



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

TITULACIÓN DE MAGÍSTER EN GERENCIA DE SALUD PARA EL
DESARROLLO LOCAL

**Programa de mejoramiento de la calidad de atención a pacientes con
hemiplejías en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del
Hospital Eugenio Espejo. Quito, 2013.**

TRABAJO DE FIN DE MAESTRIA

AUTORA: Quinchuela Gamazo, Sonia Pilar, Lcda.

DIRECTORA: Velasco Garcés, María de Lourdes, Dra.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2014

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

Doctora.

María de Lourdes Velasco Garcés

DOCENTE DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de maestría, denominado: “**PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A PACIENTES CON HEMIPLEJÍAS EN SEL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO**”, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Noviembre del 2013.

Dra. María de Lourdes Velasco

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Quinchuela Gamazo Sonia Pilar, declaro ser autora del presente trabajo de fin de maestría: “Programa de Mejoramiento de la Calidad de Atención a Pacientes con Hemiplejías en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Eugenio Espejo de la Titulación Maestría en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, siendo la Dra. María de Lourdes Velasco Garcés directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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: “Forma 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”.

Lic. Quinchuela Gamazo Sonia Pilar

Cédula: 1706834064

DEDICATORIA

A la memoria de mi Madre Raquel Elvira; por su apoyo incondicional, amor, paciencia, entrega, dedicación y comprensión; quien compartió muchas horas de estudio y de trabajo, me enseñó a ser perseverante en la vida y por haberme dada mucho a cambio de nada.

Al personal que labora en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Eugenio Espejo, quienes aportaron para el logro de los objetivos, el mejoramiento de la salud de nuestros conciudadanos y a su vez el engrandecimiento de nuestros país.

Lic. Sonia Pilar Quinchuela Gamazo

AGRADECIMIENTO

Mis más sinceros agradecimientos al personal del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Eugenio Espejo.

A la Universidad Técnica Particular de Loja, por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación profesional.

Lic. Sonia Pilar Quinchuela Gamazo

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA.....	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN	3
PROBLEMATIZACIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVOS.....	9
Objetivo General.....	9
Objetivos Específicos.....	9
1.- MARCO TEÓRICO.....	10
1.1. Marco Institucional	11
1.1.1. Referencia Histórica del Servicio de Rehabilitación Hospital Eugenio Espejo.	11
1.1.1.2 Aspecto Geográfico del Lugar.	12
1.1.1.3 Dinámica Poblacional.	13
1.1.1.4 Misión del Hospital Eugenio Espejo	13
1.1.1.5 Visión del Hospital Eugenio Espejo.	14
1.1.1.6 Misión del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación	14
1.1.1.7 Visión de del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.....	14

1.1.2 Organización Estructural del Hospital Eugenio Espejo.	16
1.1.3 Servicios que presta el Servicio de Rehabilitación	17
1.1.4 Datos estadísticos de cobertura del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Eugenio Espejo.	17
1.1.4.1 Atención de rehabilitación en consulta externa y hospitalización.	17
1.1.4.2 Atención de rehabilitación por áreas en hospitalización y consulta externa.	18
1.1.4.2 Patologías Prevalentes en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.....	19
1.1.5 Políticas del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.....	19
1.3.- MARCO CONCEPTUAL.....	20
1.3.1. Calidad de atención.....	20
1.3.1 Dimensiones de la calidad.....	23
1.3.2 Componentes de la atención de calidad.....	24
1.3.3. Modelos de calidad de atención.	25
1.3.4 Rehabilitación en la hemiplejía	26
1.3.5 Protocolos.	31
1.3.5.1 Partes de un protocolo.....	31
1.3.6 ¿Qué es la educación para la salud?	32
2. DISEÑO METODOLÓGICO.....	34
2.1.- Matriz de Involucrados.....	35
2.2 Árbol de Problemas.....	38
2.3.- Árbol de Objetivos.....	39
2.4.- Marco Lógico.....	40
3.- RESULTADOS	45
3.1 RESULTADO 1.	46
3.1.2 Personal del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación capacitado en calidad de atención.	46

3.1.1.2 Socialización del proyecto.....	46
3.1.1.3. Agenda para dar a conocer el proyecto a ejecutarse en el Servicio de Rehabilitación.	46
3.1.1.4. Resultado de la reunión para implementar y socializar el proyecto.....	47
3.1.2. Programa de capacitación dirigido al usuario interno sobre Calidad de Atención.....	48
3.1.2.1 Agenda para organizar el Taller de Calidad de Atención	49
3.1.2.2 Cronograma del Taller de calidad de atención.	49
3.1.2.3 Metodología:.....	50
3.1.3 Evaluación del Taller de Calidad de Atención.	50
3.1.4 Análisis de los resultados del taller.	53
3.1.5 Análisis del Taller de Calidad de Atención.....	54
3.2. RESULTADO 2	57
3.2.1 PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE HEMIPLEJICA, EN EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN ELABORADOS Y APLICADOS.....	57
3.2.1.1 Reunión para organizar la elaboración de protocolos.	57
3.2.1.2 Agenda para la elaboración de protocolos.	57
3.2.1.3. Taller de motivación al personal de rehabilitación para elaborar protocolos.	58
3.2.1.4 Agenda para el taller de motivación.	58
3.2.1.5 Cronograma del taller de motivación.....	58
3.2.2 Evaluación del Taller de Motivación.	59
3.2.3 Análisis de los resultados del Taller.	61
3.2.4 Análisis del Taller de Motivación.....	61
3.3.- Conformar el equipo técnico establecido y funcionando.....	62
3.3.1. Redacción y elaboración de protocolos.	62
3.3.1.1 Agenda para elaborar protocolos.	63
3.3.1.2 Metodología.....	63
3.2 PROTOCOLO DE TRATAMIENTO EN REHABILITACIÓN PARA EL PACIENTE HEMIPLEJICO.	68

3.2.1. Hemiplejías.....	68
3.2.1.1. Etiología.- las causas más frecuentes de la hemiplejía son.....	68
3.2.1.2. Evaluación.	70
3.2.1.3. Etapa aguda.....	73
3.2.1.4. Hemiplejia espástica.....	73
3.2.1.5. Variedades topográficas de la hemiplejia.	75
3.2.1.6. Tratamiento.....	75
3.2.1.7. Etapa II.....	77
3.2.1.8. Etapa III.....	79
3.2.1.9. Etapa IV	81
3.2.1.10. Limitaciones en hemiplejias.	82
3.2.2. Hemiparesia.	83
3.2.3. Tratamiento en Terapia del Lenguaje.	85
3.2.4. Afasias.	90
3.2.5. Tratamiento en Terapia Ocupacional.....	92
3.2.5. Técnicas especiales de terapia ocupacional para el tratamiento.	95
3.2.5.1. Técnica de Bobath.....	95
3.2.5.2. Método de Kabat.	96
3.2.5.3. Método de Brunstrom.	97
3.2.5.3. Técnica de Rood.	97
3.2.5.4. Técnica de Frenkel.....	98
3.2.5.5. Técnica de Perfetti.	99
3.2.6. Evaluación del resultado de la Aplicación de Protocolos.	99
3.2.6.1. Análisis de la Aplicación de Protocolos.	100
3.3.- RESULTADO 3	102
3.3.1 Agenda para elaborar normas.....	103

3.3.1.1 Metodología.....	103
3.3.2. NORMAS DE ATENCIÓN AL PACIENTE HEMIPLÉJICO.	103
3.3.3. NORMAS POR CADA ÁREA.	104
3.3.3.1. Hidroterapia.	104
3.3.3.2. Área de terapia física.....	104
3.3.3.3. Área de Terapia Ocupacional.	106
3.3.3.3. Área de Terapia de Lenguaje.....	107
3.3.3. Metodología.	108
3.3.5. Evaluación del resultado de la Aplicación de Normas.	109
3.3.6. Análisis de Resultado 3.....	110
3.4. RESULTADO 4	111
3.4.1. Programa de educación a usuario externo con hemipléjico y sus familiares sobre el manejo y complicaciones.	111
3.4.1.1. Agenda del programa educativo.	112
3.4.1.2. Metodología.....	112
3.4.1.2. EJERCICIOS APLICADOS PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE HEMIPLÉJICO INDICACIONES A LOS FAMILIARES.	114
3.4.2. Evaluación del resultado 4 Programa de Educación.	120
3.4.3. Análisis del Resultado 4.....	123
3.5. EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS.	124
3.5.1. EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL RESULTADO NO. 1.	124
3.5.2. EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL RESULTADO NO. 2.	126
3.5.3. EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL RESULTADO NO. 3.	128
3.5.4. EVALUACIÓN DEL INDICADOR DE RESULTADO NO. 4.	131
5.5.5. EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL PROPÓSITO	132
3.5.6. EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL FIN.....	133

CONCLUSIONES	136
RECOMENDACIONES	138
BIBLIOGRAFIA GENERAL.....	140
ANEXOS	146

RESUMEN

El proyecto se desarrolló, en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación de la ciudad de Quito, aquí los problemas están relacionados con la no aplicación de protocolos y normas de atención hacia el paciente hemipléjico y se hace evidente en una inadecuada atención brindada por el equipo multidisciplinario de rehabilitación y los problemas sociales que este tipo de patología conlleva hacia la sociedad y la familia como son las discapacidades.

La propuesta partió con la realización de un diagnóstico situacional para poder intervenir en el problema a fin de mejorar la calidad de atención y con el propósito de satisfacer las necesidades y beneficiar al paciente hemipléjico.

El mismo se basa en acciones de intervención aplicadas y cumplidas:

Equipo de rehabilitación capacitado y actualizado al 90% sobre calidad de atención.

Elaboración y aplicación de protocolos para el tratamiento del paciente hemipléjico.

Aplicación de normas de manejo por parte del equipo de rehabilitación para el paciente hemipléjico.

Familiares del paciente hemipléjico educados sobre el manejo y tratamiento del paciente tanto dentro del hospital como en sus domicilios.

PALABRAS CLAVES; Hemiplejía, discapacidad, comunidad, rehabilitación, calidad

ABSTRACT

The project was developed in the Department of Physical Medicine and Rehabilitation of the city of Quito, the problems here are related to the non-implementation of protocols and standards of care to the hemiplegic patient is evident in inadequate care provided by the team multidisciplinary rehabilitation and social problems that this pathology leads to society and the family such as disability.

The proposal came with the completion of a situational analysis in order to intervene in the issue in order to improve the quality of care and in order to meet the needs and benefit the hemiplegic patient.

It is based on intervention actions applied and enforced:
Rehabilitation team trained and updated to 90 % on quality of care.
Development and implementation of protocols for the treatment of hemiplegic patient.
Application management standards by the rehabilitation team hemiplegic patient.
Relatives of hemiplegic patient educated on the handling and treatment of patients both within the hospital and in their homes.

KEYWORD, hemiplegia , disability, community , rehabilitation, quality.

INTRODUCCIÓN

La hemiplejía considerada como una de las formas más endémicas e importantes de las deficiencias físicas. Es producto frecuentemente de un accidente cerebro vascular que presenta un ictus apopléjico, esta forma de enfermedad se considera una de las principales causas de discapacidad, según estadísticas de servicio de Medicina Física y Rehabilitación. (Espejo S. d., 2010 a 2012). Es necesario conocer la acción específica y la manera cómo se realizan las terapias para obtener una eficacia del tratamiento de los pacientes hemipléjicos que acuden a recibir tratamiento en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Eugenio Espejo (SMFR).

Por las características de la hemiplejía donde se observa, como se debe manejar un sistema nervioso central anormal, es decir, con falta de control de la función muscular, coordinación anormal de los patrones de movilidad, con el tono postural anormal. Los problemas de la fuerza, dificultad en el lenguaje comprensivo expresivo, limitación para las actividades de la vida diaria, su desenvolvimiento en su trabajo, vida cotidiana, pasando en mucho de los casos a ser personas dependientes sobre todo de la familia. (Cifuentes D. L., 1995)

Se presenta un problema que afecta al paciente y su familia lo que provoca un impacto económico y tiempos prolongados de tratamiento, por estos motivos la mayoría de pacientes dejan de continuar la rehabilitación y no pueden concluir su tratamiento, lo que determina secuelas definitivas irreversibles en este tipo de pacientes y la insatisfacción en los servicios recibidos.

Para este proyecto he considerado los principios en que se basa la calidad de atención y la falta de los mismos ha provocado insatisfacción de las necesidades de los usuarios externos e internos por la falta de protocolos y normas de manejo del paciente

hemipléjicos por parte del equipo multidisciplinario de rehabilitación, se debe incluir los tiempos prolongados de espera para ser atendidos tanto para recibir rehabilitación como para los turnos subsecuentes de controla en la consulta, la carencia de insumos, el poco mantenimiento de los equipos, la desinformación de la enfermedad ha provocado un descontento por la atención recibida por parte de usuario interno y sus familiares conjuntamente con la falta de capacitación en calidad de atención al personal del servicio.

Para la realización de este proyecto primero se socializo cuáles eran los objetivos del mismo, al momento es mejorar la calidad de atención por parte del usuario interno, aplicando protocolos de manejo de la hemiplejía, la organización de un Taller de capacitación en calidad de atención, capacitación técnica sobre la hemiplejía para el personal del Servicio de Rehabilitación, se ha realizado un curso de capacitación sobre las características y pronóstico de la patología, aplicación de normas de manejo, la entrega de material educativo y cuidados domiciliarios a la familia. Con este proyecto se espera a futuro un impacto en la mejoría a corto plazo, disminución de tiempos de espera, la reinserción del hemipléjico de forma independiente a sus actividades de la vida diaria y su reinserción laboral, social, económica y familiar, con el único propósito de disminuir las secuelas definitivas o discapacidades.

La elaboración y aplicación de protocolos de atención a pacientes hemipléjicos, significa la culminación de un proceso de rehabilitación específica, ya que el desempeño y atención no han sido lo suficientemente válidas y actualizadas, recurriendo casi a la rutina diaria y al empleo de medidas terapéuticas muy limitadas. Por las características de la tecnología moderna es necesario incursionar en procesos terapéuticos que nos permitan avanzar en el conocimiento científico, estableciendo con certeza resultados cuali-cuantitativos sobre una base de costo-beneficio, establecer una propuesta concreta de actividades terapéuticas con protocolos a fin de acelerar la recuperación del paciente, ahorrar recursos y reintegrar tempranamente a su familia, entorno y el trabajo.

PROBLEMATIZACIÓN

Entre la gran variedad de pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, varios pacientes acuden con patología neurológica central, que ocupa el primer lugar en cuanto a porcentajes de atención. Es bastante frecuente ya que son el 10% son hemipléjicos con diferentes etiologías que son remitidos de las diferentes especialidades del hospital y de otras unidades de salud, constituye dentro de las principales patologías atendidas en el servicio lo que es determinante e influye para establecer un programa en el mejoramiento de la calidad de atención, por ser una patología que para su recuperación parcial o total necesita recibir. Por los menos de 8 meses a 1 año de tratamiento en rehabilitación con un mínimo de 3 horas diarias con un equipo multidisciplinario capacitado de rehabilitación en el manejo del paciente hemipléjico que evite a largo plazo la minusvalía o la discapacidad en este tipo de población.

La Organización de Estados Americanos (OEA), informa que en el mundo de 500 a 600 millones de personas sufren de alguna discapacidad, de los cuales el 85% no tienen acceso a servicios de rehabilitación y 95% no acuden a escuela. El Ecuador según la OEA la discapacidad es del 12.8% en relación a otros países como es el caso del Perú con un porcentaje del 18.5% y es el mayor a nivel de Latinoamérica. (Universo, 2013). En el país la provincia del Guayas ocupa el primer lugar por presentar el 22.31% de discapacidad del total de la población ecuatoriana, la provincia de Pichincha ocupa el segundo lugar con un total del 46622 habitantes con capacidades especiales: de esto la discapacidad auditiva es del 15.24%; intelectual del 21.98%, lenguaje del 1.49%, psicológica es del 4.10%, visual del 11.25% física el 46.14%; lo que influye en el mejoramiento de la calidad de atención dirigida a esta tipo de población vulnerable con la finalidad a futuro de mejorar la calidad de vida y su reinserción social en forma temprana y oportuna de los pacientes con hemiplejía. (Espejo S. d., 2010 a 2012)

El Servicio de Medicina Física y Rehabilitación no cuenta con procesos normatizados, lo que se traduce en una falla técnica de intervención sobre los pacientes con hemiplejías, lo que da como riesgo de que se puedan presentar secuela definitivas o discapacidades por no recibir tratamientos adecuados en base a estándares de calidad, la aplicación de protocolos y manejo de forma uniforme por el equipo multidisciplinario de rehabilitación. El mismo que no ha sido capacitado en calidad de atención y no actualización en la aplicación de protocolos que no son programados en forma anual por parte administrativa del servicio de rehabilitación y la no aplicación de normas de manejo de paciente con hemiplejía, ha permitido realizar procedimientos de acuerdo a cada criterio médico y la aplicación de tratamientos no unificados por parte de los terapeutas del servicio hace deficiente la calidad de atención que se brinda hacia esta población.

Otro problema que se presenta es la falta de motivación para la participación activa del equipo de rehabilitación para resolver los problemas inherentes al manejo de paciente con hemiplejía, también una ausencia de vínculo en relación a la información que se brinda a los familiares de estos pacientes hace necesario realizar programas o actividades de educación encaminadas a capacitar a la familia sobre el manejo de los hemipléjicos tanto dentro del servicio como en sus domicilios, con esto se fortalece la relación del equipo multidisciplinario de rehabilitación y los familiares, con el propósito de mantenerlos informados sobre el cuidado, manejo y atención del paciente hemiplejico con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

Sobre la base de las características anteriores y de acuerdo a la tecnología de punta ha dado como resultado una baja calidad de atención y una insatisfacción de las necesidades de la población una elevada producción con una baja calidad de atención y poca planificación. Esto ha determinado en una insatisfacción en la capacidad de respuesta de atención por parte del servicio que conlleva a un deterioro en la salud de la población a mediano y largo plazo secuelas definitivas llamadas discapacidades tanto físicas como psicológicas que también son muy frecuentes e importantes por su trascendencia social, familiar, laboral, económica y de integración.

JUSTIFICACIÓN

Mandato:

La Constitución Art. 42 que el estado debe garantizar el derecho a la salud su promoción y protección.

Art. 63 del Cód. De la Salud señala que las Autoridades de Salud dictará las normas, ejecutar las acciones, ordenar las prácticas y el empleo de medios que defiendan la salud de los individuos o de la comunidad, de los factores personales y ecológicos o de los efectos de los agentes animados que lo pongan en peligro. (Codificada, 2007)

El presente proyecto se justifica porque los pacientes con hemiplejías que reciben tratamiento de rehabilitación no reciben una atención temprana, oportuna, continua con aplicación de protocolos y normas de manejo lo que ha determinado un insatisfacción de las necesidades por parte del usuario externo y por ende una deficiente calidad de atención, inseguridad, desinterés para continuar con su recuperación integral a llevado a aun aumento con el riesgo de presentar secuelas definitivas como son las discapacidades y no poner tener una calidad de vida como esta implementado el Programa del Buen Vivir de Gobierno. (Plan Nacional para el Buen Vivir., 2009)

Los pacientes con hemiplejias se ven afectados en su vida social y laboral por hay un deterior en su estilo de vida, vulnerabilidad para presentar otro tipo de complicaciones, problemas de tipo socioeconómicos, el apoyo de la familia por no tener conocimientos sobre la enfermedad, cuidados a seguir en el domicilio y dependencia total por parte de la familia, adicional la falta de continuidad en los programas de rehabilitación con participación de la comunidad, hacen que es tipo de población presente un alto porcentaje discapacidades, creando dependencia y ayuda social.

El aumento de la discapacidad en este tipo de población de puede darse por problemas ocasionados por la deficiente calidad de atención, programas de educación y enseñanza a la familia de los pacientes con hemiplejias no difundidos, el equipo de rehabilitación no actualizado ni capacitado en la aplicación de protocolos y normas de guía de manejo y el incumplimiento de los estándares de calidad.

Con el propósito de brindar atención y dar solución a la problemática señalada, se consideró elementos que justifican la realización de un proyecto de intervención y acción con el fin de apoyar y ayudar a disminuir secuelas en este tipo de pacientes con la implementación de un programa en el mejoramiento de la calidad de atención que permita alcanzar un desarrollo profesional y de esta forma aportar al desarrollo y recuperación de los pacientes con hemiplejías para poder realizar una reintegración socioeconómica en el país con el apoyo de todos los involucrados en este proyecto.

OBJETIVOS

Objetivo General

Desarrollar un programa de mejoramiento de la calidad de atención al paciente hemipléjico del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Eugenio Espejo mediante: capacitación en la calidad de atención, aplicación de protocolos, normas de tratamiento en hemiplejias y talleres a los familiares del manejo domiciliario.

Objetivos Específicos

- Capacitar en forma participativa en calidad de atención al personal del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.
- Aplicar en forma participativa el protocolo para la atención integral del paciente hemipléjico, en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.
- Aplicar normas a seguir en la aplicación de tratamiento de los pacientes hemipléjicos dirigidos al personal del servicio de rehabilitación.
- Educar y promover la participación de la familia de los pacientes, en el conocimiento de esta enfermedad y sus complicaciones.

1.- MARCO TEÓRICO

1.1. Marco Institucional

1.1.1. Referencia Histórica del Servicio de Rehabilitación Hospital Eugenio Espejo.

Al momento de ser inaugurado el Hospital, la Fisioterapia se reducía propiamente a electroterapia, contándose con equipos que generaban corriente galvánica y farádica, los que se encontraban en el Departamento de Radiología y estaban a cargo del Dr. Pablo Arturo Suarez y de su ayudante el entonces Lic. Jaime Ricaurte Enríquez, que sería posteriormente el jefe del servicio.

Más tarde hasta el año de 1960, el servicio se incrementa con nuevas unidades, entre otras, generadores de onda corta, de ultrasonoterapia, equipos de infrarrojos y ultravioletas, unidades de electro estimulación, etc. Los que eran utilizados de acuerdo a las instrucciones que daba el Dr. Ricaurte a su personal subalterno. En el año 1963, se nombra al Sr. Luis Cifuentes Martínez, estudiante de la facultad, como fisioterapeuta, siendo este el comienzo de su futura especialización.

El Dr. Rodríguez en el año 1964, organiza el servicio de rehabilitación, en uno de los cuartos del pabellón 1B, adjunto a las salas de traumatología, las que estaban a cargo del Dr. Marco Moyano Merino.

En 1965, la Facultad de Medicina organiza la Escuela de Fisioterapia siendo nombrado como profesor de la misma el Dr. Rodríguez. Inicia su funcionamiento con un equipo mínimo, siendo la mayoría de ellos de construcción local y bajo el diseño estructurado por el mismo Dr. Rodríguez; contaba con un gimnasio, un restaurador de hombro, un juego de pesas, una bicicleta estática, una colchoneta, etc. Con esto se prestaba la atención médica en el campo de la fisioterapia a los pacientes internados en las salas de ortopedia y en las otras, si el caso lo requería.

En 1969 el servicio había sido ampliado y se lo traslado a la planta baja del edificio administrativo del Hospital. Mediante erogaciones de los pacientes y la consecución de algunos otros rubros fue posible el adquirir elementos que permitían la utilización de compresas químicas y de parafinoterapia.

Al regreso del Dr. Cifuentes, en el año de 1971, en calidad de especialista, es nombrado jefe del servicio y entonces el Dr. Rodríguez dedica su atención exclusiva al Hospital “Baca Ortiz”. En este momento se incrementa la consulta externa y aumenta significativamente el número de pacientes atendidos, trasladándose al área anteriormente ocupada por Oftalmología, esto es, en el bloque izquierdo de la planta baja de administración.

La expansión de la Escuela de Tecnología Médica, permite el ampliar el servicio asistencial con nuevas aéreas, tales como la de terapia del lenguaje y terapia ocupacional. En 1978 se planifica el nuevo servicio de rehabilitación, adjunto a la unidad de traumatología, localizado en lo que fuera hospital de aislamiento.

En mayo de 1983, a los cincuenta años de fundado el Hospital, inicia su funcionamiento en el nuevo local, con la capacidad de atención para 300 pacientes diarios, las áreas de que dispone en la actualidad son: fisioterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional, órtesis, prótesis, psicología clínica y servicio social. Constituye el primer centro docente y asistencial y para su atención, este ha sido uno de los departamentos de medicina especializada que ha sufrido un cambio muy significativo y al que se le dan en el momento actual la importancia que se merece. (Cifuentes Martínez Luis, 1993)

1.1.1.2 Aspecto Geográfico del Lugar.

En la República del Ecuador, La Provincia de Pichincha, Distrito Metropolitano de Quito, Cantón Quito; cuya área es de 110Km² con una población de 3.000.000 habitantes.

El Hospital Eugenio Espejo se encuentra ubicado en el Sector del Dorado, centro de la ciudad de Quito, en la Avenida Gran Colombia, entre las calles Yaguachi y Sodiro.

FIGURA No.1



FIGURA No. 2



1.1.1.3 Dinámica Poblacional.

Se atiende a pacientes con trastornos neuromusculares, degenerativas, osteotendinosas, traumáticas, neurológicas, discapacitados y deficientes, que necesitan de medidas diagnósticas especializadas así como ayudas mecánicas muletas, sillas de ruedas y/o asistencia de otras personas para su rehabilitación integral.

Los usuarios que asisten al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en su gran mayoría son de clases media baja y baja, por lo tanto han cursado la primaria y el ciclo básico.

