



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

TITULACIÓN DE MAGÍSTER EN GERENCIA DE SALUD PARA EL
DESARROLLO LOCAL

**Mejoramiento de la calidad de atención a los usuarios de los servicios de
salud del Patronato Provincial de Pichincha, Quito 2013.**

TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

AUTORA: Atiencia Vega, Karina Del Roció

DIRECTOR: Alarcón Dalgo, Carmen María, Msc.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2013

APROBACION DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRIA

Magister

Carmen Maria de los Angeles Alarcon

DOCENTE DE TITULACION

De mi consideración

El presente trabajo de fin de maestria, denominado: Mejoramiento de la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud del Patronato Provincial de Pichincha, Quito 2013, realizado por, Atiencia Vega, Karina Del Roció, ha sido orientado y revisado durante su ejecucion, por cuanto se aprueba la presentacion del mismo.

Quito, Octrubre 2013

f.....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Atiencia Vega Karina del Roció, declaro ser autor (a) del presente trabajo de fin de maestría denominado: Mejoramiento de la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud del Patronato Provincial de Pichincha 2013, de la Titulación Maestría en Gerencia de Salud para el desarrollo Local, siendo Alarcón Dalgo Carmen María de los Ángeles, director (a) 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 y 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 financiamiento académico o institucional (operativo) de la Universidad."

f).....

Autor Atiencia Vega Karina del Roció

CI: 1714990825

DEDICATORIA

A las personas que han apoyado directa o indirectamente la realización de este trabajo, a mis padres y hermanos por el apoyo brindado para culminar con esta meta profesional propuesta. Y a la Magister Carmen Alarcón por ser mi tutora quien es una excelente maestra y apoyarme en la ejecución de este trabajo.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero e imperecedero agradecimiento al personal docente y administrativo del programa de maestría de Gerencia Integral de Salud para el desarrollo local de la Universidad Técnica Particular de Loja, por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación profesional.

A la institución a la cual laboro en especial para su titular la Sra. Margarita Rojas Vega por su apoyo y aprobación para cumplir con este trabajo que sin su colaboración no hubiese podido culminarse.

La Autora

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	I
CERTIFICACIÓN.....	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	III
DEDICATORÍA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	VI, VII
RESUMÉN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
PROLEMATIZACIÓN	4
JUSTIFICACIÓN	5
OBJETIVOS.....	6
CAPÍTULO 1.....	7
1 MARCO TEÓRICO.....	7
1.1 Marco Institucional	8
1.2 Marco Conceptual.....	15
CAPÍTULO 2.....	26

2 DISEÑO METODOLÓGICO.....	26
CAPITULO 3.....	33
3 RESULTADOS.....	33
CAPITULO 4.....	48
4.1 CONCLUSIONES.....	49
4.2 RECOMENDACIONES	50
BIBLIOGRAFÍA.....	51
ANEXOS	55

RESUMEN

El presente proyecto de intervención se realizó a partir del diagnóstico situacional de los servicios de salud del Patronato Provincial de Pichincha, en lo que se evidenció un aumento en la demanda de atención en las áreas de salud planteando la necesidad de diseñar estrategias para la atención oportuna y mejorar la calidad asistencial brindada a los usuarios que acude a nuestros establecimientos.

Con el análisis de la problemática se pudo establecer que en los servicios de salud existió una inadecuada calidad de atención a los usuarios. Motivo por lo que se propuso el siguiente proyecto de acción encaminado al mejoramiento de los servicios de salud de Patronato Provincial de Pichincha, 2013.

Con la ejecución del proyecto se logró el 80% del personal de salud sea capacitado tanto en normas, protocolos de atención a más de actualización en sus conocimientos.

Con lo que se logró en corto tiempo un cambio de actitud en el personal como el mejor trato al usuario.

ABSTRACT

This intervention project was conducted from the situational analysis of health services Patronato Provincial de Pichincha, which is evidenced in increased demand for care in the area of health considering the need to design strategies for providing timely and improve the quality of care provided to the users who come to our stores.

With the analysis of the problems could be established that health services there was an inadequate quality of care to users. Reason therefore proposed the following draft action aimed at improving health services Patronato Provincial de Pichincha, 2013.

With the implementation of the project was achieved 80% of the health personnel are trained both in standards, protocols more attention to updating their knowledge.

With what was achieved in a short time a change of attitude on the staff as the best treatment to the user.

INTRODUCCIÓN

El fortalecimiento del sistema de salud a través de la mejora de sus servicios y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo. En este marco la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone que “para poder evaluar los logros de los sistemas de salud establece tres objetivos intrínsecos de todo sistema: la mejoría del estado de salud de la población, la equidad financiera y la satisfacción de las expectativas de los usuarios” (Ministerio de Salud (Perú), 2007).

Considerando que el Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Pichincha (GADPP, 2011), en el marco de los lineamientos de su Política actual, tiene como objetivo fundamental velar por el bienestar de la población de Pichincha; el Patronato Provincial de Pichincha como ente adscrito y ejecutor de la política de salud del Gobierno Provincial será el encargado de brindar servicios de salud a dicha población.

Para entrar en este proceso es indispensable que el Patronato, dentro de sus estrategias de mejora continua realice una reestructuración en su organización, el cual será un pilar fundamental para sentar una línea de base para definir las estrategias institucionales en Gestión de Calidad.

El mejoramiento de la calidad de atención en salud, tiene diversas expresiones y modalidades que surge como respuesta a la demanda social y económica.

Estos cambios tienen como finalidad transformar los sistemas de salud, para satisfacer las necesidades de toda la población mediante la búsqueda de la equidad, la eficiencia y la calidad.

Actualmente el exceso en la demanda ha provocado una desorganización tanto en la entrega de turnos como en los largos tiempos de espera generando insatisfacción del usuario, así como disminución de la calidad de atención.

Para la realización de este trabajo se contó con la participación de todo el personal de salud para cumplir con los objetivos planteados y obtener los resultados en beneficio del usuario. Se elabora normas y protocolos de atención, así como se capacitó al personal sobre conocimientos actualizados. Y se organizó la distribución de turnos de una manera más dinámica.

PROLEMATIZACIÓN

En el Patronato Provincial de Pichincha, se evaluó la satisfacción del usuario/a externo a través de encuestas de satisfacción en una muestra de 80 usuarios/ externos y se encontró un alto porcentaje de insatisfacción.

Con esta premisa, y considerando que el Patronato Provincial de Pichincha hasta el momento no ha realizado un estudio que permita medir la calidad de la atención prestada en los centros de salud. Por ello con los resultados obtenidos de este trabajo de investigación, permitieron sentar bases e implementar un sistema de gestión de calidad, de esta forma lograr una mejora continua y cumplir con las normas establecidas, para obtener la acreditación de calidad en los servicios de salud del Patronato Provincial de Pichincha.

Los principales problemas encontrados del usuario externo fueron los tiempos de espera prolongados, la falta de información para el usuario, el maltrato al usuario por parte del personal de salud; falta de insumos y materiales para la atención.

Los problemas encontrados en el usuario interno son: falta de uniformes; retraso en las remuneraciones; falta de capacitación; poco de interés por el crecimiento laboral de los empleados; organización jerárquica; demora de arreglo de los vehículos para la movilidad del personal; no existen reuniones mensuales para tratar sobre el mejoramiento de trabajo y fortalecimiento de la relación de los compañeros.

JUSTIFICACIÓN

El Patronato Provincial de Pichincha en su afán de contribuir al desarrollo humano de la población de la provincia de Pichincha, ha optado como una estrategia principal el “Enfoque al Cliente”. Para ello se requiere la implementación de un sistema de Gestión de Calidad con procesos para optimizar el desempeño de los usuarios internos.

La gran demanda de los servicios de salud por parte de los habitantes de la provincia de Pichincha, a más de su fortalecimiento como una institución de crecimiento y ayuda social, motivo la realización de este trabajo a cabo de normas y guías con propósito de mejorar la salud de los habitantes de la provincia y prestar un servicio de salud de calidad con calidez.

En los últimos años el tema de gestión de calidad ha adquirido considerable importancia en las instituciones de salud tanto a nivel público o privado. En nuestro país uno de los principios rectores de la política sectorial es la calidad de la atención de salud como un derecho ciudadano en donde el eje central de la atención es la satisfacción de los usuarios.

El impacto de este trabajo pretende disminuir los tiempos de espera a más de lograr la satisfacción al usuario con la capacitación continua del personal de la salud.

OBJETIVOS

GENERAL

- Mejorar la calidad de atención de los usuarios que acude a los servicios de salud del Patronato Provincial de Pichincha, con el uso de protocolos y guías de atención para mejorar la satisfacción.

ESPECÍFICOS

- a) Organizar los servicios de salud que brinda el Patronato Provincial de Pichincha para brindar una atención de calidad.
- b) Elaborar e implementar protocolos y guías para la atención de los usuarios basado en la atención con calidad.
- c) Capacitar al personal de salud en temas actualizados que guíen en el desarrollo del trabajo diario.

CAPÍTULO 1

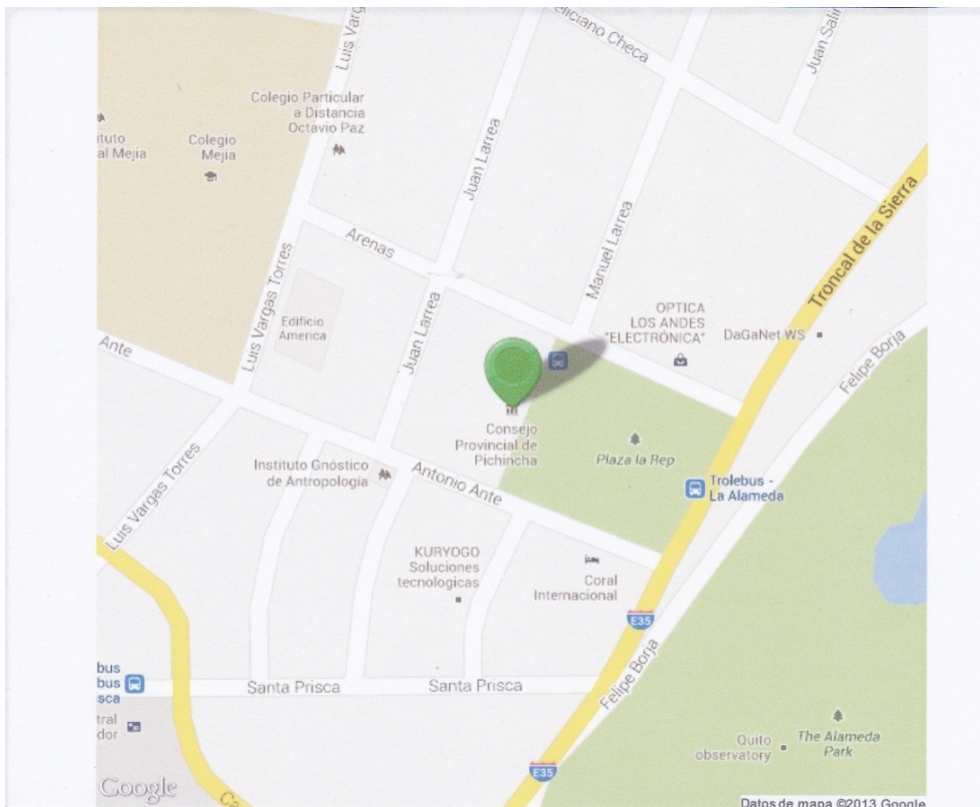
1. MARCO TEÓRICO

1.1 Marco Institucional



El Patronato Provincial de Pichincha es una institución de derecho público adscrita al Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Pichincha, con personería jurídica, mediante Acuerdo Ministerial No. 592 de fecha 13 de mayo de 1.986. El Patronato pasa de ser una entidad privada sin fines de lucro a entidad pública el 27 de febrero de 2011 (Patronato Provincial de Pichincha).

1.1.1 Aspecto Geográfico del Lugar



Se encuentra ubicado en el cuarto piso del edificio del Consejo Provincial de Pichincha, ubicado en las calles Manuel Larrea N 13-45 Y Arenas

1.1.2 Demanda Poblacional

TABLA 1 TOTAL	2'576,287
HOMBRES	1'320,576
MUJERES	1'255,711

Fuente: Archivos Patronato Provincial de Pichincha. Elaborado por Dra. Karina Atencia

1.1.3. Misión

El Patronato Provincial de Pichincha es una institución de derecho público que contribuye al desarrollo humano de la población de la provincia de Pichincha en el contexto del Plan Nacional del Buen Vivir, priorizando a los sectores vulnerables a través de la gestión, coordinación y ejecución de los servicios sociales de manera solidaria, transparente y de calidad, brindados por su talento humano, procurando la participación de los distintos actores.

1.1.4 Visión

Ser líder Provincial y referente a nivel nacional en la gestión de servicios que contribuyen al desarrollo humano, sustentado en la confianza y participación de la población.

1.1.5 Organización Administrativa

TABLA 2 Presidenta	Sra. Margarita Rojas Vega
Administrador Responsable	Ingeniera Tatiana Cepeda
Coordinador de Salud	Doctora dolores Vargas
Coordinador de Programas y Proyectos Especiales	Dra. Ruth Velastegui
Asesor de Programas y Proyectos Especiales	Dr. Marcelo Moncayo
Coordinador de Sistema IESS	Sra. María Salvador
Financiero	Ingeniera Gabriela Díaz Ingeniera Marcia Intriago Contador Jorge Ortiz
Talento Humano	Ingeniera Grimaneza Granda Sra. Mariela Pinto

1.1.6 Servicios que presta la Institución

El Patronato Provincial de Pichincha en su programa de salud, dio inicio a la prestación de servicios ambulatorios de primer nivel en el año 1.997, brindando atención a la población más vulnerable de los ocho cantones de la provincia de Pichincha.

Actualmente, atiende a través de tres unidades móviles de salud, con los servicios de medicina general y odontología; y, de los 12 Centros de Salud (tabla 1), con los servicios de medicina general, pediatría, ginecología, odontología, laboratorio clínico, psicología, acupuntura, terapia física, terapia de lenguaje, ecografía y rayos X.

Además del Programa Odontológico “KIRU” con sus 10 unidades móviles, con campañas de promoción, prevención y tratamiento odontológico a los escolares de las escuelas fiscales de la provincia; el programa oftalmológico “Una luz en tus ojos” mediante convenios con la embajada de Cuba y Venezuela, se realizan cirugías de cataratas y pterigium; Su nuevo proyecto “No cambies tu mochila por un bebé”, iniciado en septiembre del 2011, está dirigido a orientar a la población adolescente sobre prevención del embarazo precoz

Tabla 3. Servicios que brindan las Unidades de Salud del Patronato Provincial de Pichincha

Centro de Salud	Cantón	Inauguración	Especialidad											
			Medicina General	Ginecología Obstetricia	Pediatría	Psicología	Odontología	Laboratorio	Acupuntura	Terapia Física	Terapia Lenguaje	Rayos X	Ecografía	
Rumiñahui	Rumiñahui	1998	1	1	1	1	1	1	1					
Villa flora	Quito	1999	1	1	1	1	1	1	1	1				
Mejía	Mejía	2000	1	1		1	1	1						
Plaza República	Quito	2004	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1
El Condado	Quito	2005	1	1	1			1	1				1	1
Pueblo Blanco	Quito	2005	1					1						
Cayambe	Cayambe	2006	1	1				1	1				1	1
Carapungo	Quito	2007	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1
Tumbaco	Quito	2008	1	1	1			1	1				1	
El Quinche	Quito	2009	1	1				1	1				1	1
El Beaterio	Quito	2010	1	1	1			1	1				1	
Puerto Quito	P. Quito	2011	1					1	1					

1.1.7 Datos Estadísticos de Cobertura

TABLA 4. PROMEDIO MENSUAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL PATRONATO

Centro de Salud	Total Pacientes Atendidos Mes Libre Demanda	Total Pacientes Atendidos Mes IESS	Total Pacientes Atendidos Mes	Pacientes Atendidos Promedio por Día	Pacientes Atendidos Promedio hora
1 PLAZA REPÚBLICA	1.648	1.654	3.304	163	8
2 CARAPUNGO	1.460	773	2.233	121	16
3 EL QUINCHE	611	833	1.444	70	9
4 TUMBACO	1.423	0	1.423	70	9
5 EL CONDADO	276	1.443	1.410	86	11
6 RUMIÑAHUI	566	807	1.373	76	10
7 CAYAMBE	263	747	1.011	36	5
8 EL BEATERIO	280	578	858	41	5
9 VILLAFLORA	632	0	632	33	5
10 MEJÍA	292	336	628	32	4
11 PUEBLO BLANCO	273	0	273	13	1
12 PUERTO QUITO	273	0	273	13	1
Total Mes	7.997	7.172	14.863	63	7

1.1.8 Características Geofísicas de la Institución

La institución presta sus servicios a la toda la población de la provincia de Pichincha.



1.1.9 Políticas de la Institución

El Patronato Provincial de Pichincha dentro de su política de calidad, está desarrollando e implementando el Sistema de Gestión de la Calidad con el fin de:

Satisfacer los requisitos de la norma internacional ISO 9001:2008

Documentar las mejores prácticas de gestión de la institución

Entender y satisfacer más adecuadamente las necesidades y las expectativas de sus comunidades

Mejorar la administración global de la institución.

El financiamiento para los proyectos y programas que ejecuta el Patronato Provincial de Pichincha se obtiene a través de autogestión, donaciones de entidades privadas, ONG, y de una partida presupuestaria proveniente del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Pichincha; lo que permite realizar una gestión adecuada de acuerdo a las metas propuestas (tabla 2).

Tabla 5. Gestión e Inversión del Patronato Provincial de Pichincha Año 2011					
Centro de Salud	Ubicación		Gestión		
Nombre	Cantón	Parroquia	Monto de Inversión	Nº Empleos Generados	Nº Prestaciones de Salud
Rumiñahui	Rumiñahui	Sangolquí	185.835	10	31.610
Villa flora	Quito	Urbano	178.878	9	39.285
Mejía	Mejía	Machachi	83.463	7	25.147
El Condado	Quito	Urbano	124.348	10	26.036
Cayambe	Cayambe	Cayambe	101.326	7	21.952
Plaza República	Quito	Urbano	212.100	18	117.550
Pueblo Blanco	Quito	Llano Chico	37.621	4	5.923
Carapungo	Quito	Calderón	144.575	14	57.124
Tumbaco	Quito	Tumbaco	116.209	9	34.240
El Quinche	Quito	El Quinche	119.223	7	17.935
El Beaterio	Quito	El Beaterio	158.850	10	22.939
Puerto Quito	Puerto Quito	Urbano	136.728	5	2.002
TOTAL			1.599.156	110	401.743

Fuente: Archivos del Patronato Provincial de Pichincha. Elaborado por Dra. Karina Atencia

Desde abril de 2011 acuden a los servicios de salud del PPP, la “Población IESS” junto a los usuarios de “Demanda Espontánea” (1998), el primero de los cuales no realiza un pago directo, sino que son usuarios asegurados que mediante el call center son agendados para ser atendidos en los servicios de le PPP.



1. 2 Marco Conceptual

1.2.1 Calidad

La calidad representa el éxito de toda organización, institución o empresa, es su gran meta para alcanzar la cumbre y con ello aumento de sus ganancias. A más de la confianza, elección y preferencia de sus clientes por sus productos o servicios, los cuales cumplen con todas sus expectativas.

“La preocupación por la calidad en la asistencia sanitaria es tan antigua como el propio ejercicio médico. Encontramos su origen en Papiros egipcios, en el Código de Hammurabi o en el tratado La Ley del propio Hipócrates. En todos los casos, buscar lo mejor para el paciente, es la esencia del ejercicio, apareciendo el inseparable binomio Ética y Calidad.”(García, 2010)

Es necesario tener claros los conceptos que a continuación se detallan para entender el proceso de evaluación realizado a los usuarios internos y externos en los servicios de salud del Patronato, como estrategia de gestión de calidad.

La familia de normas ISO (ISO 9000:2000) define la calidad como el grado en que un conjunto de características inherentes cumple con unos requisitos. Los requisitos a los que se refiere la norma son: Las necesidades o expectativas establecidas o las implícitas u obligatorias.

La calidad desde la perspectiva del usuario, implica la capacidad de satisfacer los deseos de los consumidores. La calidad de un producto depende de cómo éste responda a las preferencias de los clientes. Es la satisfacción del cliente o usuario por un bien o servicio.

Es Real Academia de la Lengua Española:” La calidad es la Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”.

