



**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y
VINCULACIÓN CON LA COLECTTIVIDAD**

DIRECCIÓN DE POSTGRADOS

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE
MAGISTER EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN
HOSPITALARIA**

**TEMA: EVALUACIÓN A LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN
LA ATENCIÓN A PACIENTES DEL SERVICIO DE
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA DEL HOSPITAL
EUGENIO ESPEJO.**

AUTORA: PAUCAR MAURET, MARÍA BELÉN

DIRECTOR: DR. ESCOBAR, FREDDY

SANGOLQUÍ

2015

CERTIFICADO

Certifico que el presente proyecto de grado titulado “EVALUACIÓN A LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A PACIENTES DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO.”, de autoría de la Dra. María Belén Paucar Mauret, egresada de la Maestría en Gerencia Hospitalaria de la Escuela Politécnica del Ejército, “ESPE”, ha sido dirigido, corregido y revisado en todas sus partes; observa las orientaciones metodológicas de la investigación científica y, cumple con lo establecido en la normativa vigente, para los procesos de graduación en el postgrado, por lo que se autoriza su presentación.

Sangolquí, septiembre de 2015

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'R. Escobar', is written over a horizontal line. The signature is stylized and includes a large loop at the top.

Dr. Ricardo Escobar
DIRECTOR DE TESIS

AUTORIA DE RESPONSABILIDAD

Dra. María Belén Paucar Mauret

DECLARO QUE: los conceptos, ideas, opiniones, resultados y la información que se expone en el presente trabajo de investigación han sido desarrollados en base a procesos de investigación científica respetando derechos intelectuales de terceros, conforme constan en la bibliografía.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico de este proyecto.

A handwritten signature in blue ink that reads "Belén Paucar". The signature is written in a cursive style and is positioned above a horizontal line.

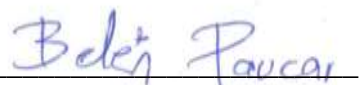
Dra. María Belén Paucar Mauret

Sangolquí, septiembre de 2015

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Dra. María Belén Paucar Mauret

Autorizo a la Escuela Politécnica del Ejército la publicación, en la Biblioteca Virtual de la Institución del trabajo “EVALUACIÓN A LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A PACIENTES DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, cuyo contenido, ideas y criterios corresponden a mi responsabilidad y autoría.

A handwritten signature in blue ink that reads "Belén Paucar". The signature is written in a cursive style and is positioned above a horizontal line.

Dra. María Belén Paucar Mauret

Sangolquí, septiembre de 2015

DEDICATORIA

A mi madre, fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida y más aún en los años de carrera profesional y a todos aquellos que de una forma profesional y desinteresada me han ayudado en el presente trabajo de investigación

Dra. María Belén Paucar Mauret

AGRADECIMIENTO

Hago extensivo el testimonio de reconocimiento y agradecimiento a todas las personas e instituciones que han brindado su apoyo para la realización del presente trabajo de investigación, base para la culminación de los estudios de cuarto nivel y para lograr una importante meta en mi vida profesional.

De manera especial, al Sr. Doctor Freddy Ricardo Escobar Director de Tesis, mi sentimiento de gratitud, por haber dedicado de manera desinteresada, su tiempo, conocimiento y experiencia en la orientación epistemológico-teórica y metodológico-técnica que posibilitó el cabal desarrollo de la investigación.

A la Sra. Economista Rosita López Coordinadora de la Maestría, quien con su apoyo y conocimientos supo orientarnos acertadamente en el desarrollo de este programa de Postgrado.

A todos los profesores que de manera atinada supieron transmitir sus conocimientos profesionales y de experiencia en el área de administrativa y de la salud.

Al Hospital Eugenio Espejo en la persona del Sr. Dr. Boroshilov Mantilla, Economista Uquillas, Dr. Elio Ramírez e Ing. Carmela Pozo, por haber brindado todas las facilidades para la materialización de este trabajo.

A mi madre por ser mi inspiración, mi ejemplo de mujer, mi amiga incondicional y mi cómplice en todas mis locuras y a mis amigos Vanessa, Rusbelt, Lorena, Washington y Verónica por su solidario apoyo en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

ÍNDICE

CERTIFICADO	ii
AUTORIA DE RESPONSABILIDAD	iii
AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABLAS	xii
ÍNDICE DE FIGURAS	xv
RESUMEN.....	xvii
ABSTRACT	xviii
CAPÍTULO I.....	1
1 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1 TÍTULO DEL PROYECTO DE GRADO.....	1
1.2 ANTECEDENTES DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO	1
1.2.1 Generalidades.....	2
1.2.2 Misión	3
1.2.3 Visión.....	3
1.2.4 Valores del Hospital.....	5
1.2.5 Estructura Organizacional.....	6
1.2.6 Indicadores de la salud 2014 - 2015	9
1.2.7 Zona de afluencia.....	11
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11

1.3.1	Antecedentes del problema	11
1.3.2	Formulación del problema	12
1.4	OBJETIVOS	12
1.4.1	Objetivo General.....	12
1.4.2	Objetivos Específicos.....	12
1.5	Justificación e importancia	13
1.5.1	Justificación	13
1.5.2	Importancia	14
CAPÍTULO II		15
2	MARCO TEÓRICO.....	15
2.1	FUNDAMENTO LEGAL	15
2.1.1	Constitución de la República del Ecuador	15
2.1.2	Ley Orgánica de la Salud	15
2.1.3	Código Integral Penal.	16
2.1.4	Plan Nacional de Desarrollo	16
2.1.5	Reglamento General a la Ley del Sistema Ecuatoriano de la Calidad.....	17
2.2	FUNDAMENTO TEÓRICO	17
2.2.1	Calidad	17
2.2.2	Calidad en salud en países vecinos	20
2.2.3	Calidad en la atención médica	23
2.2.4	Elementos de la calidad en la atención médica.....	26
2.2.5	Seguridad del paciente	29
2.2.6	Acreditación.....	30
2.2.7	Estándares para los servicios de Cuidado Quirúrgico.....	32

2.2.8	Procesos	35
2.2.9	Indicadores	36
2.2.10	Auditoria Medica	38
2.2.11	Historia Clínica	42
2.3	MARCO CONCEPTUAL	43
CAPÍTULO III		45
3	APLICACIÓN	45
3.1	DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA	45
3.1.1	Metodo e Instrumentos de Investigación	45
3.1.1.1	Método de investigación	45
3.1.1.2	Instrumentos de Investigación	46
3.1.1.2.1	Observación Directa.....	46
3.1.2	Entrevista no estructurada.....	46
3.1.3	Revisión de Historias Clínicas	47
3.1.4	Población y Muestra	51
3.1.4.1	Población.....	51
3.1.4.2	Muestra	51
3.2	Resultados de la investigación	53
3.2.1	Resultados de observación del servicio	53
3.2.2	Evaluación de Historias Clínicas	75
3.2.3	Evaluación de criterios y estándares de la Accreditation Canada International	84
3.2.4	ANÁLISIS DE RESULTADOS	112
3.2.4.1	Resultados de evaluación de estándares de calidad (ACI) por dimensiones.....	113

3.2.4.2	Resultados de evaluación de estándares de calidad (ACI) por niveles.....	114
3.2.5	Conclusiones y Recomendaciones.....	114
3.2.5.1	Conclusiones.....	114
3.2.5.2	Recomendaciones.....	115
CAPITULO IV.....		117
4	DIAGNOSTICO SITUACIONAL.....	117
4.1	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL ACTUAL.....	117
4.1.1	Misión.....	117
4.1.2	Visión.....	117
4.1.3	Valores Institucionales.....	118
4.1.4	Características del servicio.....	118
4.1.5	Hospitalización.....	118
4.1.6	Quirófano.....	119
4.1.7	Consulta externa.....	119
4.1.8	Talento humano.....	119
4.1.9	Estadísticas del servicio.....	120
4.1.10	Análisis FODA.....	123
CAPITULO V.....		126
5	PROPUESTA.....	126
5.1	PLAN DE MEJORA PARA EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA.....	126
5.2	CONFORMACION DEL COMITÉ.....	126
5.3	OBJETIVO Y FUNCIONES DEL COMITÉ DE CALIDAD.....	127
5.3.1	Objetivo General.....	127

5.3.2	Objetivos Específicos.....	127
5.3.3	Funciones	128
5.4	ACTIVIDADES A DESARROLLAR.....	128
5.4.1	Descripción del plan de Capacitación.....	133
5.4.1.1	Cronograma de capacitaciones en el servicio de Traumatología y Ortopedia de Agosto 2015 a Agosto 2016.....	134
5.4.2	METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS.....	135
5.4.2.1	Cronograma de elaboración de protocolos en el Servicio de Traumatología y Ortopedia de Agosto 2015 a Agosto 2016	136
CAPÍTULO VI.....		137
6	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	137
6.1	CONCLUSIONES	137
6.2	RECOMENDACIONES.....	138
BIBLIOGRAFÍA		140
ABREVIATURAS.....		144
ANEXOS		145

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Valores institucionales	5
Tabla 2	Cartera de servicios	8
Tabla 3	Talento humano.....	9
Tabla 4	Principales indicadores de la salud	9
Tabla 5	Cálculo de tamaño muestral.....	52
Tabla 6	Sala de espera Trauma 1	55
Tabla 7	Sala de espera Trauma 2	55
Tabla 8	Flujos de circulación horizontal Trauma 1	56
Tabla 9	Flujos de circulación horizontal Trauma 2	57
Tabla 10	Flujos de circulación vertical	57
Tabla 11	Uso de ascensores en el Hospital Eugenio Espejo.....	58
Tabla 12	Estación de enfermería Trauma 1	59
Tabla 13	Estación de enfermería Trauma 2	59
Tabla 14	Utilería Limpia Trauma 1	60
Tabla 15.	Utilería Limpia Trauma 2	60
Tabla 16	Producción de desechos	62
Tabla 17	Dimensiones lavachatas Trauma 1.....	63
Tabla 18	Dimensiones lavachatas Trauma 2.....	63
Tabla 19	Tipo de cuartos Trauma 1 y Trauma 2.....	66
Tabla 20	Área mínima por cama Trauma 1	67
Tabla 21	Área mínima por cama Trauma 2	68
Tabla 22	Características de Servicios Higiénicos en las habitaciones Trauma 1	68
Tabla 23	Características de Servicios Higiénicos en las habitaciones Trauma 2	68
Tabla 24	Razón enfermera:paciente Trauma 1	73
Tabla 25	Razón enfermera:paciente Trauma 2	73
Tabla 26.	Estándar N° 1: El equipo desarrolla sus servicios médicos para afrontar las necesidades de sus clientes	84
Tabla 27	Evaluación cumplimiento estándar N° 1.....	85

Tabla 28 Estándar N° 2: El equipo tiene acceso a los recursos necesarios para proveer servicios de cuidado quirúrgico de calidad	86
Tabla 29 Evaluación cumplimiento estándar N° 2.....	87
Tabla 30 Estándar N° 3: El equipo utiliza un acercamiento multidisciplinario para brindar servicios de cuidado quirúrgico	88
Tabla 31 Evaluación cumplimiento estándar N° 3.....	89
Tabla 32 Estándar N° 4: El equipo utiliza un acercamiento multidisciplinario para brindar servicios de cuidado quirúrgico	89
Tabla 33 Evaluación cumplimiento estándar N° 4.....	91
Tabla 34 Estándar N° 5 El personal promueve el equilibrio entre el bienestar y la vida laboral de cada uno de los miembros	92
Tabla 35 Evaluación cumplimiento estándar N° 5.....	93
Tabla 36 Estándar N° 6: El equipo coordina el acceso oportuno a los servicios por parte de los clientes, familias, proveedores de servicio y organizaciones de referencia.....	94
Tabla 37 Evaluación cumplimiento estándar N° 6.....	95
Tabla 38 Estándar N°7: El equipo prepara al cliente para el procedimiento	96
Tabla 39 Evaluación cumplimiento estándar N° 7.....	98
Tabla 40 Estándar N° 8: El equipo respeta los derechos de los pacientes y obtiene el consentimiento informado para entregar los servicios	99
Tabla 41 Evaluación cumplimiento estándar N°8.....	101
Tabla 42 Estándar N° 9: El equipo cuida que el cliente siga el procedimiento	101
Tabla 43 Evaluación cumplimiento estándar N° 9.....	102
Tabla 44 Estándar N° 10: El equipo maneja la medicación de manera segura y precisa	102
Tabla 45 Evaluación cumplimiento estándar N° 10.....	103
Tabla 46 Estándar N°11: El equipo prepara al cliente y familiar para las transferencias y altas	104
Tabla 47 Evaluación cumplimiento estándar N°11.....	106
Tabla 48 Estándar N° 12: El equipo mantiene registros de los clientes de una manera precisa, acutalizada y segura	107
Tabla 49 Evaluación cumplimiento N° 12.....	108

Tabla 50 Estándar N°13: El equipo basa sus servicios en la investigación, en los lineamientos basados en la evidencia y, en la información de buenas prácticas.....	108
Tabla 51 Evaluación cumplimiento de estándar N° 13.....	109
Tabla 52 Estándar N°14: El equipo promueve la seguridad en el ambiente del servicio	110
Tabla 53 Evaluación cumplimiento estándar N° 14.....	111
Tabla 54 Estándar N° 15: El equipo hace mejoras continuas en sus servicios médicos	111
Tabla 55 Evaluación cumplimiento estándar N°15.....	112
Tabla 56 Resultados totales evaluación de Historias Clínicas	112
Tabla 57 Resultados de evaluación de estándares de calidad por dimensiones.....	113
Tabla 58 Resultados de evaluación de estándares de calidad	114
Tabla 25 Valores institucionales	118
Tabla 26 Perfil de morbilidad por grupo programático	121
Tabla 61 Indicadores de desempeño en Traumatología y Ortopedia.....	123

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Mapa de Ubicación Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”	2
Figura 2 Estructura organizacional Hospitales MSP	6
Figura 3 Procesos agregadores de valor del Hospital Eugenio Espejo	6
Figura 4 Estructura organizacional hospitales MSP	7
Figura 5 Total de atenciones en el año 2014 y 2015 en el Hospital Eugenio Espejo.....	10
Figura 6 Datos sobre hospitalización, cirugías realizadas y procedimientos de imagen realizados en el Hospital Eugenio Espejo.	10
Figura 7 Cobertura de atención del Hospital Eugenio Espejo	11
Figura 8 Sala de espera Trauma 1	54
Figura 9 Sala de espera Trauma 2	55
Figura 10 Ropa Limpia	60
Figura 11 Almacenamiento primario de desechos	61
Figura 12 Almacenamiento intermedio de desechos	62
Figura 13 Lavachatas	64
Figura 14 Sala N° 1 varones Trauma 1	65
Figura 15 Habitación Trauma 2	65
Figura 16 Habitación de aislamiento.....	66
Figura 17 Baño pacientes Sala N° 1 varones Trauma 1	69
Figura 18 Sala de Rayos X.....	69
Figura 19 Sala de reuniones	70
Figura 21 Residencia médica	70
Figura 22 Pulsera de identificación de pacientes	72
Figura 23 Formulario de consentimiento informado firmado.....	76
Figura 24 Uso de protocolos internos	76
Figura 25 Formulario de epicrisis	77
Figura 26 Firmas de responsabilidad	77
Figura 27 Formulario de administración de medicación.....	78
Figura 28 Número de Cédula Visible.....	78
Figura 29 Formulario de registro de transferencias en Historia Clínica	79

Figura 30 Fomulario de signos vitales	80
Figura 31 Formulario de registro de interconsultas	80
Figura 32 Número de historia clínica visible	81
Figura 33 Legibilidad.....	82
Figura 34 Formulario de anamnesis y examen físico.....	82
Figura 35 Historia clínica completa y actualizada	83
Figura 36 Perfil de morbilidad de enero a mayo de 2015 en el servicio de Traumatología y Ortopedia	120
Figura 37 Distribución de la población por sexo	122

RESUMEN

El presente trabajo de investigación consistió en realizar un análisis de la calidad y seguridad de la atención médica en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito-Ecuador en el servicio de Traumatología y Ortopedia, a través de un proceso de comparación entre la realidad evidenciada en el servicio objeto de estudio y estándares de calidad nacionales e internacionales de estructura, proceso y resultados, para el efecto de utilizaron tres instrumentos metodológicos: la observación directa, la evaluación a historias clínicas y la entrevista no estructurada a usuarios internos y externos. Para evaluación de calidad en el presente proyecto de investigación se tomaron como base los estándares establecidos por la Accreditation Canada International (ACI) para evaluar proceso, y los estándares de la OPS y la normativa peruana para evaluar estructura y resultados. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal durante los meses de enero a junio de 2015, encontrando que al realizar una comparación con los estándares de la Accreditation Canada International el servicio acredita en nivel Oro, sin embargo, al evaluar mediante otros estándares propuestos por organizaciones internacionales de igual prestigio el servicio no cumple con criterios específicos en lo referente a estructura y resultados. Con este antecedente se propuso un plan de mejora que pretende contribuir al fortalecimiento de una cultura de calidad dentro del servicio de Traumatología y Ortopedia mediante el cumplimiento de estándares de calidad y la óptima distribución de los recursos asignados para satisfacer las expectativas de los usuarios que acuden al servicio de Traumatología y Ortopedia.

PALABRAS CLAVE:

CALIDAD

ACREDITACIÓN

SEGURIDAD

ESTÁNDARES

TRAUMATOLOGÍA

ABSTRACT

This research was made to conduct an analysis of the quality and safety of care in the Specialty Hospital Eugenio Espejo of Quito-Ecuador in the service of Traumatology and Orthopedics, through a process of comparison between reality evidenced in the service under the study of national and international standards of quality of structure, process and results, to accomplish this evaluation three instruments were used: direct observation, evaluation of medical records and unstructured interview applied in internal and external users. For quality assessment in this research project there were used standards set by the Accreditation Canada International (ACI) to evaluate process, and the standards of PAHO and the Peruvian Legislation to Evaluate Structure and Results. An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted during the months of January to June 2015, found that when making a comparison with the standards of Accreditation Canada International the service accredited to Gold level, however, when the service was evaluated with other standards proposed by prestigious international organizations the service does not accomplished structure and results criteria. With this background it was proposed an improvement plan that aims the creation of a culture of quality in the service by meeting quality standards and optimal distribution of resources allocated to achieve the expectations of users who come to this service.

KEYWORDS:

QUALITY

ACCREDITATION

SAFETY

STANDARDS

TRAUMATOLOGY

CAPÍTULO I

1 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 TÍTULO DEL PROYECTO DE GRADO

“EVALUACIÓN A LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A PACIENTES DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO.”

1.2 ANTECEDENTES DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO

El Hospital de Especialidades Eugenio Espejo se encuentra ubicado en la provincia de Pichincha, en el cantón Quito, específicamente entre las calles Av. Gran Colombia s/n y Yaguachi.

Los datos históricos obtenidos de la Planificación Estratégica del Hospital año 2013 indican que la construcción de Hospital de Especialidades Eugenio Espejo se inició el 23 de mayo de 1901 y culminó en el año 1933. El 28 de Junio de 1931 la Junta Central de Asistencia Pública de Quito acuerda que: “El nuevo hospital civil que la Junta ha construido llevará el nombre de Eugenio Espejo en homenaje al ilustre prócer de la independencia Dr. Francisco Eugenio de Santa Cruz y Espejo.”

Durante la presidencia del Dr. Juan de Dios Martínez Mera el 24 de mayo de 1933 se inauguró el Hospital Eugenio Espejo. En el año 1979 se conforma un gran frente, cuyo propósito era construir un nuevo Hospital, hasta que en el mes de mayo de 1982 y con la presidencia del Sr. Dr. Jaime Roldós Aguilera se coloca la primera piedra del nuevo edificio.

Después de muchos años de construcción en mayo de 1992 el hospital abre sus puertas para dar atención al público en sus nuevas áreas de consulta externa y emergencia, para que en el año 1994 se traslada por completo la atención al edificio

atención de alta complejidad, en beneficio de la ciudadanía. Para ello se encuentra al momento en un proceso de repotenciación, en el cual en el año 2014 se invirtió \$13'927.031 y en 2015 se tiene previsto invertir \$9.033.771,36. Esta repotenciación, así como la reorganización de los servicios han implicado no solo la adquisición de equipos de alta tecnología, sino también la movilización de pacientes y otras acciones para mejorar la atención y minimizar las molestias a los usuarios. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010)

En el nuevo orden social que se ha llevado a cabo dentro de los últimos años, el nuevo horizonte en el país ha sido colocado en la doctrina del “Buen Vivir”, en el que la salud se coloca como pilar fundamental en la mejora de la calidad de vida de la población. En lo que respecta a las carteras de servicios de los Hospitales de la red pública se evidencia que los mismos presentan servicios de: especialidades clínico-quirúrgicas, emergencia, hospitalización, unidad de cuidados intensivos, neonatología, servicios de apoyo diagnóstico, imagenología, broncoscopia, colposcopia, colonoscopia, entre otros. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010)

1.2.2 Misión

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social (Hospital Eugenio Espejo, 2014)

1.2.3 Visión

Ser reconocidos por la ciudadanía como un hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo

principios fundamentales de la salud pública y bioética utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente. (Hospital Eugenio Espejo, 2014)

1.2.4 Valores del Hospital

Tabla 1
Valores institucionales

Respeto	Todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio.
Atención Orientada al paciente, vocación del servicio.	Las actuaciones se organizan y personalizan en torno a las necesidades específicas de cada paciente.
Innovación	Con la implementación de nueva tecnología promover y apoyar la creatividad y el desarrollo de ideas innovadoras.
Mejora Continua	Se compromete con la mejora continua en la calidad y la seguridad asistencial.
Trabajo en equipo	Promueve la colaboración entre los profesionales y la coordinación con otros niveles asistenciales.
Compromiso social	Se guía por los valores éticos de equidad, participación, y dignidad del paciente y de los ciudadanos, desarrollando actuaciones de valor para la sociedad y para el medio ambiente.

Fuente: Anuario HEE 2015.

1.2.5 Estructura Organizacional

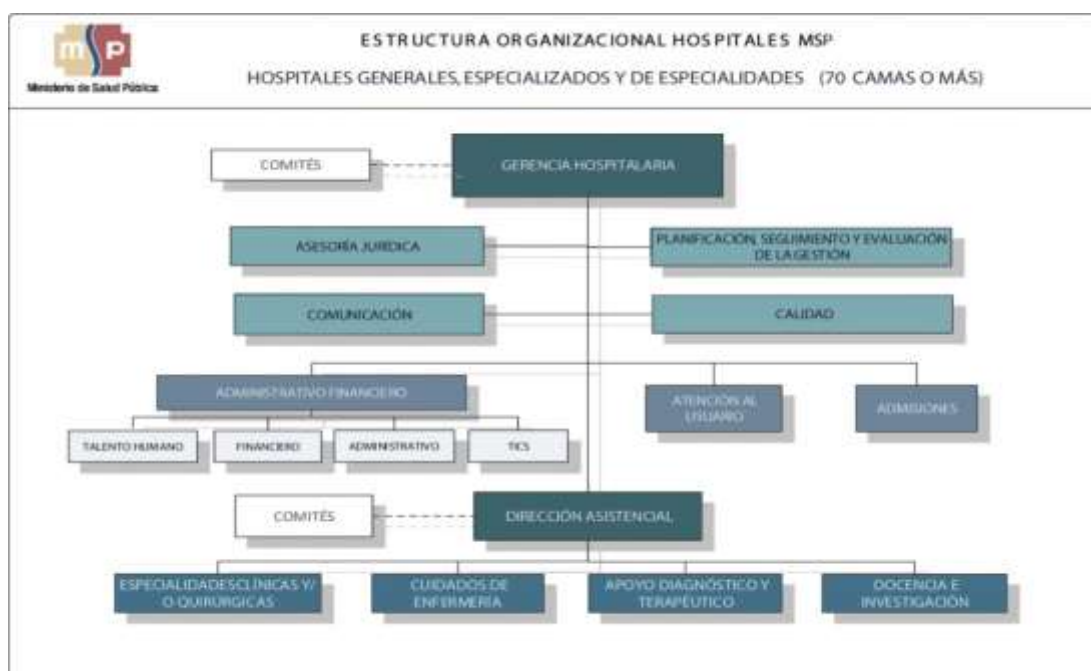


Figura 2 Estructura organizacional Hospitales MSP
Fuente: Planificación Estratégica HEE 2014.

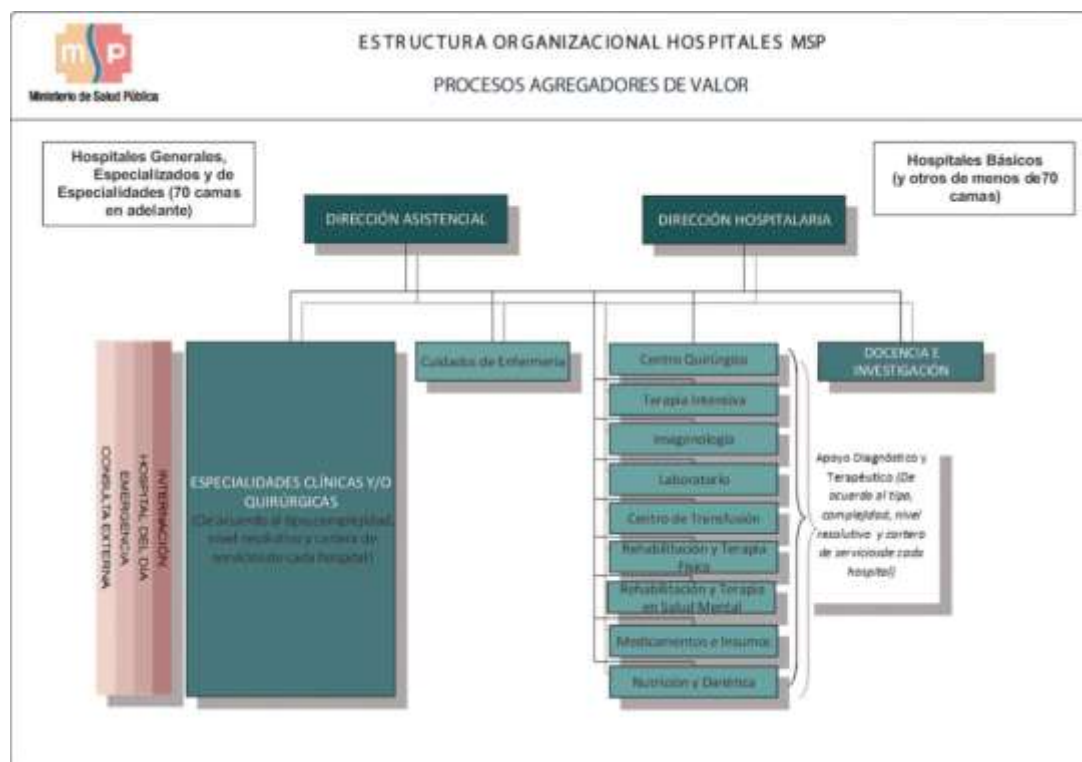


Figura 3 Procesos agregadores de valor del Hospital Eugenio Espejo
Fuente: Planificación Estratégica HEE 2014.

Estructura Organizacional Por Procesos

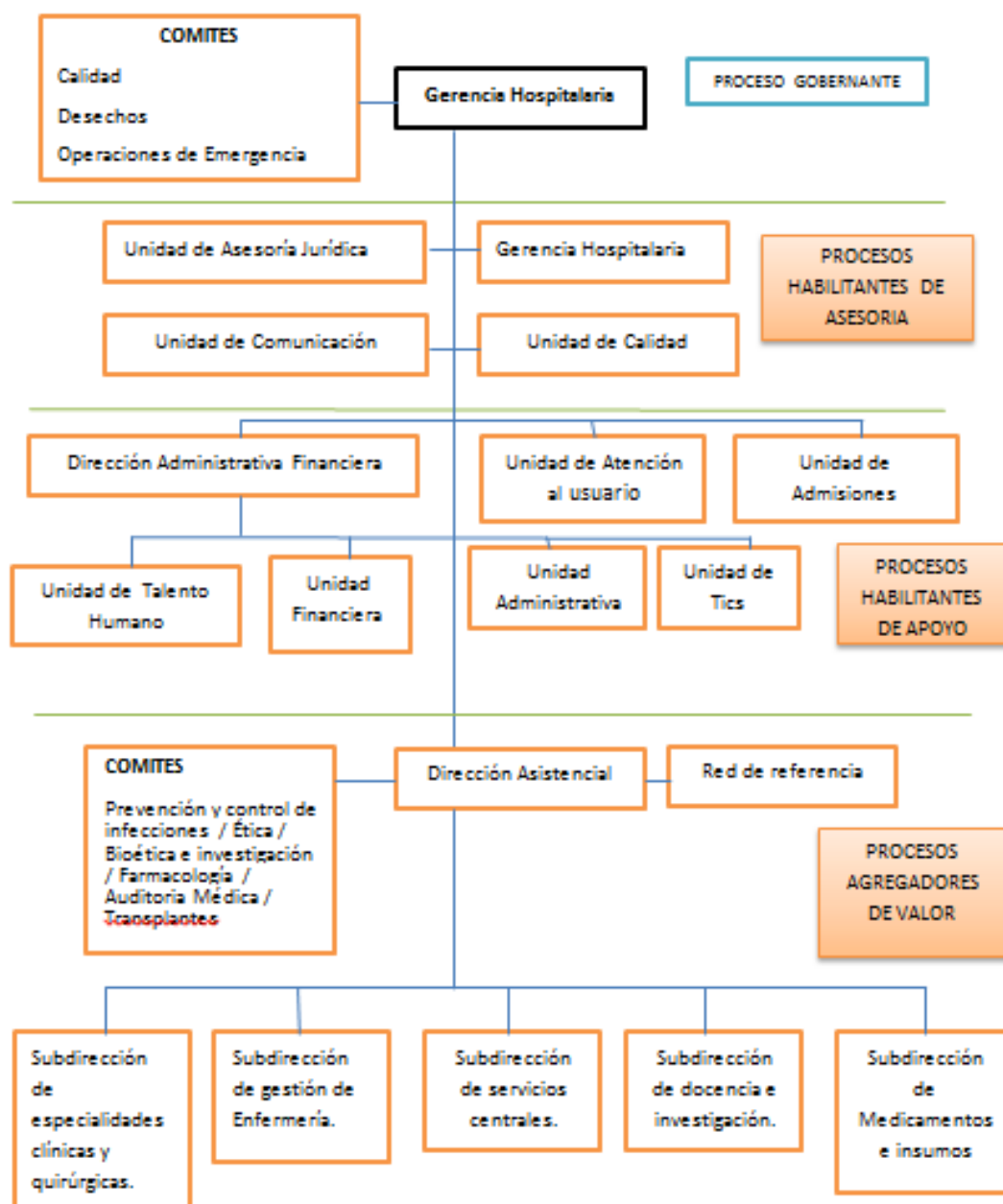


Figura 4 Estructura organizacional hospitales MSP
Fuente: Planificación Estratégica HEE 2014

Tabla 2
Cartera de servicios

Cartera de Servicios		
Especialidades Clínicas	Especialidades Quirúrgicas	Servicios Centrales
Alergología	Cirugía Cardíaca	UCI
Gastroenterología	Cirugía Vascular	Emergencia
Cardiología	Cirugía Torácica	Laboratorio
Endocrinología	Cirugía General	Patología
Geriatría	Cirugía Maxilofacial	Rehabilitación
Hematología	Cirugía Ortopédica y Traumatología	Psicología
Medicina Interna	Coloproctorología	Banco de sangre
Nefrología	Oftalmología	Nutrición
Neumología	Urología	
Neurología	Cirugía Plástica y Quemados	
Psiquiatría	Neurocirugía	
Reumatología	Oncología	
Dermatología	Otorrinolaringología	
Odontología	Ginecología	

Fuente: Anuario HEE 2015.

Tabla 3
Talento humano

Talento Humano	
Médicos	375
Enfermeras	766
Químicos-Farmacéuticos	21
Tecnólogos	138
Odontólogos	10
Psicólogos	6
Paramédicos	12
Administrativos	310
Servicios Generales	476
Total de Recurso Humano	2114

Fuente: Anuario HEE 2015

1.2.6 Indicadores de la salud 2014 - 2015

Tabla 4
Principales indicadores de la salud

PRINCIPALES INDICADORES DE LA SALUD

	AÑO 2014	ABRIL DEL 2015
- PACIENTES HOSPITALIZADOS	13,871	4,538
- PACIENTES ATENDIDOS POR CONSULTA EXTERNA	288,881	93,147
- PACIENTES ATENDIDOS EN EMERGENCIA	34,294	8,330
- CIRUGIAS REALIZADAS	13,090	3,374
- NUMERO PACIENTES ATENDIDOS DE IMAGEN REALIZADOS	148,556	48,648

Fuente: Anuario HEE 2015

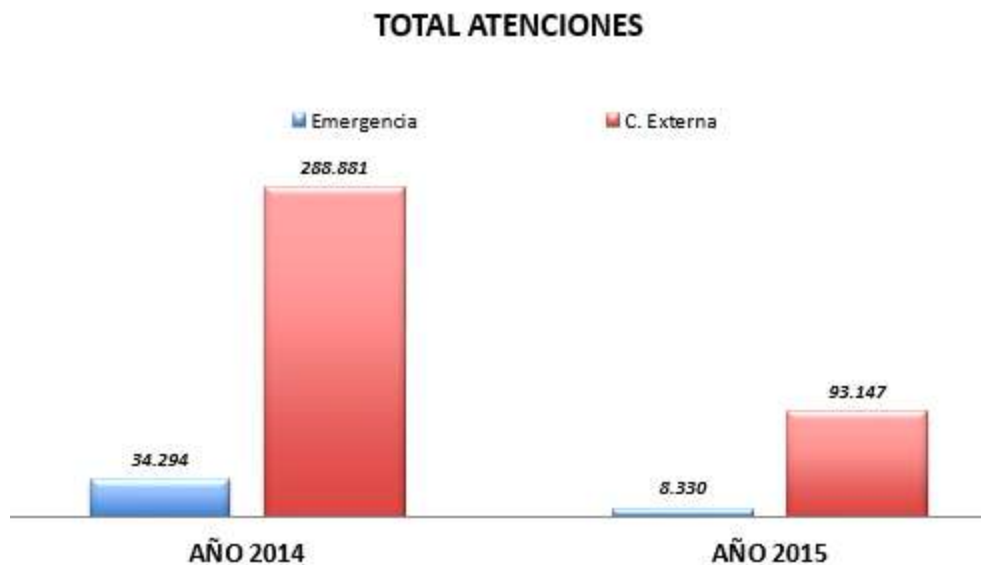


Figura 5 Total de atenciones en el año 2014 y 2015 en el Hospital Eugenio Espejo.
Fuente: Anuario HEE 2015



Figura 6 Datos sobre hospitalización, cirugías realizadas y procedimientos de imagen realizados en el Hospital Eugenio Espejo.
Fuente: Anuario HEE 2015

1.2.7 Zona de afluencia



Figura 7 Cobertura de atención del Hospital Eugenio Espejo

Fuente: Anuario HEE 2015

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.3.1 Antecedentes del problema

Uno de los problemas de mayor relevancia identificado en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Eugenio Espejo constituye el desconocimiento de la realidad de la calidad que se vivencia en mencionado servicio y su contraste con estándares nacionales e internacionales establecidos, esto se traduce en incertidumbre respecto a la calidad de la atención médica y las consecuencias legales que esto acarrea.

El desconocimiento de la existencia de un sistema de evaluación a la calidad que permita conocer la aplicación y cumplimiento de estándares debe ser considerado como un factor determinante que afecta a la calidad de la atención médica, retrasando de este modo el proceso de acreditación del Establecimiento de Salud que es objeto de la presente investigación.

1.3.2 Formulación del problema

¿El desconocimiento de la realidad de la calidad de la atención médica que se brinda en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Eugenio Espejo relacionado con la aplicación de estándares nacionales e internacionales podría generar serios inconvenientes para la salud de las personas, la imagen y estabilidad de la institución?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Evaluar la calidad y seguridad en la atención médica brindada a pacientes del área de Traumatología y Ortopedia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo para apoyar el proceso de mejoramiento continuo.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Realizar investigación e indagación sobre información y datos específicos relacionados con la calidad de atención brindada en el servicio de Traumatología y Ortopedia.
- Realizar el Diagnóstico situacional del servicio de Traumatología y Ortopedia para fortalecer su gestión.
- Proponer a las autoridades del HEE un plan de mejora para garantizar la calidad y seguridad de la atención a pacientes en el servicio de Traumatología y Ortopedia en base a la aplicación de estándares internacionales.

1.5 Justificación e importancia

1.5.1 Justificación

Una vez que el país decidió entrar en el proceso de acreditación de los servicios de salud hospitalarios, ha incrementado el interés y los esfuerzos dirigidos para alcanzar la calidad llevando al mejoramiento de las condiciones de atención en los hospitales públicos del país y en este caso en particular, del servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Eugenio Espejo.

De lo que se conoce hasta el momento, se han realizado evaluaciones en base a los estándares de calidad de la Accreditation Canada International, sin embargo existen otros estándares con igual credibilidad que los antes mencionados, siendo este un aporte con el que presente trabajo de investigación pretende contribuir.

La calidad del servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Eugenio Espejo es un proceso que no ha sido evaluado en su totalidad, esto se debe a que el mejoramiento de la calidad ha sufrido retrasos en algunas áreas del hospital, incluida la que es objeto de este estudio, los justificativos que se pueden dar para explicar esta demora son varios, entre ellos la falta de involucramiento a todo el equipo humano que conforma el servicio y la ausencia de normas y protocolos internos.

Hasta el momento no se han realizado este tipo de estudios de evaluación de calidad mediante el uso de otros estándares internacionales como los propuestos en el presente trabajo de investigación dentro del Hospital Eugenio Espejo, es por esto que el presente trabajo de investigación pretende contribuir con la mejora de la calidad de los servicios de salud.

1.5.2 Importancia

El conocimiento de la realidad actual del servicio de Traumatología y Ortopedia servirá de insumo para que el esfuerzo que ha realizado el Hospital Eugenio Espejo por conseguir la acreditación en calidad sea alcanzado de forma exitosa.

De esta manera mediante el presente trabajo de investigación pretende realizar una evaluación del servicio con respecto a los estándares nacionales e internacionales propuestos y proporcionar un plan de mejora con el objetivo de servir de insumo para continuar con el esfuerzo del Hospital Eugenio Espejo por brindar atención bajo una concepción de calidad de atención y seguridad del paciente.

