



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de de Loja

ESCUELA DE MEDCINA

**DIPLOMADO SUPERIOR EN GERENCIA Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE
SALUD**

MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA

NOMBRE DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

**Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de emergencia del Centro
de Atención Ambulatoria Cotocollao del IESS en el año 2011**

Proyecto de investigación previo a
la obtención del título de Diploma
Superior en Gerencia y calidad en
servicios de salud

Autor : Maldonado González, Ledi Patricia

Flores Bermeo, Laura Alexandra

León Segovia, Edgar Vinicio

Director: Villacrés Avilés, Nilda Estela

Centro universitario: Quito

2011



Certificación del Director

Dra. Villacrés Avilés, Nilda Estela

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación realizado por los estudiantes: Maldonado González Ledi Patricia, Flores Bermeo Laura Alexandra y León Segovia Edgar Vinicio, han 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 para los fines legales pertinentes.

Quito, 13 de octubre de 2011

f)
DIRECTOR(A) Dr. Villacrés Avilés, Nilda Estela



AUTORÍA

Nosotros, Maldonado González Ledi Patricia, Flores Bermeo Laura Alexandra y León Segovia Edgar Vinicio como autores del presente trabajo de investigación, somos responsables de las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en la misma.

F

F

F.

Ledi Maldonado
C.I.:1705411583

Alexandra Flores
CI: 1803458676

Edgar León
CI: 1711409563

III



CESIÓN DE DERECHOS

Nosotros, Maldonado González Ledi Patricia, Flores Bermeo Laura Alexandra y León Segovia Edgar Vinicio, 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".

Ledi Maldonado
C.I.:**1705411583**

Alexandra Flores
CI: **1803458676**

Edgar León
CI:**1711409563**

IV



AGRADECIMIENTO

Nuestra gratitud a quienes nos han apoyado en esta etapa de crecimiento profesional: hijos, esposa y padres; comunidad educativa de la Universidad Técnica Particular de Loja a nuestra directora del proyecto de investigación Dra. Nilda Villacrés; y, a compañeros de trabajo.

Ledi Maldonado, Alexandra Flores y Edgar León

V



DEDICATORIA

**A nuestros hijos y familia, quienes con su
compresión y solidaridad han permitido,
compartir y concluir este proyecto**

.....

VI



Tabla de contenido

	Pág.
RESUMEN	7
INTRODUCCION	8
CAPITULO 1	11
MARCO TEORICO	11
1. SERVICIOS DE SALUD.....	11
2. SERVICIO DE EMERGENCIA	14
3. TRIAGE	18
CAPÍTULO II.....	24
ANÁLISIS SITUACIONAL	24
1. CONTEXTO NACIONAL (IESS).....	24
2. MARCO LEGAL	25
3. ANÁLISIS DE LA DEMANDA	29
5. ANÁLISIS SITUACIONAL.....	32
1. MARCO ESTRATÉGICO:.....	39
2. ÁRBOL DE OBJETIVOS.....	40
3. ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN	41
4. MARCO LÓGICO.....	41
5. DESCRIPCION DE OBJETIVOS Y ACTIVIDADES	44
6. RESULTADOS DE LA INTERVENCION.....	48
PROCESO DE GESTION DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS	48
DESCRIPCION DEL PROCESO	49
4.1 CONCLUSIONES	77
4.2 RECOMENDACIONES.....	80
BIBLIOGRAFÍA.....	83
ANEXOS	835



RESUMEN

El objetivo del trabajo de investigación fue la implementación y mejoramiento de la calidad del Servicio de Emergencia, mediante la estandarización de los procesos de atención, capacitación directa al personal, creación de normas de funcionamiento; todo esto enmarcado en la implementación de un sistema de triage con estándares de calidad. Además se busca crear el escenario para la implementación de un sistema de reconocimiento al personal que brinda un servicio de calidad.

La metodología utilizada fue la investigación operativa, mediante la implementación de hipótesis dinámicas y evaluación del proceso. La implementación se llevo a cabo en los meses de Febrero a Junio del 2011, la que incluyó equipamiento, recurso humano insumos y fármacos. El proceso aún no ha concluido por lo que al momento se cuenta con los resultados intermedios.

Como conclusión podemos indicar que el proceso de implementación de un servicio de triage y emergencia debe estar enmarcado en una planificación estratégica sistémica acorde a un análisis eficiente de oferta y demanda, con un personal de resolución generalista eficiente y efectivo.



INTRODUCCION

Como parte de la necesidad de resolución de eventos urgentes y/o emergentes las unidades de salud de todos los sistemas sanitarios alrededor del mundo se han visto en la necesidad de implementar mejores sistemas de atención y mayor número de unidades con este tipo de capacidad resolutive.

Existen muchos factores que han influenciado esta creciente necesidad de servicios ambulatorios de urgencias y emergencias, entre ellos:

- Organización de los sistemas de salud.- Los sistemas de salud y su organización son un reflejo de la organización política y evolución de la política sanitaria de un país, a esto se ha sumado en los últimos años la creciente necesidad de la efectividad del gasto en el área de salud, es decir; no es el problema cuanto gasto sino que este gasto tenga los mejores réditos sociales tanto para la persona como para la sociedad y el sistema.
- Los sistemas de salud enfrentan múltiples problemas, los cuales son individuales para cada país aunque comparten características similares por estructura socio política e idiosincrasia.
- Demanda inducida por exigencias sin fundamento técnico o con exigencias sobrevaloradas.
- Demanda rechazada de consulta externa por la falta de capacidad resolutive de los prestadores de Salud del IESS

Ante esta problemática el Centro de Atención Ambulatoria de Cotocollao, Unidad de Salud del IESS como medida para enfrentar esta problemática desde el 21 de febrero del 2011 extendió los horarios de atención pasando de 12 horas de atención a las 24 horas los 365 días.



EL OBJETIVO GENERAL ES:

Implementar un proceso de Mejora de la calidad de atención percibida tanto por el usuario interno y externo del servicio de emergencia del Centro de Atención Ambulatoria Cotocollao.

LOS OBJETIVOS ESPECÍFICO SON:

- 1. Estandarizar los procesos de atención en emergencia, mejorando la calidad de atención*
- 2. Capacitar al 100% del personal que trabaja en el servicio de emergencias del CAA. Cotocollao en manejo de pacientes críticos de emergencia*
- 3. Disponer de normas de funcionamiento del servicio de emergencias y optimizar recursos*
- 4. Establecer un sistema de triage para direccionar adecuadamente a los pacientes a y disminuir tiempo de espera en los pacientes críticos*
- 5. Disponer de insumos y materiales de curaciones de manera oportuna y suficiente*
- 6. Contar con servicios complementarios como apoyo del área de emergencia las 24 horas todos los días del año*
- 7. Implementar un sistema de reconocimiento al personal que brinda servicios de calidad al usuario que acude al servicio de emergencia*

El Centro de Atención Ambulatoria Cotocollao unidad que incluye Cirugía del día, es el Centro que tiene mayor demanda de atención de los afiliados, jubilados y derecho habientes de la Provincia de Pichincha, ya que geográficamente se encuentra en un sector con una densidad poblacional muy alta y donde concurren grandes fabricas y áreas residenciales muy pobladas.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que hasta el año 2009 atendía exclusivamente a los afiliados, voluntarios, jubilados y montepío; progresivamente fue ampliando la cobertura a los hijos de los afiliados, y a inicios del año 2011 amplio la



cobertura de atención a los hijos de los afiliados hasta los 18 años. Al definirse la afiliación al IESS como obligatoria y el incumplimiento como responsabilidad penal, ha provocado un aumento de la población afiliada que demanda atención médica.

Este incremento en la Demanda de atención ha hecho que también el servicio de emergencia haya crecido en un 196,4%, hasta septiembre de 2011 con una proyección de 240% hasta finales de año, otro factor importante es que el Hospital Carlos Andrade Marín siendo un hospital de tercer nivel solo atiende emergencias de complejidad 1 y 2, remitiendo la demanda de 3,4 y 5 nivel a los centros ambulatorios de los cuales el CAA. Cotocollao es el único centro en el sector Nor Oriente de Pichincha por lo tanto debe absorber y resolver toda esta demanda.

La conclusión lógica en la unidad de Emergencia del Dispensario Cotocollao es que se ha provocado que los tiempos de espera para ser atendidos en el servicio sean prolongados provocando en los usuarios insatisfacción por la prestación recibida

Como trabajadores de la Institución y para dar cumplimiento a un requisito previo al grado nos propusimos intervenir en el servicio de Emergencias del CAA. Cotocollao, con este proyecto “Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de emergencia del Centro de Atención Ambulatoria Cotocollao del IESS en el año 2011” y de esta manera contribuir a disminuir los tiempos de espera por parte del afiliado y mejorar la calidad de atención percibida por el mismo.

El Intervenir en este proyecto permitirá contar con los protocolos de atención de emergencia, implementar un sistema de triage, capacitación al personal y optimizar los recursos, lo que consideramos impactará en la atención de calidad que se brinde al usuario.



CAPITULO 1

MARCO TEORICO

1. SERVICIOS DE SALUD

Entre los problemas relevantes en el sistema de salud del Ecuador están:

- Fraccionamiento del sistema de salud.- En el Ecuador no existe un verdadero sistema Único de salud, aun cuando existe una autoridad sanitaria normada por la constitución (ministerio de salud), los sistemas se han organizado anárquicamente lo que ha conllevado a un fraccionamiento extenso que no solo está fundamentado en contextos locales sino también en diferentes financiadores segmentarios y locales, tal es el caso de por ejemplo los sistemas de salud de los gobiernos seccionales y locales como municipios, gobiernos provinciales. Estos servicios de salud locales en sí mismos han procurado tener todos los servicios, si bien han desarrollado sobre todo áreas de consulta externa, muchos de ellos disponen también de consultas de emergencia, con resoluciones parciales.
- Accesibilidad.- no es objetivo del presente documento hacer una discusión amplia de acceso del paciente a los servicios de salud y más específicamente a los departamentos de emergencia, sin embargo; debemos concientizar en que el problema de acceso a los servicios (sean estos económicos, geográficos, de permanencia, etc.) crean un circulo vicioso que congestiona aún más los servicios de emergencia de las unidades hospitalarias y ambulatorias, como indica el grafico 1.



Gráfico 1. Descripción de flujo de pacientes hacia emergente



Elaborado por: equipo de investigación

- Sistemas de aseguramiento.- Aproximadamente el 10% de la población ecuatoriana tiene acceso a un sistema de aseguramiento, si bien este podría ser considerado como una forma de mejorar el acceso, también se corre el riesgo – si no se implementa medidas de control de uso- de una



sobre utilización del sistema, impidiendo el acceso precisamente de los más vulnerables.

- Puerta de entrada y resolución del primer nivel.-todo Sistema de salud necesita para su correcto funcionamiento una organización y lógica, la misma que debe iniciar precisamente por establecer el flujograma de la atención del paciente a través del sistema de salud. Además de esto debemos tener una puerta de entrada que nos sirva como eje en las decisiones a tomar en la gestión del sistema en su conjunto, esta nivel inicial además debe tener la capacidad de resolver el 80% de la demanda, para de esta manera no congestionar los otros niveles y mejorar el acceso general de la población.
 - Sistema de gestión de la información.- Una parte fundamental de la estructura de un sistema de salud es la organización de un sistema de información y no solo de datos, esto se constituye como elemento de decisión del sistema de salud de un estado, a nivel del sistema sanitario existe varios sistemas de información MSP, IESS, ISSFA, etc., la mayoría de los cuales son no compatibles, lo que permite que el paciente duplique historias clínicas con el grave inconveniente de pérdida de información valiosa presente en el historial clínico
 - Sistema de referencia contrarreferencia.- es parte del sistema de gestión de la información, lo hemos separado del mismo, ya que en la referencia-contrarreferencia no solo interviene la calidad de la información sino también la disponibilidad de recurso tanto técnico como tecnológico para su funcionamiento. (ej.- si una unidad de menor nivel de complejidad decide enviar un paciente transferido a una unidad de mayor complejidad amerita de un medio de transporte adecuado y de personal capacitado de acuerdo a la gravedad del paciente).
- Perfiles de morbilidad y factores que afectan los mismos



- Violencia social.- En América Latina ha aparecido una nueva epidemia llamada violencia social, misma que va de la mano con problemas de insatisfacción de las necesidades básicas como salud.
 - Enfermedades crónicas.- La medicina ha tenido grandes avances en el control de enfermedades que antes eran potencialmente mortales a corto o mediano plazo, esto ha sido uno de los factores que ha contribuido a prolongar la esperanza de vida, pero también a incrementar el costo de mantener esa esperanza de vida
 - Enfermedades sociales.- en estas es controversial todavía la inclusión de algunas como pobreza, delincuencia.
- Actores sociales y derechos sociales colectivos e individuales.- si bien no es parte técnica de la implementación de los servicios de salud, en el país deben ser considerados para el sistema de auditoría y veeduría ciudadana.

2. SERVICIO DE EMERGENCIA

Los servicios de Emergencia son parte de la puerta de entrada al sistema, y dadas las características de nuestro sistema de salud se constituyen en válvulas de escape a la demanda rechazada de los servicios de consulta externa.

Para entender de mejor manera el funcionamiento del sistema de emergencias médicas debemos aclarar y conceptualizar algunos términos relacionados:

Urgencia.- Este término hace referencia a un proceso que no conlleva un riesgo vital a corto plazo para el individuo pero que necesita resolución rápida (ej.- traumas menores, dolor agudo, etc.)

Urgencia Médica.- Es toda aquella situación que lleva al paciente o a sus familiares, a solicitar asistencia médica inmediata. Dicha definición, acorde con los criterios expuestos por las diferentes instituciones internacionales (OMS).



Urgencia Médica Real.- Es todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata.

Emergencia.- Es todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado, que produce una descompensación súbita del funcionamiento del organismo que condiciona discapacidad permanente o evolución a la muerte, y que requiere de atención inmediata.

Emergencia.- en cambio es un proceso mórbido que implica un riesgo vital para el paciente (ej.: Hemorragia Digestiva Alta) y por lo tanto debe resolverse en tiempos muy cortos

Sistema de emergencias.- El sistema de emergencias esta conceptualizado como un sistema de respuesta oportuna a cualquier tipo de evento adverso inesperado que ponga en riesgo la salud individual o colectiva; el sistema está conformado por diferentes instituciones tanto públicas como privadas estas son:

- Instituciones de salud (públicas y privadas)
- Organizaciones de respuesta rápida como Bomberos y Defensa Civil
- Gobiernos locales y sectoriales
- Grupos sociales
- Medios de respuesta social.

En nuestro país el Sistema de emergencias básicamente es un sistema de movilización de pacientes de diferentes grados de complejidad, al no contar con un sistema estructurado no se da resolución oportuna de casos sino contribuye a congestionar a las unidades receptoras.



Gráfico 2. Estructura del sistema de Salud en relación a los servicios de emergencia

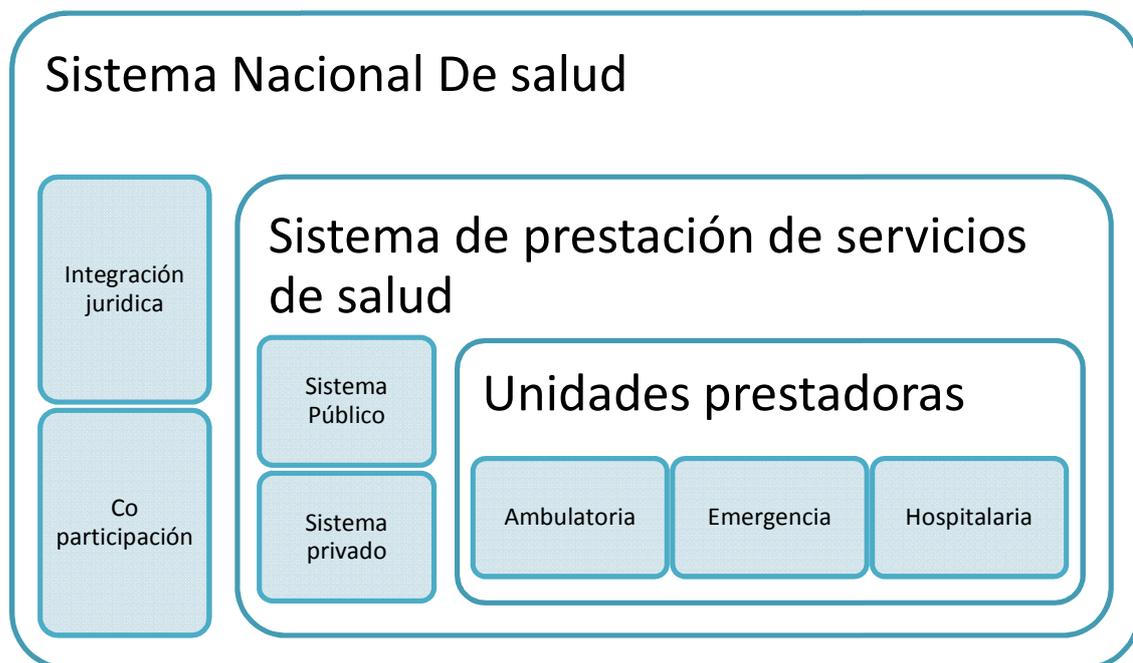


Ilustración 2. Componentes del Sistema de Salud

Elaborado por: Equipo de investigación

La cadena asistencial urgente es un conjunto de dispositivos encaminados a proporcionar al paciente una adecuada, eficiente y precoz, atención sanitaria desde el mismo momento en que el problema de salud se produce y desde el mismo lugar en que éste, sus familiares, las fuerzas de seguridad del estado, o cualquier ciudadano la demande.

Esta cadena consta de:

- Equipos de Emergencias Prehospitalarias (Ambulancias, Helicópteros).
- Servicios de Urgencias en unidades institucionales.
- Servicios de Urgencias Hospitalarios.



