



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
ESCUELA DE MEDICINA

MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA  
EL DESARROLLO LOCAL

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LOS  
PACIENTES QUE ACUDEN A EMERGENCIA DE CIRUGÍA  
GENERAL EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTERO

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

AUTOR:

Dr. H. JHOE ARÉVALO VALDIVIESO

DIRECTORA:

DRA. MARÍA DEL CARMEN PIEDRA

LOJA-ECUADOR

2010

## CERTIFICACIÓN

Dra.

María del Carmen Piedra

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado “NORMATIVA PARA EL MANEJO DE PACIENTES DE EMERGENCIA DE CIRUGIA GENERAL EN EL HOSPITAL MANUEL IGNACIO MONTERO” el mismo que está de acuerdo con lo estudiado en la Escuela de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, por consiguiente autorizo su presentación ante el Tribunal respectivo.

Loja, agosto de 2010

Dra. María del Carmen Piedra

## AUTORÍA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de su autor.

Loja, agosto de 2010

Dr. H. Jhoe Arévalo Valdivieso

## CESIÓN DE DERECHO

Yo, Haudi Jhoe Arévalo Valdivieso declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte 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”.

Loja, agosto de 2010

Dr. H. Jhoe Arévalo Valdivieso

## DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a todo el personal médico, paramédico y administrativo que labora en el Servicio de Emergencias del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja. También a los señores estudiantes de Medicina Humana que diariamente rotan, como parte de su formación, en este Servicio.

A mi familia, que muy pacientemente me ha apoyado en la consecución de esta Maestría. A mi hijo, que en su adolescencia comprende la importancia de la investigación y de la superación.

EL AUTOR

## AGRADECIMIENTO

Dejo constancia de mi especial agradecimiento al personal docente y administrativo responsable de la Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, por la generosa oportunidad brindada de seguir esta Maestría que me ha permitido el mejoramiento y capacitación profesional.

Agradezco a los Directivos Hospital Manuel Ygnacio Monteros de Loja, en las personas del Dr. Ángel Ordóñez, Director, y Dra. Norita Buele, Subdirectora, quienes me facilitaron la infraestructura hospitalaria y los permisos correspondientes para realizar las diferentes actividades que hicieron posible la culminación de este trabajo.

A todo el personal médico, paramédico y administrativo y estudiantes de las Facultades de Medicina que participaron activamente en el desarrollo de los diferentes talleres, charlas científicas y presentación de casos.

Mención especial merece la Dra. María del Carmen Piedra, quien muy comedidamente supo guiarme en la elaboración de la presente tesis.

EL AUTOR

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>PRELIMINARES</b>	<b>PÁGINAS</b>
Carátula	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Cesión de Derecho	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice	vii
<b>APARTADOS</b>	
Resumen	1
Abstract	3
Introducción	5
Problematización	8
Justificación	14
Objetivos	16
Marco Teórico	18
Diseño Metodológico	39
Resultados	46
Conclusiones	107
Recomendaciones	109
Referencias	111
Anexos	115

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A LOS PACIENTES QUE  
ACUDEN A EMERGENCIA DE CIRUGÍA GENERAL EN EL HOSPITAL MANUEL  
YGNACIO MONTERO

HOSPITAL MANUEL IGNACIO MONTERO

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UTPL

PROYECTO DE DESARROLLO EDUCATIVO

AUTOR: Dr. H. Jhoe Arévalo Valdivieso.

ABRIL DEL 2010

# 1. RESUMEN

## 1. RESUMEN

El H.M.Y.V. es un hospital de segundo nivel con una cobertura que abarca la ciudad y provincia de Loja, toda la provincia de Zamora Chinchipe y la parte alta de la provincia del Oro, sin embargo no cuenta con un servicio de emergencias eficiente, que atienda a los usuarios con calidad y calidez. Pese a existir como parte de su reglamentación del funcionamiento de los hospitales del país, el contar con algoritmos de diagnóstico y manejo de pacientes hasta la presente fecha no se ha elaborado estos protocolos. Por otra parte no cuenta con un cronograma docente de capacitación para los profesionales que laboran en este departamento. No existen equipos de trabajo que optimicen recursos y tiempo en diagnósticos oportunos y tratamientos eficientes.

Este trabajo se realizó en servicio de emergencias del H.M.Y.M. con el apoyo de las distintas autoridades de esta casa de salud como gerente, subgerentes así como de todo el personal médico, paramédico y administrativo, lo que hizo factible la culminación feliz de los algoritmos, la formación de equipos de trabajo y la concreción del cronograma docente de capacitación a los profesionales.

El presente proyecto se lo diseñó con la metodología del marco lógico y está dirigido a todo el personal médico y paramédico que labora en el servicio de emergencias del H.M.Y.M. del IESS Loja, el que contribuirá a agilizar la atención de los usuarios externos de la institución, tanto en número de pacientes como en calidad. Lo que permitirá optimizar recursos y tiempo, aumentando la cobertura para atender a una mayor población de usuarios.

Los resultados obtenidos a través de este proyecto de acción fueron: Conformación de equipos de trabajo en un 80% que laboran las 24 horas. El 90% del personal médico y paramédico se capacitó para la atención de pacientes quirúrgicos de emergencia. El 80% de las patologías quirúrgicas emergentes cuentan con algoritmo. El propósito de alcanzar el 80% de los pacientes que sean atendidos en menos de 24 horas solo se logró en el 60%. El fin de mejorar la calidad de atención se llegó al 60%.

## **2. ABSTRACT**

## 2. ABSTRACT

The Hospital “Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso” is a hospital of second level which covers the city and the province of Loja, the Zamora Chinchipe province, and, the highest part of the El Oro province; however, it does not have an efficient emergency department in which patients find quality and warmth. Despite legal regulations, the hospital lacks algorithms for diagnoses and patients care. There is not a formal program for professional training for this service. In addition, there is not working teams whose role would improve the use of resources in timely diagnoses and efficient treatments.

The present research work was designed by using the Logical Framework Approach and it was performed in the emergency department of then above mentioned hospital. Board of administrative personnel, physicians and paramedics actively participated in this effort. The main results are the algorithms made, working teams formed, and a program for professional training prepared.

This work is directed towards medical and paramedical personnel that work in the emergency department of the hospital in order for them to improve service of external users, both numerically and in quality of attention.

The obtained results of this project are: 80% of newly working teams work during a 24 hour shift. 90% of the medical and paramedical personnel were trained in care of emergency surgical patients; 80% of the most prevalent pathologies in the emergency service now have algorithms. From the goal of attending 80% of patients in a 24 hours shift, 60% was reached. Improving quality of attention was in the order of 60%.

### **3. INTRODUCCIÓN**

### 3. INTRODUCCIÓN

El Hospital M.Y.M.V. Es un hospital de nivel II, que brinda atención a la ciudad y provincia de Loja, a la provincia de Zamora Chinchipe y a la parte alta del Oro, cuenta con un servicio de emergencia de alta complejidad. La atención de pacientes quirúrgicos en el servicio de emergencias del hospital “Manuel Ignacio Monteros”, tiene deficiencias en cuanto a calidad y calidez, pues se carece de procesos que incluiría, atención primaria del paciente, toma de signos vitales y demás datos de la 008 como Tipo de filiación, número de cédula, etc. No existe una adecuada realización del triage sea por no existir personal calificado para desempeñarlo o por falta de organización. Otro punto del proceso sería recoger información en base a anamnesis y examen físico siguiendo el método clínico y con los algoritmos que se realizan tomar decisiones adecuadas para la mejor atención del paciente que acude al servicio de emergencias, particularmente en el área quirúrgica.

Además un aspecto importante en la atención del afiliado es la falta de trabajo en equipo, esto es muy notorio no solo en este hospital sino en las diferentes casas de salud de nuestra ciudad, con la realización de este trabajo vamos a poner las pautas de formar equipos de trabajo de acuerdo a las diferentes especialidades y a sí brindar una atención más adecuada. Mejorar la comunicación entre todos los actores que prestan la atención sea directa o indirecta al paciente que acude a solicitar atención médica, es otro de los objetivos planteados en este proyecto de intervención, por ello se realizaron talleres dirigidos a solucionar esta problemática.

Debo manifestar que no se ha realizado un trabajo igual o parecido en esta casa de salud sobre esta problemática, a nivel nacional existen algunos trabajos efectuados en el Hospital del IESS de Quito y Cuenca pero estos trabajos están anticuados pues datan desde hace 8 y diez años por otro lado están adaptados a sus diferentes realidades y, es conocidos por todos que en los últimos cinco años la medicina ha sufrido un gran cambio en cuanto a conocer la fisiopatología de las enfermedades

como al enorme cambio tecnológico. De ahí nuestro interés en que este hospital cuente con una herramienta tan elemental y eficiente como es los algoritmos de diagnóstico y manejo de pacientes en el área quirúrgica acordes al desarrollo actual de la medicina y al adelanto tecnológico de nuestra era.

Para la realización de este trabajo se cuenta con el apoyo de las distintas autoridades de esta casa de salud: gerente, subgerentes, y de todo el personal médico, paramédico y administrativo que labora en el servicio de emergencia, lo que hace factible la realización de los diferentes algoritmos y su socialización, el que se efectúen los diferentes talleres de comunicación y de integración de los diferentes actores para la formación de los diferentes equipos de trabajo.

La culminación de los tres objetivos planteados como son los algoritmos, taller de comunicación y realización de los equipos de trabajo se cumplió con lo establecido en el cronograma.

## **4. PROBLEMATIZACIÓN**

#### 4. PROBLEMATIZACIÓN

Desde su creación el H.M.Y.M.V. ha tenido un servicio de emergencia deficiente, en el que no se realiza una atención adecuada y oportuna. Pese a existir como parte de su reglamentación del funcionamiento de los hospitales del país, el contar con algoritmos de diagnóstico y manejo de pacientes hasta la presente fecha no se ha elaborado estos protocolos. Por otra parte no se cuenta con equipos de trabajo, sino que se trata a los pacientes de manera desordenada y anárquica de acuerdo al criterio personal. La comunicación es deficiente entre las diferentes personas que trabajan en el servicio de emergencias. Además no cuenta con un cronograma de capacitación docente y discusión de casos complicados.

Los usuarios que acudieron al servicio de emergencias del H.M.Y.M.V. en el año 2009 fueron 1150 pacientes. EL 25%, (280) corresponden a cirugía general, el 75 % son pacientes en su mayoría pertenecientes a medicina interna, esto es infecciones de vías respiratorias superiores, enfermedad diarreica aguda e infecciones de vías urinarias. En menor porcentaje, están los pacientes de traumatología y finalmente se hallan las pacientes obstétricas y pediátricas.

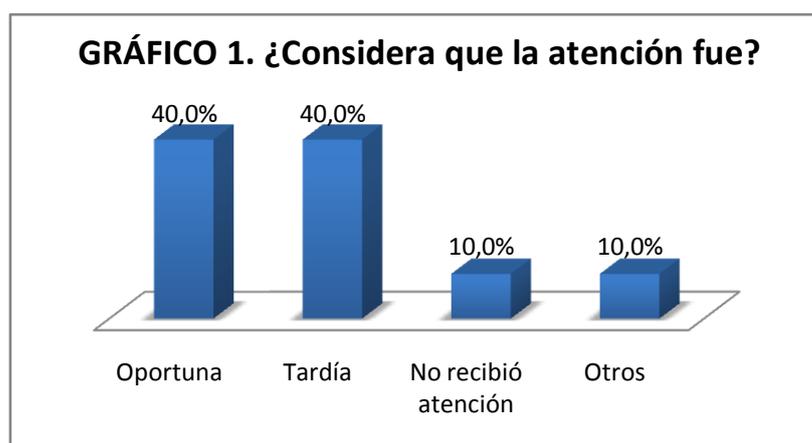
En el área quirúrgica el abdomen agudo de tipo inflamatorio es la patología más frecuente, con la apendicitis aguda y colecistitis aguda a la cabeza, le siguen en frecuencia los politraumatizados, trauma de tórax y abdomen, finalmente están diverticulitis, pancreatitis y obstrucción intestinal.

Al no tener una normativa adecuada, que nos ayude al diagnóstico y manejo de los pacientes quirúrgicos, los pacientes inicialmente son mal atendidos, no se realiza un triage adecuado, estos es no es asignado a la especialidad correspondiente, los pedidos de exámenes diagnóstico no son solicitados a tiempo y no son bien

direccionados, los usuarios permanecen más tiempo ingresados en observación, las cirugías se realizan tardíamente, lo que ocasiona un aumento de la morbi-mortalidad en los afiliados. Hay mayores gastos para la institución, se ocupa más tiempo la infraestructura hospitalaria y se limita la atención a otros pacientes que demandan este servicio.

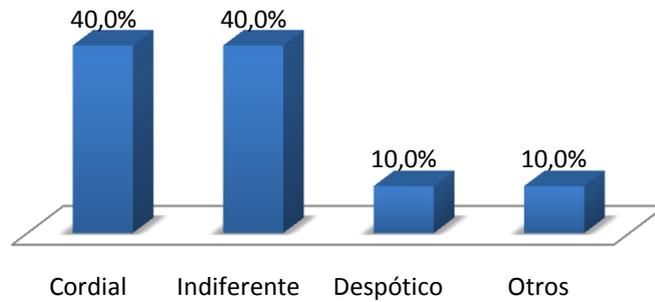
Todo lo antes señalado ocasiona un malestar del usuario que se traduce en insatisfacción y ocasionalmente en denuncias que van en detrimento de la institución y su buen nombre y por consiguiente en un ausentismo de los afiliados, es por ello que una gran cantidad de asegurados acuden a la atención en clínicas privadas y seguros particulares.

Con la finalidad de determinar las principales causas de insatisfacción del usuario se realizó una encuesta abordando parámetros como atención recibida, oportunidad de tratamiento, realización de exámenes y medicación recibida en el servicio, obteniendo los siguientes resultados:



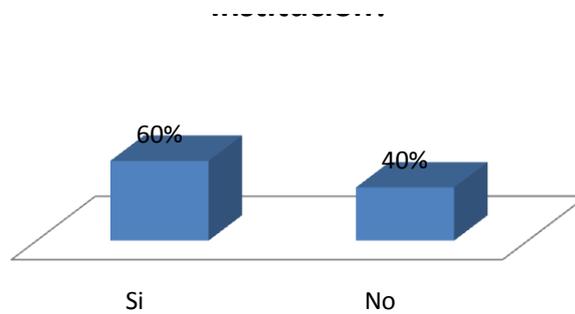
Fuente: Hospital Manuel Ygnacio Monteros.  
Autor: Dr. Jhoe Arévalo Valdivieso, 2010.

**GRÁFICO 2. ¿Cómo fue la atención por parte del personal médico y paramédico?**



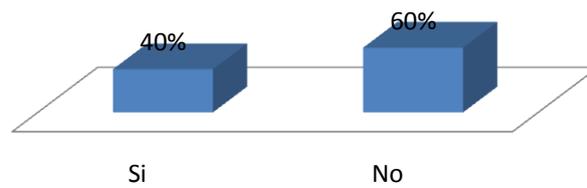
Fuente: Hospital Manuel Ygnacio Monteros.  
Autor: Dr. Jhoe Arévalo Valdivieso, 2010.

**GRÁFICO 3. ¿Todos los exámenes que requirió fueron realizados dentro de la Institución?**



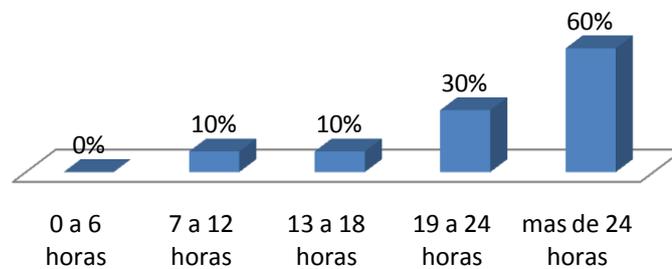
Fuente: Hospital Manuel Ygnacio Monteros.  
Autor: Dr. Jhoe Arévalo Valdivieso, 2010.

**GRÁFICO 4. ¿Todos los medicamentos para su tratamiento fueron proporcionados por la Institución?**

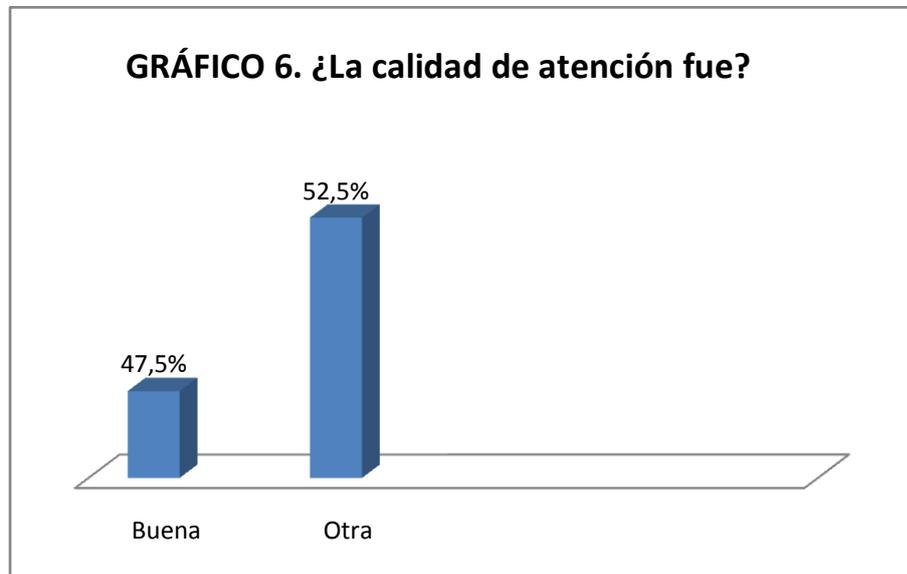


Fuente: Hospital Manuel Ygnacio Monteros.  
Autor: Dr. Jhoe Arévalo Valdivieso, 2010.

**GRÁFICO 5. ¿Cuántas horas después de su ingreso recibió tratamiento quirúrgico?**



Fuente: Hospital Manuel Ygnacio Monteros.  
Autor: Dr. Jhoe Arévalo Valdivieso, 2010.



Fuente: Hospital Manuel Ygnacio Monteros.  
Autor: Dr. Jhoe Arévalo Valdivieso, 2010.

Consientes de esta problemática, queremos cambiar la percepción que tienen los afiliados mediante la implementación de normativas, las que comprenden algoritmos de diagnóstico y tratamiento de pacientes quirúrgicos que acuden al servicio de emergencias, mejorar la comunicación entre todo el personal que labora en el servicio de emergencias, así como formar equipos de trabajo para la atención adecuada de los usuarios. Este trabajo tiene establecido un calendario de enero a junio del 2010

Su implementación va a permitir realizar una atención oportuna del paciente, direccionar correctamente los pedidos de exámenes, efectuar un diagnóstico temprano e instaurar un rápido tratamiento. Esto va a permitir que disminuya el tiempo de observación de los pacientes a menos de 24 horas, tiempo en el que se realizará el tratamiento clínico quirúrgico

## **5. JUSTIFICACIÓN**

## 5. JUSTIFICACIÓN

Como cirujano de emergencias y actual jefe de emergencias considero una obligación realizar este trabajo, es necesario para la institución puesto que contribuirá a la mejor atención hospitalaria, desde el punto de vista docente permitirá formar a los estudiantes de pregrado y post-grado, así como es imperativo para la obtención de mi Maestría.

Actualmente vivimos un mundo de cambios, progreso, comunicación, adelantos tecnológicos, por consiguiente es necesario estar acorde con normativas, protocolos de diagnóstico y demás medidas como trabajo en equipo que respondan a esta realidad.

Al mejorar el diagnóstico y manejo de pacientes quirúrgicos con estas normativas, el dolor, angustia, incertidumbre, de los usuarios va a disminuir, esto es la atención será de calidad y calidez y el prestigio de la institución va a mejorar.

El adelanto en comunicación, internet, centros especializados de emergencia a nivel mundial, actualmente se habla de medicina basada en evidencia, los problemas médico-legales ya presentes en nuestro país. Esto hace necesario que nuestro hospital se actualice empezando con la formación de equipos de trabajo, de mejorar la comunicación, de girarse con protocolos.

Con la elaboración de este trabajo los principales beneficiarios son usuarios al agilizarse su manejo, los profesionales que estarán motivados a actualizarse y los estudiantes de medicina, se van a incentivar para la investigación y su mejor formación.

## **6. OBJETIVOS**

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 OBJETIVO GENERAL**

Contribuir al mejoramiento de la calidad de atención de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del H.Y.M.V. mediante la implementación de normas de atención que permiten un diagnóstico adecuado y un tratamiento oportuno de los pacientes.

### **6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

6.1. Fortalecer el equipo de trabajo en el servicio de emergencia.

6.2. Capacitar a los profesionales mediante talleres, cursos, y dar las facilidades y estímulos para que asistan a su entrenamiento.

6.3. Elaborar los protocolos de manejo, con profesionales de perfil adecuado.

## **7. MARCO TEÓRICO**

## **7. MARCO TEÓRICO**

### **7.1. MARCO INSTITUCIONAL**

- **Aspecto geográfico del lugar**

El hospital se halla ubicado en la ciudad de Loja, capital de la provincia del mismo nombre, entre las calles Machala y Santo Domingo de los Colorados, ocupando una área de aproximadamente siete mil metros cuadrados.

- **Dinámica poblacional**

Los pacientes que acuden al servicio de emergencias del hospital del IESS, corresponde a burócratas de la ciudad y provincia de Loja, así como a usuarios del seguro social campesino. Actualmente también acuden pacientes migrantes provenientes de Europa y EEUU, especialmente en época de invierno en la que se quedan sin trabajo, acentuada actualmente por la recesión económica mundial.

- **VISIÓN**

El Hospital Manuel Y. Montero del IESS, en el año 2012 será una unidad de servicio público, asistencial y docente, que presta salud integral a los usuarios/as, con ética, calidad y calidez; respetando su identidad, educación y cultura; con servidores capacitados y recursos suficientes acorde a sus demandas, que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de la población de la región sur del Ecuador.

