direcciona las acciones relacionadas con el proceso de atención al usuario, como respuesta a una de las estrategias formuladas.
- Elaborar un modelo de evaluación de la gestión en salud en el proceso de atención al usuario.

Si no se introducen herramientas gerenciales, ni se establecen estrategias para mejorar la calidad de atención al usuario quien es el eje principal en la razón de ser de la institución, tal como lo plantea su misión, la institución tiende a debilitarse tanto en lo administrativo, en lo financiero y principalmente en lo social, lo que la conduce por un lado al no cumplimiento de los altos niveles de calidad a la que aspira y por otra parte a no ser coherente con sus principios y objetivos propuesto, negándose la posibilidad de ser competitiva en la prestación de servicios de salud, la investigación y la formación académica.

PROCEDIMIENTO PARA LA SOLUCION DE PROBLEMAS EN EL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA

FICHA TECNICA

Problema:	
Descripción del Problema:	
Atributo de Calidad Comprometido:	
Componente: <ul style="list-style-type: none">• Enfoque• Atributo	
Sección o servicio afectado: <ul style="list-style-type: none">• Área• Unidad funcional• Servicio	
Importancia del problema:	
Indicador:	

Como complemento a esta ficha se plantea realizar una ficha para cada uno de los indicadores, según los problemas detectados y priorizados, tal como aparece en la siguiente tabla:

Ficha para cada uno de los indicadores

Denominación del indicador:	
Propósito:	
Responsable de la toma de decisiones:	
Interpretación:	
Patrón de comparación:	
Nivel de disgregación:	
Periodicidad:	
Definición operacional:	
Fuente de datos:	
Responsable de generar datos:	
Responsable de generar el indicador:	

Se exploran las causas de los problemas utilizando diferentes herramientas como son el diagrama de causa - efecto o espina de pescado.

Para explorar estas causas se organizan reuniones con todas las personas involucradas en el servicio que presenta deficiencias y se realiza una lluvia de ideas

para determinar cuáles son las causas que están influyendo para que se presente el problema. Las causas se determinan desde las siguientes categorías:

- Personal
- Materiales
- Organización
- Procedimientos
- Medición

Se presentan recomendaciones a la dirección sobre los problemas a intervenir, enfatizando en lo que tiene que ver con actitud, seguimiento y rediseño.

A continuación se plantean algunas recomendaciones a sugerir en lo que tiene que ver con actitud:

- Diseñar un proyecto de capacitación y desarrollo para el personal involucrado.
- Diseñar y desarrollar un programa integral de motivación al personal que favorezca la actitud del servicio.
- Diseñar e implementar un proyecto de sensibilización, concientización y cambio.

En lo que tienen que ver con seguimiento se sugiere:

- Diseñar un sistema de información que facilite la auto evaluación.
- Definir políticas y estándares que regulen el desempeño del personal.
- Diseñar un programa específico de desarrollo y fortalecimiento de seguimiento por parte de las personas encargadas de los procesos.

- Adecuar la normatividad interna en congruencia con los requerimientos específicos de los procesos en lo que tienen que ver con la atención al usuario.

Dentro de las recomendaciones se sugiere que una vez se definan los puntos críticos en cada uno de los procesos relacionados con la atención al usuario, Se realice un rediseño de estos, en los que se revisen la cadena de valor, las actividades, los estándares de operación y desempeño y los roles, así mismo se debe redefinir la estructura funcional operativa y adecuar el sistema de control y evaluación.

Se establecen compromisos de mejoramiento: Los compromisos establecidos deben responder a planes de acción que contemplen para cada uno de los problemas lo siguiente: objetivo, actividades y tareas, cuantificación de objetivos y actividades (metas), determinación de responsabilidades y cronograma de trabajo. A continuación se presenta una matriz a tener en cuenta dentro del modelo:

Matriz para formular un plan de acción

Problema identificado:				
Objetivo:				
Actividades por secuencia e importancia (tareas)	Verificación del cumplimiento de la actividad	Recursos	Tiempo requerido (cronograma)	Responsables

El uso de la matriz

La matriz de programación es un instrumento que ayuda a plantear de manera secuencial el proceso de planeación, después de identificar los problemas existentes, su priorización y análisis (encuestas a clientes, priorización y árbol de problemas).

Componentes del plan de acción

En esta parte, se presentan las medidas que serán tomadas para mejorar la situación (problemas identificados), El plan incluye los objetivos a alcanzar, las tareas a realizar, las metas (como se verificará el cumplimiento de las actividades), los recursos necesarios, el tiempo de ejecución de las acciones y los responsables para cada una de ellas.

