



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

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

**“Proyecto de mejoramiento de la calidad de atención en el servicio
de Urgencias Pediátricas del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de
Portoviejo, 2012”**

Tesis de Grado

Autor:

Briones Alcívar, Rita Paola

Directora:

Viteri Delgado, Rita Marcela. Mg

CENTRO UNIVERSITARIO PORTOVIEJO

2013

Certificación

Mg.

Rita Marcela Viteri Delgado

DIRECTORA DE TESIS DE GRADO

CERTIFICA:

Que el presente trabajo denominado, “**Proyecto de mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, 2012**”, cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes..

Portoviejo, enero de 2013

f).....

Cesión de derecho

Yo, Briones Alcívar Rita Paola, declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

f.....

Autor. Briones Alcívar Rita Paola

Cedula. 1307066520

AUTORÍA

Las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo de fin de carrera, son de exclusiva responsabilidad de su autor

f.....

Autor. Briones Alcívar Rita Paola

Cedula. 1307066520

DEDICATORIA

Cada día de mi vida agradeceré a Dios, cada bendición que derrama en mi vida, es por ello que dedico mi esfuerzo a él.

Al amor incondicional de mis padres, al apoyo de mi esposo y a la fortaleza que me inspira mi hija.

A ellos dedico éste éxito.

Rita Paola

AGRADECIMIENTO

Agradezco de corazón a la Universidad de Loja, por permitirme formarme en sus aulas, a las docentes, Lcda. Marcela Viteri y Lcda. Susana Donoso por compartir conmigo sus enseñanzas y experiencia.

A mis compañeras de aula, con quienes compartí momentos de entusiasmo al conquistar la meta que ahora estamos conquistando, gracias por su amistad.

El Autor

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Preliminares:	PÁGINAS
Portada	I
Certificación del director	II
Autoría	III
Cesión de Derecho	IV
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice de contenido	VII
Índice de cuadros y apéndices	X
Resumen	XII
Abstracto	XIII
Apartados	
Introducción	1
Problematización	3
Justificación	5
Objetivos	7
 CAPÍTULO I	
1. MARCO TEÓRICO	
1.1. Marco institucional	
1.1.1 Aspectos Geográficos del lugar	8
1.1.2. Dinámica Poblacional	9
1.1.3. Misión de la institución	10
1.1.4. Visión de la institución	10
1.1.5. Organización administrativa	10
1.1.6. Servicios que presta la institución	11
1.1.7. Datos estadísticos de cobertura o estado de salud de la población	11
1.1.8. Características geofísicas de la institución	13
1.1.9. Políticas de la institución:	16
1.2. Marco conceptual	
 CAPÍTULO II	
2. DISEÑO METODOLÓGICO	
2.1 Matriz de involucrados	45

2.2 Árbol del problema	48
2.3 Árbol de objetivos	49
2.4 Matriz del marco lógico	50
CAPÍTULO III	
3. RESULTADOS, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES	
Resultados	59
Conclusiones y recomendaciones	107
Bibliografía	109
Apéndice	111

ÍNDICE DE CUADROS Y APÉNDICES

ÍNDICE DE CUADROS	PÁGINAS
Cuadro No. 1: 10 Primeras causas de morbilidad hospital provincial y docente “Dr. Verdi Cevallos Balda” atención en servicio de urgencias pediátricas por meses año 2011	12
Cuadro No. 2: Cuadro comparativo de atenciones en el Servicio de Urgencias Pediátricas 2010 -2011	56
Cuadro No. 3: Clasificación de las atenciones de acuerdo a la gravedad 2011.	65
Cuadro N° 4: Capacitación sobre Triage Pediátrico	67
Cuadro N° 5: Capacitación sobre Triage Pediátrico	68
Cuadro N° 6: Capacitación sobre Triage Pediátrico	79
Cuadro N° 7: Capacitación sobre Triage Pediátrico	70
Cuadro N° 8: Encuesta de satisfacción del usuario del área de pediatría por la información brindada	72
Cuadro No.9: Encuesta de satisfacción del usuario del área de pediatría por la información brindada	73
CuadroNo.10: Encuesta de satisfacción: De la atención inmediata	75
Cuadro No.11: Encuesta de satisfacción: De la atención según su gravedad	76
Cuadro No.12: Encuesta de satisfacción: Del tiempo de espera	77

Cuadro No.13:	Encuesta de satisfacción: Del tiempo de espera	78
Cuadro No.14:	Encuesta de satisfacción: Del equipamiento	79
Cuadro No.15:	Encuesta de satisfacción:	80
Cuadro No.16:	Encuesta de satisfacción:	81
Cuadro No.17:	Encuesta de satisfacción: De las instalaciones	82
Cuadro No.18:	Encuesta de satisfacción: De la actitud en la atención	83
Cuadro No.19:	Encuesta de satisfacción: De la atención recibida	84
Cuadro No.20:	Encuesta de satisfacción: De la información brindada	85
Cuadro No.21:	Encuesta de satisfacción: Del buen trato recibido por el personal de triage	86
Cuadro No.22:	Encuesta de satisfacción: Del buen trato recibido por el personal de medico	87
Cuadro No.23:	Encuesta de satisfacción: De la rapidez en la atención	88
Cuadro No.24:	Encuesta de satisfacción: De la calidez recibida	80

ÍNDICE DE APÉNDICES

Apéndice N ^a 1:	Ficha de control y avance del proyecto de acción
Apéndice N ^a 2:	Certificación institucional
Apéndice N ^a 3:	Trípticos informativos invitaciones y material didáctico

Apéndice N ^a 4:	Encuestas
Apéndice N ^a 5:	Fotorelatoria
Apéndice N ^a 6:	Oficios enviados, actas
Apéndice N ^a 7:	Lista de asistentes
Apéndice N ^a 8:	Historias clínicas
Apéndice N ^a 9:	Hojas estadísticas
Apéndice N ^a 10:	Certificado

RESUMEN

En el servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Verdi Cevallos Balda del Cantón Portoviejo Provincia de Manabí – Ecuador, se desarrolló un proyecto de intervención encaminado a mejorar la calidad de atención del paciente pediátrico.

Mediante un diagnóstico situacional realizado con la técnica de grupo focal se priorizó como problema principal el hecho como los pacientes atendidos en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo no reciben buena calidad de atención.

Identificándose como factores causales la inexistencia de un servicio de Triage, desactualización del equipo de salud, y desinformación de los familiares sobre los procesos de atención pediátrica.

La realización de las actividades permitió cumplir con la totalidad de los objetivos planteados, al concluir el proyecto se logró que los niños y niñas reciban atención de calidad disminuyendo el riesgo de complicaciones.

ABSTRACT

In the pediatric emergency department of the Hospital of the Canton Verdi Cevallos Balda Portoviejo Manabí Province - Ecuador developed an intervention project aimed at improving the quality of care of pediatric patients.

Using a situational analysis conducted with the focus group technique was prioritized as a major problem as the fact the patients seen in the pediatric emergency department of Hospital Verdi Cevallos Balda Portoviejo not receive good quality care.

Identifying causal factors the lack of a Triage service, outdated health team, and misinformation about the processes of family child care.

The implementation of the activities allowed fulfill all the objectives, to conclude the project was accomplished that children receive quality care by reducing the risk of complications.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día la definición más extendida de “Urgencia”, propuesta por la Asociación Médica Americana y aceptado actualmente por la OMS, Consejo de Europa y por nuestro Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias es “toda aquella situación que, en opinión del paciente, su familia, o quienquiera que toma la decisión, requiere una actuación médica inmediata”, mientras que se reserva el concepto de “emergencia” como “aquella situación urgente que necesita un mayor grado de complejidad para su resolución y comporta un compromiso vital o riesgo de secuelas graves permanentes”.

Según la OMS (2001) en su boletín:

“La evaluación temprana, priorización para tratamiento y gestión de los niños enfermos que acuden a un servicio de salud son fundamentales para conseguir buenos resultados, ha permitido racionalizar la dispensación de atención y conducido a una reducción de la mortalidad de los enfermos ingresados, del 10% - 18% antes de los cambios (antes de 2001) al 6% - 8% observado posteriormente. “

Muchas situaciones económicas, ambientales, de falla en la prevención, y de conocimientos básicos incompetentes del cuidado infantil, hacen que durante la etapa invernol generalmente a lo largo de todo el año, se presenten enfermedades, en este grupo poblacional, existiendo la necesidad de acudir al servicio de urgencias pediátricas a buscar ayuda en las dolencias.

Una vez realizada las encuestas a los usuarios internos y externos en la atención del Servicio de Urgencia Pediátricas, se identificaron los problemas y necesidades de éste, y luego de varias reuniones informales y dos formales, los involucrados han propuesto varias opciones para encontrar las soluciones apropiadas para el mejoramiento de la calidad de atención.

El problema detectado es la deficiente calidad de atención que se le está brindando a los niños en éste servicio de urgencias, debido a la alta demanda de pacientes producto de la falta de información que reciben los padres, y de la inexistencia de un Triage eficiente que ponga fin a esperas largas y a las complicaciones que se presentan debido a ella.

El sistema de salud a nivel de las emergencias del país se encuentran sobrecargadas, lo que ocasiona discomfort tanto en el usuario externo que debe esperar por varias horas para recibir ayuda y el usuario interno que es explotado laboralmente.

Existe entonces la necesidad de implementar un programa de mejoramiento de la calidad de atención, en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Como maestrante de la carrera de gerencia en salud para el desarrollo local, me he preocupado por llegar a conocer un plan estratégico que ayude de manera efectiva a solucionar los problemas de la organización hospitalaria.

Los objetivos de este estudio están encaminados a mejorar la calidad de atención en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo mediante la implementación del servicio de Triage, actualización del personal sobre las normas e informando al usuario sobre el proceso de atención para disminuir el riesgo de complicaciones en la salud de los niños/as.

Al finalizar este trabajo se encontraran resultados investigados en la población afectada y de qué manera podemos enfrentarlos para dar un servicio de calidad, con calidez, efectivo y eficiente al sector más vulnerable, los niños.

La factibilidad del mismo lo dan el comprometimiento de las autoridades, así como la predisposición del equipo de salud y familias, quienes encaminaron el desarrollo de este proyecto.

PROBLEMATIZACIÓN

El Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo no presta una adecuada utilización de los servicios de urgencias pediátricas, esto se debe a la acumulación de persona, creando en numerosas ocasiones un desequilibrio entre la demanda y los recursos disponibles lo que condiciona que los pacientes que acuden al hospital no sean atendidos de forma inmediata, ocasionando un tiempo de espera que puede empeorar el pronóstico de algunos cuadros clínicos.

Además este fenómeno se viene incrementando como indican los registros de prácticamente la totalidad de los servicios de Urgencias pediátricos del país. Siendo la edad pediátrica frágil entre enfermedades invernales propias de la provincia y mayormente expuesta a accidentes, el servicio de urgencias pediátricas es una de las más concurridas a diario por niños y niñas, por consultas ambulatorias o por urgencias extremas y sitio de referencia de pacientes en estado crítico.

La demanda excesiva en muchas ocasiones produce un sentimiento de descontento tanto para los servidores como para los usuarios, que buscan una atención mucho más cálida y eficiente de la que estamos brindando. El promedio de infantes atendido por día aproximadamente 74, anualmente la cifra es de 52.584, hasta la actualidad esa demanda ha ido incrementándose, principalmente en invierno.

La atención se hace un espacio muy reducido, obviamente no adecuado para una gran demanda; el área de urgencias prácticamente se ha vuelto una consulta externa, o un consultorio que atiende a la población descontenta de los servicios de salud de centros y subcentros, cuenta con una sala de espera estrecha e incómoda, con pocas sillas, un área de consultorio aproximadamente 3 por 3 metros, 11 cunas pequeñas, que no abastecen a las necesidades de infraestructura.

Al realizar un diagnóstico situacional sobre los problemas que se presentan en el Hospital, se determinó como problema principal, que los pacientes pediátricos atendidos en el servicio de Urgencias no reciben una adecuada calidad de atención, identificándose como factores causales los siguientes:

1.- Inexistencia de un servicio de triage, debido a la falta de organización del personal ya que no se ha priorizado esta necesidad, provocando que los niños/as no reciban una atención oportuna y eficiente, acumulación de pacientes, dando como resultados un riesgo a complicarse.

2.- Equipo de salud desactualizado sobre el manejo del triage pediátrico, por la inexistencia de programas de capacitación, ya que no existen recursos asignados, lo que ocasiona que el niño/a no reciba una correcta atención y priorización de acuerdo a su gravedad, trato inadecuado y como resultado inconveniente en la recuperación

3.- Familiares desinformados sobre la atención pediátrica, ya que no existen difusión ni orientación de los procesos organizativos del hospital, debido a la ausencia programas de información, esto conlleva a la inconformidad del familiar hacia la espera en la atención, que no sigan las indicaciones medicas apropiadas, y por ende abandonen el hospital en busca de medicina alternativa.

Todo este contexto conlleva a un alto riesgo de complicaciones en la salud del paciente pediátrico.

Surge entonces la interrogante ¿Es factible Proyecto de mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, 2012?.

JUSTIFICACIÓN

La atención de calidad y calidez para los niños y niñas de la provincia que acuden a los servicios de salud, no solo es una necesidad, es un derecho, de los infantes y una meta para los servicios de salud pública.

Al realizar un diagnóstico de la calidad de atención que se brinda en urgencias pediátricas, dada la alta demanda de pacientes, las personas que dirigen y trabajan en ésta casa de salud se vieron en la necesidad de identificar cuales eran los problemas y las posibles soluciones para obtener un servicio de calidad.

Siendo el área estrecha e incómoda y con asistencia masiva de niños que en brazos de sus padres debían esperar la atención médica por largos periodos de tiempo, sin una clasificación de la atención prioritaria de acuerdo a la gravedad del caso y sin un protocolo de atención, en algunas ocasiones los pacientes presentaban complicaciones que empeoraban su cuadro clínico, esto ocasionaba gran malestar en los usuarios externos y el exceso de demanda a los usuarios internos.

Es por ello que se llego a la conclusión de que crear el servicio de Triage Pediátrico, siguiendo protocolos adaptados a la epidemiología de la población, capacitando al personal y buscando un área apropiada para esto, se daría una atención más eficiente, más cálida y disminuiría las complicaciones.

.

OBJETIVOS

1. GENERAL

Mejorar la calidad de atención en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo mediante la implementación del servicio de Triage, actualización del personal sobre las normas e informando al usuario sobre el proceso de atención para disminuir el riesgo de complicaciones en la salud de los niños/as.

2. ESPECÍFICOS

- Implementar el servicio de Triage en urgencias pediátricas con el fin de disminuir el riesgo a complicaciones en la salud.
- Actualizar al equipo de salud sobre el manejo del Triage pediátrico para disminuir el tiempo de recuperación
- Informar al familiar y padres de familia sobre los procesos de atención pediátrica con el fin de lograr la satisfacción y aceptación al tratamiento medico.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

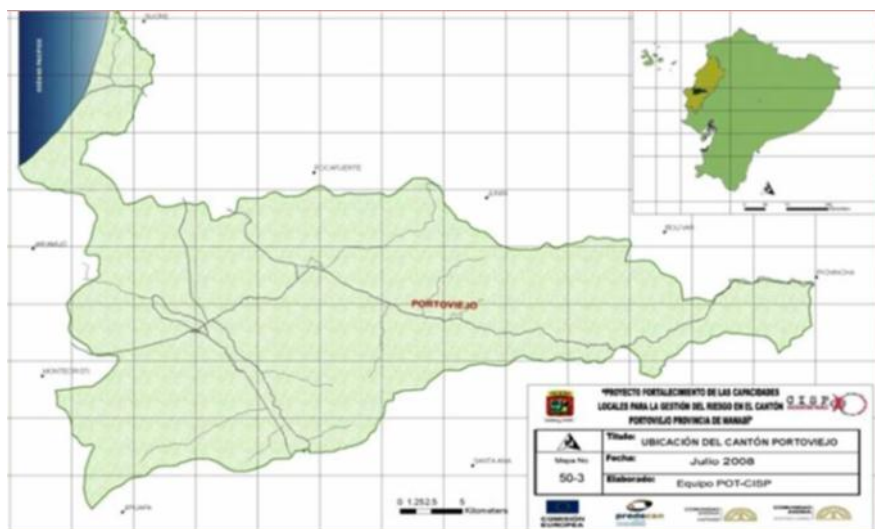
1.1. MARCO INSTITUCIONAL

1.1.1. Aspecto geográfico del lugar

Portoviejo, fue fundada el 12 de Marzo de 1534 por Francisco Pacheco. Limita al Norte con los cantones Rocafuerte, Sucre y Junín; al sur con Santa Ana y Jipijapa; al este con Bolívar y Pichincha; y, al oeste con Montecristi y Jaramijó y con el Océano Pacífico. (Ver Imagen No. 1)

Imagen No. 1

Mapa de la Ciudad de Portoviejo



Fuente: I. Municipalidad de Portoviejo – Planificación Estratégica 2020
Elaboración: Dra. Rita Briones Alcívar

De acuerdo a los datos reportados por el I. Municipio de Portoviejo, en su Website:
www.i.municipalidadportoviejo.gov.ec:

“El cantón Portoviejo está ubicado geográficamente a los 01 grados, 3 minutos, y 8 segundos de latitud sur, y 80 grados, 27 minutos, y 2 segundos de longitud oeste. se localiza a 28 Km. de la costa, Se localiza a 28 Km. de la costa, tiene una superficie de 954,9km². El clima es muy variable, aunque generalmente cálido, en el transcurso del verano el clima es templado. No así en el invierno cuando el clima es muy caluroso. La temperatura promedio es de 24 grados centígrados. Las precipitaciones anuales varían entre 500 y 1000 mm.”

Está circundado por los cerros de Bálsamo y de Hojas. El primero separa las cuencas hidrográficas de Portoviejo y Chone, y está cubierto de ceibos y guayacán. El cerro de Hojas separa a Portoviejo de Montecristi. También forman parte de Portoviejo las montañas de Alajuela y San Plácido, así como el cerro Jaboncillo, que están cubiertos por bosques secos y espinosos.

La estructura de la zona rural es diferente al ser zonas dedicadas exclusivamente a las actividades agropecuarias. Un caso especial en el cantón Portoviejo es la parroquia rural de Crucita que es la única con salida al mar y su entorno se ve afectado con mayores procesos erosivos.

Cuenta con 9 parroquias urbanas que son: Portoviejo, 18 de Octubre, 12 de Marzo, Andrés de Vera, Simón Bolívar, San Pablo, Francisco Pacheco, Colón y Picoazá; y sus parroquias rurales son: San Plácido, Calderón, Alajuela, Riochico, Pueblo Nuevo, Chirijos y Crucita. (Ver Imagen No. 2)

Imagen No. 2

Portoviejo (Parque Central)



Fuente: www.fotostourc.com

La Parroquia Urbana Portoviejo, limita al NORTE: Calle Pedro Gual, desde la calle Rocafuerte, hasta el puente Velasco Ibarra; SUR: Río Portoviejo, desde el puente Santa Cruz, hasta el puente El Mamey; ESTE: calle Rocafuerte, desde la Pedro Gual, hasta el puente Santa Cruz; y, al OESTE: Río Portoviejo y parroquia Andrés de Vera. Es decir, el corazón de Portoviejo.

1.1.2. Dinámica poblacional

De acuerdo a los resultados del INEC, del Censo de Población y Vivienda del 2010, se indica que:

“Portoviejo tiene 280.029 habitantes, de los cuales 137.969 son hombres (49.26%); y, 142.060 mujeres (50.74%). (INEC, 2010). El 67.92% se autodefine mestiza; el 20.75% montubia; 5.67% blanca; el 4.19% afroecuatoriana; el 0.61% es mulata; el 0.47% se considera negra; y, el 0.16% se define indígena”

La migración es un fenómeno que tiene repercusión tanto en lo económico como en lo social, desde la perspectiva individual, familiar y nacional. Los ingresos de divisas provenientes de los migrantes constituyen el segundo rubro en importancia luego del petróleo.

Los datos preliminares del Censo del INEC, 2010; y recuperados en la web www.inec.gov.ec, se indica que:

“Del total de hogares portovejenses el 5% tiene por lo menos un miembro del hogar fuera del país. El mayor número de migrantes se concentra en el grupo de 15 a 39 años de edad. Este grupo está compuesto por mano de obra, con mayores oportunidades de incorporarse al mercado de trabajo en el país de destino.” Fascículo de Portoviejo.

La mayoría de los emigrantes son hijos de familia, solteros, tienen instrucción secundaria. El motivo principal de la migración es buscar trabajo, tienen como principales destinos España y Estados Unidos.

1.1.3. Misión de la Institución:

Según el Plan Operativo Anual del año 2011, el Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”, tiene como misión:

“Somos un hospital general, que bajo los alineamientos y normativa del Sistema Nacional de Salud (MSP) ofertamos atención de calidad con calidez en acciones de prevención, promoción, curación y rehabilitación de la salud, con énfasis en el trabajo en equipo que conlleve al desarrollo integral y permanente de los talentos humanos”.(POA, 2011)

1.1.4. Visión de la Institución:

Según el Plan Operativo Anual del año 2011, Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”, tiene como visión:

“Hasta el 2011, nuestra unidad hospitalaria estará en capacidad de aplicar con efectividad los procesos generales estratégicos que permita el reconocimiento como una organización de calidad comprometida con el usuario y sus necesidades mediante una organización de calidad comprometida con el usuario y sus necesidades mediante una organización horizontal y participativa, con tecnología acorde al avance técnico-científico que garantice talentos humanos acreditados” (POA, 2011)

1.1.5. Organización administrativa

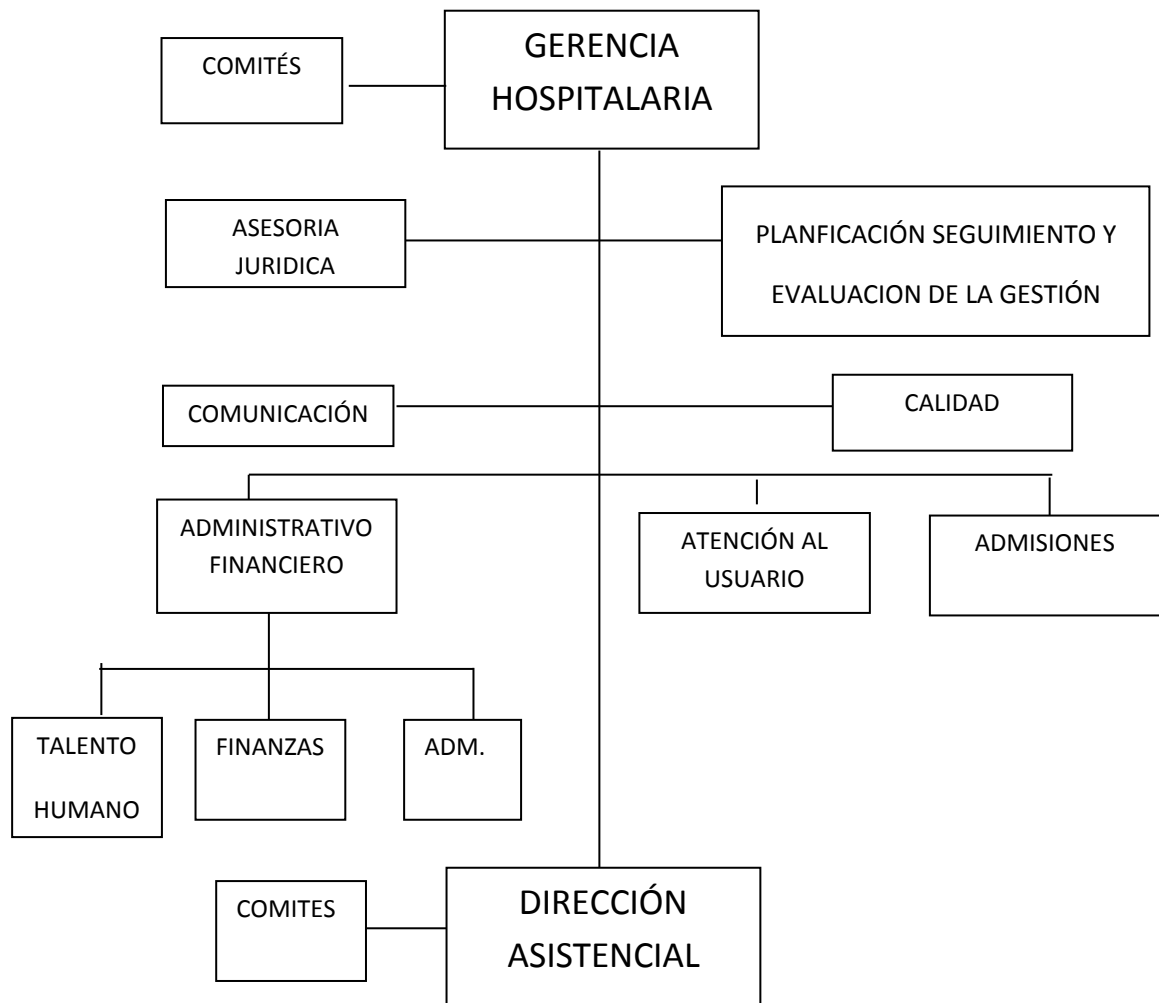
La estructura organizacional esta presentada por el Organigrama Estructural y/o funcional, (Ver organigrama No. 1) en el que se indica las diferentes Unidades Administrativas que dispone la institución, los niveles jerárquicos, las líneas de Autoridad y Comunicaciones estructura horizontal como lo indican los hospitales modernos.

Actualmente la estructura organizacional esta dividida en dos pilares fundamentales, la Gerencia hospitalaria, encargada de la parte económica del hospital y la Dirección asistencial que se encarga de toda la organización y función de los servicios médicos y de enfermería, apoya el diagnóstico médico y terapéutico que los pacientes requieren.

Además fomenta la capacitación de los docentes y la investigación de enfermedades rutinarias y otras que actualmente se pueden diagnosticar con la intervención de los nuevos especialistas que se han incrementado al servicio de la comunidad.

Organigrama No. 1

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA HOSPITAL PROVINCIAL Y DOCENTE
“DR. VERDI CEVALLOS BALDA” PORTOVIEJO
ORGÁNICO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DE
HOSPITALES.
ACUERDO MINISTERIAL NO.- 0000153**



Fuente: Organigrama Hospital Verdi Cevallos Balda 2012.

Realizado por: Ministerio de Salud Pública

1.1.6. Servicios que presta la institución

El hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, presta los siguientes servicios:

- Servicio de Urgencias: En los que encontramos Departamento de Cirugía, clínica de adultos, ginecología y pediatría. Laboratorio clínico y patología.

- Servicio de imagenología: Rayos X, tomografía, ecografía.
- Servicio de Consulta externas con las siguientes especialidades: Medicina interna, diabetología, cardiología, nefrología, ginecología y obstetricia, cirugía general, cirugía pediátrica, pediatría, neonatología, hematología, gastroenterología, dermatología, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología, neurocirugía, cirugía plástica.

Estos que brindan atención rotativa por horarios cortos debido al espacio reducido donde funciona la consulta externa. Un área de rehabilitación física y respiratoria.

- Hospitalización: Servicio de Clínica de hombres, clínica de mujeres, ginecología y obstetricia, sala de partos, neonatología, riesgo situacional (Atiende a paciente infecto contagiados), cirugía de varones, cirugía de mujeres, pediatría.

Así mismo la Unidad de cuidados intensivos pediátricos, unidad de cuidados intensivos de adultos, 5 quirófanos y sala de recuperación, área de quemados. Farmacia, Servicio Social, Zona de alimentación y cocina, Ropería y lavandería, Departamentos docentes, Biblioteca, Zona de atención de familia y pacientes en situación de maltratos, y, SOAT.

1.1.7. Datos estadísticos de cobertura

El total de pacientes pediátricos atendidos en el año 2011 en el Hospital Provincial y docente “Dr. Verdi Cevallos Balda” (Ver cuadro No. 1)

CUADRO No. 1

10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITAL PROVINCIAL Y DOCENTE “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” ATENCIÓN EN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS 2011

Nº	CIE 10	PATOLOGÍAS	%
1	J35.0	Amigdalitis	46,1%
2	A.09	Faringitis	10,5%
3	A.09	EDA	8,4%
4	J02	Traumatismos y heridas	4,2%
5	C03	Parasitosis	2,1%
6	J00.0	Rinofaringitis	1,4%
7	J20	Bronquitis	1,4%
8	005.9	Transgresión alimentaria	0,7%
9	J10	Síndrome gripal	0,1%
10		Otros	25,2%
		TOTAL	100%

Fuente: Dpto. Estadística del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. 2011.

Autor: Dra. Rita Briones Alcívar

Análisis e interpretación: En el cuadro No. 1 podemos observar que entre las primeras 10 causas de morbilidad del Hospital Provincial en el servicio de Urgencias Pediátricas 2011, el 46,6 % que corresponde a la amigdalitis, el siguiente 10,5% corresponde a la faringitis, seguido por la EDA con un 8,4%, minoritariamente encontramos a los síndromes gripales con un 0,1%.

1.1.8. Características geofísicas de la institución

El Hospital Provincial y Docente “Dr. Verdi Cevallos Balda”, es una Unidad de la Red del Sistema Nacional de Servicios de Salud del MSP, está ubicado en el cantón de Portoviejo, capital de Manabí. Cuenta con una infraestructura diseñada para dar servicios de emergencia, consulta externa, hospitalización y servicios técnicos complementarios. (Ver Imagen No. 3)

Ver Imagen No. 3

Hospital Provincial y Docente "Dr. Verdi Cevallos Balda",



Instalaciones externas del Hospital Dr. VEDI Cevallos Balda en la ciudad de Portoviejo

Esta circundado por las calles 12 de Marzo y Rocafuerte, teniendo a su alrededor a importantes instituciones públicas como Dirección Provincial de Salud de Manabí, Asilo de Ancianos, y, el Colegio Uruguay; tiene un área de terreno de 3000 m² y 2053 m² de construcción, el resto que queda libre son asignados para parqueaderos, ubicados tanto en la parte frontal como en la parte posterior del hospital.

El primer bloque, luego del ingreso al hospital, tenemos el 1er. Bloque, donde en la parte baja funciona la administración del Hospital y el Servicio de Rehabilitación Física; y en la parte superior, funciona la Consulta Externa, con sus diferentes consultorios y especialidades. Se atiende un promedio de 450 consulta por día, en una jornada de 8 horas de lunes a viernes.

En el 2º. Bloque tenemos: En la parte baja, Pediatría y UCIN Pediátrico; y en la parte superior están los servicios Estadísticos y Sala de Mujeres; donde también se encuentran las residencias médicas.

En el 3º. Bloque, se encuentra el Servicio de Gineco Obstetricia, con sus salas de parto, recuperación, y Neonatología, tiene una capacidad de 54 camas en todo el área; y 10 termocunas.

En el 4º. Bloque, se encuentra la Sala de Varones, y los servicios de Farmacia, Cocina, Lavandería, Costura y Mantenimiento.

Para el funcionamiento de los servicios básicos, cuenta con cámara de transformación eléctrica, sistema de bombeo de aguas negras, incinerados de basura, dos cisternas de agua potable, sistema telefónico, sistema de alarma, central de oxígeno, sistema de vapor y agua caliente

1.1.9. Políticas de la institución

El Hospital Provincial “Dr. Verdi Cevallos Balda” tiene por políticas y finalidad impulsar las capacidades y potenciales individuales y colectivos que propicien el mejoramiento de la calidad de vida y salud, así como la superación de las inequidades en armonía con el entorno natural, social, y cultural.

De acuerdo al Plan Estratégico del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, (2012), se indica que:

“Este hospital sigue los lineamiento emanados directamente del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, los mismo que se enmarca en la modernización del estado, uso racional y adecuado de los recursos, manejo sustentable de programas y proyectos, no se ha podido mejorar la calidad de los servicios con lo cual a pesar de los esfuerzos de los directores que se cambian frecuentemente acorde a la política, no se ha podido mejorar la cobertura de los servicios en los niveles deseados. El programa actual de Maternidad gratuita y atención Integral a la infancia es uno de los pilares del sustento institucional”

El servicio de pediatría, tiene como políticas, los valores establecidos en la “solidaridad, equidad, compromiso, tolerancia y respeto a sus semejantes y comunidad en general garantizando una asistencia idónea y de calidad”

1.2. MARCO CONCEPTUAL

1.2.1. Calidad

El concepto de calidad tiene su origen en los procesos industriales. Así, en el ámbito de las empresas se habla de calidad total como el conjunto de principios, de

métodos organizados y de estrategia global que intentan movilizar a toda la empresa con el fin de integrar los esfuerzos de mejora continua de todas las personas y estamentos de la organización para proveer productos y servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores al menor costo.