- **MISIÓN**

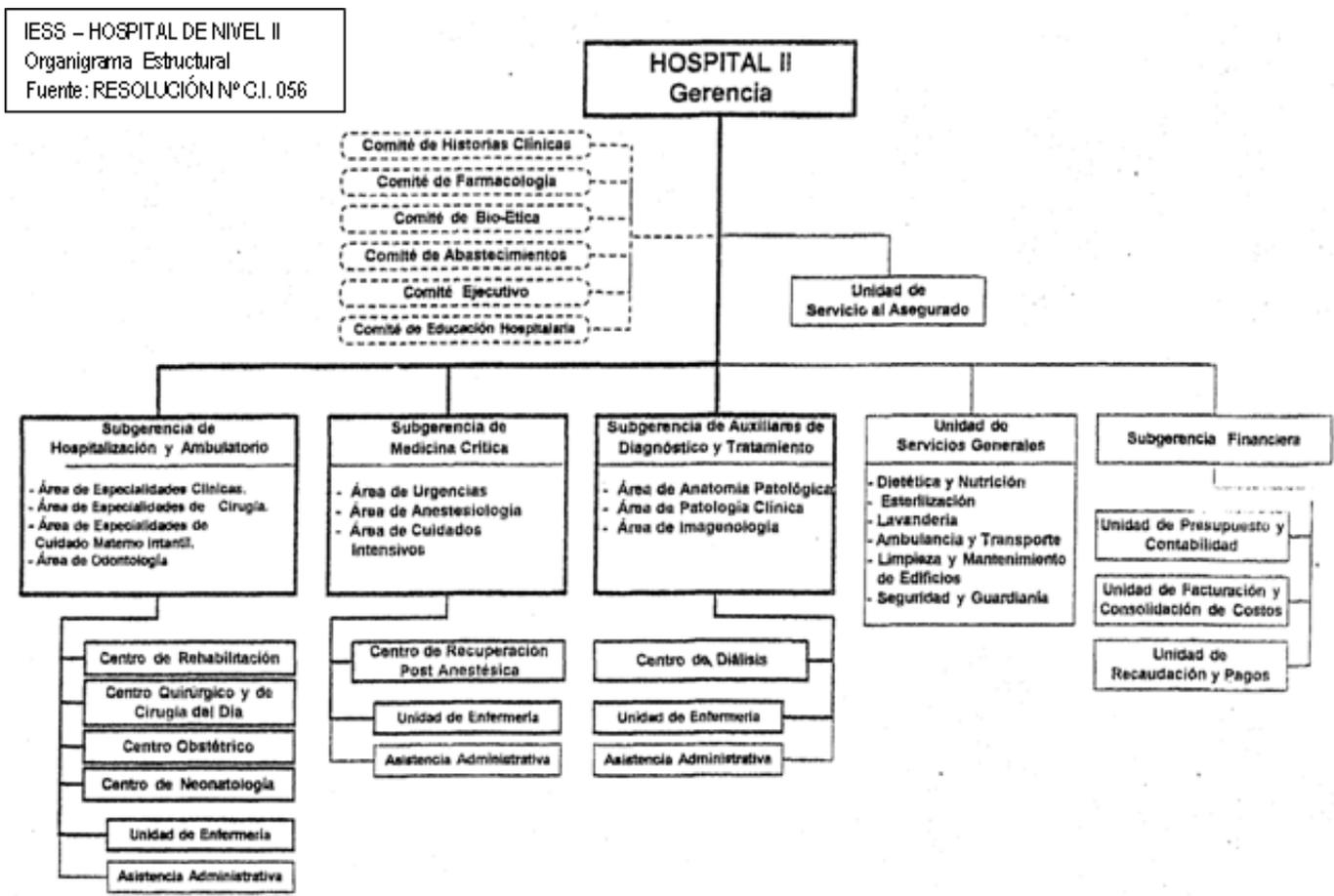
El Hospital Manuel Y. Montero del IESS, es una unidad dinámica de referencia regional, con personal formado científica, ética y humanísticamente, presta atención

de salud integral, oportuna y de calidad en: cirugía, clínica, cuidado materno infantil, medicina crítica, y auxiliares de diagnóstico; mediante equipos de trabajo multi e interdisciplinarios, y recursos suficientes que contribuyen a satisfacer las necesidades del usuario/a y su familia y mejorar su calidad de vida.

- **Organización administrativa**

Actualmente la administración del Hospital del IESS se halla organizada en base a procesos.

### ORGANIGRAMA



- **Servicios que presta la institución**

El Hospital del IESS Manuel Ignacio Monteros, es un prestador de servicios de salud a los afiliados, jubilados y derechohabientes de la provincia de Loja, así como a la colectividad en general. Su funcionamiento se inicia en 1989; siendo su área de influencia la región sur del país, que incluye las provincias de Loja, Zamora y la parte alta de El Oro. Presta servicios de emergencia, consulta externa, quirófano y hospitalización, imagen y laboratorio.

En el área de emergencias se presta atención a todo tipo de pacientes que acuden a este servicio solicitando atención en urgencias y emergencias.

- **Datos estadísticos de cobertura**

Durante el año del 2009 se atendieron en el servicio de emergencias se han atendido 11150 pacientes.

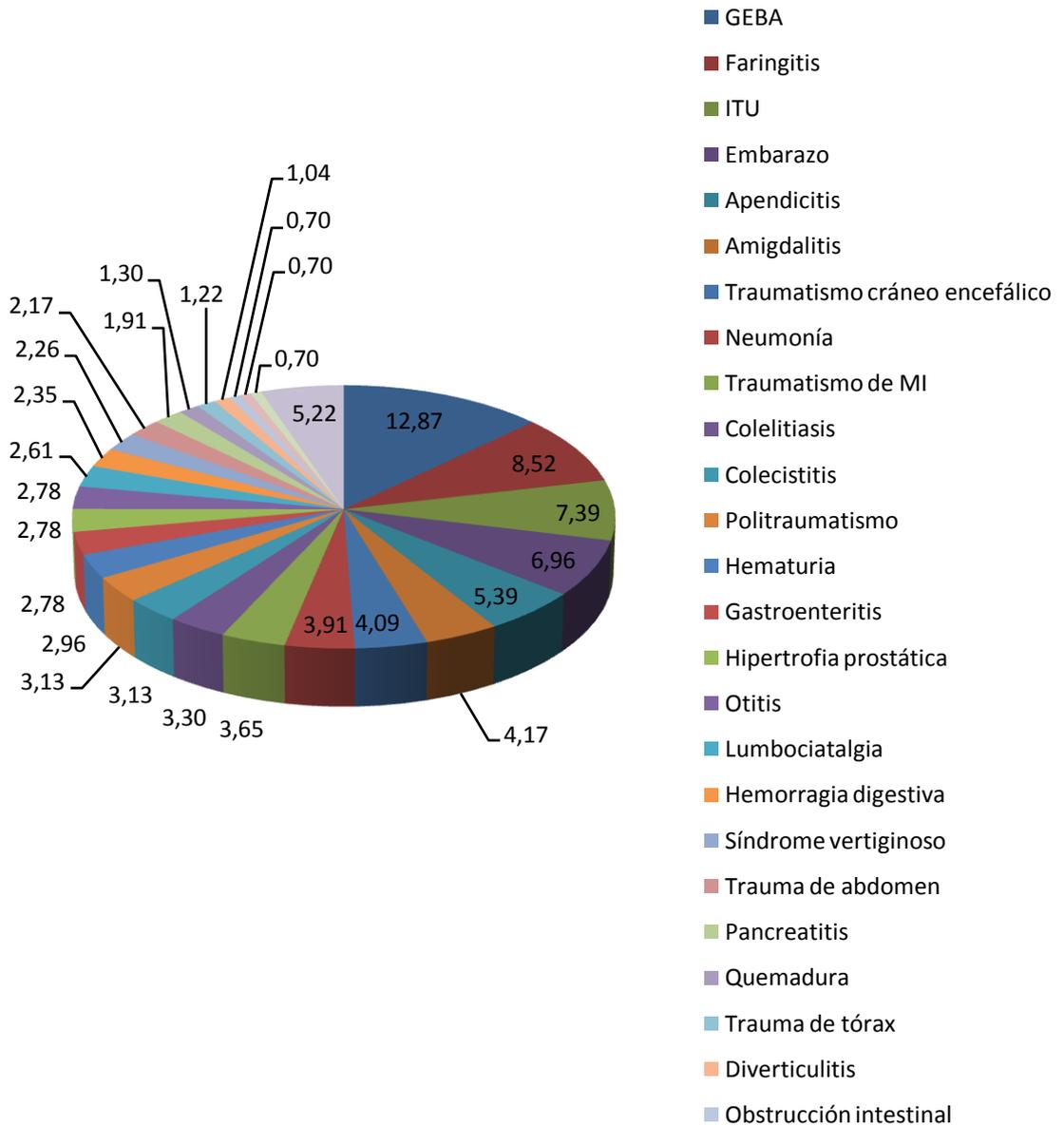
**CUADRO 1. PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MANUEL Y. MONTEROS V.**

<b>PATOLOGÍA QUIRÚRGICA</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>%</b>
GEBA	148	12,87
Faringitis	98	8,52
ITU	85	7,39
Embarazo	80	6,96
Apendicitis	62	5,39
Amigdalitis	48	4,17
Traumatismo cráneo encefálico	47	4,09
Neumonía	45	3,91
Traumatismo de MI	42	3,65
Colelitiasis	38	3,30
Colecistitis	36	3,13
Politraumatismo	36	3,13
Hematuria	34	2,96

Gastroenteritis	32	2,78
Hipertrofia prostática	32	2,78
Otitis	32	2,78
Lumbociatalgia	30	2,61
Hemorragia digestiva	27	2,35
Síndrome vertiginoso	26	2,26
Trauma de abdomen	25	2,17
Pancreatitis	22	1,91
Quemadura	15	1,30
Trauma de tórax	14	1,22
Diverticulitis	12	1,04
Obstrucción intestinal	8	0,70
Hernia encarcelada	8	0,70
Absceso	8	0,70
Otros	60	5,22
<b>TOTAL</b>	<b>1150</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Hospital Manuel Ygnacio Monteros.  
Autor: Dr. Jhoe Arévalo Valdivieso, 2010.

**GRÁFICO 7. PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MANUEL Y. MONTEROS V.**



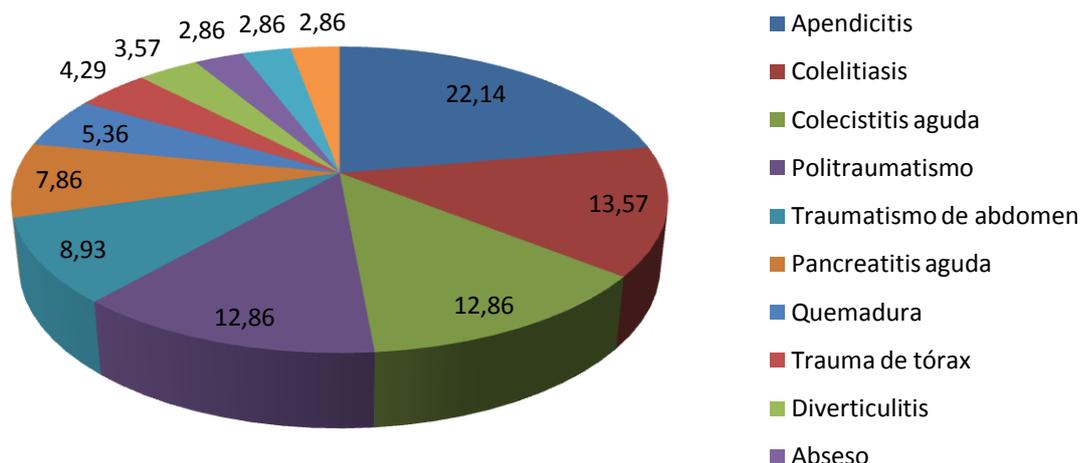
Autor: Dr. Jhoe Arévalo Valdivieso, 2010.  
 Fuente: Hospital Manuel Ygnacio Monteros.

**CUADRO 2. PACIENTES DE CIRUGÍA GENERAL QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MANUEL Y. MONTEROS V.**

<b>PATOLOGÍA QUIRÚRGICA</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>%</b>
Apendicitis	62	22,14
Colelitiasis	38	13,57
Colecistitis aguda	36	12,86
Politraumatismo	36	12,86
Traumatismo de abdomen	25	8,93
Pancreatitis aguda	22	7,86
Quemadura	15	5,36
Trauma de tórax	12	4,29
Diverticulitis	10	3,57
Absceso	8	2,86
Obstrucción intestinal	8	2,86
Hernia encarcelada	8	2,86
<b>TOTAL</b>	<b>280</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Estadísticas del Hospital Manuel Y. Monteros V. (2010)  
Elaboración: El autor

**GRÁFICO 8. PACIENTES DE CIRUGÍA GENERAL QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MANUEL Y. MONTEROS V.**



Fuente: Estadísticas del Hospital Manuel Y. Monteros V. (2010)  
Elaboración: El autor

La patología GEBA enfermedad diarreica aguda encabeza la consulta emergente, le siguen las enfermedades respiratorias agudas, las infecciones de vías urinarias entre las patologías clínicas. Luego vienen las pertenecientes a cirugía general con sus principales representa antes como son apendicitis, colelitiasis, colecistitis agudas y pacientes politraumatizados. Al final se halla la patología materno-infantil.

- **Características geofísicas de la Institución**

El hospital del IESS cuenta con un edificio que data del 1989, al momento se halla en proceso de readecuación y ampliación, para estar acorde a los adelantos tecnológicos y de demanda de los usuarios.

- **Políticas de la institución**

La política de la institución es la de fortalecer y lograr una atención de calidad y calidez, con eficiencia, mediante la capacitación de sus profesionales mediante cursos, pasantías y el equipamiento de la institución con tecnología de última generación. Además de la incorporación de nuevos profesionales que complementen a los existentes en algunas especialidades y otros que llenen vacíos, como por ejemplo, de coloproctología, cirugía plástica, etc.

## **7.2. MARCO CONCEPTUAL.**

Para analizar el marco conceptual lo haremos dividiendo en dos partes, la primera corresponde a motivación, comunicación y trabajo en equipo. La segunda parte versa sobre la patología quirúrgica.

### **MOTIVACIÓN**

De acuerdo a Krech, Crutchfield y Ballachey, “los actos del ser humano están guiados por su cognición –por lo que piensa, cree y prevé–. Pero al preguntarse por el motivo por cual actúa de esa forma, se plantea la cuestión de la *motivación*. La *motivación* funciona en términos de fuerzas activas e impulsoras, que se traducen en palabras como deseo y recelo (temor, desconfianza y sospecha). La persona desea poder y estatus, teme la exclusión social y las amenazas a su autoestima. Además, la motivación busca alcanzar una meta determinada, el ser humano gasta energía para lograrlo”.<sup>1</sup>

Las casas de salud son centros complejos en donde el personal médico y paramédico que labora en ellas, tiene que atender a seres humanos, lo que demanda de sus

---

<sup>1</sup> Krrech, D., Crutchfield R., Ballachey, E. 1962. *Individual in Society*, Nueva York, McGraw-Hill.

profesionales calidad, calidez y sacrificio, que para llevarlos a cabo, requiere de un alto grado de motivación.

La motivación es algo muy complejo, lo que ha llevado a que se formulen teorías y variados conceptos de motivación. La más aceptada de las teorías de motivación, es la Teoría de las Necesidades de Maslow, quien manifiesta que los motivos del comportamiento humano residen en el propio individuo: su motivación para actuar y comportarse provienen de fuerzas que existen dentro de él. Maslow establece una pirámide dividida en necesidades primarias, formadas por las fisiológicas y seguridad; y por necesidades secundarias, conformadas por sociales, estima y autorealización.

Si entendemos que el capital más importante de toda empresa es el ser humano, es lógico que debemos protegerlo, promocionarlo, estimularlo, para que cumpla a cabalidad los objetivos planteados, en este caso, la calidad y calidez en la atención de los pacientes.

Por consiguiente, es necesario incentivar al personal humano a base de recompensas, premios, reconocimientos, palabras, los mismos que crean en las personas sentimientos de seguridad, gratitud y fuerza para unir esfuerzos en pos de una meta personal y grupal.

En nuestro Hospital, considero importante, que las autoridades independiente de la doctrina política, deben trabajar constantemente en motivar al personal, con charlas periódicas, incentivos, como cursos de actualización y perfeccionamiento, pasantías, tanto al personal médico como de enfermería y paramédico.

La motivación del personal juega un rol determinante en el desarrollo de la organización. De poco servirán los recursos materiales, financieros y tecnológicos (modernos y en cantidad suficiente) con una planta de médicos y paramédicos indiferentes, desmotivados y desinteresados. Por consiguiente, la motivación no es una cuestión de recetas, es un proceso de cambio permanente y dirigido a la búsqueda del bienestar de los integrantes, en este caso, de la casa de salud.

## COMUNICACIÓN

Se ha definido a los seres humanos como seres que hablan, el hablar es un rasgo fundamental que sintetiza la condición social, cultural y política de los hombres y mujeres. La comunicación se realiza mediante signos y símbolos convenidos socialmente.

La vida social del hombre no sería posible sin la comunicación, pues, a través de ella se objetivan las necesidades y expectativas, proyectos, propuestas, campos de interés, decisiones, etc.

La comunicación se divide en comunicación verbal y no verbal. La comunicación verbal se refiere a cualquier comunicación que realiza por medio del habla. La comunicación no verbal, se trasmite por otros medios, por ejemplo gestos faciales, lenguaje corporal.

En la comunicación también existen otros ingredientes como por ejemplo, **quien lo dice** (autoridad, amigo, compañero), **en qué contexto** (durante un viaje, una comida, una visita domiciliaria, en el consultorio), **cómo lo dicen** (con severidad, con malicia, con ternura, con amabilidad), **de qué manera** (con una palmada, apretón de manos,

dando la espalda), estos son elementos que intervienen en la comunicación produciendo en el receptor del mensaje cierta respuesta o retroacción.

Es importante reconocer que hay dificultades en la comunicación cotidiana en todos los espacios del relacionamiento y convivencia de las personas: en la casa, en la calle, en la oficina, y particularmente en un área tan conflictiva como el servicio de emergencia de un hospital. Pues, la primera impresión que tiene un usuario al solicitar atención en un hospital, es el trato que se le da de recibimiento, si el trato es cordial, amable, explicativo, tardándose un tiempo prudencial, esta será buena aun cuando no se disponga de mucha tecnología y medicamentos. Por otra parte, si en un servicio no hay la información adecuada, la enfermera le trata despóticamente, el médico le trata como si fuera una cosa y no una persona; si los exámenes se los realiza en forma descortés, la impresión generada en este paciente será mala y posiblemente recurra a otra casa de salud.

La comunicación entre el personal médico y paramédico es vital para agilizar procesos, establecer algoritmos de diagnóstico, llegar a un diagnóstico oportuno y adecuado e instaurar un tratamiento pertinente y eficaz.

## **TRABAJO EN EQUIPO**

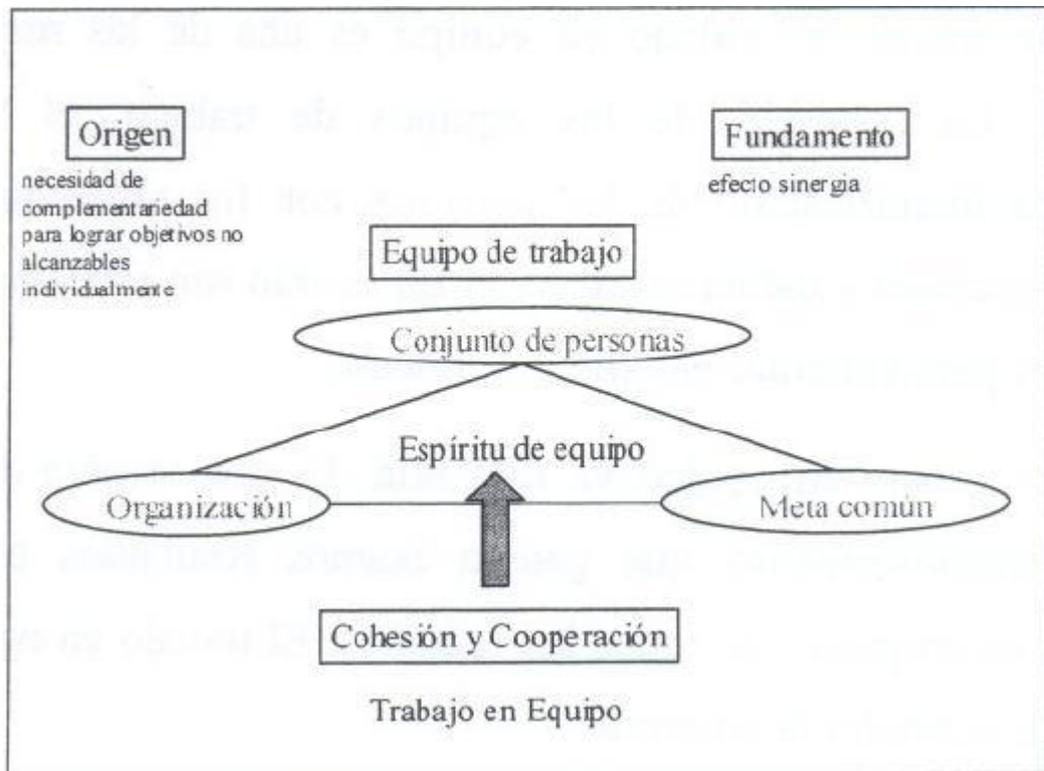
Si se logra una motivación adecuada en el personal médico y paramédico mediante incentivos como la actualización. Si utilizamos a la comunicación de tipo circular y no lineal, se pueden conformar equipos de trabajo, los mismos que trabajando en forma ordenada y sistemática pueden agilizar evaluaciones clínicas, solicitud de exámenes pertinentes y dar una atención adecuada a los usuarios de la seguridad social.

Un equipo de trabajo es un conjunto de personas que se organizan de una forma determinada para lograr un objetivo común. Como se puede percatar en esta definición están implícitos los tres elementos clave del trabajo en equipo:

- **Conjunto de personas:** los equipos de trabajo están formados por personas, que aportan a los mismos una serie de características diferenciales (experiencia, formación, personalidad, aptitudes, etc.), que van a influir decisivamente en los resultados que obtengan esos equipos.
- **Organización:** existen diversas formas en las que un equipo se puede organizar para el logro de una determinada meta u objetivo, pero, por lo general, en las empresas esta organización implica algún tipo de división de tareas. Esto supone que cada miembro del equipo realiza una serie de tareas de modo independiente, pero es responsable del total de los resultados del equipo.
- **Objetivo común:** no debemos olvidar, que las personas tienen un conjunto de necesidades y objetivos que buscan satisfacer en todos los ámbitos de su vida, incluido en trabajo. Una de las claves del buen funcionamiento de un equipo de trabajo es que las metas personales sean compatibles con los objetivos del equipo.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> <http://www.eltrabajoenequipo.com/Definicion.htm>



Resumiendo, diremos que un personal motivado, con una comunicación de tipo circular y trabajando en equipo en pos de un objetivo común, puede mejorar sustancialmente la calidad de atención de los usuarios.