EQUIPOS DE EMERGENCIA PRE HOSPITALARIO

Es conjunto de competencias laborales, realizadas por un prestador de servicio deberán mostrar su competencia, para realizar la función mediante: Conocimiento de Procedimientos, técnicas, desempeño de habilidades y destrezas relacionadas con los servicios de atención medica pre hospitalaria en el lugar del incidente, durante el traslado de la víctima, hasta su entrega al hospital receptor, así como el mantenimiento operativo del equipo médico y reabastecimiento de insumos, medicamentos y soluciones para unidad móvil de cuidados médicos (ambulancia).

Según, Andrés M. Rubiano, tenemos dos tipos de transporte:

Transporte primario

Es el traslado que se realiza desde el sitio de ocurrencia del evento hasta un centro de atención inicial

Transporte secundario

Es el traslado que se realiza desde un centro asistencial hasta otro centro u otro sitio, con el fin de completar o complementar el proceso de atención definitiva.

Tipos de ambulancias:

Ambulancia básica.- Unidad de intervención con equipo específico de respuesta inicial tripulada por personal entrenado en atención pre hospitalaria

Ambulancia Medicalizada.-Unidad de intervención con equipo avanzado tripulada por medico por medico entrenado en atención pre hospitalaria

Ambulancia aérea.- Aeronave de ala fija o rotatoria tripulada por medico entrenado en medicina de aviación y aerotransporte

Urgencia Médica Sentida. (México).



Es todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado, que el paciente percibe ó siente que amenaza su vida. Casi nunca es grave y puede ser atendido por consulta externa. Las cifras varían entre los países pero su rango va de 80-85% de todas las urgencias.

GESTIÓN Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Calidad.- Según Donabedian, las dimensiones de la calidad son: lograr los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados los recursos disponibles

Calidad.- Consiste en satisfacer o superar las expectativas de los pacientes de manera congruente. Es el enjuiciamiento de una realidad frente a una referencia, cuadro o contexto, seguida de evaluaciones sistemáticas. (Gilmore CM, Moraes Novaes H, 1996)

Garantía de la Calidad.- Es el conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente realizan los individuos, las organizaciones y la sociedad para generar, mantener o mejorar la calidad.

Sistema de Garantía de la Calidad.- Es el conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar negativamente el logro de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos.

Gestión Integral por calidad.- Es una herramienta gerencial que comprende tres áreas de trabajo: el direccionamiento estratégico, la cultura organizacional y la gerencia de procesos.

3. TRIAGE



Ilustración 1.- Elementos relacionados a la calidad del Servicio de Emergencia
Elaboración: Flores Alexandra, León Edgar, Maldonado Patricia

Proviene del idioma francés que significa elegir o clasificar, en el área médica el triage estructurado es una forma de categorización de la urgencia que permite la gestión de calidad de los servicios de emergencia.

Según el Dr. A. Maruenda, triage se define como un procedimiento medico destinado a obtener una clasificación de las víctimas en categorías, de acuerdo con su pronóstico vital, para obtener un orden de prioridades en su tratamiento.

El sistema de triage no solo permite basar la atención en guías técnicas basadas en evidencia médica sino también permite mejorar la accesibilidad y la calidad de los servicios de emergencia. Ilustración 2.

La importancia de la disponibilidad de un sistema de triage en emergencia se vuelve más importante aun cuando existe sobrecarga de pacientes y recursos escasos y como siempre en salud los recursos nunca serán suficientes.



El sistema de triage permite la categorización de los pacientes según el grado de urgencia de los síntomas y signos que presentan priorizando los más urgentes cuando la situación así lo amerita evitando esperas prolongadas y poner en riesgo a los pacientes

El sistema de triage debe garantizar un trabajo centrado en el paciente garantizando una adecuada prestación, beneficiando los intereses de los profesionales y del sistema sanitario El sistema de triage debe adaptarse a la estructura física de la unidad, a los profesionales y a la tecnología que disponen

Triage estructurado es la disponibilidad de una escala de clasificación válida, útil y reproducible, con una estructura física acorde, y un nivel profesional y tecnológico que permita una evaluación adecuada del paciente, en el marco de un programa reevaluable y mejorable.

Tipos de triage (Machado, A, Emergencias 769-72; 2008)

Existen dos tipos de triage que son:

- Triage de Catástrofes.- Salvar el mayor numero de victimas
- Triage en los Departamentos de Emergencias.- Clasificar a un paciente por nivel de gravedad, priorizando aquellos que tienen mayor gravedad.

Sera objeto del presente estudio el triage en el departamento de emergencia, para lo cual existen seis 6 modelos de Triage Estructurado que son:

1. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: (CTAS) en 1995
2. Manchester Triage System: MTS en 1996
3. Emergency Severity Index: ESI en los EEUU en 1999, utilizando el MTS como referente.
4. Australian Triage Scale: ATS, 2000
5. Modelo Andorrano de Triage: MAT, 2000.
6. Sistema Español de Triage: SET, 2003



Según la resolución 317 del Consejo Directivo el triage debe considerar 5 niveles que garanticen fiabilidad, validez, utilidad, relevancia y aplicabilidad. El mismo que estará a cargo la personal asistencial enfermera o médico que después de algunas preguntas clasificará al paciente en cualquiera de los 5 niveles o categorías las cuales se traducen en un código de color y en un tiempo máximo de atención, objetivizando en función de la gravedad y clínicamente la decisión de priorización

Nivel I color rojo: Resucitación Situaciones que requieren resucitación con riesgo vital inmediato

Nivel II color naranja: Emergencia Situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital previsible cuya resolución depende radicalmente del tiempo

Nivel III amarillo: Urgencia Situaciones de urgencia de potencial riesgo vital

Nivel IV verde: Menos Urgente Situaciones de menor urgencia, potencialmente complejas, pero sin riesgo vital potencial

Nivel V azul: No urgente Situaciones no urgentes, que permiten una demora en la atención o pueden ser programadas, sin riesgo para el paciente.

ESTADO	TIEMPO MÁXIMO ATENCION	COLOR
Crítico	0 minutos	Rojo
Emergencia	10 minutos	Naranja
Urgencia	1 hora	Amarillo
Estándar	2 horas	Verde
No urgente	4 horas	Azul

Prioridad I

Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock Trauma.



Prioridad II

Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizar en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en Consultorios de Emergencia

Prioridad III

Paciente que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Amerita atención en el Tópico de Emergencia III, teniendo prioridad la atención de casos I y II.

Prioridad IV

Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios Descentralizados

El detalle de las prioridades está en el **anexo 2**

Infraestructura:

Para un correcto funcionamiento de un área de emergencia la infraestructura mínima necesaria es:

- Área de Triage.
- Área de Admisión/tesorería
- Área de espera para familiares con servicios higiénicos.
- Consultorios diferenciados por especialidad.
- Sala de Yeso.
- Área de Hidratación.
- Unidad Crítica de Emergencia.
- Área de Procedimientos.
- Sala de Observación
- Sala de Operaciones/Procedimientos
- Área de esterilización rápida.
- Vestuario y reposo de personal con Servicios Higiénicos.
- Servicios Básicos:



- Luz auxiliar y grupo electrógeno.
- Áreas con señales de ubicación y de seguridad.
- Extintores portátiles.
- Servicios sanitarios diferenciados de pacientes, familiares y personal.
- Ambiente para materiales de limpieza.
- Área de depósito: Medicinas, ropa, materiales y equipos.
- Área de aseo del Servicio, depósito de residuos.
- Área para camillas y silla de ruedas.
- Estacionamiento de Ambulancias.

En el área de emergencia del Dispensario de Cotocollao disponemos de estas áreas pero son pequeñas y poco funcionales, ya que fueron acondicionadas para el servicio, no construidas con ese fin.



CAPÍTULO II

ANÁLISIS SITUACIONAL

1. CONTEXTO NACIONAL (IESS)

Durante los últimos cinco años el Ecuador ha experimentado rápidos y profundos cambios no solo en los determinantes de Salud como son educación, medio ambiente, etc., sino fundamentalmente en los objetivos y organización del Sistema Nacional de Salud.

Siendo el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social parte del Sistema Nacional de Salud, ha adoptado cambios estructurales tanto en la Aseguradora que es la encargada de la regulación, monitoreo y evaluación de los procesos de atención en salud, como en las unidades propias y en los prestadores externos inmersos en el sistema de Prestación del IESS,

La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar cuenta con 3 hospitales de nivel III, 19 Hospitales de nivel I y II, 47 Unidades de Atención Ambulatoria , 19 Centro de Atención Ambulatoria, 600 Dispensarios del Seguro Social Campesino y 402 Dispensarios Anexos, para atender aproximadamente al 10% de la población ecuatoriana, la capacidad instalada no le permite satisfacer la demanda actual por tanto se amplió la red hacia prestadores externos que actualmente son aproximadamente 250 en todo el país.

La accesibilidad geográfica a las Unidades Medicas del IESS es estratégica en todo el país y donde no se cuenta con unidades propias existe el apoyo de la red complementaria, la accesibilidad en general a los servicios de salud del IESS ha experimentado una mejora sin embargo por factores como la extensión de la cobertura a hijos de afiliados menores de 18 años, la demanda insatisfecha se



mantiene en un 54% lo que afecta enormemente a la aceptabilidad de los servicios, por tanto los servicios de emergencia de las unidades se encuentra abarrotada.

2. MARCO LEGAL

En lo concerniente a las emergencias el contexto jurídico es el siguiente:

La Constitución de la República del Ecuador vigente, establece en los artículos:

Art. 365. Sobre la prohibición de negar atención de emergencia en los establecimientos Públicos y Privados.

Art. 369.- “El seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad, muerte y aquellas que defina la ley. Las prestaciones de salud de las contingencias de enfermedad y maternidad se brindarán a través de la red pública integral de salud...”

Art. 370 establece que “El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, entidad autónoma regulada por ley, será responsable de la prestación de las contingencias del Seguro Universal Obligatorio a sus afiliados”,

La Ley Orgánica de Salud, establece en los artículos:

Artículo 2.- “Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.”

Artículo 7.- “Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

Literal j).- Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de



riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos;”

Artículo 22.- “Los servicios de salud, públicos y privados, tienen la obligación de atender de manera prioritaria las emergencias obstétricas y proveer de sangre segura cuando las pacientes lo requieran, sin exigencia de compromiso económico ni trámite administrativo previo.”

Artículo 186.- “Es obligación de todos los servicios de salud que tengan salas de emergencia, recibir y atender a los pacientes en estado de emergencia. Se prohíbe exigir al paciente o a las personas relacionadas un pago, compromiso económico o trámite administrativo, como condición previa a que la persona sea recibida, atendida y estabilizada en su salud.

La Ley de Derechos y Amparo al Paciente, indica en sus artículos:

Artículo 7.-SITUACION DE EMERGENCIA.- Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas cortopunzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material.

Artículo 8.-Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo.

Artículo 9.- Se prohíbe a los servicios de salud públicos y privados exigir al paciente en estado de emergencia y a las personas relacionadas con el, que presenten cheques, tarjetas de crédito, pagarés a la orden, letras de cambio u otro tipo de documento de pago, como condición previa a ser recibido, atendido y estabilizado



en su salud.

Tan pronto como el paciente haya superado la emergencia y se encuentre estabilizado en sus condiciones físicas, el centro de salud tendrá derecho para exigir al paciente o a terceras personas relacionadas con el, el pago de los servicios de salud que recibió.

Artículo 10.- El estado de emergencia del paciente será calificado por el centro de salud al momento de su arribo.

Artículo 11.- Los valores no recuperados por el centro de salud por la atención a un paciente en estado de emergencia, podrán deducirse del impuesto a la renta de conformidad con las disposiciones de la Ley de Régimen Tributario Interno.

Artículo 12.- Bajo ningún motivo un centro de salud podrá negar la atención de un paciente en estado de emergencia.

El centro de salud que se negare a atender a un paciente en estado de emergencia será responsable por la salud de dicho paciente y asumirá solidariamente con el profesional o persona remisa en el cumplimiento de su deber, la obligación jurídica de indemnizarle los daños y perjuicios que su negativa le cause.

Artículo 13.- Los responsables de un centro de salud que se negaren a prestar atención a pacientes en estado de emergencia, serán sancionados con prisión de 12 a 18 meses y, en caso de fallecimiento del paciente desatendido, con prisión de 4 a 6 años.

La Ley de Seguridad Social establece:

“La Ley de Seguridad Social establece que el Seguro General de Salud Individual y Familiar protegerá al asegurado contra las contingencias de enfermedad y maternidad (...), protegerá al afiliado, su cónyuge o conviviente con derecho, y sus hijos menores hasta los 18 años de edad, así como el jubilado, serán beneficiarios de acciones integrales de fomento y promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento



de enfermedades no profesionales, recuperación y rehabilitación de la salud individual.”

Art. 17 “IESS tiene la misión de proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedades, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos que consagra esta ley”

Normativa interna del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social:

Resolucion C.D. 265.- Atencion a los hijos e hijas de afiliados del IESS, asi como los y las pensionistas de montepio por orfandad del IESS, seran beneficiarios hasta que cumplan seis (6) años de edad

Resolucion C.D. 308.- “Reglamento para la Atencion de Salud Integral y en Red de los Asegurados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social”.

Resolución C.D. 317.- “Reglamento para el pago por servicios de salud en casos de emergencia concedidos por prestadores externos a los asegurados del IESS”.

Resolucion C.D. 357.- “Regulaciones en la normativa interna relacionada con el Seguro General de Salud Individual y Familiar, para la aplicación de la Ley Reformatoria a la Ley de Seguridad Social, publicada en el Suplemento del Registro Oficial 323 de 18 de noviembre de 2010”.



3. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

La población estimada según datos estadísticos de junio de 2011 es:

POBLACIÓN AFILIADA	
Seguro Campesino 23,5%	213,676
Afiliados	1,811,081
Invalidez Seguro General	17,794
Vejez Seguro General	170,117
Viudas	56,771
Niños menores de 18 años hijos de afiliados y beneficiarios de orfandad	251,135
Total	2,520,574

Fuente: Estadísticas DSGSIF 2011

Estudio Actuarial inclusión menores de 18 años.

La población adscrita a las Unidades Medicas en la Provincia de Pichincha es la siguiente:

UNIDAD	POBLACION AFILIADA ESTIMADA	TIPO DE UNIDAD
HOSP. CARLOS ANDRADE MARIN	276,677	H 3
C.A.A. CENTRAL	104,728	CAA
C.A.A. CHIMBACALLE	73,337	CAA
C.A.A. COTOCOLLAO	82,074	CAA
C.A.A. EL BATAN	76,983	CAA
C.A.A. SUR OCIDENTAL	27,42	CAA



U.A.A. AMAGUAÑA	1,929	UAA
U.A.A. CAYAMBE	4,302	UAA
U.A.A. SAN JUAN	2,065	UAA
U.A.A. SANGOLQUI	13,738	UAA
U.A.A. TABACUNDO	3,606	UAA
U.A.A. LA ECUATORIANA	1,268	UAA
U.A.A. MACHACHI	1,126	UAA
TOTAL PROV. DE PICHINCHA	669,253	-

Fuente: Estadísticas DSGSIF

Elaborado: Patricia Maldonado, Edgar León, Alexandra Flores

Atenciones en emergencia

UNIDAD	EMERGENCIAS	
	2010	PRIMER SEMESTRE 2011
HOSP. CARLOS ANDRADE MARIN	147323	74493
C.A.A. CENTRAL	11346	1858
C.A.A. CHIMBACALLE	19956	12472
C.A.A. COTOCOLLAO	17541	20792
C.A.A. EL BATAN	6481	7615
TOTAL PROV. DE PICHINCHA	202647	126180

Fuente: Estadísticas DSGSIF 2011

Elaborado: Patricia Maldonado, Edgar León, Alexandra Flores



4. ANÁLISIS DE LA OFERTA.

El Seguro General de Salud Individual y Familiar para dar cumplimiento a la Ley de la Seguridad Social, en la que define que cubrirá las contingencias de enfermedad y maternidad. Y según el Reglamento para la atención de Salud Integral y en red de los Asegurados al IESS, cuenta con prestadores internos, de la red pública y de la red privada, a los mismos que le compra servicios para garantizar el derecho a las prestaciones a sus afiliados.

La Subdirección Provincial de Pichincha tiene contrato con 66 prestadores externos y utiliza los dispensarios anexos y los Unidades médicas del Seguro Social Campesino para garantizar a sus afiliados prestaciones con oportunidad y calidad.

PRESTADORES DEL SGSIF PARA POCHINCHA					
TIPO DE UNIDAD	Prestadores Internos del SGSIF	Anexos	Seguro Social Campesino	Prestador externo	TOTAL
UAA	6	178	24	6	214
CAA	8			1	9
Hosp. Nivel I				12	12
Hosp. Nivel II				9	9
Hosp. III	1			4	5
Auxiliar de diagnóstico				9	9
Diálisis				14	14
Unidad de reposo				3	3
Laboratorio dental				1	1
Prest. profesionales				7	7

Fuente: Estadísticas DSGSIF 2011

Elaborado: Patricia Maldonado, Edgar León, Alexandra Flores



5. ANÁLISIS SITUACIONAL

La CAA Cotocollao es una unidad de complejidad media, es decir cuenta con atención ambulatoria de especialidades médicas, cirugía del día y atención de emergencia. Si bien la capacidad resolutoria del centro se ha incrementado, no llega a satisfacer la demanda de la ciudadanía en todos los servicios que presta

El Centro de Atención Ambulatoria Cotocollao, es una de las unidades que han ido adaptándose al cambio para dar respuesta a la demanda de los usuarios.

