CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Formulación del problema y justificación del estudio.

El desconocimiento de las funciones específicas inciden en la atención de calidad a los usuarios que asisten al área de emergencia del hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil.

Porque creo necesario realizar este trabajo de investigación para mejorar la calidad de atención al usuario.

Partiendo de que toda institución de salud debe contar con un manual de procedimientos para dar una atención de calidad al usuario, de ahí que, la institución requiere de un manual de procedimientos ya que este es un instrumento y herramienta a la vez que le permite organizar y trabajar tanto a sus directivos, empleados, con eficiencia y eficacia y poder desarrollar competencias para mejorar su calidad y calidez en los servicios de salud, para un normal procedimiento y un programa de desarrollo organizacional; lo expuesto me motivó a realizar el trabajo de investigación.

Los desempeños administrativos del Hospital y su relación con el personal en atención y servicio al cliente, constituyen el eje fundamental en el desarrollo de los procesos que avalan la competitividad del mismo, la presente investigación ha procedido al análisis de la problemática que mantiene el área de emergencia.

En lo concerniente al discernimiento de las funciones específicas que todo funcionario debe tener para un servicio eficiente y eficaz, que en la incidencia en la calidad de desempeño, afecta en forma directa a la calidad de servicios que desarrolla el área de emergencia esta situación implica al desarrollo institucional

y beneficiar a los usuarios que acuden a la organización, comprendiendo que se debe, encargar del: planeamiento, ejecución y evaluación de los procesos y procedimientos como también se inmersa en la proposición, dirección, coordinación y control de las políticas, programas y procedimientos orientados a obtener, desarrollar y retener, la cantidad y calidad de los recursos humanos que esta área requiere.

La implementación del proyecto de tesis, ha ido más allá de la elaboración de un manual de procedimientos y conocimientos profesionales de desempeño del personal que en esta área de emergencia laboran.

Por ello he analizado y reflexionado ideas pragmáticas y procedimentales, los mismos que han autorizado llegar a cumplir con mi objetivo, así mismo me ha permitido intencionalizar en la praxis compenetrarme con los funcionarios y empleados a que tengan un mejor conocimiento específico de esta área fundamental de la institución para mejorar el rendimiento funcional de quienes deben garantizar una atención de calidad al usuario que asisten a esta unidad de emergencia.

Para ello se ha analizado, reflexionado y emitiendo un juicio de valor sobre los desempeños del personal que labora actualmente en esta área para un mejoramiento hacia el logro de una calidad efectiva y eficiente en bien de quienes de una u otra manera acudimos en calidad de usuarios a esta institución. Estos antecedentes me permitió proponer el problema general de investigación:

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que inciden en la atención de calidad a los usuarios que asisten al área de emergencia del Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil?

El trabajo, se justifica con la siguiente ponencia:

El desconocimiento de las funciones específicas inciden en la atención de calidad a los usuarios que asisten al área de emergencia del hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil, porque es necesario mejorar la calidad de atención al usuario.

La institución requiere de manual o manuales para un normal procedimiento y un programa de desarrollo organizacional; lo expuesto me ha motivado a realizar el presente trabajo de investigación.

Gran parte de los problemas personales y sociales aparecen por la no ubicación del talento humano en sus respectivos puestos; se debería promover el conocimiento de los manuales y procedimientos técnicos a los trabajadores para una buena atención a los usuarios que asisten al área de Emergencia del Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil.

1.2. Presentación de los objetivos: general y específicos.

1.2.1. Objetivo General

Diseñar un manual donde consignen las funciones específicas de normas y procedimientos técnicos a cumplir por los trabajadores sobre la atención a los usuarios.

1.2.2. Objetivos Específicos

1.2.2.1 Conocer cómo está constituido el manual de normas y procedimientos técnicos.

1.2.2.2 Determinar la actitud del personal tendente a llevar y cumplir las normas que están escritas en el manual de normas y procedimiento técnicos sobre la atención a los usuarios.

1.2.2.3 Elaborar un manual de funciones de normas y procedimientos técnicos que deberán cumplir los trabajadores en la atención a los usuarios.

1.3. Revisión de investigaciones relacionadas con el tema.

Al acudir a las fuentes de información que se mantienen sobre la aplicación de manuales y procedimientos técnicos a los trabajadores para una buena atención a los usuarios que asisten al área de Emergencia del Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil, se ha constatado que no existen trabajos previos relacionados con el tema de nuestra investigación, el presente informe final de trabajo de Tesis demuestra su idoneidad y autenticidad de realización.

1.4. Restricciones y alcances del estudio.

El informe final de trabajo de Tesis, connota que es el resultado del trabajo de campo y que el mismo ha alcanzado los objetivos propuestos, las conclusiones determinadas han sido construidas en función de esta investigación realizada, el mismo que estadísticamente desarrollado y ejecutado demuestra la validez de las hipótesis y el nivel categorial alcanzado por las variables, las mismas que las he interrelacionado con las recomendaciones y que han sido los fundamentos para elaborar la propuesta alternativa.

Se tuvo ciertos inconvenientes que como siempre se presentan en los trabajos de investigación, me refiero a las restricciones, las mismas que consistieron en falta de información oportuna y en exclusivo la seriedad en la participación de los encuestados, entrevistados u observados.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Alternativa Teórica.

El trabajo de investigación previo a la presentación del informe final o Tesis se llevó a efecto en el Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil, el cual es una institución filantrópica que presta servicios médicos a la ciudad y al país a personas de escasos recursos económicos, en el que se ha venido atendiendo a los más necesitados desde el año 1564 bajo diferentes denominaciones pero siempre con la honrosa tradición de ser el Hospital de la ciudad, no es tarea fácil a menos que se cuente con un decidido grupo de trabajo cuyo entusiasmo, respaldo y lealtad institucional supere todas las dificultades y pruebas que el diario vivir depara.

Es así que su Misión invita día a día a ofrecer atención en salud especialmente a los más necesitados y desamparados, sin discriminación alguna.

El Hospital Luis Vernaza, es un Hospital nacional y docente. Asiste a todas las personas que acuden de diferentes provincias del Ecuador. La atención en la salud es garantizada y sus médicos son profesionales en las diferentes especializaciones médicas y quirúrgicas. Es uno de los pocos hospitales del Ecuador que cuentan con modernos equipos médicos para diagnósticos y tratamientos de los pacientes.

En los últimos años se han realizado ampliaciones y adecuaciones para optimizar la atención de los pacientes en el área de emergencia.

En el área de Emergencia se han incorporado quirófanos y sub-secciones para atención rápida, se la ha equipado para un monitoreo constante de los pacientes con lesiones traumáticas.

El hospital Luis Vernaza es uno de los más antiguos del Ecuador. Fue fundado en la época Colonial en el año de 1564, hace 448 años; en las faldas del cerro Santa Ana, en la ciudad vieja como se la llamaba antes a la ciudad de Guayaquil. Es una de las instituciones más antiguas de esta ciudad. El hospital tiene una historia de incendios, reconstrucciones y reubicaciones en diferentes sectores de la ciudad y desde 1888, lo administra y sostiene la Junta de Beneficencia de Guayaquil, que lo ha remodelado, ampliado y equipado.

El hospital cuenta con afluencia de pacientes que en su gran mayoría vienen de provincias de todo el Ecuador y de los diversos sectores de la ciudad. Los directivos de la Honorable Junta de Beneficencia de Guayaquil han ido modernizándolo a medida que ha pasado el tiempo y de acuerdo a las necesidades de la población.

Un número no determinado de visitantes en su mayoría de la zona rural y de provincias que por diferentes circunstancias asisten al hospital en busca de familiares que están ingresados, vagan desorientados por los corredores por la falta de información y orientación adecuada, de sus pacientes ya que no existe una buena coordinación de parte de sus administradores a pesar que hay sitios de información.

El hospital ha hecho historia con operaciones cardiovasculares, trasplantes renales, de córneas y neurocirugía.

En el 2005 se convirtió en el primer hospital del mundo en realizar implantes de Células Madre a pacientes con miocardiopatías dilatadas. Los pacientes que han recibido el implante hacen una vida normal mejorando su condición de vida.

La investigación científica ha continuado en paralíticos por trauma con resultados halagadores, es considerado como un Hospital Docente en el que se realizan investigaciones científicas.

En el presente año recibió del Gobierno de Japón la donación de una Unidad de Endoscopia.

El Hospital Luis Vernaza recibe 23 millones de dólares anuales de los cuales 5 millones 30 mil dólares son asignados para el área de emergencia. Los mismos se distribuyen de la siguiente manera: para el mantenimiento de los equipos, adquisición de insumos por caja chica, para incremento de personal, a pesar de que hay escasez de recursos, el 46% es adquirido por autogestión y el 54% es financiado por los recursos de la misma Junta.

Así tenemos:

- Transferencia por impuestos a la Ley de Trole 2.
- Alquiler de bienes y raíces.
- Ventas de bienes y raíces.
- Transferencias de los impuestos.

En la actualidad, el Hospital Luis Vernaza es una entidad que da cobertura médica a una población de cerca de 265.000 personas al año, cuenta con una amplia infraestructura física moderna y equipos médicos de alta tecnología.

Es uno de los pocos hospitales del Ecuador con equipos eficientes para diagnóstico y tratamientos médicos, sus directivos se encuentran encaminados a ampliar y promover una buena calidad de salud, se han incorporado equipos de última generación tecnológica, entre ellos un Tomógrafo Multicorte, Resonancia Magnética, Láser Diodo, Campímetro Computarizado de Humphrey, Ecógrafo Dopler Color Rayos X Artroscopia y un Cineangeógrafo, cine angiografía; tiene

un banco de sangre sofisticado, un laboratorio clínico al que se le incorporó equipos de biología nuclear y medicina genética.

El Hospital cuenta con áreas de Cuidados Intensivos de Emergencias, área de Observación, Cuidado Intensivos del área de Valdez, Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológico, la Clínica de Heridas, las cuales no tienen el espacio físico adecuado para brindar una mejor atención y poder satisfacer la gran demanda existente y mejorar el desempeño del personal médico y paramédico quienes al estar en estas áreas deben sentirse cómodos.

En la actualidad cuenta con 720 camas disponibles con un promedio anual de 14.464 ingresos, 121.244 pacientes atendidos en consulta externa, 21.470 pacientes atendidos en Emergencia, 14.694 operaciones en el año.

Sus recursos humanos están conformados por 1.591 servidores como médicos, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, ayudantes de enfermería, trabajadoras sociales, secretarias, tecnólogos en terapia respiratoria y laboratorio, auxiliares de limpieza, chóferes y camilleros, entre otros. Rotan en los tres turnos cada uno de 6 - 8 - 12 horas de acuerdo a su profesión, altamente capacitados, con una remuneración de sueldos tan bajos que no está de acuerdo con los conocimientos y capacidad profesionales, el mismo que está por debajo de los salarios que paga el Ministerio de Salud Pública, por esta razón actualmente el personal de enfermeras y médicos se están retirando a prestar sus servicios profesionales en otras casas de salud por mejoras salariales.

El Hospital Luis Vernaza, hoy es el Primer Hospital del Ecuador en recibir la Certificación Sistema de Gestión de Calidad (SGC) a partir de agosto del 2005 con la asesoría del Dr. César Izquierdo Jiménez, representante de la Cía. Quality Export Import (QEI). En noviembre del 2005 luego de una auditoría externa de verificación de cumplimiento de la Norma ISO 9001:2000 fue recomendado por Bureau Veritas Quality Internacional (BVQI) a los organismos internacionales

UKAS y ANAB para su certificación, convirtiéndose en el primer Hospital certificado del Ecuador.

Las categorías discernidas en el trabajo de Tesis, guardan relación directa con el trabajo de campo ejecutado, lo que permitió tener conocimientos previos del asunto tratado.

2.2. Desarrollo de Categorías.

2.2.1. Estructura Orgánica funcional del área de Emergencia.

El área de emergencia es un lugar donde asisten pacientes o usuarios que requieren de una atención urgente por accidentes, politraumatismos, intoxicación, etc., por lo que el personal de esta área debe estar capacitado y conocer los procedimientos para poder actuar durante una urgencia médica, además debe estar dotado de una serie de cualidades que faciliten la labor como son: paciencia, destreza, comprensión, condiciones físicas y de salud, rápidos en la toma de decisiones, etc., todo lo que agilitará la práctica diaria en beneficio de los pacientes.

2.2.1.1. Extensión

En su estructura tienen varios departamentos que sirven para brindar atención al usuario en todas sus necesidades, así tenemos: consultorios en número de 3, están ubicados en la parte lateral derecha en relación a la entrada, atendidos por personal médico y paramédicos, área de Hidratación constan de 12 camas, donde el paciente generalmente se somete a la administración de líquidos parenterales, área de Servicio Social diseñado para ayudar al paciente en toda la extensión de la palabra, área de Laboratorio donde se realizan los exámenes complementarios para determinar el diagnóstico médico, área de Admisión encargada de registrar al paciente tanto el que ingresa como el que egresa, es la responsable de realizar el censo de todo el hospital, área de Cirugía Menor, cuya entrada está custodiada

por guardias de seguridad para dar privacidad a los pacientes y personal que labora en esa área, área de reanimación consta de 14 camas, llegan pacientes que por su estado crítico son atendidos inmediatamente y con tratamiento especializado, departamento de Rayos X, Tomografía y Ecografía, área de Secretaria, área de Recepción diseñada para abordar a clientes estables posterior a la emergencia y derivados a sala se compone de 10 camas, área Observación Estructurada para pacientes en estado crítico constan de 17 camas en un ambiente que contienen equipos de alta tecnología. Cabe mencionar que en esta área existe la disponibilidad de la terapia respiratoria, área de Post Operatorio estructurado con 12 camas, disponibles para recibir pacientes que han sido intervenido quirúrgicamente de forma urgente, con accesibilidad a la farmacia que distribuye medicamentos a todas las áreas, área de Quirófanos se compone de cuatro quirófanos uno de ellos específicos para limpieza quirúrgica y los tres restantes se realizan procedimientos de emergencia.

2.2.1.2. Servicios que presta

El área de Emergencia como su nombre lo indica es un ambiente para atender inmediatamente a pacientes que ameritan una atención al momento, porque la vida corre peligro en caso de someterse a espera.

2.2.2. Trabajadores de salud.

2.2.2.1. Concepto

¿Qué es un trabajador de la Salud?

Son las personas que desempeñan funciones en un área determinada con un puesto específico para desarrollar competencias establecidas.

- Tipo de trabajadores de la salud

Médicos, Enfermeras, Paramédicos, Camilleros, Auxiliares de Servicio, Personal de Farmacia, Asistente Administrativo, Trabajadores Sociales Tecnólogos, Lic. en Terapia Respiratoria y Chofer.

- Competencias Profesionales

Una de las claves de los procesos de administración sobre competencias radica en determinar en forma clara el ámbito de las competencias de la organización, de tal forma que éstas contribuyan a orientar las competencias funcionales que serán requeridas al recurso humano y que ciertamente son parte de los predictores de desempeño. Por lo que fue parte del trabajo de investigación del presente informe, el desarrollar y establecer estas variables.

2.2.3. Manual de Funciones.

Son normativas que regulan las actividades designadas al personal que trabaja en el área de emergencia por lo cual debe estar escrito en un lugar visible para todos.

2.2.3.1. Estructura de un manual

Un manual está estructurado de tres ejes fundamentales:

- Encabezamiento:

Contiene los siguientes elementos informativos:

- Nombre de la empresa u organización.

- Departamento, sección o dependencia en las cuales se llevan a cabo los procedimientos descritos. Título referencial pertinente, que dé una idea clara y precisa de su contenido.
- Índice o tabla de contenido de criterios de relación de los elementos contenidos en el manual.

2.2.3.2. Cuerpo del manual:

Contiene el siguiente material descriptivo - conceptual:

- Descripción de cada uno de los términos o actividades que conforman el procedimiento, con indicadores de cómo y cuándo desarrollar las actividades.
- Glosarios de términos:

Se lo ubica al final del manual y debe contener:

Términos o terminología de uso frecuente y conceptuarlos, además es conveniente dar a conocer, los anexos y apéndices como complementos explicativos de aquellos aspectos cognitivos del manual que lo ameriten, como:

- Fecha de emisión del procedimiento para determinar su vigencia.
- Nombre de la entidad responsable de la elaboración del manual y su contenido.

2.2.3.3. Tipos de manual

a. Manual: Lista de información, instrucciones, precios, etc; es decir, un libro útil de referencias.

b. Manual de funciones: Libro que contiene información válida y clasificada sobre las funciones y productos departamentales de una organización. Su contenido constituye una descripción departamental de funciones y de productos.

c. Manual de procedimientos: Documento que contiene información necesaria y clasificada sobre la estructura de producción, servicios y mantenimiento de una organización. Su contenido incluye procedimientos de trabajo, que conllevan especificaciones de su naturaleza, descripción y alcances.

2.2.3.4. Importancia

Es indispensable tener un manual de funciones en todas las áreas del Hospital, para prevenir y controlar actividades que puedan causar mala atención.

El usuario debe ser una prioridad en las instituciones de salud, el apoyo de las principales autoridades es fundamental para la implementación de normas, que probablemente cambien radicalmente, en algunos casos, los procedimientos que se venían realizando de una manera inadecuada, la conformación multidisciplinaria del área de emergencia es un gran paso para la implementación de un programa de normas y funciones en la atención de calidad a los usuarios. Esto es un gran paso para la implementación de un programa apropiado a nuestra noble Institución, Hospital Luis Vernaza.

2.2.4. Atención de calidad.

2.2.4.1. Solicitud de citas para primeras visitas

La solicitud de citas para primeras visitas de pacientes, deben de solicitarse a través de los centros de Atención Primaria o Centros de Especialidades Extrahospitalarias. La unidad de admisión una vez registrados los pacientes y

gestionada la cita la envía de nuevo a los centros de salud quienes lo comunican a los pacientes.

El Hospital Luis Vernaza ha implantado un nuevo sistema para la gestión de citas, acercando el punto de citación al paciente, desplazando sus agendas al centro de especialidades de Puntos, con el fin de que el paciente pueda ser conocedor de la cita en el mismo momento en que se solicita.

- Interconsultas

Las interconsultas solicitadas por otro especialista mediante parte de interconsulta hospitalario en pacientes ambulantes, se citarán desde admisión.

El día de la cita el paciente acudirá directamente a la consulta sin pasar por admisión quien se habrá encargado de hacer llegar las etiquetas correspondientes.

- Citas sucesivas

Las citas sucesivas que se deriven de una primera consulta son emitidas desde la propia consulta. Si al paciente le son solicitadas exploraciones / pruebas complementarias u otros servicios pasará por el departamento de admisión para gestionar las citas.

- No se realizarán citaciones telefónicas

Hasta que no se disponga de un sistema específico y centralizado de citación telefónica, no se realizarán citas por este método, aceptándose solo las modificaciones de fecha sobre citas prestablecidas.

- Documentación necesaria en admisión

Siempre que el paciente precise realizar alguna gestión en el departamento de admisión deberá presentar la cartilla sanitaria y el Documento Nacional de Identidad.

2.2.4.2. Visitas

El horario de visitas es de 10H00 a 14H00. Este horario se establece en beneficio de los pacientes, buscando un horario que permita que las actividades médicas y de enfermería se realicen más fácilmente.

En el Hospital Luis Vernaza se quiere que tanto los pacientes como sus familiares y amigos disfruten del mejor trato y servicio, además de una estancia lo más cómoda posible. Para ello, el centro dispone de servicios adicionales a los estrictamente médicos.

Algunos de estos servicios son:

- Cama para acompañante
- Teléfono
- Televisión
- Internet
- Cafetería
- Prensa
- Servicio religioso

2.2.4.3. Atención al paciente

En el Hospital Luis Vernaza se quiere ofrecer siempre un trato cercano y el mejor servicio. Durante su estancia en este centro hospitalario, los pacientes estarán siempre atendidos por profesionales que se van a encargar tanto de su cuidado como de mantenerles informados en todo momento. Con este mismo fin existe un servicio de Atención al Paciente, que se encargará de atender cualquier duda o sugerencia que puedan tener tanto pacientes como allegados. Los objetivos del servicio de Atención al Paciente son:

- Informar y orientar al paciente, sus familiares y usuarios en general, sobre los aspectos concernientes a su estancia en el centro.

- Velar por el cumplimiento de los derechos de los pacientes, sus familiares y usuarios, contemplados en la normativa vigente.
- Atender y tramitar cualquier queja, reclamación y/o sugerencia presentada por un usuario, tratar de solucionar el problema en ese momento proponiendo una solución, o trasladar dicha cuestión a la Dirección para obtener una solución lo antes posible.
- Gestionar encuestas de satisfacción.
- Realizar visitas programadas a pacientes.
- Detección de no conformidades y su seguimiento.

El servicio de Atención al Paciente (SAP) está ubicado en la planta baja del edificio, junto a este servicio se encuentra integrada la Unidad de Trabajo Social.

El SAP le puede facilitar información y asesoramiento sobre:

- Organización y normas del hospital y en general del Sistema Sanitario.
- Derechos y deberes del paciente.
- Canales de resolución de problemas surgidos en la asistencia sanitaria.
- Realización y tramitación de sugerencias y reclamaciones.
- Solicitud de documentación clínica.

2.2.5. Los usuarios o pacientes

2.2.5.1. Concepto

Un usuario es la persona que utiliza o trabaja con algún objeto o que es destinataria de algún servicio público o privado, empresarial o profesional.

Sin embargo, usuario según la Real Academia Española es "aquel que usa algo".

2.2.6. Objeto

Un objeto es una cosa que podemos percibir por algún sentido y sobre la que se puede accionar y carece de autonomía de acción.

La consideración de algo como objeto depende del ámbito en el cual se está definiendo al mismo. Así, los objetos pueden ser:

- *materiales* o *reales*, si poseen materia con forma definida;
- *abstractos*, si sólo son conceptos sobre los que se puede accionar;
- y toda cosa sobre la que se pueda accionar es un *objeto semántico*.

Lo dado en el conocimiento o aquello hacia lo que está orientada la actividad cognoscente u otra actividad del sujeto.

2.2.7. Servicio público

El servicio público se puede definir como la reconducción de un sector de actividades socioeconómicas a la órbita del poder público o sector público. El concepto varía entre formas de gobierno y entre Estados. En muchos casos se trata de un monopolio artificial del gobierno.

Son brindados por determinadas entidades (por lo general el Estado), y satisfacen primordialmente las necesidades de la comunidad o sociedad donde estos se llevan a cabo. Los servicios públicos acarrean un fin económico y pueden estar ligados a empresas privadas.

2.2.8. Síntoma

Síntoma es, en medicina, la referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por un estado patológico o enfermedad.

El término síntoma se contrapone a signo clínico, que es un dato objetivo y objetivable. El síntoma es un aviso útil de que la salud puede estar amenazada sea por algo psíquico, físico, social o combinación de las mismas.

Ejemplos de síntomas son: la distermia o sensación de tener un trastorno de la temperatura corporal (sensación de fiebre, escalofrío), el mareo, la náusea, el dolor, la somnolencia, etc.

2.2.9. Patología

La patología —del griego, estudio (*λογία, logía*) del sufrimiento o daño (*πάθος, pathos*) — es la parte de la medicina encargada del estudio de las enfermedades en su más amplio sentido, es decir, como procesos o estados anormales de causas conocidas o desconocidas.

Las pruebas que mejor demuestran la existencia de una enfermedad se basan principalmente en el examen de una lesión en todos sus niveles estructurales, la evidencia de la presencia de un microorganismo (bacteria, parásito, hongo o virus) cuando se trata de una enfermedad infecciosa o la alteración de algún o algunos componentes del organismo (por ejemplo la glucosa en la diabetes mellitus, o la hemoglobina, en la anemia).

Los patólogos pueden ser anatomopatólogos o patólogos clínicos. Los anatomopatólogos se dedican al diagnóstico basado en la observación morfológica de lesiones, principalmente a través de la microscopía de luz, utilizando diversos tipos de tinciones. Los patólogos clínicos se dedican al diagnóstico a través de los análisis propios del laboratorio clínico, e incluye Hematología Analítica, Inmunología Diagnóstica, Microbiología Diagnóstica, Bioquímica o Química Clínica, Citogenética y Genética Molecular.