## ALGORITMOS

Se puede definir como un conjunto preescrito de instrucciones o reglas bien definidas, ordenadas y finitas que permite realizar una actividad mediante pasos sucesivos que no generen dudas a quien lo ejecute.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Brassard, G; Bratley, P. (1997). *Fundamentos de Algoritmia*, Madrid: PRENTICE HALL

La meta de un cirujano, al igual que cualquier médico, es el realizar un diagnóstico correcto en el menor tiempo posible, para ello se basa en la anamnesis y un examen físico adecuado, luego se recurre la tecnología, esto es laboratorio e imagen en forma ordenada y dirigida hacia la patología que se sospecha. Ignorar estos procedimientos significa correr el riesgo de pecar por impericia, imprudencia o negligencia y, por lo tanto poner en riesgo la salud y vida de un paciente.

En todos los pacientes con patología aguda, las características propias de la afección, suelen crear angustia en los pacientes y en sus familiares que, sumada a las limitaciones temporales dictadas por la evolución del proceso, se convierten en factores que pueden perturbar el razonamiento clínico y la calidad de las decisiones. En consecuencia, en situaciones de urgencia el cirujano actuante se ve obligado a poner a prueba su investigación clínica, la capacidad de decidir el tratamiento y su habilidad manual dentro de un entorno signado por limitaciones temporales.

El acelerado progreso científico propio de la era en que vivimos, confiere a los conocimientos, una vida media cada vez más corta y hace cada vez más necesaria, tanto para el cirujano en formación como para el tratante con experiencia, la consulta periódica de la información actualizada. Es cierto que los avances de la informática permiten el amplio acceso a las publicaciones, pero exige tiempo y además impone al buscador información la tarea de discriminar dentro de la enorme masa de publicaciones disponibles aquella realmente válidas y disponibles. De ahí la importancia de la creación de protocolo actualizados a la fecha que salvaran al médico en más de un apuro.

Analizaremos el comportamiento clínico y diagnóstico de las principales patologías quirúrgicas a continuación:

- **APENDICITIS AGUDA**

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice vermicular.

La apendicitis aguda es la primera causa de abdomen agudo inflamatorio. Se presenta por igual en hombres y mujeres, es más frecuente en la segunda década de la vida relacionado posiblemente con una mayor cantidad de tejido linfóide existen el apéndice y con problemas respiratorios.

La apendicitis se produce por una obstrucción de la luz apendicular, que ocasiona un dolor primero visceral (vago, impreciso, indeterminado), luego por inflamación del peritoneo parietal aparece el dolor parietal (localizado en cuadrante inferior derecho, blumber +), producto de la inflamación el organismo responde con una leucocitosis, inicialmente de hasta 15000, con neutrofilia, también aparece fiebre de 37.5 a 38°C. si la evolución es mayor de 24 horas, puede formarse un plastrón apendicular o una peritonitis generalizada, con la sintomatología correspondiente de fiebre de más de 38° C, leucocitosis de más de 15.000 o leucopenia dependiendo del tipo de respuesta inmunológica.

El tratamiento es quirúrgico, previo el estabilizar hemodinámica mente al paciente y de realizar los exámenes correspondientes de sangre y chequeo cardiovascular si lo amerita.

- **COLELITIASIS**

Es la presencia de cálculos en la vesícula biliar, los pacientes acuden al servicio de emergencias con dolor cólico en hipocondrio derecho, o epigastrio. Esto es con cólico biliar.

Cólico biliar es entonces la presencia de un cálculo en el cuello vesicular o cístico o conducto cístico, la vesícula biliar tratando de vaciar su contenido, se contrae producto de lo cuál aparece dolor cólico, que puede durar entre 30 minutos y 6 horas aunque algunos autores manifiestan que puede durar hasta 24 horas. Pero como no hay inflamación no aparece fiebre, ni leucocitosis. El cuadro clínico cede con o sin analgésicos.

El tratamiento es quirúrgico entre las primeras 12 a 24 horas de su ingreso a emergencias.

- **COLECISTIS AGUDA**

Es la inflamación de la vesícula biliar.

La fisiopatología de la colecistitis se produce luego de la aparición del cólico biliar, que manifestamos que se trata de una impactación del cálculo en cuello vesicular o conducto cístico, pero aquí no se produce la desmantación del cálculo, la vesícula continua contrayéndose aparece compromiso vascular, la pared vesicular se inflama el dolor visceral se convierte en dolor somático por inflamación del peritoneo diafragmático, hay dolor a la palpación el cuadrante superior derecho, Murphy + , aparece febrícula y leucocitosis.

Si la evolución continúa, se forma un plastrón vesicular, la vesícula se necrosa por el compromiso vascular y evoluciona a hidroleciosto, piocolecisto, absceso pudiendo llegar a la perforación y peritonitis.

El tratamiento es quirúrgico más terapia hemodinámica y antibiótica correspondiente.

- **POLITRAUMATIZADO**

Politraumatizado es todo herido con lesiones orgánicas múltiples, producidas en un mismo accidente y con repercusión circulatoria y/o ventiladora, que conlleve riesgo vital.

El crecimiento poblacional de las ciudades con el apareamiento de cinturones de miseria y por consiguiente de delincuencia, junto con la modernidad, la agitación el estrés, la velocidad a que estamos abocados han convertido al politraumatizado en una patología mundial de mucho interés en nuestro medio ocupa la tercera causa de atención quirúrgica en el servicio de emergencias de nuestro hospital.

En la atención de un politraumatizado es necesario seguir un esquema ordenado, rápido, sencillo, fácil de recordar y de aplicar. Este esquema ha sido difundido por el Colegio Americano de Cirujano a través del curso **Advanced Trauma Life Support (ATLS)**. Se conoce como evaluación inicial y comprende tres fases:

- I. Revisión primaria
- II. Resucitación
- III. Revisión secundaria.

- **TRAUMA DE ABDOMEN**

El trauma de abdomen es la cuarta causa de atención quirúrgica de nuestro hospital. Se divide en dos grandes grupos.

- **Trauma contuso o cerrado.**- Este trauma se produce como consecuencia de una combinación de fuerzas de compresión, deformación, estiramiento y corte. La principal causa son los accidentes de tránsito, le siguen los accidentes laborales y las agresiones físicas.
  - **Trauma abierto o penetrante.**- A su vez se subdivide en

- a. Herida de fuego
- b. Herida por arma blanca
- c. Herida por instrumento cortopunzante,

Para la evaluación contamos con la anamnesis y examen físico que nos la mayor información requerida, como medios de apoyo tenemos al lavado peritoneal y ECO, que se pueden realizar en la cabecera del enfermo. Otros medios son Los RX, TAC pero que se requiere de estabilidad hemodinámica del paciente, la laparoscopia es discutida.

- **TRAUMA DE TÓRAX**

El trauma torácico es la segunda tercera causa de compromiso en paciente politraumatizado y la segunda causa de mortalidad de este tipo de pacientes.

Se divide igualmente en:

- Trauma contuso
- Trauma abierto

El diagnóstico se basa en la correcta historia clínica y en un examen fundamental la Rx de tórax.

El tratamiento es su gran mayoría es de manejo clínico. 85% restante se maneja con un tubo de drenaje torácico. Y solo el 15% requiere de una toracotomía.

- **DIVERTICULITIS**

Es la inflamación de los divertículos colónicos, en su gran mayoría se localizan el colon sigmoides.

La enfermedad se inicia con una obstrucción del cuello diverticular, hay inflamación la que puede progresar a inflamación de la pared colónica, microperforaciones y formación de un absceso, o perforación general y la consiguiente peritonitis.

El cuadro clínico es muy similar al de la apendicitis aguda pero de localización izquierda. Esto es dolor en el cuadrante inferior izquierdo, sensibilidad a la palpación superficial y profunda blumber +, hay fiebre y leucocitosis en un inicio no muy acentuadas, pero si progresa la enfermedad habrá peritonitis generalizada, manifestada con un abdomen en tabla, leucocitosis marcada o leucopenia

- **PANCREATITIS AGUDA**

Es un proceso inflamatorio del páncreas con afección variable de otros tejidos regionales, órganos o sistemas alejados, causado por la activación, liberación intersticial y digestión de la glándula por sus propias enzimas.

Las principales causas son la litiasis vesicular y el alcohol, en menor porcentaje están los medicamentos, la hipercalcemia, hereditaria, traumática, idiopática etc.

La sintomatología principal de la pancreatitis aguda esta dada por

- Dolor súbito en epigástrico que se irradia con frecuencia hacia espalda
- Náuseas, vómito
- Amilasa sérica o urinaria aumentada
- Antecedente de colelitiasis o alcoholismo, etc.

## **8. DISEÑO METODOLÓGICO**

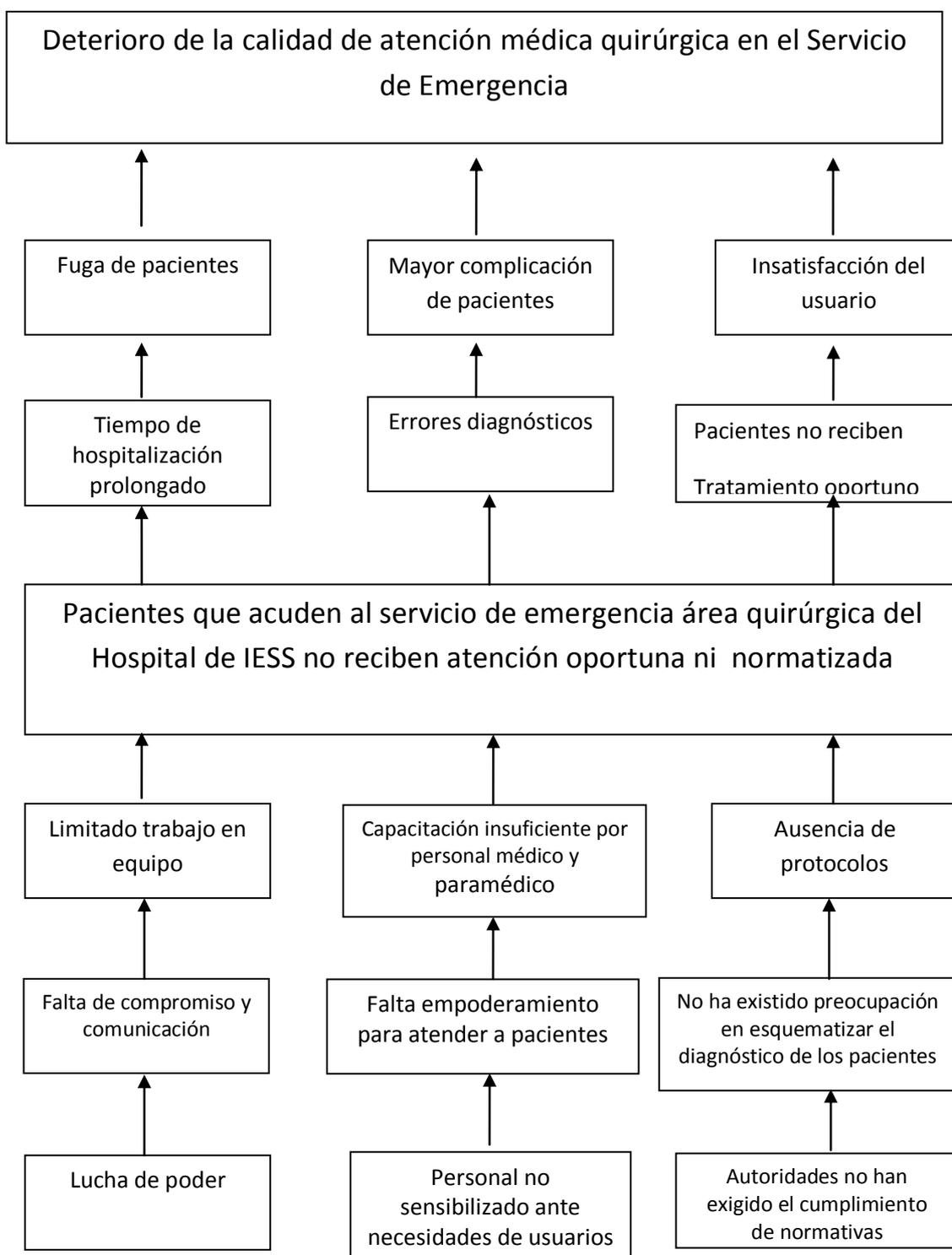
## 8. DISEÑO METODOLÓGICO

Para la presente investigación se utilizó la metodología del marco lógico para lo cuál se partió del análisis de los involucrados, potenciales beneficiarios del servicio, personal médico y paramédico, con quienes se construyó participativamente la problemática, abordando las causas y efectos de la misma, para con ello, definir los objetivos estratégicos que se aspiran cumplir a través de las actividades propuestas y plasmadas en la matriz de marco lógico que se incluye más adelante y que además contempla los recursos, responsables y el respectivo cronograma.

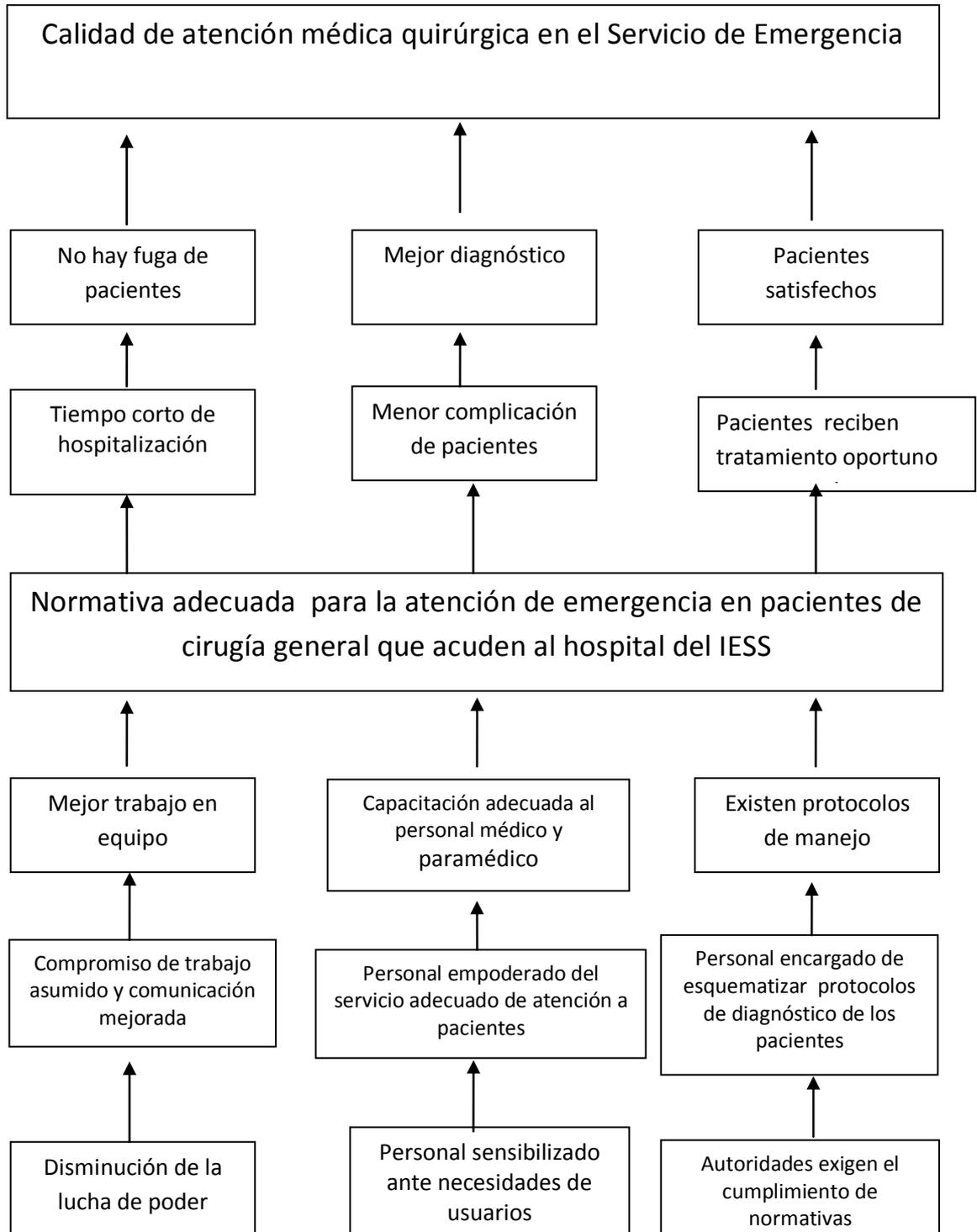
### MATRIZ DE INVOLUCRADOS

INTERESES	GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Mejorar la normativa para la atención de emergencia	Autor	Recursos humanos Recursos materiales Recursos financieros Aplicar conocimientos adquiridos	La atención quirúrgica es inadecuada
Mejorar la calidad de atención médica de la Institución	Hospital Manuel Y. Monteros	Recursos humanos Recursos materiales Recursos financieros Proporcionar atención de calidad	Mala imagen institucional por inadecuada atención
Recibir mejor atención quirúrgica en el servicio de emergencia	Usuario externo (paciente)	Recursos humanos Recursos materiales Recursos financieros Demandar atención de calidad	No hay calidad de atención en el servicio de emergencia
Que se mejore la calidad de atención en salud en la provincia de Loja	Otras instituciones de salud	Recursos humanos Recursos materiales Recursos financieros Establecer cooperación institucional	La calidad de atención en la ciudad y provincia de Loja no es adecuada

### ÁRBOL DE PROBLEMAS



## ÁRBOL DE OBJETIVOS



**MATRIZ DE MARCO LÓGICO**

PROBLEMÁTICA: Escasa normativa para atención de emergencia de pacientes de cirugía general del H.M.Y.M.

<b>OBJETIVO</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACIÓN</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<b>FIN</b> Contribuir al mejoramiento de la calidad de atención de emergencia del H.M.Y.M.	Por lo menos el 80% de pacientes están satisfechos con la atención recibida en el servicio	Parte diario Registros Historias clínicas	Participación de personal de médicos y paramédicos de forma activa y entusiasta.
<b>PROPÓSITO</b> Diseño e implementación de la normativa para atención de pacientes de cirugía general en el H.M.Y.M	El 80% de pacientes tendrán menos de 24 horas para diagnóstico y tratamiento quirúrgico.	Parte diario Registros Historias clínicas Partes operatorios	Profesionales trabajando en equipo, ordenadamente
<b>RESULTADOS</b> 1. Personal de emergencia trabajando en equipo  2. Personal médico y paramédico capacitado en atención de pacientes de emergencia de cirugía	El 100% de los profesionales motivados trabajando en equipo las 24 horas.  El 90% del personal de emergencia conoce y maneja la normativa.	Parte diario Lista de asistencia a talleres Registros Historias clínicas  Registro en personal Certificados de aprobación	Jefe de emergencia y demás profesionales médico y paramédico trabajando en equipo con entusiasmo.  Dirección del Hospital y demás autoridades facilitando y financiando cursos de

general			actualización.
3. Protocolos de atención de pacientes quirúrgicos en emergencia diseñados e implementados	El 80% de patologías quirúrgicas de emergencia cuenta con Protocolos de Atención.	Documento de Protocolo. Presentación del Manual de Protocolo	Interés del personal médico y paramédico en la elaboración de los protocolos.
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>RECURSOS</b>
<b>A1.</b>			
1.1. Reunión de Jefe de Emergencia y médicos de emergencia y de llamada, y conformación de equipos de trabajo	Autor del proyecto Tratantes de emergencia	Hasta junio de 2010	Auditorio Equipo de proyección Pizarra
1.2 Taller de relaciones humanas y motivación.	Autor del proyecto	Hasta junio de 2010	Auditorio Equipo de proyección Pizarra
1.3 Taller Comunicación en Salud	Autor del proyecto	Hasta junio de 2010	Auditorio Equipo de proyección Pizarra
<b>A2.</b>			
2.1 Coordinación con directivos y diseño de programa educativo	Directivos del Hospital Jefe de Emergencia Autor del proyecto	Hasta junio de 2010	Partidas presupuestarias

2.2 Discusión de casos, cada 15 días.	Personal de Emergencia Médicos especialistas Autor del proyecto	Hasta junio de 2010	Sala de conferencias
2.3 Presentación científica cada 15 días	Personal de Emergencia Médicos especialistas Autor del proyecto	Hasta el junio de 2010	Sala de conferencias
<b>A3.</b>			
3.1 Elaboración de protocolos con ayuda de especialistas	Autor del proyecto Diversos especialistas	Hasta mayo de 2010	Bibliografía Internet
3.2 Discusión de protocolos	Autor del proyecto Personal médico Estudiantes	Hasta mayo de 2010	Pizarra Proyector Auditorio
3.3 Socialización de protocolos	Autor del proyecto Personal médico Estudiantes	Hasta junio de 2010	Pizarra Proyector Auditorio
3.4 Entrega de protocolos al personal médico y paramédico	Autor del proyecto	Hasta julio de 2010	Auditorio Documentos de los protocolos

## **9. RESULTADOS**

## **9. RESULTADOS**

A continuación se describen los resultados del presente trabajo de intervención:

### **1. RESULTADO: Personal de emergencia trabajando en equipo.**

Para lograr estos resultados se realizaron las siguientes actividades:

#### **1.1 Reunión de Jefe de Emergencia y médicos de emergencia y de llamada, y conformación de equipos de trabajo.**

Los días jueves 7 y 14 de enero de 2010 se realizaron reuniones de trabajo con la participación de: Jefe de Emergencia, Médicos Tratantes de Emergencia, Médicos de apoyo y residentes, conformándose equipos de trabajo, los mismos que quedaron estructurados de la siguiente manera:

- **EQUIPO DE CIRUGÍA GENERAL:**

- Cirujano Jefe de Emergencia
- Cirujano de llamada (Dr. Carlos Benavides)
- Emergenciólogo (Dr. Juan José Moreira )
- Residente Guardia de Emergencia
- Residente de Cirugía de Guardia

- **EQUIPO DE TRAUMATOLOGÍA:**

- Cirujano Jefe de Emergencia
- Emergenciólogo (Dr. Juan José Moreira )
- Traumatólogo (Dr. Eduardo Guamán)
- Residente de Traumatología

- Residente Guardia de Emergencia

- **EQUIPO DE UROLOGÍA**

- Cirujano Jefe de Emergencia
- Emergenciólogo (Dr. Juan José Moreira )
- Urólogo (Dr. Julio Ludeña)
- Residente Guardia de Emergencia
- Residente de Cirugía de Emergencia

- **EQUIPO DE NEUROCIRUGÍA**

- Cirujano Jefe de Emergencia
- Emergenciólogo (Dr. Juan José Moreira )
- Neurocirujano (Dr. Luis Cárdenas)
- Residente Guardia de Emergencia
- Residente de Cirugía de Emergencia

- **EQUIPO DE GASTROENTEROLOGÍA**

- Cirujano Jefe de Emergencia
- Emergenciólogo (Dr. Juan José Moreira )
- Gastroenterólogos (Dr. Erwin Castro y Dra. Janine Aguilar)
- Residente Guardia de Emergencia
- Residente de Gastroenterología

- **EQUIPO DE NEUMOLOGÍA**

- Cirujano Jefe de Emergencia
- Emergenciólogo (Dr. Juan José Moreira )
- Neumólogo (Dr. Lauro Carrasco)
- Tratante (Dra. Nilian Ochoa)

- Residente Guardia de Emergencia
- Residente de Medicina Interna

- **EQUIPO DE MEDICINA INTERNA**

- Emergenciólogo (Dr. Juan José Moreira )
- Tratante (Dr. Pablo Achupallas)
- Residente Guardia de Emergencia
- Residente de Medicina Interna

## 1.2 Taller de relaciones humanas y motivación

### PROYECTO: RELACIONES HUMANAS Y MOTIVACIÓN

#### MEMORIA TÉCNICA

**GRUPO META:** PERSONAL DE EMERGENCIA DEL H.M.Y.M.

**EVENTO:** TALLER VIVENCIAL

**FECHA:** miércoles 30 de junio de 2010

**NÚMERO DE PARTICIPANTES:** 15 personas

**LUGAR:** Auditorio del H.M.Y.M.V.

**TEMA:** MOTIVACION, AUTOESTIMA Y RELACIONES HUMANAS

**NÚMERO DE HORAS:** 4 HORAS

**FACILITADORES RESPONSABLES:** Dra. Mercedes León y Dr. Jhoe Arévalo

**OBJETIVO GENERAL:** Desarrollar en los participantes las destrezas y habilidades necesarias para vivir la experiencia del trabajo, como una forma de desarrollarnos personal y profesionalmente, mediante la práctica diaria reflexionada y enriquecida a partir de un proceso de educación humanizante, sistemático, intencional y participativo.