“Se considera también calidad al “conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del cliente o usuario de dichos servicios” (Jiménez M.C. y Villegas, Ortega M.C., Cruz G., Cruz M., Quintero M., et al., 2003).

El término calidad tiene distintas acepciones según la época histórica, las personas, sus ideas e intenciones. Los siguientes son algunos de los significados propuestos por destacados estadísticos y consultores de la calidad:

Para Shewhart la calidad es "la bondad de un producto" (Evans, Lindsay, 2000).

Se define calidad como "adecuado para el uso", también la expresa como "la satisfacción del cliente externo e interno". (Juran, Gryna, 1995)

Es el grado hasta el cual los productos satisfacen las necesidades de la gente que los usa (Montgomery, 1996).

Calidad es "ajustarse a las especificaciones" según Crosby (Soin: 1997).

“Satisfacción de las expectativas del cliente”. (Feigenbaum, 1951)

“Calidad es la menor pérdida posible para la sociedad”. (Taguchi, 1989)

“Calidad es satisfacción del cliente”. (Deming, 1950)

Es observable que el concepto de calidad ha evolucionado continuamente según las necesidades y las características de las personas y organizaciones a lo largo de la historia; no obstante, su significado está relacionado con el grado de perfección de un producto o servicio, el control de la variabilidad en su proceso y el nivel de satisfacción del cliente respecto al mismo. En los apartados siguientes se describen las etapas o periodos históricos de la calidad.

La OPS/OMS propone como definición de calidad de las instituciones:

- “Alto grado de satisfacción por parte de los usuarios externos.
- Un mínimo de riesgo para los usuarios externos e internos.
- Alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos de las instituciones.”

1.2.1.1 La Calidad en el Ecuador

“En el Ecuador, en 1996, mediante Acuerdo Ministerial N° 3339, el Ministerio de Salud creó el “Programa Nacional de Mejoramiento de la Calidad” que capacitó a Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC), en 7 hospitales y 16 Áreas de Salud de 7 provincias.” (Ministerio de Salud Pública, 2008)

“En 1998, la Dirección Nacional de Desarrollo de Servicios de Salud implementó un modelo de gestión para mejorar la calidad en 17 hospitales cantonales.” (Ministerio de Salud Pública, 2008)

“En 1999, la Subsecretaría General de Salud y la Unidad de Garantía de Calidad, realizaron una investigación operativa 3 para mejorar la calidad del manejo del sistema de documentación hospitalaria (historia clínica obstétrica). “En el año 2001, la Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud (PAIS) y la Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia(UEMGYAI),” (Ministerio de Salud Pública, 2008)

“En 2006, mediante Acuerdo Ministerial N° 0284, se aprobó y autorizó la publicación del “Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la atención materno infantil” que ha venido siendo utilizado por los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC), en muchas provincias.” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008)

“Actualmente utiliza estándares o normativas internacionalmente aceptadas como las normas ISO TC 215 y HL7 (Health Level Seven), (informática en salud) y terminologías internacionales para asegurar la interoperabilidad entre las aplicaciones sanitarias electrónicas. Son el conjunto de especificaciones necesarias para el intercambio de la información clínica entre los tres niveles de atención, evitar la pérdida de Información y eliminar la ambigüedad.” (Ministerio de Salud Pública, 2008)

1.2.2 Calidad en Salud

“El concepto de calidad en salud según Vanormalingen (1996) se enmarca en cinco elementos fundamentales: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción e impacto final que tiene en la salud. Sin embargo, la calidad de la salud no está reducida a uno o algunos de estos elementos, necesariamente implica la integración de elementos de carácter técnico y también de procesos objetivos y subjetivos; todos imbricados tienen como resultante la satisfacción de los usuarios y la eficiencia de la institución de salud.” (Pérez, 2008)

La calidad en salud significa “cumplir con las expectativas del usuario, es el hecho de proporcionarle satisfacción adecuada a sus necesidades como una filosofía básica de administración, una nueva forma de trabajar donde prevalece el respeto, confianza y trabajo en equipo”. (Deming, 1950)

1.2.2.1 Calidad de la Atención Médica o Servicios de Salud

La definición de calidad de atención o asistencia médica ha ido evolucionando a través de los tiempos. Lee y Jones, definieron el concepto de “buena atención” como “la clase de medicina practicada y enseñada por líderes reconocidos de la profesión médica en un momento o período determinado”; agregando que la calidad significa conformidad con normas y que dichas normas no son absolutas sino que varían de una sociedad a otra. (Lewis 1933).

Otra definición: Otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución.

La definición más clásica de calidad de atención en salud está dada por Avedis Donabedian (1919-2000) (Ávalos, 2010), “es la propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diferentes medidas. Esta propiedad puede ser definida como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes”. (Donabedian, 1985).

La Calidad de la atención o calidad asistencial está dada por las diferentes actividades encaminadas a garantizar unos servicios accesibles y equitativos; con unas presentaciones profesionales óptimas, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario con la atención recibida.

Donabedian enfatiza el estudio de la calidad mediante los enfoques de estructura, proceso y resultado; así como su análisis mediante tres dimensiones: calidad técnica, calidad interpersonal y comodidades. (Donabedian, Quality Assurance in Our Health Care System, 1986)

Hay otros enfoques recientes sobre la definición de la calidad de asistencia médica, una de ellas dada por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica, que dice: “la calidad de la asistencia médica es el grado en que los servicios de salud brindados a los individuos y a las poblaciones, incrementan la probabilidad de alcanzar resultados deseados en salud que se corresponden a su vez con el nivel actual de los conocimientos profesionales” (Saturno D. P., 2005).

“En términos generales, la evaluación es una actividad inherente al trabajo humano. Consciente e inconscientemente, las personas, los grupos y las organizaciones intentan establecer en qué medida alcanzaron, están alcanzando o alcanzarán los sueños, propósitos, metas o estándares que se habían planteado.” (Ávalos, 2010)

“Para realizar una evaluación se requiere un punto de referencia contra el cual comparar, esta comparación se puede ajustar al punto de referencia o desviarse de este por encima o por debajo. La evaluación es inseparable del trabajo gerencial. Antes de realizar la evaluación es indispensable que existan estrategias, políticas, metas, planes, estándares o guías de acción, que servirán de referencia para medir los procesos, desempeños, productos, servicios o avances. Toda referencia, para ser medida, tiene que ser medible. Durante la evaluación se mide los procesos, desempeños, los productos, servicios o avances con los mismos indicadores utilizados para su creación. Uno de los productos principales de esta etapa es la demostración de mejora de oportunidades.

Después de la evaluación se desencadenan acciones, o se toman decisiones, en respuesta a lo detectado en este proceso. La evaluación no es un hecho aislado, es un punto dentro de un proceso mayor, por lo tanto deberá planearse y ejecutarse. Toda evaluación que no disponga de términos de referencia, o que no desencadene acciones consecuentes producto de lo hallado, representa empleo de recursos que no se convierten en resultados positivos para la organización.” (Ávalos, 2010)

Por lo que la evaluación de la calidad en la atención médica según Héctor Aguirre García (Gas, 1997) es el análisis metodológico de las condiciones en que se otorga la atención médica, mediante la integración de un diagnóstico situacional que permita conocer las condiciones estructurales para su prestación”.

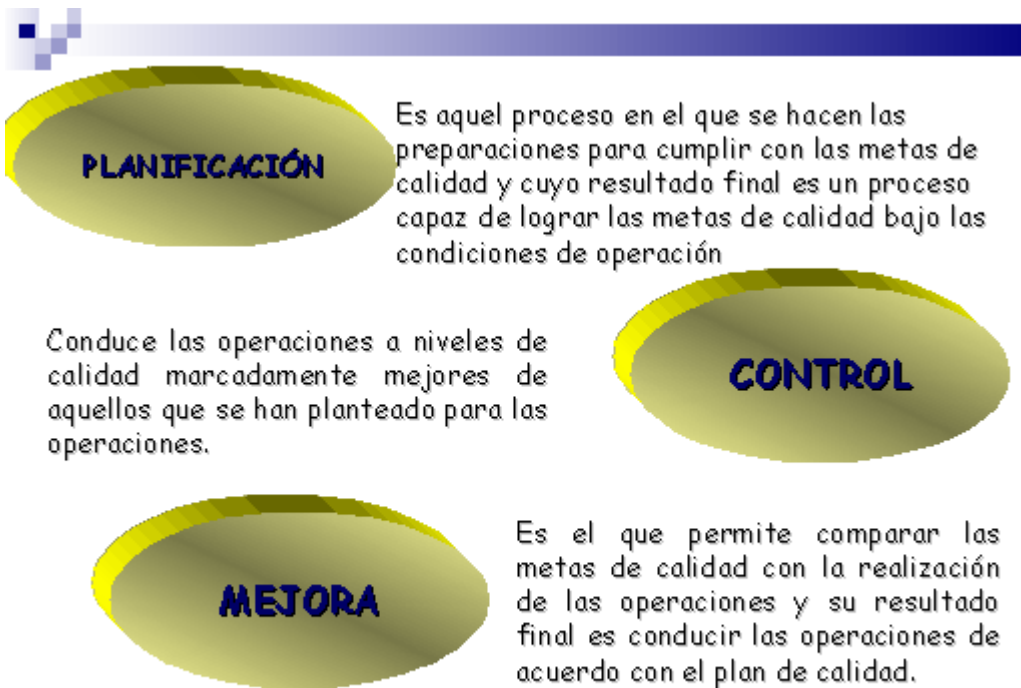
Tanto Donabedian como Vuori identificaron una serie de propiedades o elementos que constituyen las claves para evaluar el nivel de calidad alcanzada en un servicio o sistema bajo control.

TABLA 6 Claves para evaluar el grado de calidad alcanzada en un servicio o sistema	
Efectividad	Conseguir mejoras en la salud, mejorando el impacto de la morbilidad sobre un grupo poblacional definido
Eficacia	Medida en que son alcanzados los resultados deseados en casos individuales
Eficiencia/optimidad	Habilidad de bajar costos sin disminuir las mejoras. Relación favorable entre los resultados logrados y los recursos monetarios utilizados
Equidad	Distribución de los recursos en función de las necesidades de los grupos poblacionales
Aceptabilidad/legitimidad	Conformidad con las expectativas de pacientes y familiares. La legitimidad es la aceptación comunitaria
Accesibilidad	Todo tipo de acceso para obtener los servicios
Adecuación de los servicios	Dimensión cuantitativa que relaciona recursos con las necesidades reales o potenciales de la población
Calidad técnico/científica	Incorporación de los conocimientos de la tecnología para lograr los mejores niveles posibles

Fuente: Donabedian y Vuori

1.2.3 Gestión de Calidad

Factor de éxito para más de un millón organizaciones de todo el mundo que hacen uso de la internacionalmente reconocida norma ISO 9001 con el fin de controlar sus propios procesos, y mejorar sus resultados. La norma define los requisitos aplicables a nivel internacional sobre sistemas de gestión con el fin de garantizar la calidad de los productos, servicios, diseño y desarrollo. Un sistema de gestión de la calidad puede ayudar a identificar oportunidades, cumplir los requisitos de los clientes, proveedores y otras partes interesadas, optimizar los procesos y reducir los costos al mismo tiempo.



ELABORADO POR (JOSEH JURAN 1995)

1.2.3.1 Aspectos Operativos de la Gestión de Salud

“Establecer y aplicar criterios para una óptima administración del servicio de salud se justifica por el derecho de la población a contar con atención de calidad. Las deficientes o insuficiencias del servicio tienen tan solo un ente afectado: la comunidad.

La unidad local de salud y la red de servicios deben desarrollar su capacidad de resolución, es decir, “la suficiencia para contribuir al mejoramiento del nivel de vida, hallar las formas de resolución a los problemas de salud de la población, alterar las situaciones que se consideran adversas para la salud o conservar un estado que se ha alcanzado”. (OMS, 2013)

La programación local y la educación comunitaria aportan a esta capacidad resolutoria. La participación plena de la comunidad y al integración de otras instituciones en objetivos comunes, son también parte de esta capacidad transformadora. Sin embargo, el Equipo de Salud requiere dedicar su atención a la optimización de los recursos para alcanzar los objetivos.

La gestión de la unidad de salud debe orientarse hacia la armónica y racional disposición de los recursos que permita alcanzar:

- a) La solución de los problemas de salud que afectan a la población.
- b) La prevención de la aparición de salud (eliminar los factores causales-riesgos)
- c) El mantenimiento del estado de salud” (Situación de Salud en Ecuador, 2011)

1.2.4 Estándares de Calidad en Atención Sanitaria

El estándar de calidad se mide a través del margen tolerable de desviación respecto a la norma de un criterio.

“Existe un listado de Estándares con énfasis en procesos y resultados de desempeño. En la actualidad se están implementando varios modelos de Acreditación y Certificación de Calidad basados en las normas ISO, EFQM, JCAHO, Malcom Baldrige y IHI entre otros, que potencian y complementan los esfuerzos por garantizar la calidad.”

La garantía de calidad por lo general implica la comparación entre un determinado producto o servicio y un estándar, previamente definido, en este caso es la norma ISO 9001-2008, en donde los usuarios son el punto de partida. Los estándares de las normas ISO se refieren fundamentalmente a los procesos, constituyéndose en un método para estandarizar las actividades de la organización y dar fiabilidad a sus usuarios sobre la calidad esperada de sus servicios.

1.2.5 Servicios de Salud

En la constitución en el Art. 362 (i1) “La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes”. Hoy por hoy los servicios de salud en el Ecuador han mejorado considerablemente gracias al trabajo y la preocupación de nuestro presidente Economista Rafael Correa Delgado, quien a más de arreglar la infraestructura de hospitales centros los centros, construyo nuevos centros de salud con el cual se da servicios de salud con equidad que sea igual para todos.

Hace 6 años los servicios de salud en nuestro país han mejorado notablemente, gracias a la gestión de nuestro presidente economista Rafael Correa Delgado, quien se ha

preocupado no solo de reformar la administración de las entidades de salud, sino también por mejorar la infraestructura de hospitales centros y subcentros de salud a mas de proporcionarles equipos de punta para cada una de las especialidades, al igual que la construcción de nuevos centros de salud en poblaciones donde no contaban con el servicio, para lograr un verdadero estado de derecho y de igualdad para todos y todas. Donde la salud no solo es una obligación si no un derecho de todos no de unos cuantos gracias a la equidad que existe en el actual gobierno.

1.2.6 Modelo de Atención en Salud

“Es la construcción teórica que sustenta una respuesta social organizada para enfrentar las necesidades o problemas de salud. En tal sentido un modelo de atención describe el tipo de respuesta de salud que la sociedad desea y decide sostener y recibir”.

Define el conjunto de políticas, sistemas, procesos e instrumentos diseñados por la autoridad sanitaria.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural-MAIS-FCI

“El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud.

Es decir se pone de manifiesto la organización de la población o comunidad; de sus dirigentes quienes buscan el bienestar de sus mandantes como la prestación de servicios básicos, como por ejemplo: servicios de salud con equidad, sin importar creencias religiosas culturales, ni etnias, únicamente conseguir el beneficio para todos los pobladores y por tanto mejorar su estilo y calidad de vida.

1.2.7 Niveles de Atención en Salud

“El primer nivel de atención se ubica en los Distritos de Salud, es el centro de la red y la puerta de entrada obligatoria al sistema, por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la salud enfermedad de la comunidad.

Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. La prestación se llevará a cabo por los Equipos

de Atención Integral de primer nivel de atención al que se incorporarán los Técnicos en Atención Primaria de Salud. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

Estableciéndose que la salud es mas un derecho antes que una necesidad, por ello la creación de nuevos hospitales, centros y subcentros de salud, para cumplir con la gran demanda de pacientes, a mas a mas que los servicios de salud no son solo entidades publicas, si no tambien privadas, y estan obligados a dar salud con calidad, calidez y equidad a todos los usuarios.

Aquí es donde juega un papel importante el personal de la salud en no ver a un usuario como un medio de dinero si no como una persona que merece una atención adecuada de calidad que lo restablezca de su dolencia.

1.2.8 Acreditación y Certificación

“Aval que se otorga a una institución o servicio de salud que cumple con los estándares mínimos de calidad vigentes, en su estructura, en el proceso y en los resultados, que permite garantizar una atención médica de calidad. En la medida que se cumplan los estándares mínimos de calidad, tanto en la estructura como en el proceso y los resultados, que permitan garantizar una atención médica de calidad, se podrá otorgar un documento que lo certifique, acreditando así a la institución evaluada como una institución de calidad.”(Gas, 1997).

Esta acreditación para el funcionamiento de los establecimientos que proporcionan salud es su ente rector el Ministerio de Salud Pública, quien es el encargado de verificar y comprobar el estado de estos lugares, si cumplen con todos los parámetros según la ley, donde debe reinar la sepsia y antisepsia, a mas de contar con el personal especializado para proporcionar una excelente calidad de atención al usuario.

1.2.9 Satisfacción de los Usuarios

“Se refiere a la satisfacción del usuario externo con los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados de la atención. La satisfacción del profesional o usuario interno se refiere a la satisfacción con las condiciones de trabajo y el resultado de la atención.”

“En general, los profesionales o usuarios internos ponen mayor énfasis en la evaluación de la calidad científico técnica, los usuarios externos en los aspectos psicosociales y los

administradores y empresarios del sector salud, en la eficiencia, atención personalizada, accesibilidad etc.” (Yudi Carla Wong Blandón, 2.003)

Esta satisfacción lo logramos no solo el personal con una buena atención sino también desde el guardia recibiendo amablemente al paciente, luego la recepcionista con una agradable sonrisa con un trato cordial entendiendo la necesidad del usuario, haciéndole sentir único e importante, con ello conseguimos no solo que esté satisfecho por el servicio recibido si no que este nos promociones a sus familiares y amigos, con un paciente satisfecho ganamos 8 posibles nuevos clientes, quienes por la atención y el buen trato se harán clientes o usuarios permanentes.