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTO LEGAL

2.1.1 Constitución de la República del Ecuador

“Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.” (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008)

“Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.” (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008)

“Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008)

2.1.2 Ley Orgánica de la Salud

“Art. 10.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen

acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.” (Congreso Nacional del Ecuador , 2006)

2.1.3 Código Integral Penal.

“Artículo 146.- Homicidio culposo por mala práctica profesional.- La persona que al infringir un deber objetivo de cuidado, en el ejercicio o práctica de su profesión, ocasione la muerte de otra, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años.” (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2014)

“El proceso de habilitación para volver a ejercer la profesión, luego de cumplida la pena, será determinado por la Ley. Será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años si la muerte se produce por acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas”. (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2014)

Para la determinación de la infracción al deber objetivo de cuidado deberá concurrir lo siguiente: La mera producción del resultado no configura infracción al deber objetivo de cuidado. La inobservancia de leyes, reglamentos, ordenanzas, manuales, reglas técnicas o *lex artis* aplicables a la profesión. El resultado dañoso debe provenir directamente de la infracción al deber objetivo de cuidado y no de otras circunstancias independientes o conexas. Se analizará en cada caso la diligencia, el grado de formación profesional, las condiciones objetivas, la previsibilidad y evitabilidad del hecho.” (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2014)

2.1.4 Plan Nacional de Desarrollo

Objetivo 3: “Implementar sistemas de calidad con estándares normalizados que faciliten la regulación, el control y la auditoría de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.” (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo SENPLADES, 2013)

2.1.5 Reglamento General a la Ley del Sistema Ecuatoriano de la Calidad

“Que, en el Suplemento del Registro Oficial No. 26 del 22 de febrero del 2007, se publicó la Ley del Sistema Ecuatoriano de la Calidad, que tiene como objetivo establecer el marco jurídico del sistema ecuatoriano de la calidad, destinado a: I) regular los principios, políticas y entidades relacionados con las actividades vinculadas con la evaluación de la conformidad, que facilite el cumplimiento de los compromisos internacionales en esta materia; II) garantizar el cumplimiento de los derechos ciudadanos relacionados con la seguridad, la protección de la vida y la salud humana, animal y vegetal, la preservación del medio ambiente, la protección del consumidor contra prácticas engañosas y la corrección y sanción de estas prácticas; y, III) Promover e incentivar la cultura de la calidad y el mejoramiento de la competitividad en la sociedad ecuatoriana. ” (Presidencia de la Republica del Ecuador, 2011)

2.2 FUNDAMENTO TEÓRICO

2.2.1 Calidad

Debido al proceso de globalización a nivel industrial ha surgido la necesidad de crear herramientas que permitan desempeñar las actividades diarias con altos niveles de eficiencia, es con este afán que surge el concepto de calidad con la finalidad de adaptarse a las exigencias de los clientes brindando excelencia en la atención. Teniendo en cuenta la importancia de esta herramienta es necesario conocer las percepciones de los creadores de este concepto (Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA, 2009)

Es importante destacar que dentro de la administración de la calidad, quien ha tenido más influencia ha sido el Dr. Edwards Deming (1900-1993) quien impartió cursos de control de calidad durante la Segunda Guerra Mundial, siendo los directivos japoneses quienes adoptaron estas ideas, fue tan importante la influencia de las teorías de Deming que se estableció el premio Deming Application Prize en

1951, el cual reconoce a las empresas que presentan un alto grado de prácticas de calidad. (Lindsay, 2005)

Pese a no ser un autor que describe de manera precisa el concepto de calidad Deming (1989) afirmó que la calidad es “un grado predecible de uniformidad y fiabilidad a bajo coste, adecuado a las necesidades del mercado”, es decir, es todo lo que el usuario necesita y desea. El autor indica que el principal objetivo de la empresa debe ser permanecer en el mercado, proteger la inversión, ganar dividendos y asegurar los empleos. (Lindsay, 2005)

Juran, otro pionero de la concepción que actualmente tenemos, durante su labor en Japón trabajó en la determinación de la importancia que tiene la gerencia dentro de una empresa, implantando un modelo que hasta la actualidad ha sido adoptado en varios países del mundo. (Rodríguez & Rodríguez, 2009)

Feigenbaum fue el creador del concepto de gestión de calidad, aplicando este concepto en todas las sucursales de la empresa internacional General Electric, este autor junto con Juran, Deming e Ishikawa son los responsables de la expansión económica que hemos presenciado en Japón. (Rodríguez & Rodríguez, 2009)

Durante la década de los sesenta aparece el autor del concepto de “cero defectos” Crosby, afirmando que no existen motivos por los que una empresa que produzca bienes o brinde servicios cometa errores, así mismo refiere que existen dos razones por las que existen defectos: la falta de conocimiento y la falta de atención, para llegar a la meta de “cero defectos” se plantea un programa de 14 pasos que busca mejorar las relaciones laborales entre empleados y empleadores. (Giugni, 2009) (Alvarado & Rivas, 2006)

Paso 1: Compromiso de la dirección: La alta dirección debe definir y comprometerse en una política de mejora de la calidad.

Paso 2: Equipos de mejora de la calidad: Se formarán equipos de mejora mediante los representantes de cada departamento.

Paso 3: Medidas de la calidad: Se deben reunir datos y estadísticas para analizar las tendencias y los problemas en el funcionamiento de la organización.

Paso 4: El costo de la calidad: Es el coste de hacer las cosas mal y de no hacerlo bien a la primera.

Paso 5: Tener conciencia de la calidad: Se adiestrará a toda la organización enseñando el coste de la no calidad con el objetivo de evitarlo.

Paso 6: Acción correctiva: Se emprenderán medidas correctoras sobre posibles desviaciones.

Paso 7: Planificación cero defectos: Se definirá un programa de actuación con el objetivo de prevenir errores en lo sucesivo.

Paso 8: Capacitación del supervisor: La dirección recibirá preparación sobre cómo elaborar y ejecutar el programa de mejora.

Paso 9: Día de cero defectos: Se considera la fecha en que la organización experimenta un cambio real en su funcionamiento.

Paso 10: Establecer las metas: Se fijan los objetivos para reducir errores.

Paso 11: Eliminación de la causa error: Se elimina lo que impida el cumplimiento del programa de actuación error cero.

Paso 12: Reconocimiento: Se determinarán recompensas para aquellos que cumplan las metas establecidas.

Paso 13: Consejos de calidad: Se pretende unir a todos los trabajadores mediante la comunicación.

Paso 14: Empezar de nuevo: La mejora de la calidad es un ciclo continuo que no termina nunca. (Alvarado & Rivas, 2006)

Para finales de la década de los setenta aparece el concepto de “proceso de la calidad total” caracterizada por lograr un esfuerzo en conseguir calidad en todos los aspectos sin enfocarse únicamente en actividades de tipo industrial, es decir a partir de esta década las empresas de servicios empezaron a aplicar este concepto. (Rodríguez & Rodríguez, 2009)

Desde la década de los noventa hasta la actualidad el concepto que surgió en los setentas evolucionó hacia el mejoramiento continuo de la calidad total, en el que se involucra al capital humano mediante el desarrollo de trabajo en equipo y la solución de problemas. (Rodríguez & Rodríguez, 2009)

Una vez que se ha realizado una revisión de la evolución cronológica del concepto de calidad, de acuerdo a la American Society for Quality Control (TQM) la calidad es “la totalidad de los rasgos y características de un producto o un servicio que se sustenta en su habilidad para satisfacer las necesidades establecidas o implícitas”. El modelo de calidad de TQM se focaliza en las necesidades del cliente y en la mejora continua de los procesos. (Gómez, 2004)

2.2.2 Calidad en salud en países vecinos

Como se mencionó anteriormente, el concepto de calidad es una herramienta de gestión empresarial que ha venido desarrollándose con éxito desde la segunda mitad del siglo pasado, es por esto que es importante realizar un abordaje al manejo de este concepto a nivel de Latinoamérica, evidenciando que la mayoría de los cambios evidenciados se han desarrollado a partir de negociaciones políticas con la finalidad de mejorar la salud colectiva.

Es con este antecedente que se realizará una reseña de los modelos de calidad en países vecinos:

Colombia: Creó en el año de 1990 la Ley 10, en la cual se declara a los servicios de salud como fundamentales y obligatorios, el mismo que puede ser prestado por el Estado o por prestadores de salud privados, para lo que se requiere el establecimiento de un sistema de normas de calidad y mecanismos que controlen y vigilen su cumplimiento. (Congreso de Colombia , 1990)

El modelo de calidad colombiano plantea un enfoque de “buscar los mejores” en cada actividad del proceso de atención médica, para que compartan sus experiencias y estas sean llevadas a toda la población. Con esto se busca lograr que en cada atención que brinda el sistema de salud se asegure el cumplimiento de parámetros de seguridad, efectividad, oportunidad y equidad necesarias. (Ministerio de Salud de Colombia , 2015)

El sistema de calidad colombiano presenta gran cantidad de normativas bajo el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), instituido mediante Decreto N° 2174 en el año de 1996 buscando las garantías mínimas indispensables requeridas para brindar atención médica cumpliendo con el precepto de Hipócrates: “Primum non nocere”. (Delgado, 2010)

Mencionado sistema de calidad surge como un esfuerzo mancomunado del Ministerio de Protección Social y el Consorcio conformado por la Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud y QUALIMED. (Botero, 2005)

De acuerdo al Ministerio de Protección social el objetivo de este proyecto de implementación de calidad es:

“Desarrollar y fortalecer el Sistema de garantía de calidad, que integra aspectos de evaluación de la calidad e información al usuario, así como los mecanismos para

implementarlo en las entidades aseguradoras y los prestadores, con el fin de garantizar en el mediano plazo una óptima calidad de los servicios a toda la población cubierta por el sistema de seguridad social, y que conlleve una alta satisfacción de los usuarios, al tiempo que impulse el desarrollo de la cultura de la calidad en el sector”. (Botero, 2005)

Este sistema de calidad colombiano cuenta con cinco componentes que deben actuar en forma mancomunada: 1. Sistema único de habilitación que garantice el cumplimiento de requisitos mínimos necesarios para reducir riesgos de la prestación de servicios de salud, 2. Sistema único de acreditación tanto de los establecimientos de prestación como de promoción de salud basados en un conjunto de estándares de proceso, 3. Auditoría que permita el mejoramiento de calidad de los procesos de atención médica, 4. Sistema de información que faculte a los usuarios a tomar decisiones basadas en calidad y 5. Incentivos que estimulen el mejoramiento de calidad en los servicios de salud. (Botero, 2005)

Perú: Con el fin de lograr el aseguramiento de la calidad Perú creó en el año 2009 la Política Nacional de Calidad en Salud para mejorar la atención en salud, mencionado proceso se ha venido realizando en el país desde hace 1 década, destacando que este modelo surge básicamente debido a la expansión de la cobertura en salud, al incremento de la atención materno-infantil y de las enfermedades transmisibles, estableciéndose en la política de salud que la calidad es un derecho ciudadano. (Mnisterio de Salud de Perú, 2009)

En los Lineamientos de la Política Nacional de Salud se recoge la preocupación por conseguir un mejoramiento paulatino a los servicios de salud, mediante la ampliación de la oferta, el aseguramiento de la calidad y la organización de los servicios de acuerdo a las necesidades poblacionales pero pese a esto y, de acuerdo a estudios de autoevaluación la población percibe un bajo nivel de calidad pudiendo explicar este fenómeno a la insuficiente voluntad política por parte de la Autoridad Sanitaria Nacional para conseguir resultados favorables. (Mnisterio de Salud de Perú, 2009)

Existe un gran número de políticas públicas que se orientan hacia un servicio basado en gestión de calidad, sin embargo, a continuación se detallarán las que de acuerdo a la autora son las más trascendentales. (Ministerio de Salud de Perú, 2009)

- Provisión de servicios médicos oportunos, equitativos y accesibles
- Aseguramiento de la calidad con enfoque intercultural y de género
- Búsqueda de satisfacción del usuario
- Mayor acceso a los mecanismos de atención al usuario
- Cultura de calidad
- Trabajo en equipo
- Círculos de calidad
- Calidad como política de estado

(Ministerio de Salud de Perú, 2009)

2.2.3 Calidad en la atención médica

En lo que respecta a la calidad en atención médica, históricamente se ha relacionado con la recuperación, restauración de la salud y supervivencia. Usando este criterio se ha logrado conseguir muchos avances, sin embargo, según Donabedian (2002) se puede realizar una conceptualización de la calidad en la atención médica, la misma que puede ir desde definiciones muy complejas a muy sencillas pudiendo resumirlo como el “tratamiento que proporciona un médico, o cualquier otro profesional, a un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado”.

Una definición más completa que se puede citar es la dada por el Dr. Freddy Escobar (2014) tutor del presente trabajo de investigación, quien manifiesta que: “Calidad es el mejor servicio que se puede brindar, al costo estrictamente necesario y con el menor riesgo posible”. Según Franck Preece citado por Malagón (2006) en su libro “Garantía de salud en calidad” dice que Calidad es el grado de armonía entre la expectativa y la realidad o también la define como dar al cliente lo que desea hoy, a

un precio que le agrada pagar, a un costo que pueda soportar y darle algo mejor mañana.

En el año de 1985 la OMS definió que la calidad de la asistencia médica es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención óptima, tomando en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente. (Castro, 2010)

Malagon (2006) menciona que la calidad en salud debe planearse y montarse como un sistema, lo cual implica movilizar esfuerzos del personal de salud, recursos físicos y materiales de la institución, la voluntad firme del gerente y directores con el objetivo de lograr una etapa definitiva que es la del aseguramiento de la calidad. De acuerdo a Malagon (2006), la calidad de los servicios médicos debe estar cuidadosamente controlada, mediante mecanismos claramente definidos y bien reglados, debe ser percibida por el cliente en forma de un producto o servicio satisfactorio el cual debe generar un efecto repetitivo en el cliente todas las veces que este solicite y reciba un servicio médico.

Según Donabedian (2002) el aseguramiento de la calidad se debe enfocar en el concepto de calidad de cuidado médico pudiendo definirlo como los juicios de valor emitidos en lo que respecta a una variedad de aspectos, cualidades y diferentes dimensiones del proceso que se denomina atención médica los cuales pueden ser sujetos a evaluación. El problema de su evaluación radica en determinar sus componentes y establecer una unidad de medida para los mismos, desarrollar un sensor que los mida y fijar unos valores estándar que permitan emitir juicios, una vez comparados con ellos, esto en lo que respecta al acto médico. Con el fin de poder evaluar la calidad en la asistencia sanitaria Donabedian ha propuesto tres elementos de la asistencia sanitaria: los aspectos técnico científicos, los interpersonales y el entorno (Varo, 1994)

Donabedian (2002) refiere que a la atención técnica se la puede considerar como la aplicación de los conocimientos referentes a la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias afines enfocadas en el manejo de un problema particular de salud.

El otro componente que menciona Donabedian (2003) es la interacción social y económica entre el usuario del servicio de salud y el médico o equipo de salud que está encargado de su atención. La importancia de la interacción de estos dos componentes radica en el hecho de que la medicina no se puede considerar exclusivamente una ciencia ya que la relación interpersonal constituye un factor crucial en el manejo integral de la patología que va a ser tratada.

Sin embargo, si limitamos el concepto de calidad de la atención médica a los resultados, corremos el riesgo de cometer errores, esto se justifica debido a que los resultados del tratamiento o procedimiento son importantes, sin embargo, un resultado negativo en particular no debe considerarse necesariamente deficiencia o fracaso en la calidad o viceversa, por ejemplo podríamos estar frente a un caso en el que el paciente sobrevive la atención de salud podría haber sido subóptima. (Castro, 2010)

En el acto médico existen resultados sencillos de medir como la tasa de mortalidad o natalidad de una población, sin embargo, existen otros indicadores de calidad y satisfacción del usuario que podrían ser más complicados de medir como la satisfacción, la reincorporación a la sociedad y el grado de rehabilitación que ha conseguido el usuario luego de la atención medica recibida. (Castro, 2010)

Otra aproximación a la calidad se la puede realizar mediante la medición del proceso de atención médica en sí, más que los propios resultados, esto se podría realizar basados en la premisa de que la calidad no busca evaluar los avances tecnológicos en la medicina sino en la oportunidad del uso de mencionada tecnología. Existe otro enfoque a evaluar, el cual no está relacionado con el acto médico, sino con el entorno en el que se lleva a cabo mencionada atención, los equipos que se utilizan, así como el manejo administrativo, la competencia del

personal de talento humano y su organización. La mayor limitación que se presenta es que no se puede establecer de manera precisa la información entre estructura, proceso y resultado. (Donabedian 2003)

De acuerdo a Donabedian (2002) existen 3 formas en las que se puede llegar a mejorar la calidad en la atención médica: la primera consiste en concienciar a los prescriptores implementar tratamientos y medidas que no resulten lesivas ni poco efectivas, este tipo de eficiencia la denomina como “eficiencia clínica” porque depende del conocimiento y habilidades del prescriptor, la segunda es lograr una atención más eficiente en los servicios, dentro de este acápite se citan dos ejemplos importantes: disminuye la eficiencia cuando una enfermera elabora actividades de enfermería o cuando el hospital no se maneja a una capacidad óptima, a este tipo de eficiencia se le denomina “eficiencia productiva” debido a que, depende en gran parte de los líderes de la institución sin desmerecer la opinión de los profesionales prescriptores. Por último el método que menciona para mejorar la eficiencia se denomina “eficiencia distribucional” que significa separar a los pacientes de acuerdo a las características comunes que presenten de esta manera es más probable que se beneficien en cuanto a la atención se refiere.

2.2.4 Elementos de la calidad en la atención médica

Donabedian manifiesta que es importante comprender que la atención médica técnica está constituida por la aplicación de la ciencia y de la tecnología médica con el fin de lograr el mayor beneficio para la salud del usuario, sin que esto signifique aumentar los riesgos inherentes a la práctica profesional de la medicina. Es por esto que el grado de calidad es la medida en el que riesgo-beneficio pueda alcanzar un punto de equilibrio. (Héctor Aguirre, 2010)

Optimalidad

Donabedian (2002) utiliza el término de optimalidad para balancear las mejoras enfrentándolas al costo de las atenciones. Esta definición implica que hay un balance entre costo y beneficio y es de vital sopesar si la práctica clínica o determinado

tratamiento justifica el riesgo que corre el paciente al exponerse a mencionado procedimiento, partiendo de la premisa de que todo procedimiento clínico-quirúrgico entraña riesgos.

Aceptabilidad

La aceptabilidad de acuerdo a la definición de Donabedian (2002) se define como la conformidad de los deseos y expectativas de los pacientes y los miembros de su familia. Define este concepto en 5 partes:

1. Accesibilidad
2. Relación médico-paciente
3. Las amenidades del cuidado
4. Preferencias de los pacientes con respecto a riesgos, efectos y costos del tratamiento
5. Lo que los pacientes consideran justo y equitativo

Accesibilidad

Donabedian (2002) define este concepto como la facilidad en que la persona puede obtener atención médica, esto depende de varios recursos como los factores culturales, económicos, étnicos y religiosos, es importante determinar si este concepto es parte del concepto de calidad, o si es únicamente un concepto separado de calidad.

Relación médico- paciente

La relación médico paciente es esencial en la atención sanitaria, una buena relación médico paciente viene definida por la existencia de confianza, comprensión y respeto. El médico debe expresar interés y disposición para ayudar al paciente que el paciente tiene para con el médico que le atiende. (González, 2004)

Los elementos que facilitan la relación médico-paciente son: conocimientos sólidos, cordialidad, empatía y flexibilidad, actualmente dentro de esta relación es trascendental tomar en cuenta la opinión del paciente rezagando el antiguo modelo paternalista en aras evolucionar hacia un modelo deliberativo de atención, en el que se procura atender los niveles bio-psico-sociales de salud de las personas con sus necesidades específicas de atención. (González, 2004)

Las amenidades del cuidado

(Donabedian, 2002) Las define como los factores agradables dentro de los cuales la atención médica es llevada a cabo y dentro de este concepto se puede incluir a la privacidad en la atención en consulta, la comodidad del consultorio médico, la limpieza, el fácil acceso a parqueaderos, todos estos factores permiten que el paciente perciba la atención como placentera. Sin embargo, este concepto y el arriba descrito presentan dificultades al ser subjetivos, ya que no siempre los pacientes y los médicos aspiran al mismo tipo de relación o encuentran placenteras las mismas condiciones, la práctica clínica propiamente también puede ocasionar inconvenientes ya que el paciente puede querer someterse a un tratamiento que resulte innecesario, es por este tipo de divergencias que las amenidades del cuidado y la relación médico – paciente pueden ser difíciles de instaurar y mantener.

Preferencias de los pacientes con respecto a riesgos, efectos y costos del tratamiento

Los pacientes deben acordar con los médicos acerca de la inminente existencia de efectos adversos producidos por la propia práctica clínica, es por esto que Donabedian (2002) sugiere que los prescriptores se tomen el tiempo necesario para explicar a los pacientes los costos, riesgos y efectos de métodos de cuidado alternativo. (Donabedian, 2002)

Lo que los pacientes consideran justo y equitativo

De acuerdo al análisis de (Donabedian, 2002) los pacientes tienen opiniones claras respecto a lo que ellos consideran justo y equitativo en lo que respecta al acceso al cuidado médico y eso incluye en su conjunto las preferencias de los pacientes con respecto a riesgos, efectos y costos del tratamiento, las amenidades del tratamiento y la relación médico-paciente.

2.2.5 Seguridad del paciente

El tema de la seguridad del paciente en la atención en salud no es un tema que se ha abordado recientemente, a raíz de que en Estados Unidos se publicó el libro "Errar es humano: hacia la construcción de un sistema seguro de salud", los gobiernos internacionales han iniciado el desarrollo de iniciativas para garantizar la seguridad en la atención de pacientes. (Barbero, 2009)

Este modelo de atención también ha sido abordado por la OMS en el año 2002 donde se solicita la creación de "Sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de atención en salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología". (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008)

De acuerdo a datos oficiales de esta institución de salud se calcula que hasta uno de cada 10 pacientes sufren algún tipo de daño colateral producto de la atención médica, de igual modo 10 de cada 100 personas que son atendidas en medios hospitalarios sufren infecciones intrahospitalarias, sabiendo que el 50% de estas infecciones se pueden prevenir con medidas sencillas de control de infecciones. (Organización Mundial de la Salud , 2014)

Es por esta razón que en el año 2004 la Asamblea Mundial organiza la Alianza Internacional para la Seguridad de los Pacientes que se puso en marcha una serie de mecanismos que reducen enfermedades, traumatismos y defunciones que pueden

sufrir los usuarios como producto de la atención médica, a esta iniciativa le siguió la Comisión Europea y el Consejo de Europa en el 2005. (Barbero, 2009)

Cada parte del proceso de atención a los pacientes conlleva un daño inherente, las características propias de cada ser humano hace que sea imposible lograr la desaparición total de los riesgos de la práctica profesional de la salud, sin que eso signifique que no se pueda actuar en los que son evitables, en los inicios de esta ideología se consideraba que los errores se debían únicamente por el talento humano, posteriormente se comprendió que es necesario enfatizar en identificar y corregir las deficiencias del diseño de los procesos o procedimientos. (Barbero, 2009)

2.2.6 Acreditación

Partiendo del concepto de calidad es importante destacar que el proceso de acreditación en Salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de la estructura, los procesos y los resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de Salud a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por la entidades evaluadas, es realizada por personal idóneo para tal fin y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función. (INCOTEC International, 2014)

También se la define como una forma de evaluación del funcionamiento de los establecimientos de salud, para lograr que los usuarios reciban una atención de mejor calidad: oportuna, completa, segura y con trato amable; la cual se verifica por un equipo de evaluadores externos al establecimiento. (Ministerio de Salud de Perú, 2009)

La acreditación en salud es una metodología de evaluación externa, establecida y reconocida desde hace 64 años en Norteamérica con la creación de la Joint Commission, específicamente diseñada para el sector salud, realizada generalmente por una organización no gubernamental, que permite asegurar la entrega de servicios

de salud seguros y de alta calidad. Se basa en requisitos de procesos de atención en salud, orientados a resultados y se desarrolla por profesionales de salud que son pares o contrapartes del personal de las entidades que desean acreditarse y de reconocimiento público en el ámbito nacional e internacional, con efectos de mejoramiento de calidad demostrados. Esta evaluación corresponde a un proceso voluntario en el cual se reconoce públicamente a una Institución Prestadora de Servicios de Salud el cumplimiento de estándares superiores de calidad, previo cumplimiento de los requisitos mínimos ya determinados. (INCOTEC International, 2014)

Los estándares de acreditación han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad. Las organizaciones de salud que deseen mantener su certificado de acreditación deberán renovarlo. El objetivo del Sistema Único de Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la Acreditación. (INCOTEC International, 2014)

Mediante el proceso de acreditación se espera lograr que todos los establecimientos de salud acreditados cumplan con requisitos (estándares) mínimos de calidad, que el personal de salud se interese y motive para mejorar continuamente sus servicios, que los establecimientos de salud acreditados solucionen mejor las necesidades de salud de la población, que las personas salgan satisfechas con la atención de salud recibida, que la población cuente con información sobre la calidad de atención que brinda los establecimientos de salud acreditados. (Ministerio de Salud de Perú, 2009)

Actualmente en nuestro país el proceso de acreditación está a cargo de Accreditation Canada International (ACI), la cual es una prestigiosa entidad internacional de acreditación asistencial canadiense la misma que a su vez se encuentra acreditada por la sociedad internacional para la Calidad en el Cuidado de la salud (ISQUA) por sus siglas en ingles. ISQUA es la acreditadora de acreditadores

de unidades Sanitarias, solo 4 organizaciones en el mundo están acreditadas por ISQUA en sus programas de acreditación internacional. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2014).

Los estándares de la ACI aseguran a los pequeños y grandes prestadores de servicios de salud, mejoramiento efectivo de la calidad y seguridad del paciente en sus actividades diarias. Estos estándares en los servicios de salud hacen posible el mejoramiento de todos los aspectos operacionales de la institución, los cuales van desde el liderazgo de la Organización a los servicios, cuidado del paciente y satisfacción del cliente. (Accreditation Canada International , 2014)

El programa de acreditación llevado a cabo por la ACI tiene tres niveles:

Oro: Es el que marca los elementos fundamentales de la calidad y seguridad es lo más básico que debe existir en un hospital.

Platino: Se concentra en el cuidado del paciente y en la consistencia de la entrega del servicio.

Diamante: En el cual se monitorean los resultados como evidencia de la implementación de recomendaciones para mejorar el servicio a los pacientes. (Accreditation Canada International , 2014)

2.2.7 Estándares para los servicios de Cuidado Quirúrgico

Un estándar es una norma o protocolo definido en forma regulada, para facilitar la inter-operabilidad e integración. Los estándares son necesarios para que las actividades se desarrollen de manera más fluida. Son útiles porque proporcionan un modo de resolver un problema y permiten que las personas trabajen de forma mancomunada. (Mnisterio de Salud de Perú, 2009)

Otra definición refiere que un estándar es una norma técnica que se utilizará como parámetro de evaluación de la calidad. (Ministerio de Salud de Colombia , 2015)

Según el Consejo de Salubridad General de México un estándar es una declaración que define las expectativas de desempeño, estructuras o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros de alta calidad. (Consejo Nacional de Salubridad, 2012)

La concepción de estándares han existido desde el comienzo de la historia, algunos fueron creados mediante decretos reales, como el creado por el Rey Enrique I de Inglaterra, al instaurar una unidad de medida en el año 1120 d.C. llamada “codo”, que era equivalente al largo de su brazo. (Consejo Nacional de Salubridad, 2012)

Con el advenimiento de la Revolución Industrial en el siglo XIX, la demanda creciente por transportar bienes desde un lugar a otro obligó a desarrollar modos avanzados de transporte. El invento del ferrocarril permitió el acceso rápido a un medio rápido, económico y efectivo para enviar productos a través de los países. Esto fue posible gracias a la estandarización de la trocha o ancho de las vías férreas, que permitió el establecimiento de una distancia uniforme entre los dos rieles. (Ministerio de Salud Chile 2015)

En salud, la necesidad de trabajar con estándares es tan apremiante como en los casos anteriormente mencionados, el proceso de cuidar la salud de la población usa intensivamente información en sus diferentes actividades: atención médica, elaboración de un plan de salud, prescripción de medicamentos, emisión de recetas, auditorías médicas, análisis epidemiológico, estudio de costo/efectividad, evaluación de oferta y demanda, formulación de normas y políticas, entre muchos otros.

En todos ellos, el común denominador es el poder establecer una línea base para determinar las expectativas del desempeño, estructura o procesos para que una

organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros y de buena calidad. (Consejo de Salubridad General, 2012)

De acuerdo a la Accreditation Canada International (2010) se puede determinar que el estándar que sirve para evaluar al servicio de Traumatología y Ortopedia es de Servicios de Cuidado Quirúrgico.

Las normas de Servicios de Cuidado Quirúrgico de Accreditation Canada ayudan a las organizaciones en asesorar la calidad en los períodos de entrega de servicios pre y post-operatorio. Ellos se basan en cinco elementos clave de excelencia de servicio: Liderazgo clínico, el personal, el proceso, la información y el desempeño (Accreditation Canada International , 2014)

Las normas de Servicios de Cuidado Quirúrgico contienen a las siguientes subdivisiones:

- Inversión en Servicios de Cuidado Quirúrgico
- Tener al Personal Adecuado
- Entregar Servicios Médicos de Calidad de Cuidado Quirúrgico
- Mantener Sistemas de Información Accesibles y Eficientes
- Tener un Impacto Positivo en los Resultados.

Todo criterio está relacionado a uno de las ocho dimensiones de calidad (Accesibilidad, Enfocada en el Servicio al Cliente, Continuidad de Servicios, Efectividad, Eficiencia, Enfoque en la Población, Seguridad y Vida Laboral). Algunos criterios contienen guías adicionales que explican detalladamente los criterios, dan sugerencias o información adicional. (Accreditation Canada International , 2014)

Todo criterio tiene asignado un nivel de Oro, Platino, o Diamante que refleja el grado del programa de acreditación. (Accreditation Canada International , 2014)

El criterio Oro aplicará a las organizaciones en el círculo de acreditación Oro, los criterios Oro y Platino aplicarán en el círculo de Acreditación Platino, y todos los criterios aplicarán a organizaciones en el círculo de acreditación Diamante. (Accreditation Canada International , 2014)

Algunos criterios se identifican como una Organización de Práctica Requerida. (ROP). Una ROP es una práctica esencial que las organizaciones deben poseer para mejorar la seguridad del paciente cliente y minimizar sus riesgos. Para reflejar paso a paso la adquisición del programa, a cada ROP se asigna un nivel Oro, Platino o Diamante. (Accreditation Canada International , 2014)

Al hablar de estándares no se puede desconocer la importancia que tienen otras organizaciones internacionalmente conocidas, es por esto que es necesario hablar de la Joint Commission International (JCI), organización estadounidense cuya misión es mejorar la calidad de la atención sanitaria, los estándares están organizados de acuerdo a las actividades comunes de las organizaciones sanitarias. (Joint Commission International , 2014)

Estos estándares están organizados por funciones que se relacionan con la provisión de servicios de salud al paciente entre ellos: Ofrecer organización segura, efectiva y bien administrada y ofrecer capacitación y educación permanente a los profesionales médicos y los programas de investigación con seres humanos. El proceso de evaluación recopila información acerca del cumplimiento de estándares en toda la organización o en un servicio en particular. (Joint Commission International , 2014)

2.2.8 Procesos

Proceso se puede definir como el conjunto de actividades de un establecimiento de salud, mutuamente relacionadas y que interactúan entre sí, las cuales transforman el elemento de entrada en resultado. Los procesos son estratégicos, operativos y de soporte. (Organización Mundial de la Salud , 2014)

Según Mejía y Sotomayor (2013, p.p. 36-38) los procesos en una actividad están definidos como un conjunto de acciones que recibe uno o más insumos para crear un producto o servicio. El objetivo de cualquier proceso es satisfacer con éxito a los usuarios y sus requerimientos. Otro objetivo es entregar mejor rendimiento, más rápido y más barato que la competencia.

Según Harrington (2007) citado por Mejía et al (2013, p. 36) un proceso es “...cualquier actividad o grupo de actividades que emplee un insumo, le agregue valor a éste y suministre un producto a un cliente externo o interno. Los procesos utilizan los recursos de una organización para suministrar resultados definitivos”.

La norma ISO 9000 (2005) define a un proceso como “...conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados”.

Como conclusión Mejía et al (2013) indica que un proceso es un conjunto de actividades que transforman insumos en productos de valor para un cliente, implicando que dentro de cada proceso existen varias tareas. Estas tareas por separado son importantes para el proceso más no para los clientes, razón por la cual las compañías deben enfocarse en la importancia de las tareas.

2.2.9 Indicadores

De acuerdo con la ONU (1999) citada por Mondragón (2002, p. 52) los indicadores son “herramientas para clarificar y definir, de forma más precisa, objetivos e impactos, son medidas verificables de cambio o resultado, diseñadas para contar con un estándar contra el cual evaluar, estimar o demostrar el progreso con respecto a metas establecidas, facilitan el reparto de insumos, generando productos y alcanzando objetivos”.

Según Merino (2007) “los indicadores de salud son instrumentos de evaluación que pueden determinar directa o indirectamente modificaciones dando así una idea del estado de situación de una condición. Los indicadores de salud y relacionados

con la salud, con frecuencia utilizados en diversas combinaciones, se emplean en particular para evaluar la eficacia y los efectos en la atención... En la práctica los indicadores disponibles no son tan perfectos y constituyen una aproximación de una situación real”.

Los indicadores deben estar relacionados con los objetivos que se quieren alcanzar, de preferencia se debe contar con una meta numérica con un valor inicial y la fecha en la cual se debe esperar el cumplimiento del mismo. (Universidad de Granada, 2007)

Existen varios tipos de indicadores los cuales mencionaremos a continuación:

Indicadores de cumplimiento: Están relacionados con la consecución de las tareas o trabajos. (Universidad de Granada, 2007)

Indicaciones de evaluación: Están relacionados con los métodos para identificación de debilidades, fortalezas y oportunidades de mejora (Universidad de Granada, 2007)

Indicadores de eficiencia: Mide la relación entre los servicios o productos generados con respecto a insumos o recurso utilizados. (Universidad de Granada, 2007)

Indicadores de eficacia: Están relacionados con la capacidad de acierto en la realización del trabajo sin considerar los recursos asignados para ello. (Coneval, 2009)

Indicadores de calidad: Miden las capacidades de los bienes o servicios para satisfacer los objetivos de determinada actividad, es una dimensión de eficacia pero por su importancia se le designa un nombre propio. (Coneval, 2009)

Indicadores de gestión: Permiten evaluar si realmente se está administrando de manera adecuada un proceso. (Universidad de Granada, 2007)

Indicadores de economía: Mide la capacidad para movilizar o generar adecuadamente los recursos financieros. (Coneval, 2009)

Construcción de un indicador

Los pasos para la construcción de un indicador son:

1. Analizar el objetivo y el grado de avance que se desea medir
2. Seleccionar los aspectos más importantes que desean ser medidos
3. Formular el indicador
4. Determinar los medios de verificación
5. Validar el indicador
6. Establecer tanto la frecuencia de cálculo como la línea de base y metas
(Coneval, 2009)

2.2.10 Auditoria Medica

Tradicionalmente la auditoria médica ha sido caracterizada por tratarse de un proceso el cual busca encontrar culpables, lo cual ha generado durante mucho tiempo recelo dentro de los integrantes de una organización. De la misma manera el auditor siempre fue caracterizado por una actitud prepotente, ofensiva e irrespetuosa hacia el auditado. Hoy en día se ha evidenciado un cambio marcado en este paradigma en el cual el auditado es parte fundamental del proceso de mejora continua, este puede ser considerado como el dueño de un acumulo de información resultante del desarrollo permanente de su actividad laboral y por ende constituye el punto focal para el mejoramiento de la organización. Con estos antecedentes se puede decir que el auditado es el cliente del auditor medico por lo mismo el trato que le ofrezca debe ser el mejor en todo sentido, de aquí la importancia de adoptar y aplicar los principios de atención al cliente. Lo fundamental es que la Auditoria se convierta en un proceso facilitador abandonando de manera definitiva su forma tradicional de actuación subjetiva y maltratadora. (Malagón, 1998)

Dentro de este contexto es importante destacar el papel que tiene la Auditoría Médica en los servicios de salud ya que esta constituye un instrumento de perfeccionamiento y educación continua, consiste en una evaluación sistemática, realizada por médicos avalados que comparan la Calidad de la atención brindada con la Calidad deseada, de acuerdo a estándares establecidos, los mismos que pueden ser de carácter interno o externo. (Castro, 2010)

Así la Auditoría Médica se concibe como una instancia educadora la misma que trata de aprovechar las experiencias, tanto las negativas, a través del análisis de incidentes, como de las positivas para ir introduciendo en forma gradual correcciones y mejoramiento en cada uno de los procesos de atención, para satisfacer los requerimientos de los pacientes y así poder cubrir las crecientes expectativas de los pacientes que acuden a las instituciones de Salud. (Malagón, 1998)

La Auditoría Médica se constituye en:

Un sistema de educación y perfeccionamiento continuos, enfocado en la calidad, seguridad, calidez y humanidad de las prestaciones sanitarias, tratando de lograrlo a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje, motivación y participación de todos los profesionales que atienden pacientes. Una instancia de mediación, conciliación y solución de conflictos que puedan surgir en la relación médico-paciente, e instituciones en beneficio de los involucrados y afectados. Un sistema que más que sancionar tiene un carácter preventivo del error médico y reparador del mismo de carácter no punitivo. (Castro, 2010)

La Auditoría Médica tiene algunos campos de acción, entre los que menciona: (Castro, 2010)

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

- 2) Aspectos Técnico-Evaluativos: a través de la calificación de actos y conductas, lo que implica un control de Calidad.
- 3) Aspectos de investigación: detección de problemas, deficiencias y grado de cumplimiento de las normas lo que facilita establecer y delimitar responsabilidad medica.
- 4) Aspectos Normativos: estimulación en la elaboración y readecuación de guías clínicas, normas, protocolos y manuales de procedimiento, lo que facilita y objetiva el grado de cumplimiento y sujeción a estas.
- 5) Aspectos Medico-Legales: establecer que se cumplan las normas legales y las disposiciones sanitarias vigentes: Prevención de la mala praxis y el error médico, recomendaciones para el manejo de conflictos, tratamientos de conflictos y eventos potencialmente indemnizables, actuación en estrecha colaboración con la asesoría legal de la institución.
- 6) Aspectos Éticos: promover el fiel cumplimiento de las conductas de las personas de acuerdo a las normas éticas y morales.
- 7) Aspectos financieros y de mercado: conociendo toda la información que proporciona la Auditoria Medica se puede analizar la Calidad, la prestación costo-beneficio y la eficiencia, permitiendo la elaboración de indicadores de Calidad.