**METODOLOGIA, TECNICAS Y MATERIALES EMPLEADOS:** La metodología utilizada fue básicamente vivencial y expresiva de acuerdo a las sensaciones y emociones de cada participante.

Los materiales utilizados fueron proyector de diapositivas, computador. El espacio fue adecuado para crear un ambiente relajado, de armonía, de complicidad, se respetó los tiempos de cada participante y se acompañó en cada uno de sus relatos, emociones, sentimientos, dudas y aciertos.

**DESARROLLO DEL TALLER**

- 8h00 Bienvenida, Presentación y Expectativas del Taller
- 8h30 Acuerdos y Compromisos
- 9h00 Dinámica de Integración
- 9h30 Exposición de Diapositivas sobre los temas a tratarse
- 11h30 Socialización del ejercicio
- 11h45 Reflexión final y cierre

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:**

Creo que es un grupo muy sensible, humano y con gran potencial para desarrollar sus destrezas y habilidades. Los participantes demostraron una actitud positiva para colaborar y vivir a plenitud el taller.

El evento se desarrolló en un ambiente agradable, el lugar adecuado, con privacidad y comodidad para los participantes, que se presta para, mediante dinámicas de integración, poder conocerse mejor en el ámbito personal y sentimental, manteniendo el respeto. Por otro lado fue muy interesante descubrir que el mismo lugar y con las mismas personas puede cambiar de un ambiente negativo a uno más acogedor y con pocos recursos pero si mucha imaginación y predisposición a un nuevo miraje, del trabajo como una fuente de realización personal y profesional y no como la carga diaria y difícil de llevarla.

Las dinámicas, cumplieron dos objetivos: el primero desnudarnos en cuanto a nuestros miedos y temores, sentir que somos capaces de vencer nuestras adversidades; esto es de mejorar nuestra autoestima, y luego ejercitar otra forma de relacionarnos, de comprendernos, de integrarnos, de movernos, de asumir que somos capaces de trabajar en equipo.

La reflexión y relajación, como una herramienta de conciliar los miedos y sabernos adultos, con madurez y resiliencia para enfrentar un reto cada día.

El ejercicio de cualidades y defectos, entendible como esa parte nuestra tan arraigada que no nos permite valorarnos, esperando siempre el reconocimiento de los demás y cuando esto no ocurre, evidenciar las frustraciones, todo ello ahora cambiado a una nueva perspectiva de cada persona, elogiando nuestras cualidades y capitalizando los defectos, potenciándolos en fortalezas que unidas en el grupo, nos llevan a conformar equipos de trabajo con potenciales plenos.

En el taller se puso énfasis en que la persona más importante es uno mismo, desgraciadamente, lo que no nos han enseñado a valorarnos, que el día más importante es hoy, no el ayer ni el mañana y que somos capaces de desarrollar muchas cosas si nos proponemos, que muchos de los triunfos que alcanzamos, se deben fundamentalmente a nuestra voluntad, perseverancia y capacidad de resolución.

El taller se cerró presentando y regalando las herramientas necesarias para el crecimiento personal y espiritual, herramientas que siempre las tenemos a la mano y que solamente necesitamos recordarlas. Por último pedimos como forma de evaluación expresen una conclusión del taller y realicen un brindis, el cual debe ser primero por cada persona y luego por el grupo y los demás, con la consigna de que si yo estoy bien, puedo dar a los demás lo mejor de mí. Los brindis cumplieron la consigna y el agradecimiento como una de las más grandes virtudes del ser humano, dando gracias por el trabajo que tienen y por permitirles matizar el trabajo diario con momentos de reflexión como el que acabaron de vivir.

#### **OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS:**

El local: entre una de las ventajas fue que nadie molesta, es privado y no hay interrupciones. Creo que se necesita de una persona de apoyo por lo menos, para que

haga los registros, provea de algún imprevisto, apague las luces, ayude a entregar los materiales a los participantes, etc.

El horario para el desarrollo de este tipo de eventos debe ser fuera de las horas laborables, en donde el personal no se encuentre inquieto por las actividades que debe cumplir.

Creo que es necesario desconectarse un momento del mundo (celulares), para poder recargarnos de energía positiva y emprender un nuevo día como la obra más sublime y así ir encontrando en nosotros mismos la alegría de vivir.

### **1.3 Taller de Importancia de la comunicación**

#### **PROYECTO: COMUNICACIÓN EN SALUD**

#### **MEMORIA TÉCNICA.**

**GRUPO META:** Usuarios internos del Servicio de Emergencia del H.M.Y.M.V.

**EVENTO:** Taller vivencial

**FECHA:** miércoles 7 de julio de 2010

**NÚMERO DE PARTICIPANTES:** 15 personas

**LUGAR:** Auditorio del Hospital M.Y.M.V.

**TEMA:** Comunicación en Salud.

**NÚMERO DE HORAS:** 4

**FACILITADORES RESPONSABLES:** Dra. Noemí Armijos y Dr. Jhoe Arévalo

**OBJETIVO GENERAL.** Incentivar en los usuarios internos participantes, habilidades, pericias y aptitudes de mejorar la comunicación, personal, grupal y profesional que permita la superación profesional, e institucional, en el manejo de los pacientes.

#### **METODOLOGÍA, TÉCNICAS Y MATERIALES EMPLEADOS:**

La metodología empleada fue básicamente vivencial y expresiva, de acuerdo a las sensaciones y emociones de cada paciente.

En esta actividad se usaron materiales de diapositivas, computador, proyector. El espacio donde se desarrollo el taller fue relajado, acogedor, de armonía, paz, se dio mucho énfasis al respeto de los participantes, lo que permitió que el personal se sintiera confiado, y con deseos de colaborar.

#### **DESARROLLO DEL TALLER**

8h00 Bienvenida, presentación y Expectativas del taller

8h30 Acuerdos y compromisos

9h00 Dinámica de integración

9h30 Exposición de diapositivas sobre los temas a tratarse

11h30 Socialización del ejercicio

11h 45 Reflexión final y cierre

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:**

Se ha definido a los seres humanos como seres que hablan. Sabemos que la comunicación es un proceso de intercambio de ideas, emociones, sentimientos y actitudes entre dos o más personas. Bajo esta premisa el taller se desarrolló con muchas expectativas de lograr y un acercamiento, de mejorar las relaciones interpersonales y de crear un ambiente de convivencia adecuado que contribuya a mejorar la cantidad y calidad de atención de los usuarios externos.

El Taller se desarrolló en el auditorio del Hospital, el mismo que fue adecuado, con privacidad, cómodo, que se presta para la integración personal, grupal. Es muy importante percatarse de que los mismo actores con diferentes problemas personales y problemas comunes institucionales, que trabajaban en un ambiente un poco tenso, durante el taller al entablar la comunicación interpersonal se fueron limando muchas asperezas y mejorando las relaciones interpersonales.

El taller cumplió con objetivos muy claros como:

- Mediante el diálogo sincero, respetuoso, cordial, dejando de lado nuestros temores, miedos podemos mejorar el ambiente de trabajo en donde una comunicación sincera, directa, constructiva permite un ambiente adecuado.
- La comunicación adecuada permite la conformación de equipos de trabajo, los mismos que deben seguir fortaleciéndose en base del respeto y dialogo.

- Un ambiente adecuado permite fortalecer el liderazgo y establecer el orden jerárquico que contribuye, en base al respeto a agilizar el proceso de atención de los usuarios.
- Se manifestó, de acuerdo a nuestra modesta experiencia, que la comunicación horizontal es la más adecuada, para fortalecer el espíritu de colaboración, lo que fue aceptado por todos los participantes.

La reflexión en la que estuvimos sumergidos en este taller nos llevó a que una mala comunicación es la responsable de problemas, esto es el tono de voz, un gesto despótico puede ser mal interpretado por un paciente afiliado y ser motivo de una crítica y desprestigio de la institución.

El taller nos recordó que el privilegio de comunicarnos es muy grande y que dándole un uso adecuado puede permitirnos crecer espiritualmente y profesionalmente a su vez si trabajamos en equipo y deponemos actitudes personalistas podemos contribuir con el crecimiento institucional.

Hubo la intervención de muchos participantes, reconociendo la importancia de la comunicación y aceptando en algunas ocasiones el mal uso que se le ha dado a esta gran cualidad. Otros manifestaron el deseo ferviente de mejorar la comunicación y relaciones humanas y se comprometieron a aunar esfuerzos para que este privilegio sea aprovechado al máximo.

Se concluyó el taller con un brindis y un fuerte aplauso insistiendo nuevamente en las cualidades de el saber comunicarse no solo verbalmente sino a través de símbolos, gestos, y que dándole un buen uso puede mejorar las relaciones sociales y culturales.

#### **OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS:**

El local es muy acogedor, privado. Pero considero que debe haber personal

encargado de la logística, para que lleve registros de asistencia, se encargue de manejo de la tecnología, ayude con entrega de material.

Creo que el horario para el desarrollo del evento no fue el mejor, pudiera realizárselo fuera de horario de trabajo, así los participantes no estarían preocupados por su trabajo diario.

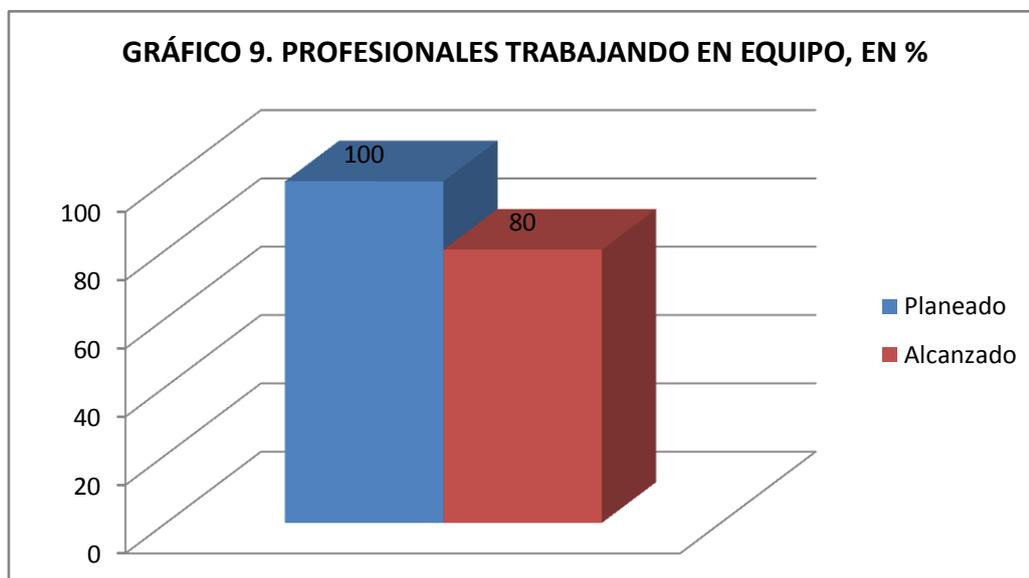
En esta actividades debemos estar completamente dedicados al taller libres de preocupaciones, de estrés, para ello debemos apagar celulares, evitar llamadas personales o de otros departamentos.

Considero necesario que estos talleres se repitieran con más frecuencia sumándoseles otras particularidades especialmente de tipo social

**INDICADOR.** Se planteó como meta el 100% de los profesionales motivados trabajando en equipo las 24 horas.

Se logró la conformación de un 80% de equipos de trabajo, la carencia del 20% restante se debe fundamentalmente a falta de especialistas o en número de los existentes, por ejemplo en hospital carece de un neurólogo, coloproctólogo, cirujano plástico. El Hospital solo cuenta con un intensivista, un solo endocrinólogo y un oftalmólogo, lo que limita la conformación más equipos de trabajo.

Si bien nos sirvió de mucho los talleres de autoestima, relaciones humanas y comunicación los equipos trabajan motivados en un 80 %, considero se puede lograr una mayor optimización con otros talleres sobre esta temática.



Fuente: Hospital Manuel Y. Monteros  
Elaboración. El Autor, 2010

## **2. RESULTADO: Personal médico y paramédico capacitado en atención de pacientes de emergencia de cirugía general.**

Este resultado se logró realizando las siguientes actividades:

### **2.1 Coordinación con directivos y diseño de programa educativo**

Los días miércoles 6 y 13 de enero de 2010 se reunió la jefa de emergencias, la subdirectora técnica de consulta externa y hospitalización, el maestrante, demás personal médico y paramédico de emergencias para elaborar el cronograma educativo. Así como para pedir los permisos de asistencia, como la autorización para realizar las actividades científicas.

El cronograma se dividió en discusión de casos y presentación científica quedando establecida de la siguiente manera.

#### **DISCUSIÓN DE CASOS**

<b>FECHA</b>	<b>TEMA</b>
29 de enero de 2010	Paciente con dolor abdominal (diverticulitis)
12 de febrero de 2010	Feriado
26 de febrero de 2010	Paciente con fractura costal
12 de marzo de 2010	Paciente poli traumatizado (Trauma de abdomen abierto)
26 de marzo de 2010	Paciente con trauma abdominal cerrado
9 de abril de 2010	Paciente con trauma torácico (hemotórax)
23 de abril de 2010	Paciente con dolor abdominal (cólico ureteral)
7 de mayo de 2010	Paciente con traumatismo cervical
21 de mayo de 2010	Paciente con ictericia (colangitis)
4 de junio de 2010	Paciente con hemorragia digestiva baja
18 de junio de 2010	Paciente con dolor abdominal (embarazo ectópico)

**PRESENTACIÓN CIENTÍFICA**

<b>FECHA</b>	<b>TEMA</b>	<b>EXPOSITOR</b>
26 de enero de 2010	Politraumatizado	Dr. Jhoe Arévalo
9 de febrero de 2010	Abdomen Agudo	Dr. Jhoe Arévalo
23 de febrero de 2010	Apendicitis aguda	Dr. Pablo Achupallas
9 de marzo de 2010	Trauma de columna	Dr. Eduardo Guamán
23 de marzo de 2010	Colecistitis aguda	Dr. Jhoe Arévalo
6 de abril de 2010	Traumatismo cráneo-encefálico	Dr. Luis Cárdenas
20 de abril de 2010	Tumores de vía biliar	Dr. Juan José Moreira
4 de mayo de 2010	Pancreatitis aguda	Dr. Jhoe Arévalo
18 de mayo de 2010	Obstrucción intestinal	Dr. Juan José Moreira
1 de junio de 2010	Reanimación	Dr. Jorge Villavicencio
15 de junio de 2010	Neumotórax	Dra. Miriam Ochoa

## 2.2 Discusión de casos, cada 15 días.

Las mismas que se desarrollaron de la siguiente manera:

**Caso 1.-** El 20 de enero del 2001, se presento un caso de un paciente de 70 años de edad, sexo masculino, ocupación agricultor. Que consulta por dolor abdominal difuso desde hace 48 horas de evolución, náuseas y mal estado general; Al examen físico TA 140/90 FC 20 X T 37.5° C. Cardiopulmonar normal. Abdomen distendido, dolor a la palpación profunda en hemiabdomen izquierdo. GB 12.500 con desviación a la izquierda, química sanguínea normal. ECO sin importancia. Por lo que se decide por una TAC que da diagnóstico de Diverticulitis. Se discute el tratamiento decidiéndose por el manejo clínico. Se incluye el algoritmo en la actividad 3.

**Caso 2.** El 26 de febrero se presenta el caso de un joven de 25 años de edad, sexo masculino, ocupación empleado. Acude a emergencia por presentar dolor torácico y dificultad respiratoria luego de sufrir trauma torácico (accidente de tránsito). Al examen físico paciente heminamicamente estable, a la palpación torácica crepitación y dolor en región axilar izquierda. Limitación de ejercicios respiratorios. Examen de sangre normal. Se decide realizar Rx presentándose fracturas costales de arcos 7,8 y 9. Se discute el caso decidiéndose analgesia oral y parenteral más terapia respiratoria

**Caso 3.-** El 12 de marzo, se presenta el siguiente caso paciente de 35 años, sexo masculino, ocupación empleado, quien, hallándose en estado etílico sufre agresión física recibiendo múltiples traumas en todo el cuerpo, destacándose trauma de abdomen con arma blanca. Al examen físico paciente con aliento alcohólico, hemodinamicamente estable, cardiopulmonar normal, abdomen suave, depresible. Bajo anestesia local se realiza exploración de herida lo que establece que hay perforación de peritoneo. Se discute el caso respecto del tratamiento si es de observación o laparotomía, decidiéndose la segunda opción como estipula el algoritmo.

**Caso 4.-** El 21 de mayo se presenta a una señora de 45 años de edad, ocupación quehaceres domésticos, que presenta dolor abdominal, alza térmica sin causa aparente, tiene como antecedente que hace cinco años se le realizó colecistectomía. Al examen físico TA 130/ 90 FC 90 T 38° C. FR 20X, escleras ictéricas, abdomen dolor en hemi abdomen superior. Examen de sangre, leucocitosis con desviación a la izquierda. Amilasa y lipasa normal. Química sanguínea normal. Pruebas funcionales hepáticas compatibles con colestasis. Se solicita ECO que reporta colédoco de 10mm. Se pide CPRE que diagnóstica coledocolitiasis. Se discute el caso y se inicia tratamiento clínico con antibióticos de amplio espectro e hidratación. Cediendo la sintomatología.

NOTA: De la discusión de estos casos se tomo como base la elaboración de los algoritmos que constan en el tercer objetivo.

### **2.3 Presentación científica, cada 15 días**

Las mismas que se desarrollaron de la siguiente manera:

#### **1.- PRESENTACIÓN.**

Dr. Jhoe Arévalo:

Politraumatismo.- Con fecha 26 de enero se realizo la charla de politraumatismo, para ello se recurrió a los últimos adelantos del ATLS del Colegio Americano de Cirujanos, en el que recomienda:

- 1.- LA REVISIÓN PRIMARIA
- 2.- RESUCITACIÓN
- 3.- REVISIÓN SECUNDARIA.

En la revisión primaria se hace hincapié en las falencias que existe en nuestro servicio de emergencias, la falta de normalización que debe existir y en las posibles soluciones.

## 2.- PRESENTACIÓN CIENTIFICA.

### ABDOMEN AGUDO.

Dr. Jhoe Arévalo:

El 9 de febrero se presenta la conferencia de abdomen agudo. Se plantea el problema desde la anatomía y fisiología peritoneal, dando prioridad a la fisiopatología del dolor abdominal, se hace hincapié a la sintomatología acompañante. De acuerdo a la sintomatología presente en cada paciente se orienta el tipo de exámenes de laboratorio y de gabinete, para encasillar a un probable diagnóstico de urgente y emergente e instaurar un tratamiento sea de tipo clínico o quirúrgico.

## 3.-PRESENTACION CIENTIFICA

### APENDICITIS AGUDA

Dr. Pablo Achupallas

El 26 de febrero. Se presenta esta charla científica debido a la relevancia ya que es la patología más frecuente de abdomen agudo que se presenta en el servicio de emergencias de nuestro hospital, de inicia hablando de la anatomía, la fisiopatología del dolor, se continúa con la sintomatología acompañante especialmente de la fiebre y de el papel que juega los exámenes de laboratorio. EL papel que juega exámenes de gabinete como ECO y TAC en el diagnóstico diferencial con otras patologías que simulan la apendicitis aguda.

## 4.- PRESENTACIÓN CIENTIFICA

### COLECISTITIS AGUDA

Dr. Juan José Moreira

23 de Marzo. La colecistitis aguda es la segunda causa de atención de abdomen agudo luego de la apendicitis aguda, además la colelitiasis es la primera causa de

coelap electiva en el servicio de cirugía. El expositor inicia la conferencia con la epidemiología de la colelitiasis, continua con la patogenia de los cálculos biliares, luego hace referencia a la fisiopatología del cólico biliar hasta llegar a la colecistitis aguda.

Se pone énfasis en la sintomatología que presentan estos pacientes, en los exámenes de laboratorio y de gabinete que deben pedirse para confirmar su diagnóstico y descartar otras patologías.