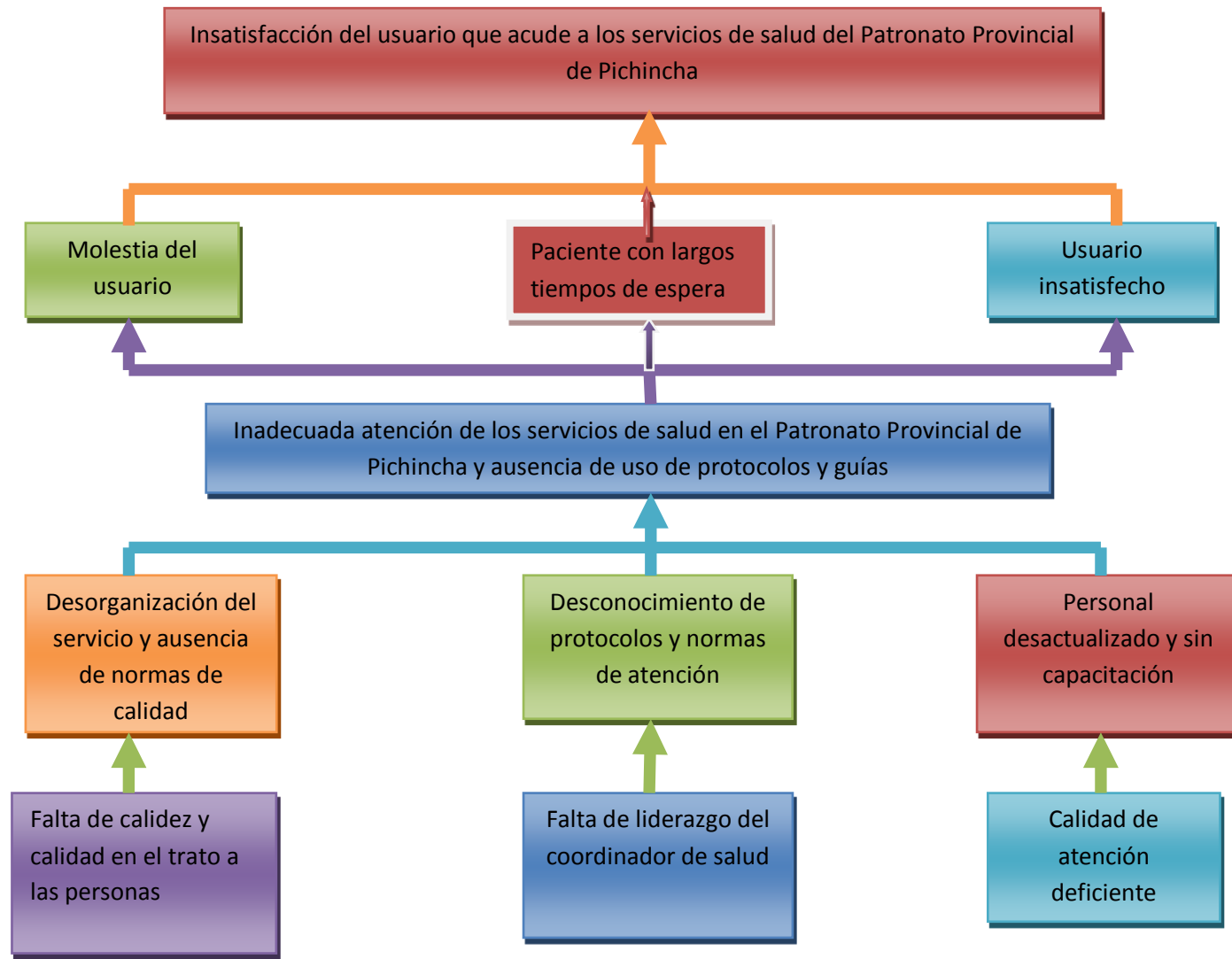
CAPITULO 2

2 DISEÑO METODOLÓGICO

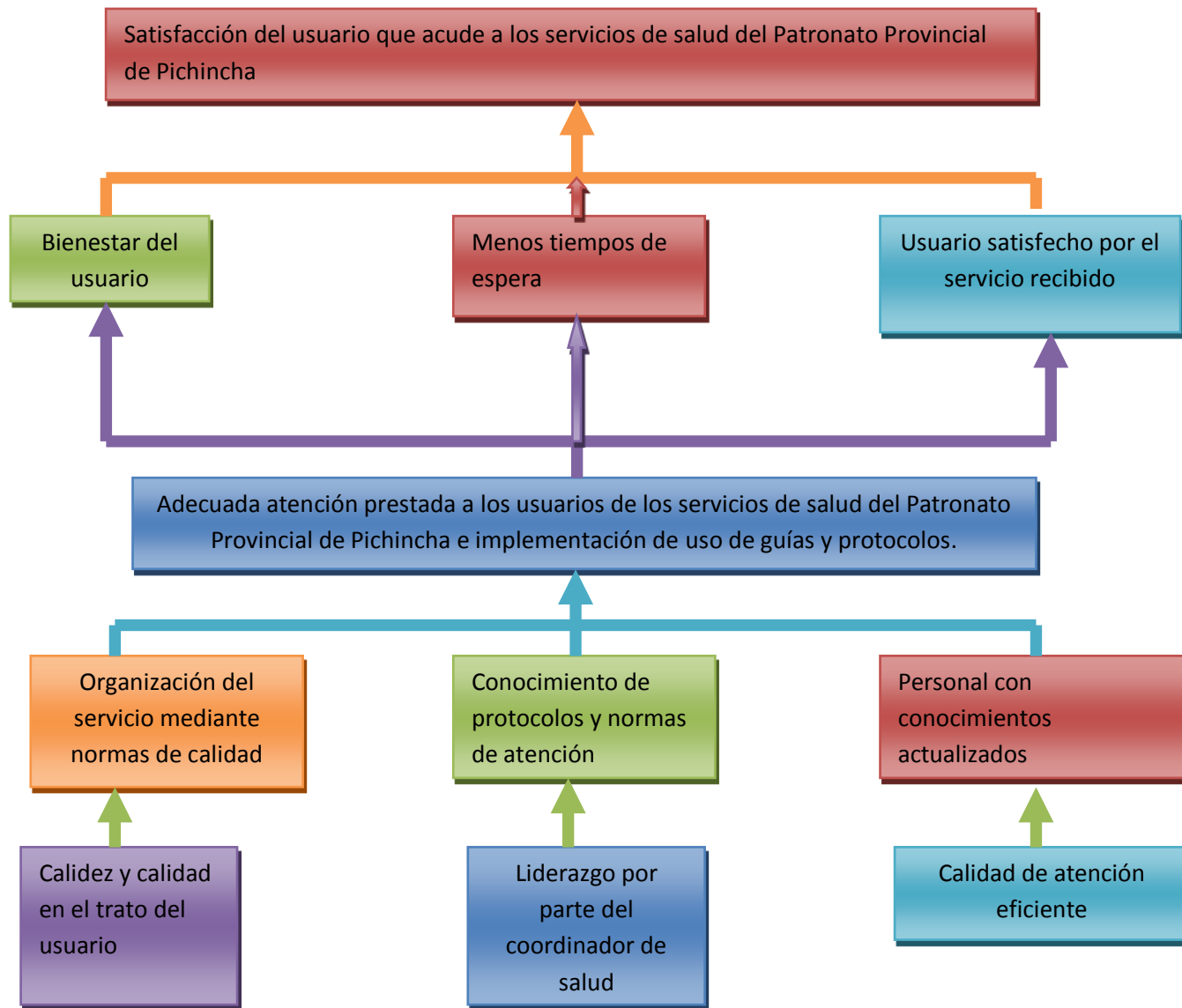
2.1 Matriz de Involucrados

GRUPOS O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Autoridades del Patronato Provincial de Pichincha	Mejorar la calidad de atención brindada a los habitantes de la Provincia de Pichincha	Recursos humanos Recursos económicos Recursos Tecnológicos Recursos materiales e insumos Mandato Art. 4 de la Constitución de la República del Ecuador La autoridad sanitaria nacional el Ministerio de Salud Pública, responsable de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta ley	Desconocimiento de normas y protocolos de atención por parte del personal.
Profesionales de la salud del Patronato Provincial de Pichincha	Actualización medica	Recursos humanos Recursos Materiales Mandato Ley Código de la Salud Art. 206 la autoridad sanitaria establecerá planes de capacitación y evaluación permanente a los profesionales de la salud.	Poca capacitación Desconocimiento de normas y protocolos de atención
Usuarios- pacientes	Recibir una atención oportuna y eficiente.	Recurso humano Mandato Art. 3 derecho a la salud de la Constitución de la República del Ecuador toda persona tiene derecho a la salud	Tiempo de espera alargada. Repetidas veces acuden a la consulta
Maestrante	Un proyecto de vida por dejar un legado por su efecto deseado	Recursos humanos Recursos materiales Mandato Requisito cumplimiento en el desarrollo de guía e instructivos de la universidad UTPL	Escasez de tiempo Desmotivación

2.2 Árbol de Problemas



2.3 Árbol de Objetivos



2.4 Matriz del Marco Lógico

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN			
Contribuir a mejorar la satisfacción del usuario que acude a los servicios de salud del Patronato Provincial de Pichincha			
PROPÓSITO			
Atención de los servicios de salud mejorada a través de la capacitación del personal y del uso de guías y protocolos de atención	El 80% de la atención de salud con uso de guías y protocolos hasta Agosto 2013	Encuestas de Satisfacción Guías y protocolos establecidos	Personal de salud, Motivado por mejorar la atención
COMPONENTES			
1. Servicio de salud del Patronato Provincial de Pichincha organizado para brindar una atención de calidad	El 90% de los servicios de salud organizados hasta Agosto 2013	Servicios organizado bajo políticas y normas	Autoridades participando en la organización del servicio.
2. Elaboración e implementación de guías y protocolos de atención	El 80% del personal utilizando protocolos y guías de atención hasta Agosto 2013	Protocolos y guías de atención elaboradas	Personal de salud participando en el desarrollo de guías y protocolos.
1. Personal del Patronato capacitado en temas actualizados.	El 80% de los usuarios internos capacitados hasta Agosto 2013	Lista de asistentes Plan de capacitación	Personal participando en la capacitación

Actividades	Responsable	Cronograma	Recursos
A1 SERVICIOS DE SALUD ORGANIZADO Y FUNCIONAL			
A 1 Reunión con el personal para informar sobre la realización de este trabajo.	Autora del proyecto Coordinador del departamento de salud de la institución Colaboración y apoyo del personal	25 Febrero del 2013	\$20
A 2 Adecuación de la sala de espera con la implementación de rotulación y videos informativos.	Autora del proyecto Coordinador del departamento de salud de la institución Colaboración y apoyo del personal	Sábado 9 de Marzo /2013	\$250
A 3 Adecuación de la bodega	Autora del proyecto Coordinador del departamento de salud de la institución Colaboración y apoyo del personal	Sábado 23 de Marzo / 2013	\$80
A 4 Difusión de los servicios de salud del Patronato Provincial de Pichincha.	Autora del proyecto Coordinador del departamento de salud de la institución Colaboración y apoyo del personal	Lunes 4 de marzo /2013	\$150
A 5 Encuestas de satisfacción al usuario sobre los servicios de salud.	Autora del proyecto Colaboración y apoyo del personal	Viernes 7 Lunes 10 Martes 11 de Junio / 2013	\$ 100
A2 ELABORACIÓN DE NORMAS Y PROTOCOLOS			
A 1 Reunión con el personal para la elaboración de manual de protocolos de atención	Autora de Proyecto Jefe del departamento de salud Personal de salud	Jueves 28 de Febrero /2013	\$20
A 2 Revisión de las normas y protocolos establecidas	Autora de Proyecto Jefe del departamento de salud Personal de salud	Jueves 28 de Febrero /2013	\$5
A 3 Validación de las normas y protocolos asentados.	Autora de Proyecto Jefe del departamento de salud Personal de salud	Jueves 28 de Febrero /2013	\$5

A 4 Difusión de normas y protocolos aplicarse en el Patronato Provincial de Pichincha.	Autora de Proyecto Jefe del departamento de salud Personal de salud	Jueves 28 de Febrero /2013	\$5
A 5 Implementación de turnos y protocolos en la demanda de los usuarios.	Autora de Proyecto Jefe del departamento de salud Personal de salud	Jueves 28 de Febrero /2013	\$5
A 6 Entrega de protocolos al coordinador del área de salud	Autora de Proyecto Jefe del departamento de salud Coordinadores de cada centro de salud	Jueves 28 de Febrero	\$5
3. ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS			
A 1 Planificación del Plan de Capacitación	Autora de Proyecto	Lunes 5 de Agosto 2013	\$10
A 2 Desarrollo del taller de capacitación	Autora de Proyecto Expositores invitados	Viernes 09/Agosto /2013 Lunes 12 de Agosto 2013 Martes 13 de agosto 2013 Miércoles 14 de Agosto 2013 Jueves 15 de agosto 2013	\$450
A 3 Taller de integración del personal	Autora de Proyecto Personal de Salud	Viernes 16 de Agosto 2013	\$100
A 4 Sustentación y evaluación de conocimientos	Autora de Proyecto Jefe del departamento de salud Coordinadores de cada centro de salud Personal de Salud	Lunes 19 de Agosto 2013	\$100

CAPITULO 3

3. RESULTADOS

3.1 Resultado 1

- Se realizó una reunión contando con la presencia de Médicos, Odontólogos Auxiliares de Enfermería, y Choferes
- Se dio a conocer la importancia del proyecto y su impacto en el mejoramiento de la calidad de atención lo que va en beneficio de los usuarios demandantes de nuestros servicios.
- Se logró reestructuración de horarios y turnos de atención en el patronato.
- Manejo de historias clínicas, se especifican funciones y responsabilidades por el personal del Patronato Provincial de Pichincha.
- Tiempos de atención por profesional
- Mejor aprovechamiento de recursos para ello se realizó la organización y la aplicación de una metodología en la entrega de insumos y dotación de los mismos.
- La aplicación de encuestas de satisfacción a los usuarios externos nos demostró que la organización y disminución del tiempo de espera aumenta la percepción del nivel de satisfacción del usuario del 60% al 90%, valores que demuestran que el usuario de los servicios de salud del Patronato está en general satisfecho; sin dejar de considerar también el porcentaje de insatisfacción existente del 10 al 40%.
- También se adecuó la sala de espera con material audiovisual, para informar al usuario con mensajes claros y sencillos, de concientizar sobre el cuidado de la salud, también ayudo mucho para promocionar nuestros servicios y centros de salud.
- El diseño de pancartas trípticos y hojas volantes, que están expuestas en el servicio y ser entregados a los usuarios que acuden al mismo.

3.1.1 Comentario

Mediante la reunión con el personal se evidenció la necesidad de un plan de mejoramiento no solo en beneficio del usuario externo si no también el del usuario interno, se pudo escuchar las inquietudes y sugerencias del personal que desean un cambio en el ambiente laboral y con su trabajo engrandecer a la institución.

Se contó con la participación del 80% del personal, el 20% restante estuvo con permiso médico y otros realizando trabajos fuera de la provincia.

Cabe recalcar que todo lo expuesto por los compañeros todas las necesidades se transformaron en peticiones y gracias a ello poco a poco se están convirtiendo en realidades,

por eso estamos contentos de que se valoró nuestras ideas y se les dio la importancia necesaria para mejorar los servicios de salud día con día por parte de todos los que conformamos la gran familia del Patronato Provincial de Pichincha.

Al realizar las encuestas se dio a conocer de manera directa el sentir del paciente del trato del personal, de los tiempos de espera, en donde se evidenció la satisfacción en mayor porcentaje, pero seguida de un considerable porcentaje de insatisfacción.

Este es un gran indicador de mejoría de nuestros servicios de salud, gran calificador el paciente que acude a diario a nuestros establecimientos de salud. Se nota un gran cambio estamos por buen camino.

Al preguntar por qué escogió los servicios de salud del Patronato, en su mayoría contestaron “por estar más cerca” (35,3%), seguida por el agenda del seguro social (28,3%), ocupando el 23,6 % a la “buena atención recibida”, y el 12,8% a la respuesta “es más barato”, como se observa.

Por qué escogió el usuario externo estos servicios de salud del Patronato?

TABLA 7	Está más cerca	Es barato	No tengo Seguro	Hay buena atención	No hay otro a donde acudir	El seguro (IESS) me Agendó	Otros
Frecuencia (n)	176	64	0	118	0	141	0
Porcentaje (%)	35,27%	12,83%	0,00%	23,65%	0,00%	28,26%	0,00%

Fuente: Archivos Patronato

TABLA 8 Variables de satisfacción Usuario Externo Medición					
VARIABLE	INSATISFECHO %	POCO SATISFECHO %	NO SBRÍA QUÉ DECIR %	SATISFECHO %	MUY SATISFECHO %
Si usted pagó la consulta ¿Está conforme con las tarifas establecidas en el centro de salud?	1%	19%	1%	20%	30%
¿Está conforme con el trato recibido en el centro de salud?	0%	5%	3%	31%	61%
¿Está conforme con la confianza brindada por el personal de salud para expresar su problema?	0%	0%	6%	39%	55%
¿Está conforme con la forma en cómo se le explicó sobre el examen que le iba a realizar el profesional que le atendió?	2%	1%	4%	36%	57%
¿Considera que durante la consulta médica le hicieron un examen completo?	1%	0%	7%	38%	54%
¿Está conforme con la forma en que el personal que le atendió le explicó cuál es su problema de salud y/o los cuidados a seguir en su casa?	0%	0%	2%	37%	61%
¿Está conforme con las indicaciones y manera de administrar el tratamiento?	4%	2%	9%	24%	60%
¿Está conforme con el respeto brindado a sus creencias, relacionadas a la enfermedad y a su curación, por el personal del servicio?	1%	0%	15%	27%	56%
¿Está conforme con el respeto brindado a su privacidad, por parte del profesional que le atendió durante la consulta?	0%	0%	1%	38%	61%
¿Está conforme con los días y horario de atención del centro de salud?	1%	10%	15%	23%	50%
¿Está conforme con las instalaciones, el ambiente físico y la limpieza del centro de salud?	0%	12%	2%	30%	56%

Fuente: Archivos Patronato

(ANEXO 1)

3.2 Resultado 2

3.2.1 Elaboración e implementación de guías y protocolos de atención

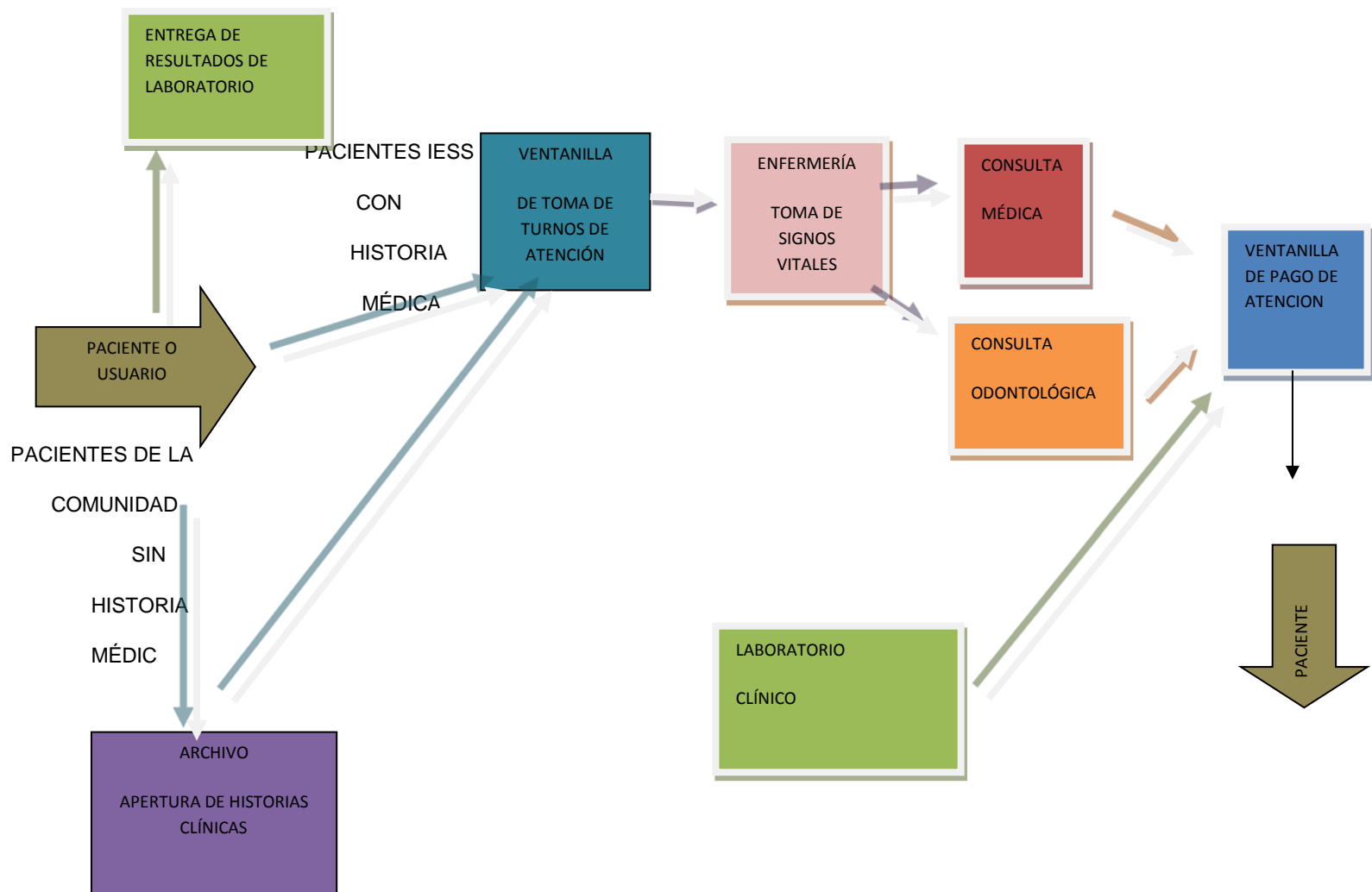
- Se realizó una reunión con el personal para establecer los protocolos y normas de atención y con ello mejorar la atención a los usuarios.
- Primer punto se realizó la agenda del día.

Agenda

9:00	Bienvenida
9.15	Información del tema puntual a tratarse
10:00	Participación del equipo de trabajo
11:00	Lista de normas y sugerencias para las autoridades
11:00	Discusión para aprobación
11:45	Aprobación
12:00	Refrigerio

- También se elaboró el esquema de flujo de atención de los servicios de salud del Patronato Provincial de Pichincha, tanto a pacientes de demanda espontanea como pacientes del IESS.

FLUJO DE ATENCION A USUARIOS QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PATRONATO PROVINCIAL DE PICHINCHA



NORMAS ESTABLECIDAS

NORMA DE MANEJO DE HISTORIA CLÍNICA

- Cuando el paciente acude por primera vez a la consulta o no haya constancia de que tenga un numero de historia anterior, se le abrirá una Carpeta Historia Individual, donde se anotaran todos sus datos de filiación y donde se irán guardando todos los informes y pruebas que se vayan realizando al paciente, ya que la Historia clínica se hará en formato electrónico.