La patología no debe confundirse con la nosología, que es la descripción y sistematización de las enfermedades.

2.2.10. Diagnóstico

En medicina, el diagnóstico o Propedéutica es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de salud-enfermedad (el "estado de salud" también se diagnostica).

En psicología clínica, el diagnóstico se enmarca dentro de la evaluación psicológica, y supone el reconocimiento de una enfermedad o un trastorno a partir de la observación de sus signos y síntomas.

En enfermería, constituye la segunda etapa del proceso de controles, donde se analizan los datos acerca del cliente para identificar los problemas que constituirán la base del plan de cuidados. Según Gordon, un diagnóstico de enfermería es un «problema de salud real o potencial que las/los profesionales de enfermería, en virtud de su formación y experiencia, tienen capacidad y derecho legal de tratar».

En términos de la práctica médica, el diagnóstico es un juicio clínico sobre el estado psicofísico de una persona; representa una manifestación en respuesta a una demanda para determinar tal estado.

El diagnóstico clínico requiere tener en cuenta los dos aspectos de la lógica, es decir, el análisis y la síntesis, utilizando diversas herramientas como la anamnesis, la historia clínica, exploración física y exploraciones complementarias.

El diagnóstico médico establece a partir de síntomas, signos y los hallazgos de exploraciones complementarias, qué enfermedad padece una persona. Generalmente una enfermedad no está relacionada de una forma biunívoca con un síntoma, es decir, un síntoma no es exclusivo de una enfermedad. Cada síntoma o hallazgo en una exploración presenta una probabilidad de aparición en cada enfermedad.

El teorema de Bayes ayuda al diagnóstico de una enfermedad a partir de los síntomas y otros hallazgos que presenta el paciente si las enfermedades son mutuamente excluyentes, se conoce sus prevalencias y la frecuencia de aparición de cada síntoma en cada enfermedad. Según la prevalencia de la enfermedad en cada población, un mismo conjunto de síntomas o síndrome puede producir un diagnóstico diferente en cada usuario.

2.2.10.1. Herramientas diagnósticas

- Síntomas: Son las experiencias subjetivas negativas físicas que refiere el paciente, recogidas por el médico en la anamnesis durante la entrevista

clínica, con un lenguaje médico, es decir comprensible para todos los médicos. Por ejemplo, los pacientes a la sensación de falta de aire o percepción incómoda y desagradable en la respiración (disnea), lo llaman ahogo, angustia, fatiga, cansancio fácil...

- Signos: Son los hallazgos objetivos que detecta el médico observando al paciente, por ejemplo la taquipnea a más de 30 respiraciones por minuto.
- Exploración física o Semiotecnia: Consiste en diversas maniobras que realiza el médico sobre el paciente, siendo las principales la inspección, palpación, percusión, olfación y auscultación, con las que se obtienen signos clínicos más específicos.

Todos los síntomas referidos en la anamnesis y los signos objetivados en la exploración física son anotados en la historia clínica del paciente.

Generalmente, los signos y síntomas definen un síndrome que puede estar ocasionado por varias enfermedades. El médico debe formular una hipótesis sobre las enfermedades que pueden estar ocasionando el síndrome y para comprobar la certeza de la hipótesis solicita exploraciones complementarias.

2.2.10.2. Tipos de exploraciones complementarias

Las exploraciones complementarias confirman o descartan una enfermedad en concreto, antes de iniciar un tratamiento. A veces no ofrecen ningún tipo de información útil, sobre todo cuando se solicitan sin ningún tipo de criterio o no existe un diagnóstico diferencial.

- Pruebas de laboratorio: Consiste en el análisis, generalmente bioquímico de diferentes líquidos corporales, siendo el más común la sangre.
- Técnicas de diagnóstico por imagen: Como ecografía, tomografías simples y con contraste, resonancias magnéticas simples, etc.
- Técnicas endoscópicas:
    - Fibrobroncoscopia
    - Colonoscopia

- Gastroscopia
- Colposcopia
- Videotoracoscopia
- Laringosocopia
- Biopsia.

2.2.10.3. Diferentes Tipos de diagnóstico

- *Diagnóstico genérico.* Determinar si el sujeto está o no enfermo. Pueden plantearse problemas de enjuiciamiento, pues hay que contar con una posible simulación y con las neurosis e histerias, que constituyen verdaderas enfermedades.
- *Diagnóstico nosológico***.** Es la determinación específica de la enfermedad.
- *Diagnóstico etiológico***.** Determina las causas de la enfermedad; es esencial para el diagnóstico total de muchas enfermedades y para el tratamiento.
- *Diagnóstico patogenético.* Consigna los mecanismos que producen la enfermedad por la acción de las causas y la reacción orgánica.
- *Diagnóstico lesional, anatómico o topográfico.* Es la localización e identificación de las lesiones en los diferentes órganos y tejidos.
- *Diagnóstico sintomático.* Tiene por objeto identificar la enfermedad mediante los síntomas. Generalmente un síntoma aislado no da una indicación precisa de la enfermedad, puesto que puede ser propio de muchas de ellas.
- *Diagnóstico sindrómico y funcional.* Los síndromes son conjuntos de signos y síntomas con un desarrollo común; p. ej., el síndrome ictérico (piel amarilla, orinas encendidas, heces decoloradas, etc.). Aunque en algunas ocasiones no se puede avanzar más, permite un diagnóstico patogenético parcial, pero que posibilite un tratamiento funcional.
- *Diagnóstico individual o clínico*. Es el total emitido a partir del contraste de todos los antes mencionados y de las condiciones personales del enfermo. Todos estos factores determinan cualitativa y cuantitativamente

el cuadro clínico, de manera que éste puede ser diferente aun cuando la entidad morbosa sea la misma. A esto se refiere la máxima «no hay enfermedades, sino enfermos».

- *Diagnóstico diferencial.* Conocimiento al que se arriba después de la evaluación crítica comparativa de sus manifestaciones más comunes con las de otras enfermedades.
- *Diagnóstico presuntivo.* Es aquel que el profesional considera posible basándose en los datos obtenidos en la anamnesis y el examen físico.
- *Diagnóstico de certeza.* Es el diagnóstico confirmado a través de la interpretación y análisis de métodos complementarios.

2.2.10.4. Proceso diagnóstico

De acuerdo al manual de diagnóstico diferencial posee determinados pasos esenciales:

1) Descartar simulación (producción simulada de síntomas con una intención consciente de engañar o con una motivación de evitar responsabilidades legales u obtener fármacos) y trastorno facticio (producción de síntomas sin que exista la motivación de obtener ganancias externas evidentes).
2) Descartar sustancias como etiología. Es fundamental determinar si existe una asociación etiológica entre el consumo de la sustancia y la sintomatología psiquiátrica. A veces es muy difícil llegar a conocer si alguna vez se produjeron los síntomas por fuera del consumo. El DSM IV establece que si los síntomas psiquiátricos persisten en ausencia de consumo de la sustancia, el trastorno psiquiátrico puede ser considerado primario. Si los síntomas remiten, el consumo de la sustancia es probablemente primario. Otras veces el consumo representa una consecuencia de un trastorno mental o un factor asociado. El ejemplo más típico es el sujeto con un trastorno de ansiedad que consume alcohol como forma de calmar su ansiedad.
3) Descartar una etiología médica. Se trata de uno de los pasos más complicados del diagnóstico psiquiátrico. Muchos síntomas psiquiátricos son producidos como consecuencia de enfermedades médicas y otros sujetos

presentan trastornos mentales y enfermedad médica al mismo tiempo. La complejidad de este paso radica en que los síntomas de algunos trastornos psiquiátricos y de muchas enfermedades médicas pueden ser iguales. Al igual que con el consumo de sustancias se debe determinar si existe relación etiológica entre la enfermedad médica y la sintomatología psiquiátrica. Un medio para hacer esto es establecer la relación temporal, conocer en qué momento se iniciaron los síntomas psiquiátricos, antes, durante o después de la enfermedad médica y si éstos síntomas varían con la gravedad del factor médico o con la remisión de la enfermedad médica. Otro indicio es la atipicidad de los síntomas, en el inicio o en el curso del trastorno psiquiátrico. Una esquizofrenia que comienza a los 50 años, debe hacernos sospechar en presencia de etiología orgánica (demencia quizás).

4) Determinar el (los) trastorno(s) primario(s) específico(s), una vez que se descartó la presencia de etiología por uso de sustancias o por enfermedad médica. Como fue mencionado anteriormente, debe determinarse cuál es el trastorno mental primario que presenta el paciente.

2.2.10.5. Problemas del diagnóstico

a) Diagnóstico tardío o ausente.

b) Sobrediagnóstico o diagnóstico de moda

c) Etiquetamiento

d) Diagnóstico genérico o inex.

2.2.11. Recepcionista

Es la persona que atiende a los usuarios de un edificio o lugar destinado a ese fin, proporcionando todo tipo de información y asistencia; por lo general ha sido entrenada o conoce alguna de las ciencias secretariales. La zona dedicada al uso de esta profesión se la denomina *Recepción*. El recepcionista puede vestir uniformado en algunos sitios, mientras que en otros puede vestir casual.

Dependiendo de la especialidad de éste, las tareas que pueden llegar a realizar varían significativamente.

Tareas propias de recepcionista:

a. Manejo de programas de gestión. Bases de datos, central telefónica, central de TV, etc.
b. Atención al cliente.
c. Manejo de Fax.
d. Atención telefónica.
e. Cambio de divisa.
f. Traducción de documentos a otros idiomas.
g. Control de cámaras de televisión de circuito cerrado.
h. Resolución de quejas.
i. Participar en cursillos promocionados por la organización o empresa.
j. Manejo de radiotransmisores.
k. Control de llaves.
l. Gestión de llaves electrónicas.
m. Control de Caja.
n. Manejo de idiomas.
o. Información del hospital.
p. Información de servicios del hospital.
q. Comunicación de partes al Servicio de Mantenimiento.
r. Comunicación de incidencias al Departamento de Pisos.
s. Cargos de servicios a la cuenta de los clientes.
t. Facturación de servicios de pago directo y crédito.
u. Asignación de habitaciones a pacientes particulares y grupos.
v. Gestión de reservas (directas, por agencia de viaje, cierres de ventas, control de cupos y *release*).

2.2.11.1. Recepcionista de hospital o centro médico

Dependiendo del sistema en que operan los servicios médicos proporcionados por un país, particularmente a través de los hospitales, los recepcionistas pueden

ser parte del registro de ingreso por parte del paciente, lo que puede incluir el inicio de archivos y etiquetas, y operaciones secretariales para el proceso de la hospitalización; esto significa, que puede que hayan varias recepcionistas en sus respectivas áreas de trabajo para la atención de la entrada de personas al hospital. Y también puede significar que el conocimiento de la recepcionista, en éste caso, puede ser extendido a la terminología médica.

2.2.12. Historia natural de una enfermedad

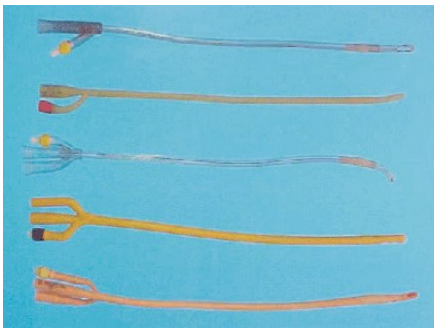
La historia natural de una enfermedad es la secuencia o curso de acontecimientos que ocurren en el organismo humano entre la acción secuencial de las causas componentes (etiología) hasta que se desarrolla la enfermedad y ocurre el desenlace (curación, paso a cronicidad o muerte).

La historia natural de una enfermedad es la evolución de una enfermedad sin intervención médica, al contrario que el curso clínico el cual describe la evolución de la enfermedad que se encuentra bajo atención médica.

Gracias al conocimiento de la historia natural de una enfermedad, es posible conocer la causa o etiología de esta, así como los medios de prevención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de ella. Los datos objetivos y subjetivos concernientes a la historia natural de una enfermedad están reflejados en la historia clínica del paciente o enfermo.

La mayoría de las enfermedades tienen una fase pre patológica o preclínica, donde el individuo está asintomático, pero es viable detectar la enfermedad, y una fase patológica o clínica donde sí es posible diagnosticar la enfermedad.

Los primeros que hablaron de ello fueron Leavell y Clarck.



2.2.13. Tratamiento

Porque las estadísticas no se dirigen específicamente a un paciente, lo que se necesita saber es qué le pasa a quien acude a recibir tratamiento, probablemente el procedimiento médico - tratamiento no es estándar sino que al estudiar las circunstancias específicas, de cada usuario se diseñe las estrategias para que éste sea exitoso. La estrategia debe contener los siguientes procesos.

1. Tratamiento personalizado
2. Excelente trato humano
3. Los mejores resultados
4. Atención permanente
5. Profesionales de prestigio mundial
6. Bases de datos integradas y actualizadas en tiempo real
7. Continuidad y accesibilidad
8. Tiempos de espera
9. Información clara y fiable
10. Gestión de calidad acreditada oficialmente

2.2.14. Agentes de salud

La medicina no es sólo un cuerpo de conocimientos teórico-prácticos, sino que es una disciplina que idealmente tiene fundamento en un trípode:

- El médico, como agente activo en el proceso sanitario;
- El enfermo, como agente pasivo, por ello es "paciente"
- La entidad nosológica, la enfermedad que es el vehículo y nexo de la relación médico-paciente.

La práctica de la medicina, encarnada en el médico, combina tanto la ciencia como el arte de aplicar el conocimiento y la técnica para ejercer un servicio de salud. Esta conjunción bidimensional implicada en la práctica médica gira alrededor de la relación médico-paciente, que es el núcleo necesario para que la acción médica pueda intervenir en la necesidad sanitaria del paciente. En relación al paciente, en el marco sanitario, se establecen análogamente también

vínculos con otros agentes de salud (enfermeros, farmacéuticos, fisiatras, etc.) que intervienen en el proceso. También es importante la medicina para la vida de los seres vivos (humanos, animales, plantas).

2.2.15. Relación médico-paciente

El servidor de salud (el médico), durante las consultas médicas, transita un proceso junto con el paciente, donde necesita:

- Establecer un vínculo de confianza y seguridad con el paciente (y su entorno también);
- Recopilar información sobre la situación del paciente haciendo uso de diferentes herramientas (entrevista y anamnesis, historia clínica, examen físico, interconsulta, análisis complementarios, etc.)
- Organizar, analizar y sintetizar esos datos (para obtener orientación diagnóstica).
- Diseñar un plan de acción en función de los procesos previos (tratamiento, asesoramiento, etc.).
- Informar, concienciar y tratar al paciente adecuadamente (implica también acciones sobre su entorno).
- Reconsiderar el plan en función del progreso y los resultados esperados según lo planificado (cambio de tratamiento, suspensión, acciones adicionales, etc.).
- Dar el alta al momento de resolución de la enfermedad (cuando sea posible), sino propender a medidas que permitan mantener el *status de salud* (recuperación, coadyuvantes, paliativos, etc.).

Toda consulta médica debe ser registrada en un documento conocido como *historia clínica*, documento con valor legal, educacional, informativo y científico, donde consta el proceder del profesional médico.

2.2.16. Pacientes y usuarios

2.2.16.1. Fases en la atención del paciente

Antes de llegar a ser formalmente paciente, el individuo pasa por varias etapas: la identificación de los síntomas, el diagnóstico, el tratamiento y el resultado. En el entorno hospitalario, el paciente comienza a comportarse de forma diferente de como lo haría en otra situación. Este hecho se denomina "institucionalización", y se basa en la pérdida de autonomía, lo cual implica que la persona deberá aprender a conformarse con las reglas y rutinas del hospital. Muchas veces este proceso no es aceptado por el paciente; cuando éste se recupera, debe volver al rol que tenía inicialmente.

Recientemente, la palabra "paciente" está comenzando a sustituirse por la palabra "usuario", precisamente por la relación que tiene con la palabra "paciencia" y, erróneamente por supuesto, también con la palabra "pasividad" que, aunque de distinto origen etimológico, transmite la sensación de que el paciente tiene que comportarse, necesariamente, como un ente pasivo, inactivo, sin mostrar interés alguno por plantear preguntas y cuestionar lo que no le resulta familiar, lo que no entiende en la consulta con el profesional de la salud. Por supuesto, llámese "paciente" o "usuario", es indispensable que la persona que asiste a consulta con un profesional de la salud muestre interés tanto por su cuerpo como por sus sensaciones, sus síntomas; que esté al pendiente, de preferencia con anticipación a la aparición de los síntomas, de toda sensación (tanto las habituales como las esporádicas), de todo dolor, de todo cambio, pues es ese, el reconocimiento, el primer paso para encontrar el camino hacia un buen estado de salud tanto física como mental. El ideal es, pues, que el paciente o usuario construya una relación consciente y gozosa con su cuerpo, con su salud, con su mente.

2.2.16.2. Tipos de pacientes

Terminologías en algunas ciencias de la salud de pacientes (en algunos tipos de terapia psicológica, en particular), el paciente recibe otros nombres: en algunas

escuelas de psicoanálisis, por ejemplo, se le denomina "analizando" (galicismo; proviene del término "analysand"). En la denominada "terapia centrada en el cliente" o "terapia centrada en la persona", su autor, Carl Rogers, utiliza este término para hablar de un tipo de terapia no directiva o, más en general, incluso de un enfoque de interrelaciones humanas**.**

2.2.17. Prestaciones Sanitarias

El Sistema Público de Salud de Galicia promueve distintas actuaciones dirigidas a que usted mantenga una buena calidad de vida, permanezca sano/a el mayor tiempo posible y reciba los mejores cuidados en caso de enfermedad.

Sus estrategias se basan en mantener una amplia y actualizada cartera de servicios, en incorporar las mejores prácticas clínicas al servicio, en organizar los recursos de atención en torno a las necesidades de los pacientes.

2.2.17.1 Cartera de servicios

Conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos mediante los que se hacen efectivos las prestaciones sanitarias.

2.2.17.2 Oferta asistencial

- Salud pública
- Atención primaria
- Atención especializada

2.2.17.3 La salud, nuestra meta

- Con visión de futuro
- Carta de derechos y deberes

2.2.17.4 Una atención integral y de Calidad

- Información, Seguridad, Calidad
- Cartera de servicios
- Oferta Asistencial
- La organización al servicio de la ciudadanía

- Un servicio profesional e innovador
- La información catalizadora de la calidad
- Responsabilidad social corporativa
- Por una ciudadanía avanzada y activa

- Contacte con nosotros
- Espacio de participación
- Internet y tú
- La Web en la PDA
- Audiovisual
- Suscripciones por SMS

2.2.17.5 Información, Seguridad, Calidad

Garantizar la seguridad, proporcionar información adecuada y mantener la calidad del servicio son objetivos a conseguir con cada prestación sanitaria.

- **Información**

El acceso a una información sanitaria apropiada le ayudará a mantenerse sano y a tomar decisiones conjuntamente con su médico, cuando sea necesario.

- **Seguridad**

La seguridad de la ciudadanía, y especialmente del paciente está en el centro de las medidas del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Público de Salud, como uno de los fundamentos de avance de la calidad.

- **Calidad**

La calidad de la vida en un contexto de integración de las condiciones biológicas a los factores medioambientales, económico-sociales, psicológicos y éticos. Lo cual implica asumir una concepción en el paradigma de la salud para enfrentar los problemas de la sociedad actual.

La filosofía de la Calidad Total proporciona una concepción global que fomenta la Mejora Continua en la organización y la involucración de todos sus miembros, centrándose en la satisfacción tanto del cliente interno como del externo. Podemos definir esta filosofía del siguiente modo: Gestión (el cuerpo directivo está totalmente comprometido) de la Calidad (los requerimientos del cliente son comprendidos y asumidos exactamente) Total (todo miembro de la organización está involucrado, incluso el cliente y el proveedor, cuando esto sea posible).

El Sistema Público de Salud atiende su salud desde una amplia perspectiva. Le ayudará a mantener una buena calidad de vida y le facilitará los cuidados más idóneos, en caso de enfermedades, ya sea ésta simple o complicada.

2.3. Términos de uso frecuente.

Factores: Elemento o causas que se multiplican para formar un producto; representantes de los diferentes órganos de dirección de una empresa o de una institución.

Inciden: Acontecimiento que sobreviene en el curso de un asunto o negocio y tiene con él alguna conexión, Número de casos ocurridos.

Atención: Asistencia médica inicial que recibe un paciente.

Calidad: Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.

Usuarios: Dicho de una persona que tiene derecho de usar de una cosa ajena con cierta limitación.

Asisten: Acción de estar o hallarse presente. Conjunto de personas que están presentes en un acto. Acción de prestar socorro, favor o ayuda. Recompensa o emolumentos que se ganan con la asistencia personal. Empleo o cargo del asistente (funcionario público).

Área: Espacio de una parte del hospital comprendido entre ciertos límites.

Emergencia: Suceso, accidente que sobreviene. Situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata. En los hospitales, urgencias.

Hospital: En latín la expresión Hospital (Hospitalis) es un adjetivo que quiere decir amable y caritativo con los huéspedes. La palabra Hospicio, también de origen latino, proviene de Hopitium, lugar para recibir y alojar peregrinos y pobres.

Según el Diccionario de Ciencias Médicas Dorland, el Hospital es un establecimiento público o privado en el que se curan los enfermos, en especial aquellos carentes de recursos. Es una institución organizada, atendida y dirigida por personal competente y especializado, cuya misión es la de proveer, en forma científica, eficiente, económica o gratuita, los complejos medios necesarios para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y para dar solución, en el aspecto médico, a los problemas sociales.

Ciudad: Conjunto de edificios y calles, regidos por un ayuntamiento, cuya población densa y numerosa se dedica por lo común a actividades no agrícolas. Lo urbano, en oposición a lo rural.

Guayaquil: Perteneciente o relativo a Guayaquil, puerto principal del Ecuador.

CAPITULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACION

3.1. Diseño de la investigación.

3.1.1. Tipo

El tipo aplicado es el no experimental.

El trabajo investigativo se desarrolló sin manipular las variables, se procedió en condiciones rigurosamente controladas, su finalidad ha sido describir el modo o la causa que produce esta situación.

Al reconocer que no fue un experimento, denotamos que ha sido una situación provocada por la investigadora se introdujo determinadas variables de estudio y no fueron manipulados por las mismas en el control, el aumento o disminución de esas variables y su derivación en las actitudes o conductas observadas.

La tarea de la investigadora, fue manejar de manera segura la variable luego de la observación de los resultados.

En este tipo de investigación no experimental, observó los siguientes pasos:

a) Presencia de un Problema para el cual se ha realizado una revisión bibliográfica.
b) Identificación y Definición del Problema.
c) Definición de Hipótesis y variables, y la operacionalización de las mismas.
d) Prueba de confiabilidad de datos.
e) Tratamiento de datos.

3.2. Métodos.

El conocimiento es un reflejo de la realidad objetivo en la conciencia humana; esto ocurrió como un proceso dialéctico, complejo y contradictorio de interacciones entre el aspecto sensorial y racional del conocimiento, etapas que

se realizaron a base de la actividad de la investigadora, en su acción sobre el medio y la naturaleza, lo cual aseguró el conocimiento del mundo y tuvo como fin orientarlo en su actividad propuesta.

El método constituyó, el proceso que la autora del trabajo e informe de investigación emprendió en la investigación, demostración y comprobación de la verdad, y se fundamentó en:

3.2.1. Método Científico.

Me permitió a través de la conceptualización ubicarme estratégicamente en la determinación de los objetivos, metas y valores para el establecimiento de la relación causa y efecto de la actuación del comportamiento de la investigadora.

Conocido el problema y el objeto de la investigación, estudié su curso natural, sin alteración de las condiciones naturales, es decir que la observación tuvo un aspecto contemplativo y basado en los resultados.

Es el estudio sistemático de la naturaleza en el que se incluyó las técnicas de observación, reglas para el razonamiento y la predicción, procesos sobre la experimentación planificada y una metodología de conocimiento e información de los resultados descritos y teóricos.