Objetivo

Después de seleccionar en el árbol de problemas algunas de las causas donde puede intervenir, se plantea el objetivo (qué es lo que se quiere alcanzar) para un tiempo determinado (por ejemplo para los próximos seis meses).

Actividades por secuencia e importancia

Se especifica por secuencia cronológica, cuáles son las actividades (o tareas) que deben desarrollarse para mejorar la situación, haciendo especial énfasis en acciones específicas (ejemplo: Motivar al personal para cumplir el horario incluye las siguientes acciones: diseñar un sistema de incentivos, fijar espacios para solución de problemas, ejecutar capacitaciones, etc.).

Verificación del cumplimiento de la actividad metas

Para cada una de las tareas, se especifica qué se desea lograr y en qué tiempo se alcanzará dicho logro, especificando la ejecución de las acciones. Ejemplo: Elaborar 30 afiches del horario de atención hasta mes/ año.

Recursos necesarios

Se detallan cuáles son los recursos que se necesitan para la ejecución de las tareas, especificando los recursos existentes y los que son necesarios conseguir (ejemplo: papelería, afiches, etc.). En caso de ser necesario, hay que elaborar un presupuesto para cada tarea.

Tiempo requerido

Se especifica qué tiempo es necesario para realizar cada una de las tareas. Además, es muy importante realizar en una matriz aparte el cronograma de actividades que permitirá visualizar en forma sinóptica el tiempo de ejecución de cada una de las tareas.

Responsables

Se define qué persona o personas serán los responsables de la realización de cada una de las tareas. De ser posible, escribir los nombres de las personas y/o de la oficina o sección que se encargará de la ejecución de la tarea.

- Se realiza el seguimiento los compromisos

Una vez elaborado el plan de acción se debe iniciar la ejecución de las actividades contenidas en él, el seguimiento lo realizara la persona encargada de la oficina de atención al usuario.

A continuación se presenta un formato para elaborar el seguimiento

Formato para realizar seguimiento a los planes de acción

Nombre del proceso:		
Meta a lograr:		
Indicador de seguimiento:		
Actividades planeadas	Actividades ejecutadas	Limitaciones

Para conocer si el plan de mejoramiento es efectivo se requiere el seguimiento por lo menos de seis meses de los indicadores planteados.

PROPUESTA DE IMPLEMENTACION DE UNA UNIDAD DE INFORMACION AL USUARIO

NOMBRE DE LA PROPUESTA: implementación de una unidad de información al usuario

OBJETIVOS DEL PROYECTO:

- Establecer un espacio institucional para atender las inquietudes de los usuarios.
- Establecer espacios para que la comunidad participe de manera activa haciendo uso de los derechos que le otorga [a ley, en las diferentes instancias de decisión.
- Medir la satisfacción de los usuarios con respecto a la prestación de los servicios.
- . Evaluar la gestión en salud en el proceso de atención al usuario

DEFINICIÓN:

Es un espacio donde la comunidad acude a solicitar información y capacitación sobre la utilización de los servicios de salud que ofrece la institución. La comunidad formula peticiones o quejas por la calidad de la atención recibida de la institución de Salud. El ciudadano y sus organizaciones participan en el mejoramiento de la prestación y atención de los servicios de Salud.

Se coordina y se asesora la participación Social en Salud.

SERVICIOS QUE PRESTA:

- Recepción de quejas, inquietudes y peticiones
- Tramite de las quejas
- Resolución de las quejas
- Análisis y revisión de quejas
- Aplicación de correctivos
- Información y Educación a los usuarios sobre deberes y derechos del usuario interno y externo.
- Apoyo a tramites del usuario
- Medición de la Satisfacción del usuario

ESTRUCTURA

El sistema de información y atención al usuario estará ubicado dentro de la estructura orgánica del hospital, dependiendo preferiblemente de la dirección técnica.

INFORMACION AL USUARIO:

La institución está obligada a suministrar a los usuarios información necesaria para tratar de satisfacer sus solicitudes, regular y armonizar las relaciones entre el servicio de Imagenología del hospital, relacionada con las condiciones administrativas, legales, técnico-científicas, éticas, y los deberes y derechos que se adquieren por el hecho de ofrecer servicios de atención en salud.

Esta información llegará al usuario a través de charlas, entrevistas, visitas directas y también a través de volantes, folletos, cartillas, carteleras, etc.