NORMAS DE ATENCIÓN AL USUARIO

- Tomamos nota de los datos: N° de Afiliación, Teléfono, dirección, nombre y apellidos, edad, especialidad dando la cita con fecha, hora y lugar.
- Luego pasara a enfermería para la toma de signos vitales.
- No demorar en la espera al paciente no más de 5 minutos
- Llamar al paciente hasta 3 veces si no se acerca a la primera llamada, si luego de 10 minutos no se presenta atender al paciente siguiente.
- Brindar un trato digno y de calidad al paciente siempre con una sonrisa en el caso médico no debe ser menor el tiempo de 20 minutos, y el odontológico 30 minutos.
- Cabe recalcar que en cada paciente se debe desinfectar a parte cambio de guantes de manejo en todos los casos.
- Darse tiempo de pasar en la computadora el tratamiento a realizarse en pacientes del seguro social, mientras que en pacientes de demanda espontanea se maneja las historias clínicas del MSP.
- En caso de atención odontológica el tiempo no será más de 30 minutos, y al igual se esperara 10 minutos al paciente si no se encuentra se procederá a la atención del siguiente.
- Se realizara 3 tratamientos por paciente.
- Se podrá da tres atenciones subsecuentes a los pacientes en el caso de los pacientes del seguro social, a la cuarta tendrán que llamar al call center.
- Se dará recetas con medicamentos genéricos a los pacientes del IESS, los mismos que serán retirados de las farmacias especificadas como FYBECA y SANA SANA.
- En casos de necesitar exámenes de diagnósticos y RX en los puntos se cuenta con maquinaria para ello se tomara tiempos reglamentarios para toma de sangre, entrega de

muestras de 20 minutos en horario de 8 a 11 am, para RX se procederá de 20 minutos en horario de 8am a 16pm.

NORMAS DE ADMINISTRACIÓN DE INSUMOS MEDICOS

- En el caso de insumos no esperar a que se termine para pedir su reposición.
- La persona encargada de bodega es la que debe estar siempre atenta a que insumo está por terminarse o de caducarse e informar para su pronta adquisición.
- Mantenerlo ordenada la bodega como se la ha dejado para su fácil manejo.
- Los días viernes tener siempre listo el stop para repartir en el caso de unidades móviles en horario de 2.30pm.
- Mientras que para los puntos fijos los viernes de cada fin de mes en horario de 11am.

3.2.2 Comentario

Se logró la participación del personal de salud médicos, enfermeras, odontólogos, además de la participación activa de la coordinadora de salud, quienes estuvieron entusiastas y en todo momento formulando ideas para establecer normas y protocolos de atención que están siendo efectuadas y empleadas por parte de los profesionales de la salud, personal administrativo y de servicio de la institución.

Fue una forma de lograr un verdadero trabajo en equipo, con ello también evidenciamos nuestras valencias y la necesidad de un cambio urgente para que la institución a la cual nos prestamos sea una entidad de salud que brinde atención de calidad.

Además de ello se pidió a las autoridades quienes están prestas a escuchar y apoyar este cambio, que se nos facilite de uniformes que sea un distintivo de cada área de salud tanto médica, laboratorio, odontológica y administrativa.

Como indicador tenemos el mejoramiento de los tiempos de atención como se detalla a continuación.

Tiempo de espera del Usuario Externo y tiempo que utilizó el profesional para atenderle

TABLA 9	Minutos		
	Media	Mínimo	Máximo
El tiempo que usted esperó para ser atendido fue:	15,71	0,5	120
El tiempo que utilizó el profesional en atenderle fue:	18,37	1	60

Fuente: Archivos Patronato

Se realizó una diferenciación entre tipo de servicio que utilizó el usuario, ya que los tiempos promedio de la atención odontológica, no son los equivalentes a los tiempos de atención por medicina general, obstetricia y pediatría, encontrando los siguientes resultados:

TABLA 10 QUÉ SERVICIO UTILIZÓ* TIEMPO QUE ESPERÓ PARA SER ATENDIDO, minutos	MEDICINA GENERAL, GINECOLOGIA, OBSTETRICIA, PEDIATRIA			ODONTOLOGIA		
	Minutos			Minutos		
	N	Media	DS	N	Media	DS
El tiempo que usted esperó para ser atendido fue:	371	16,79	16,2	142	15,85	14,5
El tiempo que utilizó el profesional en atenderle fue:	371	17,32	6,85	142	18,19	6,9

Fuente: Archivos Patronato.

En la tabla anterior, se puede observar que el tiempo que se utilizó por el servicio de odontología es 1 minuto mayor para la atención, a diferencia del utilizado por medicina general- ginecología- pediatría, observándose una desviación estándar de 6,85 minutos, lo que equivaldría a 24 minutos respectivamente

Satisfacción del Usuario Externo

Para conocer el nivel de satisfacción en general, se utilizó 2 preguntas en particular, las cuales mostraron hasta un 99 y 98% de satisfacción, respectivamente, como se detalla a continuación.

TABLA 11 Variables de satisfacción Usuario Externo Medición

VARIABLE	INSATISFECHO %	POCO SATISFECHO %	NO SBRÍA QUÉ DECIR %	SATISFECHO %	MUY SATISFECHO %
¿En términos generales, usted se siente satisfecho con la forma en cómo le resolvieron el problema, motivo por el que asistió al centro de salud?	0%	0%	1%	43%	56%
¿En términos generales, usted se siente satisfecho con la atención recibida en el servicio?	0%	0%	1%	36%	62%

Fuente: Archivos Patronato

(ANEXO 2)

3.3 Resultado 3

3.3.1 Actualización de conocimientos para el personal de la Salud

En vista de la necesidad de la capacitación al personal se realizó el cronograma, de capacitación tanto a médicos, odontólogos, enfermeras.

Revisando el horario con talento humano y lograr la participación del personal el plan quedo establecido de la siguiente, manera:

Se pudo realizar la capacitación sin dejar de realizar nuestras tareas y funciones diarias.

Plan de Capacitación

FECHA	HORARIO	ACTIVIDAD	NATURALEZA	EXPOSITOR
9/08/2013	16h00 a 19h00	Capacitación de relaciones humanas Juegos de Integración La importancia de las relaciones humanas en el trabajo Fundamentos Mejorar la retención Motivación y productividad Fomento de la creatividad Discusión Refrigerio	Teórico Práctico	Lcda. Evelyn Cisneros Trabajadora Social Invitada
12/08/2013	14h00 a 18h00	Actualización de conocimientos en Medicina Manejo de enfermedades respiratorias Mecanismos de defensa pulmonar Nariz Acondicionamiento del aire Tos Aparato mucociliar Mucus Macrófagos alveolares Asma Bronquitis Síntomas Tratamientos y recomendaciones Medicación bronco dilatadores Ejercicio	Teórico	Dr. Freddy Guevara Medico General Invitado

			Nutrición e hidratación Otras medidas Fibrosis quística Trasmisión Síntomas En el niño En el recién nacido Discusión Refrigerio		
13/08/2013	14h00 18h00	a	Actualización de conocimientos de medicina Manejo de enfermedades gastrointestinales Trastorno gastrointestinal funcionales en el niño Reflujo gastro esofágico Definición Síntomas y exploración física Diagnostico y tratamiento Dolor abdominal Displasia funcional Síndrome del Intestino irritable Migraña abdominal Dolor abdominal funcional infantil Cólico del lactante Requerimientos nutricionales de la mujer embarazada Discusión refrigerio	Teórico	Dr. Freddy Guevara Medico General Invitado
14/08/2013	14h00 18h00	a	Actualización de conocimientos De Odontología Importancia del examen bucodental Consulta dental cada 6 meses Que ocurre durante la consulta Examen general de cabeza y cuello Examen clínico dental Higiene dental Profilaxis y fluorización Utilización del ionomero de vidrio como material restaurador sus ventajas Utilización de Resinas como material restaurador y sus ventajas Discusión Refrigerio	Teórico	Dr. Milton Barreno Odontólogo General invitado
15/08/2013	14h00 18h00	a	Actualización de conocimientos De Odontología Manejo del niño Adaptación del niño a la consulta Adaptación Conducta Variables que influyen en el comportamiento del niño Ambiente odontológico	Teórico	Dr. Milton Barreno Odontólogo General invitado

		<p>Odontólogo Personal Padres Niños de 2, 3, 4, 5, 6, años Primera visita odontológica Diferentes tipos de comportamiento del niño y técnicas básicas para su manejo Conducta descontrolada Conducta desafiante Conducta tímida Conducta cooperativa tensa Conducta llorona Técnicas de qué hacer ante la conducta del niño Control mediante la voz Desensibilización Moldeamiento Reforzamiento Acondicionamiento Discusión Refrigerio</p>		
15/08/2013	15h00 a 18h00	<p>Actualización de conocimientos de Enfermería El papel de la enfermera Impulsar el apoyo familiar del paciente Rol de la enfermera en el cuidado del niño enfermo</p> <p>Discusión refrigerio</p>	Teórico	Lcda. Patricia Pérez vega Enfermera Invitada.
16/08/201	17pm/20p	<p>Integración del personal Con una comida Escuchar sus sugerencias y propuestas Se deja un escrito para la presidenta la capacitación permanente para el personal de la salud.</p>	Teórico	Dra. Karina Atiencia Maestrante Lcda. Evelyn Cisneros Trabajadora Social Invitada

3.3.2 Comentario

Se evidenció la necesidad del personal de salud en ser capacitado, con esto no solo para beneficio propio si no para quién nos debemos los pacientes que acuden a nuestra consulta esperando ser tratados de su dolencia, por ello estos talleres de capacitación son vitales tanto en conocimientos, como equipos tecnológicos y la utilización de nuevos insumos médicos.

Es por ello que se contó con el 80% del personal a excepción de un 20% que estaba de vacaciones.

Se sugirió y se planteó como sugerencia de todos los profesionales de la salud que laboramos para la institución se nos facilita la capacitación continua para cumplir de mejor manera con nuestro trabajo diario. (ANEXO 3) (Se ha dejado en la institución las memorias de la actualización de conocimientos para consulta de los profesionales.)

Análisis de Propósito

Al realizar el presente proyecto del mejoramiento de calidad de atención del Patronato Provincial de Pichincha organizando el servicio elaborando e implementando guías y protocolos de atención, personal de salud capacitado se pudo evidenciar la satisfacción del usuario.

Análisis de Fin

El fin garantizar la satisfacción en el servicio de salud recibido al usuario externo, por ello se realizó encuestas de satisfacción donde se puede constatar que el 60% al 90% de los usuarios se sienten conformes del servicio recibido, teniendo un margen de insatisfacción del 10% al 40%.

CAPITULO 4

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

1. La ejecución del Proyecto de intervención contribuyó a mejorar la calidad de atención a los usuarios que acuden a los servicios de salud del Patronato Provincial de Pichincha.
2. Mediante la implementación de normas y protocolos de atención se puede establecer que ha disminuido los tiempos de espera para recibir la atención, y se ha mejorado el trato al usuario por parte del equipo de salud del Patronato Provincial de Pichincha.
3. El personal de salud del Patronato Provincial de Pichincha debe poseer conocimientos actualizados para mantener las mejores prácticas y evitar errores, atendiendo con calidez al usuario y resolviendo su padecimiento principal de manera integral.
4. La capacitación efectuada se contó con la participación mayoritaria del personal de salud el 80%, un 20% de ausencia de personal por vacaciones o permiso por enfermedad.
5. Se comprobó que el mejor indicador del mejoramiento de los servicios es a través de las encuestas de satisfacción de los servicios recibidos.

4.2 RECOMENDACIONES

1. Mantener compromiso en la ejecución de planes de acción que permitan el mejoramiento de la calidad de gestión para disminuir la insatisfacción y mejorar la atención de los usuarios.
2. Adoptar el manejo y cumplimiento de las normas y protocolos establecidos de atención.
3. El interés de los asistentes a participar de los talleres pone ha descubierto la necesidad de mantener espacios de capacitación permanente para optimizar nuestra intervención de salud.
4. Continuar con el trabajo en equipo para fortalecer la estrategia, pues es más probable que la gente efectué cambios cuando siente que ha formado parte de la elaboración de las soluciones de la problemática.
5. Continuar con el proceso, para evaluar el cumplimiento de los estándares, medir los logros y asegurar la sostenibilidad de las mejoras implementadas así como también hacer una relación entre la situación real con la situación ideal o deseada.

BIBLIOGRAFÍA

- Robbins, S. 2009 "*Comportamiento Organizacional*". México: 10ma Edición.
- Castillo, A. 2009 "*Comunicación Organizacional, Teorías y Estudios*". Editorial Clave.
- Capriotti, P. 2009 "*Fundamentos para la Gestión Estratégica de la Identidad Corporativa*".
- Fornell, C. 2008 "*El Cliente Satisfecho. Estrategias cuantitativas y cualitativas*".
Deusto Editorial.
- Gosso, F. 2010 "*Híper Satisfacción del Cliente*". Panorama Editorial.
- Sánchez, J. M. 2010 "*Coordinador de Seguridad y Salud*". Fc Editorial.
- Alcide, J. C. 2010 "*Fidelización de Clientes*". ESIC Editorial.
- Asamblea Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador.
- Ávalos, M. I. 2010 "*La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas*". Ediciones Horizonte Sanitario.
- GADPP; Gobierno Adscrito Descentralizado de la Provincia de Pichincha. (2011).
Acreditación a la Norma ISO 9001-2008.
- Iglesias E, O. M. 2009 "*Satisfacción de los clientes externo e interno en una institución prestadora de servicios de salud del Valle de Aburrá*". Medellín, Colombia:
Instituto de Ciencias de la Salud.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008). Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno-Neonatal. Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). Modelo de Atención Integral del Sistema

Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural. Ecuador.

Ministerio de Salud Pública, A. C. (2010). <http://www.salud.gob.ec>. Obtenido de Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud:
<http://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/09/LEYORGANICAD ELSISTEMANACIONALDESALUD.pdf>

Norma Internacional ISO. (2008). *Sistemas de gestión de la calidad-Requisitos*. Ginebra, Suiza.

PPP. Patronato Provincial de Pichincha. (2012). Archivos.

Pérez, C. M., Reyes, R. M., Abreu, M. d., Fortes, M. P., & Ochoa, I. I. (octubre-diciembre de 2008). "*La Evaluación de la Satisfacción en Salud; un reto a la Calidad*". Revista Cubana de Salud Pública.

Pineda E., Alvarado E. 2008 "*Metodología de la investigación*". (PAHO/WHO, Ed.). Biblioteca Sede OPS.

Vásquez, W. 2009 "*Satisfacción del usuario de consulta externa en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé*". Investigaciones Sociales, C.A.

Ministerio de Salud del Perú. (Julio de 2007). "*Plan Nacional de gestión de La Calidad en Salud*". Obtenido de www.minsa.gob.pe: URL:
<http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2007/PNSGCS%20VF.pdf>

Chiavenato, I. 2007 "*Administración de Recursos Humanos*". Mac Graw Hill 8va Edición.
Reinoso Alarcón H, Araneda Cea BG. 2007 "*Diseño y validación de un modelo de medición del clima organizacional basado en percepciones y expectativas*". Revista Ingeniería Industrial.

Schermerhorn J. R., Jr. 2010 "Administración". Editorial LIMUSA, S.A.

Munch L, 2011 "*Liderazgo y Dirección*" Editorial trillas. México 2da Edición.

Alles M, 2011 "*Comportamiento Organizacional*" Editorial Granica. Buenos Aires
Argentina.

Zambrano S. "*Organización Diseño y Gestión por Procesos*" Ediciones Consultora
Empresarial Ecuador

Sacoto F., Terán C., Velasco M.D.L. 2009 "*situación de salud en Ecuador Evolución
Perspectiva e intervención Local*" Editorial FEDESALUD Quito.

Régimen de la Salud Tomo I 2007

Blanchard, K. 2007 "*Liderazgo al más alto Nivel*" Editorial Grupo Norma. Bogotá.

García, E. I. (Enero de 2007). Obtenido de

<http://minerva.uca.es/publicaciones/asp/docs/tesis/ignaciogarcia.pdf>

Jiménez M.C. y Villegas, Ortega M.C., Cruz G., Cruz M., Quintero M., et al. (2003).

"*Satisfacción del usuario como indicador de calidad*". Revista Mexicana de
Enfermería Cardiológica, 58-65.

Gas, H. A. (1997). "*Administración de la calidad de la atención médica*". Revista Médica
del Instituto Mexicano del Seguro Social (Méx),, 35.

Definiciones de calidad. (s.f.). 2012. Obtenido de www.webstatsdomain.com:

<http://es.scribd.com/doc/18014848/Definiciones-de-Calidad>, URL:

Donabedian, A. (1985). Twenty years of research on the quality of medical care.

Evaluation and The Health Professions. SAGE PUBLICATION, INC, 8(3), 243-265.

Donabedian, A. (1986). Quality Assurance in Our Health Care System. *American College of Utilization Review Physicians*, 6-12.

Saturno, D. P. (2005). Modelos de gestión de la calidad aplicados a la Atención Primaria.

(U. d. Murcia, Ed.)

Yudi Carla Wong Blandón, L. d. (2003). *Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud: Perspectiva de los Usuarios, Matagalpa durante Noviembre 2002.* Investigación, Universidad Autónoma de Nicaragua, Centro de Investigaciones y estudios de la Salud, Matagalpa.

ANEXOS

ANEXO 1

Quito, lunes 25 de febrero 2013

INFORME

Se realizo una reunión con Lcda. Alexandra Naranjo; Dr. Edison Flores; Dra. Karina Atiencia Vega

Se trato los siguientes puntos relevantes como

- Dar a conocer sobre el tema de proyecto de tesis y el cual tendrá un aporte significativo para el buen funcionamiento de la institución.
- Priorizar en la capacitación permanente del personal de la institución
- Implementación de protocolos en los cuales se tomara en cuenta el tiempo entre paciente y paciente que se lo pretende efectivizar de 30 minutos en la atención de salud en cualquier especialidad.
- Fomentar una cultura de propaganda no solo por buena imagen, sino también por una buena salud de las personas que laboramos en ella, la utilización de uniformes, para ello se pidió un presupuesto el cual está siendo analizado, para su elaboración.
- Sugerí el apoyo para dar capacitación acerca del manejo de protocolos de atención y al igual de capacitación de motivación para el personal.

CONCLUSIÓN

Se encuentran con una gran disposición por ayudar para que este proyecto cumpla con los demás resultados esperados, ya que va ser relevante y tendrá una aportación de crecimiento para la institución.

Se comprometen a dotar de uniformes para el personal por imagen de institución y por una cultura propia.

Capacitación pendiente para llevarse a cabo.

Dr. Edison Flores

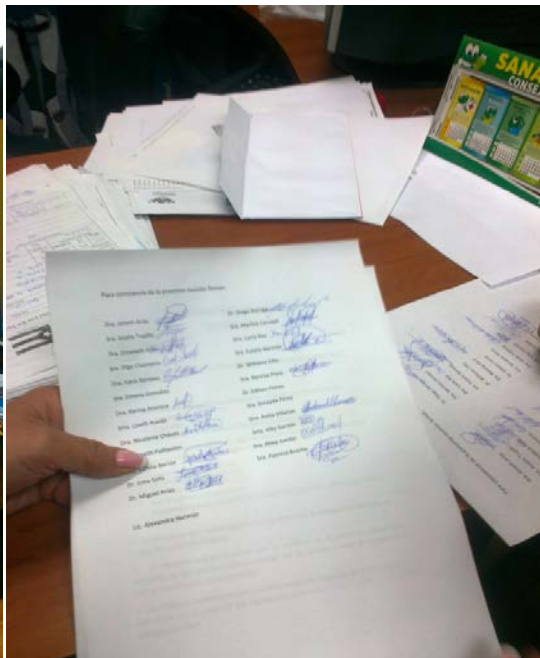
COORDINADOR

Dra. Karina Atiencia

MAESTRANTE

REUNIÓN CON EL PERSONAL PARA REESTRUCTURAR HORARIOS DE ATENCIÓN Y TURNOS DE ATENCIÓN Y FORTALECER EL COMPAÑERISMO

FECHA: miércoles 27 de febrero 2013



LISTA DE PARTICIPANTES DE LA REUNIÓN

Lcda. Alexandra Naranjo

Dra. Janeth Arias

Dr. Miguel Arias

Dra. Elizabeth Alian

Dra. Karina Atiencia

Dr. Diego Barriga

Dra. Katia Bermeo

Dr. William Cilio

Dra. Nicoletth Chávez

Dra. Lucia Rea

Dra. Irma Solís

Dra. Anita Villenas

Aux. Vicky Albiño

Aux. Maritza Carvajal

Aux. Olga Chamorro

Aux. Ximena González

Aux. Eulalia Naranjo

Aux. Narcisa Pisco

Aux. Liseth Rueda

Aux. Analia Trujillo

Conductores

Sr. Segundo Haro

Sr. Diego Almeida

Sr. Walter Cobo

Sr. Germán Maldonado

Sr. Luis Perugachi

Sr. Oscar Suarez

Sr. Amable Velastegui

CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN

- Se coordinó horarios de atención hora de entrada hora de salida
- Tiempos entre pacientes 20 minutos atención médica
- Tiempos entre pacientes 30 minutos atención odontológica
- Mejor aprovechamiento de los recursos
- De igual forma se trato acerca de manejo de desechos especiales e infecciosos, donde se los va a colocar y luego su rotulado y envió a los recipientes encargados de su traslado.
- Cada auxiliar se encargará de rotular la basura se colocará en recipientes adecuados para desechar material infeccioso y corto punzante.