1.1.1.4 Misión del Hospital Eugenio Espejo

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción,

prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social. (Espejo H. E., 2001)

1.1.1.5 Visión del Hospital Eugenio Espejo.

Ser reconocidos por la ciudadanía como un hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente. (Espejo H. E., 2001)

1.1.1.6 Misión del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación

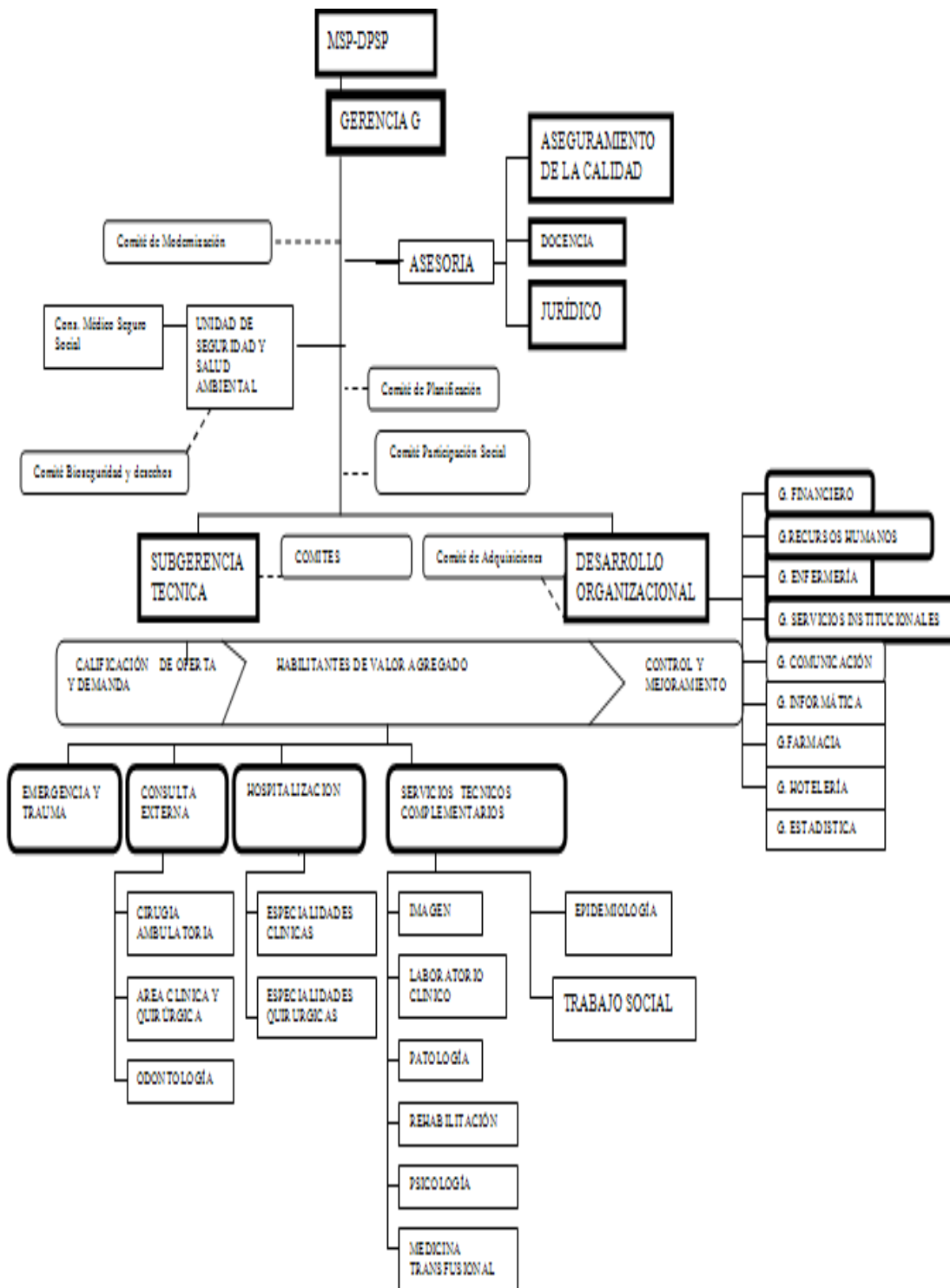
“El Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Eugenio Espejo, servicio de referencia nacional y de mayor desarrollo del Ministerio de Salud, ejerce liderazgo sobre los demás servicios en su campo, garantiza el derecho a la rehabilitación física integral de la población de pacientes con capacidades especiales, con el concurso de profesionales de alta especialización y calidad humana para la aplicación de modelos de atención diagnóstico-terapéuticos de tecnología de punta con la participación activa de los usuarios internos y externos, la familia y la comunidad; participa en la formación y capacitación de los recursos humanos de su área; realiza investigación científica; propone y ejecuta modelos de gestión y financiamiento que permiten cumplir con sus fines y propósitos.” (Espejo H. E., 2001)

1.1.1.7 Visión de del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

“A finales de la década, el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Eugenio Espejo es líder de los servicios de rehabilitación del país, garantiza una atención integral, equitativa, solidaria y universal a las pacientes con capacidades especiales; en

todo el ciclo de vida de los del grupo poblacional mediante actividades de prevención, intervención médica-terapéutica; cuenta con equipamiento, infraestructura y tecnología de punta y recursos humanos con excelente formación, experticia y calidad humana, competentes para organizar, participar y ejecutar programas de investigación, formación, capacitación de nuevos recursos, de la familia y la comunidad para el cuidado de la salud, la rehabilitación e integración social de la población de PCD en condiciones óptimas. (Espejo H. E., 2001)

1.1.2 Organización Estructural del Hospital Eugenio Espejo.



Fuente: Dirección Técnica del Hospital
 Elaborado por: Dirección Técnica del Hospital

1.1.3 Servicios que presta el Servicio de Rehabilitación.

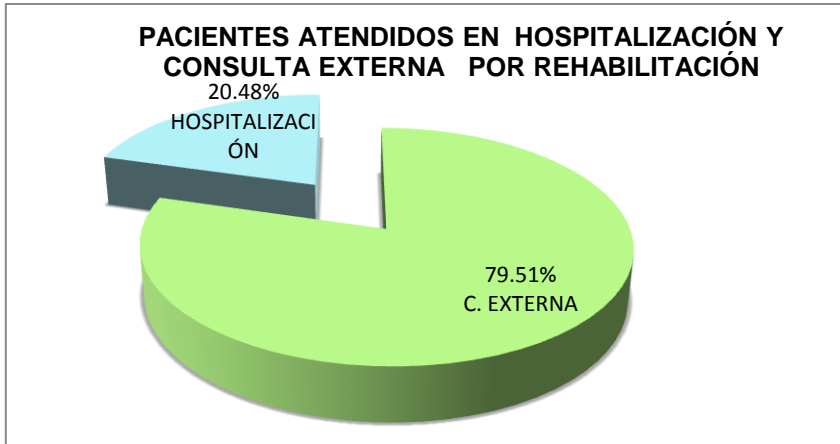
El Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, realiza actividades de consulta externa enfocada a dar atención a todas las especialidades que necesitan los servicios, realiza atención directa a los pacientes hospitalizados con la rotación del personal, además de dar, brindar diagnóstico y tratamiento de especialidad, ejecuta calificación de discapacidades. Cuenta con las siguientes áreas:

- Áreas de diagnóstico médico
- Área de Terapia Física
- Gimnasio
- Electroterapia
- Masaje Terapéutico
- Área de Terapia del Lenguaje
- Área de Terapia Ocupacional
- Taller de órtesis y prótesis
- Hidroterapia
- Podología

1.1.4 Datos estadísticos de cobertura del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Eugenio Espejo.

1.1.4.1 Atención de rehabilitación en consulta externa y hospitalización.

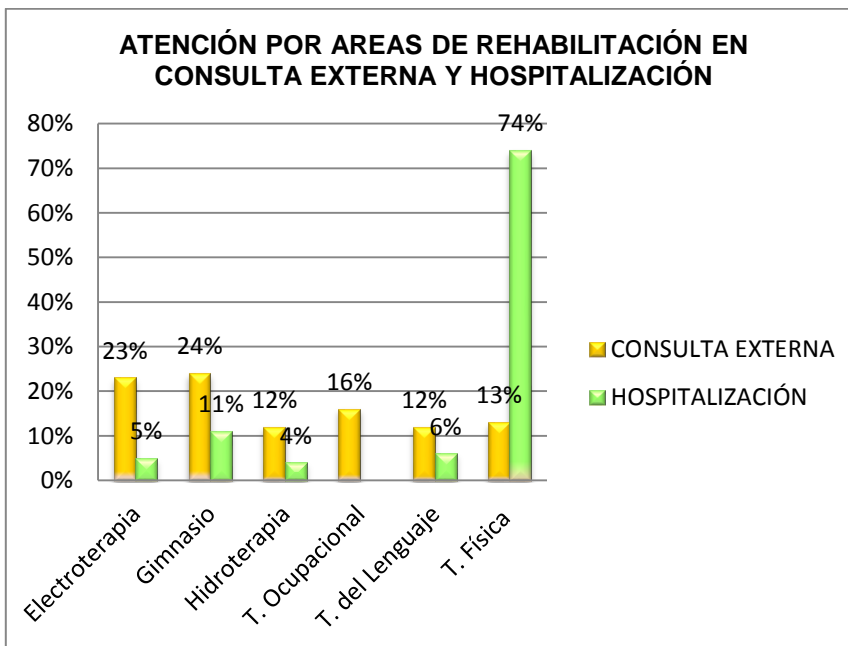
En el gráfico se determina que del total el 79.51% corresponde a la atención de la consulta externa que representa la mayor atención de pacientes, en relación a la hospitalización que su porcentaje es de 20.48%.



Fuente: archivo estadística general del servicio
Elaborado por: Maestrante

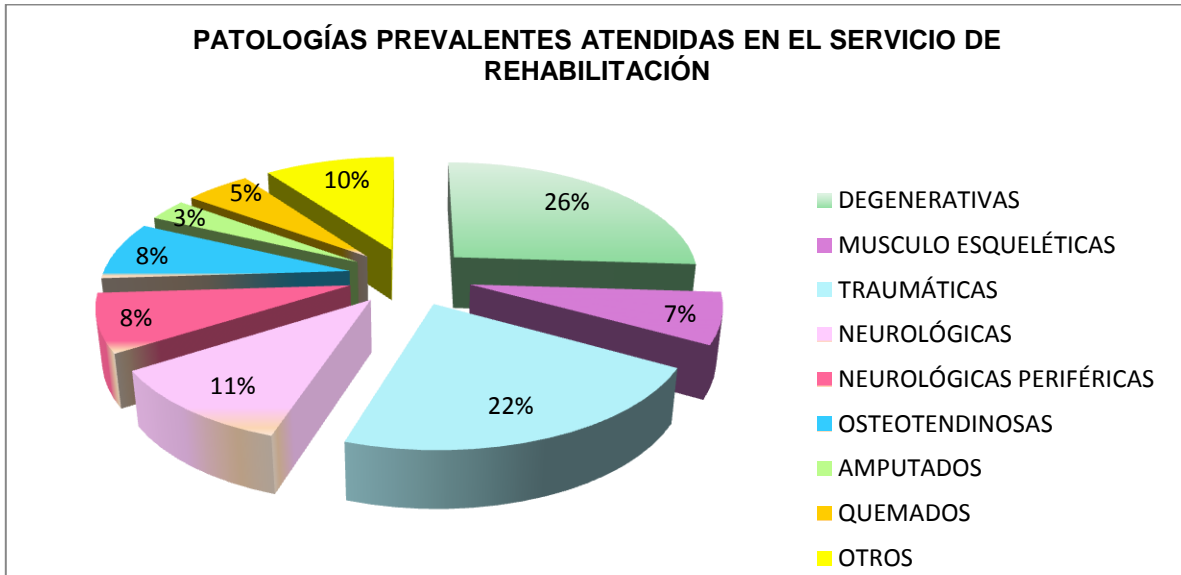
1.1.4.2 Atención de rehabilitación por áreas en hospitalización y consulta externa.

En la investigación realizada se determinó que el 24.97% corresponde a la atención de consulta externa por el área de gimnasio, y el 66.33% corresponde de terapia respiratorio en hospitalización, siendo las 2 áreas de mayor atención por parte de rehabilitación.



Fuente: archivo estadística general del servicio
Elaborado por: Maestrante

1.1.4.2 Patologías Prevalentes en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.



Fuente: archivo estadística general del servicio
Elaborado por: Maestrante

1.1.5 Políticas del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

- Empoderamiento del personal con el servicio y el hospital
- Atención de calidad a los usuarios los 365 días del año
- Funcionamiento planificado y participativo
- Desarrollo del talento humano institucional
- Transparencia en la gestión

1.3.- MARCO CONCEPTUAL

1.3.1. Calidad de atención.

Los profesionales de la salud tienen como misión proporcionar cuidados de salud a la población. Por ello, es responsabilidad de la institución de salud establecer estrategias que permitan la evaluación médica a los usuarios, ya que el usuario tiene derecho a recibir la mejor calidad posible de atención, fundada en una sólida base de conocimientos y habilidades, la cual es proporcionada por personas que pueden emplear la misma, aplicando juicios y razonamientos acertados y un sistema de valores claros y convenientes. (Alvarez Heredia Francisco, 2003)

Al respecto, cabe destacar lo que Leddy y Pepper (1989) señalan cuando afirman que “conforme el usuario adquiere mayores conocimientos a través de la educación formal y tienen acceso a la educación informal que brinda una amplia variedad de medios, adquiere la capacidad de saber más y de plantear sus demandas en forma más eficiente y visible. Por ello, el personal de un centro hospitalario debe estar consciente de este incremento en conocimientos y complejidad del usuario y prepararse para responder de manera igualmente calificada y fundamentada en conocimientos”.

En este sentido, la institución de salud es responsable ante el público por la calidad de atención proporcionada; por ello este tiene derecho a esperar que el personal de salud responda de la misma manera. El personal debe ser capaz de responder al usuario acerca de las acciones y decisiones, sobre su estado de salud. Por esta razón, Salinas C, Laguna J y Mendoza M (1994) refieren que los usuarios esperan cortesía, un ambiente agradable, tiempos de espera reducidos, información médica completa, personal calificado, diagnóstico y tratamiento eficiente”, dentro del marco de la calidad de atención.

Por estos motivos, es importante que en las instituciones de salud se realicen evaluación de la calidad de atención de servicios y del personal de salud, a través de instrumentos de

valoración que permitan establecer el diagnóstico situacional que facilite la identificación de los problemas o las deficiencias del mismo, lo que conlleva a determinar la satisfacción de usuario por los servicios recibidos. La calidad de atención tiene que definirse a la luz de las normas técnicas del proveedor (servicios de salud) y de las expectativas del paciente, tomando en consideración el contexto local.

La calidad: es el conjunto de características de los bienes y servicios que logran satisfacer las necesidades y expectativas, tanto del usuario/cliente, como de la comunidad y también del usuario interno, que presta sus servicios dentro del equipo de atención. (Ecuador M. d., 200)

Calidad de atención.- depende de un juicio que realiza el usuario, este puede ser un juicio de producto o del servicio, según las características de su uso. (Alvarez Heredia Francisco, 2003)

Calidad de la atención es el conjunto de características técnicas-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludables y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados. (Malagón, 2000)

La calidad de atención puede ser evaluada mediante la calidad de un procedimiento, actividad o norma de atención integral, de esto se deduce que la calidad de atención es un requisito necesario e indispensable de servicios en el país, lo que conlleva a determinar e implantar un sistema de garantía de la calidad en todas las instituciones prestadoras de salud. (Alvarez Heredia Francisco, 2003)

La calidad de atención similar a la definición expresada por W.E.Deming el hacer los correcto correctamente; y podría agregarse y llevar a cabo continuos perfeccionamientos.

Impacto = calidad atención+ calidad servicio

Hacer lo correcto es determinado por la eficiencia del procedimiento o tratamiento según las condiciones del paciente, además de la adecuación de los procedimientos o tratamientos para atender a los pacientes sus necesidades. Conjuntamente se requiere hacer correctamente lo que determina una disponibilidad de los procedimientos o servicios, una oportunidad de ellos, la efectividad con lo que los servicios son proporcionados, la seguridad para el paciente que se somete a una prueba y la eficiencia con lo que se proporcionan los servicios en relación con los resultados y los recursos utilizados además del respeto humano que se ofrece a los pacientes. (Francisco, 2012)

Calidad Total.- es el principio básico de la Gerencia de Calidad Total, es el siguiente: solo podemos “vender un producto o un servicio si existe una necesidad sentida del usuario.

La calidad es el cumplimiento de las normas técnicas pero también de las necesidades sentidas del usuario. Por lo tanto el impacto sobre la salud es el resultado de la calidad técnica de la atención y de la calidad del servicio. (Passos, 1997)

Calidad de los servicios de salud: es el desempeño apropiado (acorde a las normas) de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir un impacto, sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición. (M.I Roemer y C. Montoya Aguilar, OMS-1988).

Cultura de Calidad.- es una cultura de calidad en la que la persona considera la calidad como un objetivo primario de su labor y la valora como una comprensión en sí misma y en la que los clientes esperan recibir calidad en función de sus derechos como seres humanos, ciudadanos o clientes que pagan por la atención. (Nicolás, 1999)

Elementos de la Calidad:

- Disponibilidad y oferta de insumos
- Información al cliente
- Capacidad técnica del prestador de servicios
- Relaciones interpersonales con el cliente
- Organización de servicios (A. D. , Evaluación del la Calidad de Atención Médica. En investigaciones sobre servicios de salud, 1992)

1.3.1 Dimensiones de la calidad

Son 8 las dimensiones:

1.- Competencia profesional: se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo.

2.- Acceso a los servicios: implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud.

3.- Eficacia: que se refiere a la aplicación correcta de las normas de prestación de servicios y de la orientación clínica.

4.- Satisfacción del usuario/cliente: se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administración y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de los servicios de salud y la comunidad.

5.- Eficiencia: está en relación a los recursos económicos y se refiere a la administración de recursos con el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta.

6.- Continuidad: implica que le usuario/cliente puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, paralizaciones o repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento.

7.- Seguridad: implica la reducción de riesgos, de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligrosos que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios.

8.- Comodidades: a menudo se relacionan con el espacio físico del establecimiento, limpieza, privacidad; pueden referirse a la confianza que se siente el usuario por el servicio y puede incluirse aspectos que tornan la espera más placentera como música, videos educativos, materiales de lectura, etc.

Una de las dimensiones de la calidad asistencial es la accesibilidad, que se refiere a la facilidad con la que la población puede recibir la atención que necesita. Esta dimensión contempla no únicamente barreras de tipo estructural (horario, distancia) y económico, sino también barreras organizativas, sociales y culturales. (Alvarez Heredia Francisco, 2012)

1.3.2 Componentes de la atención de calidad.

Esta tiene varios componentes:

La hospitalidad: se refiere a la infraestructura, higiene de los establecimientos, registros médicos, servicios de hotelería (recepción, alimentación, lavandería, mantenimiento, confort, equipamiento) y de atención directa al usuario como información y servicio social, entre otros.

Usuarios internos: representados por el personal que labora en la institución.

Usuarios externos: representados por todas las personas que reciben los servicios finales en una institución de salud. (Donabedian, 1991)

Atributos de la calidad de atención de la prestación de los servicios de salud son:

La efectividad: se refiere a la habilidad del sistema para lograr las mayores mejoras en salud.

- La eficiencia: se refiere a la habilidad de disminuir los costos de atención sin disminuir las mejoras logradas en salud.
- La aceptabilidad: conformidad con los deseos y esperanzas de los pacientes, familiares, etc.

- La legitimidad: conformidad con las preferencias sociales expresadas a través de los principios éticos, valores, normas, leyes y regulaciones.
- Equidad: conformidad con el principio de una justa distribución de atención de salud y de sus beneficios entre todos los miembros de la población. (Malagón Londoño, 2006)

1.3.3. Modelos de calidad de atención.

Al tratar de implementar un modelo de garantía de calidad en una institución de salud, hay que considerar varios aspectos. Según refiere (Pereira, 2001 citado en Gabadon, 2003), una de las dimensiones más importantes es la accesibilidad de los servicios de salud, la cual puede ser:

Accesibilidad geográfica: determinada por la localización de los servicios de salud respecto al sitio de residencia de los usuarios, disponibilidad de transporte, tiempo de viaje y condiciones de las vías de acceso. Por esto la infraestructura de salud en nuestro país se encuentra sectorizado y cada centro tiene un área de influencia delimitada.

Accesibilidad económica: atenta contra la calidad de servicios, debido a que actualmente se ha incrementado la pobreza crítica y el sistema de recuperación de costos implantado en muchos centros públicos le imposibilita a muchos usuarios acceder a los servicios.

Accesibilidad organizaciones: directamente relacionado con la organización de las actividades que ofrecen los servicios de salud como horario de atención, tiempo de espera para ser atendidos, tiempo de espera para realizar exámenes o intervenciones, recursos humanos disponibles etc.

Accesibilidad física: se refiere a las condiciones, capacidad física y funcionamiento de las instituciones de salud.

Los modelos de calidad que se deben implantar en una institución de salud coinciden con los siete pilares de la calidad de salud (Donabedian, 1990 citado por Passos 1997), los cuales son: eficacia, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad, haciendo énfasis en la importancia de lo último. (Alvarez Heredia Francisco, 2012)

Métodos de evaluación

Para medir la calidad de atención se usan dos modelos:

Donabedian.- evalúa dos áreas: estructura de los procesos y los resultados. La estructura se refiere a la organización de la institución y a las características de los recursos humanos, físicos y financieros.

Los procesos corresponden al contenido de la atención y a la forma como es ejecutada la atención.

Los resultados representan el impacto logrado con la atención, en términos de mejorar en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, así mismo como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados. (Donabedian A. , 1990).

1.3.4 Rehabilitación en la hemiplejía

Hemiplejía.- es un problema neurológico de inicio brusco, es una disfunción orgánica de origen nervioso central, que conlleva a una alteración de la función cerebral en la cual se involucra al hemilado contralateral del hemisferio central afectado y esto es debido al cruce de las vías nerviosas en el sector de la unión entre el bulbo raquídeo y la médula espinal, llamado decusión de las vías piramidales.

Las lesiones de la neurona motora superior se puede localizar a nivel de los tractos motores del encéfalo o del médula espinal, por lo que estos pacientes experimentan una pérdida del control voluntario del movimiento y una pérdida de la inhibición sobre el movimiento reflejo que va a producir una hiperreflexia o espasticidad que es un exceso del tono muscular del paciente.

Las lesiones de la neurona motora inferior se dan dentro de los cuerpos celulares o los axones en los nervios periféricos que inervan las fibras musculares o hacen sinapsis con ellas. Los cuerpos celulares de las neuronas motoras inferiores se localizan en los

núcleos del tronco cerebral o a las células del asta anterior de la médula espinal; los axones se hallan en los nervios periféricos. Estos pacientes también sufren una pérdida del control del músculo voluntario, pero presentan una pérdida del arco reflejo y por ende una disminución del tono muscular. (Yues X. , 2002)

Definición de hemiplejia.- es una parálisis de la mitad del cuerpo de una evolución no progresiva; pero la realidad corresponde a una perturbación funcional de la actividad de los músculos, en donde la movilidad voluntaria puede estar muy deteriorada y relacionada con sin cinesias, espasticidad y modificación de los reflejos tendinosos y cutáneos los cuales se asociación según la localización, la extensión y la evolución de la lesión, también encontramos trastornos sensitivos, sensoriales de las funciones simbólicas del psiquismos y del comportamiento, su estado de conciencia puede ser normal. Tenemos que darnos cuenta que no toda la musculatura se afecta por igual, sino que predomina el fallo de uno de los músculos sobre otro. Se acepta que con un déficit motor los pacientes que han sufrido un daño cerebral del hemisferio derecho (corteza cerebral) el cual van a presentar una hemiplejía izquierda, que son las que se recuperan más lentamente. (Luis G. , 2004)

Pacientes hemipléjicos.- son pacientes con un problema neurológico de inicio brusco, producto de una disfunción orgánica de origen nervioso central, que conlleva a una alteración de la función cerebral en la cual se involucra el hemilado contralateral del hemisferio central afectado y esto es debido al cruce de las vías nerviosas en el sector de la unión entre el bulbo raquídeo y la médula espinal, llamado decusación de las vías piramidales.

Los pacientes hemipléjicos presentan pérdida del control voluntario del movimiento, pérdida de la inhibición sobre el movimiento reflejo que produce arreflexia o espasticidad que es un exceso del tono muscular.

Además el paciente hemipléjico presenta según la etapa pérdida del control del músculo voluntario, pérdida del arco reflejo y disminución del tono muscular. (Krusen, Medicina Física y Rehabilitación, 2004)

Hemiparesia.- la hemiplejía no lleva a definir a la hemiparesia como una Deficiencia caracterizada por una disminución del movimiento o de la fuerza de una extremidad superior e inferior de un mismo lado. Pueden existir las alteraciones de sensibilidad de la hemiplejía. La lesión existente es la misma que en la hemiplejía y evoluciona frecuentemente a una hemiparesia. (Andersson, 1993).

Rehabilitación.- Conjunto de medidas médicas, educacionales, sociales, ambientales legales, económicas y familiares destinadas a reducir las deficiencias producidas por las enfermedades de origen congénito o adquirido lograr la integración social del discapacitado y mejorar su calidad de vida. (Cifuentes, 1995)

Medicina de Rehabilitación.- Proceso de actividades diagnósticas, terapéuticas, educativas y sociales desarrolladas con el propósito de lograr la máxima recuperación física, psíquica, sensorial o mental de una persona deficiente o discapacitada locomotriz, sensorial, de la comunicación, visceral, psicoeducacional o de otra naturaleza para su integración familiar y social en condiciones humanas. (Cifuentes D. L., 1995)

Equipo multidisciplinario de rehabilitación.- la unidad de salud debe tener un equipo multidisciplinario de rehabilitación con objetivos definidos encaminados a conseguir que una persona con deficiencia producto de la enfermedades congénitas o adquiridas alcancen el nivel físico, mental y/o sensorial funcional óptimo, proporcionando los medios necesarios para la recuperación o para poder modificar adecuadamente la vida, la misma que comprende medidas terapéuticas de medicina física y de otras especialidades clínicas y quirúrgicas tendientes a compensar la pérdida de la función o una limitación incluyendo ayudas mecánicas o electrónicas (por ejemplo: dispositivos ortésicos o

protésicos, ayudas técnicas), medidas psicológicas, educativas y sociales que faciliten ajustes o reajustes sociales. (Davies, 2003)

¿Cuándo debe iniciarse la rehabilitación? La rehabilitación se iniciara después de haber determinado el daño neurológico, el problema exacto, concluido los cuidados intensivos y clínicos de forma temprana, oportuna y continua. (Davies, 2003)

¿Qué importancia tiene la familia en la rehabilitación del paciente hemipléjico? La familia es el componente indispensable y necesario en el proceso de rehabilitación ya que permite tener información exacta y detallada sobre los progresos y deficiencias del paciente, ya que la información permite al equipo de rehabilitación determinar los intereses, aprendizaje y progreso en su evolución frente a la rehabilitación. (Krusen, Medicina Física y Rehabilitación, 2004)

Discapacidad.- pérdida, ausencia o reducción observable y medible de la capacidad física o mental. (Medicina, Enfermeras y Ciencias de la Salud, 2000)

Discapacidad.- es aquella condición baja la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que a largo plazo afectan la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad. (Conadis, 30 de Marzo del 2007)

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud, distingue entre las funciones del cuerpo (fisiológico o psicológico, visión) y las estructuras del cuerpo (piezas anatómicas, ojo y estructuras relacionadas). La debilitación en estructura o la función corporal se definen como participación de la anomalía, del defecto, de la pérdida o de otra desviación significativa de ciertos estándares generalmente aceptados de la población, que pueden fluctuar en un cierto plazo. La actividad se define como la ejecución de una tarea o de una acción. El CIF enumera 9 amplios dominios del funcionamiento que pueden verse afectados:

- Aprendiendo y aplicando conocimiento

- Tareas y demandas generales
- Comunicación
- Movilidad
- Cuidado en sí mismo
- Vida doméstica
- Interacciones y relaciones interpersonales
- Áreas importantes de la vida
- Vida de la comunidad, social y cívica (Conadis, 30 de Marzo del 2007)

Tipos de discapacidad

Discapacidad física: Esta es la clasificación que cuenta con las alteraciones más frecuentes, las cuales son secuelas de poliomielitis, lesión medular (parapléjico o cuadripléjico) y amputaciones.