ESTRATEGIAS OPERATIVAS

La operatividad del servicio de información y atención al usuario se da a través de:

Atención de quejas, reclamos e inquietudes:

Para la atención de las quejas y reclamos se debe realizar el siguiente procedimiento:

Las inquietudes, quejas y peticiones se reciben a través de una recepción, que puede ser el mismo funcionario encargado de la oficina"

La queja se procede a clasificará de la siguiente manera:

- Solicitud de información: Cuando el consultante requiere información e instrucción que facilite su acceso a la atención en Salud,

- Insatisfacción del Usuario: Cuando a criterio del consultante, la atención a que tiene derecho fue negada total o parcialmente o ésta no reúne las expectativas esperadas.
- Definir cuál es el grado de calidad de los servicios recibidos, vistos desde la perspectiva de los usuarios.
- Identificar los aspectos críticos que deterioran la calidad de los servicios ofrecidos. Precisar fortalezas y debilidades.
- Establecer de planes de mejoramiento continuo de los servicios.
- Dar cumplimiento a lo que estipulan las normas, protocolos, procedimientos y leyes que norman el Sistema Nacional de salud.

Para evaluar la calidad desde la perspectiva del Usuario se propone:

- Encuesta de Satisfacción a Usuarios.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
HOSPITAL IESS MANTA**

IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN EN CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA 2012.

PLAN DE CAPACITACIÓN

SEMINARIO – TALLER “CAPACITACIÓN SOBRE MEJORAMIENTO DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA 2012.

Antecedentes y justificación

La calidad de atención al cliente es un proceso encaminado a la consecución de la satisfacción total de los requerimientos y necesidades de los mismos, así como también atraer cada vez un mayor número de clientes por medio de un posicionamiento tal, que lleve a éstos a realizar gratuitamente la publicidad persona a persona. Los usuarios constituyen el elemento vital de las distintas entidades de salud. Sin embargo, son pocos los que consiguen adaptarse a las necesidades de sus clientes ya sea en cuanto a calidad, eficiencia o servicio personal. Es por ello que los directivos deben mejorar la calidad del servicio que ofrecen a sus clientes, ya que no es cuestión de elección: la vida del usuario depende de ello.

De tal forma que para mantener una organización de salud en el mercado, es necesario entre otras cosas mejorar continuamente el lugar de trabajo, enfocándolo hacia la calidad de bienes y servicios, haciendo que esta actitud sea un factor que prevalezca en todas las actuaciones. Partiendo de esta condición se puede inferir que el mejoramiento de los niveles de atención a los usuarios, dan un toque personal a la relación médico-paciente, lo cual hará que el paciente se sienta con sentido de pertenencia, manteniéndose satisfecho y produciendo un efecto multiplicador, lo que sería el punto clave de crecimiento de la cartera y por ende una excelente atención al público.

También nos encontramos algunos ejemplos de buena calidad de atención en cuestiones sanitarias donde el equipo de salud deja clara su preocupación por la forma de atender a los pacientes y cómo ellos se sienten. Institucionalmente, el presente estudio está por demás justificado ya que se determinarán factores físicos y humanos, los mismos inciden en la calidad de atención del servicio que presta el sector Salud; y, a partir de estas conferencias proponer estrategias encaminadas a solucionar problemas palpados por la comunidad y que conlleven al cambio de la imagen institucional tan venida a menos durante la última década.

Socialmente se justifica este trabajo, porque los problemas sentidos afectan directamente a un gran conglomerado social como son los clientes internos y externos; y, pretender conocer una realidad para aplicar los correctivos necesarios en este servicio.

Personal y Profesionalmente, el autor por ser parte de esta unidad de salud y como parte de este proceso de mejoramiento, ha sentido el descontento de los clientes externos frente a la atención brindada, provocado por los problemas existentes, al haber tenido la oportunidad de haber recibido una formación de 4º. Nivel, se propondrá estrategias de cambio basadas en los conocimientos recibidos.

PROPÓSITO

Que el cliente interno brinde una atención humanizada con calidad y calidez, eficiencia y eficacia; y, tratar oportunamente las dolencias o patologías que obligan al cliente externo a buscar atención en la consulta externa, evitando complicaciones de las mismas.

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer al personal de salud en sus capacidades y destrezas para mejorar la calidad de atención a los usuarios del servicio de Imagenología del Hospital IESS Manta.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Proporcionar información al personal de salud de la experiencia basada en vivencias en atención de calidad.
- Desarrollar recursos humanos capacitados para unas atenciones de calidad, la aplicación de conocimientos, técnicas, modernas, del personal de la consulta externa del Hospital Israel Quintero Paredes.
- Mejorar la calidad de atención al usuario interno y externo que acude a la Consulta Externa del Hospital.