EDUCAR E INFORMAR AL PACIENTE

Fecha: lunes 4 de marzo 2013



Se realizaron talleres en los diferentes centros de salud tanto de información en el horario de atención especialidad.

Así como también de normas básicas de higiene personal de la preocupación por precautelar su salud tanto médica como odontológica.

MEJORAR EL ASPECTO DE LOS CENTROS DE SALUD

Fecha: sábado 9 de marzo 2013

Pasar de esto a esto se mejoro las fachadas de los respectivos centros de salud con la colaboración del personal en las distintas aéreas, al igual que se arreglaron los espacios verdes de los mismos. Internamente se procedió hacer una limpieza total para que el paciente se sienta a gusto tanto con la infraestructura y a la vez con el buen trato.



MINGA DEL PATRONATO PROVINCIAL DE PICHINCHA

Fecha: sábado 23 de marzo 2013

Se convocó a todo el personal de las diferentes aéreas a realizar una minga general de la bodega de distribución de insumos se clasificó tales medicamentos están en expedición tales que ya están caducados. Se dejó a la bodega con estanterías clasificadas y numeradas y rotuladas para su mejor presentación y distribución.



Quito, Martes 23 de Abril 2013

Sra. Margarita Rojas Vega

PRESIDENTA DEL PATRONATO PROVINCIAL PICHINCHA

Presente.-

De mis consideraciones:

Yo, Karina del Rocío Atiencia Vega, portadora de la cedula de ciudadanía # 1714990825; Odontóloga programa odontológico KIRU, y que es maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja de la carrera de Gerencia en Salud, la misma que le solicita a usted muy comedidamente se digne autorizar la ejecución del proyecto de acción denominado "MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL PATRONATO PROVINCIAL DE PICHINCHA", cumpliendo con responsabilidad las diferentes actividades programadas de acuerdo al cronograma establecido para finalizar con éxito este proyecto. Con ello quisiera contribuir al crecimiento de la institución.

Por la atención dada a la presente le anticipo mis agradecimientos.

Atentamente



Karina Atiencia Vega

ODONTOLOGA

0984656134 -n-

6034121

Patronato Provincial de Pichincha	
Ingresos	
Fecha	RECIBIDO 23 ABR 2013
Trámite	
Observación	

TATIANA
T.H
COORDINADORA
C.O.U. LA DOCTORA
24-04-2013

26.04.2013

**APLICACIÓN DE LA ENCUESTA A LOS USUARIOS EXTERNOS DEL PATRONATO
PROVINCIAL DE PICHINCHA 7, 10, 11 de Junio 2013**

TABLA 4 Asignación Aleatoria				
Centro de Salud	Promedio Usuarios Externos Día	% Total de Encuestas UE	Número de encuestas aplicadas	Asignación Aleatoria
PLAZA REPÚBLICA	163	22	110	8
CARAPUNGO	121	16	72	6
EL CONDADO	86	11	40	4
RUMIÑAHUI	76	10	50	4
EL QUINCHE	70	9	40	4
TUMBACO	70	9	50	4
EL BEATERIO	41	5	28	2
CAYAMBE	36	5	25	2
VILLAFLORA	33	4	33	2
MEJÍA	32	4	25	2
PUEBLO BLANCO	13	2	16	1
PUERTO QUITO	13	2	10	1
TOTAL	753	100	499	

Fuente: Archivos Patronato Provincial de Pichincha. Elaborado por Dra. Karina Atencia

CRONOGRAMA DE ENCUESTA CENTROS DE SALUD

TABLA 5 Centro de Salud	Promedio	% Total de	Total Muestra	Total	Nº días	Total	Total	Total	Nº	Promedio	Promedio	Encuestas Día	Total	Nómina Encuestadore
PLAZA REPÚBLICA	16	22	81	21	3	16	7	23	4	4	2	6	A-B-C	
	3												J	
CARAPUNGO	12	16	60	13	3	12	4	16	2	6	2	8	D-E	
	1													
EL CONDADO	86	11	43	9	2	14	5	19	2	7	2	9	C-D	
RUMIÑAHUI	76	10	38	11	2	13	6	18	2	6	3	9	F-G	
EL QUINCHE	70	9	35	8	3	12	3	14	2	6	1	7	F-G	
TUMBACO	70	9	35	9	2	12	5	16	2	6	2	8	A-B	
EL BEATERIO	41	5	20	8	2	10	4	14	2	5	2	7	H-I	
CAYAMBE	36	5	18	7	2	9	4	12	2	4	2	6	H-I	
VILLAFLORA	33	4	16	8	2	8	4	12	1	8	4	12	E	
MEJÍA	32	4	16	7	2	8	4	11	1	8	4	11	J	
PUEBLO BLANCO	13	2	6	4	1	6	4	10	1	6	4	10	I	
PUERTO QUITO	13	2	6	5	1	6	5	11	1	6	5	11	H	
TOTAL	75	10	37	11		12	53	17	22	74	33	10	9	
	3	0	5	0		6		9				6		

Fuente: Archivos Patronato Provincial de Pichincha. Elaborado por Dra. Karina Atencia

PROMEDIO DE PACIENTES ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL PATRONATO

Tabla 6. Promedio de pacientes mes, día y hora atendidos en los centros de salud del Patronato

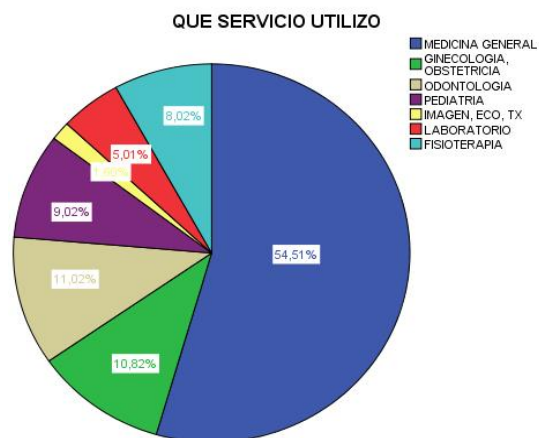
Centro de Salud	Total Promedio Usuario Externo Atendidos Mes Libre Demanda	Total Promedio Usuario Externo Atendidos Mes IESS	Total Usuarios Externos Atendidos Mes	Usuarios Externos Atendidos Promedio por Día	Usuarios Externos Atendidos Promedio hora
PLAZA REPÚBLICA	1.648	1.654	3.304	163	8
CARAPUNGO	1.460	773	2.233	121	16
EL QUINCHE	611	833	1.444	70	9
TUMBACO	1.423	0	1.423	70	9
EL CONDADO	276	1.443	1.410	86	11
RUMIÑAHUI	566	807	1.373	76	10
CAYAMBE	263	747	1.011	36	5
EL BEATERIO	280	578	858	41	5
VILLAFLORES	632	0	632	33	5
MEJÍA	292	336	628	32	4
PUEBLO BLANCO	273	0	273	13	1
PUERTO QUITO	273	0	273	13	1
Total Mes	7.997	7.172	14.863	754	84

Fuente: Archivos Patronato Provincial de Pichincha. Elaborado por Dra. Karina Atiencia

PORCENTAJE DE ENCUESTAS

Centro de Salud	Promedio Usuarios Externos Día	% Total de Encuestas Usuarios Externos
PLAZA REPÚBLICA	163	22
CARAPUNGO	121	16
EL CONDADO	86	11
RUMIÑAHUI	76	10
EL QUINCHE	70	9
TUMBACO	70	9
EL BEATERIO	41	5
CAYAMBE	36	5
VILLAFLORA	33	4
MEJÍA	32	4
PUEBLO BLANCO	13	2
PUERTO QUITO	13	2
TOTAL	754	100

Fuente: Archivos Patronato Provincial de Pichincha. Elaborado por Dra. Karina Atencia



TIEMPO DE ESPERA DEL USUARIO EXTERNO

TABLA 9 QUÉ SERVICIO UTILIZÓ* TIEMPO QUE ESPERÓ PARA SER ATENDIDO, minutos						
	MEDICINA GENERAL, GINECOLOGIA, OBSTETRICIA, PEDIATRIA			ODONTOLOGIA		
	Minutos			Minutos		
	N	Media	DS	N	Media	DS
El tiempo que usted esperó para ser atendido fue:	371	16,79	16,2	142	15,85	14,5
El tiempo que utilizó el profesional en atenderle fue:	371	17,32	6,85	142	18,19	6,9

Fuente: Archivos Patronato Provincial de Pichincha. Elaborado por Dra. Karina Atiencia

PATRONATO PROVINCIAL DE PICHINCHA

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EXTERNO

		SI	NO
1.	EL TRATO QUE USTED RECIBIO FUE AMABLE?		
	DEL MÉDICO	1	
	DEL PERSONAL ENFERMERIA	2	
2.	LAS INSTALACIONES DONDE LE ATENDIERON FUERON:		
	COMODAS?	3	
	HIGIENICAS?	4	
3.	FUE ATENDIDO A LA HORA PROGRAMADA PARA EL PROCEDIMIENTO?		
		5	
4.	COMPROBÓ QUE LOS INSUMOS SEAN NUEVOS?		
		6	
5.	DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS FUE CONTROLADO POR:		
	ENFERMERA?	7	
	AUXILIAR DE ENFERMERIA?	8	
	MEDICO TRATANTE?	9	
6.	HA RECIBIDO INFORMACIÓN DEL MANEJO DE SU ENFERMEDAD POR:		
	MÉDICO?	10	
	ENFERMERA?	11	
	AUXILILAR DE ENFERMERIA?	12	
	PSICOLOGA?	13	
	NUTRICIONISTA?	14	
	TRABAJADORA SOCIAL?	15	
7.	HUBO ALGUNA DISCRIMINACIÓN ENTRE OTROS PACIENTES Y USTED?		
		16	
8.	CALIFIQUE EL SERVICIO EN GENERAL, ASI:		
	E. (EXCELENTE)		
	MB. (MUY BUENO)		
	R. (REGULAR)		
	M. (MALO)		

SUGERENCIAS Y OBSERVACIONES

NOMBRE:

C.I.:

FIRMA:



ENCUESTA DE SASTISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO DE LOS CENTROS DE SALUD DEL PATRONATO

La presente encuesta ha sido desarrollada con el objetivo de obtener información referente al nivel de satisfacción del usuario externo que acude a recibir atención de primer nivel en los centros de salud del Patronato Provincial de Pichincha.

INSTRUCCIONES GENERALES

Esta encuesta de opinión es absolutamente anónima, no tiene que dar su nombre o u otro tipo de identificación, ya que se busca que usted responda con la más amplia libertad y veracidad posible. La encuesta está dividida en dos partes:

PARTE I - INFORMACIÓN GENERAL DEL BENEFICIARIO

CENTRO DE SALUD: _____ CÓDIGO: _____

- 1 SEXO: Masculi no Femenino
- 2 EDAD: ¿ Cuántos años tiene ? Si el beneficiario es igual o menor de 5 años ir a la pregunta 4
- 3 INSTRUCC IÓN: ¿Cuál es el grado de instrucción del beneficiario ?
- | | | | |
|-------------------------------------|--|---|--|
| Analfabeto <input type="checkbox"/> | Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> | Primaria <input type="checkbox"/> | Secundaria Incompleta <input type="checkbox"/> |
| Secundaria <input type="checkbox"/> | Superior Técnico <input type="checkbox"/> | Superior Universitario <input type="checkbox"/> | No sabe / no opina <input type="checkbox"/> |
- 4 LUGAR DE RESIDENCIA: ¿ En qué Cantón vive ?
- | | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| Quito <input type="checkbox"/> | Mejía <input type="checkbox"/> | Rumiñahui <input type="checkbox"/> | Pedro Moncayo <input type="checkbox"/> |
| Los Bancos <input type="checkbox"/> | Pedro Vicente Maldonado <input type="checkbox"/> | Puerto Quito <input type="checkbox"/> | Cayambe <input type="checkbox"/> |
| Otro <input type="checkbox"/> | | | Especifique: _____ |
- 5 RAZÓN DE USO: ¿ Por qué escogió venir a éste establecimiento de salud?
- | | | | |
|---|---|--|---|
| Está más cerca <input type="checkbox"/> | Es barato <input type="checkbox"/> | No tengo Seguro <input type="checkbox"/> | El seguro (IESS) me agendó <input type="checkbox"/> |
| Hay buena atención <input type="checkbox"/> | No hay otro a donde acudir <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> | Especifique: _____ |
- 6 SERVICIO UTILIZADO: ¿ Qué servicio utilizó ?

Medicina General Ginecología / Obstetricia Odontología Pediatría
 Imagen (RX, Eco) Laboratorio Otro Especifique: _____

7 El tiempo que usted esperó para ser atendido fue: minutos
 8 El tiempo que utilizó el profesional en atenderle fue: minutos

PARTE II - GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO

VALORACIÓN: MS Muy Satisfactorio (5) S Satisfactorio (4) NSD No Sabría Decir (3) PS Poco Satisfactorio (2) I Insatisfactorio (1)

PREGUNTA		MS	S	NSD	PS	I	
9	Si usted pagó la consulta, ¿está conforme con las tarifas establecidas en el centro de salud?	5	4	3	2	1	No pago
10	¿Está conforme con el trato recibido en el centro de salud?	5	4	3	2	1	
11	¿Está conforme con la confianza brindada por el personal de salud para expresar su problema?	5	4	3	2	1	
12	¿Está conforme con la forma en cómo se le explicó sobre el examen que le iba a realizar el profesional que le atendió?	5	4	3	2	1	
13	¿Considera que durante la consulta médica le hicieron un examen completo?	5	4	3	2	1	
14	¿Está conforme con la forma en que el personal que le atendió le explicó cuál es su problema de salud y/o los cuidados a seguir en su casa?	5	4	3	2	1	
15	¿Está conforme con las indicaciones y manera de administrar el tratamiento?	5	4	3	2	1	
16	¿Está conforme con el respeto brindado a sus creencias, relacionadas a la enfermedad y a su curación, por el personal del servicio?	5	4	3	2	1	
17	¿Está conforme con el respeto brindado a su privacidad, por parte del profesional que le atendió durante la consulta?	5	4	3	2	1	
18	¿Está conforme con los días y horario de atención del centro de salud?	5	4	3	2	1	
19	¿Está conforme con las instalaciones, el ambiente físico y la limpieza del centro de salud?	5	4	3	2	1	
20	¿En términos generales, usted se siente satisfecho con la forma en cómo le resolvieron el problema, motivo por el que asistió al centro de salud?	5	4	3	2	1	
21	¿En términos generales, usted se siente satisfecho con la atención recibida en el servicio?	5	4	3	2	1	

Nombre del Encuestador: _____

Fecha de elaboración de la encuesta: _____

ANEXO 2

NORMAS Y PROTOCOLOS REALIZADOS POR EL PERSONAL DEL PATRONATO PROVINCIAL DE PICHINCHA

FECHA: miércoles 24 de abril 2013

NORMA DE MANEJO DE HISTORIA CLÍNICA

- Cuando el paciente acude por primera vez a la consulta o no haya constancia de que tenga un numero de historia anterior, se le abrirá una Carpeta Historia Individual, donde se anotaran todos sus datos de filiación y donde se irán guardando todos los informes y pruebas que se vayan realizando al paciente, ya que la Historia clínica se hará en formato electrónico.

NORMAS DE ATENCIÓN AL USUARIO

- Tomamos nota de los datos: N° de Afiliación, Teléfono, dirección, nombre y apellidos, edad, especialidad dando la cita con fecha, hora y lugar.
- Luego pasara a enfermería para la toma de signos vitales.
- No demorar en la espera al paciente no más de 5 minutos
- Llamar al paciente hasta 3 veces si no se acerca a la primera llamada, si luego de 10 minutos no se presenta atender al paciente siguiente.
- Brindar un trato digno y de calidad al paciente siempre con una sonrisa en el caso medico no debe ser menor el tiempo de 20 minutos, y el odontológico 30 minutos.
- Cabe recalcar que en cada paciente se debe desinfectar a parte cambio de guantes de manejo en todos los casos.
- Darse tiempo de pasar en la computadora el tratamiento a realizarse en pacientes del seguro social, mientras que en pacientes de demanda espontanea se maneja las historias clínicas del MSP.
- En caso de atención odontológica el tiempo no será más de 30 minutos, y al igual se esperara 10 minutos al paciente si no se encuentra se procederá a la atención del siguiente.
- Se realizara 3 tratamientos por paciente.
- Se podrá da tres atenciones subsecuentes a los pacientes en el caso de los pacientes del seguro social, a la cuarta tendrán que llamar al call center.

- Se dará recetas con medicamentos genéricos a los pacientes del IESS, los mismos que serán retirados de las farmacias especificadas como FYBECA y SANA SANA.
- En casos de necesitar exámenes de diagnósticos y Rx en los puntos se cuenta con maquinaria para ello se tomara tiempos reglamentarios para toma de sangre, entrega de muestras de 20 minutos en horario de 8 a 11 am, para RX se procederá de 20 minutos en horario de 8am a 16pm.

NORMAS DE ADMINISTRACIÓN DE INSUMOS

- En el caso de insumos no esperar a que se termine para pedir su reposición.
- La persona encargada de bodega es la que debe estar siempre atenta a que insumo está por terminarse o de caducarse e informar para su pronta adquisición.
- Mantenerlo ordenada la bodega como se la ha dejado para su fácil manejo.
- Los días viernes tener siempre listo el stop para repartir en el caso de unidades móviles en horario de 2.30pm.
- Mientras que para los puntos fijos los viernes de cada fin de mes en horario de 11am.

LISTA DE PARTICIPANTES DE LA REUNIÓN

Lcda. Alexandra Naranjo

Dra. Janeth Arias

Dr. Miguel Arias

Dra. Elizabeth Alian

Dra. Karina Atiencia

Dr. Diego Barriga

Dra. Katia Bermeo

Dr. William Cilio

Dra. Nicoletth Chávez

Dra. Lucia Rea

Dra. Irma Solís

Dra. Anita Villenas

Aux. Vicky Albiño

Aux. Maritza Carvajal

Aux. Olga Chamorro

Aux. Ximena González

Aux. Eulalia Naranjo

Aux. Narcisa Pisco

Aux. Liseth Rueda

Aux. Analia Trujillo

ANEXO 3

ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS PARA EL PERSONAL DE LA SALUD





Todos mis compañeros presentes y mi persona establecemos una petición que la actualización de conocimientos sea de forma permanente para el bienestar y sobre todo nuestro crecimiento personal.

No olvidemos que de una discusión consciente, de un dialogo elevado llegaremos a la luz de la razón; no solo critiquemos si no que demos soluciones hagamos de cada profesional un ente más activo, pensando que la conversación y el diálogo es mas edificante, pero si pensemos que en este gran proceso de capacitación deberá existir la responsabilidad de todos y para ello debemos ser más sencillos amigos y buenos profesional.

JORNADA DE INTEGRACIÓN



MEMORIAS DE LA CAPACITACIÓN

CAPACITACIÓN DE RELACIONES HUMANAS Y DE TRABAJO

LCDA EN TRABAJO SOCIAL EVELIN CISNEROS REVELO

LA IMPORTANCIA DE LAS RELACIONES HUMANAS EN EL TRABAJO



Las relaciones entre empleados en el lugar de trabajo son importantes para reducir el movimiento de empleados, incrementando la productividad y promoviendo la creatividad.