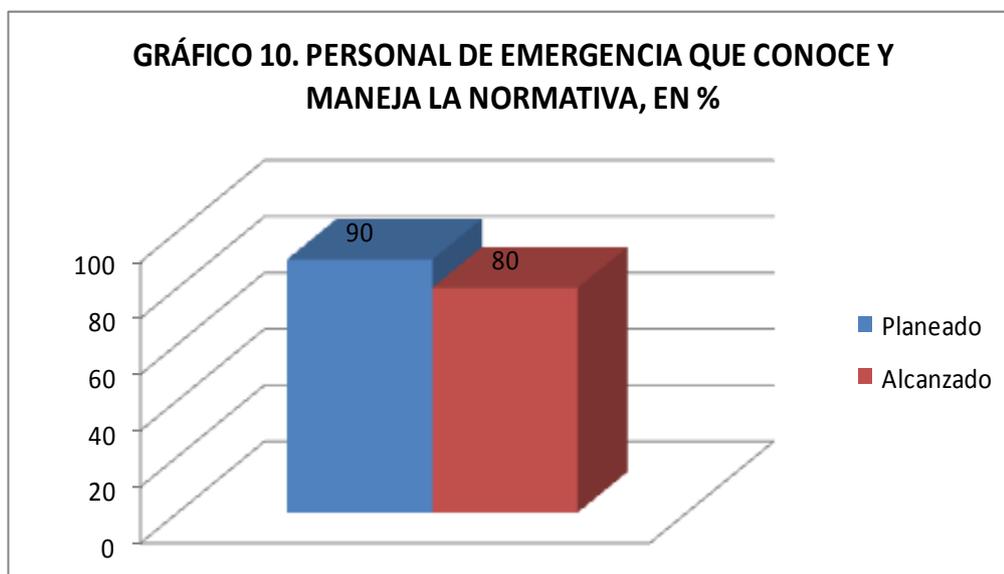
El tratamiento actual de acuerdo al consenso de los participantes, es de realizarlo en las 24 horas de ingresado el paciente en el servicio de emergencias. El mismo que es de coelap, luego de estabilizarle y de iniciar el tratamiento antibiótico correspondiente.

NOTA: Las presentaciones científicas sirvieron también para la elaboración de los diferentes protocolos

## **INDICADOR**

El 90% del personal de emergencia conoce y maneja la normativa.

Se concluyó con éxito la programación establecida en el cronograma, tanto de presentación científica, como la de discusión de casos problemáticos. Se alcanzó que el 80% del personal de emergencias, conozca y maneje adecuadamente a los pacientes que acuden al servicio de urgencias en el área de cirugía general.



Fuente: Hospital Manuel Y. Monteros  
Elaboración. El Autor, 2010

### **3. Protocolos de atención de pacientes quirúrgicos en emergencia diseñados e implementados**

Para alcanzar este objetivo se realizaron las siguientes actividades:

**3.1 Elaboración de protocolos:** con ayuda de algunos especialistas como son el área de urología y de obstetricia. Estos protocolos se elaboraron desde el 1 de enero hasta mayo del 2010.

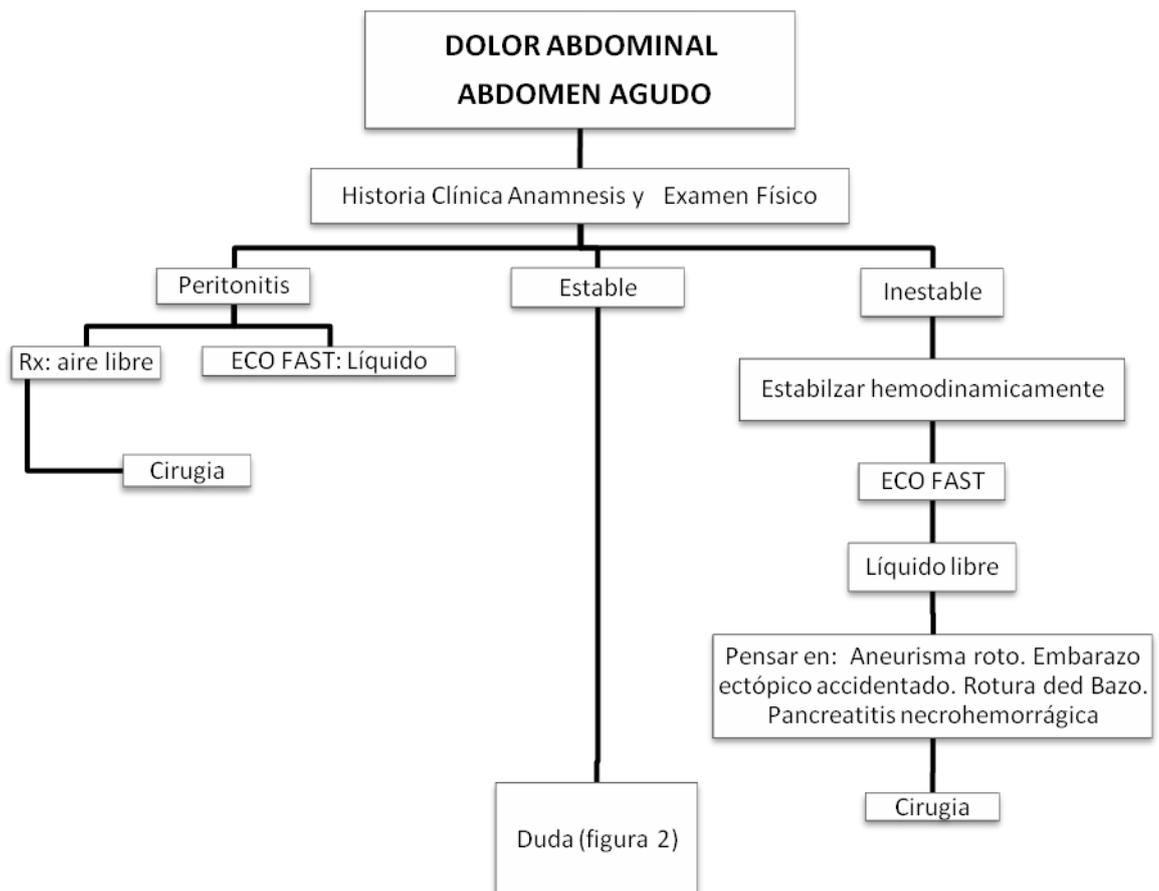
**3.2 Discusión de protocolos:** con la finalidad de avalar los protocolos se realizó la discusión con el personal médico de emergencias y de especialistas invitados como el Dr. Andrade y el Dr. Martínez, médicos urólogos, Dr. Daniel Jaramillo y Dr. Cosme Zaruma, médicos ginecólogos, en donde se sugirió simplificación de algunos algoritmos, haciéndolos más sencillos y accesibles en su comprensión, sugerencias que fueron tomadas en cuenta para la elaboración final de los protocolos. La discusión de los algoritmos tuvieron lugar los días viernes 4, 11 y 18 de junio del 2010, quedando integrado el documento como consta a continuación:

**NORMAS DE MANEJO EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO  
MONTEROS VALDIVIESO**

**1. ABDOMEN AGUDO**

**1.1. CONCEPTO**

Engloba determinados padecimientos que se caracterizan por su aparición brusca, repentina, en una persona sana en la que el síntoma principal es el dolor abdominal y que requiere de un diagnóstico precoz y un tratamiento de urgencia, la mayoría de las veces es de tipo quirúrgico.



**FIGURA 1. Dolor abdominal agudo**

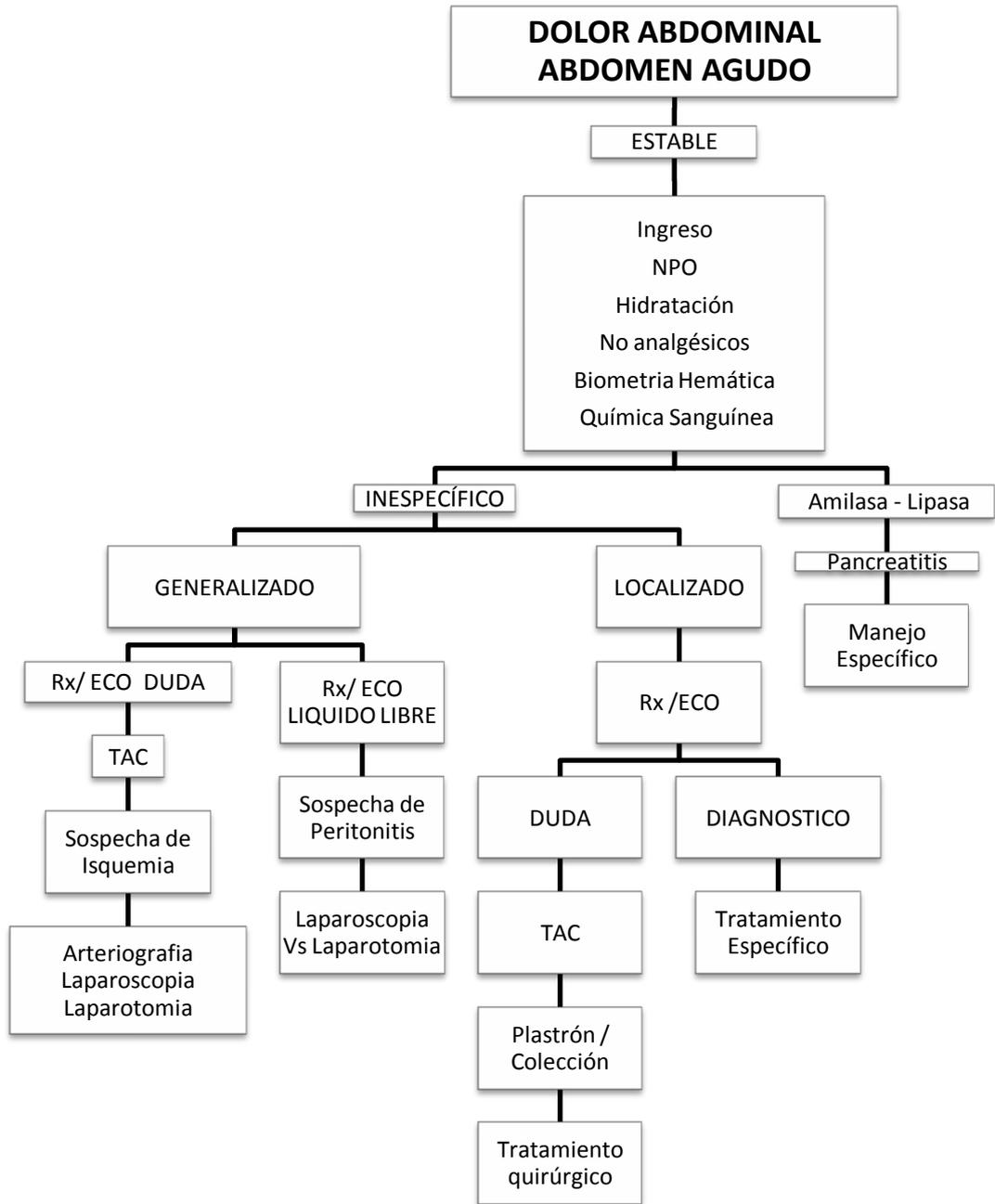


FIGURA 2. Abdomen agudo

## 2. APENDICITIS AGUDA

2.1. **CONCEPTO:** Inflamación del apéndice.

### 2.2. BASES DIAGNÓSTICAS

- Dolor abdominal
  - a. visceral
  - b. somático en CID
- Inespecífico, anorexia, náuseas y vómito.
- Fiebre
- Leucocitosis.
- Duda: Observación, hidratación, no analgésicos y nueva valoración.
- Persiste duda: Eco
- Persiste duda TAC ej. sospecha de localización retroperitoneal de apéndice
- Laparoscopia. En casos de duda para diferenciar una afección ginecológica como EPI o una linfadenitis.

### 2.3. TRATAMIENTO

- NPO.
- Hidratación: Lactato de Ringer o Solución salina
- Analgésicos
- Exámenes: biometría hemática, química sanguínea, perfil de coagulación.
- Chequeo cardiovascular si lo amerita
- Antibióticos de amplio espectro, que se modificaran en el postoperatorio de acuerdo a los hallazgos.
  
- **CIRUGÍA: Técnica** de acuerdo al criterio del cirujano y hospital

### **3. CÓLICO BILIAR**

**3.1. CONCEPTO:** Obstrucción temporal del cóstico

#### **3.2. BASES DIAGNÓSTICAS**

- Dolor cólico en hipocondrio derecho o epigastrio, con una duración de 30 minutos y 4 horas, con o sin irradiación.
- Antecedentes de cuadros similares
- ECO. Colelitiasis.

#### **3.3. TRATAMIENTO**

- NPO
- Hidratación: Lactato de Ringer o solución salina.
- Analgésicos
- Si cede el dolor, se da alta al paciente y se programa cirugía.
- Si no cede el dolor, es porque evoluciona a colecistitis aguda y se tratará como tal.

### **4. COLECISTITIS AGUDA**

**4.1. CONCEPTO:** inflamación de la vesícula biliar

#### **4.2. BASES DIAGNÓSTICAS**

- Dolor e hipersensibilidad en el cuadrante superior derecho
- Murphy +
- Febrícula y leucocitosis
- Puede palpase la vesícula en ocasiones
- Signos ecográficos compatibles: Dilatación de la vesícula, engrosamiento de la

pared de más de 4 mm, acumulación de líquido pericolecístico, presencia de cálculos, esfácelo de la mucosa, signo de Murphy ecosonográfico positivo.

#### 4.3. TRATAMIENTO

- NPO
- Hidratación. Lactato de Ringer o solución salina
- SNG si hay distensión abdominal o vómitos
- Analgésicos
- Antibióticos: Cefalosporina de segunda o tercera generación, si se sospecha de gangrena se suma un anti anaeróbico.
- Exámenes de sangre: Biometría hemática, glicemia, urea, creatinina. Bilirrubinas, Fosfatasa alcalina, electrolitos, amilasa, lipasa. Perfil de coagulación.
- Chequeo cardiovascular si amerita.

**CIRUGÍA:** dentro de las 12 a 24 horas de ingreso.

### 5. COLANGITIS

**5.1. CONCEPTO:** Inflamación de las vías biliares.

#### 5.2. BASES DIAGNÓSTICAS

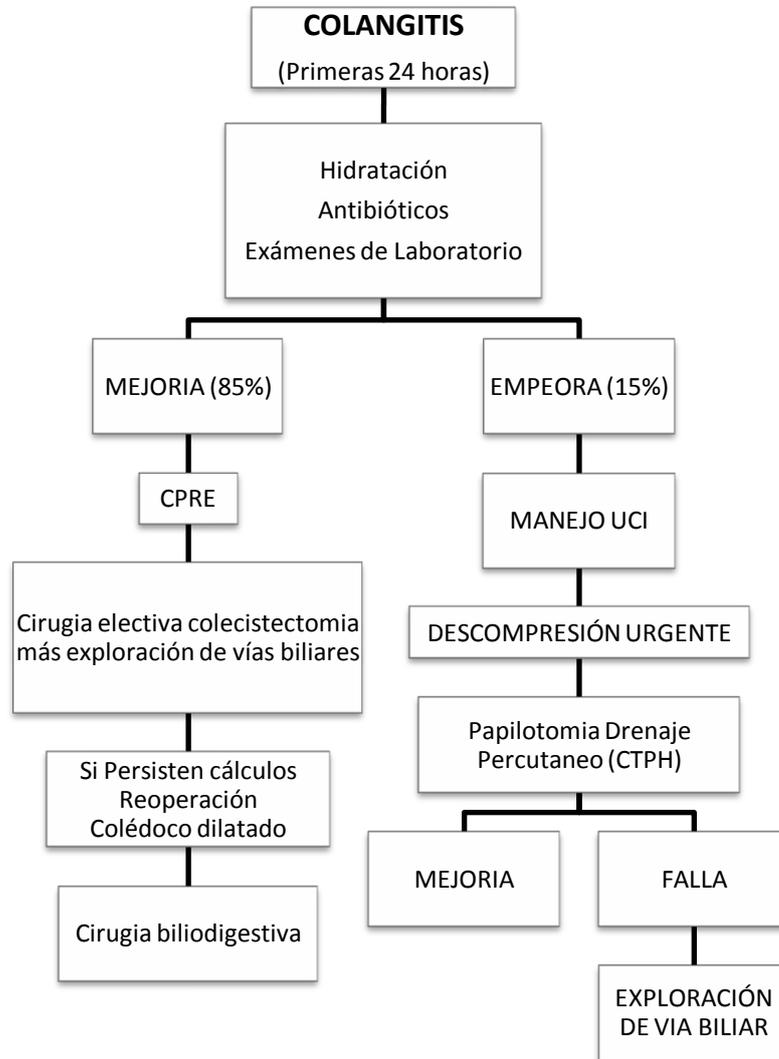
- Triada de Charcot
  1. Dolor en cuadrante superior derecho.
  2. Fiebre
  3. Ictericia
- Si el proceso avanza puede llegar a la pentada de Reynolds, que es lo anterior 1,2 y 3 más. 4 choque séptico y 5 alteraciones del sensorio.
- ECO
- TAC más útil en sospecha de tumores.
- CPRE que puede ser diagnóstica y terapéutica.

- CTPH. Si hay dilatación de vías intrahepáticas.
- Si se dispone puede utilizarse colangiografía

### 5.3. TRATAMIENTO

- NPO
- Hidratación. Lactato de Ringer o solución salina
- Analgésicos
- Antibióticos: Tanto para gram – como para anaerobios. Ej. Una cefalosporina de tercera generación o aminoglucósido más metronidazol o clindamicina O unasyn en altas dosis
- Si el paciente presenta la pentada de Reynolds el paciente pasa a UCI
- Chequeo cardiovascular si amerita
- Los casos de colangitis leve mejoran en su mayoría con el tratamiento indicado y se planifica luego el tratamiento endoscópico o cirugía.
- Si no mejora en 12 a 24 horas se procede a la descompresión de urgencia.

Tratamiento Médico



**FIGURA 3. Colangitis**

## 6. COLEDOCOLITIASIS

**6.1. CONCEPTO:** Presencia de cálculos en el colédoco.

### 6.2. BASES DIAGNÓSTICAS

- Historia de cólicos biliares
- Puede haber o no antecedentes de colecistectomía.
- Cuadros de ictericia presente o recurrente
- Si hay obstrucción acolia y coluria
- Puede haber sintomatología de colangitis.
- PFH. Alteradas en relación a colestasis extrahepáticas
- ECO: Generalmente cálculos en vesícula biliar, si hay vesícula
  - Cálculos en el colédoco en el 40%
  - Sospecha de cálculos como dilatación de vías biliares
- COLANGIORESONANCIA
- CPRE diagnóstica y terapéutica

### 6.3. TRATAMIENTO

- NPO
- Hidratación
- Analgésicos.
- Antibióticos.
- Fórmula, numeración, Hto, Hb, perfil de coagulación, pruebas de función hepática, urea y creatinina, amilasa, lipasa.
- CPRE más Papilotomía y extracción de cálculo.
- Si falla lo anterior:
  - **Cirugía:** Exploración de vía biliar. Si el colédoco esta dilatado se procede a cirugía bilido-digestiva. Si el cálculo está enclavado en papila y no puede extraerse, se recurre a plastia esfinteriana.

## 7. TUMORES DE LA VÍA BILIAR

**7.1. CONCEPTO:** Presencia de cálculos en el colédoco.

### 7.2. BASES DIAGNÓSTICAS

- Ictericia marcada (prurito)
- Dolor sordo en el CSD
- Vesícula palpable en ocasiones
- PFH alteradas compatibles con colestasis
- Dilatación de vía biliar
- Sospecha de tumor Tac simple y contrastada.
- Mapear la vía biliar Con CPRE y CTPH permiten la localización exacta del tumor.

### 7.3. TRATAMIENTO

- Ingreso
- Hidratación
- Exámenes
- Especifico de acuerdo a especialidad.

## 8. PANCREATITIS AGUDA

**8.1. CONCEPTO** Es un proceso inflamatorio del páncreas causado por activación, liberación intersticial y digestión de la glándula por sus propias enzimas, con compromiso variable de otros tejidos regionales o sistemas orgánicos alejados.

### 8.2. BASES DIAGNÓSTICAS.

- Dolor súbito en epigastrio que se irradia con frecuencia hacia espalda.

- Náuseas, vómito.
- Antecedentes de colelitiasis, alcoholismo, cirugía etc.
- Amilasa aumentada más de 5 veces el valor normal en primeras 48 h.
- Lipasa aumentada luego de 48 a 72 horas.
- ECO. Puede haber colelitiasis e indicar daño pancreático.
- TAC. En caso de duda y para confirmar daño pancreático (criterios de Baltazar)

### **8.3. CRITERIOS PRONÓSTICOS:**

- Criterios de Ramson: 3 leve. 3 ó más grave
- Apache. Hasta 8 leve, más de 8 grave
- Criterios tomográficos.
  - Tac. O – 3 leve
  - 4 – 6 moderada
  - 7 – 10 severa
  - Apache II: hasta 8 leve
  - Más de 8 grave.

Todo paciente con más de 3 criterios de Ramson y más de 7 de Apache II, debe ir a UCI.

### **8.4. TRATAMIENTO**

Se basa en:

- i) Medidas generales
- ii) Vigilancia y tratamiento de complicaciones
- iii) Identificación de las causas tratables

#### **Medidas generales**

- Vigilancia de oxigenación, pues el 50% de pacientes presentan hipoxia.

- NPO
- SNG solo cuando haya náusea y vómito o distensión abdominal
- Manejo hidroelectrolítico (muy importante)
- Nutrición Parenteral, en todo paciente con pancreatitis aguda grave o en pancreatitis leve con 5 días de ayuno.
- Analgésicos: Se puede iniciar con derivados pirasolónicos 2g. IV c/6 horas, se puede continuar con meperidina 75 a 125 mg c/4-6h IV, IM o SC. Si continua el dolor se puede aplicar Fentanilo, en casos extremos se puede recurrir al bloqueo peridural.
- Antibióticos. Discutibles, los más utilizados son
- Imipenen/cilastina
- Quinolonas

**Tratamiento quirúrgico:** Se indica en:

1. Diagnóstico dudoso y la clínica sugiere otras condiciones quirúrgicas susceptibles de resolución quirúrgica Ej. Ulcus perforado.
2. Pancreatitis necrótica infectada.
3. Pancreatitis necrótica de más del 50% del órgano.
4. Pancreatitis grave, con deterioro progresivo luego de 72 h en UCI.
5. Corrección de afecciones biliares cuando falla el procedimiento endoscópico, ej. Cálculo enclavado en el colédoco.
6. Estenosis de duodeno o colon etc.