RESPONSABLE:

Lic. Freddy Hidalgo Marcillo

GRUPO

Este programa va dirigido al personal del servicio de Imagenología del Hospital IESS Manta.

LUGAR

Servicio de imagenología.

FECHA DE PROGRAMACIÓN

Del 17 al 20 de Enero del 2012

JORNADA DE TRABAJO

Diariamente se realiza ocho horas durante cinco días.

11H00a13H30
13h30a14H00
18H00a20H00
20H00a20H30
20H30a21H30

FACILITADORES

Los facilitadores para este plan de capacitación son los siguientes:

- Lic. Maribel Anchundia
- Lic. Jimmy Andrade

TEMA DE LA CAPACITACIÓN

- Plan de Mejoramiento de la calidad de atención
- Estrategias políticas para el cumplimiento del Plan de Mejoramiento
- La calidad en el servicio
- Atributos de la calidad de atención en salud
- La calidad de atención en la Institución Hospitalaria
- Referencia y contra referencia
- Normas ISSO en Salud

RECURSOS TALENTOS HUMANOS

- 2 Capacitadores
- 1 Coordinador
- Personal de Salud de la Unidad Operativa
- Personal de Apoyo

RECURSOS MATERIALES

- Computadora portátil
- Infocus
- Pizarra de tiza líquida
- Marcadores
- Papelógrafos

MATERIALES DIDACTICOS

- Trípticos
- Folletos

METODOLOGÍA

- Conferencia
- Taller

RECURSOS ECONOMICOS

Estos recursos serán aportados en su totalidad por el maestrante de la Universidad Particular Técnica de Loja.

EVALUACIÓN

- Proceso: Se evaluará mediante la asistencia, interés, participación en las actividades
- Producto: Se evaluará el producto a través de las habilidades y destrezas demostradas.
- Resultado: Evaluación escrita al final del curso de capacitación.

APENDICE Nº 5



CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN DIRIGIDA AL PERSONAL DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DE HOSPITAL IESS MANTA

FECHA	HORA	TEMAS A TRATAR	RESPONSABLE	AYUDAS METODOLOGICAS	OBSERVACIONES
17 de Enero del 2012	11H00 a 13H30	Plan de Mejoramiento de la Calidad de Atención	Lic. Jimmy Andrade	Infocus Computadora Pizarra	Asistencia del 100% de personal
	13h30 a 14H00	RECESO			
	14h00 a 16H00	PLENARIA			
FECHA	HORA	TEMAS A TRATAR	RESPONSABLE	AYUDAS METODOLOGICAS	OBSERVACIONES
17 de Enero del 2012	18H00 a 20H00	Plan de Mejoramiento de la Calidad de Atención	Lic. Jimmy Andrade	Infocus Computadora Pizarra	Asistencia del 100% de personal
	20H00 a 20H30	RECESO			
	20H30 a 21H30	PLENARIA			

FECHA	HORA	TEMAS A TRATAR	RESPONSABLE	AYUDAS METODOLOGICAS	OBSERVACIONES
18 de Enero del 2012	11H00 a 13H30	Estrategia Política para el cumplimiento del Plan de Mejoramiento	Lic. Jimmy Andrade	Infocus Computadora Pizarra	Asistencia del 100% de personal
	13h30 a 14H00	RECESO			
	14h00 a 16H00	PLENARIA			
FECHA	HORA	TEMAS A TRATAR	RESPONSABLE	AYUDAS METODOLOGICAS	OBSERVACIONES
18 de Enero del 2012	18H00 a 20H00	Estrategia Política para el cumplimiento del Plan de Mejoramiento	Lic. Jimmy Andrade	Infocus Computadora Pizarra	Asistencia del 100% de personal
	20H00 a 20H30	RECESO			
	20H30 a 21H30	PLENARIA			

FECHA	HORA	TEMAS A TRATAR	RESPONSABLE	AYUDAS METODOLOGICAS	OBSERVACIONES
19 de Enero del 2012	11H00 a 13H30	La calidad en el servicio	Lic. Jimmy Andrade	Infocus Computadora Pizarra	Asistencia del 100% de personal
	13h30 a 14H00	RECESO			
	14h00 a 16H00	PLENARIA			
FECHA	HORA	TEMAS A TRATAR	RESPONSABLE	AYUDAS METODOLOGICAS	OBSERVACIONES
19 de Enero del 2012	18H00 a 20H00	La calidad en el servicio	Lic. Jimmy Andrade	Infocus Computadora Pizarra	Asistencia del 100% de personal
	20H00 a 20H30	RECESO			
	20H30 a 21H30	PLENARIA			