Discapacidad intelectual: Se caracteriza por una disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje, aprendizaje, entre otros), así como de las funciones motoras. Esta discapacidad abarca toda una serie de enfermedades y trastornos, dentro de los cuales se encuentra el retraso mental, el síndrome Down y la parálisis cerebral.

Discapacidad psíquica: Las personas sufren alteraciones neurológicas y trastornos cerebrales.

Discapacidad sensorial: Comprende a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje. (Conadis, 30 de Marzo del 2007)

Minusvalía.- referente a una persona con un defecto mental o físico congénito o adquirido que interfieren en el funcionamiento normal del cuerpo o con la capacidad para ser autosuficiente en la sociedad. (Luis Cifuentes, 1993)

1.3.5 Protocolos.

Protocolos.- Los protocolos médicos son documentos que describen la secuencia del proceso de atención de un paciente en relación a una enfermedad o estado de salud.

Son el producto de una validación técnica que puede realizarse por consenso o por juicio de expertos. En otras palabras los protocolos describen el proceso en la atención de una enfermedad para mejorar la rapidez en el diagnóstico, efectivizar el tratamiento, y hacer menos costoso el proceso de atención, tanto para el paciente como para la entidad prestadora de salud.

Estos documentos son de utilidad para mejorar los procesos de atención, se encuentran agrupados en el documento de gestión sanitaria denominado: "Manual de Procedimientos para el Diagnóstico y Tratamiento.

1.3.5.1 Partes de un protocolo.

El título: es el nombre de la enfermedad, síndrome, o estado de salud.

La definición: Se define la patología o estado de salud en forma resumida que sea fácilmente entendible.

Etiopatogenia: Se describen la causa principal o las causas posibles y la forma como estas causas desarrollan la enfermedad.

Nivel de atención: Se refiere al nivel de atención en los cuales esta enfermedad o estado de salud debe ser atendida.

Los factores de riesgo y de predisposición: Son los factores que el paciente puede tener para desarrollar la enfermedad.

Clasificación de la enfermedad: Es la forma de clasificar a la enfermedad.

Criterios de diagnóstico: Se describen los diversos criterios que se necesitan para el diagnóstico de la enfermedad.

Diagnóstico diferencial: Se describen resumidamente las enfermedades que se parecen al cuadro patológico principal, para que nuestro diagnóstico no sea errado.

Tratamiento: Se describen las diversas medidas de tratamiento:

Tratamiento Específico: El que actúa directamente sobre la enfermedad.

Tratamiento Coadyuvante: Comprenden los aspectos psicológicos, la rehabilitación (masoterapia), o cualquier otra medida asociada al tratamiento específico. (discapacidad c. i., 2007)

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, organizada conjuntamente por la UNICEF y la OMS en Alma-Ata, en 1978, declaró que “el pueblo tiene al derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud” y que “la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes era la primera de las ocho actividades consideradas fundamentales en atención primaria de salud”. Es esta perspectiva la que fuerza a aplicar un nuevo enfoque a la educación sanitaria.

1.3.6 ¿Qué es la educación para la salud?

Es probable que existan tantas definiciones distintas de educación sanitaria como profesionales u organismos han tratado de definirla, por lo que intentar aportar solamente una resulta bastante complejo.

Se pueden plantear algunas observaciones como punto de partida en la búsqueda de una definición que sea válida para el contexto en el que hemos de desarrollar la acción de educación para la salud.

La educación para la salud forma parte de la actividad de los profesionales del sector sanitario. Dentro de la actividad diaria y de forma natural, todos los sanitarios introducen esta “función educativa”, en muchas ocasiones sin saber exactamente que la están realizando.

Casi todo el mundo está de acuerdo en considerar la necesidad de apoyo de profesionales del sector educativo, con competencias en tecnología educativa, para desarrollar favorablemente la acción educativa.

La educación para la salud tiene cuatro objetivos principales: conseguir que la población esté bien informada sobre los problemas de salud y enfermedad; hacer que adopte la salud como un valor fundamental; modificar los hábitos o conductas insanas, y promover las adecuadas conductas positivas de salud. (Anomino)

2. DISEÑO METODOLÓGICO

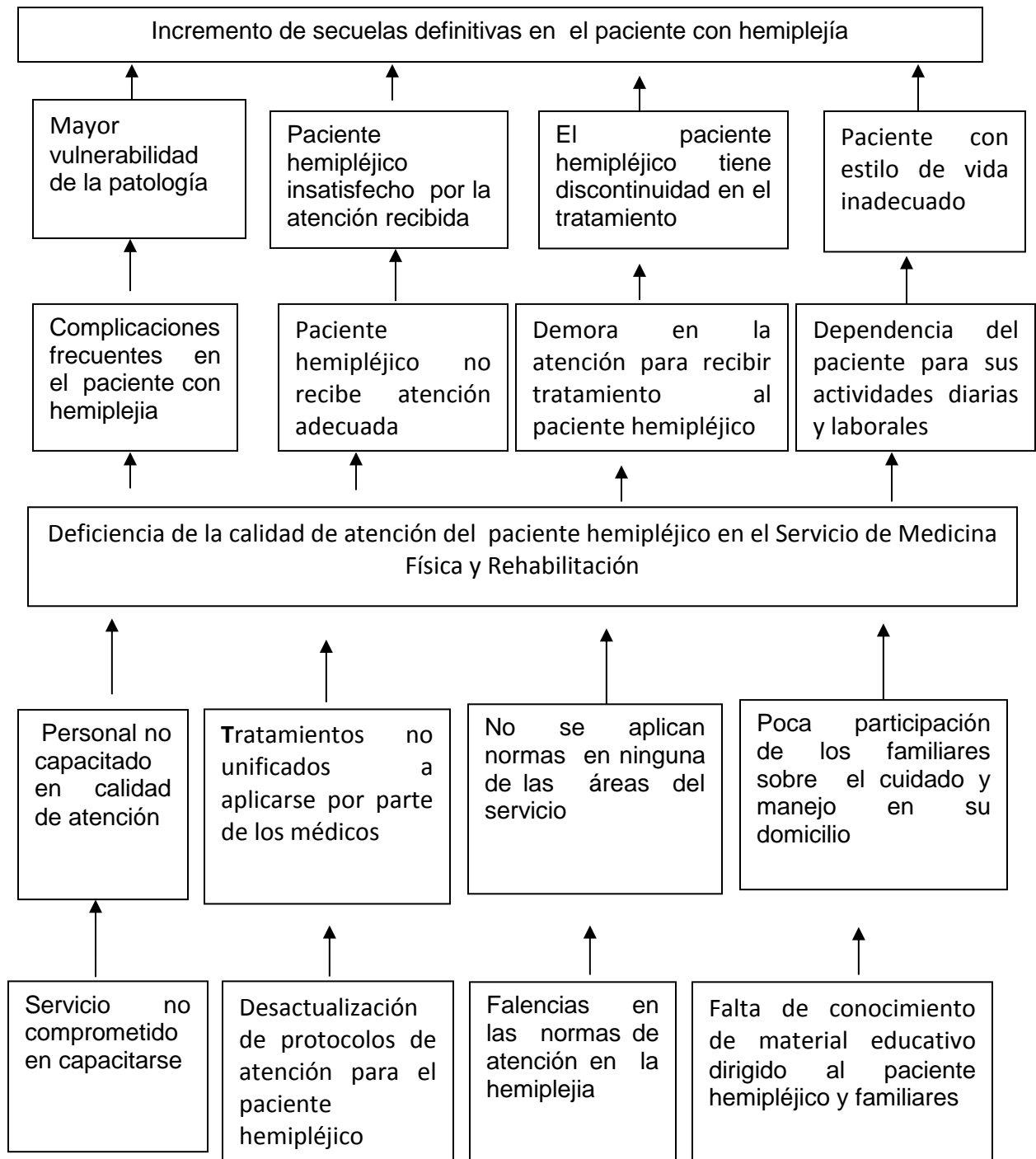
2.1.- Matriz de Involucrados

GRUPO Y/O INSTITUCIONES	INTERES	MANDATOS Y RECURSOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
<p>1.- Personal de salud que labora en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación</p>	<p>Cumplir los protocolos y normas de atención para el tratamiento de los pacientes hemipléjicos.</p> <p>Ofrecer un buen servicio de calidad</p>	<p>Proporcionar y ofrecer atención de rehabilitación los usuarios externos que acude al servicio para satisfacer las necesidades del usuario en un ambiente de calidez, eficiencia con acciones oportunas para la recuperación de la salud.</p> <p>Recursos: humanos, materiales y financieros.</p> <p>MANDATOS: La Constitución Art. 42 que el estado debe garantizar el derecho a la salud su promoción y protección.</p> <p>Art. 63 del Cod. De la Salud señala que la Autoridad de Salud dictara las normas, ejecutar las acciones, ordenar las prácticas y el empleo de medios que defiendan la salud de los individuos o de la comunidad, de los factores personales y ecológicos o de los efectos de los agentes animados que los pongan en peligro. (Codificada, 2007)</p>	<p>Falta de capacitación en calidad de atención.</p> <p>Ausencia de protocolos y normas de atención para el manejo del paciente con hemiplejía</p>
<p>2.- Pacientes con hemiplejía</p>	<p>Recibir un buen servicio atención con calidad y calidez que le</p>	<p>Cumplimiento con las normas, prescripción y tratamientos de rehabilitación impartidas por el personal del servicio.</p>	<p>Incumplimiento de tratamientos y prescripciones medica</p>

	<p>permita recuperarse en menor tiempo posible.</p> <p>Conocer la evolución y pronóstico de la enfermedad.</p>	<p>Recursos: humanos, materiales y financieros</p> <p>MANDATOS: La Constitución Capitulo III Deberes y derechos de las personas y del estado en relación con la salud. Art. 7 Deberes y derechos-Literal a) acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud. (Salud R. d., 2007)</p> <p>Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013 Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población Política.- Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad (Resumida, 2009)</p>	<p>Recibe atención demoroso, inoportuna que no satisface las necesidades y expectativas de atención.</p>
<p>3.- Familiares de los pacientes con patología de hemiplejía</p>	<p>Contribuir a mejorar la calidad de vida de sus familiares</p> <p>Ayudar al paciente a reintegrarse a sus actividades socioeconómicas y laborales</p>	<p>Demandar una adecuada atención de rehabilitación integral al paciente con hemiplejías</p> <p>Recursos: humano Participación comunitaria</p> <p>MANDATOS: Constitucional Régimen de la Salud. Capitulo III Deberes y derechos de las personas y del estado en relación con la salud. Art 8.- Deberes individuales y colectivos</p>	<p>Población insatisfecha por el incumplimiento, abandono y falta de apoyo familiar por la falta de programas de educación sobre la enfermedad</p>

		Literal a).- cumplir con las medidas de prevención y control establecidas por las autoridades de salud. (Codificada, 2007)	
4.- Maestrante	Ejecutar un proyecto de intervención que mejore la calidad de atención	Implementar el programa de mejoramiento de la calidad de atención a los pacientes con hemiplejías. Estatutos de la UTPL previo a la obtención del título de magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local Recursos: humanos, materiales y financieros	Pacientes hemipléjicos con inadecuada atención recibida en el servicio de rehabilitación. Servicio no aplica protocolos y normas para la atención de paciente hemipléjico.

2.2 Árbol de Problemas



2.3.- Árbol de Objetivos



2.4.- Marco Lógico

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>FIN Contribuir a disminuir las secuelas permanentes en los pacientes con hemiplejías</p>	<p>Mejorar la calidad de atención en un 80% y así disminuir las secuelas en los pacientes hemipléjicos</p>	<p>Evaluación inicial y final Verificación en HCL del paciente atendido</p>	<p>Maestrante y profesionales del servicio de rehabilitación mejorara la calidad de atención</p>
<p>PROPÓSITO Programa de mejoramiento de la calidad de atención al paciente hemipléjico del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Eugenio Espejo implementado.</p>	<p>90% de las actividades implementados del programa de calidad de atención.</p>	<p>Protocolos y normas de atención en hemiplejías elaborados y aplicados. Verificación de aplicación de protocolos.</p>	<p>Colaboración permanente de pacientes y familiares. Apoyo del todo el personal del servicio de rehabilitación.</p>
<p>RESULTADO 1 Personal del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación capacitado en calidad de atención.</p>	<p>90% del personal capacitado en calidad de atención y manejo de la hemiplejía</p>	<p>Lista del personal asistente a las reuniones y capacitación Fotos Evaluación</p>	<p>Personal de rehabilitación comprometido en la capacitación de calidad de atención</p>
<p>RESULTADO 2 Protocolos para la atención integral del paciente hemipléjica, en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.</p>	<p>90% de profesionales motivados y comprometidos en la aplicación de protocolos.</p>	<p>Evaluación del Taller Copia de protocolos Fotos Lista de asistentes a las reuniones</p>	<p>Empoderamiento personal a ejecutar los protocolos.</p>

<p>RESULTADO 3 Normas implementadas para la aplicación de tratamientos de los pacientes hemipléjicos personal del servicio de rehabilitación</p>	<p>90% de profesionales comprometidos en la aplicación de las normas de manejo a seguir hacia el paciente hemipléjico.</p>	<p>Lista de asistentes a reuniones. Fotos Copia de normas</p>	<p>Personal asiste se motiva, se empodera y aplica las normas de manejo del paciente con hemiplejía</p>
<p>RESULTADO 4 Programa de educación y promoción a los familiares sobre el manejo y cuidado del paciente hemipléjico elaborado y distribuido.</p>	<p>80% de usuarios externos asisten a las charlas de educación 80% reciben material informativo</p>	<p>Lista de asistentes de pacientes y familiares a las charlas de capacitación. Fotos Lista de recepción de material educativo. Copias del material educativo</p>	<p>Participación activa de los familiares de los pacientes con hemiplejías en conjunto con equipo de rehabilitación</p>

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO
RESULTADO 1 Personal del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación capacitado en calidad de atención			
1.1- Reunión para la autorización del proyecto a ejecutarse en el servicio.	Maestrante	11 y 14 de Marzo 2013	10 dólares
1.2- Reunión para socializar el proyecto a ejecutarse con el personal del Servicio de Rehabilitación y analizar los problemas internos en relación a la calidad de atención	Maestrante Personal del servicio Líder del servicio	22 de Marzo del 2013.	30 dólares Material de oficina
1.3- Autorización para realizar el Taller sobre Calidad de Atención	Maestrante	11 de Abril del 2013	10 dólares material de oficina
1.4.- Reunión para organizar el Taller de capacitación en calidad de atención	Médico facilitador Maestrante	23 y 24 de Abril del 2013	10 dólares material de oficina
1.5.- Organización del cronograma y selección de temas a ser expuestos	Médico facilitador Maestrante	30 de Abril del 2013	10 dólares material de oficina
1.6.- Implementación del taller de capacitación	Autor del proyecto Líder del servicio Médico Facilitador Expositores al curso de capacitación en atención Dr. José Litardo Sr. David Luzuriaga Ing. Andrea Litardo Mgs. Silvia Cóndor	2,3,9 y 10 de Mayo del 2013	30 dólares material de oficina 50 dólares de refrigerio 150 dólares a los capacitadores
1.7.- Encuesta sobre el desarrollo de taller, evaluación e informe del taller de capacitación	Maestrante	2,3,9 y 10 de Mayo del 2013 13 de Mayo del 2013	30 dólares Material de oficina

Resultado 2 Protocolos para la atención integral del paciente hemipléjica en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación elaborados y aplicados 2.1.- Reunión con el personal para organizar y elaborar protocolo de atención para hemiplejias	Personal del servicio Líder del servicio Maestrante	17 y 22 de Mayo del 2013	20 dólares
2.2.- Organización del cronograma del taller , selección y análisis de los temas a ser expuestos	Médico facilitador Maestrante	28 de Mayo del 2013	10 dólares material de oficina
2.3.- Implementación del taller de motivación	Maestrante Personal del servicio Líder del servicio Expositor en motivación Dr. Andrés Urtubey	3 y 7 de Junio del 2013.	60 dólares refrigerio 30 dólares del capacitador 10 dólares de impresiones
2.4.- Encuestas sobre el desarrollo del taller, evaluación e informe del taller de motivación	Personal del servicio Maestrante	10 de Junio del 2013	20 dólares material de oficina
2.3.- Reunión con el líder y médicos tratantes del servicio de rehabilitación para conformar el equipo técnico encargado de la revisión y elaboración de protocolos	Maestrante Personal del servicio Líder	14 y 18 de Junio del 2013 21 y 22 de Junio del 2013	40 dólares de material de oficina
2.7.- Revisión, redacción y aprobación de protocolos	Maestrante Equipo técnico Personal del servicio	24 de Junio al 12 de Julio del 2013. 23 de Julio del 2013 15 al 19 de Julio del 2013.	50 dólares Material de oficina
2.9.- Aplicación y cumplimiento de los protocolos	Líder del servicio Equipo técnico Maestrante	Agosto del 2013 Septiembre y octubre del 2013	120 dólares Material de oficina

Resultado 3			
Normas elaboradas e implementadas aplicación de tratamientos de los pacientes hemipléjicos personal del servicio de rehabilitación			
3.1.-Reunion con el equipo técnico para organizar y elaborar las normas a ser aplicadas en la atención del paciente hemipléjico	Líder del servicio Médico Facilitador del servicio Maestrante Equipo Técnico	2 y 5 de Agosto del 2013. 7,8 y 9 de Agosto de 2013	50 dólares Material de oficina
3.2.- Lectura y aprobación de los normas de atención	Maestrante Personal del servicio Líder del servicio Equipo técnico	15 y 16 de Agosto del 2013 19 de Agosto del 2013	45 dólares Material de oficina
3.3.-Aplicación y cumplimiento de las normas	Personal del servicio Maestrante	Septiembre del 2013.	40 dólares Material de oficina
Resultado 4			
Programa de educación y promoción a los familiares sobre el manejo y cuidado del paciente hemipléjico elaborado y distribuido			
4.1.-Diseño, elaboración e impresión del material educativo a ser entregado	Maestrante	2 y 3 de Septiembre del 2013	40 dólares Impresión material educativo Material de oficina
4.2.- Organización del Taller de educación, selección de los temas y enseñanza a los pacientes y sus familias	Maestrante	13 de Septiembre del 2013	20 dólares Material de oficina
4.3.- Desarrollo y entrega de material educativo -Implementación del taller: -Conformación de grupos de trabajo -Desarrollo del programa	Equipo técnico Médico facilitador Maestrante	16 al 27 de Septiembre del 2103	50 dólares refrigerio para los capacitadores Material de oficina
4.4.-Aplicación de encuesta sobre el programa educativo y del material entregado	Maestrante	30 de Septiembre del 2013	15 dólares para impresiones
TOTAL			930

3.- RESULTADOS

3.1 RESULTADO 1.

3.1.2 Personal del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación capacitado en calidad de atención.

La búsqueda de la calidad es el resultado de una planeación, de la ingeniería de procesos, del mejoramiento continuo, oportuno y progresivo de todos los aspectos que exigen control de calidad, donde se involucra la competitividad lo que lleva a mejorar la calidad en relación a la productividad y de esta forma satisfacer la necesidades del usuario en todas sus actividades donde se pone la voluntad y esfuerzo del recurso humano y la participación de la población quien demanda una calidad de atención

3.1.1.2 Socialización del proyecto.

Fecha: 22 de Marzo del presente año

Lugar: Área del gimnasio del servicio

Participantes: Personal en general de rehabilitación

3.1.1.3. Agenda para dar a conocer el proyecto a ejecutarse en el Servicio de Rehabilitación.

Actividades	Responsables	Fecha	Hora	Evaluación
1.- Autorización para la ejecución del proyecto	Maestrante	11 y 14/03/12	8h00 am a 9h00 am	Solicitud aprobada

2.-Reunión para socializar el proyecto a ejecutarse	Maestrante	22/03/13	13h00 a 15h00	La socialización del proyecto fue acogida con éxito y el personal está dispuesto a colaborar con el proyecto.
---	------------	----------	---------------	---

Reunión con el personal de rehabilitación para para socializar y dar a conocer sobre la implementación del proyecto a ejecutarse



3.1.1.4. Resultado de la reunión para implementar y socializar el proyecto.

Se realizó una reunión con la Líder del Servicio y médicos tratantes a quienes se les dio a conocer los lineamientos generales del proyecto y cuáles serían los resultados al finalizar el mismo.

Previo al desarrollo del proyecto, se realizaron reuniones con todo el personal de rehabilitación a fin de informar sobre la implementación del proyecto, cuales son las actividades a ejecutarse con el fin de receptar comentarios y sugerencias respecto a la

propuesta, la misma que fue acogida con entusiasmo por el personal donde se establecieron evidencias que existían falencias dentro de la aplicación de tratamientos en rehabilitación para los pacientes hemipléjicos con la finalidad de mejorar la atención a estos pacientes.

Con fecha 6 de Marzo del 2013 se realizó una reunión para con el Líder del Servicio de Rehabilitación donde se detallaron los pormenores del proyecto, se escucharon comentarios y finalmente se firmó el Acta de Compromiso que faculta la implementación del proyecto. (Anexo No. 3).

3.1.2. Programa de capacitación dirigido al usuario interno sobre Calidad de Atención.

Para la ejecución del programa de capacitación se realiza una convocatoria que fue entregada a cada coordinador de área, se diseñó un cronograma de actividades y temas a ser expuestos en la implementación del Taller, (Anexo No.6).

Fechas: 2, 3,4 y 6 de Mayo del 2013

Lugar: Área del gimnasio del servicio

Participantes: Personal en general de rehabilitación y alumnos de pregrado

Objetivo: Personal de rehabilitación capacitado y actualizado en calidad de atención.

3.1.2.1 Agenda para organizar el Taller de Calidad de Atención.

Actividades	Responsables	Fecha	Hora	Evaluación
1.- Autorización para realizar el taller sobre calidad de atención	Maestrante	11 /04/14	8h00 am a 9h00	Documento autorizado para el Taller
2.- Organización del taller del taller sobre calidad	Maestrante Médico facilitador	23,24/04/13	10h00 a 12h00	Organización establecida
3.- Organización del cronograma del taller y selección de temas a ser expuestos	Maestrante Médico facilitador	30/04/13	10h00 am a 12h00	Se seleccionan los temas a ser expuestos y cronograma establecido
4.-Implementación del Taller	Maestrante	2-3-9 y 10/05/13	13h30 a 16h00	Se capacitó a todo el personal
5.- Encuesta sobre el desarrollo del taller, evaluación e informe del taller	Maestrante	13/05/13	12h00 a 16h00	Encuesta aplicada

3.1.2.2 Cronograma del Taller de calidad de atención.

Cronograma	Tema	Hora	Expositor
2 de Mayo del 2013	Calidad de atención en los servicios de salud	8h00 a 9h30	Dr. José Litardo
3 de Mayo del 2013	Comunicación	12h00 a 13h30	Sr. David Luzuriaga
4 de Mayo del 2013	Normas ISSO en organización prestadoras de servicio de salud	14h30 a 16h00	Ing. Andrea Litardo
6 de Mayo del 2013	Calidad hoy y siempre	10h00 a 11h30	MGS. Silvia Cóndor

3.1.2.3 Metodología:

Para la autorización del proyecto a ser implementado en el servicio y el cumplimiento de esta actividad se envió un oficio dirigida al Gerente del Hospital para solicitar su autorización para la realización del proyecto y otro dirigido al Líder del Servicio para aprobación y continuidad, (Anexo No. 1 y 2).

Para la socialización del proyecto en el servicio el personal se compromete a apoyar el programa y participar en todas las actividades a realizar con el propósito de mejorar la calidad de atención, (Anexo No. 4).

La socialización de este proyecto se consiguió mediante reuniones en el servicio, se estableció un debate para analizar los problemas y falta de capacitación para de allí poder determinar los pasos necesarios para realizar la capacitación en calidad de atención y los cambios positivos que se implementaran a futuro para mejorar la calidad de atención en los hemipléjicos con el propósito de satisfacer las necesidades del usuario, brindar a futuro y disminuir las secuelas de esta patología y dar a futuro una calidad de vida a este tipo de paciente.

El taller se realiza los días 2, 3, 4 y 6 de Mayo del 2013 con una duración de 1h30 por día, se contó con la participación del 54 asistentes entre médicos, terapistas, personal administrativo, personal auxiliares de servicio, personal auxiliar de rehabilitación y estudiantes de pregrado y el líder del servicio quien apoyo directamente la realización del taller y se solicitó las firmas de asistencia al taller y se entregó un certificado sobre la participación del Taller de Calidad de Atención a los participantes, (Anexo No. 5, 6,7, 8 y 9).

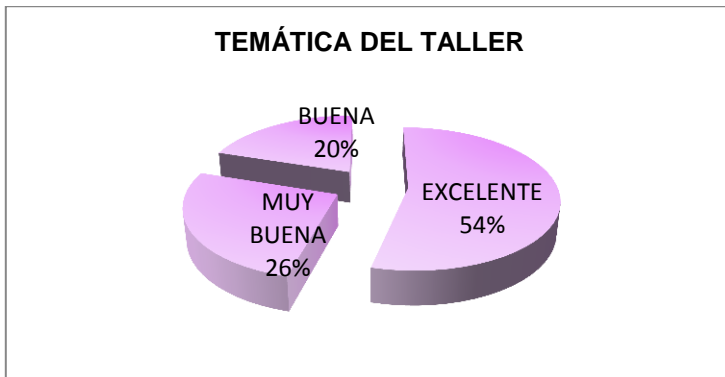
3.1.3 Evaluación del Taller de Calidad de Atención.

Al finalizar de taller se realizó una encuesta de evaluación a los participantes para determinar cómo se desarrolló el taller y estos fueron los resultados obtenidos:

1.- ¿Los temas expuestos en el taller de calidad de atención fueron?

GRÁFICO No. 1

Del personal del servicio que asistió al Taller el 54% opina que los temas abordados fueron excelentes, el 26% muy buenos y el 20% fue bueno, los asistentes manifiestan que deben ser continuas las capacitaciones en calidad de atención.

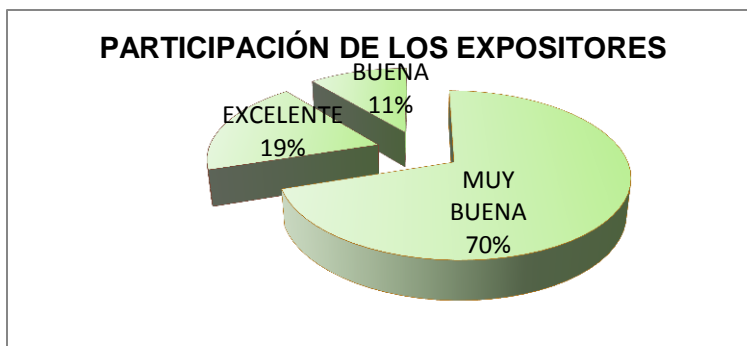


Fuente: encuesta de asistencia al taller de calidad de atención
Elaborado por: Maestrante

2.- ¿La participación de los expositores con el tema de calidad de atención como lo califica?

GRÁFICO No. 2

De los asistentes al Taller indicaron que la participación de los expositores con el tema de calidad de atención que el 70% fue muy buena, el 19% fue excelente y el 11% fue buena.