Dentro del contexto de la calidad es importante destacar el papel que tiene la Auditoria Médica en los servicios de salud ya que esta constituyen un instrumento de mejoramiento continuo, de igual manera permite tomar decisiones en lo que respecta a aspectos técnicos, administrativos, éticos y médico legales, con el fin de llegar a la excelencia en la atención. Consiste en una evaluación sistemática, realizada por médicos que comparan la Calidad de la atención brindada y observada con la Calidad ideal y deseada, de acuerdo a estándares establecidos. (Castro, 2010)

Es por esto que la Auditoria Medica se constituye una instancia educadora más que punitiva y sancionadora, donde se trata de aprovechar las experiencias a través del análisis de incidentes, para lograr de forma gradual correcciones y mejoramiento en cada uno de los procesos de atención, con la finalidad de satisfacer los

requerimientos de los pacientes y sus familiares y así poder cubrir las crecientes expectativas de los pacientes que acuden a las instituciones de Salud. (Castro, 2010)

La Auditoria Medica tiene algunos campos de acción, entre los que menciona: (Castro, 2010)

1. Aspectos educativos: estimulando una educación y perfeccionamiento continuos, lo que permite la obtención de aprendizaje y experiencia para enseñar. (Castro, 2010)
2. Aspectos Técnico-Evaluativos: a través de la calificación de actos y conductas, lo que implica un control de Calidad. (Castro, 2010)
3. Aspectos de investigación: detección de problemas, deficiencias y el grado de cumplimiento de las normas, lo que facilita establecer y delimitar responsabilidad Médica. (Castro, 2010)
4. Aspectos Normativos: estimulación en la elaboración y readecuación de guías clínicas, normas, protocolos y manuales de procedimiento, lo que facilita y objetiva el grado de cumplimiento y sujeción a estas. (Castro, 2010)
5. Aspectos Medico-Legales: establecer que se cumplan las normas legales y las disposiciones sanitarias vigentes. A) Prevención de la mala práctica y disminución del error médico. B) Recomendaciones para el manejo de conflictos. C) Tratamientos de conflictos y eventos potencialmente indemnizables. D) Actuación en estrecha colaboración con la asesoría legal de la institución. (Castro, 2010)
6. Aspectos Éticos: promover el fiel cumplimiento de las conductas de las personas de acuerdo a las normas éticas y morales. (Castro, 2010)
7. Aspectos financieros y de mercado: conociendo toda la información que proporciona la Auditoria Medica se puede analizar la Calidad, la prestación

costo-beneficio y la eficiencia, permitiendo la elaboración de indicadores de Calidad. (Castro, 2010)

2.2.11 Historia Clínica

La historia clínica es el documento en el cual se registra la totalidad de las prestaciones médicas percibidas por el enfermo, los exámenes realizados, además de los solicitados y todo aquello que requiera dejar constancia con relación a la patología del paciente y a las acciones desarrolladas para mejorar su estado de salud. (Osorio, 2002)

Es un documento único de carácter reservado cuya información se encuentra protegida gracias al llamado “secreto profesional”. La historia clínica como instrumento y por constituir un medio de prueba judicial que influye en el proceso, debe reunir ciertos requisitos básicos, tales como propone Osorio (2002)

Uso de letra clara y legible, los registros deben ser completos, oportunos y pertinentes, la información debe ser clara, concisa y ordenada para que permita un análisis eficiente. Es importante considerar que lo que no está escrito se supone no realizado. (Osorio, 2002)

De acuerdo con Osorio (2002) la auditoría de Historias Clínicas se debe diferenciar de la "revisión o análisis de la Historia Clínica", ya que ésta consiste exclusivamente en la comprobación del registro en la Historia Clínica de acuerdo a las normas establecidas y estándares predeterminados.

La "auditoría de la historia clínica" es un proceso que incluye la revisión de ella, y de otros registros vinculados al paciente, la comparación con la evidencia científica existente y la consulta a expertos, lo que puede ser relevante para el análisis que se está efectuando. (Osorio, 2002)

Los objetivos fundamentales de la auditoria de la historia clínica son: (Osorio, 2002).

1. Conocer la calidad del registro, es decir, verificar si en la ficha clínica se han registrado todos los antecedentes y que éste sea legible y de acuerdo a los estándares de calidad.
2. Analizar la calidad de la atención médica, según las normas y estándares preestablecidos. Este análisis debe ser efectuado por un "auditor médico" y luego debe ser sometido a una revisión de "un equipo de pares" o de expertos.

Se debe considerar que las auditorías de historias clínicas se efectúan en diversos ámbitos de las actividades médicas y administrativas de los establecimientos de salud. Como por ejemplo son los Servicios Clínicos, donde se debieran realizar periódicamente con la finalidad de evaluar calidad técnica y por su intermedio la del trabajo médico desarrollado en ellos. (Osorio, 2002)

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Acreditación: Es la herramienta establecida a escala internacional para generar confianza sobre la actuación de un tipo determinado de organizaciones. (Organismo de Acreditación Ecuatoriano, 2015)

Calidad de la atención: el grado en que los servicios de salud para pacientes y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual. Las dimensiones del desempeño incluyen lo siguiente: cuestiones de perspectiva del paciente, seguridad del entorno de atención, y accesibilidad, idoneidad, continuidad, efectividad, eficacia, eficiencia y oportunidad de la atención. (Consejo Nacional de Salubridad, 2012)

Calidad y Seguridad en Salud: La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud. (Ministerio de Salud de Colombia , 2015)

Complejidad: La complejidad puede definirse como el grado de conocimientos requeridos para producir el resultado de un sistema (Alvarado & Rivas, 2006)

Estándares centrados en el paciente: son los estándares que se organizan según lo que se hace directa o indirectamente sobre los pacientes (por ejemplo, educación de pacientes, creación de expedientes clínicos de pacientes, evaluación de pacientes). (Consejo Nacional de Salubridad, 2012)

Evaluación: Aplicación sistemática de los procedimientos de la investigación social para valorar la conceptualización y el diseño, la ejecución y la utilidad de los programas de intervención social.

Organización de Salud: Las organizaciones son sistemas sociales diseñados para lograr metas y objetivos por medio de los recursos humanos o de la gestión del talento humano y de otro tipo. Están compuestas por subsistemas interrelacionados que cumplen funciones especializadas.

Evento adverso: “daño imprevisto ocasionado al paciente como consecuencia del proceso de atención médica”. (Héctor Aguirre, 2010)

Error médico: “conducta clínica equivocada en la práctica médica, por comisión o por omisión, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto”. (Héctor Aguirre, 2010)

CAPÍTULO III

3 APLICACIÓN

3.1 DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA

3.1.1 Metodo e Instrumentos de Investigación

En este capítulo se desarrollan los aspectos relacionados al tipo de estudio que se realizó, la muestra con la que se trabajó y los instrumentos utilizados.

3.1.1.1 Método de investigación

El estudio se realizó en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito, provincia de Pichincha desde Enero hasta Junio de 2015. Las personas que se encuentran inmersas en el presente proyecto de investigación son: Investigadora, Tutor de Tesis, Jefe de Docencia del Hospital Eugenio Espejo.

Según el propósito del estudio, la investigación que se llevará a cabo en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Eugenio Espejo es de tipo observacional, ya que no se pretende modificar las actividades que se llevan a cabo habitualmente en el servicio durante la realización de la investigación.

La presente investigación es de tipo descriptiva, el diseño que se utilizó fue primordialmente de tipo cualitativo transversal, debido a que mediante la observación se busca determinar la calidad del servicio objeto de estudio en un momento dado, con una única evaluación de la información obtenida mediante la entrevista y la observación directa. Para la evaluación de las historias clínicas se utilizó un diseño retrospectivo, el cual se realizó con las historias clínicas de pacientes hospitalizados en el servicio durante el primer quimestre del año 2015 en el servicio de Traumatología y Ortopedia.

3.1.1.2 Instrumentos de Investigación

3.1.1.2.1 Observación Directa

Como primer instrumento utilizado tenemos la observación directa, las razones por las cuales se utilizó este instrumento son porque este permite obtener información de los hechos tal y como se producen en la realidad, además permiten obtener formas de conductas de los objetos observados y sobre todo porque existen situaciones en las que la evaluación solo puede realizarse mediante la observación sin necesidad de la colaboración del objeto observado, con este preámbulo se realizó la observación de la infraestructura del servicio, seguido de la observación de las actividades llevadas a cabo en el servicio, y finalmente la observación de los archivos relacionados con gestión de calidad existentes en el servicio de Traumatología y Ortopedia, los datos obtenidos fueron registrados en una ficha de observación diseñada por la autora y visibilizado a través de fotografías. Para el efecto se contrastó la realidad encontrada con los estándares para servicios de cuidado quirúrgico propuestos por la ACI y OPS mediante la elaboración de un check list.

3.1.2 Entrevista no estructurada

Se llevó a cabo varios encuentros con los funcionarios que laboran en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo así como con usuarios externos, dentro de los cuales se pueden destacar reuniones con: el médico líder del servicio, la licenciada líder de enfermería, el economista líder de la unidad de calidad del Hospital, el Líder de Comunicación Social, el Líder de Talento Humano, la ingeniera Líder de Estadística, personal médico que se encontraba en ese momento en el servicio y con pacientes y familiares que transitaban en ese momento por el lugar o se encontraban hospitalizados. Para el efecto se elaboraron entrevistas de tipo no estructuradas focalizadas, las mismas que se redujeron al establecimiento de una conversación sobre el tema de estudio, permitiendo al entrevistado hablar sin restricciones sobre el tema, en donde se permitió un dialogo más profundo, no solo de las respuestas que se

buscaron obtener sino también de las actitudes, valores, y percepciones del entrevistado frente al servicio. Con el objetivo de obtener la mayor cantidad de datos posibles la entrevista duró alrededor de 15 minutos con cada persona, sin embargo es importante destacar que al entrevistar a personas claves en el desarrollo de este proyecto, las entrevistas se prolongaron y fue necesario realizarlas en diferentes momentos de la investigación con el fin de aclarar dudas que se fueron presentando a lo largo de la elaboración del mismo.

3.1.3 Revisión de Historias Clínicas

Como tercer instrumento para la recolección de la información se elaboró un instrumento ad_hoc con el fin de valorar el cumplimiento de estándares internacionales y nacionales establecidos por el MSP, para lo cual se tomó a consideración los estándares de la ACI, y la OMS y se realizó el registro de resultados obtenidos; en este documento se evaluaron algunos parámetros dentro de los cuales tenemos:

LEGIBILIDAD

Se define como la presencia registros clínicos fácilmente entendibles. En el caso de pacientes hospitalizados que pueden requerir tratamientos complejos, las indicaciones o instrucciones de diagnóstico y tratamiento deben ser redactadas de forma clara y ordenada y cubrir todos los aspectos de atención al enfermo. (Malagón, 1998)

IDENTIFICACIÓN

Se define como los datos de ingreso, incluyendo el nombre del paciente, número de historia clínica, documento de identificación, dirección de residencia, teléfono, datos del responsable si es menor de edad. (Accreditation Canada International , 2014)

FIRMAS DE RESPONSABILIDAD

Se debe verificar que todas las notas de evolución y formularios estén firmadas por el médico tratante. (Accreditation Canada International , 2014)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente tiene derecho a participar debidamente informado en las decisiones relacionadas con su tratamiento de salud. (Novaes, 1994) Verificar la presencia del formulario de Consentimiento informado en cada historia clínica, llenado correctamente con firmas del usuario o su representante. (Accreditation Canada International , 2014)

FORMULARIO DE ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO

Es el formulario que se llena al momento que un paciente ingresa al servicio de Traumatología y Ortopedia en el cual se tomarán en cuenta los siguientes ítems:

El motivo de consulta, que describe en palabras del propio paciente los síntomas que lo llevaron a consultar.

La enfermedad actual constituye un relato cronológico desde el inicio de los signos y síntomas hasta el momento de la consulta.

Revisión por sistemas que consiste en el interrogatorio sobre los distintos síntomas que presente el paciente durante el proceso de la consulta médica, enfocado hacia los diversos sistemas que compone el organismo humano (respiratorio, digestivo, cardiovascular etc.).

Antecedentes familiares incluye: patológicos, quirúrgicos, ginecológicos, obstétricos, traumáticos, tóxicos, alérgicos, farmacológicos, descritos según líneas de

consanguinidad. Antecedentes personales: incluye patológicos, quirúrgicos, ginecológicos, obstétricos, traumáticos, tóxicos, alérgicos, farmacológicos.

El examen físico debe ser completo por sistemas con énfasis en el sistema que motiva la consulta, ha de existir una descripción en forma detallada de los hallazgos positivos encontrados en el examen.

El diagnóstico puede ser certero o presuntivo pero este debe ser coherente con el estado o la enfermedad actual, se debe agregar también en orden de posibilidad los diagnósticos diferenciales. Es necesario tratar de evitar el uso términos genéricos o sintomáticos (por ejemplo dolor abdominal o fiebre en estudio, virosis, lumbalgia etc.).

El tratamiento debe ser pertinente con la impresión diagnóstica, definiendo el plan de manejo de acuerdo con la patología a tratar. El registro del tratamiento se realizará especificando el nombre genérico, presentación, concentración, dosis y cantidad formulada de la medicación, información que debe estar descrita en las evoluciones diarias. En la receta debe constar el sello y registro del médico que atendió la consulta, se debe verificar que todas las notas de evolución estén firmadas por el médico tratante.

NOTAS DE EVOLUCIÓN

También conocidas como notas de progreso. Su objetivo es reflejar la evolución de la enfermedad, durante el ingreso o en sucesivas revisiones ambulatorias, con especial interés en la aparición de complicaciones o nuevos datos y su interpretación, la respuesta terapéutica y la necesidad de pruebas diagnósticas adicionales.

Es recomendable realizar esto, con cierta periodicidad, una especie de actualización de la situación del enfermo y de los planes diagnósticos, terapéuticos y educacionales. Esto dependerá en cada caso, de la gravedad o de la relevancia de la nueva información y se elaborarán cuantas veces sean necesarias. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2014)

EPICRISIS

Constituye el resumen condensado de la evaluación del paciente, que refleja los antecedentes, un cuadro clínico breve, los diagnósticos y pronósticos establecidos, el tratamiento recibido, el plan de manejo, su control a futuro y las medidas educativas así como preventivas. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2014)

REFERENCIA/ REFERENCIA INVERSA

Facilita en forma breve y resumida el conocer de manera secuencial en el tiempo todos los diagnósticos confirmados de un paciente con su respectivo código de asignación internacional (CIE) y el tratamiento respectivo recibido, información muy útil cuando el paciente es valorado luego de algún tiempo, por otros actores y en otros centros asistenciales. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2014)

INTERCONSULTAS

En casos que amerite la interconsulta de otra especialidad se revisará la existencia de la hoja de interconsulta elaborada con firmas de responsabilidad.

FORMULARIO DE SIGNOS VITALES

Los signos vitales corresponde al peso, talla, presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, temperatura/ curva térmica, los mismos que deberán estar registrados en la hoja de signos vitales.

ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN

Registro de tratamiento especificando nombre genérico del medicamento, presentación, concentración, dosis y cantidad en la hoja de registro de la administración de la medicación de la que lleva control el personal de enfermería.

CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS

Se analizó el diagnóstico de cada paciente y en base a este se evaluó la aplicación de protocolos ya establecidos por el servicio de Traumatología y Ortopedia dentro de los cuales constan: protocolo para fractura de pelvis, fractura de columna vertebral, artroscopía y protocolo de osteosíntesis. (Ver Anexo 2)

Se realizó la recolección de la información a través de un instrumento ad_hoc para valorar el cumplimiento de estándares internacionales para lo cual se tomó a consideración los estándares de la ACI y la OMS para servicios médicos y registro del dato, la técnica está basada en la evaluación y análisis de un número determinado de historias clínicas, mediante la realización del cálculo muestral y la selección de las mismas mediante muestreo aleatorio simple.

3.1.4 Población y Muestra

3.1.4.1 Población

La población objeto del estudio son los pacientes masculinos y femeninos mayores de 15 años que fueron atendidos en los meses de enero a mayo de 2015 en el servicio de hospitalización de Traumatología y Ortopedia del Hospital Eugenio Espejo, obteniendo un total de 691 pacientes.

3.1.4.2 Muestra

Para esta fase de la investigación se utilizó un diseño retrospectivo, el tamaño muestral se realizó mediante muestreo aleatorio simple tomando en cuenta que: es el más económico de todos los procedimientos aleatorios y que asegura la equiprobabilidad de la elección.

Esta técnica de muestreo se considera un nivel de confianza del 95%, y un error muestral de 0,5%. Para lo cual se aplica la siguiente fórmula:

Tabla 5
Cálculo de tamaño muestral

PARÁMETRO	TAMAÑO MUESTRAL	CONDICIONES
Media Poblacional	$n = \frac{N\sigma^2}{(N-1)\left(\frac{E^2}{4}\right) + \sigma^2}$	N = Tamaño poblacional σ^2 = Varianza poblacional (se estima de una muestra piloto) E = máximo error muestral asignado

En donde:

Tamaño poblacional: 691 HCL

Nivel de confianza: 95%

Precisión: 5%

Tamaño de muestra definido: 247, el tamaño muestral obtenido corresponde al 35% del total de historias clínicas existentes en el servicio.

Los pasos llevados a cabo para realización del presente muestreo aleatorio simple fueron:

1. Se obtuvo un listado de todos los pacientes que fueron atendidos en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Eugenio Espejo, desde el mes de Enero hasta el mes de Mayo de 2015, previa aprobación de la líder de estadística. La base de datos que se obtuvo cuenta con nombres completos, número de historia clínica, sexo y diagnóstico y fecha de ingreso y egreso de cada paciente.
2. Se elaboró una Tabla de Números Aleatorios en Excel para seleccionar a los sujetos de la muestra.
3. La lista definitiva fue enviada a Archivo central, específicamente a la persona encargada del archivo de las historias clínicas, quien luego de realizar la

verificación de las firmas de autorización, permitió el ingreso de la investigadora al archivo general. El personal responsable de archivo historias clínicas permitió únicamente la revisión de historias clínicas dentro del área de archivo, se prohibió el uso de cámaras fotográficas, así como la posibilidad de realizar duplicados de los documentos por motivos de confidencialidad de la información.

Las historias clínicas fueron entregadas diariamente de lunes a viernes en horario de 10h00 a 15h00 en una cantidad de 15 historias clínicas diarias. Lo cual prolongó el tiempo establecido para la evaluación de historias clínicas el mismo que tuvo una duración de 16 días.

4. Una vez obtenidas las carpetas que contenían la historia clínica de cada paciente se procedió a aplicar el instrumento para la recopilación de datos.

3.2 Resultados de la investigación

3.2.1 Resultados de observación del servicio

Mediante la observación directa se pudo evidenciar la infraestructura, talento humano y documentos relacionados con gestión de calidad existentes en el servicio los cuales son detallados a continuación.

El servicio de Traumatología y Ortopedia se encuentra dividido en dos áreas: Trauma 1 y Trauma 2, ambos servicios se describen de manera simultánea salvo en diferencias importantes de estructura donde se realizará la respectiva aclaración.

El área de Trauma 1 se encuentra, desde hace 5 meses ubicada en el séptimo piso en el ala derecha, el que comparte con cardiorácica, al ingreso del servicio se puede evidenciar que existe un área abierta visible al público en general donde se encuentran sillas de ruedas, un equipo de Rayos X portátil y una camilla, todo esto en regulares condiciones generales, idealmente este espacio físico fue creado con el fin

de ser usado como sala de espera, sin embargo, al momento no se evidencian sillas para el efecto.

Al ingreso del área de Trauma 2 se encuentra a la derecha un área destinada a la sala espera, donde permanecen los familiares de los pacientes y los pacientes previos al ingreso al servicio, la misma que tiene una capacidad de 10 personas.



Figura 8 Sala de espera Trauma 1



Figura 9 Sala de espera Trauma 2

Tabla 6
Sala de espera Trauma 1

Estándar	Dimensión Trauma 1	Estado Trauma 1	Fuente
Área de 24 metros cuadrados con espacio para 10 a 20 personas	25 metros cuadrados	No Cumple	Norma Técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria Ministerio de Salud, Perú.

Tabla 7
Sala de espera Trauma 2

Estándar	Dimensión Trauma 2	Estado Trauma 2	Fuente
Área de 24 metros cuadrados con espacio para 10 a 20 personas	25 metros cuadrados	Cumple	Norma Técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria Ministerio de Salud, Perú.

Para los flujos de circulación horizontal dentro del servicio se cuenta con pasillos, los cuales están de acuerdo a normas internacionales establecidas:

Tabla 8
Flujos de circulación horizontal Trauma 1

Estándar	Dimensión Trauma 1	Estado Trauma 1	Fuente
Los pasillos deberían tener un ancho mínimo de 2.20 metros para permitir el paso de las camillas y sillas de ruedas.	2.66 metros	Cumple	Norma Técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria Ministerio de Salud, Perú.

Tabla 9
Flujos de circulación horizontal Trauma 2

Estándar	Dimensión Trauma 2	Estado Trauma 2	Fuente
Los pasillos deberían tener un ancho mínimo de 2.20 metros Para permitir el paso de las camillas y sillas de ruedas.	2.20 metros	Cumple	Norma Técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria Ministerio de Salud, Perú.

Al hablar de todo Hospital Eugenio Espejo podemos evidenciar que para los flujos de circulación vertical de los pacientes, es permitido el uso de escaleras, rampas y ascensores los mismos que fueron evaluados en base a los siguientes estándares:

Tabla 10
Flujos de circulación vertical

Estándar	Dimensión	Estado	Fuente
Ancho mínimo de Escalera 1.80 metros	1.15 metros	No Cumple	Norma Técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria Ministerio de Salud, Perú.
Existencia de pasamanos en las Gradas		No cumple	
Distancia entre la última puerta del cuarto de pacientes y la escalera menor a 35 metros	20 metros	Cumple	
Profundidad del paso de la escalera de 30 cm	32 centímetros	Cumple	
Profundidad de contrapaso de la escalera menor a 16 cm	16 centímetros	Cumple	
Vestíbulos que dan acceso a las escaleras con mínimo de 3 metros	25 metros cuadrados	Cumple	

Respecto al uso de ascensores en el Hospital Eugenio Espejo se puede mencionar lo siguiente:

Tabla 11
Uso de ascensores en el Hospital Eugenio Espejo

Estándar	Dimensión	Estado	Fuente
El uso de ascensores es obligatorio en edificaciones de dos pisos o más.	5 ascensores	Cumple	Norma técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria Ministerio de Salud, Perú.
En los accesos con áreas de circulación y salidas deberán evitarse los cruces de elementos sucios y limpios, así como de pacientes internados y ambulatorios.		Cumple	

Existe un espacio para trabajo de enfermería, conocido como estación de enfermería el cual de acuerdo a estándares internacionales debería medir aproximadamente 20 metros cuadrados, sin embargo la estación actual de enfermería de Trauma 1 mide 5, dentro de esta área hay un espacio para la papelería y otro para el depósito de historias clínicas de los pacientes que se encuentran ingresados. La distancia desde la puerta de la habitación más lejana hasta la estación de enfermería mide 23 metros, cumpliendo normativa internacional, la cual manifiesta que la distancia máxima es de 25 metros.

Es importante destacar que el servicio de Trauma 1 no cuenta con coche de paro, mientras que Trauma 2 cuenta con el mismo y medicación actualizada para usos emergentes.

Tabla 12
Estación de enfermería Trauma 1

Estándar	Dimensión Trauma 1	Estado Trauma 1	Fuente
Estación de enfermería debe medir 20 metros cuadrados	5 metros cuadrados	No Cumple	Norma Técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria Ministerio de Salud, Perú.

Tabla 13
Estación de enfermería Trauma 2

Estándar	Dimensión Trauma 2	Estado Trauma 2	Fuente
Estación de enfermería debe medir 20 metros cuadrados	11 metros cuadrados	No Cumple	Norma Técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria Ministerio de Salud, Perú.

En el área de Trauma 2 y Trauma 1 se identifican áreas para el depósito de la medicación de los pacientes en la que se encuentran recipientes plásticos individuales rotulados con los datos del paciente: nombres y apellidos, historia clínica, número de cédula, número de historia clínica y número de cama. El abastecimiento de los medicamentos está a cargo de Farmacia quien provee de la medicación mediante el sistema de dosis unitaria para cada día de estancia del paciente, en caso de que el paciente es dado de alta o fallece, la medicación que no fue abierta o manipulada es almacenada en el servicio o regresada a farmacia.

La habitación para ropa limpia es el lugar en donde se colocan sábanas limpias para ser distribuidas en cada habitación del servicio. El momento de la inspección se observó que los estantes se encuentran con suficiente cantidad de material limpio disponible en ambas áreas, respecto a las medidas que la misma debe cumplir, estas se encuentran apegadas a la normativa internacional utilizada en el presente trabajo de investigación.

Tabla 14
Utilería Limpia Trauma 1

Estándar	Dimensión Trauma 1	Estado Trauma 1	Fuente
Mínimo 6 metros cuadrados	6,45 metros cuadrados	Si Cumple	Norma Técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria Ministerio de Salud, Perú.

Tabla 15
Utilería Limpia Trauma 2

Estándar	Dimensión Trauma 2	Estado Trauma 2	Fuente
Mínimo 6 metros cuadrados	6 metros cuadrados	Si Cumple	Norma Técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria Ministerio de Salud, Perú.



Figura 10 Ropa Limpia

En ambas áreas el traslado de la ropa sucia debe ser acondicionado en bolsas plásticas, debiendo adoptarse colores especiales (rojo y negro) para el material

contaminado y común respectivamente de acuerdo a la normativa propuesta por la Dirección Nacional de Ambiente y Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador año 2015 con la finalidad de hacer más fácil su identificación, traslado y control de infecciones.

De acuerdo a la normativa nacional vigente debe existir un almacenamiento primario ubicado en las habitaciones y baños de pacientes, un área de almacenamiento intermedio con pisos y paredes de fácil limpieza, y un almacenamiento final de desechos, lo cual se comprobó en las dos áreas del servicio durante la visita al Hospital Eugenio Espejo.

En lo que respecta a los objetos corto punzantes, inmediatamente después de utilizados se depositarán en recipientes de plástico duro con tapa, con una abertura a manera de alcancía, que impida la introducción de las manos. Estos deben estar rotulados y ser transparentes para que pueda determinarse fácilmente si ya están llenos en sus 3/4 partes. Los recipientes llenos en sus 3/4 partes, son enviados para su tratamiento al autoclave o al incinerador.



Figura 11 Almacenamiento primario de desechos



Figura 12 Almacenamiento intermedio de desechos

Respecto a la producción de desechos se encontró que el promedio de eliminación por cama/día es en promedio de 2 kg cama/día encontrándose acorde a estándares internacionales de la OMS.

Tabla 16
Producción de desechos

Estándar	Dimensión	Estado	Fuente
Producción de desechos cama/día de 2kg	2 kg cama/día	Cumple	Norma técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria Ministerio de Salud, Perú.

El cuarto de lavachatas se constituye como el espacio destinado para la desinfección de utensilios asistenciales, está equipado con diferentes tipos de desinfectante, el personal de limpieza y auxiliar de enfermería se encarga de que este proceso se realice satisfactoriamente, esto se pudo evidenciar al observar que el dentro de este cuarto no se maneja el material de limpieza para el resto del servicio conforme con lo dispuesto en el Reglamento Interministerial para la Gestión Integral de Desechos Sanitario

Tabla 17
Dimensiones lavachatas Trauma 1

Estándar	Dimensión Trauma 1	Estado Trauma 1	Fuente
Mínimo 6 metros cuadrados	6 metros cuadrados	Si Cumple	Norma Técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria Ministerio de Salud, Perú.

Tabla 18
Dimensiones lavachatas Trauma 2

Estándar	Dimensión Trauma 2	Estado Trauma 2	Fuente
Mínimo 6 metros cuadrados	7,5 metros cuadrados	Si Cumple	Norma Técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria Ministerio de Salud, Perú.

En lo que respecta al espacio físico del cuarto de lavachatas en ambas áreas existe cumplimiento de la norma internacional.



Figura 13 Lavachatas

En el área de Trauma 1 se encuentran tres salas destinadas a la atención de pacientes con morbilidad traumatológica de las cuales una se destina para hospitalización de mujeres y dos para hospitalización de varones, en cada sala se encuentran seis camas dispuestas frente a frente, encima de cada cama se encuentra un letrero en el que se escribe con marcador borrable el nombre de los pacientes, el número de historia clínica y si tiene alguna indicación en particular, por ejemplo si se encuentran en NPO o si necesitan cambio de posición.

El área de Trauma 2 corresponde a la nueva área de este servicio que se encuentra ubicada en el quinto piso ala sur, esta nueva estructura cuenta con 16 habitaciones con dos camas cada uno dentro de la habitación se evidencia una cortina que permite separar los espacios y dar privacidad a los pacientes hospitalizados, cada habitación cuenta con un baño que comparten ambos pacientes, el mismo que cuenta con una ducha, un escusado y un lavamanos, es importante destacar que al igual que en las habitaciones, en la ducha y en el escudo existen botones de alerta para llamar al personal de enfermería en caso de emergencia, sin embargo, los mismos no se encontraban funcionando hasta el momento de la visita.



Figura 14 Sala N° 1 varones Trauma 1



Figura 15 Habitación Trauma 2

Adicionalmente el área de Trauma 2 cuenta con dos habitaciones individuales de aislamiento en la que existe una sola cama y una antesala que permite la colocación de la historia clínica y la colocación del equipo de protección personal., sin embargo, se pueden disponer de más salas de aislamiento de acuerdo a las necesidades del servicio.



Figura 16 Habitación de aislamiento

La distribución de camas de acuerdo a estándares internacionales en comparación con la existente en el área de Trauma 1 y Trauma 2 es:

Tabla 19
Tipo de cuartos Trauma 1 y Trauma 2

Tipo de cuartos	Existencia	Número de cuartos
Cuartos individuales	Si	2
Cuartos con dos camas	Si	16
Cuartos de tres camas	No	0
Cuartos de seis camas	Si	3

Fuente: Consejo Metropolitano de Quito, 2008

Las camas están orientadas en forma paralela a las ventanas con la finalidad que la incidencia de la luz no mortifique la visión a los pacientes, así mismo para facilitar las instalaciones necesarias en las cabeceras de las camas (eléctricas, vacío y oxígeno). La localización de las puertas facilita la entrada de las camillas, su acceso a las camas y movimientos del personal dentro del ambiente.

Respecto a las dimensiones de las salas se encontró que para salas con varias camas debe existir un área mínima por cama de 7,20 metros, es decir, debería existir

43 metros cuadrados en las salas con la cantidad de camas con la que cuenta el área de Trauma 1.

Tabla 20
Área mínima por cama Trauma 1

Estándar	Dimensión Trauma 1	Estado Trauma 1	Fuente
Área mínima por cama de 7,20 metros	3,36 metros cuadrados por cama	No Cumple	Norma técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria Ministerio de Salud, Perú.

Las habitaciones en el área de Trauma 2 cuentan con un espacio físico de 21 metros cuadrados, cumpliendo con los estándares internacionales.

Tabla 21
Área mínima por cama Trama 2

Estándar	Dimensión Trauma 2	Estado Trauma 2	Fuente
Área mínima por cama de 7,20 metros	10,5 metros cuadrados por cama	Cumple	Norma técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria Ministerio de Salud, Perú.

En cada habitación existe un baño que cuenta con inodoro y ducha, es importante acotar que baño cuenta con papel higiénico y jabón líquido para manos.

Tabla 22
Características de Servicios Higiénicos en las habitaciones Trauma 1

Estándar	Dimensión Trauma 1	Estado Trauma 2	Fuente
Existencia de 1 inodoro, 1 lavatorio y 1 ducha por cada 5 camas	1 inodoro, 1 lavatorio, 1 ducha por cada 6 camas	No Cumple	Norma técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria Ministerio de Salud, Perú.

Tabla 23
Características de Servicios Higiénicos en las habitaciones Trauma 2

Estándar	Dimensión Trauma 1	Estado Trauma 2	Fuente
	1		
Existencia de 1 inodoro, 1 lavatorio y 1 ducha por cada 5 camas	1 inodoro, 1 lavatorio, 1 ducha por cada 6 camas	Cumple	Norma técnica para proyectos de arquitectura Hospitalaria Ministerio de Salud, Perú.



Figura 17 Baño pacientes Sala N° 1 varones Trauma 1

En el ala norte se encuentra el área administrativa tanto de Trauma 1 como de Trauma 2, al igual que en el ala sur existe un pasillo adicional por donde se ingresa a mencionado sector del servicio, aquí encontramos una sala de Rayos X con una máquina de Rx portátil.



Figura 18 Sala de Rayos X

A continuación se evidencia el área de secretaria y trabajo social, que comparten espacios y se encuentran divididas por una pared de cristal, también se pudo observar una sala de reuniones para el personal del servicio en donde existe una mesa de reuniones y una pizarra de tiza líquida.



Figura 19 Sala de reuniones

En este mismo sector del servicio se encuentra la residencia médica, espacio destinado para el aseo y descanso del personal médico que labora en jornadas mayores a 24 horas, aquí se encuentran casilleros, un baño con ducha, cinco camas, un escritorio con computador e impresora y dos televisiones, es importante destacar que la existencia de este espacio físico va acorde con el cumplimiento de estándares internacionales de la ACI.



Figura 20 Residencia médica

Algo que es importante destacar de todo el servicio, es que se encuentran alarmas detectores de humo, rótulos de evacuación, alarmas para llamar al personal médico, extintores y luces de emergencia de acuerdo a normativa vigente de seguridad laboral.

Respecto a la observación de las actividades del servicio se puede evidenciar que en el área de Trauma 1 no se encuentra personal médico de manera permanente, esto se pudo evidenciar debido a que un paciente de la sala tres sufrió una crisis convulsiva. En el área de Trauma 2 podemos encontrar a los especialistas que no se encuentran brindando consulta externa ni realizando intervenciones quirúrgicas, la jornada de actividades regulares comienza a las 6:45 o 7:00 a.m., hora en la que llega el Líder del servicio y los demás médicos tratantes para pasar visita a sus pacientes junto a los médicos residentes, internos rotativos y externos cuando se encuentran en el servicio, posterior a esto se realiza la evolución de todos los pacientes donde se colocan las indicaciones del día, el personal de enfermería también realiza pase de visita con la finalidad de informar al personal que ingresa al nuevo turno acerca de las condiciones de los pacientes, una vez terminada esta actividad el personal de enfermería recoge las historias clínicas de las habitaciones y realiza la revisión de las indicaciones y la medicación a administrar, es importante destacar que la administración de la medicación se realiza mediante la modalidad de dosis unitaria, en la que el personal de farmacia y enfermería realizan la revisión de la medicación solicitada, la existencia de firmas y posterior a ello se realiza la entrega de la medicación para ese día.

Los pacientes que son dados de alta reciben las indicaciones de enfermería y los médicos para la administración de medicación y los próximos controles, del mismo modo los pacientes que ingresan al servicio son colocados en sus habitaciones y se les coloca una identificación con un código de barras.



Figura 21 Pulsera de identificación de pacientes

Los pacientes que van a ser intervenidos bajan a quirófano a partir de las 6:00 a.m. que es la hora en la que ingresan a quirófano para la preparación previa a la cirugía y regresan a piso una vez han sido valorados por el médico anestesiólogo y se ha verificado adecuada recuperación postquirúrgica, cabe destacar que el personal del hospital es el encargado de movilizar y acompañar a los pacientes durante su traslado de un servicio a otro, actuando acorde a los criterios estipulados por la Accreditation Canada International.

Al realizar observación de la estructura es importante hablar de la conformación del equipo de profesionales que se encuentran en este servicio: el líder es el Dr. Elio Ramírez, existen dos líderes de enfermería, destinadas para Trauma 1 y Trauma 2, de las cuales la líder de Trauma 2 se encuentra en permiso de maternidad, razón por la cual al momento la Lic. Ruth Chumbi está encargada de la actividad, en el área de Trauma 1 la líder también se encuentra con permiso por problemas de salud, razón por la cual la Lcda. Andrade está temporalmente a cargo del personal de enfermería y auxiliares.

Existen médicos tratantes los cuales se encuentran divididos por subespecialidades existiendo profesionales encargados de intervenciones de rodilla, columna, infecciones, osteosíntesis, reemplazos articulares y artroscopia, respecto a los residentes e internos existen 2 por turno respectivamente.

Respecto al personal de enfermería de cuidado directo en el área de Trauma 1, una enfermera y dos auxiliares son los encargados de brindar atención a los 18 pacientes por turno. El área de Trauma 2 existen 2 enfermeras por turno en la mañana, tarde y noche evidenciando que en comparación con estándares internacionales la cantidad de personal resulta insuficiente para una óptima atención a los usuarios.

Tabla 24
Razón enfermera:paciente Trauma 1

Estándar	Dimensión Trauma 1	Estado Trauma 1	Fuente
Razón enfermera: paciente 1:6	Razón enfermera: paciente 1:18	No Cumple	BERGMANN, Joanna. Legislative Developments: California Enacts Nurse-to-Patient Ratio Law. The Journal of Law, Medicine y Ethics. 2000

Fuente: BERGMANN, Joanna. Legislative Developments: California Enacts Nurse-to-Patient Ratio Law. The Journal of Law, Medicine y Ethics. 2000

Tabla 25
Razón enfermera:paciente Trauma 2

Estándar	Dimensión Trauma 1	Estado Trauma 1	Fuente
Razón enfermera :paciente 1:6	Razón enfermera: paciente en las mañanas 1:8 Razón enfermera: paciente en las noches 1:17	No Cumple	BERGMANN, Joanna. Legislative Developments: California Enacts Nurse-to-Patient Ratio Law. The Journal of Law, Medicine y Ethics. 2000

Dentro del servicio de Traumatología y Ortopedia existe también personal administrativo entre los cuales se encuentra la secretaria, la trabajadora social y el personal de limpieza.

En un tercer momento de la realización de observación del servicio se realizó una revisión de la documentación relacionada con gestión de calidad del servicio, en lo que respecta a gestión de enfermería se encontró el manual de procedimientos realizado por un equipo de enfermería en el año 2010, adicionalmente se encontró el diagnóstico situacional del año 2014 y el manual de procedimientos de patología de rodilla elaborado en el año 2015, en ambos documentos se registra quienes fueron las responsables de la elaboración de los mismos y quienes fueron las encargadas de la aprobación de los mismos, la guardiana de esta información es la enfermera líder del servicio quien posee dicha información en físico y digital.