En el método científico, parte de la observación, consistió en el estudio de un fenómeno (problema) que se produjo en sus condiciones naturales. La observación fue cuidadosa, exhaustiva y exacta.

En el proceso de observación se consideró cinco elementos:

1. El objeto de la observación.
2. El sujeto u observador.
3. Las circunstancias o el ambiente que rodean la observación.
4. Los medios de observación.
5. El cuerpo de conocimientos de que forma parte la observación.

3.2.2. Método Histórico Logístico

Me permitió considerar en investigaciones de acontecimientos, personas e institución en relación con un determinado tiempo y lugar. En otras palabras se la utilizó en investigaciones de hecho del pasado.

3.2.3. Método Hipotético – Deductivo

Este método partió del conocimiento de casos y hechos particulares que se sumaron para luego, mediante la generalización formular la ley.

3.2.4. Método Inductivo – Deductivo

Este conocimiento como método de lo general a lo particular; de las leyes y principios más genérico y amplios, a los hechos, cosas y fenómenos en los cuales se aplicó la conclusión general.

Se trató de un procedimiento, que me permitió las inferencias lógico-deductivas para luego llegar a conclusiones particulares a partir de la hipótesis y que después han sido comprobadas estadísticamente. Aplico este método para analizar los problemas desde su fundamentación, planteamiento como también de sus problemas derivados hasta una proyección general a los aspectos particulares.

3.2.5. Método Descriptivo

Lo utilicé en la descripción de hechos y fenómenos por lo que digo que este método se situó en el presente, se redujo a una simple recolección y tabulación de datos a los que se acompañó el análisis y la interpretación imparcial de los mismos.

3.3. Técnicas e Instrumentos.

3.3.1. Técnicas

Utilicé en mi trabajo de investigación las siguientes técnicas:

3.3.1.1. Encuesta

Es una técnica que se utilizó para recoger información por escrito sobre el tema de la investigación, para lo cual se vale de cuestionarios debidamente estandarizados y esquematizados que fue entregado a las personas seleccionadas para ser llenado libremente. Se aplicó al Director, Subdirector, Médicos, Paramédicos, Empleados y Usuarios que asisten a diario al área de emergencia del Hospital Luis Vernaza.

3.3.1.2. Entrevista

Como técnica confrontativa, se la ejecutó en forma directa hacia la realidad de cómo se encontraba la calidad de atención a los usuarios o clientes que asisten a diario al área de emergencia del Hospital Luis Vernaza en los actuales momentos, y qué se hará en el futuro para mejorar esta situación. Esta técnica permitió obtener datos que se requirieron en el proceso de investigación, las mismas que consistieron en un diálogo con los entrevistados: el entrevistador "investigador" y el entrevistado.

Se la aplicó con el fin de obtener información de parte de éste (entrevistado). La entrevista constituyó técnica fundamental, porque me permitió obtener datos que de otro modo hubieran sido muy difíciles conseguir.

3.3.1.3. Observación Directa

Con la aplicación a los Directores Médicos, Paramédicos, Asistentes, Empleados generales y observé la calidad de atención que se presta a los usuarios y el grado de compromiso de la organización para lograr eficiencia y eficacia en la atención.

La observación fue un elemento fundamental del proceso investigativo; en ella me apoyé para obtener el mayor número de datos.

Pasos que se consideró en la observación:

1. Determiné el objeto, situación, caso, etc. (que se va a observar).
2. Determiné los objetivos de la observación (para qué se va a observar).
3. Determiné la forma con que se van a registrar los datos.
4. Observé cuidadosa y críticamente.
5. Registré los datos observados.
6. Analicé e interpreté los datos.
7. Elaboré conclusiones.

3.3.2. Instrumentos

3.3.2.1. Cuestionarios con preguntas abiertas y cerradas (Anexo 1)

3.3.2.2. Guías de entrevistas (Anexo 2)

3.3.2.3. Fichas (Anexo 3)

3.4. Planteamiento de Hipótesis.

3.4.1. Hipótesis General

Determinando las funciones laborables del personal que trabaja en el área de Emergencia del Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil, conocería el estado actual del problema.

3.4.2. Hipótesis Específicas o Particulares

3.4.2.1. Conociendo las falencias sobre la atención al usuario, por parte de los trabajadores del área de Emergencia del Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil, estaría en capacidad de dar servicios de salud de calidad.

3.4.2.2. Determinando la actitud del personal a llevar y cumplir las normas que están escritas en el manual de normas y procedimientos técnicos sobre la atención de los usuarios, conocería la actitud asumida en sus desempeños.

3.4.2.3. Elaborando un manual de funciones de normas y procedimientos técnicos que deberán cumplir los trabajadores en la atención de los usuarios, mejoraría la situación actual de pertenencia.

3.5. Variables.

3.5.1. Variables Independientes

VIG. Funciones laborales del personal que trabaja en el área de Emergencia del Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil.

VI1. Falencias sobre la atención al usuario, por parte de los trabajadores del área de emergencia del Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil.

VI2. Actitud del personal a llevar y cumplir las normas que están escritas en el manual de normas y procedimientos técnicos sobre la atención de los usuarios.

VI3. Manual de funciones de normas y procedimientos Técnicos que deberán cumplir los trabajadores en la atención de los usuarios.

3.5.2. Variables Dependientes

VDG. Estado actual del problema

VD1. Capacidad de dar servicios de salud de calidad

VD2. Actitud asumida en sus desempeños.

VD3. Situación actual de pertenencia.

3.6. Población y Muestra.

3.6.1. Población

La población del trabajo de investigación estuvo conformada por las autoridades, médicos, paramédicos, asistentes, empleados en general, del área de emergencia del hospital Luis Vernaza.

3.6.2. Muestra

Fue aleatoria simple y se caracterizó porque cada unidad tuvo la probabilidad de incluir en la muestra. Para el cálculo de las muestras, utilicé el siguiente esquema y en el cálculo de la muestra se utilizará la siguiente fórmula de:

3.6.2.1. Fórmula

Para el cálculo de la muestra se utilizará la siguiente fórmula

$$n = \frac{m}{e^2 (m - 1) + 1}$$

Donde*:*

n = Muestra
m = Universo o Población
e = Margen de error (0,06)

- Para los profesionales sería así:

$$n = \frac{64}{(0,06)^2 (64 - 1) + 1}$$

$$n = \frac{64}{(0,0036) (63) + 1}$$

$$n = \frac{64}{(0,2268) + 1}$$

$$n = \frac{64}{1,2268} = 52,16824$$

n = 52 **profesionales encuestados**

- Para los pacientes:

$$n = \frac{234}{(0,06)^2 (234 - 1) + 1}$$

$$n = \frac{234}{(0,0036) (233) + 1}$$

$$n = \frac{234}{(0,8388) + 1}$$

$$n = \frac{234}{1,8388} = 127,256$$

n = 127 **pacientes**

3.6.2.2. Tamaño de la Muestra

SECTOR	POBLACIÓN	MUESTRA	PORCENTAJE
Jefe de área	1	1	0.5%
Médico residente	1	1	0.5%
Asistente administrativo	1	1	0.5%
Profesionales	64	52	29%
Pacientes	234	127	69.5%
TOTAL	**301**	**182**	**100%**

3.7. Organización y Procesamiento de la Información.

3.7.1. Organización

Mi trabajo de investigación fue elaborado, procedido y sistematizado de la siguiente manera:

- Investigación Bibliográfica.
- Elaboración del proyecto de investigación.
- Construcción del marco contextual de la investigación.
- Elaboración del marco teórico de la investigación.
- Organización y gestión de la investigación.
- Redacción y presentación del borrador del proyecto.
- Defensa del proyecto de investigación.
- Selección de técnicas e instrumentos de investigación.
- Aplicación de instrumentos de investigación.
- Tabulación de datos de los instrumentos de investigación.
- Crítica, depuración, categorización y codificación de los datos recogidos.
- Procesos de datos.
- Elaboración del primer borrador del informe.
- Redacción del informe final.
- Defensa y exposición de la Tesis.

3.8. Verificación de las hipótesis.

Luego de realizar el trabajo investigativo en el Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil, se procedió al análisis e interpretación de los resultados y se llegó a la conclusión. El planteamiento de las hipótesis se verificara según los datos estadísticos que se obtengan.

Por lo tanto los procedimientos fueron:

- Definida la hipótesis, se hicieron operables las variables, las mismas que me dieron su aceptación.

- La comprobación de hipótesis fue mediante análisis estadísticos, se fundamentó en modelos y experiencias previas.
- La verificación de la hipótesis o diseño de la prueba consistió en la elección de la técnica de la porcentualidad estadística.
- Mediante la teoría estadística se probó el grado de relación y significación de las variables de correlación

CAPITULO IV

4. RESULTADOS OBTENIDOS

4.1 Presentación de datos generales

4.1.1. Encuesta aplicada a Directivos

Nº	PREGUNTA	SI	%	NO	%	Nº	TOTAL
1	Las normas se deben mantener o se deben ajustar de acuerdo a las conductas del personal. SI NO	01	33	02	67	03	100%
2	Las funciones son tareas que debe realizar en una institución por el personal. SI NO	03	100	00	00	03	100%
3	El Manual de Funciones es un documento instructivo que contiene programas y obligaciones de fácil ejecución para el personal. SI NO	03	100	00	00	03	100%
4	Cree que el que no conozcan a cabalidad el manual de normas implica en la calidad de atención a los usuarios. SI NO	01	33	02	67	03	100%
5	Creen que es indispensable para la institución tener un manual de funciones. SI NO	03	100	00	00	03	100%

4.1.2. Encuesta aplicada a los Profesionales

Nº	PREGUNTA	SI	%	NO	%	Nº	TOTAL
1	¿Conoce usted el manual de normas de la Institución? SI NO	42	81	10	19	52	100%
2	¿Cree usted que el desconocimiento del manual de normas influye en dar una atención de calidad? SI NO	38	73	14	27	52	100%
3	¿Cree usted que el personal de emergencia debe tener bien definidas sus funciones para una atención rápida cuando ésta se presente? SI NO	52	100	00	00	52	100%
4	¿Es rápida la atención del paciente en el área de emergencia cuando éste llega? SI NO	44	85	08	15	52	100%
5	¿Los horarios de trabajo están de acuerdo a sus funciones que realiza, o esto influye a que no se pueda dar una atención de calidad? SI NO	36	69	16	31	52	100%

4.1.3. Encuesta aplicada a los Pacientes

Nº	PREGUNTA	SI	%	NO	%	Nº	%TOTAL
1	¿Cuándo usted llegó al área de emergencia fue atendido inmediatamente? SI NO	98	77	29	23	127	100%
2	¿Cree usted que los servicios de salud que ofrece la institución están acorde a lo que esperaba o deben cambiar? SI NO	101	79	26	21	127	100%
3	¿Cree usted que el servicio de cirugías que ofrece el área de emergencia es rápido? SI NO	57	45	70	55	127	100%
4	¿La atención que usted recibió por parte del personal que labora en el área de emergencia estaba acorde a lo que esperaba o debe cambiar? SI NO	93	73	34	27	127	100%
5	¿Cree usted que la estructura del área de emergencia esta acorde a la cantidad de pacientes que llegan para ser atendidos? SI NO	65	51	62	49	127	100%

4.2. Interpretación y discusión de los resultados.

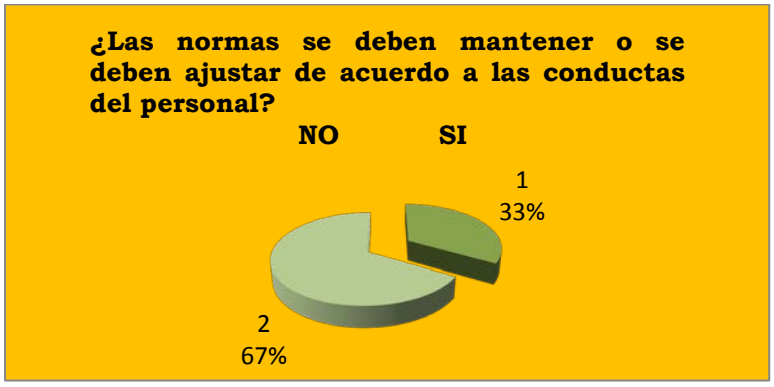
4.2.1. Encuesta aplicada a directivos

Pregunta 4.2.1.1.

- **Interpretación**

Nº	PREGUNTA	SI	%	NO	%	Nº	TOTAL
1	¿Las normas se deben mantener o se deben ajustar de acuerdo a las conductas del personal? SI NO	01	33	02	67	03	100%

- **Graficación**



- **Discusión**

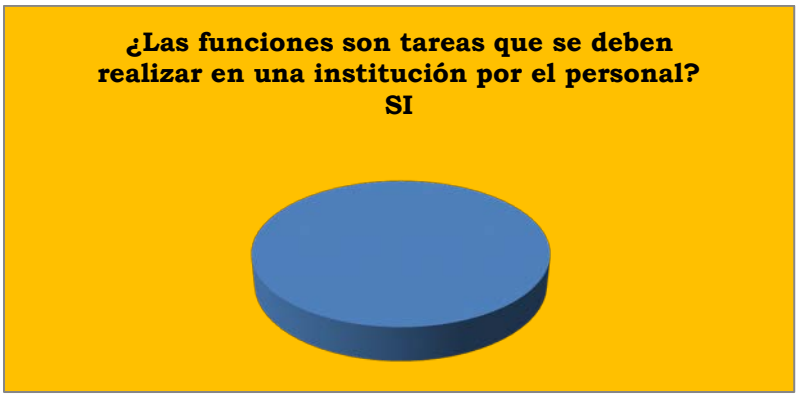
Los directivos en un 33% manifiestan que las normas se deben mantener o se deben ajustar de acuerdo a las conductas del personal.

Pregunta 4.2.1.2.

- **Interpretación**

Nº	PREGUNTA	SI	%	NO	%	Nº	TOTAL
2	¿Las funciones son tareas que se deben realizar en una institución por el personal? SI NO	03	100	00	00	03	100%

- **Graficación**



- **Discusión**

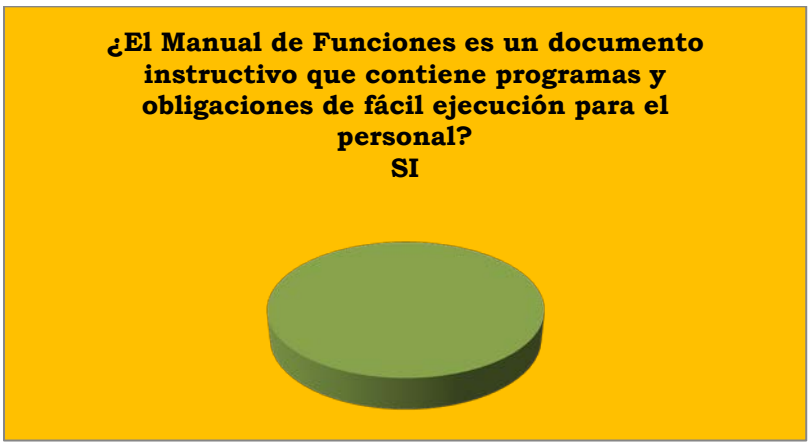
Los directivos en un 100% manifiestan que las funciones son tareas que se deben realizar en una institución por el personal.

Pregunta 4.2.1.3.

- **Interpretación**

Nº	PREGUNTA	SI	%	NO	%	Nº	TOTAL
3	¿El Manual de Funciones es un documento instructivo que contiene programas y obligaciones de fácil ejecución para el personal? SI NO	03	100	00	00	03	100%

- **Graficación**



- **Discusión**

Los directivos expresan en un 100% que el Manual de Funciones es un documento instructivo que contiene programas y obligaciones de fácil ejecución para el personal.

Pregunta 4.2.1.4.

- **Interpretación**

Nº	PREGUNTA	SI	%	NO	%	Nº	TOTAL
4	¿Cree que el que no conozcan a cabalidad el manual de normas implica en dar atención de calidad a los usuarios? SI NO	01	33	02	67	03	100%

- **Graficación**

- **Discusión**

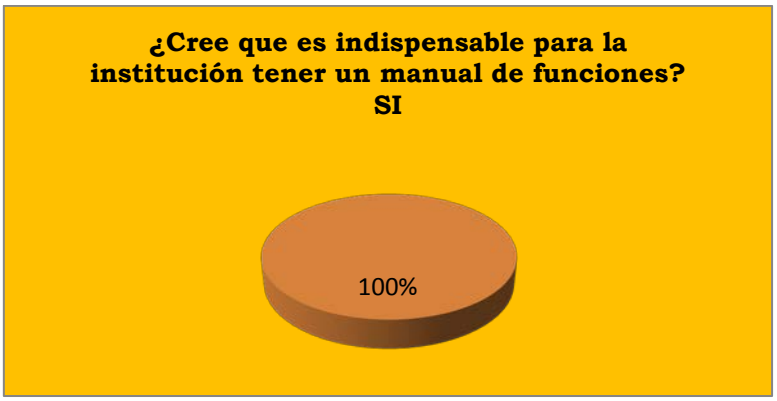
Los directivos en un 67% creen que el que no conozcan a cabalidad el manual de normas el personal esto implica en dar atención de calidad a los usuarios.

Pregunta 4.2.1.5.

- **Interpretación**

Nº	PREGUNTA	SI	%	NO	%	Nº	TOTAL
5	¿Cree que es indispensable para la institución tener un manual de funciones? SI NO	03	100	00	00	03	100%

- **Graficación**



- **Discusión**

Los directivos en un 100% creen que es indispensable para la institución tener un manual de funciones.

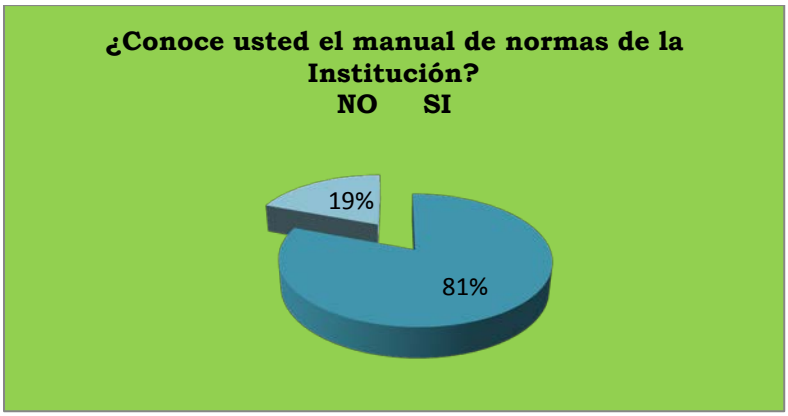
4.2.2. Encuesta aplicada a los Profesionales

Pregunta 4.2.2.1.

- **Interpretación**

Nº	PREGUNTA	SI	%	NO	%	Nº	TOTAL
1	¿Conoce usted el manual de normas de la Institución? SI NO	42	81	10	19	52	100%

- **Graficación**



- **Discusión**

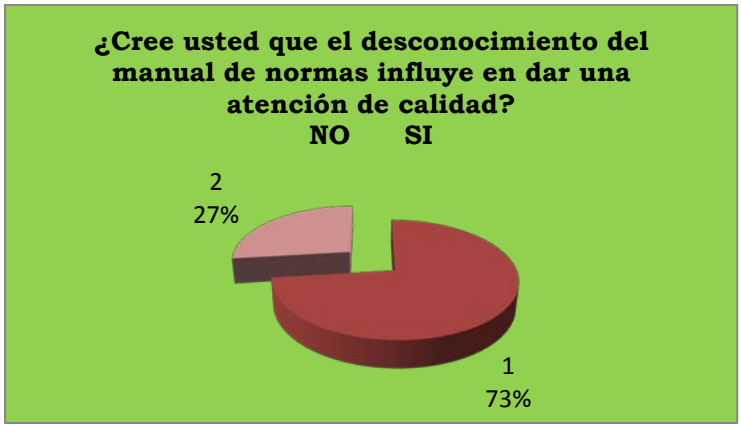
Los profesionales de la salud del hospital Luis Vernaza en un 81% conocen el manual de normas de la Institución.

Pregunta 4.2.2.2.

ϕ **Interpretación**

Nº	PREGUNTA	SI	%	NO	%	Nº	TOTAL
2	¿Cree usted que el desconocimiento del manual de normas influye en dar una atención de calidad? SI NO	38	73	14	27	52	100%

ϕ **Graficación**



ϕ **Discusión**

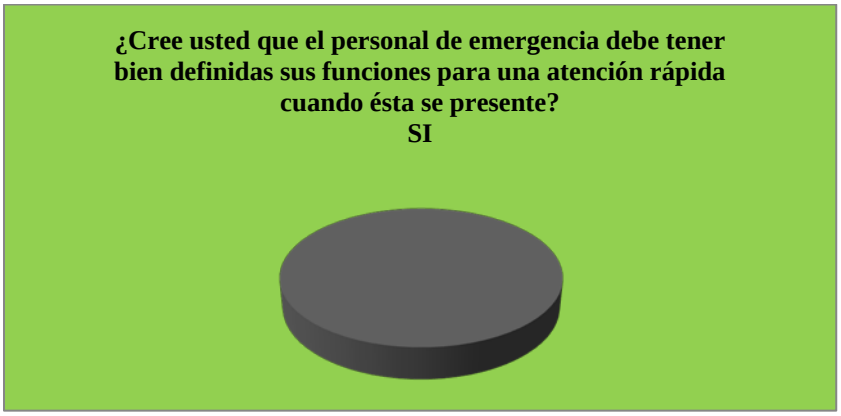
Los profesionales de la salud del hospital Luis Vernaza en un 73% creen que el desconocimiento del manual de normas influye en dar una atención de calidad.

Pregunta 4.2.2.3.

- **Interpretación**

Nº	PREGUNTA	SI	%	NO	%	Nº	TOTAL
3	¿Cree usted que el personal de emergencia debe tener bien definidas sus funciones para una atención rápida cuando ésta se presente? SI NO	52	100	00	00	52	100%

- **Graficación**



- **Discusión**

Los profesionales de la salud del hospital Luis Vernaza en un 100% creen que el personal de emergencia debe tener bien definidas sus funciones para una atención rápida cuando ésta se presente.

Pregunta 4.2.2.4.

- **Interpretación**

Nº	PREGUNTA	SI	%	NO	%	Nº	TOTAL
4	¿Es rápida la atención del paciente en el área de emergencia cuando éste llega? SI NO	44	85	08	15	52	100%

- **Graficación**

- **Discusión**

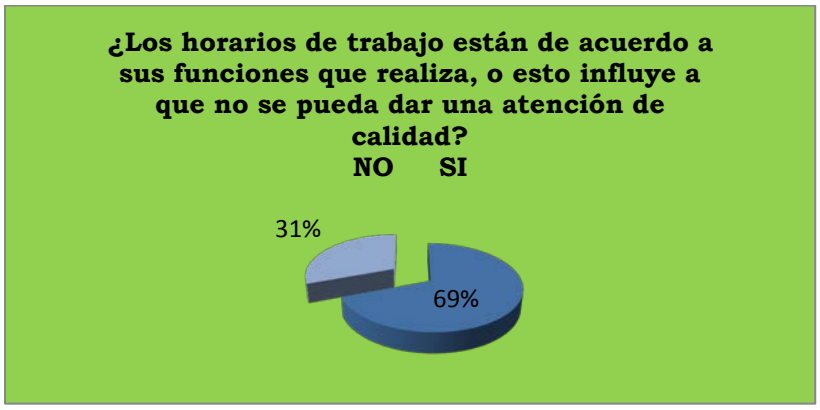
Los profesionales de la salud del hospital Luis Vernaza en un 85% manifiestan que es rápida la atención del paciente en el área de emergencia cuando éste llega.

Pregunta 4.2.2.5.

- **Interpretación**

Nº	PREGUNTA	SI	%	NO	%	Nº	TOTAL
5	¿Los horarios de trabajo están de acuerdo a sus funciones que realiza, o esto influye a que no se pueda dar una atención de calidad? SI NO	36	69	16	31	52	100%

- **Graficación**



- **Discusión**

Los profesionales de la salud del hospital Luis Vernaza en un 69% expresan que los horarios de trabajo están de acuerdo a sus funciones que realizan.