La American Society for Quality Control define la calidad como la totalidad de funciones y características de un producto o servicio dirigidas a satisfacer las necesidades de un cierto usuario. En los manuales de normas ISO (ISO 29004-2) se define la calidad como el conjunto de especificaciones y características de un determinado producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen. Hasta aquí hemos visto lo que es la Calidad en el campo industrial.

Calidad de atención es un conjunto de cosas, no solo es que esto sea bonito, esa calidad que le va a dar el médico, la atención, la calidez que le va a brindar, la confianza y tampoco solo es eso, sino que también contemos con todo lo necesario, con ambientes calentitos, con ambientes adecuados, con medicamentos a la mano, con todo eso, o sea es un conjunto de cosas que hacen la calidad.

En lo referente al terreno sanitario, también ha ido evolucionando el concepto de calidad. Existe una definición clásica (IOM 1972) que dice que una asistencia médica de calidad es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a ella.

La OMS (1985) define que la Calidad de la asistencia sanitaria como:

“Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso”

Podríamos seguir dando definiciones, pero creemos que como punto de partida para desarrollar un sistema de calidad en el ámbito sanitario, se debe tener en cuenta al sujeto de esta atención, que es el paciente. Estas otras dimensiones, que tienen en cuenta al paciente, son aquellas que veremos a continuación.

1.2.2. Calidad de atención en salud

Para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la calidad de la atención en salud ha constituido en forma permanente una de las prioridades y responsabilidades fundamentales. Este aspecto de la atención en salud se ha posesionado como tema de alta relevancia dentro de las legítimas exigencias de los usuarios siendo recogido como uno de los elementos centrales del proceso de la Reforma en Salud.

Brindar servicios de buena calidad constituye un imperativo ético impostergable para las personas y organizaciones, por ello el MSP del Ecuador está desarrollando un modelo de promoción y evaluación de la calidad de atención hospitalaria que establezca mecanismos para evaluar los distintos establecimientos de salud del país. Este modelo tiene como objetivos evaluar la calidad de la atención hospitalaria y fomentar la mejoría de la misma a través de un sistema de evaluación local frecuente de charlas de atención y comparar la realidad local con estándares óptimos. De esta forma se identifican las brechas y se establecen los objetivos de mejoría.

La calidad de atención en salud no puede definirse desde el punto de vista exclusivo de un actor del sistema de salud. Cada uno de ellos -paciente, prestador, asegurador o entidad rectora- tiene una percepción diferente, que, sin contradecir y estando de acuerdo con la de los demás, hace énfasis en aquel o aquellos determinantes que más valora.

Para el Centro De Gestion Hospitalaria. (2009) en La calidad de atención en salud:

“El paciente, por ejemplo, aspectos tales como la amabilidad y disponibilidad de tiempo del prestador, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, y los resultados y las complicaciones del proceso, son características que puede evaluar fácilmente y que, por lo tanto, determinan su valoración de la calidad. Por el contrario, la idoneidad del prestador y el nivel de actualización de la tecnología empleada durante su atención, son aspectos que no puede evaluar y que, por eso mismo, da por hechos”.

Para el prestador, sin desconocer la importancia de lo anterior, la valoración de la calidad se soporta en los aspectos que podríamos denominar científicos, técnicos y

tecnológicos involucrados en el proceso, tales como credenciales y experiencia de los profesionales y tecnología disponible.

Para el pagador del servicio, la eficiencia, es decir, la relación entre el costo de cualquier intervención y su efectividad para evitar la enfermedad o para recuperar la salud, es la característica que más valora.

El resumen anterior sirve para ilustrar cómo la calidad en salud no depende de una sola característica, sino de múltiples aspectos, cada uno apreciado y valorado de manera diferente según el actor del sistema de que se trate.

1.2.3. Las 3 dimensiones de la calidad.

La calidad de los servicios sanitarios tiene tres componentes fundamentales: técnico, interpersonal y de amenidad. Los elementos técnicos están constituidos por las investigaciones, tratamientos e intervenciones. Los elementos interpersonales incluyen características tales como la comunicación y la consideración de la dignidad del paciente; en cuanto que los elementos de amenidad se refieren a las condiciones del entorno y hoteleras (alimentación, lavandería, etc.).

Desde una perspectiva que incumbe a la salud pública, estos componentes se podrían completar con la asistencia proporcionada a la comunidad, implicando dimensiones tales como accesibilidad y equidad.

Por pragmatismo, quizá sea conveniente limitarse a discutir las tres dimensiones de la calidad de los servicios sanitarios que se ilustran en la figura 1: calidad para el cliente, calidad administrativa y calidad profesional.

Tarí Guilló, J.J. y, García Fernández, M. (2009) en Dimensiones de la gestión del conocimiento y de la gestión de la calidad, indica que:

“Si la calidad ha sido definida como “cubrir completamente las necesidades de los que más necesitan el servicio, al menor costo para la organización, dentro de los límites y directivas establecidos por los estamentos superiores y por los compradores del servicio”, la interrelación entre los tres círculos se clarifica”.

En particular, es importante no ceñirse a mejorar la satisfacción de aquellos pacientes, o clientes, que reciben el servicio, sino responsabilizarse de que todos aquellos que necesiten el servicio puedan acceder al mismo. Es este concepto el que obliga a que se efectúe una valoración de las necesidades de la población, lo que cae dentro de los dominios de la salud pública.

Pero también se requiere que, para proporcionar asistencia de calidad a los pacientes, la eficiencia del servicio se tome en cuenta; esto es, que se evite malgastar recursos que puedan ser empleados con otros pacientes.

Recientemente se está introduciendo, en el estilo de gestión sanitaria, el concepto gestión de calidad total (o Total Quality Management [TQM]), que ha sido ampliamente proclamada como la razón del predominio de la industria manufacturera japonesa sobre la estadounidense. Las teorías detrás de este proceso de TQM han sido desarrolladas por norteamericanos, en particular por Deming y Juran.

La aproximación del TQM tiene unos elementos esenciales: 1) un compromiso hacia la calidad desde los más altos niveles del servicio; 2) un entorno participativo, donde todos los miembros son apreciados; 3) un buen sistema de calidad, concentrándose más en los procesos que en los individuos; 4) una aproximación al personal basada en la formación y/o entrenamiento y en el desarrollo del mismo; 5) una relación para con el cliente enfocada en sus puntos de vista y en sus deseos; 6) un reconocimiento a la importancia de la mejora continuada de la calidad, y 7) una inversión en el desarrollo de la calidad, al reconocer que ésta mejora los niveles de beneficios al disminuir lo que se malgasta.

Aun cuando estos puntos de vista son asumibles, es necesario rebajar el énfasis expresado en la aproximación del TQM hacia los procesos, pues aunque éstos sean importantes, en uno de los componentes de la calidad de la asistencia sanitaria, el de la calidad profesional o auditoría médico-clínica, no lo son menos los resultados terapéuticos. En todo caso son más cruciales, porque son la dimensión de hasta dónde los procesos de la asistencia han tenido éxito.

1.2.4. Dimensiones de la calidad en salud

Según Delgado Cantú, Humberto (2006) en Desarrollo de una cultura de calidad, las dimensiones de la calidad en salud son:

Competencia técnica.: Es el nivel de conocimientos, habilidades, destrezas, capacidad de desempeño de los profesionales de la salud, del personal técnico y del personal administrativo. La competencia técnica o profesional se relaciona con la ejecución de las pautas y las normas de atención y el ejercicio profesional en términos de precisión, confiabilidad y uniformidad.

Relaciones interpersonales: Es el grado de interacción y comunicación entre gerentes y proveedores de salud, entre proveedores y clientes y entre los equipos de salud y la comunidad. Las buenas relaciones interpersonales generan en los clientes confianza y credibilidad y se demuestra por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y la compenetración. También por la manera de escuchar y comunicarse. Una buena relación entre compañeros de trabajo fortalece la integración del equipo y optimiza el rendimiento.

Eficiencia: La eficiencia está ligada a los costos. Eficiencia es la capacidad de suministrar el mayor beneficio, la atención más óptima al paciente y a la comunidad con los recursos que se cuenta, no obstante las limitaciones que puedan existir. Exige que los proveedores de los servicios eviten suministrar atenciones duplicadas, innecesarias o inapropiadas es reducir los costos de atención sin afectar la calidad.

Eficacia: Es el grado de relación entre el procedimiento aplicado y los resultados esperados o programados. La calidad de los servicios de salud depende del cumplimiento de las normas de prestación de servicios y las de orientación clínica. Una evaluación de la eficacia debe responder a las siguientes preguntas: Por ejemplo, cuando un tratamiento se aplica correctamente, ¿produce los resultados esperados?, ¿es el tratamiento recomendado y la tecnología usada la más apropiada para el medio en el cual se presta el servicio?. La eficacia es una dimensión importante en el ámbito central donde se definen las normas y especificaciones, pero también son importantes en el ámbito local en el que los

gerentes o directivos deciden como aplicar las normas y adaptarlas a las condiciones locales.

Acceso a los servicios: Es el grado de facilidad que tiene el usuario de hacer uso de los servicios de salud donde desee ser atendido. El acceso a los servicios implica que la prestación u otorgamiento de los servicios de salud no sean impedidos, limitados ni restringidos por barreras. Barreras: -geográficas, -económicas, -sociales, -culturales, organizacionales (servicios convenientes, horarios, turnos, tiempo de espera)-o lingüísticas.

Comodidad: Es importante porque influye en la expectativa del paciente. A menudo se relaciona con el buen trato, la cordialidad, CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD. Se puede considerar también como otra forma de comodidad ofrecer a los usuarios música, video, teléfono público, cafetería, albergues, etc. En suma la comodidad se refiere a las características de los servicios de salud que, aunque no están directamente relacionados con la eficacia del servicio, agregan valor y acrecientan la satisfacción del paciente.

Continuidad: Implica que los usuarios clientes puedan recibir la serie completa de los servicios de salud que necesitan sin interrupciones, suspensiones, ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento. La continuidad se logra asegurando que los usuarios retornen al mismo establecimiento y visiten al mismo proveedor de atención.

Seguridad: Es la relación entre el procedimiento realizado y sus riesgos potenciales. Implica la reducción de riesgos de infecciones, de efectos colaterales perjudiciales, de exposiciones innecesarias, etc. Todos aquellos peligros que para el usuario o para el proveedor pudieran derivarse de la prestación de servicios. La seguridad constituye una preocupación de todos los miembros del equipo de salud así como del paciente. Nuestro sistema de salud tiene la responsabilidad de asegurar que los servicios se presten con mínimo de riesgo.

Equidad: Equidad es dar a cada quien lo que le corresponde. (Igualdad es dar a todos por igual). Se debe establecer el marco regulatorio para el accionar de los prestadores del sector salud para aumentar progresivamente la equidad en la

provisión de los servicios expresados en:-Priorización de los sectores más pobres y vulnerables.-Financiamiento de la atención a los sectores más desprotegidos.- Paquetes de prestación de los servicios de salud y medicamentos

Imagen institucional: Está relacionada con el aspecto físico del establecimiento, al mantenimiento de la infraestructura, al orden, la limpieza, cumplimiento de horarios, el cuidado de áreas verdes, la señalización, etc

1.2.5. Auditando calidad.

La Auditoria Medica de las prestaciones y servicios en salud, no se aparta de las auditorias que se realizan en otros campos del quehacer humano en cuanto a proceso, objetivos, evaluación e informe, constituyéndose en un instrumento de perfeccionamiento y educación continuas, que permite tomar resguardos en aspectos técnicos, administrativos, éticos y médico-legales en búsqueda de la excelencia. Consiste en una evaluación sistemática, realizada por médicos que comparan las características o Calidad de la atención brindada y observada con la Calidad ideal y deseada, de acuerdo a criterios y normas preestablecidas. Las acciones anteriores se complementan con la gestión de riesgos, reclamos y conflictos, además de la realización de auditorías programadas en forma prospectiva, con una visión de futuro, de acuerdo a las necesidades institucionales.

La auditoría médica para Atehortúa Hurtado, Federico (2005) en Gestión y auditoria de la calidad para las organizaciones públicas, se la concibe como:

“Una instancia educadora más que punitiva y sancionadora, donde se trata de aprovechar las experiencias, tanto las negativas, a través del análisis de incidentes-accidentes, como de las positivas para ir introduciendo en forma gradual correcciones y mejoramiento en cada uno de los procesos de atención, para satisfacer los requerimientos de los pacientes y sus familiares y así poder cubrir las crecientes expectativas de los pacientes que acuden a nuestras instituciones de salud”.

En el cumplimiento de estos requerimientos, la Auditoría Medica se constituye en:
Un sistema de educación y perfeccionamiento continuos, preocupado de la Calidad, seguridad, calidez y humanidad de las prestaciones sanitarias, tratando de

lograrlo a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje, motivación y participación de todas y cada una de las personas que atienden pacientes.

Una instancia de mediación conciliación y solución de conflictos que puedan surgir en la relación médico-paciente, pariente e instituciones en beneficio de los involucrados y afectados.

Un sistema que más que sancionar tiene un carácter preventivo del error médico y reparador del mismo de carácter no punitivo. En cumplimiento de sus objetivos la Auditoria Médica tiene algunos campos de acción, los que solo enumeraremos:

Aspectos educativos: estimulando una educación y perfeccionamiento continuos, lo que permite la obtención del aprendizaje y experiencia para enseñar.

Aspectos Técnico-Evaluativos: a través de la calificación de actos y conductas, lo que implica un control de Calidad.

Aspectos de investigación: detección de problemas, deficiencias y grado de cumplimiento de las normas lo que facilita establecer y delimitar responsabilidad Medica.

Aspectos Normativos: estimulación en la elaboración y readecuación de guías clínicas, normas, protocolos y manuales de procedimiento, lo que facilita y objetiva el grado de cumplimiento y sujeción a estas.

Aspectos Médico-Legales: establecer que se cumplan las normas legales y las disposiciones sanitarias vigentes. A) Prevención de la mala praxis y el error médico. B) Recomendaciones para el manejo de conflictos. C) Tratamientos de conflictos y eventos potencialmente indemnizables. D) Actuación en estrecha colaboración con la asesoría legal de la institución.

Aspectos Éticos: promover el fiel cumplimiento de las conductas de las personas de acuerdo a las normas éticas y morales.

Aspectos financieros y de mercado: conociendo toda la información que proporciona la Auditoria Medica se puede analizar la Calidad, la prestación costo-beneficio y la eficiencia, permitiendo la elaboración de indicadores de Calidad. En todos los aspectos de la Auditoria Medica es de gran importancia trabajar en la elaboración de programas, readecuar protocolos, guías clínicas, manuales de procedimientos, desarrollar sistemas para los distintos procesos de atención sanitaria y controlar su funcionamiento.

Aún de mayor relevancia es hacer en la gestión sanitaria un uso juicioso de todos los medios y de la información generada, la cual al ser analizada, medida y evaluada, permite conocer la situación real y actualizada en que desarrollan los procesos, procedimientos y acciones en las distintas Unidades y servicios de un Hospital o clínica. Si contar con los distintos instrumentos, analizarlos, medirlos y evaluar los resultados es importante, es de mayor trascendencia poder tomar conciencia de las deficiencias y errores para poder introducir las modificaciones que permitan corregirlas y mejorar la Calidad y seguridad de los servicios; “el cambio no solo se produce al planificarlo sino también tomando conciencia de lo que no funciona”.

Se sabe que el aumento de la calidad conduce a una reducción de los costos a través de incurrir en menores faltas y/o errores como son las duplicaciones, readmisiones, dilaciones, y negligencias (lo que a su vez reduce los costos legales). Todo esto lleva a que los pacientes estén más satisfechos, lo que también redunda en que el personal haga otro tanto y vea cómo su orgullo por el trabajo se incrementa, creando un ambiente positivo que se traduce en menos ausentismo y en mayor creatividad.

Esto es, se incremente la motivación, no sólo por el propio trabajo, sino por mejorar de forma constante la calidad misma del servicio ofrecido. Dada la interrelación entre las tres dimensiones de la calidad que vimos anteriormente, es importante no perder el referente de TQM y analizar, al tratar de auditorías, los componentes que incumban a todas las dimensiones.

Para ello, será conveniente situarse desde la perspectiva del propio cliente en el convencimiento de que el hecho de seguir a algunos pacientes reales a través del proceso asistencial, anotar y analizar sus experiencias pueda ser más costo-efectivo

que los resultados de encuestas de opinión, a la vez que proporciona información para identificar áreas problemáticas del servicio.

El modelo del flujo de proceso de la calidad para el paciente, proporciona un marco adecuado para analizar servicios -entendiendo, a la vez, las percepciones de los pacientes/clientes- e identificar fallos, errores cuándo y dónde éstos ocurran.

El modelo subdivide el servicio en una serie de etapas (o fases) que pueden ser consideradas individualmente. En resumen, a través de las ocho fases del modelo (selección, entrada, primer contacto, valoración, intervención, revisión, cierre y seguimiento) se capacita como un proceso la visión de un servicio y el trabajo de cada persona.

1.2.6. La relación Médico-Paciente

La relación médico-paciente es una forma específica de manifestarse las relaciones humanas. Varios elementos se toman en cuenta. El primero es el del “ámbito”. La promoción, el sustento y la restauración de la salud es el ámbito en donde se da la relación. La prioridad en la relación es, entre otras, rescatar la condición humana del hombre que sufre, deteriorada en cierta medida por la enfermedad.

Una primera categorización es el modelo de relación médico-paciente, en el que se plantean tres tipos de relación: la matemática, la sacerdotal y la contractual. En una segunda categorización encontramos el modelo político de la relación, configurada por la relación médico-paciente tipo monárquica, oligárquica y democrática.

Una tercera categorización y que en cierta medida busca resumir las precedentes y muchas tanta existentes, es la que presenta a la relación médico paciente desplazándose entre dos polos que van desde el paternalismo a la autonomía. Al reflexionar sobre esta categorización, aludimos a los siguientes elementos constitutivos de la relación médico-paciente: universo valorativo, fines, aproximación, protagonistas, roles, tipo de comunicación, sentido y veremos cómo se manifiesta cada una de ellas dependiendo del tipo de relación.

1.2.7. Calidad y Responsabilidad

Observar el tema de la calidad en materia de auditoría no es referirnos a nada nuevo, ya que hace tiempo se trabaja en ello. Calidad de la atención médica, calidad de la prestación de salud. Existen autores que refieren que no basta con poner a disposición solamente los medios, los recursos, sino que es esencial que estos funcionen.

No se trata de una pretensión de cantidad, sino de calidad. Si bien hay un consenso acerca de las necesidades de mayores dosis de cuidados médicos, no lo hay en cuanto a los medios, a los sistemas, a los mecanismos, el derecho a la salud es de índole prestacional, y allí donde la prestación no llega, o es insuficiente cuantitativa y cualitativamente podrá afirmarse rotundamente que no hay derecho.

En relación a este tema que nos ocupa, sabemos que en nuestro país, son frecuentes los reclamos por una deficiencia en la atención médica en sentido cualitativo. Un paciente que ingresa a un centro asistencial, y que ante la desorganización del personal e infraestructural se ve frustrado en su pretensión decidiendo no continuar atendiéndose, no ilustra un ejemplo desconocido.

Muchas veces, es fácil observar que ese resultado, deviene claramente de un orden causal notoriamente atribuible a la deficiencia de la atención médica.

Cada individuo que requiere atención médica pone en acción todo el sistema y un acto en cualquiera de sus partes, sea en lo que hace a la faz de la prestación médica en sí como a la faz sanitaria, sean el control de una y otra, en la medida que pueda incidir en el restablecimiento del paciente, demorándolo, frustrándolo definitivamente o tornándolo más difícil necesariamente compromete la responsabilidad de quien tiene a su cargo la dirección y el control del sistema.

El Art. 34 de la Ley Orgánica de Salud (2006), dictamina que:

“Quien contrae la obligación de prestar el servicio de asistencia a la salud debe hacerlo en condiciones adecuadas el fin en función del cual ha sido establecido y es responsable de los daños que cause su incumplimiento o su ejecución irregular”.

El problema de la calidad se presenta siempre ante la disyuntiva de lo público y lo privado. Pero no se puede dudar que cada vez es más importante el factor “calidad de la atención médica” en un sector de creciente complejidad, y en el que se han impuesto fuertemente las reglas de la economía de mercado: libertad de elección, competencia, eficiencia, rentabilidad.

También es necesario hacer una adecuada gestión de reclamos, debiendo contar con una planificación, procedimientos y personal capacitado, ya que para una relación de ayuda y de servicio no bastan los conocimientos técnicos y teóricos, sino que se necesita tener una actitud empática y ser capaz de ponerse en el lugar del otro, para su adecuado reporte, manejo, tratamiento y resolución en la instancia correspondiente.

1.2.8. Capacitación a profesionales de la salud

La capacitación de los profesionales de la salud es un valor añadido para el sistema sanitario, para la economía, para la sociedad y para la calidad de vida de la población.

Hay suficiente evidencia científica y social, sobre que los problemas de salud de la población no se resuelven construyendo más hospitales y medicalizando a los ciudadanos.

Por supuesto que hacen falta excelentes instalaciones sanitarias, sean hospitales o centros de salud. Pero si se quiere proteger la salud de los ciudadanos, que es un derecho humano fundamental, se debe desarrollar una estrategia que ponga a la salud en el centro de todas las políticas.

Báscolo E. (2010) en Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de la Salud, acota:

“La salud pública tiene un carácter multiprofesional. Para que esta multiprofesión pueda articularse adecuadamente, parece razonable solicitar que los graduados en distintas profesiones compartan una visión multidisciplinaria común que les permita abordar los determinantes sociales de la salud y tomar conciencia del impacto de las políticas no sanitarias. La

puesta en marcha de la estrategia de salud en todas las políticas es hoy imprescindible”.

Las barreras que pueden obstaculizar los cambios son muchas: inercia institucional, deficiencia en los mecanismos de coordinación y cooperación entre sectores, niveles de gobierno y agentes, intereses económicos y pautas culturales, pero pueden contrarrestarse con voluntad política y una firme apuesta a un proceso de formación reflexión-acción innovador y con perspectivas.

1.2.9. Servicio de triage infantil

Según GHEZZI C. (2007) en la Experiencia en un Servicio de Urgencias Pediátricas

“Los sistemas Triage (neologismo: selección o clasificación) son una forma de organización de los servicios de urgencia. Toma en cuenta número de pacientes, urgencia del cuadro y recursos disponibles; busca mejorar la accesibilidad a la atención médica urgente y disminuir tiempos de espera”

Actualmente la inadecuada utilización de los servicios de urgencias pediátricos por parte de la población provoca una asistencia masiva y un incremento de la demanda asistencial, de manera que aproximadamente el 75% de los niños que demandan nuestra asistencia podrían ser atendidos en atención primaria.

Con el triaje realizamos un filtro para asegurar que las enfermedades no urgentes no interfieran en las de verdadera urgencia. Por tanto nuestro objetivo no es el diagnóstico sino priorizar el grado de urgencia y ubicar al niño en el lugar que le corresponda y en las condiciones adecuadas. “Un triaje bien realizado es la clave de la unidad de urgencias”.

Considerando a la enfermería como elemento constante en la urgencia infantil es imprescindible su preparación para una buena tarea de selección, obteniendo enfermeras/os capacitados para priorizar a los pacientes pediátricos según su gravedad y brindarles la primera atención basada en protocolos establecidos.

1.2.10. Definición

Gómez Jiménez J.(2009). Triage estructuratd urgències. Model Andorra de Triage (MAT), manifiesta que:

“El Triage en el ámbito sanitario se entiende como la función de clasificar a los enfermos antes de que reciban la atención asistencial que precisan. Por ello, se necesita una escala de clasificación válida, útil y reproducible y de un equipo tanto humano como material que permita realizar una priorización de los pacientes en base a su grado de urgencia según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable”.

La competencia del profesional en el Triage pediátrico es valorar inicialmente al niño que acude al servicio, así como clasificarlo y distribuirlo en base a su patología y necesidades asistenciales. Aplicar y/o realizar si proceden técnicas enfermeras tanto al niño como a sus acompañantes.

1.2.11. Objetivos

Mejorar la calidad asistencial del servicio garantizando la equidad en la asistencia valorando el nivel de gravedad y el tiempo de espera.

Diferenciar los casos realmente urgentes de aquellos que no lo son a partir de una serie de preguntas y protocolos establecidos clasificando a los enfermos según criterios de gravedad y no de llegada.

Disminuir la ansiedad del paciente y la familia al establecer una comunicación inicial y proveer información sobre el proceso de atención y tiempo de espera probable.

Aplicar, si procede, ciertas técnicas iniciales y básicas propias del ejercicio profesional. Determinar el área más adecuada para tratar a un paciente que se presenta en el servicio de urgencias. Facilitar confort al paciente pediátrico y a sus acompañantes en la medida de lo posible.

1.2.12. Escalas de Triage

La comunidad científica internacional coincide en recomendar los sistemas de Triage basados en escalas de 5 niveles de priorización, uniformes y estandarizadas, de ámbito nacional, como medida fundamental para garantizar la accesibilidad y mejorar la calidad de los servicios de urgencias hospitalarios.

Actualmente existen, de acuerdo con las recomendaciones de la Medicina basada en la evidencia, 5 escalas con suficiente peso específico para ser consideradas como de Triage estructurado:

- Australasian Triage Scale (ATS). Publicada el 1993 y revisada el 2000.
- Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS). Desarrollada en 1995.
- Manchester Triage System (MTS). Introducido en 1996.
- Emergency Severity Index (ESI). Desarrollado en EEUU en 1999.
- Modelo Andorrano de Triage (MAT). Aprobado por el Servicio Andorrano de Atención Sanitaria en el año 2000.

Estos modelos están diseñados para el paciente adulto.

La escala canadiense de Triage y gravedad pediátrica (Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale: PaedCTAS) se ha desarrollado como complemento de la Escala Canadiense de Triage y gravedad para los Servicios de Urgencias (CTAS). Las diferencias específicas reflejan las circunstancias y condiciones únicas de los niños. La escala se basa en las presentaciones habituales, síntomas o síndromes y cada niño ha de ser triado en función de su edad, estado de desarrollo y gravedad, considerando sus aspectos socio-familiares y culturales.

Actualmente la Sociedad Catalana de Pediatría (SCP) ha creado un grupo de trabajo multicéntrico coordinado por el Hospital de San Juan de Dios (Barcelona) para el desarrollo de un sistema de triaje específico para urgencias en pediatría (ETP).

La necesidad de crear un modelo de triaje específico pediátrico está justificada por las abismales diferencias entre el niño y el adulto que abarcan desde las patologías, los síntomas y la entrevista, hasta los procedimientos, técnicas y materiales.

Niveles de priorización

Gómez Jiménez J.(2009) en Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias, dice que:

“Los pacientes serán valorados en el menor tiempo posible por el profesional encargado del triaje, el cual aplicará los criterios de la escala para asignar el nivel de urgencia del I al V. El nivel del triaje asignado determinará el orden en que los pacientes serán atendidos por el personal facultativo y de enfermería”.

Nivel I: Se adjudica a los pacientes que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato.

Tiempo de atención de enfermería inmediato

Tiempo de atención del facultativo inmediato

Nivel II: Pacientes en situación de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital inmediato y cuya intervención depende radicalmente del tiempo. Son situaciones de alto riesgo, con inestabilidad fisiológica o dolor intenso.

Tiempo de atención de enfermería inmediato

Tiempo de atención del facultativo 15 minutos

Nivel III: Lo constituyen las situaciones urgentes, de riesgo potencial, que generalmente requieren múltiples exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas en pacientes con estabilidad fisiológica (constantes vitales normales).

Tiempo de atención de enfermería 30 minutos

Tiempo de atención del facultativo 30 minutos

Nivel IV: Son situaciones menos urgentes, potencialmente serias y de una complejidad-urgencia significativa. Suelen necesitar una exploración diagnóstica y/o terapéutica

Tiempo de atención de enfermería 60 minutos

Tiempo de atención del facultativo 60 minutos

Nivel V: Son situaciones no urgentes que generalmente no requieren ninguna exploración diagnóstica y/o terapéutica.

Tiempo de atención de enfermería 120 minutos

Tiempo de atención del facultativo 120 minutos

Actualmente sólo la escala canadiense tiene una versión pediátrica (PaedCTAS) que en realidad difiere en muy pocos aspectos de la de los adultos. De ésta versión pediátrica no se ha publicado hasta la fecha ningún estudio de validación, sino únicamente un estudio de concordancia, con resultados bastante discretos.

En los trabajos publicados con las diferentes escalas el MAT es el que ha obtenido mejores resultados y ha sido el recomendado para implantarse en los hospitales catalanes y españoles. Además dispone de un software para su aplicación práctica, el Programa de Ayuda al Triage (PAT) cuya validación ha sido ya publicada.

El MAT está diseñado para su uso en pacientes adultos y está pendiente de adaptarlo al paciente pediátrico.

Motivos de consulta / Nivel de triaje (MAT)

Nivel I Resucitación

- Paro
- Trauma mayor
- Estado de shock
- Asma en preparó
- Insuficiencia respiratoria grave
- Estado mental alterado (inconciente/delirando)
- Status epiléptico

Nivel II Emergente

- Trauma craneal (signos de riesgo ± estado mental alterado)
- Trauma severo
- Estado mental alterado (letargia, somnolencia, agitación)
- Ojos: explosión productos químicos
- Reacción alérgica severa
- Dolor torácico visceral, no traumático
- Sobredosis (consciente), síndrome de abstinencia drogas
- Dolor abdominal (> 50años) con síntomas viscerales
- Dolor de espalda (no traumático, no músculo-esquelético)
- Sangrado gastrointestinal con signos vitales alterados
- AVC con déficit mayor
- Asma severa (PFR < 40%)

Moderada/ severa disnea/ dificultad en respirar
Sangrado vaginal agudo, escala de dolor > 5, $\pm$ signos vitales alterados
Vómitos y/o diarrea (con sospecha de deshidratación)
Signos de infección severa (erupción purpúrica, tóxica)
Quimioterapia o inmunodeprimido
Fiebre (lactante $\leq$ 3 meses con T^a rectal $\geq$ a 38°)
Episodio psicótico agudo/ agitación extrema
Diabetes: hipoglucemia, hiperglicemia
Cefalea (escala del dolor 8-10/10)
Escala del dolor 8-10, (dolor cólico, espalda, ojos)
Agresión sexual
Neonato < 7 días

Nivel III Urgente

Traumatismo craneal, alerta, vómitos
Traumatismo moderado
Abuso-negligencia-agresión
Vómito y/o diarrea $\leq$ 2 años
Problemas de diálisis
Signos de infección
Leve - moderado asma (PEFR >40%)
Leve - moderada disnea (dolor torácico sin sintomatología visceral (punzante y músculo-esquelético), sin antecedentes de ataque al corazón
Sangrado gastrointestinal con signos vitales normales
Sangrado vaginal agudo. Signos vitales normales
Crisis comicial consciente a la llegada
Psicosis $\pm$ intento de suicidio
Escala de dolor 8-10/10 con daños menores
Escala de dolor 4-7/10(cefalea, dolor cólico espalda)

Nivel IV Menos urgente

- Traumatismo craneal, despierto, sin vómitos
- Traumatismo menor

- Dolor abdominal (agudo)
- Dolor de oído
- Dolor torácico, trauma menor o músculo-esquelético, no diseñá
- Vómitos y/o diarrea (>2 años sin deshidratación)
- Intento de suicidio/ depresión
- Reacción alérgica (menor)
- Cuerpo extraño en cornea
- Dolor de espalda (crónico)
- Síntomas de infección de orina
- Escala de dolor 4-7
- Dolor de cabeza (No migraña, no súbito)

Nivel V No urgente

- Traumatismo menor. No necesariamente agudo
- Dolor de garganta, sin síntomas respiratorios
- Diarrea (sin deshidratación)
- Vómitos, estado mental normal,(sin deshidratación)
- Alteraciones menstruales
- Síntomas menores
- Dolor abdominal (crónico)
- Dolor psiquiátrico
- Escala de dolor <4

Con frecuencia los niños tienen dificultades para expresar su patología, la colaboración de los padres y/o acompañantes es fundamental. El diagnóstico en los niños no es tan importante como el reconocimiento de su potencial de empeoramiento rápido primando la reevaluación constante.