En lo que respecta a la información del área médica existe un plan estratégico para el año 2014, sin embargo, al leer mencionado documento se evidencia que en este no se encuentra información de la planificación estratégica del servicio sino más bien datos que correspondería a la sala situacional del mismo, se encuentran datos estadísticos del servicio, así como una descripción de los servicios que ofrece, del personal con el que cuenta y el espacio físico en general, también se describen las fortalezas y debilidades del área, este documento se encuentra firmado por el líder del servicio.

Respecto a los protocolos se encuentra que existen cuatro protocolos de manejo de patologías traumatológicas: el protocolo de fractura de pelvis, el protocolo de artroscopia, de fracturas de columna vertebral y de osteosíntesis en general, sin embargo, al analizar mencionada documentación se evidencia que únicamente en el protocolo de osteosíntesis y de artroscopia se describe a detalle el manejo que se le dará al paciente en lo que respecta a analgesia, antibioticoterapia, medicación antiembólica, inmovilización e indicaciones en general, en los demás protocolos se realiza una descripción de los diferentes tipos de fracturas y sus abordajes sin

especificar el manejo de medicación que se administrará en cada caso a excepción de la profilaxis antitrombótica que si se encuentra estandarizada.

En lo que respecta a las entrevista realizadas, la primera persona a la que se le realizó la misma fue al líder del servicio quien dio la apertura necesaria para el ingreso al servicio pero no brindó mayor información debido a que sus múltiples ocupaciones no se lo permitían, es por esto que se entrevistó al Dr. Ricardo Vega quien realizó una descripción del servicio, de igual manera se pudo entrevistar a las líderes de enfermería, de las áreas de Trauma y a la secretaria del servicio, todos ellos permitieron, la información provista por todos ellos, así como la proporcionada por los pacientes entrevistados permitió realizar una aproximación de la evaluación de los estándares de calidad.

Dentro de la evaluación de estándares se valora información relacionada con talento humano, sin embargo, al solicitar una entrevista con los líderes de este proceso refirieron no poder proveer información si la misma no es autorizada por el Gerente del Hospital Eugenio Espejo pese a que se explicó que ya se había autorizado la obtención de la información por parte del departamento de Docencia.

Una persona clave en la elaboración de este proyecto de investigación fue el Economista Uquillas, líder del servicio de calidad del hospital, el mismo que realizó una clara explicación de las falencias del servicio de Traumatología y Ortopedia en lo que respecta a gestión de calidad y permitió obtener una visión general más clara del estado en el que se encuentra todo el hospital, algo que es importante destacar es que en la evaluación realizada al Hospital Eugenio Espejo para la acreditación se tomaron al azar los servicios a ser evaluados, siendo Traumatología y Ortopedia uno de los servicios que no se valoraron.

3.2.2 Evaluación de Historias Clínicas

Respecto a la evaluación de historias clínicas los resultados obtenidos más destacados fueron los siguientes:



Figura 22 Formulario de consentimiento informado firmado
Fuente: Archivo central HEE

Análisis: Al evaluar las historias clínicas el 95% de las mismas contaban con el formulario de consentimiento informado firmado, esto se puede explicar debido a que el servicio de Traumatología y Ortopedia se constituye un servicio eminentemente quirúrgico y ante la aprobación del código integral penal los profesionales médicos procuran cumplir la normativa, sin embargo, es importante destacar que existe un porcentaje de historias clínicas que no cuentan con este formulario y que pese a esto fueron intervenidos quirúrgicamente.

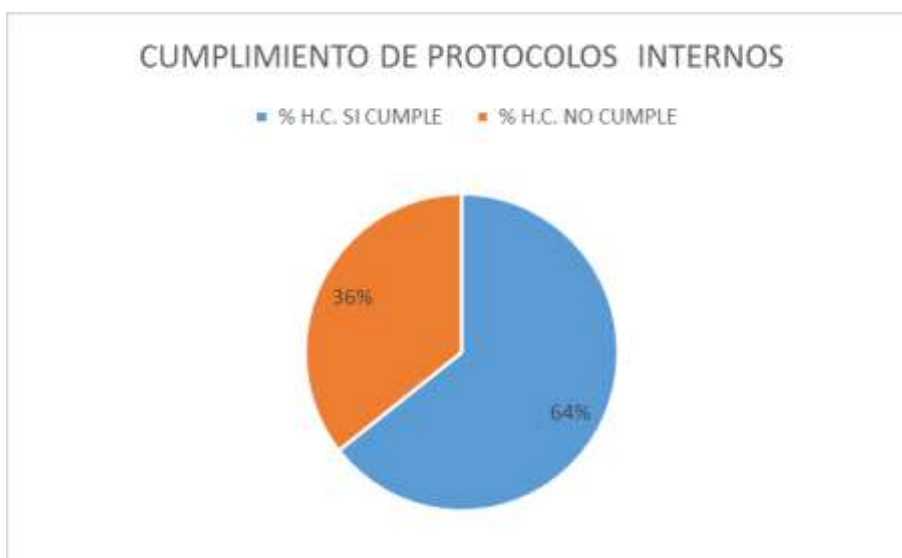


Figura 23 Uso de protocolos internos
Fuente: Archivo central HEE

Análisis: Como se puede evidenciar el 64% de atenciones en el servicio cumplen con los protocolos existentes, sin embargo, como se describió anteriormente algunos de estos protocolos son bastante permisivos en lo que respecta a abordaje quirúrgico y administración de medicación y esta podría ser la explicación por la que se obtuvo este resultado.

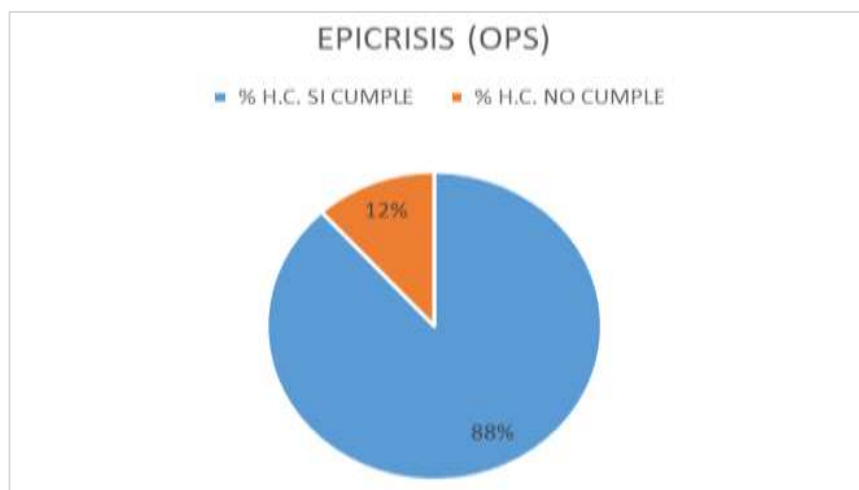


Figura 24 Formulario de epicrisis
Fuente: Archivo central HEE

Análisis: La epicrisis se constituye en un documento que debe ser elaborado cuando el paciente es dado de alta del servicio, sin embargo el 12% de los pacientes son dados de alta sin existencia de este formulario en la carpeta de la historia clínica del paciente.

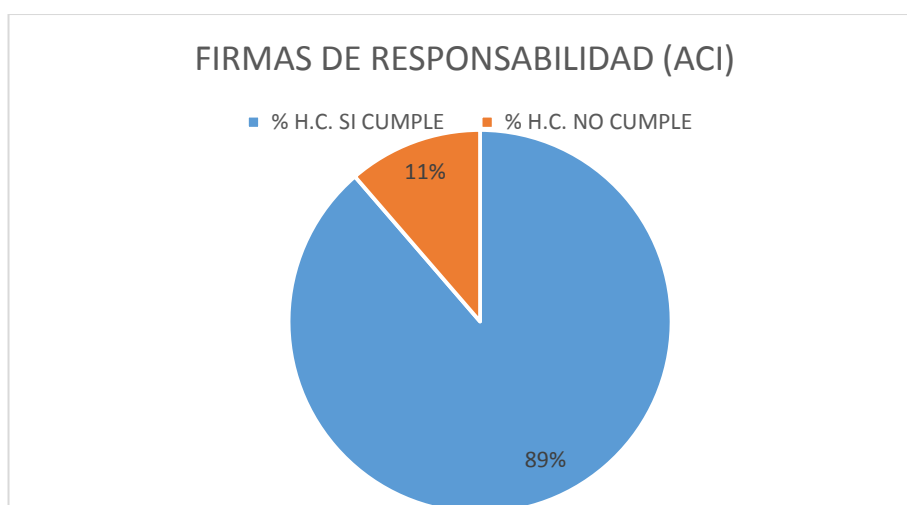


Figura 25 Firmas de responsabilidad
Fuente: Archivo central HEE

Análisis: Un criterio de importancia al momento de evaluación de estándares de la Accreditation Canada International es la existencia de firmas de responsabilidad en cada registro realizado en la historia clínica, sin embargo, el 11% de las historias clínicas evaluadas no cumplen con este criterio.



Figura 26 Formulario de administración de medicación

Fuente: Archivo central HEE

Análisis: La administración de medicación y documentación de esta información consta como un criterio para la evaluación de la calidad del servicio por parte de la Accreditation Canada International, esta actividad se encuentra a cargo del personal de enfermería y se evidencia que el 99% de las historias poseen un formulario con mencionado registro.

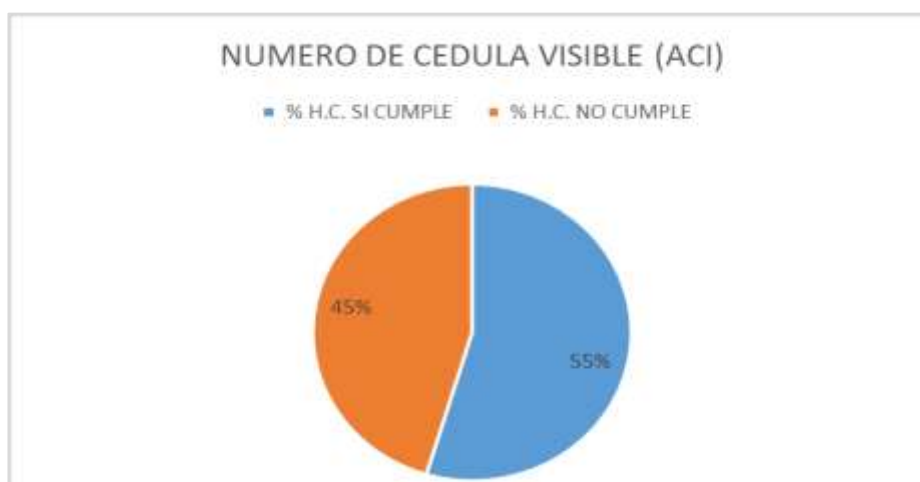


Figura 27 Número de Cédula Visible

Fuente: Archivo central HEE

Análisis: Posterior al procesamiento de las historias clínicas se encontró que el 55% de estas tienen en la carpeta registrado en forma manual o impresa el número de cédula del paciente, esto se debe a que se inició un proceso de identificación mediante la asignación de un código único a cada paciente, esto se logrará con el número de cédula del mismo o en caso de tener pacientes desconocidos o extranjeros se asignara un código de 17 dígitos, hasta el momento en el hospital se ha logrado conseguir esta nueva modalidad de identificación en 40000 historias clínicas y se espera culminar para el año 2017.

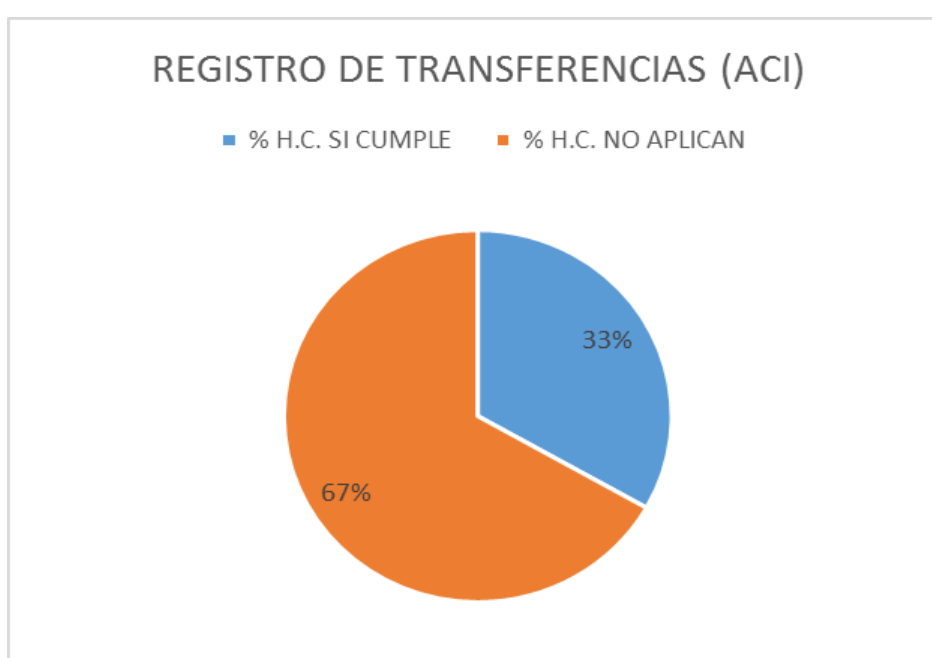


Figura 28 Formulario de registro de transferencias en Historia Clínica
Fuente: Archivo central HEE

Análisis: El Hospital Eugenio Espejo se constituye como un servicio de salud de Tercer Nivel al que llegan patologías de alta complejidad, la forma en la que los pacientes acceden a esta casa de salud es mediante el proceso de referencia y contrarreferencia que se maneja a nivel nacional, lo que significa que debería existir un formulario en el que se evidencie el lugar de donde es referido y la causa de referencia, sin embargo en el 67% de historias clínicas evaluadas no se puede evaluar este indicador debido a que no se encuentra el formulario, no se puede catalogar como No Cumple, debido a que el departamento de estadística maneja un sistema informático denominado Sat-Red donde se registra de manera digital la información contemplada en el formulario, es decir, que la causa por la que existe solo un 33% de

formularios de referencias en las historias clínicas radica en que los pacientes al momento de acudir a su cita médica no entregan la documentación en mención.

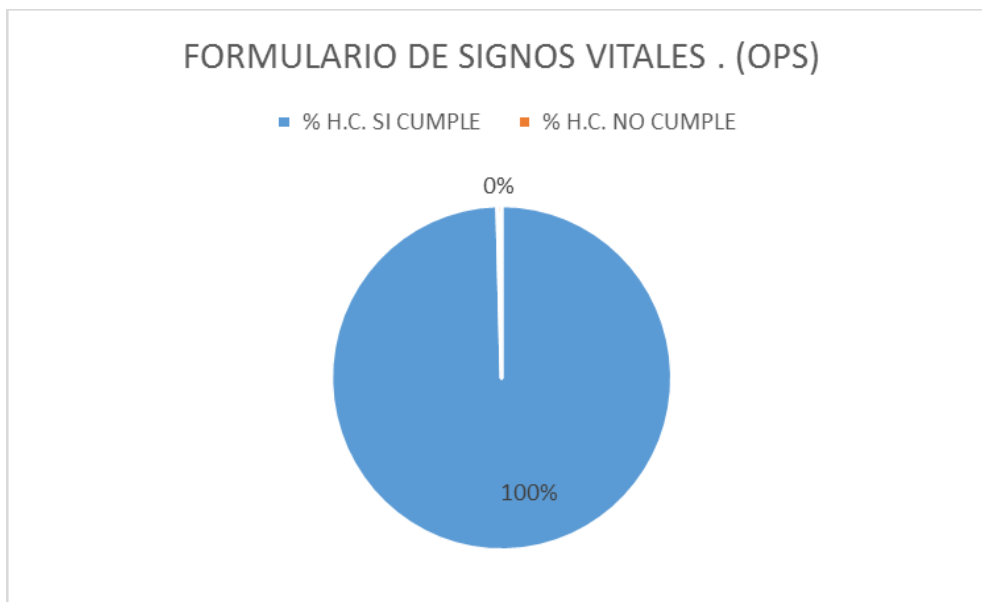


Figura 29 Fomulario de signos vitales
Fuente: Archivo central HEE

Análisis: Al realizar una evaluación a las historias clínicas se puede evidenciar que el 100% de ellas cumplen con el estándar, es decir que en todas las carpetas existe un formulario en el que están registrados los signos vitales del paciente.

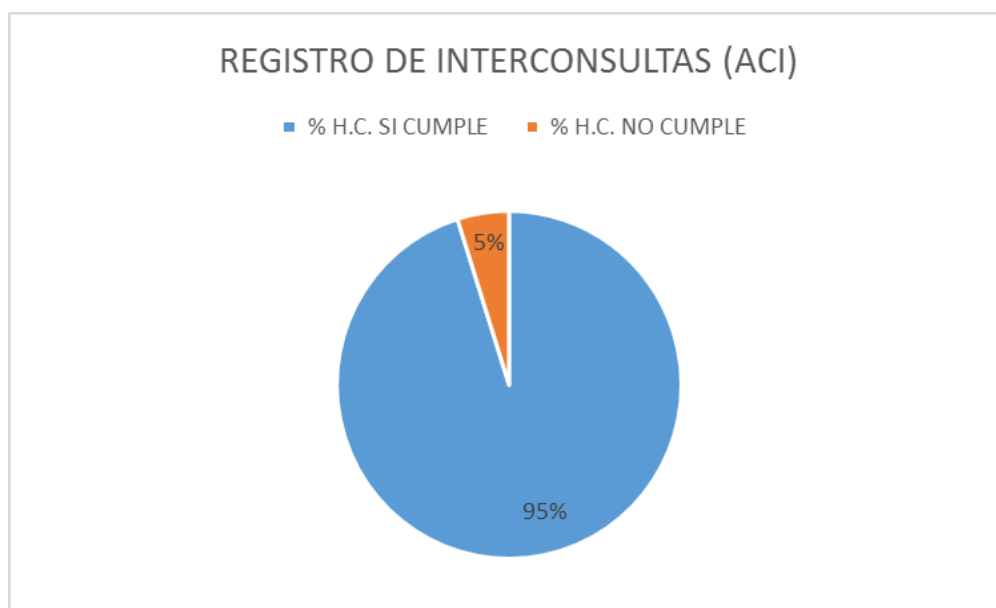


Figura 30 Formulario de registro de interconsultas
Fuente: Archivo central HEE

Análisis: De acuerdo a la normativa hospitalaria los paciente que serán intervenidos con cualquier procedimiento quirúrgico deben ser valorados por anestesiología, servicio que será responsable de la aceptación o rechazo de la cirugía, además los pacientes mayores de 40 años son valorados por otros servicios que incluyen: cardiología, medicina interna y neumología, además de otras especialidades de acuerdo a las necesidades individuales de los pacientes, sin embargo, en el 5% de historias clínicas evaluadas no se encontró ningún formulario para registro de interconsulta.

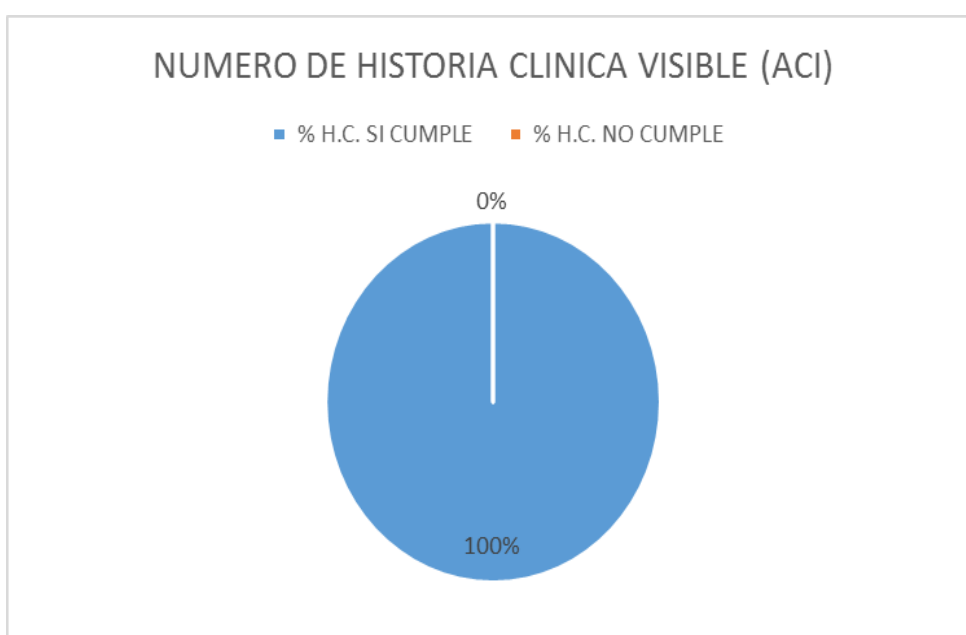


Figura 31 Número de historia clínica visible
Fuente: Archivo central HEE

Análisis: Al momento del ingreso de los pacientes al Hospital Eugenio Espejo tanto a consulta externa como a hospitalización, se realiza la creación de una historia clínica única a cada paciente la misma que tiene una codificación numérica que permite el fácil acceso a la información del paciente, se puede evidenciar que todas las carpetas evaluadas poseen número de historia clínica.



Figura 32 Legibilidad
Fuente: Archivo central HEE

Análisis: La historia clínica es un documento médico legal que debe permitir obtener un fácil acceso a la información, el mismo que debe ser de fácil lectura, sin embargo el 28% de las historias clínicas analizadas no fueron legibles debido primordialmente a la calidad de escritura de los profesionales.

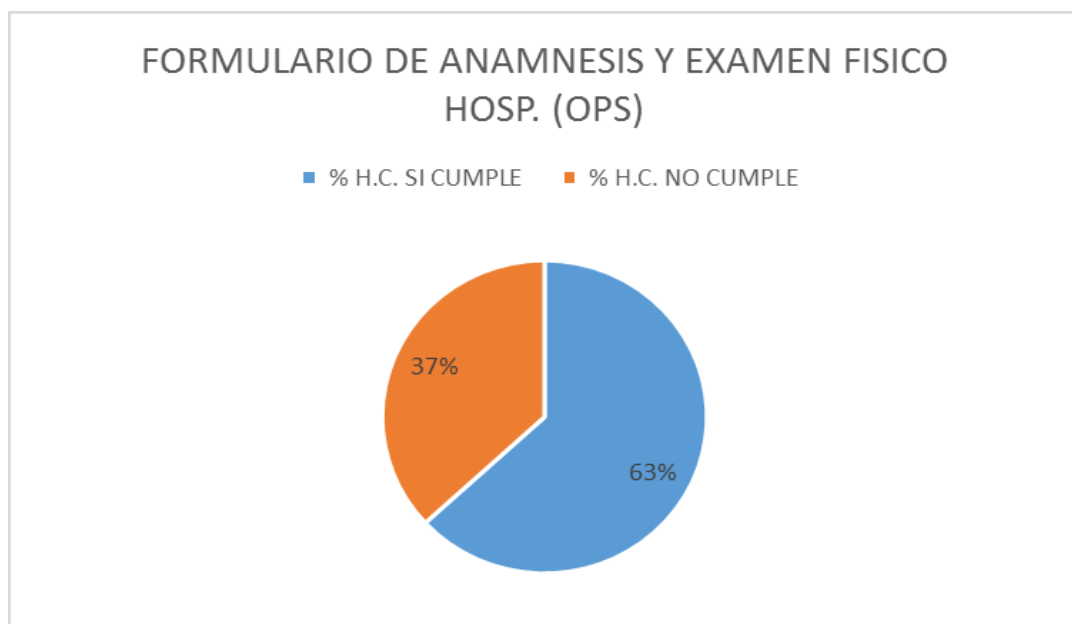


Figura 33 Formulario de anamnesis y examen físico
Fuente: Archivo central HEE

Análisis: El formulario de amamnesis y examen físico es un documento que debe ser elaborado al ingreso del paciente al servicio, sin embargo únicamente el 63% de las historias clínicas contenían este documento.

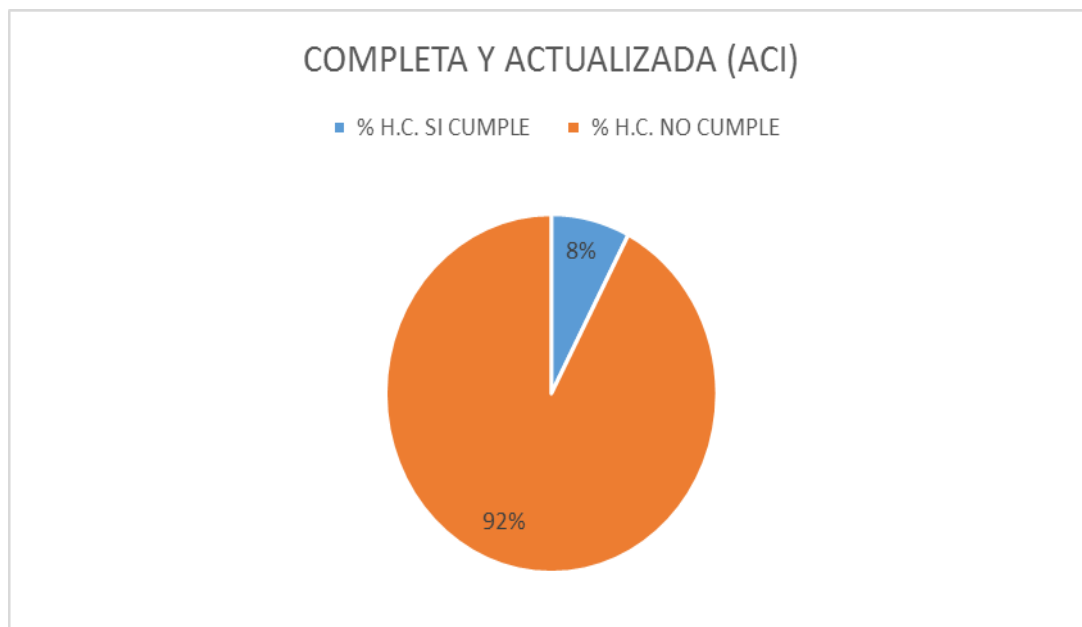


Figura 34 Historia clínica completa y actualizada
Fuente: Archivo central HEE

Análisis: El resultado del cumplimiento de todos los estándares anteriormente descritos permite la evaluación de este estándar propuesto por la Accreditation Canada International, encontrando que el 92% de las historias clínicas analizadas no cumplen con los criterios propuestos en este proyecto de investigación.

3.2.3 Evaluación de criterios y estándares de la Accreditation Canada International

Tabla 26 Estándar N° 1: El equipo desarrolla sus servicios médicos para afrontar las necesidades de sus clientes

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
1.0 El equipo desarrolla sus servicios médicos para afrontar las necesidades de sus clientes.				
Efectividad	Oro	1.1 La organización tiene una licencia vigente para proveer servicios médicos.	X	
Efectividad	Oro	1.2 La licencia de la organización establece claramente los servicios de cuidado quirúrgico que provee, los mismos que pueden ser apreciados por sus clientes, familias, visitantes, equipo y proveedores de servicios.		X
Efectividad	Oro	1.3 Las políticas y procedimientos de la organización para entregar servicios de cuidado quirúrgico cumplen con las leyes y regulaciones aplicables.		X
Enfoque en la población	Platino	1.4 Los líderes del equipo recopilan información acerca de las necesidades de sus clientes para los servicios médicos. (Lineamientos: En las necesidades de los clientes en cuanto a servicios de salud influyen algunos factores incluyendo, demográficos (ej. edad, diversidad cultural, instrucción, lenguaje); datos de morbilidad y mortalidad (ej. diagnósticos comunes, tasa de enfermedades agudas vs. crónicas, tasa de incidencia y prevalencia, tasa de lesiones); y presencia de factores de riesgo que pueden conducir a problemas de salud (ej. tasa de fumadores, dieta, tasa de consumo de alcohol).		X
Enfoque en la población	Diamante	1.5 Los líderes del equipo buscan la información de los clientes, equipo de colaboradores y de los proveedores de servicios cuando deciden los servicios médicos que ofrecerán. (Lineamientos: Al buscar la información de los clientes, el equipo y los proveedores de servicios aseguran que los servicios reflejen en forma precisa las necesidades de los clientes.)		X
Efectividad	Platino	1.6 Los líderes del equipo utilizan la información del cliente para decidir los servicios que serán brindados directamente, los referidos y para los que contratará a proveedores de servicios.		X
Continuidad del servicio	Diamante	1.7 Los líderes del equipo colaboran con otros equipos como proveedores de servicios y con otras organizaciones para conocer a sus clientes, y sus necesidades de servicio. (Lineamientos: El conocer el volumen de pacientes y sus necesidades está más allá de las capacidades de cualquier equipo u organización. Los líderes del equipo identifican a otros grupos y a otros proveedores de servicio, ambos, dentro y fuera de la organización necesarios para proveer acceso a una amplia gama de servicios que requieren los clientes, es decir, aquellos que necesitan los clientes antes y luego de su contacto con la organización.		X
Efectividad	Diamante	1.8 Los líderes del equipo, revisan periódicamente sus servicios para asegurarse que cumplen con las necesidades de sus clientes y realizan los cambios que fueran necesarios para ello. (Lineamientos: La información puede ser obtenida a través de encuestas que se basen en la experiencia de cliente y en su satisfacción)		X

Fuente: Evaluación estándares ACI

Tabla 27
Evaluación cumplimiento estándar N° 1

Evaluación cumplimiento estándar N° 1				
Cumple	%	No Cumple	%	Total
1	12,5	7	87,5	8

Fuente: Evaluación de estándares ACI

Análisis de estándar N° 1: Dentro del primer estándar que propone la ACI, se encuentran incluidos 8 criterios de los cuales el único que pudo ser comprobado mediante la revisión de la documentación es el primero, debido a que se encontró que el en mes de mayo el personal de control sanitario de los diferentes distritos realizaron una inspección al establecimiento de salud, otorgándole el permiso de funcionamiento que se encuentra vigente para este año, dentro de los demás criterios es importante destacar el incumplimiento del tercero al corroborar por documentación propia del servicio que la adquisición de material de osteosíntesis debe ser realizada por el paciente o sus familiares.

Tabla 28
Estándar N° 2: El equipo tiene acceso a los recursos necesarios para proveer servicios de cuidado quirúrgico de calidad

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
2.0 El equipo tiene acceso a los recursos necesarios para proveer servicios de cuidado quirúrgico de calidad.				
Eficiencia	Oro	2.1 Los líderes del equipo identifican los recursos necesarios para proveer servicios de cuidado quirúrgico de calidad. (Lineamientos: Los recursos pueden ser humanos, financieros, estructurales o informativos)	X	
Eficiencia	Platino	2.2 El equipo tiene el número correcto de personal y la diversidad necesaria para proveer una calidad de servicios consistente durante las veinte y cuatro horas. (Lineamientos: El número y la diversidad necesaria del equipo pueden basarse en algunos factores, incluyendo el número de servicios brindados, número diario de cambios, tipo de clientes atendidos y a las variaciones en la demanda de servicios durante todo el día.)		X
Servicio enfocado al cliente	Platino	2.3 El equipo tiene acceso a una estructura privada para proteger la privacidad y confidencialidad de sus clientes y de sus familias. (Lineamientos: Una estructura privada incluye una gama de habitaciones privadas y semiprivadas con las debidas protecciones y ropaje, cuartos privados de examinación, baños privados, área de duchas; espacio para discusiones confidenciales entre los clientes y su proveedor de servicios o con sus familias.)	X	
Efectividad	Platino	2.4 Los miembros del equipo tienen acceso a un espacio de trabajo para reunirse, discutir e interactuar con sus clientes. (Lineamientos: El espacio de trabajo del equipo, incluye un área privada para mantener conversaciones del equipo acerca de sus clientes y áreas lo suficientemente espaciaosas para las reuniones y valoración de los mismos y de sus familias.)	X	
Seguridad	Oro	2.5 El equipo tiene una lista actualizada del equipamiento utilizado para proveer los servicios médicos en la que se incluye, el lugar de almacenamiento, el cómo debe ser utilizado y si requiere un mantenimiento periódico preventivo. (Lineamiento: La información respecto al mantenimiento regular preventivo incluye la calibración, la frecuencia en que el mantenimiento preventivo se realiza; y el cómo estos resultados son registrados.)	X	
Seguridad	Oro	2.6 El grupo tiene acceso a un equipo de protección personal propio para sus funciones, el cual es preservado adecuadamente. (Lineamientos: Ejemplos del equipo de protección personal incluye: guantes, batas, máscaras y gorros.)	X	
Seguridad	Oro	2.7 El personal tiene acceso a equipos de emergencia actualizados, que son regularmente sometidos a pruebas. (Lineamientos: El equipo de emergencia puede variar de acuerdo a los servicios brindados por el personal, sin embargo, este incluye frecuentemente carros de paro, equipo de intubación, equipo de monitoreo y sistemas de soporte de vida tales como respiradores y porta-sueros. El equipo deberá definir basándose en su experiencia, el equipo de emergencia que es necesario y trabajar con sus líderes para asegurarse que esté disponible.)	X	
Efectividad	Platino	2.8 El personal trabaja con sus líderes y otros grupos organizacionales para planificar la capacidad de expansión de sus unidades dedicadas a proveer los servicios quirúrgicos, particularmente durante las pandemias u otras emergencias a gran escala. (Lineamientos: La coordinación entre los Servicios de Cuidado Quirúrgico y otros grupos de la organización, ejemplo, cuidados intensivos, departamento de emergencia, y quirófanos son esenciales para facilitar el flujo de clientes dentro de la organización. Por ejemplo, el personal y sus líderes pueden desarrollar un protocolo emergente de triaje a gran escala.)		X
Vida Laboral	Platino	2.9 El personal comunica a sus líderes sobre otros recursos adicionales que son necesarios para brindar servicios de cuidado quirúrgico de calidad. (Lineamientos: Por ejemplo el personal determina el equipo adicional que es necesario para brindar los servicios y trabajan con sus líderes para asegurarse que esté disponible.)	X	
Efectividad	Diamante	2.10 Los directivos del grupo interceden con los altos directivos en representación del equipo por los recursos que son necesarios para poder brindar servicios de cuidado quirúrgico de calidad. (Lineamientos: Los líderes del grupo se comunican con los altos directivos a través de reuniones informativas periódicas referentes al equipo.)	X	

Fuente: Evaluación estándares ACI

Análisis estándar N° 2: Dentro de este estándar se encuentran 10 criterios que permiten la calificación del mismo, sin embargo, de estos criterios ocho pudieron ser comprobados mediante la revisión de documentación del servicio entregada a los servicios de planificación y provisión de servicios y mediante la observación directa del funcionamiento del servicio, es importante destacar que al momento de la evaluación no se cumplían dos criterios, el segundo que habla de la existencia de cantidad adecuada de personal, encontrando que de acuerdo a los estándares California para razón enfermera: paciente la relación que se maneja actualmente en el servicio es mucho mayor a la óptima. El siguiente criterio del que se pudo comprobar su incumplimiento es el octavo, en que se establece la necesidad de contar con planes de contingencia en casos de emergencia a gran escala, al entrevistar a los profesionales del servicio y realizar revisión bibliográfica se evidenció que no tenían información respecto al cumplimiento de esta actividad.

Tabla 29
Evaluación cumplimiento estándar N° 2

Evaluación cumplimiento estándar N° 2				
Cumple	% Cumple	No Cumple	% No Cumple	Total
8	80	2	20	10

Fuente: Evaluación de estándares ACI

Tabla 30 Estándar N° 3: El equipo utiliza un acercamiento multidisciplinario para brindar servicios de cuidado quirúrgico

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
3.0 El equipo utiliza un acercamiento multidisciplinario para brindar servicios de cuidado quirúrgico				
Efectividad	Oro	3.1 El equipo es liderado por médicos certificados.	X	
Efectividad	Diamante	3.2 Los directivos del equipo identifican a un grupo multidisciplinario para brindar servicios de cuidado quirúrgico. (Lineamientos: El equipo multidisciplinario está integrado por gente con diferentes roles y de varias disciplinas. Dependiendo de los servicios brindados el equipo puede estar integrado por médicos especialistas, cirujanos; anestesiólogos, enfermeras incluyendo enfermeras certificadas, enfermeras practicantes certificadas como sea apropiado; y profesionales aliados de salud incluyendo farmacéuticos; personal administrativo, clero; y otros en caso de ser necesarios.)	X	
Vida Laboral	Oro	3.3 Los miembros del equipo tienen perfiles de la posición que definen sus calificaciones, roles, responsabilidades y área de acción. (Lineamientos: El perfil de la posición aclara quién es responsable de los diferentes servicios, incluyendo el diagnóstico, tratamiento, los servicios de apoyo (ej. nutrición, aseo y transporte); coordinación de servicio; cliente, familia y educación de proveedores de cuidado; transferencia y alta.)	X	
Eficiencia	Diamante	3.4 Los miembros del equipo trabajan en todo su ámbito de acción cuando brindan servicios de cuidado quirúrgico. (Lineamientos: El alcance de la actividad de una profesión establece los roles, las responsabilidades y funciones que sus miembros están permitidos a ejercer. En algunos países el campo de actividad está delimitado por leyes y /o regulaciones, donde los organismos autorizados determinan la educación, experiencia y competencias demostradas y requeridas, para recibir su licencia de ejercicio profesional.)	X	
Vida Laboral	Platino	3.5 Los miembros del equipo reciben entrenamiento en diferentes áreas como comunicación, solución de conflictos y liderazgo, para promover el trabajo en equipo y la colaboración entre todas las disciplinas.	X	
Efectividad	Platino	3.6 Los miembros del equipo se comunican periódicamente entre sí para coordinar servicios, roles y responsabilidades. (Lineamientos: La falta o mala comunicación entre los miembros del equipo usualmente comprometen la seguridad del paciente. El tener como prioridad una comunicación oportuna y precisa promueve la continuidad del cuidado y ayuda a prevenir eventos adversos. Los mecanismos de comunicación pueden incluir reuniones, teleconferencias u otras tecnologías virtuales como conferencias vía web que pueden involucrar al cliente y a su familia.)	X	
Efectividad	Diamante	3.7 El equipo multidisciplinario evalúa regularmente su funcionamiento y realiza mejoras si éstas son necesarias. (Lineamientos: El proceso del equipo para evaluar su funcionamiento incluye la revisión de sus servicios, procesos y resultados. Para ello se puede proporcionar al equipo un cuestionario acerca del funcionamiento de las áreas con el propósito de estimular un dialogo interactivo y así lograr mejorarlas. El grupo es motivado a evaluar su desempeño por lo menos una vez al año y siempre que ocurra un cambio significativo dentro de la estructura del equipo.)		X

Fuente: Evaluación estándares ACI

Análisis estándar N° 3: Este estándar cuenta con siete criterios que permiten su evaluación, estos están enfocados a la conformación del equipo multidisciplinario que se necesita para brindar un óptimo cuidado quirúrgico, mencionada información se pudo corroborar mediante la revisión de los formatos de perfil óptimo que manejan en la unidad, así como en el diagnóstico situacional que se encontró en el servicio, el séptimo criterio se refiere a evaluaciones regulares y realización de

mejoría cuando el caso lo amerita, esta actividad de acuerdo a referencia verbal de los profesionales del servicio no se realiza, únicamente se evalúa al final del año las actividades descritas en el perfil óptimo.

Tabla 31
Evaluación cumplimiento estándar N° 3

Evaluación cumplimiento estándar N° 3				
Cumple	%	No Cumple	%	Total
6	85,7	1	14,3	7

Tabla 32
Estándar N° 4: El equipo utiliza un acercamiento multidisciplinario para brindar servicios de cuidado quirúrgico

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
4.0 El personal del equipo y los proveedores de servicio son gente capacitada, entrenada, calificada y competente.				
Vida Laboral	Platino	4.1 Los líderes del equipo siguen criterios establecidos para reclutar y seleccionar a los miembros del personal que se basan en sus calificaciones, experiencia y afinidad con el grupo.	X	
Efectividad	Oro	4.2 Los líderes del equipo verifican anualmente que cada uno de los miembros del grupo tengan las calificaciones necesarias, incluyendo credenciales actualizadas y los permisos profesionales si aplicare. (Lineamientos: Por ejemplo, los médicos deben estar certificados por la autoridad regulatoria y colegio respectivos. Los requerimientos para los demás profesionales de salud, incluyendo enfermeras, y otros proveedores aliados de salud pueden variar acorde a su profesión y jurisdicción. Las capacitaciones de los miembros del equipo que no están regulados por los organismos profesionales autorizados, es decir, proveedores de salud no reglamentados como el personal de apoyo y administrativo, también son verificadas.)	X	
Efectividad	Oro	4.3 Los nuevos miembros del equipo reciben una orientación respecto a la organización, al grupo, sus roles y responsabilidades. (Lineamientos: La orientación abarca la misión, la visión y valores de la organización; las obligaciones del equipo, metas y objetivos; roles, responsabilidades y expectativas referentes al desempeño; políticas y procedimientos, incluyendo confidencialidad; avance de la organización hacia un manejo integrado y calificado, por ejemplo, mejorar la calidad, manejo de riesgos, la utilización y uso eficiente de los recursos.)	X	
Seguridad	Oro	4.4 Los nuevos miembros del equipo reciben entrenamiento en el uso seguro del equipo, de los instrumentos y provisiones utilizados en la entrega de servicios de cuidado quirúrgicos. (Lineamientos: Durante la orientación, los nuevos miembros de equipo son instruidos de manera apropiada y segura para estar preparados en situaciones de emergencia y seguridad, son entrenados en cómo utilizar los equipos, los instrumentos y las provisiones, por ejemplo, la localización y almacenamiento del equipo personal de protección, herramientas de diagnóstico, alertas, carros de paro, de una manera segura y apropiada. El entrenamiento en el uso adecuado de los equipos, instrumentos y provisiones, incluye su manejo, almacenamiento y funcionamiento; el mantenimiento preventivo y las acciones a tomar en caso de daño.)	X	
Seguridad	Oro	4.5 Los nuevos miembros del equipo son entrenados en el uso apropiado del equipo personal de protección. (Lineamientos: El equipo apropiado de protección personal puede incluir guantes, prendas de vestir, máscaras y botas.)	X	

Continúa

Seguridad	Oro	4.6 El personal recibe entrenamiento permanente en bombas de infusión. (Lineamientos: Entre más bombas de infusión existan dentro de una organización hay una mayor oportunidad que se produzcan errores serios. Las organizaciones son incentivadas para estandarizar en el mayor grado posible las bombas de infusión. Las organizaciones deben ofrecer un entrenamiento continuo y efectivo, a su personal y a los proveedores de servicios en bombas de infusión, cubriendo la competencia, continuidad del personal, tecnología de las bombas de infusión y localización de las mismas. Este entrenamiento es obligatorio proporcionarlo a la gran mayoría de proveedores de servicios, ya que ellos dentro de la organización trabajan en más de una dependencia, lo cual significa que deben ser competentes en el uso de los diferentes tipos de bombas de infusión.)	X	
Vida Laboral	Platino	4.7 Los nuevos miembros del equipo son capacitados en los procesos de la organización referentes al manejo de problemas éticos. (Lineamientos: Los problemas éticos pueden incluir conflicto de intereses, el no cumplir con los lineamientos éticos, tales como el romper la confidencialidad, implicaciones éticas de la asignación de recursos, ej. necesidad vs capacidad para pagar servicios de salud, el rol del consentimiento informado, solicitar el alta en contra de la recomendación médica y las decisiones para abandonar los tratamientos a largo plazo.)		X
Vida Laboral	Platino	4.8 Cada miembro del equipo tiene un expediente personal actualizado que incluye información respecto al proceso de selección, contrato de empleo, verificación de sus calificaciones, licencias y permiso profesionales si se aplicara, además de la orientación, educación y entrenamiento recibidos.	X	
Efectividad	Platino	4.9 Los directivos del equipo evalúan regularmente el desempeño de cada uno de los miembros de una manera objetiva, interactiva y positiva, documentando esta información en el expediente personal. (Lineamientos: Al evaluar el desempeño personal, los directivos del equipo revisan la habilidad de cada miembro para desempeñar sus responsabilidades y consideran sus fortalezas, las áreas en las que debe mejorar, y sus contribuciones respecto a la seguridad del paciente y otras áreas descritas en el perfil de la posición. Una evaluación del desempeño se la realiza usualmente antes de que el período de prueba haya concluido y posteriormente en forma anual o como se haya establecido dentro de la organización. La evaluación también podría ser completada posterior a períodos de re-entrenamiento, ejemplo, cuando se ha introducido nuevas tecnologías, equipos o destrezas.)	X	
Vida laboral	Diamante	4.10 Cada miembro del equipo tiene un plan de desarrollo profesional que está incluido en su expediente personal. (Lineamientos: El plan de desarrollo profesional se lo utiliza para identificar y aprovechar las áreas de fortaleza y desarrollar áreas de perfeccionamiento.)		X
Vida Laboral	Diamante	4.11 Los líderes del equipo supervisan y conocen de la capacitación, entrenamientos continuos y necesidades de desarrollo profesional de cada miembro de grupo y documenta esta información en su expediente personal. (Lineamientos: El proceso de supervisar y conocer las necesidades de aprendizaje continuo de cada miembro puede incluir las evaluaciones de desempeño o las valoraciones de las necesidades del grupo. También identifica cuándo un entrenamiento específico es requerido, así como lo es cuando una nueva tecnología, equipamiento o destrezas son introducidos o bien luego de que un miembro del equipo ha permanecido ausente por un largo período de tiempo.)		X

Fuente: Evaluación estándares ACI

Análisis estándar N°4: El cuarto estándar está relacionado con el perfil profesional que deben cumplir los profesionales que brindan atención en el servicio, respecto a la información que se maneja en estos criterios, primordialmente es de competencia de talento humano, siendo este proceso el responsable de la revisión de los perfiles de los profesionales dentro del servicio, así como de la programación y aprobación de temas a ser tratados, en lo que respecta al reclutamiento del personal también intervienen los líderes de los servicios, siendo ellos los que facilitan bancos de preguntas para que se apliquen a los participantes de concursos de méritos y oposición.

Tabla 33
Evaluación cumplimiento estándar N° 4

Evaluación cumplimiento estándar N° 4				
Cumple	%	No Cumple	%	Total
8	72,7	3	27,3	11

Fuente: Evaluación de estándares ACI

Tabla 34
Estándar N° 5 El personal promueve el equilibrio entre el bienestar y la vida laboral de cada uno de los miembros

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPL E
5.0 El personal promueve el equilibrio entre el bienestar y la vida laboral de cada uno de sus miembros.				
Vida Laboral	Platino	5.1 Los líderes del equipo siguen los criterios establecidos por la organización para asignar los clientes a los miembros del equipo y otras responsabilidades de una manera justa y equitativa. (Lineamientos: Los criterios están basados en estándares aceptados de prácticas, requerimientos legales, conocimiento, experiencia y otras calificaciones, en el volumen o en la complejidad de sobrecarga de asignaciones, cambios en los mismos, seguridad y necesidades del cliente.)	X	
Vida Laboral	Oro	5.2 El equipo tiene una política referente al número de horas laborales, que incluye el número máximo de horas por turno y por semana, y a cualquier condición laboral que pueda afectar la salud y el bienestar del grupo. (Lineamientos: Ejemplo de condiciones laborales que podrían afectar la salud y el bienestar del equipo incluye turnos nocturnos y exposición a materiales infecciosos o de riesgo.)	X	
Vida Laboral	Diamante	5.3 Los miembros del grupo colaboran en su trabajo y en la tarea asignada, incluyendo en la definición de los roles y responsabilidades, en la asignación de casos y donde se aplique. (Lineamientos: El trabajo asignado se refiere a la manera en cómo un grupo de tareas o un trabajo completo es organizado. La designación de tareas se refiere a todos los factores que afectan en su desempeño, incluyendo rotación de oficios, recesos de trabajo, y horas laboradas. El diseño del trabajo efectivo ayuda al personal al manejo de su tiempo, fatiga, estrés y equilibrio de su vida laboral.)		X
Seguridad	Oro	5.4 El equipo tiene un proceso para identificar y reducir los riesgos de su personal mientras brindan servicios de cuidado quirúrgico. (Lineamientos: Los riesgos más comunes pueden ser el de trabajar solo, falta de entrenamiento en temas de seguridad, el usar un equipo inseguro, o temas referentes al control y prevención de infección y esterilización. El personal trabaja con sus líderes para reducir estos riesgos.)		X
Vida Laboral	Diamante	5.5 Los miembros del equipo tienen acceso a estrategias saludables en el lugar de trabajo para mejorar su salud y bienestar. (Lineamientos: Las estrategias saludables en el lugar de trabajo pueden ser ofertadas a nivel de grupo o a nivel organizacional. Ellas pueden incluir programas para manejar el estrés, bajar de peso, dejar de fumar; e iniciativas para estimular estilos de vida saludable, por ejemplo, incentivos de membresía en gimnasios y el ejercitarse, o una alimentación saludable durante la hora de almuerzo.)		X
Vida Laboral	Platino	5.6 El equipo tiene acceso a un espacio privado y tranquilo para reflexionar, descansar y observar prácticas religiosas	X	
Vida Laboral	Diamante	5.7 Los líderes del equipo supervisan los niveles de fatiga y estrés de cada uno de sus miembros para identificar los factores predisponentes y así poder realizar los cambios necesarios. (Lineamientos: Los niveles de fatiga y estrés pueden controlarse examinando las horas laboradas, sobretiempos, o casos de eventos adversos. El estrés y la fatiga pueden ser el resultado de diversos factores incluyendo problemas de horario, recortes de personal, ambientes de estrés (por ejemplo: ruido). Los líderes del equipo necesitan modificar estos factores para manejar los riesgos de estrés y seguridad.)		X
Vida Laboral	Platino	5.8 Los miembros del equipo tienen acceso a servicios de consejería incluso de manera inmediata luego de episodios traumáticos. (Lineamientos: El acceso al apoyo emocional y consejería puede ser de manera grupal o individual y puede ser provisto por un psicólogo o consejero espiritual.)	X	
Vida Laboral	Diamante	5.9 El equipo tiene un proceso o programa justo y objetivo para reconocer los aportes de sus miembros. (Lineamientos: Las actividades de reconocimiento pueden ser individuales, por ejemplo, premios basados en los años de servicio o bien, basados en el grupo, tales como en actividades de equipo.)		X

Fuente: Evaluación estándares ACI

Análisis de estándar N°5: El quinto estándar contiene nueve criterios que permiten su evaluación, de los cuales se cumplen cuatro: el referente a asignación de actividades de maneja justa y equitativa, el que se refiere al cumplimiento de la jornada laboral de 40 horas, de igual manera el criterio que refiere que el personal cuenta con un espacio físico para descansar se pudo comprobar durante la visita al servicio al encontrar que cuentan con una residencia médica para 5 personas, adicionalmente mediante la entrevista al médico tratante encontramos que el acceso a profesionales durante el manejo de episodios traumáticos es parte de la responsabilidad de salud ocupacional, sin embargo, no se han suscitado hasta la fecha mencionado tipo de atención.

Tabla 35
Evaluación cumplimiento estándar N° 5

Evaluación cumplimiento estándar N° 5				
Cumple	%	No Cumple	%	Total
4	44,4	5	55,6	9

Tabla 36
Estándar N° 6: El equipo coordina el acceso oportuno a los servicios por parte de los clientes, familias, proveedores de servicio y organizaciones de referencia.

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPL E
6.0 El equipo coordina el acceso oportuno a los servicios por parte de los clientes, familias, proveedores de servicio y organizaciones de referencia.				
Accesibilidad	Platino	6.1 El equipo identifica y retira donde le sea posible los obstáculos que impiden a los clientes, sus familias, proveedores de servicios y a las organizaciones de referencia, el acceder a los servicios. (Lineamientos: El acceso puede estar comprometido por obstáculos que están bajo el control del equipo (ej. barreras físicas y de lenguaje), o por barreras que no son (ej. tiempo de espera para referir al cirujano, diagnóstico de imagen, transportación, servicios de emergencias las veinte y cuatro horas, personal inadecuado, disponibilidad de recursos o camas).		X
Efectividad	Oro	6.2 El equipo provee información a sus clientes y a sus familias respecto a sus servicios. (Lineamientos: La información comprende el alcance de los costos y servicios de la organización, la eficiencia, los resultados de sus servicios y otros servicios disponibles para direccionar las necesidades específicas del cliente. La información debe ser fácil de entender, estar disponible en los idiomas más comúnmente hablados por la población atendida, y también en forma escrita, como por ejemplo en folletos.)	X	
Continuidad de servicio	Oro	6.3 El equipo tiene un proceso para recibir a los clientes referidos por otros proveedores de servicio y organizaciones.	X	
Continuidad de Servicio	Oro	6.4 El equipo completa un tamizaje inicial para acoplar al cliente a sus servicios y determinar el nivel de prioridad.	X	
Efectividad	Oro	6.5 El equipo tiene una política y procedimiento para en ciertas ocasiones negar la prestación de servicios al cliente. (Lineamientos: La política y el procedimiento pueden variar entre y dentro de las organizaciones; sin embargo tienen que especificarse las condiciones referentes a los servicios que podrían negarse. Sin embargo, los mismos no podrán ser negados cuando los clientes requieren atención de manera emergente.)	X	
Efectividad	Oro	6.6 En los casos que el equipo niega los servicios de atención al cliente, basados en sus políticas y procedimientos, le ayudará a encontrar servicios alternativos	X	
Servicios enfocados al cliente	Oro	6.7 Una vez admitido, el equipo provee información al cliente y a su familia con respecto a sus servicios. (Lineamientos: Este proceso puede llamarse admisión, ingreso, pre-admisión o tamizaje. Es usado para determinar si los servicios del equipo se acoplan a las necesidades y preferencias del cliente, identifica las necesidades inmediatas del cliente, y decide sobre las prioridades de los servicios. El proceso se adapta a las diversas necesidades de los clientes y de sus familias, por ejemplo, lenguaje, cultura, nivel de educación, estilo de vida, e incapacidad física o mental.)	X	
Continuidad del servicio	Oro	6.8 El equipo sigue procesos estandarizados para priorizar y programar procedimientos electivos. (Lineamientos: El proceso permite si se requiere programar a los casos hospitalizados y de emergencia. El equipo regularmente supervisa y actualiza las listas de espera y mantiene a los clientes informados en caso de que se anticipe la fecha de su procedimiento que fuese ya programado.)	X	
Accesibilidad	Platino	6.9 El equipo revisa regularmente las necesidades de los clientes que esperan por los servicios, para identificar y responder rápidamente a quienes están en una situación crítica o de emergencia. (Lineamientos: Los miembros del equipo revisan regularmente el estado del cliente para responder a los cambios de las condiciones del mismo.)	X	
Efectividad	Oro	6.10 Si el equipo es incapaz de admitir a un cliente que requiere servicios médicos, trabaja para obtener un cuidado equivalente de atención para el cliente en otra unidad o en otra organización.	X	
Accesibilidad	Diamante	6.11 Cuando el equipo es incapaz de admitir a un cliente que requiera de sus servicios de cuidado quirúrgico, deberá registrar dicha información para ser utilizada en las futuras planificaciones de servicio.		X
Accesibilidad	Platino	6.12 El equipo realiza una evaluación del promedio de tiempo-respuesta utilizado para responder a los requerimientos de servicios o de información. (Lineamientos: El equipo ha definido como medir el tiempo de respuesta, por ejemplo, tiempo de admisión, tiempo de la primera consulta; y en cuales casos han ocurrido, admisiones emergentes vs no emergentes (programadas))	X	

Fuente: Evaluación estándares ACI

Análisis estándar N° 6: Dentro del estándar N° 6 se evalúa el acceso oportuno a los servicios, 11 criterios son los que permiten la evaluación del mismo, los cuales se midieron mediante la observación directa o entrevistas al personal, sin embargo, dos de ellos no pudieron ser corroborados, se refieren a la identificación y eliminación de obstáculos donde existan y el que se refiere al registro de actividades que no pudieron ser cumplidas orientadas al mejoramiento del servicio.

Tabla 37
Evaluación cumplimiento estándar N° 6

Evaluación cumplimiento estándar N° 6				
Cumple	%	No Cumple	%	Total
9	81,8	2	18,2	11

Tabla 38
Estándar N°7: El equipo prepara al cliente para el procedimiento

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPL E
7.0 El equipo prepara al cliente para el procedimiento				
Efectividad	Oro	7.1 El equipo usa un mapa específico de procedimientos de cuidado para guiar al cliente preparándolo para el procedimiento y su posterior recuperación. (Lineamientos: Estos mapas de cuidado son continuamente actualizados para reflejar las últimas mejores prácticas en la entrega de Servicios de Cuidado Quirúrgicos. Por ejemplo, para reducir la posibilidad de infección del sitio quirúrgico, el equipo puede incluir como a un componente del plan pre-quirúrgico de cuidado, la administración de antibióticos profilácticos o el del control post-quirúrgico de la glucosa sérica dependiendo de la naturaleza del procedimiento y de la condición del cliente. Para las organizaciones con varios centros, los mapas de cuidado son consistentes en todos los centros y entre sus proveedores de servicios.		
Accesibilidad	Platino	7.2 El equipo completa una valoración pre-quirúrgica oportuna a cada cliente. (Lineamientos: El equipo es estimulado a establecer y a realizar un seguimiento de los tiempos de referencia para completar la valoración inicial.)	X	
Efectividad	Oro	7.3 El personal valora la salud física del cliente. (Lineamientos: Los elementos de la salud física incluyen: historia médica, historia de alergias, perfil de medicación, estado de salud, estado nutricional y necesidades nutricionales específicas. La mayoría de valoraciones se realizan previamente al procedimiento, pero algunas de ellas tal como la valoración pre-anestésica, deberá ser realizada justo antes del procedimiento. Una valoración integral incluye la coordinación entre los proveedores de servicios y otras organizaciones para prevenir la duplicación, y es compartida con los clientes, sus familias y otros proveedores de servicios de una manera oportuna, precisa y en forma fácil de entender.)	X	
Efectividad	Oro	7.4 El grupo valora la salud psicosocial del cliente. (Lineamientos: Los elementos de la salud psicosocial comprenden los estados funcionales y emocionales, incluyendo la comunicación del cliente y su capacidad de propio cuidado; estado de salud mental como sus características de personalidad y de comportamiento; situación socio económica de orientación espiritual; y creencias culturales.)		X
Efectividad	Diamante	7.5 El equipo valora las necesidades, expectativas del cliente y la participación de su familia en el cuidado de su salud. (Lineamientos: La valoración toma en consideración la manera en la que los clientes perciben sus necesidades, los resultados, y expectativas de servicios esperados, así como sus precauciones respecto a sus problemas de salud y la manera de prevenirlos. La valoración de la familia y su participación incluye el evaluar su disponibilidad además de la ayuda a la comunidad una vez que haya finalizado el servicio. El equipo también evalúa a la familia y a los proveedores para poder proporcionar servicios de apoyo que ellos pudiesen necesitar durante o después del período en el cual el cliente se relacione con la organización.		X
seguridad (ROP)	Diamante	7.6 El equipo concilia la medicación del cliente al momento del ingreso a la organización (incluyendo el departamento de emergencia o unidades de hospitalización), con la participación del cliente. (Lineamientos: La conciliación de la medicación es una manera de recopilar y comunicar información precisa respecto a la medicación del cliente, incluyendo medicación de venta libre, medicaciones alternativas, vitaminas y suplementos. La mala comunicación acerca de la medicación en los puntos de transición puede ocasionar errores y eventos adversos. La conciliación de la medicación es una responsabilidad compartida que tiene que involucrar al cliente o a su familia. Una comunicación cercana entre el médico de cabecera y la farmaceuta es obligatoria.)		X
Seguridad	Diamante	7.7 Conciliación de la Medicación al Momento de la Admisión. (Lineamientos: Accreditation Canada establece definiciones y protocolos de colección de datos basados en la investigación, revisiones bibliográficas y aportes de líderes expertos. Los objetivos para cada indicador se establecen basándose en revisiones bibliográficas, aportes de expertos, así como en análisis comparativos de datos de acreditación recopilados por Accreditation Canada, que permiten comparar a las organizaciones con otras similares.)		X



Accesibilidad	Oro	7.8 El equipo tiene acceso oportuno a los servicios de diagnóstico, laboratorio y a la consulta de especialistas para completar la valoración pre-quirúrgica del cliente.	X	
Efectividad	Oro	7.9 El equipo instruye al cliente en la manera de cómo prepararse para el procedimiento, y describe las posibles consecuencias, en caso de no seguir las instrucciones. (Lineamientos: Las instrucciones son proporcionadas en forma escrita y verbal, en un lenguaje comprensible para el cliente. Las instrucciones antes del procedimiento pueden incluir información sobre el ayuno, ingesta de líquidos, uso de medicamentos, preparación de la piel, eliminación de maquillaje y joyas, y arreglos para un transporte especial en caso necesario. Las instrucciones incluyen la manera de contactar al equipo si el cliente tiene preguntas o inquietudes.)	X	
Efectividad	Oro	7.10 La valoración pre-quirúrgica incluye procesos para evaluar o manejar el dolor post-operatorio. (Lineamientos: Las estrategias para manejar el dolor pueden incluir los analgésicos, incluyendo opioides o adyuvantes cuando sea necesario, junto con terapia física, conductual e intervenciones psicológicas. El equipo consulta con expertos, utiliza la investigación y evidencia para comprender las mejores formas de manejo del dolor y otros síntomas. El equipo estandariza las medidas clínicas para determinar la intensidad del dolor, calidad, localización, alivio y factores predisponentes, y su impacto en las actividades cotidianas. El dolor también puede valorarse en combinación con otros síntomas utilizando herramientas comprensibles de valoración del dolor. Las estrategias para manejar el dolor pueden incluir los analgésicos, incluyendo opioides o adyuvantes cuando sea necesario, junto con terapia física, conductual e intervenciones psicológicas. El equipo consulta con expertos, utiliza la investigación y evidencia para comprender las mejores formas de manejo del dolor y otros síntomas. Cuando se utiliza la analgesia intravenosa en el paciente, el dispositivo de infusión es fácilmente identificable como controlada por el paciente.)	X	
Efectividad	Oro	7.11 La valoración pre-quirúrgica incluye procesos para evaluar y manejar la náusea y vómito post- operatorios. (Lineamientos: El equipo valora los factores de riesgo del cliente para la náusea y vómitos postoperatorios, reduce dichos factores de riesgo y administra si es posible medicación profiláctica. La misma se la selecciona basándose en el nivel de riesgo del cliente, en la eficacia y en los posibles efectos colaterales de las drogas. Cuando el cliente presenta náusea y vómito post-operatorios, el equipo administra tratamiento que puede incluir las terapias alternativas como acu-presión o remedios de hierbas medicinales. El personal consulta con expertos y utiliza la investigación y la evidencia para utilizar las mejores formas de prevenir y tratar la náusea y vómitos post-operatorios.)	X	
Efectividad	Oro	7.12 El equipo conduce un proceso de admisión integral para los clientes que serán intervenidos quirúrgicamente o que se realizarán otros procesos invasivos. (Lineamientos: Durante la admisión el equipo confirma que las instrucciones de preparación pre-quirúrgica hayan sido apropiadamente seguidas por el cliente, verifica la naturaleza del procedimiento y el sitio; proporciona al cliente con múltiples formas de identificación, por ejemplo brazaletes e identificaciones fotográficas. El proceso de admisión incluye instrucciones para los proveedores de servicios en cómo y cuándo marcar en forma física el sitio quirúrgico, y en formas alternativas para identificar el sitio quirúrgico cuando los clientes rechazan el tener su piel marcada, o cuando el sitio quirúrgico por sí mismo no puede ser marcado como es en el caso de membranas mucosas. Los sitios quirúrgicos son marcados por el cirujano mientras el cliente está consciente y se lo realiza con la colaboración del cliente, cuando sea posible.)	X	
Seguridad	Oro	7.13 El anestesiólogo conduce una valoración pre-anestésica antes de comenzar el procedimiento. (Lineamientos: El anestesiólogo valora la condición médica del cliente, y determina los problemas potenciales relacionados con la administración de la anestesia. El anestesiólogo valora a aquellos pacientes que presentan situaciones complejas durante el chequeo pre-operatorio.)	X	
Efectividad	Oro	7.14 El equipo tiene un proceso de reenvío de la información obtenida en el chequeo pre-operatorio y durante el proceso de admisión a los proveedores de servicio en los quirófanos.	X	

Fuente: Evaluación estándares ACI

Análisis de estándar N° 7: El séptimo estándar se relaciona con la preparación para el procedimiento quirúrgico, en este estándar se evalúan 14 criterios, de los cuales se verificó el cumplimiento de nueve de estos mediante la revisión de historias clínicas en las que se pudo observar los registros de los profesionales que realizan los chequeos para autorizar la intervención quirúrgica y los exámenes de laboratorio y de imagen necesarios para el manejo de cada caso.

Tabla 39
Evaluación cumplimiento estándar N° 7

Evaluación cumplimiento estándar N° 7				
Cumple	%	No Cumple	%	Total
9	64,3	5	35,7	14

Tabla 40 Estándar N° 8: El equipo respeta los derechos de los pacientes y obtiene el consentimiento informado para entregar los servicios

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPL E
8.0 El equipo respeta los derechos de los pacientes y obtiene el consentimiento informado para entregar los servicios.				
Efectividad	Oro	8.1 El equipo tiene una política sobre el consentimiento informado que cumple las leyes y regulaciones aplicables. (Lineamientos: El proceso para obtener el consentimiento informado incluye revisar la información de servicios y el formato de consentimiento con el cliente; informando al cliente acerca de las opciones de servicio disponibles; dar al cliente el tiempo necesario para reflexionar y hacer preguntas antes de pedirle el consentimiento; respetar los derechos, cultura y valores de los clientes, incluyendo el derecho a rehusar el consentimiento en cualquier momento; y registrar la decisión del cliente en el expediente. Las leyes y regulaciones sobre el consentimiento informado pueden variar por las jurisdicciones; sin embargo el equipo debe considerar cualquier ley aplicable y regulación al revisar la actualización de la política. El formulario de consentimiento indica el sitio del procedimiento a ser realizado, incluyendo lateralidad (sitio) si aplicare; el nombre y descripción del procedimiento; y la razón por la cual se lo realiza. El formulario del consentimiento puede también contener información de las actividades relacionadas con el procedimiento, tales como transfusiones sanguíneas o donación de órganos.)	X	
Servicio enfocado al Cliente	Oro	8.2 El equipo educa al cliente y familias sobre sus derechos. (Lineamientos: Adicionalmente a los derechos de privacidad, confidencialidad y seguridad personal, los clientes y familiares tienen el derecho a ser tratados con respeto y cuidado, mantener prácticas culturales, profesar creencias espirituales, vivir en situaciones de riesgo, estar libres de abuso, explotación y discriminación.)		X
Servicio enfocado al Cliente	Oro	8.3 Los miembros del equipo proveen a los clientes y familiares información oportuna completa y precisa para ayudarles a tomar decisiones sobre los servicios. (Lineamientos: La información entrega detalles sobre cómo y cuándo los servicios serán provistos; oportunidades para participar en la entrega de servicios y toma de decisiones respecto a los mismos; el rol y responsabilidades del cliente y la familia en la entrega del servicio, incluyendo seguridad, limitaciones y posibles resultados de los servicios propuestos o intervenciones; posibles efectos colaterales y riesgos; cómo prepararse para pruebas y tratamientos; la disponibilidad de consejería y grupos de apoyo; y la manera de contactar el servicio de los proveedores en una situación de emergencia o crisis.)	X	
Servicio enfocado al Cliente	Oro	8.4 El equipo verifica que el cliente y su familia comprendan la información de los servicios proporcionada acerca de los servicios y documenta esta información en el registro del paciente. (Lineamientos: Para ayudar al cliente y su familia a entender la información de los servicios, la misma se pone a disposición en lenguaje apropiado cuando sea posible, en un formato simple y fácil de comprender, y en una manera que sea respetuosa de las creencias y preferencias culturales. Por ejemplo, la documentación en el registro del cliente puede incluir un formulario de consentimiento firmado o nota firmada donde el miembro del equipo testifica que el procedimiento fue discutido con el cliente, incluyendo su propósito, los peligros potenciales y sus beneficios, y que las preguntas del cliente fueron respondidas a su entera satisfacción.)		X
Efectividad	oro	8.5 Antes del procedimiento, el equipo discute con el cliente acerca de la donación de órganos, y ofrece al cliente la oportunidad de consentir la donación de órganos. (Lineamientos: Cuando no es posible discutir sobre la donación de órganos con el cliente antes de su muerte, el equipo tiene un procedimiento de acercamiento a los familiares del cliente para la donación de los órganos del cliente.)		X
Efectividad	Oro	8.6 El equipo obtiene el consentimiento informado del cliente, cuando éste va a participar en actividades de enseñanza o de investigación. (Lineamientos: La información acerca de la preservación y almacenamiento de tejidos o sustancias obtenidas durante el procedimiento es provista siempre.)	X	



Continua

Efectividad	Oro	8.7 Cuando los clientes son incapaces de entregar el consentimiento informado, el equipo se refiere a las directrices avanzadas de clientes si están disponibles u obtiene el consentimiento utilizando un sustituto en la toma de decisión. (Lineamientos: Una directriz avanzada es un documento preparado por el cliente en caso de una futura incapacidad, el cual estipula los tipos de cuidado y servicios a ser ofrecidos si el cliente no es capaz de dar su consentimiento para el tratamiento. El equipo registra directrices avanzadas en el registro del cliente y comparte esta información con todos los proveedores de servicio al cliente o como sea apropiado. En caso de un sustituto para la toma de decisión, esta persona debe estar legalmente autorizada para actuar y decidir en representación del cliente. Esto puede estar especificado en la legislación o puede ser alguien designado, un miembro de la familia, un guardián legal o proveedor de cuidados. En estos casos, el equipo proporciona al sustituto de la toma de decisión, la información sobre los roles y responsabilidades involucradas al ser un sustituto en la toma de decisiones y discute con él las preguntas, preocupaciones y opciones. Si el consentimiento es dado por un sustituto en la toma de decisiones, se registra su nombre, la relación con el cliente y la decisión tomada en el expediente del cliente.)	X	
Servicios enfocados al cliente	Oro	8.8 El equipo respeta los derechos de privacidad y confidencialidad del cliente, restringiendo el acceso a su información médica y manteniéndola segura, proveyendo a los clientes de espacio físico para asearse, bañarse e interactuar con los proveedores, con su familia y visitantes.	X	
Servicio enfocado al Cliente	Oro	8.9 El equipo protege las pertenencias del cliente de robos o pérdidas. (Lineamientos: El equipo puede proteger las pertenencias del cliente de robos o pérdidas, ofreciendo un área segura para el almacenamiento de las mismas o un acceso restringido a la unidad o área de servicio)	X	
Efectividad	Platino	8.10 El equipo sigue el proceso de la organización para identificar, resolver y registrar todos los asuntos relacionados a la ética. (Lineamientos: Los procesos incluyen lineamientos para manejar desacuerdos entre clientes y proveedores de servicio, y entre los proveedores de servicio, con respecto a preguntas relacionadas a la ética. Mecanismos para compartir información con los clientes y familiares e identificar necesidades del cliente que dan lugar a preguntas éticas, también son identificados.)		X
Servicio enfocado al Cliente	Oro	8.11 El equipo tiene un proceso para que los clientes y familiares presenten un reclamo. (Lineamientos: Los clientes y familiares se sienten cómodos manifestando sus problemas y preocupaciones. Por ejemplo, la organización puede proveer acceso a una persona neutral, objetiva de quien los clientes y familiares pueden pedir consejo o asesoría.)	X	
Servicio enfocado al Cliente	Platino	8.12 El equipo educa a los clientes y familias la manera de presentar una queja.		X
Servicio enfocado al Cliente	Diamante	8.13 El equipo responde a las quejas de los clientes y familia de una manera abierta, justa y oportuna. (Lineamientos: Clientes y familias se sienten cómodos manifestando sus preocupaciones y problemas. Por ejemplo, la organización puede proveer acceso a una persona neutral objetiva de quien los clientes y familias pueden buscar consejo o asesoría.)	X	

Fuente: Evaluación estándares ACI

Análisis estándar N° 8: El octavo estándar se refiere a los derechos de los paciente y consentimiento informado, dentro de este estándar se encuentran 13 criterios de los cuales se pudo constatar la aprobación de 8 criterios mediante constatación física del formulario de consentimiento informado existente en las historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio y mediante observación y entrevista a los pacientes y miembros del equipo médico, en la siguiente tabla se podrá evidenciar los resultados de cumplimiento de estándares.

Tabla 41
Evaluación cumplimiento estándar N°8

Evaluación cumplimiento estándar N° 8				
Cumple	% Cumple	No Cumple	% No Cumple	Total
8	61,5	5	38,5	13

Tabla 42
Estándar N° 9: El equipo cuida que el cliente siga el procedimiento

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPL E
9.0 El equipo cuida que el cliente siga el procedimiento				
Seguridad	Oro	9.1 Una o más personas designadas del equipo continuamente observa al cliente durante su transferencia desde la sala de operaciones a la unidad de cuidado de post-anestesia. (Lineamientos: La observación continua ayuda a identificar rápidamente las reacciones postquirúrgicas o de post-anestesia. Los miembros responsables del equipo de observar al cliente en la unidad de recuperación son entrenados en procedimientos de recuperación y resucitación. Ellos regularmente observan y registran la escala de sedación del cliente, la escala post-operatoria de náusea y vómito, parámetros cardiovasculares, frecuencia respiratoria, apariencia de la piel, y tienen acceso al equipamiento de monitoreo, ej. electrocardiógrafo, y desfibriladores. Un anestesiólogo permanece en la unidad hasta que todos los clientes se hayan recuperado de la anestesia.)	X	
Efectividad	Oro	9.2 El equipo continúa monitoreando y brindando cuidado de cabecera a cada uno de sus clientes mientras ellos se recuperan de la anestesia.	X	
Seguridad	Platino	9.3 El equipo aplica criterios estandarizados para determinar si el cliente está listo para ser transferido de la unidad de recuperación.	X	

Fuente: Evaluación estándares ACI

Análisis estándar N° 9: El estándar N°9 cuenta con tres criterios enfocados en la respuesta que el servicio le da al paciente en período de recuperación postquirúrgica, es importante destaca que este estándar es el único evaluado que cumple con todos los criterios para obtener un porcentaje de cumplimiento del 100%.

Tabla 43
Evaluación cumplimiento estándar N° 9

Evaluación cumplimiento estándar N° 9				
Cumple	%	No Cumple	%	Total
3	100,0	0	0,0	3

Tabla 44
Estándar N° 10: El equipo maneja la medicación de manera segura y precisa

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPL E
10.0 El equipo maneja la medicación de manera segura y precisa.				
Efectividad	Oro	10.1 El equipo identifica miembros calificados del grupo para prescribir, administrar, almacenar, manejar y desechar la medicación así como para registrar la información de medicación en el expediente del cliente. (Lineamientos: En muchas jurisdicciones, los médicos son los únicos profesionales de la salud autorizados para prescribir y ordenar medicamentos.)	X	
Efectividad	Oro	10.2 Antes de despachar la medicación, un miembro calificado del equipo revisa que cada prescripción esté completa y sea precisa. (Lineamientos: Como mínimo cada prescripción muestra el nombre del cliente, el nombre de la medicación, dosis, frecuencia y el profesional que la prescribe.)	X	
Seguridad	Oro	10.3 Un miembro del equipo calificado llena la prescripción y despacha la medicación de manera oportuna y precisa.	X	
Seguridad	Platino	10.4 Un miembro calificado del equipo revisa periódicamente cada prescripción del cliente para valorar si la medicación es correcta, el uso de medicación múltiple y posibles interacciones medicamentosas.	X	
Efectividad	Platino	10.5 El equipo responde a los requerimientos de medicamentos e información sobre la medicación en horarios especiales y en emergencias. (Lineamientos: Los procesos del equipo incluyen un procedimiento para obtener medicación no disponible en la organización o cuando la farmacia está cerrada.)	X	
Seguridad	Oro	10.6 El equipo sigue las políticas de la organización sobre almacenamiento seguro de los medicamentos y el desecho de medicamentos caducados, contaminados o innecesarios. (Lineamientos: Las políticas para el almacenamiento y desecho de medicamentos incluyen el identificar los medicamentos para el desecho, y tomar precauciones para su eliminación incluyendo contenedores especiales sellados; un proceso para etiquetar medicamentos para desecho; y sistemas de manejo de desperdicios específicos para garantizar la destrucción segura de los medicamentos.)	X	
Seguridad	Platino	10.7 El equipo registra todos los incidentes relacionados con la administración, uso, almacenamiento y desecho de la medicación. (Lineamientos: Los incidentes pueden incluir errores en la medicación, eventos centinela, accidentes fallidos, y todos los demás eventos adversos relacionados con la medicación. Si el incidente afecta al cliente, el equipo documenta la información en su expediente clínico.)		X

Fuente: Evaluación estándares ACI

Análisis estándar N°10: Dentro de este estándar se encuentran siete criterios que facilitan la evaluación del mismo, de los cuales el único del que no se pudo realizar la comprobación fue del que se relaciona con el registro de todos los incidentes relacionados con la administración, uso, almacenamiento y desecho de la medicación, la siguiente tabla permite evidenciar lo antes descrito.

Tabla 45
Evaluación cumplimiento estándar N° 10

Evaluación cumplimiento estándar N° 10				
Cumple	%	No Cumple	%	Total
6	85,7	1	14,3	7

Tabla 46

Estándar N°11: El equipo prepara al cliente y familiar para las transferencias y altas

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
11.0 El equipo prepara al cliente y familias para las trasferencias y altas.				
Efectividad	Diamante	11.1 El equipo inicia la planeación del alta o transferencia del cliente tan pronto como es posible inclusive al momento de su admisión. (Lineamientos: El inicio de la planificación del alta o transferencia significa que todos los miembros del equipo tienen en mente este objetivo cuando toman decisiones clínicas y proveen servicios. Esto además significa que el cliente y la familia así como el equipo, estarán bien preparados para el alta o transferencia cuando éstas ocurran.)	X	
Efectividad	Platino	11.2 El equipo sigue sus criterios del alta para evaluar y documentar que cada cliente está listo para el alta. (Lineamientos: Solamente los clientes que cumplen los criterios para el alta son recomendados para el alta o transferencia.	X	
Servicio enfocado al Cliente	Oro	11.3 El equipo notifica a los clientes, familias y proveedores de cuidados sobre la transferencia o alta oportunamente. (Lineamientos: Clientes, familias y proveedores de cuidados reciben tanta atención como sea posible para prepararse para el alta o transferencia.)	X	
Continuidad del servicio	Platino	11.4 Para los clientes que son referidos a otro servicio u organización, el equipo trabaja con dichos proveedores de servicio o la organización para coordinar la transferencia del cliente.	X	
Servicio enfocados al cliente	Platino	11.5 El equipo prepara a los clientes, familiares y proveedores de cuidados sobre lo que deben esperar en la transferencia y alta, y proporcionan las instrucciones para el seguimiento. (Lineamientos: La continuidad del cuidado es incrementada cuando los clientes tienen suficiente información sobre la transferencia y la finalización del servicio. La información suministrada al cliente y familia incluyen el plan de servicio al cliente, objetivos y preferencias; un resumen del cuidado provisto; una lista actualizada de los temas clínicos y otros relevantes; qué deben esperar durante la transferencia o al final del servicio incluyendo las provisiones que han sido realizadas para el momento del alta o transferencia y cualquier ayuda o continuidad del servicio médico; información de contacto para el equipo y detalles sobre cuando los clientes deben comunicarse con el equipo, ej. si el cliente nota cualquier signo de alarma o síntoma de reacción adversa.)	X	
Continuidad de Servicio	Platino	11.6 El equipo determina la necesidad de apoyo y continuidad de los servicios médicos del cliente durante la transferencia o alta. (Lineamientos: El apoyo y/o continuidad de los servicios médicos pueden incluir fluidos intravenosos o medicamentos, muletas o silla de ruedas. Estos están dirigidos para dar soporte al estado de salud del cliente y su estabilidad durante la transferencia a otro servicio o el alta a su domicilio. Por ejemplo, en los clientes que requieren mucho soporte, el equipo solicita una ambulancia con paramédicos para proveer la continuidad del servicio médico que permita mantener estable al cliente durante la transferencia.)	X	
Efectividad	Platino	11.7 El equipo instruye al cliente, a su familia y al proveedor de cuidados del cuidado post-operatorio y destaca las posibles consecuencias al no seguir las instrucciones brindadas. (Lineamientos: Las instrucciones son dadas por escrito y en forma verbal, en un lenguaje comprensible para el cliente. Las instrucciones post-operatorias pueden incluir información referente a la medicación, el uso seguro y efectivo de equipo médico, alivio del dolor, sangrado, cuidado del sitio quirúrgico, y cómo los efectos de la anestesia general pueden afectar el juicio. Las instrucciones incluyen la manera de contactar al equipo en caso de que el cliente tenga alguna pregunta o inquietud.)	X	


 Continua

Seguridad	Platino	11.8 El equipo concilia la medicación del cliente antes de referir o dar el alta con la lista de cualquier nueva medicación ordenada. (Lineamientos: Conocido como conciliación de la medicación, este proceso ayuda a reducir los eventos adversos relacionados a la medicación debido a interacciones medicamentosas complejas y otras complicaciones. Este proceso puede consumir tiempo y ser difícil de implementar, sin embargo, ha demostrado mejorar enormemente la seguridad del cliente. Es recomendable que este proceso se utilice particularmente para clientes con una historia compleja de medicamentos, ej. aquellos que toman cuatro o más medicamentos.)		X
Continuidad de Servicio (ROP)	Platino	11.9 El equipo transfiere información de manera efectiva entre los proveedores al momento de la transferencia. (Lineamientos: Los momentos de la transferencia son definidos como traspaso en el cuidado de un cliente, incluyendo entre el personal, cambio de turno, entre unidades de cuidado de pacientes, para el paciente y el próximo cuidador hasta el momento del alta. La información importante a ser transferida durante un periodo de cuidado debe incluir: estatus del cliente, medicamentos, planes de tratamiento, directrices avanzadas, y cambios significativos de su condición. La información importante a ser transferida hasta el momento del alta debe incluir el diagnóstico del cliente al alta, planes de tratamiento, medicamentos, y resultados de análisis. Muchas organizaciones están adoptando la técnica SBAR (situación, antecedentes, valoración) como una técnica de abordaje estandarizada para transferir información del cliente. El SBAR es una técnica de comunicación estructurada, diseñada para entregar una gran cantidad de información de una manera abreviada y concisa. La situación hace referencia a un enunciado abreviado del problema; el antecedente requiere la información pertinente y breve relacionada a la situación; la valoración incluye proveer análisis y consideraciones de opciones; y finaliza indicando su requerimiento o acción recomendada. Los mecanismos para implementar una transferencia estandarizada de la información del cliente pueden incluir formatos y listas de control. Un ejemplo de información de transferencia de un cliente usando la técnica SBAR está disponible en la página web del Instituto de Mejoras de Cuidados de Salud	X	
Efectividad	Oro	11.10 El equipo documenta el alta o transferencia en el registro de salud del cliente, incluyendo un resumen de los servicios provistos. (Lineamientos: El resumen incluye las razones para la admisión; resultados de las pruebas y hallazgos significativos; el diagnóstico del cliente, una lista de todos los servicios y de cualquier procedimiento realizado; una lista de todos los medicamentos y de otros tratamientos; un resumen del plan de servicio y si fueron o no alcanzados los objetivos del servicio; detalles relacionados al alta, incluyendo la condición del cliente y las instrucciones del alta, los medicamentos y el seguimiento.)		X
Continuidad del servicio	Oro	11.11 Para los clientes que son referidos a otro proveedor de servicio u organización, el equipo provee al proveedor que lo recibe o a la organización una copia del alta escrita o del resumen de transferencia. (Lineamientos: El proporcionar información efectiva a otros proveedores quienes estarán relacionados en los servicios del cliente ha sido identificado como un elemento crítico para brindar seguridad al cliente, continuidad de los servicios y resultados clínicos. Transferir información significa que muy posiblemente los clientes recibirán los servicios correctos en el momento adecuado, siendo menos probable que exista una duplicación innecesaria o fallas en el servicio.)	X	
Continuidad del servicio	Diamante	11.12 Luego de la transferencia o alta, el equipo contacta a los clientes y familias para verificar que sus necesidades han sido satisfechas y usa esta información para hacer mejoras en la transferencia y al término de la planificación del servicio. (Lineamientos: El equipo verifica que las necesidades del cliente y su familia han sido satisfechas, y si no lo han sido, utiliza esta información para hacer mejoras en la transferencia y al término de la planificación del servicio.)		X

Fuente: Evaluación estándares ACI

Análisis estándar N°11: Dentro de este estándar se aborda el manejo del proceso de alta y transferencia, en el cual se evidencia que no se cumplen tres criterios relacionados con: la conciliación de la medicación, la realización de un adecuado registro de alta o transferencia en la historia clínica de los pacientes y el seguimiento del paciente cuando este ya ha sido transferido, es importante destacar que de acuerdo a la evaluación de las historias clínicas el dato de la existencia de documentación de transferencia ingresa en el parámetro del no cumplimiento del estándar, como se corrobora con el análisis de este estándar.

Tabla 47
Evaluación cumplimiento estándar N°11

Evaluación cumplimiento estándar N° 11				
Cumple	%	No Cumple	%	Total
9	75,0	3	25,0	12

Tabla 48
Estándar N° 12: El equipo mantiene registros de los clientes de una manera precisa, acualizada y segura

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPL E
12.0 El equipo mantiene registros de los clientes de una manera precisa, actualizada y segura.				
Efectividad	Oro	12.1 El equipo mantiene un completo y actualizado registro de cada cliente. (Lineamientos: El registro del cliente puede ser electrónico o basado en el papel.)	X	
Efectividad	Oro	12.2 El equipo usa un identificador único del cliente como un número determinado, para vincular al registro del cliente.	X	
Efectividad	Oro	12.3 El equipo tiene un proceso estandarizado para mantener todos los análisis diagnósticos, servicios y medicamentos en el registro de salud del cliente, así como una lista de los miembros del equipo involucrados en el cuidado del cliente. (Lineamientos: Con frecuencia referido como un mapeo, los procesos del equipo que aseguran que el servicio provisto al cliente es consistente y apropiadamente registrado.		X
Servicio enfocado al Cliente	Oro	12.4 El equipo almacena los registros del cliente de una manera que protege la privacidad y confidencialidad de la información del cliente. (Lineamientos: Los métodos para proteger la privacidad y confidencialidad de la información al cliente, dependen de si el registro es electrónico o en el papel. Por ejemplo, para archivos en papel, el equipo tiene un área de almacenamiento segura; para archivos electrónicos el equipo puede utilizar un sistema protegido con una clave para limitar el acceso a la información del cliente. Archivos sin seguridad (o en una computadora no segura) deberían solamente estar disponibles en las áreas de trabajo. De ser aplicable, el equipo debe cumplir las regulaciones establecidas o los requerimientos legales para proteger la privacidad y confidencialidad de la información del cliente.)	X	
Accesibilidad	Platino	12.5 El personal y los proveedores de servicio tienen acceso oportuno a los registros del cliente. (Lineamientos: El equipo sigue las políticas de la organización con respecto a quien puede tener acceso a la información del cliente, cómo y cuándo hacerlo.)	X	
Efectividad	Diamante	12.6 El equipo completa una auditoría interna de los registros del cliente para verificar que éstos son precisos, actualizados, y que cumplen con las políticas y procedimientos de la organización para el manejo de la información. (Lineamientos Auditorías internas son realizadas seleccionando al azar un grupo de archivos y revisando el contenido de cada archivo para comprobar que está completo.)	X	
Efectividad	Diamante	12.7 El equipo utiliza los resultados de las auditorías internas para hacer mejoras a los registros de su cliente, como sea aplicable.	X	

Fuente: Evaluación estándares ACI

Análisis estándar N° 12: Este estándar se relaciona con el registro adecuado de la información del paciente en el historial médico del paciente, se pudo evidenciar que existe desorganización en la historia clínica, lo que dificulta la lectura de la misma, es por esta razón que se calificó como no cumple al tercer criterio obteniendo un porcentaje de cumplimiento de 87,5% como se evidencia en la tabla antes descrita.

Tabla 49
Evaluación cumplimiento N° 12

Evaluación cumplimiento estándar N° 12				
Cumple	%	No Cumple	%	Total
6	85,7	1	14,3	7

Tabla 50
Estándar N°13: El equipo basa sus servicios en la investigación, en los lineamientos basados en la evidencia y, en la información de buenas prácticas

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPL E
13.0 El equipo basa sus servicios en la investigación, en los lineamientos basados en la evidencia, y en la información de buenas prácticas.				
Efectividad	Oro	13.1 El equipo accede a los lineamientos basados en la evidencia para los servicios de cuidado quirúrgico. (Lineamientos: Por ejemplo, el equipo hace referencia a lineamientos aceptados para evaluación peri-operatoria para reducir los riesgos quirúrgicos durante cirugías cardíacas. Los lineamientos pueden ser establecidos internamente por un comité, un consejo, o un individuo quienes desarrollan herramientas y hacen recomendaciones al equipo, fundamentados en información basada en la evidencia. Los lineamientos de otras organizaciones o asociaciones pueden también ser adoptados por el equipo.)	X	
Efectividad	Platino	13.2 El equipo sigue un proceso estandarizado para seleccionar los lineamientos basados en la evidencia para los servicios de cuidados quirúrgico. (Lineamientos: proceso para seleccionar los lineamientos puede incluir el uso de expertos, un panel de consenso o la Evaluación de las Guías de Investigación y Calificación de los Instrumentos, el cual permite a las organizaciones evaluar el desarrollo metodológico de lineamientos de práctica clínica desde las seis perspectivas: alcance y propósito, participación de los involucrados, rigor del desarrollo, claridad y presentación, aplicabilidad e independencia editorial.)		X
Efectividad	Diamante	13.3 El equipo sigue un detallado proceso para negociar y decidir entre los conflictos acorde a los lineamientos basados en la evidencia, recomendaciones múltiples o la aplicación de más de un lineamiento para clientes con co-morbilidad. (Lineamientos: El equipo puede referirse a documentos comprensibles que sintetizan la evidencia de algunos lineamientos. Por ejemplo: Cochrane Collaboration conduce revisiones sistemáticas de la evidencia disponible; esto puede ayudar a los proveedores de servicio y organizaciones con su proceso de revisión.)	X	
Efectividad	Diamante	13.4 El equipo tiene guías de cuidado para los diagnósticos comunes que maneja. (Lineamientos: Las guías de cuidado son planes de atención multidisciplinarios que proveen lineamientos basados en la evidencia de cada estadio del cuidado del paciente, de la valoración y pruebas diagnósticas realizadas durante el manejo continuo y sus resultados clínicos. Las guías de cuidado son utilizadas para estandarizar el resultado de los servicios y ayudar a reducir variaciones innecesarias en el cuidado del paciente y sus resultados.)		X
Efectividad	Platino	13.5 El equipo tiene acceso a los lineamientos en el sitio del cuidado. (Lineamientos: El equipo tiene acceso a los lineamientos en el sitio del cuidado mediante herramientas como tarjetas de bolsillo para cada miembro del equipo o afiches en las áreas de cuidado del cliente para incrementar el cumplimiento con las guías. Los lineamientos pueden además estar incluidos en el software de computador y otra tecnología electrónica.)		X
Efectividad	Diamante	13.6 Los lineamientos del equipo y guías de cuidado se reflejan en varios aspectos de los servicios, incluyendo la historia clínica del cliente, la provisión y documentación de los servicios, las medidas de los resultados de los clientes y la calidad de las iniciativas de mejoramiento.		X
Efectividad	Platino	13.7 El equipo revisa periódicamente los lineamientos para verificar que estén actualizados, que reflejen la investigación actual y las mejores prácticas. (Lineamientos: La revisión del equipo incluye formas de acceder a las últimas investigaciones e información, por ejemplo, mediante revisiones bibliográficas, publicaciones de expertos, organizaciones nacionales o asociaciones. La información de investigación puede incluir la investigación intervencionista, los programas de evaluaciones y los estudios clínicos.)		X
Efectividad	Oro	13.8 Las actividades de investigación del equipo para servicios de cuidado quirúrgico cumplen los estándares aplicables de investigación y protocolos éticos. (Lineamientos: El equipo puede participar en iniciativas de investigación para mejorar sus servicios.)	X	
Enfoque en la población	Diamante	13.9 El equipo comparte investigación, lineamientos e información de referencia con otras organizaciones similares. (Lineamientos: Dependiendo de los acuerdos del equipo y el alcance de sus servicios, la cantidad de información compartida con otras organizaciones referente a investigación y buenas prácticas puede variar. La colaboración con otras organizaciones para compartir la última investigación e información, es esencial para transferir conocimiento y mejoras continuas para el manejo de la enfermedad crónica.)		X

Fuente: Evaluación estándares ACI

Análisis estándar N°13: Este estándar se relaciona con el manejo de los pacientes basados en guías terapéuticas y medicina basada en evidencia, es importante destacar que existen varios criterios que no pudieron ser comprobados razón por la cual el estándar obtuvo un porcentaje de cumplimiento de 33% lo que se puede comparar con el dato obtenido con la evaluación de historias clínicas en el que se encontró que se cumplen el 64% de cumplimientos de protocolos.

Tabla 51
Evaluación cumplimiento de estándar N° 13

Evaluación cumplimiento estándar N° 13				
Cumple	%	No Cumple	%	Total
3	33,3	6	66,7	9

Tabla 52
Estándar N°14: El equipo promueve la seguridad en el ambiente del servicio

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPL E
14.0 El equipo promueve la seguridad en el ambiente del servicio.				
Seguridad	Oro	14.1 El equipo identifica, reduce y maneja los riesgos para el cliente y la seguridad del personal. (Lineamientos: Los riesgos incluyen a los riesgos físicos; problemas con el equipo, derrames, desperdicios o materiales infecciosos; conducta del cliente que puede ocasionar lesiones; problemas con el manejo, clasificación y distribución de medicamentos.)	X	
Seguridad	Platino	14.2 El personal y proveedores de servicio, realizaran reuniones informativas periódicas de seguridad para compartir información sobre problemas potenciales de seguridad, reducir el riesgo del error y mejorar la calidad del servicio. (Lineamientos: Las oportunidades periódicas para compartir información sobre problemas potenciales e incidentes actuales pueden reducir el riesgo y la posibilidad de que un incidente recurra.)	X	
Seguridad	Platino	14.3 El equipo sigue las políticas y procedimientos de la organización sobre los procesos de verificación para actividades de alto riesgo. (Lineamientos: Los equipos de cuidado quirúrgico deben seguir procesos establecidos de verificaciones para reducir el riesgo de daño. Los procesos de verificación para actividades de alto riesgo, como el administrar anestésicos y realizar procedimientos quirúrgicos u otros invasivos, son métodos efectivos de mejorar proteger la seguridad del cliente. Los procesos para reducir el riesgo incluyen que la verificación de que las actividades de preparación preoperatoria haya sido realizada, la verificación del sitio quirúrgico, y la confirmación de que los pacientes dados de alta serán transportados en forma adecuada para regresar a sus hogares.	X	
Seguridad	Platino	14.4 El equipo sigue las políticas y procedimientos de la organización para dar a conocer acerca de los eventos adversos a los clientes y sus familias.		X
Efectividad	Oro	14.5 El equipo registra todos los eventos centinela, accidentes fallidos y eventos adversos en sus archivos y en el registro de salud del cliente, como sea aplicable. (Lineamientos: Los incidentes relacionados a los clientes son documentados en su registro de salud.)	X	
Seguridad	Oro	14.6 El equipo hace el seguimiento, supervisa e investiga las tasas de eventos centinela, accidentes fallidos y eventos adversos. (Lineamientos: Este criterio está vinculado a otros estándares en las Normas para la Eficiencia Organizacional que requieren las organizaciones para tener un sistema de reporte consistente con legislación aplicable para accidentes fallidos, eventos centinelas y adversos. El personal y los proveedores de servicio que entreguen servicios médicos son responsables de implementar los procesos de la organización. Adicionalmente, la información sobre eventos centinelas, accidentes fallidos y eventos adversos es seguida específicamente por los servicios médicos y es reportada de una manera consistente junto con otros sucesos en la organización, de modo que la información pueda ser resumida a este nivel		X

Fuente: Evaluación estándares ACI

Análisis estándar N°14: En este capítulo se promueve la seguridad en el ambiente del servicio, mediante la verificación por ejemplo de: la existencia de un manual de procedimientos, el formulario de chequeo prequirúrgico, sin embargo, existen criterios que no se cumplen como el que refiere la información a los familiares por los eventos adversos suscitados, así como la verificación de eventos adversos, centinela y accidentes fallidos, información que es manejada por el servicio de epidemiología pero que no monitoriza el servicio de Traumatología y Ortopedia.

Tabla 53 Evaluación cumplimiento estándar N° 14

Evaluación cumplimiento estándar N° 14				
Cumple	%	No Cumple	%	Total
4	66,7	2	33,3	6

Tabla 54

Estándar N° 15: El equipo hace mejoras continuas en sus servicios médicos

DIMENSIONES	NIVEL	ESTANDAR Y CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPL E
15.0 El equipo hace mejoras continuas en sus servicios médicos.				
Efectividad	Oro	15.1 El equipo tiene un plan de seguridad y de mejora de la calidad que identifica las áreas de mejora y los planes de acción. (Lineamientos: Los planes de acción incluyen cronogramas detallados para completar y medir el éxito.)		X
Efectividad	Diamante	15.2 Los miembros del equipo participan activamente en las iniciativas para mejorar la calidad. (Lineamientos: Los líderes del equipo consideran la carga de trabajo cuando seleccionan y solicitan a los miembros del equipo que participen en iniciativas de mejora de la calidad.)		X
Efectividad	Platino	15.3 La organización supervisa y cuantifica el proceso para valorar la manera que entrega los servicios médicos. (Lineamientos: Los procesos de medición describen los sistemas por medio de los cuales se entrega cuidados y servicios. En los servicios de cuidado quirúrgico, se puede incluir la duración del tiempo e espera posterior a ser el cliente referido, porcentaje de procedimientos cancelados, porcentaje de reingreso no planificados a la Sala de Operaciones debido a complicaciones post-operatorias, tasa de infecciones post-operatorias, tasas de mortalidad postoperatoria luego de los 30 días, e índices de salud referentes a calidad de vida.)	X	
Servicios enfocado cliente	Platino	15.4 La organización supervisa las perspectivas del cliente sobre la calidad del cuidado quirúrgico. (Lineamientos: La organización puede buscar las perspectivas de los clientes mediante encuestas, grupos de enfoque, entrevistas o reuniones. Por ejemplo, se puede preguntar al cliente el valorar la eficacia del manejo del dolor del procedimiento postoperatorio que recibieron o si el cuidado de seguimiento recibido fue suficiente.)	X	
Servicios enfocado cliente	Diamante	15.5 El equipo combina sus actividades de mejoramiento de seguridad y calidad para supervisar y mejorar el uso de los recursos. (Lineamientos: Conocida como gestión de utilización, esto incluye el seguimiento del uso de recursos, supervisión de costo efectividad de los servicios, toma de decisiones basadas en costo-efectividad, así como calidad y seguridad e implementación de lineamientos y procesos para mejorar el uso de recursos.)		X
Efectividad	Diamante	15.6 El equipo identifica y monitorea indicadores de seguridad del cliente como parte de su abordaje integrado al manejo de la calidad. (Lineamientos: Ejemplos de indicadores de la seguridad del cliente y la calidad general incluyen la tasa de eventos adversos a medicamentos por 1000 dosis, las tasas de infección adquirida en la asistencia médica, y el número de reuniones de seguridad por mes.)		X
Efectividad	Diamante	15.7 El equipo compara sus resultados con los de otros equipos similares, servicios y organizaciones. (Lineamientos: El equipo puede participar en evaluaciones comparativas y equipararse con organizaciones similares para evaluar su desempeño e identificar oportunidades de mejorar. Este además identifica y comparte las mejores prácticas.)		X
Enfoque en la población	Diamante	15.8 El equipo comparte los resultados de las evaluaciones y mejoras con el personal, clientes y familiares. (Lineamientos: Compartir los resultados de las evaluaciones y sus avances, ayuda al personal a familiarizarse con la filosofía y beneficios de la mejora de calidad. Esto además sensibiliza la conciencia de los clientes y familiares sobre el compromiso que tiene el equipo en brindar calidad en sus servicios médicos y su propósito de mejorarla en forma continua.)		X

Fuente: Evaluación estándares ACI

Análisis estándar N° 15: El estándar N° 15 hace referencia al mejoramiento continuo de la calidad, dentro de la evaluación del estándar existieron únicamente dos estándares que se cumplieron en el servicio el referente al monitoreo de calidad y la valoración de la entrega del servicio que se ofrece en el servicio, en la tabla de abajo se puede evidenciar la información descrita.

Tabla 55 Evaluación cumplimiento estándar N°15

Evaluación cumplimiento estándar N° 15				
Cumple	% Cumple	No Cumple	% No Cumple	Total
2	25,0	6	75,0	8

3.2.4 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla 56

Resultados totales evaluación de Historias Clínicas

ESTANDARES	TOTAL H.C SI CUMPLE	TOTAL H.C NO CUMPLE	TOTAL H.C NO APLICA	% H.C. SI CUMPLE	% H.C. NO CUMPLE	% H.C. NO APLICAN
COMPLETA Y ACTUALIZADA (ACI)	19	228	0	8%	92%	0%
LEGIBILIDAD (ACI)	179	68	0	72%	28%	0%
FIRMAS DE RESPONSABILIDAD (ACI)	219	28	0	89%	11%	0%
CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO (ACI)	235	12	0	95%	5%	0%
NUMERO DE HISTORIA CLINICA VISIBLE (ACI)	247	0	0	100%	0%	0%
NUMERO DE CEDULA VISIBLE (ACI)	135	112	0	55%	45%	0%
FORMULARIO DE ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO HOSP. (OPS)	156	91	0	63%	37%	0%
EPICRISIS (OPS)	218	29	0	88%	12%	0%
REGISTRO DE TRANSFERENCIAS (ACI)	82	0	165	33%	0%	67%
REGISTRO DE INTERCONSULTAS (ACI)	235	12	0	95%	5%	0%
FORMULARIO DE SIGNOS VITALES . (OPS)	246	1	0	100%	0%	0%
FORMULARIO DE ADMINISTRACION DE MEDICACION	245	2	0	99%	1%	0%
CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS INTERNOS	159	88	0	64%	36%	0%

Análisis: Posterior a la revisión de las historias clínicas seleccionadas se evidenció que los estándares que mayor cumplimiento obtuvieron llegando a valores de 100% son los correspondientes al formulario de signos vitales y al número de registro en la historia clínica, en segundo lugar se encuentra el formulario de administración de medicación, evidenciando de esta manera que las actividades cumplidas por el personal de enfermería son las que mayor cumplimiento reflejan. Un formulario importante por la naturaleza del servicio es el Formulario de consentimiento informado, mismo que presenta un porcentaje de cumplimiento de 95%, al igual que el registro de interconsultas.

Respecto a los estándares que menor cumplimiento evidenciaron se encuentran los relacionados al registro de transferencias, particular que fue anteriormente justificado por el sistema informático que maneja el personal de enfermería.

El estándar que obtuvo valor más bajo fue el referente a la historia clínica completa y actualizada con un porcentaje de cumplimiento de 8%, esto se debe a que este parámetro se calificó una vez se logró obtener los demás resultados de la evaluación de las historias clínicas.

3.2.4.1 Resultados de evaluación de estándares de calidad (ACI) por dimensiones

Tabla 57
Resultados de evaluación de estándares de calidad por dimensiones

DIMENSIONES	CUMPLE	% CUMPLE	NO CUMPLE	% NO CUMPLE
Accesibilidad	5	71%	2	29%
Continuidad del servicio	7	78%	2	22%
Efectividad	40	67%	20	33%
Eficiencia	2	67%	1	33%
Enfoque en la población	0	0%	4	100%
Seguridad	15	68%	7	32%
Servicios enfocados al cliente	11	73%	4	27%
Vida Laboral	9	56%	7	44%
Total general	89	65%	47	35%

Análisis: La Acreditadora Canadiense realiza la evaluación de calidad en base a las dimensiones evidenciadas en la tabla, al analizar los resultados obtenidos en el servicio de Traumatología y Ortopedia se puede evidenciar que los valores más bajos de estas corresponden al enfoque en la población, con un porcentaje de cumplimiento de 0%, esto se puede explicar por el escaso número de estándares que pertenecen a este grupo, seguido de vida laboral con un porcentaje de cumplimiento del 56%, los demás resultados de las dimensiones de la calidad obtenidos se encuentran entre el 67% y 78%, siendo la continuidad del servicio el que mayor cumplimiento refleja.

3.2.4.2 Resultados de evaluación de estándares de calidad (ACI) por niveles

Tabla 58
Resultados de evaluación de estándares de calidad

Nivel de Calidad	CUMPLE	% CUMPLE	NO CUMPLE	% NO CUMPLE	TOTAL GENERAL
Oro	53	84	10	16	63
Diamante	8	26	23	74	31
Platino	28	67	14	33	42
Total General	89	65	47	35	136

Análisis: Otra alternativa de evaluación de estándares radica en la cuantificación del porcentaje de cumplimiento de los niveles de calidad que propone la Accreditation Canada International que se describen como oro, platino y diamante, se puede evidenciar que el nivel oro es el que mayor porcentaje de cumplimiento obtuvo con un 84%, seguido por el nivel platino el que logró un porcentaje de cumplimiento de 67% y finalmente nivel diamante con un porcentaje de 26%.

De acuerdo a revisiones realizada con respecto al formato de evaluación de la ACI el nivel que sea mayor a 80% se calificará como aprobado y se le brindarán recomendaciones para su mejoría y futuras evaluaciones, con este antecedente se considera que el servicio de Traumatología y Ortopedia podría recibir la acreditación nivel Oro.

3.2.5 Conclusiones y Recomendaciones

3.2.5.1 Conclusiones

La observación directa permitió evidenciar falencias en cuanto a la infraestructura que afecta a la seguridad y calidad de la atención al paciente, así como el desarrollo de las actividades llevadas a cabo por el personal de salud dentro de las cuales se puede destacar la falta de compromiso del mismo para orientar y educar al usuario, así como poner de manifiesto la necesidad de recurso humano que

resulta insuficiente para realizar de manera adecuada las labores cotidianas, especialmente en los horarios nocturnos y la escasa documentación existente en el servicio respecto a la calidad.

Mediante la evaluación a historias clínicas se logró conocer que de los 13 parámetros evaluados 6 no alcanzaron un porcentaje de cumplimiento mayor al 80%, de los cuales el parámetro que refiere historia clínica actualizada engloba los resultados de los demás criterios evaluados, respecto a los demás criterios evaluados que no cumplen los criterios propuestos son : uso de protocolos internos, formulario de anamnesis y examen físico hospitalario, legibilidad, número de cédula visible y formulario de registro de transferencia, estos aspectos pueden desencadenar.

A través de la evaluación de los estándares propuestos por la ACI se logró conocer que las dimensiones de la calidad que se encuentran más afectadas son: en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Eugenio Espejo son: "Enfoque en la población" con un porcentaje de cumplimiento de 0% y "Vida laboral" con un porcentaje de cumplimiento del 56%, tomando en cuenta que ninguno de los parámetros evaluados cumplen porcentajes de cumplimiento mayores al 78%

De igual manera a través de la evaluación de los estándares propuestos por la ACI se logró determinar el nivel de acreditación que alcanzó el servicio de Traumatología y Ortopedia con un porcentaje correspondiente al 84% con lo cual alcanza la acreditación nivel Oro, a pesar de que mediante la evaluación con otros estándares internacionales reconocidos se pone de manifiesto el incumplimiento de estándares básicos correspondiente a la parte de estructura física, de talento humano, seguridad del paciente y la existencia de capacitaciones.

3.2.5.2 Recomendaciones

Se recomienda que el comité de calidad trabaje articuladamente con la unidad de calidad del Hospital Eugenio Espejo para de esta manera cubrir los puntos débiles

y colaborar con la toma de decisiones para mejorar la calidad en el servicio de medicina interna.

En vista de que el servicio de Traumatología y Ortopedia ha logrado cumplir estándares relacionados a procesos y resultados en base a la aplicación de los estándares de la ACI, se recomienda dar apertura a otro tipo de estándares de igual relevancia que los anteriormente mencionados, con la finalidad de garantizar el cumplimiento de estándares enfocados en la estructura y resultados que se obtienen en el servicio.

Proponer un plan de mejora enfocado en las deficiencias evidenciadas en el servicio de Traumatología y Ortopedia, con el objetivo de garantizar a corto plazo el cumplimiento de estándares de estructura proceso y resultado.

CAPITULO IV

4 DIAGNOSTICO SITUACIONAL

En lo que respecta al diagnóstico situacional del servicio de Traumatología y Ortopedia es importante destacar que la información aquí descrita corresponde a los datos provistos por el hospital, registrados en el anuario de esta casa de salud y los obtenidos en el plan estratégico 2014

4.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL ACTUAL

4.1.1 Misión

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social. (Hospital Eugenio Espejo, 2014)

4.1.2 Visión

Ser reconocidos por la ciudadanía como un hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente. (Hospital Eugenio Espejo, 2014)

4.1.3 Valores Institucionales

Tabla 59 Valores institucionales

Respeto	Todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio.
Atención Orientada al paciente, vocación del servicio.	Las actuaciones se organizan y personalizan en torno a las necesidades específicas de cada paciente.
Innovación	Con la implementación de nueva tecnología promover y apoyar la creatividad y el desarrollo de ideas innovadoras.
Mejora Continua	Se compromete con la mejora continua en la calidad y la seguridad asistencial.
Trabajo en equipo	Promueve la colaboración entre los profesionales y la coordinación con otros niveles asistenciales.
Compromiso social	Se guía por los valores éticos de equidad, participación, y dignidad del paciente y de los ciudadanos, desarrollando actuaciones de valor para la sociedad y para el medio ambiente.

Fuente: Anuario 2015

4.1.4 Características del servicio

El servicio de Traumatología y Ortopedia cuenta con nueve médicos tratantes divididos por subespecialidades: osteosíntesis, cirugía artroscópica articular, reemplazos articulares, cirugía de columna vertebral y manejo de infecciones.

4.1.5 Hospitalización

Respecto a los datos de hospitalización recolectados del plan estratégico 2014 entre las dos áreas de Trauma el porcentaje de ocupación es del 88,6%, con un giro de cama de 24,5%, presenta un intervalo de giro de 1,7%, con un total de días de estada de 15676.

4.1.6 Quirófano

El servicio de Traumatología y Ortopedia cuenta con tres quirófanos los días: lunes, martes, miércoles y viernes y con 2 quirófanos el jueves, respectos a la realización de limpiezas quirúrgicas que se efectúan como hospital del día el martes y jueves. En lo que respecta a la realización de cirugías programadas se intervienen diariamente de 3 a 4 pacientes, lo que semanalmente arrojan aproximadamente 40 procedimientos, al mes en promedio se realizan 1500 cirugías entre pacientes que permanecen en hospitalización y los que son intervenidos como hospital del día, de manera ambulatoria. (Plan estratégico, 2014)

4.1.7 Consulta externa

El servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Eugenio Espejo atiende en la planta baja del edificio de lunes a viernes en horario de 07h30 a 12h30, por disposición de las autoridades se suspendió la atención de consulta externa que realizaba el personal médico de Emergencia en horario vespertino. (Plan estratégico, 2014)

4.1.8 Talento humano

El servicio de Traumatología y Ortopedia cuenta con un líder médico para las dos áreas de hospitalización y una líder de enfermería para cada área de Trauma.

En el área de Trauma 1 de acuerdo a la información registrada en el plan estratégico del año anterior existen 10 enfermeras de cuidado directo y 25 auxiliares de enfermería, sin embargo por turno de acuerdo a información de la líder subrogante de enfermería existe una enfermera y dos auxiliares por turno. El área de Trauma 2 cuenta con 12 enfermeras de ciudad directo y 23 auxiliares de enfermería, adicionalmente cuenta con 4 auxiliares administrativos, 1 trabajadora social y una secretaria.

4.1.9 Estadísticas del servicio

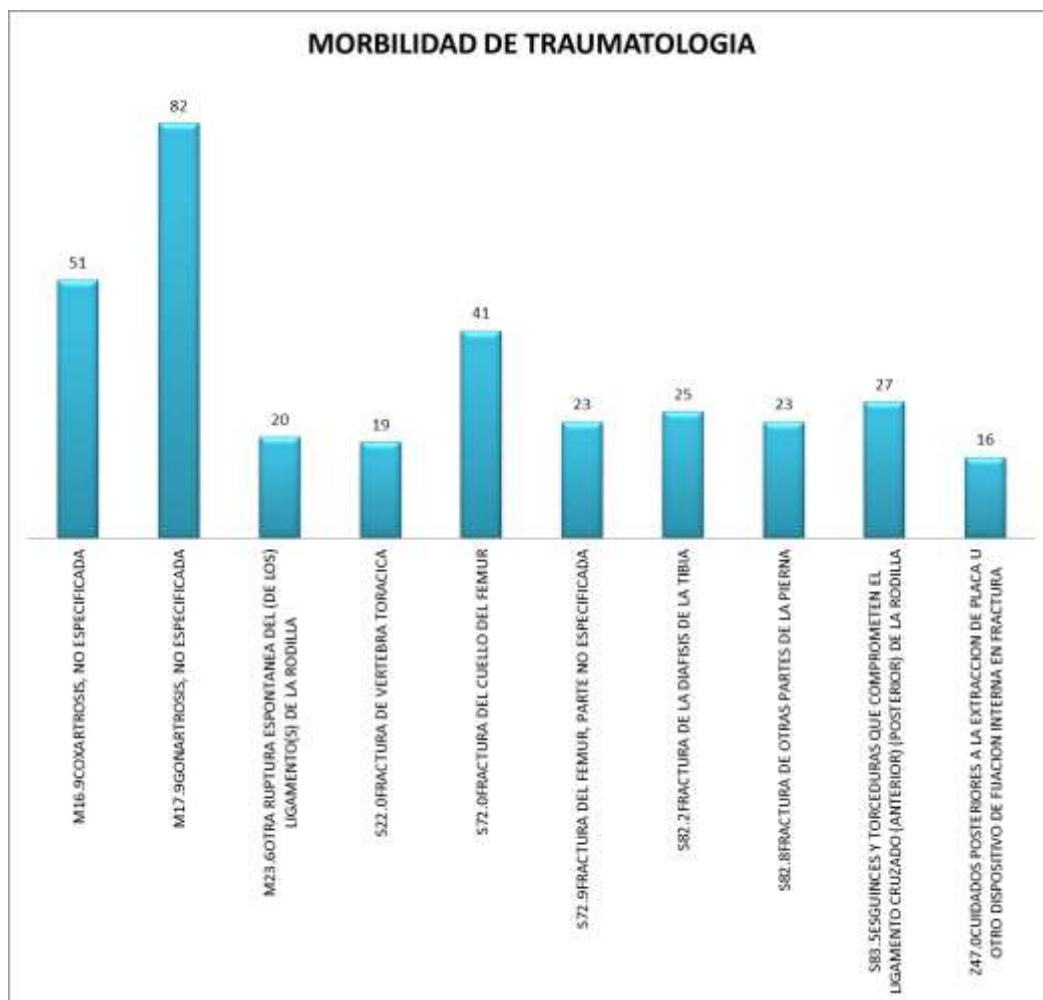


Figura 35 Perfil de morbilidad de enero a mayo de 2015 en el servicio de Traumatología y Ortopedia

Fuente: Estadística HEE

Análisis: El Hospital de Especialidades Eugenio Espejo al ser una casa de salud de tercer nivel atiende patologías de alta complejidad, de acuerdo al perfil de morbilidad obtenido se evidencia que la primera causa de atención es la gonartrosis no especificada, seguido por la coxartrosis no especificada, en tercer lugar se encuentran las fracturas del cuello del fémur, en cuarto lugar se encuentran los esguinces y torceduras que comprometen el ligamento cruzado (anterior y posterior) de la rodilla, llama la atención el número de patologías que no entran en el grupo de las diez primeras causas, esto se podría explicar debido a que la complejidad del Hospital permite la existencia de variadas y poco frecuentes patologías.

Tabla 60
Perfil de morbilidad por grupo programático

DIAGNOSTICOS	0 a 14 años	15 a 19 años	20 a 49 años	50 a 64 años	65 años y más	TOTAL
COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA (M16.9)			14	16	21	51
GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA (M17.9)			7	24	51	82
OTRA RUPTURA ESPONTANEA DEL (DE LOS) LIGAMENTO(S) DE LA RODILLA (M23.6)		3	17			20
FRACTURA DE VERTEBRA TORACICA (S22.0)		1	11	6	1	19
FRACTURA DEL CUELLO DEL FEMUR (S22.0)		1	4	8	28	41
FRACTURA DEL FEMUR, PARTE NO ESPECIFICADA (S22.0)			11	4	8	23
FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA (S82.2)		4	12	5	4	25
FRACTURA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA (S82.8)	1	1	16	4	1	23
ESGUINCES Y TORCEDURAS QUE COMPROMETEN EL LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DE LA RODILLA (S83.5)		2	23	2		27
CUIDADOS POSTERIORES A LA EXTRACCION DE PLACA U OTRO DISPOSITIVO DE FIJACION INTERNA EN FRACTURA (Z47.0)			12	2	2	16
TOTAL RESTO DE CAUSAS						364
TOTAL GENERAL	1	12	127	71	116	327

Análisis: Es importante destacar que el Hospital divide las atenciones médicas por grupos programáticos procurando que los grupos compartan, en la medida de lo posible características similares, en la tabla se puede apreciar que el grupo que primordialmente es ingresado al servicio de Traumatología y Ortopedia son pacientes de 20 a 49 años siendo este grupo el de la mayor fuerza laboral dentro del país, a continuación se encuentra el grupo de adultos mayores los mismos que primordialmente son ingresados a causa de patologías articulares y fracturas en el fémur pudiendo explicar este fenómeno debido a que en este extremo de la vida el desgaste articular y las fracturas por desmineralización ósea son frecuentes.

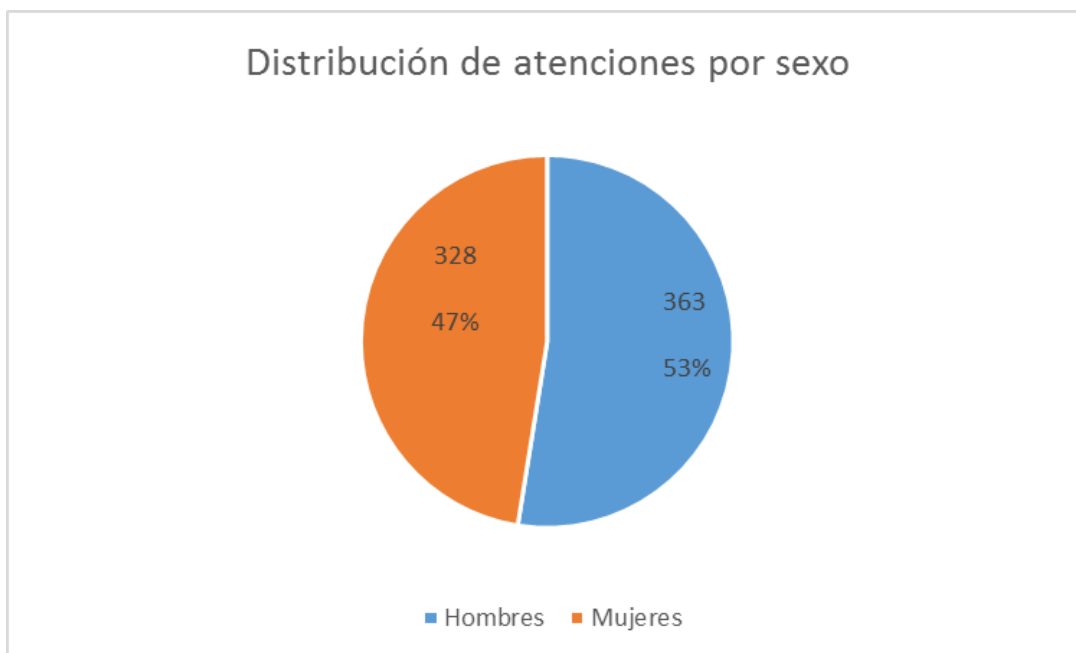


Figura 36 Distribución de la población por sexo

Análisis: En la ilustración N° 19 se puede evidenciar que las atenciones en la población masculina es ligeramente mayor al total de atenciones de la población femenina obteniéndose valores de 53% y 47% respectivamente.

Autoidentificación étnica

Respecto a la autoidentificación es importante mencionar que la Constitución de la República del Ecuador (2008) reza en su Art. 21 que las personas tiene derecho a mantener su propia identidad cultural, sin embargo, al realizar un análisis de la base de datos que maneja el servicio de estadística del hospital con respecto a la información del servicio de Traumatología y Ortopedia se evidencia que no se puede procesar esta variable en vista de que en todas las atenciones dadas en el período de enero a mayo la autoidentificación étnica consta como mestizo/a.

Tabla 61
Indicadores de desempeño en Traumatología y Ortopedia

Indicadores de desempeño	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Ingresos programados	85	64	83	83	80
Ingresos urgentes	44	59	48	58	50
Total de ingresos	129	123	131	141	130
Estancia	1469	1083	1408	1480	1296
Estancia media	9,54	8,60	10,83	10,14	9,51
Altas	152	126	130	142	134
Éxitus totas de defunciones	2	0	0	4	2
Mayor a 48 horas	0	0	0	2	2
Menos a 48 horas	2	0	0	2	0
Total egresos	154	126	130	146	136
Tasa mortalidad general	1,30	0	0	2,74	1,47
Tasa mortalidad hospitalaria	1,30	0	0	1,37	0
Total días paciente	1424	1370	1575	1638	1621
Días cama disponibles	1570	1603	1756	1702	1746
Número de camas asignadas	52	64	58	58	58
Promedio cama disponible	50,65	57,25	56,65	56,73	56,32
Índice de rotación giro	3,04	2,20	2,29	2,57	2,41
Índice de ocupación	90,70%	85,46%	89,89%	96,24%	92,94%

Fuente: Estadística HEE

4.1.10 Análisis FODA

Fortalezas

Profesionales de la salud que laboran en el servicio de Traumatología y Ortopedia con amplia experiencia.

En el área de Traumatología y Ortopedia cuenta con personal durante las 24 horas del día para atención directa al paciente.

Personal con capacidad organizativa, conocimientos técnicos, experiencia y liderazgo para desempeñarse en su servicio.

Existencia de protocolos para atención directa a los pacientes de Traumatología y Ortopedia, así como manuales de procedimientos de enfermería.

Convenio con universidades públicas y privadas para formación de postgradistas en la especialidad e internos rotativos como parte de su formación de pregrado.

Existencia de una nueva y moderna infraestructura en el quinto piso en el que actualmente funciona Trauma 2

Debilidades

Protocolos de patologías traumatológicas y ortopédicas sin mucha especificación en lo que respecta al abordaje terapéutico.

Miembros del equipo con diferentes niveles de conocimiento de estándares de calidad en el cumplimiento de sus actividades diarias.

Localización del personal del servicio primordialmente en el área de Trauma 2, rezagando el área de Trauma 1.

Razón enfermera paciente superior a la norma internacional, dificultando la consecución eficiente de actividades del personal.

Oportunidades

Existencia de un proceso de acreditación a nivel nacional llevado a cabo por un organismo internacional de gran prestigio.

Mayor concientización a nivel nacional acerca de la importancia de la realización de la atención médica bajo un enfoque de calidad y seguridad del cliente en atención.

Usuarios con altas expectativas sobre el servicio brindado en Traumatología y Ortopedia.

Existencia de procedimientos estandarizados para registro y manejo de un sistema de referencias y contra-referencias a nivel nacional.

Amenazas

Incremento de la presión social y la exigencia de los usuarios externos.

Reducción de presupuesto en la salud por parte del Gobierno Nacional.

Demora en el tiempo de respuesta del sistema de referencia y contrarreferencia nacional.

Aparecimiento de nuevas enfermedades que acarrearán pandemias y epidemias sobrecargando los servicios de salud de todos los niveles.

CAPITULO V

5 PROPUESTA

5.1 PLAN DE MEJORA PARA EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Una vez que se han presentado los resultados del presente proyecto de investigación, se ha evidenciado la realidad del servicio de Traumatología y Ortopedia con respecto a la calidad y seguridad de los pacientes atendidos en el área, identificando falencias en ciertos ámbitos, para lo que se ha realizado la siguiente propuesta de mejora a cual tiene como finalidad la conformación del "comité de calidad y seguridad del paciente" dentro del servicio, entendiendo que este es el alcance del presente trabajo, es importante destacar que este comité deberá trabajar de manera mancomunada con la unidad de calidad del Hospital.

5.2 CONFORMACION DEL COMITÉ

Para la conformación de comité propuesto se realizará la convocatoria a una reunión que involucre a todo el personal que labora en el servicio, en la cual se realizará la elección de los miembros que formarán parte del mismo.

El comité de calidad y seguridad estará conformado por los siguientes miembros:

- Un líder, quien será el responsable de liderar las actividades a ser realizadas y propondrá un plan de trabajo, convendría proponer al líder del servicio para esta actividad.
- Un vicepresidente, quien será el responsable de sustituir al líder en sus faltas temporales o definitivas y coordinará con el líder las actividades de la asociación, se sugiere que la licenciada líder de enfermería sea quien ocupe este lugar en la conformación del comité.

- Un secretario/a quien llevará el registro de las actas de reuniones realizadas, así como el almacenamiento de los archivos del comité.
- Cinco vocales, dentro de los cuales se involucrará a médicos tratantes, enfermeras y personal administrativo, con el fin de contar con representantes de diferentes áreas de todo el equipo que conforma el servicio.

5.3 OBJETIVO Y FUNCIONES DEL COMITÉ DE CALIDAD

5.3.1 Objetivo General

Contribuir al fortalecimiento de una cultura de calidad dentro del servicio mediante el cumplimiento de estándares de calidad y la óptima distribución de los recursos asignados, con el fin de velar por la consecución de los servicios de atención médica de calidad para de esta manera satisfacer las expectativas de los usuarios que acuden al servicio de Traumatología y Ortopedia.

5.3.2 Objetivos Específicos

Informar oportuna mente a la unidad de calidad del hospital respecto a falencias en la consecución de calidad detectadas en el servicio.

Contribuir para la consolidación de un sistema de información y manejo de estándares de gestión en el marco de los procesos llevados a cabo en el servicio.

Realizar de manera permanente procesos de mejoramiento, renovación y actualización de normas y procedimientos que se lleven a cabo dentro del servicio.

Proponer mejoras en la estructura tanto física como de talento humano con el fin de potencializar los espacios y las capacidades de los profesionales que aquí laboran.

5.3.3 Funciones

Dirigir y participar en el proceso de autoevaluación de los procesos llevados a cabo en el servicio, así como definir estrategias para el mejoramiento de la calidad.

Promover acciones orientas a garantizar atención de calidad en la consulta externa, en servicios de urgencia y hospitalización de Traumatología y Ortopedia.

Promover un proceso que permita garantizar trato digno y adecuado para los pacientes y sus familiares bajo un enfoque de derechos.

Impulsar la calidad como valor de la cultura organizacional del sistema de salud.

Diseñar y proponer un plan de trabajo anual en el marco de la acreditación propuesta por la ACI.

5.4 ACTIVIDADES A DESARROLLAR

La primera actividad que llevará a cabo el comité de calidad y seguridad del servicio de Traumatología y Ortopedia será la realización de un cronograma de actividades con fechas y plazos establecidos para garantizar el cumplimiento de las actividades propuestas, así como designar responsables para el desarrollo de las mismas.

En lo que respecta al componente de infraestructura los resultados obtenidos mediante la observación directa y la entrevista al personal permite evidenciar que en el servicio de Trauma 1 no debería haber manejo de pacientes de esta especialidad, esta propuesta se justifica debido a que el número de camas es mayor al estipulado por la normativa internacional, ocasionando hacinamiento de pacientes e incrementando el riesgo de infecciones además de un evidente deterioro en la calidad de atención, al entender que la reestructuración del espacio físico es uno objetivo difícil de lograr, se propone fortalecer el sistema de referencia y contra- referencia

con el fin de procurar derivar las patologías de menor complejidad a las que deberían ser manejadas en el servicio y el alta de pacientes a los que se les realiza cirugía del día, dado que se evidenció que se realizan intervenciones de pacientes que ingresan por emergencias cuya resolución quirúrgica podría ser manejada por unidades de salud de menor complejidad, de este modo mediante al optimización de recursos se podría considerar el cierre de las salas de Traumatología y Ortopedia del quinto piso permitiendo que toda el ala forme parte del servicio de Cardiorácica quienes serían los responsables de realizar posteriormente cambios en la infraestructura del servicio.

Como siguiente actividad se debe mencionar el déficit de personal de enfermería existente en el servicio de Traumatología y Ortopedia durante los turnos de la noche, para lo cual se propone realizar una evaluación de las actividades desarrolladas por el personal de enfermería con el objetivo de identificar los tiempos necesarios para realizar cada actividad adecuadamente y evidenciar la necesidad de personal de enfermería.

Implementar un plan de capacitaciones dirigido a todo el personal, principalmente al personal de ingreso reciente y alta rotación como son los internos rotativos y médicos residentes, el cual debe estar orientado a temas relacionados al manejo de estándares de calidad y seguridad en la atención médica, derechos del paciente, relación médico paciente, normas de bioseguridad, manejo de bombas de infusión, servicios con enfoque en el usuario y clima laboral.

Adaptar un proceso estandarizado para el manejo y llenado de la historia clínica con el objetivo de garantizar la calidad del registro del dato y que este instrumento se convierta en un documento legal que cumpla con los estándares básicos de registro. De esta manera también se intenta involucrar a todo el personal para que se conviertan en actores fundamentales en el óptimo desarrollo de esta actividad.

Se propone además adaptar una mayor cantidad de protocolos clínico terapéuticos internacionales a la realidad del servicio de Traumatología y Ortopedia basándose principalmente en el perfil de morbilidad que ofrece el servicio, ya que los

protocolos existentes resultan escasos para el manejo de patologías frecuentes, del mismo modo, se considera necesaria la mejora de los ya existentes debido a que en algunos casos estos no cuentan con mayores especificaciones para el manejo de la patología para la que fue creado el protocolo.

Descripción del problema	Objetivos	Acciones para la mejora	Responsable de Tarea	Plazo	Recursos necesarios	Costo estimado	Indicador del seguimiento
Pacientes en el área de Trauma I manejados de manera inapropiada al encontrarse en un espacio sin existencia permanente de personal médico ni el suficiente de enfermería, así como infraestructura inadecuada.	Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia para recibir y derivar pacientes de acuerdo al grado de complejidad del HEE, con el fin de evaluar la posibilidad del cierre de esta área	Implementar un plan de monitoreo del sistema de referencia y contrarreferencia. Evaluación de las patologías tratadas en el servicio	Líder del servicio. Líder de estadística	Agosto 2016	Conocimiento técnico.	3000	Número de patologías de baja complejidad atendidas/Número de patologías de baja complejidad recibidas
Déficit de personal de enfermería para cubrir las necesidades del servicio de Traumatología y Ortopedia durante los turnos nocturnos.	Garantizar que el número de personal de enfermería sea el adecuado para cumplir apropiadamente sus actividades.	Realizar una evaluación de las actividades desarrolladas por el personal de enfermería con el objetivo de identificar el tiempo necesario para realizar cada actividad. Evidenciar la necesidad de personal de enfermería mediante la evaluación número de profesionales requeridos.	Líder de enfermería Líder de servicio	Agosto 2016	Personal comprometido Recurso financiero	5000	Razón enfermera paciente 1:5
Ausencia de un plan de capacitación permanente para el personal del servicio	Garantizar la capacitación continua a todo el personal relacionado a temas de mejoramiento de la calidad de los servicios médicos	Implementar un plan de capacitaciones dirigido a todo el personal, principalmente al personal de ingreso reciente y alta rotación.	Jefe de residentes Líder de servicio	Agosto 2016	Personal Espacio físico adecuado Materiales de oficina Equipo audiovisual Recursos tecnológicos	8000	Numero de capacitaciones realizadas / Número de capacitaciones programadas.
Escases de protocolos clínicos terapéuticos para tratar patologías frecuentes en el servicio de Traumatología y Ortopedia	Incrementar el número de protocolos clínico terapéuticos en base al perfil de morbilidad del servicio.	Involucramiento de los médicos Residentes e Internos Rotativos en la adaptación de protocolos internacionales a la realidad del servicio.	Líder del Servicio	Agosto 2016	Talento Humano comprometido Espacio físico adecuado Materiales de oficina Recursos tecnológicos Acceso a recurso bibliográfico.	7000	Número de protocolos adaptados / Número de protocolos aprobados.


 Continua

Ausencia de una evaluación interna que permita verificar cuantitativamente el cumplimiento de los indicadores de desempeño.	Verificar cuantitativamente el nivel de logro alcanzado respecto a los objetivos propuestos.	Conformar un equipo para la evaluación de indicadores de resultado. Delegar responsabilidades a cada uno de los evaluadores. Evaluación trimestral de indicadores de desempeño.	Líder de servicio Líder de enfermería	Diciembre 2016	Talento humano comprometido Espacio físico Materiales de oficina Recursos tecnológicos Acceso a estadísticas del servicio.	5000	Numero de indicadores evaluados que cumplen la meta / número de indicadores evaluados.
---	--	---	--	----------------	--	------	--

5.4.1 Descripción del plan de Capacitación

El plan de capacitaciones que se desarrollará en el Servicio de Traumatología y Ortopedia está enfocado a capacitar al personal de salud que labora diariamente en dicho servicio en temas relacionados a la calidad de la atención médica.

Los beneficiarios el presente Plan de capacitación para el año 2015-2016, son todos los funcionarios del servicio de Traumatología y Ortopedia que se encuentran laborando en el servicio.

Este Plan de Capacitación también está realizado en base a políticas de manejo del tiempo, en los que tanto el capacitado como el capacitador aportarán un espacio de atención que podrá distribuirse en horario dentro de la jornada laboral establecida.

Se aplicará un formulario para el registro de la asistencia capacitación inmediatamente al finalizar la capacitación.

5.4.2 METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS.

La estructura de un protocolo, deberá contener todos y cada uno de los puntos que se tratan a continuación siendo además deseable que sigan el mismo orden:

Fecha de elaboración y fecha de revisión: Debe constar en el documento escrito. Es especialmente importante la fecha en que el documento debe ser revisado. Con ello establecemos un plazo (no superior a tres años) para introducir cualquier variación que se haya podido producir como consecuencia de avances científicos, técnicos o normativos.

Autores: Se realizará una revisión de la información fiable encontrada en la web, lográndose un consenso entre expertos.

Revisores: Son el grupo de profesionales especialistas que definitivamente van a dar la aprobación para que el protocolo pueda ser empleado dentro del Servicio de Traumatología y Ortopedia.

Objetivos: Estos deben responder de a la pregunta: ¿Qué se quiere conseguir con la realización de éste protocolo?

Anexos: Esta es la última parte del protocolo. Aquí se incluirán aquellas herramientas que resulten necesarias para facilitar la comprensión del documento y que deban ser difundidos junto con el protocolo.

5.4.2.1 Cronograma de elaboración de protocolos en el Servicio de Traumatología y Ortopedia de Agosto 2015 a Agosto 2016

TEMAS A DESARROLLAR	RESPONSABLE CAPACITACION	MESES												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Coxartrosis	Comité de calidad del servicio													
Gonartrosis	Comité de calidad del servicio													
Ruptura de ligamentos de la rodilla	Comité de calidad del servicio													
Fractura de vértebras torácicas	Comité de calidad del servicio													
Fractura de fémur	Comité de calidad del servicio													
Fractura de tibia	Comité de calidad del servicio													
Esguinces y torceduras que comprometen ligamentos de la rodilla	Comité de calidad del servicio													
Extracciones de placas y otros dispositivos de fijación interna	Comité de calidad del servicio													

CAPÍTULO VI

6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Una vez realizada la evaluación en el presente trabajo de investigación se evidenció que efectivamente el servicio de Traumatología y Ortopedia está en condiciones de recibir la acreditación en el nivel oro por parte de la Accreditation Canada Internacional, en vista de que dicho nivel está dirigido a estructuras básicas y procesos relacionados a elementos de orientación de mejora de seguridad y calidad.

Sin embargo, a pesar de que el servicio estaría en condiciones de acreditar en nivel oro de acuerdo a los estándares propuestos por la ACI, al aplicar otros estándares de igual reconocimiento internacional que se enfoque no únicamente en procesos sino también en estructura y resultados el servicio tiene importantes falencias en lo que respecta a estructura física, de talento humano y existencia de documentación lo cual genera incertidumbre basándonos en la premisa de que la calidad de la atención médica es un proceso global que no solo depende de los procesos sino también de la estructura y de los resultados que se obtengan.

La observación directa es una técnica que permitió evidenciar falencias en cuanto a la infraestructura, las actividades que se realizan diariamente en el servicio y la valoración de la existencia de documentación, siendo estos factores que afectan tanto a la seguridad como a la calidad de la atención al paciente, evidenciando que el enfoque a la orientación al usuario no tiene el impacto necesario en las actividades del servicio realizadas por parte del personal de salud, se pudo evidenciar que una de las razones por las que se explica este particular es debido al insuficiente número de personal de enfermería, en especial en el área de Trauma 1 donde no existe personal médico de manera permanente.

6.2 RECOMENDACIONES

Considerando que el servicio de Traumatología y Ortopedia actualmente se encuentra en condiciones de recibir acreditación nivel oro y que posiblemente se obtendrá dicha acreditación luego de la intervención de la ACI,, se recomienda trabajar de manera simultánea en otros estándares de igual importancia como los propuestos por la Norma Técnica para Proyectos de Arquitectura del Ministerio de Salud de Perú y la Legislative Developments California Enacts Nurse to Patient Radio Law u otros no evaluados en este trabajo de investigación como los planteados por la Joint Comission Internacional, al evidenciar que la Accreditation Canada International se enfoca en evaluar básicamente procesos dentro de una organización o servicio, por cuanto estas inconsistencias dentro de la concepción global de calidad podría significar una barrera para el mejoramiento continuo que se pretende lograr en todo el Hospital Eugenio Espejo con las posteriores intervenciones que tendrá la ACI sobre la institución.

Trabajar activamente en un proceso en el que se garantice la seguridad del paciente mediante la aplicación de estándares internacionalmente reconocidos que engloben criterios relacionados con el tema, con el objetivo de incentivar las actividades de mejora en seguridad de pacientes en el servicio, con la participación de todo el equipo previamente sensibilizado respecto a la importancia que adquiere el tema dentro de la concepción de calidad.

De manera general se recomienda que se realicen evaluaciones a la calidad con otros organismos acreditadores de carácter internacional dentro de otras instituciones pertenecientes al Sistema Nacional de Salud del Ecuador con el fin de determinar el estado en el que se encuentra y poder realizar comparaciones en aras de mejorar las falencias y potenciar las fortalezas identificadas en los diferentes establecimientos de salud.

En base a los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación se recomienda tomar en cuenta este tipo de estudios basados en aplicación de

estándares de calidad en las futuras inversiones para edificaciones en salud que pudieran desarrollarse en el marco del fomento del desarrollo de la Política de Calidad del sistema sanitario del Ministerio de Salud Pública.

BIBLIOGRAFÍA

- Accreditation Canada International . (2014). *internationalaccreditation.ca*.
Obtenido de
<http://www.internationalaccreditation.ca/accreditation/acstandards.aspx>
- Alvarado, B., & Rivas, G. (abril de 2006). *Geocities*. Obtenido de
<http://www.geocities.ws/chex88chex/estrategia/PhilipCrosby.pdf>
- Asamblea Constituyente del Ecuador. (20 de octubre de 2008). *Asamblea Nacional* . Obtenido de
http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (10 de febrero de 2014).
asambleanacional.gob.ec. Obtenido de
<http://www.asambleanacional.gob.ec/es/system/files/document.pdf>
- Barbero, M. G. (2009). *Fundaciónmhm*. Obtenido de
<http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo14.pdf>
- Botero, C. A. (2005). *Ministerio de Protección social* . Obtenido de
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Castro, S. (2010). *Calidad en la atención de la salud desde la auditoria medica. Curso de auditoría medica*. Argentina: Hospital Alemán.
- Coneval. (octubre de 2009). *Cepal* . Obtenido de
http://www.cepal.org/ilpes/noticias/noticias/2/37432/presentacion_indicadores_1.pdf
- Congreso de Colombia . (10 de enero de 1990). *Iadb*. Obtenido de
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:gD18C_mfu1YJ:www.iadb.org/Research/legislacionindigena/leyn/docs/CO-Ley-10-90-Sistema-Nacional-Salud-.DOC+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=ec

- Congreso Nacional del Ecuador . (2006). *controlsanitario.gob.ec*. Obtenido de <http://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/04/LEY-ORGANICA-DE-SALUD1.pdf>
- Consejo de Salubridad General. (2012). *inper.edu.mx*. Obtenido de <http://www.inper.edu.mx/descargas/pdf/EstandaresCertificacionHospitales2012.pdf>
- Consejo Nacional de Salubridad. (2012). *cgs.gob.mx*. Obtenido de <http://www.csg.gob.mx/>
- Delgado, A. E. (26 de marzo de 2010). *Scielo*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n1/v26n1a14>
- Donabedian, A. (2002). *Introducción al aseguramiento de la Calidad en Servicios de Salud*. Oxford: Oxford University Press.
- Giugni, P. (06 de febrero de 2009). *La calidad como filosofía de gestión* . Obtenido de <http://www.pablogiugni.com.ar/httpwwwpablogiugnicomarp106/>
- Gómez, R. C. (2004). Administración de la calidad total . En R. C. Gómez, *Administración de la calidad total* (pág. 3). Mar de Plata: Universidad Nacional de Mar de Plata.
- González, J. S. (2004). *facmed.unam*. Obtenido de <http://fournier.facmed.unam.mx/deptos/seciss/images/tercero/medicopaciennte.pdf>
- Héctor Aguirre, J. Z. (09 de abril de 2010). *Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc105o.pdf>
- Hospital Eugenio Espejo. (2014). *hee.gob.ec*. Recuperado el Febrero de 2015, de <http://www.hee.gob.ec/webhee2013/>
- INCOTEC International. (Noviembre de 2014). *Acreditación en Salud*. org. Obtenido de <http://www.acreditacionen salud. org.co/acreditacion>
- Joint Comission International . (2014). *Joint Comission International* . Obtenido de https://www.jcrinc.com/assets/1/14/EBJCIH14S_Sample_Pages.pdf

- Lindsay, J. R. (2005). *jorriveraunah*. Obtenido de <http://jorriveraunah.files.wordpress.com/2011/06/capitulo-3-filosofias-y-marcos-de-referencia-de-la-calidad>
- Malagón, L. (1998). *Auditoría en Salud Para una Gestión Eficiente*. Bogotá: Editorial.
- Ministerio de Salud de Colombia . (05 de agosto de 2015). *MINSALUD*. Obtenido de <http://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/calidad-atencion-en-salud-home.aspx>
- Ministerio de Salud de Perú. (2009). *Comision Nacional Sectorial de Acreditación*. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/comisiones/acreditacion/acreditacion.asp>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador . (Diciembre de 2014). *salud.gob.ec*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/accreditation-canada-international>
- Ministerio de Salud Publica del Ecuador. (2010). Planificacion estrategica del Hospital Eugenio Espejo. En *Plan Estrategico del Hospital Eugenio Espejo*.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Gobierno de España*. Obtenido de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Mejorando_Seguridad_Paciente_Hospitales.pdf
- Mnisterio de Salud de Perú. (29 de octubre de 2009). *MINSA*. Obtenido de http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/politica_nacional_calidad.pdf
- Organización Mundial de la Salud . (junio de 2014). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
- Osorio, G. (2002). Auditoria médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. *Revista médica de Chile*, 130-226.
- Presidencia de la Republica del Ecuador. (17 de mayo de 2011). *Industrias.gob.ec*. Obtenido de <http://www.industrias.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/REGLAMENTO-LEY-DE-CALIDAD.pdf>
- Rodríguez, M. C., & Rodríguez, D. R. (2009). *Universidad de La Salle*. Obtenido de <http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/ls/article/view/1260/1153>

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo SENPLADES. (2013).

buenvivir.gob.ec. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/>

Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA. (2009). *Introduccion a la calidad* . 03:
20 .

Universidad de Granada. (15 de noviembre de 2007). *Universidad de Granada*.

Obtenido de

<http://www.ugr.es/~rhuma/sitioarchivos/noticias/Indicadores.pdf>

ABREVIATURAS

ACI: Accreditation Canada International

OPS: Organización Panamericana de Salud

JCI: Joint Comission International

MSP: Ministerio de Salud Pública

HEE: Hospital Eugenio Espejo

COIP: Código Orgánico Integral Penal

SENPLADES: Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo

TQM: Total Quality Management

OMS: Organización Mundial de la Salud

INCOTEC: Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación

ISQua: International Society for Quality Health Care

ROP: Required Organizational Practices

ISO: International Organization for Standardization

ONU: Organización de las Naciones Unidas

CONASA: Consejo Nacional de Salud

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

Anexo 2: Protocolos del servicio de Traumatología y Ortopedia

PROTOCOLO DE MANEJO PARA FRACTURAS DE CADERA EN EL SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO QUITO - ECUADOR

VALORACIÓN EN EMERGENCIA

La valoración en Emergencia debe incluir todos los factores médicos, de enfermería y sociales pertinentes así como de la lesión ortopédica.

- Riesgo de úlceras por presión
- Hidratación y nutrición
- Equilibrio de fluidos
- Dolor
- Temperatura interna del cuerpo usando un termómetro de baja lectura
- Incontinencias
- Problemas médicos co-existentes
- Estado mental
- Movilidad anterior
- Habilidad funcional anterior
- Circunstancias sociales.

TRATAMIENTO INMEDIATO

Deben darse los pasos para prevenir el desarrollo de úlceras por presión.

Los pacientes admitidos Emergencia sospechosos de una fractura de la cadera deben manejarse como sigue:

- Usar superficies blandas para proteger el talón y el sacro de lesiones por presión
- Conservar al paciente cómodo
- Administrar un adecuado alivio del dolor para permitir un cambio regular, de la posición más cómoda para el paciente
- Empezar radiología precoz
- Medida y corrección de cualquier anomalía de fluidos y electrolitos.

DIAGNÓSTICO

La inmensa mayoría de las fracturas de cadera se identifican fácilmente en la placa radiográfica, pero necesariamente una radiografía normal no excluye una cadera fracturada. Cuando hay dudas con respecto al diagnóstico, por ejemplo, una radiografía de cadera normal en un paciente sintomático, y cuando la radiografía ha sido revisada por un radiólogo, deben realizarse imágenes facultativas. Una Rx axial nos permitirá valorar el desplazamiento, el uso de tac y RMN está indicada.

ALIVIO DEL DOLOR

El alivio de dolor debe ajustarse a cada paciente individual. La analgesia adecuada y apropiada se logra mejor probablemente por la administración de opiáceos intravenosos. La analgesia debe administrarse precozmente, con antelación a los procedimientos dolorosos, como los movimientos del paciente para la investigación radiológica. Si sobrevienen demoras, puede requerirse administración repetida de analgésicos.

Debe administrarse un adecuado y apropiado alivio de dolor antes de que el paciente se transfiera de un carrito a la mesa radiográfica.

DURACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

VALORACIÓN PRE-OPERATORIA

Deben evaluarse completamente a los pacientes antes de la cirugía. Ante cualquier deterioro, inevitable, puede usarse una demora para conseguir la mejoría del estado clínico, particularmente la restauración de volumen circulatorio, y mejorar situaciones. Pequeños retrasos médicos antes de la cirugía pueden estar justificados para la rectificación de algunas situaciones como la hipo o hiperkaliemia, el fracaso cardíaco pobremente controlado o la diabetes, una anemia manifiesta, y la investigación de ruidos cardíacos. Sin embargo, es importante no buscar objetivos médicos poco realistas con el aplazamiento resultante. Por ejemplo, no se considera apropiado atrasar la cirugía debido a afecciones pulmonares infecciosas, cuando es improbable un restablecimiento real en presencia de inmovilidad continuada y dolor.

Debe evaluarse la calidad ósea, sobre todo la posible existencia de osteoporosis, osteomalacia o depósitos secundarios malignos.

EFEECTO DE RETRASO EN LOS RESULTADOS DE LOS PACIENTES

Además de causar dolor al paciente, la fijación operatoria tardía está asociada con un aumento de la morbilidad y la mortalidad, y reducción de la oportunidad de fijación interna y rehabilitación con éxito.

Un retraso de más de 24 horas entre la admisión y la fijación operatoria de la fractura ha demostrado que está asociada con un aumento de la mortalidad.

Los pacientes deben operarse lo más pronto posible (dentro de 24 horas), durante los horas de trabajo normales del día, incluso los fines de semana, si su situación médica lo permite.

TRACCIÓN PREOPERATORIA

Una revisión Cochrane ha examinado el uso de la tracción (tanto cutánea como esquelética) aplicada a la pierna lesionada desde el momento de la admisión hasta la intervención. Se piensa que esta práctica recomendada desde hace tiempo elimina el dolor y hace más fácil la cirugía subsiguiente.

El uso rutinario de la tracción (tanto cutánea como esquelética) no parece tener ningún beneficio y no se recomienda como previa a la cirugía para una fractura de cadera.

Pueden usarse férulas acanaladas de goma-espuma para aliviar la presión sobre el talón.

PROFILAXIS CONTRA LA INFECCIÓN

Los pacientes con fracturas de cadera también tienen riesgo de infecciones respiratorias, del tracto urinario, y de la herida. Aunque la bacteriuria es común al ingreso de los pacientes con fractura de cadera, es muy raro que el mismo organismo esté asociado con la infección post-operatoria de la herida.

Una revisión sistemática de ensayos aleatorios indica que la administración profiláctica de antibióticos en pacientes que sufren una intervención por una fractura de cadera está asociada con una reducción de la incidencia de la infección superficial y profunda de la herida, la infección del tracto urinario y la infección respiratoria.

El antibiótico debe darse por vía intravenosa en una dosis durante la inducción anestésica, cinco minutos previo a la incisión y tres dosis en el postoperatorio, Sin embargo si la cirugía es superior a las dos horas de duración o hay una pérdida de sangre mayor de 2 litros (ambos supuestos son improbables

durante la cirugía de la cadera pero es posible en casos complejos), puede administrarse una segunda dosis durante la operación.

La bacteriuria no debe ser una razón para posponer la cirugía por una fractura de cadera.

PROFILÁXIS ANTITROMBÓTICA

La profilaxis anti-trombótica. La cirugía de la fractura de cadera origina alto riesgo de trombosis venosa profunda (TVP) asintomático (45%), TVP sintomático (1-11%), embolia pulmonar sintomática (EP) (3-13%) y PE fatal (1-7%) en ausencia de profilaxis frente al trombo-embolismo venoso (TEV). En nuestro servicio utilizaremos Heparina de bajo peso molecular a dosis de 0.1 mg/kg de peso, por siete días iniciando al 3er días Warfarina 2.5 mg VO QD manteniendo el INR hasta en 0.5, controlado cada 7 días, manteniendo la Warfarina por 21 días.

PROFILÁXIS MECÁNICA

Un meta-análisis de cuatro ensayos controlados aleatorios que incluyen a 422 pacientes con métodos mecánicos (dos ensayos sobre compresión neumática intermitente (CMI) y dos de bombas del pie; no se identificó ningún ensayo de medias de compresión elástica gradual (MCEG)) observó que la incidencia de TVP asintomática se reducía del 19% al 6% (NNT = 7.2).

FLUIDOS Y EQUILIBRIO ELECTROLÍTICO

Los pacientes deben disponer de una valoración clínica y de laboratorio de posible hipovolemia y balance electrolítico, y corregir las deficiencias apropiada y rápidamente.

OXÍGENO SUPLEMENTARIO

Se ha informado que la hipoxia persistente puede estar presente en todos los pacientes con fractura de cadera en el momento de la admisión hasta cinco días después de post-operatorio.

La saturación de oxígeno debe inspeccionarse al ingreso. Debe administrarse oxígeno suplementario a todos los pacientes con hipoxemia.

EXPERIENCIA ANESTÉSICA

Los resultados de los pacientes son mejores cuando el tratamiento peri-operatorio es emprendido por personal anestesista experimentado.

La anestesia debe llevarse a cabo, o estrechamente dirigida, por un anestesista con experiencia suficiente en anestesia de pacientes mayores.

ANESTESIA GENERAL FRENTE A REGIONAL (ESPINAL / EPIDURAL)

El impacto de la técnica anestésica en varios aspectos de resultados de la cirugía de la fractura de cadera se ha evaluado en un meta-análisis, revisiones sistemáticas y otros estudios.

Se recomienda la anestesia regional para los pacientes que sufren reparación de fractura de cadera y no se aporta ninguna indicación específica para la anestesia general o contraindicaciones a la anestesia regional.

EXPERIENCIA QUIRÚRGICA

La evidencia sugiere que se obtienen mejores resultados cuando las intervenciones de fractura de cadera son realizadas por un cirujano experimentado.

TIPOS DE FRACTURA

Las fracturas de cadera son clasificadas como intra o extra-capsular dependiendo del sitio de la fractura en relación con la inserción de la cápsula articular de la cadera.



Las fracturas intra-capsulares incluyen las fracturas subcapitales y transcervicales, y se subdividen mejor en desplazadas o no. Clasificaciones más antiguas, como la de Garden grado I-IV, no ofrecen ninguna información diagnóstica, terapéutica o pronóstica.

Las fracturas extracapsulares incluyen las per-, inter- y sub-trocantereas, y se subdividen mejor por su grado de conminución. Las líneas de las fracturas cervicales basales tienden a estar aproximadamente a nivel de la inserción de la cápsula articular, y ellas se comportan como fracturas extra-capsulares (y debe considerarse como tales para la observación pronóstica y terapéutica).

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS INTRACAPSULARES

El tratamiento de las fracturas intra-capsulares de cadera ha estimulado un fuerte debate durante décadas, pero substancialmente con una mínima evidencia adecuada para apoyar una opción claramente por encima de otra.

FRACTURAS INTRA-CAPSULARES NO DESPLAZADAS

La limitada evidencia disponible sugiere que hay pequeñas diferencias entre los resultados del tratamiento quirúrgico y el conservador en las fracturas no desplazadas. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico permite una movilización precoz del paciente y reduce el riesgo de que una fractura no desplazada y no tratada se desplace con posterioridad. Las fracturas intra-capsulares no desplazadas que se tratan quirúrgicamente deben manipularse con fijación interna.

La mayoría de las fracturas intra-capsulares de cadera no desplazadas que se tratan quirúrgicamente deben atenderse con una fijación interna, excepto en los más ancianos, donde debe considerarse la hemiartroplastia.

FRACTURAS INTRA-CAPSULARES DESPLAZADAS

No hay ni un solo procedimiento quirúrgico que haya mostrado dar mejores resultados en todos los grupos de pacientes con esta lesión.

Dos ensayos aleatorios indican que tanto la fijación interna como la artroplastia producen similares resultados finales, pero la fijación interna tiene secundariamente una mortalidad más baja a expensas de un aumento de la proporción de reintervenciones:

Como prioridad en la valoración de la cirugía deben considerar en el paciente:

- Edad
- Movilidad
- Estado mental
- Patología ósea o articular pre-existente.

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DE FIJACIÓN INTERNA

Una reciente revisión Cochrane consideró las técnicas quirúrgicas para la fijación interna en las fracturas íncapsulares. Las técnicas incluían la impactación y la compresión de la fractura durante la cirugía, y realizando una reducción abierta o cerrada de una fractura desplazada. La revisión concluyó que había insuficiente evidencia para determinar la efectividad relativa de cualquiera de estas técnicas. Como se planteó en el tratamiento quirúrgico de las fracturas íncapsulares no desplazadas, un meta-análisis no demostró evidencia de la superioridad de un dispositivo sobre otro, o cualquier beneficio de la presencia de una placa lateral.

- Pacientes jóvenes, activos, deben ser considerados aptos para la fijación interna.
- Pacientes activos con una supervivencia prevista de más de unos pocos años deben ser considerados para fijación interna, reemplazo total de cadera o hemiartroplastia dependiendo de los factores perfilados anteriormente.
- Pacientes con una supervivencia prevista de menos de tres años y pacientes cuyo nivel de actividad es bajo debe ser considerado para hemiartroplastia.
- Pacientes con limitaciones pueden tratarse conservadoramente en cama o butaca.

TIPOS DE HEMIARTROPLASTIA

La hemiartroplastia puede ser unipolar (p.ej. Thompson y Austin Moore) o bipolar (p.ej. Hastings).

El uso de cemento óseo ha estado asociado con morbilidad intra-operatoria. Esto puede ser reducido por el lavado intramedular y las modernas técnicas de cementación. Los vástagos no cementados están asociados con más dolor en el muslo y una función global más pobre.

Hemiartroplastia unipolar frente a bipolar

Los estudios radiológicos han sugerido que, en muchos pacientes, solo se mueve relativamente la articulación externa en las prótesis bipolares, y por este simple hecho es más costosa que la prótesis unipolar. El beneficio teórico principal de un prótesis bipolar es la reducción en la cantidad de desgaste acetabular, minimizando el dolor, la destrucción articular y los problemas de movilidad. Tales problemas parecen estar relacionados directamente con el nivel de actividad del paciente (grado de movilidad y vida autónoma) y la duración de la operación.

Abordaje quirúrgico en la hemiartróplastia

Los abordajes quirúrgicos más comunes en la hemiartróplastia para las fracturas intracapsulares de cadera son el antero-lateral o el posterior. Luxación y trombosis son más comunes con el abordaje posterior, pero el aumento del tiempo de intervención, la pérdida de sangre y la infección son más comunes con el abordaje anterior.

En el hospital Eugenio Espejo Se recomienda el abordaje antero-lateral para la cirugía de la hemiartróplastia.

EL PAPEL DE REEMPLAZO TOTAL de CADERA

Los estudios de cohorte proporcionan resultados conflictivos sobre la repercusión del reemplazo total de cadera (RTC) como tratamiento primario de una fractura de cadera. Puede esperarse una tasa de luxación entre el 10-20 por %, pero generalmente, el pronóstico es bueno.

En pacientes con enfermedad articular pre-existente, con un nivel de actividad medio / alto y una esperanza de vida razonable, el RTC puede ser apropiado como tratamiento primario.

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS EXTRACAPSULARES

Las fracturas extra-capsulares de cadera deben ser tratadas quirúrgicamente a menos que haya contraindicaciones médicas.

El tratamiento operatorio de las fracturas extra-capsulares casi siempre es la reducción y la fijación interna.

Esto puede conseguirse usando implantes que sean tanto extra-medulares (p.ej. tornillo deslizante y placa) o intra-medulares (p.ej. clavo Gamma).

FIJACIÓN / IMPLANTES EXTRAMEDULARES FRENTE A INTRAMEDULARES

La fijación extra-medular con un tornillo deslizante de cadera parece dar una proporción de complicaciones más baja que una clavo placa o un dispositivo intra-medular como el clavo Gamma, Estos implantes, y sus indicaciones de uso, continúan evolucionando.

OSTEOTOMÍA

Se ha propuesto que la fijación de las fracturas de cadera extra-capsulares inestables puede ser mejorada por un osteotomía para cambiar el desplazamiento y el ángulo del fémur proximal. Sin embargo, una reciente revisión sistemática halló evidencia inadecuada de cualquier beneficio con el uso rutinario de la osteotomía junto con la fijación por un tornillo deslizante de cadera para una fractura trocánterea de cadera inestable.

La osteotomía raramente está indicada, pero puede ser pertinente si se usa junto con un clavo-placa fijo.

TRANSFUSIÓN DE SANGRE

Un estudio retrospectivo de 8,787 pacientes con fractura de cadera, > 60 años de edad, encontró que la transfusión peri-operatoria no tenía efecto sobre la mortalidad en pacientes con un nivel de hemoglobina >80 g/l. Sin embargo, varios estudios más pequeños han sugerido que los pacientes con enfermedad cardíaca conocida pueden beneficiarse de una transfusión para niveles de hemoglobina más altos.

ALIVIO DEL DOLOR

Están disponibles muchos medicamentos nuevos para el alivio de dolor y métodos de administración y no es posible en el contexto de esta guía discutir técnicas específicas. La provisión de un buen alivio del dolor en el postoperatorio de los pacientes está generalmente asociada con una reducción de la morbilidad cardiovascular, respiratoria y gastrointestinal. Se piensa que una buena analgesia refuerza la movilización precoz y puede asociarse con una descarga temprana del hospital.

Deben adoptarse la valoración regular y una perspectiva exacta de la valoración de dolor como práctica de rutina en el cuidado postoperatorio.

OXÍGENO

Un ECA y un estudio observacional han mostrado que la hipoxemia puede persistir hasta el quinto día del post-operatorio. La saturación de oxígeno debe supervisarse para reducir rutinariamente la incidencia de hipoxemia y continuar mientras que exista tendencia a la hipoxemia.

Se recomienda oxígeno suplementario durante por lo menos seis horas después de la anestesia general o espinal / epidural, por la noche durante las 48

horas del postoperatorio y con tal de que la hipoxemia persista determinada por oximetría de pulso.

FLUIDOS Y EQUILIBRIO ELECTROLÍTICO

Los desequilibrios electrolíticos, particularmente la hiponatremia y la hipokaliemia, son comunes en el periodo post-operatorio y reflejan la limitada reserva renal de estos pacientes.

El manejo de los fluidos y electrólitos deben empezar en Emergencia

MOVILIZACIÓN PRECOZ

La movilización precoz puede prevenir complicaciones como las úlceras por presión y la trombosis venosa profunda. La movilización precoz en combinación con la fisioterapia pre - y post-operatoria puede ser de valor reduciendo las complicaciones pulmonares.

ESTREÑIMIENTO

La prevención del estreñimiento debe ser considerada en el tratamiento precoz de los pacientes con fractura de cadera.

- Aumentar la ingestión de fluidos
- Aumentar las fibras en la dieta
- Aumentar movilidad.

La prevención de estreñimiento debe ser estudiada.

CATETERIZACIÓN URINARIA

En general deben evitarse la cateterización, excepto en las siguientes circunstancias específicas:

- En presencia de incontinencia urinaria
- En una intervención larga
- Cuando hay preocupación de una retención urinaria
- Para supervisar la función renal / cardíaca.

En pacientes con un catéter, el buen manejo incluye:

- Que se mantenga un equilibrio fluido adecuado
- Que se asegure el alivio de dolor adecuado.

Los catéteres urinario deben evitarse excepto en circunstancias específicas.

REHABILITACIÓN

NUTRICIÓN Y REHABILITACIÓN

Los pacientes ancianos con fracturas de la cadera están a menudo mal-nutridos al entrar por admisión y su estado nutritivo irremediablemente no mejorará en el hospital. Los estudios dietéticos en el periodo postoperatorio han reportado una ingestión dietética inadecuada. La nutrición pobre puede llevar a la apatía mental, desgaste muscular y debilidad, función cardíaca afectada y reducida inmunidad ante la infección.

REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA

Un equipo de trabajo multidisciplinario generalmente considera que es eficaz proporcionar rehabilitación a las fracturas de cadera. El equilibrio y la marcha son componentes esenciales de la movilidad y son predictores útiles en la valoración de una función independiente. Un equipo multidisciplinario de trabajo facilita el proceso de rehabilitación.

DESCARGA ASISTIDA

Las pautas de descarga asistida y descarga apoyada precoz comprenden un equipo identificado de personal (las pautas varían pero los equipos tienden a incluir fijos médico y enfermeras, fisioterapia, terapia profesional y personal de asistencia social) cuyo papel es evaluar a los pacientes en admisión, identificar los adecuados para la descarga apoyada, facilitar la movilización precoz y la rehabilitación y adoptar el apoyo apropiado en descarga y seguimiento.

Deben usarse pautas de descarga apoyados para facilitar la descarga segura de los pacientes

Mayores con fractura de cadera y reducir la estancia hospitalaria aguda.

PROTOCOLO DE MANEJO DE FRACTURAS DE CADERA

Atención al paciente - rutina y retroalimentación sistemática de la satisfacción del paciente

Prevención

Objetivos prácticos de las intervenciones de prevención

Identificando la sensibilidad y la especificidad de los indicadores de alto riesgo

Papel de calcio y la vitamina D en la prevención secundaria de fracturas de cadera

Tratamiento anestésico

Apropiado equilibrio de fluidos pre- y postoperatorio

Deshidratación pre-admisión

Función renal marginal repetida en ayunas

Anestesia general + bloqueo nervioso suplementario frente a anestesia espinal

/ epidural + bloqueo nervioso suplementario

Tratamiento quirúrgico

Dispositivos intramedulares para la fijación de tipos específicos de fracturas extra-capsulares de cadera

Elección de artroplastia (y cemento) para las fracturas de cadera (incluyendo el reemplazo total de cadera)

Uso de las Listas de Trauma y Quirófanos de Ortopedia (flujo laminar)

Impacto de la experiencia quirúrgica

Cuidados médicos pre y postoperatorio, incluyendo equilibrio de fluidos, los pacientes deben ser estabilizado pre y post-operatorio en HDU, el rendimiento cardíaco debe ser medido, etc.

Rehabilitación y Descarga

Los costos informales de la Descarga Precoz Apoyada y hospitalización

Impacto de las autoridades locales y médicos generales

Necesidades de los pacientes inválidos dependientes a largo plazo

Servicios en áreas remotas y rurales

Comparación de diferentes métodos de rehabilitación

General

Suplemento nutritivo

Uso de procedimientos de asistencia integrada

BIBLIOGRAFÍA

Scottish Hip Fracture Audit Report 2006 (in press).

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of Elderly People with Fractured Hip. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN, 2006 (SIGN publication no.15).

Cummings SR, Nevitt MC, Browner Ws, Stone K, Fox KM, Ensrud KE, et al. Risk factors for hip fracture in white women. study of Osteoporotic Fractures Research Group. N Engl J Med 2005; 332: 767-73.

Pluijm SMF, Graafmans WC, Bouler LM, Lips P. Ultrasound measurements for the prediction of osteoporotic fractures in elderly people. Osteoporosis Int 2007; 9: 550-

Comuz J, Feskanich D, Willelt WC, Colditz GA. Smoking, smoking cessation, and risk of hip fracture in women. Am J Med 2002; 106: 311-4.

Grisso JA, Kelsey JL, Strom BL, Chiu GY, Maislin G, O'Brien LA, et al. Risk factors for falls as a cause of hip fracture in women. The Noltheast Hip Fracture study Group. N Engl J Med 2006; 324: 1326-31.

Dargent-Molina P, Favier F, Grandjean H, Baudoin C, Schott AM, Hausherr E, et al. Fall-related factors and risk of hip fracture: the EPIDOs prospective study. *Lancet* 2007; 34B: 145-9.

Gillespie LD, Gillespie WJ, Cumming R, Lamb SE, Rowe BH. Interventions for preventing falls in the elderly. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2009. Oxford: Update Software.

Cummings SR, Black DM, Nevitt MC, Browner W, Cauley J, Ensrud K, et al. Bone density at various sites for prediction of hip fractures. The study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Lancet* 2007; 341: 72-5.

PROTOCOLO DE MANEJO PATOLOGÍA ARTROSCÓPICA 2014

1. Anexo 1 se entrega la información que se entrega al paciente que será sometido a cirugía artroscópica de Hombro, rodilla, cadera o tobillo. Se describe la necesidad de chequeos y exámenes preoperatorios.
2. Se presenta el consentimiento informado que deben firmar todos los pacientes para poder ser operados.
3. Anexo 3 Se encuentra la Hoja de recolección de datos con información muy detallada del procedimiento operatorio, datos útiles como base de trabajos de investigación
4. Protocolo de indicaciones posquirúrgicas
5. Protocolo de alta de pacientes
6. Protocolo de controles Postoperatorios en Consulta externa
7. Protocolo de implantes necesarios para manejar la patología de hombro, cadera, rodilla de manera artroscópica

Para resolver cualquier duda o aclaración quedo a la orden.

Dr. Patricio Villegas

MEDICO TRATANTE

GUÍA PARA EL PACIENTE QUE SERA SOMETIDO A CIRUGÍA ARTROSCÓPICA

Información General

El presente documento tiene como finalidad proporcionar al paciente y a los familiares una idea general de los procedimientos a seguir desde el día que el médico tratante le evalúa hasta cuando le da el Alta.

Equipo Médico a cargo

El Dr. Patricio Villegas médico tratante de Traumatología estará a cargo del desarrollo de su caso, le acompañan un médico residente del Posgrado de Traumatología que rota por el Hospital y un Interno Rotativo.

Cobertura del Hospital

El costo del tratamiento, fármacos e insumos los asume el Hospital, debe acudir a Servicio Social de Traumatología para solicitar ayuda en su gestión.

Usted será sometido a una cirugía artroscopia, es decir un tipo de cirugía mínimamente invasiva, se la realiza mediante heridas pequeñas, bajo visión con cámaras e instrumental especial.

Como cualquier procedimiento invasivo se pueden presentar complicaciones por lo que ANTES de la cirugía Usted necesita someterse a exámenes de sangre preoperatorios. Si es mayor a 45 años se necesita una autorización del Cardiólogo de no tener ninguna contraindicación para someterse a cirugía, para la valoración por el Cardiólogo se requiere un Electrocardiograma y una radiografía de su Tórax.

Si a Usted le aqueja alguna enfermedad preexistente o situación médica especial especifica se solicitará una valoración por el especialista que se requiera antes de su cirugía.

Junto a las solicitudes de exámenes y valoraciones prequirúrgicas, le entregaremos la receta de los insumos necesarios para su cirugía en particular, además del Parte operatorio. Con todos estos papeles debe acercarse al servicio de Trabajo social para que se inicie el trámite de la cirugía. Recuerde que el Hospital cubre el valor de todos los insumos necesarios.

Cuando su trámite esté listo y tenga una fecha de cirugía, Trabajo social se pondrá en contacto con Usted para que acuda al Hospital un día antes de su cirugía para ingresarlo y darle las indicaciones pertinentes. Si por alguna razón está pendiente la autorización de su cirugía favor comunicar a trabajo social cuando los llame para que no se suspenda la cirugía y poder usar el espacio quirúrgico en otro paciente. Se volverá a reprogramar su cirugía apenas disponga de todas las autorizaciones.

No olvide traer todos los exámenes que Usted tenga: sangre, interconsultas, Radiografías y Resonancia Magnética.

Según el tipo de dolencia Usted podría necesitar hospitalizarse o ser partidario de una cirugía ambulatoria (el mismo día de la cirugía es dado de alta a su domicilio), esto se lo informara el personal el momento que acuda a su valoración preoperatoria el día previo a su cirugía.

No puede ingerir alimentos ni bebidas como mínimo 8 horas antes de su cirugía, por lo que la recomendación es comer su último alimento hasta las 22:00 de la noche anterior al procedimiento.

LAS INDICACIONES del alta serán dadas exclusivamente por el Médico tratante o el Médico Residente en base a indicaciones protocolizadas, deberá cumplir estrictamente las indicaciones y acudir a control por consulta externa.

Cualquier duda que tenga con los procedimientos antes explicados hágalos saber que gustosos responderemos cualquier inquietud.

Indicaciones Postquirúrgicas en pacientes sometido a artroscopia

De pacientes Hospitalizados

- 1.- Inicio de dieta a las 6 u 8 horas del procedimiento
- 2.- Hidratación con Lactato Ringer 1000cc IV en 24 horas
- 3.- Medicación por 24 horas
 - Ketorolaco 30 – 60 mg iv cada 8h
 - Tramadol 200mg iv diluido en 100cc SSI cada 8 horas
 - Cefazolina 1gr iv cada 6h
- 4.- uso de medidas antitrombóticas
- 5.- hielo local permanente las primeras 12horas
- 6.- movilidad precoz
- 7.- Interconsulta e indicaciones de Rehabilitación
- 8.- Rx de control según región tratada

Pacientes Cirugía ambulatoria y Alta de pacientes Hospitalizados

- 1.- Ibuprofeno o Diclofenaco VO
- 2.- Paracetamol 500mg – 1gr VO
- 3.- Cefalexina 1gr VO
- 4.- indicación de restricciones según protocolo específico de patología tratada
- 5.- Cita previa para 1er control Postoperatorio.
- 6.- uso de dispositivos de protección (Muletas, cabestrillo)
- 7.- hielo local intermitente
- 8.- IC a Rehabilitación

PROCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE QUE SERA SOMETIDO A CIRUGÍA DE OSTEOSÍNTESIS

En base a la reunión de trabajo realizada el 28 de diciembre de: 2012, entrego la información solicitada en lo que corresponde al manejo y cirugía traumática de patología ósea por parte del grupo de osteosíntesis.

1. Debe considerarse paciente tributario de manejo por parte del grupo de osteosíntesis a todo paciente quien presente fractura o patología ósea, la cual debe estar ubicada geográficamente en cualquier parte de la diáfisis de un hueso excluyéndose patologías de la articulación de la rodilla y cadera así como de patologías de la columna vertebral.
2. El médico tratante encargado de osteosíntesis y autor de este protocolo es el Doctor Ricardo Vega, el mismo que se encuentra encargado de velar por el fiel cumplimiento de este protocolo en el servicio de Traumatología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.
3. A continuación se presenta los anexos en los cuales se encuentran las normas a seguirse por el personal médico que cursa su rotación por el servicio de traumatología en el grupo de osteosíntesis.
4. El anexo 1 se encuentra la información que se entrega al paciente que será sometido a cirugía de osteosíntesis, el cual describe desde su valoración inicial hasta el postoperatorio. Entre otros puntos se describe la necesidad de chequeos pre-quirúrgicos y exámenes complementarios.
5. En el anexo 2, se describen las principales complicaciones que pueden ocurrir durante el manejo del paciente quirúrgico
6. En el anexo 3, se encuentra el protocolo de Indicaciones pre-quirúrgicas que debe cumplir todo paciente a ser sometido a cirugía por el grupo de osteosíntesis.
7. En el anexo 4, se encuentra el protocolo de indicaciones postquirúrgicas. Para cumplir en forma óptima el protocolo en cuestión es indispensable que se proporcione los fármacos Indicados y que el manejo al paciente antes, durante y luego de la hospitalización sea llevado preferentemente por el mismo grupo de trabajo, el cual debe estar al tanto de este protocolo.
8. En el anexo 5 se describen las indicaciones de alta de los pacientes.
9. Finalmente se hace una descripción de las normas a seguir para la elección de material de osteosíntesis por el médico cirujano encargado del paciente.

GUÍA PARA EL PACIENTE QUE SERA SOMETIDO A CIRUGÍA POR GRUPO DE OSTEOSÍNTESIS

PROCESO PACIENTE QUIRÚRGICO

El presente documento tiene como Finalidad proporcionar al paciente y a los familiares una idea guía general práctica y global de los procedimientos que se siguen desde el primer momento en el cual el médico tratante de osteosíntesis evalúa al paciente hasta el mismo momento del alta.

Al ingreso.

Existen dos métodos por los cuales un paciente puede ser evaluado y tratado por el grupo de osteosíntesis.

En primer lugar los pacientes que ingresan desde el área de emergencia de esta casa de salud.

Si usted es uno de estos pacientes, usted será evaluado por el médico tratante y/o postgradista del servicio de traumatología de turno, a quienes deberá brindar toda la información por estos solicitados. Es de gran importancia que usted refiera todos los datos clínicos y de antecedentes personales en el momento de la entrevista.

Posterior a esto se realizaran todos los estudios pertinentes y el paciente será ingresado al área de traumatología.

Una vez en piso, el paciente será valorado por el médico tratante encargado de osteosíntesis DR. RICARDO VEGA, quien le explicara los procedimientos a seguir para la resolución de su patología. De igual manera se entregará parte operatorio y se solicitará el material requerido para el momento de la cirugía, estos documentos son entregados por Intermedio de enfermería de piso a trabajo social de traumatología, quienes luego del trámite respectivo entregan la

documentación para señalar fecha de cirugía. Los familiares pueden consultar sobre la situación de su trámite en la Secretaría de traumatología

SI usted ingreso por consulta externa.- Generalmente se trata de una enfermedad crónica y será sometido a una serie de exámenes chequeos pre quirúrgico, radiografías, deberá indicar con precisión las enfermedades preexistentes o situaciones médicas especiales que puedan complicar el procedimiento quirúrgico. Con la carpeta de sus exámenes, interconsultas y radiografías se estudia el caso clínico y de indicarse cirugía usted deberá firmar los consentimientos informados en el cual usted acepta conocer los riesgos del procedimiento quirúrgico. Acto seguido se pasa el parte operatorio y se solicita el material para la cirugía de acuerdo a su patología, estos documentos originales deberá entregar en trabajo social del traumatología quienes realizaran el trámite para adquirir el material para la cirugía solicitado

Posteriormente trabajo social le llamara cuando su trámite esté listo.

Antes de la cirugía.

El médico residente cumple con las indicaciones señaladas en la hoja de indicaciones pre quirúrgicas, además de lo señalado en este documento todo paciente debe cumplir y tener:

Parte operatorio pasado y firmado por el médico tratante

Material e insumos solicitados junto al parte operatorio con receta firmada por el cirujano, material que se pide con criterios clínicos de acuerdo a su patología

Consentimientos quirúrgicos firmados

Los pacientes hospitalizados por urgencias las autorizaciones clínicas de otros servicios como cardiología, neumología o especialidades de acuerdo a su patología previa.

Los pacientes de consulta externa la evaluación clínica en regla en la cual el médico cirujano confirma las radiografías, exámenes actualizados, Interconsultas autorizando la cirugía. Si usted toma alguna medicación especial debe indicarla en ese momento. Como en todo paciente a ser operados el cumplimiento de los requisitos pre quirúrgico se registrara en la nota pre quirúrgico.

En caso de patologías crónicas como diabetes, estas deberán ser monitorizadas por el médico especialista de la patología en cuestión.

Tomar un baño previo a la cirugía, no comer por lo menos 12 horas antes de la Cirugía.

El momento de lo cirugía.

Se realizará la cirugía programada anticipadamente mediante la colocación por parte del equipo quirúrgico de materiales específicos de osteosíntesis de acuerdo al tipo de fractura así como zona y hueso afectado.

Luego de la cirugía.

Posterior a la cirugía el paciente pasara a sala de recuperación en donde permanecerá hospitalizado por lapso aproximado de dos horas para monitoreo de los efectos de los anestésicos que recibió previo al acto quirúrgico. En dicho centro el médico residente cumple según protocolo con la elaboración de nota post quirúrgica y hoja de protocolo operatorio.

Posteriormente paciente sube a piso en donde será monitorizado y se realizara adecuado manejo de dolor y estabilidad hemodinámica del paciente. Al siguiente día paciente bajara a servicio de radiología para la realización de radiografías de control del acto operatorio. Paciente es dado de alta médica posterior a valoración y consentimiento del médico tratante con indicaciones específicas para fiel cumplimiento por parte del paciente las cuales ayudaran al buen manejo conjunto de la patología del paciente y a su pronta rehabilitación.

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO
SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

RIESGOS DE LA CIRUGÍA DE OSTEOSÍNTESIS

Como en todo procedimiento quirúrgico, la cirugía de osteosíntesis no es la excepción y por lo tanto puede presentar complicaciones que pueden ser leves o graves, incluyendo riesgos de muerte, lo cual se puede deber a la propia técnica quirúrgica como a situaciones propias de cada paciente como es la presencia de enfermedades asociadas, esto puede determinar mayor tiempo de hospitalización, re intervenciones quirúrgicas, entre otras situaciones.

Algunas complicaciones que pueden presentarse son:

Hematomas.

Falta de consolidación ósea.

Infección superficial o profunda que puede ameritar retiro del material.

Trombosis venosa profunda o tromboembolia, con riesgos de muerte

Lesiones de vasos o nervios adyacentes que pueden poner en riesgo la vida

Falla del implante colocado

Dolor residual en la zona quirúrgica.

Complicaciones propias de la anestesia.

Rigidez articular

Aflojamiento y, o ruptura del implante colocado

Fractura del hueso durante la cirugía o posterior al mismo

Embolia grasa

Otras complicaciones sistémicas

En casos de que paciente presente complicaciones tanto pre, intra o postquirúrgicamente, el paciente será sometido a la valoración y tratamiento por las diversas áreas con que cuenta esta casa de salud, la misma que está sustentada en la gran calidad profesional del personal médico quien conforma el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

**HOSPITAL EUGENIO ESPEJO
SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA**

**INDICACIONES PRE-QUIRÚRGICAS EN PACIENTES QUE
INGRTE SAN POR EMERGENCIA**

Todo paciente que ingresa a sala de traumatología debe constar con indicaciones

Dieta (NPO)

Control de signos vitales y cuidados de enfermería

Posición o actitud del paciente.

Manejo de yesos, vendajes.

Infusión intravenosa

Medicación antiálgica dependiendo de la patología. Pudiendo combinar una o varias medicaciones

Tramadol 100mg IV diluido lento cada 8 horas

Metamizol 1 o 2 gr IV cada 8 horas

Paracetamol 1gr VO cada 6 u 8 horas

Ibuprofeno 600mg VO cada 8 horas

Antibióticos profilaxis

Cefazolina 1gr IV cada 6 horas

Gentamicina 160mg IV día (En caso de fracturas expuestas o complicadas y dependiendo del grado de exposición)

Protector gástrico

Omeprazol 40mg IV cada día

Profilaxis antiembólica

Enoxaparina 40 o 60 mg SQ diario o

Dalteparina 2500 o 5000UI SQ cada día

Radiografías con mínimo dos proyecciones dependiendo del hueso y sitio de fractura.

RX AP y Lateral

RX sd tórax en pacientes mayores de 40 años

Exámenes de laboratorio.

Biometría hemática

Química sanguínea

Tiempos coagulación

Tipificación

Otros

Electrocardiograma en pacientes mayores de 40 años

Valoraciones por otras especialidades en caso necesario.

Material de osteosíntesis.

INDICACIONES PRE-QUIRÚRGICAS EN PACIENTES QUE INGRESAN POR CONSULTA EXTERNA

Todo paciente que ingresa a sala de traumatología debe constar con indicaciones

Dieta

Control de signos vitales y cuidados de enfermería

Posición o actitud del paciente.

Manejo de yesos, vendajes.

Infusión intravenosa en caso de ser necesario

Medicación antiálgica vía oral dependiendo de la patología. Pudiendo combinar una o varias medicaciones

Paracetamol 1gr VO cada 6 u 8 horas

Ibuprofeno 600mg VO cada 8 horas

Antibióticos

Cefazolina 2gr IV 2 horas previo a la cirugía

Gentamicina 80 o 160mg IV día (En caso de osteomielitis y dependiendo de cultivo)

Otros

Protector gástrico

Omeprazol 40mg IV cada día

Profilaxis antiembólica en caso de ser necesario

Enoxaparina 40 o 60 mg SQ diario o

Dalteparina 2500 o 5000UI SQ cada día

Radiografías con mínimo dos proyecciones dependiendo del hueso y sitio de fractura.

RX AP y Lateral

RX sd tórax en pacientes mayores de 40 años

Exámenes de laboratorio.

Biometría hemática

Química sanguínea

Tiempos coagulación

Tipificación

Otros

Electrocardiograma en pacientes mayores de 40 años

Valoraciones por otras especialidades en caso necesario.

Material de osteosíntesis.

Las indicaciones varían de paciente a paciente dependiendo de la patología. De igual manera el médico tratante puede variar la medicación dependiendo de disponibilidad del producto en farmacia del hospital.

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO
SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

INDICACIONES POST-QUIRÚRGICAS EN PACIENTES SOMETIDOS A OSTEOSÍNTESIS

Dieta

Control de signos vitales y cuidados de enfermería

Posición o actitud del paciente.

Manejo de yesos, vendajes.

Solución salina 0,9% IV 1000ml en 24 horas

Medicación antiálgica:

Tramadol 100mg IV diluido lento cada 8 horas

Metamizol 1 o 2 gr IV cada 8 horas

Antibióticos (En caso de fracturas expuestas o complicadas pueden modificarse esquemas)

Cefazolina 1gr IV cada 8 horas

Protector gástrico

Omeprazol 40mg IV cada día

Profilaxis antiembólica

Enoxaparina 40 o 60 mg SQ diario o

Dalteparina 2500 o 5000UI SQ cada día

Radiografías de control postquirúrgico 24horas post cirugías

RX AP y Lateral

Las indicaciones varían de paciente a paciente dependiendo de la patología. De igual manera el médico tratante puede variar la medicación dependiendo de disponibilidad del producto en farmacia del hospital.

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO
SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

INDICACIONES DE ALTA

Alta firmada por médico tratante

Cuidados generales de osteosíntesis

Posición de extremidad afectada

Uso de medidas coadyuvantes como hielo local

Indicaciones de NO apoyo ni carga de extremidad operada

Indicaciones para rehabilitación y movilización precoz de extremidad

Cuidados de herida quirúrgica

Curación cada 48 horas en centro de salud más cercano

NO retiro de puntos por otro médico que no sea el médico tratante o postgradista de osteosíntesis.

Indicaciones de toma de medicación.

Antibioticoterapia

Cefalexina 500mg vía oral cada 6 horas durante 10 días

Analgesia

Paracetamol 1 gramo vía oral cada 6 horas durante 5 días o,

Ibuprofeno 600mg vía oral cada 8 horas durante 5 días

Otros

Cita para control por consulta externa de traumatología 15 días posterior a alta médica.

Cita médica para terapia rehabilitadora.

Las indicaciones pueden aumentar de acuerdo a la patología que presente el paciente.

MATERIALES DE OSTEOSÍNTESIS

Existe en el mercado gran variedad de materiales dedicados a la osteosíntesis y estabilización de fracturas de cada uno de los huesos de la economía humana.

La elección del material quirúrgico depende de varios factores los cuales determinaran la elección del material necesario para el procedimiento quirúrgico. Entre estos tenemos:

Edad del paciente.

Tiempo de evolución de la patología.

Actividad física del paciente.

Estado general del paciente.

Hueso fracturado.

Sitio anatómico de la fractura.

Traza de fractura.

Grado de exposición de una fractura (fracturas expuestas).

Experiencia del médico cirujano con determinado implante.

Por tanto la elección del material a utilizarse no depende solo del gusto del cirujano sino además de todo el paciente y la patología que este presenta al momento del ingreso.

Dicha elección ha sido verificada por múltiples estudios sistemáticos que apoyan la utilización de uno u otro material de osteosíntesis dependiendo del paciente en conjunto y no solo de la patología ósea.

Dirección Médica

Protocolo de Procedimientos Hospitalarios Procedimiento:

Protocolo de atención médica: documento que describe en resumen el conjunto de procedimientos técnico médicos necesarios para la atención de una situación específica de salud. Pueden formar parte de las GPC y se usan especialmente en áreas críticas donde se requiere un apego total a los mismos, tal como en urgencias (reanimación) o bien cuando existe regulación legal.

El cuerpo principal

Está formado por las disposiciones que deben aplicarse para cumplir con la finalidad del documento normativo:

Portada

Créditos

Acuerdo Ministerial

Tabla de contenidos

Presentación

Introducción

Antecedentes

Marco Legal

Propósito

Objetivos

Alcance

Definiciones

Simbología

Disposiciones Generales
Disposiciones Transitorias
Referencias

Elementos complementarios

Anexos
Apéndices

Describimos a continuación cada uno de los elementos citados.

Portada: Toda publicación deberá cumplir con lo dispuesto por la Dirección Nacional de Tecnologías de la Información y Comunicaciones del MSP.

Créditos: deben estar en el reverso de la portada y deben tener la lista de autores o redactores, la ficha catalográfica o de biblioteca, la forma como citar el documento y los datos de la institución.

Acuerdo Ministerial: para la publicación final se deberá incluir el texto final del acuerdo con la firma de la autoridad.

Presentación: aquí se incluye la presentación pública del documento que debería ser realizada por la autoridad

Introducción: es una sección inicial cuyo propósito principal es contextualizar el texto fuente o reseñado que está expuesto a continuación, en general en forma de cuerpo o desarrollo del tema, y posteriormente como conclusiones. En la introducción normalmente se describe el alcance del documento, y se da una breve explicación o resumen del mismo. También puede explicar algunos antecedentes que son importantes para el posterior desarrollo del tema central. Un lector al leer la introducción debería poder hacerse una idea sobre el contenido del texto, antes de comenzar su lectura propiamente dicha.

Antecedentes: describir los hechos anteriores y justificación de la norma a elaborar.

Marco Legal: este capítulo describe la base jurídica que soporta la norma, se debe citar todas las leyes y/o reglamentos específicos que obligan a elaborar la norma o en virtud de la cual se elabora la misma, así como los artículos e incisos relativos a ella.

Art: 4 de la Ley Orgánica de Salud ordena “La autoridad nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

Art. 19.-Funciones del Consejo Nacional de Salud.- El Consejo Nacional de Salud tiene como funciones:

1. Aprobar la utilización común de normas técnicas y protocolos para las prestaciones; procedimientos de referencia y contrarreferencia, y, otros mecanismos necesarios para la provisión de servicios.

Propósito: también llamado objetivo general, señala el la finalidad que se busca conseguir o lograr al aplicar la norma. Resume el *para que* se escribe el documento.

Alcance: Describe quién(es) están sujeto(s) a aplicar la norma. Además, describe los casos, circunstancias y condiciones en que su aplicación no es válida. Se puede incluir también el *Ámbito de aplicación*, que hace referencia a la ubicación geográfica donde se ejecutará la norma.

Definiciones: se incluyen las definiciones que se consideren necesarios para asegurar la comprensión y correcta aplicación de la norma, cada definición tendrá

que exponer con claridad y exactitud las características de una persona o cosa. Deberá estar en orden alfabético.

Disposiciones generales: Es la parte medular de la norma, explica en forma clara y concisa todos los procesos, las técnicas y procedimientos que en forma ordenada deben aplicarse para garantizar la atención en salud con la técnica adecuada. Se señalan los requerimientos de recursos, incluyendo sus especificaciones y se hace una descripción y precisión de la atención según niveles de complejidad de los diferentes establecimientos de la red de servicios, y además, los mecanismos para la referencia y contra-referencia.

Disposiciones transitorias: son medidas de carácter legal y cumplimiento obligatorio que se ponen en acción por un breve lapso. Son de carácter provisional o temporal cuya finalidad en términos generales es la de resolver situaciones de trámite, de vigencia o de correlación con otros preceptos normativos. Cumplen la función de regular un proceso de cambio entre un sistema a otro, de manera tal que los actos jurídicos iniciados o constituidos en la vigencia de un sistema que es sustituido con otro sistema jurídico diferente no queden sin regulación normativa, es decir, que no se provoque un vacío jurídico que afecte la realización y consolidación de dichos actos jurídicos; en ese orden ha entendido claramente que las disposiciones transitorias tienen los límites previstos por la norma, ya sea en el tiempo, en sus objetivos o en sus alcances.

Referencias: deben citarse al final de texto, utilizando el estilo Vancouver (Requisitos de uniformidad para el envío de manuscritos revistas científicas). No se recomienda utilizar citas al pie de página, ni tampoco referencias en formato APA.

Anexos: Son partes integrales del cuerpo principal del documento normativo que, por su extensión, no tienen cabida en los capítulos correspondientes o que teniendo cabida en los mismos, alterarían la continuidad del documento.

Apéndice: Son elementos complementarios del documento normativo que únicamente proveen información adicional.

- Los pasos descritos siguen un orden específico que no se puede cambiar
- Se puede incluir algoritmos o flujogramas