Las relaciones entre los empleados y la gerencia tienen un valor sustancial en cualquier lugar de trabajo. Las relaciones humanas se refieren al proceso de formación de los empleados, atendiendo a sus necesidades, fomentando una cultura de trabajo y la resolución de conflictos entre los diferentes empleados o entre empleados y directivos. Entender algunas de las formas en las que las relaciones humanas pueden afectar a los costes, la competitividad y la sostenibilidad a largo plazo de un negocio económico, contribuyen a subrayar su importancia.

FUNDAMENTOS Las relaciones humanas en el lugar de trabajo son una parte importante de lo que hace que un negocio funcione. Los empleados a menudo tienen que trabajar juntos en proyectos, comunicar ideas y proporcionar la motivación para hacer las cosas. Sin una cultura de trabajo estable y acogedora, pueden surgir retos difíciles tanto en la logística de la gestión de los empleados y en la línea inferior. Las empresas con centros de trabajo de acoplamiento y una mano de obra bien formada son más propensas a retener y atraer empleados calificados, a fomentar la lealtad entre los clientes y más rápidamente se adaptan a las necesidades de un mercado cambiante.

MEJORAR LA RETENCIÓN La calidad de las relaciones laborales es esencial para la retención de empleados. La retención de empleados puede parecer trivial, especialmente en un lugar de trabajo que se utiliza para un alto movimiento de empleados, pero los directivos deben recordar que la rotación es económicamente muy costosa. Cada nuevo empleado requiere una inversión considerable de tiempo y energía en su reclutamiento y entrenamiento. Además, la ruptura de los

lazos con antiguos empleados a veces puede ser un reto, especialmente si las circunstancias no son muy amigables. Asegurar que los empleados de calidad siguen interesados y comprometidos en el negocio requiere paciencia, compasión y flexibilidad, pero en realidad puede hacer que el negocio sea más sólido financieramente.

MOTIVACIÓN Y PRODUCTIVIDAD Las relaciones laborales son una fuente de motivación de los empleados, lo cual es importante para mantener la productividad. Los empleados que están interesados en su trabajo y en el bienestar de los demás empleados tienden a ser más productivos que los que no lo son. Esta productividad paga evidentes dividendos financieros para la empresa, ya que se pueden hacer más cosas en menos tiempo y con menos costes. Construir relaciones, tanto el reconocer el valor de un empleado en la empresa como la preocupación por sus necesidades, a menudo lleva mucho tiempo.

FOMENTO DE LA CREATIVIDAD El entorno empresarial moderno a menudo premia a las empresas que son capaces de desarrollar rápidamente productos que satisfagan las cambiantes necesidades de los consumidores. En algunos sectores, como el tecnológico, por ejemplo, la capacidad de los empleados para llegar a nuevas ideas efectivas es a menudo la diferencia entre el éxito de toda la empresa y el fracaso. Según Sallyport Magazine, la investigación muestra que la creatividad se basa, en gran medida, en la interacción social. La creatividad de los empleados a menudo depende de su capacidad para comunicarse con otros empleados y de compartir ideas. Sin relaciones de trabajo de calidad, los empleados tienen menos probabilidades de ser capaces de desarrollar y compartir las soluciones que una empresa necesita para sobrevivir.

ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS: MEDICINA

LECTURA POR DR. FREDDY GUEVARA MÉDICO GENERAL

MANEJO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Debido al fenómeno de la ventilación, el pulmón y las vías aéreas están continuamente expuestos a microorganismos ambientales, los que causan con frecuencia infecciones.

Las primeras víctimas.

Las infecciones que van desde la nariz hasta el último alvéolo de los bronquios son las llamadas enfermedades respiratorias.

La infección depende del tipo de bacteria, de las condiciones generales del paciente y de si es alérgico o no.

En la mayoría de los casos estas infecciones no son peligrosas, como el resfrío común, no comprometiendo la vida. No obstante, por su elevada frecuencia, éstas son la primera causa de consulta médica, produciendo pérdidas económicas importantes por ausencias laborales.

Por otra parte, en algunos casos las infecciones llegan a ser muy graves, como lo demuestra el hecho de que las infecciones respiratorias son la primera causa de muerte entre las enfermedades infecciosas.

En diversas ciudades cuyo grado de contaminación es bastante alto, las enfermedades más comunes son las que afectan el sistema respiratorio. Algunas de ellas son las gripes, resfriados y bronquitis, sin olvidar el asma.

Estas enfermedades son causadas por microorganismos que pasan de una persona enferma a otra sana, por el aire, al hablar, al toser o simplemente al respirar.

También pueden transmitirse por los besos, por la saliva y al comer con los cubiertos y en la vajilla que utilizó un enfermo. Los virus o bacterias pueden atacar cualquiera de las partes del sistema respiratorio.

Las infecciones en vías respiratorias, en su mayoría, son de corta duración y mejoran sin necesidad de tratamiento. Poco a poco los menores van conociendo las bacterias y preparando sus propias defensas, hasta que llegan a adultos, cuando raramente sufren de este tipo de enfermedades.

Inhalo terapia

Las enfermedades respiratorias se presentan durante todas las épocas de año, pero se agudizan más durante el invierno debido a los cambios bruscos de temperatura. Uno de los procedimientos que se utilizan como parte del tratamiento de las enfermedades respiratorias es la inhalo terapia.

A continuación analizaremos los mecanismos de que dispone el aparato respiratorio para defenderse de estas agresiones.

Mecanismos de defensa pulmonar, Un sujeto normal, durante una vida de setenta años, inspira un volumen de 220 millones de litros de aire. Este aire tiene partículas orgánicas e inorgánicas en suspensión, que quedan depositadas en la vía aérea. No obstante, en una autopsia sólo se encuentran mínimas cantidades de estos compuestos, lo cual demuestra que el aparato respiratorio posee un eficiente sistema de limpieza que permite mantener el pulmón libre de contaminantes ambientales.

Los principales mecanismos de protección del pulmón y vías aéreas son:

Nariz: por su intrincada estructura, en la nariz se forman corrientes de aire que favorecen el depósito de partículas en la mucosa nasal, lo cual permite su eliminación antes de entrar a las vías inferiores. Es muy eficiente para partículas de tamaño relativamente grande./p>

Acondicionamiento del aire inspirado: además de eliminar partículas, las vías aéreas superiores calientan y humidifican el aire inspirado, permitiendo que las vías aéreas inferiores no sufran resecamiento y enfriamiento.

Tos: es un acto reflejo que requiere de la participación de receptores de irritación, vías nerviosas, músculos inspiratorios y espiratorios y glotis. Permite eliminar partículas relativamente grandes de la vía aérea y secreciones anormales.

Aparato mucociliar: el mucus producido por glándulas mucosas y células caliciformes se dispone en dos capas. Una líquida en contacto con el epitelio y otra gelatinosa en la superficie. Esta última capa es transportada por el movimiento ciliar hacia la laringe y la boca, donde es expectorada o deglutida. Permite eliminar de la vía aérea algunas de las partículas más pequeñas que se adhieren al mucus bronquial.

Mucus: el mucus tiene sustancias de acción antimicrobiana como lisozima, complemento, interferón e inmunoglobulinas, que inactivan microorganismos e impiden su adherencia a las células respiratorias.

Macrófagos alveolares: son células especializadas que recorren los alvéolos del pulmón, detectan partículas extrañas (por ejemplo bacterias), las fagocitan y eliminan. Son capaces de iniciar un proceso inflamatorio.

Respiramos aire contaminado.

Dependiendo de la localización y de la etiología, las infecciones respiratorias se dividen corrientemente en infecciones de vía aérea superior, infecciones del pulmón o neumonías y enfermedades infecciosas crónicas, la más importante de las cuales es la tuberculosis. A continuación detallaremos aspectos relevantes de algunas de ellas y los mecanismos que explican las infecciones respiratorias más importantes:

Asma El asma es una enfermedad tan común que casi todos conocemos o tenemos un familiar con ese mal. De hecho, es una de las enfermedades más comunes y costosas en muchos países. En algunos casos, más del cinco por ciento de la población tiene asma y el número de enfermos es cada vez mayor a pesar de importantes avances logrados recientemente en la prevención y el tratamiento de asma. En la actualidad, el asma no es curable, sólo puede ser controlada.

El asma se caracteriza por un estrechamiento temporal de las vías respiratorias. Los ataques de asma pueden ser generados por polvo, humo de cigarro, cucarachas y algunos productos químicos. Los fríos agravan el problema.

El asma ataca en una mayor proporción a la gente pobre que vive en ciudades. El problema es tan grave que, en conjunto, las personas que padecen asma pierden cien millones de días de actividad plena cada año; es también la causa principal por la cual los niños faltan a la escuela. Por si fuera poco, el número de muertes como consecuencia del asma se triplicó durante las pasadas dos décadas.

Bronquitis La inflamación de los bronquios en los pulmones es a lo que se llama Bronquitis. Siempre se debe a virus o bacterias, pero el humo del cigarro y la contaminación también pueden ser culpables de este mal, que muchas veces se da después de un catarro que no se curó bien o de una infección respiratoria.

Síntomas Los signos primarios y los síntomas son la disnea y la tos leve persistente que puede producir mucosidad o no hacerlo. Según progresa la enfermedad, la dificultad para respirar puede limitar la capacidad de la persona para llevar a cabo su actividad diaria.

Otros síntomas son: Una sensación de tener el pecho apretado, cansancio, fiebre baja, dolor de garganta, nariz que escurre y un silbido característico al respirar.

Tratamientos y recomendaciones El manejo médico adecuado y unos hábitos de vida saludables pueden ayudar a aquellas personas con la enfermedad a gozar de una mejor calidad de vida, aumentar la tolerancia a la actividad física habitual y reducir las perspectivas de complicaciones.

Medicamentos que ayudan.

1. **Medicación, Broncodilatadores:** Mediante la relajación y el ensanchamiento de los bronquios, estos medicamentos permiten que se introduzca más oxígeno en los pulmones. Hay broncodilatadores en jarabes, en comprimidos o en aerosol.

Vacunas. Debido a que algunas enfermedades comunes, relativamente leves en otros pacientes, pueden presentar graves riesgos para la salud en los pacientes, suele recomendarse en estos pacientes una vacuna antigripal (administrada en junio o julio, antes del comienzo de la estación de la gripe) y una vacuna contra la neumonía (una inyección de una sola vez).

Antibióticos: Pueden ser necesarios para tratar una infección respiratoria aguda y, en algunos casos, para ayudar a prevenir una infección bacteriana.

2. **Ejercicio:** Un programa de ejercicio moderado siempre bajo supervisión médica puede ayudar a los pacientes a que lleven vidas más activas. La forma física no puede mejorar la función de los

pulmones, pero puede aumentar la tolerancia de una persona al esfuerzo, al permitir al corazón y otros músculos a utilizar el oxígeno disponible de forma más eficiente.

A veces puede ser necesario algún medicamento broncodilatador antes de una sesión de ejercicio. Son muy importantes los ejercicios de respiración para aumentar la fuerza y la resistencia de los músculos que controlan la inspiración y la espiración, así como ciertas técnicas para ayudar a despejar los pulmones de secreciones mucosas.

Enemigo del sistema respiratorio.

3. Nutrición e hidratación: Los hábitos nutricionales adecuados desempeñan una función importante en la forma física y la resistencia a la infección. Los pacientes que experimentan disnea al comer, pueden tolerar mejor comidas más pequeñas y más frecuentes.

Pueden estar indicados ciertos suplementos nutricionales si su médico sospecha que no están satisfaciéndose las necesidades nutricionales de un paciente. Es fundamental para todo paciente permanecer bien hidratado(a), bebiendo al menos ocho vasos de agua o de otros líquidos al día, lo que ayudará a mantener una expectoración más floja y fluida, y por lo tanto una tos más eficaz.

4. Otras medidas: Nunca fumar. Evitar áreas cerradas donde están fumando otras personas. Evitar el contacto con personas que sufren resfriados o gripe. Al primer signo de una infección respiratoria, contactar al médico.

Respirar siempre por la nariz, como manera de introducir en los pulmones aire más caliente. En pleno invierno, use una bufanda sobre la boca y la nariz. En días de especial polución atmosférica, debido al ozono alto u otros contaminantes, permanezca dentro de casa con las ventanas cerradas. Evite respirar polvo, gases del automóvil, pintura, aerosoles, etc. Emplee un humidificador si el aire en su hogar es muy seco.

En el futuro, aprovechar nuevas terapias médicas.

Ahora bajo investigación puede que mejoren la calidad de vida de las personas que desarrollan la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Es evidente, sin embargo, que la mejor manera de prevenir esta enfermedad tan incapacitante es crear un mundo libre de humo.

Fibrosis quística (FQ)

Congestión pulmonar.

¿Qué es? Es una enfermedad genética y hereditaria, caracterizada por la congestión pulmonar, así como por la infección y la mala absorción de nutrientes. Siempre es transmitida conjuntamente por ambos padres sin intencionalidad. Afecta tanto a niñas como a niños y aunque está presente

desde la misma concepción se puede manifestar más o menos después de la misma. Es una enfermedad crónica que ocasiona una patología de tipo evolutivo que varía de una persona a otra, y aunque es una enfermedad grave de ningún modo es contagiosa.

En España es conocida con dos nombres: como Fibrosis quística, haciendo referencia al aspecto fibroso y quístico que adquieren los órganos afectados, como los pulmones y el páncreas, y Mucoviscidosis, por la consistencia viscosa de las mucosidades de las personas enfermas. Quizás el nombre más conocido internacionalmente sea su nomenclatura anglosajona de Cisty Fibrosis.. Para cada concepción de un niño al ser los dos padres portadores de este gen se van a presentar una de estas situaciones:

- El padre y la madre dan cada uno el cromosoma sano al niño, él no tendrá la enfermedad y, al contrario que sus padres, no será portador del gen, no transmitirá la enfermedad.

- Uno de los padres da el cromosoma sano y el otro da el cromosoma portador del gen, los niños serán sanos portadores como sus padres. Trasmisores potenciales, pero no enfermos serán por tanto: heterocigotos

- Los dos padres dan cada uno el cromosoma portador del gen, el niño estará afectado de FQ y será: homocigoto

La probabilidad de tener un hijo sano-portador es de 2 sobre 4, el cincuenta por ciento, y de 1 sobre 4, el veinticinco por ciento, de tener un hijo sano-no portador.

Este modo de transmisión se llama autosómica recesiva.

¿Es una enfermedad frecuente? Se calcula que uno de cada 2.500 a 3.000 nacidos está afectado de FQ. Es la enfermedad genética-hereditaria más frecuente. Las estadísticas nos permiten afirmar que uno de cada 25 individuos es portador del gen de la enfermedad.

¿Es contagiosa? Rotundamente No, contrariamente a una opinión bastante difundida, no porque un niño tosa, expectore y tenga microbios en sus pulmones, propaga necesariamente su enfermedad o crea una infección a su alrededor.

¿Cuáles son los síntomas? En el recién nacido: Un retraso en la expulsión del meconio (primeras heces del recién nacido), puede ser un elemento de sospecha de padecer la fibrosis quística aunque no necesariamente.

Una obstrucción intestinal del recién nacido es más evocadora y es frecuente encontrar esta patología en el bebé que padece FQ en el diez por ciento de los casos, se conoce como ileo meconial.

Una lenta recuperación de peso es también un hecho a considerar. Se sabe que el bebé pierde una fracción de su peso en los primeros días de su vida, entre el cinco y el diez por ciento de su peso, y que es recuperado al cabo de ocho a diez o incluso menos. Un bebé afecto de FQ puede tardar entre doce a veinte en alcanzar de nuevo su peso de nacimiento, señal a tener en cuenta.

En el niño: La curva de peso es inferior a la normal, tiene apetito pero no engorda, digiere mal, tiene dolores abdominales, produce heces particularmente fétidas, a veces abundantes y más bien aceitosas, son otros elementos a tener en cuenta para un diagnóstico. Tose y su tos se parece a la de la tos ferina: seca, repetitiva y sobre todo agotadora. Suda mucho, su almohada quizá esté mojada por la mañana. Y, además, es un sudor salado.

Es una enfermedad general que afecta las propiedades de la mucosidad. Este producto orgánico fabricado por las glándulas mucosas, se sitúa en los bronquios, en el tubo digestivo, etc. Su exagerada viscosidad dificulta su expulsión y provoca el conjunto de las anomalías de la FQ. De esta forma, los bronquios se obstruyen y se infectan provocando la tos y la expectoración, siendo estas las principales características de la enfermedad. A nivel digestivo, hígado y páncreas se encuentran generalmente afectados. Las enzimas pancreáticas no pueden realizar su función digestiva, sobre todo a nivel de grasas. Las consecuencias inmediatas son dolores abdominales, diarreas o estreñimiento y dificultades para aumentar de peso.

MANEJO DE ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES

TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES EN EL NIÑO

Una parte importante de los síntomas gastrointestinales que se presentan en el niño es común tanto a problemas orgánicos como a trastornos funcionales. Entendemos por trastornos funcionales aquellos en los que no puede encontrarse una anomalía o enfermedad orgánica. ¿A qué se debe la elevada frecuencia de trastornos funcionales en la infancia? Podemos, a grandes rasgos, señalar dos razones: una es que se trata de manifestaciones variadas del desarrollo madurativo del aparato digestivo, en especial los que tienen relación con los aspectos motores; la otra, la extraordinaria red de conexiones nerviosas que tiene el aparato digestivo y que lo hacen especialmente sensible a estímulos tanto centrales como periféricos. El hecho de que se trate de trastornos funcionales, ¿les resta importancia?, ¿quién determina la importancia del trastorno: la preocupación de los padres o la ausencia de una causa orgánica? En la experiencia diaria de muchos pediatras, el hecho de que no exista una enfermedad orgánica de base no resta preocupación a los padres y, con cierta frecuencia, supone un trabajo extra al profesional, siendo en ocasiones motivo de desencuentro con los padres. Abordaremos en este seminario los tres trastornos más frecuentes: el lactante vomitador, el niño con estreñimiento y el dolor abdominal crónico.

REFLUJO GASTROESOFÁGICO El vómito es un síntoma común de muchas enfermedades en el niño. Es un síntoma complejo compuesto por tres actividades interrelacionadas: la náusea, las arcadas y la expulsión del contenido del estómago hacia el exterior. El acto de vomitar se caracteriza por ciclos de arcadas seguidos por la expulsión enérgica del contenido gástrico por la boca. La regurgitación, por el contrario, es la expulsión sin esfuerzo del contenido gástrico y sin acompañarse del resto del cortejo sintomático. El diagnóstico diferencial de un niño con vómitos varía según la edad del paciente. La evaluación de un niño con vómitos debería empezar con una anamnesis completa, una exploración física detallada y una descripción del vómito. Las pruebas complementarias, orientadas a partir de los hallazgos anteriores, ayudarán a alcanzar un diagnóstico. Hablaremos solo del lactante vomitador.

DEFINICIÓN El reflujo gastro esofágico (RGE) es una de las principales causas de vómitos en el lactante y en el niño pequeño. Se define como una expulsión natural del contenido gástrico por la boca y puede ser asintomático o sintomático. La enfermedad por RGE (ERGE) se define como un RGE que sucede con demasiada frecuencia y daña la mucosa esofágica, lo que hace aparecer los síntomas clínicos. La causa principal del RGE, con o sin regurgitación, es la relajación espontánea del esfínter esofágico inferior. El RGE es un suceso fisiológico que puede observarse en un gran número de lactantes sanos: más del 50% de los lactantes de dos meses de edad regurgita dos veces al día. La prevalencia más elevada es a los cuatro meses, cuando más de dos tercios de los niños regurgita. Al año de edad, menos del 10% presenta vómitos diariamente. La ERGE afecta a una proporción mucho menor de lactantes.

SINTOMAS Y EXPLORACIÓN FÍSICA El síntoma más común es la regurgitación posprandial sin esfuerzo. La ERGE grave puede cursar con retraso del crecimiento, hematemesis, disfagia o rechazo de la alimentación, anemia, aspiraciones, tos crónica y dificultad para respirar. La rumiación a veces es un síntoma, así como los movimientos de hiper extensión cervical (síndrome de Sandifer). El reflujo puede causar episodios de apnea en los recién nacidos y lactantes muy pequeños. La ERGE es común en niños con déficit neurológico.