Fuente: encuesta al personal que asistió al taller de calidad de atención
Elaborado por: Maestrante

3.- ¿Cómo calificaría la organización y desarrollo del taller?

GRÁFICO No. 3

De los asistentes al taller el 65% considera que la organización del Taller fue muy buena, el 20% fue excelente y solo un 15% indica que fue buena.

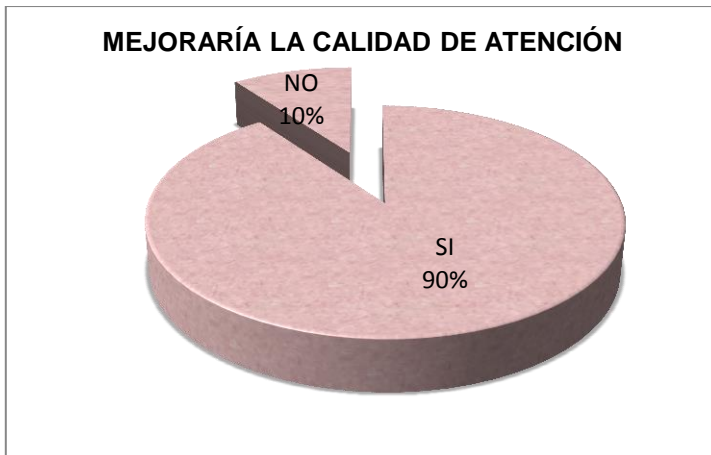


Fuente: encuesta al personal que asistió al taller de calidad de atención
Elaborado por: Maestrante

4.- ¿Considera usted que después de la capacitación del taller mejorara la calidad de atención?

GRÁFICO No. 4

A cerca de los temas expuestos en el Taller, el 90% indicó que SI y el 10% indicó que NO el personal mejoraría su calidad de atención.



Fuente: encuesta al personal que asistió al taller de calidad de atención
Elaborado por: Maestrante

3.1.4 Análisis de los resultados del taller.

En una reunión de trabajo donde estuvieron presente los médicos fisiatras del servicio, líder, médico facilitador y maestrante se presentó el documento donde se solicita la autorización respectiva para realizar el taller de capacitación en calidad de atención para el servicio de rehabilitación la misma que fue autorizada para su ejecución con la finalidad de permitir que todo el personal de rehabilitación adquiere conocimientos sobre la Calidad de Atención en Salud.

Para la evaluación de la segunda actividad se realizó una reunión con el equipo de rehabilitación donde se informa sobre el taller de capacitación de calidad de atención, en la cual se inicia un debate para saber y determinar el grado de conocimientos sobre el tema de calidad de atención lo que permitió comprobar el desconocimiento sobre calidad de atención, también se indican la temática que pueden ser expuestos en la capacitación llegando a un selección de temas que todo el personal del servicio consideran importantes para adquirir conocimientos, se establece el cronograma para llevar a cabo el Taller tomando en cuenta: las horas donde no se verá afectado la atención brindada hacia los pacientes y las rotaciones respectivas de los terapeutas en hospitalización al final de la reunión el personal se compromete a colaborar y participar activamente en el desarrollo del Taller.

Los participantes en la capacitación se encontraron muy motivados e interesados en los temas expuestos, después de haber realizado la capacitación a todo el personal de Servicio de Medicina Física y Rehabilitación se comprometen a cambiar sus actividades y actitudes para mejorar la atención no solo a los pacientes con hemipléjica, sino en forma general con todos los pacientes que acuden a recibir tratamiento y se hace indispensable una capacitación continua a todo el personal y brindar las facilidades para los mismos, lo que permitirá a futuro dar una mejor calidad de atención a cada paciente con diferente patología la misma que estará enmarcada en la eficiencia, eficacia y solidaridad hacia satisfacer las necesidades tanto del usuario. Comprometiéndose a seguiré realizando capacitaciones sobre calidad de atención en forma permanente y continua.

Las técnicas y conocimientos impartidos deberán ser implementados en forma continua y progresiva para alcanzar los estándares de calidad requeridos en las actividades que se desarrollan en el servicio, realizar evaluaciones periódicas sobre la calidad de atención brindada hacia el usuario externo de esta manera se pretende constatar la atención que presta el servicio y poder determinar las necesidades susceptibles de mejora y evaluar las necesidades del servicio para poder establecer indicadores de calidad. Para ir incrementado a futuro modelos de respuesta inmediatas con la finalidad de gestionar adecuadamente y tomar medidas sobre ello. Así como también las expectativas del cliente interno del servicio sobre el tipo de atención brindada, para poder mejorar la calidad ofrecida hacia el usuario con el único propósito de satisfacer las necesidades de los usuarios del servicio de rehabilitación.

3.1.5 Análisis del Taller de Calidad de Atención

Luego del taller de capacitación desarrollo sobre la calidad de atención se puede deducir lo siguiente:

1.- Que el contenido sobre el tema de calidad de atención, en los servicios de salud fueron elaborados en forma integral sobre los lineamientos que los servicios de salud debe observar para la satisfacción de los usuarios, por lo que este tema tuvo una gran aceptación.

2.- Sobre el tema impartido en relación a la comunicación que debe existir entre el usuario y los prestadores de salud el expositor desarrollo en forma minuciosas los principales elementos tanto comunicacionales como psicológicos que deben existir en la relación del personal de salud y pacientes, evidenciando la importancia sobre el respeto y confianza lo que permite una fluidez en la comunicación.

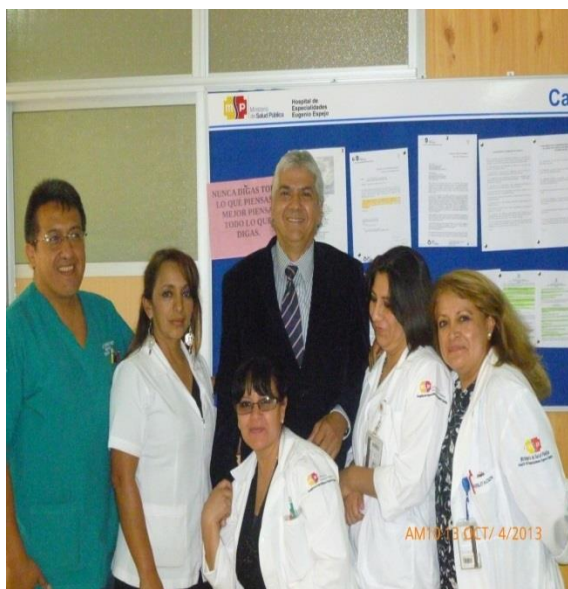
3.- En relación al conocimiento técnico sobre las normas ISSO, el disertante se encamino en la forma adecuada en la necesidad la orientación sobre la necesidad que se tiene sobre la implementación de estas normas en cada uno de los servicios de salud y en especial el servicio de rehabilitación pues esto permitirá en un futuro la certificación de las unidades y de la calidad de salud.

4.- La calidad hoy y siempre debe ser brindado en forma continua estableciendo técnicas progresivas para poder medirla, evaluarla, compararla y resolver los problemas encontrados, lo que permitirá realmente poder satisfacer a los clientes tanto internos como externos que buscan rediseñar los servicios en salud para responder a sus necesidades reales y modificar totalmente los sistemas y hacer sensibles al demandante de los servicios que en este caso son los clientes, tomando en cuenta que la salud está condicionada por los retos organizaciones y la creciente presión social determinada por la toma de conciencia de una sociedad cada vez más informada acerca de sus derechos.

Taller de capacitación en calidad de atención



Dr. José Litardo Expositor



Terapeuta que asistieron al Taller

3.2. RESULTADO 2

3.2.1 PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE HEMIPLEJICA, EN EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN ELABORADOS Y APLICADOS.

La elaboración y aplicación de protocolos nace de la necesidad del servicio con la finalidad de normatizar la atención brindada y que constituyen una guía sobre el tratamiento a seguir que se ofrece hacia el paciente hemipléjico y de esta forma satisfacer las necesidades del usuario el que está basado en la calidez, calidad y equidad en los servicios recibidos.

3.2.1.1 Reunión para organizar la elaboración de protocolos.

Fechas: 17 y 22 de Mayo del 2013

Lugar: Área del gimnasio del servicio

Participantes: Todo el personal de rehabilitación

Objetivo: Estandarizar los tratamientos de atención en rehabilitación que se ofrece a los pacientes con hemiplejías

3.2.1.2 Agenda para la elaboración de protocolos.

Actividades	Responsables	Fecha	Hora	Evaluación
1.- Reunión con el personal para organizar y elaborar protocolo de atención para hemiplejías	Maestrante	17/05/13 22/05/13	8h00 a 9h30	Organización para la elaboración de protocolos Solución de los problemas mediante la aplicación de protocolos

3.2.1.3. Taller de motivación al personal de rehabilitación para elaborar protocolos.

Fechas: 23 y 28 de Mayo del 2013

Lugar: Área del gimnasio del servicio

Participantes: Todo el personal de rehabilitación y estudiantes de pregrado

3.2.1.4 Agenda para el taller de motivación.

Actividades	Responsables	Fecha	Horas	Evaluación
1.- Reunión con el personal del servicio para informar sobre la organización del taller de motivación y seleccionar temas a ser expuestos	Maestrante	23 y 28 /05/13	8h00 a 10h00 por día	Organización del Taller Elección de temas a ser expuestos
2.-Implementación del taller de motivación	Maestrante	3,7 y 10/06/13	8h00 a 9h30 10h00 a 11h30 12h00 a 13h300	Personal de rehabilitación motivado Resultados del taller
3.- Encuetas sobre el desarrollo del taller evaluación e informe	Maestrante	10/06/13	8h00 a 9h30	Encuesta aplicada

3.2.1.5 Cronograma del taller de motivación.

Cronograma	Tema	Hora	Expositor
3 de Junio del 2013	Motivación	8h00 a 9h30	Dr. Andrés Urtubey
7 de Junio del 2013	Comunicación	12h30 a 14h00	Dr. Andrés Urtubey

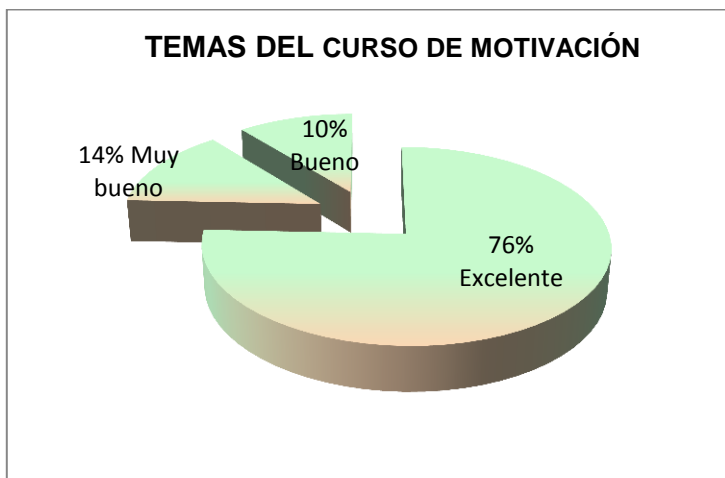
3.2.2 Evaluación del Taller de Motivación.

Al término del Taller se realizó una encuesta de evaluación sobre el taller 43 personas que asistieron, con la finalidad de determinar el grado de satisfacción del Taller, sobre todo los conocimientos adquiridos y estos fueron los resultados.

1.- ¿Los temas expuestos en el taller de motivación fueron?

GRÁFICO N° 1

De la totalidad del personal que asistió al taller, el 76% opinión que los 2 temas abordados fueron excelente, el 14% manifiesta que fue muy bueno, y solo el 10% lo califico como bueno. El curso lleno las expectativas sobre la motivación, formas de comunicación y tuvo la mejor acogida sobre su realización y satisfacción sobre los temas tratados.

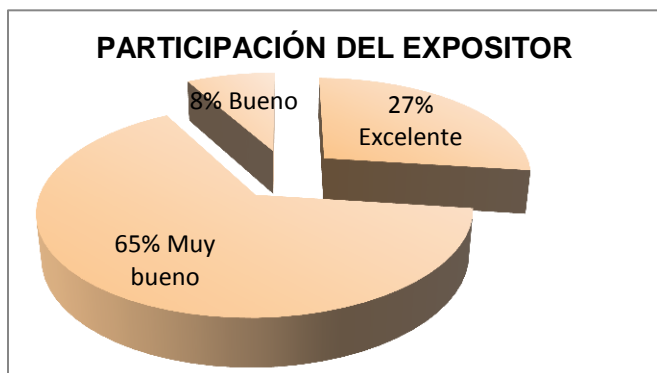


Fuente: encuesta al personal que asistió al Taller de motivación
Elaborado: Maestrante

2.- ¿La participación de los expositores con el tema de la motivación como lo califica?

GRÁFICO N° 2

El 65% de los asistentes, reconocen que la participación y desarrollo de los temas por el expositor fue muy bueno, e l 27% lo califico de excelente, y el 8% fue bueno.

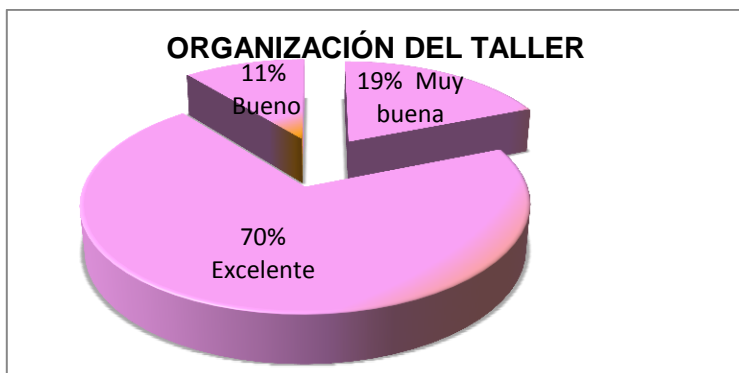


Fuente: encuesta al personal que asistió al Taller de motivación
Elaborado: Maestrante

3.- ¿Cómo calificaría usted, la organización y desarrollo del taller de motivación?

GRAFICO N° 3

El 70% de los asistentes consideran que la organización fue excelente, 19% lo califico de muy buena, y el 11% fue bueno.



Fuente: encuesta al personal que asistió al Taller de motivación
Elaborado por: Maestrante

3.2.3 Análisis de los resultados del Taller.

Para la evaluación de esta actividad primero se realizó una reunión con el equipo de rehabilitación lo que permitió seleccionar y comprobar el desconocimiento de los temas a ser expuestos sobre calidad de atención.

Los temas a ser tratado cubrieron las expectativas de los asistentes quienes participaron de forma positiva en al actividades solicitadas por el expositor y permitió establecer vínculos de trabajo con el equipo multidisciplinario con lo cual se logra una gran motivación y apoyo para poder continuar con la siguiente actividad que es la elaboración de protocolos.

3.2.4 Análisis del Taller de Motivación.

Los participantes en la capacitación se encontraron muy motivados e interesados en los temas expuestos, después de haber realizado la capacitación a todo el personal de Servicio de Medicina Física y Rehabilitación se comprometen a cambiar sus actividades y actitudes para mejorar la atención no solo a los pacientes con hemipléjica, sino en forma general con todos los pacientes que acuden a recibir tratamiento y se hace indispensable una capacitación continua a todo el personal y brindar las facilidades para los mismos, lo que permitirá a futuro dar una mejor calidad de atención a cada paciente con diferente patología la misma que estará enmarcada en la eficiencia, eficacia y solidaridad hacia satisfacer las necesidades tanto del usuario.

Taller de Motivación



Presentación del Taller de Motivación por la Dra. María Eugenia Espinoza
Médico facilitador del servicio

3.3.- Conformar el equipo técnico establecido y funcionando.

Para conformar el equipo técnico se realizaron reuniones con los médicos tratantes, coordinadores de áreas, médico facilitador, después de hacer un análisis de la problemática que se presenta por la falta de aplicación de protocolos y de constatar las necesidades de realizar un instrumento que permita normatizar la aplicación de tratamientos que permita brindar una mejor atención y garantizar un manejo adecuado y oportuno de los pacientes hemipléjicos y satisfacer las necesidades de este tipo de usuarios.

Se conforma el equipo técnico quienes son los encargados de elaborar, verificar y dar continuidad en la aplicación de los protocolos, incluso después de terminado el proyecto.

3.3.1. Redacción y elaboración de protocolos.

3.3.1.1 Agenda para elaborar protocolos.

Actividades	Responsables	Fecha	Hora	Evaluación
1.- Reunión con el líder y personal de rehabilitación para conformar el equipo técnico encargado de la revisión y elaboración de protocolos	Maestrante	14 y 18/06/13 24/06/13 15 al 19/06/13	14h00 a 16h00 14h00 a 16h00	Queda conformado el equipo técnico Elaboración de protocolos
- Lectura y aprobación de protocolos	Maestrante	23/07/13	14h00 a 16h00	Aprobación de protocolos
-Impresión y presentación de los protocolos	Maestrante	25 y 26/07/13	14h00 a 16h00	Difusión de los protocolos
- Reunión con el personal para capacitar en su aplicación	Maestrante	Agosto del 2013	14h00 a 16h00	Aplicación de protocolos
-Aplicación y cumplimiento de los protocolos	Maestrante	Septiembre y octubre del 2013		Revisión de historias clínicas

3.3.1.2 Metodología.

Se realizan reuniones con todo el personal para concientizar y analizar la inexistencia de los protocolos y su elaboración de atención que se basa en el análisis de la falta de los mismos, el personal apoya la realización de protocolos de atención en pacientes hemipléjicos lo que mejorara la gestión del servicio y permitirá una participación conjunta de equipo que brinde tratamientos en base a estándares de calidad basado en una buena organización, planificación, monitoreo y evaluación con el fin de incrementar los servicios y disminuir los riesgos para la población.

El curso de motivación se llevó a cabo los días 3 y 7 de Junio del 2013, por cada día la duración fue de 1h30 horas, se contó con el apoyo de la unidad de audiovisuales del hospital, líder del servicio y la colaboración directa del maestrante, (Anexo No. 10).

Al curso asistieron todo los médicos fisiatras tratantes, médico de salud ocupacional terapistas, personal administrativos, técnicos del taller de órtesis y prótesis, de servicios generales, técnico masajista, técnico podóloga y estudiantes de pregrado y se solicitó firmas de asistencia, (Anexo No. 11).

El personal del Servicio de Rehabilitación motivado determina cual es la finalidad de crear y empoderarse sobre la elaboración de protocolos, cuáles son los beneficios, necesidades tanto internas como externas y poner en práctica en el servicio diario de atención hacia el paciente, con todo el afán y esmero, establecido, escrito y aprobado por todo el equipo multidisciplinario con el propósito de brindar atención con calidad y calidez y así satisfacer las necesidades de los pacientes con hemiplejias y del usuario interno.

Luego de haber realizado el Taller sobre motivación el personal del Servicio de Rehabilitación, se empodere, participe, colabore con todo lo programado para la elaboración del protocolo, aporte con todos sus conocimientos, experiencia, aportes de investigación con la finalidad de a mediano y a largo plazo poner en ejecución y aplicar en beneficio de nuestros pacientes.

La conformación del equipo técnico se lo ha logrado trabajando en reuniones con todo el personal de rehabilitación con el análisis de la situación diagnóstica del servicio, que se vio en la necesidad de elaborar protocolos como una guía que permita dar atención de calidad a los usuarios externos que tienen patología hemipléjica con la finalidad de garantizar la atención temprana, oportuna y con calidez.

El equipo técnico del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, está conformado de la siguiente manera:

Dr. Juan Proaño Médico Fisiatra y coordinador del equipo
Lic. Valeria Jara Terapista Física
Lic. Cecilia Castro Terapista del Lenguaje
Lic. Aidee Gualavisi Terapista Ocupacional
Lic. Sonia Quinchuela Terapista Ocupacional

Quiénes somos los responsables de elaborar, imprimir, difundir y realizar el seguimiento de la aplicación del mismo para el tratamiento de los pacientes con hemiplejía.

El médico tratante ha constatado el trabajo de todo el equipo técnico conjuntamente con la coordinación del mismo para la elaboración de protocolos

El equipo técnico consiente de la falta de protocolos que permita brindar una atención de calidad la misma que debe ser estandarizada, se han comprometido a elaborar este documento en los tiempos establecidos a fin de normar la atención en el servicio de rehabilitación, fijando horas de reunión y monitoreo de la aplicación de los protocolos.

Se estableció convocatorias de trabajo para el equipo técnico para la revisión bibliográfica y se inicia proveyendo de algunos protocolos, libros, revistas, información de internet para la elaboración de protocolos, se organizó la capacitación de la aplicación de protocolos y se elaboró una acta de compromiso para su aplicación y continuidad después de terminado el proyecto, (Anexo No. 12,13 y 14).

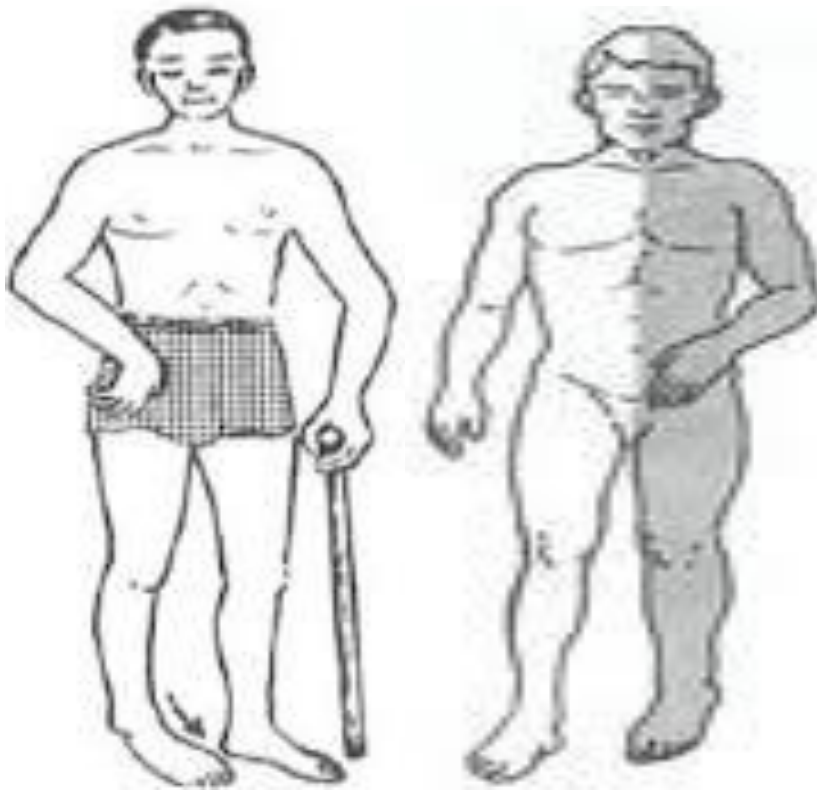
Para realizar la capacitación al personal de rehabilitación se llevó a cabo en diferentes horarios ya que el equipo multidisciplinario trabaja tanto en la consulta externa como en la hospitalización, debe también cubrir sus áreas a los cuales les fueron designados durante los meses de capacitación y la hora dependiendo de la demanda de los pacientes en el servicio, cumpliéndose con esta actividad de forma participativa.

Equipo Técnico para la Elaboración de Protocolos



Asistencia y Capacitación sobre el manejo del paciente hemipléjico





PROTOCOLO DE TRATAMIENTO EN REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON HEMIPLEJÍA

EQUIPO TÉCNICO:

AUTORES

DR. JUAN PROAÑO MÉDICO FISIATRA
LIC. CECILIA CASTRO TERAPISTA DEL LENGUAJE
LIC. VALERIA JARA CACERES TERAPISTA FÍSICA
LIC. AIDDE GUALAVISI LLORE TERAPISTA OCUPACIONAL
LIC. SONIA QUINCHUELA TERAPISTA OCUPACIONAL

SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
QUITO – ECUADOR
2013

3.2 PROTOCOLO DE TRATAMIENTO EN REHABILITACIÓN PARA EL PACIENTE HEMIPLEJÍCO.

3.2.1. Hemiplejías.

La hemiplejía orgánica supone una alteración anatómica de un punto de cualquier de la neurona piramidal, siendo diferente de un caso a otro por el sitio de origen y por sus causas.

La Hemiplejía funcional es aquella que no tiene una alteración anatómica, pero el trastorno motor existe encontrándose la hemiplejía Histórica debido a un fenómeno de sugestión consciente o inconsciente.

La hemiplejía puede instalarse súbitamente o puede presentarse precedida por ciertos pródromos, en el primer el sujeto queda privado del movimiento y de la consciencia por lesión cerebral llegando al coma; en este momento presenta por unas horas una abolición total de la motilidad aunque se trata de una lesión unilateral sin pérdida de la actividad refleja. (Medicina, Enfermeras y ciencias de la salud, 2000)

La hemiplejía se debe a una lesión de la neurona motora superior.

Durante el periodo inicial la parálisis es flácida, pero después de pocos días se convierte en espástica.

3.2.1.1. Etiología.- las causas más frecuentes de la hemiplejía son.

ECV.- (asociados a la hipertensión a la diabetes mellitus), los traumatismos craneales, cerebrales, la encefalitis de esclerosis múltiple, las complicaciones de la meningitis o un trastorno de conversión (forma de trastorno psicológico.)

El 80% de los pacientes con EVC, son de tipo isquémico, y el 20% de tipo hemorrágico.

Origen vascular:**TROMBÓTICO:**

- Ocurre a lo largo de un vaso sanguíneo por isquemia.
- Progresa lentamente, el 50% de los pacientes presenta hipertensión arterial.
- Normalmente ocurre cuando la presión sanguínea disminuye en la noche.
- La arteria más afectada es la cerebral media.

EMBÓLICO:

- Plaquetas, colesterol, fibrina, etc. Obstruye las arterias.
- Tiene un inicio súbito
- Afecta distalmente a los vasos corticales.

HIPOXIA:

- Es debido a una falla cardíaca donde deja de fluir sangre al cerebro.
- Afecta a las regiones cerebrales en un área más extensa.

LACUNAR:

- Infartos cerebrales muy pequeños.
- Ocurre solo cuando afecta a las ramas arteriales (arteriolas) más pequeñas.
- Puede ser producida por hipertensión arterial.
- Su recuperación puede ser hasta de un 70%.

HEMORRÁGICO:

- Es más severo de los casos de ECV
- Puede ser producido por hipertensión arterial severa que rompen las arterias.
- Puede producir muerte al inicio del padecimiento hasta un 50% A 70%.
- Puede producir también hipertensión intracraneana.

3.2.1.2. Evaluación.

Se valora en varios aspectos para facilitar y mejorar el trabajo en equipo del personal encargado del tratamiento del hemipléjico.