4.3.3. Encuesta aplicada a los Pacientes

Pregunta 4.2.3.1.

- **Interpretación**

Nº	PREGUNTA	SI	%	NO	%	Nº	TOTAL
1	¿Cuándo usted llegó al área de emergencia fue atendido inmediatamente? SI NO	98	77	29	23	127	100%

- **Graficación**

- **Discusión**

Los pacientes que acuden al área de emergencia en un 77% expresan que, cuando llegaron al área de emergencia fueron atendidos inmediatamente.

Pregunta 4.2.3.2.

- **Interpretación**

Nº	PREGUNTA	SI	%	NO	%	Nº	TOTAL
2	¿Cree usted que los servicios de salud que ofrece la institución están acorde a lo que esperaba o deben cambiar? SI NO	101	79	26	21	127	100%

- **Graficación**

- **Discusión**

Los pacientes que acuden al área de emergencia en un 79% creen que los servicios de salud que ofrece la institución están acorde a lo que esperaba.

Pregunta 4.2.3.3.

- **Interpretación**

Nº	PREGUNTA	SI	%	NO	%	Nº	TOTAL
3	¿Cree usted que el servicio de cirugías que ofrece el área de emergencia es rápido? SI NO	57	45	70	55	127	100%

- **Graficación**

- **Discusión**

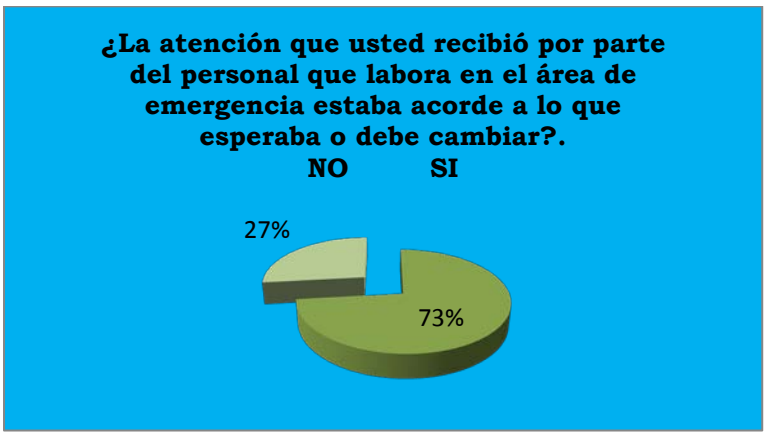
Los pacientes que acuden al área de emergencia en un 45% manifiestan que el servicio de cirugías que ofrece el área de emergencia es rápido.

Pregunta 4.2.3.4.

- **Interpretación**

Nº	PREGUNTA	SI	%	NO	%	Nº	TOTAL
4	¿La atención que usted recibió por parte del personal que labora en el área de emergencia estaba acorde a lo que esperaba o debe cambiar? SI NO	93	73	34	27	127	100%

- **Graficación**



- **Discusión**

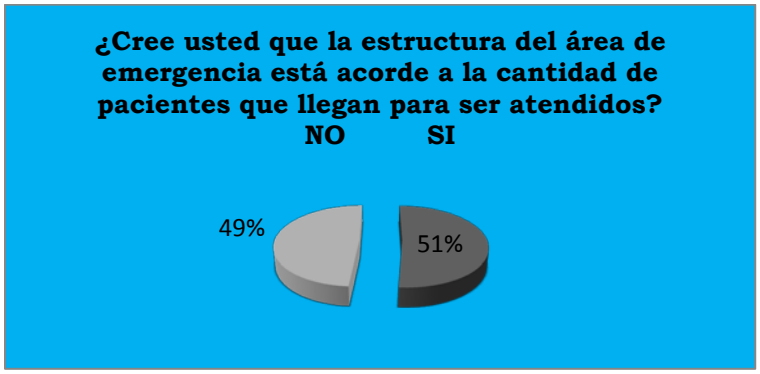
Los pacientes que acuden al área de emergencia en un 73% declaran que, la atención que recibió por parte del personal que labora en el área de emergencia estaba acorde a lo que esperaba.

Pregunta 4.2.3.5.

- **Interpretación**

Nº	PREGUNTA	SI	%	NO	%	Nº	TOTAL
5	¿Cree usted que la estructura del área de emergencia está acorde a la cantidad de pacientes que llegan para ser atendidos? SI NO	65	51	62	49	127	100%

- **Graficación**



- **Discusión**

Los pacientes que acuden al área de emergencia en un 51%, creen que la estructura del área de emergencia está acorde a la cantidad de pacientes que llegan para ser atendidos.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.

De lo seleccionado en la muestra respectiva y su información pertinente permite llegar a concluir lo siguiente:

- Los directivos:

✓ Las normas se deben seguir o se deben ajustar de acuerdo a las conductas del personal.

✓ Las funciones son tareas que se deben realizar en una institución por el personal que labora en ella.

✓ El Manual de Funciones es un libro que contiene programas y obligaciones de fácil ejecución para el personal.

✓ Que conozcan a cabalidad el manual de normas el personal esto implica en dar atención de calidad a los usuarios.

✓ Que es indispensable para la institución tener un manual de funciones.

- Los profesionales:

✓ Conocen el manual de normas de la Institución.

✓ Que el desconocimiento del manual de normas influye en dar una atención de calidad.

✓ Que el personal del área de emergencia debe tener bien definidas sus funciones para una atención rápida cuando ésta se presente.

✓ La atención es rápida al paciente en el área de emergencia cuando éste llega.

✓ Los horarios de trabajo están de acuerdo a sus funciones. Su cumplimiento influye a que no se pueda dar una atención de calidad.

- Los pacientes:

✓ En el área de emergencia fue atendido inmediatamente.

- ✓ Los servicios de salud que ofrece la institución están acorde a lo que esperaba.
- ✓ El servicio de cirugías que ofrece el área de emergencia es rápido.
- ✓ La atención que reciben por parte del personal que labora en el área de emergencia debe cambiar.
- ✓ La estructura del área de emergencia está acorde a la cantidad de pacientes que llegan para ser atendidos.

5.2. Recomendaciones.

- ✓ Determinar específicamente las funciones y/o tareas que debe realizar en el área de emergencia, el personal que labora en ella.
- ✓ Que conozcan a cabalidad el manual de normas el personal esto implica en dar atención de calidad a los usuarios.
- ✓ El personal del área de emergencia debe tener bien definidas sus funciones para una atención rápida cuando ésta se presente.
- ✓ Los horarios de trabajo deben estar de acuerdo a sus funciones ya que esta influye en una atención de calidad.
- ✓ Mejorar la atención a los pacientes del área de emergencia por parte del personal que labora en ella.
- ✓ Considerar la propuesta emitida por la autora de la investigación.

CAPITULO VI

6. PROPUESTA ALTERNATIVA

6.1. Título.

MANUAL DE FUNCIONES DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS A CUMPLIR POR LOS TRABAJADORES SOBRE LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL ÁREA DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL "LUIS VERNAZA" DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL

6.2. Justificación.

Una de las principales causas de muerte en la actualidad, en los países con una atención de salud de primer nivel, la constituyen los problemas de salud que exigen una atención inmediata y representan una emergencia que es necesario atender.

Los accidentes y heridas son una de esas causas, quizá debido a que la conducta humana no es lo suficientemente prudente en el uso de la tecnología de que dispone.

Para movilizar a un herido que ha sufrido un traumatismo hay que hacer un reconocimiento de las posibles lesiones para actuar correctamente.

Las prisas excesivas, que omiten la inspección del herido pueden ser más perjudiciales que una actuación bien planteada y fruto de las valoraciones realizadas in situ.

La asistencia a las víctimas de cualquier catástrofe o siniestro debe realizarse siguiendo un orden que se establecerá en función de la gravedad de las lesiones.

Se debe atender por este orden cualquier emergencia:

1. Parada cardiocirculatoria.
2. Asfixia.

3. Hemorragias importantes.
4. Fracturas.
5. Otras heridas.

Se debe seguir para ello el protocolo siguiente:

1. Comprobar el pulso arterial y latido cardíaco. Si no hay latido, ni se percibe el pulso cabe realizar un masaje cardíaco.
2. Valorar simultáneamente la respiración pulmonar. Aflojarle la ropa, corbata, camisa, cinturones, etc., ante cualquier signo de dificultad respiratoria. Ante cualquier pérdida de conciencia y presencia de signos de asfixia hay que comprobar que la vía aérea no esté obstruida. Pudiera ocurrir que la lengua haya caído hacia atrás y esté obstruyendo el paso del aire. Meter los dedos en la boca para comprobar la posición de la lengua.
3. Las hemorragias grandes, que sangran al exterior se tratarán de amortiguar por compresión; entre tanto se evacua el enfermo y/o se le aplican sustitutos del plasma.
4. Si hay sospecha de que exista una fractura de la columna vertebral, hay que tomar extremas precauciones para su movilización, puesto que se debe evitar que se produzca una sección medular o lesión de vías nerviosas. La movilización debe hacerse sobre superficie dura, evitando manipular y modificar las curvaturas del raquis del paciente al adoptar otras posturas.
5. Un paciente en estado inconsciente debe evacuarse en camilla en decúbito lateral para facilitar la expulsión al exterior de vómitos, hemorragias, etc. que de encontrarse en decúbito supino podría aspirar.

La atención que reciben por parte del personal que labora en el área de emergencia comprende básicamente un perfil de competencias, dependerá fundamentalmente de las funciones que desarrolle el puesto de trabajo en cuestión, y por supuesto de la estrategia y la cultura de cada organización en particular. Por esta razón cualquier modelo a desarrollar debe ser flexible y

adaptable, de forma tal que sea capaz de describir comportamientos observables, además de ser conciso, fiable y válido para predecir el éxito en el puesto de trabajo.

“El conjunto de principios y creencias básicos de una organización que son compartidos por sus miembros y que la diferencian de otras organizaciones” ha sido definido como cultura organizativa por los principales tratadistas.

A este conjunto de elementos que marcan la diferencia se le asignan comúnmente diversas denominaciones: “estilo”, “ideología”, “manera de ser”, “valores”, “filosofía”, incluso “cultura”. Son ellos los que establecen o no las barreras ante determinadas políticas o la adaptación o no de las personas que forman parte de la organización.

Ahora bien, el mayor impacto en la formación de la cultura lo ejerce el fundador o fundadores de la empresa a partir de sus valores, ideas, objetivos y personalidad influenciado a su vez por los valores del entorno. De esta manera la organización forma las bases de su existencia e inconscientemente va asumiendo la cultura organizativa a través del tiempo. Las políticas, estructuras, procedimientos, normas de conducta exteriorizan la manifestación de dicha cultura.

6.3. Fundamentación.

Con el beneficio de atención urgente el paciente es atendido en cualquier caso de emergencia, sea médico-quirúrgica o accidental. Y tenemos lo que puede ser

Emergencia médico-quirúrgica

Es aquel problema de salud que se presenta en forma súbita, como manifestación de una enfermedad aguda o como recurrencia, progresión o complicación de una afección crónica y que de no recibir atención médica o quirúrgica inmediata, compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona. Como ejemplos de diagnósticos de emergencia médico-quirúrgica:

- Convulsiones.

- Diarrea abundante, con deshidratación de moderada a grave.
- Retención urinaria.
- Acceso asmático.
- Apendicitis aguda.
- Migraña.
- Otitis aguda.
- Lumbalgia aguda.
- Dolor toráxico agudo.
- Fiebre elevada en niños hasta 4 años (39 grados en adelante).
- Gestante que nota interrupción de los movimientos fetales o pérdida de líquido o sangrado o elevación de la presión arterial o con dolor abdominal.
- Hemorragia por vía vaginal.
- Inestabilidad o pérdida del equilibrio de aparición súbita.
- Llanto persistente en niños menores de 2 años, que no se conoce la causa.
- Palpitaciones o arritmia cardiaca brusca o pulso muy acelerado o muy lento.
- Paro cardíaco o respiratorio.
- Pérdida brusca de la visión.
- Pérdida de la conciencia (síncope).
- Picaduras o mordeduras de insectos o de animales.
- Hipotensión arterial de moderada a severa.
- Hipertensión arterial de moderada a severa.
- Traumatismo facial.
- Hemorragia digestiva alta o baja de moderada a severa.
- Vómitos e intolerancia por la vía oral con deshidratación de moderada a severa.

Y se reconoce como Emergencia Accidental

A toda lesión corporal producida por una acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la

persona, independientemente de su voluntad y que de no recibir atención médica o quirúrgica inmediata puede comprometer seriamente la vida o dejar secuelas irreversibles en la persona. Como ejemplos de Emergencia Accidental:

- Fractura ósea.
- Heridas cortantes, punzantes o punzo penetrantes.
- Ingesta accidental de tóxicos o agentes corrosivos.
- Traumatismos del aparato locomotor.
- Luxación o esguince de articulaciones (tobillo, muñeca, otras).
- Quemaduras.
- Traumatismo craneal.
- Traumatismo toráxico o abdominal.

Cobertura de emergencia

Toda emergencia de manejo ambulatorio (que no requiera de internamiento u hospitalización), será cubierta al 100% (sin copagos). La emergencia accidental de manejo ambulatorio, será cubierta al 100%, hasta el momento del alta, incluyendo las consultas ambulatorias, las cuales son consideradas como "Continuación de Emergencia".

En el caso de las emergencias médico-quirúrgicas (no accidentales), las consultas de control se regirán de acuerdo a las condiciones de una atención ambulatoria, según el plan de salud contratado. Es decir, se realizarán los copagos respectivos. Si la emergencia requiere de hospitalización y/o internamiento, se aplicarán las condiciones vigentes para una atención hospitalaria (incluyendo copagos).

Partiendo de que la motivación, causa del comportamiento de un organismo, o razón por la que un organismo lleva a cabo una actividad determinada.

En los seres humanos, la motivación engloba tanto los impulsos conscientes como los inconscientes. Las teorías de la motivación, en psicología, establecen un nivel de motivación primario, que se refiere a la satisfacción de las

necesidades elementales, como respirar, comer o beber; y un nivel secundario referido a las necesidades sociales, como el logro o el afecto. Se supone que el primer nivel debe estar satisfecho antes de plantearse los secundarios.

El psicólogo estadounidense Abraham Maslow diseñó una jerarquía motivacional en seis niveles que, según él explicaban la determinación del comportamiento humano. Este orden de necesidades sería el siguiente: fisiológicas, de seguridad, amor y sentimientos de pertenencia, prestigio, competencia y estima social, autorrealización, y curiosidad y necesidad de comprender el mundo circundante.

Ninguna teoría de la motivación ha sido universalmente aceptada. En primer lugar, muchos psicólogos, dentro del enfoque del conductismo, plantearon que el nivel mínimo de estimulación hacía a un organismo comportarse de forma tal que trataba de eliminar dicha estimulación, ocasionando un estado deseado de ausencia de estimulación. De hecho, gran parte de la fisiología humana opera de este modo. Sin embargo, las recientes teorías cognitivas de la motivación describen a los seres humanos intentando optimizar, antes que eliminar, su estado de estimulación. Con ello, estas teorías resultan más eficaces para explicar la tendencia humana hacia el comportamiento exploratorio, la necesidad o el gusto por la variedad, las reacciones estéticas y la curiosidad.

En lo concerniente al ambiente laboral, se parte manifestando que es el pago al propietario de un factor de producción (trabajo, energía) de una cantidad inferior al valor del producto.

Otro punto a destacar es que cuando hablamos de conducta motivada la estamos diferenciando claramente de conducta instintiva.

6.4. Objetivo General.

- Analizar y desarrollar la influencia del manual de procedimientos y su motivación como clave del éxito para mejorar el ambiente laboral y la

calidad de atención al paciente; que deben mantener los profesionales de la salud que laboran en el Hospital “Luis Vernaza”.

6.5. Objetivo específicos.

- Analizar los principales aspectos y procedimientos a aplicarse en el proceso de atención al usuario con calidad y su relación con la motivación y su influencia en el ámbito laboral médico en el Hospital “Luis Vernaza”.
- Especificar cuáles son los beneficios de la aplicación de un manual de procedimientos y su influencia motivacional en el ambiente laboral en el Hospital “Luis Vernaza”.
- Describir cómo afecta en el área de emergencia los actuales procesos y procedimiento laborales médicos en el Hospital “Luis Vernaza” y su correlación con la motivación laboral médica actual.

6.6. Importancia.

Partiendo desde el enfoque social que mantiene la Junta de Beneficencia de la ciudad de Guayaquil, a la cual es adscrito el Hospital “Luis Vernaza” se encuadra en lo siguiente:

MISIÓN

Brindar asistencia social solidaria, sin fines de lucro, con el más alto nivel de calidad y calidez a las personas más necesitadas en el Ecuador, en todas las etapas de su vida, con énfasis en la prestación de servicios médicos, para promover y facilitar un real ejercicio del concepto de salud, contribuyendo al desarrollo social y al mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes.

VISIÓN

Ser líder y ejemplo en toda América de una organización ágil, innovadora, transparente y autosustentable, dirigida por un dinámico voluntariado de alto nivel participativo, tendiente a prestar ayuda solidaria a la población del Ecuador que la demande, tanto en el campo médico como social.

Y mantiene como valores:

- Solidaridad,
- Honestidad,
- Confianza,
- Liderazgo,
- Innovación, y
- Sostenibilidad.

En concordancia con lo expuesto, es importante considerar que un manual de procedimientos delineará las actividades y competencia que nos conlleve a prestar una calidad de atención óptima de acuerdo a los requerimientos de los pacientes y propender a que las actividades desarrolladas por los profesionales médicos sigan un lineamiento definido en donde gane confianza el profesional del área de emergencia en los procesos desplegados y las necesidades de atención que requieren los pacientes que a esta casa médica acuden.

6.7. Ubicación contextual.

6.7.1 Institución: Hospital “Luis Vernaza”
6.7.2. Ubicación: Barrió las Peñas
6.7.3. Calle Julián Coronel # 404 y Escobedo
6.7.4. Teléfono: 2-560-300
6.7.5. E-Mail: infovernaza@jbgye.org.ec / www.jbg.org.ec
6.7.6. Parroquia: Letamendi
6.7.7. Cantón: Guayaquil
6.7.8. Provincia: Guayas
6.7.9. País: Ecuador

6.8. Factibilidad.

La propuesta es factible, porque la Junta de Beneficencia de la Ciudad de Guayaquil es la que regenta y mantiene la funcionalidad del Hospital Luis

Vernaza, desarrolla constantemente proyectos y propuestas para mejorar los servicios que sus instituciones mantienen para los servicios de sus clientes o pacientes.

El Ministerio de Salud con su nueva propuesta de asistencia médica, en la que prevé dar un servicio oportuno, de calidez y calidad a los pacientes.

Los profesionales médicos del Hospital Luis Vernaza, están siempre en constante formación y capacitación para brindar una asistencia eficiente, eficaz y pertinente en:

6.8.1. Salud Pública

¿Qué es salud pública? Esta pregunta no tiene una respuesta fácil. Diversas definiciones se han planteado para intentar especificar este concepto. Uno de los principales innovadores en el desarrollo conceptual de la salud pública fue C. E. Winslow. Según Winslow, salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para:

1. el saneamiento del medio ambiente;
2. el control de las enfermedades transmisibles;
3. la educación sanitaria;
4. la organización de los servicios médicos y de enfermería; y
5. el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.

Quizá más importante que definir la salud pública es identificar para qué sirve. En este sentido, parece que la misión de la salud pública es satisfacer el interés de la sociedad en garantizar las condiciones que permiten a las personas tener salud. Las tres misiones fundamentales de la salud pública definidas por el INSTITUTE OF MEDICINE se vieron relacionadas con 10 prácticas fundamentales que debe prestar la salud pública y que fueron definidas y catalogadas por un grupo de trabajo establecido por el Public Health Practice Program Office de los CDC.

Estas definiciones ofrecen un marco estructural que define las actividades en salud pública:

A) Evaluar y monitorizar la salud: el objetivo es conocer el estado de salud de las comunidades y poblaciones en riesgo para identificar problemas y prioridades de salud. Para ello hay que proceder a la recolección, recopilación, análisis y diseminación de información sobre la salud de las poblaciones. Los servicios que la salud pública debe proporcionar para dar respuesta a esta misión son:

1. Evaluación de las necesidades de salud de la población.
2. Investigación de la aparición de problemas y riesgos para la salud.
3. Análisis de los determinantes de los riesgos para la salud identificados.

B) Formular programas y políticas públicos: en colaboración con la comunidad y las autoridades, es necesario diseñar planes y programas para resolver los problemas y prioridades de salud identificados a cada nivel, local, regional y nacional. Hay que ejercitar la responsabilidad de atender el interés público desarrollando un conjunto global de políticas públicas en salud, promoviendo el uso del conocimiento científico para la toma de decisiones, estimulando la participación comunitaria y evaluando resultados. Los servicios de la salud pública en este ámbito serían:

1. Adopción de un papel como mediador y portavoz.
2. Establecimiento de prioridades entre las necesidades detectadas.
3. Desarrollar programas y planes para dar respuesta a dichas necesidades.

C) Garantizar servicios: que toda la población tenga acceso a servicios que son adecuados y coste-efectivos, incluyendo servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, evaluando la efectividad de dichas intervenciones, garantizando la puesta en marcha de los servicios que son necesarios para conseguir alcanzar los objetivos planteados para dar respuesta a las necesidades puestas de manifiesto, estimulando que se desarrollen las acciones, regulando que se pongan en marcha o proporcionando los servicios directamente. Esto se conseguiría:

1. Gestionando recursos y desarrollando una estructura organizativa.
2. Poniendo en marcha los programas.
3. Evaluando los programas y estableciendo sistemas de garantía y mejora de la calidad.
4. Informando y educando a la población.

6.8.2. Atención primaria

En 1978, la Conferencia Internacional de Alma Ata de la Organización Mundial de la Salud definió la Atención Primaria de Salud (APS) como la estrategia para alcanzar la meta de salud para todos para el año 2000, entendiendo por APS: la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a costo que la comunidad y el país puedan soportar, todas y cada una de las etapas a ser desarrolladas con un espíritu de responsabilidad y autodeterminación.

La APS forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto del Sistema Nacional de Salud con los individuos, la familia y la comunidad.

Veinte años más tarde Salud para Todos queda como meta para después del año 2000. La APS como modelo para desafiar los problemas de salud es hoy una estrategia efectiva.

En Ecuador, la Atención Primaria es desarrollada por los equipos de atención primaria, formados por: médicos, enfermeras, trabajadores sociales y personal de apoyo.

6.8.3. Atención especializada

La Atención Primaria de mediados de los años 80 fue generadora de un avance espectacular de este nivel asistencial, trayendo como consecuencia, una mejora

significativa en la atención a los ciudadanos y una contribución no menor, a la mejora del patrón epidemiológico de la población.

Fue además, una reforma consonante con el modelo de sociedad existente hace veinticinco años, de sus valores y creencias, estando además alineada con las estrategias en boga en el mundo entero para la mejora de los niveles de salud de los ciudadanos.

Para permitir el desarrollo del modelo hubo de protegerlo con un mecanismo de discriminación positiva, dando carta de naturaleza al "nivel de Atención Primaria" con entidad propia y diferenciado del nivel de Atención Especializada.

Con el paso del tiempo, esta separación de "cuerpos y alma" se ha convertido en perverso al compartimentar ambos niveles con una difícil coordinación y una todavía más difícil gestión del continuum asistencial entre ellos.

Lo que los propios primaristas defendían de que la AP no es un nivel de atención sino una estrategia, ha acabado convirtiéndose en un espacio estructural de lógica propia, alejado del concepto estrategia y víctima y victimario del concepto nivel.

Soy una firme defensora de la AP como estrategia, pero creo que ha llegado el momento de reenfocar el modelo asistencial acabando con la denominación AP y AE, que separan en lugar de unir, y por supuesto para ello, es imprescindible acabar con las "Gerencias de AP y de AE" que solo hacen crear espacios de poder, y que para perpetuarse precisan de la separación y la confrontación.