Cuenta con las siguientes especialistas:

ESPECIALIDAD	NÚMERO DE PROFESIONALES
MEDICOS GENERALES	11
MEDICOS FAMILIARES	2
GINECOLOGOS	6
PEDIATRAS	3
TRAUMATOLOGOS	3
OFTALMOLOGOS	4
OTORRINOLARINGOLOGOS	1
UROLOGOS	2
FISIATRAS	2
PSIQUIATRAS	1
NEUMOLOGO	1
CIRUGÍA VASCULAR	1
CIRUJANO	1
URGENCIÓLOGOS	3
IMAGENOLOGOS	2
ANESTESISTA	1
ODONTOLOGÍA	8



ESPECIALIDAD	NÚMERO DE PROFESIONALES
PSICOLOGOS	2
NUTRICIONISTAS	1
LIC. ENFERMERAS	14
TRABAJADORAS SOCIALES	2
TECNOLOGOS	28

Fuente: Estadísticas DSGSIF 2011

Elaborado: Patricia Maldonado, Edgar León, Alexandra Flores

6. SERVICIOS QUE OFRECE EL CAA. COTOCOLLAO

Medicina General, Medicina Familiar, Medicina Preventiva, Enfermería con: Pre consulta, signos vitales, pos consulta, Psicología, Odontología, Nutricionistas, Visitas domiciliarias, Endoscopía y colonoscopía, laboratorio, imagen con ecografía, RX, mamografía, farmacia, Fisiatría y Rehabilitación con: gimnasio, laser, descompresión medular, onda corta, electro estimulación, parafinoterapia, Emergencia, Cirugía del Día, Inmunizaciones, EKG, Pruebas de Esfuerzo, Curaciones, podología, Audiometrías, Trabajo social, Inyecciones, optometría, , especialidades clínicas como : Cardiología, Psiquiatría, Neumología, Fisiatría, Medicina Familiar, Pediatría, Geriatria, Medicina Interna, Gastroenterología y quirúrgicas como: Traumatología Cirugía General, Urología, Ginecología, Dermatología Otorrinolaringología, Oftalmología

Su horario de atención es de lunes a viernes de 7 a 21h00 horas en consulta externa y cirugía del día. Emergencias laboratorio y RX 24 horas de lunes a viernes

El servicio de Emergencia funciona desde el 21 de febrero del 2011 las 24 horas los 365 días este servicio inicia con 3 consultorios de emergencia, 6 camillas y 1 camilla para pacientes críticos, sala de procedimientos, sala de curaciones, 2 ambulancias

Recursos Humanos 7 médicos, 6 enfermeras, 4 auxiliares de enfermería, 4 choferes, 2 recursos para admisión en la noche y fines de semana, 3 tecnólogos de imagen, 3 tecnólogos para laboratorio, y 4 recursos para limpieza



Servicios de Apoyo:

- Farmacia de lunes a viernes de 7 a 19 horas lunes a viernes
- Imagen: Ecografía de 7 am a 15 Horas lunes a viernes
- Imagen: Rx 24 horas lunes a domingo
- Laboratorio 24 horas lunes a domingo

Tiene una productividad que ha venido aumentando en los últimos años como vemos en el siguiente cuadro;

AÑO	CONSULTAS EMERGENCIAS	TOTAL CONSULTAS
2008	6.366	124.587
2009	11.129	143.337
2010	17.541	151.585
2011 Primer semestre	5.043	20.792

Fuente: Estadísticas CAA. Cotocollao 2011

El Servicio de Urgencias del Centro de Atención Ambulatoria de Cotocollao, ubicado en la Av. de La Prensa N55-118 y La Pulida, en la Parroquia de Cotocollao, de la Ciudad de Quito, su población a cubrir es de 100.000 derecho habientes del IESS a experimentado cambios sustanciales desde finales del mes de febrero de este año, en el que empieza a operar 24 horas el servicio de urgencias. La demanda de atención supera la oferta, mucho más cuando el Servicio de Call Center direcciona a los pacientes al servicio de emergencias al no poder atender las consultas de medicina general y de especialidad, los pacientes que acuden, no se enmarcan dentro del concepto de “emergencia”. Esto entorpece el normal funcionamiento de este servicio y complica a aquellos pacientes que requieren una atención de EMERGENCIA debido a su delicado estado de salud, provocando tiempo de espera excesivo e insatisfacción por el servicio, sin embargo, es necesario también dar una solución oportuna a aquellos pacientes que no son emergentes pero son urgentes y requieren este servicio.



Existen también factores externos que han hecho que los servicios de salud públicos se congestionen disminuyendo su capacidad resolutive absoluta, entre estos están:

1. Incremento de los grupos etarios sujetos de protección, lo cual se sustenta en la Constitución Política de la República del Ecuador que en su artículo 370 establece que “El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, entidad autónoma regulada por ley, será responsable de la prestación de las contingencias del Seguro Universal Obligatorio a sus afiliados”, el artículo 17 de la ley de Seguridad Social establece que 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 enfermedades, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos que consagra esta ley”

La Ley de Seguridad Social establece que el Seguro General de Salud Individual y Familiar protegerá al asegurado contra las contingencias de enfermedad y maternidad (...), protegerá al afiliado, su cónyuge o conviviente con derecho, y sus hijos menores hasta los 18 años de edad, así como el jubilado, serán beneficiarios de acciones integrales de fomento y promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no profesionales, recuperación y rehabilitación de la salud individual.

Resoluciones del Consejo Directivo 265, 357 y 308

- 2 Incremento de demanda a los servicios de salud del IESS, esto tiene varios escenarios desde los cuales se puede dar una lectura a este incremento:
 - a. Mejor promoción de los servicios
 - b. Incremento de capacidad resolutive
 - c. Urbanización de los problemas de salud: Ej., obesidad, HTA, DM2
 - d. Incremento de violencia urbana
 - e. Medicalización de problemas sociales



La Subdirección Provincial de Salud de Pichincha como parte de las acciones para contener de alguna manera esta nueva demanda ha determinado la formación de una red distrital de emergencia dividida por áreas de influencia, en esta red CAA Cotocollao es uno de los monitores para la zona noreste.

Dadas estas condiciones, uno de los servicios que más ha necesitado adaptarse al nuevo contexto es el Servicio de Emergencia de la unidad, el cual ha tenido varias etapas de cambio: como el horario de atención, estructura médica y administrativa y servicios complementarios.

La atención de urgencias se convierte en un área esencial dentro de las prestaciones que otorga el Centro de Atención Ambulatoria Cotocollao. La misma que debe contar con un espacio para el triage donde se debe examinar al paciente y determinar el nivel de emergencia re direccionando al paciente cuando pueda ser manejado en el servicio de emergencias o enviado a un nivel de mayor complejidad como el Hospital Carlos Andrade Marín o a la consulta externa

El análisis de los problemas de emergencia se profundiza y se elabora un árbol de problemas



ARBOL DE PROBLEMAS

Efectos

Emergencias reales.- Condiciones agudas o crónicas con descompensación aguda	Inadecuadas condiciones de trabajo en el servicio de emergencias	Verdaderas emergencias pasan por alto por estar atendiendo pacientes de consulta externa	Pacientes mal valorados que reingresan al servicio de emergencias
---	--	--	---



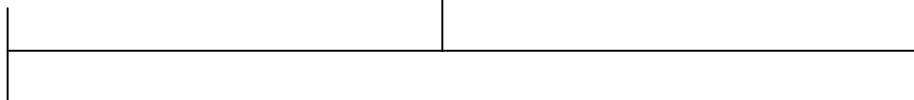
Cantidad de pacientes a ser atendidos rebasa la capacidad técnica humana y de infra estructura	Tiempos prolongados de espera de los pacientes que acuden al servicio de emergencias	Personal cansado y estresado por la presión que ejercen los pacientes y familiares	Pacientes molestos y agresivos por la demora en la atención
--	--	--	---

Problema

Insatisfacción por tiempos prolongados de espera de los usuarios que acuden al servicio de Emergencias del Centro de Atención Ambulatoria Cotacollao,

Causas

Limitados recursos humanos y materiales en el CAA. Cot.	Limitado plan de capacitación sobre manejo de pacientes en áreas de urgencias en el CAA. Cot.	Políticas y normas Institucionales poco conocidas por el personal del CAA. Cotacollao.
---	---	--



Servicios complementarios de imagen rebasados en su capacidad, por tanto no atienden de manera prioritaria a los pacientes de emergencia y no emiten resultados a tiempo	Inadecuada valoración de los pacientes que acuden al servicio de urgencias por no contar con área de triage del CAA. Cotacollao	El servicio de emergencias atiende la demanda insatisfecha de consulta externa
En el servicio de urgencias se realizan curaciones de heridas crónicas, el personal ocupa mucho tiempo en estos procedimientos	No hay trabajo en equipo para dar atención oportuna	Se les pide exámenes a los pacientes y luego los profesionales se demoran en revisar los resultados, por lo tanto los tiempos para dar altas aumenta



Los actores relacionados con las soluciones o apoyo a enfrentar los problemas del servicio de emergencia son

MATRIZ DE INVOLUCRADOS

Grupos	Intereses	Expectativas	Capacidad de influencia	Recursos
Autoridades del SGSIF y sub. Provincial de Pichincha	Garantizar el derecho a la atención	Funcionalidad de la red de emergencias	90%	Humanos Normas Materiales
Autoridades del CAA. Cotacollao	Mejorar imagen y optimizar recursos	Satisfacer la demanda de emergencias	90%	Humanos Materiales
Personal del Servicio de emergencias	Garantizar la atención a los afiliados, de manera oportuna y con calidad	Optimizar los procesos de atención	100%	Normas
Personal de los servicios complementarios	Atender a los usuarios de manera oportuna	Disminuir la demanda con valoración adecuada	70%	Equipos Humanos
Afiliados, beneficiarios y usuarios en general	Atención oportuna y de calidad	Disminuir tiempos de espera	100%	Humanos Afiliados Procesos

Existiendo diferentes niveles de problemas es necesario plantear diferentes niveles de solución, mediante la correlación de los actores y su área de injerencia podemos obtener una resolución legal y legítima a los nudos críticos encontrados en la implementación de servicios de Emergencia en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.



CAPITULO III

DESARROLLO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCION EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS

Para enfrentar la problemática del servicio de emergencia en función del árbol de problemas, se establece lo siguiente:

1. MARCO ESTRATÉGICO:

VISION

Ser modelo de atención de salud en el Área de Emergencia, organizado y reconocido en el IESS, que garantice la atención oportuna, efectiva y eficaz de los pacientes, aplicados por equipos multidisciplinarios especializados.

MISION

Promover atención en el Área de emergencia con calidad y con calidez, mediante el desarrollo de programas de acuerdo a la identificación, análisis y gestión de riesgos

OBJETIVO

Mejorar la calidad de atención a los usuarios que acuden al servicio de emergencias del CAA. Cotocollao del IESS



2. ÁRBOL DE OBJETIVOS

Indicadores de efectos

Valoración adecuada de los problemas agudos y descompensaciones agudas de estados crónicos	Usuarios y atendidos de manera oportuna y con calidad en el servicio de emergencias del CAA. Cot.	Personal con menor presión y por lo tanto más relajado y con mejor predisposición	Todos los turnos con personal suficiente,
--	---	---	---

Disminuir tiempos de espera para exámenes complementarios de los pacientes de emergencia del CAA. Cot	Plan de capacitación elaborado y aplicado al 100 % de personal que trabaja en el servicio de emergencias del CAA. Cot	100% de, normas, procesos y protocolos de atención en el servicio de emergencia elaborados e implementados por el personal
---	---	--

OBJETIVO

Mejorar la calidad de atención a los usuarios que acuden al servicio de emergencias del CAA. Cotocollao del IESS

Dotación de recursos humanos y materiales al servicio de emergencias del CAA. Cot.	Capacitación al personal de urgencias del CAA. Cot, en manejo de pacientes de emergencia	Elaboración y difusión de procesos de atención en emergencia del CAA. Cot
--	--	---

ESTRATEGIAS

Implementar un sistema de triage para valorar adecuadamente a los pacientes que llegan al servicio de emergencias del CAA. Cot.	Dotar de recursos en los servicios complementarios y de farmacia para atender oportunamente a los pacientes de emergencia	Reconocimiento y motivación al personal de urgencias del CAA. Cot, que cumple con una atención adecuada a los pacientes que acuden a emergencias
---	---	--



3. ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

- Elaboración y difusión de procesos de atención en emergencia del CAA. Cotocollao
- Dotación de recursos humanos y materiales al servicio de emergencias del CAA. Cotocollao
- Capacitación al personal de urgencias del CAA. Cotocollao, en manejo de pacientes de emergencia
- Implementar un sistema de "triage para valorar adecuadamente a los pacientes que llegan al servicio de emergencias del CAA. Cotocollao.
- Dotar de recursos en los servicios complementarios y de farmacia para atender oportunamente a los pacientes de emergencia
- Reconocimiento y motivación al personal de urgencias del CAA. Cotocollao, que cumple con una atención adecuada a los pacientes que acuden a emergencias.

4. MARCO LÓGICO

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>FIN</p> <p>Mejorar la calidad de atención que se brinda a los usuarios en el servicio de emergencias del CAA. Cotocollao del IESS</p>	<p>Elaboración y difusión de 5 procesos de atención en emergencia del CAA. Cotocollao</p> <hr/> <p># de procesos implementados en el segundo semestre del 2011</p>	<p>Informes</p> <p>Reportes</p> <p>Monitoreo</p>	<p>1) Existe la decisión técnica de cumplir con el proyecto de implementar los procesos de atención en el servicio de emergencia.</p> <p>2) Obligación Institucional, interinstitucional,</p>



OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
			profesional y administrativa de implementar estos procesos y evaluarlos
<p>PROPÓSITO</p> <p>Disminuir los tiempos de espera para la atención en el servicio de urgencias del CAA. Cotocollao, de acuerdo a los 5 niveles de gravedad</p>	<p>Tiempo de espera para la atención de emergencias antes de la implementación de los procesos de atención</p> <hr/> <p>Tiempo de espera luego de la implementación de los procesos de atención de emergencia.</p>	<p>Registro de tiempos de espera en el servicio de emergencia del CAA Cotocollao.</p> <p>Registros de atención en las Historias clínicas y hoja 008</p>	<p>Dotación de recursos humanos en el servicio de urgencias</p> <p>Obligatoriedad por parte del los profesionales de implementar los procesos de atención de pacientes en urgencias</p>
<p>RESULTADO</p> <p>1) 5 procesos de atención en el servicio de urgencias elaborados e implementados</p>	<p>1.1 100% de procesos de atención del servicio de urgencias propuesto</p> <hr/> <p>% de de procesos de atención del servicio de urgencias elaborados e implementados</p>	<p>Informes de procesos elaborados</p> <p>Documentos de procesos redactados</p>	<p>Personal motivado y capacitado para implementar los procesos de urgencias</p>
<p>2) Dotación adecuada de recursos humanos y materiales de curación al servicio de emergencias del CAA. Cotocollao</p>	<p>2.1 El 100 % de los recursos humanos solicitados contratados El 100% de los insumos de material de curaciones solicitados entregados</p>	<p>Contratos de trabajo de los recursos humanos que fueron solicitados</p> <p>Requisiciones de materiales de curaciones para el servicio de urgencias</p>	<p>Decisión política de crear las partidas presupuestarias para la necesidad de recursos</p>



OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
3) Capacitación al personal de urgencias del CAA. Cotocollao, en manejo de pacientes de emergencia	3.1% de personal capacitado en el manejo de pacientes de emergencia	Lista de participantes a los cursos	Personal comprometido en asistir a los talleres de capacitación Staff gerencial comprometido con la capacitación del personal.
4) Implementar un sistema de triage para valorar adecuadamente a los pacientes que llegan al servicio de emergencias del CAA. Cotocollao	Sistema de triage diseñado e implementado	Informe de proceso elaborados Monitoreo	Personal de emergencias comprometido en implementar de acuerdo al proceso diseñado el triage
5) Dotar de recursos en los servicios complementarios y de farmacia para atender oportunamente a los pacientes de emergencia	Farmacia funcionando 24 horas con los insumos de acuerdo a la programación Recetas entregadas a tiempo	Recetas despachadas las 24 horas Nómina de personal de farmacia en las 24 horas	Compromiso del Staff gerencial contratando los recursos para funcionar farmacia 24 horas
6) Reconocimiento y motivación al personal de urgencias del CAA. Cotocollao, que cumple con una atención adecuada a los pacientes que acuden a emergencias	Oficios de reconocimiento y motivación a todo el personal. No recibir ninguna queja de pacientes por mala atención	Oficios enviado por la directora Informe de quejas SENRES	Que recursos humanos reconozca el esfuerzo y contemple la estimulación al personal



5. DESCRIPCION DE OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

1) Actividad: **Cinco procesos de atención en el servicio de urgencias elaborados e implementados**

Resultado 1

1.1 Definición de 5 procesos de atención en consenso con el personal de salud

1.2 Diseño y Redacción de los 5 procesos de atención más importantes en el servicio de emergencia

1.3 Aprobación por parte de los profesionales del servicio y de las autoridades, de los 5 procesos de atención elaborados en el servicio de urgencias

1.4 Impresión y entrega a l personal para su cumplimiento, de 5 los procesos de atención a pacientes en el servicio de emergencia

2) Actividad: **Dotación adecuada de recursos humanos y materiales de curación al servicio de emergencias del CAA. Cotocollao**

Resultado 2

2.1 Programación de insumos y materiales para el año 2012 de acuerdo a la nueva demanda de atención

2.2 Readecuación de una bodega específica para guardar insumos y materiales de curaciones para todo el mes.

2.3 Requisiciones mensuales para dotación de insumos



- 2.4 Elaboración de cálculo de personal de acuerdo a la demanda de atenciones, de médicos , enfermeras auxiliares de enfermería y personal de farmacia para las 24 horas
- 2.5 Elaboración de oficio solicitando el personal necesario adjuntando el estudio y cálculo de personal a la gerencia
- 2.6 Elaboración de nuevos horarios de acuerdo al incremento de recursos
- 2.7 Gestionar ante las autoridades la readecuación de los consultorios médicos y sala de observación para optimizar espacios
- 2.8 Mantener reuniones con los arquitectos para implementar las readecuaciones
- 2.9 Monitorizar los cambios de acuerdo a lo acordado y aprobado

3) Actividad: Capacitación al personal de urgencias del CAA. Cotacollao, en manejo de pacientes de emergencia

Resultado 3

- 3.1 Elaboración del programa de capacitación definimos temas
- 3.2 Definición de listas de asistentes
- 3.3 Implementación de los talleres de capacitación sobre manejo de pacientes en emergencia
- 3.4 Evaluación del taller
- 3.5 Informe de la capacitación al Staff gerencial.