FECHA	HORA	TEMAS A TRATAR	RESPONSABLE	AYUDAS METODOLOGICAS	OBSERVACIONES
20 de Enero del 2012	11H00 a 13H30	Atributos de la calidad de atención en Salud	Lic. Maribel Anchundia	Infocus Computadora Pizarra	Asistencia del 100% de personal
	13h30 a 14H00	RECESO			
	14h00 a 16H00	PLENARIA			
FECHA	HORA	TEMAS A TRATAR	RESPONSABLE	AYUDAS METODOLOGICAS	OBSERVACIONES
20 de Enero del 2012	18H00 a 20H00	La calidad de Atención en la Institución Hospitalaria	Lic. Maribel Anchundia	Infocus Computadora Pizarra	Asistencia del 100% de personal
	20H00 a 20H30	RECESO			
	20H30 a 21H30	PLENARIA			

APENDICE Nº 6

IMAGEN: Acta de consentimiento del proyecto aprobado por el Dr. Hernán Salazar Vega, director Hospital IESS Manta



CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA EL DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE PROYECTO DE ACCION

Manta, 08 de Septiembre del 2011

Doctor
HERNAN SALAZAR
DIRECTOR DEL HOSPITAL IESS MANTA
Manta

Por medio de la presente me dirijo a usted para felicitarlo por su emprendedora gestión en el Hospital que usted acertadamente dirige.

La Universidad Técnica Particular de Loja, en su modalidad a Distancia nos brinda la oportunidad de realizar un Maestría en Gerencia de salud para el Desarrollo Local, por lo que como estudiantes deseamos realizar un proyecto que se basa en: **"MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DE HOSPITAL DEL IESS MANTA, 2011 A 2012"**, y de la manera más comedida solicito a usted se me autorice el consentimiento y apoyo, y se me de las facilidades necesarias para observar la gestión del Hospital y así obtener resultados beneficiosos para los pacientes y seguir mejorando los servicios con que cuenta esta prestigiosa institución.

Apelo a su gran sensibilidad y agradezco de antemano su valiosa aceptación.

Atentamente,



LIC. FREDDY Y. HIDALGO M.
1305505347

AUTORIZACION

Leído lo anterior, acepto el proceso investigativo ya que los propósitos redundarán en beneficio del Hospital. Recibo copia de esta forma de consentimiento.



DR. HERNAN SALAZAR
DIRECTOR HOSPITAL IESS MANTA



APENDICE Nº 7
Ficha de evaluación



ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA PARA EVALUAR LA CAPACITACIÓN SOBRE EL PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA, 2011 – 2012.

PARÀMETROS	EXCELENTE	MUY BUENO	BUENO	INDIFERENTE	MALO
La organización del curso ha sido					
El nivel de los contenidos ha sido					
La utilidad de los contenidos aprendidos					
La utilización de casos prácticos					
La utilización de medios audiovisuales					
La utilización de dinámicas de grupo					
La comodidad del aula					
El ambiente del grupo de alumnos					
La duración del curso ha sido					
El horario realizado ha sido					
El material entregado ha sido					
En general, el curso te ha parecido					



APENDICE 8

HOSPITAL DEL IESS MANTA UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA DEL HOSPITAL IESS MANTA, 2011 – 2012.

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA
PARA EVALUAR LA CALIDAD DE ATENCION

Señores afiliados: Favor contestar la siguiente encuesta.

1. Le proporcionaron información necesaria en ventanilla antes del examen?

SINO

**2. Le proporcionaron información necesaria durante el examen el Licenciado
quien le realizo el estudio?**

SINO

3. Le proporcionaron información necesaria después del examen?

SINO

4. Fue atendido en el tiempo previsto?

SI NO

5. Le realizaron el examen?

SI NO

FOTOS

FOTOS 1: Áreas del servicio de imagenología del Hospital IESS Manta

 <p>Sala re rayos x 1</p>	 <p>Sala de rayos x 2</p>
 <p>Sala de ecografía 1</p>	 <p>Sala de ecografía 2</p>
 <p>Sala de tomografía</p>	 <p>Equipo digitalizador</p>
 <p>Sala de litotripsia</p>	 <p>Sala de densitometría</p>
 <p>Sala de mamografía</p>	 <p>Parte externa del servicio de imagenología</p>

FOTOS 2: Otros momentos durante el desarrollo del proyecto