## 9. DIVERTICULITIS

**9.1. CONCEPTO:** Es la inflamación de los divertículos, en pacientes con enfermedad diverticular del colon.

### 9.2. BASES DIAGNÓSTICAS

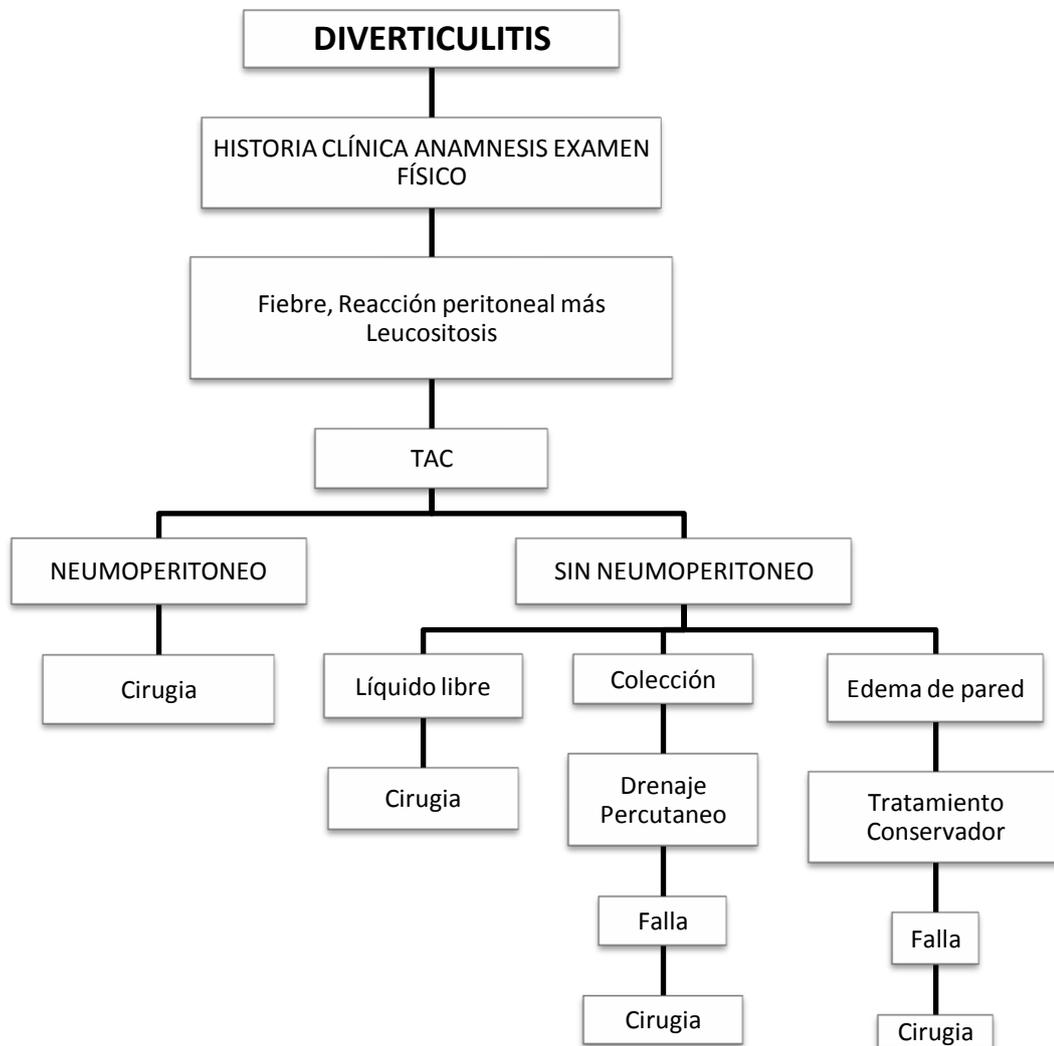
- Dolor Abdominal agudo acentuado en CII
- Hipersensibilidad y signo de rebote en CII
- Fiebre y leucocitosis.
- Signos tomográficos característicos

### 9.3. TRATAMIENTO

#### a. Tratamiento Expectante.

- NPO
- SNG si hay vómitos o distensión abdominal
- Control de signos vitales C/4 horas
- Hidratación
- Antibióticos de amplio espectro como una cefalosporina de segunda o tercera generación más metronidazol, ampicilina + gentamicina y metronidazol etc.

**b. Tratamiento Quirúrgico.** De acuerdo a los hallazgos intraoperatorios

**FIGURA 4. Diverticulitis**

## 10. OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO

**10.1. CONCEPTO:** Es la interferencia en la progresión normal del contenido intestinal, (gases, líquidos y sólidos).

### 10.2. BASES DIAGNÓSTICAS

- Dolor abdominal cólico
- Vómito temprano
- Distensión abdominal.
- Estreñimiento u obstipación tardío
- RHA aumentados al inicio, tardíamente puede haber silencio
- Puede haber al examen físico cicatrices quirúrgicas, o masas herniarias.
- Datos radiológicos característicos

### 10.3. TRATAMIENTO.

- NPO
- SNG
- Sonda vesical
- Monitorización permanente.
- Hidratación
- Analgésicos antiespasmódicos
- Antibióticos de amplio espectro
- Examen de sangre: Fórmula, numeración, Hto, urea, creatinina, electrolitos, gasometría.
- Chequeo cardiovascular si amerita.
- Cirugía temprana

## 11. OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO GRUESO

11.1. **CONCEPTO:** Es la interferencia en la progresión normal del contenido intestinal, (gases, líquidos y sólidos).

### 11.2. BASES DIAGNÓSTICAS

- Dolor abdominal
- Estreñimiento u obstipación tempranos
- Distensión abdominal, a veces se dibuja el marco colónico
- Puede haber hipersensibilidad
- Náuseas y vómitos tardíos
- Rx. Característicos

### 11.3. TRATAMIENTO

- Ingreso
- NPO
- Monitorización constante
- Analgésicos
- Antibióticos tempranos
- Tratamiento definitivo: De acuerdo a la causa de la obstrucción
- Ca. De acuerdo al criterio del oncólogo
- Diverticulitis: De acuerdo al algoritmo correspondiente
- Impactación fecal: Enema evacuantes

## 12. MEGACOLON TÓXICO

**12.1. CONCEPTO:** Es una dilatación colónica no obstructiva segmentaria o total más toxicidad sistémica.

### 12.2. BASES DIAGNÓSTICAS

- Diarrea severa con sangre refractaria al tratamiento médico
- Hay factores predisponentes como hipopotasemia, uso de opioides, anticolinérgicos, loperamida
- Distensión abdominal
- Severa toxicidad sistémica: Que pueden manifestarse por, fiebre más de 38 C, taquicardia más de 120 X. Leucocitosis, neutrofílica, anemia, deshidratación, trastornos electrolíticos, alteración de la conciencia, hipotensión.
- RX de abdomen. Dilatación del colon más de 6 cm puede llegar a 15 cm.

### 12.3. TRATAMIENTO

- NPO
- SNG
- Nutrición enteral cuando haya signos de mejoría
- Realizar conteos completos de sangre, electrolitos y Rx en forma seriada cada 12 horas
- Hidratación y corrección de anemia.
- Suspender todo medicamento que empeoren la motilidad intestinal
- Corticoides en caso de colitis ulcerosa o en enfermedad de Crohn.
- Criterios para cirugía son:
  - Perforación libre
  - Hemorragia masiva
  - Requerimiento incrementado de transfusión
  - Signos de toxicidad
  - Progresión de dilatación

- En pacientes de megacolon secundario a colitis por C. Difficile.
  - Suspender todo tipo de antibiótico
  - Vancomicina 125 mg. QUID
  - Si no mejora sumar metronidazol 500mg IV c/8 horas.
  - Cirugía si no mejora en 48 a 72H o perforación.

### **13. ISQUEMIA MESENTÉRICA**

**13.1. CONCEPTO:** Es un trastorno agudo de la circulación del intestino total o parcial.

#### **13.2. BASES DIAGNÓSTICAS**

- Dolor abdominal de inicio brusco periumbilical
- Náuseas vómitos profusos
- Signos de deshidratación
- antecedentes de cardiopatía (no siempre), puede haber PCR elevada, hemoconcentración
- FA, DHL, CPK elevada, acidosis.
- Rx inespecífico
- ECO
- TAC engrosamiento de pared (tardía)
- Arteriografía.

#### **13.3. TRATAMIENTO**

- NPO
- Sonda nasogástrica
- Hidratación
- Control hemodinámica, Estabilización cardiológica
- Antibióticos

- Anticoagulantes
- Papaverina
- Laparotomía de especialidad.

## 14. CÓLICO RENAL

14.1. **CONCEPTO:** Obstrucción del uréter por cálculos

### 14.2. BASES DIAGNÓSTICAS

- Dolor súbito, intenso, con irradiación a muslo y genitales externos
- Paciente angustiado, inquieto, intranquilo
- Puede haber náuseas, vómito
- Antecedentes de cólicos, hematuria, inmovilización, enfermedad de Paget
- Hematuria (puede estar ausente en 33%)
- Rx
- ECO
- Urograma excretor
- Tomografía helicoidal

### 14.3. TRATAMIENTO

- Conservador las 2/3 partes de los pacientes son eliminados
- Hidratación
- Diuréticos
- Calor local
- Analgésicos
- Si falla:
  - Litotripsia Intracorpórea y
  - Litotripsia Extracorpórea.

## 15. EMBARAZO ECTÓPICO

15.1. **CONCEPTO:** Implantación del huevo fuera del útero.

### 15.2. BASES DIAGNÓSTICAS

- Dolor
- Sangrado
- Amenorrea
- Hipersensibilidad anexial dolor a la movilización del cérvix
- Puede haber historia de uso de DIU, de abortos, de infecundidad, tabaquismo, tratamiento de abortos.
- ECO
- DHCG

### 15.3. TRATAMIENTO

- Hidratación
- Reanimación
- Tratamiento médico
- Cirugía:
  - Laparoscópico es necesario estabilidad hemodinámica
  - Laparotomía

## 16. ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)

16.1. **CONCEPTO:** Es un desorden inflamatorio de la porción superior del aparato reproductor femenino.

### 16.2. BASES DIAGNÓSTICAS

- Dolor en hipogastrio

- Anexos dolorosos
- Alza térmica, escalofríos
- Historia de leucorrea
- Sangrados irregulares
- ECO
- Laparoscopia

### 16.3. TRATAMIENTO

- Clínico:
  - Hidratación
  - Antibióticos
  - Analgésicos
- Cirugía:
  - Laparoscópico
  - Drenaje
  - Laparotomía.

## 17. POLITRAUMATIZADO

- 17.1. CONCEPTO.** Es todo paciente que presenta una o varias lesiones de origen traumático, de las cuales al menos una de ellas compromete de forma más o menos inmediata la vida del mismo.

El manejo del poli traumatizado comprende:

- a) Evaluación primaria.
- b) Resucitación
- c) Evaluación secundaria.

**REVISIÓN PRIMARIA:** comprende:

- A. AIRWAYS: vía aérea y columna cervical
- B. BREATHING: ventilación y respiración
- C. CIRCULATION: circulación y control de la hemorragia
- D. DISABILITY: Disfunción del estado neurológico
- E. EXPOSURE: Exposición y prevención de hipotermia.

**RESUCITACIÓN:** Simultáneamente a la revisión primaria, se debe conservar la vía aérea permeable y control estricto de la columna cervical, se debe colocar vías venosas y en caso necesario poner sonda vesical, nasogástrica, oro traqueal y controlar cualquier sangrado activo. Concomitantemente se obtienen muestras para estudios de laboratorio (biometría, grupo sanguíneo y Rh, alcohol y drogas).

### **REVISIÓN SECUNDARIA**

- A. Reevaluación frecuente del ABC
- B. Anamnesis
- C. Examen físico: desde la cabeza hasta los pies

## **18. TRAUMA DE TÓRAX**

### **18.1. LESIONES ÓSEAS COSTILLAS**

#### **18.1.1. BASES DIAGNÓSTICAS**

- Antecedente de trauma
- Dolor que aumenta con el esfuerzo físico (inspiración)
- Dolor a la palpación
- Puede haber crepitación
- Rx

### **18.1.2. TRATAMIENTO**

- Hidratación
- Oxígeno
- Analgésicos: Parenteral de ser necesario bloqueo intercostal
- Cirugía si hay desplazamiento
- Fisioterapia respiratoria.

### **18.2. TÓRAX INESTABLE:**

**18.2.1. CONCEPTO:** Movimiento paradójico de un segmento torácico por fracturas costales

### **18.2.2. BASES DIAGNÓSTICAS**

- Antecedente de trauma
- Dificultad respiratoria
- Dolor intenso que se exacerba con los movimientos
- Movimiento paradójico del segmento torácico comprometido
- Crepitación proveniente de las fracturas costales
- RX

### **18.2.3. TRATAMIENTO**

- Hidratación
- Oxígeno humidificado
- Ventilación adecuada
- Puede ser necesario intubación
- Fijación del volet
- Analgesia. Puede requerirse bloqueo intercostal
- De ser necesario se puede realizar:

- Tracción esquelética externa
- Osteosíntesis de la fractura

### **18.3. HEMOTÓRAX**

**18.3.1. CONCEPTO:** Presencia de sangre en el espacio pleural

#### **18.3.2. BASES DIAGNÓSTICAS**

- Antecedente de trauma
- Puede haber shock
- Hipoventilación con hipoxemia
- Matidez y disminución de respiración alveolar en base
- Rx Clasificación radiológica:
  - i) Nivel de velamiento hasta 4to arco costal anterior
  - ii) Nivel de velamiento entre 4to y 2do arco costal anterior
  - iii) Nivel de velamiento superior al segundo arco costal

#### **18.3.3. TRATAMIENTO**

- Oxígeno 8 a 10 litros por mascarilla facial
- Dos vías IV + estabilización hemodinámica
- Drenaje de cavidad pleural.

### **18.4. HEMOTÓRAX MASIVO**

#### **18.4.1. BASES DIAGNÓSTICAS**

- Antecedente de trauma
- Paciente en shock

- Matidez y disminución de respiración alveolar
- Rx neumotórax grado III
- Drenaje de + de 1500 cc de sangre (1/3 de la volemia)
  - + 400 cc por hora durante 2 horas
  - + 200 cc por hora durante 4 horas
  - + 100 cc por hora durante 8 horas

#### **18.4.2. TRATAMIENTO**

- Vía aérea permeable
- Oxígeno
- Dos vías y estabilizar hemodinámicamente al paciente
- Toracotomía

### **18.5. NEUMOTÓRAX SIMPLE**

**18.5.1. CONCEPTO:** Presencia de aire en el espacio pleural

#### **18.5.2. BASES DIAGNÓSTICAS**

- Antecedente de trauma
- Dolor agudo y disnea
- Puede haber enfisema subcutáneo
- Timpanismo y disminución de respiración alveolar
- Rx

#### **18.5.3. TRATAMIENTO**

- Oxígeno
- Hidratación
- Analgésicos
- Drenaje

- Toracotomía en pacientes con aerorragia o pulmón que no se expande.

## **18.6. NEUMOTÓRAX A TENSIÓN**

**18.6.1. Concepto:** Presencia de aire en el espacio pleural más inestabilidad hemodinámica

### **18.6.2. BASES DIAGNÓSTICAS**

- Antecedentes de trauma
- Dolor agudo
- Dificultad respiratoria, agitación, taquicardia, hipotensión, ingurgitación yugular, desviación de la tráquea, disminución de la ventilación, cianosis.
- Rx
- Si no hay Rx Toracocentesis

### **18.6.3. TRATAMIENTO**

- Inserción rápida de una aguja gruesa el 2do espacio intercostal
- Colocación de tubo torácico
- Oxígeno
- Hidratación
- Analgésicos.

## **18.7. NEUMOTÓRAX ABIERTO**

**18.7.1. Concepto:** Comunicación permanente del espacio `pleural con el exterior

### **18.7.2. BASES DIAGNÓSTICAS**

- Antecedente de trauma
- Dificultad respiratoria
- Salida de aire de la cavidad pleural con cada movimiento respiratorio

### **18.7.3. TRATAMIENTO**

- Hidratación
- Antibióticos
- Analgésicos
- Aplicar apósito estéril sobre el defecto
- Colocar tubo torácico
- Tratamiento definitivo de la herida en el quirófano

## **18.8. CONTUSIÓN PULMONAR**

**18.8.1. Concepto:** Trauma del parénquima pulmonar.

### **18.8.2. BASES DIAGNÓSTICAS**

- Antecedente de trauma
- Dificultad respiratoria
- Rx Estándar de tórax
- Gasometría con hipoxemia

### **18.8.3. TRATAMIENTO**

- Oxígeno
- Hidratación
- Analgésicos
- Ventilación mecánica selectiva

- El uso de antibióticos es controvertido.

## **18.9. TAPONAMIENTO CARDIACO**

**18.9.1. Concepto:** Sangre en el espacio pericárdico

### **18.9.2. BASES DIAGNÓSTICAS**

- Antecedente de trauma
- Ingurgitación venosa yugular
- Ruidos cardiacos apagados
- Hipotensión arterial
- Inquietud, agitación, pulso paradójico
- ECO
- Pericardiocentesis
- Ventana pericárdica

### **18.9.3. TRATAMIENTO**

- Manejo hemodinámico
- Toracotomía y hemostasia.

## **19. TRAUMATISMO ABDOMINAL**

- Clasificación:
  - Cerrado
  - Penetrante

### **19.1. TRAUMA CERRADO.**

- Antecedente

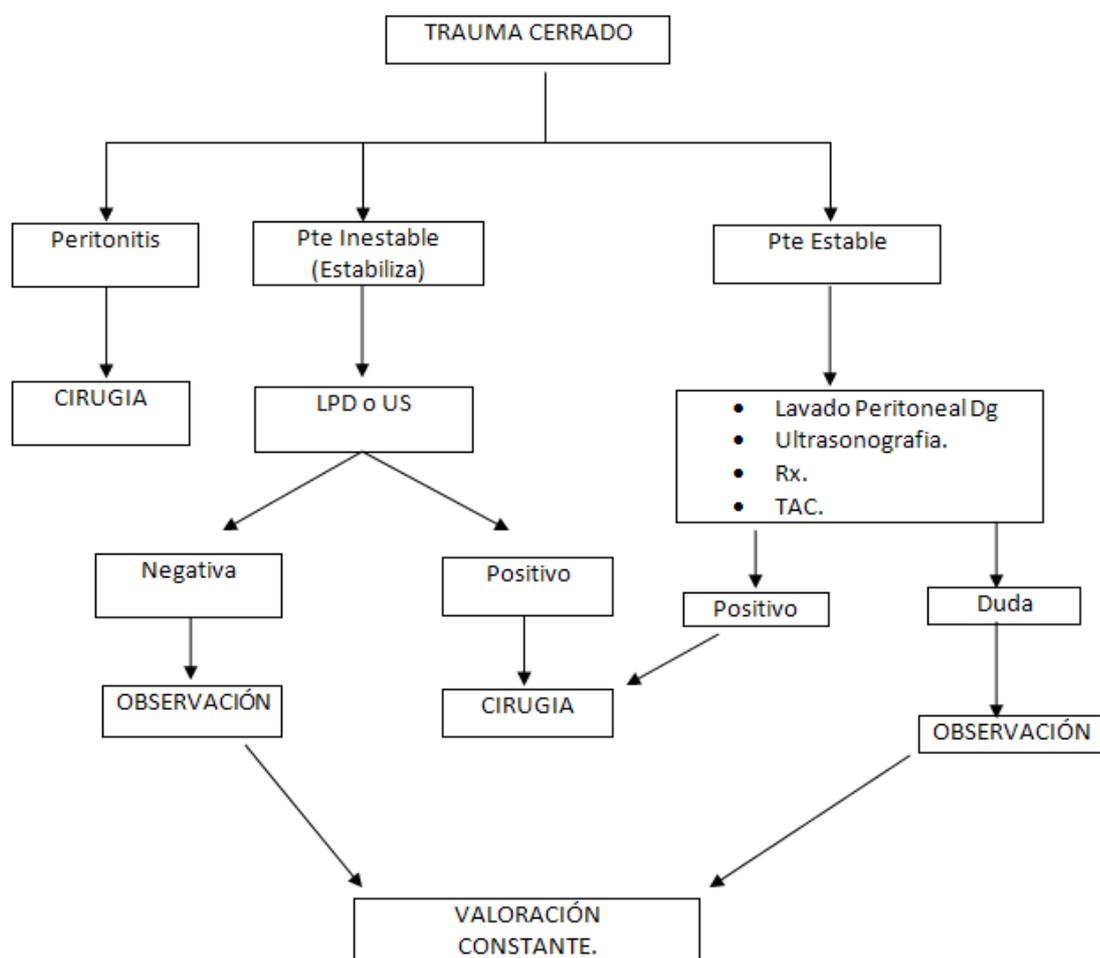
- Dolor abdominal
- Examen físico.