1.- Realizar una historia clínica completa

- a.- Interrogatorio
- b.- Exploración física

2.- Ver capacidad y potencialidad funcional

- a.- Examen muscular
- b.- Examinar amplitud del movimiento articular
- c.- Valoración de los trastornos del lenguaje
- d.- Estudio de las actividades básicas

3.- Potencialidad económica futura

- a.- Pruebas Psicológicas
- b.- Investigación social
- c.- Pruebas vocacionales

4.- Secuelas que produce.-

- 1.- Pérdida del control voluntario de los músculos de un hemicuerpo (derecho o izquierdo).
- 2.- Dolor de la articulación del hombro y en la mano del lado afectado, como consecuencia de la inmovilidad.
- 3.- Contracturas musculares en el lado afectado.

4.- Deformidades en pies, rodillas, hombro, codo y mano ocasionada por la espasticidad.
(Davies, 2003)

5.- Factores de riesgo.-

Hipertensión arterial. Es el factor de riesgo más grande para sufrir un ECV.

Enfermedad Cardíaca. Las enfermedades de las arterias coronarias produce la mayor de las muertes, las enfermedades cardiacas pueden producir émbolos (fibrilación auricular).

Antecedentes de previos al ECV. El 50% de todos los pacientes con ECV presentaron un cuadro previo o una isquemia cerebral transitoria.

Tabaquismo. Incrementa el riesgo para padecer dos o seis veces más que los pacientes que no fuman, este riesgo puede disminuir a partir de haber dejado de fumar durante 5 años.

Obesidad, colesterol, café, alcohol. Estos producen en forma aislada un bajo riesgo, pero que se ve incrementado cuando se combina con diabetes e hipertensión.

6.-Los síntomas más invalidantes más frecuentes en el paciente hemipléjico

- Parálisis
- Trastorno de la sensibilidad
- Desincronización sensitivo motor
- Alteraciones del esquema corporal
- Trastornos de la percepción de la vertical
- Trastornos de la función esfinteriana
- Trastornos posturales
- Trastornos del lenguaje
- Trastornos psicológicos
- Trastornos en las funciones mentales

7.- Patrones típicos de la espasticidad

- **Cabeza.-** se encuentra inclinada hacia el lado hemipléjico, rotado hacia el lado sano.

- **Miembro superior.-** escapula retraída, hombro aducido y rotado internamente, codo flexionado con pronación de antebrazo, muñeca flexionada con desviación cubital, dedos flexionados y aducidos, pulgar flexionado y aducido.
- **Miembro inferior.-** cadera con rotación externa y aducción, rodilla extendida pie en flexión plantar he invertido, dedos flexionados y aducidos. (Cash, 2006)

8.- Tratamiento en rehabilitación:

Objetivo: Ayudar a este tipo de pacientes tratándolos en forma adecuada con dinamismo y seguridad para incorporarlos a la vida normal con la convicción de que su enfermedad no es obstáculo para sus capacidades vitales y adaptación social.

Lo importante es trabajar en grupo, el mismo que debe ser constituido por:

- El medico
- Terapista física
- Terapista ocupacional
- Terapista del lenguaje
- Psicóloga
- Trabajadora social
- Orientador vocacional
- Los familiares

1.- El tratamiento médico estar orientado a la causa de la hemiplejia y busca la solución mejorar las incapacidades del paciente conociendo métodos mejores y la manera de aplicarlos y enseñarlos, orientar a los familiares para que adquieran conciencia de los problemas e indicarlos cuando su intervención puede ser útil y cuando sea perjudicial para el paciente con hemiplejia.

2.- La recuperación neuromuscular que está determinado en dos etapas:

a.- Estadio agudo.- es cuando se inicia el tratamiento luego de las 24 horas de haber ocurrido su hemiplejia.

b.- estado crónico.- es cuando se le trata luego de algunos meses que ha ocurrido la hemiplejia.

3.- Ayudas mecánicas al hemipléjico que estará evitando deformaciones; se prescribe dispositivos en posición de decúbito, ejemplo férulas posicionales, posición sentada, de pie OTP, axial, como también algunas actividades básicas. (Edison A. , 2001)

3.2.1.3. Etapa aguda.

1.- Evaluación.-

Se observa en la paciente la cara asimétrica más amplia del lado paralizado elevándose la mejilla de este lado a cada movimiento respiratorio llamándose signo del fumador de pipa por parálisis del succionador; hay una desigualdad de los pupilas, miosis del lado paralizado, hay desviación conjugada de cabeza y los ojos se desviación conjugada de cabeza y los ojos se desvían hacia el lado de la lesión, esto es, en sentido contrario al lado paralizado, elevación de cada uno de los brazos y se observa cual cae más pesadamente, siendo este lado paralizado. Se explora los reflejos siendo el primero que está ausente en el lado que esta hemipléjico.

Una vez que desaparece el coma o el estado de obnubilación se observa, mediante el examen de la motilidad lo siguiente: a nivel de la hemicara hay una parálisis de la hemicara del ramo inferior del facial, el territorio del ramo del facial superior esta levemente afectado, esto se explica porque el facial superior parece tener representación cortical bilateral en ambos hemisferios cerebrales. Hay una parálisis muy discreta de la lengua que se manifiesta por las desviaciones de la punta hacia el lado enfermo debido a la acción del genio glosa del lado sano. Hay una parálisis braquial y crural completa del mismo lado de la parálisis facial. Los miembros pueden estar inertes flácidos, los reflejos osteotendinoso están disminuidos, hay signo de Babinsky positivo, este estado la hemiplejia flácida es transitoria.

3.2.1.4. Hemiplejia espástica.

Hay un tono muscular que va de muy disminuido o abolido en el lado paralizado, va en aumento hasta llegar a la contractura que afecta a los músculos manos paralizado, va en

aumento hasta llegar a la contractura que afecta a los músculos menos paralizados, esta contractura o hipertonía al fijar los segmentos del miembro unos sobre otros, lo hacen utilizados para permitir al enfermo ponerse de pie al realizar la marcha. La cara no es afectada generalmente por la contractura, pero en los casos que esto no sucede se observa que los rasgos faciales se desvían en sentido inverso a la desviación existente es decir hacia el lado enfermo.

En el miembro superior la contractura determina la actitud en flexión, el brazo está en flexión ligera, el antebrazo flexionado sobre el brazo y en pronación moderada, los dedos flexionados sobre la palma de la mano y el pulgar aprisionado bajo los otros dedos. Los músculos que más se afectan en principio son los que tienen funciones más diferentes por ello la parálisis predominan en los músculos de la mano, mientras que a nivel de hombro y de codo es posible un discreto grado de movimiento, pero esto no es siempre.

En el miembro inferiores la contractura determina la actitud de extensión, los músculos extensores están más contracturados que los flexores y el miembro queda recto, con cierto grado de aducción y rotación interna del pie, los músculos más paralizados son los flexores de la pierna y del pie, la abolición de la movilidad en general es más acentuada en el brazo que en la pierna, los músculos del tronco y del cuello están poco afectados. La marcha es posible gracias a la contractura y reviste un aspecto característico, el enfermo para andar ejecuta con su pierna paralizada un movimiento de circonducción alrededor de la sana, es la marcha en guadaña o de segador, también se la denomina helicopoda por su aspecto helicoidal. En esta etapa los reflejos osteotendinosos permanecen abalizados o disminuidos; está presente el signo de Babinsky, existe clonus de pie y de la rótula, todas estas alteraciones se reflejan en el signo de Babinsky y constituyen los elementos del síndrome denominado Piramidalismo que nos indica una alteración en algún punto de la vía motriz piramidal. (Davies, 2003)

3.2.1.5. Variedades topográficas de la hemiplejia.

a.- Las hemiplejias directas.- son aquellas en que la parálisis se encuentra en la misma mitad del cuerpo y esto se debe a que la vía piramidal se ha afectado antes de que haya comenzado su declaración o bien que esta declaración se haya afectado por completa. En esta tenemos: hemiplejia cortical, subcortical, capsular, talámica y piramidoextrapiramidal.

b.- Hemiplejias alternativas.- son aquellos en que las lesiones de la vía piramidal están situadas más debajo de la capsula interna, esto es en el tronco cerebral. Siendo los siguientes: pediculares, protuberenciales, bulbares y espinales.

3.2.1.6. Tratamiento.

1.- Posiciones correctas en la cama:

Objetivo:

- Evitar deformaciones
- Sufrimientos articulares
- Predominios musculares
- Adquisiciones de posturas patológicas

La terapéutica postural se basa en que hay que dar soporte y total a todas las áreas paralizadas para la fuerza de gravedad que actúan en ellas no produzca deformidades.

a.- Cuando el paciente está en decúbito supino se debe hacer:

- Alinear el cuerpo con el eje anatómico
- Evitar cojines alto
- Colocar cojín debajo del hombro afectado

Miembro superior afectado en abducción, antebrazo extendido y en supinación con férula de mano en extensión con ayuda de cojines: bajo la cadera se pondrá un cojín para evitar la contractura del psoas ilíaco.

Miembro inferior afectado, evitar la rotación externa de la cadera, utilizando un cojín para mantener la rodilla semi flexionada de 10 a 15 grados por medio de cojines. Otra posición de decúbito supino.- es colocar el miembro afectado en rotación externa, pondrá un cojín para evitar la contractura del psoas ilíaco.

b.- Decúbito lateral sobre el lado sano: los miembros afectados sostenido con cojines, para conservar los miembros superiores e inferiores con el codo y rodillas en 90% de flexión respectivamente.

c.- Decúbito lateral sobre el lado afectado: Cabeza hacia adelante con el tronco derecho alineado, hombro extendido con antebrazo en supinación, miembro inferior cadera extendida y ligeramente flexionada la rodilla.

No se debe colocar nada en de la mano ni bajo la planta del pie. Esto estimula la actividad refleja indeseable, es una posición importante que se debe introducir desde el principio; los pacientes parecen preferir porque el lado sano que lo siente con más normalidad este más alto.

La hipertonicidad disminuida alongando la totalidad del lado implicado y la consciencia del lado implicado, y la consciencia del lado afectado aumentara debido a la presión que ejerce el cuerpo sobre la superficie de la cama.

d.- Decúbito prono: colocando un cojín bajo el hombro afectado y el brazo en abducción y rotación externa, la mano en posición funcional rollo o cojines en lo tobillos.

2.- Ejercicios respiratorios.- el objetivo es evitar la congestión hipostática pulmonar, se debe realizar dos veces al día por los menos.

4.- Movilidad pasiva de las extremidades afectadas:

- Se realiza para evitar acortamientos de los músculos.
- Rigidez de las articulaciones
- Disminuir la sensación de rigidez y pesadez de las extremidades afectadas.

- Se moviliza las articulaciones en todo el arco de movimiento.

5.-Ejercicios activos de miembro sanos:

- Estimula el lado sano para ejecutar las actividades más frecuentes y colaborar en los desplazamientos para la higiene personal, alimentación, etc.
- Se debe iniciar precozmente el uso de las extremidades sanas.
- Es necesario que el pie sano recorra con frecuencia la extremidad inferior paralizada, en una máxima extensión al igual que se hace en miembros superiores para intentar la restitución e integración de la imagen corporal.

6.- Ejercicios de tronco.- con estos ejercicios se contrarresta la tendencia a la espasticidad de los músculos que se contractaran en el lado afectado del tronco y del cuello.

- Se inicia con isométricos de abdominales y oblicuos.
- Movilidad del cuello. (discapacidad R. p.)

3.2.1.7. Etapa II.

En la segunda etapa el paciente ya tiene consciencia y su estado general ya ha mejorado:

1.- Posición sentada:

- El objetivo que se persigue es:
- Ayudar a las funciones circulatorias y renales
- Disminuir la posibilidad de producción de úlceras
- Mejorar el estado anímico
- Utilizar un soporte auxiliar si es necesario.
- Se le enseña al paciente a sentarse en la cama.

Se apoya el brazo sano sobre el colchón, haciendo que se cargue el peso del glúteo del lado afectado, y para ayudarlo se le hace inclinar la cabeza hacia el lado sano.

Luego aprende a apoyarse en el miembro superior afectado, primero sobre el antebrazo y luego sobre la mano. El paciente tiene dificultad para mirar al frente estando sentado, por tener tendencia a caerse hacia atrás, lo que puede evitarse enseñándole a flexionar las caderas, antes que enderece la cabeza para mirar hacia adelante.

Los pacientes que han sufrido trombosis cerebral, a veces pueden levantarse precozmente.

Los pacientes que han sufrido hemorragia cerebral, con frecuencia deben descansar de 4 a 6 semanas.

2.- Aplicación de calor o frío:

- Se aplica con el objeto de disminuir dolor o atenuar la espasticidad.
- El calor tiene acción relajante directa por modificaciones circulatorias superficiales psicológicas y sensación agradable para el paciente.
- El frío con compresas impregnadas en agua hielo pulverizado es considerado un elemento relajador, actuando con alguna anestesia motora y cambios en la conductividad nerviosa.

3.- Consciencia del movimiento pasivo: con estos movimientos se previene incoordinación espasticidad o patrones anormales del movimiento.

Se necesita atención y colaboración del paciente como guía y se utiliza el miembro sano con el lado enfermo y se efectúa el mismo movimiento simultáneamente.

4.- Enseñar al paciente a mover los miembros afectados con los miembros sanos: se previene deformaciones se conserva la amplitud completa del movimiento y se logra actividades motoras, es necesario incentivar al paciente para que ejecute todos los movimientos del miembro afectado ayudado por el miembro sano.

5.- Ejercicios progresivos con resistencia para músculos del tronco y extremidades sanas: con estos damos independencia a los pacientes entrenándole en los distintos cambios de posición.

6.- Estimulación de la contracción activa: esta estimulación será progresiva y selectiva del pie, rodilla, cadera, hombro, codo muñeca en todos los arcos, tronco y cuello en todos los movimientos.

7- Desarrollo del equilibrio en posición sentado: tiene por objeto controlar los músculos del tronco y estimular psicológicamente. Se inicia precozmente en posición sentada y se insiste en que el paciente conserve la máxima simetría torácica.

8.- Tomar objetos de la mesa de noche: capacitar al paciente para tomar con independencia, objetos varios desde su cama.

3.2.1.8. Etapa III.

1.- Ejercicios funcionales en colchón: sirve para entrenamiento de los movimientos necesarios para el desarrollo de las actividades del plan de recuperación funcional.

2.- En decúbito dorsal:

- a. mover la cabeza
- b. trasladarse lateralmente
- c. rodarse
- d. arrastrarse
- e. mover las extremidades superior e inferior

2.- En decúbito ventral:

- a. fortalecer espinales
- b. trasladarse lateralmente
- c. arrastrarse
- d. mover las extremidades superior e inferior

3.- En posición sentada:

- a. fortalecer abdominales rectos y oblicuos
- b. inclinarse hacia todas las direcciones
- c. deslizarse hacia todas las direcciones
- d. mover las extremidades inferiores
- e. girar el tronco y elevarlo
- f. equilibrio y balanceo

4.- Reducción muscular:

- Incrementa la destreza por la progresión de la contracción activa.
- Los grupos musculares y sus antagonistas deben progresar de manera simultánea por que la estimulación no programada puede producir la anulación de sus antagonistas y el desencadenamiento de espasticidad o incoordinación.

5.- Ejercicios de coordinación:

- La concentración de la atención en cada movimiento es obligatorio.
- Cada movimiento se efectúa lenta y repetidamente en decúbito supino, sentada, de cada extremidad inferior.

6.- Relajación postural: se utiliza posición para lograr relajación de determinados grupos musculares.

7.- Inhibición periférica de la espasticidad: el método de inhibición consiste en disminuir la espasticidad por medio de los movimientos pasivos que actúan como estímulos de articulaciones y estructuras tendinomusculares de las áreas paralizadas y espásticas.

8.- Tratamiento en la etapa de recuperación parcial:

Evitar contracturas y rigidez que en el caso de que existan son un obstáculo para el progreso funcional.

Se establece un programa de sesiones diarias con estiramiento manual de las estructuras retraídas; no se pueden forzar con manipulaciones que puedan dar origen a daños.

9.- Ejercicios funcionales en la silla de ruedas: si un enfermo esta algo confuso, se puede aconsejar una silla de ruedas normal, que se desplaza con el uso de los miembros no afectados.

Cualquiera que sea la silla esta debe estar adaptada a las dimensiones y estatura del paciente, especialmente en lo que se refiere a la longitud del asiento y a la longitud de los pies.

- a. en esta silla se realiza ejercicios de equilibrio
- b. ejercicios de miembros superiores y tronco
- c. ejercicios de miembros inferiores

10.- Entrenar actividades básicas cotidianas en la silla de ruedas:

- a. pasar de la silla de ruedas a distintos lugares sea cama, silla, etc.
- b. progresión en la silla de ruedas entrenando al manejo de la misma

3.2.1.9. Etapa IV.

1.- Ejercicios funcionales para la función de pie.- tiene por objeto entrenar al paciente para el desarrollo de sus actividades en posición de pie:

- a. sentado en el borde de la cama o en la silla de ruedas
- b. cuando el paciente usa aparato hasta el muslo por inestabilidad de la rodilla
- c. se enseña a trabar y destrabar el cierre de rodilla
- d. sentarse y levantarse

2.- Ejercicios en posición de pie:

- La normalización postural de la totalidad del cuerpo, iniciara frente al espejo.
- desarrollo del equilibrio, el enfermo es empujado gradualmente en todas direcciones y puntos corporales distintos.

- Conservar el equilibrio con movimiento de cabeza y de miembros superiores
- ejercicios del tronco; flexión, extensión inclinaciones laterales y rotaciones.
- patrones estáticos de marcha.- el paciente muévelos pies los cuales vuelven al sitio de partida sin efectuar desplazamiento del resto del cuerpo.

3.- Actividades básicas cotidianas en posición de pie.- estimula al paciente para que se baste a sí mismo para resolver los problemas que su situación lo impone.

- cambio de lugar por sí mismo
- marcha.- en paralelas con asistencia del fisioterapeuta que va a vigilar la conservación de la postura normal, el equilibrio estable la simetría y la coordinación de los pasos.

Cuando hay suficiente entrenamiento se inician las actividades de ascenso y descenso sobre rampas y escaleras.

Logrando la suficiente recuperación de la extremidad superior, se comienza la marcha con braceo.

3.2.1.10. Limitaciones en hemiplejias.

El conocimiento y valoración de las limitaciones en el hemipléjico proporcionan el pronóstico de rehabilitación.

Lo que se debe hacer conocer antes de iniciada la rehabilitación es:

1.- Antigüedad del accidente vascular.- según si retarda la iniciación del tratamiento disminuyen las posibilidades de recuperación.

2.- Estado mental del paciente.- un déficit en las capacidades mentales del paciente imposibilita la recuperación.

3.- Colaboración del enfermo.- se necesita para el éxito la colaboración entusiasta y constante del enfermo.

4.- Edad.- es un factor que agrava considerablemente el pronóstico.

5.- Complicaciones.- la aparición de las complicaciones secundarias a la hemiplejia ya se por falta de tratamiento o mala orientación pueden agravar o impedir la rehabilitación.

Estas complicaciones pueden ser:

- a. espasticidad
- b. retracciones tendinosas
- c. limitaciones
- d. dolor
- e. ulceraciones
- f. psicosis reactiva
- g. desarrollo de psicología negativa
- h. dificultad de la comunicación
- i. alteraciones del esquema corporal (Krusen, Medicina Física y Rehabilitacion, 2002)

3.2.2. Hemiparesia.

Es una etapa posterior de la hemiplejia, muchos pacientes quedan con esta secuela o se presenta luego de un ataque leve o buena reacción orgánica al ataque por la medicación administrada en la emergencia, o por la atención inmediata a la lesión.

En la hemiparesia puede haber una recuperación satisfactoria de la capacidad funcional de la zona paralizada. El enfermo con hemiparesia que es la fase tardía de la hemiplejia ha de ser objeto de tratamiento ambulatorio. Suele presentarse un grado variable de espasticidad en una determinada zona corporal, la pierna con mejor función que el brazo muestra actividad extensora aumentada, en el brazo predomina el tono de los flexores, los músculos del tronco y la pelvis de la parte afectada sufren insuficiencia estática y dinámica.

Rentrenamiento del equilibrio en sed estática y bipedestación. Un objetivo importante es que el paciente pueda al cabo destiempo caminar en la calle de nuevo, sin miedo y para esto deberá entrenarse para reaccionar contra la gravedad en cualquier posición, rápido y automáticamente. (R. L. , 2003)

1.- Actividades de sed estaci3n:

- a. desplazamiento hacia los lados con apoyo de codo
- b. transferencia de peso hacia los lados:
 - hacia el lado hemipl3jico
 - hacia el lado sano
- c.- progresi3n de la actividad para incluir todos los componentes de la relaci3n de equilibrio.
 - movimiento sobre el lado hemipl3jico
 - movimiento sobre el lado sano
- d.- sed estaci3n con las extremidades inferiores cruzadas transferencia de paso hacia el lado de la extremidad inferior que se halla debajo. Inclinaci3n hacia delante hasta tocar el suelo.

2.- Actividad de bipedestaci3n con el peso en ambas extremidades inferiores:

- a. desplazando el peso de lado a lado con las rodillas flexionadas
- b. empujando un bal3n a lo lejos con las manos entrelazadas
- c. juego con un bal3n

3.- Actividades en bipedestaci3n con el peso sobre la extremidad inferior hemipl3jica:

- a. de pie y colocando el pie sano suavemente sobre una balanza
- b. golpeando un bal3n de futbol con el pie sano con el borde medial del pie para mejorar la extensi3n selectiva de la cadera hemipl3jica.
- c. equilibr3ndose sobre la extremidad inferior hemipl3jica.

4.- Actividades en las que el peso recae sobre las extremidades inferiores de manera alternativa:

- a. subir y bajar escaleras
- b. transferencia de peso hacia los lados en una masa basculante
- c. transferencia de peso hacia adelante y hacia atr3s en posici3n de paso
- d. pasos laterales con una extremidad inferior cruz3ndose por delante de la otra

- desplazamiento hacia el lado hemipléjico
- desplazamiento hacia el lado sano

5.- Actividades en bipedestación con el peso sobre el lado inferior sano:

- a. Estimulo del retorno de la actividad en el miembro superior y mano:
- b. actividades en decúbito supino
- c. actividades en sed estación
- d. inhibición de la hipertonicidad en bipedestación
- e. estimulación de los movimientos activos y funcionales
- f. utilización de la mano para tareas simples

5.- Reducción de la marcha funcional:

- a. facilitación de la marcha
- b. incorporación desde la silla y sed estación de nuevo
- c. progresión hacia adelante
- d. longitud de peso
- e. velocidad y ritmo
- f. amplitud y zancada
- g. el ángulo del pie
- h. movimiento hacia delante de las caderas
- i. fase de balanceo
- j. fase de apoyo
- k. movimiento de la cabeza (Edison A. , 2001)

3.2.3. Tratamiento en Terapia del Lenguaje.

Los pacientes con hemiplejia presentan:

1.- Disartrias

Concepto.- es el trastorno de la expresión verbal causada por una alteración en el control muscular de los mecanismos del habla. Comprende las disfunciones motoras de la

respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia. Son alteraciones propias de las lesiones en el sistema nervioso central (SNC), así como enfermedades de los nervios de los músculos de la lengua, faringe y laringe responsables del habla. (C, 2006)

2.-Clasificación:

a.- Disartria Flácida.- La lesión está localizada en la neurona motriz inferior. La voz se torna ronca y el volumen es bajo. Se pueden notar características adicionales, como respiración jadeante, frases cortas y estridor inhalatorio. Debido a la parálisis del músculo elevador del paladar y de los músculos constrictores de la faringe se produce una hipersonalidad a la hora de hablar. La distorsión de los fonemas varía según las estructuras articulares implicadas.

b.- Síntomas:

- Alteración del movimiento voluntario, automático y reflejo
- Flacidez y parálisis con disminución de los reflejos musculares
- Atrofia de los fibras musculares
- Debilidad o fatiga durante el ejercicio
- Posible afectación de la musculatura respiratoria
- Afectación de la lengua
- Afectación de los movimientos del paladar
- Disminución del reflejo de náuseas
- Deglución dificultosa
- Debilidad de las cuerdas vocales, paladar y laringe
- Alteraciones respiratorias
- Voz ronca y poco intensa
- Articulación consonántica distorsionada

2.- Disartria Espástica.- la afectación se produce a nivel de la neurona motriz superior. El incremento del tono de los músculos laríngeos acarrea un estrechamiento de la apertura laríngea, así como un incremento de la resistencia al flujo de aire. Los pacientes emiten frases cortas.

La voz es ronca y se asocia con frecuencia un tono bajo y monótono. Existe esfuerzo en la fonación, siendo la lentitud en el habla y el acortamiento de frases fenómenos acompañantes probablemente compensatorios. A veces se produce interrupciones fonales o de respiración. Es característico que la articulación de las consonantes sea poco precisa, pudiendo incluso distorsionarse las vocales.

3.- Síntomas:

- Resistencia al movimiento pasivo de un grupo muscular
- Los reflejos de estiramiento muscular están exagerados
- Presencia de reflejos patológico
- La respiración y la fonación no suelen afectarse
- Disfunción articulatoria
- Se asocia a otras patologías (encefalitis, esclerosis múltiple, traumatismo craneales)
- No hay atrofia de fibras musculares
- Frecuente alteración del control emocional
- Emisión de frases cortas
- Voz ronca
- Tono bajo y monótono
- Lentitud en el habla
- Debilidad y espasticidad en un lado del cuerpo, en los músculos distales de las extremidades de la lengua y de los labios.

4.- Disartria Atáxica.- la afectación del cerebelo ocasiona una disartria atáxica. Es a partir de las lesiones cerebelos cuando se deduce que este órgano regula la fuerza, velocidad, duración y dirección de los movimientos ocasionados en otros sistemas motores. En general la afectación del habla ocurre simultánea a las lesiones cerebelos bilaterales o generalizadas.

5.- Síntomas

Como descripción de los trastornos cerebelosos señalamos:

- Hipotonía de los músculos afectados
- La dirección, duración e intensidad de movimientos son lentos e inapropiados en la fuerza
- Posible irregularidad de los movimientos oculares
- Disfunción faríngea caracterizada por una áspera y una monotonía en el tono con escasas variaciones en la intensidad
- Disfunciones articulatorias mediante distorsiones
- Alteraciones prosódicas por énfasis en determinadas sílabas

6.- Disartrias por lesiones del sistema extrapiramidal

El sistema motor extrapiramidal es parte (junto con el diencefalo y el tálamo óptico).