DIAGNÓSTICO En lactantes menores de seis meses el RGE, generalmente se diagnostica mediante una anamnesis y una exploración física completas. En un tránsito digestivo con bario u otros contrastes puede observarse la regurgitación del bario desde el estómago al esófago. Sin embargo, son comunes los falsos positivos o falsos negativos. Actualmente, el tránsito esofago gastroduodenal solamente sirve para excluir los problemas anatómicos. Habitualmente se utiliza la ecografía como herramienta para confirmar el diagnóstico de RGE. La pH metría (monitorización prolongada del pH esofágico) es la mejor prueba para el RGE, pero no detectará los casos de RGE no ácido. La gammagrafía esofágica y la pulmonar pueden ser útiles para identificar aspiración pulmonar. La endoscopia no es definitiva para el diagnóstico, pero la presencia de esofagitis lo

refuerza. Los estudios con impedancia esofágica miden los movimientos de los fluidos más que los cambios del pH luminal, y pueden complementar los hallazgos de la pHmetría.

TRATAMIENTO En el 85-90% de los pacientes, el RGE desaparece sin tratamiento entre los seis y los 12 meses. La regurgitación se reduce mediante medidas conservadoras, como disminuir la cantidad de la toma y aumentar su frecuencia, y medidas posturales. Los antagonistas de los receptores H₂ (por ejemplo, ranitidina en dosis de 2-3 mg/kg/día) y los inhibidores de las bombas de protones (omeprazol en dosis de 1 mg/kg/día) son efectivos para el tratamiento de la esofagitis. Para acelerar el vaciado gástrico pueden utilizarse agentes procinéticos como la metoclopramida (0,1 mg/kg/dosis) o la domperidona (0,2 mg/kg/dosis). La cirugía antirreflujo (funduplicatura de Nissen, como la más habitual) solo está indicada en casos específicos pero se asocia a morbilidad⁸. Los niños con déficits neurológicos responden en menor medida al tratamiento médico.

ESTREÑIMIENTO

DEFINICIÓN El estreñimiento se define como un retraso o dificultad en la defecación durante un periodo igual o superior a dos semanas y que causa un malestar significativo al paciente. El estreñimiento puede estar causado por distintos trastornos, pero un 90% de los niños con estreñimiento tiene estreñimiento funcional. El estreñimiento es un síntoma común en la práctica clínica pediátrica: representa un 3% de todas las visitas pediátricas generales y entre un 10 y un 25% de todos los casos en las Unidades de Gastroenterología Pediátrica de referencia. El término "estreñimiento funcional" describe a todos los niños cuyo estreñimiento no tiene una etiología orgánica, y generalmente está causado por una respuesta mal adaptativa a la defecación. En el estreñimiento funcional, el miedo a la defecación después de una experiencia dolorosa y los repetidos intentos de retención voluntaria de las deposiciones (teoría del círculo vicioso) causan la formación de un mega recto funcional, con pérdida de la sensibilidad rectal y de la necesidad normal de defecar. La acumulación progresiva de las heces en el recto provoca la fatiga muscular del suelo pélvico y una baja competencia del esfínter anal, lo que causa incontinencia por exceso y expulsión involuntaria de las heces, o encopresis. La encopresis es la pérdida fecal involuntaria, y el niño con estreñimiento funcional mancha la ropa interior después de haber adquirido la costumbre de ir al baño, que normalmente es a la edad de cuatro años. Los factores constitucionales y heredados, como una motilidad intrínseca lenta y una dieta baja en fibra, pueden contribuir al estreñimiento. El estreñimiento funcional empieza en uno de estos tres periodos: 1) en lactantes, generalmente correspondiendo con el cambio de la leche materna a las fórmulas comerciales o a la introducción de la alimentación complementaria en la dieta; 2) en niños que están aprendiendo a ir al baño, y 3) en niños que empiezan el colegio.

Algunos niños aparentemente sanos menores de seis meses de edad parecen tener un malestar significativo y necesitar un esfuerzo excesivo para realizar unas deposiciones blandas. Los síntomas se resuelven de forma espontánea después de unas pocas semanas y probablemente están relacionados con una descoordinación entre la presión intra abdominal elevada y la relajación del suelo pélvico. Los padres deben saber que este fenómeno es parte del proceso de aprendizaje del niño y que no es necesaria ninguna intervención. Debe evitarse la estimulación rectal para prevenir las experiencias sensitivas artificiales, y los laxantes son innecesarios. La definición de estreñimiento funcional tiene en cuenta no solamente la frecuencia de las deposiciones, sino también la presencia de defecaciones dolorosas y la retención de las heces. La frecuencia normal de las deposiciones oscila entre cuatro al día durante la primera semana de vida y dos al día al año de edad. El rango normal en el adulto de entre tres al día a tres a la semana se adquiere hacia los cuatro años de edad. Algunos lactantes amamantados realizan deposiciones muy poco frecuentes y de consistencia normal sin malestar; generalmente, estos lactantes están perfectamente sanos y la infrecuencia de las deposiciones está relacionada con la absorción casi completa de la leche materna, dejando muy pocos residuos para la formación de las heces.

DIAGNÓSTICO Para establecer el diagnóstico de estreñimiento funcional, en general es suficiente con una historia clínica y una exploración física (que incluya área peri anal, columna vertebral, reflejos en las extremidades distales y tacto rectal) completas⁹. Se recomienda el tacto rectal para detectar la típica retención de las heces en el recto en el estreñimiento funcional. Deben realizarse exploraciones adicionales si se detecta la presencia de síntomas o signos que sugieran una enfermedad orgánica, o si los síntomas persisten después del tratamiento.

El estreñimiento en los primeros meses de vida es una situación especial, ya que podría ser la expresión de un trastorno congénito grave como la enfermedad de Hirschsprung, un tapón de meconio, fibrosis quística, malformaciones anales o anomalías de la médula espinal, aunque la principal causa es el estreñimiento funcional. Aproximadamente el 40% de los niños con estreñimiento funcional desarrolla los síntomas durante el primer año de vida. Los estudios radiológicos no están indicados en el estreñimiento no complicado. Una radiografía abdominal puede ser útil para determinar la presencia de impactación fecal en un niño que rehúsa el tacto rectal, y en niños obesos cuando la exploración abdominal y el tacto rectal son óptimos. La manometría ano rectal juega un papel principal en la evaluación de niños con estreñimiento grave que no responden al tratamiento, o en aquellos con signos o síntomas que sugieren una enfermedad orgánica. El enema opaco con bario es innecesario en la mayoría de niños con estreñimiento, y en el diagnóstico de la enfermedad de Hirschsprung es menos exacto que la manometría ano rectal y la biopsia rectal.

TRATAMIENTO La mayoría de los niños con estreñimiento funcional con o sin encopresis se beneficiarán de un plan de tratamiento preciso y bien organizado que incluya la educación, el

tratamiento de mantenimiento, el seguimiento y el tratamiento de las recaídas. Un tratamiento insuficiente es la causa más común de obtener resultados pobres, y especialmente la resistencia de los padres y médicos a utilizar laxantes durante un periodo de tiempo suficiente. Puede ser necesario mantener el tratamiento durante muchos meses. Debemos ser conscientes de que las recaídas son comunes y que la dificultad para la defecación puede continuar hasta la adolescencia.

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE El dolor abdominal es uno de los síntomas que presenta más dificultades diagnósticas en la práctica pediátrica. Por una parte, el dolor abdominal, en especial si es agudo, puede ser signo de un problema médico o quirúrgico subyacente. Por otra, el dolor abdominal crónico, cuyo origen es funcional en la mayoría de los casos, genera con frecuencia una situación de estrés en el paciente y su familia debida a la persistencia de los síntomas. El pediatra también puede verse afectado por este estrés y verse "obligado" a realizar numerosas exploraciones médicas innecesarias.

Para plantear una correcta estrategia de diagnóstico, es crucial entender bien la neurofisiología de la percepción del dolor. No todos los dolores que se perciben en el abdomen tienen su origen en este, y no todos los dolores que se originan en el abdomen se perciben allí. Además, las características del dolor abdominal son muy diversas; el patrón específico de la sensibilidad del dolor abdominal será útil para establecer el diagnóstico.

DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO El 10-40% de los niños se quejan de dolor abdominal recurrente, y su prevalencia aumenta con la edad. En la actualidad, con las nuevas entidades patológicas, como la infección por *Helicobacter pylori* o las alergias alimentarias no mediadas por IgE, el desarrollo de nuevas técnicas de diagnóstico han permitido llegar al diagnóstico hasta en un 50% de los pacientes. El enfoque conservador es el más adecuado para evitar realizar pruebas innecesarias. En ausencia de síntomas y signos de alarma es muy probable que el dolor tenga un origen funcional, y en ese caso la mayoría de las pruebas serían innecesarias, ocasionando solo un aumento de la ansiedad familiar. Aunque el dolor abdominal recurrente es el más característico de los trastornos funcionales no es el único.

DISPLESIA FUNCIONAL La dispepsia es un dolor o malestar localizado en el abdomen superior. Los síntomas pueden variar, incluyendo hinchazón, saciedad precoz, pesadez, náuseas, arcadas y vómitos. No hay signos o síntomas que diferencien de forma fiable la dispepsia funcional de los problemas orgánicos del tracto gastrointestinal superior. Por eso, para establecer el diagnóstico de la dispepsia funcional es necesario descartar las enfermedades orgánicas que se presentan con dispepsia, como la ERGE, la infección por *Helicobacter pylori*, la esofagitis eosinofílica y la gastritis.

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE El síndrome del intestino irritable (SII) se caracteriza por episodios recurrentes de dolor abdominal asociados temporalmente con una alteración de los hábitos intestinales, tanto estreñimiento como diarrea. Si el niño cumple todos los criterios de

diagnóstico, no es necesario realizar pruebas adicionales. La etiología del SII es multifactorial y no se comprende completamente. Las opciones terapéuticas disponibles, aunque la mayoría de los síntomas mejoran si se intenta reducir o dominar los factores de estrés implicados.

MIGRAÑA ABDOMINAL La migraña abdominal se caracteriza por episodios paroxísticos recurrentes de dolor agudo, periumbilical y no cólico, asociado a anorexia, náuseas, vómitos, cefalea y palidez. El origen de la migraña abdominal está ligado a otros trastornos funcionales como la cefalea migrañosa y el síndrome del vómito cíclico, y a menudo los pacientes cambian de uno a otro. La migraña abdominal es uno de los trastornos funcionales que presentan más agrupación familiar. La agrupación familiar y la respuesta a los fármacos anti migrañosos, aunque no están incluidos en los criterios de diagnóstico, lo refuerzan.

DOLOR ABDOMINAL FUNCIONAL INFANTIL En esta categoría se incluyen los niños con episodios recurrentes de dolor abdominal que no cumplen los criterios de las categorías anteriores, pero cuya patología orgánica ha sido razonablemente excluida. Representa la gran mayoría de pacientes que acuden a la Atención Primaria pediátrica con dolor abdominal recurrente. El síndrome del dolor abdominal funcional ha sido descrito para un subgrupo de pacientes con dolor abdominal funcional con síntomas abdominales más persistentes asociados a otros síntomas somáticos. El diagnóstico del dolor abdominal funcional puede ser difícil de establecer, porque no hay criterios específicos como en otros trastornos funcionales relacionados con el dolor abdominal. Por eso es prudente realizar algunas exploraciones complementarias básicas para excluir el origen orgánico de los síntomas. Las pruebas rutinarias no son necesarias en todos los pacientes. Dependiendo de los síntomas, la edad y el sexo del paciente, será razonable decidir qué pruebas radiológicas y de laboratorio deben realizarse, o decidir si el paciente necesita una endoscopia. Está particularmente indicado un enfoque psicosocial en los pacientes con dolor abdominal funcional porque, por lo general, los síntomas están asociados a diferentes grados de ansiedad, depresión o comportamiento manipulador. En estos pacientes está indicada la intervención sobre la conducta, asociada o no con fármacos antidepresivos.

CÓLICO DEL LACTANTE Aunque no se ha demostrado que el cólico del lactante tenga un origen digestivo o incluso abdominal, muchos lactantes con episodios paroxísticos recurrentes de irritabilidad, agitación y llanto son derivados al gastroenterólogo pediátrico. El aspecto más importante es tranquilizar a los padres, y asegurarse de que entienden que un cólico es "algo que los bebés hacen, más que una enfermedad". El balanceo rítmico y los paseos en el cochecito son maniobras eficientes para calmar al niño. Se ha informado que la intolerancia a la lactosa o la esofagitis pueden ser causas de llanto excesivo. Una estrategia razonable, en algunos casos, sería la realización de un ensayo terapéutico con una fórmula de proteínas hidrolizadas o la administración de medicación para suprimir la secreción ácida gástrica.

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DE LA EMBARAZADA

Existe consenso de que la mujer embarazada requiere un aporte nutricional mayor que la no grávida. Por razones éticas no ha podido determinarse con exactitud, cuáles son los requerimientos adicionales, ya que esto implicaría manipulaciones dietéticas no permitidas en humanos. En ella se aprecia un aumento variable de todos los componentes nutricionales, lo cual implicaría un cambio de las características de su dieta o recibir suplementación de algunos nutrientes. Esta afirmación es discutible, ya que el embarazo, como una situación fisiológica, debiera compensar los mayores requerimientos con un aumento de la dieta habitual, siempre que ésta esté adecuadamente equilibrada. Sin embargo, en los países en desarrollo lo característico de la dieta promedio es un bajo componente calórico y proteico, de ahí la importancia de los programas nacionales de alimentación complementaria a las embarazadas.

Calorías. Durante la gestación se produce un incremento del metabolismo anabólico, especialmente en el tercer trimestre. Esto está determinado por la presencia de feto y placenta en continuo crecimiento, aumento del trabajo mecánico externo dado por el mayor peso materno, aumento del trabajo mecánico interno dado por mayor uso de la musculatura respiratoria y del trabajo cardíaco. Todo esto implica un aumento del aporte calórico equivalente a un 13% de las necesidades pre gestacionales. El costo energético total del embarazo se estima en 80.000 kcal, equivalente a un aumento promedio de 286 kcal/día, distribuidas en 150 kcal/día en el primer trimestre y 350 kcal/día en el segundo y tercer trimestre. Estos cálculos se basan en una mujer de antropometría promedio, normonutrida y con feto único. En embarazo gemelar se recomienda un aporte calórico adicional de 300 kcal/día. En embarazadas obesas se debe efectuar una restricción del aporte calórico, lo suficiente para lograr un aumento de peso total a término equivalente a 7,5 - 10,5 kg; la restricción calórica máxima es de 1.800 kcal/día, cifras inferiores se asocian a ketoacidosis de ayuno que deben ser evitadas.

Proteínas. Los requerimientos proteicos durante el embarazo se incrementan en promedio en un 12%. La acumulación total de proteínas en el embarazo es 925 g, equivalente a 0,95 g/kg/día. Estos cambios del metabolismo proteico están dados por una acelerada síntesis proteica, necesaria para la expansión del volumen sanguíneo materno, el crecimiento de las mamas, del útero y muy especialmente el aumento de los tejidos fetales y placentarios.

El aumento de la ingesta de alimentos proteicos debe considerarse cuantitativa y cualitativamente. La concentración de aminoácidos esenciales en la proteína de origen animal es considerada óptima, mientras que en la proteína de origen vegetal la concentración es un 50 a 65% de lo ideal. Estos conceptos son especialmente importantes en las recomendaciones nutricionales dado el alto costo económico de los nutrientes proteicos.

Hierro. La anemia por déficit de hierro constituye una patología nutricional de alta prevalencia en las embarazadas, debido a los importantes requerimientos de hierro durante el embarazo y a dietas pobres en este elemento, especialmente en las dietas promedio de los países en desarrollo. Los requerimientos de hierro durante el embarazo son aproximadamente 1.000 mg, estimándose 270 mg transferidos al feto, 90 mg a la placenta, 450 mg utilizados en la expansión eritrocítica materna y 170 mg de pérdida externa. El hierro proporcionado por los alimentos oscila entre 6 a 22 mg y sólo el 20% es de origen animal. La absorción del hierro de origen vegetal es del 1% y del hierro de origen animal entre 10 y 25%, de ahí que la suplementación con hierro medicamentoso constituya una de las acciones preventivas más relevantes del control prenatal.

La suplementación con hierro debe iniciarse precozmente en el primer trimestre si el hematocrito es inferior a 36%; si es superior a ese valor se puede iniciar la suplementación en el segundo trimestre. Si el hematocrito en el primer trimestre es inferior a 28%, debe iniciarse el estudio de la etiología de la anemia para descartar anemias megaloblásticas (déficit de ácido fólico y vitamina B12), hemoglobinopatías (talasemias), anemias hemolíticas adquiridas (autoinmune, neoplasias, infección, etc.). Anemia del embarazo se define en relación a la edad gestacional al momento del diagnóstico: en el primer trimestre cuando el hematocrito y la hemoglobina es igual o inferior a 33% y 11 g/dl, respectivamente; en el segundo y tercer trimestre, cuando el hematocrito es inferior o igual a 30% y la hemoglobina a 10 g/dl. La suplementación profiláctica se efectúa con preparados que aseguren una cantidad de 60-100 mg de hierro elemental y la suplementación terapéutica en cantidades de 200 mg de hierro elemental (absorción del 10% de la dosis

Calcio. El embarazo produce modificaciones del metabolismo del calcio, dado por la expansión del volumen plasmático, disminución de la albuminemia, aumento de las pérdidas por orina y la transferencia a través de la placenta que llevan a una disminución del calcio iónico. Con fines de mantener la estabilidad se produce un aumento de la hormona paratiroidea que, a término, alcanza 30 a 50% de los valores basales; de igual forma aumenta la calcitonina para proteger al hueso del aumento de la hormona paratiroidea. La placenta transporta activamente el calcio hacia el feto, con una acumulación neta de 30 g al término de la gestación, estando casi todo en el esqueleto fetal. En un 90% esta acumulación acontece en el tercer trimestre. El esqueleto materno puede dañarse sólo en circunstancias nutricionales de extremo déficit de aporte de calcio o escasa exposición solar. Con dieta balanceada y exposición solar habitual los mecanismos compensadores evitan el daño óseo materno. Durante el embarazo los requerimientos de calcio aumentan hasta 1.200 mg/día, lo que equivale aproximadamente a un 50% más que en el estado pre gestacional. Se recomienda un aporte extra de 400 mg/día mediante aporte adicional de productos lácteos o calcio medicamentoso. La leche de vaca proporciona 125 mg de calcio por 100 ml, de ahí que una madre que puede ingerir entre 750-1.000 cc de leche diario, más otros productos lácteos adicionales, cumple adecuadamente con los requerimientos necesarios para un buen desarrollo del esqueleto

fetal. En embarazadas con intolerancia a la leche por déficit de lactosa se recomienda un aumento de otros nutrientes con alto contenido en calcio como carnes, yoghurt, quesos o leche con bajo o nulo contenido de lactosa y suplementación medicamentosa de calcio. Vitaminas. La embarazada que tiene acceso a una dieta balanceada no requiere de suplementación adicional de vitaminas. Prácticamente todas las vitaminas aumentan sus requerimientos durante la gestación, especialmente ácido fólico y vitamina D, los cuales alcanzan un 100% de aumento. En el resto de las vitaminas su mayor requerimiento es inferior al 100%. El consumo excesivo de vitaminas condiciona un potencial riesgo perinatal, especialmente con las vitaminas liposolubles como son la vitamina A y D que tienen un efecto acumulativo. Se han descrito malformaciones renales en niños cuyas madres han ingerido entre 40.000 y 50.000 UI de vitamina A durante el embarazo; incluso dosis inferiores pueden producir alteraciones conductuales y de aprendizaje en la vida futura. En animales, en dosis equivalentes del humano a 500.000 UI de vitamina A, se han descrito malformaciones oculares, auditivas y labio leporino. El consumo de grandes dosis de vitamina D se asocia a malformaciones cardíacas del feto, particularmente la estenosis aórtica, la cual se ha descrito con dosis de 4.000 UI. Una normal exposición a la luz solar permite una adecuada síntesis de vitamina D y no sería necesaria una suplementación de esta vitamina.

ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN ODONTOLOGÍA

DICTADO POR EL DR. MILTON BARRENO ODONTÓLOGO GENERAL

IMPORTANCIA DEL EXAMEN BUCODENTAL

Consulta dental – cada seis meses ¿Alguna vez se preguntó por qué es recomendado ir al dentista cada seis meses? Es porque las consultas dentales regulares son esenciales para el mantenimiento de la salud de los dientes y encías. Y entre esos controles, es importante que usted mantenga sus dientes y encías higienizadas y saludables. Si necesita ayuda adicional, su dentista incluso podrá sugerirle consultas más frecuentes.