Es importante la evaluación y control de los signos vitales objetivos en los niños que ha de ser rápida, concisa y precisa, basada en una observación meticulosa registrando el aspecto general y los signos y síntomas que procedan para su categorización.

El triaje ha de ser realizado en un ambiente adecuado y ha de ser llevado a cabo por profesionales cualificados y entrenados. Es fundamental para el personal del triaje conocer los signos vitales de los niños ajustados a la edad.

Dado que en el triaje no se establecen diagnósticos médicos, parece claro que esta función puede y debe recaer en el personal de enfermería.

1.2.13. Triage pediátrico

Gómez Jiménez J, Torres Trillo M, López Pérez J, Jiménez Murillo L. (2008). Curso de formación de triaje estructurado de urgencias y emergencias, anota que:

“Los niños presentan problemas de riesgo vital con menos frecuencia que los adultos, pero tienen más riesgo de presentar signos o síntomas de enfermedad grave de forma sutil, o deterioro rápido. La valoración de los síntomas en el niño, especialmente en los pequeños, es difícil e interferida por la angustia familiar”.

La valoración de la edad pediátrica, del estado fisiológico del niño ajustado a la edad (nivel de conciencia y reactividad, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca y perfusión) y las reevaluaciones frecuentes son fundamentales en el triaje infantil.

Recursos humanos

Personal con formación de 4º. Nivel, específicamente en urgencias de pediatría, con buena capacidad de comunicación, tacto, paciencia, capacidad de comprensión y discreción.

Gran capacidad de organización y resolución en situaciones difíciles.

La enfermera del triaje es el primer contacto del paciente pediátrico y su familia con el servicio de urgencias. La primera impresión deberá:

- Transmitir seguridad y control
- Informar de lo que ocurre y anticiparse a los procedimientos que van a seguir
- Utilizar un lenguaje comprensible
- Dar sensación de control de la situación
- Apoyo emocional

Todo ello ayudará a aliviar la ansiedad, transmitiendo seguridad e informándoles de la posibilidad de re acudir ante cualquier duda y/o cambio en la situación clínica.

La enfermera de triaje ha de tener acceso rápido o estar en contacto con el área administrativa del servicio y con la sala de espera de pediatría teniendo un control visual de la misma, y así:

- Recibir a los pacientes y sus familiares en un consultorio privado, con la máxima confidencialidad y de forma agradable y empática.
- Realizar una rápida evaluación clínica mediante:
- Entrevista al niño y a la familia.
- Exploración-observación subjetiva del estado del niño
- Monitorización de las constantes vitales que precise según la clínica del paciente.
- Registrar dicha valoración
- Asignar el nivel de triaje
- Realizar si proceden curas y/o cuidados enfermeros
- Ubicar al niño en el área que proceda
- Informar al equipo de urgencias (médico y enfermería) mediante el sistema operativo en el servicio. Aporte informático o manual.
- Mantener a los pacientes y a sus familiares informados
- Reevaluar periódicamente a los pacientes durante su espera y modificar si procede su nivel de triaje

1.2.14. información al paciente

La orientación de los servicios sanitarios hacia la satisfacción de las necesidades de pacientes y usuarios implica que cuando se habla de calidad se tengan presentes dos dimensiones estrechamente ligadas: por un lado, la aplicación de la ciencia para la solución de un problema (calidad científico-técnica) y, por otro, la calidad percibida por el usuario (o lo que es lo mismo, el resultado de la diferencia entre lo que el paciente o usuario espera del servicio y lo que dice haber obtenido). Esta última dependerá, entre otros factores, de cómo se produzca la interacción entre el usuario y los profesionales que prestan los servicios, así como de las expectativas que previamente se haya formado aquél.

Aso Escario J, Martínez Quiñones JV, Arregui Calvo R.(2006) en Aspectos médico-legales en Pediatría: Consentimiento informado, capacidad y cuestiones afines, dice que:

“Proporcionar información asistencial a los pacientes es necesario para el correcto desarrollo de la relación sanitario-paciente y, a buen seguro, se erige en un factor determinante en la adecuación de las expectativas de los usuarios al resultado final de la prestación del servicio”.

Nuevo marco de relación médico-paciente

Es importante recordar brevemente el cambio operado en la relación médico-paciente. Así, de una conducta de la profesión sanitaria (pues no sólo hablamos de médicos) basada en el principio de beneficencia, donde el enfermo se entregaba sin más a los conocimientos del profesional, se ha pasado a una relación horizontal, fundamentada ahora en el principio de autonomía. Esto significa que la opinión del enfermo respecto a los procesos diagnósticos y terapéuticos que le afecten ha de ser considerada; tanto es así que se necesita la prestación de su consentimiento de forma previa a cualquier actuación sanitaria.

Características de la información: mínimos de calidad.

La información clínica como todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla y recuperarla.

Su primer apartado establece que los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley (...). La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

La información estará presente en todas las actuaciones en el ámbito de la salud, las cuales conforman un proceso continuado, debiéndose proporcionar toda la que esté disponible y sea relevante. No pretende el legislador que la información que se

proporcione sea "completa" pues ello podría suponer un exceso de información que, "dificultaría el desempeño de la función médica con la imposición a los facultativos de exhaustivas indicaciones de todas y cada una de las eventualidades imaginables, por remotas y excepcionales que pudieran resultar, lo que pugnaría con la claridad que la comprensión de la información suministrada requiere.

Domínguez Luelmo A.(2007) en Derecho sanitario y responsabilidad médica, indica que:

"La exigencia de información ha de entenderse a lo razonable en los términos requeridos por la necesaria ilustración del paciente sobre su estado de salud y la consciente adopción por él de las decisiones que le conciernen, con ponderación de los riesgos y beneficios que de las alternativas ofrecidas puedan previsiblemente derivarse".

La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, amplía el catálogo de características y establece que la información será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad:

- a) Veraz: no se debe engañar al paciente, si bien en ocasiones la información puede ser omitida por necesidad terapéutica, es decir, cuando el conocimiento del paciente de su dolencia perjudique a su salud de manera grave.
- b) Comprensible: el lenguaje empleado para transmitir la información tiene que tener en cuenta al destinatario, lo que significa que deberá adaptarse a su nivel intelectual y cultural. Ello no impide utilizar un lenguaje técnico, siempre y cuando luego se expliquen de manera clara y llanamente al paciente las actuaciones del proceso asistencial.
- c) Adecuada: a las circunstancias personales del paciente (edad, estado de ánimo, etc.), a la extensión requerida por el paciente (información disponible), proporcionada en el momento adecuado, de manera que permita la toma de decisiones con la suficiente antelación, siempre que fuera posible, adecuada a la finalidad de la misma (dar a conocer el estado de salud, obtener el

consentimiento, conseguir la colaboración activa, planificar actuaciones futuras, etc.).

En todo caso, la información no estará nunca dirigida a buscar una decisión determinada del paciente, debiendo evitar cualquier tipo de manipulación.

La información, con carácter general, se proporcionará verbalmente, dejando constancia en la historia clínica. No se indica en la norma cómo ha de realizarse tal constatación, por lo que podría utilizarse cualquier expresión o indicación de que se ha proporcionado información al paciente. En todo caso, ello no exime de la obligación de prestar la información y de que en la historia clínica se reflejen los datos relevantes del proceso asistencial que, en muchos casos, pueden constituir de por sí indicios que lleven a los tribunales a considerar que la información ha sido prestada. Este aspecto es especialmente importante puesto que en la práctica judicial se ha considerado a la historia clínica como elemento de prueba de especial importancia.

Responsabilidad de informar

Incumbe al médico responsable del paciente, sin perjuicio de la que corresponde también a los profesionales que le atiendan (al paciente) durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto. De la lectura de la norma parece desprenderse que si bien todo profesional tiene obligación de informar, se sitúa al profesional responsable como garante último de la prestación de la información o de, al menos, constatar que ésta ha sido proporcionada. Pero ¿quién tiene la consideración de responsable? El coordinador que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, dejando a salvo las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

Sin embargo, en la práctica habitual no resulta fácil determinar quién asume el papel de médico responsable (equipos multidisciplinares, intervención de diferentes niveles asistenciales). Se establece entonces, el principio de cooperación multidisciplinar, el cual se traduce en que se apliquen criterios de distribución de funciones y tareas

entre los miembros de los equipos, así como la necesaria cooperación y colaboración. Desde esta perspectiva, las propias instituciones sanitarias son quienes, en el ejercicio del poder de dirección, asumen a su vez una responsabilidad directa, debiendo velar por la implementación y utilización de protocolos y guías que identifiquen a los responsables de proporcionar información asistencial.

Es importante, llegados a este punto, destacar que se ha impuesto la doctrina de que sea el profesional o la institución quien acredite que se ha cumplido el deber de informar por cualquiera de los medios admitidos en derecho, de forma que es perfectamente admisible la información verbal.

Se concuerda con Antequera Vinagre JM. (2005) en Problemática profesional, mismo que manifiesta que:

“Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención. No obstante, en muchas ocasiones las personas son reacias a constatar por escrito lo que manifiestan verbalmente. Ante tal situación, es recomendable que, además de dejar constancia de la negativa en la historia clínica, el profesional solicite la presencia de otros profesionales que asuman el papel de testigos”. (Pag. 45-47).

Para finalizar, proporcionar información clínica en los términos expuestos a lo largo de este trabajo puede ser un elemento determinante en la prestación de una asistencia sanitaria de calidad, pues facilita la comprensión del paciente de su proceso asistencial, ayudándole a enfrentarse a su propia enfermedad, pudiéndose evitar reacciones imprevista de éstos o a mitigarlas frente a determinadas consecuencias. Por otro lado, permite al sanitario establecer la base para futuras actuaciones teniendo presente la voluntad de los pacientes.

Pero a su vez se consume un tiempo que, en numerosas ocasiones, no es facilitado por el sistema sanitario, si bien la puesta en práctica de la norma y la búsqueda de la calidad obligan a que tal problema haya de ser afrontado por los poderes públicos competentes, adoptando medidas y proporcionando medios para que se alcancen los fines perseguidos.

De igual modo, los profesionales sanitarios son protagonistas en este proceso, debiendo trasladar a su trabajo diario el cambio cultural que ha recogido la norma y que ha conformado como parte esencial y contenido necesario del desempeño de su profesión, sin perjuicio de que, para ello, tal y como he comentado, cuenten con los medios y apoyos necesarios, y sin que quepa derivar la responsabilidad únicamente a una deficiencia de medios o recursos.

CAPITULO II

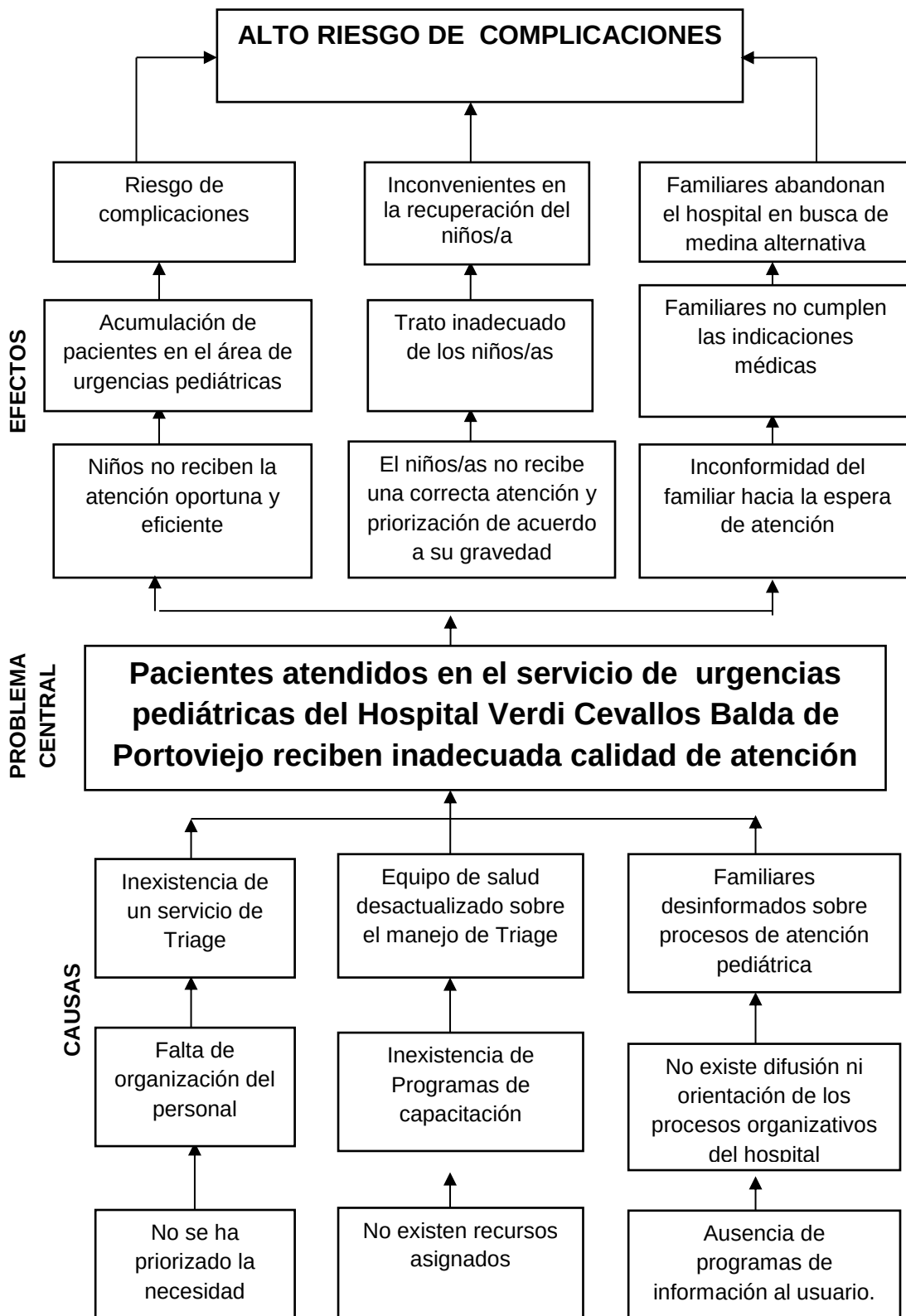
DISEÑO METODOLOGICO

2.1 Matriz de involucrados

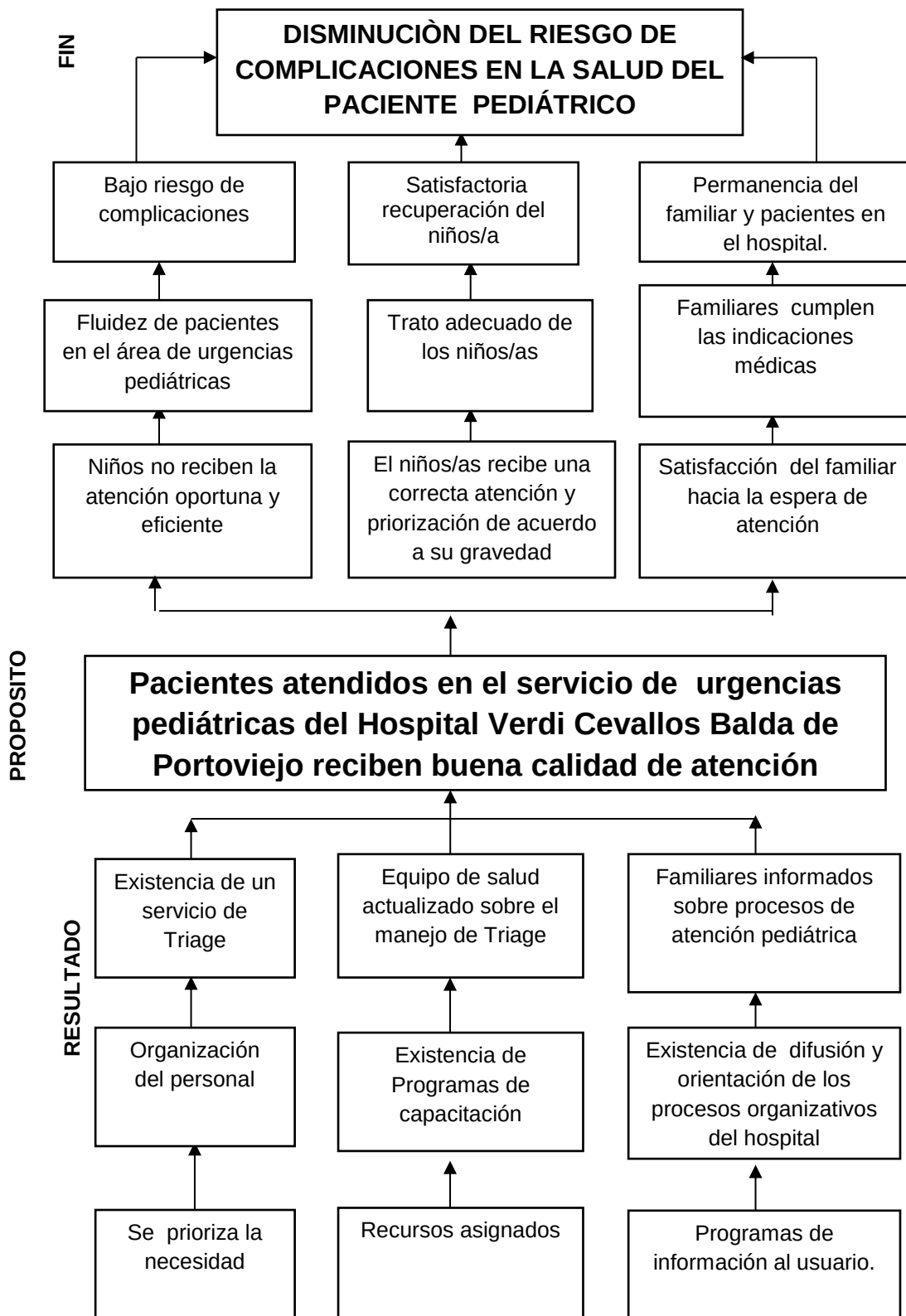
Grupos y o Instituciones	Intereses	Recursos Mandatos	Problemas Percibidos
Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.	Trabajar por mejorar la calidad de atención de los usuarios.	Recursos: Financieros. Materiales. Mandatos: Art. 46.- Atención a los menores, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.	- Calidad de atención inadecuada. - La demanda excede a la oferta. - Los recursos humanos, materiales y financieros no alcanzan a cubrir el exceso de la demanda. - No existe área de Triage para seleccionar a los pacientes según la atención que ameritan.
Médicos, enfermeras, internos.	Realizar un trabajo en equipo para brindar atención de calidad al usuario pediátrico.	Recursos: Humanos. Materiales. Mandato: Promover la salud y prevenir la enfermedad	- Falta de capacitación continua en el manejo del Triage. - Demanda excesiva de usuarios en urgencias pediátricas. - Explotación del recurso humano. - Períodos prolongados en la espera de la atención. - Asistencia de pacientes con complicaciones. - Abandono del tratamiento. - Prolongación del tiempo de recuperación.
Maestrante	Realizar un proyecto de mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de urgencias pediátricas del	Recursos: Humanos. Materiales. Mandato: Responder a las demandas	- Inexistencia de un área de Triage para dar atención médica más ágil. - Capacitación continua al personal. - Recursos económicos mal administrados.

	hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.	sociales, laborales y de investigación, como maestrante de la UTPL	• Desinformación a los usuarios.
Usuarios de las comunidades	Que los niños que acudan a recibir atención en los servicios de salud, sean atendidos por profesionales, en forma confortable con calidad y eficiencia.	Mandato: Artículo 46: • Atención a los niños y niñas en forma prioritaria en caso de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.	• Población desinformada sobre los servicios que prestan los sistemas de salud. • Larga espera en la atención médica. • Inexistencia del área de Triage. • Falta de atención profesional para el paciente pediátrico. • Complicaciones en la salud de los niños. • Necesidad de buscar medicina alternativa para sanar a los niños.

2.2. Árbol del problema



2.3. Árbol de objetivos



2.4. Matriz del Marco Lógico

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN Contribuir a disminuir las complicaciones en la salud del paciente pediátrico			• Apoyo y compromiso de las autoridades del Hospital y del personal medico
PROPÓSITO Pacientes atendidos en el servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Verdi Ceballos Balda de Portoviejo reciben buena calidad de atención	• Al 31 de diciembre del 2011, el 90% de los pacientes atendidos en el servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Verdi Ceballos Balda de Portoviejo reciben buena calidad de atención	• Datos estadísticos. • Encuestas de satisfacción.	• Involucramiento de las autoridades y equipo de salud del hospital.
RESULTADOS			
RESULTADO 1 Servicio de Triage conformado y funcionando.	• Hasta 23-07-2010 el 100% del Servicio de Triage conformado • Hasta 30-08-2011 el 100% Servicio de Triage funcionando.	• Fotografías • Oficios • Flujo grama por atención • Formularios de atención	• Apoyo del personal de salud en la conformación del servicio • Compromiso en la atención a los pacientes pediátricos
RESULTADO 2 Personal del servicio de urgencias pediátricas capacitado en el manejo del Triage.	• Hasta el 14 de Junio del 2011 el 100% del personal del servicio de Triage capacitado.	• Talleres de capacitación • Evidencias fotográficas • Registros de asistencia • Evaluación de la capacitación	• Personal participando en la capacitación.
RESULTADO 3 Familiares informados sobre la atención que brinda el área de urgencias pediátricas.	• Hasta 15-09-2011 el 75% de padres y familiares son informados sobre el sistema del	• Plan de capacitación • Material didáctico • Evidencias fotográficas	• Familiares y padres de familia participando activamente en la capacitación

	Triage.		
--	---------	--	--

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS
RESULTADO 1: Servicio de Triage conformado y funcionando.			
1.1. Entrevista con el Director Medico del Hospital para comunicar el proyecto • Firmar compromiso.	Maestrante	15 de Julio del 2010	• Material de oficina \$10,00
1.2. Conformación del servicio • Reunión con el personal de Pediatría para socializar proyecto • Conformación de la estructura y funcionamiento del servicio • Reunión para la Conformación del Comité de elaboración de protocolo	Maestrante	23 de Julio y 15 de agosto del 2010	• Material de oficina \$50,00
1.3.Diseño y aprobación de Protocolo de Triage Pediátrico: • El Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP) • El motivo de consulta principal • Los signos vitales • Niveles de Clasificación	Maestrante	3 de Febrero del 2011	• Materiales de oficina • Impresiones • Anillados \$200.00
1.4.Ejecucion del protocolo • Funcionamiento del Triage pediátrico el al atención a los usuarios	Maestrante	30de Agosto del 2011	• Impresiones • Anillados \$100.00
RESULTADO 2: Personal del servicio de urgencias pediátricas capacitado en el manejo del Triage.			
2.1 Elaboración del plan de capacitación. Temas: • Emergencias en niños • Manejo de Triage	Maestrante	Del 21 al 24 de Abril del 2011	• Materiales de oficina • Textos • Internet \$ 40,00

Pediátrico • Normas de ingreso a Triage Pediátrico • Protocolo de Triage Pediátrico • Triage pediátrico: un sistema efectivo de priorización en los servicios de urgencia • Atención integral al paciente pediátrico • Proceso en el área de Triage Pediátrico • Triage prehospitalario basado en la evidencia			
2.2. Envío de oficio al Director del Hospital para solicitar autorización: Uso de ambientes y materiales audiovisuales	Maestrante	5 de Mayo del 2011	• Materiales de oficina \$25,00
2.2. Preparación del material didáctico y búsqueda de recursos para la capacitación • Búsqueda de expositores • Elaboración de invitaciones • Diseño de trípticos, papelògrafos, diplomas, etc). • Envío de oficios	Maestrante	Del 2 al 13 de Mayo del 2011	• Materiales de oficina • Textos • Internet \$ 100,00
2.3. Ejecución de la capacitación • Bienvenida a los participantes • Registros de firmas • Ejecución del cronograma	Maestrante Expositores	14 ,16 y 17 de Mayo 2011 1.2 y 3 de Junio 2011 13 y14 de Junio del 2011	• Materiales de oficina • Material didáctico • Refrigerios • \$ 300,00
2.4.Evaluación de la capacitación • Aplicación de encuestas de satisfacción	Maestrante	14 de Junio del 2011	• Material de oficina \$ 90.00
RESULTADO 3: Familiares informados sobre la atención que brinda el área de urgencias pediátricas.			
3.1. Elaboración del plan de	Maestrante	Del 18 al 27 de	• Materiales de

capacitación. • Metodología para informar al paciente • Elaboración del Cronograma Temas: • Triage pediátrico • Cuando hacerse • Objetivos • Importancia • Prioridades		Julio del 2011	oficina • Internet • \$ 55,00
3.2.Elaboración de material informativo (carteles, trípticos) • Colocación de carteles y entrega de tríptico a los usuarios	Maestrante	Del 1 al 31 de Julio del 2011	• Materiales de oficina • Internet \$ 45,00
3.3 Difusión a través de medios de información (revista hospitalaria)	Maestrante	Del 1 al 30 de Agosto del 2011	• Materiales de oficina • Transporte • \$ 400.00
3.4 Ejecución de la capacitación	Maestrante	Del 20 al 24 de Agosto del 2011	• Materiales de oficina • Material didáctico • \$ 300,00
3.4 Evaluación del sistema informativo • Aplicación de encuesta de satisfacción	Maestrante	24 de Agosto y Septiembre del 2011	• Material de oficina 50,00

CAPITULO III

RESULTADO No. 1

SERVICIO DE TRIAJE CONFORMADO Y FUNCIONADO

1.1. Entrevista con el Director Médico del Hospital para comunicar el proyecto y firmar compromiso.

Para el cumplimiento de esta actividad el 15 de Julio del 2010, se envió la comunicación al Director del Hospital Dr. Julio Gonzales, para solicitarle la respectiva autorización para la ejecución del proyecto. Además se firmó un acta de compromiso entre ambas partes. (Ver Imagen No. 5)

Imagen No. 5

Acta de compromiso entre la maestrante



PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, AÑO. 2011

ACTA DE COMPROMISO

En el Cantón Portoviejo, Provincia de Manabí, a los dieciocho días del mes de Julio del año dos mil diez, siendo las 10H00, en la Oficina de la Dirección Médica del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo, previa convocatoria verbal de las partes involucradas, se llevó a cabo la sesión de trabajo con el **Dr. Julio González García**, Director Médico; y, la **Dra. Rita Briones Alcivar**, Maestrante de la UTPL, para revisar el proyecto de mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de urgencias pediátricas, elaborado por la suscrita, el cual se implementará en el área de emergencia pediátrica de esta institución.

El Dr. Julio González, en representación de la Institución, luego de la revisión del Proyecto, procedió a aprobarlo, comprometiéndose a apoyar con todos los recursos necesarios y disponibles para que éste se cumpla a cabalidad.

Siendo las 10H30, se da por terminada esta sesión de trabajo y como constancia de lo actuado, los suscritos firman para los fines legales pertinentes.

Portoviejo, Julio 18/2010.


Dr. Julio González García,
DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL


Dra. Rita Briones Alcivar
MAESTRANTE U.T.P.L.

Dra. Rita Briones Alcivar
MAESTRANTE U.T.P.L.
2010-2011

1.2. Conformación del Servicio

Para cumplir con esta actividad, el día 23 de Julio del 2010 se realizó una reunión con el personal de emergencia pediátrica, para exponer de manera detallada el proyecto a ejecutarse en el Hospital. Asistieron a esta reunión 45 miembros del equipo de salud entre ellos médicos, internos, y enfermeras que laboran en el área de emergencia pediátrica (Ver Imagen No. 6), quedando establecida una reunión con fecha de 26 de Julio del 2010 para conformar el servicio.

En la fecha antes mencionada se llevo a cabo una reunión con el personal de emergencia pediátrica para la conformación del servicio, la cual fue llevada con éxito, dado que el personal se intereso en dar opiniones según su experiencia para dicho proyecto.

Imagen No. 6

Reunión con el personal de emergencia para la conformación del área de Triage



Reunión con el personal de emergencias para la conformación del área de triage

1.3. Conformación del Comité de elaboración de protocolo

Para cumplir con esta actividad, el día 15 de Agosto del 2010, a las 15H00 en la Dirección del Hospital, se realizó una reunión por una parte, el Dr. Julio González, Director del Hospital; Dra. Carmen Campuzano, Subgerente Médico; Dr. Fernando Rodríguez, Jefe de Área Emergencia; Dr. Tito Mora Arteaga; Dr. Cristóbal Alvarado; y, Lcda. Betsy Velásquez; y, por otra parte la Dra. Rita Briones Alcívar, para conformar el Comité de Elaboración del Protocolo de Triage Pediátrico del Servicio

de Emergencia del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo. El comité quedó conformado de la siguiente manera:

Dra. Carmen Campuzano, Presidenta; Dr. Cristóbal Alvarado, Lcda. Besty Velásquez y Dra. Rita Briones Alcívar, Coordinadores. (Ver Imagen No. 7)

Ver Imagen No. 7

Acta de reunión de designación del comité de Elaboración del protocolo de Triage

 PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, AÑO. 2011

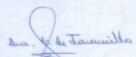
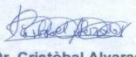
ACTA DE REUNIÓN DE DESIGNACIÓN DEL COMITÉ DE ELABORACIÓN DE PROTOCOLO DE TRIAGE

En Portoviejo, provincia de Manabí, a las 15H00 del día quince de agosto del año dos mil once, en la oficina del Gerente Médico, nos reunimos, por una parte, el Dr. Julio González, Gerente Médico; Ing. Mario Rodríguez, Gerente Administrativo; Dra. Carmen Campuzano, Subgerente Médico; Dr. Fernando Rodríguez, Jefe de Área Emergencia; Dr. Tito Mora Arteaga; Dr. Cristóbal Alvarado; y, Dra. Betsy Velásquez; y, por otra parte la Egresada de la Maestría en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, Dra. Rita Briones Alcívar, para conformar el Comité de Elaboración del Protocolo de Triage Pediátrico del Servicio de Emergencia del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo.

Luego de realizar un consenso, se llegó a la conclusión de que los Dres. Carmen Campuzano, Cristóbal Alvarado, Betsy Velásquez y Rita Briones, fueran quienes conformarían en comité de elaboración de protocolo de triage pediátrico, por ser parte ésta área estratégica.

El comité quedó conformado así:
Dra. Carmen Campuzano, Presidenta
Dres. Cristóbal Alvarado, Besty Velásquez y Rita Briones Alcívar, Coordinadoras

Los suscritos, se comprometen a colaborar en todo lo que esté a su alcance en bien del área donde trabajan y por ende de la institución.

 Dra. Carmen Campuzano PRESIDENTA DEL COMITÉ	 Dr. Cristóbal Alvarado V. PEDIATRA Reg. MSP: L. VI F. 1637 No. 4727 Dr. Cristóbal Alvarado COORDINADOR
 Dra. Betsy Velásquez COORDINADORA	 Dra. Rita Briones Alcívar COORDINADORA

Dra. Rita Briones Alcívar
MAESTRANTE U.T.P.L.
2010-2011

1.4. Diseño y aprobación del protocolo de Triage Pediátrico

Con fecha 3 de Febrero del 2011, se recolectó la información para la elaboración del protocolo de Triage Pediátrico de fuentes como: Internet, libros, revistas, folletos, y otros documentos hábiles. Una vez redactado el protocolo, se lo lleva a revisión al Jefe del Área de Emergencia, pediatría y neonatología. Una vez revisado y aprobado, se lo entrega a los miembros del área. (Ver Imagen No. 8)

Imagen No. 8
Revisión del protocolo de Triage



Revisión del protocolo de Triage con los Jefes de Pediatría y Neonatología y con el personal del Urgencias Pediátricas

PROTOCOLO DEL TRIAGE PEDIATRICO

HOSPITAL REGIONAL Y DOCENTE
“DR. VERDI CEVALLOS BALDA” DE PORTOVIEJO.
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE TRIAGE PEDIATRICO BASADO EN LA
CLASIFICACIÓN CANADIENSE MODIFICADA PEDIÁTRICA, APLICADA A LA
REALIDAD SANITARIA DE NUESTRO HOSPITAL.