Deberíamos pasar a razonar, sin separación de niveles, sobre los procesos asociados al concepto de guía de práctica clínica que no distingue niveles, sino que promueve el trabajo cooperativo de un conjunto de profesionales alrededor de un proceso, trabajando en equipo a lo largo de la evolución natural de las enfermedades y de sus distintos episodios.

La AP es una más de las especialidades médicas, con su propio cuerpo de doctrina y su autonomía en la gestión de la formación de sus residentes, que

serán los profesionales del mañana. Está pues en pie de igualdad con otras especialidades médicas y quirúrgicas, y como tal debe integrarse en los procesos asistenciales, al igual que estas otras especialidades.

No se trata de cuestionar para la AP su rol de "hard core" del proceso asistencial, sino de revisar como este se operativiza en positivo, no contra nadie, sino a favor de los ciudadanos.

6.9. Descripción de La Propuesta.

6.9.1. *Manual de procedimientos*

6.9.1.1. Congelamiento

- ***Protocolo general***

Contempla cuatro aspectos principales:

- Profilaxis de las lesiones.
- Tratamiento sistemático.
- Tratamiento local.
- Rehabilitación.

- **Profilaxis**

Equipo adecuado, que debe estar compuesto por ropa no apretada y confeccionado a base de varias capas, de forma que quede entre ellas aire que sirva de capa aislante; la capa exterior debe ser la más adecuada para la protección del viento y de la humedad.

Es necesario cuidar la higiene personal, ya que hay peligro de erosiones en manos o pies y aumenta la posibilidad de infecciones.

Asimismo es aconsejable evitar la humedad (calzado impermeable, varios calcetines sin costura, etc.).

Tratamiento sistémico: El cuadro clínico general de estos casos es un paciente con hipotermia general y una o más extremidades congeladas, hipovolemia con

deshidratación, acidosis hipoxémica... incluso síndrome de privación alcohólica que pueden presentar algunos sujetos hallados en hipotermia en la vía pública. Por lo tanto será preciso en algunos casos administrar O_2 28% - 20% con mascarilla ventimax; para la hipovolemia y deshidratación se realizará con suero fisiológico o Ringer lactato 1000 - 3000 cc/8 h. control de PVC.

En caso de aparición de insuficiencia prerrenal por la hipovolemia sería fundamental una buena hidratación acompañada de diuréticos.

- **Tratamiento local**

En el caso de congelación de una extremidad, es necesario aflojar la vestimenta y retirar la ropa húmeda que supuestamente pueda llevar. No se frotará la zona congelada con nieve, pues está demostrado que cuando se realiza tal maniobra, en la zona congelada se producen cortes microscópicos que facilitan la infección local de la lesión. Tampoco es aconsejable iniciar el recalentamiento de la extremidad afectada sin que esté todo preparado para el traslado del paciente a un centro adecuado ya que una vez iniciado el recalentamiento debe permanecer en una camilla y trasladarlo a un centro adecuado para su tratamiento local y general.

- **Recalentamiento**

Es lo más importante del tratamiento y consiste en introducir la extremidad afectada, previa analgesia, en un baño de agua con solución antiséptica yodada a una temperatura de 38-40 °C durante un plazo de 20 a 30 minutos, hasta que la piel recupere su color rosado. Es a partir de ese momento cuando empieza a aparecer la semiología que indica la intensidad lesional y que permite calificar la congelación en grados. Se debe recubrir la zona lesionada con gasas estériles y utilizar analgésicos. Se puede utilizar antibioterapia profiláctica para evitar infección secundaria. Como tratamiento médico la utilización de antiagregantes es conveniente (ácido acetilsalicílico, ticlopidina) también se ha utilizado pentosicilina.

Por el contrario, si después del calentamiento rápido no aparecen flictenas, debe valorarse como dato de mal pronóstico pudiendo evolucionar los tejidos afectados hacia gangrena.

Debido a la falta de sensibilidad de la extremidad congelada, debe evitarse por completo el contacto directo con agua hirviendo, fuego o incluso calor seco ya que pueden ocasionar importantes quemaduras sin que el sujeto se percate de ello.

- **Tratamiento hospitalario**

Una vez que el recalentamiento ha sido efectuado y el accidentado trasladado a un centro adecuado, se ha de mantener la extremidad afectada elevada para evitar la formación de edemas y erosiones.

Se aplicará profilaxis antitetánica.

En todos los casos será necesario esperar la delimitación espontánea de las lesiones definitivas (60-90 días) tras el calentamiento rápido, evitándose de esta forma amputaciones innecesarias ya que las lesiones irreversibles pueden quedar limitadas a planos superficiales o zonas dístales muy concretas.

Se ha observado que la práctica de una simpatectomía 36-72 h después del accidente puede mejorar los resultados ya que evitará el vasoespasmo y la posible trombosis local.

6.9.1.2. Electrocuciones

- **Protocolo general**

En el tratamiento de un electrocutado lo prioritario es comprobar si el accidentado se encuentra en contacto con la corriente, lo que ha de hacerse con la máxima seguridad para las personas encargadas del rescate. Se corta la corriente eléctrica si es posible y si no lo es, se procura liberar a la víctima sin tocarla, ni a ella ni otro material conductor (alambre, objeto metálico, agua, etc.) con el que el accidentado puede estar en contacto. Se aconseja utilizar una

pértiga de madera o un lago, es decir, instrumentos no conductores de electricidad.

Para manejar sin riesgo a la víctima en contacto, aún asida involuntariamente al conductor, también pueden utilizarse guantes de goma, no conductores de electricidad.

Una vez retirada la víctima del conductor de electricidad, debe comprobarse inmediatamente la permeabilidad de sus vías aéreas, de la conciencia y del pulso, para comenzar in situ las maniobra de RCP. Estas maniobras de RCP se mantendrán durante el traslado de la víctima al centro hospitalario, en donde serán completadas todas las medidas de monitorización y de soporte instrumental necesarios para el mantenimiento de las funciones cardiorrespiratorias.

Una vez en el hospital se iniciará inmediatamente la reposición de líquidos y electrolitos.

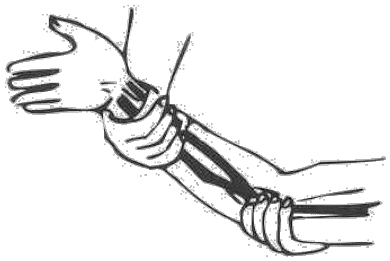
6.9.1.3. Hemorragias

- **Protocolo general**

Lo más importante es controlar la hemorragia. Para ello, Enfermería deberá actuar de la siguiente forma:

- Tumbar al paciente.
- Colocarse guantes.
- Retirar la ropa que cubre la zona que sangra.

- Aplicar presión sobre la zona que sangre:
  - Utilizando una gasa, compresa o toalla limpia se presionará fuertemente sobre la zona, y si no disponemos de material se presionará con la misma mano, previa colocación de guantes.
  - En caso de que las heridas sean muy extensas se colocará un vendaje compresivo.
- Elevación:
  - Para reducir la presión de la sangre en la zona afectada y controlar la hemorragia se elevará dicha zona.
  - Si la zona afectada está situada en algún miembro, habrá que elevarlo de forma que quede en posición superior al corazón.
  - Si aún sangra se colocarán más apósitos sin suprimir el primer vendaje que se realizó.
- Aplicar presión sobre la arteria.
  - Esta técnica se utiliza cuando han fracasado los procedimientos anteriores.
  - Se trata de hacer compresión con los dedos sobre la arteria y hacia el hueso, con el fin de minimizar el flujo de sangre en el miembro.
  - Se hará al mismo tiempo compresión en la zona sangrante y elevación.
  - Si la hemorragia es en el miembro superior:
  - Colocar la palma de la mano bajo el brazo del paciente y presionar la arteria braquial contra el hueso.
  - Si la hemorragia es en el miembro inferior:
  - Colocar la palma de la mano sobre la ingle del paciente y presionar la arteria femoral.

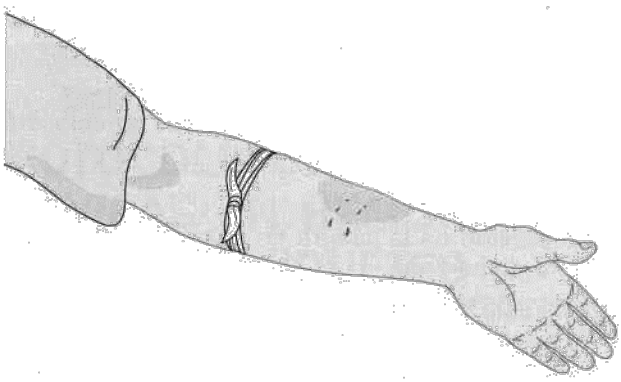


Técnica de elevación y presión indirecta sobre la arteria

- Aplicación de un torniquete

El torniquete sólo se usará en caso de que los métodos descritos anteriormente hayan fracasado debido a las consecuencias tan graves que acarrea su uso. Actuación:

- Para que no salga sangre de una arteria, el torniquete se dispondrá entre la herida y el corazón.
- Lo mejor es utilizar una venda colocándola unos cuatro-cinco dedos por encima de la herida y dando dos vueltas alrededor del miembro sujetándola con un nudo.
- Aplicar algún objeto duro (una vara por ejemplo) dentro del nudo y hacer dos nudos más sobre dicho objeto.
- Girar el objeto poco a poco hasta que no fluya sangre.
- Aflojar el torniquete cada 5 minutos para evitar una isquemia irreversible y trasladar al paciente urgentemente al hospital.



- ***Actitud de Enfermería ante una hemorragia interna***

- Tumbar al paciente en posición de decúbito supino con la cabeza hacia un lateral y los pies por encima de la cabeza.
- Controlar la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y el nivel de conciencia constantemente.
- Tapar al paciente para que no pierda calor.
- No administrar nada por vía oral.
- Trasladar al paciente a un hospital.

- ***Actitud de Enfermería ante otros tipos de hemorragias***

- *Hemorragia de nariz (Epistaxis)*

  - Sentar al paciente, colocándole la cabeza un poco hacia delante para que no ingiera sangre.
  - Informar al paciente de la necesidad de respirar por la boca y de evitar toser o realizar movimientos bruscos para que no se deshaga el coágulo que se forma.
  - Comprimir sobre el tabique nasal con los dedos índice y pulgar unos minutos.
  - Si habiendo aplicado estas medidas, el paciente sigue sangrando, se le colocará un tapón de gasa humedecido en agua destilada.
  - Si no se controla el sangrado trasladar a un hospital.

- *Hemorragia dental*

  - Informar al paciente de que no debe hacer enjuagues con ningún producto ni siquiera agua.
  - Colocar un tapón de gasa humedecida en agua oxigenada en el lugar de la hemorragia e informar al paciente que debe aprisionarlo fuertemente.
  - Derivar al paciente al dentista.

- *Hemorragia de oído (Otorragia)*

  - Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo o derecho según el oído afectado. Si está afectado el oído izquierdo se colocará en posición de decúbito lateral izquierdo y a la inversa.
  - No colocar gasas ni cualquier otro apósito en el oído, para facilitar la salida de sangre.
  - Trasladar al paciente al hospital.

- *Hemorragia genital femenina*

  - Colocar a la paciente en posición de decúbito supino.
  - Tapar a la paciente con una manta para evitar pérdidas de calor.
  - Tomar las constantes vitales de forma continua.
  - Administrar suero oral.
  - Trasladar al hospital en la posición de decúbito supino.

Inmovilizaciones, vendajes y férulas

Procedimiento de inmovilización

Una vez que ya conocemos la fisiopatología de las fracturas habrá que adentrarse en sus posibilidades de curación, es decir, en el tratamiento. Las fracturas, en función de su localización y características, tendrán un tratamiento distinto, pero en lo que sí coinciden todos es en proporcionar inmovilización al callo óseo para que se pueda producir la recuperación.

Los principios fundamentales del tratamiento de fracturas son reducción, inmovilización y recuperación de la función y resistencia normales por rehabilitación.

- La reducción es la restauración de la posición y alineación anatómicas de los fragmentos óseos. Por lo común las fracturas se reducen con la mayor brevedad posible para prevenir que los tejidos pierdan su elasticidad si quedan infiltrados por edemas o hemorragia. Los métodos empleados para la reducción de fractura son:
- Reducción cerrada. Se logra colocando los fragmentos óseos por manipulación y tracción manual. Se verifica después de inmovilizar con Rayos X.
- Tracción. Se emplea para lograr la reducción e inmovilización de la fractura y se va modificando la fuerza de tracción a medida que va cediendo el espasmo muscular.

- Reducción abierta. Los fragmentos se alinean a través de procedimiento quirúrgico y así se posibilita inmovilizar y fijar firmemente los fragmentos.
- Una vez reducida la fractura los fragmentos óseos deben inmovilizarse o mantenerse en posición y alineación correcta hasta la consolidación del hueso. Los métodos empleados para mantener la inmovilización son:
  - Dispositivos externos:
    - Férulas
    - Ortosis
    - Enyesado
    - Clavos y enyesado
    - Dispositivos de fijación externa
    - Tracción
  - Vendaje
  - Dispositivos internos:
    - Clavos
    - Placas
    - Tornillos
    - Alambre
    - Vástagos
- Conservación y restauración de la función: La inflamación se controla con la elevación del miembro afectado y con la aplicación de hielo.
  - Mantener la reducción y la inmovilización.
  - Elevar la parte para minimizar la hinchazón.
  - Vigilar el estado neurovascular.
  - Controlar la ansiedad y el dolor.
  - Ejercicios isométricos y de fijación muscular.
  - Participación en actividades de la vida diaria.
  - Reanudar poco a poco las actividades.

Los factores que afectan a la curación de las fracturas son muy diversos. Así, entre los que la favorecen encontramos una correcta inmovilización de los

fragmentos óseos y el máximo contacto de los mismos, un riego sanguíneo suficiente, nutrición apropiada, ejercicio con apoyo de peso en los huesos largos, la influencia de las hormonas y la aplicación de potencial eléctrico en el sitio de la fractura.

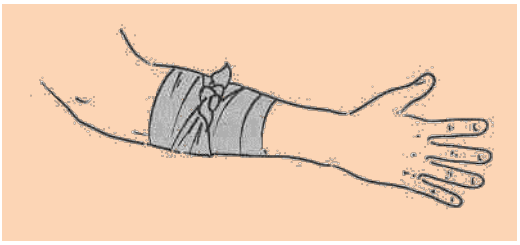
Entre los factores que inhiben o dificultan la curación de la fractura encontramos el que sea un traumatismo local extenso, pérdida ósea, inmovilización deficiente, espacio o tejidos entre los fragmentos óseos, infección, cáncer local, enfermedades óseas metabólicas, irradiación ósea, necrosis avascular, presencia de fractura intraarticular, edad y la administración de corticoesteroides.

En los dispositivos externos de inmovilización el enfermero(a) prestará especial cuidado en aquellos que llegará a realizar él bajo supervisión médica. Es decir, que tendrá que conocer las correctas técnicas de vendaje, colocación de férulas, colocación de yesos completos y dispositivo de tracción cutánea:

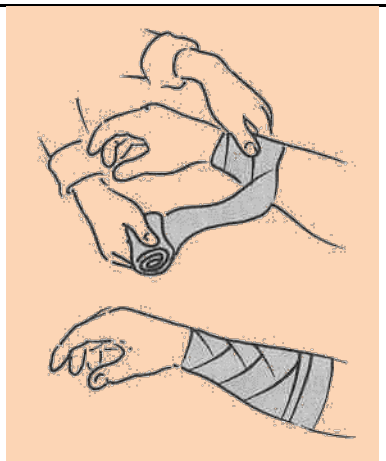
- **Procedimiento de vendajes**

Con respecto a los vendajes habría que conocer los distintos tipos:

- Vendaje en vuelta circular: Cada vuelta rodea la anterior.
- Vendaje en espiral: Cada vuelta se superpone parcialmente a la anterior y se usa para vendar los miembros.



Vendaje circular



Vendaje en espiral

- Vendaje en espiral invertida: Se realiza un cambio en la dirección del vendaje a mitad de una vuelta de espiral y es para que se ajuste bien a determinadas partes del cuerpo.
- Vendaje en ocho: Es la alternancia de vueltas ascendentes y descendentes hasta formar figuras de ocho. Se usan en articulaciones.
- Vuelta recurrente: En este vendaje se combinan varios tipos. Se usa en la cabeza y muñones.

Es importante recordar que la venda no se debe enrollar con demasiada fuerza, en una presión excesiva puede ocasionar compromiso vascular, y el miembro se endará en posición funcional. Antes de aplicar el vendaje comprobaremos que no existe herida y, si existiera, se curará y la venda siempre se aplicará de la parte distal hacia la proximal del miembro lesionado.

La elección del tipo de venda es decisión del profesional o a indicación del médico.

Las clases existentes son tantas que no las nombraremos.

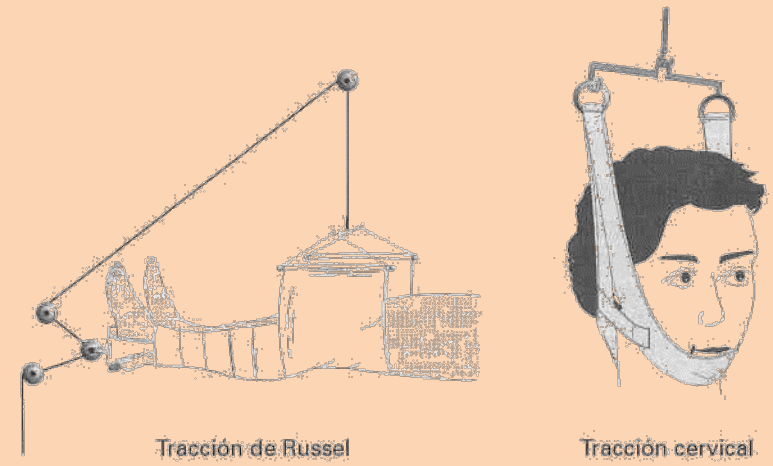
- **Procedimiento de colocación de férulas**

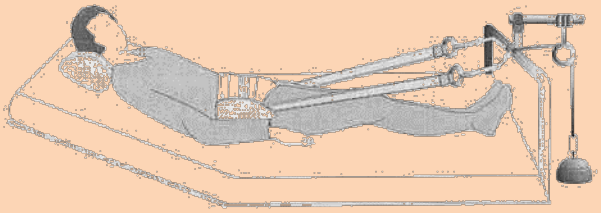
- En la colocación de férulas se pretende una inmovilización de la parte afectada para un período de tiempo relativamente corto, pues no ha existido gran compromiso del hueso en la fractura.
- La férula puede ser metálica (se usa en fracturas digitales y en inmovilizaciones, hará traslado de urgencia en primera asistencia) o bien puede ser de venda de yeso, para lo cual se almohadilla la zona y se prepara una férula con múltiples vueltas de venda de yeso que, después de humedecida, se colocará sobre el miembro afecto acompañándola de varias vueltas de hilo para inmovilizar la articulación y fijarla.
- Existen otros tipos de férula, como son la férula de aire, férula con tracción de Hare, férula posicional (ej. Para conseguir la abducción). Todas ellas facilitan una primera estabilización de la fractura y el traslado del paciente, pudiendo llegarse incluso a fabricar dicha férula

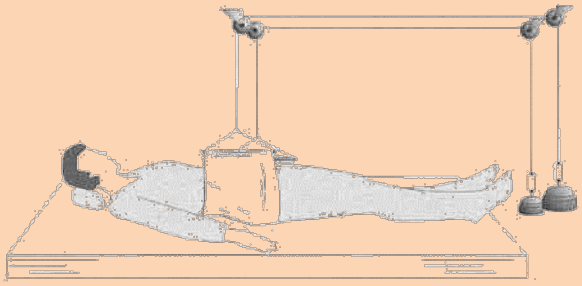
con dos elementos rígidos y una venda o similar para casos que no se disponga de material adecuado.

- **Inmovilizaciones prolongadas**

- Se realizan mediante la colocación de vendas de yeso, escayola, fibra de vidrio.
- La colocación de todas ellas se realizará de forma que el miembro se disponga en posición funcional y con el suficiente acolchado para evitar una excesiva compresión. Las vueltas de la venda se darán sin producir presión sobre el miembro, evitando la posibilidad de producir compromiso neurovascular. Es muy importante que no se produzcan arrugas que puedan producir úlceras en la piel e igualmente sólo se inmovilizarán las articulaciones necesarias, para lo cual, si es posible, se dejará libre la articulación distal y proximal que no comprometan a la fractura.







Algunos dispositivos de inmovilización

El moldeado de la venda impregnada en escayola, yeso o fibra de vidrio, se realizará a la vez que está fraguando y, una vez fraguado, habrá que vigilar el correcto estado circulatorio del miembro inmovilizado. Hay que prestar especial atención a los bordes de la venda para evitar que produzcan heridas al roce y a la posible aparición de manchas de drenajes.

Si existe alguna herida en la piel que va a necesitar curas durante la inmovilización se puede hacer una pequeña ventana para dicha tarea, siempre que no comprometa la rigidez del miembro.

En el caso de que la inmovilización se realice con yeso o escayola, se debe proporcionar al paciente una serie de recomendaciones para el perfecto mantenimiento de los mismos:

- No humedecer, cortar, calentar o actuar de otro modo sobre el yeso.
- Presentarse ante el especialista si se rompe, se suelta, existe dolor, mancha o hay entumecimiento de pie o mano y los dedos se ponen cianóticos e hinchados.
- Movilizar las articulaciones libres.
- No rascarse ni introducir nada entre la piel y el vendaje.

Para la retirada de una inmovilización con escayola o yeso, se hace necesario el uso de una sierra especial, que, por medio de pequeñas oscilaciones, cortará el yeso o la escayola pero que no puede cortar la piel, aunque sí podría quemarla por lo que habrá que prestar especial cuidado en la maniobra. Se empezará a cortar por los extremos distales y con ayuda de una pinza de pato se podrá ir abriendo hasta poder extraer el miembro. También se hace necesario cortar el vendaje almohadillado y, por último, limpiar el miembro con una gasa empapada en alcohol de los restos de piel muerta.

En tracción cutánea se inmoviliza de forma intermitente una parte del cuerpo durante un período prolongado mediante la aplicación directa de una fuerza de tracción sobre la piel del paciente, pudiendo hacerse por una cinta de tracción adhesiva, una bota o faja o un cabestrillo. La piel debe estar limpia, seca y de ser posible se evitará el rasurado y se protegerán las prominencias óseas, y se prestará especial cuidado a las heridas que existan. La manipulación de la tracción nunca se realizará de forma brusca y siempre se procurará mantener la fuerza de tracción en la movilización del paciente.

Hay que hacer referencia a las inmovilizaciones del cuello por medio de collarines cervicales (sean duros o blandos); también existen una serie de inmovilizaciones como serían el vendaje en ocho de guarismo (in moviliza fracturas claviculares), vendaje Felpea (una inmovilización del hombro a manera de cinturón) y un dispositivo para inmovilizar la rodilla.

6.9.1.4. Intoxicaciones

- **Protocolo general**

El tratamiento lo podemos ordenar secuencialmente en los siguientes cuatro apartados:

1. Evaluación de las funciones vitales.
2. Disminución de la absorción del tóxico.
3. Tratamiento farmacológico.
4. Aumento de la eliminación del tóxico.

- ***Evaluación de las funciones vitales***

Una intoxicación es una emergencia sanitaria potencialmente letal, por lo que, antes que nada, tendremos que, de forma rápida, evaluar las funciones vitales del enfermo y disponernos a aplicar las medidas de Soporte Vital Básico. Como en cualquier emergencia vital, el conseguir una mínima estabilidad hemodinámica es nuestra primera prioridad.

Sólo cuando nos aseguremos de un adecuado soporte respiratorio y circulatorio, incluyendo la canalización preventiva de una vena periférica, podremos continuar con el resto del tratamiento.

- ***Disminución de la absorción del tóxico***

- *Descontaminación*

Para disminuir la absorción del tóxico, hay que seguir el criterio general de separar al enfermo de la fuente de contaminación, independientemente de la vía de entrada.