Qué ocurre durante una consulta regular? El control de los dientes para detección de caries es solo una parte de una exhaustiva revisión dental. Durante la consulta de control, es probable que su dentista (o higienista dental) evalúe la salud de sus encías, realice un examen de cabeza y cuello (para detectar cualquier anomalía) y examine su boca por cualquier sospecha de cáncer oral, diabetes o deficiencia de vitaminas. No se sorprenda si su dentista también examina su rostro, la mordida, la saliva y el movimiento de las articulaciones del maxilar inferior. A continuación, su dentista o higienista dental limpiará los dientes y destacará la importancia de que usted mantenga una buena higiene oral en su hogar, entre consultas.

Muchos dentistas prestarán especial atención a la placa y el sarro. Esto se debe a que la placa y el sarro pueden acumularse en muy poco tiempo, si no se practica una buena higiene oral entre

consultas. Además, los alimentos, las bebidas y el tabaco pueden manchar los dientes. Si no se elimina, la placa blanda puede endurecerse sobre los dientes e irritar el tejido gingival. Si no se trata, la placa puede producir enfermedad de las encías.

Durante las consultas dentales programadas regularmente, es probable que su dentista revise las encías, la boca, la lengua y la garganta. Son varias partes rutinarias de una revisión dental.

Examen de cabeza y cuello: Su dentista comenzará por:

- Examinar su rostro
- Examinar su cuello
- Controlar los ganglios linfáticos
- Controlar las articulaciones del maxilar inferior

Examen clínico dental: A continuación, su dentista evaluará el estado de los dientes y encías mediante:

- Examen de encías
- Búsqueda de signos de enfermedad de las encías
- Control de dientes flojos
- Examen de los tejidos interiores de la boca
- Examen de la lengua
- Control de la mordida
- Búsqueda de evidencia visual de caries dental
- Control de dientes rotos
- Control de amalgamas dañadas
- Búsqueda de cambios en las encías que cubren los dientes
- Evaluación de cualquier aparato dental que usted use
- Control del contacto entre los dientes
- Obtención de placa de rayos X

Higiene dental: Durante la parte final de la consulta dental, el profesional odontólogo limpiará su boca mediante el uso de estos métodos:

- Controla la higiene de los dientes y encías
- Elimina cualquier presencia de placa y sarro
- Pule los dientes
- Pasa hilo dental entre los dientes
- Revisa las técnicas recomendadas de cepillado y uso de hilo dental

Una vez completados el examen y la higiene, le informará sobre el estado de salud de sus dientes y encías, y le dará recomendaciones adicionales. Es importante que consulte a su dentista cada seis meses y que le realice un examen y una higiene de rutina. Recuerde que al consultar a su dentista en forma regular y continuar con las buenas prácticas de higiene oral en su hogar, es más probable que pueda mantener la salud de dientes y encías.

ADAPTACIÓN AL NIÑO A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

CONCEPTO DE ADAPTACIÓN: Adaptar al niño a la consulta odontológica significa lograr y mantener su colaboración al tratamiento mediante un proceso de enseñanza - aprendizaje a través del cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que van a promover en el niño una actitud positiva a la Odontología.

CONDUCTA ADAPTATIVAS: Significa adaptación a diferentes situaciones que requieren pensamiento, imaginación y aprendizaje.

VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DEL NIÑO DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA:

Ambiente odontológico, Odontólogo, Personal Auxiliar, Padres, Niños, Primera visita odontológica

AMBIENTE ODONTOLÓGICO: El primer objetivo que debe alcanzar el especialista, será infundir confianza en el niño, hacer agradable ese primer contacto.

Es necesario establecer un área adecuada, recreativa, separada del consultorio, en la cual se puedan integrar los niños. Esto alentará al niño a separarse de sus padres cuando él se incorpore a la sala clínica. Además, permitirá disminuir la ansiedad en la espera de la consulta.

ODONTÓLOGO El odontólogo sirve de fuerza orientadora principal en el consultorio dental. Debe sentar el ejemplo para todo el personal, además es importante que se mantenga objetivo y conserve su capacidad para evaluar a los niños con exactitud.

El primer objetivo para el manejo exitoso de la conducta del niño debe ser, establecer comunicación. Ya que esto permitirá no solamente a que el odontólogo conozca mejor a su paciente sino que también pueda lograr que el niño se relaje y coopere con el tratamiento.

El lenguaje a usar por el Odontólogo dependerá de la edad del niño, además el utilizar una voz suave y clara serán de mucha ayuda para lograr un acercamiento exitoso y llevar al paciente a una buena adaptación. En síntesis, se requiere en el tratamiento con el niño crear una atmósfera de confianza en un ambiente placentero.

PERSONAL AUXILIAR: La manera como se conduzca el personal auxiliar, debe estar directamente relacionada con el comportamiento del odontólogo. Todos deben conocer sus deberes, tener claro lo que está sucediendo en el consultorio y conocer los objetivos perseguidos, desde el momento en que el niño entra a la sala operatoria. Esto exige un personal capacitado y bien adiestrado, además de tener una apariencia agradable.

PADRES La conducta de los padres moldea la conducta del niño. Estos ejercen una profunda influencia sobre la personalidad del niño, afectando el comportamiento de éste, en nuevas situaciones.

Numerosos estudios han demostrado que padres que permiten autonomía y expresan afectos tienen hijos amistosos, cooperadores y atentos; a diferencia de padres punitivos e indiferentes, que generan hijos intolerantes con conductas negativas. Así observaremos padres manipuladores, hostiles, sobre indulgentes, autoritarios, y padres carentes de afectos. Cada uno genera conductas positivas o negativas en el niño.

NIÑOS Para lograr el tratamiento dental del niño en la consulta odontológica, debe comprenderse su conducta, por ello, es importante conocer las etapas de crecimiento de éstos y la actitud que los padres tienen con sus hijos.

La conducta va a variar de acuerdo a la edad que tenga el niño. Una buena guía es la señalada por Magnusson en su libro de texto, en donde refieren el perfil de maduración de los años preescolares señalados por años.

DOS AÑOS: Dependencia de la madre, dificultad para establecer relaciones interpersonales. Se necesita tiempo para habituarse a situaciones nuevas. Cambios rápidos de humor. Cansancio fácil.

TRES AÑOS Curiosidad sobre el mundo de alrededor. Mayor contacto verbal. Deseo de imitación.

CUATRO AÑOS: Gran actividad física y mental. Inquisitivo, gran hablador, desea probar nuevas experiencias. Confianza en sí mismo.

CINCO AÑOS: Estabilidad emocional. Pensamiento realista en secuencias lógicas. Deseo de ser aceptado; sensible a las alabanzas y recriminaciones.

SEIS AÑOS: Alternancia entre el afecto y el rechazo. Autoafirmación. Tendencia a la hipocondría. Poco interés por el orden y la limpieza.

PRIMERA VISITA ODONTOLÓGICA La primera visita odontológica debe ser agradable, positiva y simple como sea posible, ya que el comportamiento futuro del niño va a depender en gran parte de ella.

Es necesario realizar las operaciones más sencillas e ir avanzando a las más complejas, a menos que sea necesario tratamientos de urgencia. Se realizarán procedimientos simples como: examen clínico, toma de radiografías, profilaxis, fluoruros, etc.; todas estas constituyen formas de adaptación del niño al tratamiento dental.

DIFERENTES TIPOS DE COMPORTAMIENTOS DEL NIÑO Y TÉCNICAS BÁSICAS PARA SU MANEJO

CONDUCTA DESCONTROLADA Si la conducta descontrolada se produce en el área de recepción, se pedirá al padre que haga pasar al niño al consultorio. Es preferible que sea éste quien cumpla esta función de sentar al niño en el sillón dental y haga un intento inicial por establecer la disciplina. Si tiene éxito, será grato para todos; pero si no lo tiene, no queda otra alternativa que hacerse cargo el odontólogo y establecer los lineamientos del comportamiento correcto.

CONDUCTA DESAFIANTE Inicialmente se intentará establecer una comunicación. Con frecuencia puede resultar difícil llegarle al niño, pero éste está muy consciente de lo dicho por el odontólogo. Es importante ser firme, confiado y establecer parámetros claros para la conducta y a la vez se deben delinear claramente los objetivos del tratamiento. Una vez establecida la comunicación, estos pacientes pueden tornarse muy cooperativos.

CONDUCTA TÍMIDA A estos pacientes habrá que acercárseles con confianza, con cariño, lo más receptivo posible. Lo mejor será un abordaje suave, estimulando su confianza en sí mismo, para que éste acepte la atención odontológica.

CONDUCTA COOPERATIVA TENSA Los niños que muestran estas características pueden resultar muy difíciles de tratar. Se requerirá estar constantemente alerta y demostrar una preocupación constante por la comodidad y la reacción del paciente. Los signos de aprensión manifestados por estos niños son, retorcer las manos, transpirar, afirmarse fuerte del sillón, también pueden ser indicios de incomodidad. Es necesario en todo momento asegurarse de los niveles de comodidad, para estar seguro que no habrá una actitud negativa por parte del paciente.

CONDUCTA LLOROSA: Este tipo de reacción generalmente confunde al odontólogo y al personal auxiliar; puede también, elevar los niveles de ansiedad de los presentes en el acto. La disciplina, autoridad y decisión del profesional deben estar presentes para dominar la situación, con el fin de seguir acercándose a estos niños de manera afectiva. Hay que supervisar al niño continuamente para establecer si hay una causa justificable de sus gemidos.

TÉCNICAS DE ADAPTACIÓN DECIR, MOSTRAR, HACER: La técnica es bastante sencilla y a menudo funciona, disminuye la ansiedad y el miedo a lo desconocido. Pinkhan señala en su libro

de texto que antes de comenzar cualquier maniobra (excepto la inyección del anestésico local y otros procedimientos complicados, por ejemplo, extirpación pulpar). Otros autores sin embargo, sugieren que se debe seguir esta técnica al momento de colocar el anestésico local. Debe explicársele al niño lo que se le hará, después se le enseña el instrumental y luego se simula lo que sucederá. El éxito de esta técnica dependerá, que el odontólogo posea un vocabulario sustituto para sus instrumentos y procedimientos, para que el niño pueda entenderlo.

CONTROL MEDIANTE LA VOZ: Este método requiere del odontólogo más autoridad durante su comunicación con el niño. El tono de voz es muy importante; ha de proyectar la idea de: "Aquí mando yo".

Esta técnica es muy eficaz para interceptar conductas inapropiadas, gana la atención del paciente y su docilidad, sin efectos negativos perceptibles.

DESENBILIZACIÓN Esta técnica se usa para aminorar los temores y la tensión del paciente. Se logra enseñando al paciente la relajación, se van introduciendo progresivamente estímulos tendientes a relajarlos, a medida que el paciente se "desensibiliza" frente a procedimientos que le producen ansiedad. Es poco práctica en Odontología, porque requiere de varias sesiones, se aplica a pacientes con fobias extremas.

MODELAMIENTO: Se realiza para influir positivamente sobre la conducta del niño antes de que éste entre al consultorio dental. Un niño es capaz de aprender patrones de conducta, mediante observación de un modelo vivo o filmado, permitiendo que el nuevo paciente se asome y observe, estos procedimientos les reduce la ansiedad acerca de lo desconocido.

Para que esto sea eficaz se deben seguir ciertas condiciones Que el observador esté en estado de alerta. El modelo debe tener status. Debe haber consecuencias positivas asociadas a la conducta del modelo, que sean apreciadas por el observador.

REFORZAMIENTO POSITIVO: Se sabe que el ser humano se orienta hacia el principio de la aprobación, por ende, gran parte de las conductas pueden mantenerse y repetirse mediante reforzadores positivos o estímulos agradables. Estos reforzadores pueden ser; Materiales y tangibles; regalos pequeños, calcomanías. Reforzadores sociales; pueden ser verbales como; elogios o felicitaciones y no verbales como abrazos y sonrisas. Refuerzos de actividad, participación en una actividad agradable y jugar. Una de las recompensas que más busca el niño es la aprobación del odontólogo.

Cuando el niño sea buen paciente, dígaselo, esto impondrá una meta a su comportamiento futuro. Alabe mejor el comportamiento que al individuo. Ejemplo, en vez de decirle que ha sido un niño muy bueno; dígale que hoy se portó muy bien en la silla dental.

CONDICIONAMIENTO: Cuando los niños lleguen al consultorio dental para su atención odontológica, sin haber tenido experiencia previa, se pueden establecer pautas de comportamiento adecuado mediante el empleo del refuerzo positivo. Se utilizará la técnica decir, mostrar, hacer, el tratamiento debe hacerse con honestidad, similar a las expectativas creadas.

UTILIZACIÓN DEL IONÓMERO DE VIDRIO Los ionómeros de vidrio mejor conocidos como polialquenoatos de vidrio se han difundido en los últimos tiempos como materiales de obturación y como liners, dadas sus características adhesivas y la liberación lenta de flúor, lo que lo convierte en un material anticariogénico. Mucho se ha discutido sobre las ventajas y desventajas de este material, ya que presenta adhesión al tejido dentario pero a su vez no presenta muy buenas características mecánicas si es comparado con otros materiales de obturación, como la resina o la amalgama. El propósito de esta revisión es analizar la utilización de este material como obturador coronal temporal después del tratamiento endodóntico, revisando sus propiedades, las ventajas y desventajas que ofrece para ésta situación clínica.

Sus ventajas más sobresalientes son:

- Liberación de flúor
- Efecto anticariogénico
- Afinidad con el sustrato dentinario
- Mayor adhesión potencial a los tejidos dentarios

RESINAS Las resinas dentales son restauraciones estéticas de los dientes, que se pueden utilizar en dientes dañados o cariados en las cuales el material que se utiliza es precisamente la resina. Este material se trabaja al color del diente por lo que el resultado es una restauración cosmética y agradable. Las resinas dentales se utilizan como una alternativa estética en lugar de las amalgamas comunes y pueden ser utilizadas también para corregir fisuras y grietas.

Ventajas

- Estética: Se ha demostrado que el 98 % de las restauraciones a los dos años todavía mostraba una excelente similitud de color
- Conservación de estructura dentaria: La preparación tiende a ser menos profunda
- La preparación tiende a ser más estrecha
- La preparación tiene ángulos redondeados lo que conserva estructura dentaria

BLANQUEAMIENTO DENTAL Es un tratamiento dental estético (Odontología estética o cosmética) revolucionario (tanto por su demanda enorme como en cuanto ha supuesto un paso enorme en el mundo de la estética dental) que logra reducir varios tonos el color original de las piezas dentales, dejando los dientes más blancos y brillantes.

Las personas están mucho más interesadas en tener los dientes bonitos y muchas consideran que es una necesidad tanto para triunfar en la vida profesional como social. Por ello, muchas se cuidan mucho más los dientes y hay un interés creciente por tener los dientes blancos, hasta el punto que un color o tono que antes se consideraba normal, ahora resulta oscuro; unos dientes blancos dan un aspecto más limpio, sano y juvenil (ello deriva de que las personas a partir de los 50 años tienen paulatinamente un tono más oscuro y un color generalmente más amarillento).

El blanqueamiento dental se puede realizar en consultorio o en el hogar, aunque no es posible comprar los mismos tratamientos (sobre todo en cuanto a concentraciones de los principios activos) para uso personal y algunos especialistas alertan sobre el posible daño a las piezas dentales si se utilizan éstos en alta concentración sin la prescripción ni el seguimiento de un odontólogo especialista.

ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA

LECTO POR LA LCDA DE ENFERMERÍA: PATRICIA PEREZ VEGA

EL PAPEL DE LA ENFERMERA: IMPULSAR EL APOYO FAMILIAR DEL PACIENTE

La familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas. Diversos estudios han mostrado que las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las crisis de la vida; así mismo el impacto del estrés es mucho menor que en las personas que no tienen este tipo de apoyo.

La pérdida o ausencia de apoyo por parte de la familia asociada a las diferentes fuentes de estrés que atravesamos a lo largo de la vida: enfermedad, descompensación de una patología de base, pérdida de un ser querido, separación de la pareja, problemas en el ámbito laboral, cambios en el rol...pueden interactuar, potenciándose y creando un alto nivel de vulnerabilidad individual. Por el contrario, el apoyo familiar en este tipo de situaciones proporciona un marco de seguridad en el cual la persona puede poner en marcha todas sus habilidades y conocimientos para resolver la situación generadora de estrés. La valoración de las características de las familias y de su disponibilidad como recurso de apoyo para el paciente es un elemento esencial en el trabajo de enfermería. Las intervenciones de enfermería deben enfocarse de acuerdo con los diagnósticos de enfermería y con unos objetivos de enfermería que varían según cada situación pero que en general se resumen a continuación. Diagnósticos de enfermería:

- Trastorno de adaptación relacionado con la falta de apoyo social adecuado para cambiar los patrones de conducta, el estilo de vida y manifestado por el fallo a la hora de emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud.

- Afrontamiento familiar inefectivo manifestado por falta de conductas orientadas al logro de objetivos y resolución de problemas; relacionado con apoyo social inadecuado.
- Afrontamiento defensivo relacionado con poco o nulo apoyo de las personas cercanas del paciente y manifestado por la negación del paciente de sus problemas y de su enfermedad.
- Deterioro de la comunicación verbal manifestado por dificultad para expresar verbalmente pensamientos, emociones, sentimientos y relacionado con la falta de habilidades comunicativas para interactuar con otras personas significativas.
- Conflicto de decisiones manifestado por vacilación, indecisión entre elecciones alternativas y relacionadas con un sistema de apoyo deficitario y con la existencia de fuentes de información múltiples o divergentes.

Intervenciones de Enfermería:

- Ayudar al paciente a identificar qué personas significativas pueden servirle de apoyo en sus momentos de dificultad. Para ello nos podemos ayudar de un diagrama de apoyo emocional. Se trata de plasmar en un diagrama las fuentes de apoyo emocional codificándolas con los supuestos de fuente de apoyo fuerte, moderado y débil según el tipo de relaciones que describas por la persona y los posibles conflictos que hubiese en la familia.
- Mientras dure la hospitalización informar al paciente acerca de su enfermedad e informar también a los familiares del funcionamiento y organización hospitalaria. Se pueden facilitar otros horarios de visita, según sus ocupaciones y disponibilidad.
- Ayudar a la familia a identificar la sintomatología del paciente debida a su enfermedad de forma a resolver lo mejor posible los problemas que pudieran aparecer en el domicilio. Valorar la comprensión de la familia acerca de la enfermedad del paciente y sus consecuencias.
- Asesorar a los miembros de la familia e insistir en la importancia de la toma de la medicación para evitar recaídas. Explicar la pauta de la medicación, horarios, dosis así como los efectos secundarios que pudieran aparecer en el paciente sin que por ello sea motivo de alarma sino más bien de consulta con un profesional. También es importante que los familiares estén informados de las citas que el paciente realiza quincenal o mensualmente a su C.S.M. para ser valorado por su psiquiatra o de las citas con la enfermera del C.S.M. para la administración del fármaco inyectable.
- Implicar a la familia en el seguimiento y en los cuidados del paciente tanto durante el ingreso como al alta mediante charlas informativas. Se le aconseja la manera de que su hogar sea

un lugar limpio y seguro fomentando la participación del paciente en todas las actividades familiares como ir de compras, cocinar, pasear, evitando así el sedentarismo.

- Animar al paciente a que participe en diferentes actividades con otras personas que tengan intereses comunes, acudir a terapia ocupacional, o a los grupos de autoayuda fomentando las relaciones interpersonales y evitando el aislamiento y de manera a incrementar la red de apoyo social. Así como animar a los familiares a participar en Asociaciones de familiares de enfermos mentales.
- Implicar a la familia en la toma de decisiones del paciente para solucionar los problemas existentes.
- Apoyar a los miembros de la familia ofreciendo ayuda e interés de tal forma a aumentar el nivel de confianza. La enfermera establecerá relaciones terapéuticas basadas en la empatía, la escucha y la aceptación con los familiares del paciente.

Así pues las actuaciones de enfermería para incrementar los sistemas sociales de apoyo deben enfocarse hacia la ayuda al paciente en su proceso de adaptación a la nueva situación, el apoyo a la familia en la búsqueda y utilización de recursos sociales y también hacia el asesoramiento tanto al paciente como a sus familiares en el marco de la relación terapéutica.