### **ESTUDIOS DE IMAGEN**

- ECO FAST
- Lavado peritoneal
- Rx
- TAC
- Laparoscopia (Discutible)

### **INDICACIONES PARA LAPAROTOMÍA**

- Signos de peritonitis
- Shock no controlado
- Deterioro clínico durante la observación
- Hallazgos de hemoperitoneo en fast o LPD



**FIGURA 5. Trauma cerrado**

## 19.2. TRAUMA DE ABDOMEN PENETRANTE

- Antecedente
- Dolor abdominal
- Exploración física de la herida (si penetra o no el peritoneo)

### ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

- ECO-FAST
- LAVADO PERITONEAL
- Rx
- TAC
- Laparoscopia

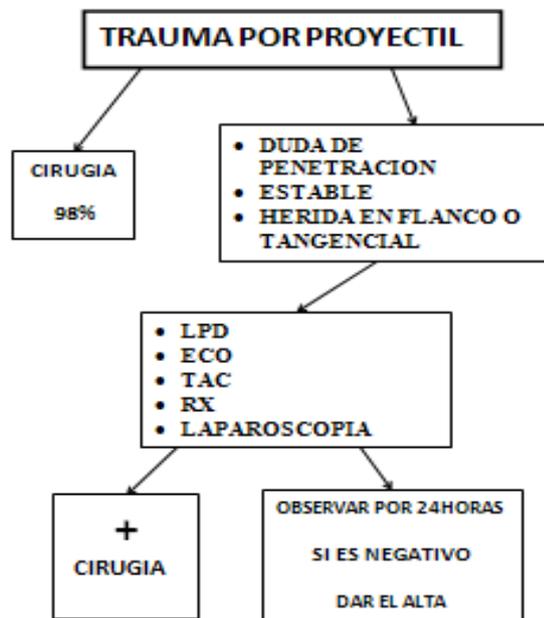
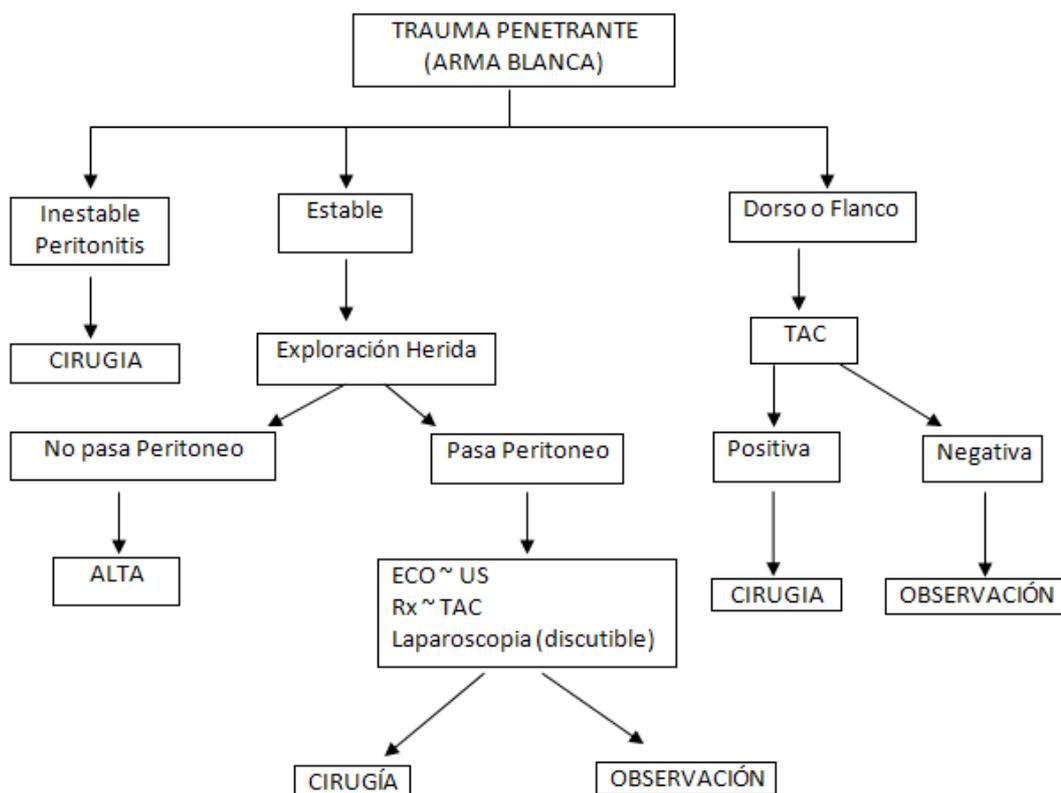
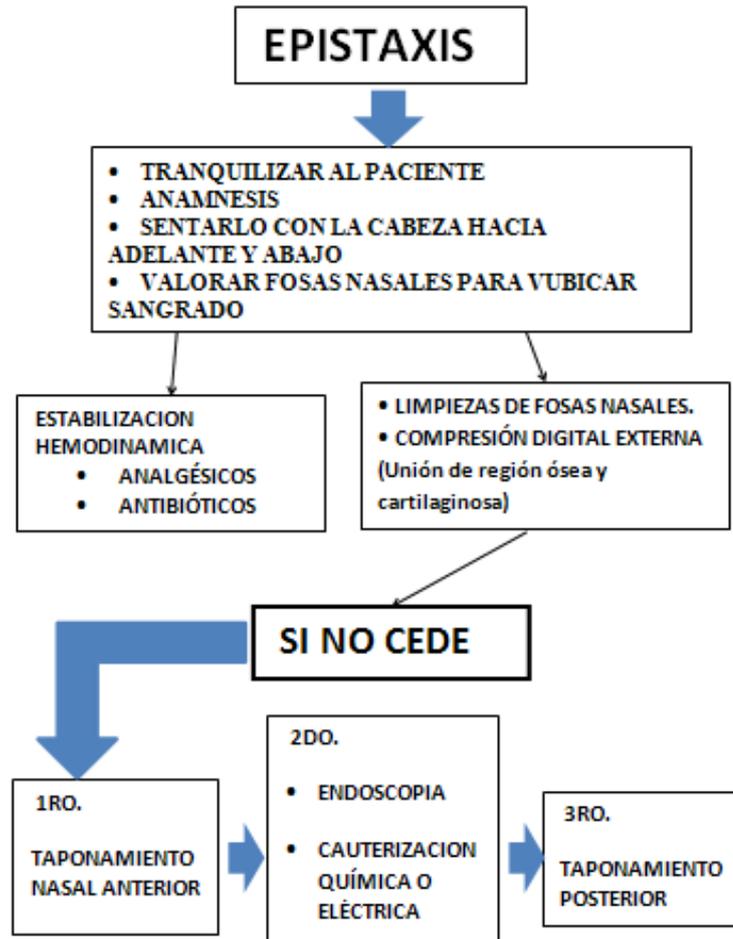


FIGURA 6. Trauma por proyectil



**FIGURA 7. Trauma penetrante**



**FIGURA 8. Epistaxis**

### 3.3 Socialización:

#### **PROYECTO: PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS EN EMERGENCIA**

**GRUPO META:** Usuarios internos del servicio de emergencia del H.M.Y.M.V.

**EVENTO:** Taller de socialización

**FECHA:** 25 de junio y 2 de julio de 2010

**NÚMERO DE PARTICIPANTES:** 20 personas

**LUGAR:** Auditorio del H.M.Y.M.V.

**FACILITADOR RESPONSABLE:** Dr. Jhoe Arévalo

**OBJETIVO GENERAL:** Desarrollar en el personal médico y paramédico del servicio de emergencia conocimientos, habilidades y destrezas en el manejo de los algoritmos para diagnóstico y tratamiento de patología quirúrgica en cirugía general.

**METODOLOGÍA, TÉCNICAS Y MATERIALES EMPLEADOS:** La metodología utilizada fue básicamente participativa y expresiva, de acuerdo a las inquietudes, sensaciones y emociones de cada participante. Los materiales utilizados fueron: auditorio, pizarra, data show. Se respetó la participación de cada integrante.

**DESARROLLO:** Se inicia el taller con la bienvenida a todos los participantes, acto seguido se realiza la proyección sistemática en diapositivas en PowerPoint sobre las diferentes patologías, empezando por lo más frecuente que es el abdomen agudo inflamatorio; se presenta el esquema de diagnóstico del dolor abdominal, en dos algoritmos. Se continúa con apendicitis aguda, colelitiasis, colecistitis aguda, colangitis, tumores de la vía biliar, coledocolitiasis, pancreatitis, diverticulitis, obstrucción del intestino delgado, grueso, vólvulo de sigma, megacolon tóxico, isquemia mesentérica, cólico renal, embarazo ectópico. Se incluye el embarazo ectópico y enfermedad pélvica inflamatoria, que son patologías gineco-obstétricas, sin embargo, por su frecuencia y su sintomatología de abdomen agudo, hemos

considerado conveniente su mención para lo cual se ha pedido la colaboración de médicos gineco-obstetras.

El adecuado manejo del paciente politraumatizado, de acuerdo a criterios internacionales, lo consideramos muy importante, por ello recalcamos en la revisión primaria, resucitación y revisión secundaria.

En el manejo del trauma de tórax se socializó el diagnóstico y manejo de fracturas óseas, tórax inestable, hemotórax, hemotórax masivo, neumotórax simple, neumotórax a tensión, neumotórax abierto, taponamiento cardiaco.

Como cirujanos generales hemos dado especial atención al traumatismo abdominal abierto y cerrado.

La epistaxis por su frecuencia ha sido incluida con la colaboración del otorrinolaringólogo.

## **CONCLUSIONES**

Como principal conclusión tenemos la complacencia del personal médico y paramédico de contar por primera vez con un instrumento que agilite el diagnóstico y manejo oportuno de los pacientes quirúrgicos.

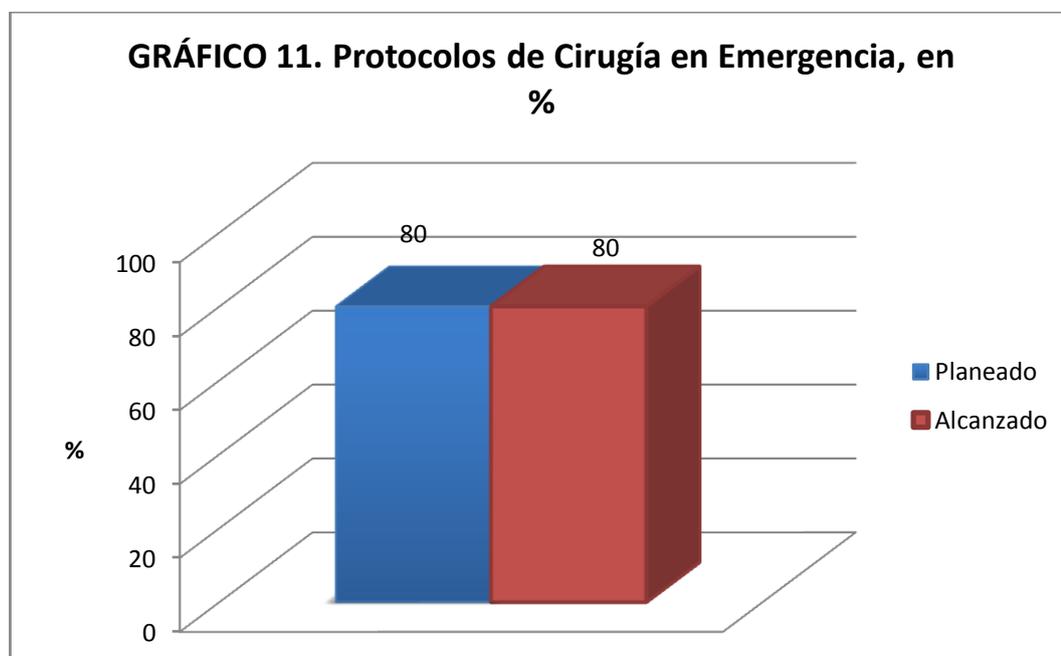
### 3.4 Entrega del documento

Se procedió a la entrega del documento el día viernes 30 de julio de 2010, contando con la participación de gerentes, subgerentes y todo el personal de usuarios internos del servicio de emergencia del H.M.Y.M.V.

#### INDICADORES:

Con la elaboración de los presentes algoritmos se ha cumplido con el 80% de las patologías quirúrgicas más frecuentes en el área de cirugía general, quedando algunas patologías poco frecuentes que corresponden al 20%, como trauma perineal, traumas intestinales y de órganos sólidos intrabdominales, los cuales considero que se tratan de especialidad y que deben ser manejados por este tipo de médicos en el intraoperatorio, esperando que en el futuro se pueda concluir o terminar con estos algoritmos.

Terminados los protocolos se analizará el indicador “El 80% de patologías quirúrgicas cuentan con protocolos de atención”.



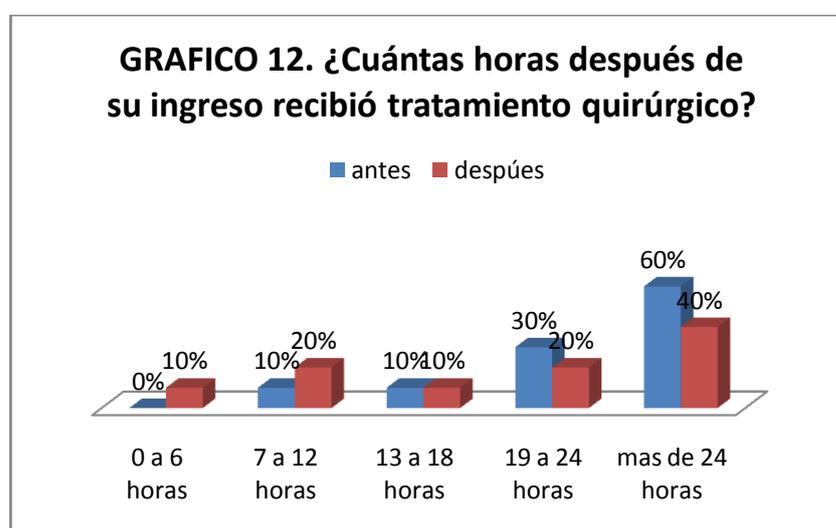
Fuente: Hospital Manuel Y. Monteros  
Elaboración. El Autor, 2010

## ANÁLISIS DEL PROPÓSITO

El propósito del proyecto de acción es el diseño e implementación de la normativa para atención de pacientes de cirugía general en el H. M.Y.M.V.

El indicador es que el 80% de pacientes tendrán menos de 24 horas para diagnóstico y tratamiento.

Para este análisis recurrimos a encuestas realizadas antes y después de realizado el trabajo de intervención.



Fuente: Hospital Manuel Ygnacio Monteros.  
Autor: Dr. Jhoe Arévalo Valdivieso, 2010.

Este indicador no se logró conseguir alcanzando solamente un 60%, esto se debe a dos razones fundamentales:

- En primer lugar que en el Hospital no se dispone de un servicio de imagen que funcione adecuadamente las 24 horas, sea por falta de médicos o por falta de tecnología (Ejem. TAC, ECO Y RX).
- No existe un quirófano de emergencias que funciones las 24 horas, por falta de personal médico y paramédico.

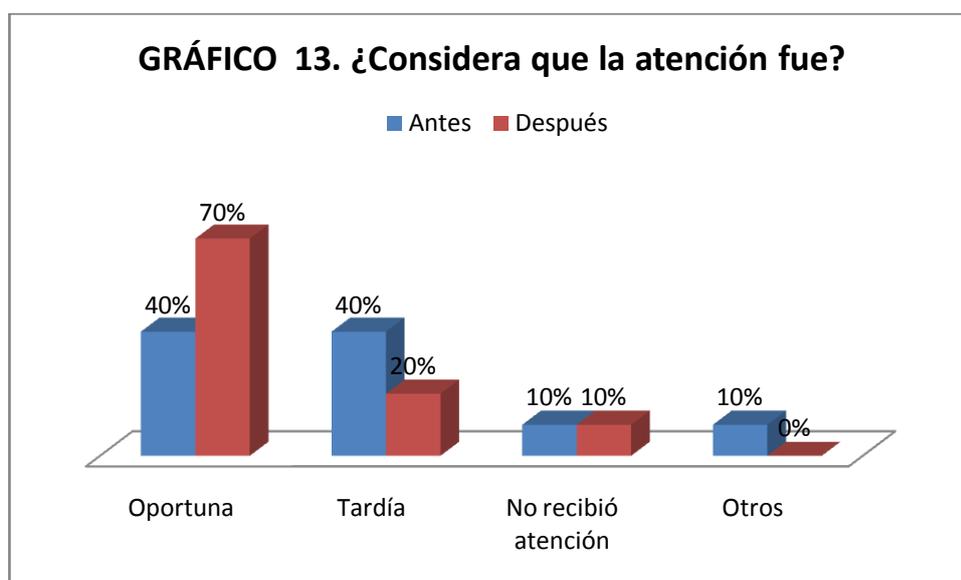
## ANÁLISIS DEL FIN

El fin es el de contribuir al mejoramiento de la calidad de atención de pacientes de emergencia del H.M.Y.M.V.

El indicador establece que por lo menos el 80% de pacientes están satisfechos con atención recibida en el servicio.

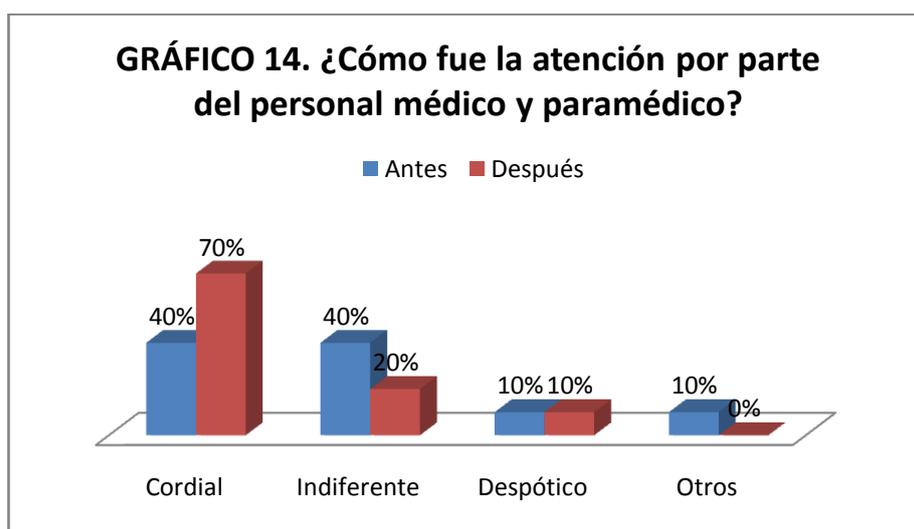
Para el análisis recurrimos a encuestas realizadas antes de la ejecución del proyecto y a otras efectuadas luego de concluido. Se analizan cuatro aspectos fundamentales:

1. La atención recibida por el paciente en relación a la pertinencia del tratamiento recibido



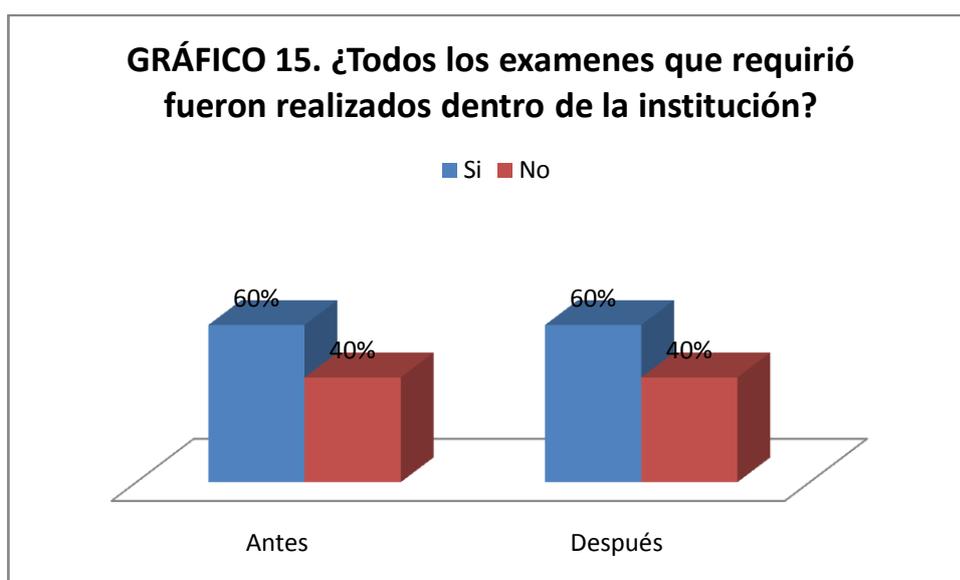
Fuente: Hospital Manuel Ygnacio Monteros.  
Autor: Dr. Jhoe Arévalo Valdivieso, 2010.

## 2. El trato que recibió por parte del personal médico y paramédico



Fuente: Hospital Manuel Ygnacio Monteros.  
Autor: Dr. Jhoe Arévalo Valdivieso, 2010.

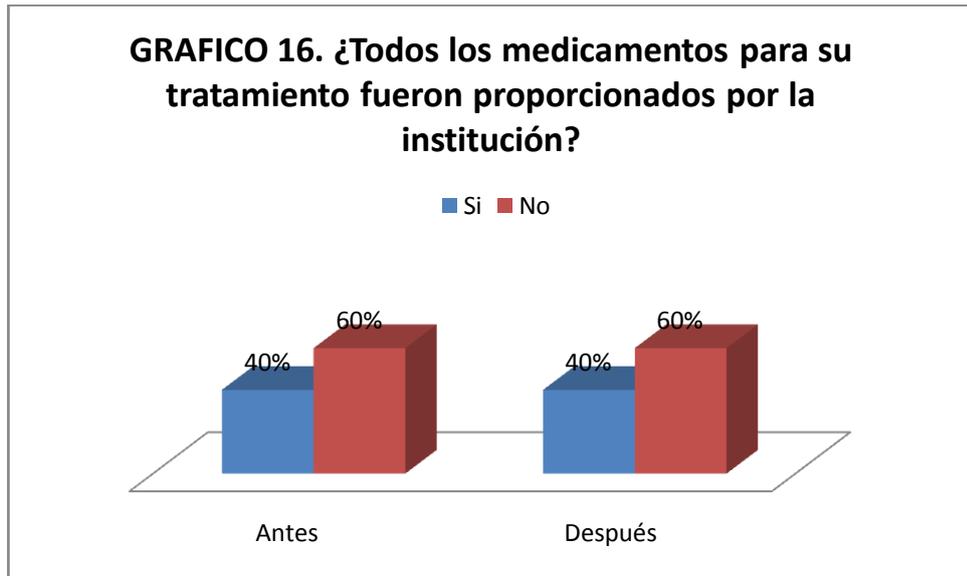
## 3. Si los exámenes de gabinete fueron realizados dentro de la Institución



Fuente: Hospital Manuel Ygnacio Monteros.

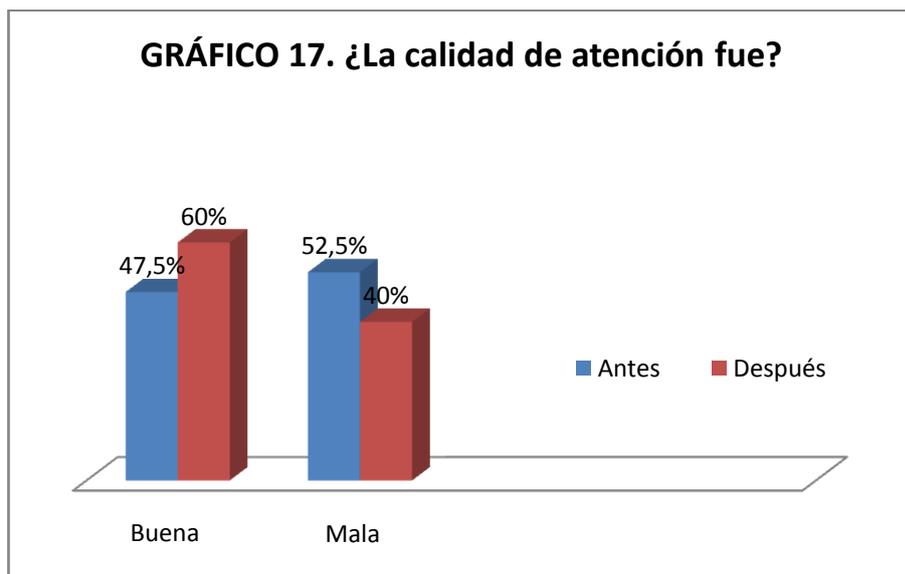
Autor: Dr. Jhoe Arévalo Valdivieso, 2010.

4. La medicación requerida fue proporcionada por la Institución



Fuente: Hospital Manuel Ygnacio Monteros.

Autor: Dr. Jhoe Arévalo Valdivieso, 2010.



Fuente: Hospital Manuel Ygnacio Monteros.

Autor: Dr. Jhoe Arévalo Valdivieso, 2010.

Al analizar los resultados previos, en los que se investigo la calidad de atención encontramos que solo el 47,2 % recibía una atención adecuada. Al finalizar el trabajo de intervención y volver a aplicar la misma encuesta se encontró que se había mejorado hasta el 60%, no alcanzando el objetivo planteado cuyo indicador era de que el 80% de los usuarios estaría satisfecho con la atención.