Estas son algunas de las medidas a aplicar:

- Retirar la ropa contaminada y lavar la piel con agua y jabón.
- Irrigación abundante de la conjuntiva ocular con suero fisiológico.

- En el caso de inhalaciones tóxicas, separar al sujeto de la fuente de emisión y aplicar oxígeno.
- En el caso de mordedura de reptiles, habrá que extraer los cuerpos extraños y aplicar frío local (no suele ser recomendable la aplicación de torniquetes).
- Algunos arácnidos (garrapatas) quedan fijados a la piel tras su mordedura, siendo prioritario desprenderla para detener la inoculación del tóxico.

- *Disminución de la absorción digestiva*

En aproximadamente el 90% de los casos las intoxicaciones se producen por vía digestiva.

Podemos emplear tres mecanismos para disminuir la absorción de tóxico por vía digestiva:

A. Vaciado gástrico.
B. Administración de catárticos.
C. Administración de absorbentes.

a) Vaciado gástrico

Se puede hacer mediante la administración de eméticos o procediendo a realizar un lavado por aspiración del contenido gástrico.

- Administración de eméticos: Provocar el vómito es un procedimiento que está contraindicado en determinadas situaciones:
  - Si el tóxico ingerido es un cáustico.
  - Si el tóxico ingerido es un derivado del petróleo (aguarrás, barnices, pinturas...).
  - Cuando el enfermo esté convulsionando o en coma.
  - Cuando la paciente esté embarazada.
  - En niños menores de 6 meses.
  - En enfermos con disminución del nivel de conciencia.

El procedimiento está indicado en enfermos conscientes, en los que no hayan transcurrido más de tres horas de la ingesta.

Se realiza mediante la administración de jarabe de ipecuana, estando contraindicada por ineficaz y peligrosa la provocación del reflejo del vómito por estimulación faríngea.

- Lavado y aspiración gástrica:
  - En general se recomienda hasta transcurridas seis horas de la ingesta, aunque son numerosas las situaciones en las que la motilidad gástrica se puede ver enlentecida y, de forma genérica, ante la duda, se suele realizar.
  - Está especialmente indicado en pacientes con disminución del nivel de conciencia o incluso en coma si tenemos convenientemente aislada la vía aérea (tubo endotraqueal), por lo demás tiene las mismas contraindicaciones que la aplicación de eméticos.

Para realizar un vaciado o lavado gástrico necesitaremos colocar una sonda nasogástrica (en ocasiones sonda bucogástrica), para lo cual procederemos de la siguiente manera:

- Colocar al enfermo en decúbito lateral izquierdo con las rodillas flexionadas.
- Medir la distancia desde el orificio nasal de entrada (o desde la boca en el caso de las bucogástricas), hasta el estómago, incluyendo la flexura del ángulo faríngeo.

- Introducir la sonda ya lubricada suavemente, al tiempo que pedimos al enfermo que trague para ayudar a dirigir la sonda hacia el esófago.
- Una vez que hemos introducido la sonda hasta la distancia que previamente habíamos medido, deberemos asegurarnos de su correcta colocación aspirando el contenido gástrico. Otra forma de comprobación será introducir aire con ayuda de una jeringa de alimentación, que debemos oír salir perfectamente, al colocar la campana del fonendoscopio en el epigastrio del paciente.

El tamaño de la sonda a emplear va a depender del intervalo transcurrido desde la ingesta:

- Menos de una hora: Sonda de foucher n° 36.
- Más de una hora: Sonda nasogástrica normal.

Una vez colocada la sonda podremos aspirar el contenido gástrico. Si hemos utilizado una sonda de suficiente diámetro y perforada en sus extremos distal y laterales, podremos evidenciar los restos de la ingesta (restos de comprimidos, jugos gástricos, restos alimenticios...).

En ocasiones conviene realizar, una vez concluida la aspiración, un lavado gástrico, introduciendo entre 200 y 300 cc de suero fisiológico tantas veces como sea necesario hasta comprobar que el líquido de retorno es completamente claro.

b) Administración de catárticos

Retienen agua y aumentan el peristaltismo intestinal, contrarrestando el efecto astringente que provocan algunos adsorbentes (carbón activado). Los más empleados son el sulfato sódico (Evacuol®), sulfato de magnesio (Agua de carabaña®), manitol, lactulosa y sorbitol.

Se usan junto a los adsorbentes y hay que utilizarlos con precaución en pacientes con insuficiencia renal, cardiaca o con graves trastornos electrolíticos.

c) Administración de adsorbentes

Básicamente se emplea el carbón activado. Ocasionalmente se pueden utilizar otros más específicos como la tierra de Fuller en las intoxicaciones por paraquat o el azul de prusia en las intoxicaciones de talio.

El carbón activado se administra normalmente a través de la sonda nasogástrica (o bucogástrica) y en ocasiones por vía oral. Tiene como característica su capacidad de adsorber la mayoría de los restos tóxicos a excepción de los cáusticos, derivados del petróleo, ácido ascórbico, hierro, cianuro, litio, malatión, etanol, metanol y etilenglicol.

Se administran 50 g diluidos en 200 o 300 cc de agua en dosis única, pudiendo repetir la dosis cada 3 horas durante las primeras 24 ante determinados tóxicos de una larga vida media, que enlentezcan el peristaltismo intestinal, en intoxicaciones masivas, preparados tipo retard o sustancias con importante recirculación enterohepática.

Los principales riesgos que presenta la administración de carbón activado tienen que ver con la posibilidad de producir vómitos, con el consiguiente peligro de provocar una broncoaspiración, y los estreñimientos.

- **Aumento de la eliminación del tóxico**

Los tóxicos se eliminan fisiológicamente por vía hepática, respiratoria o renal. Podremos, en el caso de la vía renal, forzar el mecanismo con la denominada diuresis forzada. En la vía respiratoria podemos facilitar la eliminación administrando oxígeno. En la vía hepática (por donde se eliminan la mayoría de las sustancias tóxicas) no podremos, sin embargo, acelerar el proceso más que en muy contadas ocasiones (el metabolismo del paracetamol acelerado por la Nacetilcisteína y metabolismo del etilenglicol y metanol dificultado por el etanol).

La otra posibilidad de aumentar la eliminación del tóxico la constituye la denominada depuración extrarrenal, que incluye técnicas como hemodiálisis,

hemoperfusión, plasmaferesis y exanguinotransfusión. Todas ellas implican riesgos añadidos y tienen aplicaciones muy concretas según el estado clínico del paciente y el tipo de tóxico.

- ***Diuresis forzada***

Se emplea en aquellas intoxicaciones graves por sustancias que se eliminen prioritariamente por vía renal.

Se intenta aumentar el filtrado glomerular, hasta conseguir diuresis horarias de 8 ml/kg/h (aproximadamente 560 ml/h).

Existen tres tipos de diuresis forzada según las características del tóxico:

A) Diuresis forzada alcalina.

B) Diuresis forzada ácida

C) Diuresis forzada neutra.

a) Diuresis forzada alcalina:

Se emplea en intoxicaciones por: salicilatos, metotrexano, barbitúricos, flúor.

Los pacientes con insuficiencia cardiaca, renal o graves alteraciones electrolíticas, serán considerados de alto riesgo para someterlos a estas técnicas.

Es la más empleada. A lo largo de 5 horas administraremos secuencialmente los siguientes compuestos, realizando un minucioso balance hídrico que, de ser positivo, nos obligará a añadir diuréticos.

1ª Hora Reponer volemia	1.000 ml suero glucosado 5% 500 ml bicarbonato 1/6 M
2ª Hora	500 ml bicarbonato 1/6 M
3ª Hora	500 ml suero glucosado 5% + 10 mEq CLK
4ª Hora	500 ml suero fisiológico + 10 mEq CLK
5ª Hora	500 ml manitol al 10% + 10 mEq CLK

Si el pH urinario es menor de 7,5 añadiremos bolos intravenosos de 20 mEq de bicarbonato 1 M.

b) Diuresis forzada ácida:

Se emplea en la intoxicación por: quinidina, quinina, anfetaminas, bromuro y fenciclidina.

Es una práctica que en muchos lugares se considera desfasada.

1ª Hora Reponer volemia	1.500 ml suero glucosalino 100 ml cloruro amónico 1/6 M
2ª Hora	500 ml suero fisiológico + 10 mEq CLK
3ª Hora	500 ml suero glucosado 5% + 10 mEq CLK
4ª Hora	100 ml cloruro amónico 1/6 M
5ª Hora	500 ml manitol 10% + 10 mEq CLK

Si el pH urinario es mayor de 6,5 añadiremos bolos intravenosos de 1 g de ácido ascórbico.

c) Diuresis forzada neutra:

Empleada en intoxicaciones de: litio, talio, paraquat y algunas setas (amanita phaloides).

1ª Hora Reponer volemia	1.500 ml suero glucosalino
2ª Hora	500 ml suero fisiológico + 10 mEq CLK
3ª Hora	500 ml suero glucosado 5% + 10 mEq CLK
4ª Hora	500 ml suero fisiológico + 10 mEq CLK
5ª Hora	500 ml manitol 10%

6.9.1.5. Politraumatizado

- **Protocolo general**

El profesional de Enfermería, en cada situación específica, debe tener en cuenta lo más adecuado:

- En las lesiones de las extremidades debe recordar que está contraindicado el uso de soluciones que contengan adrenalina, pues el gran vasoespasmo que producen origina la pérdida de algún dedo.

- En heridas sangrantes en la cabeza, debido a la gran vascularización de la zona, y sin desatender las terapias vitales, debe realizar hemostasia directa manual o con pinza para evitar la pérdida continua de sangre, que sólo contribuye a agravar el estado de shock.
- En presencia de heridas abiertas sangrantes se realizará hemostasia manual con apósito de gasa para cohibir la hemorragia, evitar infecciones y el desplazamiento de los tejidos. Si el apósito está empapado poner otro encima sin retirar nunca el primero.
- Se realizará vendaje acolchado, no siendo recomendable los vendajes adhesivos, los elásticos y los que son a base de algodón o celulosa, ya que se comportan como cuerpos extraños y pueden resultar contaminantes.
- Ha de mantenerse especial vigilancia en las lesiones encefálicas. A menudo los signos de la lesión que produjo la hemorragia pueden estar ocultos por la pérdida de conciencia que ocasionó la lesión craneal. ¡Cuidado con el paciente con lesión craneal que se mantiene en estado de shock, tiene una hemorragia en alguna parte!
- La presencia de alteraciones neurológicas unilaterales, como hemiparexia o una pupila dilatada, pueden indicar lesión intracraneal.
- Las alteraciones neurológicas bilaterales pueden indicar intoxicación o un grave trastorno metabólico.
- Si un Politraumatizado se queja repetidamente de dolor en el hombro y en el cuadrante superior izquierdo, y no se ve lesión de traumatismo o caída, vigilarlo, puede ser un dolor referido a una rotura de bazo o una irritación diafragmática por sangre, bilis o materia fecal.
- Si el Politraumatizado está sangrando por un vaso abdominal importante, no se deben administrar líquidos IV en los miembros inferiores; además de por complicaciones vasculares, el líquido puede pasar a través del vaso dañado a la cavidad abdominal.
- Si el cuello está lesionado, los líquidos IV se administrarán en el brazo del lado opuesto a la lesión, para evitar que el líquido perfundido salga del vaso dañado y entre en el espacio intracraneal o torácico.

- Se debe evitar la elevación de miembros fracturados, ya que pueden dañarse el hueso, los vasos o el tejido circundante.
- Si el politraumatizado es hemofílico no dar nunca fármacos que contengan salicilatos, y utilizar para pruebas de coagulación una lanceta de dedo en la extracción de sangre.
- La existencia de un soplo, sonido o murmullo anormal en la parte media o baja de la espalda, puede sugerir lesión arterial importante, posiblemente del plexo vascular renal.
- Si existe coloración azulada en un costado y color purpúreo alrededor del ombligo, puede deberse, en algunos casos, a un acúmulo de sangre en abdomen, por rotura de páncreas o embarazo ectópico.
- La presencia de hematoma intenso en la región lumbar puede ser el indicador de la existencia de una hemorragia interna, probablemente por fractura de pelvis o de vértebras.
- Si al percutir la zona del cuadrante abdominal-superior izquierdo existe una zona fina de matidez, puede ser indicador de la presencia de un hematoma esplénico subcapsular o extracapsular.
- Si la enfermera observa una disminución de los ruidos peristálticos, alrededor de uno por minuto, puede sugerir la existencia de un íleo paralítico.

6.9.1.6. Quemaduras

- **Protocolo general**

Se hace necesaria la existencia de un protocolo en el tratamiento y seguimiento de los quemados para obtener resultados óptimos. Deben de consignarse los siguientes apartados:

1. Evolución del paciente.
2. Valoración de la vía aérea y nivel de consciencia: un estado de coma puede ser debido a un traumatismo craneoencefálico coexistente, pero más probablemente en estos pacientes la inhalación de humos y/o monóxido de carbono (quemados graves por definición).

3. Obtener una breve historia para saber cómo ha ocurrido, dónde y cuándo («hora cero»), qué ha hecho el paciente desde entonces y qué tratamiento ha recibido.
4. Valorar antecedentes personales y peso.
5. Adoptar medidas de asepsia quirúrgica (mascarilla y guantes) y descubrir la quemadura.
6. Valorar la extensión de la quemadura, regla de los nueve, así como la profundidad de las lesiones y, muy importante, la localización de estas. Cuando se localizan en extremidades y sobre todo si son circulares, se ha de comprobar el estado circulatorio distal. Comprobar el relleno capilar del lecho ungueal tras compresión de la uña, si no están quemadas, la frialdad de los pulpejos y el dolor insoportable de las manos.
7. Decidir (tras valorar los puntos del 1 al 6), si el paciente necesita atención especializada en una unidad de quemados o en la unidad de cirugía plástica, o puede ser remitido posteriormente para seguimiento ambulatorio. Se deberán derivar:
    - Todas las quemaduras dérmicas y subdérmicas con superficie corporal quemada (SCQ) superior al 10% en los menores de 10 años y en los mayores de 50 años.
    - Cualquier quemadura que abarque más del 20% de la SCQ.
    - Quemaduras en regiones especiales, por el grave riesgo que conllevan.
    - Quemaduras circunferenciales de extremidades y tórax.
    - Quemaduras con inhalación de gases y humos.
    - Si decidimos que no necesita cuidados especiales:
        - Administrar gammaglobulina antitetánica y toxoide, según antecedentes de vacunación.
        - Medidas de asepsia quirúrgica, uso de mascarilla y guantes, irrigación de la zona quemada con suero fisiológico y/o solución jabonosa con el fin de llevar a cabo una limpieza por arrastre.

- Si existen flictenas y decidimos evacuarlas, deben ser recortadas cuidadosamente y no sólo abiertas y drenadas. También se debe considerar drenarlas cuando están íntegras y utilizarlas como apósito biológico; si están rotas, son eliminadas totalmente y retirados los esfacelos para evitar la infección posterior de los mismos.

- ***Tratamiento tópico***

Una vez limpia la zona se decidirá si va a ser según la técnica expositiva o la oclusiva. La primera, en tratamiento ambulatorio, sólo es útil para pequeñas quemaduras en la cara, cuello o manos. Para el resto es preferible el método oclusivo.

Este consiste en la aplicación de sustancias que evitan la infección, por llevar un componente antiséptico o un antimicrobiano, aliviando el dolor y manteniendo una lubricación cutánea aceptable.

Entre los agentes tópicos cabe destacar:

- NO_3Ag al 0,5%.
- Sulfanilán al 10%.
- Sulfadiacina argéntica.

Los objetivos del tratamiento tópico de las quemaduras van a ser:

- Combatir la infección.
- Favorecer la epitelización.
- Calmar el dolor.

Las sustancias pueden aplicarse directamente o impregnando gasas o compresas quirúrgicas estériles. Sólo la primera capa llevará antiséptico y, por fuera, se colocarán varias capas más con el fin de absorber el exudado producido por la quemadura. Para sujetar el apósito, se utilizará un vendaje o una malla, que se adapta mejor a las bizarras distribuciones que pueden adoptar las quemaduras. No utilizar nunca vendas de algodón, que endurecen el exudado por dificultar la transpiración y pueden deshilacharse dejando fibras en el lecho de la quemadura.

Una alternativa a los fármacos tópicos es la utilización de algunos apósitos sintéticos, sustitutos cutáneos, que se adhieren al lecho de la quemadura cuando ésta no es de espesor total, y que evitan su desecación y, por tanto, profundización.

- Su empleo también requiere la utilización de un apósito absorbente.
- Nunca se deben prescribir antibióticos en la fase inicial de la quemadura.
- No aplicar ningún tipo de medicación tópica que dificulte el ver la profundidad de la quemadura. Nunca utilizar mercurocromo, betadine ni violeta de genciana.

Desde el punto de vista tópico, hacer limpieza con suero a chorro y envolver las zonas quemadas en paños estériles o simplemente limpios.

- Escarotomía*:*

- Si la quemadura compromete la circulación de la extremidad, está indicada una incisión en la escara quemada, desde piel no quemada a piel quemada, hasta producir la separación espontánea de los bordes de la incisión y se vea, al fondo, la misma grasa subcutánea, o incluso aponeurosis muscular.
- La escarotomía bien indicada y bien hecha no tiene que sangrar. Si así ocurriese es que la quemadura no tiene espesor total y, por lo tanto no era imprescindible. En algunas ocasiones habrá que combinar con fasciotomías para descomprimir los compartimentos más profundos.

- Calmar el dolor.

Es un aspecto muy importante y fundamental en el paciente quemado, pues de no hacerlo puede contribuir a la instauración de shock. De entrada se utilizan opiáceos, por su potente acción analgésica y, preferiblemente, por vía venosa.

- Fluidoterapia.

Si la superficie corporal quemada (SCQ), es superior al 20% en un adulto, o superior al 10% en niños y ancianos, antes del traslado al centro especializado,

deberá instaurarse la administración por vía intravenosa de soluciones electrolíticas o coloides.

La reposición de la volemia, que tiene una especial importancia en el tratamiento moderno del paciente quemado, tiene que cumplir dos objetivos fundamentales: restituir el volumen sanguíneo y minimizar la formación del edema.

Distintas guías y fórmulas han sido diseñadas para corregir la hipovolemia, todas ellas basadas en dos parámetros, peso y SCQ.

La fórmula de **Parkland**, se utiliza para saber la cantidad y la velocidad de la infusión teniendo presente:

- Hora cero a hora 24 postquemadura, Ringer lactato 4ml/kg/1% SCQ.
  => 50% durante las primeras 8 horas.
  => 50% durante las restantes 16 horas.
- Hora 25 a 48 postquemadura, Plasma: 0,3-0,5 ml/kg/1% SCQ durante las primeras 8 horas.

Continuar con glucosado 5% hasta reponer pérdidas insensibles, evaporación desde la quemadura y diuresis.

En quemaduras superiores al 50% no se sobrepasará el volumen correspondiente a esta superficie. Asegurar de que se apunte con exactitud el volumen administrado de líquidos así como cualquier otro tipo de medicación administrada, el horario es importante. Si el paciente llega con varias horas de retraso a urgencias se incrementará la velocidad de goteo para conseguir recuperarlas y administrar la cantidad correspondiente a las primeras 8 horas.

La administración de fluidos deberá llevarse a cabo a través de catéteres venosos de corta longitud y grueso calibre sobre venas periféricas (14-16), o incluso canalizaciones venosas centrales, subclavia o yugular. Recordar que el quemado va a necesitar muchas venoclisis y que el número de venas disponibles es limitado, es preferible hacer una venotomía a múltiples intentos de cerrarlas sin éxito.

Al canalizar la vía, aprovechar para obtener muestras sanguíneas para hemograma, bioquímica y coagulación. A veces, si sospechamos intoxicación por humos y/o monóxido de carbono, se extraerá una muestra para gases arteriales basales. Una radiografía de tórax realizada en ese momento servirá como referencia posterior y/o comprobación de catéter venoso central en caso de colocación.

- Sondaje vesical continuo y monitorización hora de la diuresis. Una forma fácil y segura de valorar el volumen circulante lo constituye el hecho de observar y controlar la diuresis ya que si ésta es normal nos asegura una presión de perfusión renal de al menos 90 mmHg." Por lo tanto, todo paciente con quemaduras extensas debe ser sondado, y se aconseja obtener, mediante la administración de fluidos, una diuresis de al menos 0,7-1ml/kg, si es niño con peso igual o inferior a 30 kg, y de 30 a 50 ml/hora, si es adulto.
- Vía aérea. Si existe compromiso de la vía aérea, se garantizará prioritariamente la oxigenación del paciente mediante intubación endotraqueal y ventilación mecánica si fuera necesario. La traqueotomía no está indicada en el paciente quemado por el riesgo de infección, tanto de la quemadura a partir de gérmenes que puedan contaminar la vía aérea, como al revés, especialmente si hay que hacerlas a través de una quemadura cervical, que sería uno de los tipos más frecuentes asociados con inhalación.
- Notificar el traslado al centro de referencia. Cualquier traslado debe de ir acompañado de informe escrito, en el que quede constancia del tratamiento administrado, analgesia, líquidos, lesiones asociadas y demás.

6.9.1.7. Reanimación cardiopulmonar

Generalidades

La parada cardiorrespiratoria (PCR) se define como una situación clínica que cursa con interrupción brusca, inesperada, y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea. A consecuencia de ello se produce un cese brusco del transporte de oxígeno a la periferia y a los órganos vitales. Esta situación significa sin duda la muerte clínica y, de no ser rápidamente revertida, llevará en pocos minutos a la muerte biológica irreversible por anoxia cerebral.

La resucitación cardiopulmonar (RCP) comprende un conjunto de maniobras encaminadas a revertir el estado de parada cardiorrespiratoria, sustituyendo primero, para intentar reinstaurar después, la respiración y circulación espontáneas. Debe llevarse a cabo de forma que existan posibilidades razonables de que se recuperen las funciones cerebrales superiores.

La Resucitación Cardiopulmonar Básica (RCP-B) comprende un conjunto de maniobras encaminadas a revertir el estado de parada cardiorrespiratoria, que se lleva a cabo sin material, salvo los denominados dispositivos de barrera destinados a prevenir el contacto directo durante la respiración «boca-boca». Las recomendaciones en RCP básica comprenden un conjunto de actuaciones dirigidas a:

A. Identificar a las víctimas con paradas cardiacas y/o respiratorias.
B. Valorar a los afectados de forma rápida y simple.
C. Activar rápidamente el sistema de emergencias en aquellas circunstancias que lo precisen.
D. Sustituir temporalmente la respiración y circulación espontáneas.

La Resucitación Cardiopulmonar Avanzada (RCP-A) comprende un conjunto de maniobras encaminadas a revertir el estado de parada cardiorrespiratoria, que se lleva a cabo por personal especializado y empleando todos los medios materiales

y humanos que se consideren necesarios: drogas, desfibriladores, ventiladores mecánicos, canalizaciones venosas.

La Resucitación Cardiopulmonar Intermedia consiste en el desarrollo de dispositivos de ventilación distintos de la intubación y la puesta en marcha de sistemas de atención de emergencia con diferentes categorías profesionales. Esta técnica ha hecho que las líneas entre RCP-B y RCP-A no estén hoy claramente diferenciadas. Por ello se sugiere la necesidad de definir un escalón intermedio entre ambas fases, en el que el personal sanitario, no especialista en soporte vital avanzado, se movería habitualmente. Se caracterizaría por el uso de técnicas y equipos no especialmente complejos, pero que consiguen una optimización de las técnicas tradicionales de RCP Básica.

El Soporte Vital es un concepto más amplio que el de RCP, al integrar, junto a las maniobras clásicas, contenidos referidos a la prevención de las PCR y la difusión a toda la población de estos conocimientos. El reconocimiento de la situación, la alerta a los servicios de emergencia, la intervención precoz o los programas de difusión de estos conocimientos, son contenidos propios del Soporte Vital. Se habla además de SV básico o SV avanzado dependiendo del material que se emplee y de los conocimientos de los que lo ejecuten.