INDICE

- 1. INTRODUCCIÓN***
- 2. PROBLEMATIZACIÓN:***
- 3. JUSTIFICACIÓN:***
- 4. OBJETIVOS***
 - 4.1. GENERAL:***
 - 4.2. ESPECÍFICOS:***
- 5. PROPUESTA***
 - 5.1. EL TRIANGULO DE EVALUACIÓN PEDIATRICA (TEP)***
 - 5.2. EL MOTIVO DE CONSULTA PRINCIPAL***
 - 5.3. LOS SIGNOS VITALES***
- BIBLIOGRAFÍA***

1. INTRODUCCIÓN

El incremento progresivo de consultas que acuden en busca de atención médica en el servicio de urgencias es un hecho referido a nivel internacional y la causa de que se hayan desarrollado estrategias para gestionar en forma eficiente el buen trato y tratamiento de los pacientes.

Según el Sistema Nacional de Triage por prioridades en nuestro país no existe una organización adecuada para la atención de pacientes que acuden a las salas de emergencias, aunque existe en algunos hospitales un área física asignada como Triage, que no cumple con los objetivos básicos de la clasificación de pacientes.

Al momento se realiza este Triage de manera muy subjetiva y algunas veces por personal no profesional (estudiantes, auxiliares de enfermería y hasta guardias de seguridad).

Siendo el servicio de urgencias la carta de presentación de los hospitales y un índice de la valoración de la calidad de atención, el Ministerio de Salud Pública está incrementado el sistema de Triage de adultos basado en el sistema canadiense de Triage o Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS). Dentro de ésta clasificación no están tomados en cuenta los niños y niñas menores de 12 años, que acuden en búsqueda de atención médica en urgencias pediátricas. Recordemos que los niños no son adultos pequeños, y precisan en muchas ocasiones de atención urgente basándose en las diferencias específicas que reflejan las circunstancias y condiciones únicas de los niños.

Es por ello que se ha sugerido como proceso del mejoramiento de la calidad de atención en urgencias implementar el servicio de TRIAGE PEDIÁTRICO, en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, basado en la escala canadiense de Triage y gravedad pediátrica, (Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale: PaedCTAS, con pequeñas modificaciones, aplicada a nuestra realidad sanitaria, realizando protocolos de atención en base a las necesidades de nuestra institución, optimizando de ésta manera tanto los recursos humanos como materiales y previniendo las complicaciones que pueden presentarse durante el período de espera de la atención.

2. PROBLEMATIZACIÓN:

La provincia de Manabí con su capital la ciudad de Portoviejo se halla conformada por 12 Áreas de Salud, 4 Hospitales Generales, 6 Hospitales Básicos y 117 Unidades de Primer Nivel, responsables de velar por una salud de una población de 1.345.779 habs. Con una tasa de crecimiento del 10.5 %.(datos preliminares INEC 2010).

La Red de Servicios de Salud se encuentra estructurada por un Hospital General de referencia Provincial y Regional “Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo, 3 hospitales Generales (“Dr. Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta “Dr. Napoleón Dávila Córdova” de la ciudad de Chone y “Dr. Miguel H. Alcívar” de la ciudad de Bahía de Caráquez), 6 Hospitales Básicos (Jipijapa, Calceta, Rocafuerte, El Carmen, Paján y Flavio Alfaro), 21 Centros de Salud, 33 Subcentros de Salud Urbanos, 109 Subcentros de Salud Rurales, 4 Puestos de Salud y 1 Unidad Móvil, que deben responder a la necesidades de la parroquias de toda la provincia de Manabí, además de una importante proporción de la Población del Sur de la provincia de Esmeraldas, Los Ríos y Santo Domingo de los Tsachilas.

Siendo la edad pediátrica frágil entre enfermedades propias de la región y mayormente expuesta a accidentes, el servicio de urgencias pediátricas es una de las más concurridas a diario por niños y niñas de toda la provincia, por consultas ambulatorias o por urgencias extremas y sitio de referencia de pacientes en estado crítico. El promedio de infantes atendido por día es de 140 en el año 2011, solo en urgencias, cifra que mensualmente ha ido incrementándose.

El Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, debe satisfacer las necesidades de los usuarios, en la forma más cálida y eficiente posible considerando que según el Art. 46.- Se debe dar la atención a los niños y niñas en forma prioritaria en caso de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias. Aún con las limitaciones que tengamos. Es por ello que presentamos un protocolo de atención de urgencias en los niños basado en la atención prioritaria de los pacientes en riesgo de complicaciones.

3. JUSTIFICACIÓN:

La atención de calidad y calidez en la atención médica para los niños y niñas de la provincia que acuden a los servicios de salud, no solo es una necesidad, es un derecho, que las leyes ecuatorianas están obligadas a hacer cumplir, como maestrante de gerencia en salud, me surge una gran preocupación al ser parte de las personas que deben atender a una gran demanda de usuarios en el servicio de emergencias, muchas veces casos de urgencias banales como por ejemplo: Anemia, desnutrición, parasitosis, dermatosis etc.

Es por ello que se detallará el presente protocolo para la atención en el servicio de Triage infantil, priorizando la atención de los pacientes según la gravedad de su cuadro clínico, a fin de evitar las complicaciones en su estado de salud y a la vez se brindará la atención a todos los usuarios que acudan a solicitar nuestra ayuda, con la mejor calidad y calidez posible dentro de nuestras posibilidades, que ojalá con las declaraciones de emergencia en la salud a nivel nacional, sean cada vez mayores y brinden mayor confort al usuario interno y externo.

4. OBJETIVOS

4.1. GENERAL:

- Mejorar la calidad de atención en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo mediante la socialización y aplicación del protocolo del servicio de Triage, como proceso de atención para disminuir la presencia de complicaciones en la salud de los niños.

4.2. ESPECÍFICOS:

- Implementar la escala canadiense de Triage y gravedad pediátrica (Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale: PaedCTAS, en el servicio de Triage Pediátrico, con modificaciones, aplicada a nuestra realidad sanitaria.

- Realizar los protocolos de atención que detalla en forma específica la categorización del paciente que acude a urgencias pediátricas, acorde a la gravedad clínica.
 - Disminuir el tiempo de espera para la atención médica a los niños, con el fin de disminuir la morbimortalidad.
1. Incrementar la satisfacción de la demanda de usuarios que acuden al servicio de urgencias pediátricas.

5. PROPUESTA

MODELO CANADIENSE DE TRIAGE Y GRAVEDAD PEDIATRICA, APLICADA A NUESTRA REALIDAD SANITARIA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO.

Antes de detallar en que consiste el modelo a utilizar en la clasificación del Triage Pediátrico que aplicaremos en nuestra institución, recordaremos algunas consideraciones sobre las características especiales del trabajo que se realiza en las urgencias pediátricas.

En primer lugar debemos definir el concepto de URGENCIAS, y lo haremos basados en el consenso generado por la Asociación Médica Americana, aceptada por la OMS y el consejo de Europa, que dice que “Una Urgencia es toda aquella situación, que en opinión del paciente, su familia o cualquier persona que tome la decisión, requieren una atención médica inmediata”. Pero también la Urgencia, puede definirse como una situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente, en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración del tratamiento efectivo y que condiciona un episodio asistencial con importante consumo de recursos en un corto período de tiempo.(1)

Las Emergencias, son aquellas urgencias que necesitan un mayor grado de complejidad para su resolución y comportan un compromiso vital o riesgos de secuelas graves permanentes para el paciente. (2). Actualmente, la inadecuada utilización de los servicios de urgencias pediátricos de alrededor del 70-80% en varios hospitales, y de más del 90 % en nuestro hospital provincial, ha provocado un creciente fenómeno de masificación creando en numerosas ocasiones un

desequilibrio entre la demanda y los recursos disponibles lo que condiciona que los pacientes que acuden al hospital no sean atendidos de forma inmediata, ocasionando un tiempo de espera que puede empeorar el pronóstico de algunos cuadros clínicos. Además este fenómeno se viene incrementando año a año como indican los registros de prácticamente la totalidad de los servicios de Urgencias pediátricos.

Todo lo referido, ha impulsado que en los últimos años se estén desarrollando sistemas de clasificación de los pacientes que nos permitan un ordenamiento de éstos de forma más justa, de manera que, conociendo el grado de urgencia podamos priorizar las situaciones que más lo necesiten. De manera que la atención primaria, cumpla a satisfacción sus funciones y se optimicen los recursos.

Para esto debemos conocer que Triage es un neologismo que equivale a la selección o clasificación en función a una cualidad, “El grado de Urgencia”.(3).

Tener un método de clasificación con criterios iguales, científicos y coherentes para poder ofrecer una atención priorizada acorde con las necesidades de los usuarios es el principal objetivo de un Triage bien realizado.

La competencia del personal entrenado para realizar el Triage pediátrico es valorar inicialmente al niño que acude al servicio, clasificarlo y distribuirlo en base a su patología y necesidades asistenciales. Se debe realizar si se necesitan cuidados inmediatos que garanticen el confort tanto del niño como de sus acompañantes.

Con la realización del Triage, se debe asegurar que las enfermedades no urgentes no interfieran en las de verdadera urgencia. Por tanto nuestro objetivo no es el diagnóstico sino priorizar el grado de urgencia y ubicar al niño en el lugar que le corresponda y en las condiciones adecuadas. “Un Triage bien realizado es la clave de la unidad de urgencias”.

Tipos de Escalas de Triage:

La comunidad científica internacional coincide en recomendar los sistemas de Triage basados en escalas de 5 niveles de priorización, uniformes y estandarizados, de

ámbito nacional, como medida fundamental para garantizar la accesibilidad y mejorar la calidad de los servicios de urgencias hospitalarios.

Actualmente existen, de acuerdo con las recomendaciones de la Medicina basada en la evidencia, 5 escalas con suficiente peso específico para ser consideradas como de Triage estructurado:

- Australasian Triage Scale(ATS). Publicada el 1993 y revisada el 2000.
- Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale(CTAS). Desarrollada en 1995.
- Manchester Triage System (MTS). Introducido en 1996.
- Emergency Severity Index (ESI). Desarrollado en EEUU en 1999.
- Modelo Andorrano de Triage (MAT). Aprobado por el Servicio Andorrano de Atención Sanitaria en el año 2000. Estos modelos están diseñados para el paciente adulto
-

La escala canadiense de Triage y gravedad pediátrica (Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale:PaedCTAS) se ha desarrollado como complemento de la Escala Canadiense de Triage y gravedad para los Servicios de Urgencias (CTAS).

Las diferencias específicas reflejan las circunstancias y condiciones únicas de los niños. La escala se basa en las presentaciones habituales, síntomas o síndromes y cada niño ha de ser triado en función de su edad, estado de desarrollo y gravedad, considerando sus aspectos socio-familiares y culturales.

A continuación detallare en que consiste el Modelo Canadiense de Triage y gravedad Pediátrica. Este modelo consta de 3 partes indispensables para llevar a cabo un Triage eficiente.

1. EL TRIANGULO DE EVALUACIÓN PEDIATRICA (TEP).- Considerado el más importante, es una herramienta rápida, simple y práctica. Sus tres componentes (apariencia, esfuerzo respiratorio y perfusión cutánea), reflejan en forma fiable la situación fisiológica global del paciente. Que en si da la pauta para la prioridad de atención que amerita el paciente. (4).

<i>Apariencia:</i>	<i>(“se ve bien” vs “se ve mal”): tono muscular, interacción, irritabilidad, llanto, lenguaje.</i>
<i>Trabajo Respiratorio:</i>	<i>Aleteo nasal, retracciones, disminución o ausencia de trabajo respiratorio o sonido anormales audibles.</i>
<i>Circulación:</i>	<i>Color anormal de piel, palidez, moteada o hemorragias.</i>

2.- EL MOTIVO DE CONSULTA PRINCIPAL: Realice un breve interrogatorio: Las preguntas han de ser claras, sencillas y directas, utilizando términos que el niño y o familiar puedan entender. Podrían ser:

¿Por qué viene Ud.? ¿Qué le nota al niño (a)?; ¿Desde cuándo?, ¿Qué enfermedades padece?. Y en ese caso, que tratamiento habitual realiza?; ¿tiene alergias? Estaba usted presente cuando ocurrió?; ¿lo envía su pediatra?.

3.- LOS SIGNOS VITALES: Estos deben ser valorados de acuerdo a la edad del paciente.

CONSTANTES VITALES

<i>Frecuencia Cardíaca</i>							
<i>NIVEL DE LA EDAD PACIENTE</i>	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV - V</i>	<i>III</i>	<i>II</i>	<i>I</i>
<i>0 a 3 meses</i>	<i>< 40</i>	<i>40 - 65</i>	<i>65 - 90</i>	<i>90 - 180</i>	<i>180 - 205</i>	<i>205 - 230</i>	<i>>230</i>
<i>3 a 6 meses</i>	<i><40</i>	<i>40 – 63</i>	<i>63 – 80</i>	<i>80 – 160</i>	<i>160 – 180</i>	<i>180 – 210</i>	<i>>210</i>
<i>6 a 12 meses</i>	<i><40</i>	<i>40 – 60</i>	<i>60 – 80</i>	<i>140 – 160</i>	<i>140 – 160</i>	<i>169 – 180</i>	<i>>180</i>
<i>1 a 3 años</i>	<i><40</i>	<i>40 – 58</i>	<i>58 – 75</i>	<i>130 – 145</i>	<i>130 – 145</i>	<i>145 – 165</i>	<i>>165</i>

6 años	<40	40 – 55	55 – 70	110 – 125	110 – 125	125 – 140	>140
10 años	<30	30 – 45	45 – 60	90 – 105	90 – 105	105 – 120	>120
CTAS= Emergencia de Canadá. Departamento de Triage y escala decimal.							

Frecuencia Respiratoria							
NIVEL DE LA EDAD PACIENTE	I	II	III	IV - V	III	II	I
0 a 3 meses	<10	10 – 20	20 – 30	30 – 60	60 – 70	70 – 80	>80
3 a 6 meses	<10	10 – 20	20 – 30	30 – 60	60 – 70	70 – 80	>80
6 a 12 meses	<10	10 – 17	17- 25	25 – 45	45 – 55	55 – 60	>60
1 a 3 años	<10	10 – 15	15 – 20	20 – 30	30- 35	35- 40	>40
6 años	<8	8 - 12	12 – 16	16 – 24	24 – 28	28 – 32	>32
10 años	<8	8 – 10	10 – 14	14 – 20	20 – 24	24 – 26	>26
CTAS= Emergencia de Canadá. Departamento de Triage y escala decimal.							

PRESIÓN ARTERIAL		
EDAD	SISTOLICA	DIASTÓLICA
1 a 5 años	<80 > 110	<50 >80
5 a 7 años	<80 > 120	<50 > 80
7 a 10 años	< 85 - >130	<55 > 90
10 a 12 años	< 85 > 135	< 55- >95
>12 años	< 90 > 140	< 60 > 95

La escala de Glasgow, es aplicable para medir el estado de conciencia de un niño (a), su objetivo es medir el nivel de conciencia cuando se ha sufrido un traumatismo cráneo encefálico, a continuación se revisara la escala aplicable a lactantes y niños, puesto que los más pequeños no hablan y se debe buscar la manera de clasificarlo de acuerdo a balbuceos, llanto o respuesta al dolor.

<i>APERTURA DE OJOS</i>	
<i>Espontánea</i>	<i>4</i>
<i>A la voz</i>	<i>3</i>
<i>Al dolor</i>	<i>2</i>
<i>Ninguna</i>	<i>1</i>
<i>RESPUESTA VERBAL</i>	
<i>Balbuceo</i>	
<i>Llanto irritable consolable</i>	
<i>Llanto al dolor</i>	
<i>Quejidos al dolor</i>	
<i>Ausencia de respuesta</i>	
<i>RESPUESTA MOTORA</i>	
<i>Movimientos Espontáneos</i>	<i>6</i>
<i>Retirada al tocar</i>	<i>5</i>
<i>Retirada al dolor</i>	<i>4</i>
<i>Flexión anormal</i>	<i>3</i>
<i>Extensión anormal</i>	<i>2</i>
<i>Ninguna</i>	<i>1</i>
<i>Puntuación</i> <i>Glasgow leve 13 a 15</i> <i>Glasgow moderado 9 a 12</i> <i>Glasgow grave Menos de 9 (Coma 3).</i>	

Niveles de Clasificación:

- Nivel I: Reanimación.
- Nivel II: Emergente.
- Nivel III: Urgente.
- Nivel IV: Menos Urgente.

- Nivel VI: No urgente. (5- 6- 7)

Nivel I.- Reanimación: Este nivel se refiere a las condiciones que constituyen una amenaza para la vida o integridad física (O está asociado con un riesgo inminente o deterioro) que requieren intervenciones inmediatas). (8). Como ejemplo de éste de categoría tenemos: Paro cardiorrespiratorio o inminente arresto, procesos de Insuficiencia respiratoria grave: Asma casi fatal, Obstrucción de vías aéreas por cuerpo extraño, bronquiolitis, neumotórax, anafilaxias, trastornos metabólicos, hipoxemia, $\text{SaO}_2 < 90 \%$. Traumatismos importantes. Únicos o múltiples, lesiones en la cabeza con Glasgow de < 10 , quemaduras graves $> 25 \%$ de SCQ, o cualquier trauma grave de tórax o abdomen que produzcan alteraciones de las constantes vitales. Cualquier situación que produzca pérdida de la conciencia, desorientación, falta de respuesta o convulsiones, como alteraciones metabólicas, eventos del SNC, alteraciones hemodinámicas o procesos de sepsis.

Nivel II- Emergente: Se refiere a las condiciones que son una amenaza potencial a la vida, la integridad física o la función, que requieren una rápida intervención médica. Incluyen situaciones de alto riesgo, con inestabilidad fisiológica o dolor intenso. El tiempo máximo de atención es de menos de 15 minutos. (9). Como ejemplo de éste nivel tenemos: Procesos respiratorios que presenten estridor audible, anomalías congénitas vasculares, cuerpos extraños situaciones que pueden presentar dificultad respiratoria intermitente. Cualquier proceso que presente signos de dificultad respiratoria con alteración de la oxigenación, disnea, como asma, insuficiencia cardíaca congestiva, neumotórax, neumonía etc. Cualquier causa de alteración del estado mental, sean éstos trastornos infecciosos, traumáticos, metabólicos o tóxicos. Lesiones en la cabeza con Glasgow menor de 13, dolor intenso, pérdida de la conciencia etc. En el caso de ingestión de sustancias tóxicas, abuso infantil, sangrado vaginal, dolor abdominal bajo, infecciones graves (sepsis, meningitis), menores de tres meses con fiebre y aspecto tóxico. Diabetes, psicosis aguda y dolor severo.

Nivel III- Urgente: Se clasifica a las condiciones que se asocian a menudo con gran incomodidad y la incapacidad para trabajar o llevar a cabo las actividades de la vida diaria. En el nivel III, los pacientes pueden deteriorarse y requieren una intervención de emergencia. Esta es la categoría de Triage más crítica para la evaluación,

reevaluación y reasignación. Generalmente requieren múltiples exploraciones diagnósticas y o terapéuticas. El tiempo máximo de atención es menor de 30 minutos. (10). Dentro de éste nivel tenemos patologías como el asma moderada, o enfermedades respiratorias que tengan signos de dificultad respiratoria moderada, alteración del estado mental sin alteración del Glasgow, ejemplo periodo post-ictal, lesiones en la cabeza con Glasgow de 14 o 15, traumas moderados ejemplo luxaciones, vómitos y diarreas sin signos de deshidratación, traumas menores, dolor abdominal (estreñimientos, cólicos menstruales), cefalea producida por sinusitis, resfriados, otalgia, depresión.

Nivel IV- Menos Urgente: Son situaciones menos urgentes, potencialmente serias y de una complejidad – urgencia significativa. La atención médica debe darse en menos de 60 minutos.

Nivel V: Son situaciones no urgentes que generalmente no requieren ninguna exploración diagnóstica y/o terapéutica. La atención médica puede darse hasta en 120 minutos. A continuación revisaremos algunos ejemplos de acuerdo a la prioridad de atención.

Categoría	Tiempo de respuesta en minutos	ejemplos
Reanimación	Inmediato	Paro cardiorrespiratorio Insuficiencia respiratoria grave Traumatismo mayor Inconsciente Choque descompensado
Emergencia	Menos 15	Dificultad respiratoria Crisis asmática grave Cambios en el estado de alerta Trauma craneoencefálico Traumatismo grave Intoxicación Alteración metabólica

		Infección grave Presión intracraneal elevada Choque compensado Anafilaxias Dolor grave
Urgente	Menos 30	Insuficiencia respiratoria Somnolencia Traumatismo moderado Deshidratación Dolor abdominal Dolor moderado
Menos urgente	Menos 60	Infección urinaria Traumatismo leve Diarrea o vomito sin deshidratación Otalgia Dolor precordial Dolor leve Depresión
No urgente	Menos 120	Infección respiratoria alta Dermatosis leve Vomito o diarrea leve Alteraciones psiquiátricas leves

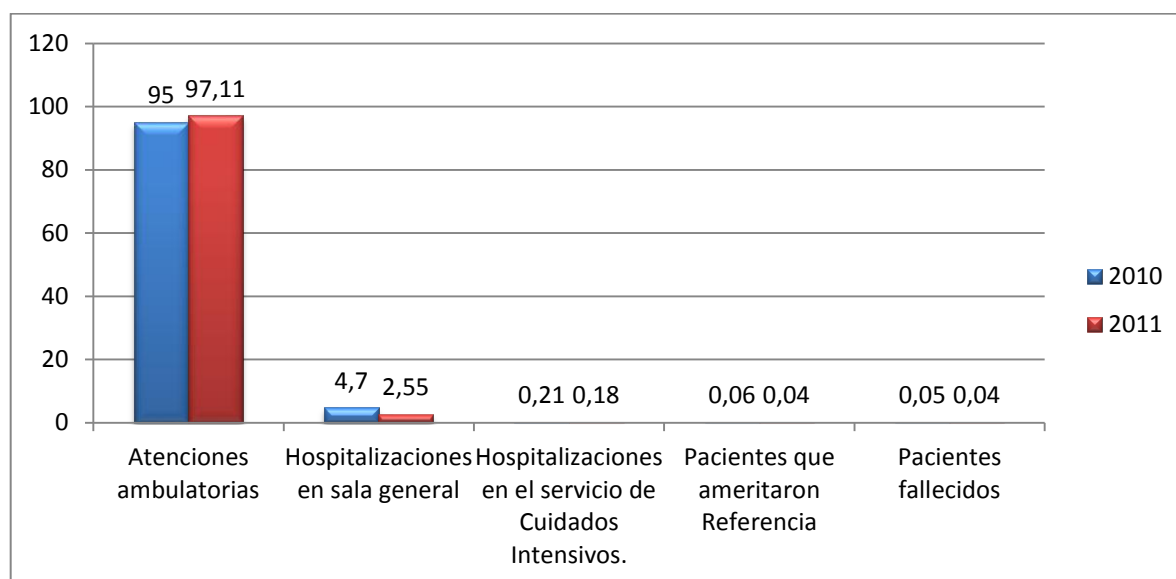
1.5. Ejecución del protocolo (Funcionamiento del Triage pediátrico el al atención a los usuarios)

Para el cumplimiento de esta actividad, en a partir del 30 de Agosto del 2011, se pone en funcionamiento el área de Triage Infantil, que inicialmente funcionaba en el pasillo resultando muy estrecho dada la masiva asistencia de pacientes, por lo que fue necesario reubicarlo (Ver Imagen No. 9 y 10) Posteriormente se realiza cuadro comparativo y de prioridad de acuerdo a la gravedad, para comprobar el cumplimiento del protocolo de

Cuadro No. 2
Cuadro comparativo
Atenciones en el Servicio de Urgencias Pediátricas 2010 -2011

SERVICIO	2010	%	2011	%
Atenciones ambulatorias	41.901	95	51065	97.11
Hospitalizaciones en sala general	2074	4,7	1346	2,55
Hospitalizaciones en el servicio de Cuidados Intensivos.	86	0,21	97	0,18
Pacientes que ameritaron Referencia	27	0,06	24	0,04
Pacientes fallecidos	24	0,05	26	0,04
Total	44.112	100	52.584	100 %

Gráfico No.2
Atenciones en el Servicio de Urgencias Pediátricas 2010 -2011



Análisis e interpretación: Según el cuadro y gráfico No. 11 en lo que se refiere a las atenciones 2010 y 2011 encontramos un aumento en las atenciones ambulatorias que pasan de un 95% en el 2010 a un 97% en el 2011, las Hospitalizaciones se disminuyeron de un 4,7% en el 2010 a un 2,55 %, con minoría encontramos a los pacientes Fallecidos cuyo porcentaje se redujo de 0,05 en el 2010 al 0,04% en el 2011.

Imagen No. 9
Servicio de Triage Pediátrico en sus inicios



Aglomeración de pacientes en los pasillos para recibir atención medica en Urgencias Pediátricas



Pacientes atendidos en los pasillos, familiares y personal de salud con incomodidad en la atención.

Imagen No. 10
Servicio de Triage Pediátrico actualmente



Sala de espera del área de Urgencias Pediátricas, comodidad en la atención del personal médico y niños/as y familiar

RESULTADO No. 2:
PERSONAL DEL ÁREA CAPACITADO EN EL MANEJO DEL TRIAGE

2.1. Elaboración del plan de capacitación

Del 21 al 24 de Abril del 2011 se procedió a planificar el cronograma de charlas y conferencias para el personal de emergencia. (Ver Programación de la capacitación) Cabe recalcar que estas capacitaciones continúan hasta la actualidad ya que el equipo de salud es renovado constantemente.

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN SOBRE MANEJO DE TRIAGE PEDIÁTRICO

INTRODUCCION

La falta de un área donde se pueda atender a pacientes pediátricos emergentes de nuestros hospitales, es uno de los problemas más sentidos; y que se requiere con suma urgencia de implementar para mejorar la calidad de atención del personal que trabajan en dicha unidad. Con la finalidad de brindar un buen servicio acorde a las necesidades de un hospital de II nivel como lo es el nuestro, se planteó en calidad de maestrante, previo a la obtención del título, intervenir con la implementación de un servicio de triage pediátrico.

JUSTIFICACION

El alto índice de atenciones existentes en el área pediátrica del Hospital y la incomodidad para atender integralmente a un infante es un problema que hay que resolver, por lo que es necesario que de forma urgente, se viabilicen mecanismos para mejorar la calidad de atención del paciente crítico en la emergencia. En este programa participarán expertos con vasta experiencia en medicina infantil, mismos que transmitirán sus conocimientos al equipo de salud que labora en el área emergente del hospital.

OBJETIVO GENERAL

Capacitar al equipo de salud que labora en la Emergencia Pediátrica del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, sobre manejo de Triage Pediátrico, a fin de brindar una atención de calidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fortalecer el programa de normas sobre manejo de Triage Pediátrico;
- Contribuir al mejoramiento de la calidad de atención; y,
- Hacer un monitoreo periódico del protocolo de Triage pediátrico.

RESPONSABLE: Maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja.

GRUPO AL QUE VA DIRIGIDO: Va dirigido al personal que labora en el área de emergencia pediátrica del Hospital.

LUGAR: Auditorio del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”.

FECHA DE PROGRAMACION

14, 16 y 17 de Mayo/2011;
1,2 y3 de Junio del 2011; y,
13 y 14 de Junio/2011

JORNADAS DE TRABAJO

Sesiones de 8 horas de trabajo (10:00am – 15:00 pm).

CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN

FECHA	TEMA	EXPOSITOR	METODOLOGIA
14 de Mayo/2011	Emergencias en niños	Dr. Tito Mora A:	
16 de Mayo/2011	Manejo de Triage pediátrico	Dra, Jessica Proaño.	
17 de Mayo/2011	Normas de ingreso a Triage pediátrico	Dra. Cecibel Giròn Dra. Rita Briones	
1 de Junio del 2011	Protocolo de Triage pediátrico	Dr. Fernando Rodríguez.	

2 de Junio del 2011	Triage pediátrico: un sistema efectivo de priorización en los servicios de urgencia	Dr. Jhonny Ortíz Ordóñez- Dra. Rita Briones	Diapositivas Papelògrafos Pizarra digital
3 de Junio del 2011	Atención integral al paciente pediátrico	Dr. Melitòn García,	Demostraciones
13 de Junio/2011	Proceso en el área de triage pediátrico	Dr. José Rivadeneira Siòn,	
14 de Junio/2011	Triage pre hospitalario basado en la evidencia	Lcda. Betsy Velásquez,	

2.2 Envío de oficio al Director del Hospital para solicitar la autorización de uso de ambientes y materiales audiovisuales para desarrollar la capacitación del equipo de salud.

Para el cumplimiento de esta actividad se envió un oficio al Director del Hospital para solicitar ambientes y materiales audiovisuales para desarrollar la capacitación del equipo de salud. Posteriormente, con fecha 5 de Mayo del 2011, el Dr. Julio González, Director del Hospital, remite una comunicación en la que invita al equipo de salud a que asista al ciclo de capacitaciones. (Ver Imagen No. 9)

Imagen No. 11 Oficio de autorización de la capacitación



2.2. Preparación del material didáctico para la capacitación y planificación (búsqueda de expositores, invitaciones, trípticos, oficios, Papelògrafos, diplomas, etc.).

En el periodo del 2 al 13 de Mayo del 2011, se preparó el material didáctico a utilizarse en la capacitación, así como se elaboró la planificación de estas (Ver plan de capacitación), se solicitó la colaboración de personal especialista capacitado en Triage, para ejecutar la capacitación, se coordinó el ambiente y fechas en las que se realizaría la capacitación, elaboré diapositivas, envié oficios y diseñé los reconocimientos para los asistentes a la capacitación. (Ver Imagen No. 10)

Ver Imagen No. 12 Material Didáctico



Frecuencia Cardíaca							
NIVEL DE LA EDAD PACIENTE	I	II	III	IV-V	VI	VI	I
0 a 3 meses	<40	40-65	65-80	80-100	100-120	120-130	>130
3 a 6 meses	<40	40-65	65-80	80-100	100-120	120-130	>130
6 a 12 meses	<40	40-65	65-80	80-100	100-120	120-130	>130
1 a 3 años	<40	40-65	65-80	80-100	100-120	120-130	>130
3 a 6 años	<40	40-65	65-80	80-100	100-120	120-130	>130
6 a 10 años	<40	40-65	65-80	80-100	100-120	120-130	>130
>10 años	<40	40-65	65-80	80-100	100-120	120-130	>130

CTA-S- Emergencia de Consult. Departamento de Triage y escuela de salud.

Frecuencia Respiratoria	
NIVEL DE LA EDAD PACIENTE	I
0 a 3 meses	<10
3 a 6 meses	<10
6 a 12 meses	<10
1 a 3 años	<10
3 a 6 años	<10
6 a 10 años	<10
>10 años	<10

CTA-S- Emergencia de Consult. Departamento de Triage y escuela de salud.

APERTURA DE OJOS	
Exponerlos	4
A la vez	3
Al dolor	2
Ninguna	1

RESPUESTA VERBAL	
Reflexos	5
Llanto irritable consolable	4
Llanto al dolor	3
Cariños al dolor	2
Ausencia de respuesta	1

RESPUESTA MOTORA	
Movimientos Espontáneos	6
Reflexos al tocar	5
Reflexos al dolor	4
Flexión anormal	3
Extensión anormal	2
Ninguna	1

Puntuación
Glasgow leve 13 a 15
Glasgow moderado 9 a 12
Glasgow grave Menor de 8 (Coma 3).

Niveles de Clasificación

Nivel I: Reanimación.
Nivel II: Emergente.
Nivel III: Urgente.
Nivel IV: Menos Urgente.
Nivel VI: No urgente.

U.T.P.L.
MAESTRIA EN SALUD
PARA EL DESARROLLO
LOCAL
HOSPITAL GENERAL Y
DOCENTE
"DR. VERDI CEVALLOS
BALDA"

PROTOCOLO DE TRIAGE PEDIÁTRICO

Coordinador: Dr. Fernando Rodríguez
Emergenciólogo

Autor: Dra. Rita Briones Alcívar
Pediatra



2.3. Ejecución de la capacitación

Desde el 14 de Mayo hasta el 14 de Junio del 2011, se desarrollaron varias jornadas de capacitación en el Auditorium del Hospital para el Equipo de Salud. La capacitación inició con un breve acto de bienvenida a cargo de la maestrante.

El evento se realizó en 3 jornadas. La primera se realizó desde el 14 al 17 de Mayo/2011; la segunda, desde el 1-2-3 de Junio del 2011; y, la tercera, desde el 13 al 14 de Junio del 2011 de acuerdo al cronograma establecido para este evento. Cabe indicar, que estas conferencias tuvieron la asistencia de 80 miembros del Equipo de Salud de esta área. (Ver Imagen No. 13)

Ver Imagen No. 13
Asistentes a la capacitación



Dra. Rita Briones maestrante capacitando al equipo de salud en la aplicación del protocolo de Triage.

2.4. Evaluación de la capacitación

Para evaluar la capacitación, el día 14 de Junio del 2011 se aplicó una encuesta de satisfacción sobre la realización de este evento, la cual fue satisfactoria para el grupo de participantes (Ver encuesta No. 1)

Encuesta No. 1

HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA”
CAPACITACIÓN SOBRE TRIAGE PEDIÁTRICO

FECHA:

ENCUESTA

HOSPITAL REGIONAL Y DOCENTE “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” PORTOVIEJO	Proceso: EMERGENCIA PEDIÁTRICA	UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA Portoviejo
	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE CAPACITACIÓN Fecha: 2011-06-14	

Tema: _____

Responsable: _____
Fecha: _____

Por favor, marque con un círculo la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5 (1 = En total desacuerdo y 5 = Completamente de acuerdo).

ORGANIZACIÓN

La información que recibió anticipadamente fue acertada y suficiente
La organización y el soporte logístico fueron apropiados
La sesión se cumplió en el horario dispuesto

METODOLOGÍA

Los objetivos fueron claros
El programa de trabajo fue adecuado para el logro de los objetivos
La temática fue relevante y útil

CONTENIDOS Y MATERIALES

El contenido fue oportuno y de calidad
El contenido fue suficiente para alcanzar los objetivos propuestos
Las presentaciones fueron claras y fáciles de seguir
Los materiales que recibió fueron acertados y suficientes

EXPOSITORES

Los expositores dominaron los temas tratados
Los expositores tuvieron dominio de grupo
Los expositores estimularon la participación e intercambio de ideas

Destaque al menos un aspecto que considera muy positivo

Indique por lo menos una cosa que habría mejorado

Identifique al menos una temática sobre la cual le interesaría profundizar

Si existe alguna expectativa que no fue satisfecha, descríbala

¡Gracias por sus comentarios!

RESULTADO No. 3

FAMILIARES INFORMADOS SOBRE LA ATENCIÓN QUE SE BRINDA EN EL ÀREA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

3.1. Elaboración del Plan de capacitación.

Del 18 al 27 de Julio del 2011 se llevó a cabo la elaboración de los temas para la capacitación de los padres y madres de familia, cuyo contenido debía ser didáctico y comprensible, dado que estos tiene diferentes niveles de preparación académica. (Ver cronograma de capacitación)

PLAN DE CAPACITACIÓN

INTRODUCCIÓN

Como profesionales dedicados a la salud, debemos adaptar esta información de manera que llegue al usuario de manera clara y completa para que éste pueda hacer uso de ella y conseguir nuestro objetivo.

El acudir a los Servicios de Urgencias puede ocasionar situaciones de ansiedad y preocupación a pacientes y familiares. Una buena atención, incidiendo en la información sobre el estado de salud del enfermo, es uno de los principales marcadores de calidad del servicio asistencial. Al hablar de los Servicios de Urgencias Pediátricas, la información al familiar se convierte, en muchos casos en el único medio de comunicación sobre el estado de salud del paciente.

La educación a pacientes y familiares es una labor del personal de salud que en ocasiones no se realiza debido a la carga de trabajo. Es fundamental conocer si la información que se da es clara y correcta, y si los padres de los niños que acuden a Urgencias adquieren los conocimientos en cuidados que se les quieren transmitir. Con los datos obtenidos mediante la encuesta podemos observar que aunque en la mayoría de los casos la información que los familiares reciben es correcta, el papel de enfermería en cuanto a ésta no queda claro. Algunos de los encuestados consideraron que la enfermera no está capacitada para ofrecer consejos sobre cuidados, esto debe llamar nuestra atención aunque el tanto por ciento no sea muy elevado. Según la literatura médica más del 50% de los familiares de pacientes

críticos no entienden el diagnóstico, el pronóstico o el tratamiento tras la información médica

Esto sería posible con una buena comunicación interdisciplinar médico-enfermera-auxiliar de enfermería sobre el diagnóstico y plan a seguir para cada paciente aumentando así la seguridad tanto del profesional como del paciente o familiar en nuestro caso. Por tanto se debe dar información a los familiares así como hacer que ésta sea adecuada para cada uno de ellos, de esta manera se eliminara en gran medida el nerviosismo de la situación y se realizará educación sanitaria al alta sobre los cuidados necesarios para cada caso mejorando así la recuperación y evitando asistencias innecesarias a los servicios de Urgencias. Sobre los cuidados al alta, un tanto por ciento elevado de familiares les gustaría que se les indicara los pasos a seguir una vez en el domicilio utilizando medios como hojas informativas. En nuestras manos está que el papel del personal de salud en cuanto a la información sobre diagnóstico, evolución y cuidados tanto en el hospital como al alta ocupe el puesto que le corresponde.

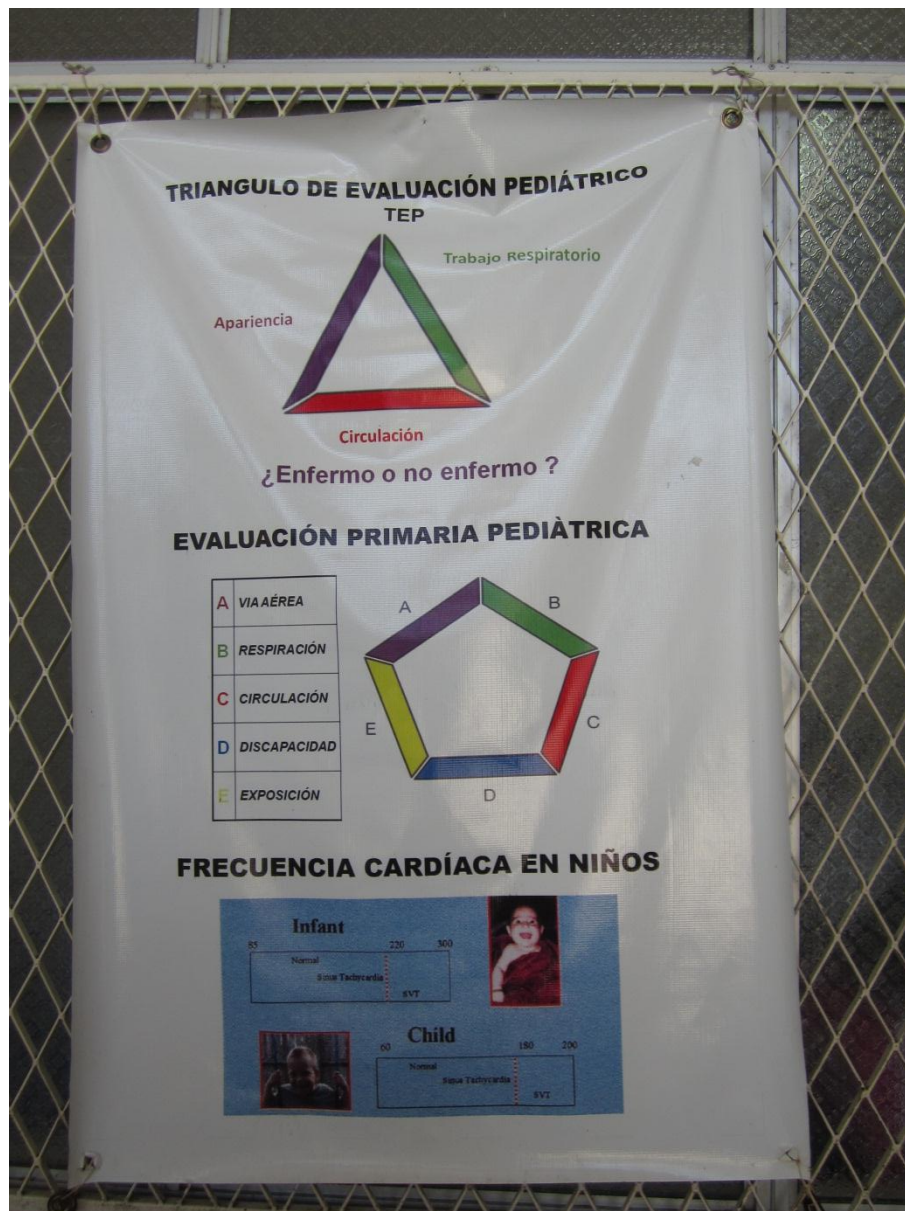
Cronograma de las capacitaciones a los padres

TEMAS	Expositor	Recursos	Fechas
¿Qué es el Triage Pediátrico?	Maestrante: Dra. Rita Briones / Internos de Medicina	Charlas Carteleras	Del 20 al 24 de Agosto del 2011
Para que sirve y en que consiste	Maestrante: Dra. Rita Briones		
¿Como se realiza el Triage Pediátrico?	Maestrante: Dra. Rita Briones		
Prioridad en la atención a los niños según la gravedad	Maestrante: Dra. Rita Briones		

3.2. Elaboración del material informativo sobre el servicio de Triage en urgencias pediátricas.

Del 18 al 27 de junio del 2012 se procedió a elaborar los carteles y trípticos para emitir una correcta información a los usuarios sobre el proceso. (Ver Imagen No. 14)

Imagen No. 14
Cartelera educativa



Fotografía de la cartelera educativa en los pasillos del área de Urgencias Pediátricas para brindar una correcta educación al usuario sobre el servicio de Triage

3.3. Ejecución de la capacitación

Para el cumplimiento de esta actividad, del 20 al 24 de Agosto del 2011, se procedió a realizar la capacitación a las madres y madres de familia que utilizaban el servicio; fueron capacitados 878 usuarios. (Ver apéndice No. 8)

3.3. Difusión a través de medios de información.

Durante el periodo Agosto 1 al 30/2011, se envió una nota de prensa a la revista médica del hospital “Revolución Científica”, ofertando el servicio de Triage infantil. Este medio de información le dio prioridad a la noticia y la publicó en la primera página de su edición 3ª. (Ver Imagen No. 16)

Imagen No. 16

Nota de prensa



3.4. Evaluación del sistema informativo

Del 1 al 30 de septiembre se realizó una corta encuesta para valorar la satisfacción sobre la información recibida acerca del sistema de Triage, se lo realizo con una muestra de 878 usuarios en el área de urgencias pediátricas.(Ver encuesta de satisfacción)

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL ÀREA DE PEDIATRIA POR LA INFORMACIÒN BRINDADA

Los carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia le parecen adecuados para orientarlo sobre el tiempo de atención, espera y valoración.

Excelente	
Buena	
Mala	
Pésima	

La emergencia contó con personal para informarle y orientarle sobre el sistema de TRIAGE y atención?

SI	
NO	

Conoce usted ¿Qué es el Triage Pediátrico? ¿Para que sirve y en que consiste?

SI	
NO	

¿Conoce usted la importancia de aplicar el Triage en la sala de urgencias pediátricas?

SI	
NO	

EVALUACIÓN DE INDICADORES DE RESULTADOS

RESULTADO 1: SERVICIO DE TRIAGE CONFORMADO Y FUNCIONANDO.

INDICADORES

Hasta el 30 de Abril del 2011 el 100% del servicio del Triage conformado

Hasta 30 Agosto del 2011 el 100% del servicio del Triage funcionado

Durante el mes de Agosto del 2011, se realiza la evaluación del servicio, cuyos resultados en comparación con el año 2010, nos reflejan que el servicio de Triage pediátrico es eficiente y ha cumplido con los objetivos para los cuales fue creado, estos son brindar atención médica a todos los usuarios que han acudido al servicio; priorizar la atención de los niños con enfermedades que ponen la vida en riesgo, evitando así complicaciones y disminuyendo la mortalidad. Los resultados se detallan a continuación el siguiente cuadro y gráfico.

Cuadro No. 3

Clasificación de las atenciones de acuerdo a la gravedad en el Triage Pediátrico del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda 2011.

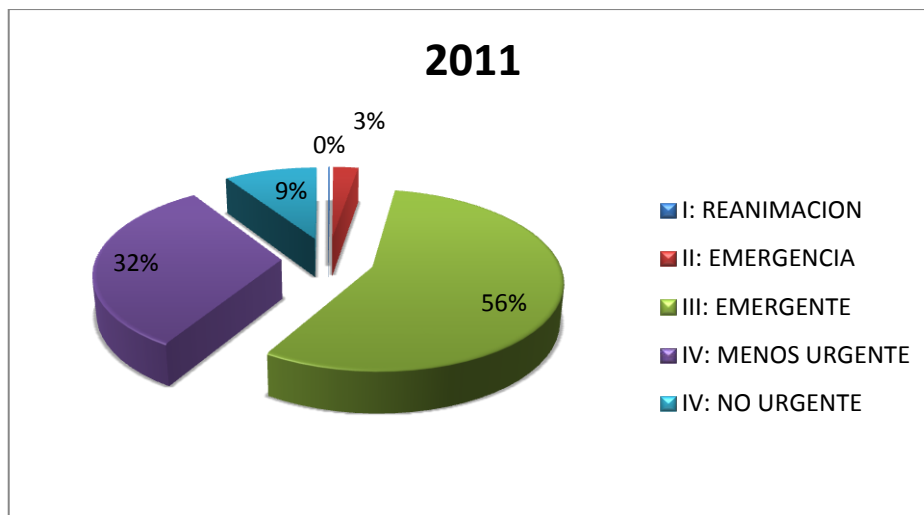
NIVEL DE ATENCION	# DE PACIENTES	%
I: REANIMACION	76	0.1%
II: EMERGENCIA	1345	2.5%
III: EMERGENTE	29450	56%
IV: MENOS URGENTE	16789	31.9%
IV: NO URGENTE	4924	9.4%
TOTAL	52584	100

Fuente: Estadísticas de atención del área de emergencia pediátrica

Elaboración: Dra. Rita Briones Alcívar.

Gráfico No. 3

Clasificación de las atenciones de acuerdo a la gravedad en el Triage Pediátrico del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda 2011.



Análisis e interpretación: Según el cuadro y gráfico No. 3 sobre la clasificación de las atenciones encontramos que el 56 % corresponden a al tipo III: Emergente, seguido por el 31.9% que son las consideras tipo IV: Menos Urgente, y en la minoría con el menor porcentaje están las de tipo I: Reanimación con el 0.1%.

RESULTADO 2:
PERSONAL DEL SERVICIO DE URGENCIA CAPACITADO EN EL MANEJO DEL
TRIAGE.

INDICADOR

Hasta el 14 de junio 2011 se capacita al 90% del personal del servicio de emergencia sobre manejo del Triage

Este indicador se cumple también en un 100%, ya que el equipo de salud del Área de Emergencia, participó en la actualización de conocimientos sobre el manejo del triage pediátrico.

La capacitación se desarrolló desde el 14 de Mayo del 2011 y tuvo una buena acogida por parte del equipo de salud, se reforzó conocimientos con la ayuda de un tríptico informativo. Finalizó el 14 de Junio del 2011, y tuvo la participación de 15 asistentes y 8 expositores.

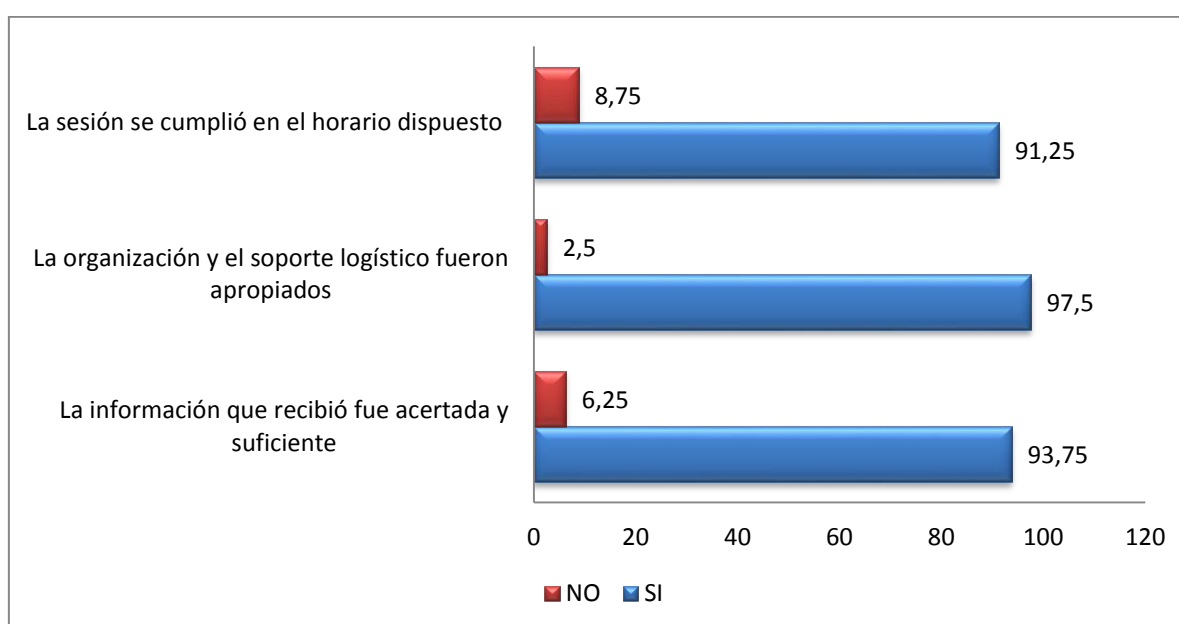
Cuadro No. 4
Capacitación sobre Triage Pediátrico

ORGANIZACIÓN DEL EVENTO	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
La información que recibió fue acertada y suficiente	75	93,75	5	6,25	80	100
La organización y el soporte logístico fueron apropiados	78	97,5	2	2,5	80	100
La sesión se cumplió en el horario dispuesto	73	91,25	7	8,75	80	100

Fuente: Encuesta a equipo de salud del área de emergencia pediátrica

Elaboración: Dra. Rita Briones Alcívar.

Gráfico No. 4
Capacitación sobre Triage Pediátrico



ANÁLISIS: Los resultados de las encuestas nos muestran que durante la capacitación, un 91.25% de los asistentes manifestó que la sesión se cumplió con el horario dispuesto; un 97.5% que la organización y el soporte logístico fueron apropiados; y, el 93.75% dijo que la información que recibió fue acertada y suficiente.

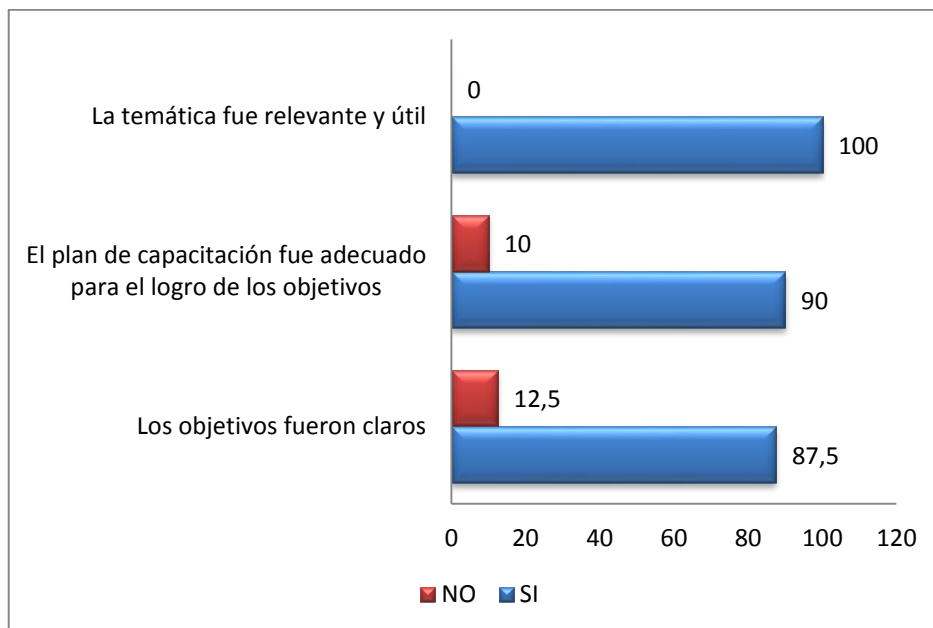
Cuadro No. 5
Capacitación sobre Triage Pediátrico

METODOLOGÍA	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Los objetivos fueron claros	70	87,5	10	12,5	80	100
El plan de capacitación fue adecuado para el logro de los objetivos	72	90	8	10	80	100
La temática fue relevante y útil	80	100	0	0	80	100

Fuente: Encuesta a equipo de salud del área de emergencia pediátrica

Elaboración: Dra. Rita Briones Alcívar.

Gráfico No. 5
Capacitación sobre Triage Pediátrico



ANÁLISIS: De un total de 80 encuestas aplicadas al equipo de salud sobre la metodología utilizada en la capacitación, el 100% dice que la temática fue relevante y útil, el 90% dice que el plan de capacitación fue adecuado para el logro de los objetivos; y, el 87.5% dijo que los objetivos fueron claros.

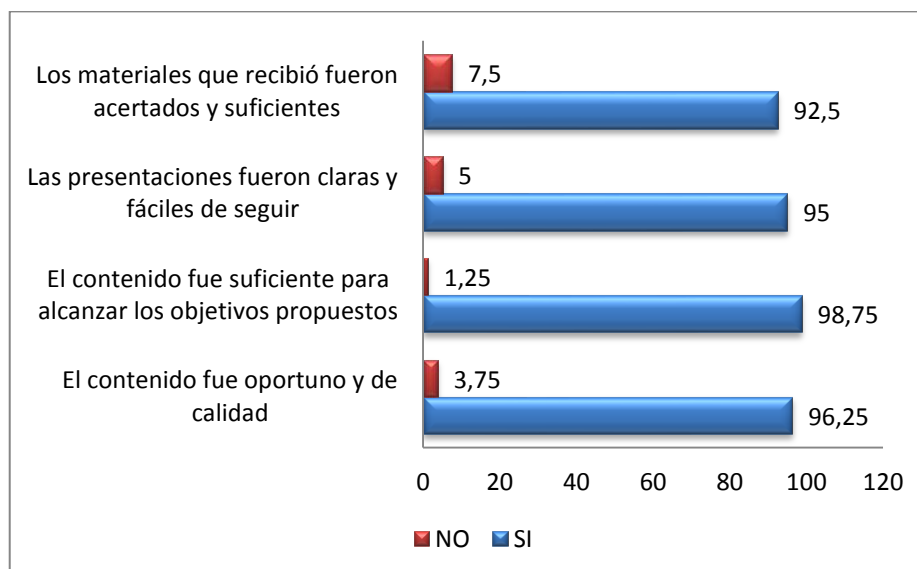
Cuadro No. 6
Capacitación sobre Triage Pediátrico

CONTENIDOS MATERIALES Y	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
El contenido fue oportuno y de calidad	77	96,25	3	3,75	80	100
El contenido fue suficiente para alcanzar los objetivos propuestos	79	98,75	1	1,25	80	100
Las presentaciones fueron claras y fáciles de seguir	76	95,00	4	5,00	80	100
Los materiales que recibió fueron acertados y suficientes	74	92,5	6	7,5	80	100

Fuente: Encuesta a equipo de salud del área de emergencia pediátrica

Elaboración: Dra. Rita Briones Alcívar.

Gráfico No. 6
Capacitación sobre Triage Pediátrico



Análisis e interpretación: Los resultados de las encuestas el cuadro y gráfico No. 6 nos indican que de los 80 asistentes a la capacitación, el 98.75% dice que el contenido fue suficiente para alcanzar los objetivos propuestos; el 92.5% dijo que los materiales que recibió fueron acertados y suficientes; el 96.25% dijo que el contenido de la capacitación fue oportuno y de calidad; y, el 95.00% dijo que las presentaciones fueron claras y fáciles de seguir. Lo que demuestra que la capacitación tuvo el éxito deseado

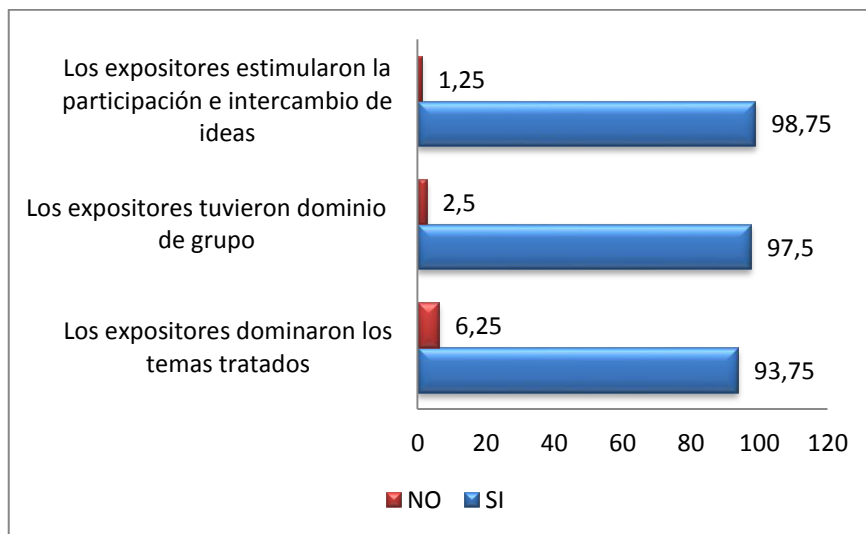
Cuadro No. 7
Capacitación sobre Triage Pediátrico

EXPOSITORES	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Los expositores dominaron los temas tratados	75	93,75	5	6,25	80	100
Los expositores tuvieron dominio de grupo	78	97,5	2	2,5	80	100
Los expositores estimularon la participación e intercambio de ideas	79	98,75	1	1,25	80	100

Fuente: Encuesta a equipo de salud del área de emergencia pediátrica

Elaboración: Dra. Rita Briones Alcívar.

Gráfico No. 7
Capacitación sobre Triage Pediátrico



Análisis e interpretación: En cuanto a los expositores, el gráfico y cuadro No. 7 nos indica que el 98.75% de los asistentes a la capacitación respondieron a la encuesta que estos estimularon la participación e intercambio de ideas; el 97.5% dijo que tuvieron dominio del grupo; y, el 93.75% dijo que los expositores dominaron los temas tratados. Por lo que la participación de los expositores en la capacitación tuvo el éxito esperado.

RESULTADO 3: PADRES DE FAMILIAS INFORMADOS SOBRE LA ATENCIÓN QUE BRINDA EL ÁREA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

INDICADOR

1.- Hasta 15 de Septiembre del 2011 el 75% de padres y familiares son informados sobre el sistema del Triage.

Para el cumplimiento de este indicador se procedió a la elaboración de un tríptico informativo, el mismo que fue distribuido a todos los padres de los niños que ingresaron al triage pediátrico del hospital, la muestra tomada para demostrar este indicador fue de 878 usuarios.

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL ÀREA DE
PEDIATRIA POR LA INFORMACIÒN BRINDADA**

Cuadro No. 8

**Carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia, adecuados para
orientar sobre el tiempo de atención, espera y valoración.**

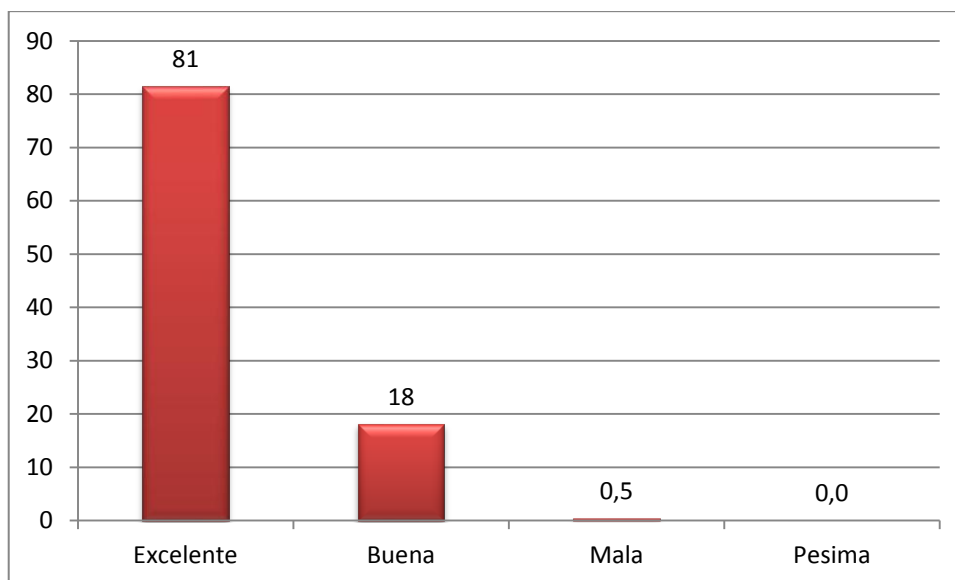
ITEMS	F	%
Excelente	715	81
Buena	159	18
Mala	4	0,5
Pesima	0	0,0
TOTAL	878	100,0

Fuente: Encuesta a los usuarios

Elaboración: Dra. Rita Briones Alcívar.

Gráfico No. 8

**Carteles, letreros y flechas del servicio de emergencias adecuados para
orientar sobre el tiempo de atención, espera y valoración.**



Análisis e interpretación: Según lo que indica el cuadro y gráfico No. 8 podemos observar que los usuarios encuestados consideraron que los carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia le parecen adecuados para orientar sobre el tiempo de atención, espera y valoración en un 81%, mientras el restante 18% considera que no.

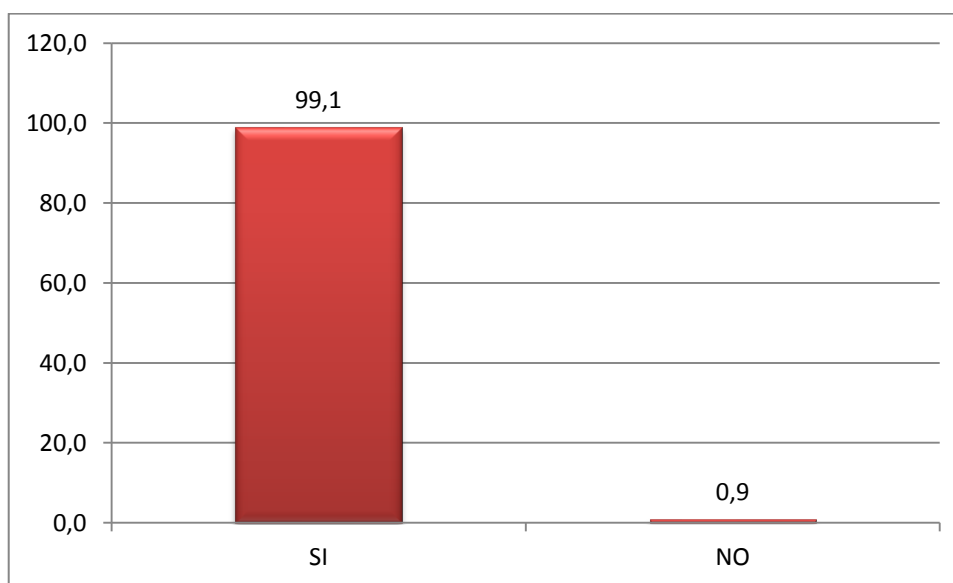
Cuadro No. 9
Personal para informar y orientar

ITEMS	F	%
SI	870	99,1
NO	8	0,9
TOTAL	878	100,0

Fuente: Encuesta a los usuarios

Elaboración: Dra. Rita Briones Alcívar.

Gráfico No. 9
Personal para informar y orientar



Análisis e interpretación: Según el cuadro y gráfico No. 9 que hace referencia al la información y orientación que brinda el personal un 99,1 de las respuestas fueron a favor de estas, mientras el restante 0,9 % considera que no.

EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL PROPÓSITO

PROPÓSITO: CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE PEDIÁTRICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HVCB, MEJORADA.

INDICADOR

- Al 31 de Diciembre del 2011, el 100% del servicio de Triage funcionando.

Para el cumplimiento de este indicador se realizó una medición de calidad aplicando una encuesta de satisfacción con una muestra de 345 usuarios cuyos resultados se presentan en las siguientes tablas y gráficos.

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL ÀREA DE
URGENCIAS PEDIÁTRICAS POR LA ATENCIÓN BRINDADA**

Acceso y oportunidad

Cuadro No. 10

De la atención inmediata

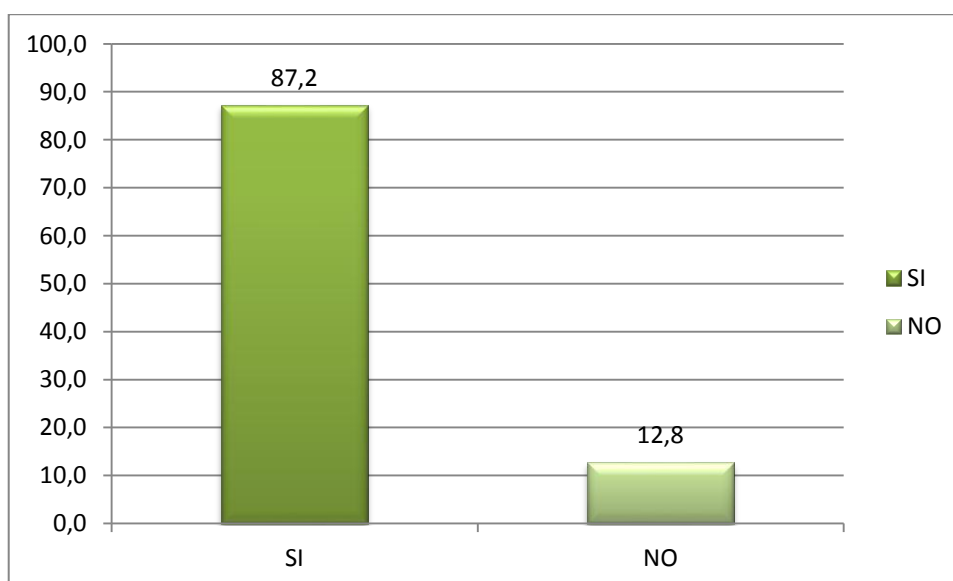
Usted y su familiar fueron atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socioeconómica.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	301	87,2
NO	44	12,8
TOTAL	345	100,0

Fuente: Encuesta a los usuarios del área de Urgencias Pediátricas

Elaboración: Dra. Rita Briones Alcívar

Gráfico No. 10

De la atención inmediata



Análisis e interpretación:

Según el cuadro y gráfico No. 10 de los usuarios encuestados sobre la atención brindada en términos de rapidez, un 87% que corresponden a un número de 301 afirman positivamente a la pregunta de si fueron atendidos inmediatamente sin importar su condición socioeconómica, y el restante 12.8% respondieron que no.

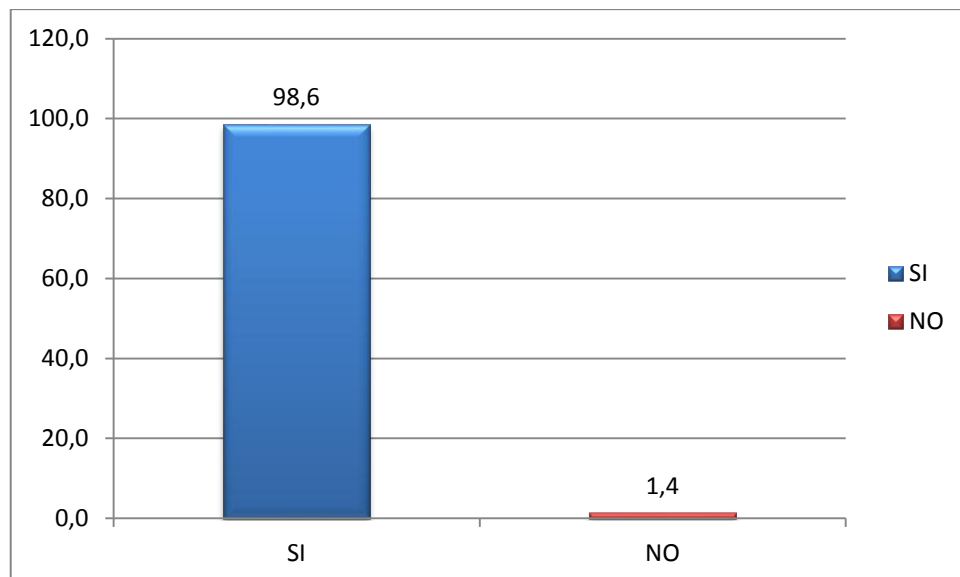
Cuadro No. 11
De la atención según su gravedad

Usted y su familiar fueron atendidos considerando la gravedad de su salud	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	340	98,6
NO	5	1,4
TOTAL	345	100,0

Fuente: Encuesta a los usuarios del área de Urgencias Pediátricas

Elaboración: Dra. Rita Briones Alcívar

Gráfico No. 11
De la atención según su gravedad



Análisis e interpretación:

Según el cuadro y gráfico No. 11 de la atención del paciente según su gravedad un 98% de los encuestados respondieron que si a las pregunta de si fueron atendidos considerando la gravedad de su salud, mientras que un minoritario 1,4% afirmaron que no, lo que demuestra la aceptación del usuario ante el servicio de triage.

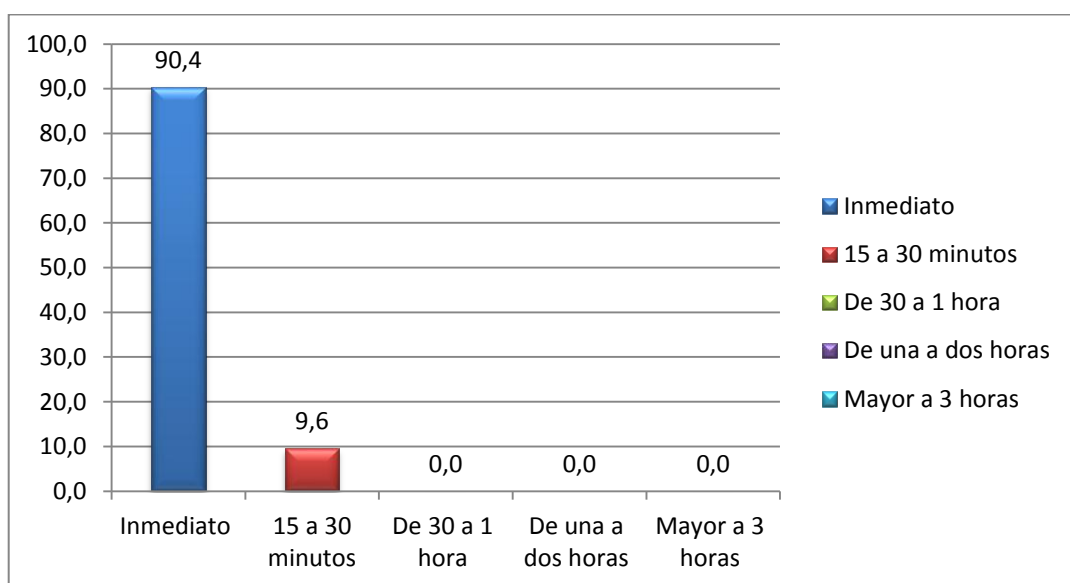
Cuadro No. 12
Del tiempo de espera

En Promedio ¿Cuanto tiempo espero para acceder al servicio de triage?	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Inmediato	312	90,4
15 a 30 minutos	33	9,6
De 30 a 1 hora	0	0,0
De una a dos horas	0	0,0
Mayor a 3 horas	0	0,0
TOTAL	345	100,0

Fuente: Encuesta a los usuarios del área de Urgencias Pediátricas

Elaboración: Dra. Rita Briones Alcívar

Gráfico No. 12
Del tiempo de espera



Análisis e interpretación:

Según el cuadro y gráfico No.12 que corresponde al tiempo para acceder al servicio de triage un 90.4% valoró como inmediato el promedio de espera, mientras que restante 9,6% afirma haber esperado más de 15 a 30 minutos.

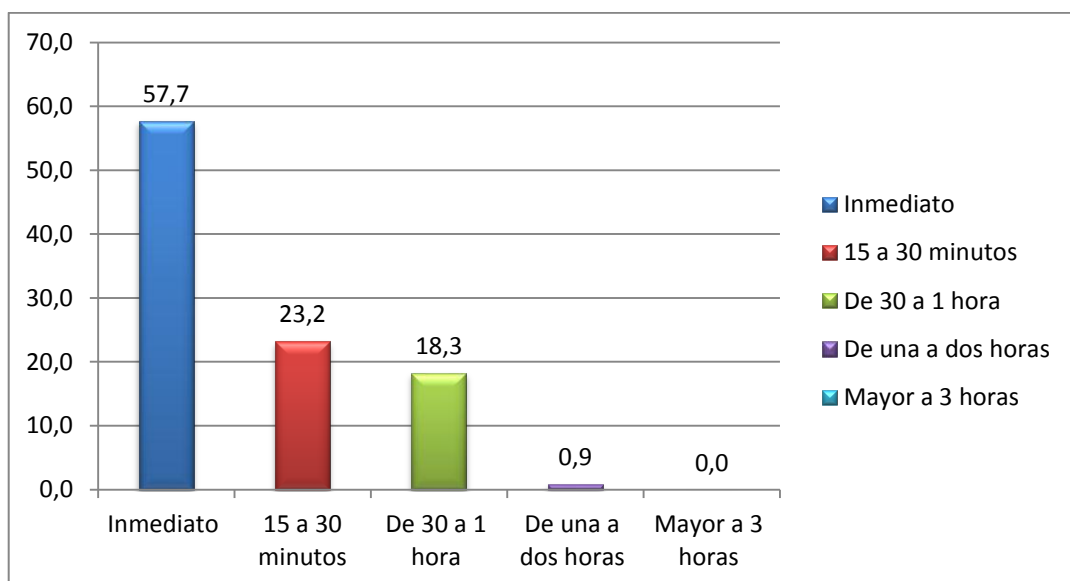
Cuadro No. 13
Del tiempo de espera

En Promedio ¿Cuanto tiempo espero para acceder al servicio de medico?	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Inmediato	199	57,7
15 a 30 minutos	80	23,2
De 30 a 1 hora	63	18,3
De una a dos horas	3	0,9
Mayor a 3 horas	0	0,0
TOTAL	345	100,0

Fuente: Encuesta a los usuarios del área de Urgencias Pediátricas

Elaboración: Dra. Rita Briones Alcívar

Gráfico No. 13
Del tiempo de espera



Análisis e interpretación:

Según el cuadro y gráfico No.13 en el que se valora el tiempo de espera para ser atendidos por el médico, un 57,7% consideró este como inmediato, seguido por un 23,2% afirmó haber esperado de 15 a 30 minutos, un 18,3 % de 30 a 1 hora, minoritariamente un 0,3% estimo el tiempo de 1 a 2 horas.

INSTALACIONES Y AMBIENTES

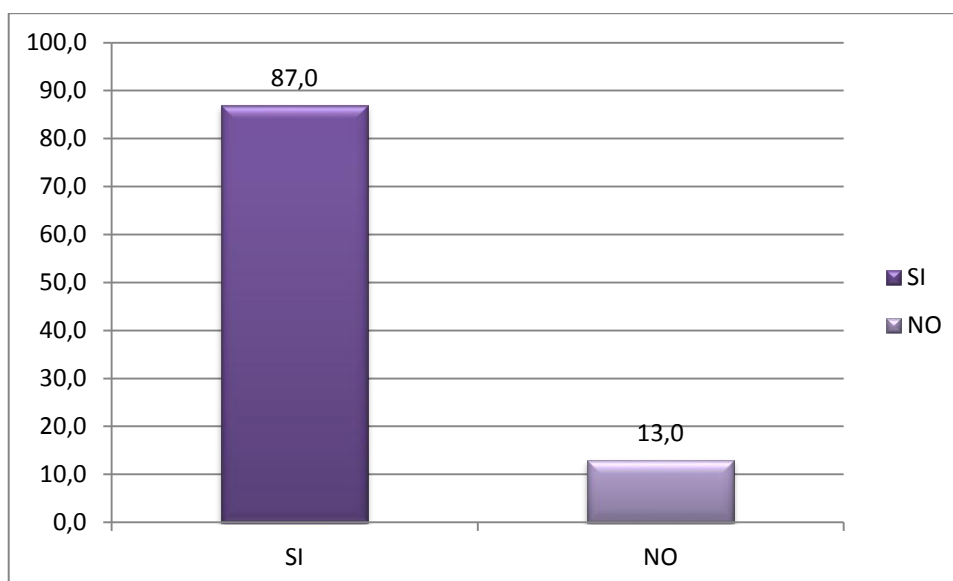
Cuadro No. 14
Del equipamiento

La emergencia contó con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	300	87,0
NO	45	13,0
TOTAL	345	100,0

Fuente: Encuesta a los usuarios del área de Urgencias Pediátricas

Elaboración: Dra. Rita Briones Alcívar

Gráfico No.1 4
Del equipamiento



Análisis e interpretación:

Según el cuadro y gráfico No. 14 que corresponde a equipamiento, los usuarios encuestados consideraron en un 87% que el servicio de emergencia contó con equipos y materiales disponibles, mientras un minoritario 13% considero que no.

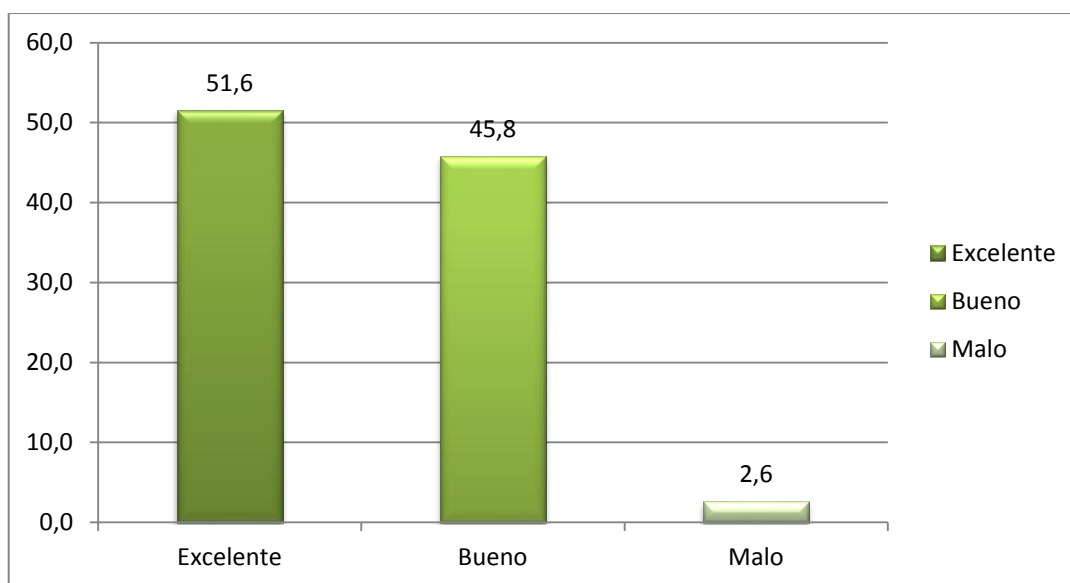
Cuadro No. 15
De las instalaciones

Considera que en general el aseo a la sala de espera es:	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	178	51,6
Excelente	158	45,8
Malo	9	2,6
TOTAL	345	100,0

Fuente: Encuesta a los usuarios del área de Urgencias Pediátricas

Elaboración: Dra. Rita Briones Alcívar.

Gráfico No. 15
De las instalaciones



Análisis e interpretación:

Según el cuadro y gráfico No. 15 que tiene que ver con las instalaciones del área de urgencias pediátricas, 178 usuarios que corresponden a un 51,6% consideró el aseo de área como bueno, un 45,8% lo valoró como excelente y un minoritario 2,6% de los encuestados como malo.

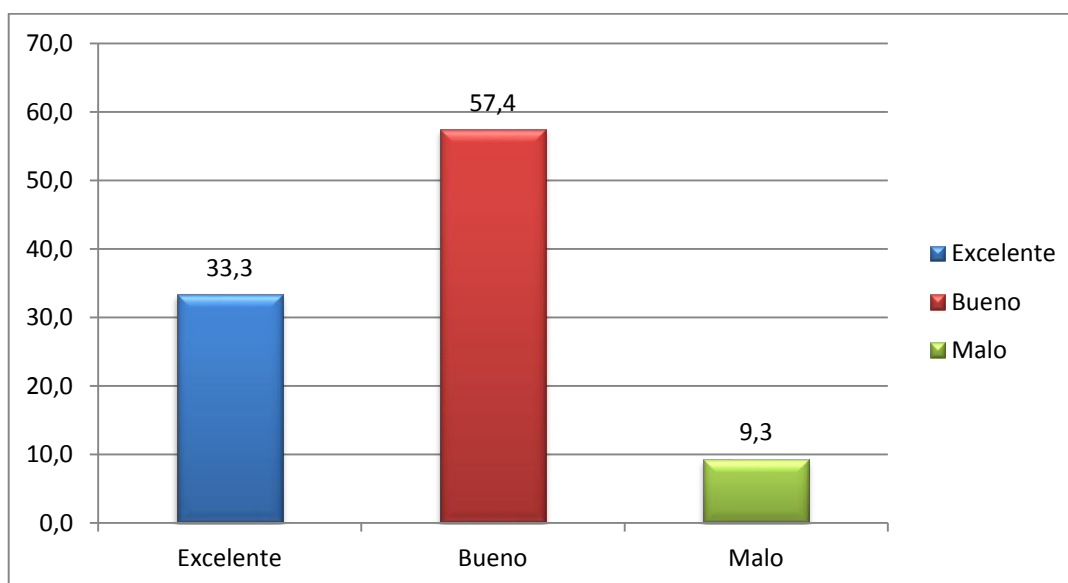
Cuadro No. 16
De las instalaciones

RESPECTO AL ESTADO DE LOS BAÑOS CONSIDERA QUE ESTÁN:	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	115	33,3%
Bueno	198	57,4%
Malo	32	9,3%
TOTAL	345	100%

Fuente: Encuesta a los usuarios del área de Urgencias Pediátricas

Elaboración: Dra. Rita Briones Alcívar

Gráfico No. 16
De las instalaciones



Análisis e interpretación:

Según el cuadro y gráfico No.16 los usuarios encuestados valoraron las instalaciones del área de urgencias pediátricas, con respecto al estado de los baños, como bueno en un 57,4%, excelente en un 33,3% y minoritariamente malo en un 9,3%

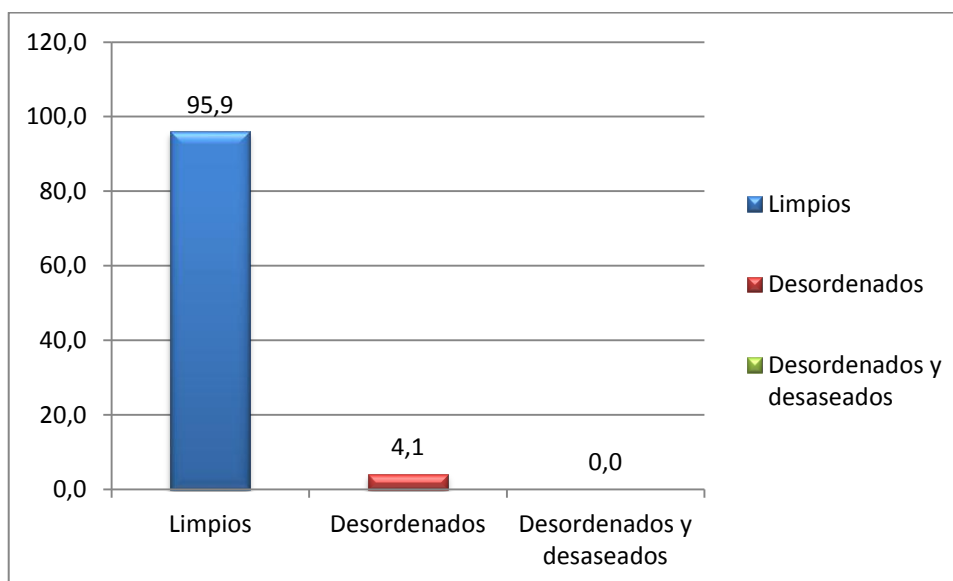
Cuadro No. 17
De las instalaciones

Considera que en general los lugares donde se le brindo atención son:	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Limpios	331	95,9%
Desordenados	14	4,1%
Desordenados y desaseados	0	0,0%
TOTAL	345	100%

Fuente: Encuesta a los usuarios del área de Urgencias Pediátricas

Elaboración: Dra. Rita Briones Alcívar

Gráfico No. 17
De las instalaciones



Análisis e interpretación:

Según el cuadro y gráfico No. 17 de la percepción sobre las instalaciones el 95,9% considera de forma general los lugares donde se le brindó atención como limpios, el restante 4,1% los califica como desordenados.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

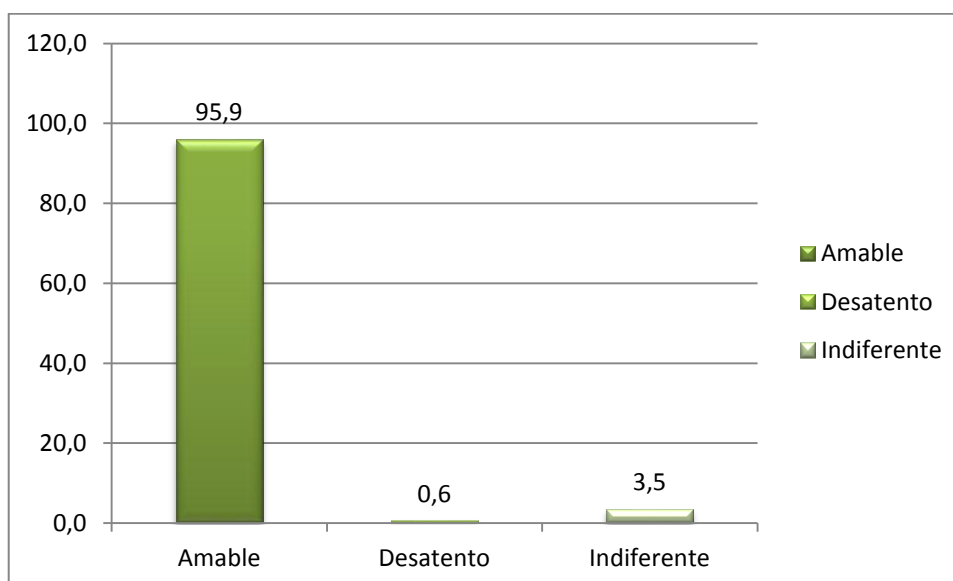
Cuadro No. 18
De la actitud en la atención

Considera que la actitud de los funcionarios que atendieron su solicitud general fue:	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Amable	331	95,9%
Desatento	2	0,6%
Indiferente	12	3,5%
TOTAL	345	100%

Fuente: Encuesta a los usuarios del área de Urgencias Pediátricas

Elaboración: Dra. Rita Briones Alcívar

Gráfico No. 18
De la actitud en la atención



Análisis e interpretación:

Según el cuadro y gráfico No. 18 Que tiene que ver con la actitud en la atención, un mayoritario 95,9% del los encuestados considera esta como amable, mientras el restante 3,5% observo indiferencia en la actitud de los funcionarios.

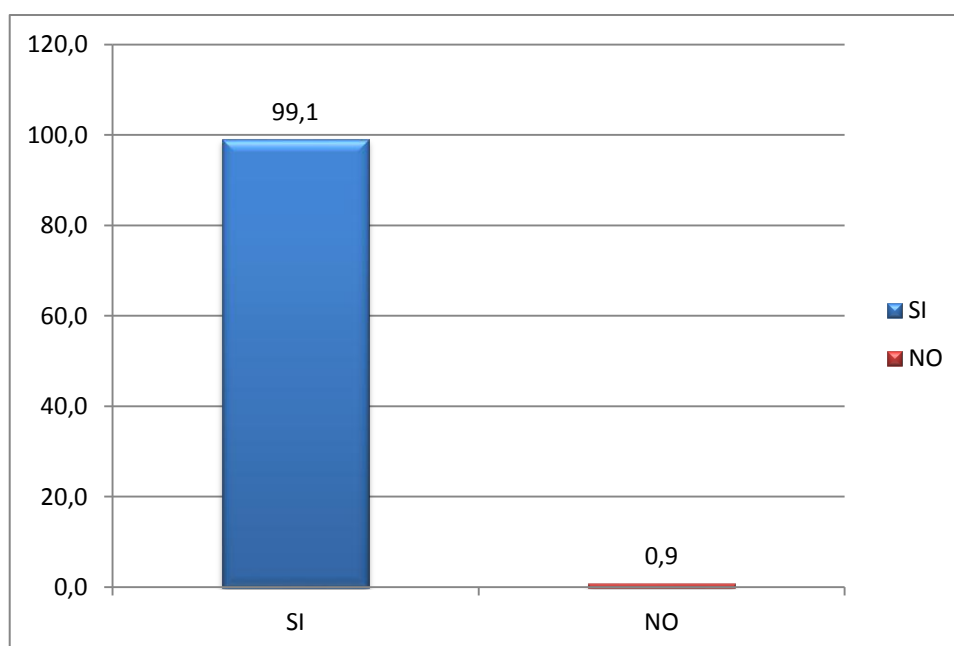
Cuadro No. 19
De la atención recibida

En relación al momento de expresar los problemas de salud de su familiar (hijo/a) fue escuchado	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	342	99,1
NO	3	0,9
TOTAL	345	100,0

Fuente: Encuesta a los usuarios del área de Urgencias Pediátricas

Elaboración: Dra. Rita Briones Alcívar

Gráfico No. 19
De la atención recibida



Análisis e interpretación:

Según el cuadro y gráfico No 19 cuando se pregunto a los usuarios sobre la atención recibida un 99,1% manifestó que fue escuchado al momento de expresar los problemas de salud de su hijo (ja) , el restante 0,9% consideró que no.

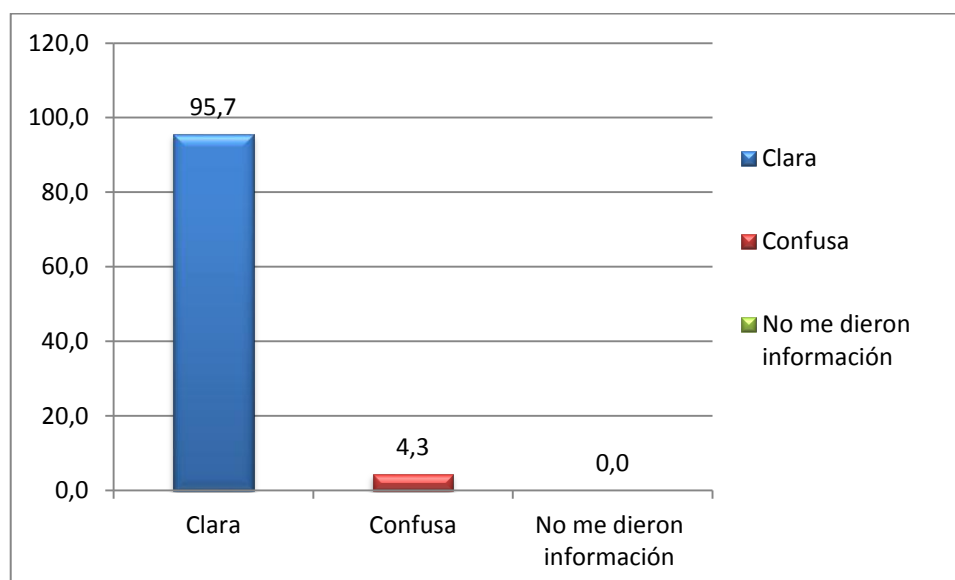
Cuadro No. 20
De la información brindada

Respecto a la información que se brinda sobre el diagnostico y estado de salud fue::	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Clara	330	95,7
Confusa	15	4,3
No me dieron información	0	0,0
TOTAL	345	100,0

Fuente: Encuesta a los usuarios del área de Urgencias Pediátricas

Elaboración: Dra. Rita Briones Alcívar

Gráfico No. 20
De la información brindada



Análisis e interpretación:

Según el cuadro y gráfico No. 20 Que tiene que ver con la información recibida un 95,7% manifestó que fue clara la información brindada recto al diagnostico y estado de salud de su hijo/a, un 4,3% la consideró como confusa.

CALIDEZ

Cuadro No. 21

De la información brindada

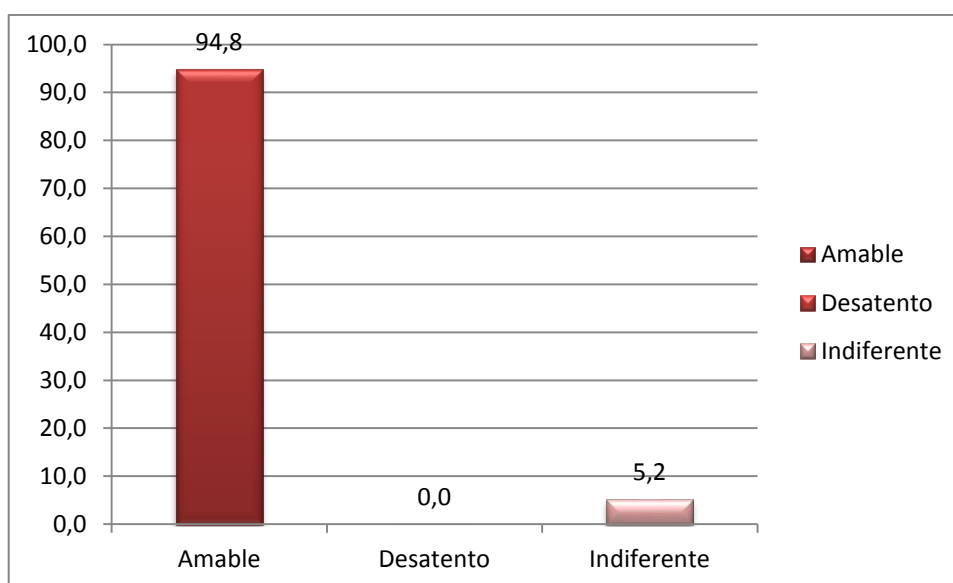
El trato dado por el personal de triage lo percibe como:	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Amable	327	94,8
Desatento	0	0,0
Indiferente	18	5,2
TOTAL	345	100,0

Fuente: Encuesta a los usuarios del área de Urgencias Pediátricas

Elaboración: Dra. Rita Briones Alcívar

Gráfico No. 21

De la información brindada



Análisis e interpretación:

Según el cuadro y gráfico No. 21 Sobre el trato recibido por el personal de triage los encuestados manifestaron en un 94,8% que fue amable, mientras un 5,2% la valoró como indiferente.

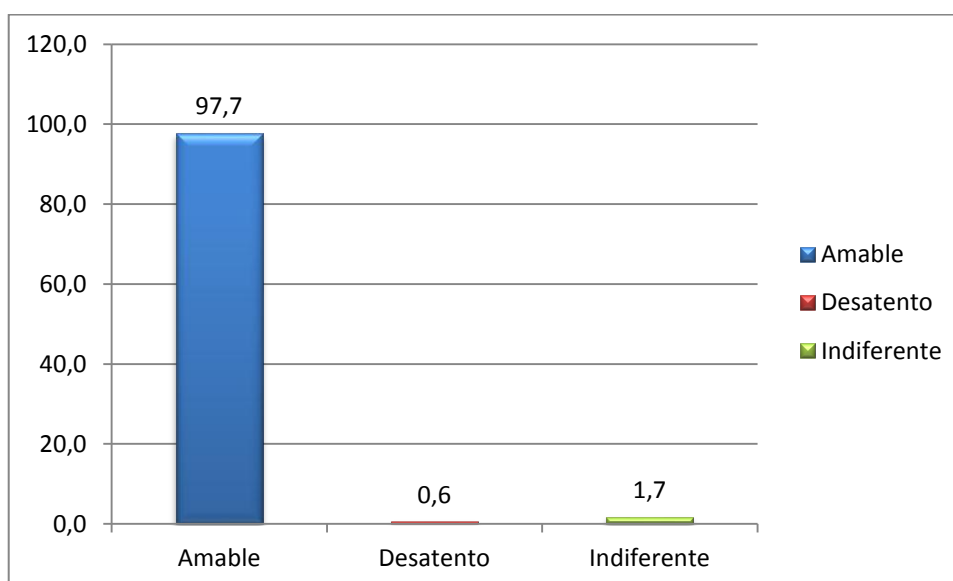
Cuadro No. 22
Del buen trato recibido por el personal de medico

El trato general dado por el personal de medico lo percibe como:	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Amable	337	97,7
Desatento	2	0,6
Indiferente	6	1,7
TOTAL	345	100,0

Fuente: Encuesta a los usuarios del área de Urgencias Pediátricas

Elaboración: Dra. Rita Briones Alcívar

Gráfico No. 22
Del buen trato recibido por el personal de medico



Análisis e interpretación:

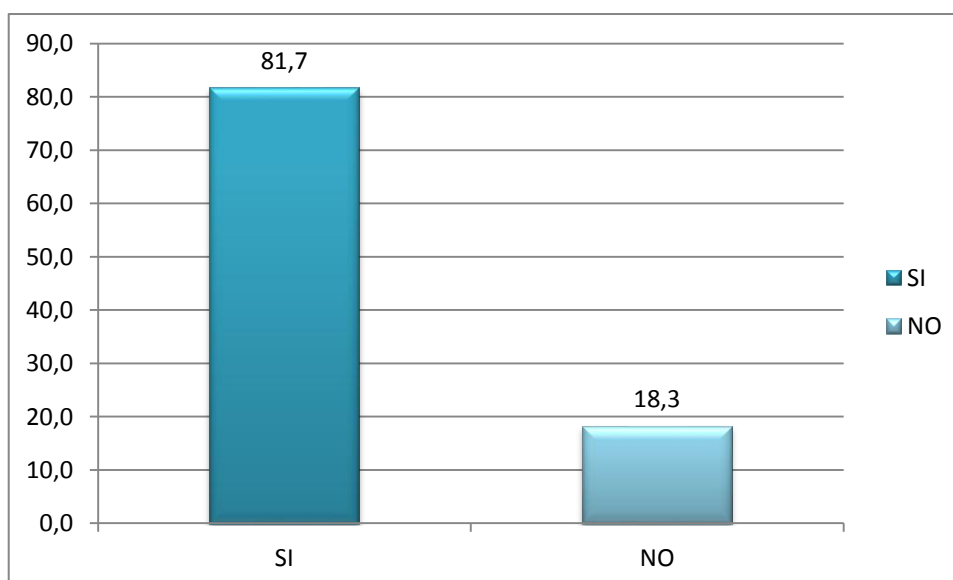
Según el cuadro y gráfico No. 22 En lo que tiene que ver con el buen trato recibido por el personal medico se manifestó en un 97,7% que fue amable, mientras un 1,7% la estimó como indiferente.

Cuadro No. 23
De la rapidez en la atención

La farmacia de emergencia fue rápida y contó con los medicamentos que recetó el médico; así mismo los exámenes de laboratorio y radiología	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	282	81,7
NO	63	18,3
TOTAL	345	100,0

Fuente: Encuesta a los usuarios del área de Urgencias Pediátricas
Elaboración: Dra. Rita Briones Alcívar

Gráfico No. 23
De la rapidez en la atención



Análisis e interpretación:

Según el cuadro y gráfico No. 23 Los usuarios encuestados valoraron la atención en la farmacia, Rx y laboratorio, como rápida en un 81,7%, mientras que el restante 18,3% considero que no.

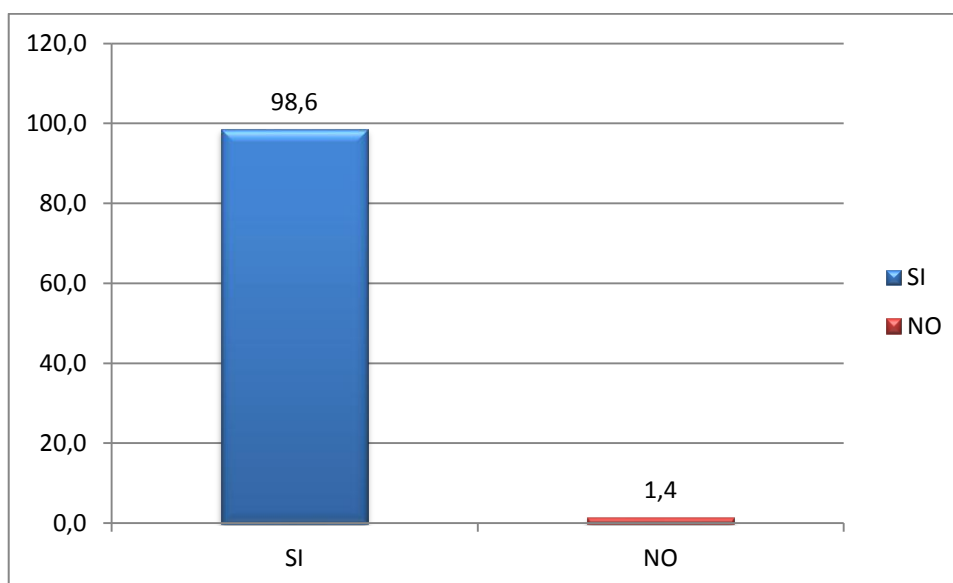
Cuadro No. 24
De la calidez recibida

Dentro del servicio de urgencias y durante el desarrollo de la atención que se brinda se sintió, acompañado, bien orientado, bien tratado	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	340	98,6%
NO	5	1,4%
TOTAL	345	100%

Fuente: Encuesta a los usuarios del área de Urgencias Pediátricas

Elaboración: Dra. Rita Briones Alcívar

Gráfico No. 24
De la calidez recibida



Análisis e interpretación:

Según el cuadro y gráfico No. 24 en cuanto a la calidez recibida en un 98,6% consideró que dentro del servicio de urgencias y durante el desarrollo de la atención que se brinda se sintió, acompañado, bien orientado, bien tratado, mientras que el restante 1,4% considero que no a esta afirmación.

EVALUACIÓN DEL INDICADOR FIN

FIN: CONTRIBUIR A DISMINUIR EL RIESGO DE COMPLICACIONES.

INDICADOR

Este indicador, por ser a largo plazo no es posible medir, pero con el hecho de haber cumplido los indicadores del propósito y de los resultados se puede asegurar que el proyecto contribuyó a disminuir el riesgo de complicaciones en pacientes atendidos en el área de triage pediátrico.

CONCLUSIONES

Al término del presente proyecto, puedo concluir que:

Se logró la aceptación y participación tanto del Dr. Julio González, Director Médico del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, como del Equipo de Salud del mismo, apoyo que hizo que el proyecto fuera una realidad y los asistentes al área de triage pediátrico se sintieran con una mejor calidad de atención para aliviar sus dolencias emergentes.

- Se cumplió en un 100% el principal objetivo de este proyecto, mismo que fue mejorar la calidad de atención en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo mediante la implementación del servicio de Triage, actualización del personal sobre protocolo de triage; y, la información al usuario sobre el proceso de atención para disminuir la presencia de complicaciones en la salud de los niños.
- También se cumplió en un 100% la creación del servicio de Triage para que los niños reciban atención oportuna y eficiente.
- Se actualizó en un 100% al Equipo de Salud sobre el protocolo de Triage para brindar atención integral al paciente pediátrico.

- Se informó a mas del 75%% de los familiares padres de familia de forma fluida sobre las actuaciones a realizar y el tiempo de espera, a fin de lograr su participación en el tratamiento.
- Se disminuyó la congestión del servicio mejorando el flujo de pacientes.
- Se creo un lenguaje común para todos los profesionales que atienden las urgencias.

RECOMENDACIONES

Luego de desarrollado el proyecto, se recomienda:

A los Directivos del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo que se amplié el espacio físico del triage pediátrico, a fin de brindar un servicio con calidad, calidez, eficiencia y eficacia.

Que la UTPL continúe promoviendo proyectos de salud con el fin de mantener la acreditación que hasta el momento conserva, el buen desenvolvimiento de las actividades que desarrollan sus estudiantes.

Al Equipo de Salud del Hospital que siga manteniendo ese alto espíritu de colaboración y de ayuda a los grupos más vulnerables como son los niños, tratando de esta manera mejorar el buen vivir de la población infantil de nuestro entorno.

A los pacientes y familiares prepararse para continuar con el tratamiento que el médico de emergencia envía para sus hijos.

BIBLIOGRAFIA

1. Baumann MR, Strout TD. Evaluation of the Emergency Severity Index (version 3) triage algorithm in pediatric patients. Acad Emerg Med 2005;12:219-224.
2. Benitez M, Martinez L, Quintilla JM, Segura A, Gomez-Jimenez J, Luaces C. Estudio de concordancia del Sistema Espanol de Triage en pacientes pediatricos. XIII reunion anual de la SEUP.Murcia, 19 de abril de 2008.
3. Beveridge R., Clarke B., Janes L., et al. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale
4. DEA7F&ext=.pdf&name=CTAS-supplement-v01i03-e.pdf.
5. Eitel DR, Travers DA, Rosenau AM, Gilboy N, Wuerz RC. The emergency severity index triage algorithm version 2 is reliable and valid. Acad Emerg Med. 2003; 10 (10): 1070-80.
6. Espino JU, Hogan WR, Wagner MM. Telephone Triage: A Timely Data Source for Surveillance of Infl uenza-like Diseases. University of Pittsburgh, Pennsylvania.(, 2007)
7. Gomez Jimenez J, Boneu F, Becerra O, Albert E, Ferrando JB, Medina M. Validacion clinica de la nueva version del Programa de Ayuda al Triage (web_e-PAT v3) del Modelo Andorrano de Triage (MAT) y Sistema Espanol de Triage (SET). Fiabilidad, utilidad y validez en la poblacion pediátrica y adulta. Emergencias 2006; 18: 207-214.
8. Gómez Jiménez J,Torres Trillo M, López Pérez J,Jiménez Murillo L. Curso de formación de triaje estructurado de urgencias y emergencias. Sistema Español de Triage (SET). Madrid.Manual de formación de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMES);200
9. Gómez Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias Emergencias 2003;15:165-175
10. Gómez Jiménez J. Triage estructurat d'urgències. Model Andorra de Triage (MAT). Bases conceptuales del programa de ayuda al Triage(ãweb_ePAT versió 3.0â). (Revisado en junio 2003)
11. Gravel J, Gouin S, Bailey B, Roy M, Bergeron S, Amre D. Reliability of a computerized version of

12. Gravel J, Gouin S, Manzano S, Arsenault M, Amre D. Interrater Agreement between Nurses for the Pediatric Canadian Triage and Acuity Scale in a Tertiary Care Center. *Acad Emerg Med* 2008;15:1262-1267.
13. Gravel J, Manzano S, Arsenault M. Safety of a modification of the triage level for febrile children 6 to 36 months old using the Paediatric Canadian Triage and Acuity Scale. *CJEM* 2008;10:32-37.
14. Gravel J, Manzano S, Arsenault M. Validity of the Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale in a tertiary care hospital. *CJEM* 2009;11:23-28.
15. Implementation Guidelines. *Can J Emerg Med* 1999; 1 (Suppl 3): S1-S24.
16. Information disponible en: http://caep.ca/CMS/get_file.asp?id=7B472A5188B245E7951AF8BFF25
17. Ma W, Gafni A, Goldman R. Correlation of the Canadian Pediatric Emergency Triage and Acuity Scale to ED resource utilization. *Am J Emerg Med* 2008; 26:893-897.
18. Mackway-Jones K., ed. *Emergency Triage: Manchester Triage Group*. First Edition. London: BMJ Publishing Group, 1997.
19. Mackway-Jones K., Marsden J., Windle J. ed. *Emergency Triage: Manchester Triage Group*. Second Edition. London: BMJ Publishing Group, 2006.
20. Murray M, Bullard M, Grafstein E, for the CTAS and CEDIS National Working Groups. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines. *Can J Emerg Med* 2004;6(6):421-7.
21. Quintilla JM, Martinez L, Benitez M, Segura A, Gomez Jimenez J, Luaces C and Andorran-Catalonian Pediatric Triage Group. Validation of a 5-level paediatric triage scale. *EuSEM Congress*. 4th-8th October 2006. Crete, Greece.
22. Renaud B, Coma E, Roupie E et al. Routine Use of the Pneumonia Severity Index for Guiding the Site-of-Treatment Decision of Patients with Pneumonia in the Emergency Department: A Multicenter, Prospective, Observational, Controlled Cohort Study. *Clinical Infectious Diseases* 44(1):41-49, Ene 2007.
23. Rosenau AM, Waller A, Trocinski D, Travers D, Mecham N, Katznelson J, Hohenhaus S, Eubanks T, Rupp V, Eitel D. Is the Emergency Severity Index Reliable for Pediatric Triage? *Ann Emerg Med* 2006;48:S62-S63.
24. Roukema J, Steyerberg E, van Meurs A, Ruige M, van der Lei J, Moll H. Validity of the Manchester Triage System in paediatric emergency care. *Emerg Med J* 2006;23:906-910.

25. the Pediatric Canadian Triage and Acuity Scale. Acad Emerg Med 2007;14:864-869.
26. Van Veen M, Steyerberg E, Ruige M, van Meurs A, Roukema J, van der Lei J, Moll HA. Manchester triage system in paediatric emergency care: prospective observational study. BMJ 2008; 337:a1501.
27. Warren D, Jarvis A, Leblanc L, Gravel J. Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale paediatric guidelines (PaedCTAS). CJEM 2008;10:224-243.
28. Wuerz R., ESI Triage Study Group. Emergency severity index triage category is associated with six-month survival. Acad Emerg Med. 2001;8 (1):61-4.
29. Wuerz RC., Travers D., Gilboy N., Eitel DR., Rosenau A., Yazhari R. Implementation and refinement of the Emergency Severity Index. Acad Emerg Med 2001; 8: 170-6.

Linkigrafia

1. Tanabe P, Gimbel R, Yarnold PR, Adams JG. The Emergency Severity Index (version 3) 5-level triage system scores predict ED resource consumption. J Emerg Nurs. 2004 Feb; 30 (1): 22-9. Información disponible en: <http://www.saem.org/meetings/03handouts/eitel.pdf>.
2. <http://www.col.legidemetges.ad/sum/cursdetria.pdf>
3. <http://www.col.legidemetges.ad/sum/Triatge.html>
4. <http://www.enfermeriadeurgencias.com/>
5. <http://www.acmcb.es/societats/urgencies/quaderns/Qu26/P1.htm>
6. www.seup.org/seup/becas/pdj/LubecacasenFleet.pdf
7. www.acem.org.au/open/document/triage.htm
8. <http://www.sum.ad/Triage.html>
9. <http://www.sum.ad/Triage/EjemploPAT.pdf>
10. <http://www.sum.ad/termtraje.pdf>
11. <http://www.sum.ad/Encuesta.pdf>
12. <http://www.sum.ad/pat.html>
13. <http://www.sum.ad/Triage.html>
14. <http://www.sum.ad/Gestion MAT.pdf>
15. Australasian Triage Scale (ATS): <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/>
16. casemix-ED-Triage+Review+Fact+Sheet+Documents.

17. Canadian Triage & Acuity Scale (CTAS) y Paediatric CTAS (PaedCTAS):
<http://www.caep.ca/>
18. [template.asp?id=B795164082374289BBD9C1C2BF4B8D32](http://www.template.asp?id=B795164082374289BBD9C1C2BF4B8D32).
19. Emergency Severity Index (ESI): <http://www.ahrq.gov/research/esi/>.
20. Modelo Andorrano de Triage (MAT) - Sistema Espanol de Triage (SET):
<http://www.triajeset.com/>
21. [acerca/index.html](http://www.acerca/index.html).
22. Organizacion Panamericana de la Salud / Organizacion Mundial de la Salud.
Respuesta a la Infl uenza Pandemica (H1N1) 2009 en las Americas:
Lecciones y desafios. Miami, Florida, 15–17 de septiembre de 2009. Informe
de una reunion Disponible en: <http://new.paho.org>
23. Organizacion Panamericana de la Salud / Organizacion Mundial de la Salud.
Consideraciones y recomendaciones provisionales para el manejo clinico de
la infl uenza pandemica 2009.Consulta de expertos de OPS/OMS. Version
revisada, 16 de julio de 2009. Disponible en: [http:// new.paho.org](http://new.paho.org)

APÉNDICE No.1

REGISTRO DE AVANCE DEL PROYECTO

FICHA DE CONTROL DE AVANCE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN.

Nombres y Apellidos: Dra. Rita Paola Briones Alcívar

Centro Universitario: Universidad Particular de Loja

Título del proyecto: “Proyecto de mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, 2012”

RESULTADOS ESPERADOS O COMPONENTES DEL PROYECTO	INDICADORES	CRONOGRAMA 2010-2011				OBS.
		2010		2011	M	
RESULTADO 1 Servicio de Triage conformado y funcionando.	- Hasta 23-07-2010 el 100% del Servicio de Triage conformado - Hasta 30-08-2011 el 100% Servicio de Triage funcionando.	50 %		100 %		
RESULTADO 2 Personal del servicio de urgencias pediátricas capacitado en el manejo del Triage.	Hasta el 14 de Junio del 2011 el 100% del personal del servicio de Triage capacitado.			100 %		
RESULTADO 3 Familiares informados sobre la atención que brinda el área de urgencias pediátricas.	Hasta 15-09-2011 el 75% de padres y familiares son informados sobre el sistema del Triage.			100 %		

Lic. Marcela Viteri, Mg.Sc

DIRECTORA DE TESIS

APÈNDICE No. 2

OFICIOS RECIBIDOS Y ENVIADOS



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
DIRECCION DE SALUD DE MANABI
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO
DIRECCION DE AREA DEL HOSPITAL

Portoviejo, 3 de febrero del 2011.

Dr. Fernando Rodríguez. Médico Tratante de Urgencias HVCB.

Dra. Rita Briones A. Médico Tratante de Pediatría.

De mi consideración:

Por medio de la presente, hago conocer a ustedes que he revisado el proyecto de Implementación del servicio de Triage Pediátrico como estrategia de mejoramiento de la calidad de atención en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, año 2011. Motivo por el que dispongo a ustedes se implemente el servicio de Triage Pediátrico a partir del mes de febrero del 2011.

Atentamente.

Dr. Julio González. García



DIRECTOR DEL HOSPITAL



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCION DE SALUD DE MANABI
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO
DIRECCION DE AREA DEL HOSPITAL

Portoviejo, 5 de mayo del 2011

Señores.

Médicos Tratantes, Licenciadas en Enfermería
SUBPROCESO DE PEDIATRIA-EMERGENCIA
Ciudad.

Con el propósito de brindar una mejor calidad de atención en el servicio de urgencias pediátricas, se dictará una capacitación sobre **TRIAGE PEDIATRICO HOSPITALARIO**, el mismo que será realizado el día sábado 14 de mayo a las 09H00 en el auditorio del hospital al cual quedan cordialmente invitados. Se ruega puntual asistencia.

Atentamente



Dr. Julio González
DIRECTOR HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA



DICTADO POR:
COORDINADORES:

DRA JESSICA PROAÑO- PEDIATRA
DR. FERNANDO RODRIGUEZ – EMERGENCIÓLOGO.
DRA. RITA BRIONES - PEDIATRA



PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, AÑO.
2011

Portoviejo, Julio 15 del /2010.

Dr.
Julio González García,
DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA" DE
PORTOVIEJO.
Presente

De mi consideración:

La **Dra. Rita Briones Alcívar**, Médico Tratante de Pediatría del Hospital y, Egresada de la Universidad Técnica Particular de Loja, a Ud. muy respetuosamente solicito, me reciba el día 18/07/2010, para solicitarle la AUTORIZACION para desarrollar mi trabajo de investigación titulado: **"PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, AÑO. 2011"**, el mismo que pretendo ejecutarlo en el área de emergencia de la institución que Ud. acertadamente dirige.

En espera de una respuesta a la presente, me suscribo de Ud..

Atentamente,


Dra. Rita Briones Alcívar,

EGRESADA U.T.P.L

Dra. Rita Briones Alcívar
MAESTRANTE U.T.P.L.
2010-2011





PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, AÑO.
2011

OF. CIRC. NO. 01-2011.

Portoviejo, Mayo 2 de 2011.

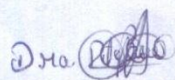
Dres.
**DEL ÁREA DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL "DR. VERDI
CEVALLOS BALDA" DE PORTOVIEJO**
Presente

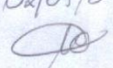
De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de quien suscribe el presente, **Dra. Rita Briones Alcívar**, Egresada de la U.T.P.L. misma que se dirige a Ud. para INVITARLES a una reunión con el fin de informarles sobre el Triage Pediátrico, misma que se llevará a cabo el día 16/08/2010, en la Oficina de Gerencia Hospitalaria, a las 12H00.

Por la atención que se brinde a la presente, me es grato reiterarle mis agradecimientos.

Atentamente,


Dra. Rita Briones Alcívar
EGRESADA U.T.P.L.

Recibido
02/05/2011

Dra. Maribel Barriga Lara
MEDICINA TROPICAL
Reg. MSP. L. 1 F. 1500 No. 1002

Dra. Rita Briones Alcívar
MAESTRANTE U.T.P.L.
2010-2011



PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, AÑO.
2011

Of. Circ. No. 0001-2011

Portoviejo, Agosto 2/2011

Dr.
Fernando Rodríguez,
JEFE DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA"
Presente.

De mi consideración:

Yo, **Dra. Rita Briones Alcívar**, profesional médico del Área de Emergencia Pediátrica de este nosocomio, a Ud. muy respetuosamente invito a una reunión, la misma que se efectuará el día 15/08/2010 a partir de las 10H00 en la Oficina de Gerencia Médica del Hospital, con la finalidad de conformar un comité para la elaboración del protocolo de triage, como un requisito previo a la obtención del título de magíster en salud para el desarrollo local.

Su presencia dará mayor realce a este importante evento, por lo que desde ya reciba mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,

Dra. Rita Briones Alcívar
MAESTRANTE U.T.P.L.

c.c. Archivo

Dr. Julio González, Gerente Médico
Ing. Mario Rodríguez, Gerente Administrativo.
Dra. Carmen Campuzano, Subgerente Médico
Dr. Fernando Rodríguez, Jefe de Área Emergencia
Dr. Tito Mora Arteaga
Dr. Cristóbal Alvarado
Dra. Betsy Velásquez

Dra. Rita Briones Alcívar
MAESTRANTE U.T.P.L.

2010-2011



PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, AÑO.
2011

Portoviejo, Mayo 3 de 2011.

Dr.
Julio González,
GERENTE MÉDICO DEL HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA"
Presente

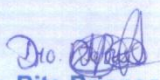
De nuestras consideraciones:

Reciba un cordial saludo de quien suscribe el presente, **Dra. Rita Briones Alcívar**, Egresada de la U.T.P.L., se dirige a Ud. con el fin de informarle sobre la ejecución del proyecto de tesis titulado: PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, AÑO. 2011, como requisito previo para la obtención del título de Magíster en Servicios de Salud para el Desarrollo Local, en donde se realizará una capacitación sobre "Manejo del Triage Pediátrico", a efectuarse los días 14, 16 y 17 de Mayo/2011; 1-2-3 de Junio del 2011; y, 13 y 14 de Junio/2011, de 10H00 a 15H00 en el Auditorium del Hospital, por lo que solicitamos a Ud. lo siguiente:

- 1) Que nos avalice con su firma los Certificados que serán entregados al personal asistente a esta capacitación;
- 2) Que se ordene a quien corresponda se realice el arreglo de turnos para el personal asistente a la capacitación; y,
- 3) Que se otorgue el respectivo permiso al personal asistente al seminario.

Espero que la presente tenga la acogida favorable, por lo que de antemano le quedo agradecida.

Atentamente,


Dra. Rita Briones Alcívar
EGRESADA U.T.P.L.

cc. Archivo.



Dra. Rita Briones Alcívar
MAESTRANTE U.T.P.L.
2010-2011



PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, AÑO.
2011

Of. Circ. 002-2011

Portoviejo, Mayo 10 del 2011

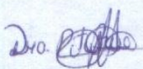
Dr.
Julio González,
GERENTE MÉDICO DEL HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA"
Presente.

De mi consideración:

Yo, **Dra. Rita Briones Alcívar**, Egresada de la Maestría en Gerencia Integral en Salud para el Desarrollo Local de la U.T.P.L., le hago extensiva una cordial invitación a la capacitación sobre "Manejo de triage pediátrico", el mismo que se efectuará el 14, 16 y 17 de Mayo; 1-2-3 de Junio; y, 13 y 14 de Junio/2011 en el Auditorium del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo, en el horario de 10H00 a 15H00.

Su presencia dará gran realce a este importante evento, por lo que desde ya me anticipo en agradecerle.

Atentamente,


Dra. Rita Briones Alcívar
EGRESADA U.T.P.L.

cc. Archivo.
Ing. Mario Rodríguez,
Dra. Carmen Campuzano



Dra. Rita Briones Alcívar
MAESTRANTE U.T.P.L.
2010-2011



PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, AÑO.
2011

Portoviejo, Mayo 10 del 2011.

Dr.

Tito Mora Arteaga,
PEDIATRA DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL "DR. VERDI
CEVALLOS BALDA"

Presente

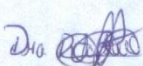
De mi consideración:

Por medio del presente, la egresada de la Maestría en Gerencia Integral en Salud para el Desarrollo local de la U.T.P.L. Dra. Rita Briones Alcívar; le extiende un cordial saludo y a la vez le solicita su participación como EXPOSITOR, en la capacitación "MANEJO DE TRIAGE PEDIÁTRICO" a realizarse de acuerdo al siguiente cronograma:

TEMAS	FECHA	HORA
Emergencias en niños	14 de Mayo/2011	10H00-15H00

Esperando una respuesta favorable a la presente, me anticipo en agradecerle.

Atentamente,


Dra. Rita Briones Alcívar
EGRESADA U.T.P.L.


recibido
5-05-11

Dra. Rita Briones Alcívar
MAESTRANTE U.T.P.L.
2010-2011



PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, AÑO.
2011

Portoviejo, Mayo 10 del 2011.

Dr.
Cristóbal Alvarado,
PEDIATRA DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL "DR. VERDI
CEVALLOS BALDA"
Presente

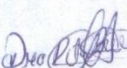
De mi consideración:

Por medio del presente, la egresada de la Maestría en Gerencia Integral en Salud para el Desarrollo local de la U.T.P.L. Dra. Rita Briones Alcívar, le extiende un cordial saludo y a la vez le solicita su participación como EXPOSITOR, en la capacitación "MANEJO DE TRIAGE PEDIÁTRICO" a realizarse de acuerdo al siguiente cronograma:

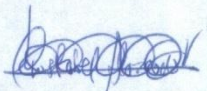
TEMAS	FECHA	HORA
Manejo de triage pediátrico	16 de Mayo/2011	10H00-15H00

Esperando una respuesta favorable a la presente, me anticipo en agradecerle.

Atentamente,


Dra. Rita Briones Alcívar
EGRESADA U.T.P.L.

Dra. Rita Briones Alcívar
MAESTRANTE U.T.P.L.
2010-2011


Recibido: 5-Mayo-2011
Dr. Cristóbal Alvarado
PEDIATRA
Reg. MSP: LVI F. 1637 No. 4727



PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, AÑO.
2011

Portoviejo, Mayo 10 del 2011.

Dr.

Jhonny Ortiz Ordóñez,

**PEDIATRA DEL ÀREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL "DR. VERDI
CEVALLOS BALDA"**

Presente

De mi consideración:

Por medio del presente, la egresada de la Maestría en Gerencia Integral en Salud para el Desarrollo local de la U.T.P.L. Dra. Rita Briones Alcívar; le extiende un cordial saludo y a la vez le solicita su participación como EXPOSITOR, en la capacitación "MANEJO DE TRIAGE PEDIÁTRICO" a realizarse de acuerdo al siguiente cronograma:

TEMAS	FECHA	HORA
Triage pediátrico: un sistema efectivo de priorización en los servicios de urgencia	2 de Junio del 2011	10H00-15H00

Esperando una respuesta favorable a la presente, me anticipo en agradecerle.

Atentamente,

Dra. Rita Briones Alcívar
EGRESADA U.T.P.L.

Dra. Rita Briones Alcívar
MAESTRANTE U.T.P.L.

2010-2011

Dr. Jhonny Ortiz Ordóñez
LIDER DEL SUBPROCESO DE PEDIATRÍA
HOSPITAL PROVINCIAL PORTOVIEJO
Paulino
19/05/11



PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, AÑO.
2011

Portoviejo, Mayo 10 del 2011.

Dr.
Melitón García,
PEDIATRA DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL "DR. VERDI
CEVALLOS BALDA"
Presente

De mi consideración:

Por medio del presente, la egresada de la Maestría en Gerencia Integral en Salud para el Desarrollo local de la U.T.P.L. Dra. Rita Briones Alcívar, le extiende un cordial saludo y a la vez le solicita su participación como EXPOSITOR, en la capacitación "MANEJO DE TRIAGE PEDIÁTRICO" a realizarse de acuerdo al siguiente cronograma:

TEMAS	FECHA	HORA
Atención integral al paciente pediátrico	3 de Junio del 2011	10H00-15H00

Esperando una respuesta favorable a la presente, me anticipo en agradecerle.

Atentamente,


Dra. Rita Briones Alcívar
EGRESADA U.T.P.L.

Dra. Rita Briones Alcívar
MAESTRANTE U.T.P.L.
2010-2011


Dr. Raúl Melitón García
MÉDICO
Reg. MSP. L. 111 150 No. 480



Portoviejo, Mayo 10 del 2011.

Dr.

José Rivadeneira Sión,
PEDIATRA DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL "DR. VERDI
CEVALLOS BALDA"

Presente

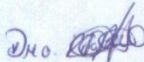
De mi consideración:

Por medio del presente, la egresada de la Maestría en Gerencia Integral en Salud para el Desarrollo local de la U.T.P.L. Dra. Rita Briones Alcívar; le extiende un cordial saludo y a la vez le solicita su participación como EXPOSITOR, en la capacitación "MANEJO DE TRIAGE PEDIÁTRICO" a realizarse de acuerdo al siguiente cronograma:

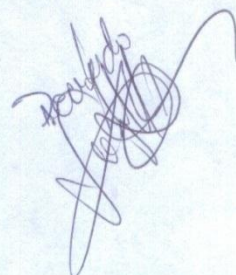
TEMAS	FECHA	HORA
Proceso en el área de triage pediátrico	13 de Junio/2011	10H00-15H00

Esperando una respuesta favorable a la presente, me anticipo en agradecerle.

Atentamente,


Dra. Rita Briones Alcívar
EGRESADA U.T.P.L.

Dra. Rita Briones Alcívar
MAESTRANTE U.T.P.L.
2010-2011



APÈNDICE No.3

ACTAS



PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, AÑO.
2011

ACTA DE COMPROMISO

En el Cantón Portoviejo, Provincia de Manabí, a los dieciocho días del mes de Julio del año dos mil diez, siendo las 10H00, en la Oficina de la Dirección Médica del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo, previa convocatoria verbal de las partes involucradas, se llevó a cabo la sesión de trabajo con el **Dr. Julio González García**, Director Médico; y, la **Dra. Rita Briones Alcívar**, Maestrante de la UTPL, para revisar el proyecto de mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de urgencias pediátricas, elaborado por la suscrita, el cual se implementará en el área de emergencia pediátrica de esta institución .

El Dr. Julio González, en representación de la Institución, luego de la revisión del Proyecto, procedió a aprobarlo, comprometiéndose a apoyar con todos los recursos necesarios y disponibles para que éste se cumpla a cabalidad.

Siendo las 10H30, se da por terminada esta sesión de trabajo y como constancia de lo actuado, los suscritos firman para los fines legales pertinentes.

Portoviejo, Julio 18/2010.

Dr. Julio González García,
DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL

Dra. Rita Briones Alcívar
MAESTRANTE U.T.P.L.

Dra. Rita Briones Alcívar
MAESTRANTE U.T.P.L.

2010-2011

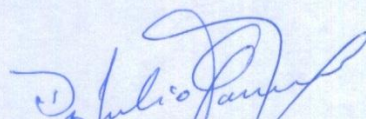


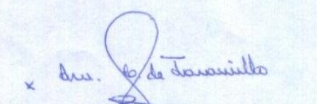
ACTA DE REUNION

En Portoviejo, provincia de Manabí, a las 15H00 del día veintitrés de julio del año dos mil diez, en la Gerencia del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo, nos reunimos; por una parte, el Dr. Julio González, Gerente Médico; e, Ing. Mario Rodríguez, Gerente Administrativo, Dra. Carmen Campuzano, Subgerente Médico; y, los Dres. Tito Mora Arteaga, Cristóbal Alvarado, y Lcda. Betsy Velásquez; y, por otra parte la Egresada de la Maestría en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, Dra. Rita Briones Alcívar, para tratar asuntos concernientes a la ejecución del **"PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO"**

Esta reunión fue exitosa, ya que se expuso la importancia del tema, lográndose concienciar a los Directivos para ejecutar acciones de mejoramiento y establecer compromisos de colaboración para el desarrollo de nuestra investigación.

Los suscritos, se comprometen a colaborar en todo lo que esté a su alcance en bien de la salud de la población.


Dr. Julio González
GERENTE MÉDICO


Ing. Mario Rodríguez
GERENTE ADMINISTRATIVO


Dra. Rita Briones Alcívar
EGRESADA U.T.P.L.

Dra. Rita Briones Alcívar
MAESTRANTE U.T.P.L.
2010-2011


DRA. CARMEN CAMPUZANO ICAZA
GINECO OBSTETRA
L.: VI F.: 1975 N°.: 5731



ACTA DE REUNIÓN DE DESIGNACIÓN DEL COMITÉ DE ELABORACIÓN DE PROTOCOLO DE TRIAGE

En Portoviejo, provincia de Manabí, a las 15H00 del día quince de agosto del año dos mil once, en la oficina del Gerente Médico, nos reunimos; por una parte, el Dr. Julio González, Gerente Médico; Ing. Mario Rodríguez, Gerente Administrativo; Dra. Carmen Campuzano, Subgerente Médico; Dr. Fernando Rodríguez, Jefe de Área Emergencia; Dr. Tito Mora Arteaga; Dr. Cristóbal Alvarado; y, Dra. Betsy Velásquez; y, por otra parte la Egresada de la Maestría en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, Dra. Rita Briones Alcívar, para conformar el Comité de Elaboración del Protocolo de Triage Pediátrico del Servicio de Emergencia del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo.

Luego de realizar un consenso, se llegó a la conclusión de que los Dres. Carmen Campuzano, Cristóbal Alvarado, Betsy Velásquez y Rita Briones, fueran quienes conformarían en comité de elaboración de protocolo de triage pediátrico, por ser parte ésta área estratégica.

El comité quedó conformado así:

Dra. Carmen Campuzano, Presidenta

Dres. Cristóbal Alvarado, Betsy Velásquez y Rita Briones Alcívar,
Coordinadoras

Los suscritos, se comprometen a colaborar en todo lo que esté a su alcance en bien del área donde trabajan y por ende de la institución.

Dra. Carmen Campuzano
PRESIDENTA DEL COMITÉ

DRA. CARMEN CAMPUZANO ICAZA
GINECO OBSTETRA
L. VI F. 1975 N. 5731

Dra. Betsy Velásquez
COORDINADORA

Dr. Cristóbal Alvarado
COORDINADOR

Dr. Cristóbal Alvarado V.
PEDIATRA
Reg. MSP: L VI F. 1637 No. 4727

Dra. Rita Briones Alcívar
COORDINADORA

Dra. Rita Briones Alcívar
MAESTRANTE U.T.P.L.
2010-2011



ACTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE TRIAGE PEDIÁTRICO

En Portoviejo, provincia de Manabí, a las 10H00 del día tres de febrero del año dos mil once, en la Sala de Reuniones de Emergencia, nos reunimos; por una parte, la Dra. Carmen Campuzano, Presidenta del Comité; y los Dres. Cristóbal Alvarado, y Besty Velásquez, Coordinadores; y, por otra parte la Egresada de la Maestría en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, Dra. Rita Briones Alcívar, para analizar y aprobar el diseño del protocolo de triage pediátrico.

Una vez analizadas esta documentación, se procede corregirla y a la redacción final del mismo, para su posterior entrega-recepción a las autoridades del hospital.

Dra. Carmen Campuzano
PRESIDENTA DEL COMITÉ

DRA. CARMEN CAMPUZANO ICAZA
GINECO OBSTETRA
L.V.F.: 1975 N. 572

Dra. Besty Velásquez
COORDINADORA

Dr. Cristóbal Alvarado V.
PEDIATRA
COORDINADOR
MSP: L.V.F. 1637 No. 4727

Dra. Rita Briones Alcívar
COORDINADORA

Dra. Rita Briones Alcívar
MAESTRANTE U.T.P.L.
2010-2011

APÈNDICE No.4

ENCUESTA

HOSPITAL REGIONAL Y DOCENTE “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” PORTOVIEJO	Proceso: EMERGENCIA PEDIÀTRICA	UNIVERSIDAD TÈCNICA PARTICULAR DE LOJA Portoviejo
	ENCUESTA DE SATISFACCION DE CAPACITACION Fecha: 2011-06-14	

Tema: _____ **Responsable:** _____
_____ **Fecha:** _____

Por favor, marque con un círculo la opción que mejor refleje su opinión en una escala de 1 a 5 (1 = En total desacuerdo y 5 = Completamente de acuerdo).

ORGANIZACIÓN

La información que recibió anticipadamente fue acertada y suficiente
La organización y el soporte logístico fueron apropiados
La sesión se cumplió en el horario dispuesto

METODOLOGÍA

Los objetivos fueron claros
El programa de trabajo fue adecuado para el logro de los objetivos
La temática fue relevante y útil

CONTENIDOS Y MATERIALES

El contenido fue oportuno y de calidad
El contenido fue suficiente para alcanzar los objetivos propuestos
Las presentaciones fueron claras y fáciles de seguir
Los materiales que recibió fueron acertados y suficientes

EXPOSITORES

Los expositores dominaron los temas tratados
Los expositores tuvieron dominio de grupo
Los expositores estimularon la participación e intercambio de ideas

Destaque al menos un aspecto que considera muy positivo

Indique por lo menos una cosa que habría mejorado

Identifique al menos una temática sobre la cual le interesaría profundizar

Si existe alguna expectativa que no fue satisfecha, descríbala

¡Gracias por sus comentarios!

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL ÀREA DE
PEDIATRIA POR LA ATENCIÓN BRINDADA**

Marque con una x según el caso

Acceso y oportunidad

Usted y su familiar fueron atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socioeconómica.

SI	
NO	

Usted y su familiar fueron atendidos considerando la gravedad de su salud

SI	
NO	

En Promedio ¿Cuanto tiempo espero para acceder al servicio de triage?

Inmediato	
15 a 30 minutos	
De 30 a 1 hora	
De una a dos horas	
Mayor a 3 horas	

En Promedio ¿Cuanto tiempo espero para acceder al servicio de medico?

Inmediato	
15 a 30 minutos	
De 30 a 1 hora	
De una a dos horas	
Mayor a 3 horas	

Instalaciones y ambientes

La emergencia contó con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención

SI	
NO	

Considera que en general el aseo a la sala de espera es:

Excelente	
Bueno	
Malo	

Respecto al estado de los baños considera que están:

Excelente	
Bueno	
Malo	

Considera que en general los lugares donde se le brindo atención son:

Limpios	
Desordenados	
Desordenados y desaseados	

Información y comunicación

Considera que la actitud de los funcionarios que atendieron su solicitud general fue:

Amable	
desatento	
Indiferente	

En relación al momento de expresar los problemas de salud de su familiar (hijo/a) fue escuchado

SI	
NO	

Respecto a la información que se brinda sobre el diagnostico y estado de salud fue:

Clara	
Confusa	
No me dieron información	

Calidez

El trato dado por el personal de triage lo percibe como:

Amable	
desatento	

Indiferente	
-------------	--

El trato general dado por el personal de medico lo percibe como:

Amable	
desatento	
Indiferente	

La farmacia de emergencia fue rápida y contó con los medicamentos que recetó el médico

SI	
NO	

La atención en el laboratorio de emergencia fue rápida

SI	
NO	

La atención para tomarse exámenes radiológicos fue rápida

SI	
NO	

Dentro del servicio de urgencias y durante el desarrollo de la atención que se brinda se sintió, acompañado, bien orientado, bien tratado.

SI	
NO	

APÈNDICE No.5

LISTADO DE ASISTENCIA AL EQUIPO DE SALUD



PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, AÑO.
2011

REGISTRO DE ASISTENCIA A REUNIÓN

23/07/2010

Dr. Julio González, Gerente Médico

Ing. Mario Rodríguez, Gerente
Administrativo.

Dra. Carmen Campuzano, Subgerente
Médico

Dr. Tito Mora Arteaga

Dr. Cristóbal Alvarado

Dra. Betsy Velásquez

Dra. Rita Briones Alcívar

Dra. Rita Briones Alcívar
MAESTRANTE U.T.P.L.
2010-2011

HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA

EXPOSITOR: Dra. Rita Briones

TEMA: Mejoramiento de la calidad de atención del paciente en urgencias (triage)

FECHA: 17 de enero/2011

No	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
1	PARRALES BLONDET ALBERTO	G1
2	VICTOR RENDON P.	G1
3	Gabriela J. Chávez Velez	G1
4	KARLA VARGAS CANTOS	G1
5	Roddy Pinargote Macias	G2
6	Alava Fortis Paulina	G3
7	VELEZ RIVADENEIRA JULICIA	G3
8	Mendoza Sobarrido Ma. Delmar	G3
9	Chinga Bazarte Johanna	G1
10		
11	CHAVEZ FUENTES Victor S.	G3
12	Pico Santana Sandra Elizabeth	G3
13	Torres Andrade Andrea Cristina	G3
14	Véliz Lopez Melissa Andrea	G3
15	Alvarin Alvarin Luis Gerardo	G3
16	Santos Zamparano Juan Carlos	G3
17	Castell Prudencio Juan Pablo	G3
18	Lora Gasin Juan Pablo	G1
19	Zawala Eugén Nelson	G1
20	Alfaro Gomez Ricardo	G1

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
21	Josue Olmedo Molina	63 Josue Olmedo M
22	Juan Angeles Andrade	63 Juan A. Andrade
23	Genia Granillo Chavez	61 Genia Granillo C
24	Figueroa Zambrana Carlos	63 Carlos Figueroa
25	Carina Moreira Chiqui	63 Carina Moreira
26	M ^a Cristina Alvarez Pinay	63 Maria Alvarez P.
27	Jessica Azucena Pinargote Macias	63 Jessica Pinargote
28	KAREN BAUTISTA SAN ANDRÉS	63 KAREN BAUTISTA
29	Angelica Maria Loor Nieto	63 Angelica Loor
30	Leonardo Intrigado	61 Leonardo Intrigado
31	Sanina Tapsa Lopez	61 Sanina Tapsa L.
32	Karen Odecela Perez	61 Karen Odecela P.
33	Mayra Medranda Cedeno	61 Mayra Medranda
34	Lomprero Forias Estuardo	Estuardo Lomprero F.
35	Toda de la Cruz Olya Haydel	61 Toda de la Cruz
36	Harold Arturo Penei Baeza	61 Harold Arturo B.
37	Perez Cerezo Francisco Jansen	63 Francisco Perez
38	Lambert Elg Pita Rodriguez	61 Lambert Elg P.
39	Luz Marina Lopez Obregon	61 Luz Marina L.
40	LOX Violeta MENDOZA CAMPOS	61 Violeta Mendoza
41	Patricio Carero Parraya	61 Patricio Carero
42	Valero Penafiel Leandro P.	63 Leandro Penafiel
43	RICARDO ALCIVAR BOLAÑOS	61 Ricardo Alcivar
44	Felma Gabena Fabricio	63 Felma Gabena
45	Julissa Burgos Marías	61 Julissa Burgos
46	HAMILTON B. CEROJO U	61 Hamilton B.
47	Vanegas Martinez Samuel Alberto	63 Samuel Vanegas
48	Carlos Luis Lobizano Velaz	63 Carlos Lobizano

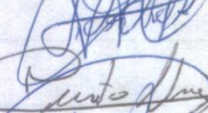
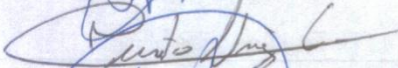
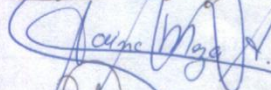
49	Hector Leonardo Gómez Reyes	Hector Gómez
50	Gustavo Vianey Narváez	63 Gustavo Narváez
51	George Gutiérrez Toala	G1 Celeste Toala
52	Indy Macías Hiraunda	G1 Indy Macías
53	Arnoldo Chico Wolter	63 Arnoldo Chico
54	Sydney Arvelin Andrews	63 Sydney Andrews
55	Arbel Alvarado Torres	63 Arbel Alvarado
56	Diego Páez Reyes	63 Diego Páez
57	Fredy Roque León	63 Fredy Roque
58	MARÍAS SOFÍA CRISTHINA	MARÍAS SOFÍA
59	VERA MOREIRA ANDRÉS	VERA MOREIRA
60	Priscilla Flomado Villegas	Priscilla Flomado
67		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		

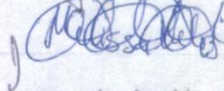
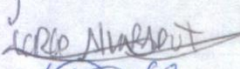
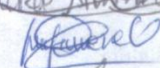
Citación para capacitación sobre triage pediátrico.
Fecha: sábado 14 de mayo 2011. Hora: 9: AM.

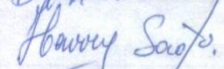
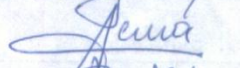
1.- Dr. Tito Mora.	DR. TITO MORA ARTEAGA
2.- Dr. Jhonny Ortiz Ordóñez.	Jhonny Ortiz
3.- Dr. Cristóbal Alvarado.	Cristóbal Alvarado
4.- Dr. José Rivadeneira Sión.	
5.- Dra. Cecibel Girón.	Cecibel Girón
6.- Dr. Julio Insuasti Secaira.	
7.- Dr. Jhonny Hidalgo.	
8.- Dr. Melitón García.	
9.- Dr. Kleber Bonilla.	NO PUEDO ASISTIR AQUEL DÍA
10.- Dra. Virginia Loo	
11.-Dr. Miguel Cedeño Martínez.	Miguel Cedeño
12.- Dra. Nataly Rubio Vélez.	Nataly Rubio
13.- Dr. Julio Bazurto Palma.	Julio Bazurto
14.- Dra. Carolina Bello Vinuesa.	Carolina Bello
15.- Dra. Marcia Elizabeth Loo.	
16.- Lcda. Bronnis Alcívar.	Bronnis Alcívar
17.- Lcda. Marjorie Saltos.	Marjorie Saltos
18.- Lcda. Betsy Velásquez P.	Betsy Velásquez
19.- Lcda. Neyda Macías.	Neyda Macías
20.- Lcda. Rosa Marzumillaga.	Rosa Marzumillaga
21.- Lcda. Georgina Molina.	
22.- Lcda. Vannesa Obregón.	
23.- Lcda. Mirella Anton.	
24.- Lcda. Roxana Verduga.	Roxana Verduga

Mariuxi de la Cruz Bonarieta.
 John Jururiaga Cabrera
 Viccar Chiez Delgado
 Roberto Nuñez Luan
 Mega. Para Jaime F.
 Molina Toala Ruth Elizabeth
 Veliz Lopez Melissa Andreea
 Jorge Alvarado Torres
 Luisa Jimenez O
 Sandra Robles Z
 Gómez Pinyosote Andries
 Henry N. Saez Carranza
 Ana Cristina Medranda Alvarar
 Jacinto Bonstante Arteaga
 Salmeron Zambano Leopoldo Javier
 M. Alexandru Obanos Guillén
 McPilar Solizano Mendez
 Yvonne Gabriela Mendez Zambano
 Carina Guadalupe Poirago









REGISTRO DE ASISTENCIA A LA CAPACITACIÓN SOBRE TRIAGE PEDIATRICO HOSPITALARIO
14 DE MAYO 2011.

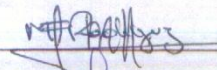
COORDINADORES: DRA. RITA BRIONES A. / DR. FERNANDO RODRIGUEZ / Dr. Alvarado.

Barral Quispe Yondry Jairo	
GIRALDO SOLÓRZANO GEMA LOURDES	
Molino Toala Ruth Elizabeth	
Gómez Pinargote Andrés	
Henry Sacoto	
Patricia Meza Luna	
Flavia Sofia Ortigosa Briones	
Meza Alava Jaime Fabiano	
Rodriguez Velez Vilma Elizabeth	
Sabando Bhowlong Biso Elizabeth	
Roberto Nunez Lucas	
De la Cruz Pinaricota Angela Alarcon	
Navarrete Navarrete Juan	
John Luzuriaga Cabrera	
Ochoa Pirrales Legia Marcela	
Bravo Loos Luis Alejandro	
Serrano Veliz Cynthia Jaidira	
Vera Somoza Miguel Eduardo	
Chóez Delgado Victor Xavier	
Cedeno Párraga Mario Purginio	
Bazurto Intriago Glenda Lilibeth	

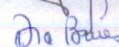
REGISTRO DE ASISTENCIA A LA CAPACITACIÓN SOBRE TRIAGE PEDIATRICO HOSPITALARIO
14 DE MAYO 2011.

COORDINADORES: DRA. RITA BRIONES A. / DR. FERNANDO RODRÍGUEZ.

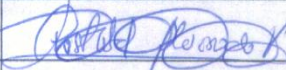
Dr. Fernando Rodríguez M.



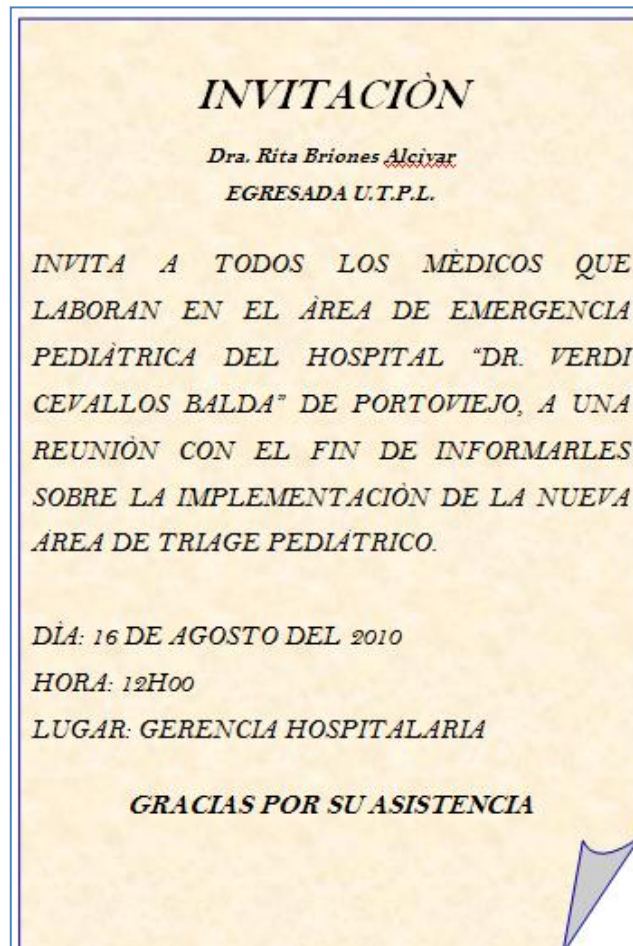
Dra. Rita Briones



Dr. Cristóbal Fernando Villegas



APÈNDICE No.6
INVITACIONES, TRIPTICOS Y BOLETINES DE PRENSA



INVITACIÓN

SE INVITA AL PERSONAL QUE
LABORA EN EL AREA PEDIATRICA
DEL HOSPITAL "DR. VERDI
CEVALLOS BALDA", A UNA
CAPACITACIÓN SOBRE "MANEJO DE
TRIAGE PEDIÁTRICO"

FECHA: 14, 16 y 17 de Mayo; 1-2-3 de Junio; y, 13 y 14 de
Junio/2011

LUGAR: Auditorium del Hospital "Dr. Verdi
Cevallos Balda" de Portoviejo

HORA: 10H00 a 15H00.

GRACIAS POR SU PRESENCIA

DRA. RITA BRIONES ALCIVAR
EGRESADA U.T.P.L.

REVISTA
REVOLUCIÓN
MÉDICA

CONSEJO
EDITORIAL

Dr. Fernando
Rodríguez,
Director

Dra. Carmen
Cepeda,
Gerente

Dr. José M.
Rodríguez,
Revisión y
Edición

Fecha:
Portoviejo,
Septiembre 22 del
2011.

15a. Edic.

Revolución Médica

LA NUEVA GENERACIÓN

Boletín de Prensa

Se inaugura Triage Pediátrico en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo

Con esta oportunidad, el Director Médico del Hospital, Dr. Julio González, informó que se realizará una casa abierta donde se darán a conocer los nuevos servicios que se ofertan en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

Durante este evento se realizarán pruebas de laboratorio como test de glucosa, detección en prueba rápida de VIH, entre otros. Se pondrá a disposición los servicios de nutrición y dietética.

Además se dará a conocer en que consiste el nuevo servicio de Triage Pediátrico, que tendrá como meta disminuir las complicaciones en la salud, de niños, niñas y adolescentes.



Frecuencia Cardíaca									
Edad	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0 a 3 meses	< 40	40 - 63	63 - 90	90 - 120	120 - 160	160 - 200	200 - 240	> 240	0
3 a 6 meses	< 40	40 - 63	63 - 90	90 - 120	120 - 160	160 - 200	200 - 240	> 240	0
6 a 12 meses	< 40	40 - 63	63 - 90	90 - 120	120 - 160	160 - 200	200 - 240	> 240	0
1 a 3 años	< 40	40 - 63	63 - 90	90 - 120	120 - 160	160 - 200	200 - 240	> 240	0
3 a 6 años	< 40	40 - 63	63 - 90	90 - 120	120 - 160	160 - 200	200 - 240	> 240	0
6 a 12 años	< 40	40 - 63	63 - 90	90 - 120	120 - 160	160 - 200	200 - 240	> 240	0
12 a 18 años	< 40	40 - 63	63 - 90	90 - 120	120 - 160	160 - 200	200 - 240	> 240	0

CTAS- Emergencia de Canadá, Departamento de Triaje y su escala decimal.

Niveles de Clasificación

Nivel I: Reanimación.

Nivel II: Emergente.

Nivel III: Urgente.

Nivel IV: Menos Urgente.

Nivel VI: No urgente.

Hablar de calidad humana, es cuidar nuestros vínculos con los demás. Necesitamos relacer nuestros vínculos humanos.



U.T.P.L.
MAESTRIA EN SALUD
PARA EL DESARROLLO
LOCAL

HOSPITAL GENERAL Y
DOCENTE
"DR. VERDI CEVALLOS
BALDA"



SEMINARIO:
"PROTOSCOLOS DE TRIAGE
PEDIÁTRICO"

AUTORA:
Dra. Rita Briones Alcivar

PROTOCOLO DE TRIAGE PEDIÁTRICO

INTRODUCCIÓN

Siendo el servicio de urgencias la cara de presentación de los hospitales y un índice de la valoración de la calidad de atención, el Ministerio de Salud Pública está incrementando el sistema de Triaje de adultos basando en el sistema canadiense de Triaje o Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS). Dentro de esta clasificación no están tomados en cuenta los niños y niñas menores de 12 años, que acuden en búsqueda de atención médica en urgencias pediátricas. Recordamos que los niños no son adultos pequeños, y por eso en muchos casos no se da atención urgente basados en los diagnósticos específicos que reflejan las circunstancias y condiciones únicas de los niños.

Es por ello que se ha sugerido como proceso del mejoramiento de la calidad de atención en urgencias implementar al servicio de TRIAGE PEDIÁTRICO, en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, basando en la escala canadiense de Triaje y gravedad pediátrica (Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale) PEDIATRIC, con algunas modificaciones, adaptando a nuestra realidad sanitaria, realizando protocolos de atención en base a las necesidades de nuestra institución, optimizando de esta manera tanto los recursos humanos como materiales y previniendo las complicaciones que puedan presentarse durante el proceso de atención de la atención.



Tipos de Escalas de Triaje:

EL TRIANGULO DE EVALUACIÓN



Apariencia:

("se ve bien" vs "se ve mal"): tono muscular, interacción, irritabilidad, llanto, lenguaje.

Trabajo Respiratorio:

Aleteo nasal, retracciones, disminución de trabajo respiratorio o sonidos anormales audibles.

Circulación:

Color anormal de piel, palidez, moteada o hemorragias.

EL MOTIVO DE CONSULTA PRINCIPAL

Las preguntas han de ser claras, sencillas y directas, utilizando términos que el niño y/o familiar puedan entender.

LOS SIGNOS VITALES:

Estos deben ser valorados de acuerdo a la edad del paciente.

PRESIÓN ARTERIAL

EDAD	SISTOLICA	DIASTOLICA
1 a 5 años	<80 > 110	<50 > 80
5 a 7 años	<80 > 120	<50 > 80
7 a 10 años	< 85 - > 130	<55 > 90
10 a 12 años	< 85 > 135	<55 > 95
> 12 años	< 90 > 140	< 60 > 95

APÈNDICE No.7

RECONOCIMIENTO

			
HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA" PORTOVIEJO UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA			
C E R T I F I C A D O			
DRA. VIRGINIA LOOR, ASISTENTE			
POR SU PARTICIPACIÓN EN LA CAPACITACIÓN "TRIAGE PEDIÁTRICO" A DESARROLLARSE LOS DÍAS: MAYO 14-16- 17; JUNIO 1-2-3; Y, 13-14 DE JUNIO DEL 2011. PORTOVIEJO, MAYO DEL 2011			
D ^r . Julio González DIRECTOR MEDICO DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO	D ^r . Fernando Rodríguez MT. EMERGENCIELOGO H.V.C.B	D ^r . Johnny Ortiz Ordóñez LICENCIADO EN FARMACIA	D ^{ra} . Rita Briones Alcover MAESTRANTE UTP.L.

APÈNDICE No.8

FOTOGRAFIAS

REUNIONES CON DIRECTIVOS

REUNIONES CON DIRECTIVOS



REUNIONES CON DIRECTIVOS



REUNIONES CON DIRECTIVOS



REUNIONES CON EL PERSONAL DE SALUD



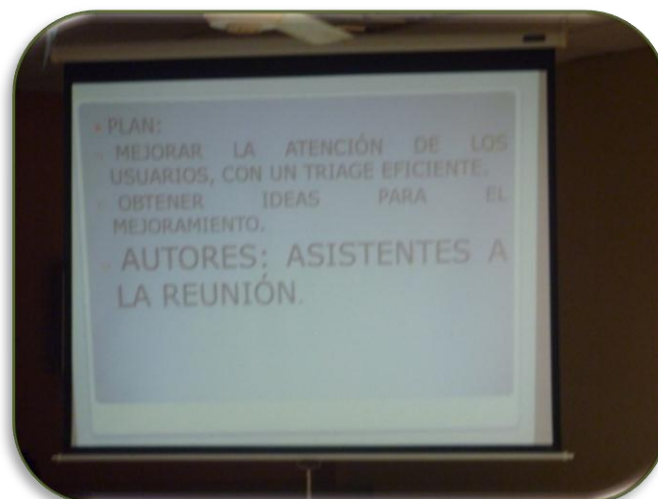
REUNIONES CON EL PERSONAL DE SALUD



REUNIONES CON EL PERSONAL DE SALUD



CAPACITACIÓN



CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD



CAPACITACIÒN AL PERSONAL DE SALUD



EXPOSITOR EN LA CAPACITACIÒN AL PERSONAL DE SALUD



CAPACITACIÒN AL PERSONAL DE SALUD



CAPACITACIÒN AL PERSONAL DE SALUD



EXPOSITOR EN LA CAPACITACIÒN AL PERSONAL DE SALUD



APÈNDICE No.9 PROGRAMA DE CAPACITACIÒN

PROGRAMA DE CAPACITACIÒN SOBRE MANEJO DE TRIAGE PEDIÀTRICO

INTRODUCCION

La falta de un àrea donde se pueda atender a pacientes pediàtricos emergentes de nuestros hospitales, en uno de los problemas màs sentidos; y que se requiere con suma urgencia de implementar para mejorar la calidad de atenciòn del personal que trabajan en dicha unidad.

Con la finalidad de brindar un buen servicio acorde a las necesidades de un hospital de II nivel como lo es el nuestro, se planteó en calidad de maestrante, previo a la obtenciòn del título, intervenir con la implementaciòn de un servicio de triage pediàtrico.

JUSTIFICACION

El alto índice de atenciones existentes en el àrea pediàtrica del Hospital y la incomodidad para atender integralmente a un infante es un problema que hay que resolver, por lo que es necesario que de forma urgente, se viabilicen mecanismos para mejorar la calidad de atenciòn del paciente crítico en la emergencia.

En este programa participarán expertos con vasta experiencia en medicina infantil, mismos que transmitirán sus conocimientos al equipo de salud que laboran en el àrea emergente del hospital.

OBJETIVO GENERAL

Capacitar al equipo de salud que labora en la Emergencia Pediàtrica del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, sobre manejo de triage pediàtrico, a fin de brindar una atenciòn de calidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fortalecer el programa de normas sobre manejo de triage pediátrico;
- Contribuir al mejoramiento de la calidad de atención; y,
- Hacer un monitoreo periódico del protocolo de triage pediátrico.

RESPONSABLE

Maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja.

GRUPO AL QUE VA DIRIGIDO

Va dirigido al personal que labora en el área de emergencia pediátrica del Hospital.

LUGAR

Auditorio del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”.

FECHA DE PROGRAMACION

14, 16 y 17 de Mayo/2011;

1-2-3 de Junio del 2011; y,

13 y 14 de Junio/2011

JORNADAS DE TRABAJO

Sesiones de 8 horas de trabajo (10:00am – 15:00 pm).

CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN

FECHA	TEMA	EXPOSITOR	METODOLOGIA
14 de Mayo/2011	Emergencias en niños	Dr. Tito Mora Arteaga,	Diapositivas Papelògrafos Pizarra digital Demostraciones
16 de Mayo/2011	Manejo de triage pediátrico	Dr. Cristóbal Alvarado,	
17 de Mayo/2011	Normas de ingreso a triage pediátrico	Dra. Cecibel Giròn,	
1 de Junio del 2011	Protocolo de triage pediátrico	Dra. Bethsabè Pico,	

2 de Junio del 2011	Triage pediátrico: un sistema efectivo de priorización en los servicios de urgencia	Dr. Jhonny Ortiz Ordóñez,	
3 de Junio del 2011	Atención integral al paciente pediátrico	Dr. Melitòn García,	
13 de Junio/2011	Proceso en el área de triage pediátrico	Dr. Josè Rivadeneira Siòn,	
14 de Junio/2011	Triage prehospitalario basado en la evidencia	Dra. Betsy Velásquez,	

APÈNDICE No.10
PROTOCOLO DEL TRIAGE PEDIATRICO

HOSPITAL REGIONAL Y DOCENTE
“DR. VERDI CEVALLOS BALDA” DE PORTOVIEJO.
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE TRIAGE PEDIATRICO BASADO EN
LA CLASIFICACIÓN CANADIENSE MODIFICADA PEDIÁTRICA,
APLICADA A LA REALIDAD SANITARIA DE NUESTRO HOSPITAL.

AUTORA:
DRA. RITA PAOLA BRIONES ALCÍVAR.
MÉDICO TRATANTE DE PEDIATRIA.