Se mejoró en cuanto a la rapidez de atención y a la forma de atención, de un 40 a 70 % respectivamente. Se mantuvo igual en los servicios brindados de exámenes y de medicación con insumos. Considero que se debe trabajar a nivel administrativo para proveer de mayor personal médico y paramédico así como de tecnología en el servicio de imagen, así mismo de surtir más en el área de medicamentos e insumos. Además continuar con el trabajo iniciado en autoestima, relaciones humanas y comunicación que se inicio y con el que se han obtenido buenos resultados.

## **10. CONCLUSIONES**

## 10. CONCLUSIONES

- Se logró la conformación de equipos de trabajo en un 80%, no se alcanzó el 100% establecido como meta. Este laborará las 24 horas. Con ello se logrará que los usuarios sean mejor atendidos, en cantidad y calidad.
- En un 90% el personal médico y paramédico de emergencias está capacitado en la atención de pacientes de emergencia. Haciendo más efectiva y humanizada la atención de los afiliados.
- El 80% de patologías quirúrgicas emergentes cuentan con protocolos de atención, los que se hallan implementados. Disminuyendo el tiempo de permanencia en emergencia de los usuarios
- El propósito de diagnosticar y tratar en 24 horas a los pacientes quirúrgicos de emergencia en un 80%. No se alcanzo, llegando únicamente al 60%
- El de alcanzar un 80% de calidad de atención se logro parcialmente llegando únicamente el 60%. No se pudo alcanzar la meta debido a que las políticas institucionales no permiten el equipamiento en gabinete y en insumos y medicamentos

## **11. RECOMENDACIONES**

## **11. RECOMENDACIONES.**

- Implementar la conformación de equipos de trabajo restantes, los mismos que deben ser fortalecidos, con talleres de comunicación, relaciones humanas y motivación frecuentemente.
- Establecer un programa de educación continua de charlas científicas, discusión de casos en forma permanente.
- Completar los algoritmos faltantes, a la vez que actualizar a los ya existentes.
- Insistir a las autoridades locales y nacionales para implementar el quirófano de emergencias las 24 horas con personal y tecnología de punta.
- Realizar las gestiones pertinentes, para equipar el hospital con toda la medicación necesaria, al igual que el departamento de imagen funcione adecuadamente, con personal médico y paramédico los 24 horas

## **12. REFERENCIAS**

## 11. REFERENCIAS

American College of Surgeons. (2005). Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos. Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos. USA.

Anielski R, Kuśnierz-Cabala B, Szafraniec K. (2009). An evaluation of the utility of additional tests in the preoperative diagnostics of acute appendicitis. *Langenbecks Arch Surg*. 2009 Nov 19. [Epub ahead of print] ONLINE  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19924436>

Arévalo, J. (2010). Cirugía Práctica. Editorial de la Universidad Técnica Particular de Loja. Ecuador.

Brassard, G; Bratley, P. (1997). *Fundamentos de Algoritmia*, Madrid: PRENTICE HALL

Caroll, J. *et al.* (2007). Acute pancreatitis, Diagnosis, prognosis and treatment. *Am Fam Physician*. 75(10):1513-20.

Casado, J. (2001). El Directivo del Siglo XXI. Ediciones Gestión 2000 SA. España.

Casillas, R., Yegiyants, S., Collins, C.(2008). Early Laparoscopic Cholecystectomy Is the Preferred Management of Acute Cholecystitis. *Arch Surg*;143(6):533-537.

Chiavenato, I. (2007). Administración de Recursos Humanos. McGraw-Hill. México.

Clech C, Alberti C, Vincent F, Garrouste-Orgeas M, de Lassence A, Toledano D, et al. (2007). Tracheostomy does not improve the outcome of patients requiring prolonged mechanical ventilation a propensity analysis. *Critic Care Med*. 35,132-8.

Delcore R, Cheung, LY. (2004). Acute abdominal pain. *ACSC Surgery, Principles and Practice*, WebMD Inc. 1-16.

Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, Bion J, Parker MM, Jaeschke R. (2008). Surviving sepsis campaign. International guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Critic Care Med*. 36:296-327.

Ebell, MH. (2008) Diagnosis of appendicitis part 1. History and physical examination. *Am Fam Physicial*. Mar 15:77(6),828,30. Review.

- Garciavilla, P., Alvarez, J., Uzqueda, G. (2010). Diagnosis and Laparoscopic Approach to Gallbladder Torsion and Cholelithiasis JLS, *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 14:(1)147-151(5)
- Grönroos JM. (2010). Clinical suspicion of acute appendicitis - is the time ripe for more conservative treatment? *Minim Invasive Ther Allied Technol*. 2010 Jul 21. [Epub ahead of print] ONLINE <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20662630>
- Haleblian, G. Kijvikai, K., de la Rosette, J., Preminger, G. (2008). Ureteral Stenting and Urinary Stone Management: A Systematic Review. *The Journal of Urology* .179:(2) 424-430.
- Harrison's. (2008). *Principles of Internal Medicine*. USA; McGraw-Hill. 17<sup>th</sup> edition.
- Hernandez G, Bruhn A, Romero C, Larrondo FJ, De la Fuente R, Castillo L. (2005). Management of septic Shock with a norepinephrine-based hemodynamic algorithm. *Resuscitation*. 66:69-9
- Ibáñez, L., et al. (2007). Colectomía laparoscópica, experiencia de 10 años en la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev. Chilena de Cirugía*. 59 (1),10-15.
- Ioannou, G. (2010). Cholelithiasis, Cholecystectomy, and Liver Disease. *Am J Gastroenterol* advance online publication 12 January 2010; doi: 10.1038/ajg.2009.737
- Kundra, V., Silverman PM. (2003). Impact of multislice CT on imaging of acute abdominal disease. *Radiol Clin N. A.*, 41:1083-93.
- Maier R., Martin, R. (2007). Abordaje actual de los traumatismos. *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica*. 87(1).
- Manafi, A., Ghenaati, H., Dezham, F., Arshad, M. (2007) Massive Repeated Nose Bleeding After Bimaxillary Osteotomy. *Journal of Craniofacial Surgery*. 18(6):1491-1493.
- Mattox KL, Moore EE, Feliciano MD. (2008). *Trauma*. México: McGraw-Hill. Sexta edición.
- Naves, J. (2007). Tratamiento conservador de la diverticulitis y selección para cirugía. *Rev Gastroenterol. Mex*. 72(Suppl 2):106-108.

Schlegel-Wagner, C., Siekmann, U., Linder, T., (2006) Non-invasive treatment of intractable posterior epistaxis with hot-water irrigation. *Rhinology*. 44(1)90-3.

Seitz, S., Fritsche, H. Siebert, T., Martini, T. Burger, M. (2009). Novel Electromagnetic Lithotripter for Upper Tract Stones With and Without a Ureteral Stent. *The Journal of Urology*. 18 (4):1424-1429.

Shriber, A., Shriber, D., Lloyd C. (2007). *Liderazgo Práctico*. Editorial Patria. México

Silva, A. Shimizu H. (2007). El significado del cambio en el modo de vivir de la persona con ostomía intestinal definitiva. *Rev Latino Am. Enfermagem* .[On line] Retrived February 24, 2010. Vol 14, n 4:483-490.

Strasberg, S.(2008). Acute Calculous Cholecystitis. *N Engl J Med* 2008; 358:2804-2811

Townsend, S. (2007). *Textbook of Surgery*. 18<sup>th</sup> edition.

<http://www.eltrabajoenequipo.com/Definicion.htm>

# ANEXOS

# **ANEXO 1**

**Certificación de realización  
del trabajo de tesis**



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
HOSPITAL "MANUEL Y. MONTEROS V."**

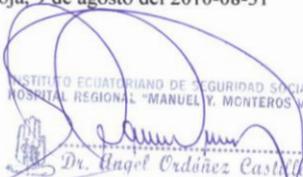
**DOCTOR ANGEL ORDOÑEZ CASTILLO, DIRECTOR DEL HOSPITAL IESS  
DE LOJA.**

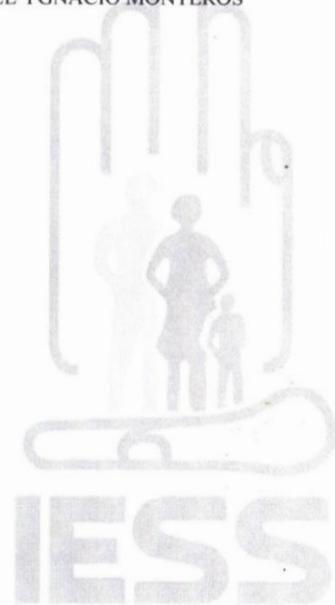
**CERTIFICA:**

Que el **doctor JHOE AREVALO VALDIVIESO**, realizó el trabajo en el Departamento de Emergencias de esta Unidad, con el tema "MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENSIÓN A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A EMERGENCIA DE CIRUGIA GENERAL EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO".

Lo certifico,

Loja, 9 de agosto del 2010-08-31

  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
HOSPITAL REGIONAL "MANUEL Y. MONTEROS V."  
Dr. Angel Ordóñez Castilla  
DIRECTOR



# **ANEXO 2**

**Imágenes del Hospital  
y del Área de Emergencia**

**HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO –I.E.S.S. -LOJA**



**FOTO Nº 1. Vista del Hospital del I.E.S.S. – LOJA**

**FUENTE: El Autor.**



**FOTO Nº 2. Servicio de Emergencia del Hospital del I.E.S.S. – LOJA**

**FUENTE: El Autor.**

# **ANEXO 3**

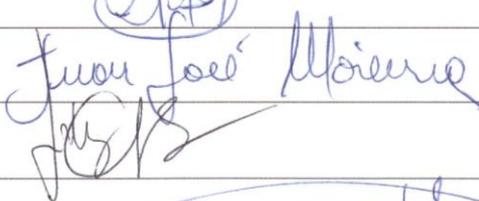
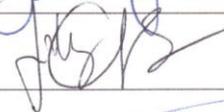
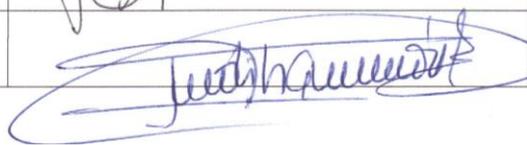
## **Actas de reuniones**

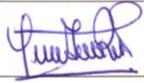
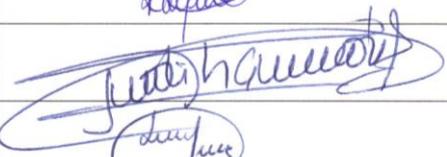
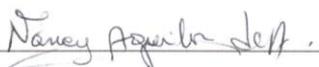
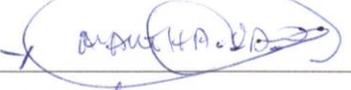
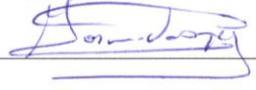
### ACTA DE REUNIÓN

En la ciudad de Loja a los seis días del mes de enero del año dos mil diez, siendo las nueve horas, en el local de reuniones del Área de Emergencia, se reúne la jefa de emergencias, la subdirectora técnica de consulta externa y hospitalización el personal médico y paramédico del Servicio de Emergencia del Hospital Manuel Y. Monteros V., con el maestrante, con el objetivo de elaborar el programa educativo de discusión de casos, el mismo que quedó estructurado de la siguiente manera:

FECHA	TEMA
29 de enero de 2010	Paciente con dolor abdominal (diverticulitis)
12 de febrero de 2010	Feriado
26 de febrero de 2010	Paciente con fractura costal
12 de marzo de 2010	Paciente poli traumatizado (Trauma de abdomen abierto)
26 de marzo de 2010	Paciente con trauma abdominal cerrado
9 de abril de 2010	Paciente con trauma torácico (hemotórax)
23 de abril de 2010	Paciente con dolor abdominal (cólico ureteral)
7 de mayo de 2010	Paciente con traumatismo cervical
21 de mayo de 2010	Paciente con ictericia (colangitis)
4 de junio de 2010	Paciente con hemorragia digestiva baja
18 de junio de 2010	Paciente con dolor abdominal (embarazo ectópico)

Para constancia firman los participantes:

NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
Dr. Jhoe Arévalo Valdivieso	
Dra. Nilian Ochoa	
Dr. Pablo Achupallas	
Dr. Juan José Moreira	Juan José Moreira 
Dra. Truddy Román	
Dra. Judith Guerrón	

Dr. Yuli Alejandro	
Dra. Katy Japón	
Dra. Judith Guerrón	
Int. Lorgia Sotomayor	
Lcda. Nancy Aguilar	
Lcda. Esperanza Contento	
Lcda. Martha Cando	
Lcda. Norma Vásquez	

Loia. 6 de enero de 2010

## ACTA DE REUNIÓN

En la ciudad de Loja a los siete días del mes de enero del año dos mil diez, siendo las nueve horas, en el local de reuniones del Área de Emergencia, se reúne el personal médico y paramédico del Servicio de Emergencia del Hospital Manuel Y. Monteros V., con el objetivo de conformar los equipos de trabajo en las distintas especialidades, los mismos que quedaron integrados de la siguiente forma:

### EQUIPO DE CIRUGÍA GENERAL:

- Cirujano Jefe de Emergencia (Dr. Jhoe Arévalo)
- Cirujano de llamada (Dr. Carlos Benavides)
- Emergenciólogo (Dr. Juan José Moreira )
- Médico Residente de Emergencia

### EQUIPO DE TRAUMATOLOGÍA:

- Cirujano Jefe de Emergencia (Dr. Jhoe Arévalo)
- Emergenciólogo (Dr. Juan José Moreira )
- Traumatólogo (Dr. Eduardo Guamán)
- Médico Residente de Emergencia

### EQUIPO DE UROLOGÍA

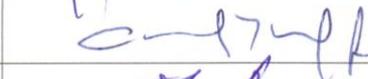
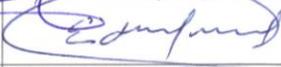
- Cirujano Jefe de Emergencia (Dr. Jhoe Arévalo)
- Emergenciólogo (Dr. Juan José Moreira )
- Urólogo (Dr. Julio Ludeña)
- Médico Residente de Emergencia

### EQUIPO DE NEUROCIRUGÍA

- Cirujano Jefe de Emergencia (Dr. Jhoe Arévalo)
- Emergenciólogo (Dr. Juan José Moreira )
- Neurocirujano (Dr. Luis Cárdenas)
- Médico Residente de Emergencia

Los mismos que se comprometieron a trabajar en sus diferentes especialidades para agilizar procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Para constancia de lo actuado firman los participantes:

NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
Dr. Jhoe Arévalo Valdivieso	
Dr. Juan José Moreira	Juan José Moreira
Dr. Julio Ludeña	
Dr. Luis Cárdenas	
Dr. Carlos Benavides	
Dr. Oswaldo Torres	
Dr. Eduardo Guamán	
Dra. Judith Guerrón	
Dr. Pablo Achupallas	
Dra. Nilian Ochoa	
Dr. Yuri Ortiz	

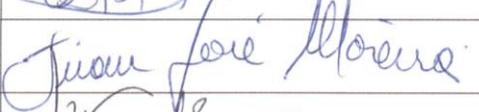
Loja, 7 de enero de 2010

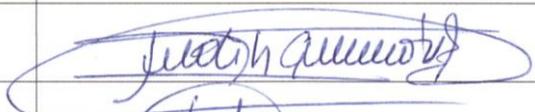
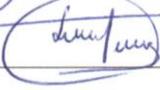
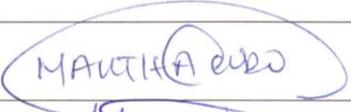
### ACTA DE REUNIÓN

En la ciudad de Loja a los trece días del mes de enero del año dos mil diez, siendo las nueve horas, en el local de reuniones del Área de Emergencia, se reúne la jefa de emergencias, la subdirectora técnica de consulta externa y hospitalización el personal médico y paramédico del Servicio de Emergencia del Hospital Manuel Y. Monteros V., con el maestrante, con el objetivo de realizar la presentación científica, la misma que quedó estructurada de la siguiente manera:

FECHA	TEMA	EXPOSITOR
26 de enero de 2010	Politraumatizado	Dr. Jhoe Arévalo
9 de febrero de 2010	Abdomen Agudo	Dr. Jhoe Arévalo
23 de febrero de 2010	Apendicitis aguda	Dr. Pablo Achupallas
9 de marzo de 2010	Trauma de columna	Dr. Eduardo Guamán
23 de marzo de 2010	Colecistitis aguda	Dr. Jhoe Arévalo
6 de abril de 2010	Traumatismo cráneo-encefálico	Dr. Luis Cárdenas
20 de abril de 2010	Tumores de vía biliar	Dr. Juan José Moreira
4 de mayo de 2010	Pancreatitis aguda	Dr. Jhoe Arévalo
18 de mayo de 2010	Obstrucción intestinal	Dr. Juan José Moreira
1 de junio de 2010	Reanimación	Dr. Jorge Villavicencio
15 de junio de 2010	Neumotórax	Dra. Miriam Ochoa

Para constancia firman los participantes:

NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
Dr. Jhoe Arévalo Valdivieso	
Dra. Nilian Ochoa	
Dr. Pablo Achupallas	
Dr. Juan José Moreira	
Dra. Truddy Román	
Dra. Judith Guerrón	

Dr. Yuri Alejandro	
Dra. Katy Japón	
Dra. Judith Guerrón	
Int. Lorgia Sotomayor	
Lcda. Nancy Aguilar	
Lcda. Esperanza Contenido	
Lcda. Martha Cando	
Lcda. Norma Vásquez	

Loia. 13 de enero de 2010

## ACTA DE REUNIÓN

En la ciudad de Loja a los catorce días del mes de enero del año dos mil diez, siendo las nueve horas, en el local de reuniones del Área de Emergencia, se reúne el personal médico y paramédico del Servicio de Emergencia del Hospital Manuel Y. Monteros V., con el objetivo de conformar los equipos de trabajo en las distintas especialidades, los mismos que quedaron integrados de la siguiente forma:

- **EQUIPO DE GASTROENTEROLOGÍA**

- Cirujano Jefe de Emergencia (Dr. Jhoe Arévalo)
- Emergenciólogo (Dr. Juan José Moreira )
- Gastroenterólogos (Dr. Erwin Castro y Dra. Janine Aguilar)
- Residente Guardia de Emergencia

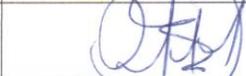
- **EQUIPO DE NEUMOLOGÍA**

- Cirujano Jefe de Emergencia (Dr. Jhoe Arévalo)
- Emergenciólogo (Dr. Juan José Moreira )
- Neumólogo (Dr. Lauro Carrasco)
- Tratante (Dra. Nilian Ochoa)
- Residente Guardia de Emergencia
- Residente de Medicina Interna

- **EQUIPO DE MEDICINA INTERNA**

- Emergenciólogo (Dr. Juan José Moreira )
- Tratante (Dr. Pablo Achupallas)
- Residente Guardia de Emergencia
- Residente de Medicina Interna

Para constancia de lo actuado firman los participantes:

NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
Dr. Jhoe Arévalo Valdivieso	
Dr. Juan José Moreira	Juan José Moreira
Dra. Janine Aguilar	
Dr. Lauro Carrasco	
Dr. Pablo Achupallas	
Dra. Katy Japón	
Dra. Nilian Ochoa	
Dra. Judith Guerrón	

Loia. 14 de enero de 2010

**ANEXO 4**  
**Imágenes del Taller**  
**de Relaciones Humanas y Motivación**

## TALLER DE RELACIONES HUMANAS Y MOTIVACIÓN



**FOTO N° 3. Exposición de motivadora**  
**FUENTE: El Autor.**



**FOTO N° 4. Exposición de motivadora**  
**FUENTE: El Autor.**

**ANEXO 5**  
**Imágenes Taller de**  
**Comunicación en Salud**

## TALLER DE COMUNICACIÓN EN SALUD



**FOTO N° 5. Exposición de motivadora**

**FUENTE: El Autor.**



**FOTO N° 6. Exposición de motivadora**

**FUENTE: El Autor.**

# **ANEXO 7**

**Imágenes de Discusión de casos  
y de presentación científica**

## DISCUSIÓN DE CASO



**FOTO N° 7. Dolor abdominal (diverticulitis), 29-01-2010**

**FUENTE: El Autor.**



**FOTO N° 8. Trauma abdominal cerrado, 26-03-2010**

**FUENTE: El Autor.**

## PRESENTACIÓN CIENTÍFICA



FOTO N° 9. Abdomen agudo, 9-02-2010

FUENTE: El Autor.



FOTO N° 10. Apendicitis aguda, 23-02-2010

FUENTE: El Autor.

# **ANEXO 8**

**Imágenes de discusión  
y socialización de protocolos**

## DISCUSIÓN DE PROTOCOLOS



**FOTO N° 11. Discusión, 21-05-2010**

**FUENTE: El Autor.**



**FOTO N° 12. Discusión, 21-05-2010**

**FUENTE: El Autor.**

## SOCIALIZACIÓN DE PROTOCOLOS



**FOTO N° 13. Socialización, 28-05-2010**

**FUENTE: El Autor.**



**FOTO N° 14. Socialización, 28-05-2010**

**FUENTE: El Autor.**

# **ANEXO 9**

**Imágenes de entrega de protocolos**

## ENTREGA DE PROTOCOLOS



**FOTO N° 15. Entrega de protocolos, 09-07-2010  
FUENTE: El Autor.**



**FOTO N° 16. Entrega de protocolos, 09-07-2010  
FUENTE: El Autor.**

**ANEXO 10**  
**ENCUESTA APLICADA**

## ENCUESTA PARA LA(OS) USUARIAS(OS)

PROPÓSITO: Determinar las percepciones que tienen las(os) usuarias(os) sobre la atención recibida en el servicio de emergencias del Hospital M.Y.M.V. IESS Loja.

1. ¿Considera que la atención fue?
  - a. Oportuna
  - b. Tardía
  - c. No recibió atención
  - d. Otros: .....
2. ¿Cómo fue la atención por parte del personal médico y paramédico?
  - a. Cordial
  - b. Indiferente
  - c. Despótico
  - d. Otros: .....
3. ¿Todos los exámenes que requirió fueron realizados dentro de la institución?
  - a. Si
  - b. No
  - c. En caso de que no, explique ¿cuáles fueron?

.....

.....
4. ¿Todos los medicamentos para su tratamiento fueron proporcionados por la institución?
  - a. Si
  - b. No
  - c. En caso de que no, explique ¿cuáles fueron?

.....

.....
5. ¿Cuántas horas después de su ingreso recibió tratamiento quirúrgico?
  - a. 0 a 6 horas
  - b. 7 a 12 horas
  - c. 13 a 18 horas
  - d. 19 a 24 horas
  - e. Más de 24 horas

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN