



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

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

**“Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de
rehabilitación física del Hospital IESS Manta 2012”**

Tesis de grado

Autora:

Cedeño Pazmiño Martha Teresa

Directora:

Viteri De Delgado Rita Marcela Mgs

**Manta
2012**

Mgs. Rita Marcela Viteri de Delgado

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA

CERTIFICA:

Que el presente trabajo denominado: **“Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de rehabilitación física del Hospital IESS Manta 2012”** realizado por el profesional en formación: Martha Teresa Cedeño Pazmiño, cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Manta, Julio 06 del 2012.

Mgs. Rita Marcela Viteri de Delgado

DIRECTORA DE TESIS

CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Martha Teresa Cedeño Pazmiño, declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

Manta, Julio 06 del 2012.

Lcda. Martha Teresa Cedeño Pazmiño

C.I. 130966434-8

AUTORÍA

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

Lcda. Martha Teresa Cedeño Pazmiño

AGRADECIMIENTO

A dios por ser mi guía, mi padre incondicional, por permitirme alcanzar esta meta

A la Universidad Particular de Loja, por brindarme la oportunidad de mejorar profesional y personalmente.

A mi Directora de Tesis, por la paciencia, sabiduría y orientación.

Lcda. Martha Teresa Cedeño Pazmiño

DEDICATORIA

Dios tu que has sido mi guía quien me permite ver lo hermoso que es un amanecer y un atardecer que das luz a cada día y paz a cada noche de mi vida a ti dedico esta etapa de mi vida al igual que cada paso que doy.

Madre como no dedicarte todos mis sueños, tu mi madre querida eres la responsable de cada triunfo de cada meta alcanzada, de cada sueño y de todas mis alegrías.

Mi esposo quien siempre me apoya, aquel que nunca permite que me derrumbe por mas dificultades que haya mi eterno amor.

Mis hijos Danna, Tiffany, Sebastián, mis pequeños tres amores cada uno esencial para mi vivir sin ustedes sería imposible, son mi todo mi vida entera y especialmente a ustedes les dedico este trabajo.

Mi hermano, quien siempre está junto a mí y apoya cada paso que doy.

Mi suegra, mi familia a todos ustedes que forman parte de este logro

A todos los que conforman el Servicio de Rehabilitación Física del Hospital IESS Manta, por darme el apoyo incondicional en cada una de las actividades y así poder realizar el presente trabajo.

Lcda. Martha Teresa Cedeño Pazmiño

INDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	Pág.
Caratula	I
Certificación	II
Autoría	III
Cesión de derechos	IV
Agradecimiento	V
Dedicatoria	VI
Índice de contenidos	VII
Resumen	VIII
INDICE	
Introducción	10
Problematización	12
Justificación	14
Objetivos	16
CAPITULO I	17
Marco Teórico	17
• Marco Institucional	17
• Marco Conceptual	22
CAPITULO II	42
Diseño Metodológico	42
• Matriz de Involucrados	42
• Árbol de problemas	44
• Árbol de objetivos	45
• Matriz de Marco Lógico	46
CAPITULO III	51
• Resultados	51
• Conclusiones	107
• Recomendaciones	108
• Bibliografía	109
Apéndice	112

RESUMEN

En el Hospital IESS Manta, se desarrolló un proyecto de intervención encaminado a mejorar la calidad de atención a la clase afiliada. La propuesta partió con la realización de un diagnóstico situacional, actividad en la que se priorizó como problema la mala calidad de atención a los afiliados. Al realizar el análisis de la problemática, se estableció la carencia de protocolos de atención y la necesidad de preparar al personal en lo referente al buen trato al usuario.

Logrando por medio de este proyecto implementar protocolos de atención en base al trato humanizado hacia la clase afiliada, se preparó al personal del servicio mediante conferencias de manejo de patologías, con lo cual hemos logrado alcanzar los resultados propuestos para que el Servicio de Rehabilitación Física brinde una atención de calidad con calidez y puedan los profesionales poner en prácticas los conocimientos adquiridos en su labor diaria, para contribuir a reducir el índice de complicaciones de las patologías con usuarios que se sientan satisfechos con la atención recibida considerándola eficiente y con un alto grado de compromiso de los profesionales.

ABSTRACT

In the Hospital IESS Manta, developed an intervention project aimed at improving the quality of care to the class affiliate. The proposal started with conducting a situational analysis, an activity that was prioritized as a problem of poor quality care to members. When analyzing the problem, the lack of established treatment protocols and the need to prepare staff regarding the proper treatment of users.

Achieved through this project to implement care protocols based on humane treatment to class member, was prepared by service personnel management conference pathologies, which we managed to achieve the proposed outcomes for the Physical Rehabilitation Service provides quality care with warmth and professionals can put into practice the knowledge acquired in their daily work, to help reduce the incidence of complications of the diseases with users who are satisfied with the care and efficient considering a high degree of commitment of professionals.

1. INTRODUCCIÓN

La Seguridad social en salud lleva implícita y explícitamente el requerimiento de la calidad de la atención. En este sentido y respondiendo a las necesidades de los usuarios se debe desarrollar acciones tendientes a obtener servicios de calidad con personal capacitado y predispuesto a colaborar con las diversas áreas de atención. Una situación preocupante en cuanto a la organización y funcionamiento de los servicios de rehabilitación, es el desconocimiento de la importancia de su quehacer, que hace suponer una priorización de los servicios de intervención directa por encima de los de apoyo terapéutico. Los profesionales en fisioterapia desarrollan sus actividades desde los diferentes campos de acción de intervención (promoción y protección específica, prevención, terapéutica y rehabilitación) siendo estos profesionales entes fundamentales en la promoción y prevención en salud.

“La satisfacción, la cual se podría atribuir a la calidad humana e idoneidad de los profesionales, los recursos físicos utilizados, y finalmente, la evolución clínica satisfactoria es la que determina el grado de calidad con el que se mide un servicio de atención. La calidad con la que se asiste a un usuario produce confianza y credibilidad y es mostrada mediante el respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración, la manera de escuchar y comunicarse constituye también un aspecto muy importante. Si los servicios de salud no brindan un trato adecuado, con profesionales competentes, se corre el riesgo que la atención no sea eficaz y por ende se compromete la calidad general de la atención”. Caja Costarricense de Seguro Social. (2005). *Guía Metodológica para la elaboración del Análisis de Situación de Salud*. Costa Rica

Este proyecto dispone una de las contantes más significativas de la actualidad, como es la calidad de atención en los servicios de salud. Teniendo un alto nivel de éxito en su desarrollo, por el empoderamiento mostrado por los directivos, jefaturas, personal de salud, usuarios, los cuales han colaborado constantemente para que se cumplan los objetivos establecidos. El presente trabajo diviso tres objetivos: Primer objetivo: Implementar protocolos de atención para evitar la cronificación de patologías, en el cumplimiento de este objetivo se obtuvo toda la participación de los directivos y del equipo de salud los cuales estuvieron comprometidos responsablemente con la elaboración e implementación de los protocolos de atención.

El segundo objetivo: Actualizar al personal del servicio de rehabilitación física en protocolos de atención y así lograr una pronta recuperación, para el cumplimiento de este objetivo se realizó dos talleres en los cuales se presentaron conferencias y la concurrencia a los mismos por parte del personal y los directivos fue positiva logrando actualizar en protocolos de atención a todo el personal que labora en el Servicio de Rehabilitación. El tercer objetivo: Educar a los usuarios de la unidad sobre actividad física en el hogar para acelerar los procesos de recuperación, para el cumplimiento de este objetivo se diseñaron trípticos y carteleras para su distribución, contando con el apoyo de los directivos y los permisos necesarios, se logró que la información fuera transferida en forma adecuada con resultados positivos.

En la actualidad el Servicio de Rehabilitación Física cuenta con protocolos de atención adecuados y el personal actualizado en dichos protocolos, los usuarios han sido preparados en actividades en domicilio lo que conllevó al mejoramiento en la calidad de atención brindada a los usuarios.

2. PROBLEMATIZACIÓN

La calidad de la atención de salud es la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. Para cumplir con este propósito es necesario contar con unas condiciones de capacidad tecnológica y científica que no son otra cosa que las condiciones básicas de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

Aunque existe un mercado de servicios privado creciente, en lo general el Ministerio de Salud sigue siendo el principal proveedor de los servicios. A pesar que ha habido grandes esfuerzos para aumentar la red de servicios de atención, existen barreras de tipo estructurales que están relacionadas con la accesibilidad de tipo geográfica, económicas, organizacionales y culturales que impiden cumplir lo planteado en las políticas y que exista una verdadera equidad de la atención de los servicios de salud a esto se suma la creciente insatisfacción de los usuarios sobre todo en lo que respecta a seguridad social, en referencia a la calidad de atención brindada por parte de los profesionales de salud, inconformidad en los esquemas de atención y deterioro en los servicios. Se ha observado que a medida que se mejora la calidad de los servicios de salud se obtienen resultados positivos, los costos son bajos y la demanda satisfecha.

La insatisfacción de los usuarios en lo que respecta a la atención en los servicios públicos de salud y sobre todo de la seguridad social conllevan a que este sea uno de los problemas más grandes del sector salud, ocasionando quejas constantes y la fragmentación de las políticas de atención de salud las cuales tienen como base fundamental la calidad en la prestación de servicios. Es esencial que hospitales como el IESS que brinda atención a la mayor parte de la población, realicen una estandarización de procedimientos y protocolos de tratamiento, adopte planes continuos de capacitación al personal en el trato al paciente y a sus familiares, para

así poder promover la salud en forma equitativa y con calidad, obteniendo la satisfacción por parte de los usuarios. En este contexto en el servicio de Rehabilitación física del hospital del IESS Manta , se realiza un diagnóstico situacional participativo en el que se determina como problema principal la existencia de una mala calidad de atención a los usuarios que acuden al Área de Rehabilitación Física del Hospital IESS de Manta , estableciéndose como factores determinantes los siguientes:

1. Necesidades no son priorizadas, por la insuficiente gestión del área lo que conlleva a que no existan protocolos de atención al usuario en el servicio de rehabilitación física.
2. No existe coordinación con el equipo interdisciplinario de la institución lo que ocasiona la ausencia de programas de educación continua, por lo cual el personal de rehabilitación no se actualiza en protocolos de atención al usuario.
3. Excesiva demanda de pacientes, producto de la ausencia de planificación en lo referente a la educación de los usuarios sobre actividad física en el hogar.

El límite teórico del proyecto: Mejoramiento De La Calidad De Atención En El Servicio De Rehabilitación Física En El Hospital del IESS de Manta, del Año 2011-2012. Se fundamenta: Teniendo relación con las políticas de gobierno en lo referente al campo de la rehabilitación física, El Estado, en sus diferentes niveles y de acuerdo a sus competencias, debe dar respuesta a las necesidades de las personas a través de políticas integrales de prevención, atención integral e integración social. Además se sustenta en el plan del buen vivir.

En referencia al límite temporal la propuesta se desarrollará desde octubre del 2011, hasta marzo del 2012. El área geográfica considerada para la realización del proyecto corresponde a: El servicio de Rehabilitación Física del Hospital del IESS Manta, se encuentra ubicado en la Avenida La Cultura contiguo al Albergue Municipal de Manta. Con los antecedentes ya señalados surge la interrogante ¿Es factible desarrollar un proyecto para Mejorar la Calidad de Atención que se da a los usuarios que acuden al Área de Rehabilitación Física del Hospital del IESS de Manta año 2012?

3. JUSTIFICACIÓN

El mundo está cambiando en las últimas décadas en relación a la importancia de la calidad como componente esencial en todo sistema de salud. Ello se relaciona con que, a medida que la sociedad alcanza un nivel mayor de vida, adquieren relevancia cuestiones estrechamente emparentadas con ello: la protección de la salud, los derechos de los pacientes-consumidores, etc. En líneas generales, los pacientes pueden parecer poco sensibles a la calidad de la atención médica, quizás por conformismo, quizás por ignorancia, u otros factores. Incluso, un paciente puede encontrarse globalmente satisfecho con el sistema hospitalario en general, pero cuando se tienen en cuenta cuestiones concretas como la amabilidad en la atención, el trato, y la relación con el personal de salud, con todo lo que ello implica, pueden aparecer críticas importantes o relevantes que deben ser tomadas en cuenta.

Estas cuestiones que en la sociedad actual resaltan, inciden en todos los actores del sistema de salud. En el presente trabajo se realizó un análisis de la situación actual del servicio de fisioterapia del hospital del IESS de Manta, cuestiones como la calidad de la atención, su gestión, y su relación con el campo de la responsabilidad como fuente generadora de derechos y obligaciones para lo cual es necesario que los trabajadores de salud estemos preparados para brindar una atención oportuna y de calidad a los usuarios, que permita disminuir la gran demanda de pacientes insatisfecho por motivos de no recibir la atención adecuada esto se refiere no solamente al trato cordial, también abarca aspecto como realizar tratamientos integrales, información adecuada y clara a los pacientes y familiares, facilidad para educar al paciente en los cuidados en casa y el trabajo, acceso a las citas, protocolización de atención en general.

La meta de los servicios de Rehabilitación es obtener el máximo nivel de independencia de sus pacientes, tomando en cuenta sus capacidades y aspiraciones de vida. Para esto es necesario contar con personal altamente capacitado en protocolos de atención y predispuesto a informar a los usuarios y familiares sobre todas las actividades dables en el domicilio con la mayor calidad y calidez en sus prestaciones, pudiendo evidenciarse el gran impacto que conlleva la atención de calidad con eficiencia y eficacia en beneficio del sector salud. Desde el punto de vista teórico el desarrollo del presente proyecto es sumamente importante

puesto que la calidad de atención es la clave esencial para disponer de un servicio altamente calificado, que permita mejorar las capacidades físicas, mentales y sociales de nuestros usuarios lo que conlleva a la asertividad en las prestaciones de salud y el beneficio directo a la clase afiliada mejorando su estado de salud y calidad de vida.

En cuanto a la relevancia contemporánea se enmarca en el escenario actual de las políticas del buen vivir. Desde el punto de vista social, se benefician de este proyecto todos los usuarios que acuden al Servicio de Rehabilitación del Hospital del IESS Manta, los cuales obtendrán una atención de calidad por parte de los profesionales de salud que laboran en este servicio, los mismos que por mucho tiempo han recibido una atención inadecuada y de mala calidad. Desde el punto de vista profesional el desarrollo de este proyecto me ha permitido crecer en todos los ámbitos, siendo parte de un proceso de actualización en mi área de trabajo que beneficia a la clase afiliada y la sociedad en general.

4. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERAL:

Mejorar la calidad de atención a los usuarios externos que asisten al Servicio de Rehabilitación Física en el Hospital del IESS-Manta, mediante la implementación de protocolos de atención, actualización del personal del servicio de rehabilitación física en protocolos de atención y educación a los usuarios sobre actividad física en el hogar. A fin de disminuir las complicaciones

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Implementar protocolos de atención para una evitar la cronificación de patologías
- Actualizar al personal del servicio de rehabilitación física en protocolos de atención y así lograr una pronta recuperación
- Educar a los usuarios de la unidad sobre actividad física en el hogar para acelerar los procesos de recuperación.

CAPITULO I

1. MARCO TEORICO

1.1. MARCO INSTITUCIONAL

1.1.1. Aspecto geográfico

El Hospital del IESS de Manta, se encuentra ubicado en la Avenida La Cultura contiguo al Albergue Municipal de Manta. Su ubicación geográfica, limita al Norte con el Centro Comercial La Bahía, al Sur con el Albergue Municipal y Colegio 5 de junio, al Este parte de los Barrios Unidos, al Oeste con el Mirador de la Avenida La Cultura. Los límites del cantón Manta son: al norte y al oeste con el Océano



Pacífico, al sur con el Cantón Montecristi, y al este los Cantones Montecristi y Jaramijó. Su ubicación es estratégica para el ingreso de todo tipo de embarcaciones, ya que se encuentra en el centro del litoral Ecuatoriano. Posee una extensión de 3.500 km². <http://www.manta360.com/verguia>

El relieve o suelo es bastante irregular, tiene montañas muy bellas pero de poca altura; además, existen pequeñas extensiones de territorio de características estéril o seca con pequeños arbustos. El clima del cantón está marcado fuertemente por la presencia de las corrientes frías de Humboldt y cálida de El Niño catalogado como de clima tropical mega térmico semiárido, con precipitaciones promedio de 300,2 Mm, y humedad relativa media anual del 77%. En las montañas de Pacoche y San Lorenzo tenemos fuentes y vertientes naturales de agua. Las costas son irregulares, hay cabos, ensenadas y bahías. Sus parroquias son:

Urbanas: Manta (cabecera cantonal), Tarqui, Los Esteros, Eloy Alfaro y San Mateo,

Rurales: Santa Marianita y San Lorenzo

Recintos: San Juan, La Travesía de Jome; Los Tres Pachoche - de afuera, del centro y de arriba o de adentro: El Aromo; Liguique; Las Piñas; Santa Rosa.
<http://www.manabi.gob.ec/cantones>

1.1.2. Dinámica Poblacional

El cantón Manta según proyecciones del año 2010 cuenta con 221.280 habitantes distribuidos en la zona urbana 210.675 y en la zona rural 10.605 habitantes.

CUADRO N°1

PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE MANTA DEL 2010

URBANA	210.675	95.2%
RURAL	10.605	4.8%

FUENTE: INEC. PROYECCIONES DEL 2010

ELABORADO: MARTHA CEDEÑO

CUADRO N°2

EDAD POBLACIONAL DE MANTA – PROYECCIÓN 2010

MENORES 1 AÑO	4.602,62	2,08%
1-9 AÑOS	43.370,88	19,60%
10-14-AÑOS	22.946,74	10,37%
15-29-AÑOS	65.675,90	29,68%
30-49-AÑOS	54.014,45	24,41%
50-64-AÑOS	17.945,81	8,11%
65 Y MAS	12.723,60	5,75%
TOTAL	221.280,00	100,00%

FUENTE: INEC. PROYECCIONES DEL 2010

ELABORADO: MARTHA CEDEÑO

Análisis e Interpretación

La población del Cantón Manta según la proyección del año 2010, representa el 17.2% del total de la provincia; ha crecido en el último periodo de proyección poblacional del año 2010 a un ritmo 3.4% promedio anual. El 4.8 de su población reside en el área rural; y el 95.2% reside en el área urbana. Tomando en consideración el total de la población observamos que se caracteriza por ser una población joven; ya que el 61.73% son menores de 30 años, y el 38.27%. El 80% de la población ha crecido en base a inmigración de habitantes de todos los cantones de la provincia.

Desde hace décadas hasta la actualidad Manta se ha convertido en el rincón y sueño de los Manabitas, prueba de ello es que el 80% de la población que aquí viven es de todos los cantones. La tasa de Fecundidad es del 21,18%, tasa de Natalidad es del 6,35% y la tasa de Mortalidad es del 333,81%. La densidad poblacional de Manta es de 63 habitantes por kilómetro cuadrado.

1.1.3. Misión de la Institución

“Es la de proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos consagrados en la Ley de Seguridad Social”.
<http://www.iess.gob.ec>

1.1.4. Visión de la Institución

“El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se encuentra en una etapa de transformación, el plan estratégico que se está aplicando, sustentado en la Ley de Seguridad Social vigente, convertirá a esta Institución en una aseguradora moderna, técnica, con personal capacitado que atenderá con eficiencia, oportunidad y amabilidad a toda persona que solicite los servicios y prestaciones que ofrece”. <http://www.iess.gob.ec>

1.1.5. Organización Administrativa

El hospital del IESS de Manta se encuentra administrado por el siguiente personal:

Director: Dr. Hernán Salazar Vega

Director Técnico de Hospitalización y Ambulatoria: Dr. Cristóbal Quijije Castro

Director de Medicina Crítica: Dr. Carlos Bayas

Director Técnico Imagen y Diagnóstico: Dr. Federico Vera Reyes

Jefe Departamento de Recursos Humanos: Ing. César Posligua

Jefe Departamento de Enfermería: Lcda. Matilde Mancilla

Jefe de Cirugía: Dr. Fernando Donoso

1.1.6. Servicios que presta la Institución

El Hospital IESS de Manta está considerado como Hospital Provincial Nivel II, organismo orientado a brindar una atención terapéutica y la satisfacción de necesidades de salud del usuario, familia y comunidad en las áreas de Prevención, Promoción, Asistencia y Rehabilitación, con énfasis en la salud materno-infantil, en lo que se refiere a inmunización, regulación de la fecundidad, detección oportuna del cáncer, medicina general, preventiva, curativa. Además satisface las necesidades bio-psico-social por medio del trabajo coordinado entre los miembros de equipo de salud.

Además posee una edificación de 5 pisos, de los cuales se encuentran habilitados 2 pisos altos y la planta baja, con un área de parqueo tanto para el personal como para los habitantes que tienen acceso a la atención en las diferentes especialidades con que cuenta la institución, tales como Neurología, Otorrinolaringología, Traumatología, Fisiatría Urología, Nefrología, Cardiología, Endocrinología, Odontología, Oftalmología, Ginecología, Dermatología, Medicina General, Geriatria, además de áreas auxiliares de diagnóstico y tratamiento como son Imagenología, Laboratorio y Terapia y Rehabilitación.

Tal es así que los pacientes pueden ser atendidos tanto por consulta externa así como por emergencia, o ser ingresados en el área de hospitalización sea éste en clínica, cirugía o cuidados intensivos, servicio muy importante con el que contamos ya que ha salvado algunas vidas humanas, puesto que está física y tecnológicamente preparado para brindar una atención con calidad.

1.1.7. Políticas

La Base Legal de la institución señala como políticas el apego a las Normas, Leyes Institucionales, Reglamentos, y Resoluciones tanto de la Comisión Interventora así como las Resoluciones que emite el Consejo Directivo del IESS, para su aplicación y cumplimiento. Sus políticas se enmarcan dentro de:

- Administración de los programas de fomento y prevención de la salud.
- Asistencia médica integral y de maternidad.
- Atención odontológica preventiva y recuperativa.
- Subsidios monetarios transitorios y de maternidad.
- Coordinar los programas gerontológicos.
- Ejecutar el proceso de acreditación interna y externa.
- Asistencia médica preventiva y curativa de hijos menores de 18 años, cónyuges o convivientes con derecho.
- Administrar el presupuesto anual con análisis prospectivo y retrospectivo.
- Administración patrimonial.
- Cumplir normas legales y procedimientos.

1.2. MARCO CONCEPTUAL

1.2.1. CALIDAD

El concepto de calidad tiene su origen en los procesos industriales. Así, en el ámbito de las empresas se habla de Calidad total como el conjunto de principios, de métodos organizados y de estrategia global que intentan movilizar a toda la empresa con el fin de integrar los esfuerzos de mejora continua de todas las personas y estamentos de la organización para proveer productos y servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores al menor coste. Juran define la Calidad como la idoneidad o aptitud para el uso de un determinado producto o servicio; es decir, un producto o servicio será de Calidad si sirve para lo que está previsto que sirva. Este concepto exige una definición previa de qué necesidades y expectativas están previstas que sean satisfechas por el producto o servicio a evaluar. <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/calidad.pdf>

“Deming define la Calidad en función del sujeto que ha de juzgar el producto o servicio, consiste en localizar el problema y atacarlo de raíz, a través de 4 etapas las cuales son: Planear, Hacer, Verificar y Actuar”. <http://www.gestiopolis.com>

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

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

“La OMS define que la Calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos

más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso". OMS. (2011). *Calidad de la Asistencia Sanitaria*.

La calidad ha evolucionado en la misma medida en que han evolucionado las sociedades, las personas, los métodos de producción y distribución, el transporte, los medios de comunicación, la tecnología de la información y los mercados, se ha transitado desde la típica inspección de siglo XIX, seguida de una fuerte vocación por el control estadístico, hasta los conceptos más recientes que tienen que ver con la calidad total y el mejoramiento continuo de la calidad. GONZALEZ Miranda, CHAMORRO F.J., RUBIO Lacoba A. (2007). *Introducción a la gestión de la calidad*. Madrid- España: Delta. Pag. 2.

1.2.1.1. Las 3 dimensiones de la calidad

“La calidad de los servicios sanitarios tiene tres componentes fundamentales: técnico, interpersonal y de amenidad. Los elementos técnicos están constituidos por las investigaciones, tratamientos e intervenciones. Los elementos interpersonales incluyen características tales como la comunicación y la consideración de la dignidad del paciente; en cuanto que los elementos de amenidad se refieren a las condiciones del entorno y hoteleras (alimentación, lavandería, etc.). Desde una perspectiva que incumbe a la salud pública, estos componentes se podrían completar con la asistencia proporcionada a la comunidad, implicando dimensiones tales como accesibilidad y equidad”. Linderman et al. (2004). Molina et al., (2007). *Dimensiones de gestión de calidad*

Por pragmatismo, quizá sea conveniente limitarse a discutir las tres dimensiones de la calidad de los servicios sanitarios 1: calidad para el cliente, calidad administrativa y calidad profesional. Si la calidad ha sido definida como “cubrir completamente las necesidades de los que más necesitan el servicio, al menor costo para la organización, dentro de los límites y directivas establecidos por los estamentos superiores y por los compradores del servicio”, la interrelación entre los tres círculos se clarifica. En particular, es importante no ceñirse a mejorar la satisfacción de aquellos pacientes, o clientes, que reciben el servicio, sino responsabilizarse de que todos aquellos que necesiten el servicio puedan acceder al mismo.

Es este concepto el que obliga a que se efectúe una valoración de las necesidades de la población, lo que cae dentro de los dominios de la salud pública. Pero también se requiere que, para proporcionar asistencia de calidad a los pacientes, la eficiencia del servicio se tome en cuenta; esto es, que se evite malgastar recursos que puedan ser empleados con otros pacientes.

1.2.2. LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA MÉDICA

Su introducción en el campo de los servicios ha tenido necesariamente que adecuarse a las particularidades que los distinguen del sector industrial el producto no puede ser almacenado ni reciclado; el proceso es intangible; prestador y cliente deben coincidir en tiempo y espacio; los valores relativos a la comunicación interpersonal son decisivos. Las particularidades de los servicios resultan aún más significativas cuando se trata del sector salud, pues obligan a modificar sustancialmente o a adaptar los métodos y técnicas originados en la industria. CARNOTA, O. (2005). *Tecnologías gerenciales: una oportunidad para los sistemas de salud*. Universidad de Panamá; 246-47.

Algunas de esas particularidades son:

- El cliente (paciente, familiar o la comunidad) es parte de la ejecución del servicio, por tanto es sujeto y objeto en la creación de valor.
- Es un servicio imprescindible tanto para la persona sana como para la enferma, lo cual le da carácter de universal.
- El prestador tiene una posición privilegiada con respecto al cliente, por lo que influye decisivamente sobre el consumo, del cliente y de la institución.
- Muchos errores y daños prevenibles tienen carácter irreversible o al menos provocan repetición de intervenciones.
- Cada paciente es un caso único e irrepetible.
- La calidad en salud no está vinculada sólo con satisfacción de clientes y manejo adecuado de los costos, dado que incluye mejorar la calidad de vida de las personas, extenderla y en muchos casos evitar se enfermen o mueran innecesariamente.

“Malagón-Londoño, al referirse a los errores y fallas que implican mala calidad en cualquier sector, compara la industria con los servicios de salud y señala que los primeros “Se pagan con pérdidas de dinero, mientras que la segunda lo hace con pérdidas de vidas, aspecto de gravedad social y moral, que implica no solo el desprestigio definitivo de la institución, sino su condena ética y penal”. MALAGON, L. (2006). *Garantía de calidad en salud*. 2da. Edición. Editorial: Médica Internacional. Colombia..Página 5.

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

1.2.3. TENDENCIAS MÁS RECIENTES EN EL ABORDAJE DE LA CALIDAD EN SALUD.

Tres son los conceptos que más recientemente se han venido manejando con respecto a la calidad en salud: garantía de calidad, control de calidad total y mejoramiento continuo de la calidad. La garantía de calidad (Quality Assessment) en salud aparece inicialmente en Estados Unidos de Norteamérica en la primera década de los años setenta y estaba basada en el sistema de aseguramiento de la calidad de Juran. Esta concepción se extendió con mucha rapidez en Canadá y los países latinoamericanos, principalmente Argentina, Colombia, Costa Rica, Cuba y Chile. En Europa, el proceso fue mucho más lento y difícil y sólo gracias al empeño de países promotores, particularmente Italia y España, se pudo quebrar la resistencia. Esta situación ha mejorado sustancialmente bajo la conducción de la European Foundation for Quality Management. CARNOTA, O. (2005). *Tecnologías gerenciales: una oportunidad para los sistemas de salud*. Universidad de Panamá; Pag. 242.

La garantía de la calidad en salud hace énfasis en la evaluación desde fuera de la ejecución, o sea una persona o equipo de personas valora la intervención o el proceso realizado por otra persona o equipo de personas.

El que evalúa y el que es evaluado pueden pertenecer o no a la misma organización. Este enfoque dio origen a diferentes comités de calidad, tales como el de fallecidos, el de historias clínicas o el de infecciones, así como a las auditorías médicas y a las organizaciones especializadas en revisiones profesionales en el campo de los servicios médicos. El punto débil de este enfoque es cuando los resultados de la evaluación no se convierten en acciones correctivas, lo cual es también cierto para cualquier actividad, sector o rama.

La garantía de la calidad es un enfoque que sigue vigente en numerosos países y forma parte de los documentos públicos que regulan los sistemas de salud, pero en la mayoría de los casos aparece mezclada con conceptos más recientes y en otros se le asocian definiciones que desbordan el contenido del término. Para Feigenbaum, la calidad no sólo es un componente central del proceso de hacer el producto o el servicio, sino que involucra a todas las funciones gerenciales y a sus ejecutores. Como resultado de esta concepción, el enfoque de la calidad se ha renovado, pasando del concepto de calidad orientada al cliente, al de actividades orientadas al cliente. CHOW, M. (2005) *La calidad total como estrategia de competitividad para las empresas mexicanas*. Parte 6. Losgurús de la calidad total. Instituto Tecnológico de Baja California. México

La introducción del concepto de calidad total, permitió modificar conceptos muy enraizados que consideraban la calidad una responsabilidad exclusiva de las personas relacionadas directamente con la producción y un problema que sólo podía resolverse en las áreas técnicas. A lo anterior se añadía un énfasis notable en la evaluación de la calidad, en detrimento de la acción consecuente, o sea la mejora y la innovación.

El concepto de *mejoramiento continuo de la calidad* es inseparable del de calidad total, de hecho, muchos autores y especialistas los manejan como una unidad. El aporte fundamental de este concepto radica en la idea de ciclo concebida por Shewart (1891-1967) que se identificapora el acrónimo PDCA (Plan, Do, Check, Art) en idioma inglés y en español como PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar). Tal idea fue desarrollada ampliamente por Deming (1900-1993), como parte de su conceptualización acerca del mejoramiento continuo de la calidad, al punto de que

en la actualidad, es más conocido como ciclo de Deming. La idea de este ciclo no es nueva, de hecho estuvo presente en los fundadores de la Administración Científica, particularmente Fayol (1841-1925), cuando la concibió como conformada por un ciclo integrado por Planificación, Organización, Dirección y Control, que aunque no parecen idénticas en sus denominaciones, si tienen mucho parecido en cuanto a su concepto de flujo lógico, que es cómo actúan.

En la práctica diaria se utiliza calidad total como forma simplificada de referirse a su original en idioma inglés. Esto ha llevado a la idea de que se trata de calidad absoluta, sin errores ni fallas, que de ninguna manera se corresponde el concepto de total quality control, ni con el de mejoramiento continuo de la calidad. La concepción de ciclo en el mejoramiento continuo de la calidad aporta tres ideas básicas fundamentales: la corrección de errores y fallas en el proceso productivo o de servicios; la innovación como manera de pasar a etapas superiores de calidad aventajando lo que hasta ese momento se consideraba como bueno; y el horizonte desplazable representado por un proceso que no termina nunca.

El control total de la calidad y mejoramiento continuo de la calidad, como una unidad, ha sido el objeto de numerosas contribuciones por parte de figuras claves de la calidad, tales como Joseph Juran con el diagrama de la trilogía de la calidad, Deming con el desarrollo del PHVA, los catorce puntos y las siete enfermedades de la gerencia; Ishikawa(1915-1989) con los círculos de calidad y el diagrama de causa efecto que lleva su nombre; Masaakilmai, (1930-) con el Kaizen que se constituyó en una filosofía y en un sistema de gestión orientado a la calidad. Estos y otros aportes han consolidado un cuerpo de teorías, métodos e instrumentos debidamente estructurados que forman la base de cómo se maneja la calidad en las condiciones contemporáneas.

Varios de los conceptos básicos de mejoramiento continuo, tienen una particular significación para las instituciones y sistemas de salud. En opinión de la autora, estos son los de mayor importancia: Situar la calidad no como una actividad independiente, sino como parte inseparable del trabajo de los gerentes, supervisores, profesionales, técnicos y empleados de base, que en el caso de la salud se extiende a los pacientes, los familiares y la comunidad.

El énfasis en las causas y no en los efectos, que incluye la aportación de herramientas y métodos eficaces para el análisis y solución de problemas, lo que permite reorientar el enfrentamiento de las fallas hacia sus verdaderos orígenes. El ciclo infinito de mejoramiento continuo integrado al proceso gerencial y que incluye no sólo la corrección orientada a ajustarse a los estándares, sino sobre todo la orientación hacia la innovación y el alcance de niveles superiores de resultados, para lo cual se aportan también herramientas y métodos adecuados.

Este enfoque se ajusta totalmente al caso de la salud donde la dinámica del desarrollo científico y tecnológico es muy alta, la gestión por procesos con la cual se rompe con la rígida estructura por departamentos y servicios para pasar a sistemas de salud verdaderamente integrados que se orientan a disminuir la variabilidad en la práctica clínica cada vez más compleja y especializada, garantizar la continuidad de la asistencia y, sobre todo, lograr que los ciudadanos reciban un servicio personalizado y de calidad que responda a sus necesidades y expectativas. *ÁLVAREZ, M. (2009) Guía de diseño y mejora de procesos asistenciales mejorados. 2da. ed. España. Junta de Andalucía. Consejería de Salud.; Pag. 13.*

1.2.4. AUDITORÍA DE LA CALIDAD

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

Así la Auditoría Médica se concibe como una instancia educadora más que punitiva y sancionadora, donde se trata de aprovechar las experiencias, tanto las negativas, a través del análisis de incidentes-accidentes, como de las positivas para ir introduciendo en forma gradual correcciones y mejoramiento en cada uno de los procesos de atención, para satisfacer los requerimientos de los pacientes y sus familiares y así poder cubrir las crecientes expectativas de los pacientes que acuden a nuestras instituciones de salud. En el cumplimiento de estos requerimientos, la Auditoría Médica se constituye en:

- Un sistema de educación y perfeccionamiento continuo, preocupado de la Calidad, seguridad, calidez y humanidad de las prestaciones sanitarias, tratando de lograrlo a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje, motivación y participación de todas y cada una de las personas que atienden pacientes.
- Una instancia de mediación conciliación y solución de conflictos que puedan surgir en la relación médico-paciente, pariente e instituciones en beneficio de los involucrados y afectados.
- Un sistema que más que sancionar tiene un carácter preventivo del error médico y reparador del mismo de carácter no punitivo.

En cumplimiento de sus objetivos la Auditoría Médica tiene algunos campos de acción:

- 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 Médico-Legales: establecer que se cumplan las normas legales y las disposiciones sanitarias vigentes. A) Prevención de la mala praxis y el error médico. B) Recomendaciones para el manejo de conflictos. C) Tratamientos de conflictos y eventos potencialmente indemnizables. D) Actuación en estrecha colaboración con la asesoría legal de la institución.
- 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 Auditoría Médica se puede analizar la Calidad, la prestación costo-beneficio y la eficiencia, permitiendo la elaboración de indicadores de Calidad.

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

<http://www.analizacalidad.com/docftp/fi196cauditores.pdf> - España

1.2.5. LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La relación médico-paciente es una forma específica de manifestarse las relaciones humanas. De aquí se deriva la pregunta ¿Qué le da la especificidad a la relación médico-paciente que le otorga identidad propia respecto a los demás tipos de relaciones humanas? Varios elementos se toman en cuenta, el primero es el del “ámbito”, la promoción, el sustento y la restauración de la salud es el ámbito en

donde se da la relación. La prioridad en la relación es, entre otras, rescatar la condición humana del hombre que sufre, deteriorada en cierta medida por la enfermedad. Una primera categorización es el modelo de relación médico-paciente de Veatch en el que se plantean tres tipos de relación: la matemática, la sacerdotal y la contractual. En una segunda categorización encontramos el modelo político de la relación, configurada por la relación médico-paciente tipo monárquica, oligárquica y democrática. Fusté J, Rué M. (2001) *Variabilidad en las actividades preventivas en los equipos de atención primaria de Cataluña. Aplicaciones del análisis de niveles múltiples*. GacSanit; 15: 118-127.

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

1.2.6. CALIDAD Y RESPONSABILIDAD

Observar el tema de la calidad en materia de auditoría no es referirnos a nada nuevo, ya que hace tiempo se trabaja en ello. Calidad de la atención médica, calidad de la prestación de salud. Existen autores que refieren que no basta con poner a disposición solamente los medios, los recursos, sino que es esencial que estos funcionen. GARAY, OSCAR ERNESTO. (2003) *La necesidad del derecho médico preventivo, en Responsabilidad Profesional de los Médicos*, La Ley, pág. 2

“Walter Carnota, explica que “no se trata de una pretensión de cantidad, sino de calidad”. Dice que si bien hay un consenso acerca de las necesidades de mayores dosis de cuidados médicos, no lo hay en cuanto a los medios, a los sistemas, a los mecanismos, a los modos” Dr. CARNOTA, W. PROFESOR TITULAR: Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires –UBA

Son frecuentes los reclamos por una deficiencia en la atención médica en sentido cualitativo. Un paciente que ingresa a un centro asistencial, y que ante la desorganización del personal e infraestructural se ve frustrado en su pretensión

decidiendo no continuar atendiéndose, no ilustra un ejemplo desconocido. Muchas veces, es fácil observar que ese resultado, deviene claramente de un orden causal notoriamente atribuible a la deficiencia de la atención médica.

Cada individuo que requiere atención médica pone en acción todo el sistema y un acto en cualquiera de sus partes, sea en lo que hace a la faz de la prestación médica en sí como a la faz sanitaria, sean el control de una y otra, en la medida que pueda incidir en el restablecimiento del paciente, demorándolo, frustrándolo definitivamente o tornándolo más difícil necesariamente compromete la responsabilidad de quien tiene a su cargo la dirección y el control del sistema. También se ha dicho que: “Quien contrae la obligación de prestar el servicio de asistencia a la salud debe hacerlo en condiciones adecuadas el fin en función del cual ha sido establecido y es responsable de los daños que cause su incumplimiento o su ejecución irregular” RENCORES, G. (2002) *Auditoría Médica en la Gestión de Riesgos y manejo de conflictos, II Seminario Internacional del Derecho Sanitario*, Santiago.

1.2.7. CALIDAD Y SATISFACCIÓN

Satisfacción significa la medida en que las prestaciones y servicios sanitarios son aceptados por los propios usuarios y por la población en general. Satisfacción del usuario: la definición es muy sencilla, el usuario está satisfecho si sus necesidades reales o percibidas, son cubiertas o excedidas, entonces ¿Cómo puede usted saber lo que el cliente necesita, quiere y espera?

Calidad: definir la calidad es un poco más difícil que definir la satisfacción del usuario, la calidad está basada en la percepción del usuario por lo tanto definimos calidad como cualquier cosa que el usuario percibe como calidad. Puede parecer muy simplista esta definición. Pero esto nos permite medir con mayor precisión la calidad y los niveles de satisfacción de los usuarios de su institución u organización.
<http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger1/teocalidad.htm>

“Calidad en las instituciones de salud es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas. El concepto de calidad es un término que se origina de la gerencia empresarial donde los productos son tangibles” SCHIAVONE, MIGUEL

ÁNGEL. (2005) *Gestión en tiempos de crisis*. Editorial: Rev. de la Soc. Arg. De Adm. de Organizaciones de atención de salud

En el caso de las instituciones de salud su producto son servicios que tienen las características de ser intangibles y se pueden identificar dos tipos de calidad: Calidad técnica: es la aplicación de la ciencia y tecnología médica de forma que maximice los beneficios de la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos en la atención mediante el cual se espera poder proporcionar al usuario externo el máximo y más completo bienestar, logrando un equilibrio más favorable de riesgo y beneficio.

La calidad sentida: es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios externos después de utilizar los servicios de calidad de la institución. Está en la subjetividad y debe ser explicada por ellos. Calidad es el cumplimiento de las normas técnicas y la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios”
Urquiza, R. (2004) *Conceptos de calidad en salud*. Evid. Actual. Pract. Ambul.; 7:152-155

Definición de calidad de las instituciones:

- Alto grado de satisfacción por parte de los usuarios externos.
- Un mínimo de riesgo para los usuarios externos e internos.
- Alto nivel de excelencia profesional.

La ausencia de la calidad origina un círculo vicioso del cual es muy difícil salir:

- Servicios de poca calidad causan insatisfacción de los usuarios.
- La insatisfacción de los usuarios ocasiona poca demanda de los servicios, que se expresa en bajo rendimiento institucional.
- El bajo rendimiento institucional significa baja cobertura y productividad de los programas.
- La baja cobertura y productividad de los programas inciden en el presupuesto de la institución. Si existe poca producción de servicios el presupuesto asignado también será reducido. En instituciones que tienen programas de recuperación de costos, la poca demanda ocasiona recuperación financiera insuficiente.
- La poca disponibilidad presupuestaria genera insuficientes suministros, problemas con el mantenimiento de los equipos y ausencia de un

programa de estímulos a los trabajadores, causando desmotivación en el personal.

- Un personal desmotivado es poco cooperador, no se apropia de los objetivos de la institución, tiene problemas de actitud, no trabaja en equipo y todo se traduce en mala calidad de la atención.

La interrupción de este círculo se logra mejorando la capacidad gerencial y promoviendo un proceso de mejora continua de calidad en la institución. El hecho de que la población considere que la prestación de los servicios es de mala calidad y que no responde a sus necesidades, hace que cada vez menos personas recurran a los centros de salud o puestos de atención primaria.

Se debe promover la calidad de los servicios de salud para:

- Mejorar la eficiencia de los servicios en forma inmediata.
- Optimizar la utilización de los recursos existentes (costo – beneficio).
- Incrementar la eficiencia y efectividad de los servicios ofertados.
- Aumentar la utilización de los servicios.
- Satisfacer las necesidades sentidas de los usuarios internos y externos, asegurando que la organización proporcione al usuario lo que necesita y desea de la institución.
- Motivar al personal.

En las últimas décadas han involucionado los métodos para monitorizar, inspeccionar y evaluar la atención clínica. El enfoque cambió de la anatomía médica a la garantía de la calidad y de ahí al mejoramiento de calidad y la gerencia para la calidad total.

“El Doctor Donavedian dijo en su conferencia magistral para la garantía de la calidad “no implica recurrir a todos los elementos habidos para conseguirla, en el intento continuo para conseguir mejorar nuestro desempeño ya sea individual u organizacional”. Considero que el mejoramiento del desempeño para mejorar la atención de la salud de los usuarios es algo por lo que se ha luchado durante mucho tiempo.”
Profesor Donabedian. /tabid/.www.fadq.org/Investigación/

Con la finalidad de garantizar la mejoría de la calidad de atención en salud es necesario tener en cuenta:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

1.2.8. EL TRATO HUMANIZADO COMO INDICADOR DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

¿Cómo humanizar la relación entre aquellas personas que poseen conocimientos técnicos-científicos y el ser humano, frágil y angustiado, que vive la dificultad de una enfermedad que afecta emocional y profundamente su ser personal y todo su entorno? Esta situación que viven diariamente los pacientes, se debe a una deficiente atención personalizada y a la deshumanización de quienes son los prestadores de servicio. GUTIÉRREZ, Meléndez Liliana, (2007), en un editorial publicado en la Revista EnfermInstMex Seguro Soc, dice que:

“La atención en los servicios de salud suele ser relativamente despersonalizada debido al personal que está en contacto directo e indirecto con el paciente y su familia, pero al mismo tiempo poco humanizada, ya que no existe cercanía ni trato digno para el paciente. Este es un problema que día a día afecta al paciente y preocupa tanto a los trabajadores como al personal directivo, precisamente por la imagen y la percepción que se tiene del personal de salud respecto a que el paciente se convierte en objeto una vez que ingresa a una unidad hospitalaria a recibir servicios”. GUTIÉRREZ, L. (2007), Editorial publicado en la Revista Enferm Inst Mex Seguro Soc.

Dentro de la unidad médica, el paciente pierde sus rasgos personales e individuales, sus sentimientos y valores no se toman en cuenta, y pasa a ser un número de habitación o expediente clínico o una patología o diagnóstico, quedando en el olvido su dimensión emocional y personal única en cada paciente o individuo. Es verdad que no se pueden crear vínculos afectivos con los pacientes, pero esto no debe impedir, ni dejar que se produzca la ausencia de calidez en las relaciones humanas. Hay que recordar que el hecho de estar el paciente fuera de su entorno y en un ambiente extraño le origina estrés, pérdida de autonomía y se restringe su libertad, su individualidad y naturalidad. Esto se observa comúnmente en los pacientes con largos días de estancia hospitalaria y con un diagnóstico no definitivo o terminal.

Por ello se hace preciso buscar un equilibrio que permita un compromiso emocional genuino con los pacientes, pero al mismo tiempo, condicionado. Del mismo modo, la vulnerabilidad y dependencia del paciente puede incrementar el poder de los profesionales de la salud. Por ello es necesario acentuar la conciencia de que los profesionales de la salud servimos a la humanidad y que están obligados a respetar los derechos de los enfermos y de su familia, y que siempre deben recibir información conveniente, completa e inteligible de su diagnóstico y pronóstico.

“La base fundamental en las instituciones de salud para tener liderazgo competitivo, es el hecho de que todos los empleados estén convencidos y tomen acciones, para que la calidad esté tomada de la mano de un buen costo. Uno de los mitos es que la calidad exige un costo mayor, y que de alguna manera es difícil realizar un buen servicio. Puentes, E y cols. (2006) *Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México*

1.2.9. PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

Siempre se ha considerado que definir calidad es muy difícil, no existiendo aún un consenso para una definición universal de la categoría calidad. La calidad debe ser valorada como el producto o resultado de un proceso, donde los resultados son los

indicadores o características de calidad y el proceso las normas de actuación y verificación. La aplicación de este concepto en los servicios de Rehabilitación física lleva implícito hacer lo correcto, sin complicaciones, cuando está indicado y en el momento preciso en todos los procesos de atención al paciente.

La aplicación de los protocolos por consensos aplicando los conocimientos y experiencia de la Medicina Basada en la Evidencia constituye un paso indispensable para garantizar la calidad en la atención de los diferentes servicios de salud y una herramienta de inestimable valor para la evaluación de la asistencia por los diferentes comités de calidad que conforman el consejo de la calidad hospitalaria facilitando la comprobación del cumplimiento y efectividad de todos los procesos de atención para su constante perfeccionamiento en aras de lograr la excelencia en los servicios prestados con una elevada satisfacción de la población

Por esta razón, una de las principales estrategias para lograr una calidad de atención es la implementación de un sistema estructurado que ha de contar con la adhesión de los responsables sanitarios, gestores y profesionales a las recomendaciones científicas propuestas., de aquí surge la necesidad de contar con un instrumento confiable para determinar la complejidad de los tratamientos del paciente, que permita mayor objetividad en el proceso, facilite el desarrollo de las habilidades de los fisioterapeutas para el tratamiento del paciente y de disponer de un manual de protocolos de atención que permita la optimización de tiempo y recursos con calidad y eficiencia en el manejo de pacientes.

1.2.9.1. Definición

Las Guías de Atención, Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Atención son instrumentos para mejorar la calidad de la atención de las personas. Permite estandarizar los criterios para evaluarla, ya que con estos instrumentos se da mayor importancia a las intervenciones efectivas, basadas en pruebas científicas y se desalienta la utilización de otras intervenciones de efectividad dudosa.

La razón principal para la existencia de las Guías o Protocolos, es contar con términos de referencia o parámetros que permitan valorar la calidad de la atención que se ofrece. La práctica de atención a las personas es variable, tanto en la

utilización de los recursos de salud como en los resultados obtenidos, atribuibles a las diferencias en la oferta de servicios y a la disparidad en la prestación de los mismos.

Las guías de atención y sus respectivos protocolos, permiten resolver este tipo de variabilidad, ya que definen la secuencia, duración y responsabilidad de cada equipo o proveedor, para la atención a las personas; esto optimiza las actividades del personal de los servicios, en el abordaje de los problemas o situaciones de salud, con lo que se logra mejorar la utilización del tiempo, de los recursos y mejorar la calidad de la atención. Los protocolos son instrumentos de aplicación, de orientación, eminentemente práctica, que pueden o no resumir los contenidos de una Guía de Práctica Clínica o Guía de Atención. Caja Costarricense de Seguro Social. (2005). *Guía Metodológica para la elaboración del Análisis de Situación de Salud y Plan de Atención de Salud a las Personas*. Costa Rica

1.2.9.2. Objetivos

- Homologar el proceso de atención a las personas, mejorando la eficiencia y la toma oportuna de decisiones basado en evidencia científica.
- Definir la responsabilidad de cada uno de los miembros del personal de salud, según nivel de atención.
- Fortalecer la toma de decisiones por parte de las y los usuarios, dándoles oportunidad para que participen en su proceso de atención.
- Promover el respeto a los derechos humanos de las y los usuarios en el proceso de atención.
- Fortalecer la equidad en el proceso de atención mediante la utilización de los recursos de manera eficaz y eficiente.
- Sistematizar y simplificar y el registro de información del proceso de atención que facilite la evaluación de la misma.

- Generar indicadores para la evaluación del proceso de atención con base en estándares objetivos.
- Fortalecer la práctica del personal de salud, como un respaldo, en la atención a las personas.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2000). *Desarrollo de Guías para la Atención Integral*. Versión Preliminar Plan de Atención de Salud a las Personas

Ver anexo Manual de Protocolos de Atención diseñado para el Servicio de Rehabilitación Física del IESS Manta

1.2.10. ACTIVIDAD FÍSICA Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN

El actual estilo de vida de la población, que incluye una inadecuada alimentación, tabaquismo, inactividad física y estrés, contribuyen al desarrollo de diferentes tipos de enfermedades. Dada la magnitud de patologías provocadas por el sedentarismo o ausencia de actividad física y considerando las limitaciones que ello conlleva, es de vital importancia educar a las personas que reciben atención en salud, puesto que gran parte de las quejas presentadas en el sector salud se debe a la falta de interés por parte de los profesionales médicos en informar y educar a pacientes y familiares sobre su enfermedad y los medios que puedan ayudar a mejorar su calidad de vida, para ello es de vital importancia contar con personal altamente capacitado y predispuesto a tratar de forma cálida y amable al usuario para que así el mismo se sienta en un ambiente agradable y con la aptitud necesaria para realizar las actividades que se le indiquen para su recuperación y estilo de vida.

1.2.11. ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD

El actual estilo de vida de la población, que incluye una inadecuada alimentación, tabaquismo, inactividad física y estrés, contribuyen al desarrollo de la aterosclerosis y el consiguiente aumento de las enfermedades cardiovasculares. Dada la magnitud de la patología cardiovascular y considerando las secuelas que ello conlleva, es de vital importancia la implementación de programas de prevención primaria. La actividad física tiene un rol importante en la prevención, control y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, por su influencia sobre varios factores de riesgo coronario, lo que constituye una medida costo/beneficio muy positiva.

Diversos estudios epidemiológicos han demostrado que el incremento en actividad física regular es inversamente proporcional a la mortalidad cardiovascular a largo plazo. Estudios realizados han revelado que personas activas en comparación a sedentarias presentan mejores respuestas de adaptación, menor respuesta cardiovascular al estrés y menor cantidad de síntomas de ansiedad y depresión. También muestran mayor seguridad y autoestima. Dentro de la Rehabilitación Física el ejercicio juega un papel importante en la recuperación del paciente y su incorporación a la sociedad de una manera activa, acercando al enfermo a los límites máximos de su capacidad y alejándolo al mismo tiempo del límite mínimo de su discapacidad. Paidotribo. (2005) American Collage of Sports Medicine. *Manual de Consulta para el control y la prescripción de ejercicio*. Barcelona

La salud en cualquiera de sus formas, sea pública o privada, preventiva o curativa, en fase aguda o crónica, a nivel físico o de salud mental, es mantener a las personas en condiciones de funcionamiento para que su actividad sea tan cercana a lo normal como sea posible, dentro de las limitaciones razonables de recursos. ARANGO, A (2007). *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 12, págs. 63 – 78

La necesidad de mejorar la efectividad en la entrega de cuidados de salud ha llevado a numerosos autores a realizar estudios acerca de la calidad de la atención que se brinda a los usuarios puesto que la percepción de dicha calidad se encuentra deteriorada por la insuficiente gestión administrativa en la preparación del personal que labora en áreas de salud sobre el buen trato al usuario. Se investigó el aporte científico de estos autores sobre calidad y en relación a esto se coincide que la calidad busca el mejoramiento continuo a través de un personal altamente capacitado, el usuario se encuentra a la espera de una atención con un trato eficaz y cordial lo que conlleva a que mejore su perspectiva de la atención brindada.

La Seguridad Social a nivel Nacional se encuentra atravesando por una etapa de cambio puesto que las exigencias de sus afiliados son cada vez mayores en referencia a calidad y atención, para lo cual es necesario analizar las políticas de atención que se están aplicando y los medios que se utilizan para obtener una adecuada calidad de atención con usuarios satisfechos y personal responsable.

Partiendo de que somos profesionales que atendemos a personas y que al momento que nos interesamos por ellos/as, los dignificamos, respetamos sus modos de vivir y pensar, consideramos sus emociones, pensamientos y necesidades, es entonces, que estamos actuando con calidad y calidez. Pues, cada día estamos devolviendo salud a miles de usuarios que demandan de nuestros servicios y nos esforzamos para que lo mejor de nuestra capacidad profesional y nuestros conocimientos se traduzcan en respuestas a las necesidades de todos. Por tal razón el personal de salud debe dominar un extenso conjunto de conocimientos para mantener las mejores prácticas y así poder enfrentar la realidad que vivimos a diario, con el firme propósito de prevenir y evitar errores y/o complicaciones, atendiendo las principales necesidades que requiere el usuario para preservar la vida y resolver su padecimiento principal de una manera integral.

CAPITULO II

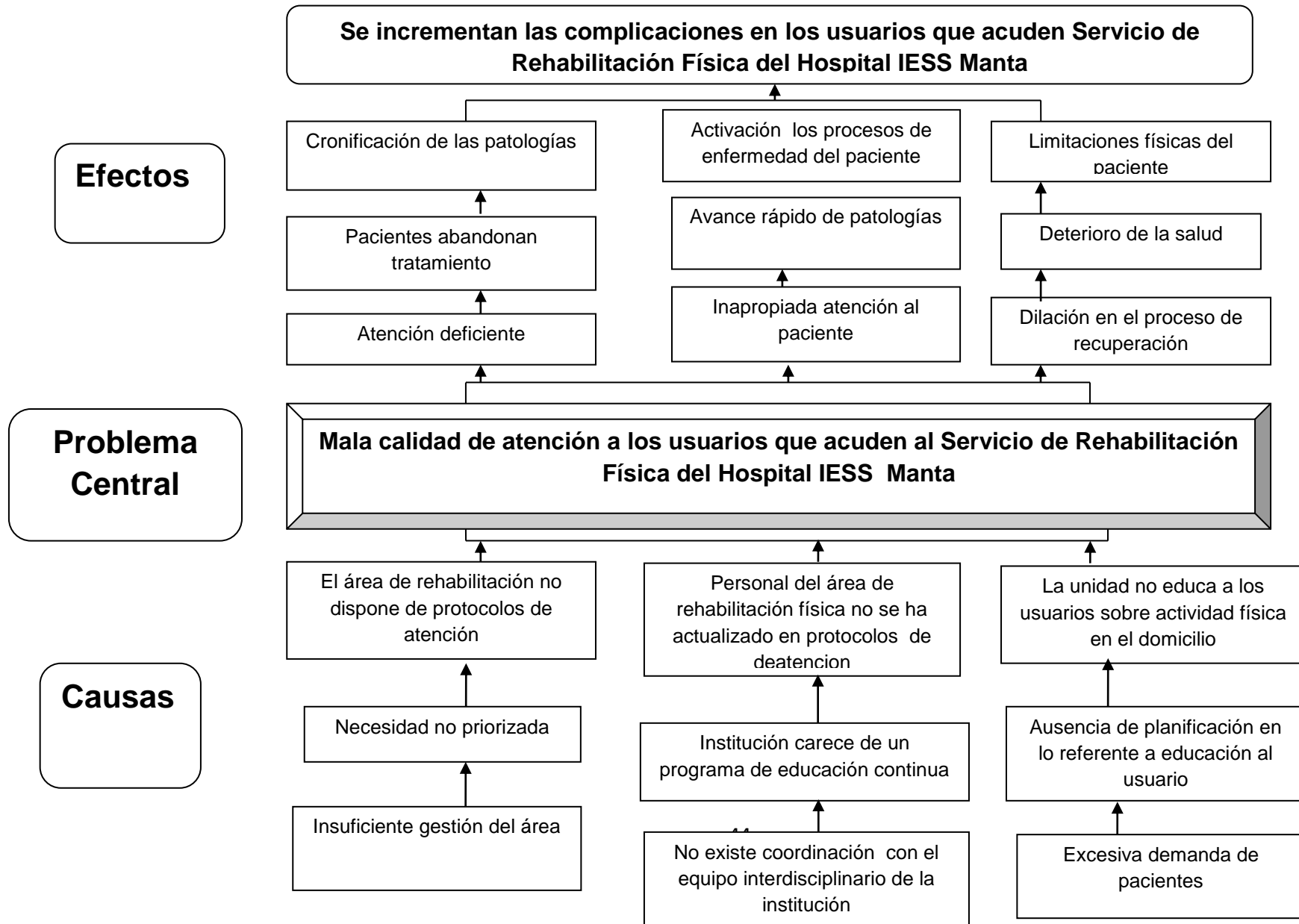
2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. MATRIZ DE INVOLUCRADOS

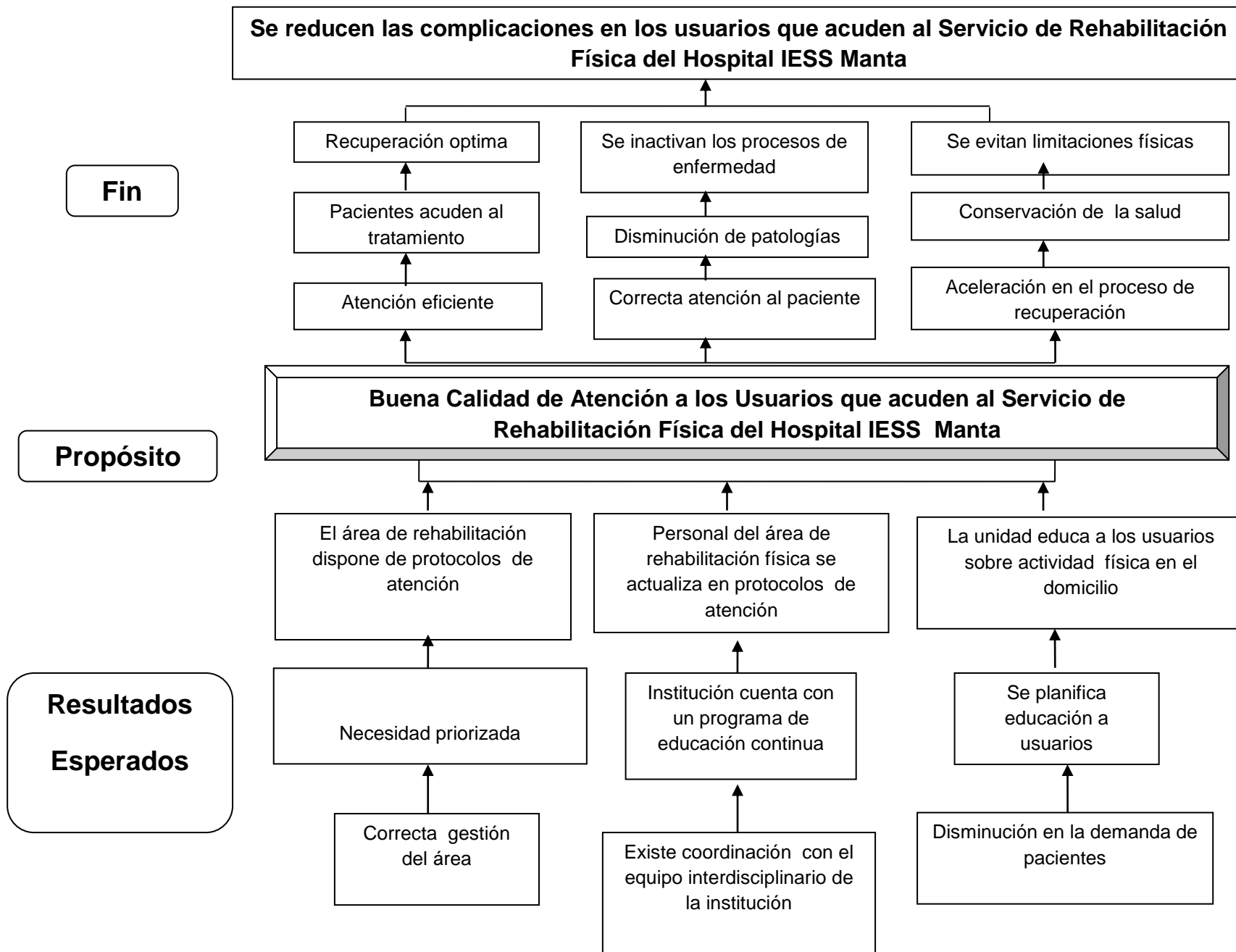
GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Directivos del Hospital IESS de Manta	Brindar atención en forma eficiente, equitativa y con calidad, trabajando conjuntamente con todo el personal interdisciplinario de la institución	Recursos: Humanos, Materiales Mandatos: El Art. 332 de la Constitución de la República, establece que el Estado garantizará los derechos reproductivos de las personas trabajadoras, la eliminación de los riesgos laborales, la estabilidad en el empleo sin limitaciones, los derechos de maternidad, lactancia y el derecho a la licencia por paternidad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención de mala calidad a los usuarios ▪ Escasa preparación en Relaciones humanas y atención al usuario por parte del personal del área de rehabilitación ▪ Carencia de conocimientos sobre calidad y su importancia en salud.
Equipo interdisciplinario de Salud	Establecer protocolos de atención estandarizando los procedimientos que deban utilizar el personal del área de rehabilitación para alcanzar un alto nivel de rehabilitación en los pacientes y obtener su interés y colaboración a través de un trabajo conjunto con todos los profesionales del área	Recursos : Económicos , Humanos Mandatos Ley Orgánica de Salud, Art. 6, Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desactualización en protocolos de atención ▪ Escasa coordinación por parte del personal de rehabilitación para la elaboración de protocolos de atención ▪ El área de rehabilitación carece de protocolos de atención integral para el usuario

<p>Pacientes que acuden al área de rehabilitación física</p>	<p>Lograr que los pacientes se eduquen y tomen conciencia sobre sus lesiones para así optimizar su tratamiento y mejorar la calidad de vida</p>	<p>Recursos</p> <p>Humanos, Educativos</p> <p>Mandatos</p> <p>Artículos 358 al 366 de la Constitución de la República: Proclama el derecho a la protección de la salud y se establecen los derechos y deberes de todos los ciudadanos al respecto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escasa comunicación entre el paciente y el fisioterapeuta. ▪ Deficiente información a los familiares del paciente sobre los cuidados que deben mantenerse en su domicilio ▪ Ausencia de información sobre los cuidados que debe mantener el usuario en su domicilio
<p>Maestranteros</p>	<p>Realizar un proyecto de Mejoramiento de calidad en la atención a los usuarios que asisten al Servicio de Rehabilitación Física del Hospital IESS Manta</p>	<p>Recursos</p> <p>Humanos, Materiales, Financieros</p> <p>Mandatos Reglamento Codificado de Régimen Académico del Sistema Nacional de Educación Superior Art. 24; 3: Para obtener el grado académico de magíster, la aprobación de un mínimo de sesenta (60) créditos del programa académico, incluido el trabajo de graduación correspondiente Art. 37; 5: Para obtener el grado de Magíster, los postulantes deben realizar y sustentar una tesis de investigación científica que presente novedad y originalidad en el problema, los materiales de investigación, los métodos aplicados y en las conclusiones y recomendaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desatención de las autoridades en la capacitación y adiestramiento del personal en lo referente a calidad de atención ▪ Ausencia de un programa de capacitación en relaciones humanas y trato al usuario ▪ Personal de rehabilitación no atiende con calidad y eficiencia a los usuarios ▪ No se cubren las expectativas de atención ▪ Poca disponibilidad de recursos para la atención al usuario

2.2. ARBOL DE PROBLEMAS



2.3. ARBOL DE OBJETIVOS



2.4. MATRIZ DE MARCO LÓGICO

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>FIN</p> <p>Contribuir a reducir el índice de complicaciones de las patologías que presentan los usuarios que acuden a realizar rehabilitación física</p>			
<p>PROPOSITO</p> <p>Calidad de atención en los Servicios de Rehabilitación Física del IESS Manta mejorada</p>	<p>Hasta el 15 de marzo del 2012, el 80% de los pacientes que acuden al área de rehabilitación son atendidos en óptimas condiciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoreo encuestas satisfacción por de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compromiso de los directivos, equipo de salud en mejorar la calidad de atención a los usuarios

RESULTADOS			
<p>RESULTADOS 1: Protocolos de atención en el Servicio de Rehabilitación Física del Hospital IESS Manta diseñados y aplicándose</p>	<p>Hasta Noviembre 11 del 2011, el 100% de los protocolos se encuentran diseñados</p> <p>Hasta Noviembre 30 del 2011, el 100% de los protocolos se encuentran aplicándose</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Protocolos de trabajo ▪ Cronograma de trabajo ▪ Plan de trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Directivos de la institución y personal de rehabilitación con empoderamiento en el diseño de nuevos protocolos
<p>RESULTADOS 2: Personal del Servicio de Rehabilitación Física del Hospital IESS Manta actualizado en protocolos de atención</p>	<p>Hasta Enero 31 del 2012, el 90 % del personal se encuentra actualizado en protocolos de atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan de capacitación ▪ Memorias del taller ▪ Evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal participativo en la capacitación
<p>RESULTADOS 3: Usuarios capacitados sobre actividad física en el hogar</p>	<p>Hasta Marzo 15 del 2012 el 90% del personal de rehabilitación educa a los pacientes y familiares sobre la patología que padece y sus cuidados en casa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usuarios participan en la capacitación

RESULTADO 1: PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL IESS MANTA DISEÑADOS Y APLICÁNDOSE			
ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS
1.1. Socialización del proyecto ✓ Emisión y entrega de oficios ✓ Acta de compromiso	Maestrante, Directivos	1era semana de octubre del 2011	50,00USD
1.2. Reunión con equipo de trabajo ✓ Convocatoria ✓ Cronograma	Maestrante, Directivos, Personal de rehabilitación	3era semana de octubre del 2011	25,00USD
1.3. Diseño de los protocolos ✓ Memoria del taller ✓ Revisión bibliográfica ✓ Fotos	Maestrante, Directivos	1era y 2da semana de noviembre del 2011	150,00USD
1.4. Elaborar protocolos de atención ✓ Redacción ✓ Impresión	Lcda. Martha Cedeño, Directivos	3era semana de noviembre del 2011	300,00USD
1.5. Distribución de protocolos ✓ Listado de áreas del servicio ✓ Acta de entrega ✓ Cronograma	Lcda. Martha Cedeño, Directivos	4ta semana de noviembre del 2011	50,00USD

RESULTADO 2: PERSONAL DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA ACTUALIZADO EN PROTOCOLOS DE ATENCIÓN			
ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS
2.1 Elaboración del plan de trabajo ✓ Plan ✓ Cronograma ✓ Fotos	Lcda. Martha Cedeño, Directivos,	1era semana de diciembre del 2011	100,00USD
2.2 Elaboración del diseño del plan de capacitación ✓ Plan ✓ Cronograma	Lcda. Martha Cedeño Directivos, Personal de rehabilitación	2da semana de diciembre del 2011	100,00USD
2.3 Selección de facilitadores ✓ Plan de trabajo ✓ Cronograma	Lcda. Martha Cedeño Directivos, Personal de rehabilitación	3era semana de diciembre del 2011	0,00USD
2.4 Elaboración de material de apoyo ✓ Registro de asistencia ✓ Certificados ✓ Trípticos	Lcda. Martha Cedeño, Directivos	4ta semana de diciembre del 2011	300,00USD
2.5 Diseño de encuesta de satisfacción ✓ Encuesta ✓ Formulario	Lcda. Martha Cedeño Directivos, Personal de rehabilitación	4ta semana de diciembre del 2012	100,00USD
2.6 Desarrollo del taller ✓ Memoria del taller ✓ Cronograma ✓ Fotos	Lcda. Martha Cedeño Directivos, Personal de rehabilitación	2da semana de enero del 2012	300,00USD
2.7 Evaluación de la capacitación ✓ Registro de asistencia ✓ Fotos	Lcda. Martha Cedeño	2da semana de enero del 2012	20,00USD

RESULTADO 3: USUARIOS CAPACITADOS SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL HOGAR			
ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS
3.1 Diseño del plan de capacitación ✓ Revisión bibliográfica ✓ Plan ✓ Cronograma	Lcda. Martha Cedeño, Directivos, Personal de rehabilitación	1era semana de febrero del 2012	100,00USD
3.2 Preparación de material de apoyo para la capacitación ✓ Diseño de trípticos	Lcda. Martha Cedeño, Directivos, Personal de rehabilitación	2era semana de febrero del 2012	150,00USD
3.3 Capacitación en el servicio de rehabilitación ✓ Fotos ✓ Memorias de la capacitación	Lcda. Martha Cedeño Directivos, Personal de rehabilitación	3era semana de febrero del 2012	300,00USD
3.4 Demostración de las actividades físicas ✓ Fotos	Lcda. Martha Cedeño Directivos, Personal de rehabilitación	3era semana de febrero del 2012	0,00USD
3.5 Evaluación de la capacitación ✓ Encuesta ✓ Formulario	Lcda. Martha Cedeño Personal de rehabilitación	3era semana de febrero del 2012 2da semana de marzo del 2012	100,00USD

CAPITULO III

3. 1. RESULTADOS

RESULTADO N° 1: Protocolos de Atención en el Servicio de Rehabilitación del Hospital IESS Manta diseñados y funcionando, para el cumplimiento de este resultado se desarrollaron las siguientes actividades:

1.1. Socialización del proyecto

El 05 de octubre del año 2011 se realizó una reunión de trabajo contando con la presencia de los directivos de la institución y jefe del servicio, se socializo el proyecto de intervención a llevarse a cabo durante los meses consiguientes (Apéndice 3).

En dicha reunión se hizo conocer la importancia del proyecto y su impacto en el mejoramiento de la calidad de atención lo que va en beneficio de los/las usuarios/as demandantes de nuestros servicios. Es así, que se contó con la aprobación y compromiso de los asistentes a participar de manera proactiva en el mismo (Ver lamina 1)

LAMINA N° 1

ACTA DE REUNIÓN PARA LA SOCIALIZACIÓN DEL PROYECCTO



Logo of Universidad Técnica Particular de Loja and Hospital del IESS - Manta Servicio de Rehabilitación Física. Logo of IESS.

PROYECTO "MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION EN EL SERVICIO DE REHABILITACION FISICA DEL HOSPITAL IESS MANTA 2011-2012"

ACTA DE REUNIÓN

Fecha: 05 de Octubre del 2011
Hora: 14:00

Objetivo de la reunión:
Pedir autorización para realizar el proyecto: "MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION EN EL SERVICIO DE REHABILITACION FISICA DEL HOSPITAL IESS MANTA 2011-2012" y firma del Acta de Compromiso.

Resoluciones:

- Aprobación de la solicitud de soporte al proyecto.
- Dotación de insumos requeridos para el proyecto.
- Colaboración del equipo de salud.

Atentamente


Lora Margha Cedeño
MAESTRANTE - UTPL

1.2. Reunión con el personal y jefe del Servicio de Rehabilitación Física

Esta reunión se realizó el día 17 del mes de octubre del año 2011, en la que participo todo el personal del Servicio de Rehabilitación, la cual permitió reafirmar lo establecido en el acta de compromiso además de dar a conocer el cronograma de ejecución de los protocolos de atención, a su vez se solicitó a todos los asistentes su aporte técnico y científico para el diseño de los protocolos a implementar. (Ver cuadro 3)

CUADRO N° 3

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

ACTIVIDADES	FECHA	HORA	CORDINADORA
Taller de diseño de protocolos	04/11/2011	2:00 4:00	Lcda. Martha Cedeño
Taller de diseño de protocolos	11/11/2011	2:00 4:00	Lcda. Martha Cedeño
Elaboración (redacción e impresión)	18/11/2011	10:00 11:00	Lcda. Martha Cedeño
Aprobación y distribución	21/11/2011	15:00 17:00	Lcda. Martha Cedeño
Evaluación	29/11/2011	9:00 6:00	Lcda. Martha Cedeño

1.3. Diseño de los protocolos de atención

Para efectuar esta actividad, se realizó dos talleres el 04 y 11 de Noviembre, a los cuales asistió todo el equipo de trabajo del servicio de rehabilitación, los cuales aportaron con información importante para su ejecución, los profesionales del servicio manifestaron sus puntos de vista para la selección de las patologías que fueron protocolizadas y se integraron ampliamente en los talleres realizados. (Ver cuadro 4)

CUADRO N° 4

PROGRAMACIÓN DE LOS TALLERES PARA EL DISEÑO DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

Fecha: 04 de Noviembre del 2011

OBJETIVO	TEMA	HORA	METODOLOGÍA	RESPONSABLE
Informar al personal sobre la importancia de los protocolos de atención	<ul style="list-style-type: none">▪ ¿Que son los protocolos?▪ ¿Para qué sirven los protocolos?▪ Beneficios de los protocolos	2:H00	Teórico	Lcda. Martha Cedeño
Concientizar al personal sobre calidad de atención	<ul style="list-style-type: none">▪ Atención de calidad▪ ¿Qué es calidad?▪ ¿Cómo tratar al usuario?▪ Simulación de un trato inadecuado	3:H00	Teórico – práctico	Lcda. Martha Cedeño Equipo de salud
Crear un protocolo general de atención	<ul style="list-style-type: none">▪ Protocolo de atención▪ Esquema de los protocolos	4:H00	Dinámica grupal	Lcda. Martha Cedeño Equipo de Salud

CUADRO N° 5

PROGRAMACIÓN DE LOS TALLERES PARA EL DISEÑO DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

Fecha: 11 de Noviembre del 2011

OBJETIVO	TEMA	HORA	METODOLOGÍA	RESPONSABLE
Dialogar con el personal sobre los esquemas de tratamiento que se han realizado a la fecha	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concientización sobre la necesidad de crear nuevos esquemas de tratamiento que permitan tratar en forma idónea las patologías de mayor incidencia en el servicio 	2:H00	Teórico	Lcda. Martha Cedeño
Identificación de las patologías más frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Charla con el equipo de trabajo para definir cuáles son las patologías más frecuentes que se presentan en el servicio de rehabilitación 	3:H00	Teórico – práctico	Lcda. Martha Cedeño Equipo de salud
Análisis de la bibliografía de acuerdo a las patologías seleccionadas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Algias Vertebrales ▪ Hombros dolorosos simples ▪ EPOC ▪ Escoliosis infantil y juvenil ▪ Gonartrosis – Coxartrosis ▪ Cambios posturales 	4:H00	Teórico	Lcda. Martha Cedeño Equipo de Salud

1.4. Elaboración de los protocolos de atención

Previa la revisión bibliográfica y el análisis de todos los participantes en los talleres efectuados, el día 18 del mes de noviembre del año 2011 se procedió a su impresión quedando estructurado el siguiente Manual de protocolos. (Ver cuadro N°2) Se adjunta protocolo.

LAMINA N° 2

PORTADA DEL MANUAL DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN




1.5. Distribución de los protocolos

Para cumplir con esta actividad se procedió a entregar a la jefatura del servicio de rehabilitación los protocolos elaborados e impresos, para la firma del acta de aprobación, lo cual fue realizado el día 21 del mes de noviembre del año 2011 (Lamina N°3)

LAMINA N°3

ACTA DE ENTREGA DEL MANUAL DE PROTOCOLOS DE ATENCION




**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE LOJA
MAESTRIA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL
ACTA**

En la Ciudad de Manta el día viernes 21 de noviembre del 2011 siendo las 16h00. En la jefatura del servicio de Rehabilitación Física previa convocatoria de las partes involucradas se llevó a cabo la entrega de un manual con Protocolos de Atención elaborado por la Lcda. Martha Cedeño maestrante de la UTPL, el cual fue diseñado junto con el equipo de salud del servicio de rehabilitación.


El Señor representante de este Servicio luego de la revisar y analizar los beneficios de estos protocolos hacia el Servicio de Rehabilitación Física, procede a aprobarlos comprometiéndose apoyar en todo lo necesario para que este se cumpla a cabalidad.

Siendo las 16:30, se da por terminada esta sesión de trabajo y como su constancia de lo actuado lo suscritos firmamos para los fines legales pertinentes

Manta, 21 de noviembre del 2012



Lcda. Martha Cedeño.



Dr. César Carreño G.
FISIATRA
C.C. 292421
C.O. 243347-7.....
Dr. César Carreño
Jefe del Servicio de Rehabilitación Física

Posterior a la aprobación por parte de la jefatura del servicio se procedió a la selección de las áreas de trabajo para la entrega de los protocolos a los responsables de cada área.

CUADRO N° 6

SELECCIÓN DE LAS AREAS DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN PARA LA ENTREGA DE LOS PROCOLOS DE ATENCIÓN

AREAS DEL SERVICIO	RESPONSABLES	FUNCIÓN QUE DESEMPEÑAN
Departamento de fisioterapia	Dr. Cesar Carreño	Medico fisiatra
Electroterapia	Lcda. Mayita Vera	Fisioterapeuta
Magnetoterapia	Lcda. Doris Jaramillo	Fisioterapeuta
Laserterapia	Lcda. Jenny Antón	Fisioterapeuta
Mecanoterapia	Lcdo. Marcos Figueroa	Fisioterapeuta

Una vez que los protocolos fueron aprobados por la jefatura y el equipo médico del servicio se procedió a la entrega de los ejemplares en las diferentes áreas de rehabilitación lo cual fue realizado el día 22 del mes de noviembre del año 2011. Posteriormente se procedió a realizar una visita a cada área del servicio el día 29 de del mes de noviembre del año 2011, con la finalidad de constatar la implementación de los protocolos y entrevistar a los fisioterapeutas sobre el aporte que este manual les ha dado como beneficio profesional y laboral y el número diario de pacientes que han atendido en base a los procedimientos que dicta el protocolo. Cabe señalar que en esta visita el personal manifestó gran satisfacción con este tipo de ayudas técnicas ya que les permite mantener un estándar de servicio y por ende plantearse objetivos de tratamiento a corto plazo con indicadores de atención accesibles (Ver anexo 4)

El cronograma para la visita a las áreas de servicio fue el siguiente:

CUADRO N° 7

CRONOGRAMA DE VISITA A LAS AREAS DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN PARA LA ENTREGA DE LOS PROCOLOS DE ATENCIÓN

FECHA Y HORA	AREA DE SERVICIO	RESPONSABLE
29-11-2011 / 9:00	Departamento de fisioterapia	Dr., Cesar Carreño
29-11-2011 / 11:00	Electroterapia	Lcda. Mayita Vera
29-11-2011 / 12:00	Magnetoterapia	Lcda. Doris Jaramillo
29-11-2011 / 3:00	Laserterapia	Lcda. Jenny Antón
29-11-2011 / 6:00	Mecanoterapia	Lcdo. Marcos Figueroa

RESULTADO N° 2: Personal del Servicio de Rehabilitación Física actualizado en protocolos de atención, el cumplimiento de este resultado se llevó a cabo mediante el desarrollo de las siguientes actividades:

2.1. Elaboración del plan de trabajo

Esta actividad fue realizada el 05 del mes de diciembre del año 2011 y se contó con la participación del jefe del servicio, equipo de salud y maestrante, en esta reunión se diseñó el plan a seguir previo a la capacitación, en este diseño se remarcan seis interrogantes las cuales son resueltas por los participantes.

CUADRO N° 8

CRONOGRAMA DEL PLAN DE TRABAJO PARA LOS TALLERES DE CAPACITACIÓN

TEMAS	FECHA	HORA	CORDINADORA
Bienvenida	05/12/2012	8:00 8:30	Lcda. Martha Cedeño, Dr. Cesar Carreño
Presentación del plan de trabajo	05/12/2012	8:30 10:00	Lcda. Martha Cedeño
BREIK	05/12/2012	10:00 11:00	Lcda. Martha Cedeño
Estructura del plan	05/12/2012	11:00 13:00	Lcda. Martha Cedeño
Conclusiones	05/12/2012	13:00 14:00	Lcda. Martha Cedeño Directivos

CUADRO N° 9

ELABORACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO PARA LOS TALLERES DE CAPACITACIÓN

Nombre del proceso: Actualización en protocolos de atención					
Meta a lograr: Capacitar en un 100% a los profesionales de salud del servicio de rehabilitación física					
Indicador: Encuesta realizada al equipo de salud participante					
QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	POR QUE	COMO
Formular una capacitación que oriente las acciones del proceso de implementación de nuevos protocolos de atención	Lcda. Martha Cedeño Directivos Facilitadores	Diseño el viernes 16 de diciembre del 2011 Elaboración Viernes 13 de Enero del 2012	En el Servicio de Rehabilitación Física del IESS Manta	Existen procesos de atención al usuario deficientes según la percepción del usuario	Con un taller de Actualización
<p>ESTRATEGIA :</p> <p>Formular una capacitación que oriente las acciones del proceso de implementación de nuevos protocolos de atención</p> <p>Acciones: Envió de oficios a los directivos para la aprobación del taller de actualización Envió de oficios para la participación de los facilitadores Envió de oficios a los directivos para la coordinación de fechas para elaborar el taller</p>					
<p>CONTROL:</p> <p>El Servicio de Rehabilitación es Física es una área funcional de la institución que depende directamente de la Dirección del Hospital</p> <p>El control del Taller lo realizara el Jefe del servicio o la persona que este delegue</p>					
<p>SEGUIMIENTO:</p> <p>Todas las actividades previa la realización del taller serán realizadas mediante diseño del plan de capacitación y cronograma de trabajo, con el seguimiento y responsabilidad de la Lcda. Martha Cedeño</p>					
<p>PRESUPUESTO:</p> <p>Infocus, carpetas, hojas, esferográficos, refrigerio.</p>					

FOTO N°2

REUNIÓN CON EL PERSONAL DEL SERVICIO DURANTE LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO PARA LOS TALLERES DE CAPACITACIÓN



2.2. Elaboración del diseño del plan de capacitación

Para cumplir con esta tarea se diseñan los componentes del plan de capacitación con la colaboración del equipo de trabajo del servicio de rehabilitación los cuales concordaron con los esquemas y la programación planteada, luego se procedió a la redacción del documento. Esta actividad se desarrolló el día 16 del mes de diciembre del año 2011 (Ver cuadro N° 10)

CUADRO N°10
DISEÑO DEL PLAN DE CAPACITACIÓN PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL PERSONAL DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA

INTRODUCCION	
<p>Los protocolos son instrumentos de aplicación, de orientación, eminentemente práctica son instrumentos para mejorar la calidad de la atención de las personas. Permite estandarizar los criterios para evaluarla, ya que con estos instrumentos se da mayor importancia a las intervenciones efectivas, basadas en pruebas científicas y se desalienta la utilización de otras intervenciones de efectividad dudosa.</p>	
JUSTIFICACIÓN	
<p>La situación de salud por la que atraviesan las instituciones públicas es cada vez más crítica puesto que las exigencias por parte de los usuarios cada vez son mayores, hoy en día la calidad de atención no solo se mide por el grado de cordialidad, en la actualidad los usuarios buscan servicios competentes con resultados evaluables, en el caso de Rehabilitación Física los usuarios buscan recuperarse lo más rápido posible, es por ello que es sumamente importante realizar protocolos de atención para este servicio que abarquen también los procedimientos que se deben realizar para tratar las patologías más frecuentes atendidas en este servicio, dicho protocolo se realiza apegándose a la evidencia disponible y respetando el enfoque de atención integral.</p>	
OBJETIVOS	
GENERAL	ESPECIFICOS
Realizar un taller de “Actualización en protocolos de atención”, dirigido al personal del Servicio de Rehabilitación Física	<ul style="list-style-type: none">▪ Actualizar al personal en protocolos de atención▪ Instruir al personal para una atención de calidad y calidez▪ Capacitar al personal

RESPONSABLES	GRUPO	LUGAR
Lcda. Martha Cedeño	Personal de la Rehabilitación	Sala de reuniones del Servicio de Rehabilitación Física
FECHA DE PROGRAMACIÓN		JORNADA DE TRABAJO
Viernes 13 de Enero del 2012		8 horas de trabajo (8:00 –12:00) (14:00- 18:00)
FACILITADORES		TEMAS DE LA CAPACITACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lcda. Martha Cedeño ▪ Lcdo. Isella Pincay ▪ Dra. Karina Aguirre ▪ Lcdo. Néstor Palma 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Calidad de atención ▪ Normas generales de atención ▪ Patologías frecuentes ▪ Protocolos de atención por patologías
RECURSOS		
HUMANOS	MATERIALES	ECONÓMICOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilitadores # 4 ▪ Coordinadores # 1 ▪ Equipo de trabajo y Directiva 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infocus ▪ Computadora portátil ▪ Videos 	Recursos económicos aportados por la Maestrante de la U.T.P.L.
EVALUACIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proceso: interés demostrado por los participantes, material de apoyo, metodología de trabajo, encuestas ▪ Producto: se lo realizará a través de la habilidades, destrezas y experiencias demostradas en el taller ▪ Resultados: escrita al final del taller, tabulación de datos 		

CUADRO N° 11**CRONOGRAMA DEL DISEÑO DEL PLAN DE CAPACITACIÓN**

TEMAS	FECHA	HORA	CORDINADORA
Bienvenida	16/12/2012	8:00 8:30	Lcda. Martha Cedeño
Estructura del plan	16/12/2012	8:30 10:00	Lcda. Martha Cedeño
BREIK	16/12/2012	10:00 11:00	Lcda. Martha Cedeño
Temas de la capacitación	16/12/2012	11:00 14:00	Lcda. Martha Cedeño
Conclusiones	16/12/2012	14:00 14:30	Lcda. Martha Cedeño Directivos

2.3. Selección de facilitadores

El día 19 del mes de diciembre del año 2011, se elabora la lista de los facilitadores y temas a exponer, posterior a esto se procede a la elaboración de oficios a los profesionales intervinientes. A continuación se detalla la lista de los facilitadores y los temas solicitados:

CUADRO N° 12**FACILITADORES Y TEMAS DE LAS CONFERENCIAS**

FACILITADORES	TEMA
Lcda. Martha Cedeño	Calidad de atención
Lcda. Isella Pincay	Normas generales de atención
Dra. Karina Aguirre	Patologías frecuentes
Lcdo. Néstor Palma	Protocolos de atención por patologías

2.4. Elaboración del material de apoyo

Esta actividad se desarrolló del 28 - 29 del mes de diciembre del año 2011, se inicia con la elaboración de las invitaciones, los carteles para la difusión del evento, se diseñan los registros de asistencia, los trípticos, carteleras informativas y el modelo del certificado de asistencia al taller. Todas estas actividades fueron realizadas con el apoyo del personal los cuales colaboraron activamente con formatos y sugerencias para estructurar el material. Concomitantemente a esto se solicita la sala de reuniones para el desarrollo del evento. (Ver Apéndice 6)

2.5. Diseño de encuesta de satisfacción

Esta actividad es realizada por la maestrante el día 30 del mes de diciembre del año 2011, se estructuró un formulario para medir el grado de satisfacción de los asistentes al taller, este instrumento media dos aspectos: por un lado el grado de motivación e interés mantenido durante la jornada de trabajo, y por otro la importancia y comprensibilidad de los temas abordados durante el taller.(Ver Apéndice 4)

2.6. Desarrollo del taller de capacitación

Este evento se desarrolló el 13 de enero del 2012, se obtuvo la participación de 27 personas entre directivos, fisioterapeutas y personal médico, el horario de trabajo fue de las 8:00 -12:00 13:00 - 18:00. La bienvenida la hizo el Jefe del servicio Dr. Cesar Carreño y la presentación de la agenda de trabajo estuvo bajo la responsabilidad de la maestrante. Cabe destacar la colaboración de 4 facilitadores, lo que ha criterio de los participantes mantuvo el interés durante el desarrollo del evento. (Ver Apéndice 2)

FOTO N° 3

TALLER DE CAPACITACION EXPOSITOR LCDO. NESTOR PALMA
TEMA: PROTOCOLOS DE ATENCION POR PATOLOGIAS



CUADRO N° 13

CRONOGRAMA DEL TALLER DE CAPACITACIÓN

TEMAS	FECHA	HORA	CORDINADORA	AYUDA METODOLOGICA	EVALUACIÓN
Presentación	13/01/2012	8:00 8:30	Lcda. Martha Cedeño Dr. Cesar Carreño		
Calidad de atención	13/01/2012	8:30 10:00	Lcda. Martha Cedeño	Conferencias Charlas	Proceso Producto Resultado
Normas generales de atención	13/01/2012	10:00 12:00	Lcda. Martha Cedeño		
BREIK					
Patologías frecuentes	13/01/2012	13:00 15h00	Lcda. Martha Cedeño		
Protocolos de atención por patologías	13/01/2012	15:00 17:30	Lcda. Martha Cedeño Directivos		
CLAUSURA Y ENTREGA DE CERTIFICADOS					

2.7. EVALUACIÓN DEL TALLER DE CAPACITACIÓN

La evaluación al taller de capacitación realizado en la actividad anterior se pudo aplicar, a todo el personal que asistió mediante una encuesta diseñada para que cumpla los objetivos propuestos por el maestrante, logrando obtener resultados que beneficien de manera eficiente y eficaz la implementación de este proyecto al personal (Apéndice 4)

ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL ASISTENTE

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
HOSPITAL IESS MANTA

ENCUESTA ESTRUCTURADA PARA VALORAR EL DESARROLLO DEL TALLER
"ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN"

1.- Los Contenidos abordados en el taller fueron¿
Muy Adecuados Adecuados Muy Inadecuados

2.- La utilidad para su desempeño laboral en el fue¿
Muy Útil Útil No Útil

3.- El Interés mantenido durante el taller fue¿
Alto Medio Bajo

4.- La duración de la exposición fue¿
Excesiva Normal Corta Muy corta

5.- Las explicaciones de los expositores en el taller fueron¿
Excelentes Buenas Regulares Malas

6.- El Intiño de practicas de ilustración fue¿
Mucha Teoría Mucha Práctica Equilibrada

FOTO Nº 4



RESULTADO 3: Educar a los usuarios de la unidad sobre actividad física en domicilio para acelerar los procesos de recuperación. Para cumplir con este resultado se desarrollaron las siguientes actividades

3.1. Diseño del plan de capacitación

Para cumplir con esta actividad se diseñan los componentes del plan de capacitación, se redacta el documento con el plan y la sistematización queda establecida de la siguiente manera: Esta actividad se desarrolla el 05 de febrero del 2012.

CUADRO N° 14

PLAN DE CAPACITACIÓN PARA CHARLAS DE EDUCACIÓN A PACIENTES

INTRODUCCIÓN
La actividad física tiene un rol importante en la prevención, control y tratamiento de las enfermedades, por su influencia sobre el sistema humano, lo que constituye una medida costo/beneficio muy positiva. Personas activas en comparación a sedentarias presentan mejores respuestas de adaptación, menor respuesta cardiovascular al estrés y menor cantidad de síntomas de ansiedad y depresión. También muestran mayor seguridad y autoestima
JUSTIFICACIÓN
Dentro de la Rehabilitación Física el ejercicio juega un papel importante en la recuperación del paciente y su incorporación a la sociedad de una manera activa, acercando al enfermo a los límites máximos de su capacidad y alejándolo al mismo tiempo del límite mínimo de su discapacidad. El ejercicio físico como pilar central de la rehabilitación física tiene gran importancia en el desarrollo del ser humano, ya que actúa positivamente en todos los sistemas y órganos del cuerpo. La actividad física es una herramienta terapéutica de incorporación domiciliar reciente en los procesos de recuperación, por lo que se hace imperativo capacitar a los pacientes y familiares para que incorporen estas acciones a sus actividades diarias. Esta capacitación debe ser una actividad continuada en el tiempo y específica de acuerdo a los logros alcanzados.

OBJETIVOS		
GENERAL		ESPECIFICOS
Realizar charlas para educar a los pacientes sobre actividad física en domicilio		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminuir los procesos patológicos ▪ Evitar la cronificación de las patologías ▪ Incentivar los procesos de autocuidado
RESPONSABLES	GRUPO	LUGAR
Lcda. Martha Cedeño	Personal de Rehabilitación, pacientes y familiares	Gimnasio del Servicio de Rehabilitación Física
FECHA DE PROGRAMACIÓN		JORNADA DE TRABAJO
20 de febrero del 2012		6 horas de trabajo (8:00 –14:00)
FACILITADORES		TEMAS DE LA CHARLA
Equipo de rehabilitación física		Actividad física en domicilio
RECURSOS		
HUMANOS	MATERIALES	ECONÓMICOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilitadores # 5 ▪ Coordinadores # 1 ▪ Equipo de trabajo y Directiva 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infocus ▪ Computadora portátil ▪ Videos 	Recursos económicos aportados por la Maestrante de la U.T.P.L.
EVALUACIÓN		
<p>La evaluación del taller se la hará de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proceso: ejecución de lo enseñado por parte de los asistentes , material de apoyo, metodología de trabajo, encuestas ▪ Producto: se lo realizará a través de las habilidades, destrezas y experiencias adquiridas en la charla ▪ Resultados: evaluación estandarizada , tabulación de datos 		

CUADRO N° 15

CRONOGRAMA DEL PLAN DE CAPACITACIÓN UTILIZADO EN LAS CHARLAS EDUCATIVAS SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL HOGAR

Hora	Tema	Objetivos Generales	Metodología	Responsable
8:H00	Introducción a la charla Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concientizar a los pacientes y familiares acerca de la importancia de la actividad física 	Teórico	Lcda. Martha Cedeño
9:H00	Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitar a los pacientes y familiares 	Teórico	Lcda. Mayita Vera
10:H00	Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lograr el aprendizaje de pacientes y familiares 	Teórico – practico	Lcdo. Marcos Figueroa
11:H00	Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enseñar los procedimientos correctos 	Teórico Practico	Lcda. Doris Jaramillo
13:H00	Autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fomentar la prevención 	Teórico Practico	Lcda. Jenny Antón

CUADRO N° 16

ESQUEMA DE CONTENIDO DE LAS CHARLAS DIRIGIDA A LOS PACIENTES

TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES SUGERIDAS
Introducción a la charla	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprender que la a actividad física es uno de los elementos centrales en el control de las enfermedades 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ronda de presentación individual, pacientes y equipo de salud. Testimonios ▪ Personales sobre sus proceso patológicos.
Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar el nivel de motivación para realizar actividad física. ▪ Determinar el nivel de actividad física individual. ▪ Promover un estilo de vida más activo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar a los pacientes para aumentar el nivel del actividad física en la vida diaria.

<p>Actividad física</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discutir el factor «tiempo» como una barrera para realizar actividad física. ▪ Planificar el o los momentos durante el día para realizar actividad física. ▪ Identificar factores que aumentan la adhesividad a la actividad física ▪ Incorporación de la familia, amigos, vecinos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intercambio de experiencias en base a los testimonios personales. ▪ Asignar un tiempo durante el día para realizar actividad física.
<p>Actividad física</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprometer a pacientes y familiares para que realicen una rutina diaria de ejercicios 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar un plan individual de actividad física semanal para alcanzar la meta. ▪ Hacer un compromiso frente al grupo.
<p>Tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorar el estilo de vida saludable como la base del tratamiento preventivo. ▪ Mejorar la adherencia a la prescripción médica. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presentar la evidencia científica actualizada que avala el tratamiento propuesto. ▪ Sesión de preguntas y respuestas.
<p>Autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforzar la importancia del autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar a conocer las recomendaciones del cuidado en domicilio.

3.2. Preparación de material para capacitación de actividades físicas en domicilio

Esta actividad se realizó el día 08 del mes de febrero del año 2012, para la elaboración y diseño de la información se adquirió un esquema de ejercicios de acuerdo a las patologías más relevantes, posterior a esto se preparó el material educativo para entregar para lo cual se consideró algunos aspectos como: gráficos, letra legible, mensaje claro y sencillo; esto con la finalidad de poder llegar con el mensaje a los usuarios y así concienciarlos sobre la importancia de la actividad física

en el hogar para que así puedan mejorar su condición física y acelerar los procesos de recuperación. (Apéndice 6)

LAMINA N°4

TRÍPTICOS SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA EN DOMICILIO

BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

La práctica de la actividad en forma sistemática y regular debe tomarse como un elemento significativo en la prevención, desarrollo y rehabilitación de la salud. En general, los efectos beneficios de la actividad física se pueden ver en los siguientes aspectos:

- Aumento de la elasticidad y movilidad articular.
- Mayor coordinación, habilidad y capacidad de reacción.
- Ganancia muscular la cual se traduce en aumento del metabolismo.
- Aumento de la resistencia a la fatiga corporal.

vida de todas las personas, sin distinción de edad, sexo, condición social u ocupación, por el fin de beneficios para la salud orgánica, emocional y psíquica de las personas, ya que ofrece herramientas que le permiten al individuo afrontar la vida con una aptitud diferente, con mejor salud fortaleciendo la diligencia y la perseverancia, con sentido de honradez, responsabilidad del cumplimiento de las normas, en fin, permite que las personas como entes individuales tengan la vitalidad, vigor, fuerza y energía fundamentales para cumplir con su deber en el grupo social al que pertenecen.

Los beneficios que tiene una práctica correcta de actividad física sobre algunos sistemas y aparatos de nuestro organismo. Estos son:

- Aparato Locomotor.
- Aparato Cardiovascular.
- Aparato Respiratorio.
- Sistema Nervioso



UNIVERSIDAD TÉCNICA
PARTICULAR DE LOJA
MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA

TEMA:
CHARLA DE ACTIVIDAD FÍSICA



DIRIGIDOS POR LA MAESTRANTE:
LIDA MAURTA CEBEDO PAZMINO

CONCLUSIONES

La actividad física debe ser tomada como una práctica regular y sistemática en la

Ejercicios para Osteoporosis

Realizar 10 veces, 2 veces al día.

1. Puntada hacia abajo, abrazar la cabeza y el torso por 10 segundos (Fig. 1)
2. Puntada hacia abajo, abrazar una extremidad inferior con ambas extremidades de la cabeza y cintura.
3. Posición de gatas, abrazar una extremidad inferior con ambas extremidades de la cabeza y cintura.

* Sentado con espalda a 90° realizar ejercicios de ambas caderas, con ambas las extremidades, sobre un pedruzco.

Cuidados posturales

PIAL **BENI**

- Forma correcta de levantar un objeto o bodega, flexionando la rodilla y manteniendo la columna recta.

PIAL **BENI**


- Al bajar, impulsar el pie o cañalita, luego con la palma recta.

PIAL **BENI**

- Uso de corrector de postura, para evitar la caídas.

PIAL **BENI**

- Forma correcta de levantar bodega, repartiendo el peso en ambas piernas.

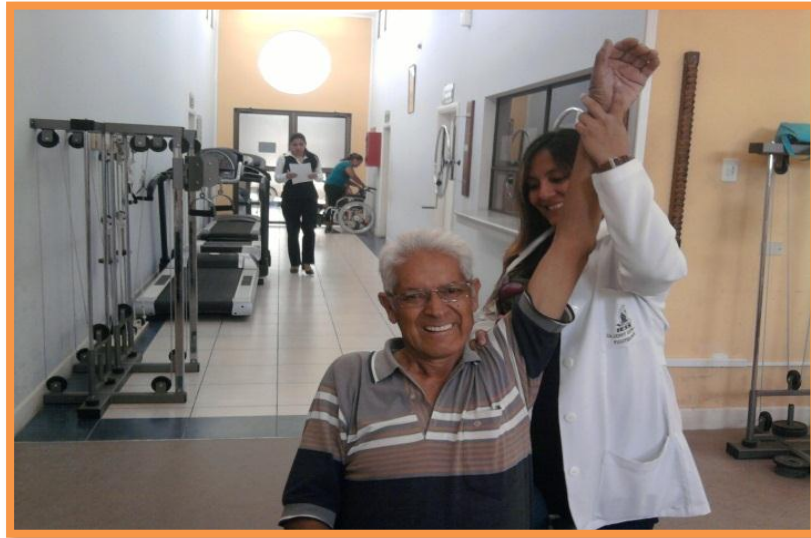


3.4. Capacitación en el servicio de rehabilitación física

Con el apoyo del equipo de trabajo se realizó las conferencias dirigidas a los pacientes y familiares con el objetivo de educar y fortalecer el sistema de autocuidado y así lograr la aceleración en los procesos de recuperación, durante el desarrollo de la capacitación se entregó el material educativo y se respondió una serie de interrogantes acerca de la actividad física. Esta actividad se cumplió el 20 de febrero del 2012.

FOTO N° 5

LCDA. JENNY ANTÓN REALIZANDO LA DEMOSTRACIÓN DE LOS EJERCICIOS FÍSICOS QUE PUEDEN SER REALIZADOS EN EL DOMICILIO.



3.5. Demostración de las actividades físicas en domicilio

Después de las conferencias se procedió a realizar la demostración sobre los ejercicios físicos y su correcta ejecución, los ejercicios terapéuticos fueron explicados por el equipo de trabajo para la observación y aprendizaje por parte de los asistentes, estos procedimientos se detallan en los trípticos entregados. Esta actividad se cumplió el 20 de febrero del 2012.

FOTO N° 6

LCDA. MAYITA VERA REALIZANDO LA DEMOSTRACIÓN DE LOS EJERCICIOS FÍSICOS QUE PUEDEN SER REALIZADOS EN EL DOMICILIO, CON LA ASISTENCIA DEL FAMILIAR.



FOTO N° 7

LCDA. MAYITA VERA REALIZANDO LA DEMOSTRACIÓN DE LOS EJERCICIOS FÍSICOS QUE PUEDEN SER REALIZADOS EN EL DOMICILIO, CON LA ASISTENCIA DEL FAMILIAR.



FOTO N°8

LCDA. MIRIAN GARGES REALIZANDO LA DEMOSTRACIÓN DE LOS EJERCICIOS FÍSICOS QUE PUEDEN SER REALIZADOS CON OBJETOS O AYUDAS DOMICILIARIAS EN PACIENTES CON MAYOR ESTABILIDAD.



3.6. Evaluación de la capacitación

Luego de realizarse las charlas se procedió a evaluar el grado de satisfacción por parte de los pacientes y familiares con relación a este tipo de actividades educativas para poder determinar el grado de satisfacción por parte de los asistentes. (Ver anexo 4)

LAMINA N° 5

FORMULARIO DE EVALUACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA EN DOMICILIO TRES SEMANAS DESPUÉS DE REALIZADA LA CHARLA

CRITERIOS	SI		NO	
	FREC.	%	FREC.	%
EN LAS ÚLTIMAS TRES SEMANAS				
¿Ha realizado los ejercicios enseñados durante el día?	36	94.74%	2	5.26%
¿Siente que su estado de salud se mejoró con la actividad física?	35	92.11%	3	7.89%
¿Le parece que el tiempo utilizado en sus ejercicios es productivo?	36	94.74%	2	5.26%
¿Le han causado algún tipo de malestar los ejercicios realizados?	0	0.00%	36	100.00%
¿Se siente satisfecho con la rutina diaria de ejercicios?	36	94.74%	2	5.26%
¿Le gustaría incorporar más ejercicios a su rutina diaria?	36	94.74%	2	5.26%

FUENTE: Formulario de Evaluación

ELABORADO POR: Lcda. Martha Cedeño

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados de la evaluación realizada a los familiares y/o pacientes señalan que lo aprendido durante la charla ha sido beneficioso. La prueba estandarizada indica que el número de respuestas ubicadas en SI muestran la necesidad de implementar estas charlas educativas en beneficio del usuario y su recuperación. Un buen resultado es el número de respuestas en el criterio de NO, ya que esto significa que el paciente está respondiendo adecuadamente al proceso educativo, y es lo que muestra la tabla.

EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES CON LOS RESULTADOS

RESULTADO 1: Protocolos de atención en el servicio de rehabilitación del Hospital IESS Manta diseñados y aplicándose

INDICADORES:

- Hasta 11-11-2011 se diseñan los protocolos de atención.
- Hasta 30-11-2011 el 100% de los protocolos de atención han sido aplicados

Contando con la colaboración de todas las personas intervinientes en este proyecto los protocolos de atención fueron diseñados, cabe recalcar que los directivos, jefe del servicio y equipo de trabajo fueron un pilar fundamental en el desarrollo de esta actividad, el manual de protocolos diseñados se realizó en conjunto con los profesionales del servicio los cuales aportaron con sus puntos de vista, selección de patologías a ser protocolizadas y todo el material bibliográfico solicitado por lo cual al concluir esta actividad todos mostraron sentirse satisfechos con su elaboración siendo un gran aporte para el personal de este servicio, puesto que les ha permitido acceder a planes de tratamiento efectivo, lo que conlleva a que los pacientes se recuperen en menor tiempo y así evitar la cronificación de las patologías, cumpliéndose con esta actividad en un 100% hasta el 11-11-2011.

La aplicación de estos protocolos se encuentra en acción desde 30-11-2011 lo que permite establecer un porcentaje de cumplimiento de esta actividad al 100% este indicador fue el resultado de una encuesta realizada a los profesionales sobre el grado de aceptación profesional luego de la aplicación de los protocolos.

CUADRO N° 17

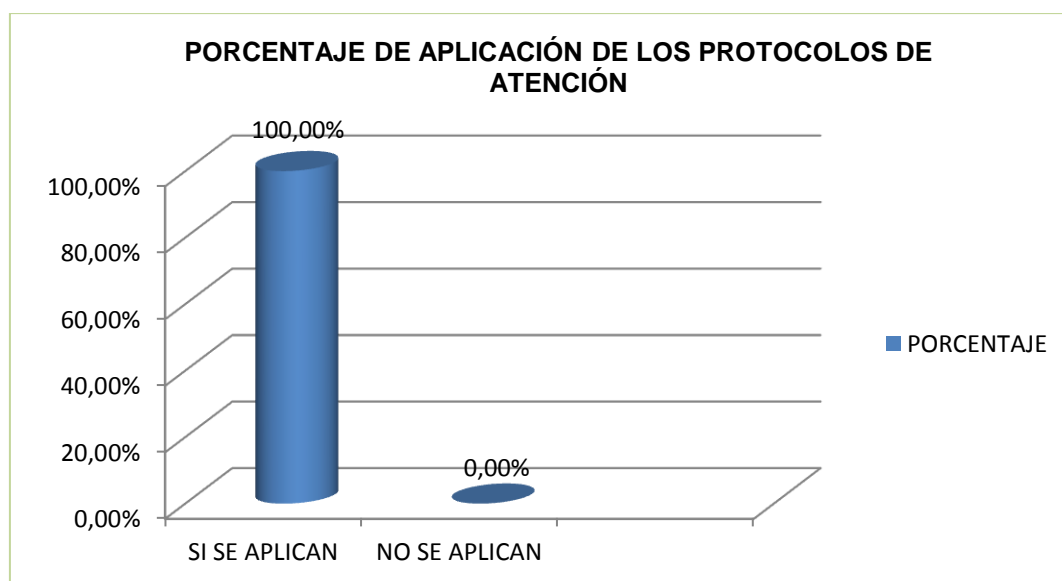
EVALUACIÓN A LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL IESS MANTA SOBRE LA APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

CONTENIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si se aplican	10	100%
No se aplican	0	0
TOTAL	10	100%

FUENTE: Formulario de Evaluación

ELABORADO POR: Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los profesionales están aplicando los protocolos de atención en un 100% lo que nos permita constatar el cumplimiento de su compromiso para la aplicación de este sistema de atención.

CUADRO N° 18

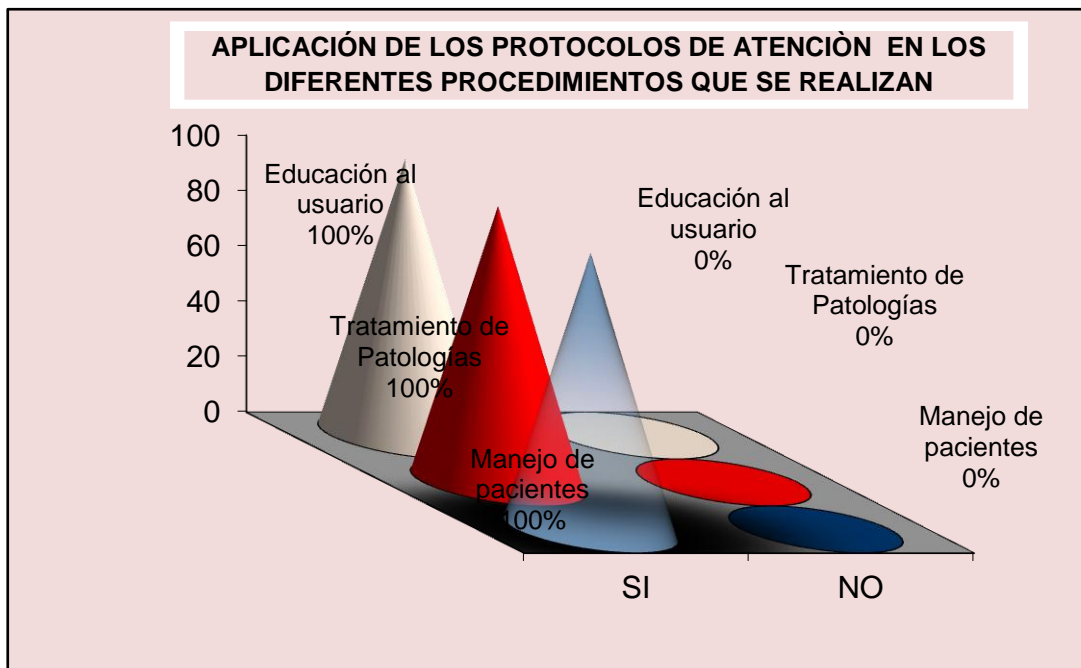
EVALUACIÓN A LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL IESS MANTA SOBRE LA APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZAN

DESCRIPCION	ESTIMACION			
	SI	%	NO	%
Manejo de pacientes	10	100	0	0
Tratamiento de Patologías	10	100	0	0
Educación al usuario	10	100	0	0

FUENTE: Formulario de Evaluación

ELABORADO POR: Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En un 100% los profesionales están aplicando los protocolos establecidos en los diferentes procedimientos que se realizan.

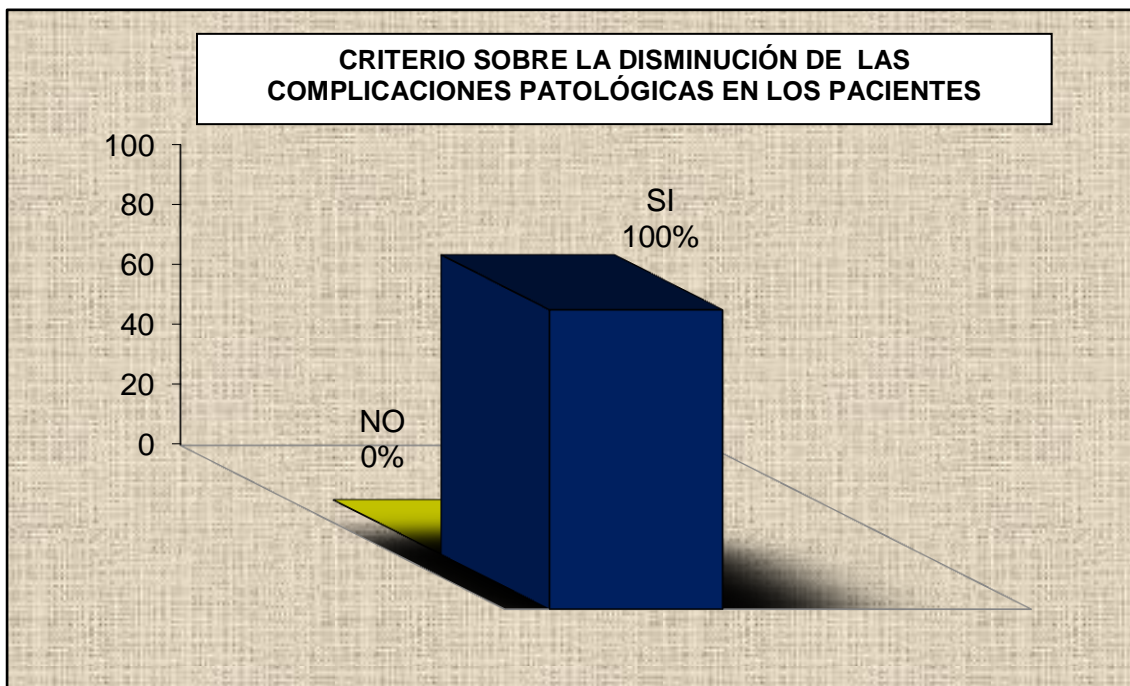
CUADRO N° 19

EVALUACIÓN A LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL IESS MANTA SOBRE LA APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN Y SU CRITERIO SOBRE LA DISMINUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PATOLÓGICAS EN LOS PACIENTES

CONTENIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si disminuyen	10	100%
No disminuyen	0	0
TOTAL	10	100%

FUENTE: Formulario de Evaluación
ELABORADO POR: Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los profesionales del servicio opinaron en un 100% que con la aplicación de este tipo de soporte técnico se pueden disminuir el índice de complicaciones patológicas lo que nos permite sustentar el gran aporte de este trabajo para el servicio.

CUADRO N° 20

EVALUACIÓN A LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL IESS MANTA SOBRE LA APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN Y EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

CONTENIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si ha mejorado	10	100%
No ha mejorado	0	0
TOTAL	10	100%

FUENTE: Formulario de Evaluación
ELABORADO POR:Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los profesionales en un 100% manifiestan que la atención se ha visto mejorada a partir de la aplicación de los protocolos establecidos.

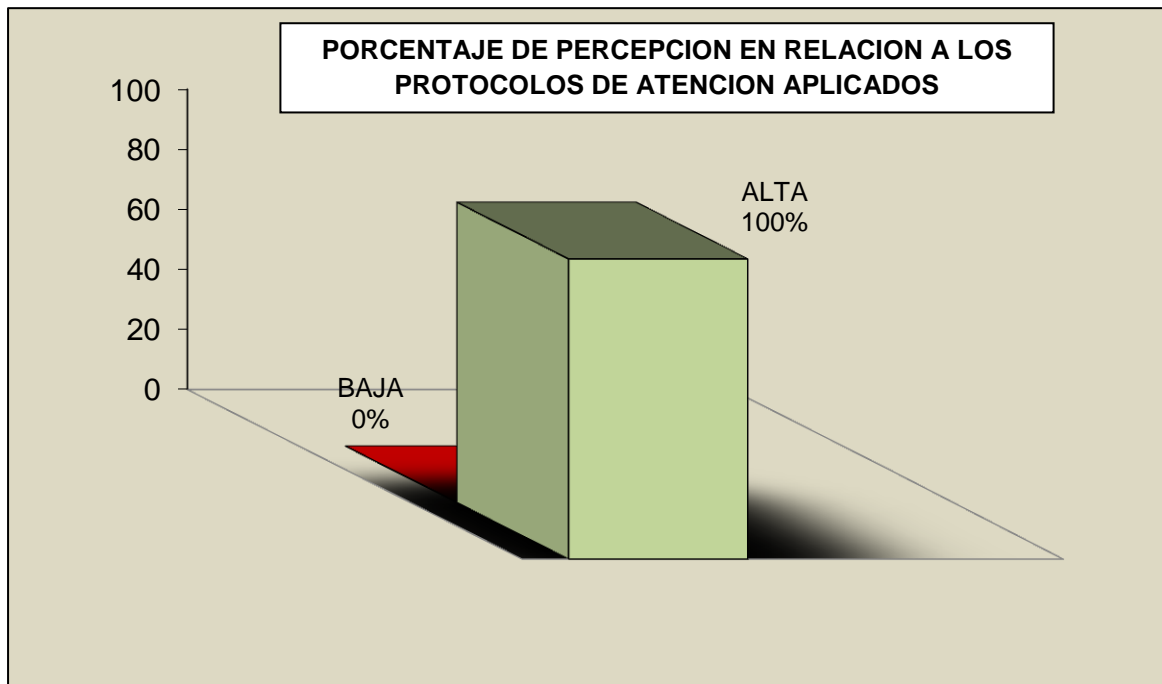
CUADRO N° 21

EVALUACIÓN A LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL IESS MANTA SOBRE LA APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN Y SU PERCEPCIÓN

CONTENIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alta Percepción	10	100%
Baja Percepción	0	0
TOTAL	10	100%

FUENTE: Formulario de Evaluación
ELABORADO POR: Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los profesionales del servicio indicaron en un 100% su percepción positiva en la aplicación de estos protocolos de atención.

RESULTADO 2. : Personal del Servicio de Rehabilitación Física actualizado en protocolos de atención.

INDICADORES:

- Hasta 13-01-2012 y mediante un taller se actualiza al personal en protocolos de atención.
- Hasta 31-01-2012 El 90% del personal de rehabilitación física se encuentra actualizado en protocolos de atención.

El taller de actualización en protocolos de atención conto con la participación de directivos, personal del servicio, médicos, enfermeras. Los participantes se mostraron proactivos y muy interesados en la actualización de conocimientos y en mejorar sus capacidades técnicas para poder inactivar los procesos patológicos en los pacientes y por ende mejorar la calidad de atención, esta actividad se cumplió en un 100%, a continuación se muestra encuesta de satisfacción realizada a los participantes.

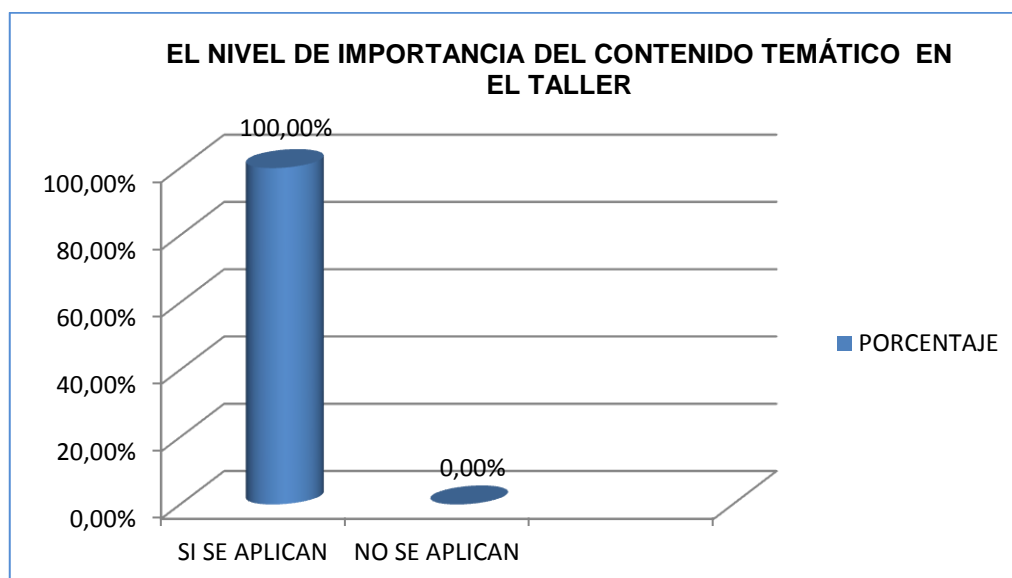
CUADRO N° 22

EVALUACIÓN REALIZADA A LOS ASISTENTES SOBRE EL NIVEL DE IMPORTANCIA DEL CONTENIDO TEMÁTICO EN EL TALLER “ACTUALIZACIÓN EN PROTOCOLOS DE ATENCIÓN”

CONTENIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	21	77,78%
Medio	6	22,22%
Bajo	-	-
TOTAL	27	100%

FUENTE: Formulario de Evaluación
ELABORADO POR: Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los profesionales de salud que asistieron a la presentación consideran en un 77,78% muy adecuado los temas abordados y un 22,22% como adecuado, lo que muestra la aceptación por parte de los asistentes y la importancia del tema tratado.

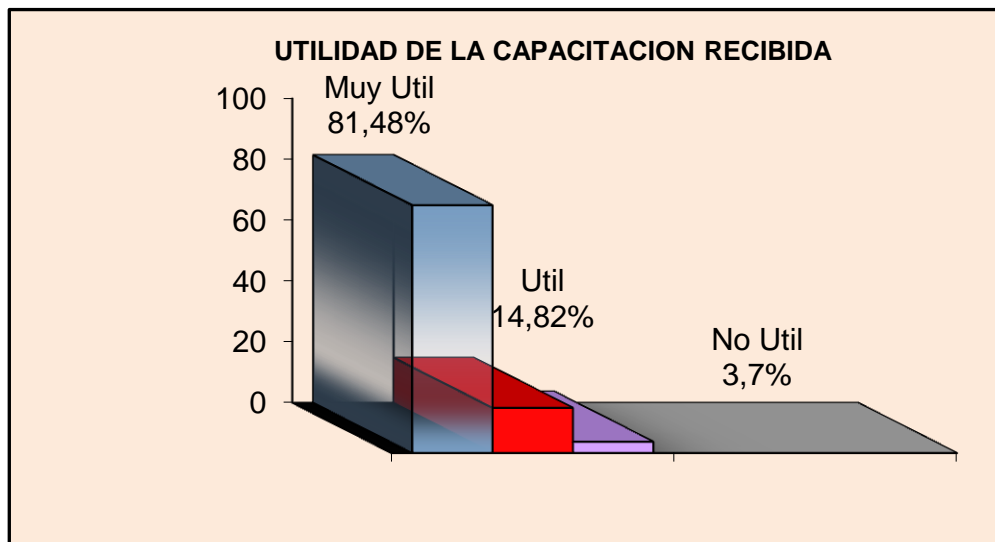
CUADRO N° 23

EVALUACIÓN REALIZADA A LOS ASISTENTES SOBRE LA UTILIDAD DEL TALLER DE “ACTUALIZACIÓN EN PROTOCOLOS DE ATENCIÓN” PARA MEJORAR SU DESEMPEÑO LABORAL

UTILIDAD DE LA CAPACITACION RECIBIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy Útil	22	81,48%
Útil	4	14.82%
No Útil	1	3.70%
TOTAL	27	100

FUENTE: Formulario de Evaluación
ELABORADO POR:Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La capacitación fue muy útil para el 81,48% de los asistentes, útil para el 14.82% y no útil para el 3.70%. Estos datos indican que hubo la voluntad del personal para capacitarse y el margen inferior que indicó como no útil la capacitación para su desempeño laboral, pertenece al número de asistente que no tiene ninguna relación con la especialidad.

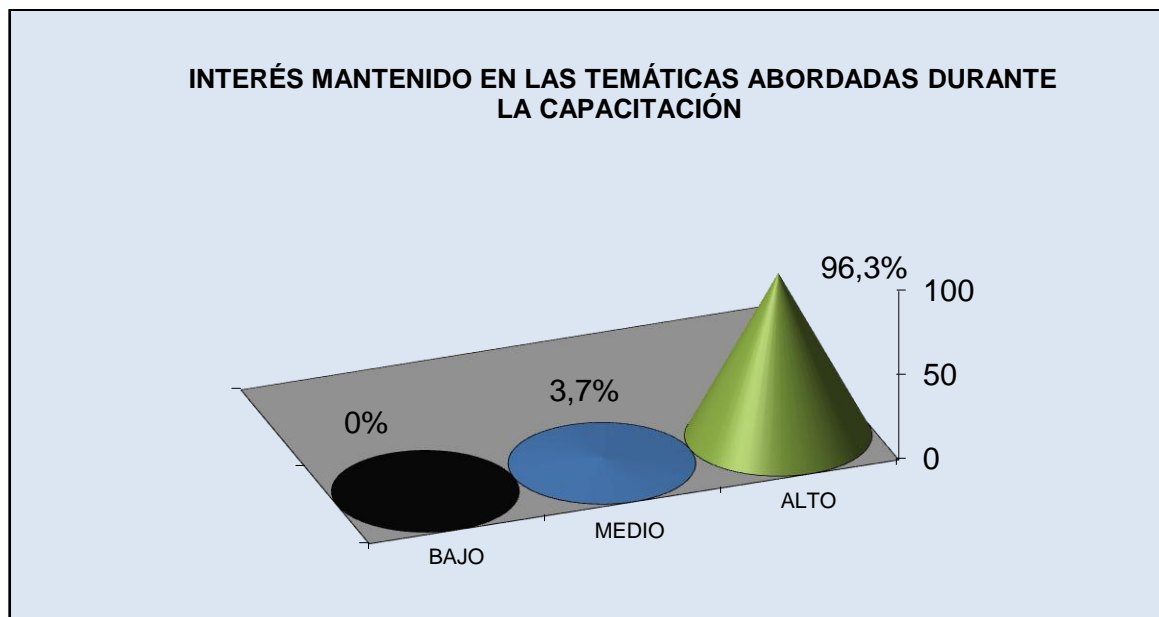
CUADRO N° 24

EVALUACIÓN REALIZADA A LOS ASISTENTES SOBRE EL INTERES DE LOS CONTENIDOS TEMÁTICOS ABORDADOS DURANTE EL TALLER DE: “ACTUALIZACIÓN EN PROTOCOLOS DE ATENCIÓN”

INTERES SOBRE LAS TEMÁTICAS ABORDADAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	26	96.30%
Medio	1	3.70%
Bajo	-	-
TOTAL	27	100%

FUENTE: Formulario de Evaluación
ELABORADO POR:Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El interés sobre las temáticas abordadas por parte de los asistentes fue alto en un 96,30%, y medio en un 3,7%, este es un indicador de que los contenidos seleccionados fueron los más apropiados.

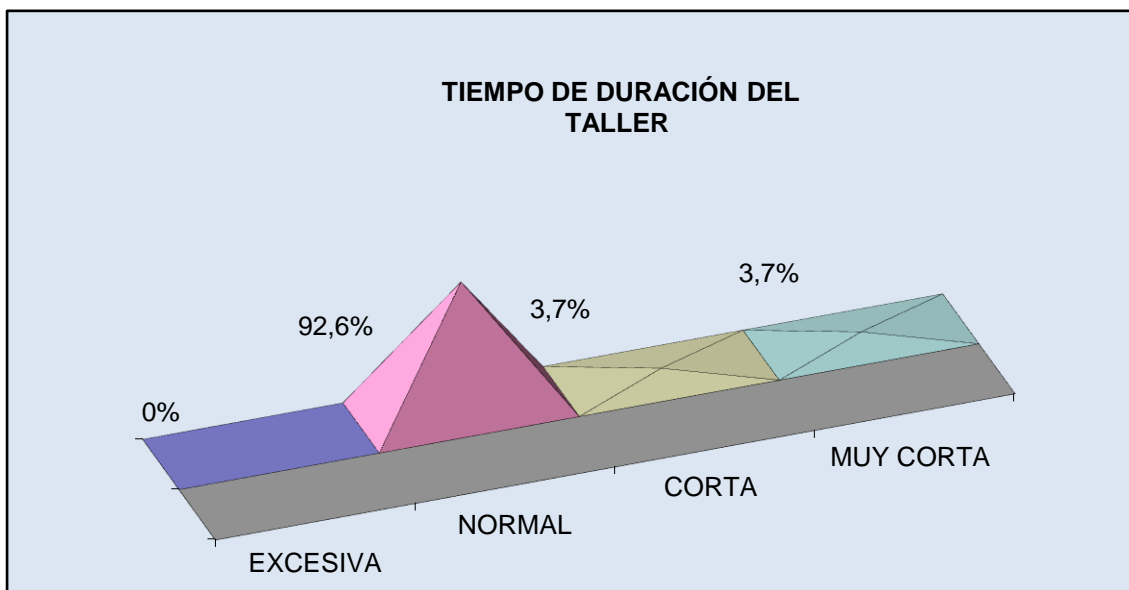
CUADRO N° 25

EVALUACIÓN REALIZADA A LOS ASISTENTES SOBRE EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL TALLER DE: “ACTUALIZACIÓN EN PROTOCOLOS DE ATENCIÓN”

TIEMPO DE DURACIÓN DEL TALLER	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excesiva	-	-
Normal	25	92.60%
Corta	1	3.70%
Muy corta	1	3.70%
TOTAL	27	100%

FUENTE: Formulario de Evaluación
ELABORADO POR:Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El tiempo de duración fue normal opinan el 92.60%, asegura el mayor porcentaje, apenas el 3.70 % de personas dicen que fue corta y tan solo el 3.70% señalan que muy corto el tiempo de capacitación, lo que indica el alto grado de interés y motivación mantenido durante el taller.

CUADRO N° 26

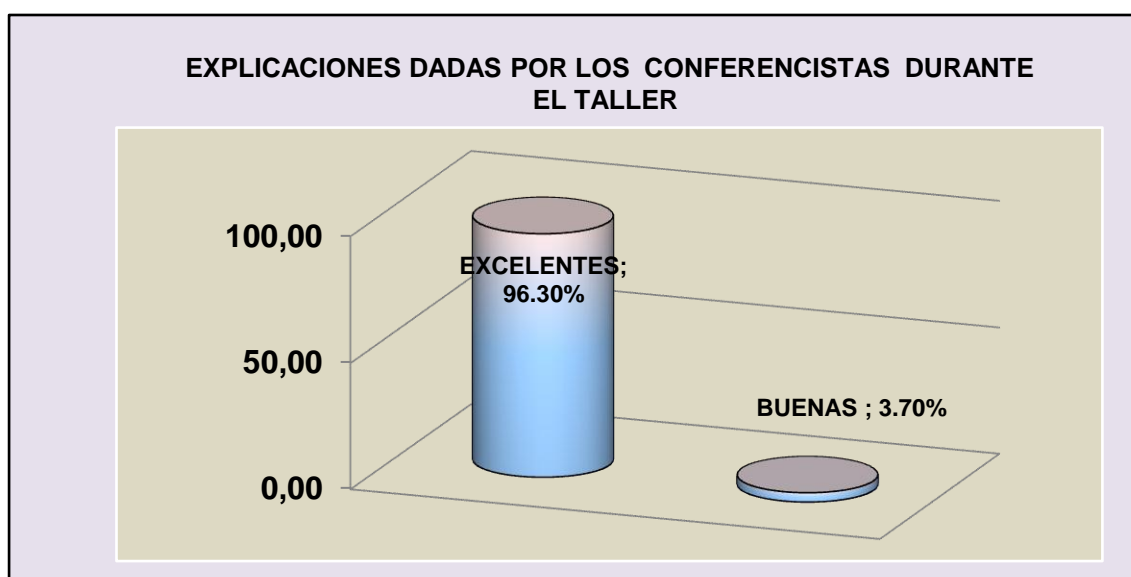
EVALUACIÓN REALIZADA A LOS ASISTENTES SOBRE LAS EXPLICACIONES TRATADAS POR LOS CONFERENCISTAS EN EL TALLER “ACTUALIZACIÓN EN PROTOCOLOS DE ATENCIÓN”

EXPLICACIONES TRATADAS POR LOS CONFERENCISTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelentes	26	96.30%
Buenas	1	3.70%
Regulares	-	-
Malas	-	-
TOTAL	27	100%

FUENTE: Formulario de Evaluación

ELABORADO POR: Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Un 96.30% de los participantes manifestó que las explicaciones dadas por los conferencistas fueron excelentes, y el 3.70% buenas, lo que muestra el grado de satisfacción en los conocimientos adquiridos.

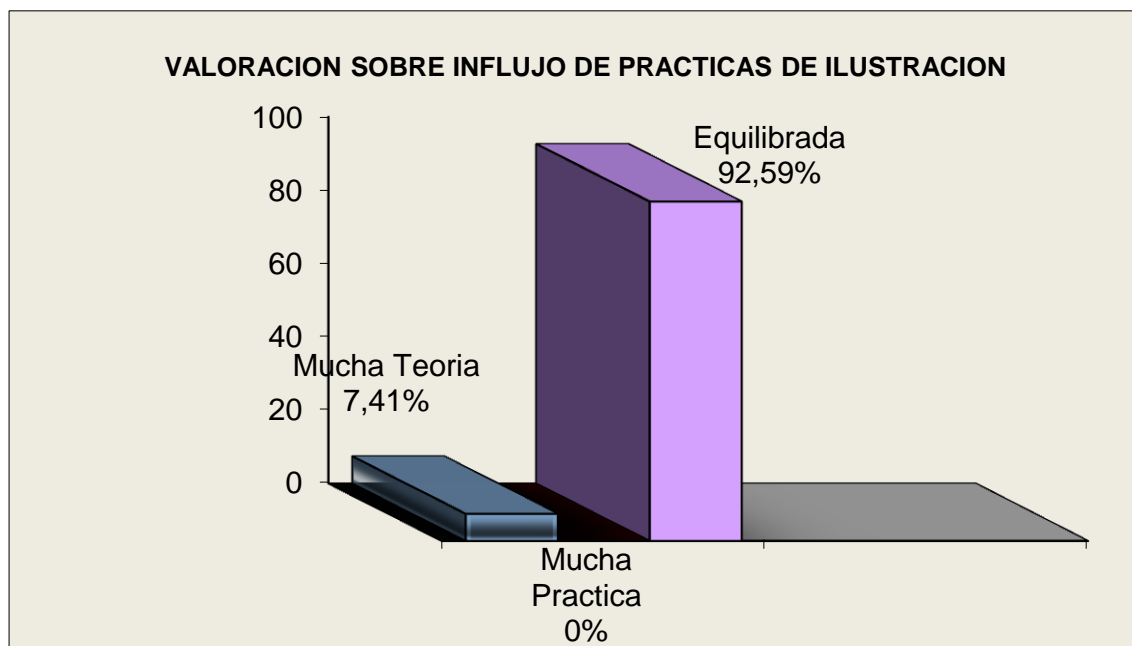
CUADRO N° 27

EVALUACIÓN REALIZADA A LOS ASISTENTES SOBRE EL INFLUJO DE PRÁCTICAS DE ILUSTRACIÓN PROPORCIONADAS DURANTE EL TALLER “ACTUALIZACIÓN EN PROTOCOLOS DE ATENCIÓN”

INFLUJO DE PRACTICAS DE ILUSTRACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mucha Teoría	2	7.41%
Mucha Práctica	-	-
Equilibrada	25	92.59%
TOTAL	27	100%

FUENTE: Formulario de Evaluación
ELABORADO POR:Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El influjo de prácticas de ilustración suministradas durante el taller fue equilibrada para el 92.59 % de participantes y que hubo mucha teoría indicó un 7.41%. Este equilibrio permitió el cumplimiento de los objetivos trazados en el programa de capacitación.

RESULTADO 3: Usuarios capacitados sobre actividad física en el hogar.

INDICADORES: Hasta Marzo 15 del 2012 el 90% de los pacientes y familiares se encuentran capacitados en actividad física en el hogar

- Hasta 20-02-2012 el 90% de pacientes y familiares participan en una charla de capacitación en actividad física en domicilio.
- Hasta el 15-03-2012 el 90% de los pacientes y familiares se encuentran realizando actividades física en domicilio

Para la ejecución de este resultado, se realizó una charla de capacitación dirigida a los pacientes y familiares en relación a la actividad física en el domicilio, para esto se contó con el apoyo del equipo de trabajo del servicio los cuales realizaron la demostración de la forma correcta en la que se deben realizar los ejercicios. Durante el desarrollo de esta charla se pudo observar el interés de los participantes por aprender y conocer cómo mejorar su calidad de vida.

Para el seguimiento de esta actividad tres semanas después de realizada la charla se solicita a los participantes llenar formulario de evaluación para determinar su grado de aplicación de los conocimientos adquiridos lo cual reflejó un informe positivo lo que permite establecer un 90% el cumplimiento de esta actividad

LAMINA Nº 7

INFORME SOBRE LA CHARLA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL HOGAR

SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL IESS MANTA

INFORME DE LA CONFERENCIA SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL DOMICILIO

El viernes 20 de febrero del 2012 en el servicio de rehabilitación física del Hospital del IESS Manta, se llevó a efecto la charla de actividad física dirigida a pacientes y familiares que acuden al servicio de rehabilitación, desde las 8H00 hasta las 14H00, a la cual asistieron 38 personas entre pacientes y familiares de los mismos, en éste evento se informó sobre:

- Actividad física - Tratamiento
- Actividad física Autocuidado
- Actividad física- demostración
- Terapia Física y Ocupacional

Los temas fueron abordados por los fisioterapeutas designados los cuales se encargaron de realizar la demostración de los ejercicios expuestos, se brindó refrigerio a todos los presentes, posterior a esto se procedió a realizar una encuesta de satisfacción por parte de la maestrante Lcda. Martha Cedeño. Cabe recalcar que en mi criterio como jefe del Servicio considero de gran provecho para la clase afiliada este tipo de actividad puesto que permite al paciente y familiar conocer sobre sus enfermedades y los medios de ayuda para mantener un estilo de vida de calidad de acuerdo a sus limitaciones físicas.


Dr. César Carreño C.
FISIATRA
IESS MANTA
202121
30283547-7.....
Dr. César Carreño
Jefe del Servicio de Rehabilitación Física

CUADRO N° 28

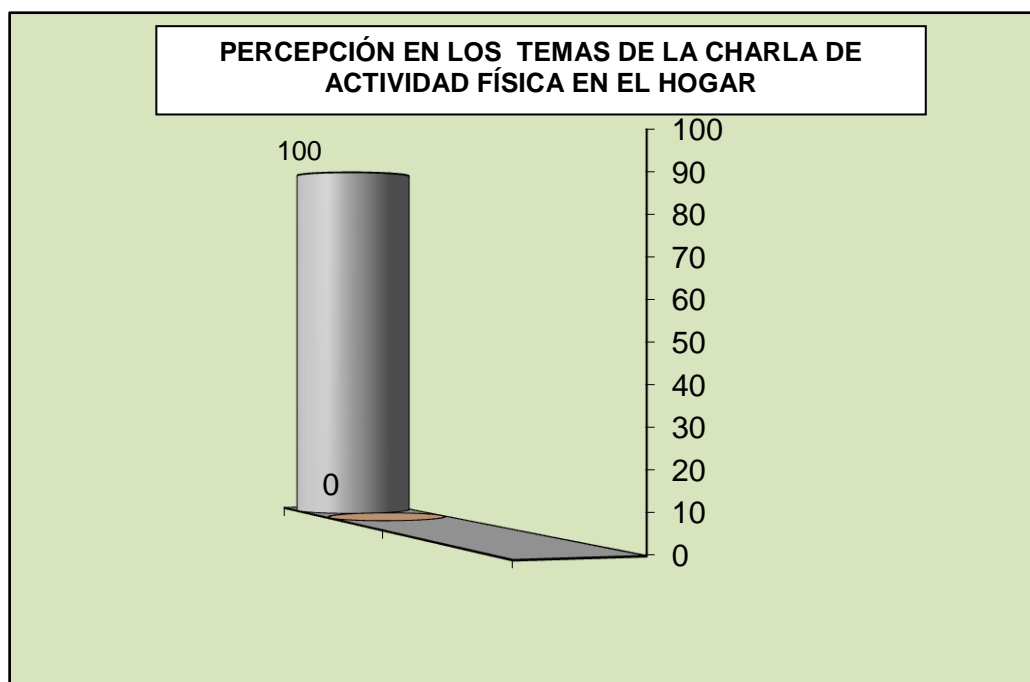
EVALUACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL IESS MANTA SOBRE SU PERCEPCIÓN EN LOS TEMAS DE LA CHARLA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL HOGAR

CONTENIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si fueron interesantes	38	100%
No fueron interesantes	0	0
TOTAL	38	100%

FUENTE: Formulario de Evaluación

ELABORADO POR: Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 100% de los pacientes manifestó su interés en el tema tratado, lo cual nos permite mediante este indicador establecer un alto grado de participación y motivación de los pacientes y familiares.

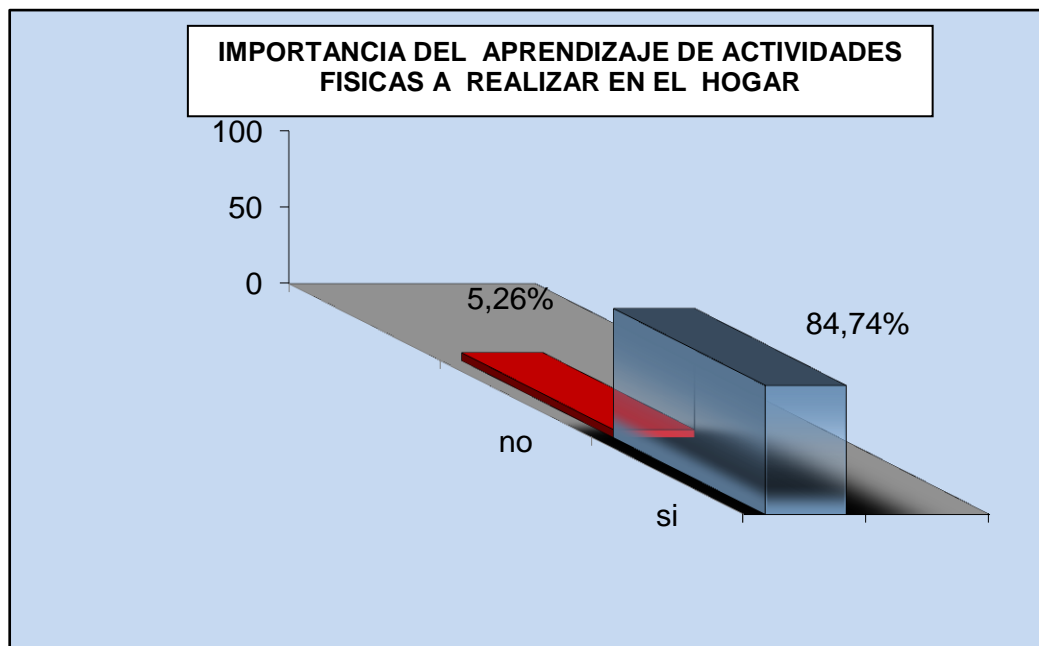
CUADRO N° 29

EVALUACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE REHABILITACION FISICA DEL HOSPITAL IESS MANTA SOBRE LA IMPORTANCIA DEL APRENDIZAJE DE ACTIVIDADES FISICAS A REALIZAR EN EL HOGAR

CONTENIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si es importante	36	94.741%
No es importante	2	5.26%
TOTAL	38	100%

FUENTE: Formulario de Evaluación
ELABORADO POR: Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los pacientes en un 94.74% les interesa aprender estas actividades y las considera importantes y el 2% considera que no son importantes.

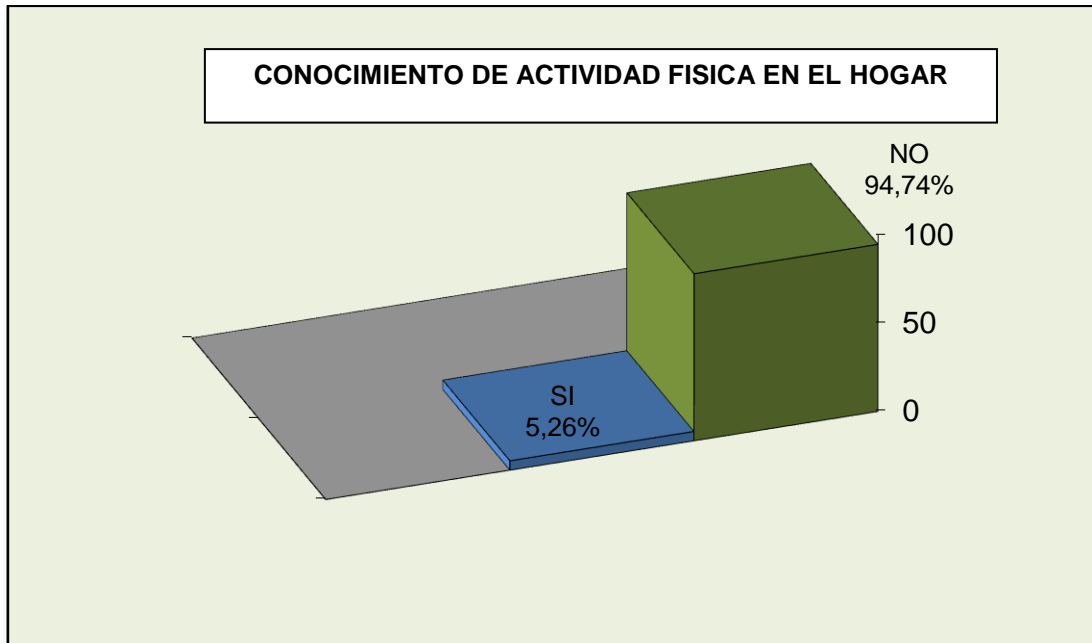
CUADRO N° 30

EVALUACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE REHABILITACION FISICA DEL HOSPITAL IESS MANTA SOBRE EL CONOCIMIENTO DE ACTIVIDAD FISICA EN EL HOGAR

CONTENIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si conocía	2	5.26%
No conocía	36	94.74%
TOTAL	38	100%

FUENTE: Formulario de Evaluación
ELABORADO POR: Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los pacientes en un 94.74%, indicaron desconocer este tipo de actividades físicas domiciliarias y un 5.26%, manifestó si conocer, esto nos permite establecer la importancia de educar a los pacientes para que haya un apoyo en el domicilio para su recuperación.

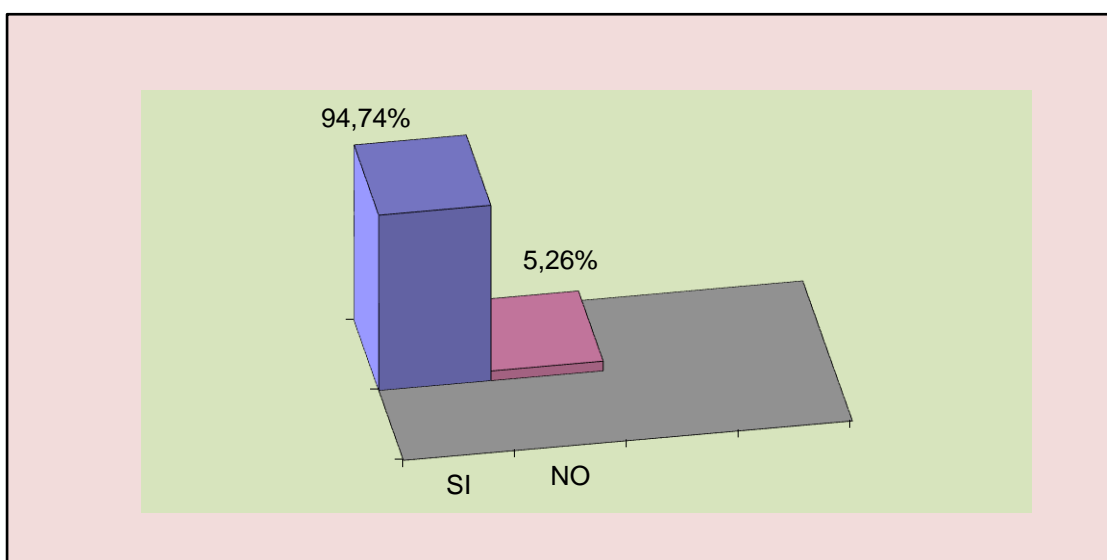
CUADRO N° 31

EVALUACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL IESS MANTA Y SUS EXPECTATIVAS DE APRENDIZAJE DURANTE LA CHARLA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL HOGAR

CONTENIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si cumplió sus expectativas	36	94.74%
No cumplió sus expectativas	2	5.26%
TOTAL	38	100

FUENTE: Formulario de Evaluación
ELABORADO POR:Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los pacientes en un 94.74% manifestaron que la charla si cumplió sus expectativas y un 5.26% manifestó cierta insatisfacción en sus expectativas planteadas.

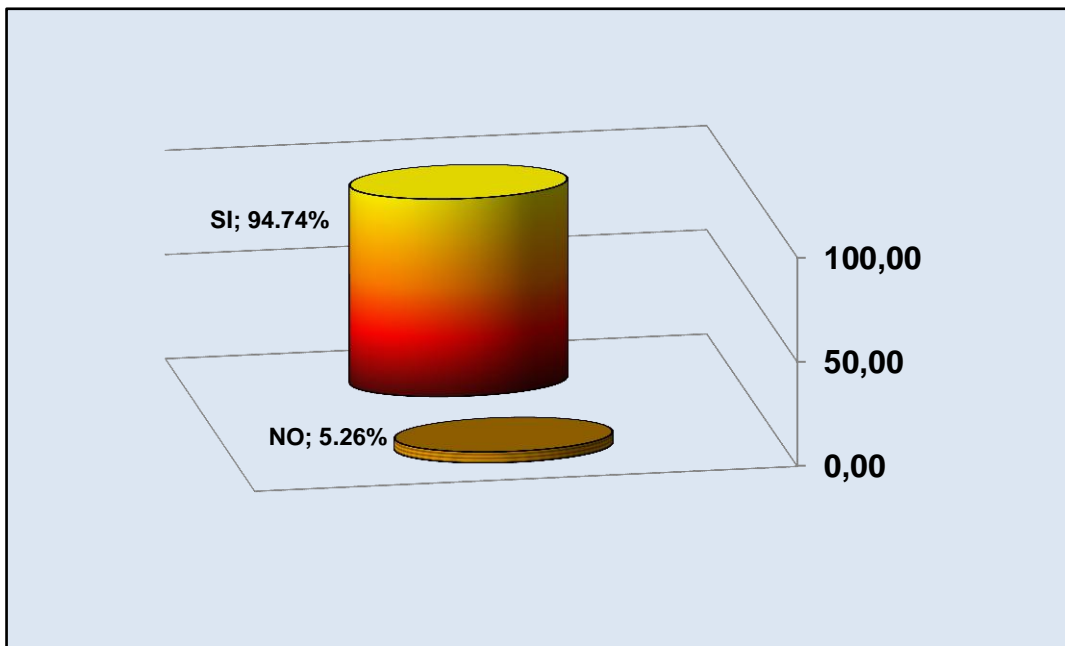
CUADRO N° 32

EVALUACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE REHABILITACION FISICA DEL HOSPITAL IESS MANTA SOBRE SU PERCEPCION DEL TIEMPO UTILIZADO EN LA CHARLA DE ACTIVIDAD FISICA EN EL HOGAR

CONTENIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si fue suficiente	36	94.74%
No fue suficiente	2	5.26%
TOTAL	38	100%

FUENTE: Formulario de Evaluación
ELABORADO POR:Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS INTERPRETACIÓN

Los pacientes indicaron en un 94.74% que el tiempo utilizado fue suficiente y el 5.26% indicaron que se necesitó mayor tiempo por lo cual no fue suficiente el tiempo utilizado.

CUADRO N° 33

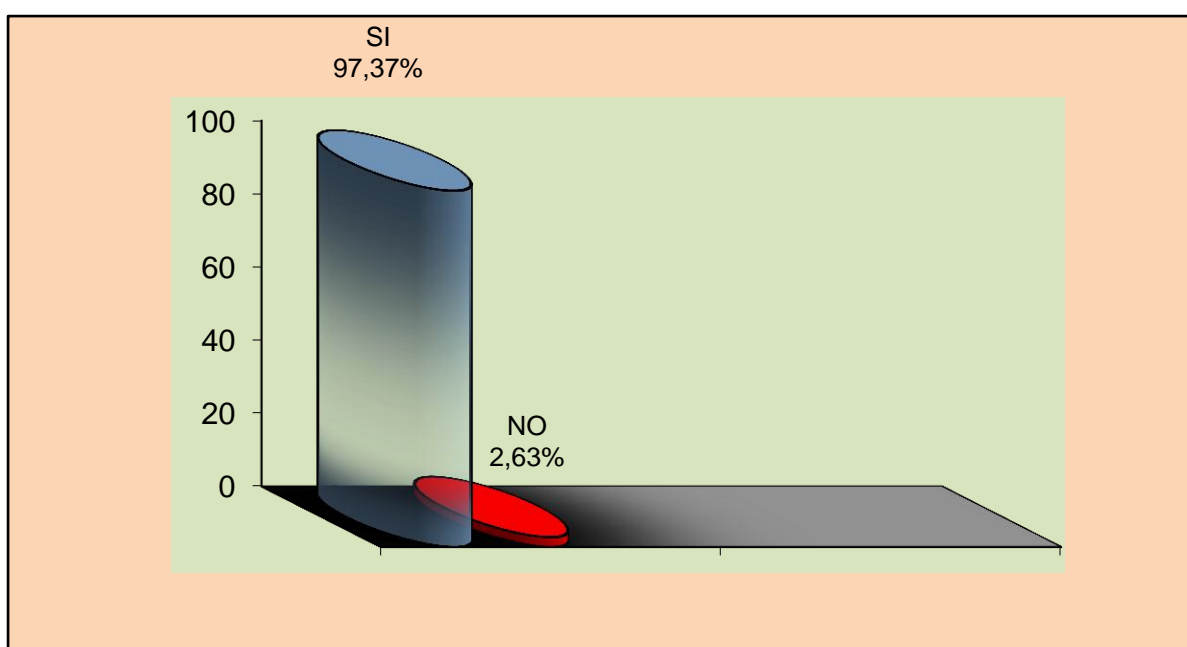
EVALUACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE REHABILITACION FISICA DEL HOSPITAL IESS MANTA SOBRE LA IMPORTANCIA DE EMPEZAR UNA RUTINA DIARIA DE EJERCICIOS EN EL HOGAR

CONTENIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si es importante	37	97.37%
No es importante	1	2.63%
TOTAL	38	100

FUENTE: Formulario de Evaluación

ELABORADO POR:Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los pacientes el 97.37% les interesa empezar una rutina en la casa y lo consideran importantes y el 2.63% lo considero no importante.

Para evaluar lo enseñado a los pacientes y familiares y su repercusión en su estado de salud se realizó un análisis en base a las experiencias y evolución de los pacientes. Esta se efectuó el 12 de marzo del 2012.

Beneficios observados al trabajar en este tipo de charlas educativas: Este modelo de atención mejora la satisfacción usuaria por ser un esquema más participativo, con más espacio para la educación, lo que además mejora la adhesividad a los planes de tratamiento. El hecho de que los pacientes y familiares interactúen también lleva a desarrollar un mensaje coherente para con el usuario, donde las indicaciones son las mismas y evita la confusión en la ejecución de las actividades sugeridas en el domicilio.

La inducción al cambio debe ser siempre acompañada por el reforzamiento positivo al paciente, reconocimiento de los logros alcanzado y apoyo de sus familiares. El programa de ejercicios y el resto de las actividades programadas deben estar orientadas en este mismo sentido, ser sesiones de ejercicio entretenidas, con marcado reconocimiento de los avances. La efectividad de la actividad física en el domicilio dependerá en gran medida del cambio en la capacidad funcional muscular y cardiorespiratoria; su efecto perdurable ocurrirá solamente con la práctica habitual de un ejercicio físico sistemático y adecuado a las capacidades personales.

CUADRO N° 34

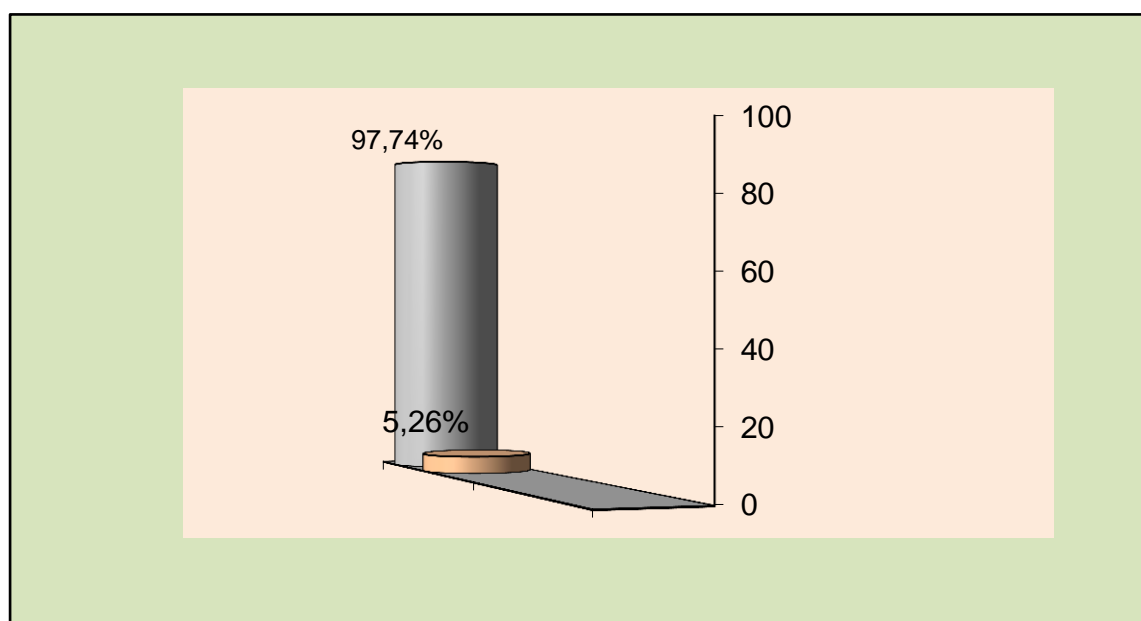
EVALUACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL IESS MANTA SOBRE LA REALIZACIÓN DIARIA DE LOS EJERCICIOS ENSEÑADOS

CONTENIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si realiza los ejercicios	36	97.74%
No realiza los ejercicios	2	5.26%
TOTAL	38	100%

FUENTE: Formulario de Evaluación

ELABORADO POR: Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS INTERPRETACIÓN

El 97.74%, de pacientes realizarán diariamente los ejercicios enseñados y apenas un 5.26% no los realizan, lo cual muestra el nivel de aceptación y aprendizaje de los conocimientos impartidos.

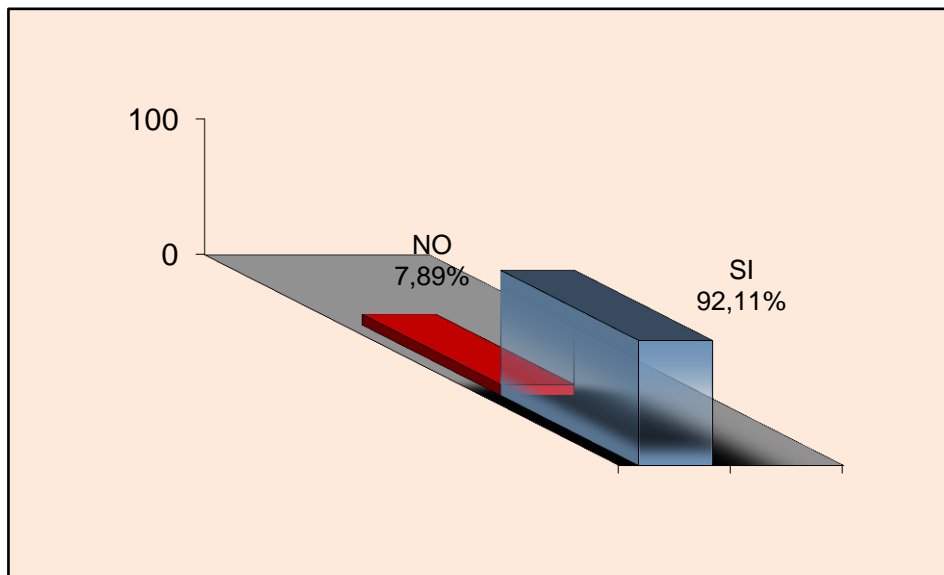
CUADRO N° 35

EVALUACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL IESS MANTA SOBRE SU ESTADO DE SALUD Y SU MEJORA CON LA ACTIVIDAD FÍSICA

CONTENIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si ha mejorado	35	92.11%
No ha mejorado	3	7.89%
TOTAL	38	100

FUENTE: Formulario de Evaluación
ELABORADO POR:Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS INTERPRETACIÓN

Los pacientes en un 92.11% indicaron que ha mejorado su estado de salud y un 7.89% indicó que no, lo cual refleja el grado de importancia que tiene la actividad física para mejorar la salud.

CUADRO N° 36

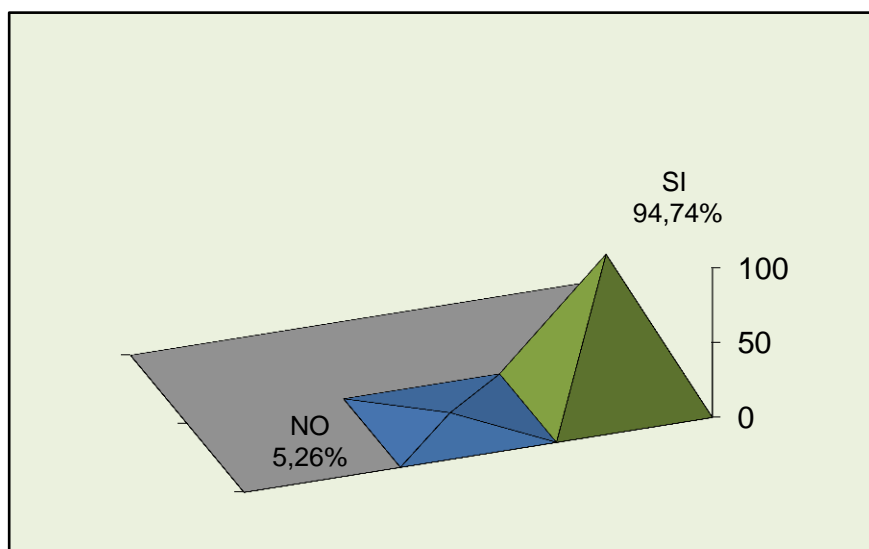
EVALUACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL IESS MANTA SOBRE EL TIEMPO PRODUCTIVO UTILIZADO EN SUS EJERCICIOS

CONTENIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si es productivo	36	94.74%
No es productivo	2	5.26%
TOTAL	38	100%

FUENTE: Formulario de Evaluación

ELABORADO POR:Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los pacientes en un 94.74% indicaron que el tiempo utilizado en sus ejercicios sí es productivo y un 5.26% no le parece productivo, esto muestra el interés que prestan en la actividad física como medio para mejorar su calidad de vida.

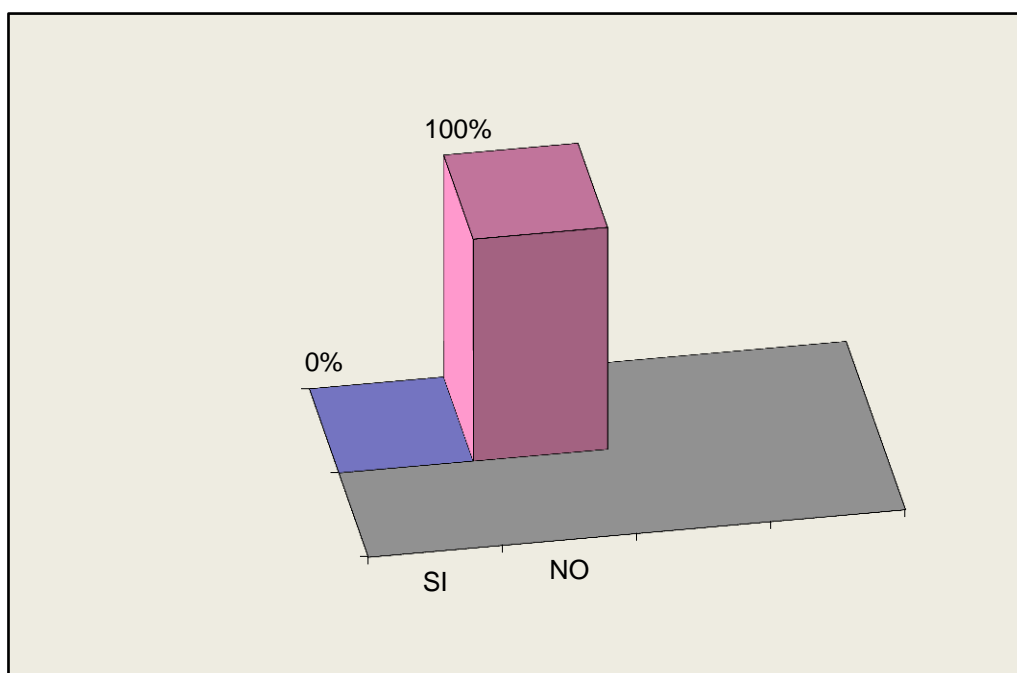
CUADRO N° 37

EVALUACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL IESS MANTA SOBRE LOS EFECTOS CAUSADOS DURANTE LOS EJERCICIOS REALIZADOS

CONTENIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI HAY MALESTAR	0	0%
NO HAY MALESTAR	38	100%
TOTAL	38	100%

FUENTE: Formulario de Evaluación
ELABORADO POR: Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los pacientes en un 100% indicó que los ejercicios realizados no le causó ningún malestar, este margen muestra que la charla de educación en actividad física fue correctamente receptada y que los conocimientos impartidos han sido realizados en forma adecuada.

CUADRO N° 38

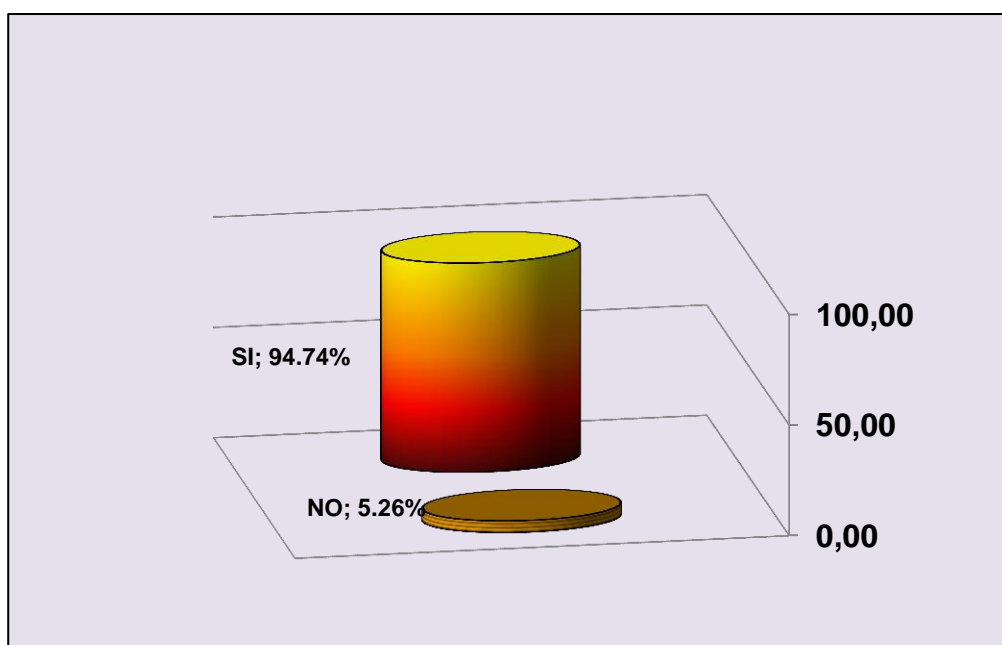
EVALUACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL IESS MANTA SOBRE LA SATISFACCIÓN CON LA RUTINA DIARIA DE EJERCICIOS QUE REALIZAN

CONTENIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si está satisfecho	36	94.74%
No está satisfecho	2	5.26%
TOTAL	38	100%

FUENTE: Formulario de Evaluación

ELABORADO POR: Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los pacientes en un 94.74% se sienten satisfechos con la rutina diaria de ejercicios y un 5.26% no está satisfecho, lo cual muestra la gran importancia que tiene la actividad física para los pacientes.

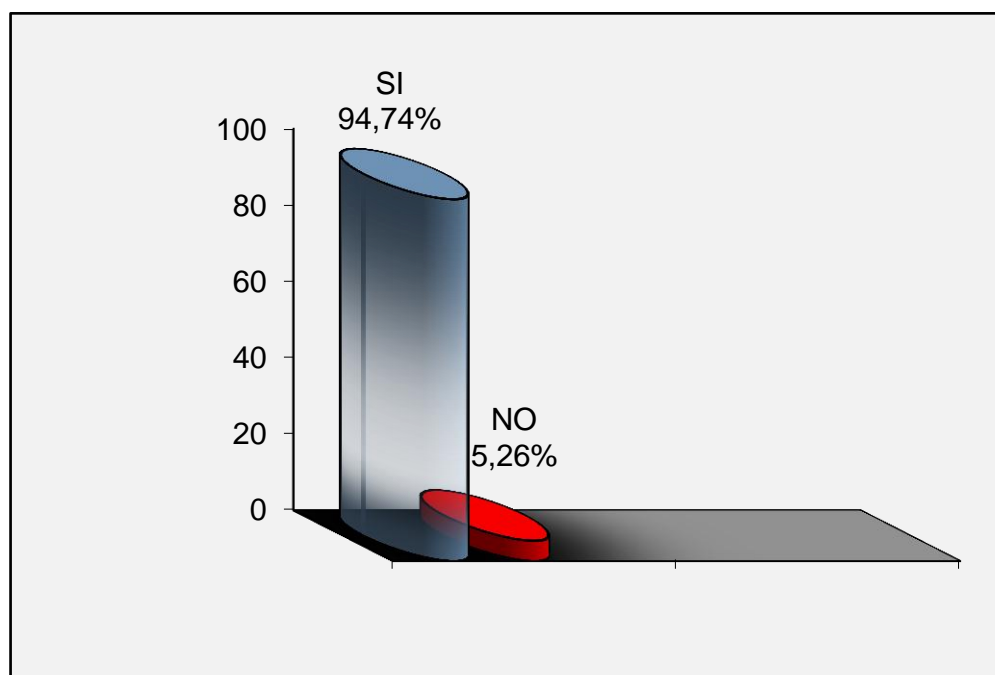
CUADRO N° 39

EVALUACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL IESS MANTA SOBRE SI LE GUSTARÍA INCORPORAR MÁS EJERCICIOS A SU RUTINA DIARIA

CONTENIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI LE GUSTARIA	36	94.74%
NO LE GUSTARIA	2	5.26%
TOTAL	38	100%

FUENTE: Formulario de Evaluación
ELABORADO POR: Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los pacientes en un 94.74% le gustaría incorporar más ejercicios a su rutina diaria y un 5.26% no le gustaría, esto nos permite manifestar la necesidad de realizar constantemente este tipo de actividades educativas en beneficio de los usuarios.

EVALUACIÓN DE PROPOSITO

PROPÓSITO

Calidad de atención en el Servicio de Rehabilitación Física del IESS Manta mejorada

INDICADORES:

- 80% de pacientes que acuden al Servicio de Rehabilitación Física son atendidos en óptimas condiciones hasta 15 -03-2012

Para este análisis recurrimos a encuestas realizadas antes y después de ejecutar el trabajo de intervención, se diseñó un marco de preguntas para determinar el grado de satisfacción en la atención brindada. El personal que colaboro con esta propuesta fue proactivo, ya que en todo momento cumplieron con las metas y expectativas planteadas. En la encuesta aplicada en relación a la línea de base se ha logrado mejorar la calidad de atención de un 13,15% a 78,95% puesto que el Servicio de Rehabilitación Física brinda atención con calidad y eficiencia permitiendo atender a los usuarios en óptimas condiciones, logrando cumplir con el propósito establecido.

Es pertinente mencionar que el propósito fue alcanzado a través de:

- Implementación de protocolos de atención
- Actualización del personal en protocolos de atención
- Educación a los usuarios sobre actividad física en el hogar

CUADRO N° 40

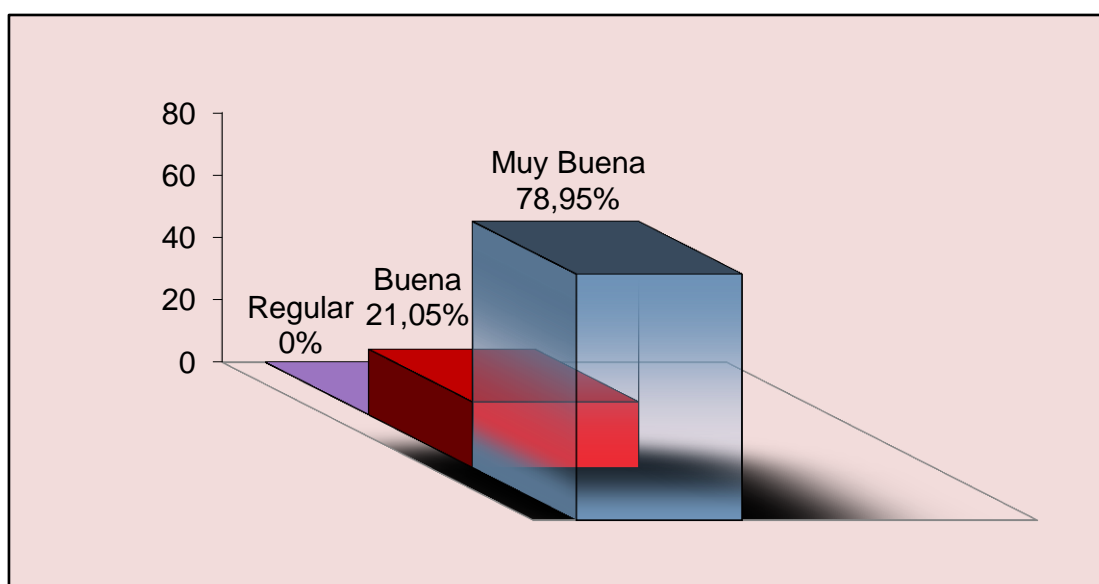
EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DIRIGIDA A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL IESS MANTA EN REFERENCIA A LA ATENCIÓN RECIBIDA

CONTENIDO	SI	NO
Muy Buena	30	78.95%
Buena	8	21.05%
Regular	0	0
Mala	0	0
TOTAL	38	100%

FUENTE: Formulario de Evaluación

ELABORADO POR: Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los usuarios del servicio de rehabilitación indicaron que la atención recibida fue 78.95% muy buena y el 21.05% la considero buena, estos indicadores nos muestran cómo ha cambiado la percepción del usuario en referencia a la calidad de atención recibida luego de la implementación del proyecto de acción.

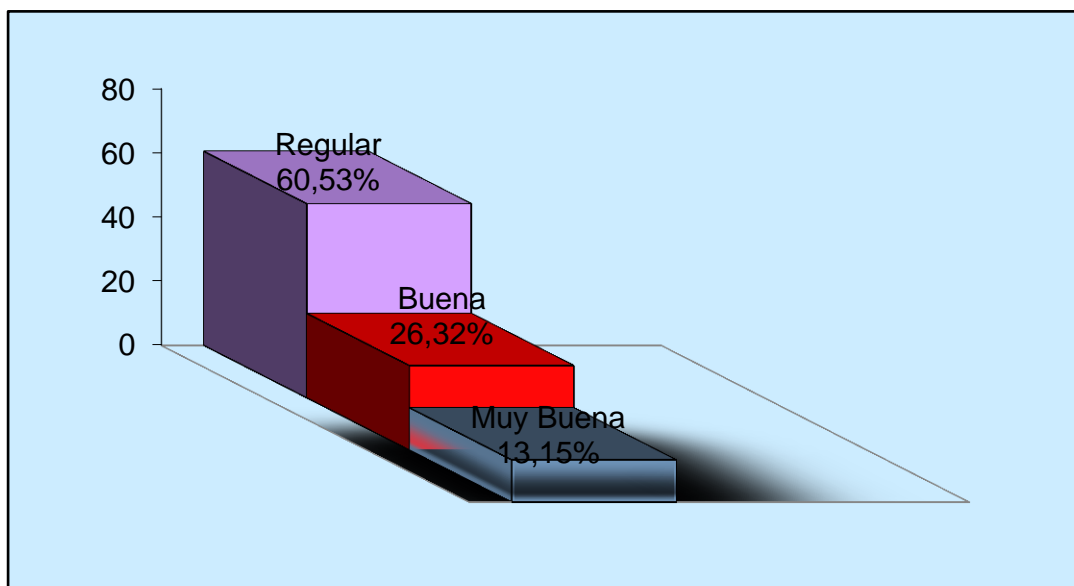
CUADRO N° 41

CRITERIO DEL USUARIO CON RELACIÓN A LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL IESS MANTA PREVIO A LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO DE ACCIÓN.

CONTENIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy Buena	5	13.15%
Buena	10	26.32%
Regular	23	60.53%
Mala	0	0
TOTAL	38	100%

FUENTE: Formulario de Evaluación
ELABORADO POR: Martha Cedeño

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los usuarios del servicio de rehabilitación indicaron que la atención recibida fue 13.15% muy buena y el 26.32% la considero buena, el 60.53% la considero regular. Estos indicadores nos muestran el grado de insatisfacción del usuario en referencia a la calidad de atención recibida.

Al analizar los resultados previos, en los que se investigó la calidad de atención encontramos que el 60.53% recibía una atención regular. Al finalizar el trabajo de intervención y volver a aplicar la misma encuesta se encontró que se había mejorado y que el 78.95% de pacientes considera muy buena la atención, el 21.05% buena. Señalando de ésta manera que se alcanzó el objetivo planteado cuyo indicador era el 80% de los usuarios satisfechos con la atención.

Considero importante que el personal médico del servicio este en constante actualización de conocimientos tanto a nivel científico como en conferencias de calidad de atención, relaciones humanas y comunicación para con ello seguir mejorando la calidad de atención.

EVALUACION DEL FIN

FIN

Contribuir a reducir el índice de complicaciones de las patologías que presentan los usuarios que acuden a realizar rehabilitación física.

Este indicador no es medible por estar planteado a largo plazo, pero el hecho de haber cumplido con los indicadores de los resultados y el propósito, se asegura el cumplimiento de su fin; de esta manera los usuarios del servicio de rehabilitación física del Hospital del IESS Manta, se sienten satisfechos con la atención recibida considerándola eficiente y con un alto grado de compromiso de los profesionales en el manejo de sus patologías, así como en la información que se proporciona sobre los cuidados y actividades que ayuden a obtener su pronta recuperación y por ende se disminuya el índice de complicaciones, lo cual es una muestra del gran apoyo y éxito del proyecto implementado.

3.2. CONCLUSIONES

El aporte institucional, la colaboración de los directivos y equipo de trabajo han sido la base primordial para cumplir con los objetivos planteados en un 100%. Puesto que se prestó toda la colaboración y predisposición en cada una de las actividades realizadas.

Contando con la colaboración de todas las personas intervinientes en este proyecto los protocolos de atención fueron implementados, siendo un gran aporte para el personal de este servicio en donde se busca como meta principal brindar tratamientos personalizados y de calidad lo que conlleva a que los pacientes se recuperen en menor tiempo y se evite la cronificación de las patologías, cumpliéndose con esta actividad en un 100%

El Taller de actualización en protocolos de atención se cumplió en un 100% mejorando las capacidades técnicas de los profesionales del servicio y en general profesionales de la salud, para poder inactivar los procesos patológicos en los pacientes y mejorar su calidad de vida.

Se cumplió en un 100% la charla de capacitación a través de trípticos y carteleras dirigidos a los usuarios que acuden al servicio de rehabilitación, lo cual permitió que estos usuarios se eduquen sobre actividad física en el domicilio y se han voceros de estas actividades en beneficio de su estado de salud y por ende su vida diaria

Los profesionales del servicio actualizados en protocolos de atención forman una base fundamental en el cambio que se ha logrado establecer en los procesos de atención, los profesionales han actualizado sus conocimientos científicos lo que permite que se dé una atención de calidad con eficiencia y eficacia a los usuarios.

Los usuarios, al constatar que hay personal capacitado que lo atiende con calidad y calidez y aplica ciertos procedimientos de atención hacia su patología, es un usuario satisfecho con la atención prestada y por ende predispuesto a su pronta recuperación.

3.3. RECOMENDACIONES

Que los directivos tengan siempre presente que un personal capacitado es un personal productivo

Que la calidad de atención se logra a través de ciertos parámetros que incluyen la actualización de ciertas estructuras o procesos antiguos de atención

Que la recuperación de los procesos patológicos de los usuarios, son nuestra responsabilidad y por ello debemos trabajar con entusiasmo y capacidad científica que nos permita brindar una atención acertada y eficaz para así obtener una buena evolución y evitar que se cronifiquen las patologías

Que es relevante educar a los usuarios sobre todo en aquellas medidas domiciliarias que pueden aportarnos en beneficio de una aceleración en los procesos de recuperación

Animar a los profesionales sanitarios a educar a los pacientes de forma permanente sobre las diferentes opciones terapéuticas.

Recomendar a los profesionales sanitarios que faciliten a los pacientes planes de acción escritos, fáciles de comprender y personalizados que aconsejen sobre el autocuidado en domicilio

3.4. BIBLIOGRAFIA

1. ÁLVAREZ, M. (2009) *Guía de diseño y mejora de procesos asistenciales mejorados*. 2da. ed. España: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.; Pag. 13.
2. ARANGO, A (2007). *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 12, págs. 63 – 78
3. BUELE, M. (2011). *Diseño, ejecución y gerencia de proyectos para la salud*. Utpl, Loja, Editorial: UTPL
4. Caja Costarricense de Seguro Social. (2005). *Guía Metodológica para la elaboración del Análisis de Situación de Salud*. Costa Rica
5. Caja Costarricense de Seguro Social. (2005). *Guía Metodológica para la elaboración del Análisis de Situación de Salud y Plan de Atención de Salud a las Personas*. Costa Rica
6. Caja Costarricense de Seguro Social. (2000). *Desarrollo de Guías para la Atención Integral*. Versión Preliminar Plan de Atención de Salud a las Personas.
7. CARNOTA, O. (2005). *Tecnologías gerenciales: una oportunidad para los sistemas de salud*. Universidad de Panamá; 246-47.
8. CARNOTA, O. (2005). *Tecnologías gerenciales: una oportunidad para los sistemas de salud*. Universidad de Panamá; Pag. 242.
9. CHOW, M. (2005) *La calidad total como estrategia de competitividad para las empresas mexicanas*. Parte 6. Losgurús de la calidad total. Instituto Tecnológico de Baja California. México

10. Dr. CARNOTA, W. PROFESOR TITULAR: Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires –UBA
11. FUSTÉ J, RUÉ M. (2001) *Variabilidad en las actividades preventivas en los equipos de atención primaria de Cataluña. Aplicaciones del análisis de niveles múltiples*. GacSanit; 15: 118-127.
12. GARAY, OSCAR ERNESTO. (2003) *La necesidad del derecho médico preventivo, en Responsabilidad Profesional de los Médicos*, La Ley, pág. 2
13. GONZALEZ Miranda, CHAMORRO F.J., RUBIO Lacoba A.(2007). *Introducción a la gestión de la calidad*. Madrid- España: Delta. Pag. 2.
14. GUTIÉRREZ, L. (2007), Editorial publicado en la Revista Enferm Inst Mex Seguro Soc
15. LINDERMAN ET AL. (2004). Molina et al.,(2007). *Dimensiones de gestión de calidad*
16. MALAGON, L. (2006). *Garantía de calidad en salud*. 2da. Edición. Editorial: Médica Internacional. Colombia..Página 5.)
17. PAIDOTRIBO. (2005) American Collage of Sports Medicine. *Manual de Consulta para el control y la prescripción de ejercicio*. Barcelona
18. PUENTES, E Y COLS. (2006) *Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México*
19. OMS. (2011). *Calidad de la Asistencia Sanitaria*.
20. RENCORES, G. (2002) *Auditoría Médica en la Gestión de Riesgos y manejo de conflictos, II Seminario Internacional del Derecho Sanitario*, Santiago.

21. SCHIAVONE, MIGUEL ÁNGEL. (2005) *Gestión en tiempos de crisis*.
Editorial: Rev. de la Soc. Arg. De Adm. de Organizaciones de atención
de salud

22. Urquiza, R. (2004) *Conceptos de calidad en salud*. Evid. Actual. Pract. Ambul.;
7:152-155

LINKOGRAFÍA

1. <http://www.manta360.com/verguia>
2. <http://www.manabi.gob.ec/cantones>
3. <http://www.iess.gob.ec>
4. <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/calidad.pdf>
5. <http://www.gestiopolis.com>
6. http://www.minsal.cl/ici/red_publica/Pola_Bremen_Programa_de_evaluacion_de_calidad_hospitalaria_PECAH.pdf
7. <http://www.analizacalidad.com/docftp/fi196caudidores.pdf> - España
8. <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger1/teocalidad.htm9>
9. Profesor Donabedian. /tabid/.www.fadq.org/Investigación/

APÉNDICE 1

FICHA DE CONTROL Y AVANCE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN

Nombres y Apellidos: Martha Teresa Cedeño Pazmiño

Centro Universitario: U.T.P.L. Manta

**Título del Proyecto: “MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE
REHABILITACIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL IESS MANTA 2012”**

RESULTADOS ESPERADOS O COMPONENTES DEL PROYECTO	INDICADORES	CRONOGRAMA (% de avance)						OBSERVACIÓN
		O	N	D	E	F	M	
Protocolos de atención en el servicio de rehabilitación del Hospital IESS Manta diseñados y aplicándose	Hasta Noviembre 11 del 2011, el 100% de los protocolos se encuentran diseñados Hasta Noviembre 30 del 2011, el 100% de los protocolos se encuentran aplicándose	20	80					Actividad de acuerdo al cronograma
Personal del servicio de rehabilitación física del Hospital IESS Manta actualizado en protocolos de atención	Hasta Enero 31 del 2012, el 90 % del personal se encuentra actualizado en protocolos de atención			50	50			Actividad de acuerdo al cronograma
Usuarios capacitados sobre actividad física en el hogar.	Hasta Marzo 15 del 2012 el 90% del personal de rehabilitación educa a los pacientes y familiares sobre la patología que padece y sus cuidados en casa.					50	50	Actividad de acuerdo al cronograma

Mgs. Rita Marcela Viteri de Delgado

DIRECTORA DE TESIS

APÉNDICE 2 FOTOGRAFÍAS

FOTO Nº 9

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA PARA LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS



VISITA A LAS DIFERENTES AREAS DEL SERVICIO DE REHABILITACION FISICA DEL IESS MANTA PARA CONSTATAR LA APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCION

FOTO Nº 10

AREA DE ELECTROTERAPIA



FOTO Nº 11

AREA DE LASERTERAPIA



FOTO N° 12

CONFERENCIA: PATOLOGÍAS FRECUENTES

LCDA. ISELLA PINCAY

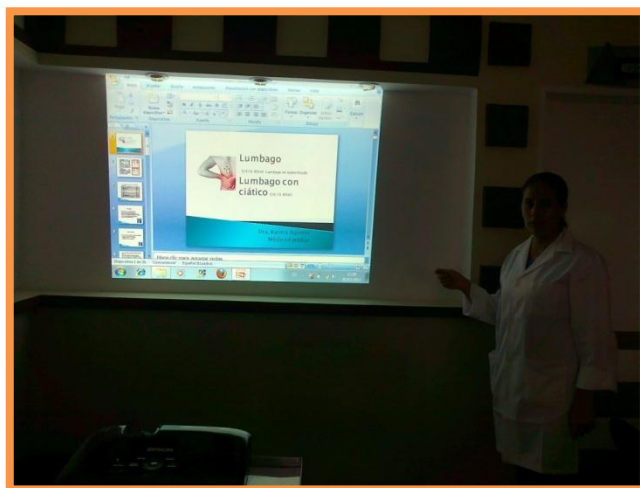


FOTO N° 13

PERSONAL DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN CAPACITÁNDOSE



PERSONAL DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN CAPACITÁNDOSE



FOTO N° 14

ENCUESTA SOBRE EL “TALLER DE ACTUALIZACION EN PROTOCOLOS DE ATENCION”



FOTO N° 15

CALIDAD DEL SERVICIO DE REHABILITACION FISICA DEL HOSPITAL IESS MANTA

MEJORADA



APÉNDICE 3 OFICIOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO



CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA EL DESARROLLO DE TESIS DE PROYECTO DE ACCION

Manta, 05 de Octubre del 2011

Doctor
HERNAN SALAZAR
DIRECTOR DEL HOSPITAL IESS MANTA

Ciudad

Por medio de la presente me dirijo a usted para felicitarlo por su emprendedora gestión en el Hospital que usted acertadamente dirige.

La Universidad Técnica Particular de Loja, en su modalidad a Distancia nos brinda la oportunidad de realizar un Maestría en Gerencia de salud para el Desarrollo Local, por lo que como estudiantes deseamos realizar un proyecto que se basa en: "MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION EN EL SERVICIO DE REHABILITACION FISICA DEL HOSPITAL IESS MANTA 2011-2012", y de la manera más comedida solicito a usted se me autorice el consentimiento, apoyo y se me de las facilidades necesarias para realizar la gestión en el Hospital y así obtener resultados beneficiosos para los usuarios internos y externos y seguir mejorando los servicios con que cuenta esta prestigiosa institución.

Apelo a su gran sensibilidad y agradezco de antemano su valiosa aceptación.

Atentamente,

Lcda. Marina Cedeño P.
1308975533

AUTORIZACIÓN

Leído lo anterior, acepto el proceso de investigación en acción ya que los propósitos redundarán en beneficio del Hospital. Recibo copia de esta forma de consentimiento.

Dr. Hernán Salazar Vega
DIRECTOR

DR. HERNAN SALAZAR
DIRECTOR HOSPITAL IESS MANTA



ACTA DE COMPROMISO POR PARTE DE LOS DIRECTIVOS DEL HOSPITAL



Universidad Técnica Particular de Loja
Hospital del IESS – Manta
Servicio de Rehabilitación Física



ACTA DE COMPROMISO

En el cantón Manta, provincia de Manabí, a los cinco días del mes de octubre del año dos mil once, siendo las 14H00, en la dirección del Hospital del IESS Manta, se reúnen por una parte, Dr. Hernán Salazar V., Director del Hospital; Loda, Jenny Antón coordinadora del Área y, por otro lado la Loda, Martha Cedeño, maestrante de la UTPL, para firmar la presente, reunión en la que se mostró el proyecto de: "MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION EN EL SERVICIO DE REHABILITACION FISICA DEL HOSPITAL IESS MANTA 2011-2012" el mismo que fue aceptado por los presentes.

Se estableció en ésta, que el Hospital contribuirá con todos los recursos necesarios para que este se cumpla a cabalidad.

Los suscritos, se comprometen a iniciar cambios en beneficio de la salud de los usuarios que asisten al servicio de Imagenología de este Hospital.

Siendo las quince horas se da por terminada esta sesión de trabajo y como constancia de lo actuado, los suscritos firmamos para los fines pertinentes.

IES S. HOSPITAL DE MANTA
Dr. Hernán Salazar V.
DIRECTOR

Dr. Hernán Salazar V.
DIRECTOR

Dr. Cesar Carreño C.
FISIATRA
20252
170243087-7

Dr. Cesar Carreño
JEFE DELSERVICIO DE
REHABILITACION FISICA

Loda, Martha Cedeño
MAESTRANTE - UTPL

CERTIFICACIÓN DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA



HOSPITAL IESS MANTA
DIRECCIÓN TÉCNICA DE HOSPITALIZACIÓN Y
AMBULATORIO
SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA

Certificación

Por medio del presente dejo constancia que:

La Lcda. Martha Cedeño Pazmiño Fisioterapeuta de nuestra Institución, Maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, ejecuto en este servicio de Rehabilitación Física el Proyecto de Acción **"MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION EN EL SERVICIO DE REHABILITACION FISICA EN EL HOSPITAL DEL IESS MANTA 2011-2012"** cumpliendo con responsabilidad las actividades programadas de acuerdo al cronograma establecido, dejando en esta institución los protocolos diseñados.

Manta; Marzo del 2012

Atentamente


Dr. Cesar Carreño G.
FISIATRA
202127
120203542-7.....
Dr. Cesar Carreño
Jefe del Servicio de Rehabilitación Física

APENDICE 4 ENCUESTAS



ENCUESTA ESTRUCTURADA PARA VALORAR LA APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCION

1.- Esta Usted aplicando los protocolos de atención?

Si se aplican

No se aplican

2.- Aplica Usted los protocolos establecidos en los diferentes procedimientos que se realizan?

DESCRIPCION	SI	NO
	Manejo de pacientes	<input type="checkbox"/>
Tratamiento de Patologías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación al usuario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.- Cree Usted que se pueden disminuir las complicaciones patológicas en los pacientes?

Si disminuyen

No disminuyen

4.- Considera usted que ha mejorado la atención luego de la aplicación de los protocolos?

Si ha mejorado

No ha mejorado

5.- Considera positiva la aplicación de estos protocolos?

Si es positivo

No es positivo



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

HOSPITAL IESS MANTA



ENCUESTA ESTRUCTURADA PARA VALORAR EL DESARROLLO DEL TALLER

“ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ATENCION”

1.- Los Contenidos abordados en el taller fueron?

Muy Adecuados Adecuados Muy Inadecuados

2.- La utilidad para su desempeño laboral en el fue?

Muy Útil Útil No Útil

3.- El interés mantenido durante el taller fue?

Alto Medio Bajo

4.- La duración de la exposición fue?

Excesiva Normal Corta Muy corta

5.- Las explicaciones de los expositores en el taller fueron?

Excelentes Buenas Regulares Malas

6.- El influjo de practicas de ilustración fue?

Mucha Teoría Mucha Práctica Equilibrada

**PACIENTES DEL SERVICIO DE REHABILITACION FISICA DEL IESS MANTA SE
EDUCAN SOBRE ACTIVIDAD FISICA EN EL HOGAR**

ENCUESTA DE SATISFACCION REALIZADA A LOS PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE
LA CHARLA DE ACTIVIDAD FISICA EN EL DOMICILIO



**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
HOSPITAL IESS-MANTA
SERVICIO DE FISIOTERAPIA**

**ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES Y FAMILIARES.
TEMA: ACTIVIDADES FÍSICAS EN DOMICILIO**

ITEM	SI	NO
1. Le pareció interesante el tema de la charla?		
2. Considera usted importante aprender este tipo de actividades		
3. Conocía usted, sobre este tipo de actividades en el domicilio?		
4. La charla cumplió con sus expectativas de aprendizaje?		
5. Considera usted que el tiempo utilizado fue el adecuado para la charla?		
6. Le parece interesante empezar una rutina diaria de ejercicios en domicilio?		



**ENCUESTA ESTRUCTURADA PARA VALORAR EL DESARROLLO DE LA CHARLA DE:
ACTIVIDAD FISICA EN EL HOGAR**

1.- Le pareció interesante el tema de la charla?

Si es interesante

No es interesante

2.- Considera usted importante aprender este tipo de actividades?

Si es importante

No es importante

3.- Conocía usted sobre este tipo de actividades en el domicilio?

Si conocía

No conocía

4.- La charla cumplió con sus expectativas de aprendizaje?

Si cumplió sus expectativas

No cumplió sus expectativas

5.- Considera usted que el tiempo utilizado fue el adecuado para la charla?

Si fue suficiente

No fue suficiente

6.- Le parece interesante empezar una rutina diaria de ejercicios en domicilio?

Si es importante

No es importante

ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE LA APLICACIÓN DE LA ACTIVIDAD FISICA EN EL DOMICILIO



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
 ESCUELA DE MEDICINA
**MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD
 PARA EL DESARROLLO LOCAL**

“MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION EN EL SERVICIO DE REHABILITACION FISICA DEL HOSPITAL IESS MANTA

FORMULARIO DE EVALUACION SOBRE ACTIVIDAD FISICA EN DOMICILIO

En las últimas dos semanas usted	SI	NO
¿Ha realizado los ejercicios enseñados durante el día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Siente que su estado de salud ha mejorado con la actividad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le parece que el tiempo utilizado en sus ejercicios es productivo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le han causado algún tipo de malestar los ejercicios realizados ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se siente satisfecho con la rutina diaria de ejercicios ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le gustaría incorporar más ejercicios su rutina diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**APÉNDICE 5
MEMORIAS DE
TALLER**

MEMORIAL TÉCNICA N° 1

SOCIALIZACIÓN DE PROTOCOLOS SOBRE EL TRATO Y LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL SERVICIO DE REHABILITACION FISICA DEL IESS MANTA

GRUPO META: PERSONAL DEL SERVICIO DE REHABILITACION FISICA DEL IESS MANTA

EVENTO: TALLER PARA LA ELABORACION DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCION

FECHA:
VIERNES 04 – 11 DE NOVIEMBRE DEL 2011.

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 10 PERSONAS

LUGAR: SALA DE REUNION DEL SERVICIO DE REHABILITACION FISICA DEL IESS MANTA

TEMA: TRATO AL USUARIO, PROTOCOLOS DE PATOLOGIAS MÁS FRECUENTES EN FISIOTERAPIA

NÚMERO DE HORAS: 4Horas en cada Taller.

EQUIPO DE TRABAJO:
9 fisioterapeutas y 1 medico fisiatra

FACILITADOR RESPONSABLE:
Dr. Cesar Carreño
Lic. Martha Cedeño - maestrante.

OBJETIVO GENERAL:
Elaboración y aplicación de los protocolos más frecuentes que se dan en el servicio de rehabilitación física, los mismos que permanecerán estandarizados por el IESS, para el beneficio del personal y los usuarios.

METODOLGIA Y TECNICAS
La metodología utilizada fue esencialmente a través de la exposición y discusión de los protocolos, se contó con la participación proactiva de los asistentes, en donde hubo un proceso de discusión y debate entre las mismas.

**APÉNDICE 6
TRÍPTICOS Y
CARTELERAS**

MATERIAL DE APOYO PARA LA REALIZACION DEL TALLER DE “ACTUALIZACION EN PROTOCOLOS DE ATENCION”

TRIPTICO

Viernes 13 de enero de 2012

Calidad de Atención

8:00 - 8:30 *Asistencia*

8:30 - 10:00 *Calidad de Atención*
Expositor: *Lda. Martha Cedeno*

10:00 - 12:00 *Normas Generales de Atención*
Expositor: *Lda. Isella Pincay*

12:00 - 13:00 *Breik*

13:00 - 15:00 *Patologías Frecuentes*
Expositor: *Dra. Karina Aguirre*

15:00 - 17:30 *Protocolos de Atención por Patología*
Expositor: *Lda. Nestor Palma*

17:30 - 18:00 *Clausura*

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




UNIVERSIDAD TECNICA
PARTICULAR DE LOJA
MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA

TEMA:
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION



DIRIGIDOS POR LA MAESTRANTE:
LCDA: MARTHA CEDENO PAZMINO

CARTELERA

Viernes 13 de enero de 2012

8:00 - 8:30 Asistencia

8:30 - 10:00 Calidad de Atención
Expositor: Lda. Martha Cedeno

10:00 - 12:00 Normas Generales de Atención
Expositor: Lda. Isella Pincay

12:00 - 13:00 Breik

13:00 - 15:00 Patología Frecuentes
Expositor: Dra. Karina Aguirre

15:00 - 17:30 Protocolos de Atención por Patologías
Expositor: Lcdo. Nestor Palma

17:30 - 18:00 Clausura

UNIVERSIDAD TECNICA
PARTICULAR DE LOJA
MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA

TEMA:
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION



DIRIGIDOS POR LA MAESTRANTE:
LCDA: MARTHA CEDENO PAZMINO

La Maestrante

Lcda. Martha Cedeño

Le complace en invitar a las autoridades, Médicos, Licenciados, facilitadores y todos los que conforman Salud al Taller de "Actualización en Protocolos de Atención"

Su presencia dará mayor realce a este acto, por el cual anticipo nuestro agradecimiento.

Lcda. Martha Cedeño

FECHA: 13 de Enero de 2012

HORA: 8:00 A 18:30

LUGAR: Sala de Conferencia

Hospital IESS Manta

CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL TALLER DE ACTUALIZACIÓN EN PROTOCOLOS DE ATENCIÓN



**APÉNDICE 7
LISTAS DE
ASISTENCIA**

LISTA DE ASISTENCIA AL TALLER DE "ACTUALIZACIÓN EN PROTOCOLOS DE ATENCIÓN"



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
HOSPITAL IESS – MANTA
SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA
LISTA DE ASISTENCIA



FECHA: _____

- | | | |
|-------------------------------|---------------|------------|
| 1 - Zola La Alava | Zola La Alava | |
| 2 - Dr Jorge Vera Cedeno | | |
| 3 - Dr. Carlos Aviles Pizarro | | |
| 4 - Dra Jenny Cauter Palun | | |
| 5 Erika Villain Coronel | | |
| 6 NIVEA VALLEJO VALDIVIESO | | |
| 7 Dr. Guay Coronel | | |
| 8 DR GONZALO RODRIGUEZ | | |
| 9. JOSE ALBINO F. | | |
| 10 - Wilder Oña | | |
| 11 - Jesus Cevallos | | |
| 12 - Rossana Ortao Vico | | |
| Luisa Napa | | |
| MANUEL Coronel | | 1302345408 |
| Richard Nalfo Aboncio | | 1305924027 |
| Maitha Ceballos | | 1309664318 |
| Karina Horacio | | |
| Dra Laura Cedeno | | 1310 |

LISTA DE ASISTENCIA A LA CHARLA DE "ACTIVIDAD FISICA EN EL HOGAR"



**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
SERVICIO DE REHABILITACIÓN FISICA**

CHARLA: DE ACTIVIDAD FISICA EN EL HOGAR

LISTA DE ASISTENCIA

<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	130629506-2
CARLOS CEDEÑO M.	<i>[Signature]</i>	130827285-0
José Menaides	<i>[Signature]</i>	130929931-9
Rubén Ceibo Parraga	<i>[Signature]</i>	131204376-1
Johana Briztina borders Garcia	<i>[Signature]</i>	131017682-9
Vinceo Farfán Sorathon	<i>[Signature]</i>	131246305-0
Osvaldo Medinales	<i>[Signature]</i>	130817464-6
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	131076453-3
Liliana Leon	<i>[Signature]</i>	130807160-2
Yara Ankeaga Garcia	<i>[Signature]</i>	131046257-5
Camilo Vera Reyes	<i>[Signature]</i>	131242867-3
Moritzo Flores Chicoz	<i>[Signature]</i>	130801833-0
Orlano Jixto Uskeno M.	<i>[Signature]</i>	131166070-6
Victoria Cedeno Caceron	<i>[Signature]</i>	131191192-7
Mercado Burgos Espinoza	<i>[Signature]</i>	130575630-7



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA

CHARLA: DE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL HOGAR

LISTA DE ASISTENCIA

Mara Tinas Lopez		131473034-0
Manibela Maco Antezaga		131353047-7
Jessica Cajig educhumbola		131220774-7
Christina Virginia Flores Pucay		130829286-9
Chozza Hunter Walter B.		130889052-2
Angela Isabel Villacis P.		130221235-0
Froglio Armando Flavio Goyco		131292621-3
Diego Fandano Santana		1302480494
Pedro Chamillo Llan		120570760-5
Mardo Franco Franco		130966343-7
Lois Zunilla		130384190-0
Juan Carlos		1300181688.
Juan Bobada		130185605-8
Santola Guardos		130017201
Emmado de humbano		130147192-4
ARMANDO RENEE QUINTIS R.		130975056-8
HERNANDEZ RODRIGUEZ LOPEZ		130229594-6
Manoel Bruno Sergio		131282394-9



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
SERVICIO DE REHABILITACIÓN FISICA

CHARLA: DE ACTIVIDAD FISICA EN EL HOGAR

LISTA DE ASISTENCIA

DIV. NÚMEROS DE LA ASISTENCIA 13014665-0

DAVID CAMPOS MENDOZA 474991851-0

Miribel Santana Polanco 131091157-1

Pobuon Pelacho 130214772-1

Reuato Celeno 130989962-1

**APÉNDICE 8
MANUAL DE
PROTOCOLOS DE
ATENCIÓN**



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
ESCUELA DE MEDICINA

HOSPITAL DEL IESS - MANTA

SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA

**“MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL
SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA DEL HOSPITAL IESS
MANTA 2012”**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN



Manta – Ecuador

2012

El presente protocolo fue Diseñado e Implementado en el servicio de Rehabilitación Física del IESS Manta por:

Dr. Cesar Carreño	Fisiatra
Lcda. Martha Cedeño	Maestrante de la UTPL - Fisioterapeuta
Lcda. Mayita Vera	Fisioterapeuta
Lcda. Doris Jaramillo	Fisioterapeuta
Lcda. Jenny Antón	Fisioterapeuta
Lcda. Lolita Tapia	Fisioterapeuta
Lcda. Erika Rodríguez	Fisioterapeuta
Lcda. Cecilia Macías	Fisioterapeuta
Lcda. Anderson Medranda	Fisioterapeuta
Lcda. Marcos Figueroa	Fisioterapeuta
Lcda. Mirian Garcés	Fisioterapeuta

CONTENIDO

PARTE 1

- ACUERDOS
- INTRODUCCION - JUSTIFICACION
- OBJETIVOS
- PROPOSITOS Y ESTRATEGIAS
- GLOSARIO

PARTE 2

- Calidad de la Atención en salud
- Mejoramiento continuo de la calidad
- La Seguridad del Paciente

PARTE 3

PROTOCOLOS DE ATENCION

- Concepto de protocolo
- Características del protocolo
- Protocolo General de Atención
- Protocolo de atención de patologías frecuentes
 1. Algias vertebrales
 2. Hombros dolorosos simples
 3. EPOC
 4. Escoliosis infantil y juvenil
 5. Gonartrosis – Coxartrosis
 6. Cambios posturales

PARTE 4

- BIBLIOGRAFÍA

PARTE 1

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

TÍTULO VII

RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR

Capítulo primero

Inclusión y equidad

Art. 340.- El sistema nacional de inclusión y equidad social es el conjunto articulado y coordinado de sistemas, instituciones, políticas, normas, programas y servicios que aseguran el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos reconocidos en la Constitución y el cumplimiento de los objetivos del régimen de desarrollo. El sistema se articulará al Plan Nacional de Desarrollo y al sistema nacional descentralizado de planificación participativa; se guiará por los principios de universalidad, igualdad, equidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad y no discriminación; y funcionará bajo los criterios de calidad, eficiencia, eficacia, transparencia, responsabilidad y participación.

El sistema se compone de los ámbitos de la educación, salud, seguridad social, gestión de riesgos, cultura física y deporte, hábitat y vivienda, cultura, comunicación e información, disfrute del tiempo libre, ciencia y tecnología, población, seguridad humana y transporte. Art. 341.- El Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución, en particular la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieran consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición etaria, de salud o de discapacidad.

La protección integral funcionará a través de sistemas especializados, de acuerdo con la ley. Los sistemas especializados se guiarán por sus principios específicos y los del sistema nacional de inclusión y equidad social. El sistema nacional descentralizado de protección integral de la niñez y la adolescencia será el encargado de asegurar el ejercicio de los derechos de

niñas, niños y adolescentes. Serán parte del sistema las instituciones públicas, privadas y comunitarias.

Sección segunda

Salud

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.

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. Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad. Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

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. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios. Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.
7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.
8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

INTRODUCCIÓN

Los protocolos son instrumentos de aplicación, de orientación, eminentemente práctica son instrumentos para mejorar la calidad de la atención de las personas. Permite estandarizar los criterios para evaluarla, ya que con estos instrumentos se da mayor importancia a las intervenciones efectivas, basadas en pruebas científicas y se desalienta la utilización de otras intervenciones de efectividad dudosa. Mediante este protocolo se puede contar con términos de referencia o parámetros que permitan valorar la calidad de la atención que se ofrece a los usuarios que acuden al servicio de rehabilitación física. La práctica de atención a las personas es variable, tanto en la utilización de los recursos de salud como en los resultados obtenidos, atribuibles a las diferencias en la oferta de servicios y a la disparidad en la prestación de los mismos.

La situación de salud por la que atraviesan las instituciones públicas es cada vez más crítica puesto que las exigencias por parte de los usuarios cada vez son mayores, hoy en día la calidad de atención no solo se mide por el grado de cordialidad, en la actualidad los usuarios buscan servicios competentes con resultados evaluables, en el caso de Rehabilitación Física los usuarios buscan recuperarse lo más rápido posible y analizan los tipos de tratamiento que se les brinda entre una y otra cita de terapia , al igual que el tiempo en la atención, es por ello que es sumamente importante realizar protocolos de atención para este servicio que abarquen también los procedimientos que se deben realizar para tratar las patologías más frecuentes atendidas en este servicio, dicho protocolo se realiza apegándose a la evidencia disponible y respetando el enfoque de atención integral

JUSTIFICACIÓN

Teniendo en consideración que los protocolos de atención, son la base para la excelencia clínica y además son elementos determinantes que establecen buenas prácticas en los servicios, se ponen en circulación estas recomendaciones para el Servicio de rehabilitación Física del Hospital IESS Manta en donde diariamente se atiende un número aproximado de 200 pacientes con diversas patologías y con gran complejidad en cada una de las situaciones de salud presentada, es por ello que es esencial que se elaboren documentos que sirvan de guía para el manejo de los diferentes tipos de pacientes y patologías, y así poder brindar un servicio eficaz y oportuno con todas las normas y procedimientos para que el usuario se sienta satisfecho con el servicio.

Este documento reúne los requisitos e instrucciones básicas que los recursos humanos de los servicios del Sistema Nacional de Salud, con criterios científicos, técnicos y gerenciales necesitan para sus actividades en las diferentes áreas de servicio. Estos protocolos contribuirán a mejorar la calidad de atención brindada a los usuarios que acuden al tratamiento de rehabilitación física diariamente y también aquel usuario que se encuentren en el área de hospitalización, así como a la clase afiliada en general.

OBJETIVOS

General

- Implementar un protocolo que permita el Mejoramiento de la Calidad de atención a los usuarios atendidos en el Servicio de Rehabilitación Física del IESS Manta

Específicos

- Homologar el proceso de atención a las personas, mejorando la eficiencia y la toma oportuna de decisiones basado en evidencia científica.
- Definir la responsabilidad de cada uno de los miembros del personal de salud, según el área de atención.
- Fortalecer la equidad en el proceso de atención mediante la utilización de los recursos de manera eficaz y eficiente.

POLITICAS

Para la implementación de este protocolo de atención al usuario el mismo que está enmarcado en las políticas de la Institución que son; igualdad, equidad, calidad y calidez en el servicio, es necesario plantear como política ciertos criterios para dar cumplimiento a este protocolo de atención:

- Establecer las estrategias necesarias para que el personal del servicio se comprometa con los objetivos del protocolo de atención y comprenda el beneficio profesional e institucional que este conlleva.
- Lograr que el personal de Rehabilitación física se comprometa a cumplir las normas establecidas en el protocolo
- Priorizar la atención de calidad a los usuarios
- Promover la Participación del personal en la actualización de protocolos para un servicio de calidad

ESTRATEGIAS

Las estrategias utilizadas para la implementación del Protocolo de Atención son:

- Organizar una estructura funcional que oriente las acciones del proceso de atención al usuario:
 - Atender cordialmente a los usuarios
 - Brindar información a los usuarios
 - Promover la educación sobre protocolos de atención
 - Establecer procesos de atención
 - Escuchar al usuario
- La puesta en marcha de un proceso de educación que permita capacitar al personal del servicio en el Protocolo de Atención
- Distribución del protocolo de atención por áreas de trabajo

GLOSARIO

ACCESIBILIDAD: Facilidad de entrar en contacto con el servicio o los profesionales, facilidad de acceso físico y telefónico. Es un componente de la calidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Incluye aspectos como el horario y los tiempos de espera.

ACTITUD: disposición de una persona hacia algo o alguien. Es parecido al estilo y ambos pueden ser modificados.

ATENCIÓN PERSONALIZADA: Consiste en un modo de atención en el que cada persona es atendida de manera singular e individualizada, en función de sus características propias y sus problemas personales.

ASERTIVIDAD: Estilo de comunicación que emplean aquellas personas capaces de exponer sus puntos de vistas de forma flexible, abierta, siendo amable y considerado con las opiniones de los demás, mostrando empatía y capacidad negociadora.

CALIDAD: Propiedad atribuida a un servicio, actividad o producto que permite apreciarlo como igual, mejor o peor que otros. Es el grado en que un servicio cumple los objetivos para los que ha sido creado. La satisfacción de los usuarios es un componente importante de la calidad de los servicios.

CALIDAD PERCIBIDA: Básicamente consiste en la imagen o el concepto de la calidad de un servicio que tienen sus usuarios. Incluye aspectos científico-técnicos, (fiabilidad, capacidad de respuesta, competencia profesional), aspectos relacionados con la relación y comunicación con los profesionales, (trato, amabilidad, capacidad de escucha, empatía, interés) y aspectos sobre el entorno de la atención, (ambiente, decoración, comida, limpieza)

CAPACIDAD DE RESPUESTA: Hacer las cosas a su tiempo. Agilidad de trámites. Es un componente de la calidad de los Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

COMPETENCIA: Capacidad y aptitud para realizar una tarea o desempeñar unas funciones de manera correcta y adecuada. Es un componente de la calidad de los Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

CONFIDENCIALIDAD: Es una característica de la relación profesional- usuario que asegura la intimidad y el secreto de la información que se genera en el proceso asistencial.

EMPATÍA: Es la capacidad de ponernos en el lugar de la otra persona y transmitírselo, para que sepa que comprendemos su situación. Es uno de los rasgos de los profesionales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud más valorados por los usuarios.

EXPECTATIVAS: Se refiere a aquello que los usuarios esperan encontrar cuando acuden a alguno de los Centros. Las expectativas se conforman a través de las experiencias previas o del conocimiento de las experiencias de otras personas; también se forman por lo que dicen los medios de comunicación, así como por los mensajes que transmiten los profesionales de salud. Es muy importante no generar falsas expectativas, ya que ello puede provocar frustración e insatisfacción de los usuarios.

FIABILIDAD: Hacer las cosas bien a la primera. No cometer errores. Es un componente de la calidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

GARANTÍA: Acción y efecto de asegurar lo estipulado.

MEJORA: Acciones encaminadas a incrementar la calidad de los servicios y, por tanto, a incrementar la satisfacción de los profesionales y de los usuarios.

ORIENTACIÓN AL USUARIO/ PACIENTE/ CLIENTE: Se refiere a la forma en que están organizados los servicios, los servicios deben adaptarse a las necesidades e intereses de sus usuarios.

PERCEPCIÓN: Son las conclusiones que obtienen los usuarios sobre la forma en que se le prestan los servicios. Manera de sentir el servicio prestado.

PROFESIONAL: Son todos y cada uno de los funcionarios y contratistas que desarrollan su trabajo: médicos, enfermeras, auxiliares, técnicos, fisioterapeutas, personal administrativo.

SATISFACCIÓN: Estado en el que se encuentran los usuarios cuando al prestarles un servicio determinado quedan cubiertas sus expectativas, o incluso se les da algo más de lo que ellos esperaban encontrar.

PARTE 2

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La Calidad de la Atención en Salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud se define como: “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”

Esta definición contiene varios elementos que se deben analizar:

- Introduce el concepto básico de la calidad entendida como una relación entre beneficios, riesgos y costos, lo cual significa que la definición de la calidad debe estar basada en el conocimiento de la evidencia científica y en el establecimiento de una relación entre estos aspectos; pues la calidad no puede ser ajena a la eficacia, la efectividad y la eficiencia.
- Se concede una gran importancia a la accesibilidad y la equidad como condiciones complementarias entre sí, e indispensables para contribuir al logro de resultados deseables en salud.

En efecto, el primer reto en materia de calidad de un servicio, en cualquier sector de la economía, consiste en garantizar el acceso a la población usuaria. Adicionalmente, en la medida en que el acceso se restrinja a cualquier grupo humano de esa población, los resultados diferenciales serán una prueba de la inequidad de dichos servicios. En este contexto, resulta de singular importancia la acción coordinada entre las EPS, las IPS y las Entidades Territoriales de salud.

- El concepto de nivel profesional óptimo debe entenderse como la interacción de un conjunto de factores estructurales y de proceso orientados a la obtención de un resultado. Igualmente, se incluyen en este concepto la eficacia, efectividad y pertinencia de las intervenciones en salud de acuerdo con guías o protocolos de atención basada en la mejor evidencia científica disponible.
- La definición también hace referencia a la necesidad de tomar en consideración los recursos disponibles, ya que no se justifica que el costo de mejorar la calidad resulte superior al costo de la mala calidad.

- Igualmente, se inserta el concepto de calidad a nivel de las poblaciones, pues mientras que al nivel del individuo es cierto el concepto comúnmente aceptado de que solamente se puede exigir y brindar medios y no resultados, al nivel de las poblaciones sí es altamente posible la medición de dichos resultados y su variabilidad.
- Finalmente, se incorpora, como un elemento transversal del concepto de calidad, la perspectiva de una atención en salud centrada en el usuario, como la racionalidad que debe orientar el desarrollo de todas las acciones enmarcadas en el concepto de Garantía de calidad. De acuerdo con la definición, se considera que la adhesión y satisfacción del usuario son los resultados esperados de la atención en salud.

MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

El Mejoramiento de la calidad de la atención en salud comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad, es necesario establecer guías o protocolos de seguimiento, una buena forma de representar el enfoque del Mejoramiento Continuo es el ciclo de mejoramiento o PHVA. En este método gerencial básico se fundamenta el modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud.

Planear (P): Esta fase está compuesta de dos etapas. La primera tiene por objeto identificar metas (qué). La segunda tiene que ver con la definición de los medios (cómo), es decir, las maneras de alcanzar las metas.

- Hacer (H): Esta es la fase de ejecución de los medios establecidos en la fase inicial; a su vez, tiene dos etapas: la primera se orienta a la formación de las personas en las formas o “cómos” establecidos para cumplir la meta; la segunda se presenta formalmente como la ejecución de lo planeado, pero tiene que ver, adicionalmente, con la recolección de los datos.

- Verificar (V): Esta es la fase de verificación de los resultados. Aquí, sobre la base de la evaluación del comportamiento de los indicadores que se han construido o de la aplicación de los métodos de evaluación de la calidad, incluidos aquellos que forman parte de la auditoría para el mejoramiento de la calidad, se valida la ejecución de la etapa anterior gracias a los hechos y datos recogidos.

- Actuar (A): En esta cuarta fase es preciso actuar en relación con todo el proceso. Existen básicamente dos posibilidades; en el caso de que la meta haya sido conseguida, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso. La otra opción es que no se haya cumplido con la meta, en cuyo caso resulta necesario corregir y ajustar el proceso, para volver a girar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada.

Las acciones de auditoría se desarrollan identificando las oportunidades de mejora, priorizando, haciendo análisis causal, implantando las acciones de mejora y reevaluando, lo cual quiere decir que las acciones de auditoría deben responder a un plan de mejora en el cual la fase de verificar se transforma en actuar en un continuo que repite cuantas veces sea necesario el ciclo de mejora hasta garantizar al usuario la prestación de servicios con calidad. Esta es su relación con el ciclo PHVA.

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los sistemas de atención en salud han alcanzado un importante desarrollo y son complejos. Aún acciones de atención en salud aparentemente simples se desarrollan mediante la operativización de secuencias de procesos múltiples y en los cuales intervienen muchos profesionales y trabajadores de la salud, durante los cuales pueden presentarse fallas en la calidad impactando en la seguridad del paciente. Es necesario ser conscientes entonces de que los sistemas de atención en salud son sistemas de alto riesgo y que por lo tanto en ellos deben analizarse permanentemente tanto de manera retrospectiva cuales han sido los errores que se han cometido y han culminado en un daño al paciente (eventos adversos) o que podrían haberlo hecho (incidentes o casi - evento adverso), como de manera proactiva cuales son las fases en los procesos de atención en las cuales se podrían presentar fallas para prevenirlas de manera sistemática a través del establecimiento de barreras de seguridad (modo de falla).

La seguridad del paciente debe involucrar acciones hacia el paciente y la familia en los temas de información cuando ocurre un evento adverso y de apoyo durante el despliegue de las acciones requeridas para remediar o mitigar sus consecuencias.

PARTE 3

PROTOCOLOS DE ATENCION

Concepto

Un Protocolo de atención en rehabilitación es el conjunto de actuaciones que sirven como estrategia para unificar criterios y acordar de forma conjunta el abordaje de diferentes técnicas, terapias y/o problemas de fisioterapia, basados en la evidencia científica más reciente. Además, permite su utilización como prototipo de media a la hora de evaluar la actuación protocolizada desde el mismo protocolo, es decir, aporta criterios de cumplimiento propios, así como posible toma de decisiones.

Características

Para que los Protocolos puedan ser considerados de calidad deberán cumplir los siguientes requisitos:

- Ser ordenados.
- Precisos.
- Detallados.
- Simples.
- Escritos.
- Utilicen un formato único.

Describen actuaciones ordenadas en el tiempo con la finalidad de cubrir todo el proceso necesario para una determinada actividad en la que intervenga el personal de rehabilitación pudiendo esta actividad pertenecer al área de conocimiento propia, o de colaboración con otros profesionales. Al confeccionar un Protocolo debe recogerse de forma resumida y ordenada el conjunto de datos, tareas y actividades a realizar y no sólo las de la técnica concreta.

- Los Protocolos nos proporcionan directrices para la toma de decisiones.
- Deben estar redactados por los profesionales que las utilizarán.

- Su finalidad es verificar criterios de actuación ante un mismo proceso, evitando actuaciones “según arte”.

Para su elaboración deberán considerarse los componentes básicos de la calidad, tanto percibida como científico-técnica, pudiendo hacerlo a tres niveles:

- Estructura:

Definiendo los recursos necesarios esenciales que deben estar presentes para que el profesional pueda llevar a cabo sus actuaciones. En ocasiones, este nivel quedará representado por el descrito en los procedimientos generales o específicos utilizados en su desarrollo y que deberán estar citados en el texto.

- Proceso:

Describiendo qué, cómo y cuándo deben realizarse las actividades a los pacientes.

- Resultado:

Definiendo el cambio esperado o la conducta a observar en el estado de salud, nivel de independencia en los cuidados y su entorno mediante los cuidados de rehabilitación, así como el grado de satisfacción del paciente.

1. CALIDAD Y SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

La satisfacción de los usuarios es una dimensión muy importante de la calidad de cualquier servicio público, y en concreto de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Los criterios de calidad de los servicios que prestamos vienen determinados en gran medida por las percepciones de los usuarios.

Por lo tanto, debemos conocer su opinión sobre cómo realizamos nuestro trabajo y la forma en que podría mejorarse.

Todos los funcionarios y contratistas tenemos que ser conscientes de que, por lo general, los usuarios se considerarán satisfechos cuando:

- Creen que el personal se ha preocupado para que no tuviese que esperar mucho tiempo para ser atendidos/as.
- Consideran que se les permite exponer adecuadamente su problema.
- Creen que el personal ha sido honesto y sincero con ellos/ellas.
- Se les informa con palabras sencillas y comprensibles.
- Creen que el personal se preocupa en comprobar si ha entendido correctamente lo que se le decía.
- Les ha inspirado confianza el personal que les ha atendido.
- Los ejemplos que se les han dado resultaban cercanos y tenían que ver con ellos/ellas.
- Acaban sabiendo cómo actuar y qué hacer para solucionar su problema.
- Consideran que se les ha dedicado el tiempo que requería su caso.
- Creen que el tiempo que han tenido que esperar para ser atendidos/as ha merecido la pena.
- Creen que han sido tratados con respeto y consideración.
- Les han explicado todo lo que deseaban saber.
- Creen que han sido tratados igual que otros/as usuarios/as.
- Saben cómo les pueden afectar y qué efectos pueden producirles los tratamientos a los que deben someterse para resolver su problema.
- Consideran que el personal que les ha atendido es competente y está suficientemente cualificado.
- Después de esa experiencia prefieren ir a un centro público antes que a uno privado.

2. COMUNICACIÓN Y CAPACIDAD DE ESCUCHA

a. Elementos Esenciales en la Atención al Usuario.

La comunicación es un elemento que va inevitablemente asociado al comportamiento de las personas, comunicamos no sólo con nuestras palabras, sino también con la forma en que las decimos y con la manera en que actuamos: es imposible no comunicarse. Esta cuestión cobra una máxima importancia en las instituciones de salud, ya que las personas que acuden a ellas lo hacen porque

tienen un problema de salud que no puede resolver por sí mismas y depositan su confianza en otras personas para que lo hagan por ellas.

En este contexto, todas nuestras acciones se convierten en mensajes para los usuarios. No siempre somos conscientes de que estamos emitiendo estos mensajes y mucho menos de lo que puedan estar interpretando los usuarios. Sin embargo, tienen un enorme valor para ellos. Por ejemplo, cuando respondemos a una pregunta con una palabra técnica que el usuario no comprende, su interpretación puede realizarse en el sentido siguiente: *"no desea que me entere de lo que ocurre..."; "no le debe importar mucho mi caso, ya que ni siquiera se ha molestado en intentar que comprenda la respuesta que me ha dado..."*.

Todos los funcionarios, debemos adoptar estrategias de comunicación apropiada y distinta, en función de las características de los usuarios, de forma que consigamos adaptarnos continuamente a sus requerimientos y necesidades de información.

b. Diez Ideas Básicas para la Comunicación con los Usuarios.

1. No existe la no comunicación. Un centro, una Unidad o Servicio, un profesional, etc., están comunicando desde el momento en que el usuario entra en contacto visual o auditivo con él. Es imposible no comunicarse, de aquí que sea necesario planificar adecuadamente la comunicación institucional, organizacional, grupal e individual, para asegurar su eficacia. *"El silencio no es rentable"*, porque *"el silencio da que hablar"* y *"lo que uno no diga, lo dirán otros"*...y probablemente no en el sentido que uno desearía.

2. Cuando existen problemas de comunicación la responsabilidad es del emisor. La modificación de las posibles alteraciones ocurridas en el proceso de comunicación siempre debe partir del emisor, en este caso del prestador del servicio, recordar las siguientes dos leyes básicas de la comunicación:

- Lo "verdadero" no es lo que dice el emisor, sino lo que entiende el receptor.
- La responsabilidad de una correcta comunicación es del emisor.

3. Ninguna empresa tiene un sólo tipo de cliente, sino distintas clases de clientes. Lo mismo ocurre con las instituciones sanitarias: prestan servicios a diferentes tipologías de pacientes, por lo que deberá contar con estrategias de comunicación distintas para cada uno de ellos.
4. Un servicio orientado hacia sus usuarios se adapta continuamente a la demanda. No funciona con patrones rígidos de comunicación, y revisa continuamente los efectos de sus acciones, para conocer si responde satisfactoriamente a las demandas planteadas.
5. En relación con el punto anterior, en la comunicación es imprescindible utilizar mecanismos de retroalimentación. De no hacerlo así, no se podrá conocer si el servicio cumple los objetivos para los que ha sido creado.
6. Evitar el uso de tecnicismos es fundamental para facilitar la comprensión del mensaje por parte del receptor.
7. Los mensajes para la comunicación eficaz han de ser cortos, directos y concisos. Cualquier mensaje que exceda de veinte segundos puede considerarse como un mensaje largo. Es decir, hay que simplificar para comunicar: todo mensaje debiera ser breve, específico, sencillo, ordenado, sugerente.
8. Aproximadamente un 75% de la información que se procesa se lleva a cabo a nivel visual. Esto significa que la conducta no verbal adquiere en la comunicación, como mínimo, igual relevancia que la conducta verbal. La adecuada utilización de la conducta no verbal se correlaciona con la valoración de competencia social.
9. En la comunicación se hace realidad la siguiente máxima: "ser amable es rentable". Este principio se refiere al talante a la hora de abordar las demandas de los usuarios en el sentido de "servicialidad", no en el de servilismo ni actitudes artificiales. Numerosas investigaciones psicológicas han puesto de manifiesto la importancia y utilidad de mantener un cierto "*sentido escénico*" de la atención al cliente.

10. La comunicación eficaz debe asumirse como una actitud que se pone en práctica día a día. De hacerlo así, impregnando la cotidianidad del funcionamiento de las instituciones sanitarias, se convierte en uno de los aspectos más valorados por los usuarios.

3. LA CAPACIDAD DE ESCUCHA

La capacidad de escucha es un elemento esencial del proceso de comunicación y, por tanto, de la atención de los usuarios, esta capacidad de escucha se refiere, básicamente, al grado en que los usuarios perciben que somos capaces de ponernos en su lugar, que comprendemos lo que nos están exponiendo y que sabemos cómo se sienten. Además, resulta muy útil y eficaz mantener una actitud de escucha "activa", es decir, demostrar al usuario que le hemos entendido perfectamente, que nos hemos enterado bien de su problema. Es muy útil, sobre todo en aquellas situaciones en las que hay que decir NO, en las que no se puede acceder a una petición. En estos casos, la escucha activa minimiza las posibles reacciones negativas del usuario.

RECOMENDACIONES PARA APRENDER A ESCUCHAR:

- 1. Dejar de hablar.** Si se está hablando no se puede escuchar.
- 2. Conseguir que el interlocutor **se sienta con confianza.**** Hay que ayudar a la persona a que se sienta libre para expresarse. Para conseguirlo puede ayudar el ponerse en su lugar, es decir, establecer una relación de empatía.
- 3. Demostrar al interlocutor que se está **dispuesto a escucharle,**** manifestándole claramente nuestro interés y escuchándole para tratar de entenderle y no para oponernos.
- 4. Eliminar las posibles distracciones,** (interrupciones, llamadas telefónicas, puertas abiertas, etc.).
- 5. Ser paciente.** No interrumpirle y tomarnos el tiempo necesario.
- 6. Conducir la conversación, sin interrumpirle.** Para ello, suele ser útil resumir, preguntar y para frasear.

7. Dominar nuestras emociones. Una persona enojada siempre mal interpreta las palabras.

8. Evitar criticar y argumentar en exceso, ya que esto situaría a nuestro interlocutor a la defensiva, conduciéndole probablemente a que se enoje o se calle.

9. Preguntar cuanto sea necesario. Además de demostrar que le estamos escuchando, le ayudaremos a desarrollar sus puntos de vista con mayor amplitud.

10. De nuevo dejar de hablar: ésta es la primera y la última de las recomendaciones y de la que dependen todas las demás.

4. ESTILO ACERTIVO COMUNICACIÓN

Existen distintas formas de relación y de comunicación entre las personas. Simplificando, podríamos hablar de tres (3) estilos de comunicación:

Estilo agresivo de comunicación: lo presentan aquellas personas que provocan en los demás respuestas de defensa y de ataque. A veces, ni ellos mismos tienen conciencia de estos efectos. No suelen tener en cuenta los sentimientos de los otros y presentan poca capacidad de empatía. Algunas personas piensan que, en una situación hostil, un estilo de comunicación agresivo consigue “mantener en su sitio” al contrario. Nada más lejos de la realidad: el estilo agresivo genera agresividad y el resultado final es una escena de violencia y, sobre todo, de pésima imagen para el que la contempla.

Estilo pasivo de comunicación: lo manifiestan personas con dificultades para negarse a las peticiones de los demás, aunque éstas no estén justificadas. Suelen anteponer los deseos de los otros a los suyos propios, encontrando serias barreras a la hora de hacer una legítima defensa de sus derechos.

En ocasiones, este estilo pasivo e inseguro puede generar en el público un comportamiento agresivo en personas que piensan que, si presionan con violencia, pueden conseguir lo que desean.

Estilo asertivo de comunicación: las personas que se comunican de forma asertiva exponen sus puntos de vista al tiempo que toman en cuenta los de los demás; se sitúan en el lugar del otro y transmiten esta capacidad empática. Entienden que la comunicación es cosa de dos y realizan sus planteamientos desde

una posición abierta y flexible. Son valoradas positivamente por los demás, incluso a pesar de que no accedan a lo que no consideran justo, ser asertivo consiste en demostrar firmeza y seguridad, respetando al otro y teniendo en cuenta sus puntos de vista y sus planteamientos. Se trata de decir lo que pensamos, lo que queremos que suceda, sin sentirnos mal por decirlo y sin hacer que se sienta mal el otro. Los funcionarios., deben tratar de comunicarse de forma asertiva con los usuarios, ya que es la forma más eficaz de conseguir que dicha comunicación sea positiva. Ser asertivo y comunicarse de esta forma con el público significa que:

- a)** Exponer nuestros puntos de vista, al tiempo que tomamos en cuenta los de los demás.
- b)** Situarnos en el lugar del otro y transmitir esta capacidad empática.
- c)** Entender que la comunicación es cosa de dos y realizar nuestros planteamientos desde una posición abierta y flexible.
- d)** Ser capaces de decir y de plantear lo que pensamos, opinamos y queremos.
- e)** Conseguir negociar y llegar a acuerdos viables.
- f)** Proteger nuestra autoestima y respetar a los demás.
- g)** Tener confianza y seguridad en nosotros mismos, y ser positivos.
- h)** Comportarnos de forma madura y racional.

Un profesional asertivo trata a los usuarios con respeto a sus derechos y necesidades, lo cual no quiere decir ser servil ni dominante. Además, un profesional asertivo se trata a sí mismo también con respeto: es capaz de decir lo que quiere y lo que piensa, es capaz de dar su opinión y de negarse a algunas peticiones: "el usuario no siempre tiene razón, pero hay que permitirle que se equivoque con dignidad". Para ser asertivo en la relación con el usuario, y en general con cualquier persona, es necesario:

- 1.** Escuchar activamente, es decir, demostrar a la otra persona que nos hemos enterado de lo que nos ha contado.
- 2.** Decir lo que pensamos o lo que opinamos.
- 3.** Decir lo que queremos que suceda.

TÉCNICAS ASERTIVAS QUE PUEDEN RESULTAR DE UTILIDAD EN LA RELACIÓN CON LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA

Técnica del “disco rayado”

Consiste en **repetir un mensaje** hasta que comprobamos que se ha entendido o aceptado. Es útil cuando la otra persona no quiere aceptar la solución o alternativa que se le plantea y no se tiene otra que ofertar. La repetición del mensaje, (aquello que se puede ofrecer o aquello que no se puede), ayuda a "no perder los papeles" y a mantener el autocontrol. Al mismo tiempo, refleja la firmeza y seguridad de la respuesta del profesional, es importante no salirse del tema y no entrar en los posibles ataques personales o descalificaciones, recordar que tenemos derecho a no contestar a todo.

Expresión de sentimientos negativos

No decir las cosas que nos molestan crea resentimiento y a veces desemboca en agresividad. Para decir lo que nos molesta o no nos gusta:

1. Decir cómo nos sentimos
2. Decir lo que provocó que nos sintiéramos así.
3. Decir lo que deseáramos que ocurriera en el futuro o la próxima vez.

Técnica Del “Banco De Niebla”

Se utiliza en situaciones de agresividad, cuando la otra persona está tan enfadada que no quiere ni oírlos argumentos que se le exponen. Consiste en hacer algo inesperado por la otra persona. Ese algo puede ser manifestar un acuerdo parcial con sus críticas, aceptar la parte de verdad de la crítica. Esto hace que “baje la guardia” y que puedas intervenir entonces con tus argumentos o razones. Es importante mostrarse de acuerdo sólo en aquello que pueda o desee hacerlo. No en todo, porque si lo hiciéramos así, perderíamos nuestro margen de negociación o para poder manifestar desacuerdo.

Aclaración ante opiniones contradictorias

Esta técnica de asertividad ayuda a aclarar algunas expectativas de los usuarios respecto a lo que se va o no a hacer. Es muy útil para evitar equivocaciones o mal entendidos. Ayuda a algunas personas a aclararse consigo mismas. Les hace ver sus propias contradicciones, sin que por ello se sientan acusadas ni censuradas. En toda comunicación es fundamental lo que se dice, pero también cómo se dice. La forma en que se dice un mensaje resulta, a veces, más importante incluso que el propio mensaje.

Principales elementos que influyen en la comunicación verbal

Algunos elementos tienen una notable influencia en la manera en que las personas perciben la forma en que nos dirigimos a ellas. Pueden citarse:

Mirada: Fundamentalmente la mayoría de las interacciones sociales dependen de ella. Actúa simultáneamente como emisor y como receptor. Las personas con mayores habilidades sociales y de comunicación miran a los ojos de su interlocutor mientras hablan y mientras escuchan. Cuando alguien no nos mira a los ojos mientras nos está hablando, automáticamente comenzamos a pensar cosas tales como que está nervioso, le falta confianza en sí mismo, etc. Además, la mirada es una potente señal de escucha: difícilmente se siente uno escuchado si mientras habla no le miran.

Expresión facial: La cara es el principal sistema de señales para expresar emociones. Es el área más importante y compleja de la conducta no verbal y la parte del cuerpo que más cerca se observa durante la interacción, además de ofrecer retroalimentación sobre los efectos que nos produce lo que está diciendo la otra persona. Las personas con mayores habilidades sociales reflejan una correlación entre su expresión facial y el mensaje que están intentando comunicar.

Postura corporal: Existen diferentes posturas que reflejan distintas actitudes y sentimientos sobre nosotros mismos y sobre los demás. Obviamente dependerá de la situación concreta, pero en términos generales puede decirse que la postura más eficaz desde el punto de vista de la comunicación es la postura de acercamiento:

inclinando hacia delante el cuerpo. Una postura activa y erguida, dando frente a la otra persona directamente, añade más asertividad al mensaje.

Gestos: Se han hallado correlaciones positivas entre los gestos y la evaluación de las habilidades sociales. Acentuar el mensaje con gestos apropiados puede añadir énfasis, franqueza y calor al mismo. Unos movimientos desinhibidos sugieren espontaneidad y seguridad en uno mismo.

Movimiento de las piernas/pies: Cuanto más lejos esté de la cara una parte del cuerpo, menos importancia se le otorga desde el punto de vista de la comunicación. Agitar rítmicamente los pies puede interpretarse como un deseo de marcharse, de abandonar la situación. Igual ocurre cuando se cambia la posición de las piernas.

Auto manipulaciones: Se realizan de forma inconsciente y aumentan con la incomodidad psicológica, el nerviosismo y la ansiedad. No tienen ninguna finalidad comunicativa y producen un efecto negativo en el interlocutor.

Distancia-Proximidad: En todas las culturas existen una serie de normas implícitas referidas a la distancia permitida entre dos personas que hablan. Todo lo que exceda o sea menor de esos límites, provocará actitudes negativas.

Contacto físico: El contacto apropiado dependerá del contexto particular, de la edad y de la relación entre la gente implicada.

Apariencia personal: Cuando una persona se viste de una manera particular sugiere y anticipa la clase de situación en la que espera encontrarse implicada. Está definiendo la situación por su apariencia, influyendo así en el comportamiento de los demás.

Movimientos de cabeza: Cuando se vuelve la cabeza hacia un lado, sea por el motivo que sea, el resultado siempre es un corte en las señales visuales de nuestro interlocutor. A sentir con la cabeza juega un importante papel en la interacción.

Volumen de voz: Por lo general un volumen bajo sugiere e indica seguridad y dominio. Los cambios en el tono y volumen de voz se utilizan para enfatizar puntos; una voz que varía poco en volumen no es muy interesante de escuchar. Hay que asegurarse siempre de que nuestra voz llega a un potencial oyente.

Fluidez/Perturbaciones del habla: Pueden causar una impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad. Algunos ejemplos son: existencia de muchos silencios en el discurso, empleo excesivo de palabras de relleno durante las pausas, repeticiones, tartamudeos, pronunciaciones erróneas, omisiones y palabras sin sentido.

Claridad del habla: Farfullar palabras, arrastrarlas al hablar, un acento excesivo, hablar a borbotones, etc., son algunos ejemplos de patrones de habla que pueden resultar desagradables para el oyente.

Velocidad del habla: Un habla muy lenta puede provocar impaciencia y aburrimiento. Por el contrario, un habla muy rápida puede generar dificultades para entender el mensaje. Cambiar el ritmo, (por ejemplo, introducir una pausa), hace la conversación más interesante.

Retroalimentación: El que habla necesita saber si los que le escuchan comprenden lo que dice, si están de acuerdo, si le desagradan. Existen tres tipos de retroalimentación:

1. Retroalimentación de atención: mirando más del 50% del tiempo, distancia apropiada, postura correcta, asintiendo con la cabeza, emitiendo afirmaciones verbales.
2. Retroalimentación refleja: consiste en proyectar el significado del contenido del que habla. Es vista como empática y reforzante.
3. Expresando sorpresa, diversión, agrado, etc., tanto a nivel verbal como no verbal.

5. ELEMENTOS QUE DIFICULTAN Y ELEMENTOS QUE FACILITAN LA COMUNICACIÓN CON LOS USUARIOS

En la comunicación verbal existen palabras y formas de expresión que generan en quien las oye sentimientos de rechazo y desagrado o, por el contrario, que provocan una actitud positiva en el receptor.

Elementos que dificultan la comunicación:

Acusaciones:

"No ha seguido usted las recomendaciones que le hice. La culpa es suya".

"Ya se lo advertí, y no hizo usted caso..."

Amenazas:

"Es la última vez que se lo digo".

"Si no sigue usted mis indicaciones..."

Exigencias:

"Mañana, sin falta, me trae usted los datos que le estoy diciendo".

Generalizaciones:

"Nunca cumple nada de lo que acordamos".

"Siempre pone usted las mismas pegas".

Menosprecio:

"Su problema no tiene importancia. ¡Si supiera usted los problemas que tienen otros"

Utilización del sarcasmo o la ironía:

"¡Qué sorpresa! No sabía que usted también fuera médico/a (enfermero/a, etc.)

Etiquetas:

"Éste es de los que siempre está quejándose". "Ya verás como acaba diciendo que no. Tiene toda la pinta". Lo más importante, además de reconocer que este tipo de expresiones dificultan la comunicación, es conocer otras que la facilitan. Esto es lo

interesante: se puede decir todo lo que pensamos, sin dificultar la comunicación. Es más, se pueden utilizar palabras y formas de expresión que, al oírlas, generan en el receptor una actitud positiva hacia quien las dice.

Elementos facilitadores de la comunicación

Hablar en plural: Indica que participamos del problema o de la solución del mismo. Sólo debe utilizarse cuando queramos demostrarlo. Hay temas en los que no debemos implicarnos.

Declarar agrado o desagradado: De esta forma se personaliza el mensaje y adquiere más fuerza. "Me gustaría que pensase usted en lo que le he comentado". "No me gusta que diga que todo está mal. Estamos intentando ayudarle. No siempre salen las cosas como queremos"

Hablar en primera persona: Al hacerlo, implícitamente dejamos a la persona un margen para disentir u opinar de otra forma. Es un facilitador muy importante. "En mi opinión, esto no me parece muy acertado", en vez de: "Esto no es muy acertado. "Yo creo que su familia lleva razón", en vez de "Su familia lleva razón"

Hablar en positivo: Tiene más capacidad de convicción y de motivación que hablar en negativo. "Es necesario que llegue más temprano" en vez de "Es necesario que no llegue tan tarde"

Pedir las cosas por favor: Éste es un facilitador universal y cuando se utiliza en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se genera un efecto sorpresa positivo en el público.

Explicar el porqué de las cosas: De esta forma es más fácil convencer a las personas de que hagan o no hagan algo.

Empatizar, ponerse en el lugar del otro: Y decirlo, no sólo pensarlo. De esta forma hacemos ver a la otra persona que entendemos su problema y que, por tanto, la solución que le ofrecemos tiene en cuenta sus circunstancias. Es una forma de personalizar la atención y que el usuario perciba un trato individualizado.

"Entiendo que le resulte difícil seguir esta dieta". "Comprendo que esté usted molesto por lo que ha sucedido".

Preguntar:

¿Podría levantarse un momento para que le hagamos la cama?

¿Me puede dar sus datos, por favor?

Mostrarse parcialmente de acuerdo con los argumentos de la otra persona

Esta es una técnica muy útil cuando la persona con la que hablamos está enfadada o no quiere entender. Al darle la razón en parte, (y sólo en aquello en que podamos hacerlo), la persona baja sus defensas, porque no se lo esperaba, y es el momento de intentar convencerla y razonar con ella. "Estoy de acuerdo con usted en que los trámites son lentos. Lleva usted razón. Sin embargo, no está en nuestras manos poder adelantarlos." "Es cierto que hay muchas personas y que tendrá que esperar un rato. No obstante, le agradecería que comprenda que hacemos todo lo posible por evitar que la espera sea muy larga."

Utilizar el condicional. Esta fórmula convierte una imposición en una sugerencia. "Debería usted caminar todos los días un rato", en vez de "Tiene usted que caminar todos los días un rato".

6. PROTOCOLOS PARA LOGRAR UNA COMUNICACIÓN EFICAZ CON LOS USUARIOS EN SITUACIONES HABITUALES

a. La comunicación cara a cara

La calidad de la comunicación entre el profesional sanitario y el usuario está en relación directa con los resultados positivos que se pueden obtener de ese encuentro, tanto sanitarios como de otro tipo. Los siguientes aspectos constituyen una guía general de actuación para mejorar la calidad de la comunicación entre los profesionales y los pacientes/usuarios en circunstancias normales, tanto en el ámbito de la consulta, de la unidad de hospitalización, del servicio de atención al usuario o del domicilio del paciente. Las situaciones conflictivas, tanto por el problema a abordar, como por la actitud del usuario o por el contexto en el que suceden, serán tratadas en capítulos posteriores.

Para lograr una comunicación eficaz y de calidad con el usuario es necesario:

1. Saludar, identificarse y presentarse. El usuario debe saber con quién está hablando en cada momento.
2. Siempre que sea posible, mantener la entrevista sentados.
3. Dejar hablar al interlocutor, preguntarle, pedirle opinión.
4. Conducir la conversación sin cortar: Para ello, se puede resumir, preguntar o parafrasear.
5. Escuchar activamente. Es decir, demostrar que se está escuchando y entendiendo al usuario.
6. Mirar a los ojos.
7. Proporcionar información de forma anticipada, sistemática y de todos los aspectos relacionados con su situación:
 - ✓ Hablar en lenguaje adaptado a las características del oyente. Evitar la terminología y el lenguaje técnico.
 - ✓ Ordenar las ideas y mensajes.
 - ✓ Utilizar mensajes cortos y simples.
 - ✓ Recordar que el exceso de información dificulta la comunicación.
 - ✓ No divagar ni dar rodeos: "Ir al grano".
 - ✓ No mezclar temas.
 - ✓ Poner ejemplos cercanos a la persona con la que se habla.
 - ✓ Hablar en positivo.
 - ✓ Repetir las ideas más importantes.
 - ✓ Y preguntar al usuario/paciente si nos ha entendido, si le quedan dudas, si quiere saber algo más. Es muy importante estar seguros de lo que el paciente ha captado.
8. Mostrar interés y preocupación por los problemas y necesidades del usuario, tanto las verbalizadas como las que no se expresan verbalmente.
9. Asumir la comunicación como una actitud y como una capacidad que se puede aprender.

10. Promover la participación del/ de la paciente en la toma de decisiones. Enfatizar el carácter de diálogo y acuerdo. Preguntarle, pedirle opinión.

11. Utilizar apoyos visuales siempre que sea posible. Cualquier información, si además de oírse se ve, aumenta el potencial de comprensión y recuerdo.

12. Despedirse dejando claro en qué se queda, qué tiene que hacer el usuario la próxima vez, dónde tiene que dirigirse, con qué persona debe o puede ponerse en contacto, etc.

b. La comunicación escrita

En muchas ocasiones, se comunica con los usuarios a través de una carta, de impresos, de folletos o incluso mediante carteles y pósters. Las siguientes recomendaciones contribuyen a potenciar la efectividad de un mensaje escrito:

- ✓ Los mensajes deben ser cortos y simples
- ✓ Deben comenzar por una frase que sea impactante
- ✓ Hay que repetir la idea principal
- ✓ Utilizar mensajes positivos más que negativos
- ✓ Transmitir una sola idea por párrafo
- ✓ Poner ejemplos para clarificar las ideas
- ✓ Evitar frases complejas
- ✓ Emplear frases cortas
- ✓ No utilizar vocabulario especializado o palabras técnicas
- ✓ Procurar no utilizar palabras con más de 3 sílabas
- ✓ Evitar las abreviaturas y las siglas.

Además, en el caso de carteles o pósters, si se utilizan imágenes o dibujos, éstos deben reforzar el texto, es eficaz utilizar un eslogan. En el caso de una carta, hay que recordar que el primer párrafo y el último son los que más se leen y los que más se recuerdan. El primer párrafo debe llamar la atención y crear la necesidad de seguir leyendo. El último debe resumir el contenido del escrito.

7. PROTOCOLOS PARA LOGRAR UNA COMUNICACIÓN EFICAZ CON LOS USUARIOS EN SITUACIONES DIFÍCILES

a. Cómo explicar al usuario las demoras en la atención

Las demoras son un elemento inherente al funcionamiento de cualquier servicio y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud no son una excepción. Las demandas que continuamente plantean los usuarios son tantas y de tan diversa índole, (asistenciales, de información, educativas, administrativas, etc.), que sería un tópico pensar que todas pueden ser resueltas en el acto. Asumiendo por tanto la existencia de demoras, hay que trabajar para gestionar cualquier demanda tratando siempre de minimizar el tiempo de espera, y ello sin que se vea afectada la calidad del servicio y producto que generamos.

¿QUÉ ENTENDEMOS POR DEMORA?

Podemos definir la demora desde dos puntos de vista: objetivo si el punto de mira lo situamos en el servicio, y subjetivo cuando el punto de mira se sitúa en el usuario.

La demora vista desde los servicios: es el tiempo que transcurre desde que un usuario plantea una demanda al sistema sanitario hasta que dicha demanda es resuelta. Objetivamente, es decir, desde el punto de vista de los servicios las demoras son medibles, comprobables y comparables entre unos Centros y otros y para unos usuarios y otros.

La demora desde la perspectiva de los usuarios: es el desfase de tiempo existente entre las expectativas que se ha creado el usuario respecto al momento en que su demanda va a ser resuelta (tiempo esperado de resolución) y el tiempo que en realidad el servicio tarda en hacer frente a su demanda o problema (tiempo real de resolución). Desde un punto de vista subjetivo las demoras no pueden ser medibles, solo podrían ser estimables encuestando personalmente a cada usuario. Tampoco pueden ser comparables. Hemos de tener en cuenta que un mismo individuo ubicado en un mismo servicio sanitario puede generar "tiempos esperados"

b. Qué hacer ante una desprogramación (de una cita)

Cuando se produce una situación imprevista ante la que tenemos que desprogramar alguna actividad prevista por el servicio, unidad o centro, hemos de ser sensibles a la visión y trastornos que causa en el usuario y tratar de:

- ✓ Informar de los motivos
- ✓ Garantizar una alternativa
- ✓ Minimizar las consecuencias

¿Qué hacer?

Ponernos en contacto con el interesado personalmente bien por vía telefónica o por carta. Si es posible, procurar utilizar las dos vías.

Primero utilizar la vía telefónica y una vez acordada una solución convenida también por el usuario, enviar un escrito que confirme la alternativa planteada.

El contacto directo favorecerá:

1. Pedir disculpas
2. Aclarar la situación que se ofrece como alternativa
3. Informar de los motivos por los que se produce esta situación (si procede)
4. Asumir la crítica
5. Escuchar y comprender los sentimientos del usuario

Ante acontecimientos de este tipo, siempre se debe ofrecer una alternativa que convenga al usuario y que satisfaga las necesidades e intereses del mismo.

Esta alternativa debe ser:

- ✓ Una propuesta real, (no puede desprogramarse una cita si no se ofrece otra real).
- ✓ La solución debe ser lo más parecida o cercana a la situación que se anula y si es posible anterior a la planeada.

- ✓ En caso de que el usuario plantee inconvenientes a la alternativa propuesta, se debe negociar con él la solución definitiva, dando prioridad a sus deseos y necesidades.

Mensajes que se pueden utilizar:

"Sentimos comunicarle que por... (exponer los motivos) ...nos vemos obligados a desprogramar la cita que ya tenía concertada".

"Lamentamos que se haya producido esta situación".

"Hemos estudiado su caso y le ofrecemos la/s siguiente/s posibilidad/es.... de cara a no entorpecer y dilatar en el tiempo su consulta..."

"Le agradecemos su colaboración y esperamos que esta situación no se vuelva a producir".

"Si esta alternativa no es de su agrado, infórmenos de su propuesta".

"Muchas gracias"

En estas circunstancias es muy importante evitar responder ante un posible "ataque" del usuario.

Procure evitar expresiones de este tipo:

"Yo no tengo la culpa de nada"

"El que tiene la culpa es..."

"Esto no lo he organizado yo..."

"A mí que me cuenta".

Un usuario bien informado podrá comprender mejor la situación y hacerse cargo de la problemática interna de una organización. No debemos olvidar agradecer su comprensión y colaboración, y procurar que no se vuelvan a repetir circunstancias parecidas.

c. Cómo dar malas noticias

Esta es una circunstancia que se produce con cierta frecuencia en la relación con los usuarios y familiares. Es un momento especialmente difícil y que se recuerda durante mucho tiempo. Si a pesar de toda la comunicación fue positiva y eficaz, se obtendrá el reconocimiento del paciente y la satisfacción personal de haber actuado de la forma más profesional. Generalmente tenemos miedo a dar una mala noticia, porque no hemos recibido ninguna formación en la materia. Asimismo, la ausencia de una formación que explique cómo hacer frente a reacciones de pena, disgusto, cólera o desesperación, hace que el personal sanitario, tenga dificultad en las entrevistas que puedan desencadenar reacciones de este tipo.

El objetivo de este protocolo es describir unas pautas a seguir por cualquier profesional que se encuentre en esta circunstancia y que facilitarán que la comunicación de una mala noticia se realice con los menores efectos negativos para el paciente. Además, este protocolo de comunicación contribuirá a que el paciente o el familiar acepten mejor la situación. Pensemos en cualquier circunstancia que suponga la comunicación de una mala noticia a un paciente o a un familiar del mismo, no sólo la comunicación de una muerte o de un diagnóstico temido, sino cualquier otra circunstancia que pueda ser vivida por el usuario como un mal.

A continuación describimos unas pautas generales, que pueden ser utilizadas por distintos profesionales.

- ✓ En primer lugar hay que señalar que el **contexto** donde se da la mala noticia es muy importante. Es deseable siempre dar las malas noticias cara a cara, en un lugar tranquilo, silencioso, privado, cómodo, y distendido, que ofrezca sensación de seguridad. Aunque no siempre podemos disponer de un lugar adecuado, sí que podemos elegir entre todos los posibles el mejor (que no sea en un pasillo, no delante de otras personas, no por teléfono...).
- ✓ **La expresión de la cara y el tono de voz**, han de ser coherentes con la magnitud o gravedad del problema. Recordar la importancia de la mirada en la comunicación: transmite firmeza y seguridad en lo que se dice y, a la vez, es un mecanismo que hace ver a la otra persona nuestro interés por ella. La mirada acompaña y protege en los momentos difíciles.

- ✓ **Preparar.** Esta fase es muy importante. Ayuda a la persona a aceptar el problema. Es necesario garantizar un tiempo para que se produzca la adaptación, que puede variar en función de la magnitud del problema y de la persona. En general, todas las personas necesitan de esta fase de preparación. Pedir a la persona que nos acompañe a un lugar privado porque tenemos que hablar con tranquilidad, es una forma de preparar y de darle tiempo para que asuma más fácilmente la mala noticia.
- ✓ **Informar.** Utilizar un lenguaje claro y sencillo. En ocasiones, se tiende a pensar que las verdades a medias son mejores. En absoluto. Hay que asegurarse de que lo ha entendido correctamente y responder a las preguntas que nos haga el paciente o el familiar. Estimular sus preguntas.
 - "No sé si me he explicado bien"
 - "Quizás haya más cosas que quiera usted saber"
 - "No sé si quiere usted hacer algunas preguntas"

Transmitir pocas ideas, claras y sencillas, y repitiéndolas hasta que se haya entendido.

- ✓ **Esperar.** Es importante tener en cuenta que en momentos de gran tensión emocional, la capacidad de comprensión de la persona está muy limitada. Incluso puede producirse un bloqueo emocional, (la persona no es capaz de responder a estímulos exteriores). En este caso, no hay que insistir en dar información, sino esperar y acompañar, hasta que la persona pregunte. Recordar que en muchos de estos momentos sobran las palabras y es suficiente con la compañía.
- ✓ **Escuchar.** No dar consejos, no hablar para rellenar el silencio. Esperar y responder a las preguntas que nos hagan. En todo caso, como se ha dicho antes estimular algunas preguntas.
- ✓ **Cuidado con los excesos de empatía:** Por ejemplo: "Comprendo perfectamente lo que siente", porque pueden generar reacciones de "¡Usted qué va a saber lo que yo estoy pasando!". Son preferibles fórmulas más "neutras", del tipo: "Me imagino que debe ser muy duro".

- ✓ **Ofrecer ayuda.** Comunicar de posibles alternativas u opciones. Informar de los trámites a seguir y facilitar el nombre y las referencias de una persona de contacto.

d. Cómo actuar ante una reclamación

Una queja es igual a una **oportunidad de mejora**. Cuando un usuario insatisfecho, se dirige a nosotros para efectuar una reclamación, está colaborando con el sistema, ya que nos permite identificar problemas y efectuar propuestas de mejora de un servicio. Por ello debemos prestar una atención personalizada.

1. Transmitiremos confianza y seguridad, haciéndole saber al usuario que está en buenas manos, que deseamos ayudarle y sabemos cómo hacerlo.

2. Recibiremos amablemente, y mantendremos la tranquilidad.

3. Escucharemos activamente para descubrir cuál es el verdadero motivo de la reclamación, evitando adoptar una postura "a la defensiva" y poniéndonos en el lugar del usuario.

4. Realizaremos preguntas abiertas y cerradas para recopilar información, delimitando el problema.

5. Confirmaremos y verificaremos con el usuario que hemos comprendido el motivo de su reclamación. Para ello resumiremos, situando la gravedad del asunto en su justa medida.

6. Pediremos disculpas. Si hay una verdadera explicación (no una justificación), debemos ofrecerla.

7. Lo más importante es buscar la forma de resolver el problema, si está en nuestra mano, o derivarlo a la persona competente.

- SI SE TRATA DE UN ERROR, DEBEREMOS:

- ✓ **Reconocer** el error, (aunque no sea culpa nuestra), enfrentándolo con calma y seguridad.

- ✓ **Anticiparnos**, si es posible, y contactar con el usuario; no esperar a que se dé cuenta de que ha habido un error.
 - * **Adoptaremos** una actitud competente; no se trata de "rasgarse las vestiduras", ni de hablar desde una posición de superioridad.
- ✓ **Escuchar**, no responder a las provocaciones; es más práctico mantener la calma e ignorar sistemáticamente los posibles ataques.
- ✓ **Pediremos disculpas**, ofreciendo una buena explicación.
- ✓ **Tomaremos las medidas necesarias** para evitar que en lo sucesivo se repita el mismo error, si fuera evitable. Si es posible haremos un esfuerzo para ofrecer al usuario una compensación justa.
- ✓ **Daremos las gracias** al usuario, por la oportunidad de mejorar el servicio que nos brinda al presentar su reclamo.

e. CÓMO RECIBIR UNA CRÍTICA

En ocasiones, los usuarios realizan críticas contra el servicio o contra nuestra persona. Unas veces las críticas son ciertas, otras no. ¿Cómo actuar ante ellas? Es en estos momentos cuando la imagen del profesional, del Centro de Salud puede salir reforzada, o todo lo contrario; depende de la calidad de la respuesta y de las habilidades para hacerlo.

Pautas a seguir en las distintas circunstancias:

1. La crítica que realiza el usuario es CIERTA, pero nosotros no somos responsables del error o del problema.

- "¡Llevo horas esperando a que me vean!"

- "¡Han perdido mi historia y no aparece!"

- "¡Cada vez que vengo me dicen una cosa diferente. A ver si se aclaran!"

Ante estas circunstancias lo primero es ser conscientes de que la irritación o la queja del usuario no se dirige contra nuestra persona, sino contra la organización en

abstracto, que se ha equivocado con él. Si nos ponemos en su lugar, entenderemos mejor su actitud.

¿QUÉ HACER?

Escuchar activamente, dando sensación de escucha. (Es muy importante el papel de la mirada).

En cuanto nos enteremos del problema, resumirlo, **ratificar la comprensión** ("Veamos si me he enterado bien: el problema que usted me cuenta es que...") y pasar a las posibles soluciones (no dejar que el usuario insista y le siga dando vueltas).

No defenderse ni defender a la institución. No perder tiempo intentando demostrarle que nosotros no tenemos la culpa. Para el usuario lo importante es la solución o la explicación al problema que plantea.

Pasar a las soluciones. A partir de aquí, pueden ser útiles dos estrategias diferentes:

- ✓ **En primer lugar, pedir opinión** "¿Y usted qué sugiere que hagamos?"; "¿Cómo piensa usted que podríamos resolver este problema?". Si el usuario propone alguna de las soluciones que teníamos previstas, tendrá un efecto más satisfactorio que si las proponemos nosotros. El riesgo está en que apunte soluciones que no podemos dar.

- ✓ Ante esto, podemos utilizar la segunda estrategia. Consiste en **ofrecer una posible solución o explicación al problema, utilizando una fórmula asertiva** para hacerlo: "Siento que haya tenido que esperar. La verdad es que hay muchos enfermos y, a pesar de ello, a cada uno se le dedica el tiempo suficiente. Pero lo importante ahora es que usted se encuentre cómodo mientras espera y que, si necesita algo, o tiene alguna duda, pregunte al personal de información. Si todo va bien, en aproximadamente 20 minutos más será atendido. Gracias por todo." O en el caso de la pérdida de la historia clínica: "Sentimos que se haya producido este problema. No suele ocurrir, y de todas formas seguimos buscándola. Ahora, lo importante es que el médico

le vea, y con su ayuda, reconstruya los datos más importantes de su historial. Le agradecemos mucho su comprensión y su ayuda. Y le aseguramos que se pondrán todos los medios para que esto no vuelva a ocurrir."

Si el usuario no quiere aceptar la solución o explicación, **utilizar la técnica del disco rayado**: repetir el mensaje, sin alterarse, sin responder a los posibles ataques personales, ni a la irritación de la persona, sin cambiar de tema.

"Entiendo todo el trastorno que esto provoca y de veras lo sentimos. Sin embargo, lo único que podemos hacer es intentar reconstruir los datos más importantes de su historia con su ayuda."

Despedirse y agradecer la colaboración.

Si está en nuestra mano, **tomar medidas para que no vuelva a ocurrir**.

La crítica que realiza el usuario es CIERTA y además, nosotros somos los responsables del error.

¿Cómo asumir nuestros propios errores?

Por ejemplo, le hemos dado a una persona una información equivocada.

¿QUÉ HACER?

- En primer lugar, **escuchar activamente**.
- En cuanto nos enteremos bien del problema, **asumir el error**. Cuanto antes lo hagamos, menos tiempo daremos a la persona que nos critica para seguir insistiendo.
- "Tiene usted razón, le he indicado mal. Lo siento mucho."
- **Intentar compensarlo** de alguna forma. Negarnos a peticiones excesivas como forma de reparación.
- "Voy a llamar personalmente a ese departamento para asegurarme de la dirección correcta."
- Permítame que se lo apunte en un papel.
- Espero que ahora no haya ningún problema. Siento mucho lo que ha sucedido. Muchas gracias por su colaboración"

No responder a los ataques personales si se producen.

Ponerse en el lugar del usuario y pensar en las veces que le habrá ocurrido algo parecido.

Utilizar la técnica del disco rayado.

Despedirse y agradecer la colaboración.

Tomar medidas para que **no vuelva a ocurrir.**

Una tercera posibilidad ocurre cuando la crítica que realiza el usuario **NO ES CIERTA.**

¿QUÉ HACER?

- En primer lugar, y como siempre, **escuchar activamente** hasta enterarnos bien del problema que plantea esa persona. No anticiparnos y no presuponer lo que va a decir (esto puede hacer que nos equivoquemos y que perdamos credibilidad ante el paciente).
- Una vez entendido y comprobado que **no tiene la razón**, hay que **decírselo**, utilizando un estilo de comunicación asertivo, es decir, con firmeza y con respeto.
- "Entiendo que usted lo vea de esa forma, sin embargo yo, (o nosotros), no lo vemos así. (Explicar brevemente el tema)."
- Utilizar la técnica del **disco rayado**.
- Emplear **explicaciones breves y repetitivas**.
- **No salirse del tema.**
- **No responder** a los ataques personales o a otras críticas.
- Intentar **cortar rápidamente**, ofreciendo alguna posible solución o alternativa.
- **Despedirse y agradecer la colaboración.**

f. CÓMO HACER UNA CRÍTICA

¿Cómo decirle a un paciente o a un familiar que su actitud o su comportamiento no son adecuados?

El objetivo de la comunicación eficaz en estas circunstancias es que lo que digamos sirva para modificar esa actitud o comportamiento y que además la imagen del profesional y de la institución salga reforzada porque se ha hecho con respeto y con profesionalidad.

Podemos llamar a este protocolo "cómo hacer críticas constructivas".

Pautas a seguir.

- **Elegir el momento adecuado.**
- Si queremos hacer varias críticas, **ir de una en una**. Primero abordar el problema que sea más fácil de cambiar.
- **Empezar de forma positiva, reforzándolo**. Algo habrá que podamos reforzar, y esto hará que la crítica se acepte mejor, porque se evita la actitud defensiva de la persona a la que vamos a criticar.
- **Centrarse en el comportamiento o en la actitud** que queremos cambiar, no en la persona. "Desde hace unos meses no acude usted a todos los controles, Como hacía antes."
- **Empatizar en concreto** con los problemas o dificultades planteadas. "Entiendo que con todo el trabajo que tiene usted en su casa le cueste venir todos los meses al centro, sin embargo..."
- **Decir lo que uno piensa u opina** (si esto lo hacemos ahora, después de reforzar a la persona, de escucharla, y no de entrada, nuestra crítica se aceptará mejor, tendrá más efecto y además tendremos más argumentos para poder rebatir los argumentos que nos ha dado la propia persona al preguntarle. "Sin embargo, quiero recordarle lo importante que es el control periódico. Yo sé que es un esfuerzo, pero así podremos evitar complicaciones porque las detectaremos antes de que ocurran. Hay que gastar un poco de tiempo, pero a la larga ahorraremos tiempo y problemas."
- **Reconocer la propia responsabilidad** si la hubiera. "Quizás se lo tenía que haber dicho antes." "Quizás debería haber hablado con usted de este tema antes"
- **Ofrecer ayuda**. "Si le parece, podemos intentar cambiar las citas que no le vengán bien, llamando unos días antes al Servicio."
- **Pedir opinión**. "¿Qué le parece? ¿Se le ocurre alguna otra solución?"

- **Buscar el compromiso.** "Entonces quedamos en..."
- **Señalar las ventajas** del cambio
- **Reforzar y agradecer.** "Sabía que lo iba a entender porque es usted muy responsable. Es una satisfacción tener pacientes como usted. Le agradezco su interés y su colaboración. Seguro que todo va a ser más fácil y que va a estar muy bien controlada".

g. CUANDO NO ENTENDEMOS LO QUE NOS DICE EL USUARIO

Nos referimos a situaciones en las que no llegamos a oír que lo expresa el usuario o no comprendemos su significado en su totalidad. En ambos casos es conveniente pedir al usuario con toda naturalidad que repita sus mensajes. Para evitar que la persona se sienta torpe o incapacitada para expresarse, conviene responsabilizarnos de esta falta de comprensión

- "Disculpe pero no lo he comprendido, ¿puede usted repetirme...?"

Otra posibilidad es resumir con nuestras palabras lo que hemos entendido y plantear después nuestra duda

- "Entiendo que lo que usted plantea es... sin embargo, lo que no entiendo es..."

En circunstancias de este tipo sirve de poco demostrar al usuario que no se está expresando correctamente, ya que nos puede conducir a un enfrentamiento, y lo único que conseguiremos es desviarnos del asunto que estamos tratando.

Una solución útil para facilitar la comunicación en estos casos es pedir que nos ponga un ejemplo práctico de una situación concreta.

Esto nos ayudará a centrarnos en aspectos reales.

- "Sigo sin comprender muy bien, ¿me podría poner un ejemplo?"

El hacer preguntas referentes al problema servirá también para mostrar nuestro interés por lograr una mayor comprensión y alentará al usuario a utilizar otras palabras para expresarse.

h. CUANDO EL USUARIO NO NOS ENTIENDE

Son aquellas situaciones en las que o bien el usuario no nos oye, o no comprende el mensaje que emitimos. En estos casos es muy importante también no ponerle en evidencia y comprobar cuál es el motivo por el que tenemos este problema.

Estas situaciones suelen vivirse de manera muy diferente, dependiendo del carácter del usuario. En el caso de usuarios tímidos, retraídos y cohibidos, vivirán estas circunstancias manifestando una conducta de huida, ocultamiento y vergüenza. Por el contrario, las personas que presentan comportamientos más agresivos, lo harán ofendiéndose y culpando a los demás de su falta de expresión.

En el proceso de comunicación lo verdadero no es lo que dice el emisor sino lo que entiende el receptor.

El desconocimiento de esta ley suele ser el origen de todas las dificultades de comunicación. La responsabilidad de una correcta comunicación es del emisor.

¿QUÉ HACER?

Cuando el problema se debe a problemas de audición del usuario podemos repetir la misma información vocalizando más y elevando el tono de voz.

Si no comprende, repetiremos la idea con otras palabras.

Poner ejemplos que aclaren la idea principal.

Simplificar el mensaje. Aclarar una idea y cuando se comprenda pasar a la siguiente.

Evitar tecnicismos y palabras de difícil comprensión.

Pedirle al usuario que nos manifieste lo que ha comprendido y preguntarle exactamente lo que no entiende. Algunos mensajes de utilidad:

- "¿Me explico?"

- "¿Consigo aclarar esta idea?"

- "Quiero decir que..."

i. CÓMO DECIR NO

Nuestra actitud y predisposición debe ser siempre positiva, aunque a veces es preciso decir NO a algunas de las peticiones o demandas de los usuarios. El objetivo es conseguir que entienda que no es posible acceder a su solicitud, sin que afecte a la relación y la imagen del profesional o del servicio. Para hacerlo debemos tener presente:

- **Escuchar activamente**, personalizando la relación e identificándose para que la persona tenga un referente. Es muy importante que la persona tenga la completa seguridad de que hemos entendido su petición. De esta forma, la reacción al oír el NO será más positiva. A veces los usuarios se enfadan ante las negativas y salen del centro diciendo: "Si me hubiera oído, no me habría dicho que no, pero estaba entretenido/a con otras cosas y no me escuchó". Recordar la importancia de la mirada para transmitir sensación de escucha. Una persona a la que no miramos mientras nos cuenta su problema, no se sentirá escuchada.

- **Asegurarnos con exactitud de la demanda**. Puntualizar. "¿Lo que usted está planteando exactamente es qué...?" Si la respuesta depende fundamentalmente de nosotros y no es posible acceder a la demanda, debemos **ser claros y explicar el porqué de nuestra negativa**. Si no depende de nosotros, informar, derivar o gestionar, indicándole que la respuesta no es de nuestra competencia, pero atendándole adecuadamente. **No argumentar ni justificar en exceso**, para garantizar la comprensión del mensaje.

- **Escucharemos las réplicas** y, si fuera posible una alternativa, acceder a ella. Si no es posible, o si no se acepta, utilizar la técnica del disco rayado: repetir el mensaje hasta que se entienda y acepte. No responder a los posibles ataques personales, ni a las posibles críticas. Recordar que tenemos derecho a no contestar a todo. Sólo repetir la negativa y las posibles alternativas

- "Entiendo que esto sea un problema para usted, sin embargo no podemos facilitarle esta cita para hoy, porque no quedan huecos en la agenda del médico y su problema no es urgente. Sí que es posible citarle otro día, a la hora que le venga mejor. Pero para hoy no es posible la cita. La agenda está cerrada. Dígame que día le viene bien y a qué hora y le citaremos para ese día. Hoy no es posible, lo siento mucho."

- **Estar preparados para su reacción emocional**, mostrando comprensión ante ella. Dejarle hablar, no intentar que se calle, pues esto genera agresividad. Escucharle en todo momento demostrando una escucha activa.

- **Intentar buscar alternativas**, sobre todo dando información adecuada, sin crear falsas expectativas que favorezcan conflictos posteriores.

Si nos comprometemos en alguna cuestión concreta ("Ahora es imposible pero dentro de un mes..."),

Ser cumplidores de nuestro ofrecimiento. No generar falsas expectativas, que no podamos cumplir.

Debemos intentar que el usuario al que se ha dado una negativa, perciba que existen razones o normas para ello, que somos imparciales y, sobre todo, que se le ha tratado de modo correcto y con el respeto que merece.

o. QUÉ HACER EN UNA SITUACIÓN DE AGRESIVIDAD

Una persona en una situación de agresividad necesita ser tratada de forma asertiva, para que su enfado empiece a disminuir y se pueda mantener con ella una conversación normal. En estas circunstancias es necesario demostrar seguridad y firmeza, pero nunca intentar ponerse a la altura de la persona agresiva. La agresividad genera más agresividad. La calidad en la atención al público exige que, en ninguna circunstancia, debamos intentar frenar la agresividad con una actitud violenta o retadora. Primero, porque se ofrece una imagen de mal servicio y de poca profesionalidad y segundo, porque no sirve de mucho; es más, en muchos casos se produce más violencia.

Las pautas de actuación que se proponen seguir en estos casos hacen que la agresividad disminuya rápidamente. Para ello es necesario seguir este protocolo paso a paso:

¿QUÉ HACER?

- Demostrarle a la persona que entendemos su enfado.

- Escuchar activamente: mantener la mirada, asentir, resumir y repetir su queja o problema.

- Esperar a que disminuya la irritación. No hablar hasta que la persona empiece a tranquilizarse.

Seguir preguntando, conseguir que siga hablando. De esta forma, la temperatura del enfado empezará a bajar rápidamente.

- Hasta que no tengamos suficiente información, no creer que sabemos cual es el problema y la solución.

- En cuanto disminuya algo la irritación, invitar a la persona a seguir hablando en una zona privada.

- Cuando empiece a calmarse, si es posible, pedirle que se siente y sentarse con ella.

- Mantener un tono de voz calmada, e incluso, ante los gritos o tonos elevados, bajar la voz.

- Utilizar la técnica asertiva del "banco de niebla" (mostrarse de acuerdo parcialmente con los argumentos del otro).

- Mantener una posición corporal firme, sin que resulte amenazadora o prepotente, ni tampoco insegura o sumisa. Insistimos en que mantener la mirada es una señal muy potente de seguridad y de firmeza.

- Una vez que la persona se ha calmado y se han ofrecido posibles alternativas o soluciones, antes de despedirse, expresar nuestros sentimientos en relación con lo sucedido. Pedirle que en otra ocasión no se manifieste de esa forma ya que no es necesario comportarse así para ser atendido con interés y respeto.

MUY IMPORTANTE:

Si creemos que la situación "se nos va de las manos" o no conseguimos que la persona se calme, pedir ayuda. Decir al usuario que otro compañero seguirá la

conversación, ya que parece que no llegamos a ningún acuerdo. Explicar al compañero brevemente la situación, para que el usuario no tenga que empezar desde el principio.

8. PASOS BASICOS A TENER ENCUESTA AL ATENDER A TODO USUARIO

No. PASOS

1 SALUDAR Y DAR LA BIENVENIDA

Buenos Días, Buenas Tardes.

Bienvenido a...

2 PRESENTACION PERSONAL

Mi nombre es...

Mi cargo es...

3 OFERTA Y PRESENTACION DEL SERVICIO

Atención amable y oportuna

4 DESPEDIDA

Que le vaya muy bien,

Estamos a sus órdenes,

Esperamos poder servirle en una próxima oportunidad.

5 ORIENTACION

Por favor pase....

PROTOCOLO DE ATENCION DE PATOLOGIAS FRECUENTES QUE SON ATENDIDAS EN EL AREA DE REHABILITACION FISICA DEL HOSPITAL DEL IESS MANTA

Este protocolo se realiza tomado en cuenta la estadística de los últimos tres años de los pacientes atendidos en el servicio de fisioterapia, por medio de este informe detecte que las patologías más frecuentes son las algias vertebrales, hombros

dolorosos, escoliosis, artrosis, coxartrosis, a nivel respiratorio el EPOC, y en el área de hospitalización se trabaja esencialmente los cambios posturales. Esto nos muestra que es básico tener ciertos lineamientos a seguir entre los compañeros del área los cuales somos 5 terapistas en la mañana y 5 terapistas en la tarde, este protocolo va a permitir dar un servicio uniforme y equitativo a todos los pacientes evitando ciertas críticas e inconformidad en la atención entre un terapeuta y otro a todo ello es básico incorporarle un alto grado de calidez en cada uno de los tratamientos aplicados.

PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LAS ALGIAS VERTEBRALES

JUSTIFICACION

El dolor de la espalda constituye la plaga de nuestro tiempo, siendo uno de los motivos más frecuentes de consulta. Es numerosa la población que lo padece de forma crónica y también abundante la población expuesta a factores de riesgo que desencadenarán en un futuro Cervicalgias, dorsalgias y lumbalgias debido a los hábitos de vida impuestos en la sociedad actual.

Las algias vertebrales son causa importante de absentismo laboral y/o disminución del rendimiento en el trabajo.

Por todo esto, se hace necesario atender con fines preventivos y/o terapéuticos a todos aquellos sujetos que la padecen de forma crónica o pueden padecerlas en un futuro. Esta necesidad nos ha impulsado a elaborar el Protocolo de Prevención y Tratamiento de las algias vertebrales.

POBLACIÓN

Distinguimos dos grandes grupos de población susceptibles de ser derivados a la unidad de fisioterapia:

Sujetos que padecen dolor de espalda mecánico inespecífico de carácter agudo o crónico sin compromiso neurológico, producido por las siguientes causas:

- Microtraumatismos.
- Actitudes posturales inadecuadas.
- Insuficiencia músculo-vertebral.

- Trastornos estáticos y/o dinámicos adquiridos o congénitos.
- Trastornos estáticos y/o dinámicos de miembros inferiores o superiores debido a alteraciones articulares, óseas o musculares.
- La realización de esfuerzos importantes con la columna en posiciones adversas (tareas de carga y descarga).

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Compromiso neurológico
- Antecedente traumático en los últimos seis meses
- Usuarios en tratamiento por el mismo proceso en un Servicio de Rehabilitación
- Haber recibido tratamiento por el mismo proceso en el último año
- Patología que comprometa la independencia física y/o psíquica del usuario
- Procesos tumorales o metastáticos
- Enfermedades reumatológicas sistemáticas que contraindiquen la aplicación de tratamiento fisioterápico
- Intervención quirúrgica reciente
- Procesos vertebrales intervenidos quirúrgicamente en el último año

OBJETIVOS GENERALES

- Disminuir el dolor
- Normalizar partes blandas
- Recuperar el recorrido articular normal
- Equilibrar la musculatura
- Enseñar pautas de higiene postural

ACTIVIDADES

En la consulta de fisiatría:

- Cumplimentación de la historia de fisioterapia
- Valoración fisioterápica del sujeto

- examen analítico
- examen funcional
- examen subjetivo
 - Establecimiento de objetivos específicos
 - Establecimiento del plan de actuación
 - Devolución informada al médico correspondiente a través del Parte de Interconsulta una vez finalizado el tratamiento
 - Educación para la salud

En la sala de fisioterapia:

- Electroterapia
- Cinesiterapia
- Termoterapia superficial y profunda
- Crioterapia
- Terapia manual
- Mecanoterapia
- Educación para la salud en grupo
- Educación para la salud

Las actividades en la Sala de Fisioterapia son en grupo o individuales con un máximo de 10 sesiones.

EVALUACIÓN

Evaluación del grado de consecución de los objetivos anteriormente citados la finalizar las 10 sesiones de tratamiento fisioterápico.

CONTENIDO DE LAS ACTIVIDADES

1. Educación para la salud

Expongo a continuación la serie de conocimientos, consejos sanitarios y medidas higiénicas que se enseñaran al usuario tanto en la consulta como en la sala.

Se hará hincapié en el buen aprendizaje de las mismas, llevándolas a la práctica durante las 10 sesiones de tratamiento. El fin es crear hábitos saludables para la espalda.

PREVENCION DE LA APARICION DEL DOLOR CERVICAL

Para evitar las molestias y dolores que suelen ser frecuentes en el cuello y la base del mismo es necesario adoptar una serie de medidas higiénicas sencillas que permitan mantener la musculatura en óptimas condiciones.

La región cervical es una zona que se sobrecarga con facilidad por diversas causas:

- Mantener una posición fija durante periodos prolongados
- Adoptar posiciones forzadas que comprometen la columna cervical (escribir a máquina, ordenador, coser...)
- Realizar movimientos bruscos de la columna cervical, sobre todo rotaciones
- Estrés y tensión nerviosa que aumenta el tono de la musculatura del cuello
- Errores de diseño de asientos y planos de actividad
- La mayoría de estas causas pueden ser eliminadas si el propio sujeto, consciente de ellas, aprende a modificar sus hábitos posturales y lleva a la práctica consejos que posteriormente se señalan.

CONSEJOS Y MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL

- Evitar giros bruscos de la cabeza
- Evitar extensiones forzadas de la columna vertical
- Evitar cargar grandes pesos en los miembros superiores, sobre todo de forma asimétrica.
- Evitar dormir en decúbito prono
- Dormir en cama firme o en decúbito supino con una almohada que evite la caída de la cabeza hacia detrás (hiperextensión de la C.V.C.) y que evite a su vez la flexión de la C.V.C.
- En decúbito lateral debe quedar cubierto el espacio entre hombro y cabeza, manteniéndose el cuello alineado en la horizontal

- Sentarse con la espalda derecha, reposada en el respaldo(preferentemente altos), con la cabeza alineada con el tronco y si fuera posible apoyada en esa posición
- Apoyar los antebrazos en el reposabrazos del sillón, siempre manteniendo la postura anteriormente descrita.
- En el trabajo, cambiar con frecuencia de postura, moviéndose, estirándose y realizando los ejercicios de cuello posteriormente recomendados (no llevan más de cinco minutos)
- Adaptar la silla, mesa o la ubicación del material de trabajo (pantalla del ordenador...) para obtener una postura correcta.
- Cuando haya sensación de “garra” o de dolor en la base del cuello, aplicar calor (bolsa de agua o manta eléctrica) en la zona afectada durante unos quince minutos, dos veces al día

PREVENCION DE LA APARICION DEL DOLOR DORSO-LUMBAR

Con frecuencia el dolor de espalda puede ser causado por:

- Adoptar posturas inadecuadas durante tiempos prolongados
- Realización de esfuerzos reiterados en posición incorrecta
- Anomalías de la columna vertebral
- Componente psíquico
- Alteraciones estáticas y dinámicas de la columna vertebral.

Como se puede ver, el sujeto puede controlar parte importante de estos factores si consigue asimilar e integrar como hábitos de vida las medidas higiénicas que se exponen a continuación, previniendo así problemas de espalda que a la larga pueden conllevar el desarrollo de patologías más serias e invalidantes.

CONSEJOS MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL

- Evitar todas aquellas posturas que produzcan o exacerben el dolor.
- Evitar realizar movimientos bruscos del cuerpo, especialmente flexiones del tronco para coger pesos del suelo sin flexión de rodillas.
- Evitar los asientos bajos.

- Evitar todas las cargas pesadas.
- No realizar bajo ningún concepto flexiones del tronco para coger pesos del suelo.
- Evitar dormir en decúbito prono, pero si fuera inevitable se debe colocar una almohada bajo el abdomen para corregir el aumento de la lordosis lumbar debido a la postura.
- Si se duerme en decúbito supino, corregir la lordosis lumbar colocando almohadones bajo las rodillas de tal manera que mantengan una ligera flexión de caderas.
- Sentarse ocupando el fondo del asiento con la C.V. alineada y relajada, bien apoyada en el respaldo. Estos últimos deben ser preferentemente altos y no muy inclinados.
- En bipedestación, bascular la pelvis asociando una correcta alineación de la C.V. A veces es útil posar un pie sobre un cajón de aproximadamente 10 cm. De altura que ayuda a mantener la pelvis basculada si la bipedestación se va a mantener durante mucho tiempo.
- Corregir malas posturas mantenidas y repetidas en el trabajo.
- Es conveniente tomarse cinco minutos de descanso cada cierto tiempo con el fin de realizar estiramientos y ejercicios suaves y relajantes que se indican a continuación.
- Cuando sobreviene el dolor, adoptar postura de reposo: en decúbito supino sobre un plano rígido con las rodillas flexionadas y apoyadas sobre varios cojines, de tal manera que el cuerpo adopte forma de "L".
- Mantener el peso dentro de los límites tolerables.

TRATAMIENTO:

- Termoterapia superficial y profunda, Electroterapia, Terapia Manual y Crioterapia son técnicas específicas de fisioterapia y el profesional las utilizará según la evolución de la patología y las necesidades del paciente.
- Cinesiterapia: Activa, Activo- asistida , Pasiva

Cada profesional aplicará las técnicas cinesiterápicas en función de la evolución y necesidades del paciente

TRATAMIENTO FISIOTERAPEÚTICO DEL HOMBRO DOLOROSO SIMPLE

Entendemos por hombro doloroso simple, aquel en el que la afectación responsable es una tendinitis (manguito rotador), bursitis o tenosinovitis (porción larga del bíceps), entendiéndose dolor de mediana intensidad que aparece al realizar ciertos movimientos bien precisos del brazo, y a veces de noche, cuando el paciente se acuesta sobre el hombro dañado. La pérdida de movilidad es reducida y se debe sobre todo a cierta “prudencia” por parte del paciente. Quedan, por tanto, excluidos los supuestos detallados en “criterios de exclusión”.

JUSTIFICACIÓN

En general, la patología invalidante viene precedida por el dolor, que en la mayoría de los casos provoca una limitación articular como resultado final. La evolución del proceso puede determinar la aparición de contractura y rigidez, llegando a la inmovilidad por desuso. Todo ello conducirá a una incapacidad importante porque anula la posibilidad de realización independiente de las actividades de la vida diaria. Los sujetos que padecen estos procesos sugerirán una considerable disminución de la calidad de vida si no reciben tratamiento precoz. La fisioterapia es parte importante del tratamiento y por esto hemos considerado de interés la realización y puesta en marcha de este Protocolo de tratamiento fisioterapéutico para el hombro doloroso.

POBLACIÓN

1. Sujetos que padecen dolor al realizar movimientos precisos del brazo con pérdida de movilidad activa, causadas por alteraciones de las estructuras articulares y periarticulares (ej. tendinitis manguito rotador y bíceps)
2. Sujetos (sobretudo ancianos) en los que se evidencia fibrosis de las estructuras periarticulares debida a la falta de uso de dicha articulación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Restricción de la movilidad pasiva

- Roturas tendinosas.
- Intervenciones quirúrgicas relacionadas con el complejo articular del hombro.
- Fracturas.
- Luxaciones.
- Hombro doloroso de origen neurológico

OBJETIVOS

- Disminuir el dolor.
- Restablecer el recorrido articular.
- Normalizar el tono muscular.
- Distender las estructuras retraídas y aumentar la elasticidad de las mismas.
- Prevenir la atrofia y aumentar la fuerza y resistencia muscular.
- Capacitar para la realización de las actividades de la vida diaria.
- Mejorar el estado general del sujeto.

ACTIVIDADES

En la consulta de fisiatría:

- Cumplimentación de la historia de fisioterapia.
- Valoración funcional del sujeto.
- Establecimiento del plan a seguir.
- Informe de dicho plan al médico de Atención Primaria a través del parte de interconsulta al finalizar el tratamiento.
- Educación para la Salud.

En la sala de fisioterapia:

- Termoterapia.
- Crioterapia.
- Electroterapia.
- Terapia Manual.

- Mecanoterapia
- Cinesiterapia:
 - Cinesiterapia activa asistida.
 - Cinesiterapia activa libre.
 - Cinesiterapia activa resistida.

EVALUACIÓN

Evaluación del grado de consecución de los objetivos marcados al finalizar las 10-15 sesiones de tratamiento.

CONTENIDO DE LAS ACTIVIDADES:

- Termoterapia superficial y profunda.
- Electroterapia.
- Terapia manual.
- Son técnicas específicas de fisioterapia que el profesional utilizará según su criterio, evolución de la patología y necesidades del paciente.
- Cinesiterapia: **EJERCICIOS DEL HOMBRO** ¡Seguirá siempre la regla del “NO DOLOR”!
- Cinesiterapia pasiva: Consistirá en la realización de movilizaciones de las articulaciones afectadas con el fin de liberarlas y prevenir la formación de adherencias. En el caso de que ya existan, se perseguirá la desaparición de las mismas.
- Cinesiterapia activa asistida: Normalmente se aplica en las primeras fases del tratamiento. Cuando el sujeto es capaz de realizar movimientos del hombro contra gravedad, por sí sólo dejaría de estar indicada.
- La asistencia podrá realizarse manualmente por el fisioterapeuta, por el propio sujeto (autoasistencia), o mediante suspensiones o sistemas de poleas.
- Los movimientos podrán ser analíticos o globales, dependiendo de las necesidades valoradas.
- Habrá de evitarse siempre la fricción de las estructuras periarticulares comprometidas.

- Cinesiterapia activa libre:
- Indicada para cuando el sujeto puede realizar los movimientos del hombro en toda su amplitud.
- Los ejercicios los puede realizar el sujeto sólo o utilizando aparatos sencillos (palos, escalera de dedos, espalderas...). Los movimientos podrán ser analíticos o globales.
- Cinesiterapia activa resistida: Se persigue la completa restauración de la fuerza y potencia muscular, o sea, la recuperación muscular global.

La resistencia podrá ser aplicada por el propio fisioterapeuta o mediante la aplicación de pesos por sistemas de poleas, muñequeras lastradas, mancuernas.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Aprovecharemos las sesiones de tratamiento para adiestrar al sujeto e impartirle una serie de conocimientos básicos relacionados con su proceso. El fin perseguido es el desarrollo de actitudes y hábitos de autocuidado en el domicilio, pues sin una continuidad de estos cuidados la recuperación total es muy difícil.

Consejos sanitarios:

- Se deben evitar actividades que produzcan dolor.
- Se deben realizar los ejercicios que han sido indicados por el fisioterapeuta a diario, pero sin excederse de los límites recomendados, Evitar períodos prolongados de escritura.
- Se orientará al sujeto hacia aquella actividad física y/o deporte que sea más apropiado: natación.
- Evitar trabajar por encima del plano del hombro. Se entregará a cada paciente un impreso en donde se recogen toda la pauta domiciliaria de autocuidado.
- Se insistirá en concienciar al usuario de la importancia que reviste la realización del plan de cuidados diarios en el domicilio.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO DEL EPOC

JUSTIFICACIÓN.

La prevalencia del EPOC parece que se encuentra alrededor de un 4-8% en la población adulta, siendo esta población más elevada (15-20%) en el grupo de los grandes fumadores (consumidores de más de 30 paquetes al mes). Es la quinta causa de muerte.

Las complicaciones provocan una gran disminución de la calidad de vida del sujeto afectado y un importante gasto socio-sanitario.

La fisioterapia respiratoria acompañada de otras medidas higiénicas puede:

- Aumentar la capacidad respiratoria
- Mejorar la movilidad de la caja torácica
- Aliviar los síntomas.
- Espaciar los períodos de agudización. Disminuir el número de ingresos hospitalarios.
- Disminuir la ansiedad y aumentar la autoestima.

Por consiguiente contribuye a aumentar la calidad de vida en este tipo de sujetos y disminuir el coste socio-sanitario que ocasionan.

Tras haber expuesto los beneficios que conlleva la fisioterapia respiratoria, hay que reseñar que para conseguir influir en la evolución de la enfermedad es necesario que sea detectada precozmente y que el afectado deje de fumar.

Por todo ello, he elaborado el Protocolo de tratamiento fisioterapéutico en los procesos respiratorios crónicos con el fin de asistir y educar a estas personas, posibilitando que ellos mismos sean los principales artífices del mantenimiento de su propio estado de salud.

POBLACIÓN

Sujetos con EPOC leve o moderado.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Cirugía torácica
- Procesos tumorales o metastásicos
- Enfermedades neuromusculares

- Pacientes con incapacidad para la colaboración

OBJETIVOS

- Corregir malos hábitos respiratorios.
- Favorecer la movilización y eliminación de secreciones.
- Acondicionar la musculatura respiratoria.
- Aumentar la tolerancia al ejercicio y la actividad física.
- Capacitar al sujeto para que realice a diario y en su domicilio los cuidados respiratorios que necesita.

ACTIVIDADES

En la consulta de fisiatría:

- Cumplimentación de la ficha de fisioterapia.
- Valoración funcional del sujeto.
- Establecimiento del plan a seguir.

En la sala de fisioterapia:

- Técnicas de relajación.
- Técnicas de drenaje bronquial.
- Técnicas de reeducación respiratoria.
- Educación para la Salud.
- Técnicas de movilización y flexibilización de la caja torácica

Las actividades en la sala de fisioterapia podrán llevarse a cabo de forma individual o en grupo dependiendo de las necesidades y características de los usuarios.

EVALUACIÓN

Evaluación del grado de consecución de los objetivos marcados al finalizar el tiempo de duración del tratamiento.

CONTENIDOS DE LAS ACTIVIDADES

1.-TÉCNICAS DE RELAJACIÓN:

Persiguen la relajación y decontracturación de la musculatura retraída que con frecuencia son los músculos accesorios de la respiración.

El fisioterapeuta aplicará las técnicas adecuadas a las necesidades del paciente para conseguir la relajación del mismo:

- terapia manual
- electroterapia/termoterapia
- reeducación postural

2.-DRENAJE BRONQUIAL

- Consiste en la aplicación de una serie de maniobras que tienen el fin de facilitar que las secreciones se movilicen, se despeguen de las paredes traqueobronquiales y asciendan hasta su total expulsión. Van siempre acompañadas de series de respiraciones diafragmáticas, ya que es el flujo aéreo el principal artífice del ascenso de las secreciones por el árbol bronquial.
- Drenaje postural: Consiste en la adopción por parte del paciente de diferentes posiciones, alternándolas, con el fin de facilitar el drenaje y la expulsión de secreciones debido a la acción de la gravedad. El drenaje postural se hará siempre asociado a respiración diafragmática.
- Estará contraindicado en los casos en que haya presencia de hemoptisis, tuberculosis activa, crisis asmáticas, arritmias cardíacas, hipertensión arterial o disneas severas.
- Percusión torácica y clapping: Consiste en la aplicación de golpecitos con las manos huecas sobre la caja torácica desde la región inferior del pulmón hacia arriba, con el fin de provocar el desprendimiento del moco adherido a las paredes traqueobronquiales.
- Vibraciones: Consiste en realizar compresiones intermitentes y rápidas sobre la zona que se quiere drenar durante la fase espiratoria. El fin es el mismo que en la percusión torácica.
- Tos eficaz: Consiste en realizar dos o tres golpes de tos siempre tras una inspiración profunda con cierre de la glotis y contracción de los músculos abdominales. Si no son suficientes para expectorar, se evitará seguir tosiendo

(tos irritativa e ineficaz) y se procederá a seguir realizando respiraciones diafragmáticas que acerquen las secreciones para su posterior expulsión.

3.- TÉCNICAS DE REEDUCACIÓN RESPIRATORIA:

- La finalidad última es que el paciente adquiera un hábito respiratorio adecuado. Se persigue que el paciente deje de sobre utilizar la musculatura accesoria de la respiración, desbloquee el diafragma y pueda así realizar una correcta ventilación de ambos pulmones, siempre dentro de las posibilidades de cada sujeto.
- Inspiración nasal: El aire debe introducirse por la nariz. Así se filtrará, se calentará y se humidificará, llegando a los alveolos en mejores condiciones para el intercambio gaseoso.
- Espiración lenta y prolongada: Se debe espirar por la boca, estando ésta semicerrada. La espiración debe ser lenta y suave para evitar el colapso de las vías respiratorias bajas. La duración de la espiración debe ser aproximadamente el doble que la duración de la inspiración.
- Inspiración diafragmática: Consiste en intentar llevar el aire hacia el abdomen. Como referencia se colocarán ambas manos, una sobre el abdomen y la otra sobre el tórax. La mano sobre el abdomen debe elevarse con cada inspiración y bajar en la espiración, sin embargo, la mano sobre el pecho debe permanecer inmóvil.
- Expansión costal: Consiste en inspirar el aire intentando llevarlo hacia la parte basal de los pulmones, expandiendo esta zona en cada inspiración. Habitualmente se combina con la respiración diafragmática.
- Todas las maniobras y ejercicios respiratorios expuestos se deben realizar en series limitadas de respiraciones para evitar hiperventilaciones.
- Se persigue que el sujeto automatice esta respiración y la realice inconscientemente en cualquier actividad.

4.- EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

Persigue el fin de preparar al sujeto que padece una enfermedad respiratoria crónica para: que conozca la naturaleza de su enfermedad, que conozca cuáles son los

factores que más influyen en la evolución de la misma, Que tome conciencia de los cuidados que necesita y de la importancia que éstos tienen de cara al pronóstico y evolución de la enfermedad, Que sea capaz de realizar por sí mismo o con ayuda de algún familiar todas las técnicas que se le enseñarán y aplicarán en la sala de fisioterapia.

En definitiva, que adquiera hábitos saludables y se auto responsabilice de su propio estado de salud.

Consejos sanitarios que se irán dando al paciente según se vaya avanzando en el tratamiento:

- Se tiene que abandonar el hábito de fumar.
- El sujeto debe realizar con periodicidad una correcta limpieza nasal.
- Se debe aumentar el consumo de líquidos para fluidificar las secreciones, si no hay contraindicaciones precisas que lo impidan.
- Se debe programar una plan equilibrado de paseos y periodos de descanso para realizar diariamente.
- Es conveniente mantener un medio ambiente correctamente humidificado y con una temperatura fresca.
- El sujeto debe cambiar de posturas con frecuencia, controlando siempre la respiración para aliviar la disnea.
- Se debe controlar la respiración mientras se camina o se realizan actividades físicas.
- Hay que procurar exhalar mientras se realizan actividades como levantar pesos, subir escaleras, flexionar el tronco.

Además de los consejos higiénicos que se le irán impartiendo al sujeto, también se le enseñará cómo realizar actividades con el menor consumo de energía posible.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ESCOLIOSIS INFANTIL Y JUVENIL

JUSTIFICACIÓN

La escoliosis acompaña al hombre desde que este adquirió la postura erguida. Su existencia era ya conocida en la antigüedad, siendo Hipócrates el primero en utilizar el nombre de escoliosis para definir toda curvatura de la columna vertebral. Desde entonces, muchos han sido los métodos de tratamiento utilizados para combatirla, algunos de los cuales no han obtenido el éxito esperado.

Actualmente, la escoliosis es una enfermedad relativamente frecuente, que afecta a grupos de población diversos y acarrea importantes complicaciones, tales como:

- Desequilibrios en la musculatura paravertebral.
- Insuficiencia cardiorespiratoria.
- Artrosis y todo lo que estas implican.
- Alteraciones en el crecimiento óseo.

Por todo ello, se hace necesaria la elaboración de un protocolo de prevención y de tratamiento en la escoliosis, fomentando el aprendizaje de ejercicios por parte del individuo y la, puesta en práctica de estos, una vez finalizado el tratamiento.

POBLACIÓN

Los grupos de población susceptibles de ser derivados a la Unidad de Fisioterapia son: Individuos diagnosticado de escoliosis ya sea estructural o funcional que no supere los 30°.

OBJETIVOS

- Conseguir un mejor automatismo postural que pueda establecerse económica e inconscientemente en todas las circunstancias mediante reeducación postural.
- Flexibilidad del raquis.
- Potenciación de la musculatura.
- Alivio del dolor si existe.
- Evitar la aparición de complicaciones o corregirlas en la medida de la posible si existen.
- Prevenir la evolución de la curva escoliótica.
- Mantener medidas de higiene postural correctas.
- Fomentar el autocuidado.

ACTIVIDADES

En la consulta de fisioterapia:

- Complimentación de la historia de Fisioterapia.
- Valoración fisioterapéutica del sujeto.
- Establecimiento del plan a seguir.
- Informe de dicho plan al médico general a través.
- Educación para la salud.

En la sala de Fisioterapia:

- Programa de ejercicios
- Técnicas analgésicas por medios físicos, si fuese necesario
- Educación para la Salud: Seguir con cinesiterapia en domicilio, Enseñar pautas de higiene postural y corrección de malos hábitos

EVALUACIÓN

Evaluación del grado de consecución de los objetivos anteriormente citados al finalizar el tratamiento

EDUCACIÓN PARA LA SALUD A USUARIOS CON ARTROSIS

JUSTIFICACIÓN.- GONARTRIS Y COXARTROSIS

La artrosis es una alteración degenerativa del cartílago articular, que acaba afectando al hueso y la cápsula: Entre sus signos y síntomas podemos encontrar:

- Dolor mecánico. Aumenta con el movimiento y al cargar, se alivia con el reposo.
- Limitación de movimientos:

Retracciones capsulares.

Atrofia muscular.

Contracturas y retracciones musculares que conducen a posturas viciosas deformaciones.

- Crujidos articulares
- Deformidad articular
- Bloqueos articulares (Por dolor, cuerpos libres)
- Inestabilidad articular (amiotrofia)
- Repercusión funcional en otras articulaciones.

Los sujetos que padecen este proceso sufrirán una considerable disminución de su calidad de vida si no reciben tratamiento precoz, por eso hemos creído oportuno elaborar un protocolo de actuación ante estos enfermos encaminado a retrasar en lo posible la evolución de la enfermedad y a mejorar la calidad de vida del sujeto que la padece, fomentando en todo momento la implicación del usuario en el plan de cuidados higiénico posturales, de fortalecimiento muscular y de prevención de deformidades.

POBLACIÓN

1. Sujetos que presentan una gonartrosis o coxartrosis en fase no muy avanzada y cuyo principal síntoma es el dolor.
2. Sujetos que presentan gonartrosis o coxartrosis en fase avanzada pero que por razones de peso no son susceptibles de intervención quirúrgica.

En ambos casos el sujeto debe presentar disposición para realizar el tratamiento fisioterápico en su domicilio, debe tener la capacidad y lucidez suficientes para comprender los ejercicios y consejos fisioterápicos y ponerlos en práctica.

Serán sujetos en los que a pesar de su avanzado estado, no se haya perdido la capacidad de deambulación e independencia.

OBJETIVOS

- Alivio del dolor y prevención de recidivas.
- Prevenir la atrofia muscular y recuperar la fuerza muscular.
- Prevenir retracciones y anquilosis
- Evitar posturas viciosas (flexo de cadera o rodilla) y si ya están instauradas enseñar ejercicios y estiramientos de músculos que están retraídos.
- Prevenir la inestabilidad articular o restablecerla si ya se ha perdido.

- Fomentar el autocuidado y la implicación del sujeto en la prevención y tratamiento.

ACTIVIDADES

En la sala de fisioterapia:

Diez sesiones de tratamiento fisioterápico a distribución según criterio del fisioterapeuta.

- Enseñar al usuario pautas de alivio de dolor.

Crioterapia

Termoterapia

Hidrocinestiterapia (en casa)

Pautas de reposo

- Electroterapia
- Enseñar ejercicios de fortalecimiento muscular en descarga.
- Enseñar ejercicios de estiramiento de músculos acortados para prevenir retracciones y anquilosis.
- Enseñar medidas higiénico-posturales.

Economía articular

Pautas de reposo

Consejos actividades de la vida diaria

- Reeduación propioceptiva

PROTOCOLO A SEGUIR EN LOS PACIENTES QUE NECESITEN CAMBIOS POSTURALES

DECÚBITO SUPINO

Se le cambiará de postura cada 2 horas. Se procurará mantener los miembros superiores en extensión y ligeramente elevados, para ello utilizaremos almohadas;

en cuanto a los miembros inferiores evitaremos la rotación externa de cadera, el pie equino y el flexo de cadera y rodilla.

Por ejemplo: en un hemipléjico se colocará una almohada debajo de la cabeza, otra debajo del miembro superior afecto manteniendo el brazo en abducción y la mano en supinación, en el miembro inferior afecto se colocará una alumbrada en la cara externa del muslo para evitar la rotación externa de cadera y además un soporte en los pies para evitar el pie equino.

DECÚBITO LATERAL

Se colocará una almohada debajo del miembro superior que quede arriba para mantenerlo extendido y elevado y otra almohada se pondrá entre las rodillas llegando hasta los maléolos para evitar presiones o roces entre ambos quedando en ligera flexión de rodillas y caderas. Tendrá otra almohada debajo de la cabeza para evitar que esta caiga.

DECÚBITO PRONO

El paciente se colocará boca abajo con la cabeza girada hacia un lado. Se le colocará una almohada debajo de la tripa para que la zona lumbar se mantenga recta. Los miembros inferiores se colocarán sin rotación y evitando que los pies queden en equino colocando una almohada en los tobillos o bien dejando que los pies queden al final del colchón.

Esta postura es muy útil para evitar el flexo de cadera y descarga puntos de hiperpresión.

DECÚBITO ¾ ADELANTE

El paciente se colocará en decúbito lateral inclinado hacia adelante apoyando la pierna superior en la cama al igual que el miembro que queda arriba. El miembro inferior que queda abajo quedará un poco flexionado para mantener la estabilidad, además se colocarán almohadas por delante para mantener la postura.

El miembro superior que quede debajo no quedará bajo el peso del cuerpo sino detrás del tronco.

DECÚBITO ¾ ATRÁS

Paciente en decúbito lateral inclinado hacia atrás con almohadas en la espalda para mantener la posición. El miembro inferior de la parte de arriba apoyará el pie sobre la cama, el otro miembro quedará ligeramente flexionado. El miembro superior que queda debajo se colocará delante del tronco.

SEDESTACIÓN EN CAMA

Se colocarán 3 ó 4 almohadas tras su espalda para mantenerlo incorporado en la cama. Los miembros superiores estarán extendidos con almohadas debajo. Los miembros inferiores no deben tener rotación, para lo cual se coloca una almohada en la parte extrema del miembro para evitarlo, también se colocará un soporte para evitar el pie equino.

Se evitará el peso sobre los pies del paciente colocando un soporte a los pies de la cama.

PACIENTE SENTADO EN EL SILLÓN

Mientras el paciente esté sentado, deberá mantener los miembros superiores elevados, extendidos y con la palma de la mano hacia abajo. Para ello se colocarán varias almohadas sobre el brazo del sillón. El sillón debe tener el respaldo ligeramente inclinado y ser de una altura tal que, una vez sentado el paciente, las rodillas queden en ángulo recto y con los pies bien apoyados en el suelo. Si el respaldo del sillón no fuese lo suficientemente alto, se coloca una almohada para apoyar la cabeza.

Si alguno de los miembros inferiores tiende a la rotación se colocará una almohada o cuña blanda para evitarlo. Si la zona lumbar no queda apoyada se colocará una almohada.

En el caso de un paciente con espasticidad con tendencia a la abducción se colocará una almohada entre ambas rodillas para evitar que las cruce.

CAMBIOS DE POSTURA EN LA CAMA

.Mover al enfermo de un lado a otro de la cama .Se recomienda poner una entremetida bajo el paciente, de tal manera que sólo haya que enrolla uno de sus bordes y tirar de él.

SENTAR AL PACIENTE EN LA CAMA

Para sentar al paciente al borde de la cama nos colocamos frente a él, colocamos una mano bajo el hombro más cercano y la otra sobre las rodillas del lado contrario para bajarle las piernas; así se hace contrapeso para incorporado. El cuidado que realiza esta maniobra debe proteger su espalda, para lo cual, tendrá las piernas flexionadas y la espalda recta.

PASO DE LA CAMA AL SILLÓN

Antes debemos haber colocado la silla al lado de la cama que debe ser de su misma altura más o menos.

-Posición de paciente: Sentado el paciente en el borde de la cama, con los pies en el suelo y manos delante del tronco con dedos entrelazados. El sillón se sitúa lateral a la cama en el lado opuesto.

-Posición del cuidador: Delante del paciente con una mano en isquion afecto y la otra pasa debajo de la axila a la escápula contraria. Los pies del cuidador acogen al pie afecto del paciente y las rodillas del cuidador sujetan por delante la rodilla del paciente.

-Descripción de la maniobra: Flexión del tronco del paciente e impulso del isquion en bipedestación y traslado al sillón. Se gira hasta llegar a la silla y flexionamos las rodillas para sentarlo con suavidad. Poner al enfermo de lado.

Para ello se cruzará una pierna sobre la otra y después sólo hay que ladear la paciente traccionando a la vez de la cintura escapular y pélvica. En ningún caso se debe tirar de los miembros bien superiores o inferiores para realizar ningún cambio postural, ya que se podrían dañar las articulaciones y ligamentos. Mover al paciente de abajo a arriba en la cama

Dependiendo del grado de colaboración del enfermo necesitaremos 1 ó 2 personas. Le ayudamos a incorporarse por la espalda, después le pedimos que doble sus rodillas si puede y nos ayude a subir en la cama a la vez que le traccionamos de la cintura pélvica.

Cuando el paciente tuviera que ser movido entre dos personas, conviene que sincronicen sus esfuerzos contando "uno, dos y ¡tres!".

PARTE 4

BIBLIOGRAFIA

El protocolo de atención tiene sustento teórico en base a la información obtenida de los siguientes manuales de atención

- MANUAL GENERAL DE PROCEDIMIENTO INTERNO DE ATENCIÓN AL USUARIO REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO PÚBLICO
SECRETARÍA ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL
- MANUAL DE REHABILITACIÓN FÍSICA Y FISIOTERAPIA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
CONSEJERÍA DE SALUD

LINKOGRAFIA

(<http://www.ministeriopublico.gob.pa/minpub/Portals/0/Manuales/Manual%20General%20de%20Procedimiento%20Interno.pdf>)

(<http://es.scribd.com/doc/6689200/Manual-de-Rehabilitacion-y-Fisioterapia>)