4) Actividad: Implementar un sistema de triage para valorar adecuadamente a los pacientes que llegan al servicio de emergencias del CAA. Cotacollao.

Resultado 4

4.1 Elaboración de un sistema de triage

4.2 Socialización del proceso con el personal de salud como parte de la capacitación en emergencias

4.3 Definir el espacio, los recursos y el personal a cargo del mismo

4.4 Implementación.

4.5 Evaluación y monitoreo del proceso

5) Actividad: Dotar de recursos en los servicios complementarios y de farmacia para atender oportunamente a los pacientes de emergencia

Resultado 5

5.1 Elaboración del plan de intervención para implementar el servicio de farmacia las 24 horas

5.2 Entrega del plan a las autoridades para dotación de recursos

5.3 Contrato de recursos humanos

5.4 Elaboración de horarios de trabajo para el cumplir el horario las 24 horas



5.5 Definir un tiempo para orientación y evaluación del manejo de fármacos

5.6 Reprogramación de fármacos para abastecer la nueva demanda de fármacos por aumento de cobertura poblacional y de horarios de trabajo en emergencia

5.7 Implementación de correctivos si lo hubieran y establecer un programa para continuar monitoreando y evaluando

6) Actividad: Reconocimiento y motivación al personal de urgencias del CAA. Cotocollao, que cumple con una atención adecuada a los pacientes que acuden a emergencias

Resultado 6

6.1 Diseñar una encuesta de satisfacción del proceso de atención en el servicio de emergencias

6.2 Implementación de hoja del proceso de satisfacción de atención al paciente si es posible y también al familiar.

6.3 Tabulación de las encuestas

6.4 Evaluación de resultados de la encuesta.

6.5 Revisar buzón de quejas y tabularlas

6.6 Establecer incentivos a los recursos humanos que mejor aceptación tengan



6. RESULTADOS DE LA INTERVENCION

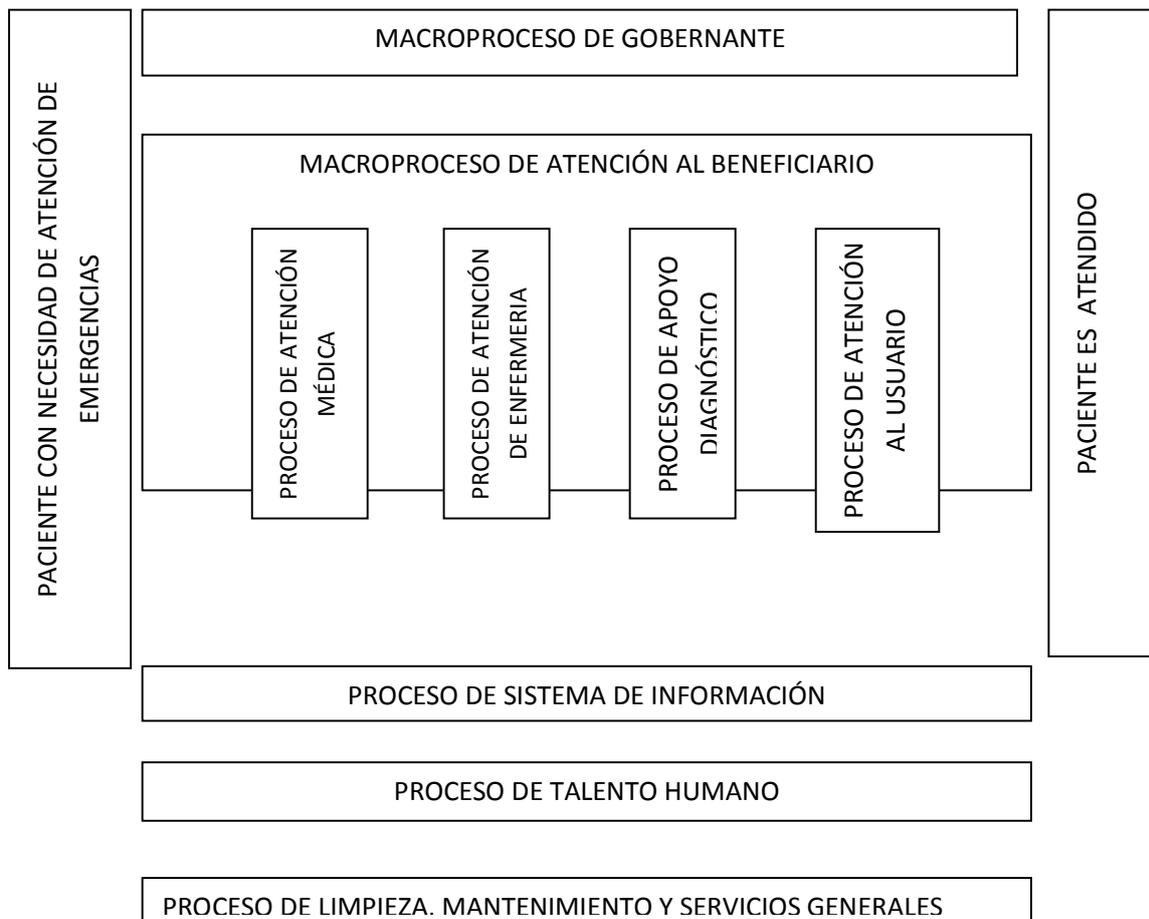
6.1 RESULTADO1

Producto 1. Cinco procesos de atención en el servicio de urgencias elaborados e implementados

6.1 Elaboración y difusión de procesos de atención en emergencia

El Servicio de Urgencias del CAA. Cotacollao no cuenta con los procesos de atención, dentro de la primera estrategia es el elaborar los procesos de atención que permitirá optimizar tiempos y recursos en la atención a los afiliados

PROCESO DE GESTION DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS





DESCRIPCION DEL PROCESO

MACROPROCESO GOBERNANTE:

PROCESO DE COORDINACIÓN DE EMERGENCIA: Contará con un Médico Emergenciólogo cuyas funciones serán:

1. Organizar los horarios de los Médicos Tratantes, Residentes, Internos Rotativos.
2. Coordinar con la/el Líder de proceso de Atención de Enfermería
3. Cada año presentará a la Dirección Técnica la Planificación Estratégica del Servicio de Emergencia al igual que el Plan de Compras Anual según los requerimientos reales del servicio. Estas actividades lo realizará en forma participativa con todos los integrantes del servicio.
4. Planificará en conjunto con el Líder del Proceso de Talento Humano, las actividades de : inducción al personal nuevo y capacitaciones al todo el personal que labora en el servicio
5. Pasará a la Dirección Técnicas las novedades mensuales encontradas en el servicio.
6. Tendrá reuniones mensuales con el Comité de Bioseguridad de la institución.

MACROPROCESO DE ATENCIÓN AL BENEFICIARIO:

- **PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA:** Contará con 10 Médicos Tratantes de Emergencia que desarrollarán las siguientes actividades:

1. Atención Médica de Emergencia y Urgencia a los Pacientes que acuden al Servicio de emergencia



2. Tendrán que acudir a por lo menos un curso de actualización médica relacionada al área de Emergencia
 3. Deben tener la certificación de haber asistido y aprobado el curso de RCP Básico, RCP Avanzado, ALSO y ATLS. Los mismos que deben estar vigentes.
 4. Deben cumplir los horarios rotativos establecidos.
 5. No se les permite los atrasos ni faltas no justificadas.
 6. Tienen la obligación de supervisar el trabajo del Médico Residente y del Interno/a rotativo.
- **PROCESO DE COORDINACIÓN DE ENFERMERIA:** Contará con una enfermera con formación en administración hospitalaria cuyas funciones son:
 1. Coordinar el proceso de atención de enfermería
 2. Elaborar horarios del personal de enfermeras y auxiliares de enfermería
 3. Coordinar con la/el Líder del proceso de Atención médica
 4. Elaborará la planificación operativa anual y cuadrienal en coordinación con todo el personal de emergencias.
 5. Elaborará el cuadro de la capacitación anual del personal de enfermería
 6. Elaborará la planificación de materiales de curaciones para el año
 7. Realizar los requerimientos mensuales de insumos de curaciones
 8. Supervisar el trabajo del personal de enfermería.
 9. Coordina el registro de consumos
 10. Transferencias de los pacientes a otras unidades médicas ya sean públicas o privadas
 11. Ayuda a los pacientes que acuden sin familiares
 - **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:** Contarán con 12 Enfermeras que desarrollarán las siguientes actividades:
 1. Atención en Pre consulta al paciente que acude al servicio de Emergencia.



2. Atención de pos consulta
3. Realizarán el Triage del paciente y el direccionamiento del paciente a los consultorios de Urgencia o al área de Emergencia. Y pacientes de accidente de tránsito
4. Apoyará a los Médicos Tratantes ya sea de Emergencia o a los Médicos que acudan por Interconsulta, en los procedimientos.
5. Brindará confort a los pacientes
6. Realizarán procedimientos como: curaciones, colocación de inyecciones, colocación y vigilancia de infusiones intravenosas, EKG, Vendajes, colocación y retiro de sondas.

- **PROCESO DE APOYO DIAGNOSTICO: IMAGEN Y LABORATORIO:** El Área de Emergencia contará con el apoyo del Servicio de Imagen y Laboratorio General del Hospital. Para el área de Emergencia se debe contar con:

1. Tecnólogo Médico por turno rotativo que se encargue de la toma de muestras a los pacientes que necesiten según las necesidades de los Médicos.
2. Tecnólogo de Imagen por turno rotativo que se encargue de la toma de Rx,
3. Médico Radiólogo que realice ecografías y entregue el informe de los exámenes de imagen realizados.

El número y distribución del personal mencionado estará a cargo de la coordinación entre el Coordinador el área de Emergencia y el Coordinador General de Laboratorio.

- **PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO: CALIFICACIÓN DEL DERECHO,** Se contará con 3 Personas para Calificación de Derecho que trabajarán en turnos rotativos. Se encargarán de:

1. Verificación de datos de los pacientes con el Sistema Informático



2. Actualización de datos del paciente en el Sistema Informático
3. Apertura de Historias Clínicas para los pacientes nuevos.
4. Direccionamiento del paciente dentro del Servicio de Emergencia.
5. Registro de pacientes y legalización de documentos en caso de pacientes de Accidentes de tránsito

MACROPROCESO DE APOYO

- **PROCESO DE SISTEMA DE INFORMACIÓN :**

Contará con el personal Informático del área de Informática, el apoyo será esporádico en relación a las necesidades que existan. Se contará con el apoyo de ésta área en las 24 horas. La organización del personal realizará el Coordinador de Emergencia junto con el Coordinador del área de Informática.

- **PROCESO DE TALENTO HUMANO :**

El área de Emergencia contará con el apoyo del área de Recursos Humanos que apoyará en las actividades de: capacitación al personal, inducción a los nuevos integrantes del equipo, coordinación en los horarios de cada uno, coordinación en los días de vacaciones y permisos. Darán a conocer al personal las políticas de la institución. La distribución del tiempo de apoyo de este proceso estará establecida entre el Coordinador del Área de Emergencia y el Coordinador de Enfermería y el Coordinador el Área de Recursos Humanos.

- **PROCESO DE MANTENIMIENTO, LIMPIEZA Y SERVICIOS GENERALES**

Contará con el apoyo permanente del personal de limpieza y servicios generales quienes se encargarán de mantener limpio el Área de Emergencia en todo momento además del arreglo de las instalaciones si fuere necesario. Su trabajo se basará en las normas de Bioseguridad Universales.



- **PROCESO TECNICO ADMINISTRATIVO**

RECEPCION DEL PACIENTE

- El área de triage se encargará de la recepción del paciente
- El área de admisiones será la encargada de la orientación de los usuarios en coordinación con el área de triage.
- A la recepción de un paciente en situación de emergencia, el personal de vigilancia facilitará el ingreso al Servicio o área de Emergencia de un familiar o acompañante de acuerdo a la necesidad.
- El acceso al Servicio o área de Emergencia debe ser directo y libre de obstáculos, con señalizaciones claras.

INGRESO DE PACIENTES

- Pasar por el área de triage, donde el profesional encargado, evaluará al paciente con la finalidad de determinar la condición de emergencia del paciente (según resolución CD 317)
- Luego de ser evaluado en el Triage, el paciente será derivado al área de
 - o Admisión, si se tratara de un caso crítico, el familiar o acompañante acudirá
- Verificación de derechos del paciente en el área de admisión
- Ingreso del Paciente en el sistema informático AS/400
- Deben ser atendidos integralmente, de ser el caso será remitido a una unidad de igual o mayor complejidad de la red de prestadores de IESS.
- Cuando el paciente es referido, se debe verificar de acuerdo a la Norma de Referencia y Contra referencia vigente.

CUANDO EL USUARIO NO ES AFILIADO

La atención de emergencia se otorgará en el Centro Asistencial donde acudió el paciente, mientras subsista el estado de gravedad que motivó el ingreso. Así mismo, de



acuerdo a la complejidad del daño se procederá a referirlo a otro establecimiento si fuera necesario.,

Paciente particular, SOAT, convenios se facturara según tarifario vigente.

AREA DE TRIGE

El profesional de salud encargado del Triage, realiza el control de las funciones vitales del paciente y determina la prioridad del daño del mismo, a fin de derivarlo al área correspondiente de acuerdo al Protocolo del Triage (ver lista de daños según prioridad Resolución CD 317).

En el área Triage se activará el código de alarma de emergencia ante la llegada de un paciente de Prioridad I, para que el equipo de reanimación se constituya en el acto, en la Sala de Shock Trauma.

SALA DE REANIMACIÓN (SHOCK TRAUMA)

La atención en este ambiente se realiza por un equipo multidisciplinario, liderado por el: Médico Emergenciólogo responsable del área.

El tiempo de permanencia del paciente en la Sala de Shock Trauma, debe ser el estrictamente necesario, hasta conseguir la estabilidad del paciente que permita su traslado a otra área que corresponda, para su tratamiento definitivo, esto debe ir acompañado del respectivo proceso administrativo de transferencia. Ilustración 3

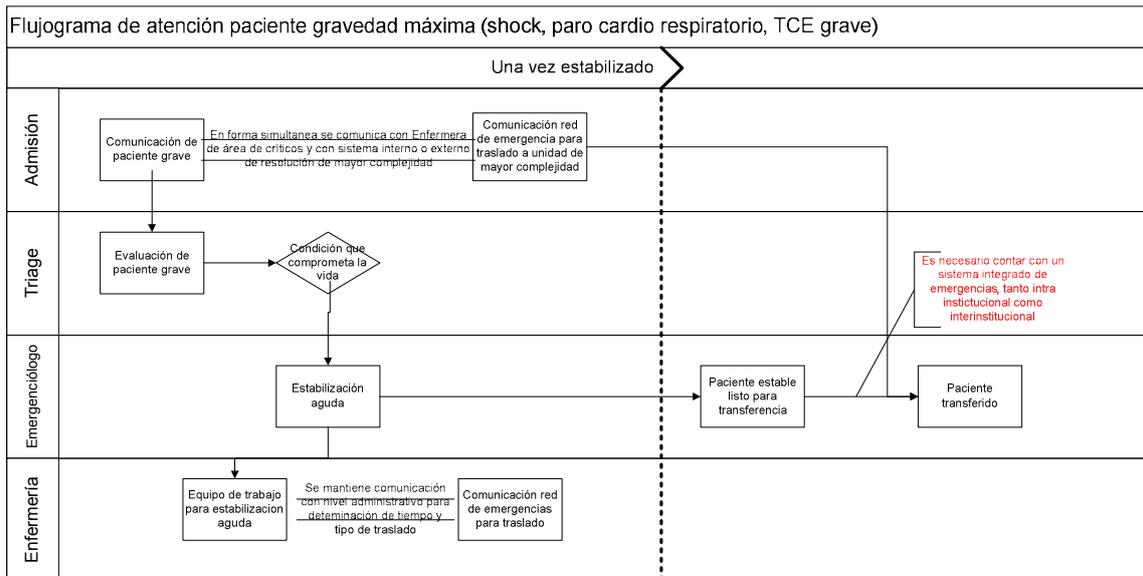


Ilustración 2. Flujograma de paciente grave

SERVICIOS DE APOYO

Exámenes Auxiliares

Las Emergencias debe contar permanentemente con oferta de servicios de Ayuda al Diagnóstico que aseguren atención inmediata, y de acuerdo a su Nivel de Complejidad estos servicios deben estar muy cerca o dentro del área de Emergencia.

Las solicitudes de exámenes auxiliares deben registrar: fecha, hora, nombre del paciente, edad, sexo, número de cédula de identidad y de Historia clínica, diagnóstico, área donde se encuentra el paciente, así como nombre y firma del Médico tratante.

Los resultados de laboratorio se expiden en el menor tiempo posible y deberán incluir valores normales y sus unidades respectivas. Una vez obtenido el resultado debe ser



inmediatamente entregado al médico tratante, quién anotará en la Historia Clínica el resultado comentado.

Solicitado un examen de imágenes, el paciente será trasladado por el personal de salud designado, de ser el caso irá acompañado del personal de salud, de acuerdo a la gravedad del paciente. El Médico responsable debe reportar en la Historia Clínica del paciente, el informe del examen de imágenes realizado.