- **Secuencia del soporte vital básico**

Se entiende por RCP básica el intento de mantener y restaurar una circulación eficiente usando compresiones torácicas externas («masaje cardiaco») y ventilación de los pulmones con aire espirado. Además se identificarán otras situaciones que pueden desembocar en una PCR si no se actúa rápidamente. No requiere ningún tipo de equipos o instrumentos, si bien se pueden utilizar los denominados dispositivos de barrera: protectores faciales, mascarillas o dispositivos simples para la vía aérea que no sobrepasen la faringe y sean de fácil uso.

El principal objetivo que persiguen todas estas maniobras es mantener la oxigenación cerebral y cardiaca del paciente hasta la llegada de equipos

especializados. Estas maniobras están dirigidas a la población general, personal de servicios públicos que intervienen en situaciones de emergencia y personal sanitario que, en el momento de su actuación, no han respondido como parte de un equipo organizado y dotado de material específico.

La estrategia para que cualquier ciudadano pueda identificar y valorar a una víctima con una aparente PCR es muy simple y consiste en observar, de una manera secuencial, únicamente tres aspectos clínicos: conciencia, respiración y circulación.

- ***Valoración de la conciencia***

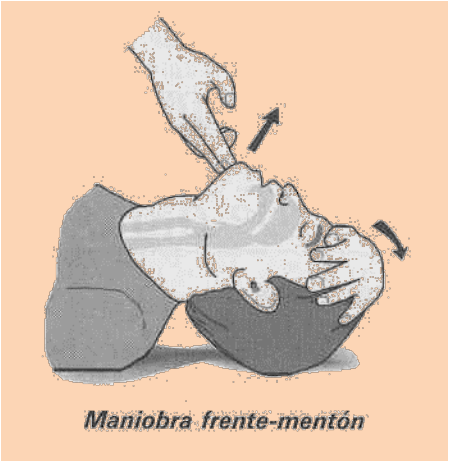
La valoración de la situación comienza con la comprobación del estado de conciencia del individuo. Se debe sacudir al paciente suavemente por los hombros, gritándole: *"Oiga, ¿qué le pasa?"*. En caso de sospecha de traumatismo cervical evitar mover el cuello.

La aparición de una PCR lleva implícita la pérdida de conciencia y aunque ésta no tiene por qué ir siempre acompañada de una PCR, será un signo de alerta, dado que un paciente inconsciente por otras causas, puede presentar una parada respiratoria o una PCR como consecuencia de una obstrucción de la vía aérea o por la inhibición de los centros respiratorios cerebrales.

- ***Actuación según el estado de conciencia***

Si la víctima contesta a nuestro estímulo, se tendrá la seguridad de que se mantienen las funciones cardiorrespiratorias, pero esto de ninguna manera se asegura que estas puedan seguir estando amenazadas. Se debe permanecer junto al sujeto en alerta hasta la llegada de los equipos especializados. Al permanecer junto a la víctima se podrá observar otras alteraciones como hemorragias u obstrucciones, que quizás requieran de intervención inmediata por el problema potencial que suponen.

En los siguientes apartados se explicarán las maniobras de SVB a realizar en cada uno de estos casos.



Si la víctima está inconsciente, no responderá a estímulos auditivos ni sensitivos, por lo que se debe comprobar de forma inmediata la ventilación y la circulación para descartar que se encuentre en PCR. En cualquier caso, en toda persona inconsciente se debe despejar la vía aérea mediante «la maniobra frente-mentón» o la elevación mandibular. Si aun inconsciente mantiene intactas las funciones cardiorrespiratorias se puede colocar en la posición «lateral de seguridad».

- ***Valoración de la ventilación***

Para analizar de forma inmediata la ventilación del paciente, se debe colocar a la víctima en decúbito supino y realizar la apertura de la vía aérea, acercando a continuación la mejilla a la boca-nariz de la víctima para, de esta forma, oír y sentir la respiración del paciente, así como ver los movimientos ventilatorios de la caja torácica. Ver, oír y sentir es la manera de comprobar si el paciente tiene ventilación espontánea.

- ***Actuación según el estado de la ventilación***

Si la víctima inconsciente carece de ventilación espontánea, se realizarán dos «insuflaciones de rescate». Se despejará la vía aérea mediante la maniobra frente-mentón (o la tracción mandibular si se sospecha traumatismo cervical) y se comprobará que no hay ningún cuerpo extraño que pueda obstruir la vía aérea (alimentos, prótesis dentales...). Con la vía aérea despejada, se taponará los

orificios nasales, mientras se sella nuestra boca sobre la de la víctima y se insufla aire. Al retirarnos para que el accidentado pueda expirar, se comprobará con la mirada el movimiento de la caja torácica.

El aire ambiente tiene una concentración de oxígeno de aproximadamente el 21%, mientras que el aire que expiramos no sobrepasa el 16%, pero aun así es suficiente para conseguir una concentración de oxígeno en la sangre del paciente lo suficientemente alta como para no dañar las células cerebrales, en espera de los equipos de emergencia.

- **Valoración de la circulación**

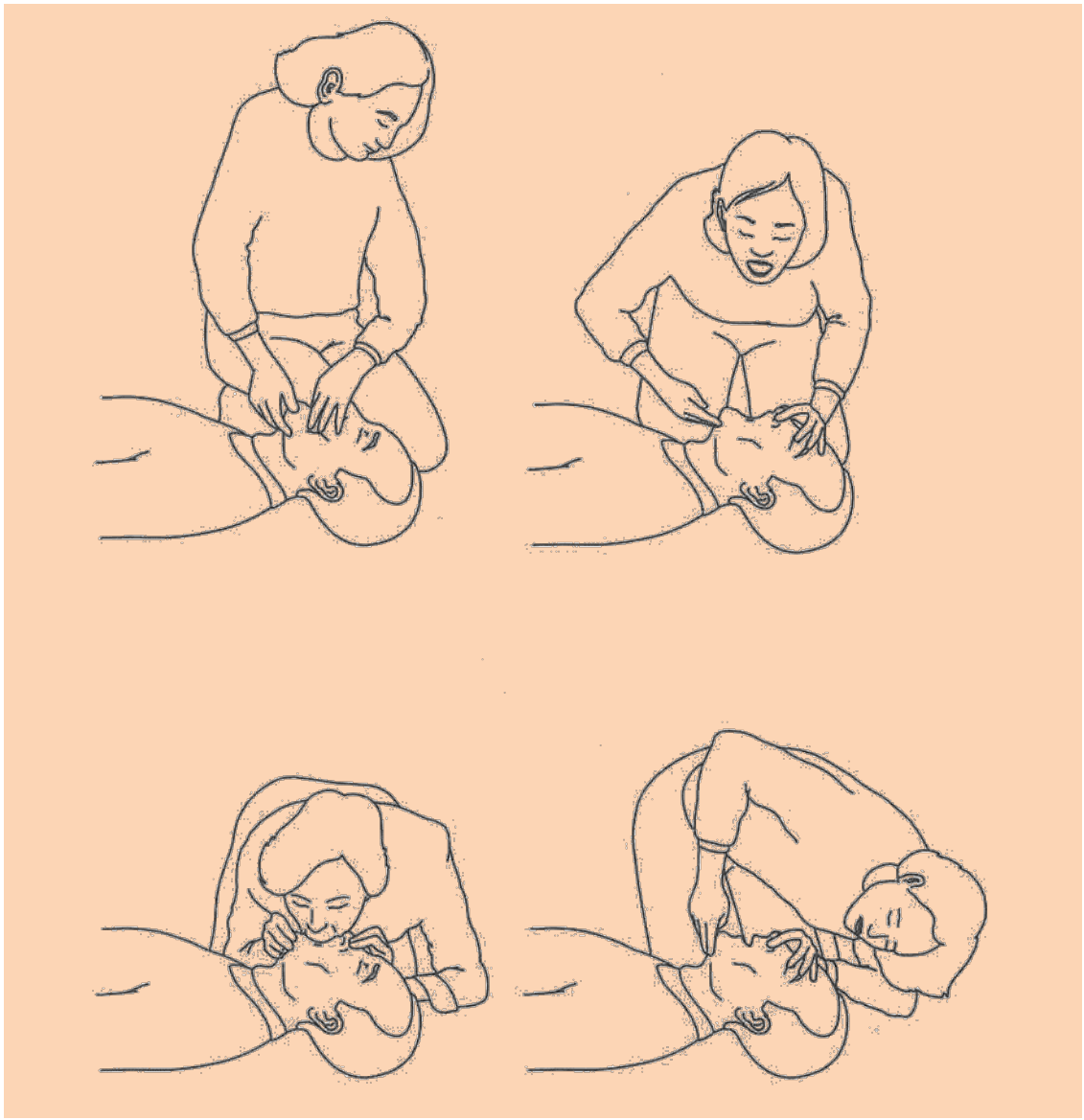
Para comprobar la existencia o ausencia de circulación espontánea, se palpará la arteria carótida (a ambos lados del cuello en la hendidura entre la faringe y el músculo esternocleidomastoideo) por un período de aproximadamente 10 segundos.

En realidad podría palparse cualquier arteria (radial, femoral...) buscando el pulso, pero la de elección es la carótida por su rápido y fácil acceso.

- **Actuación según el estado de la circulación**

Al valorar el estado de la circulación se pueden encontrar dos situaciones:

1. No hay ventilación pero se mantiene el pulso. Desde que se detiene la ventilación hasta que a consecuencia de la apnea se produce la parada cardíaca, pasan unos minutos, por lo que es habitual que se encuentren enfermos que, aun sin ventilación espontánea, siguen manteniendo un latido cardiaco efectivo. Es un cuadro típico de las sobredosis de drogas depresoras del SNC. En estos casos se sustituirá la ventilación con nuestras insuflaciones: ciclos de 10 ventilaciones comprobando periódicamente el pulso.



Método de Insuflación

2. No hay ni ventilación ni pulso. Si se ha confirmado el diagnóstico de PCR, de inmediato se deben suplir las funciones cardiorrespiratorias mediante insuflaciones y masaje cardiaco externo.

Técnicas de soporte vital básico

Desobstrucción y permeabilización de la vía aérea

La obstrucción brusca de la vía aérea por cuerpos extraños provoca un cuadro repentino de asfixia que, en el peor de los casos, si no se resuelve, desemboca en hipoxia, inconsciencia, apnea, paro cardiaco y muerte.

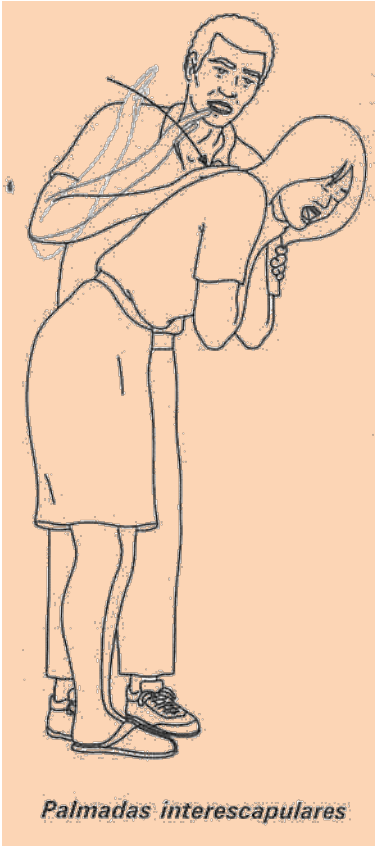
La obstrucción puede ser parcial o completa. Si la obstrucción es parcial, el paciente mostrará una gran agitación, con una ventilación más o menos dificultosa, con tos y/o estridor.

El gesto de llevarse las manos a la garganta es reflejo y prácticamente universal.

El estado de consciencia no suele estar alterado y, en esta situación, el reanimador no debe interferir con los intentos de expulsar el cuerpo extraño mediante la tos, sino que debe animarle a toser. Si la dificultad respiratoria o el nivel de conciencia empeoran, se debe abordar la situación como si fuera una obstrucción completa.

Lo primero que se debe hacer es estimular al paciente a que tosa para, seguidamente, dar tres golpes interescapulares con el sujeto ligeramente inclinado hacia adelante.

Cuando la obstrucción es completa, el paciente no puede hablar ni toser y, en poco tiempo, puede sobrevenir la inconsciencia. Hay que actuar rápidamente, debiendo realizar las denominadas maniobras de Heimlich cuyo objetivo es producir un aumento de la presión intratorácica que genere un flujo aéreo espiratorio capaz de expulsar el motivo de la obstrucción.



- *Maniobra de Heimlich en paciente consciente*

Se realiza con el paciente de pie o sentado. El reanimador se sitúa por detrás de la víctima, rodeando con sus brazos el abdomen de ésta, de tal manera que coloca un puño con la parte del pulgar hacia dentro en el epigastrio, alejado de la apófisis xifoides y del reborde costal, agarrándolo con la otra mano.

Se realizan compresiones enérgicas del abdomen hacia arriba y hacia adentro.

En embarazadas y en pacientes muy obesos se puede realizar la maniobra de modo similar, pero abrazando el tórax del paciente (tercio inferior torácico, alejado de la apófisis xifoides, coincidiendo con el área de masaje cardiaco) en lugar del abdomen.

Esta maniobra se repetirá hasta la expulsión del cuerpo extraño o hasta la inconsciencia del paciente.

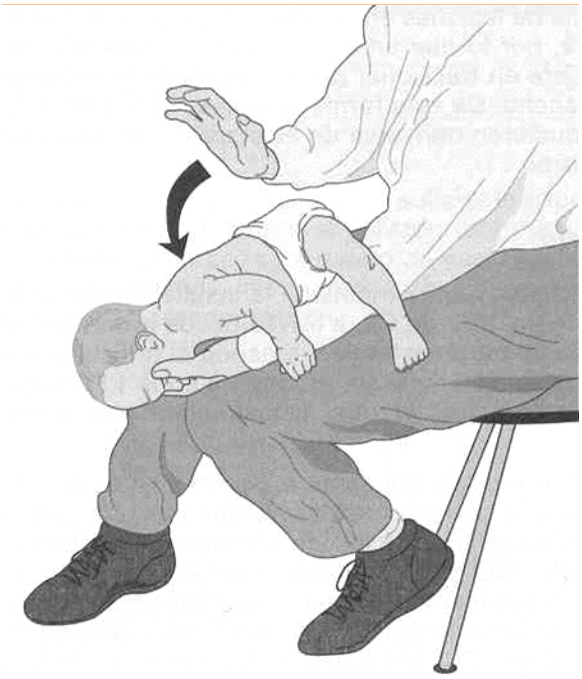
- *Maniobra de Heimlich en paciente inconsciente*

Se realiza con el paciente en decúbito supino. El reanimador se sitúa sentado sobre los muslos del paciente y coloca sus manos entrelazadas (como si fuera a realizar masaje cardiaco) sobre el epigastrio, en la «boca del estómago», alejadas de la apófisis xifoides, presionando hacia el tórax y repitiendo la compresión 5 veces, con el objeto de aumentar la presión intraabdominal y de forma indirecta la presión intratorácica.

En las pacientes obesas y embarazadas se realizarán 5 compresiones torácicas como las descritas en el masaje cardiaco.

Luego se mirará en el interior de la boca realizando un barrido digital, introduciendo el dedo índice en posición de gancho por la pared lateral de la boca hasta la faringe, intentando desimpactar el cuerpo extraño y desplazarlo hacia la boca, donde pueda ser retirado, para, una vez extraído, intentar ventilar dos veces. Si sigue sin entrar aire, se debe volver a iniciar el ciclo con las compresiones abdominales o torácicas.

Un caso especial de esta maniobra se produce cuando el atragantamiento lo sufre un individuo estando a solas. Es este caso se realiza el denominado auto-Heimlich que consiste en que el propio sujeto presiona sobre su epigastrio con el puño cerrado y sujeto con la otra mano. Como alternativa se puede presionar el epigastrio con movimientos fuertes y rápidos sobre una superficie dura como el respaldo de una silla.



- ***Maniobra frente-mentón***

Al perderse la conciencia la lengua pierde su tono, cayendo hacia atrás y obstruyendo la faringe, lo que puede provocar la asfixia del accidentado. La forma de evitar que esto suceda es mediante la denominada maniobra frente-mentón, que consiste en, con la víctima en decúbito supino, elevar la mandíbula inclinando hacia atrás la frente.

- ***Tracción mandibular***

La posible presencia de lesiones en la columna cervical en los traumatizados, desaconseja esta maniobra, por lo que en estos casos se emplea la denominada tracción mandibular, que consiste en traccionar de la mandíbula introduciendo en ella el dedo pulgar en forma de gancho. De esta forma evitamos movilizar el cuello por las consecuencias fatales que pudieran derivarse de esta acción, en unas estructuras óseas dañadas por el traumatismo.

- **Soporte ventilatorio**

La ventilación artificial se realiza mediante la insuflación de aire espirado, que contiene aproximadamente un 16% de 0_2, a través de los procedimientos boca-

boca, boca-nariz o boca-estoma de traqueostomía y tapando el orificio por el que no se insufla.

La duración de cada insuflación debe ser en torno a unos 1,5-2 segundos, confirmando cada vez la elevación torácica, lo que aproximadamente corresponde con unos 400-600 cc de aire.

Debe evitarse insuflar muy rápidamente o con mucha cantidad de aire, para evitar que éste se desvíe hacia la cavidad gástrica, lo que por una parte no tendría ninguna utilidad, y por otra facilitaría la aparición de vómitos, aumentando el riesgo de broncoaspiración. Entre cada insuflación se dejan unos 3-4 segundos, hasta que haya descendido totalmente el tórax (tiempo normalmente suficiente para permitir una espiración pasiva completa). El ciclo completo son 10 insuflaciones, en las que se deben tardar entre 40 y 60 segundos. Durante estas maniobras es importante el sellado de los labios del reanimador al orificio de la víctima que estemos empleando para que no se produzcan fugas del aire que espiramos.

- **Soporte circulatorio**

El masaje cardiaco externo debe realizarse con el paciente en decúbito supino, las extremidades alineadas a lo largo del cuerpo y sobre una superficie dura.

Se aplica en línea media esternal, en su parte inferior, a unos 3-5 cm por encima del xifoides. El reanimador se sitúa a un lado de la víctima, sigue con los dedos el reborde costal más cercano a él hasta llegar a la línea media del tórax y coloca dos dedos (índice y medio) sobre dicha apófisis y el talón de la otra mano justo por encima de éstos.

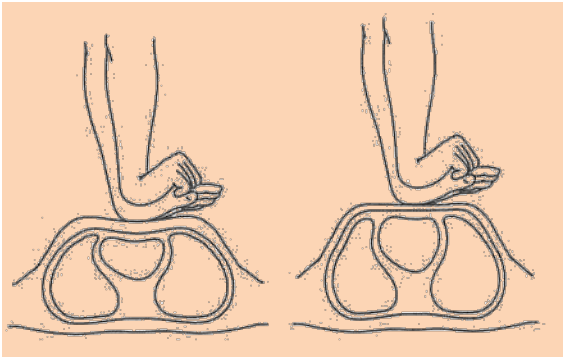
Una vez localizado el sitio, el talón de la otra mano se posiciona encima entrelazando los dedos para evitar que se apoyen fuera del esternón y puedan provocar lesiones torácicas o abdominales. Los brazos se colocan extendidos y perpendiculares al esternón, y con el cuerpo erguido se carga el peso sobre aquellos para conseguir, con el menor esfuerzo físico, la mayor eficacia posible.

Para evitar el excesivo cansancio del reanimador será importante la altura desde la que se realiza el masaje, siendo en ocasiones conveniente la ayuda de un taburete o similar. La depresión esternal óptima es de 4-5 cm y la frecuencia de compresión en torno a las 100 por minuto.

La sincronización ventilación-masaje es obligada cuando no se dispone de aislamiento de la vía aérea mediante intubación endotraqueal. La RCP básica tiene una secuencia de 15 compresiones / 2 ventilaciones. Si existen dos reanimadores, uno de ellos se encarga de las compresiones y el otro de la ventilación.

Independiente de los reanimadores	Compresiones	Ventilación
	15	2

Con el masaje cardiaco externo se consigue un suficiente soporte circulatorio, tanto por la presión ejercida directamente sobre el corazón (bomba cardiaca), como por la realizada sobre el tórax (bomba torácica). A modo de esponja, durante las compresiones se expulsa sangre del corazón y los pulmones hacia los diferentes órganos, que volverá en el momento de la descompresión.



- **SVB en pediatría**

En el niño, a diferencia del adulto, la PCR de origen cardiaco es poco frecuente, siendo el principal motivo las disfunciones respiratorias (obstrucciones agudas, neumonías, depresión respiratoria...), seguido del fallo circulatorio por sepsis o

hemorragias. La PCR también puede afectar a niños sanos por los accidentes (sobre todo domésticos) o por muerte súbita.

Cuando el pronóstico del PCR de niño se compara con el del adulto, suele ser peor, debido a que en la mayoría de los casos el niño lleva en hipoxemia un periodo prolongado de tiempo, con la consecuente lesión de diversos órganos, antes de producirse la PCR, en tanto que en el adulto la causa más frecuente es en primer lugar cardiaca y brusca, sin hipoxia previa.

- ***Comprobación del nivel de conciencia***

Para determinar el nivel de conciencia del niño, se le debe gritar mientras se le sacude suavemente por los hombros. Si existe sospecha de que pueda tener alguna lesión en la cabeza o en el cuello por las alteraciones que presenta o por el mecanismo de la lesión no se debe agitar, moviéndolo lo menos posible.

Si el niño está inconsciente y respira, se le coloca en posición lateral de seguridad y se telefonea solicitando ayuda. Si el niño tiene dificultad respiratoria suele adoptar unas posturas determinadas que le facilitan la respiración y no se deben modificar, limitándose el reanimador a pedir ayuda.

Si está inconsciente y tiene parada respiratoria o cardiorrespiratoria y sólo hay un reanimador, éste debe pedir ayuda tras un minuto de RCP básica. Si hay dos reanimadores, uno de ellos será quien pida ayuda inmediatamente tras confirmar la PCR, mientras el otro comienza la resucitación.

- ***Posición de RCP***

Al niño se le debe colocar en decúbito supino sobre una superficie dura y lisa. En los lactantes también puede utilizarse la palma de la mano o el antebrazo del reanimador, en caso de reanimarle en brazos.

En los niños pequeños, al apoyar su espalda sobre la palma de la mano del reanimador, los hombros se elevan, permitiendo que la cabeza se extienda ligeramente hacia atrás abriendo la vía aérea de forma adecuada.

- ***Vía aérea***

El objetivo de las maniobras de apertura de vía aérea es conseguir que ésta sea permeable. Las maniobras para abrir la vía aérea son iguales que en el adulto (la maniobra frente-mentón y la maniobra de tracción mandibular).

Después de abierta la vía aérea se debe comprobar si el niño respira, observando si existen movimientos respiratorios, escuchando su ventilación y, con la mejilla del reanimador junto a la boca del niño, sintiendo la salida del aire (ver, oír, sentir) durante un mínimo de 5 segundos.

Si el niño no respira hay que iniciar la ventilación manteniendo abierta la vía aérea.

Si es un lactante, la boca del reanimador se debe aplicar abarcando la boca y la nariz del niño. Si se trata de un niño mayor de un año se puede utilizar la técnica boca a boca de forma similar a como se hace en los adultos.

Se realizan dos insuflaciones lentas de 1 a 1,5 segundos por ventilación, tomando aire el reanimador entre una ventilación y otra.

El volumen correcto de aire en cada ventilación será aquel que haga que el tórax se eleve. Es importante insuflar aire solamente hasta que empiece a subir el pecho para evitar una dilatación gástrica que podría provocar regurgitación del contenido del estómago. También se puede provocar barotrauma.

Si el aire no entra, la vía aérea podría estar obstruida por lo que, después de corregir la maniobra de apertura de la vía aérea se le debe ventilar de nuevo. Si sigue sin entrar aire habrá que sospechar la presencia de un cuerpo extraño.

- ***Circulación***

Una vez abierta la vía aérea y realizadas dos insuflaciones, el reanimador debe comprobar el pulso para valorar la necesidad de iniciar las compresiones cardiacas.

En los lactantes se recomienda palpar el pulso de la arteria braquial, localizándolo en el tercio medio de la cara interna del brazo. En el niño mayor de un año se toma el pulso carotídeo. En ambas localizaciones se debe investigar la existencia de pulso durante un mínimo de 5 segundos.

Si hay pulso, el niño estará en situación de parada respiratoria, por lo que el reanimador deberá continuar únicamente con las insuflaciones a un ritmo de 20 por minuto.

Se debe telefonear solicitando ayuda después del primer minuto de reanimación. Cada 40 insuflaciones (2 minutos) se debe comprobar de nuevo la existencia de pulso, ya que si éste desaparece, habrá que realizar también compresiones torácicas.

Si el niño no tiene pulso, se deben iniciar las compresiones cardiacas externas colocando al paciente en posición de RCP.

El área de compresión para los lactantes se localiza en el tercio inferior del esternón.

Para encontrar el lugar exacto, se traza una línea imaginaria que una los dos pezones y, justo por debajo de esa línea, se coloca el dedo índice de la mano más alejada de la cabeza del niño. Se apoyan a continuación los dedos medios y anulares flexionados sobre el esternón y se levanta el índice. El lugar donde quedan apoyados estos últimos dedos es donde se deben realizar las compresiones. Estas se harán siguiendo un eje perpendicular y con la fuerza suficiente para comprimir el tórax de un tercio a la mitad de su tamaño (1-2,5 cm) y a una frecuencia no inferior a 100 compresiones por minuto.

El área de masaje en los niños de 1 a 8 años se localiza como en el adulto, aunque se hacen las compresiones con una sola mano. El reanimador debe colocarse con ambas rodillas en el suelo a la altura del pecho de niño, con el brazo estirado y el codo extendido y los hombros directamente encima de la zona donde se tiene apoyada la mano siguiendo un eje perpendicular. Las

compresiones se realizarán descargando el peso del cuerpo sobre el esternón del niño. El tórax debe comprimirse de un tercio a la mitad de su tamaño, lo que supone 2,5-3,5 cm.

En los niños, al igual que en los adultos, las compresiones deben durar el 50% del ciclo, permitiendo en la segunda parte de éste la relajación del tórax. La frecuencia de las compresiones debe ser de 100 por minuto.

- ***Sincronización masaje-ventilación***

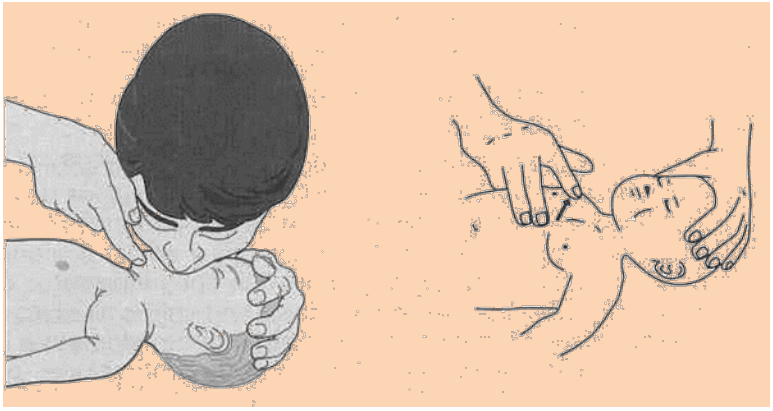
La RCP en la edad pediátrica suele ser realizada por un solo reanimador. La relación compresión/ventilación será de 5/1. Al final de cada 5 compresiones se hará una insuflación de 1 a 1,5 segundos de duración. Se debe volver a valorar al niño después de cada 20 ciclos de 5/1 (aproximadamente 1 minuto), comprobando el pulso y cada pocos minutos buscando algún signo de restablecimiento de la ventilación espontánea y de la circulación.

- ***Obstrucción de cuerpo extraño en la vía aérea***

Si al intentar ventilar a un lactante se observa que no entra aire y que no se eleva el tórax, se debe proceder con las maniobras de desobstrucción de la vía aérea, para conseguir el flujo respiratorio necesario realizando golpes dorsales y compresiones torácicas. Los golpes dorsales consisten en administrar golpes en la espalda (región interescapular) con el talón de la mano mientras se sostiene al lactante en decúbito prono sobre el antebrazo del reanimador. Las compresiones torácicas se administran en posición de decúbito supino, en el mismo lugar que el masaje cardiaco, sosteniéndolo también sobre el antebrazo con la cabeza más baja que el tronco.

Si se visualiza el cuerpo extraño, se debe intentar su extracción manual. En caso contrario intentar ventilar nuevamente dos veces. Se recomienda realizar series de 5 golpes y 5 compresiones torácicas entre los intentos de ventilar, y mirar dentro de la boca intentando ver el cuerpo extraño.

En niños y lactantes no se debe hacer el barrido digital a ciegas, ya que el cuerpo extraño puede ser empujado involuntariamente hacia la vía aérea agravando aún más la obstrucción.



Secuencia y técnica del soporte vital avanzado

- ***Técnicas de soporte vital avanzado (SVA)***

Las técnicas empleadas en el soporte vital avanzado incluyen:

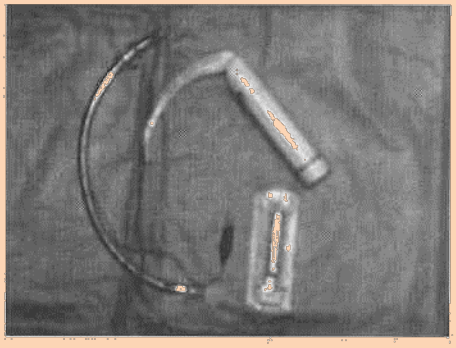
- Intubación
- Administración de drogas y líquidos intravenosos.
- Electrocardiograma.
- Monitorización.
- Desfibrilación.

- **Intubación**

Vía aérea permeable. Una de las maniobras esenciales en el soporte vital avanzado es asegurar la vía aérea sin pérdida de tiempo. Para ello:

1. Evitar el prolapso de la lengua: (18 maniobra) mediante la maniobra frente/mentón. Esta se lleva a cabo en los pacientes en los que no hay sospecha de traumatismo cervical. Para ello se coloca la mano derecha del reanimador sobre la frente de la víctima y, desplazando la frente hacia atrás, se tracciona de la mandíbula hacia arriba y adelante. Está en desuso la triple maniobra modificada.

2. Limpieza orofaríngea: es importante realizar una inspección visual de la cavidad oral para descartar la presencia de cuerpos extraños.
3. Cánula orofaríngea o tubo Guedel: evita el prolapso lingual. Existen varios tamaños, por lo que el adecuado será aquel que tenga una longitud similar a la distancia entre la comisura bucal y el lóbulo del pabellón auricular. Se introduce en la boca con la concavidad hacia el paladar, girándolo 180º cuando nos aproximemos a la faringe.
4. Intubación endotraqueal: es la mejor manera de aislar la vía aérea comprometida, siendo la técnica de elección. No es conveniente demorarla mucho.



Material para intubar: tubo, laringoscopio, jeringa, etc.

Los criterios de intubación son:

- Apnea.
- Escala de coma de Glasgow < 8.
- Dificultad respiratoria. Ver analgesiado al paciente si lo necesitara, entendiendo la dificultad respiratoria como disnea, uso de musculatura accesoria y/o respiración superficial.

Hay tres tipos de intubación:

- Intubación orotraqueal. Es la más empleada. Su inocuidad ha estado demostrada incluso con pacientes que presentaban inestabilidad en la columna cervical.
    - Se realizará con la ayuda de un laringoscopio, precisando un tubo endotraqueal con neumotaponamiento del tamaño adecuado (8 en mujeres y 8,5 en hombres).

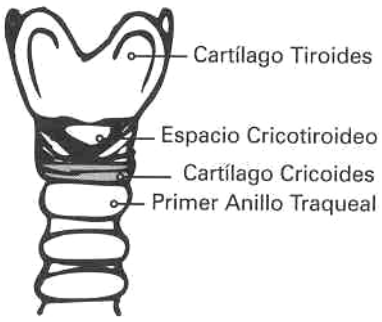
- En pacientes pediátricos se utiliza tubo sin neumotaponamiento, calculando su tamaño por la regla de sumar la edad en años más 16 y dividiéndolo por 4, o bien, por el tamaño del dedo meñique, escogiendo el que más se aproxime a él.

- Intubación nasotraqueal. Se puede realizar en pacientes en los que se sospecha lesión de columna cervical, fractura mandibular, o en los que la intubación orotraqueal no sea posible.
  - No es útil en pacientes con apnea; puede producir hemorragias en pacientes con traumatismo severo del tercio medio del macizo facial o trastornos de la coagulación, y está contra indicada cuando existe fractura de la base del cráneo.
  - Los tubos serán de menor diámetro (7,7'5) Y la mucosa nasal debe ser irrigada previamente con una solución anestésica y vasoconstrictora para evitar epistaxis.
- Intubación con transiluminación. Cuando una luz brillante se introduce en la vía aérea superior, puede ser percibida a través de los tejidos del cuello cuando se encuentra en el interior de la laringe o tráquea. Esto permite guiar la punta del tubo a través de la glotis sin visualizar directamente las cuerdas. Se denomina «método visual indirecto».

- ***Cuando no es posible la intubación se utilizan otras técnicas:***

✓ *Punción cricotiroidea*

Para ello se punciona con un angiocatéter del número 14 a través de la membrana cricotiroidea. Esta técnica precisa de conexiones especiales para asegurar una oxigenación de alta presión.



Cricotiroidotomía

Existen sistemas preparados para esta técnica. En todo caso, y en situaciones extremas, se puede realizar una incisión de 1 cm sobre el cartílago cricoides, introduciendo el mando del bisturí girándolo posteriormente 90° para introducir la cánula de traqueotomía.

- ✓ *Traqueotomía*

Se realiza muy rara vez y como último recurso.

Una vez asegurada la vía aérea se procede a la administración de oxígeno mediante mascarilla o ventilación mecánica.

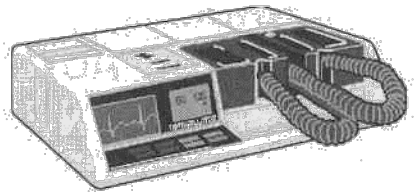
- ✓ **Administración de drogas y líquidos intravenosos**

Canalización de vías venosas de grueso calibre:

- En pacientes inestables se deben canalizar siempre dos vías venosas de grueso calibre (G 16 ó 14) para mayor aporte de fluidos.
- En pacientes estables (con T AS 100 mmHg) basta con una sola vía. Simultáneamente a estas dos fases (vía aérea y canalización de vía venosa periférica), se procede a:
  - Desnudar al paciente.
  - Monitorizar electrocardiográficamente.
  - Se aplica oxígeno mediante mascarilla.
  - Extraer para analítica: pruebas cruzadas, coagulación, hemograma, bioquímica, determinación de drogas de abuso.

Una vez canalizadas las vías venosas se procede a la administración de líquidos y de drogas vasoactivas.

- ✓ Electrocardiograma
- ✓ Monitorización cardiaca
- ✓ Desfibrilación



BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

AGUIRRE-GAS H. 1990. Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica. Salud Pública México.

AMERICAN 5. 1992. Introducción al concepto y dimensiones de la calidad asistencial: cómo empezar. Madrid: Instituto Nacional de Salud, Secretaría General.

CORBELLA A, **SATURNO** P. La garantía de la calidad en atención primaria de salud. Madrid: Instituto Nacional de Salud, Secretaría General, 1990.

CUBA. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. 1995. Metodología para los SUAPS. La Habana.

DALZIEL, M.M., **CUBEIRO**, J.C., **FERNÁNDEZ**, G., **COORD**. 1999. Las competencias: claves para una gestión integrada de los recursos humanos. Bilbao, Deusto.

DIEZ MT. 1993. Calidad asistencial y satisfacción del usuario: la observación sistemática en atención primaria. Medifam México.

DONABEDIAN A. 1992. Evaluación de la calidad de la atención médica. En: Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington D.C.: OPS/OMS, (Publicación Científica; 534).

HEATHER P. Evaluación de la asistencia médica: principio y práctica. En: Componentes de la evaluación de la asistencia sanitaria. Gen Prat 1989.

HOOGHIEMSTRA, T. “Gestión integrada de recursos humanos”.

INEM. 1995. Metodología para la ordenación de la formación profesional ocupacional. Subdirección general de gestión de formación ocupacional. Madrid.

KOCHANSKI, Jim. 1998. “Más y mejor competencia”. Volumen 3. Gestión 3.

LAGE DÁVILA, Agustín. 2001. La ciencia y la cultura: las raíces culturales de la productividad. Temas (Cuba).

MERTENS, Leonard. 1998. La gestión por competencia laboral en la empresa y la formación Profesional / Leonard Mertens. -- Madrid.

MC CLELLAND, D.C. 1973. “Testing for Competence rather than for Intelligence”, in American Psychologist.

ORTIZ, José María. 2000. La gestión por competencias y el cuadro de mando integral (I). Capital Humano.

ORTIZ MARTÍN, Santiago M. "La consultoría y el cambio en las Organizaciones", Centro de Estudios de Economía Cubana, Universidad de la Habana.

OTERO DURÁN, Dania. 1993. "Cultura Organizacional", Centro de Estudios de Economía Cubana, Universidad de la Habana. La Habana.

PAYERAS, Joan. 2000. El trabajo en equipo: una competencia a desarrollar en todas las organizaciones en proceso de cambio (I). Capital humano. España.

PEPA Rodrigo. 2000. Selección por competencia (I): Importancia del perfil a definir y técnicas. Capital humano España.

PÉREZ, José Luis. 1997. ¿Qué son las competencias? Estudios Empresariales. San Sebastián.

PRATS BERNARDI, Luis. 2000. Inteligencia emocional: el uso inteligente de las emociones. Capital humano. España.

QUIVY Raymond, **VAN CAMPENHUDT** Luc.1992. Manual de Investigación en Ciencias Sociales. Editorial LIMUSA.

RUIZ CHÁVEZ M. Bases para la evaluación de la calidad de la atención médica en las unidades médicas del sector salud. Salud Pública México.

SCHEIN Edgar H. 2006. "La cultura empresarial y el liderazgo", Editorial Cuba. La Habana.

VALL DE PÉREZ, Primitivo. 1998. Metodología de evaluación de competencias directivas. Capital humano. España.

ANEXOS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA

Tema:
FACTORES QUE INCIDEN EN LA ATENCIÓN DE CALIDAD A LOS USUARIOS QUE ASISTEN AL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL

Encuesta **Directivos ( )**

Objetivo: conocer los factores que inciden en la atención de calidad a los usuarios que asisten al área de emergencia del hospital Luis Vernaza-

Distinguido señor:

De la manera más comedida le estoy solicitando su colaboración en la atención a la contestación del presente cuestionario.

. Cuestionarios.

1. Las normas se deben seguir o se deben ajustar de acuerdo a las conductas del personal. SI ☐ NO ☐

2. Las funciones son tareas que se deben realizar en una institución para el personal. SI ☐ NO ☐

3. El Manual de Funciones es un documento instructivo que contiene programas y obligaciones de fácil ejecución para el personal. SI ☐ NO ☐

4. Cree que el que no conozcan a cabalidad el manual de normas esto implica en la calidad de atención a los usuarios. SI ☐ NO ☐

5. Cree que es indispensable para la institución tener un manual de funciones. SI ☐ NO ☐

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO Y
EDUCACIÓN CONTINUA

Tema:
FACTORES QUE INCIDEN EN LA ATENCIÓN DE CALIDAD A LOS USUARIOS QUE ASISTEN AL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL

Encuesta **Profesionales ( )**

Objetivo: conocer los factores que inciden en la atención de calidad a los usuarios que asisten al área de emergencia del hospital Luis Vernaza-

Distinguido señor:

De la manera más comedida le estoy solicitando su colaboración en la atención a la contestación del presente cuestionario.

. Cuestionarios.

1. ¿Conoce usted el manual de normas de la Institución? SI ☐ NO ☐

2. ¿Cree usted que el desconocimiento del manual de normas influye en dar una atención de calidad? SI ☐ NO ☐

3. ¿Cree usted que el personal de emergencia debe tener bien definidas sus funciones para una atención rápida cuando ésta se presente? SI ☐ NO ☐

4. ¿Es rápida la atención del paciente en el área de emergencia cuando éste llega? SI ☐ NO ☐

5. ¿Los horarios de trabajo están de acuerdo a sus funciones que realiza, o esto influye a que no se pueda dar una atención de calidad? SI ☐ NO ☐

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA

Tema:
FACTORES QUE INCIDEN EN LA ATENCIÓN DE CALIDAD A LOS USUARIOS QUE ASISTEN AL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL

Encuesta **Pacientes ( )**

Objetivo: conocer los factores que inciden en la atención de calidad a los usuarios que asisten al área de emergencia del hospital Luis Vernaza-

Distinguido señor:

De la manera más comedida le estoy solicitando su colaboración en la atención a la contestación del presente cuestionario.

. Cuestionarios.

1. Cuando usted llegó al área de emergencia, ¿fue atendido inmediatamente? SI ☐ NO☐

2. ¿Cree usted que los servicios de salud que ofrece la Institución están acorde a lo que esperaba o deben cambiar? SI ☐ NO☐

3. ¿Cree usted que el servicio de cirugías que ofrece el área de emergencia es rápido? SI ☐ NO☐

4. ¿La atención que usted recibió por parte del personal que labora en el área de emergencia estaba acorde a lo que esperaba o debe cambiar? SI ☐ NO☐

5. ¿Cree usted que la estructura del área de emergencia está acorde a la cantidad de pacientes que llegan para ser atendidos? SI ☐ NO☐

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA

Tema:
FACTORES QUE INCIDEN EN LA ATENCIÓN DE CALIDAD A LOS USUARIOS QUE ASISTEN AL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL

Entrevista **Directivos ( )**

Objetivo: conocer los factores que inciden en la atención de calidad a los usuarios que asisten al área de emergencia del hospital Luis Vernaza-

Distinguido señor:

De la manera más comedida le estoy solicitando su colaboración en la atención a la contestación del presente cuestionario.

. Cuestionarios.

1.- Cómo debe hacer para dar a conocer el manual y funciones del personal.

2.- Todo su personal en el área de emergencia está capacitado para dar una atención rápida cuando llega esta.

3.- Usted como directivo está pendiente de que su personal sea capacitado continuamente para poder dar una atención de calidad.

4.- El área de emergencia para usted está bien diseñada para el tipo de pacientes que se recibe o debe mejorársela.

5.- ¿Qué factores usted cree que influyan para poder dar una atención de calidad en el área de emergencia?

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO Y
EDUCACIÓN CONTINUA

Tema:
FACTORES QUE INCIDEN EN LA ATENCIÓN DE CALIDAD A LOS USUARIOS QUE ASISTEN AL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL

Entrevista **Profesionales ( )**

Objetivo: conocer los factores que inciden en la atención de calidad a los usuarios que asisten al área de emergencia del hospital Luis Vernaza-

Distinguido señor:

De la manera más comedida le estoy solicitando su colaboración en la atención a la contestación del presente cuestionario.

. Cuestionarios.

1.- El sueldo que usted percibe está acorde con lo que realiza o cree que esto influye para dar una atención de calidad.

2.- Cree usted que la infraestructura del área de Emergencia es adecuada para trabajar y para atender la cantidad de pacientes que llegan a esta área para dar servicios de salud de calidad.

3.- ¿Usted conoce el manual de funciones y normas del área de emergencia?

4.- ¿Cree usted que el desconocimiento de normas y funciones del área de emergencia hace que no se dé una atención de calidad?

5.- ¿Cree usted que en el área de emergencia la atención del paciente es rápida y atiende la mayoría de las especialidades?

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO Y
EDUCACIÓN CONTINUA

Tema:
FACTORES QUE INCIDEN EN LA ATENCIÓN DE CALIDAD A LOS USUARIOS QUE ASISTEN AL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL

Entrevista **Pacientes ( )**

Objetivo: conocer los factores que inciden en la atención de calidad a los usuarios que asisten al área de emergencia del hospital Luis Vernaza-

Distinguido señor:

De la manera más comedida le estoy solicitando su colaboración en la atención a la contestación del presente cuestionario.

. Cuestionarios.

1.- ¿Recibió usted una atención cordial y amable cuando llegó a esta área?

2.- ¿Cree usted que los servicios de salud que recibe en esta área son rápidos o deben mejorar?

3.- ¿Usted fue atendido por un personal médico y paramédico capacitado?

4.- ¿Se sintió seguro de recibir los servicios de salud prestados por esta institución?

5.- ¿Cree usted que los servicios que presta el hospital son de calidad o deben mejorados?

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA

Tema:
FACTORES QUE INCIDEN EN LA ATENCIÓN DE CALIDAD A LOS USUARIOS QUE ASISTEN AL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL

Operacionalización de la Variables

CATEGORÍA	VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
	INDEPENDIENTES		
Programa	VIG. Programa para proporcionar servicios de salud de urgencias a los usuarios que acuden por accidentes, intoxicaciones, cirugías de urgencia, etc.	Proyecto	Proceso ordenado de actividades.
Servicio de salud		Función o prestación	Actividades desempeñadas por estas organizaciones y su personal
Urgencias		Sección de los hospitales	Área en que se atiende a los enfermos y heridos graves que necesitan cuidados médicos inmediatos.
Usuarios		Pacientes	Persona que padece, física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica.

CATEGORÍA	VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
Accidentes Intoxicaciones Cirugías de urgencia		Estado	Síntoma grave que se presenta inapropiadamente durante una enfermedad, sin ser de los que la caracterizan. Atención médica oportuna.
Diseñada Proporcionar Servicios de salud Urgencias Usuarios Accidentes Intoxicaciones Cirugías de urgencia	VI1. Diseñada para proporcionar servicios de salud de urgencias a los usuarios que acuden, por accidentes, intoxicaciones, cirugías de urgencia, etc.	Procesos Elaborar Disponer	Situación propuesta sobre algún asunto. Ordenar algo con la debida correspondencia
Trabajadores Área de Emergencia	VI2. Trabajadores del área de Emergencia del Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil.	Que trabajan	Resultado de la actividad humana donde se practican la investigación y la enseñanza.
Hospital Luis Vernaza		Establecimiento dedicado al diagnóstico y tratamiento de enfermos.	Conjunto urbano formado por un gran hospital y otras dependencias.

CATEGORÍA	VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
Ciudad Guayaquil		Regidos por un ayuntamiento	
Manual	VI3. Manual de normas y procedimientos técnicos de funciones para el personal del área de Emergencia.	Que deben ser cumplidas	Libro que contiene programas y obligaciones de fácil ejecución.
Normas		Tareas, actividades Acción de proceder	Regla que se debe seguir o a la que se deben ajustar las conductas.
Procedimientos		Conjunto de procedimientos	Método de ejecutar algunas cosas.
Técnicos		Capacidad de actuar	Persona que posee los conocimientos especiales.
Funciones			Tarea que corresponde realizar a una institución.
Personal		Personas o gente	Conjunto de las personas que trabajan en un mismo organismo, dependencia.
Área		Unidad de salud	Superficie comprendida dentro de un perímetro.
Emergencia		Unidad territorial	Atención médica que se recibe de un hospital.

CATEGORÍA	VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
Funciones Laborales Personal Trabaja Emergencia Hospital Luis Vernaza Ciudad de Guayaquil	VI4. Las funciones laborales del personal que trabaja en el área de Emergencia del Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil	Las personas Usuarios Personal Horas Institución	Estar dispuesto a hacer lo que se indica. Que se puede laborar o trabajar Ocuparse en cualquier actividad física o intelectual
	DEPENDIENTES		
Calidad Servicio presta el hospital	VGD: Calidad del servicio que presta el hospital	Superioridad o excelencia	Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida.
Estado Problema	VD1: Estado actual del problema	Personal desconoce funciones específicas	Situación de grave peligro, por cuyo urgente remedio se exime de responsabilidad.
Funciones	VD2: Sus funciones		
Calidad Calidez Servicios Salud Institución	VD3: Calidad y calidez de servicios de salud de la institución		