Las placas radiográficas deben entregarse al paciente

El Jefe del Servicio de Emergencia es responsable de supervisar el uso racional de exámenes auxiliares en emergencia, estableciendo para ello los mecanismos necesarios de coordinación, control y evaluación.

Determinación del alta

El médico tratante determinará el alta del paciente, la hora, indicaciones y recomendaciones de alta, las mismas que deben quedar registradas en la Historia Clínica.

La enfermera le dará indicaciones en relación a su auto cuidado, le entregará las placas radiográficas y exámenes especiales realizados

El médico le entregará las indicaciones médicas y el certificado de reposo si así lo amerita.

Cuando el paciente requiere seguimiento y control posterior de forma ambulatoria se le debe dar la cita respectiva con el profesional y la especialidad que demanda

El médico debe informar al paciente y/ o sus familiares sobre el estado de salud y los riesgos de su condición clínica.

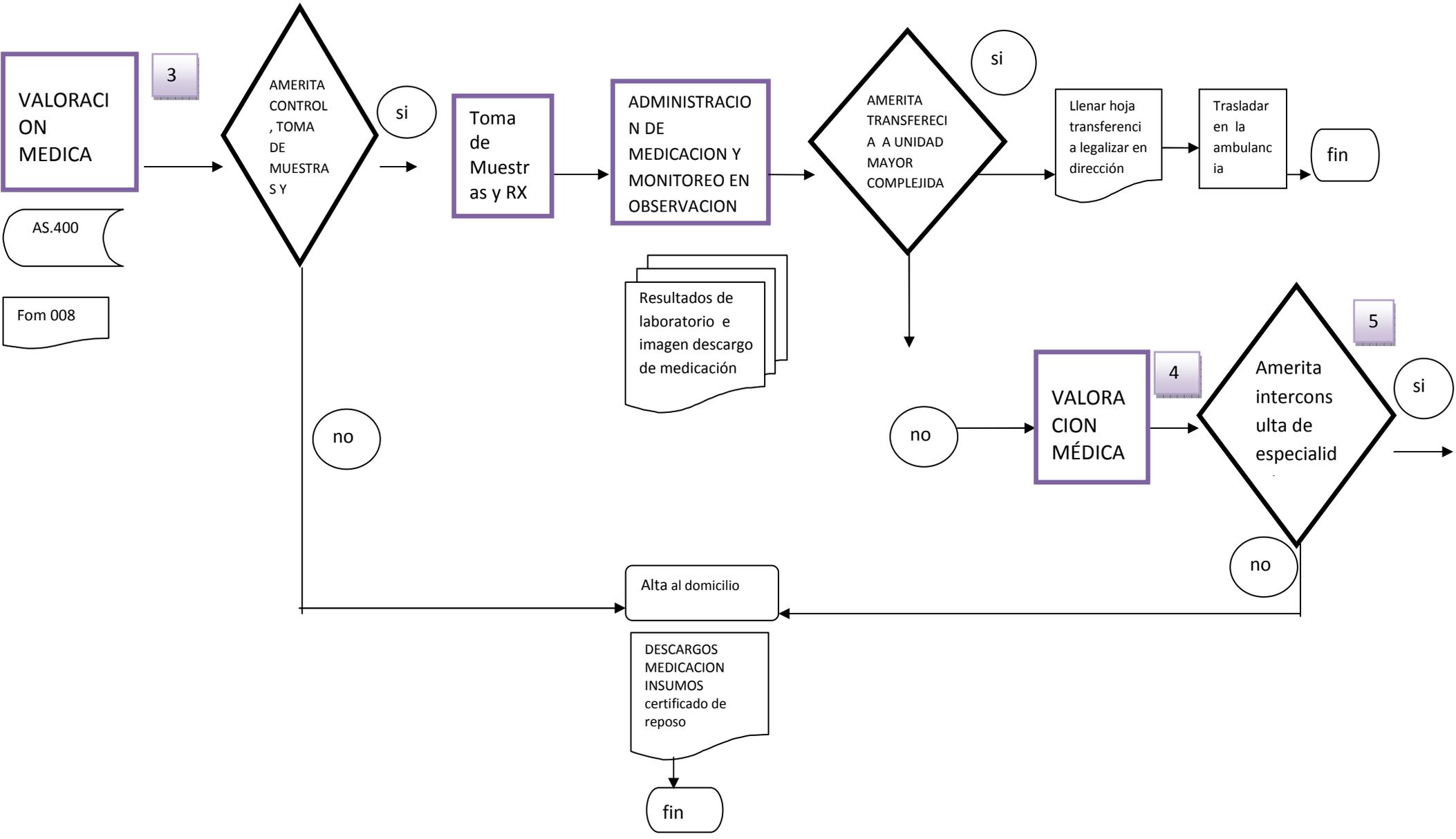
Si el paciente solicita el alta en forma voluntaria él o sus familiares deberán firmar el documento de responsabilidad correspondiente.

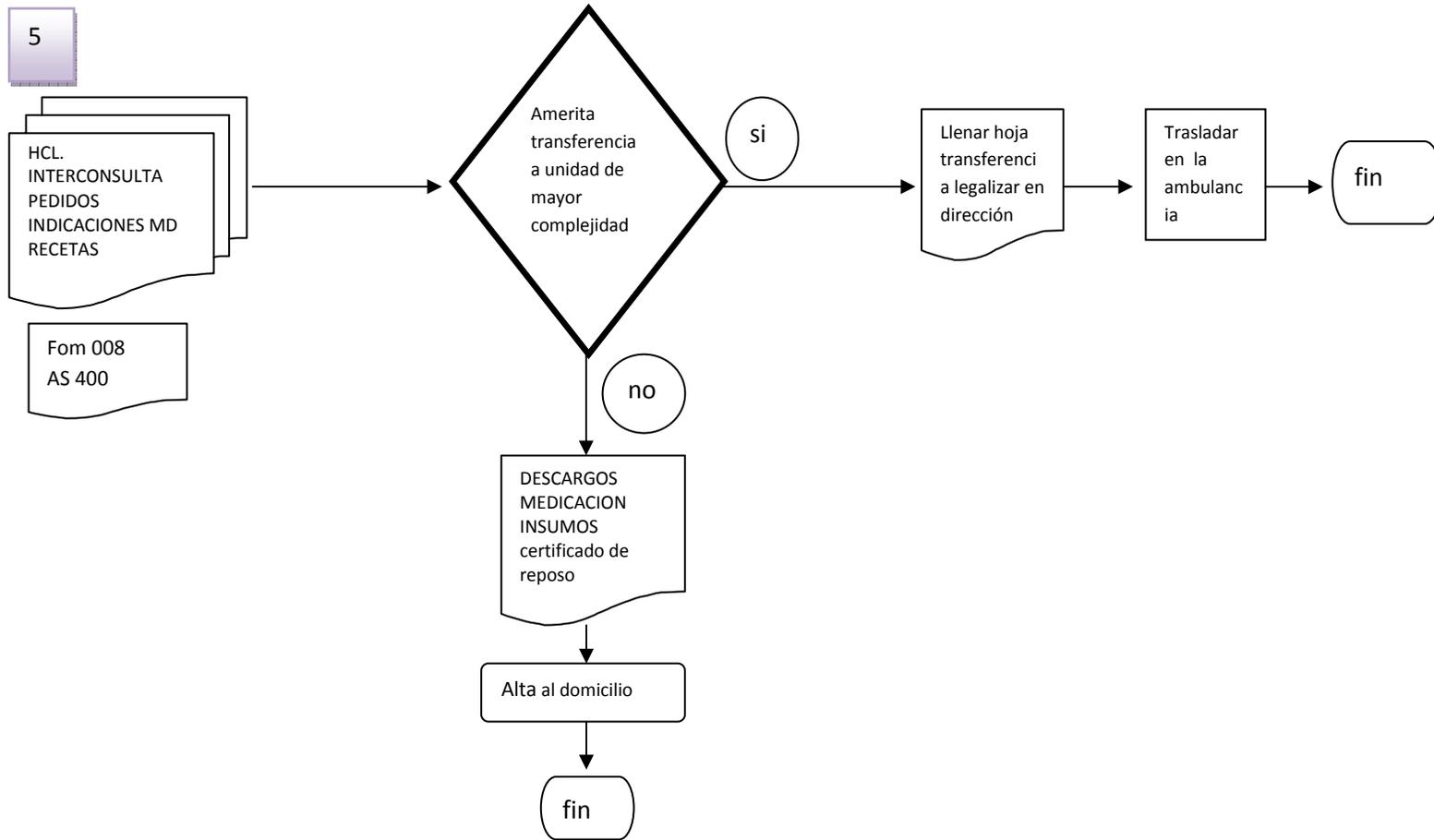


En caso de fallecimiento

En caso de ocurrir un fallecimiento y de producirse alguna de las causales establecidas en la normatividad legal vigente, se procederá a solicitar necropsia de ley. Si existiera en los Registros Médicos información que explique que el fallecimiento es producto del proceso evolutivo de una enfermedad ya diagnosticada, es procedente extender el Certificado de Defunción.

Cuando en la Historia Clínica no exista información del fallecido, o en caso de muerte por actos de violencia, el médico tratante comunicará a la Policía Nacional para la necropsia de ley. En estos casos el Certificado de Defunción será emitido por los médicos que realizan la necropsia.





NIVELES DE INTERVENCIÓN PROPUESTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE UN SERVICIO DE EMERGENCIA EFECTIVO

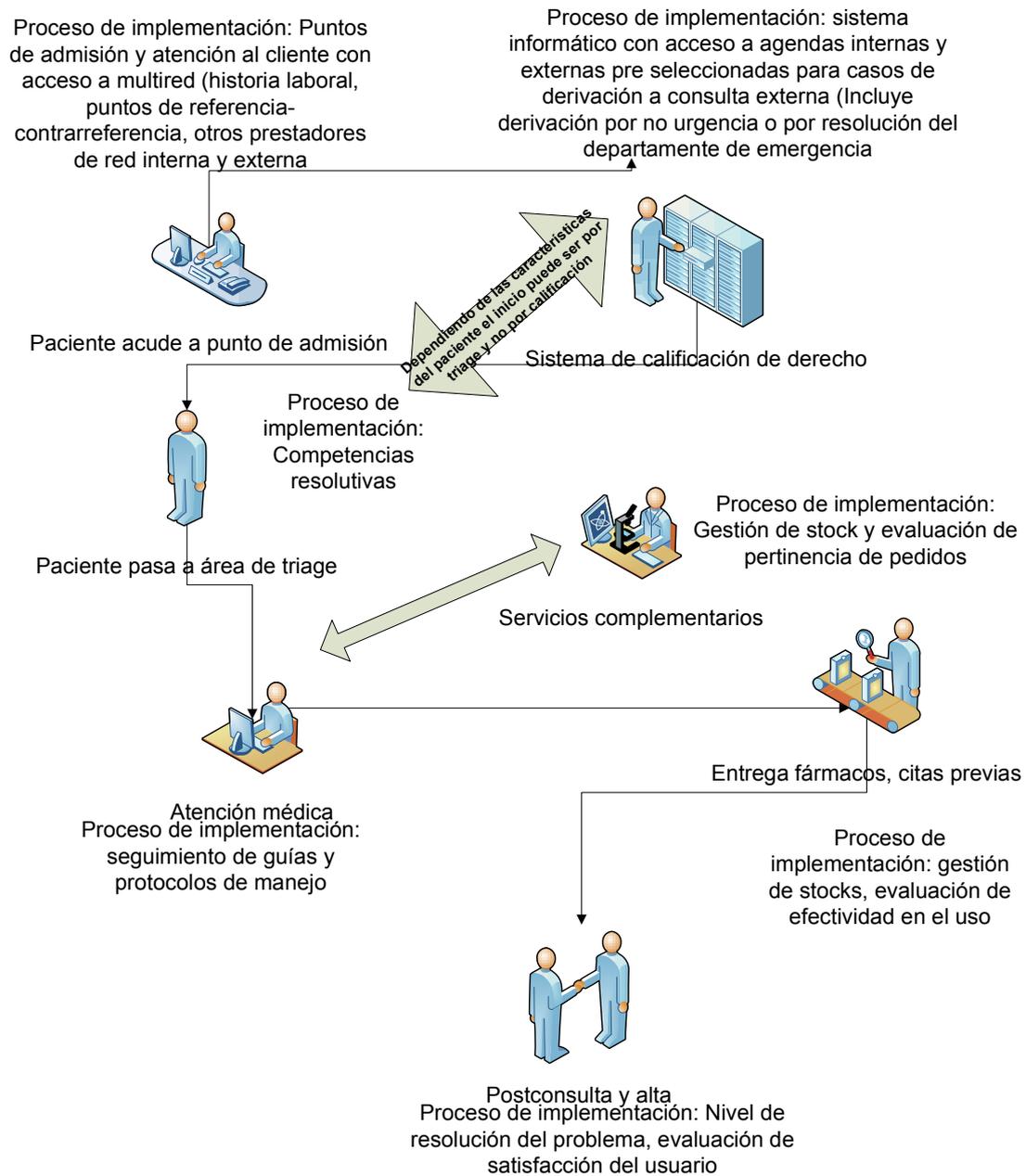


Ilustración 3. Flujo de paciente durante el proceso de atención de emergencia

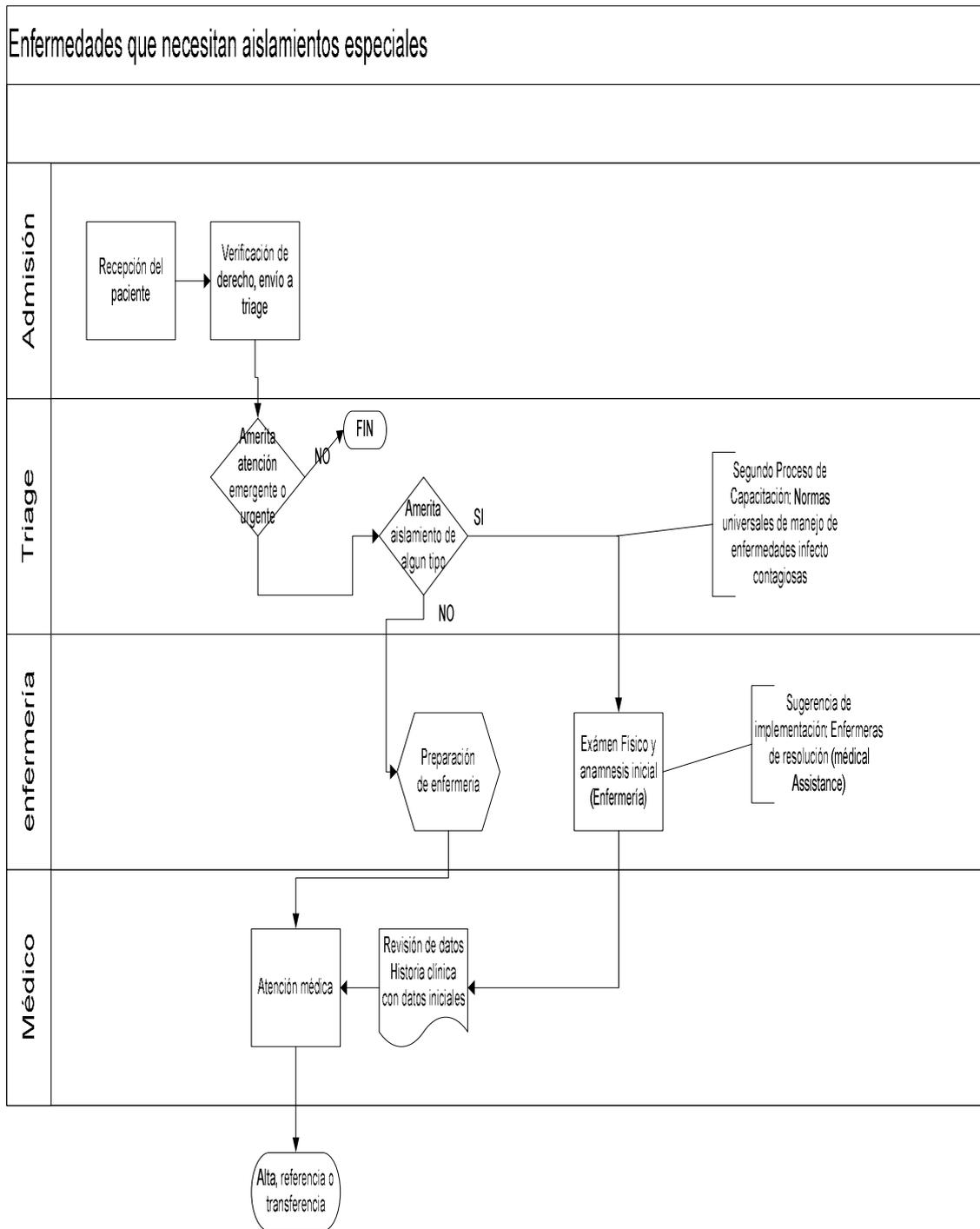


Ilustración 4. Flujo de pacientes que necesitan aislamientos especiales

Proceso de atención en Emergencias Respiratorias

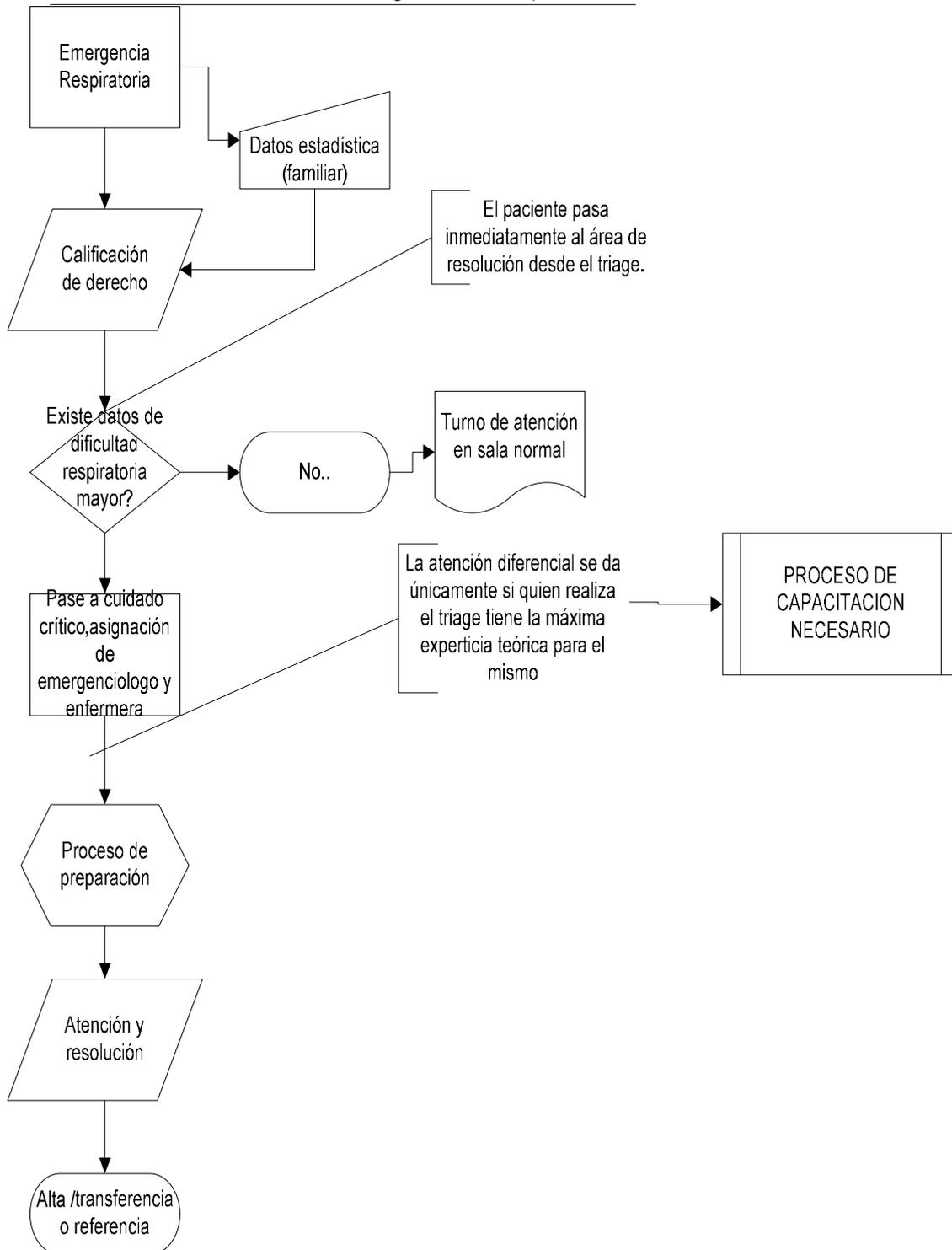


Ilustración 5.- Flujo administrativo para pacientes con emergencias respiratorias

6.2 RESULTADO 2

Producto 1 Capacitación al personal de urgencias del CAA. Cotocollao, en manejo de pacientes de emergencia

Este producto no hemos podido implementarlo ya que su proceso de aprobación pasa por facilitar recursos humanos que reemplacen al personal y con el de que acudan a la capacitación y de la facilidad de agenda de otros profesionales, por lo tanto solo entregamos la propuesta del taller de capacitación que a continuación detallamos

Fase 01 Propuesta de taller de capacitación

Introducción

Durante el proceso de investigación se detecta algunos nudos críticos en la implementación del servicio de emergencia, mismos que pueden servir de base para las propuestas de capacitaciones. Ilustración 7.

Se presenta una primera matriz de detección de nudos y procesos críticos como resultado de la investigación realizada en el Diplomado “SUPERIOR EN GERENCIA Y CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD”, donde el principal objetivo es “Implementar un proceso de Mejora de la calidad de atención percibida tanto por el usuario interno y externo del servicio de emergencia del Centro de Atención Ambulatoria Cotocollao”, como una de las estrategias para alcanzar el mencionado objetivo se capacitar a sus funcionarios.

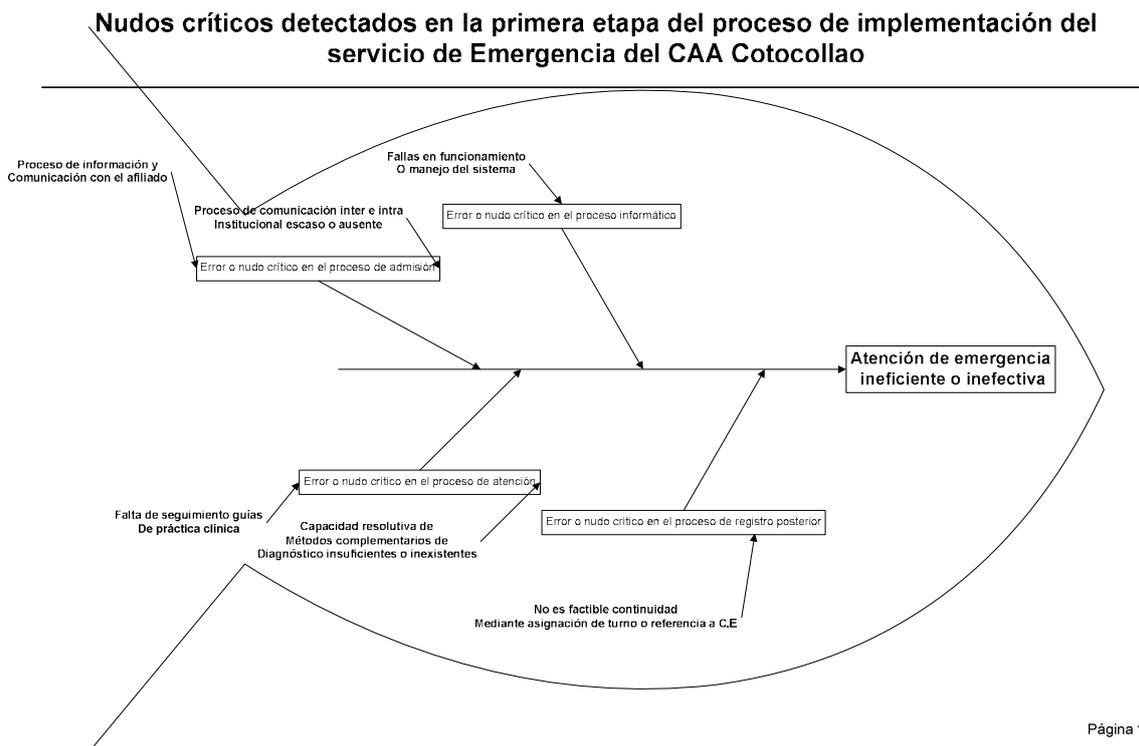


Ilustración 6. Nudos críticos detectados como insumo para procesos de capacitación

Justificación

Por lo expuesto en la introducción y con el afán de cumplir el objetivo específico que dice, “Capacitar al 100% del personal que trabaja en el servicio de emergencias del CAA. Cotocollao en manejo de pacientes críticos de emergencia”, se considera necesario realizar el taller. **“Capacitación al personal de urgencias del CAA. Cotocollao, en manejo de pacientes de emergencia”**

Objetivo General

Capacitar al personal técnico-medico del área de emergencia del CAA Cotocollao en temas relacionados al manejo de pacientes de emergencia.

Objetivos Específicos

- Actualizar los conocimientos del personal técnico medico del área de emergencia de CAA Cotocollao.
- Operativizar protocolos, guías y procedimientos en la atención de triage.

- Mejorar la atención al usuario mediante personal continuamente capacitado en este servicio.

Metodología

Mediante charlas explicativas, talleres prácticos y acompañamiento de los conocimientos adquiridos.

Participantes

Todo el personal técnico-medico que laboran tienen relación directa con el usuario del sistema de salud.

Contenidos del taller

1. Sistemática para la evaluación rápida a un paciente grave
2. Reanimación cardiopulmonar y cerebral (RCPC) básica
3. Reanimación cardiopulmonar y cerebral (RCPC) avanzada (desde el punto de vista asistencial)
4. Equipo de salud frente a un paciente moribundo y su familia
5. Equipo de enfermería y su rol en el área de emergencia
6. Sistemas informáticos en salud

Desarrollo de los temas:

Tema instrumentación didáctica horas

- a. Sistemática para la evaluación rápida a un paciente grave (Triage)

Tema	Horas
Evaluación primaria	2
Evaluación secundaria	2

- b. Reanimación cardiopulmonar y cerebral (RCPC) básica (4 horas)
- c. Reanimación cardiopulmonar y cerebral (RCPC) avanzada (desde el punto de vista asistencial). (4 horas)
- d. Equipo de salud frente a un paciente moribundo y su familia

Tema	Horas
Como ayudar a un paciente moribundo o potencialmente moribundo	1
Como ayudar a un familiar moribundo o potencialmente moribundo	1

- e. Equipo de enfermería y su rol en el área de emergencia

Tema	Horas
Recepción.- El usuario desde la posición de enfermería	1
Medidas vitales inmediatas ante la alarma de una emergencia	2
Evaluación de síntomas y signos vitales y realizar un diagnostico de las verdaderas emergencias y urgencias	3
Acción.- Capacitación al usuario para ejecutar las prioridades vitales	1

Resultados esperados

Mediante las charlas explicativas, talleres prácticos y acompañamiento se evaluará la aplicación de los protocolos, guías y procedimientos que se reflejarán en la mejora en la atención del usuario.

6.3 RESULTADO 3

Producto 1.- Actividades Dotación adecuada de recursos humanos y materiales de curación al servicio de emergencias del CAA. Cotacollao

Se realiza la reprogramación de insumos en el mes de mayo para satisfacer la demanda de insumos por que la demanda de pacientes se incrementó

Se elabora el oficio solicitando el personal necesario adjuntando el estudio y cálculo de personal a la gerencia

El 1 de agosto del 2011 se incrementa los recursos humanos e implementamos algunos cambios

Incrementos de recursos

- Médicos 4
- Enfermeras 3
- Auxiliar de enfermería 1
- Internos Rotativos 3
- Auxiliares de farmacia 3

Para organizar los turnos de la siguiente manera: Dos enfermeras en la mañana y 2 en la tarde, una enfermera en la noche y una auxiliar por turno, los días feriados, fin de semana y noches el personal de enfermería hace turnos de 12 horas y entre semana turnos de 8 horas, quedando los horarios del personal de enfermería de la siguiente manera

- Turno de la mañana 07h00 a 15H00
- Turno de la tarde 11h00 a 19h00
- Turno de la noche 19h00 a 07h00

- Fines de semana mañana y tarde 07h00 a 19h00

	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Lic. Patricia Maldonado	L	L	M	M	M	M	M	L	L
Lic. Virginia Palacios	L	L	M	M	M	M	M	L	L
Lic. Jakeline Rosero	L	L	M	M	M	M	M	L	L
Sra. Lilian Guevara	L	L	M	M	M	M	M	L	L
Lic Mayra Coello	MT	V	.	L	L	T	T	V	.
Lic. Martha Cárdenas	MT	MT	V	.	L	L	T	MT	V
Lic. Ruth Robalino	L	MT	T	V	.	L	L	MT	MT
Lic. Geovany Carrera	L	L	T	T	V	.	L	L	MT
Lic. María Isabel Reyes	.	L	L	T	T	V	.	L	L
Lic. Sandra García	V	.	L	L	T	T	V	.	L
Sra. Lorena Carrera	L	MT	V	.	L	T	V	.	L
Sra. María Luisa	.	L	T	V	.	L	T	V	.
Sra. Nataly Reyes	V	.	L	T	V	.	L	MT	V
Sra. Ninfa Malla	MT	V	.	L	T	V	.	L	MT

Personal médico

CAA COTOCOLLAO EMERGENCIA PERSONAL MEDICO		
Nombre de los Médicos	Especialidad	Horario
Dr. Patricio Segura	Urgenciólogo	07h00 a 11h00
Dr. Andrés Córdova	Urgenciólogo	07h00 a 15h00
Dra. Sonia Vega	Médico general	07h00 a 13h00
Dra. Alexandra Torres	Médico general	08h00 a 16h00

Dra. Ana Lucía Yépez	Pediatra	09h00 a 17h00
Dra. Gina Sarmiento	Urgenciólogo	11h00 a 19h00
Dra. Rubio	Médico general	13h00 a 21h00
Dr. Bustamante	Médico general	13h00 a 19h00
Dr. Jarrín	Urgenciólogo	19h00 a 07h00 y 24 horas fin de semana
Dr. Siza	Médico general	19h00 a 07h00 y 24 horas fin de semana
Dr. Ortiz	Médico general	19h00 a 07h00 y 24 horas fin de semana

Se realizan las gestiones en la dirección técnica para que los médicos especialistas apoyen atendiendo los pacientes que requieren valoración de especialidad

Desde el 1 de agosto contamos con una lista de médicos especialistas que apoyan el servicio de emergencia, luego de valorarlos y si se requiere la interconsulta con ciertas especialidades, se les solicita a los médicos que bajen y valoren al paciente, previo ingreso de los mismos al sistema, esto ha permitido que los especialistas les puedan dar tratamientos completos y los días de reposo necesarios y no ajustarse obligatoriamente a los 3 días que puede dar el servicio de urgencias, cada médico atiende 4 pacientes extras de emergencia

MEDICO/A	ESPECIALIDAD	HORARIO
Dr. Guido Benítez	Cardiólogo	11h00 a 19h00
Dra. Fonseca	Uróloga	07h00 a 13h00
Dra. Vinuesa	Gastroenteróloga	11h00 a 19h00
Dr. Galo Carrillo	Cirugía General	07h00 a 13h00

MEDICO/A	ESPECIALIDAD	HORARIO
Dra. Sandra Romero	Cirugía Vascolar	07h00 a 11h00
Dra. Yadira Rendón	Oftalmología	07h00 a 12h00
Dra. Rebeca Caicedo	Neumóloga	07h00 a 13h00
Dra. Cecilia Jiménez	Dermatología	07h00 a 13h00
Dra. Mercedes León	Ginecología	07h00 a 13h00
Dr. Milton Suarez	Ginecología	13h000 a 21h00
Dr. Juan Guzmán	Ginecología	15h00 a 19h00
Dra. Grace Andrade	Traumatología	07h00 a 13h00
Dr. Guido Díaz	Traumatología	13h000 a 21h00

Asignamos una enfermera específicamente para esa actividad con horario de 8 a 4 pm y de lunes a viernes, Cambiamos el área de curaciones junto a emergencia

El tipo de curaciones que se realizan en esa área son

Curación de heridas crónicas, contaminadas y limpias

En el servicio que se realizaban curaciones exclusivamente a ese espacio lo dejamos para procedimientos específicos como colocación y retiro de sondas vesicales, colocación y retiro de yesos, retiro de puntos



Desde el mes de julio cambiamos el servicio de signos vitales a otro lugar, reestructuramos los consultorios de emergencia de adultos para que tengan un acceso frontal y una sala de espera específica para adultos e incrementamos un consultorio pediátrico que tiene un acceso por la parte posterior, con una sala de espera específicamente para niños independizándolo del área de adultos, e implementamos una área de nebulizaciones

Desde el mes de agosto se aumento un computador en la sala de observación de pacientes, con el propósito que el urgenciólogo, atienda inmediatamente a los pacientes más críticos, y los evalúe permanentemente.

Desde el mes de mayo contamos con un interno rotativo y a partir del mes de agosto contamos con 3 internos rotativos que han apoyado a la atención más oportuna de los pacientes

Se reubicó el área de críticos para que esté más cerca de la estación de enfermería y que se puedan colocar todos los equipos de forma holgada.



Se incrementaron 2 camillas para observación



Desde Julio incrementamos una bodega para materiales de curación, por la mayor demanda de insumos, la misma que será alimentada cada mes

Se incrementó un área para admisión y calificación de derecho y un espacio para cafetería

6.4 RESULTADO 4

Producto 4.- Capacitación al personal de urgencias del CAA. Cotocollao, en manejo de pacientes de emergencia

Este proceso se ha cumplido solo con el personal auxiliar de enfermería en el mes de julio se capacitó al personal sobre, bioseguridad, atención a pacientes críticos

La capacitación al personal profesional está pendiente

6.4 RESULTADO 4

Producto 2 Implementar un sistema de triage para valorar adecuadamente a los pacientes que llegan al servicio de emergencias del CAA. Cotocollao.



Se diseña el sistema de triage y se capacita al personal de enfermería ya que ellas serían las que llevarían cabo este proceso

Desde marzo del 2011 se implementa el proceso de facturación del SOAT manualmente, capacitamos al personal sobre los procesos a seguir, llenando los formularios y enviando a facturación.

6.5 RESULTADO 5

Producto 1. Dotar de recursos en los servicios complementarios y de farmacia para atender oportunamente a los pacientes de emergencia

Se incrementa en el mes de agosto el personal para que farmacia para que funcione 24 horas sin embargo es necesario capacitar y entrenar a ese personal por lo que es a

partir del 1 de septiembre lo que inicia las 24 horas el servicio de farmacia y se aliviana el trabajo de enfermería.

6.6 RESULTADO 6

Producto 1 Reconocimiento y motivación al personal de urgencias del CAA. Cotocollao, que cumple con una atención adecuada a los pacientes que acuden a emergencias

Este producto no se ha obtenido por que todavía no se termina el proceso de implementación completamente por lo tanto es muy difícil evaluar y reconocer al personal

CAPITULO IV- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

El desarrollo de este proyecto de gestión nos ha permitido aportar con insumos para el cambio de accionar del personal, procesos que permitirán una mejor atención a los usuarios así como optimización de tiempos en el servicio de emergencias del Centro de Atención Ambulatoria de Cotocollao del IESS.

Se realizó un diagnóstico del Servicio de emergencias, donde encontramos nudos críticos que no permitían una adecuada atención en el servicio y concluimos

1. La capacidad resolutive del CAA Cotocollao es insuficiente para la población de adscripción territorial que posee, esto se refleja también en el servicio de emergencia implementado, el cual fue “acondicionado” en la estructura existente, no desarrollado acorde a un estudio de necesidades y requerimientos técnicos
2. Una vez implementado el sistema de emergencia 24 horas, a pesar del aumento de horas de atención, del incremento de profesionales, en poco tiempo ha rebasado su capacidad total instalada, lo que conduce a un incremento en los tiempos de espera para atención, incremento en la demanda rechazada y por consiguiente mala calidad de atención percibida por el usuario.
3. Para satisfacer esta nueva demanda se ha incrementado diversos servicios, tanto creándolos como mejorando su capacidad resolutive o incrementando el tiempo de atención de los mismos.
4. Durante la intervención hubo algunos hallazgos que llaman la atención como la relación entre perfil de morbilidad antes y después de la implementación y los fármacos prescritos como se evidencia en los gráficos del anexo: 4 y 5
5. Así mismo el perfil de morbilidad antes de la implementación tiene como diagnóstico más frecuente la rinofaringitis y al final de la implementación la más frecuente es Gastritis, sin embargo no hay mayor cambio en la frecuencia de prescripción y tipo de fármaco, es decir; se mantiene PARACETAMOL Y AINES como fármacos más prescritos. Anexo 4 y 5

6. Acorde al perfil de morbilidad el mayor porcentaje de emergencias fue de baja y mediana complejidad con una amplia distribución del grupo etareo, por consiguiente se evidencia sobre todo una demanda rechazada de la consulta externa de esta y otras unidades.
7. Una de las especialidades que mayor demanda tiene es la traumatología, anexo 6
8. A partir de la inclusión de los hijos de afiliados menores de 18 años, a la atención médica, es el grupo etaro que demanda en un gran porcentaje servicios de emergencia, Anexo 6
9. No hubo, durante el tiempo de intervención; casos de gran complejidad o gravedad.
10. La falta de normativa, procesos y algoritmos definidos entorpece el funcionamiento del servicio, por lo que la implementación de estos procesos le dio funcionalidad al servicio.
11. El asignar recursos sin un criterio técnico y sin un proceso de monitoreo y evaluación, no permite una adecuada utilización de los mismos. La creación de nuevos servicios es sobre todo una decisión política dependiente de la situación temporal del sector, al no tener un proceso de programación presupuestaria, de recursos humanos, insumos, tecnologías, incluso de disponibilidad de espacios físicos las soluciones son parciales y no pensadas en su desarrollo futuro sino en cubrir una necesidad (técnica o inducida) actual.
12. No existe una red institucional de respuesta de emergencia, además; el dispensario no está adecuadamente articulado a la red de respuesta de emergencias del distrito metropolitano, esto tendría algunas visiones de análisis:
 - a. Por una parte impide una adecuada referencia a otras unidades del sistema público

- b. Desde otra visión, el no estar conectado con todos los actores del sistema de respuesta de emergencia ha evitado que aún mas pacientes acudan a la unidad, lo que hubiera caotizado más el sistema del dispensario.
13. Al relacionar Morbilidad con frecuencia de uso de fármacos se evidencia una baja correlación , esto puede obedecer a:
- i. EL sistema informático no permite crear un perfil de morbilidad con todos los diagnósticos registrados en la historia clínica
 - ii. Hay necesidad de revisar mejor las guías de práctica clínica
 - iii. La disponibilidad de fármacos no es acorde a las necesidades técnicas de los mismos según perfiles de morbilidad.
 - iv. Los médicos no saben usar adecuadamente el CIE 10
14. Si bien no fue parte del presente trabajo la evaluación de pertinencia y relación entre diagnósticos y fármacos prescritos, ya que eso constituye una evaluación de la rigurosidad de aplicación de Guías de práctica clínica; si llama la atención la poca correlación en la evolución de perfil de morbilidad y comportamiento de prescripción. Esto ameritaría una nueva investigación que analice este hecho.
15. No contamos con datos reales de facturación, pues hasta el momento no se implementa este proceso no hay análisis efectivos de puntos de equilibrio, el resultado es una indiferencia por alcanzar sostenibilidad y sustentabilidad.
16. El incremento de recursos mejoro el flujo de pacientes
17. Al funcionar la farmacia 24 horas mejoró la calidad de atención
18. El sistema de triage implementado disminuyó el tiempo de espera
19. Mejorando los puntos anteriores disminuyó el estrés del personal al disminuir la carga del trabajo

20. Como conclusión final al mejorar el flujo de pacientes mediante la instalación del sistema de triage mejoro su resolución optimizando los recursos existentes en el área
21. La implementación del servicio de emergencia en el Centro de atención ambulatoria de Cotocollao fue un proceso que no tuvo la rigurosidad técnica que demandaría el mismo
22. El no contar con un sistema informatizado , con un módulo de enfermería, implica que los procesos se tengan que hacer la mitad en el sistema y manualmente por lo que entorpece la atención
23. Con la finalidad de medir el impacto de la implementación de los productos expuestos, desarrollados en base a los resultados esperados es necesario un monitoreo y evaluación constante del proceso, para lo cual una vez cumplido los seis primeros meses de implementación se aplicaran un grupo de indicadores de calidad y son los siguientes:

- Tiempo de estadía en el área de emergencia en horas desde el ingreso hasta el alta.
- No. de atenciones en el área de emergencia/No. Atenciones en CE
- Promedio de tiempo entre atención médica inicial y atención medica con exámenes de laboratorio y Rayos X.
- Tiempo promedio atención en admisión hasta atención medica.
- Porcentaje de satisfacción del usuario.
- Tiempo promedio de estancia en la Sala de Observaciones.

4.2 RECOMENDACIONES

- Por lo expuesto en las conclusión 6, 7 y 8 se recomienda la inclusión de médicos generalistas y médicos familiares en los servicios ambulatorios de emergencias, formando equipos en los cuales el médico emergenciólogo es coordinador del

equipo, además se debe considerar la incorporación a tiempo completo de médicos traumatólogos y pediatras por ser las especialidades más demandadas.

- Fortalecer el área de triage ya que está comprobado que ayuda a descongestionar el servicio de emergencia y disminuye los tiempos de atención en los pacientes mejorando su percepción de la calidad del servicio.
- Incentivar el uso de guías de práctica clínica en el servicio de emergencia, con el apoyo del nivel central realizar un acompañamiento y evaluación de las mismas.
- Mantener planes de capacitación permanentes para el personal técnico médico, en temas además de los propuestos en el presente trabajo, en el uso adecuado de CIE-10, uso de CPT, manejo de sistema informático AS/400, registro de procedimientos médicos y de enfermería.
- Estandarizar institucionalmente los procesos de creación, implementación, monitoreo y evaluación de nuevos servicios o departamentos.
- Realizar una evaluación participativa de la concordancia Diagnóstico-exámenes complementarios- prescripción- costo para efectivizar los procesos de atención en los servicios de emergencia
- Mejorar el proceso de atención de demanda de consulta externa, ya que se evidencio que un gran porcentaje de atenciones de la emergencia provenían de consulta externa.
- Realizar controles permanentes entre los fármacos suministrados en emergencia y la morbilidad.
- Se debe asignar un recursos para admisión de emergencias exclusivamente pues los pacientes se tienen que trasladar a la consulta externa para que les ingresen al sistema

- Adecuar las decisiones políticas al análisis técnico para implementar o crear nuevas áreas o servicios.
- Definir un plan quinquenal o por lo menos anual de crecimiento y desarrollo de las unidades de salud.
- Estandarizar institucionalmente, costos de producción y presupuestación en todas las unidades y centros de negocios.
- Realizar estudios locales de costeo y efectividad del gasto como instrumentos de gestión de las unidades de salud.
- Informatizar el servicio de emergencia tanto al personal médico como al de enfermería, implementar el proceso de facturación

BIBLIOGRAFÍA

- Estadísticas 2010, 2011, Subdirección de Aseguramiento y Control de Prestaciones, IESS.
- Balance Presupuestario de Compromisos y Gastos año 2010 y 2011, Seguro General de Salud Individual y Familiar.
- Informe “ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE SUPERVISIÓN MÉDICA Y LIQUIDACIÓN INTERNA”, Subdirección de Aseguramiento y Control de Prestaciones, 2011
- Plan Operativo Anual, año 2010, Centro de Atención Ambulatoria Cotacollao.
- Plan Operativo Anual, año 2011, Centro de Atención Ambulatoria Cotacollao.
- Balance Presupuestario de Compromisos y Gastos año 2010, Centro de Atención Ambulatoria Cotacollao.
- Balance Presupuestario de Compromisos y Gastos año 2011, Centro de Atención Ambulatoria Cotacollao.
- Constitución de la Republica del Ecuador. (Octubre de 2008). Montecristi, Manabí, Ecuador.
- Ley Reformatoria a la ley de Seguridad Social. (noviembre de 2010). Quito, Pichincha, Ecuador: Registro oficial.
- Urgencias Medicas, Guía de Primera Atención, Dr. Álvaro Sosa Acosta, Ciudad de la Habana, 2004
- NORMA TÉCNICA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DE HOSPITALES DEL SECTOR SALUD, Dirección General de Salud de las Personas, Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, MINSA/DGSP V.01, 2004
- Triage en el Servicio de Urgencias, II Congreso Internacional de Medicina de Emergencias y Desastres, Lima, Perú, Dr. Elis González de Noviembre 2008
- Indicadores de Calidad en Emergencia Hospitalaria, Dra. Carmen Lume de los Rios, Hospital Chincha de E salud, Lima-Perú.

- NORMA Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.
- V Encuentro Gestión de Urgencias ¿Cómo conseguir una gestión eficaz Madrid, 19 de enero de 2010, Auditorio Unidad Editorial
- Plan Estratégico de un Servicio de Emergencia, Germán Chacaltana, M.D, Jefe del Servicio de Emergencia, Hospital Rebagliatti Rebagliatti, Lima, Perú
- Fuente: Indicadores de Calidad en Emergencia Hospitalaria, Dra. Carmen Lume de los Ríos, Directora Hospital Chincha de Salud, Lima-Perú

ANEXOS

ANEXO 1

Matriz de Costos

N°	Recurso	Partida	Presupuesto	Gasto	Perfil del costo (gasto como % del presupuesto)
	CAPITAL				
1	maquinaria	840104020	100.000	50.000	50
2	Equipo médico	840104031	650.000	200.00	30,76
3	Edificios		1.000.000	0	0
4	Instrumental	840104034	150.000	13.771	27.54
5	Mobiliario	840103010	177.540	34.234	19.28
6	Enseres	840103010	20.000	3.963	19.82
	Sub total		1.588.540	237.596	14.96
	OPERATIVOS				
1	Personal	510105000	1.475.224	1.475.224	100
2	Insumos médicos	530809060	183.180	87.796	47,93
3	Medicamentos	530809010	2.117.841	1.585.721	74.87
4	Ins. Laboratorio	530809020	215.036	77.959	36.25
5	Ins. Odontología	530809080	50.297	9.857	19.60
6	Ins. Imagenología	530809030	53.941	27.885	51.70
7	Material oficina	530804000	14.412	10.722	74.40
8	Informática	530701000	10.000	1.904	19.04
9	Capacitación	530603010	25.000	8.150	32.60
10	Mat. Aseo	530809010	31.000	30.552	98.56
11	Mantenimiento	530704010	6720	3.170	47.17
	Sub. total		2.707.427	1.843.116	68,08

Fuente: Proforma Presupuestaria Centro de Atención Ambulatoria Cotocollao

Elaborado: Equipo

ANEXO 2

LISTA DE DAÑOS SEGÚN PRIORIDAD

Prioridad I

Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock Trauma.

- 1.- Paro Cardio Respiratorio.
- 2.- Dolor Torácico Precordial de posible origen carcinogénico con o sin hipotensión.
- 3.- Dificultad respiratoria (evidenciada por polipnea, taquipnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis)
- 4.- Shock (Hemorrágico, carcinogénico, distributivo, obstructivo)
- 5.- Arritmia con compromiso hemodinámico de posible origen carcinogénico con o sin hipotensión.
- 6.- Hemorragia profusa.
- 7.- Obstrucción de vía respiratoria alta.
- 8.- Inestabilidad Hemodinámica (hipotensión / shock / crisis hipertensiva).
- 9.- Paciente inconsciente que no responde a estímulos.
- 10.- Paciente con trauma severo como:
 - Víctima de accidente de tránsito.
 - Quemaduras con extensión mayor del 20%.
 - Precipitación.
 - Dos o más fracturas de huesos largos proximales.
 - Injurias en extremidades con compromiso neurovascular.
 - Herida de bala o arma blanca.
 - Sospecha de traumatismo vertebro medular.
 - Evisceración.
 - Amputación con sangrado no controlado.
 - Traumatismo encéfalo craneano.

- 11.- Status Convulsivo.
- 12.- Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria.
- 13 Ingesta de órgano fosforado, ácido, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos.
- 14.- Signos y síntomas de abdomen agudo con descompensación hemodinámica.
- 15.- Signos y síntomas de embarazo ectópico roto.
- 16.- Signos vitales anormales:

ADULTO

•ADULTO

- Frecuencia Cardíaca < 50 x min.
- Frecuencia Cardíaca > 150 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 90 mmHg.
- Presión Arterial Sistólica > 220 mmHg.
- Presión Arterial Diastólica > 110 mmHg ó 30 mmHg por encima de su basal.
- Frecuencia Respiratoria > 35 x min.
- Frecuencia Respiratoria < 10 x min.

PEDIÁTRICO

Lactante

- Frecuencia Cardíaca \leq 60 x min.
- Frecuencia Cardíaca \geq 200 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 60 mmHg.
- Frecuencia Respiratoria \geq a 60 x min. (Hasta los 2 meses).
- Frecuencia Respiratoria \geq a 50 x min (desde los 2 meses al año)
- Saturación de oxígeno \leq a 85%.

Pre Escolar

- Frecuencia Cardíaca \leq 60 x min.
- Frecuencia Cardíaca \geq 180 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 80 mmHg.
- Frecuencia Respiratoria > a 40 x min. (Sin fiebre).
- Saturación de oxígeno \leq a 85%.

Suicidio frustrado.

18.- Intento suicida.

19.- Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva.

20.- Problemas específicos en pacientes pediátricos.

- Intoxicaciones por ingesta o contacto.
- Períodos de apnea.
- Cambios en el estado mental: letargia, delirio, alucinaciones, llanto débil.
- Deshidratación con Shock: Llenado capilar mayor de tres segundos.
- Sangrado: Hematemesis, sangrado rectal, vaginal, epistaxis severa.
- Quemaduras en cara o más del 10% de área corporal.
- Quemaduras por fuego en ambiente cerrado.
- Acontecimiento de aspiración u obstrucción con cuerpo extraño.
- Status convulsivo.
- Status asmático.
- Hipertermia maligna.
- Trastornos de sensorio.
- Politraumatismo.
- Herida por arma de fuego.

Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la Sala de Reanimación.

Prioridad II

Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizar en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en Consultorios de Emergencia.

- 1.- Frecuencia respiratoria \geq de 24 por minuto.
- 2.- Crisis asmática con broncoespasmo moderado.
- 3.- Diabetes Mellitus Descompensada.
- 4.- Hemoptisis.
- 5.- Signos y síntomas de Abdomen Agudo
- 6.-Convulsión reciente en paciente consciente.
- 7.- Dolor torácico no cardiogénico sin compromiso hemodinámico.
- 8.- Arritmias sin compromiso hemodinámico.

- 9.- Sangrado gastrointestinal, con signos vitales estables.
- 10.- Paciente con trastornos en el sensorio.
- 11.- Hipotonía, flacidez muscular aguda y de evolución progresiva.
- 12.- Descompensación Hepática.
- 13.- Hernia umbilical o inguinal incarcerada.
- 14.- Signos y síntomas de descompensación tiroidea.
- 15.- Contusiones o traumatismos con sospecha de fractura o luxación.
- 16.- Herida cortante que requiere sutura.
- 17.- Injuria en ojos perforación, laceración, avulsión.
- 18.- Desprendimiento de retina.
- 19.- Fiebre y signos inflamatorios en articulaciones.
- 20.- Síntomas y signos de cólera.
- 21.- Deshidratación Aguda sin descompensación hemodinámica.
- 22.- Hematuria macroscópica.
- 23.- Reacción alérgica, sin compromiso respiratorio.
- 24.- Síndrome febril o Infección en paciente Inmunosuprimido (Ejemplo: Paciente diabético con infección urinaria).
- 25.- Pacientes Post-Operados de Cirugía altamente Especializada o pacientes en programa de Hemodiálisis, con síntomas y signos agudos.
- 26.- Coagulopatía sin descompensación hemodinámica.
- 27.- Sobredosis de drogas y alcohol sin depresión respiratoria.
- 28.- Cefalea con antecedentes de trauma craneal.
- 29.- Síndrome Meníngeo.
- 30.- Síntomas y signos de enfermedades vasculares agudas.
Cólico renal sin respuesta a la analgesia mayor de 06 horas.
- 32.- Retención urinaria.
- 33.- Síndrome de abstinencia de drogas y alcohol.
- 34.- Cuerpos extraños en orificios corporales.
- 35.- Cuerpos extraños en esófago y estómago.
- 36.- Pacientes con ideación suicida.
- 37.- Pacientes con crisis de ansiedad.

38.- Pacientes con reagudización de su cuadro sicótico sin conducta suicida ni agitación psicomotora fuera de control.

39.- Cuadro de demencia con conducta psicótica.

40.- Esguinces.

41.- Contusiones o traumatismos leves sin signos o síntomas de fractura o luxación.

42.- Enfermedad Inflamatoria de la pelvis.

43.- Coagulopatía.

44.- Flebitis o Tromboflebitis.

45.- Herpes Zoster ocular.

46.- Enfermedad eruptiva aguda complicada.

47.- Cefalea mayor de 12 horas.

48.- Problemas específicos en pacientes Obstétricas:

- Hemorragia de cualquier trimestre del embarazo.
- Aborto provocado no terapéutico o intento fallido de aborto.
- Amenaza de parto prematuro.
- Gestante de 2º y 3º trimestre que reporta ausencia de movimiento fetal.
- Sangrado post-parto.
- Hipertensión que complica el embarazo.
- Signos y síntomas de toxemia severa.
- Bradicardia (menor de 120 x min.) y taquicardia (> de 160 x min.) Fetal.
- Traumatismo Abdominal.
- Deshidratación por hiperémesis.
- Cefalea.
- Epigastralgia
- Edema Generalizado.

49.- Problemas Específicos en pacientes Pediátricos.

- Cualquier enfermedad en niños menores de 3 meses.
- Dolor Abdominal.
- Trauma craneano sin cambios en el estado mental o fracturas obvias.
- Niños con fiebre y petequias o púrpura.
- Niños menores de 3 meses con $T^{\circ} \geq 38^{\circ} C$.
- Niños menores de 2 años con $T^{\circ} \geq 39^{\circ} C$.

- Niños con síntomas de infección urinaria.
- Convulsiones recientes, síncope o mareos.
- Cefalea / epistaxis no controlada.
- Quemaduras en menos del 10% de área corporal.
- Trauma ocular no penetrante.
- Laceración que requiere sutura con sangrado activo.
- Niños que han sufrido agresión física.
- Odontalgia.
- Otagia.

Cualquier otro caso que a criterio del Médico tratante considere necesario la atención en algún

Tópico de Emergencia.

Prioridad III

Paciente que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Amerita atención en el:

Tópico de Emergencia III, teniendo prioridad la atención de casos I y II.

1.- Dolor abdominal leve con nauseas, vómitos, diarrea, signos vitales estables.

Herida que no requiere sutura.

3.- Intoxicación alimentaría.

4.- Trastornos de músculos y ligamentos.

5.- Otitis Media Aguda.

6.- Deshidratación Hidroelectrolítica leve.

7.- Osteocondropatía aguda.

8.- Sinusitis aguda.

9.- Hiperémesis gravídica sin compromiso metabólico.

10.- Urticaria.

11.- Fiebre > de 39° sin síntomas asociados.

12.- Síndrome vertiginoso y trastorno vascular.

13.- Celulitis o absceso con fiebre.

14.- Funcionamiento defectuoso de colostomía, ureterostomía, talla vesical u otros similares.

- 15.- Lumbalgia aguda.
- 16.- Broncoespasmo leve.
- 17.- Hipertensión arterial leve no controlada.
- 18.- Signos y síntomas de Depresión.
- 19.- Crisis de Ansiedad o Disociativas.
- 20.- Signos y síntomas de infección urinaria alta.
- 21.- Pacientes con neurosis de ansiedad.
- 22.- Pacientes sicóticos con reagudización de sus síntomas pero aún sin conducta psicótica.

Cualquier otro caso que el Médico tratante considere que la atención puede ser postergada sólo con relación a las anteriores prioridades de atención.

Prioridad IV

Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios Descentralizados

Faringitis aguda.

- 2.- Amigdalitis aguda.
- 3 Enfermedades diarreicas agudas sin deshidratación o vómitos.
- 4.- Absceso sin fiebre.
- 5.- Sangrado vaginal leve en no gestante, con funciones vitales estables.
- 6.- Fiebre sin síntomas asociados.
- 7.- Resfrío común.
- 8.- Dolor de oído leve.
- 9.- Dolor de garganta sin disfagia.
- 10.- Enfermedades crónicas no descompensadas.

Fuente: *Sistema Español de Triage*, ISBN 84-87450-86-5, *Triage de Urgencias Hospitalarias. Grupo de Triage Manchester*, ISBN 84-609-5536-2

ANEXO 3

CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA COTOCOLLAO																														
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA AREA DE EMERGENCIA																														
MES DE SEPTIEMBRE DEL 2011																														
ENFERMERIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V
Lic. Patricia Maldonado	M	M	L	L	M	M	M	M	M	L	L	M	M	M	M	M	L	L	M	M	M	M	M	L	L	M	M	M	M	M
Lic. Virginia Palacios	M	M	L	L	M	M	M	M	M	L	L	M	M	M	M	M	L	L	M	M	M	M	M	L	L	M	M	M	M	M
Lic. Jakeline Rosero Enf cura	M	M	L	L	M	M	M	M	M	L	L	M	M	M	M	M	L	L	M	M	M	M	M	L	L	M	M	M	M	M
Sra. Lilian Guevara	M	M	L	L	M	M	M	M	M	L	L	M	M	M	M	M	L	L	M	M	M	M	M	L	L	M	M	M	M	M
Lic Mayra Coello	T	V	.	L	T	T	M	V	.	L	L	M	T	V	.	L	MT	T	V	.	L	L	MT	MT	V	.	L	T	T	
Lic. Martha Cárdenas	T	M	V	.	L	M	T	M	V	.	L	T	M	M	V	.	L	L	M	T	V	.	L	L	MT	M	V	.	L	L
Lic. Ruth Robalino	M	T	MT	V	.	L	L	T	M	V	.	L	L	L	M	V	.	L	T	M	M	V	.	L	L	T	M	V	.	L
Lic. Geovany Carrera	L	L	MT	MT	V	.	L	L	T	MT	V	.	L	L	T	M	V	.	L	T	T	T	V	.	L	T	T	.	V	.
Lic. María Reyes	.	L	L	MT	M	V	.	L	L	MT	MT	V	.	L	L	T	MT	V	.	L	L	M	T	V	.	L	T	T	M	V
Lic. Sandra García	V	.	L	L	T	M	V	.	L	L	MT	M	V	.	L	L	MT	MT	V	.	L	M	MT	V	.	L	M	T	T	
Sra. Lore Carrera	V	.	L	MT	V	.	L	T	V	.	L	T	V	.	L	T	V	.	L	T	V	.	L	MT	V	.	L	T	V	.
Sra. A. Mantilla	T	V	.	L	T	V	.	L	T	V	.	L	T	V	.	L	MT	V	.	L	T	V	.	L	MT	V	.	L	T	V
Sra. Nataly Reyes	L	T	V	.	L	T	V	.	L	MT	V	.	L	T	V	.	L	MT	V	.	L	T	V	.	L	T	V	.	L	T
Sra. Ninfa Malla	.	L	MT	V	.	L	T	V	.	L	MT	V	.	L	T	V	.	L	T	V	.	L	T	V	.	L	T	V	.	L
Horarios de 12 horas V de 19h00 a 7h00																														
Horarios de MT de 12 horas 07h00 a 19h00																														
Horarios de 8 horas M de 07h00 a 15h00																														
Horarios de 8 horas T de 11h00 a 19h00																														

CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA COTOCOLLAO																															
DEPARTAMENTO DE LABORATORIO AREA DE EMERGENCIA																															
MES DE SEPTIEMBRE DEL 2011																															
Personal de laboratorio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	
María Isabel Elizalde	v				v			v					v				mtn				v				mtn					v	
Mónica Sánchez		v				v				mtn			v					mtn			v					v					v
Alexander Manjarres			Mtn				v				Mtn				v				v				v					v			
Fanny Cabrera				mtn				v				v				v				v					mtn				v		
Paúl Pazmiño	t	t			t	t	t	t	t			t	t	t	t	t				t	t	t	t	t			t	t	t	t	
Sandra Izquierdo	m	m			m	m	m	m	m			m	m	m	m	m				m	m	m	m	m			m	m	m	m	
Horarios de 12 horas V de 19h00 a 7h00																															
Horarios de mtn de 24 horas 07h00 a 07h00																															
Horarios de 6 horas M de 07h00 a 13h00																															
Horarios de 8 horas T de 11h00 a 19h00																															

CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA COTOCOLLAO																															
DEPARTAMENTO DE IMAGEN AREA DE EMERGENCIA																															
MES DE SEPTIEMBRE DEL 2011																															
EMERGENCIAS																															
personal de RX	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	
Miralda Lomas	v				v				v				v				mtn				v				mtn					v	
Dantiago Hinojosa		v				v				mtn				v				mtn				v					v				v
Carlos Sosa			mtn				v				mtn				v				v				v					v			
Oswaldo González				mtn				v				v				v					v				mtn						v
Judit Rodas	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M				M	M	M	M	M
Juan Cárdenas	T	T			T	T	T	T	T			T	T	T	T	T			T	T	T	T	T				T	T	T	T	T
Dra. Córdova eco grafista	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M				M	M	M	M	M
Dr. Guzman ecografista	T	T			T	T	T	T	T			T	T	T	T	T			T	T	T	T	T				T	T	T	T	T
Horarios de 12 horas V de 19h00 a 7h00																															
Horarios de mtn de 24 horas 07h00 a 07h00																															
Horarios de 6 horas M de 07h00 a 13h00																															
Horarios de 6 horas T de 13h00 a 19h00																															

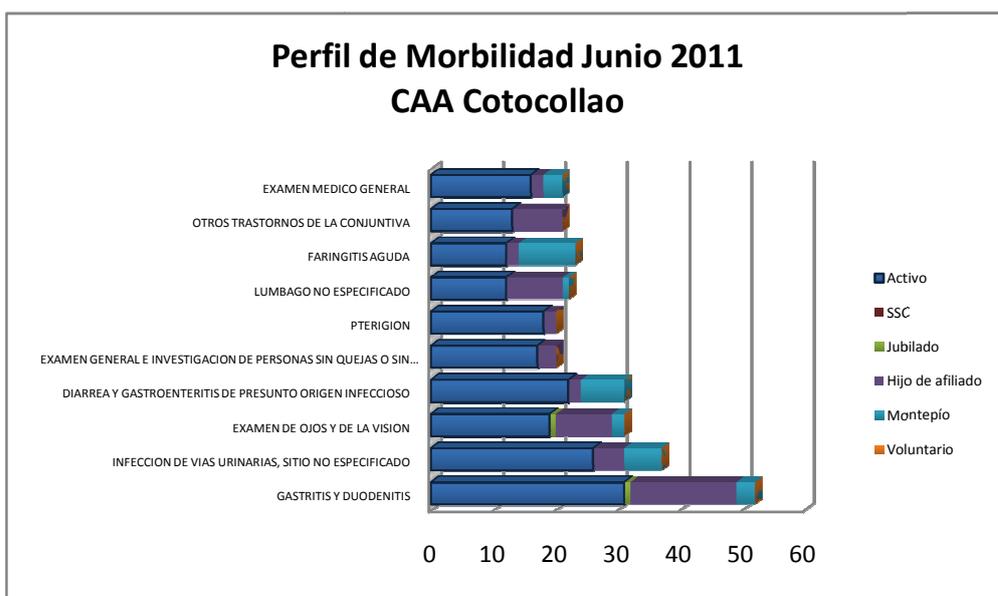
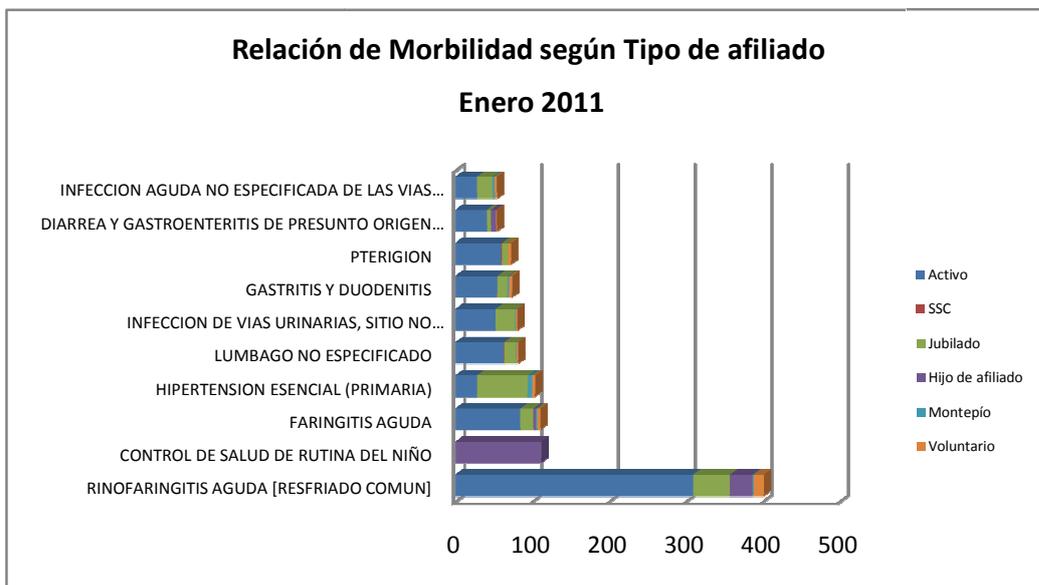
CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA COTOCOLLAO																														
DEPARTAMENTO DE FARMACIA AREA DE EMERGENCIA																														
MES DE SEPTIEMBRE DEL 2011																														
Personal de farmacia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V
Angelita Cruz	v		v		v			v		mt	v		v			v		mt		v			v		mt		v			v
Carlos Catota		v		mt		v			v		mt			v			mt	v			v			mt	v			v		
Juan Flores			mt	v			v			v		v			v		v		v			v		v		v			v	
Paulina Calderón	m	m			m	m	m	m	m			m	m	m	m	m			m	m	m	m	m			m	m	m	m	m
Luis Oña	m	m			m	m	m	m	m			m	m	m	m	m			m	m	m	m	m			m	m	m	m	m
Priscila Guerrero	t	t			t	t	t	t	t			t	t	t	t	t			t	t	t	t	t			t	t	t	t	t
Marco Simbaña	t	t			t	t	t	t	t			t	t	t	t	t			t	t	t	t	t			t	t	t	t	t
Horarios de 12 horas V de 19h00 a 7h00																														
Horarios de mt de 12 horas 07h00 a 19h00																														
Horarios de 8 horas M de 07h00 a 15h00																														
Horarios de 8 horas T de 11h00 a 19h00																														

CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA COTOCOLLAO DEL IESS SERVICIO DE EMERGENCIAS

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA ESTADÍSTICAS AÑO 2011

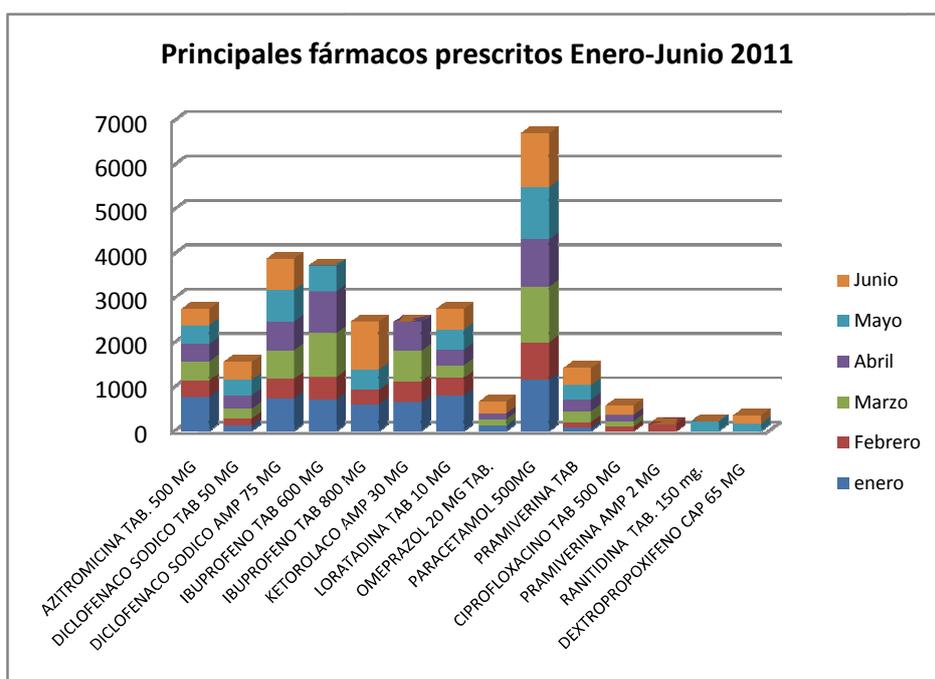
MESES	TOTAL	HOMBRE	MUJER	URGENCIA	CURACION	SUTURA	EXTRACCION DE PUNTOS	SIGNOS VITALES	NEBULIZACIONES	INYECCION	HIDRATACION	GLICEMIA	EKG
enero	2050	970	1080	1197	230	15	3	1627	0	146	145	41	34
febrero	2453	1216	1163	1346	267	9	44	1360	55	156	128	42	24
marzo	4478	2005	2473	3195	443	17	85	3460	183	575	149	83	88
abril	3783	1716	2067	2758	432	35	67	2458	294	806	192	82	84
mayo	4592	2136	2456	3185	535	23	62	2884	309	1113	350	88	82
junio	3534	1590	1944	3456	326	18	44	3481	259	1155	322	39	66
julio	4436	2129	2307	3241	500	34	42	3029	323	1671	406	70	61
agosto	4743	2066	2677	4213	207	38	62	4213	233	1673	426	76	57

ANEXO 4



ANEXO 5

FARMACOS PRESCRITOS DE ENERO A JUNIO DEL 2011, EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA COTOCOLLAO DEL IESS.



ANEXO 6

ATENCIONES POR ESPECIALIDAD DE MARZO A SEPTIEMBRE DEL 2011, EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA COTOCOLLAO DEL IESS