Destacando entre sus funciones las siguientes:

- Regulación del tono muscular en reposo y de los músculos antagonicos cuando hay movimiento
- Regulación de los movimientos automáticos
- Adecuación entre la mímica facial y las sincinesias ópticas

2.- Tratamiento

Objetivo:

- a. Ayudar al paciente a hablar con mayor lentitud
- b. Mejorar las funciones respiratorias para ayudar a la persona a poder hablar más alto
- c. Fortalecer los músculos
- d. Incrementar el movimiento de la boca, la lengua y los labios
- e. Mejorar la articulación de la palabras para que la persona pueda hablar con mayor claridad
- f. Enseñar a los familiares el cuidado de los pacientes con disartria estrategias para una mejor comunicación
- g. En los casos más graves, aprender a usar métodos alternos de comunicación (por ejemplo gestos sencillo, tableros de comunicación con el abecedario o equipo electrónico o computarizado)

Evaluación:

1. Sesión de adaptación al paciente (terapia lúdica)
2. Valoración de los diferentes test
3. Evaluación de la praxias buco faciales: cara, succión, masticación, deglución y babeo.
4. Evaluación de la respiración y soplo
5. Evaluación de los órganos articulatorios: labios, maxilares, paladar
6. Evaluación de la voz prosodia del habla
7. Identificación de anomalías: corporales, tronco, cabeza y hombros
8. Identificación de las alteraciones fonéticas: articulación
9. Evaluación de las actividades vegetativas: risa llanto, tos
10. Evaluación de audición: confirmar o descartar hipoacusia
11. Planificar el tratamiento
12. Iniciar la terapia según lo planificado

Procedimientos:

1. Ejercicios de los patrones de articulación
2. Ejercicios de mímica facial
3. Movimientos linguales en las 4 direcciones
4. Gimnasia respira, soplos de jadeo, espiración prolongada sin o con vocalizaciones
5. Habla con lentitud exagerada
6. Técnicas de empuje (si el paciente tiene posibilidades de hacerlas)
7. Conteo de números, palabras, frases y oraciones con apoyo abdominal
8. Modificación de la posición de la lengua
9. Cuchicheo
10. Ejercicios de mímica facial

Para mejorar el timbre espástico se indicara:

1. Ejercicios relajatorios de tracto buco-laríngeo
2. Emisión con inclinación y rotación buco-faríngeo-laríngeo
3. Emisión con inclinación y rotación de la cabeza
4. Masticación sonora verbal

5. Técnica de bostezo –suspiro
6. Terapia de canto
7. Susurro

Para el control del aumento de la intensidad:

1. Retroalimentación auditiva
2. Contraste d intensidades
3. Masticación sonora natural, seguida de frases y oraciones
4. Masticación sonora verbal
5. Técnica de bostezo – suspiro
6. Conversación mediante canto
7. Variación de tonos e intensidades
8. Imitar patrones de entonación
9. Ejercicios de lectura y escritura
10. Realizar valoraciones periódicas
11. Comprobación de lo aprendido con conversación (Sellars, 2006)

3.2.4. Afasias.

Concepto.- puede definirse como el trastornos o perdida de la comprensión o generación del lenguaje hablado o escrito o ambos aspectos, por le enfermedad adquirida del encéfalo.

Clasificación de las afasias.-

1.- Las afasias afluentes:

a.- Afasia de Wernicke.- este síndrome constituya la más común de las afasias fluentes. Se produce por una lesión cortical a nivel de la parte posterior de la primera circunvolución temporal del hemisferio izquierdo.

b.- Anomia.- aparece como consecuencia de lesiones a nivel de las áreas 39 y 40 de Brodman en el hemisferio izquierdo. La característica prominente de esta afasia es la dificultad para encontrar palabras en el contexto de un habla fluida.

c.- Afasia sensorial transcortical.- se produce al desconectarse las áreas complejas de Wernicke-Broca intactas, del resto del cerebro por una banda del tejido cerebral lesionado.

2.- Afasias de confluencia variables:

a.- Afasia de conducción.- atribuida a la afasia de conducción a una lesión del fascículo arqueado, que desconecta las áreas de Broca y de Wernicke, por esta razón el paciente no puede repetir lo que escucha a pesar de tener una comprensión aceptable y un habla espontaneas, con una buena secuencia fonológica.

3.- Afasias no afluentes:

Afasia de Broca.- se produce por una lesión en el área opercular izquierda y l sustancia blanca subyacente. Las alteraciones principales son la gran dificultad articulatoria, la restricción del vocabulario, el gramatismo y la perseveración en el automatismo fonéticos simples.

Afasia motora transcortical.- se produce por lesiones frontales anteriores al área de broca. Como la afasia sensorial tranascortical principal es la gran dificultad que tiene el paciente para iniciar y lograr respuestas en la conversación.

Afasia global.- se produce por lesiones intensas en las áreas persilvianas y la sustancia blanca subyacente. Están comprometidos los componentes del lenguaje y el repertorio del paciente está restringido a similares ruidos vocálicos.

Afasias subcorticales.- son producidas por lesiones usualmente hemorrágicas de los núcleos profundos del cerebro y la cápsula interna. Se caracteriza por la alteración severa de la articulación y la hipotonía.

Diagnóstico

Evaluación.- aplicación del Test de H. Goodglass y E. Kaplan, mediante un análisis cuantitativo del repertorio del paciente (producción) del paciente.

El test se fundamenta en los siguientes principios generales:

1. Organización del lenguaje a nivel de las diferentes estructuras cerebrales
2. Análisis de los componentes aislados del lenguaje
3. Las interacciones funcionales entre los diversos componentes del lenguaje.

Objetivos

1. Diagnóstico y tipificación del síndrome afásico
2. Localización de la lesión cerebral
3. Evaluación de las limitaciones y posibilidades con miras a la rehabilitación

Procedimiento

1. Que lleve a cabo ordenes habladas de una, dos o tres partes
2. Que señale objetos comunes y no comunes parte de ellos y zonas del cuerpo
3. Que repita palabras, frases y oraciones completas después que las diga el terapeuta
4. Que lea pasajes de un libro o periódico y ejecute órdenes escritas (Victor A. y., 2001)

3.2.5. Tratamiento en Terapia Ocupacional.

Se considera el aspecto neurofisiológico para aumentar el desarrollo del lado no afectado y convertirlo en dominante, combinando las necesidades de la independencia personal o de trabajo.

Una evaluación inicial cuyo objeto es generar una base de datos donde se determina cuáles son los problemas y necesidades reales del paciente hemipléjico en cada momento, basándose en diversos factores tales como: el tipo y severidad de la lesión, fase de evolución en la que se encuentra, enfermedades asociadas, entorno socio-familiar, actitud del enfermo frente a la terapia.

Se realiza valores de los siguientes aspectos:

1.-Valoracion motora:

- Patrones posturales y de movimiento
- Patrones típicos de la espasticidad o hipertonicidad
- Descripción de las habilidades motrices
- Incapacidades motrices o funcionales
- Movilidad de hombro, codo, antebrazo, muñeca y mano
- Goniometría

2.- valoración motora, determina grados de fuerza del miembro superior

Test Muscular:

0° Ausencia de contracción muscular

1° Contracción muscular en mínimo grado que nos permite desplazar la articulación

2° Cuando existe contracción muscular mayor, que puede ser palpable, visible y permite el desplazamiento articular a favor de la gravedad

3° Contracción muscular palpable, visible y permite el desplazamiento articular en contra de la gravedad

4° Contracción muscular palpable, visible que permite el desplazamiento articular y contra mínima resistencia

5° Contracción muscular palpable, visible que permite el desplazamiento articular y contra una gran resistencia

3.- Grados de espasticidad:

Grado 0. Al hacer estiramiento no aparece contracción

Grado 1. Al estiramiento aparece contracción solo visible o palpable

Grado 2. Al estímulo de estiramiento se nota un pequeño resalte

Grado 3. Se desencadena una contracción clara o clonus que dura un 4 a 5 segundos

Grado 4. Hay espasticidad clara que tarda en desaparecer

4.- Valoración de la sensibilidad táctil y propioceptiva

- Sensibilidad táctil
- Sensibilidad propioceptiva
- Estereognosia

5.- Valoración de la coordinación motora

- Coordinación gruesa
- Coordinación fina

6.- Valoración Cognitiva

- Orientación: tiempo, lugar
- Percepción: identificación visual de objetos, formas, percepción espacial, consistencia de objetos y praxis
- Operaciones mentales: categorización, clasificación de objetos estructurados y no estructurados, secuencia de dibujos, secuencia geométrica.
- Organización visomotora: formas geométricas, diseño de bloques, dibujo de un reloj, construcción de modelos con pivotes
- Aprendizaje: recepción de datos, comprensión de la información, retención a largo plazo, transferencia de conocimiento, capacidad de aprendizaje del paciente

7.- Valoración de las actividades de la vida diaria

- Lavado y aseo personal
- Baño
- Vestido
- Alimentación
- Uso del servicio higiénico
- Movilidad en la cama
- Deambulación

- Comunicación

8.-Valoracion ocupacional

- Adaptación de la persona-del trabajo-de la comunidad
- Formación laboral
- Ubicación laboral

9.- Evaluación de las destrezas

- Destrezas adaptativas simples
- Destrezas adaptativas compuestas
- Destrezas adaptativas complejas

10.- Terapia funcional

- Movimientos pasivos, pasivos asistidos, pasivos auto asistidos
- Movimiento activo, activo asistido, activo libre, activo auto asistido, activo resistido
- Movimiento resistido (Edison Á. , 2001)

3.2.5. Técnicas especiales de terapia ocupacional para el tratamiento.

3.2.5.1. Técnica de Bobath.

Se basa en la comprensión del movimiento normal utilizando todos los canales perceptivos para facilitar el movimiento normal y las posturas selectivas que aumenten la calidad de la función

Se basa en los siguientes pasos:

1. Las habilidades básicas deben aprenderse o mejorarse antes que las complejas.
2. Las habilidades básicas del tronco o tras que ayuden a desarrollar, rastreo, posición cuadrúpeda, control del tronco, sedestación, bipedestación, transferencia de peso, elevarse y andar.
3. Control postural y la estabilidad son esenciales para el movimiento.
4. El movimiento correcto se debe facilitar mediante el posicionamiento, el uso de puntos clave del control en el cuerpo, el contacto correcto en el paciente y el uso de la estimulación sensorial.

5. El esquema motor central del cerebro puede ser modificado mediante la experimentación de los patrones de movimiento normales.

Etapa Flácida.-

1. Rotación del decúbito dorsal al decúbito lateral
2. Preparación del paciente para sentarse y pararse
3. Preparación para caminar sin circunducción
4. Control de aducción y abducción en la cadera en decúbito dorsal
5. Equilibrio del tronco en posición sentado
6. Trabajo para apoyar el brazo extendido al sentarse
7. Control del brazo en el hombro
8. Movilización de la cintura escapular (Davies, 2003)

3.2.5.2. Método de Kabat.

Método de reeducación global que consiste en fortalecer o en suscitar el acto motor voluntario del paciente por un desencadenamiento simultáneo y sincronizado de la mayor cantidad posible de estímulos que faciliten la respuesta al sistema neuromuscular.

Se ejecuta de la siguiente manera:

1. Un estiramiento brusco del segmento involucrado durante 1 o 2 minutos con el propósito de prepararlo para obtener respuesta adecuada es decir aplicamos el reflejo de estiramiento.
2. Empleamos reflejos posturales cualquiera de ellos dependiendo del segmento, pero preferiblemente de enderezamiento del cuello o reflejo tónico del cuello.
3. Realizar movilización pasiva por grupos musculares d 1 o 2 minutos, las mismas que si la condición del paciente lo da, puede transformarse en activa.
4. Hacer reversión de los músculos antagonistas para lo cual podemos emplear la técnica de estabilización rítmica.
5. Podemos estimular mediante fricción con hielo para inhibir la presión ejercida en el paso anterior.

3.2.5.3. Método de Brunstrom.

Este método está concebido para el tratamiento específico de los problemas motores de la hemiplejía. Es un método de reeducación neurológica motora que emplea los reflejos y estímulos neuromusculares con él con el objeto de estimular los posibles sensitivos motrices de los pacientes hemipléjicos con traumatismos craneanos. (Downie, 2006)

Como se realiza la técnica:

- Estimulación cutánea que refuerza músculos en particular
- Retroinformación sensorial y visual, así como la sensación del éxito al lograr un movimiento voluntario, que sirve como motivación al paciente,
- Reaprendizaje se produce siguiendo la secuencia de recuperación
- Los nuevos movimientos se repiten para lograr una ejecución suave

3.2.5.3. Técnica de Rood.

Está diseñada para cualquier tipo de disfunción que afecta al control motor. Es la activación, facilitación e inhibición, movimiento de la acción muscular voluntaria e involuntaria a través del arco reflejo anatómico intacto.

Se utiliza para disminuir el espasmo muscular protector, incrementar la excursión de los tejidos blandos y despertar reacción muscular normal.

Forma de realización de la Técnica de Rood

1. Contacto con un pincel por el lapso de 5 segundos de proximal a distal
2. Linchamiento con alguna forma roma por 5 segundos
3. Presión con la punta roma de un alfiler o con la cabeza del mismo
4. Utilización de hielo de proximal a distal durante 5 segundos
5. Secado con una toalla

6. Pelliscamiento de proximal a distal en el vientre muscular
7. Presión con el pulpejo de los dedos en el musculo que puede ir acompañado de presión con estiramiento
8. Masaje superficial de 1 a 3 minutos de proximal a distal utilizando el talco
9. Comprensión articular intensa y flexión de la misma
10. Flexión movilidad activa por parte del paciente

3.2.5.4. Técnica de Frenkel.

Está recomendada para patologías del SNC que cursen con pérdida de propiocepción. El principio básico consiste en corregir de continuo la disfunción cerebelosa con la ayuda de los sistemas oculares y artocinético. La progresión no se realiza en la potencia sino en la complejidad del movimiento.

Estos ejercicios ayudan a mejorar la propiocepción en los miembros superiores e inferiores y lógicamente son de dificultad progresiva, comenzado por ejercicios simples, sin resistencia ni contra gravedad y siendo progresivamente más complejos, avanzando hacia patrones globales en los que intervienen varias articulaciones. Los ejercicios se basan en una realización muy lenta y perfecta de los mismos y sobre todo en las repeticiones continuas de los mismos. A cada tiempo de trabajo corresponde un tiempo de reposo. Se suele indicar al paciente que los ejercicios que ya conoce, así como los que aprende cada día sean realizados al menos 3 o 4 veces al día, para concientizarle además de que es parte del tratamiento y que sin su colaboración no podemos hacer absolutamente nada. Al comienzo de los ejercicios su utilidad es para controlar los movimientos y si la propiocepción está bastante afectada, se lo colocará en una posición de partida en la cual pueda ayudarse de la visión. Los movimientos son primero rápidos, luego lentos con los ojos abiertos y luego cerrados.

3.2.5.5. Técnica de Perfetti.

Se basa a la vez en la neuromotricidad y en la psicomotricidad. Asigna una gran importancia a la programación del movimiento, la cual atraviesa por un proceso de captación de información que denomina "hipótesis perceptiva". Esta hipótesis debe ser confrontada en todo momento con las sensaciones generadas por el movimiento. Perfetti insiste entonces en la reducción de la sensibilidad como punto de partida de la reducción motriz. Se comienza la reducción del miembro superior por la mano, ello se debe a que esta es por excelencia el órgano sensorial del miembro superior.

Tratamiento de la sensibilidad profunda y superficial.- en el tratamiento de la sensibilidad profunda o propiocepción el objetivo principal es que el paciente sepa distinguir posiciones y direcciones del movimiento. Las actividades utilizadas son muy variadas entre ellas:

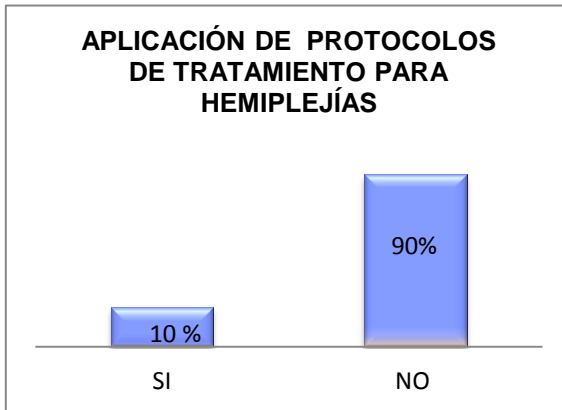
- Imitación por parte del paciente de las posiciones en las que se coloca el terapeuta de los miembros inferiores y superiores, primero frente a él, luego frente al espejo.
- Hacer apoyos con la muñeca en extensión sobre la mesa.
- Coger objetos de diferentes tamaños
- Ejercicios contra resistencia (lijar sobre una mesa).
- Botar pelota

La sensibilidad superficial se trabaja estimulando con distintos tejidos, presiones y temperaturas.

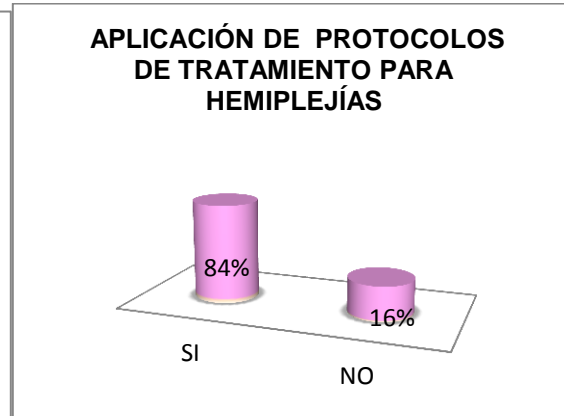
3.2.6. Evaluación del resultado de la Aplicación de Protocolos.

El equipo multidisciplinario de rehabilitación en un 90% No aplica protocolos y solo un 10% Si lo realiza, con la implementación el programa el 84% Si aplica y solo el 16% no aplica protocolos de atención para paciente hemipléjico.

Antes



Después



Fuente: revisión de historias clínicas del servicio de rehabilitación
Elaborado: Maestrante

3.2.6.1. Análisis de la Aplicación de Protocolos.

En el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, ha existido durante el tiempo la aplicación de procedimiento en cada área integrante del servicio, quedando limitado el uso de protocolos médicos utilizados para el diagnóstico de la nosología clínica neurológica traumatológica, genética, que ocasionan deficiencia o discapacidades temporales o permanentes.

El aporte del presente estudio está orientado a la implementación y aplicación de protocolos específicos para cada una de las áreas del servicio de rehabilitación por lo que se hace muy difícil tener resultados en periodos cortos, pues los tratamientos aplicados corresponden a la patología diagnóstica en base al tipo de lesión, funciones y tipo de hemiplejías y los tratamientos en rehabilitación se lo hacen a largo plazo.

Hasta la presente fecha los protocolos son aplicados y no pude evaluar los resultados en un tiempo de 3 meses. Sería conveniente que el resultado de la aplicación de los

protocolos debe evaluarse en un periodo de un año. Lo que requiere de nuevas investigaciones con los instrumentos técnicos pertinentes, (Anexo No. 14)

3.3.- RESULTADO 3

3.3.1. NORMAS ELABORADAS E IMPLEMENTADAS APLICACIÓN DE TRATAMIENTOS DE LOS PACIENTES HEMIPLEJICOS PERSONAL DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN.

Para lograr la excelencia es necesario contar con instrumentos que faciliten los procesos técnicos de calidad de atención y administrativos de las organizaciones, por lo cual las Normas de Manejo son sencillas y actualizadas.

Las normas son regulaciones técnicas que sirven para garantizar que los servicios que contratamos o los productos o servicios que adquirimos cumplan con parámetros o determinados procesos, con el fin de proteger la vida, la seguridad y el ambiente. (prevencion, 2013)

Las normas son una serie detallada de instrucciones para ejecutar una secuencia de acciones que se presentan con frecuencia, dichos de otra manera es un plan permanente que contiene lineamientos detallados para manejar las acciones que se presentan con más frecuencia r en beneficio de todos los pacientes que acuden a recibir rehabilitación en el servicio.

Fecha: 15 de Agosto del 2013

Lugar: Área de Terapia Ocupacional

Participantes: Equipo Técnico

Objetivo: Normas unificadas para el manejo del paciente hemipléjico en el servicio de rehabilitación

3.3.1 Agenda para elaborar normas.

Actividades	Responsables	Fecha	Hora	Evaluación
1.- Reunión para organizar y elaborar las normas de atención del paciente hemipléjico con el equipo técnico	Maestrante	2,5,7,8 y 9 /08/13	14h00 a 17h00	Personal acepta el uso de normas Elaboración de normas
2.- Lectura y aprobación de las normas de atención	Maestrante	15, 16 y 19 /08/13	14h00 a 17h00	Aprobación de la normas
3.- Aplicación y cumplimiento de las normas	Maestrante	Septiembre 2013	Horas laborables	Cumplimiento de las normas

3.3.1.1 Metodología.

El equipo técnico realizó varias reuniones para elaborar, aplicar y ejecutar las normas sobre el manejo del paciente hemipléjico nos permitió realizar métodos básicos de evaluación e intervención de la aplicación de tratamientos de las diferentes áreas para brindar mejor atención y coordinación con la finalidad de buscar satisfacer las necesidades del paciente y trabajar con eficiencia y eficacia.

3.3.2. NORMAS DE ATENCIÓN AL PACIENTE HEMIPLÉJICO.

El paciente hemipléjico debe seguir los siguientes pasos para recibir tratamiento por parte del equipo multidisciplinario de rehabilitación del Hospital Eugenio Espejo

2.- Indicaciones de secretaría

a.- Informar al paciente que médico le va a brindar atención

b.- Informar al paciente el flujo, grama a seguir

c.- Informar cómo se va a realizar la subsecuencia del tomo del turno al final de su tratamiento o sesiones a recibir:

1.- Consulta con el médico fisiatra

1. Evaluación
2. Diagnóstico
3. Prescripción del tratamiento de rehabilitación para cada área
4. Indicar número de sesiones a recibir las que pueden variar de 15 a 20 días para recibir su tratamiento y después tomara un turno para su nueva evaluación.

3.3.3. NORMAS POR CADA ÁREA.

3.3.3.1. Hidroterapia.

Paciente debe recibir indicaciones de cómo se llevara a cabo su tratamiento ya que es el área donde se inicia el mismo:

1. Paciente debe recibir indicaciones por parte del auxiliar de rehabilitación para el ingreso a la hidroterapia y uso de la Tina de Hobarth.
2. Vigilar si la posición del paciente que sea la correcta y sobre todo que el hidromasaje este en el lado hemipléjico.
3. Indicar al paciente que mientras esta en la tina debe tratar de mover su lado paralizado para mejorar la relajación.
4. El paciente debe estar en la tina de 15 a 20 minutos
5. El auxiliar de rehabilitación debe indicar a un familiar que siempre este presente durante el tiempo y tratamiento de hidroterapia
6. El auxiliar debe ayudar al paciente a salir de la tina de Hobart conjuntamente con un familiar y ser guiado a los duchas.
7. Indicar cuál es el área siguiente para su tratamiento.

3.3.3.2. Área de terapia física.

Luego del diagnóstico por parte del médico se realizara:

1. La coordinación de área indicara que terapeuta le dará atención personalizada durante las sesiones a recibir.
2. Evaluación del tono muscular, movilidad, sensibilidad y se procederá a una terapia continua y progresiva.
3. Indicar que tratamiento después de la evaluación se realizará dependiendo de la etapa que presenta la hemiplejía.
4. Se indica la hora y cuáles son las normas internas del área para recibir su tratamiento.
5. Evaluación e informe de tratamiento en el área por cada terapeuta de su respectivo paciente
6. Enseñanza a la familia
7. Programa en casa
8. Enviar hoja de evaluación del área de Terapia Física para consulta y control del médico fisiatra.

Se realizara el tratamiento en la etapa flácida para así evitar la espasticidad que consta de los siguientes pasos:

El Terapeuta Físico se encarga de hacer las siguientes actividades:

1. Movilidad pasiva del hemilado afectado
2. Poleoterapia
3. Reeduación muscular
4. Corrección postural y bipedestación
5. Movilidad y fortalecimiento en el sano
6. Educación a la familia para realizar rehabilitación en su domicilio

Este tratamiento se realizar para evitar la espasticidad.

Si se presenta la etapa espástica en el paciente hemipléjico el tratamiento a seguir será el siguiente:

El Terapeuta Físico realizará las siguientes actividades:

1. Técnicas de relajación propioceptivas: Bobath y Kabath

2. Movilidad activa asistida
3. Reeducción muscular
4. Fortalecimiento muscular
5. Cambios de decúbito
6. Trabajo de equilibrio estático y dinámico
7. Reeducción de la marcha
8. Movilidad y fortalecimiento del lado sano
9. Enseñanza a la familia para realizar terapia en su domicilio

3.3.3.3. Área de Terapia Ocupacional.

- La coordinación de área indica al paciente que Terapeuta le brindará su tratamiento desde su inicio hasta concluir sus sesiones de rehabilitación.
- Se indica la hora y cuáles son las normas internas del área para recibir su tratamiento.
- Se realizará una evaluación inicial al hemipléjico por parte del terapeuta para determinar en qué fase de la hemiplejía se encuentra.
- Se realizará una evaluación de la parte funcional, AVD, sensibilidad, el grado de espasticidad y flacidez del paciente
- El terapeuta siempre estará presente durante la ejecución del tratamiento del hemipléjico.

El tiempo de duración terapia ocupacional es por 45 minutos con los siguientes pasos:

1. Terapia funcional
2. Mejorar la movilidad
3. Técnicas de relajación: bobath, brustron, kabat (prescripción del médico)
4. Técnicas especiales: Técnica de Rood, mejorar la propiocepción (prescripción del médico)
5. Mejorar la coordinación
6. Mejorar la habilidad y destreza
7. Mejorar la fuerza muscular
8. Indicaciones de confección de férulas si fuese el caso

9. Enseñanza y uso de ayudas técnicas si fuese el caso
10. Entrenamiento de las Actividades de la Vida Diaria
11. Enseñanza a la familia
12. Programa en casa
13. Evaluación e informe de tratamiento en el área por cada terapeuta de su respectivo paciente
14. Enviar hoja de evaluación del área de Terapia Ocupacional para consulta y control del médico fisiatra.

3.3.3.3. Área de Terapia de Lenguaje.

Es remitido por el médico fisiatra, quién se encarga de hacerle una valoración general y decide que terapias debe tomar.

Si el paciente es referido al área de Terapia del Lenguaje se llevara a cabo los siguientes pasos:

1. Se designa el Terapeuta del Lenguaje quién le brindará atención y hará el tratamiento respectivo.
2. Se abrirá una historia clínica correspondiente para cada paciente hemipléjico.
3. Se realizar una evaluación con el Test de Boston.
4. El paciente siempre debe estar acompañado por un familiar que conozca del caso para proporcionar datos.
5. Luego de la evaluación, se llega a definir el tipo de patología y se da el respectivo tratamiento.
6. Diseñar un programa individualizado en el que se incluye metas a corto y largo plazo.
7. Informe de evolución del paciente para el médico tratante

TRATAMIENTO PARA AFASIA GLOBAL:

Se reeduca en su propio cuerpo, en objeto y en láminas: el esquema corporal, los campos semánticos:

1. Reeducción del lenguaje automático oral

2. Se lo reeduca con la emisión de días de la semana
3. Contar meses del año
4. Canciones cortas como el feliz cumpleaños
5. Copia de letras, números, palabras aisladas y frases cortas

TRATAMIENTO PARA AFASIA DE WERNICKE:

1. Se realiza ejercicios para mejorar la atención y la disminución de la logorrea,
2. Se trabajara en la orientación temporo espacial
3. Se realizara discriminación visual y auditiva
4. Ejercicios de memoria inmediata y remota
5. Clasificación de objetos
6. Se realizara ejercicios en la comprensión y ejecución de órdenes simples
7. Dictado de palabras y frases cortas

TRATAMIENTO PARA AFASIA DE BROCA:

1. Reeducción de los fonemas, en forma aislada en la palabra y en frases cortas
2. Se rehabilitara la atención y capacidad de comprensión, orientación, memoria a corto y largo plazo
3. Ejercicios para mejorar la capacidad de procesar la información
4. Ejercicios para la comprensión auditiva, comprensión de lectura, copia y dictado

3.3.3. Metodología.

Se realizan convocatorias para reuniones con el Equipo Técnico donde se facilita y se provee de bibliografía, normas libros, revistas, información por internet para la elaboración de Normas.

En base a esta información bibliográfica y en relación a la realidad de oferta y demanda del servicio, se solcito en forma verbal a cada terapeuta de las diferentes áreas que conforma el equipo técnico redactar las normas y de toda esta información, se realizó una revisión con el médico coordinador conjuntamente con el apoyo del médico facilitador

llegamos a un consenso para la elaboración de normas las mismas que se redactaron de forma exclusiva como una guía de manejo interno solo para el servicio de rehabilitación del Hospital Eugenio Espejo, las que fueron aprobadas e implementados por todo el equipo de rehabilitación y tuvo una acogida positiva para su uso y con esto se pude satisfacer las necesidades del paciente hemipléjico.

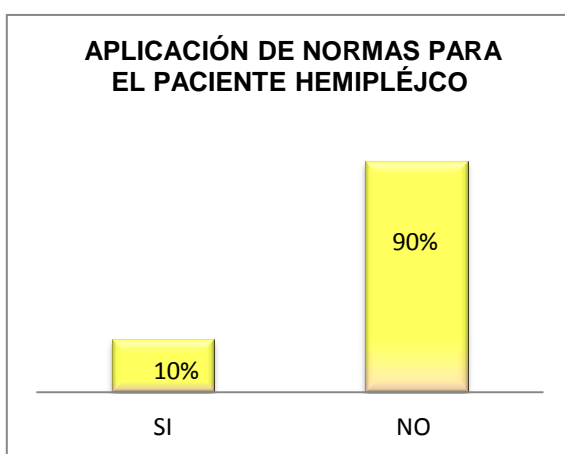
Se las aplicaron en un periodo de 3 meses para determinar el uso adecuado de las normas y para realizar la evaluación y verificación se lo hace en la revisión de las historias clínicas y en la hoja de evaluación del paciente hemipléjico de cada área.

Adicional a esto se firma un acta de compromiso para su aplicación y continuidad del uso después de terminado el proyecto, (Anexo No. 15 y 16)

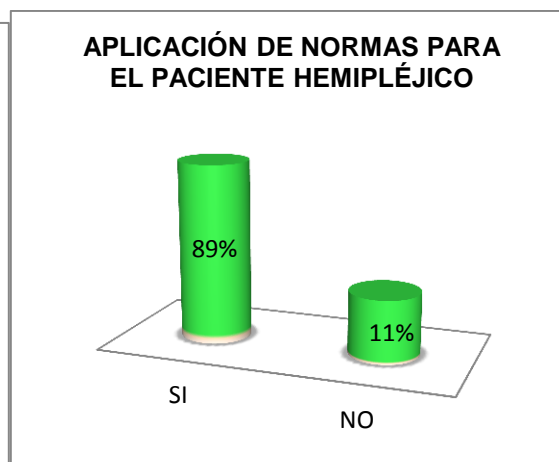
3.3.5. Evaluación del resultado de la Aplicación de Normas.

El equipo multidisciplinario de rehabilitación en un 90% No aplicaba normas y solo un 10% Si lo realizaba, con la implementación el programa el 89% Si aplica y solo el 11% no aplica normas de manejo para paciente hemipléjico.

Antes



Después



Fuente: revisión de historias clínicas del servicio de rehabilitación
Elaborado: Maestrante

3.3.6. Análisis de Resultado 3.

En el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, existido un inadecuado uso de normas ya que se lo hacía de acuerdo a cada área, presentando valencias en este proceso, provocan malestar y descontento en los pacientes por una falta de coordinación entre áreas lo que provoca una discontinuidad en el tratamiento a seguir.

Con la aplicación de normas durante 3 meses ha facilitado la atención y se ha brindado facilitación para la toma de turnos y los tratamientos de este modo se acortan el tiempo de espera y se mejora a atención.

Se continuara con la aplicación de normas en el servicio, la misma que será evaluada a largo plazo y terminar el porcentaje de su utilidad y beneficios para el servicio y sus usuarios.

3.4. RESULTADO 4

3.4. PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN A LOS FAMILIARES SOBRE EL MANEJO Y CUIDADO DEL PACIENTE HEMIPLEJICO ELABORADO Y DISTRIBUIDO.

Los pacientes con hemiplejía mientras reciben su tratamiento en un centro de rehabilitación, deben realizar ejercicios en casa con el apoyo de la familia, basada en la enseñanza y educación por parte de los terapeutas, considerando que la rehabilitación ayuda a mejorar la calidad de vida del paciente con hemiplejía y son sigo recibir rehabilitación integral y adecuada.

Logrando que la aplicación de los ejercicios en su medio, permita promover la participación de la familia, la comunidad, la sociedad en la atención y recuperación del enfermo convirtiéndose en un elemento importante de la prevención y promoción de su salud, además se logra una atención integral al enfermo y los costos de la transportación se reducen para su familia. Por lo que el enfermo recibe atención individual y así se refuerza la relación entre el paciente y rehabilitador.

3.4.1. Programa de educación a usuario externo con hemipléjico y sus familiares sobre el manejo y complicaciones.

Fecha: del 16 al 17 de Septiembre del 2013

Lugar: Área de Terapia Ocupacional

Participantes: Equipo Técnico

Objetivo: Implementar ejercicios de rehabilitación y cuidados en el domicilio del paciente hemipléjico

3.4.1.1. Agenda del programa educativo.

Actividades	Responsables	Fecha	Hora	Evaluación
1.- Diseño, elaboración e impresión del material educativo para los pacientes y la familia	Maestrante	2 y 3/09/13	13h00 a 15h00	Enseñanza y educación para la familia del paciente hemipléjico
2.- Organización del Taller de educación, selección de los temas y enseñanza a los pacientes y sus familias	Maestrante	13/09/13	13h00 a 15h00	Temas seleccionados para el programa
3.-Implementación del taller: -Conformación de grupos de trabajo -Desarrollo del programa	Maestrante	16 al 27/09/13	8h00 a 10h00	Listado de familiares que asisten al programa
4.- Aplicación de encuesta sobre el programa educativo y el material entregado	Maestrante	30/09/13	12h00 a 16h00	Familiares que asisten al programa

3.4.1.2. Metodología.

El programa se desarrolló en el servicio de rehabilitación con varias reuniones con el equipo técnico, quienes se encargan de educar y dar información de cómo se debe manejar, realizar ejercicios en casa, cuidados y complicaciones de la enfermedad con la demostración y la práctica de ejercicios dirigidos hacia los pacientes hemipléjicos y sus familiares,(Anexo No. 17 y 18).

Se orienta a los pacientes a realizar las actividades y tareas de acuerdo la etapa de la patología y el tiempo de debe hacer la rehabilitación en su domicilio con la ayuda y colaboración de un familiar y al finalizar se realizó una encuesta sobre la implementación del programa

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO

El servicio de medicina física y rehabilitación, brinda tratamientos tempranos y oportunos para satisfacer las necesidades en beneficios de nuestros pacientes.



**SOLO CON UN PERSONAL CAPACITADO
SE PUEDE BRINDAR ATENCIÓN DE
CALIDAD EN SALUD**



3.4.1.2. EJERCICIOS APLICADOS PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE HEMIPLÉJICO INDICACIONES A LOS FAMILIARES.

CONSEJOS PARA LA FAMILIA

Las fases iniciales abrigue al paciente en la cama de modo que la ropa no le presiones y no sude.

- Tenga cuidado con las posturas del paciente en la cama.
- Durante el día cambie de postura al paciente hemipléjico cada 2 horas.
- Si aparecen enrojecimiento en alguna zona comuníquelos sin demora al médico.
- Sitúe los objetos personales, Tv y mesillas en el lado afectado para autor reconocerlo.
- Movilice la cabeza del paciente y dele alimentos de distintas texturas (si no hay impedimento para ello).

Movilizaciones más frecuentes a realizarse:

Volteo.- atrae hacia él la pierna alejada tirando desde la cadera y le pide al enfermo que agarre su brazo para dirigir la dirección del movimiento.

El paciente debe colocarse para que su cuerpo acompañe al movimiento que realiza el familiar y se desplace.



Desplazamiento lateral:

Empezamos a movilizar la parte superior del cuerpo, se le pide que mire hacia el familiar, le abraza por el hombro alejado para que el tronco gire sobre el hombro cercano, para mover las piernas, el familiar pone las manos bajo la cadera, desplazándola a 90 grados moviendo la pierna cerca y alineando la pierna contraria.

En esta posición, el paciente se encuentra justo al borde lateral, se debe sacar las piernas por fuera, flexionando las rodillas, para que se mantenga colgado, con una de la manos llegan a la espalda del paciente por debajo del cuello y se le pide agarre la espalda de su familiar para poder sentarlo, una vez sentado deba acomodarlo. (Davies, 2003)



Para sentarlo correctamente al paciente en una silla o sofá:

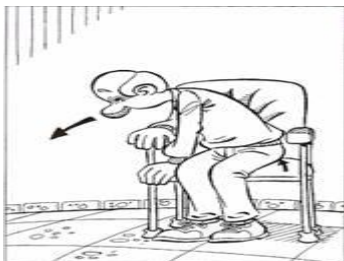
Al paciente debe dejar caer el peso de su cuerpo sobre la cadera para que su espalda quede pagada a la silla.

El paciente debe apoyarse sobre la silla, haciendo un esfuerzo para levantarse, como medio de seguridad los pies se enfrentará contra los del familiar y sus rodillas quedan entre las del familiar como modo de freno, al paciente se le debe realizar movimientos al contrario de la lesión, en dirección a la espalda para poder colocarlo en una posición adecuada.



EJERCICIOS DE MANTENIMIENTO Y AUTOMOVILIZACIONES

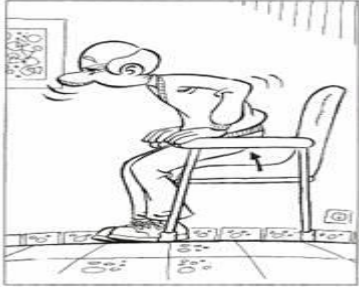
En posición sentada:



Girar hacia un lado y otro hacia delante



Inclinar el tronco

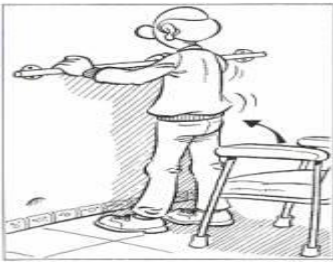


Levantarse las nalgas de la silla

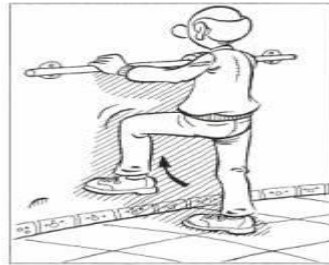


Mover los hombros

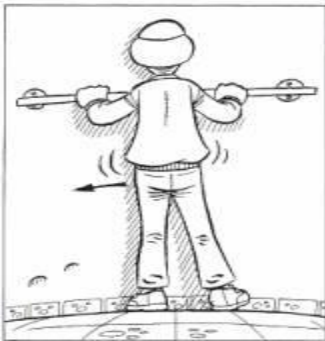
En posición de pie:



Levantarse con una barra o apoyado a una mesa.



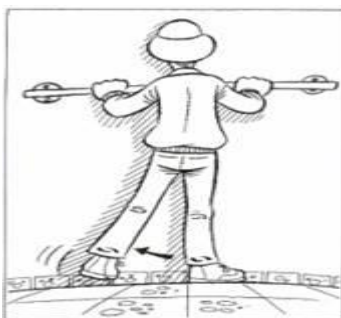
Levantar la rodilla.



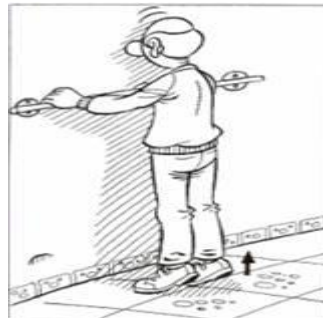
Cambiar el peso de una pierna a la otra



Llevar el pie hacia delante y hacia atrás



Levantar la pierna a un lado



Puntillas y talones



Levantar la pierna en extensión

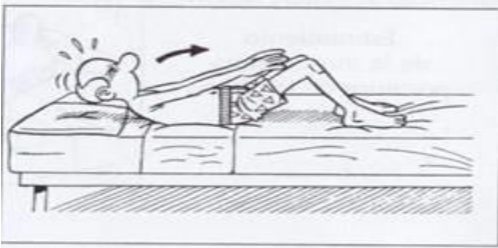


Levantar los pies del suelo

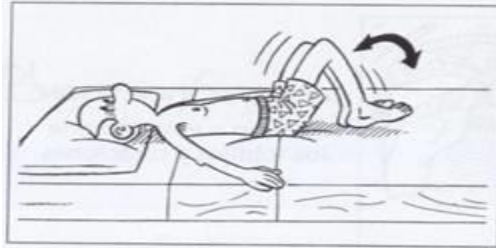
- **En decúbito para el Miembro Inferior**

Fortalecimiento de los abdominales:
Intentar llevar el tronco hacia las rodillas

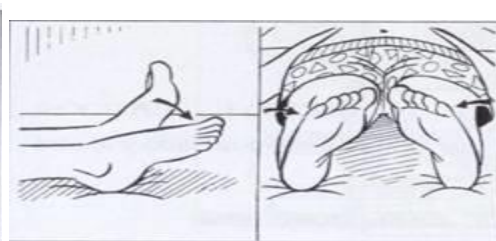
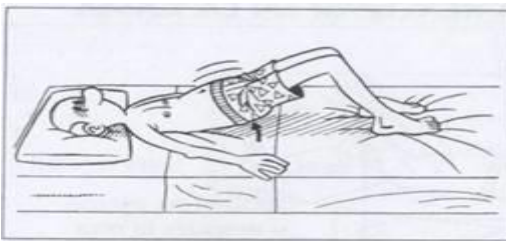
Girar las piernas hacia un lado y hacia el otro



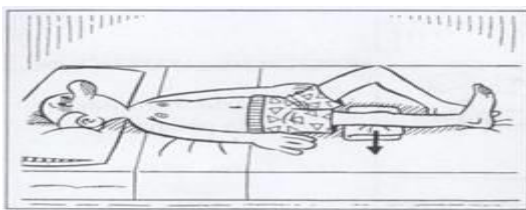
Levantar el tronco de la cama



Mover los pies

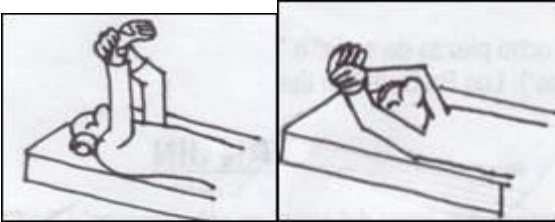


Con la pierna estirada, apretar el cojín hacia la cama: (Davies, 2003)



- **En decúbito para el Miembro Superior**

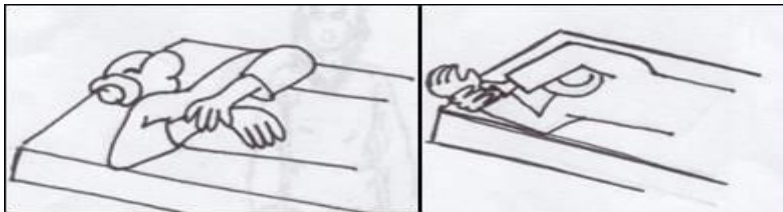
- Agarra con la mano sana la muñeca hemipléjica
- Levantar el brazo hemipléjico hasta extender completo el codo
- Levantar el brazo hemipléjico hasta la cabecera de la cama y volver a la posición inicial



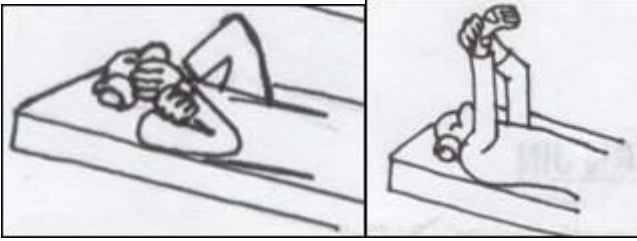
- Agarrar con la mano sana la muñeca hemipléjica
- Levantar el brazo hemipléjico hasta la extensión completa de codo
- Llevar el brazo hemipléjico hasta el tórax del lado sano y volver a la posición inicial



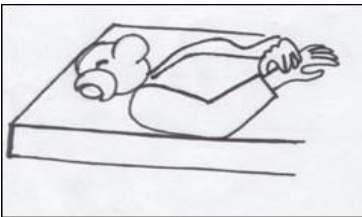
- Coger el brazo hemipléjico, que se encuentra abierto el hombro y 90° de flexión de codo.
- Sin despegar el brazo del colchón, llevarlo hacia atrás, hacia la cabeza



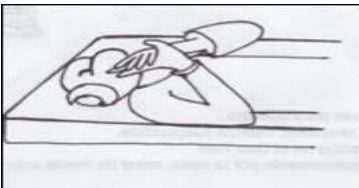
- Flexionar el codo hasta la altura del hombro
- Extender el codo tirando de la mano hacia arriba



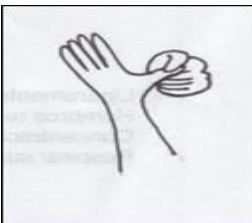
- Coger la muñeca hemipléjica con el brazo apoyado sobre el colchón y el antebrazo descansando sobre el tórax
- Realizar una pronosupinación del antebrazo: sin mover el codo, con la mano sana girar la muñeca en un sentido y en el otro



- Coger la muñeca hemipléjica con el brazo apoyado sobre el colchón y el antebrazo descansando sobre el tórax
- Realizar una extensión de los dedos y de la muñeca



- Desde la posición anterior, movilizar el pulgar en todos sus movimientos posibles



Recomendaciones Generales para todos los ejercicios:

- Realizar los ejercicios, sin agotarse, tantas veces como pueda
- Procurar mantener unos segundos cada posición (Davies, 2003)

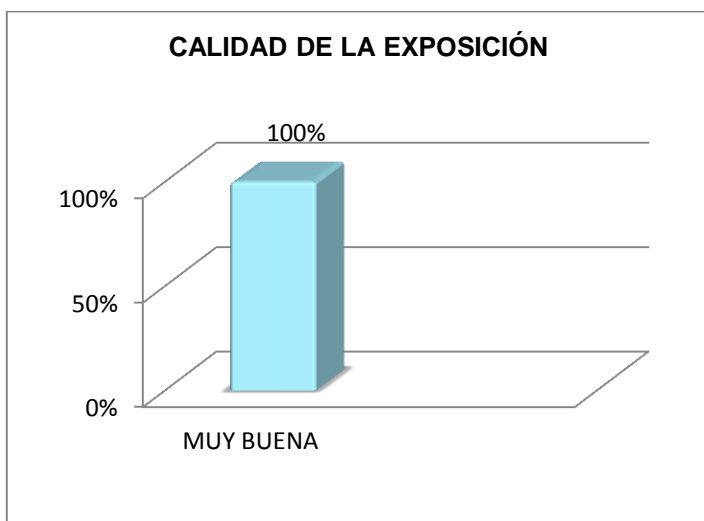
3.4.2. Evaluación del resultado 4 Programa de Educación.

Al finalizar el taller se realizó una encuesta a 26 familiares de los pacientes para ver el impacto del material y la capacitación y se obtuvieron los siguientes resultados.

1.-¿ La calidad del programa educativo fue?

GRÁFICO No. 1

De los asistentes al programa educativo el 100% indica que la calidad de la exposición por parte del equipo técnico fue muy buena.

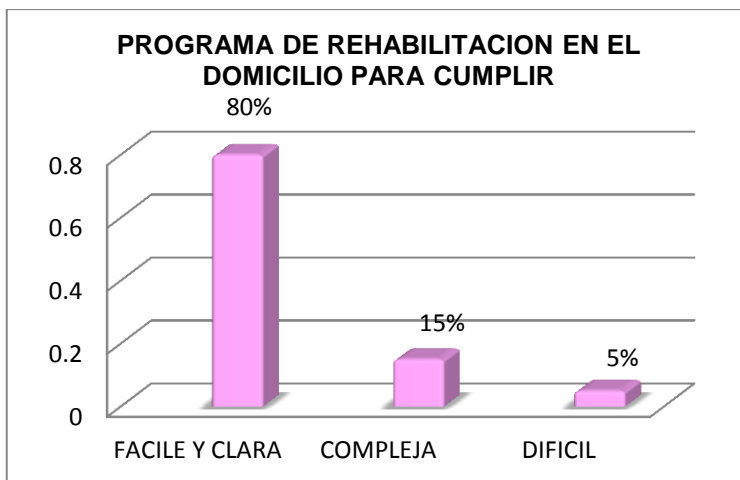


Fuente: encuesta dirigida a los familiares del taller educativo
Elaborado por: Maestrante

2.-¿ El programa educativo a cumplir en el domicilio es?

GRÁFICO No.2

Los familiares indican que el 80% del programa es fácil y claro, el 15% es complejo y el 5% es difícil de realizar

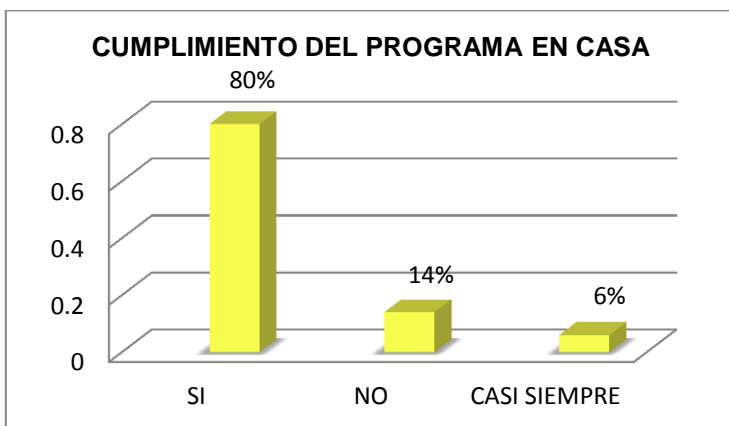


Fuente: encuesta dirigida a los familiares del taller educativo
Elaborado por: Maestrante

3.- ¿El programa educativo entregado a los familiares lo ejecutaran en el domicilio?

GRÁFICO No.3

Después de entregar y leer el material educativo a los familiares el 80% considera que lo ejecutaran en el domicilio, el 14% indican que no lo cumplirán y el 6% lo harán casi siempre.

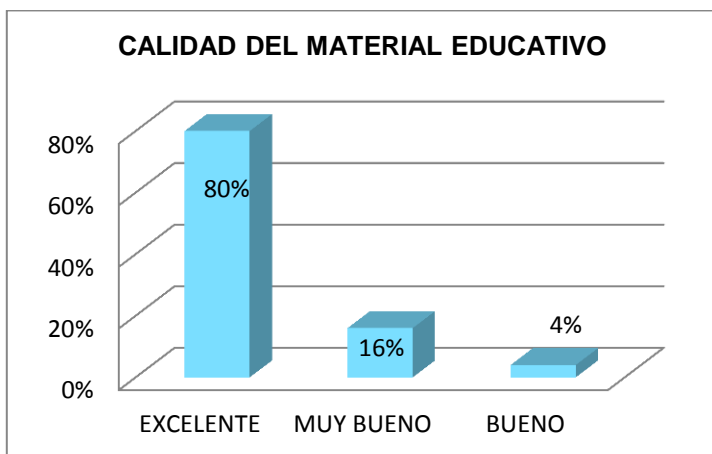


Fuente: encuesta dirigida a los familiares del taller educativo
Elaborado por: Maestrante

4.- ¿El calidad de material entregado en el taller es?

GRÁFICO No 4

Los familiares indican que el material educativo es el 80% excelente, 16% es bueno y solo el 4% considera que es malo.

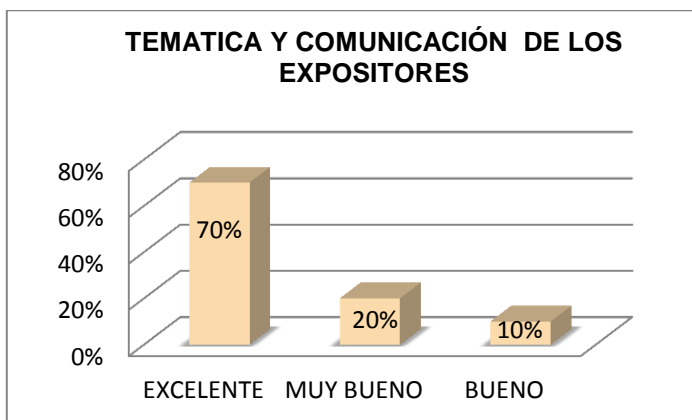


Fuente: encuesta dirigida a los familiares del taller educativo
Elaborado por: Maestrante

5.- ¿Los temas expuestos y la comunicación del taller educativo fue?

GRÁFICO No.5

Los familiares manifiestan que la exposición y la comunicación en un 70% fue excelente, el 20% fue muy bueno y 10% bueno.



Fuente: encuesta dirigida a los familiares del taller educativo
Elaborado por: Maestrante

Análisis de los resultados del programa

Los resultados permitieron determinar la satisfacción de los participantes tanto del usuario interno como externo en los temas que fueron expuestos.

3.4.3. Análisis del Resultado 4.

Aplicación de Programa de educación.

En el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación con el programa de educación se logró la aplicación de ejercicios en su medio, permite promover la participación de la familia, la comunidad, la sociedad en la atención y recuperación del paciente hemipléjico. Este programa se convierte en un elemento importante de prevención y promoción de la salud, además se logra una atención integral del hemipléjico.

La educación y enseñanza a la familia permite realizar una participación conjunta con el terapeuta que orienta sobre las actividades y tareas a seguir en la casa en base a una evaluación inicial y la etapa de la hemiplejia permitiendo afianzar la recuperación oportuna y solidaria con el apoyo en conjunto del equipo de rehabilitación y la familia a fin de evitar a futura las secuelas definitivas en este tipo de patologías.

Programa educativo y enseñanza a la familia



3.5. EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS.

3.5.1. EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL RESULTADO NO. 1.

El 90% del personal de rehabilitación que labora en esta casa de salud esta actualizado y capacitado en calidad de atención.

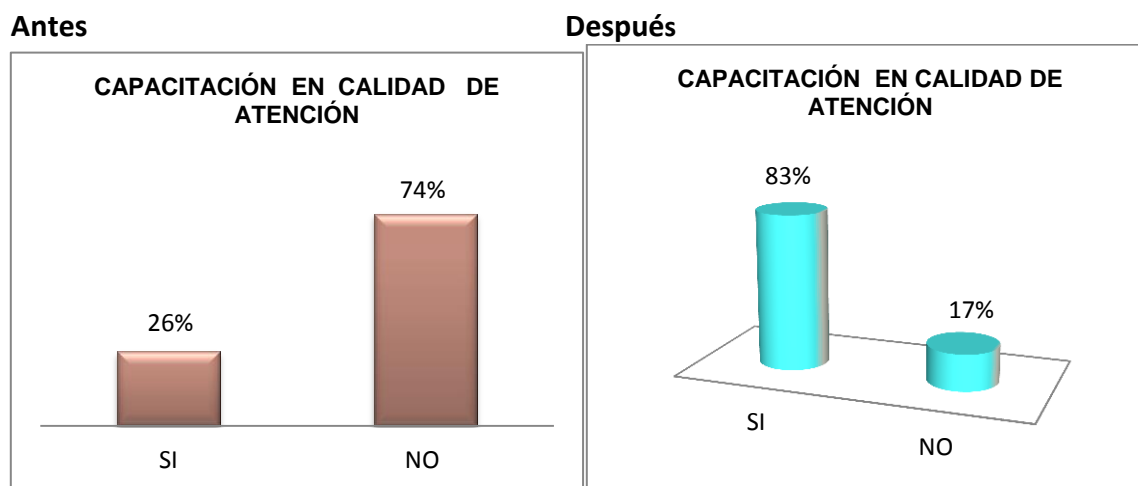
Hasta el 30 de octubre del 2013, 54 integrantes que laboran en el servicio está capacitado y aplicando la calidad de atención al paciente hemipléjico.

Se aplicó una encuesta para constancia lo que permita medir sobre el conocimiento del tema de calidad de atención obteniendo los siguientes resultados.

1.- ¿A recibido usted capacitación sobre calidad de atención?

Gráfico No. 1

El personal de rehabilitación antes de la capacitación solo el 26% SI tenía conocimientos de calidad de atención el 74% por lo que no brindaba calidad de atención a la población y después de la capacitación el personal en un 83% SI fue capacitado y solo el 17% NO se capacito.



Fuente: encuesta realizada al usuario interno del servicio de rehabilitación
Elaborado: Maestrante

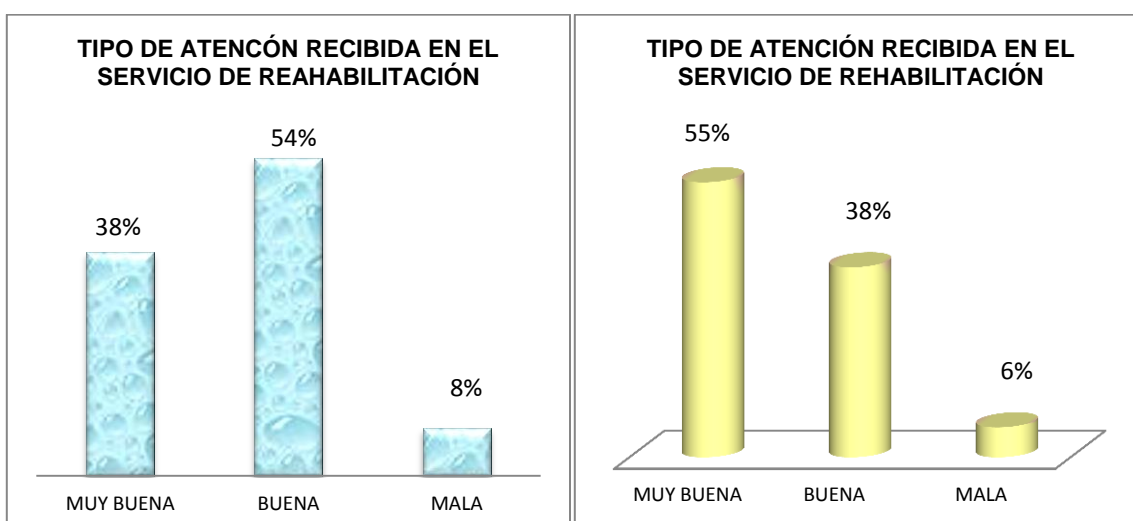
2.- ¿Qué calidad de atención a recibido por parte del servicio de rehabilitación?

GRÁFICO No.2

Los usuarios externos consideran que la atención recibida en el servicio es muy buena en un 38%, seguido por un 54% ha sido buena y con una mal calidad de atención en un 8%, después de la capacitación el 55% lo considera de muy buena calidad el 38% es bueno y solo el 6% se considera de mala calidad.

Antes

Después



Fuente: encuesta realizada al usuario interno del servicio de rehabilitación
Elaborado: Maestrante

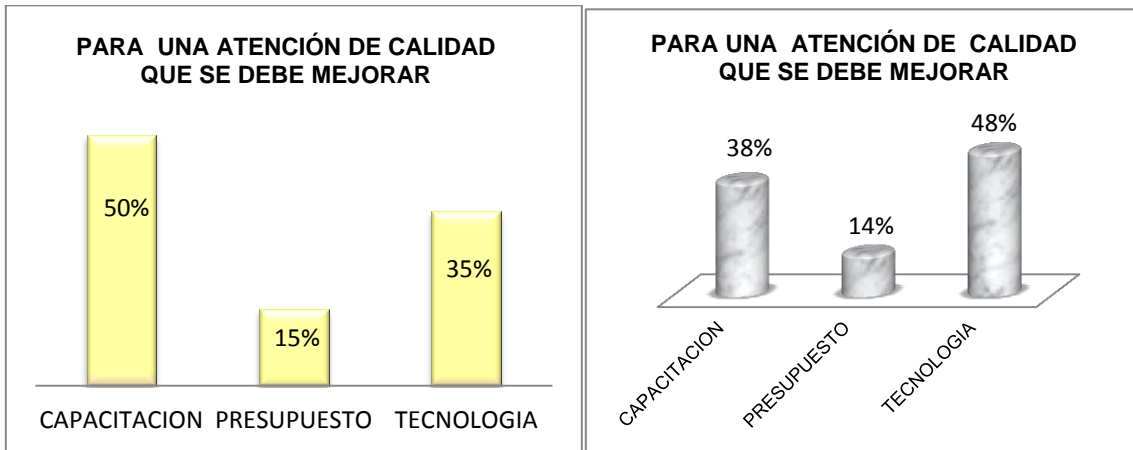
3.- ¿Qué se debe mejorar para que el servicio brinde calidad de atención?

GRÁFICO No. 3

El equipo multidisciplinario de rehabilitación en un 48% debe mejorar la tecnología, el 38% considera que se debe mejorar la capacitación interna del servicio, un 14% el presupuesto destinado al Servicio para brindar calidad de atención al usuario a pesar de haber recibido la capacitación sobre calidad de atención.

Antes

Después



Fuente: encuesta realizada al usuario interno del servicio de rehabilitación
Elaborado: maestrante

3.5.2. EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL RESULTADO NO. 2.

El 90% del personal de rehabilitación comprometido en la aplicación de protocolos de tratamiento del paciente hemipléjico.

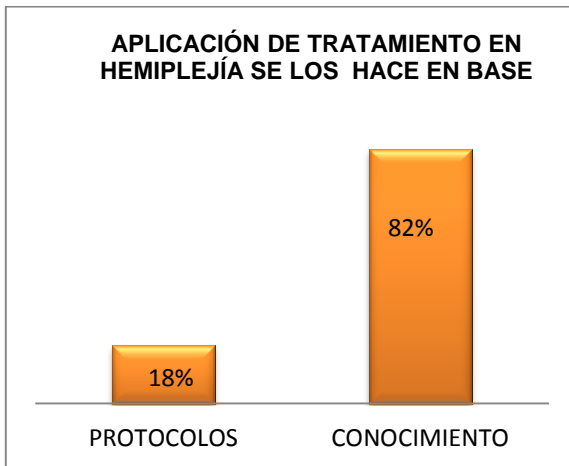
Hasta el 30 de octubre del 2013, 54 integrantes que laboran en el servicio aplican los protocolos elaborados hacia al paciente hemipléjico.

1.- ¿La aplicación de tratamientos de la hemiplejía se lo hace en base a?

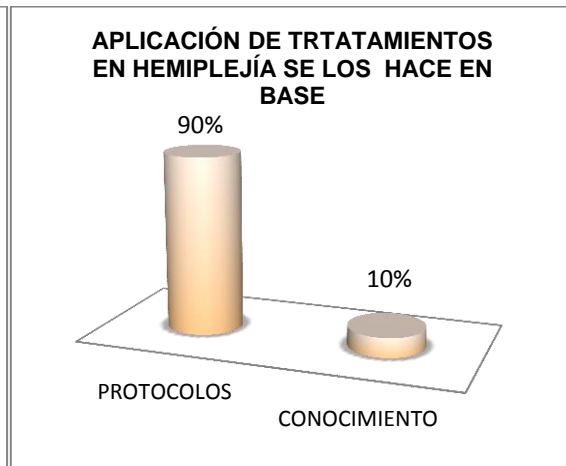
GRÁFICO No. 4

Se aplica conocimiento y experiencia del personal del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en un 82% se los hace y en base a protocolos un 18%. Al final del proyecto el 90% de tratamientos se los hace en base a la aplicación de tratamientos y solo el 10% aplica el conocimiento.

Antes



Después



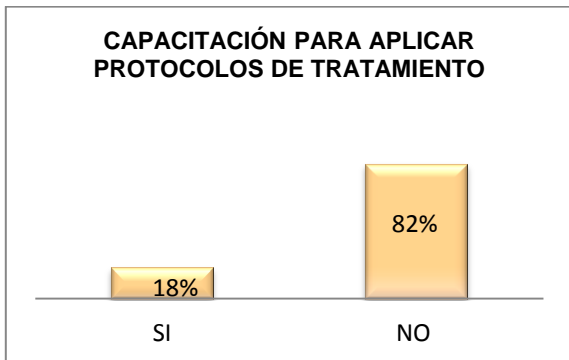
Fuente: encuesta realizada al usuario interno del servicio de rehabilitación
Elaborado: Maestrante

2.- ¿Recibió capacitación para aplicar protocolos de tratamiento del paciente hemipléjico?

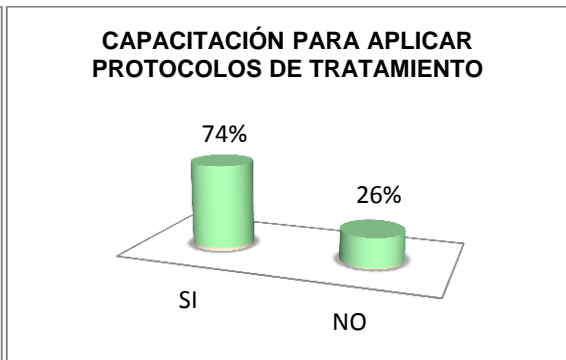
GRAFICO No. 4

La capacitación para aplicar protocolos de tratamiento en un 82% No ha recibido y solo un 18% Si, con le implementación del proyecto en un 74% Si y solo el 26% No recibió capacitación.

Antes



Después



Fuente: encuesta realizada al usuario interno del servicio de rehabilitación
Elaborado: Maestrante

3.5.3. EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL RESULTADO NO. 3.

El 90% del personal de rehabilitación comprometido en la aplicación de normas de manejo del paciente hemipléjico en el servicio de rehabilitación.

Hasta el 30 de octubre del 2013, 54 integrantes que laboran en el servicio aplican las normas elaborados hacia al paciente hemipléjico.

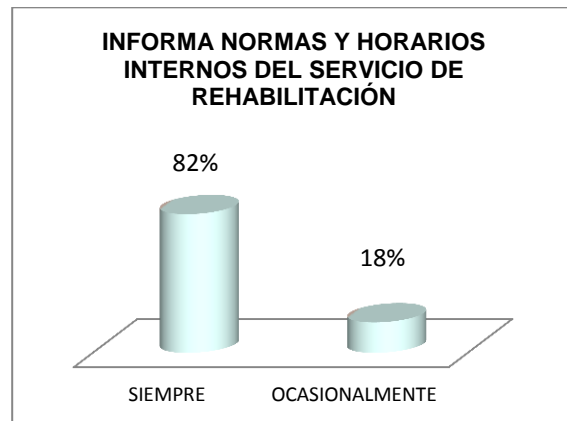
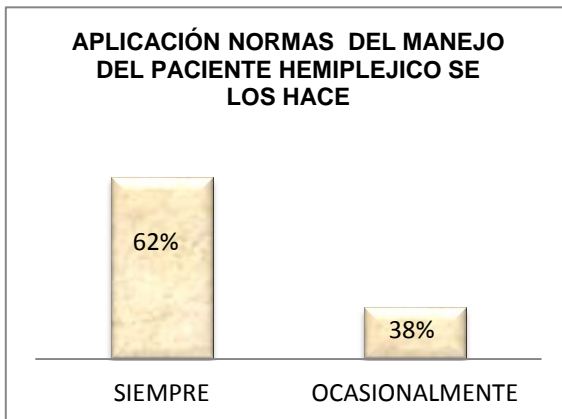
1.- ¿La aplicación normas de tratamientos de la hemiplejía se lo hace?

GRÁFICO No. 5

Las normas de manejo a seguir se lo hace en un 62% siempre y en forma ocasional en un 38% para brindar atención, con la elaboración y aplicación de la normas se lo hace en un 83% siempre y en un 18% ocasionalmente.

Antes

Después



Fuente: encuesta realizada al usuario interno del servicio de rehabilitación
Elaborado: Maestrante

2.- ¿La coordinación eficaz entre las áreas del servicio es?

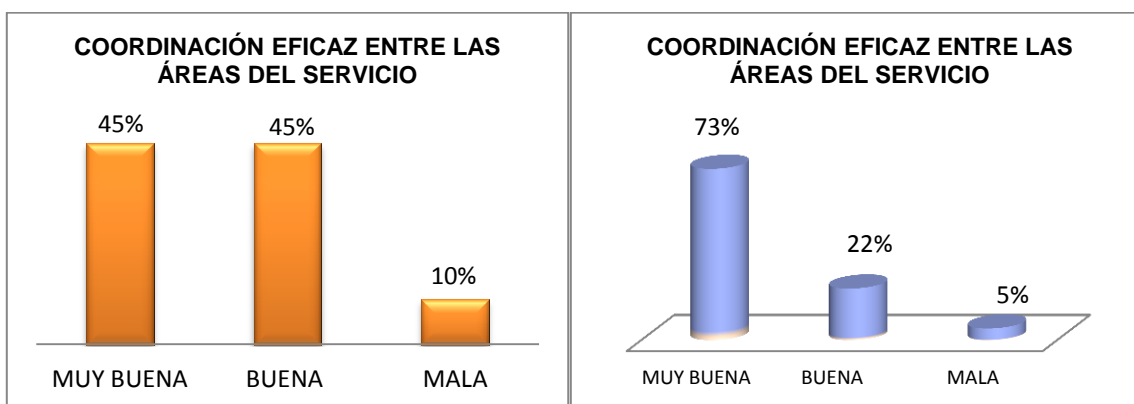
GRÁFICO No. 6

Los usuarios externos consideran que la coordinación ha sido eficaz en un 45% siempre, en un porcentaje igual al 45% se los hace ocasionalmente y nunca en un 10% nunca ha habido una buena coordinación.

Los usuarios externos indican con la aplicación de las normas que la coordinación del servicio un 73% es muy buena, en un 22% es buena y un 5% es malo.

Antes

Después



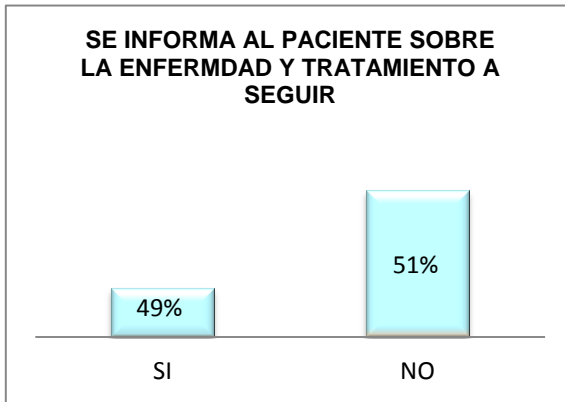
Fuente: encuesta realizada al usuario interno del servicio de rehabilitación
Elaborado: Maestrante

2.- ¿Se informa al paciente sobre la enfermedad y tratamientos de la hemiplejía?

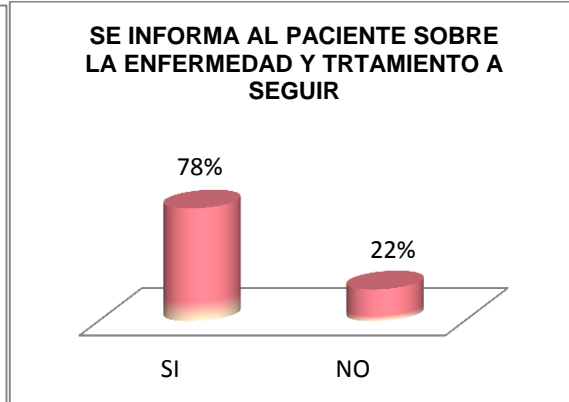
GRAFICO No. 8

Se informa por parte del personal de rehabilitación solo un 48% Si lo hace el 51% No y después del programa 78% informa o comunica a los pacientes sobre la enfermedad y tratamiento a seguir y el 22% no lo hace.

Antes



Después



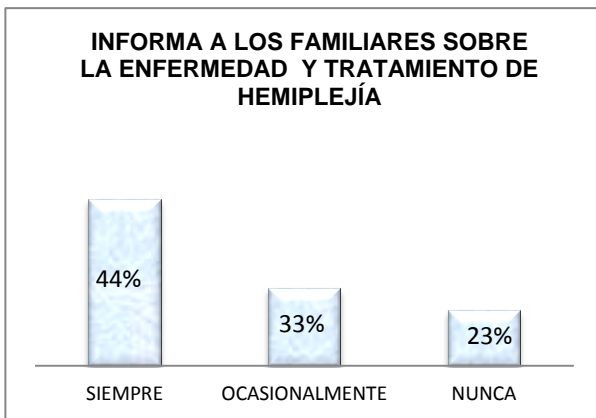
Fuente: encuesta realizada al usuario interno del SMFR
Elaborado: Maestrante

3.- ¿Se informa sobre los cuidados y manejos del paciente hemipléjico en el domicilio a los familiares?

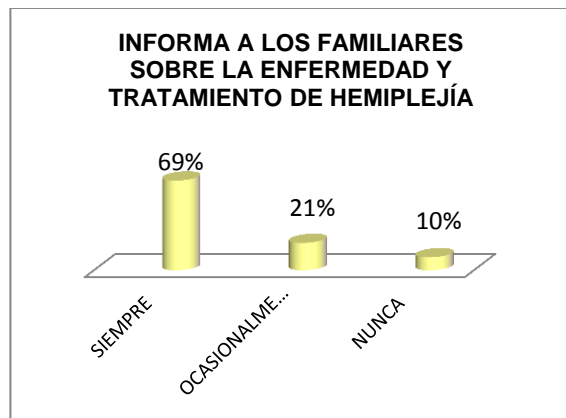
GRÁFICO No. 9

Los familiares reciben información sobre el tratamiento ocasionalmente en un 44%, siempre en un 33% y nunca en un 23% en relación a la hemiplejía y al termino del proyecto los familiares reciben información sobre el tratamiento el 69% lo hace siempre, el 21% ocasionalmente y nunca el 10%.

Antes



Después



Fuente: encuesta realizada al usuario interno del servicio de rehabilitación
Elaborado: maestrante

3.5.4. EVALUACIÓN DEL INDICADOR DE RESULTADO NO. 4.

El 100% del usuario externo asisten al programa educativo y de enseñanza sobre la hemiplejía.

Hasta el 30 de septiembre del 2013, 26 familiares ponen en ejecución el programa de enseñanza del cuidado del paciente hemipléjico.

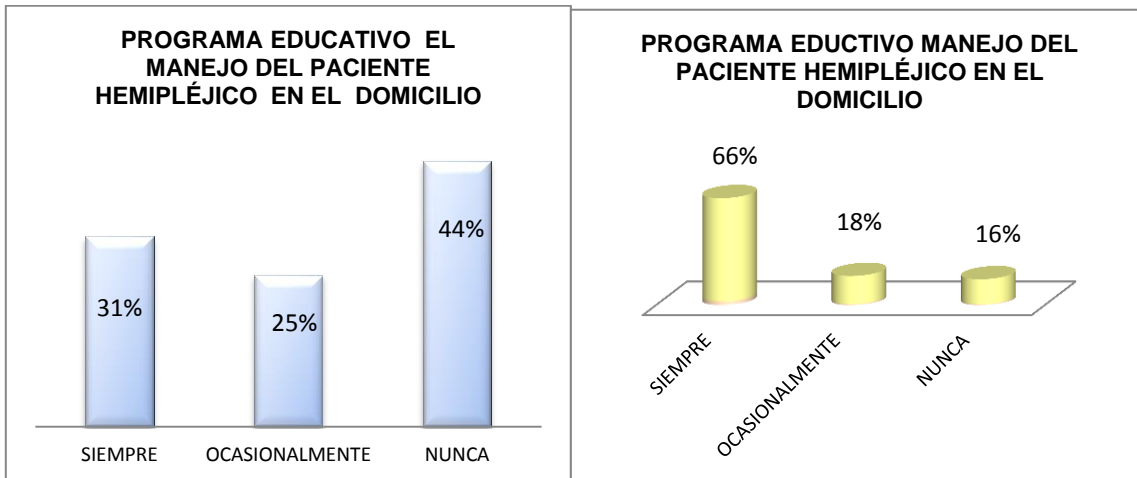
1.- ¿Se cumplen los programas de enseñanza a la familia sobre la hemiplejía

GRÁFICO No. 7

Los pacientes han recibido programas educativos sobre un programa manejo de la hemiplejía en un 31% siempre, 25% ocasionalmente y un 44% nunca; después del programa de educación los familiares indican que en un 66% siempre tienen conocimiento, 18% ocasionalmente y el 16% nunca.

Antes

Después



Fuente: encuesta realizada al usuario interno del servicio de rehabilitación
Elaborado: Maestrante

5.5.5. EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL PROPÓSITO

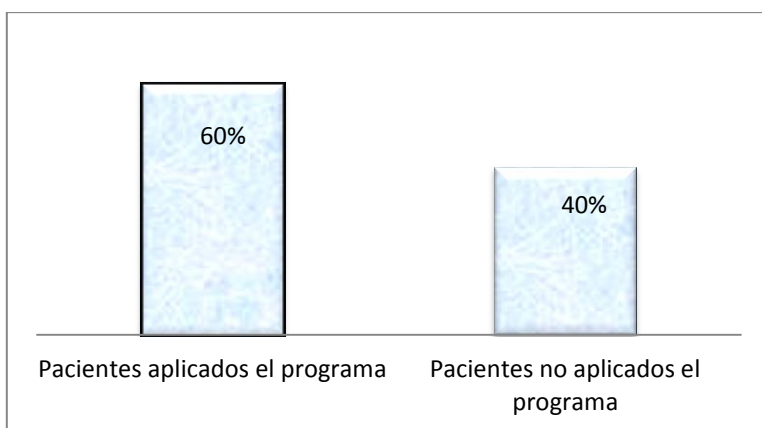
Propósito: Programa de mejoramiento de la calidad de atención a pacientes con hemiplejías en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Eugenio Espejo.

El 60% de los pacientes con hemiplejías reciben calidad de atención de rehabilitación.

Para evaluar el indicador del propósito se revisaron historias clínicas de los pacientes con hemiplejías y las indicaciones de tratamientos para mejorar la calidad de atención a seguir con la aplicación de protocolos y normas.

Gráfico No. 1

Al analizar el gráfico los indicadores nos muestran que un el mejoramiento de la calidad de atención de 60% de los pacientes hemipléjicos y solo el 40% de los no recibieron calidad de atención, no se alcanza a cumplir con el propósito ya que el proyecto es a largo plazo.

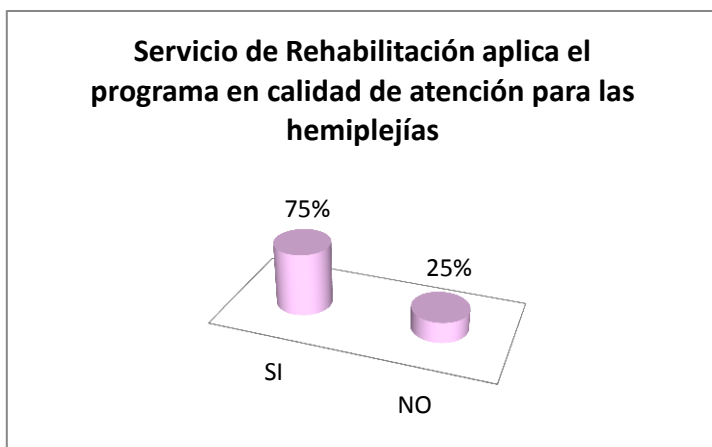


Fuente: estadísticas generales del servicio de rehabilitación 2013

Elaborado: Maestrante

Grafico No. 2

Del equipo multidisciplinario de rehabilitación el 75% de los profesionales aplica el programa para mejorar la calidad de atención y solo el 25% no lo hace



Fuente: archivos e historias clínicas del servicio de rehabilitación
Elaborado. Maestrante

Fuente de verificación: Revisión de historias clínicas del servicio de rehabilitación con diagnóstico de hemiplejía.

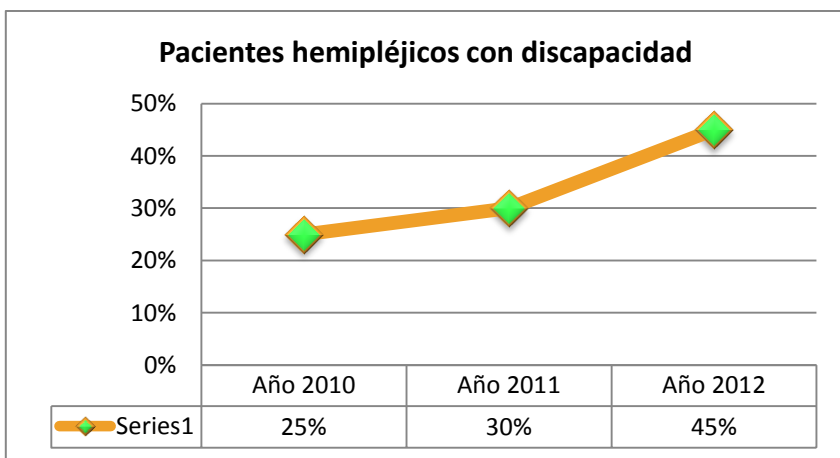
3.5.6. EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL FIN.

Fin: disminuir las secuelas definitivas de los pacientes hemipléjicos con el mejoramiento de la calidad de atención.

Al implementar el programa hemos conseguido mejorar la calidad de atención que se brinda a todos los pacientes que acuden al servicio, pero con más interés en los hemipléjicos y con las charlas educativas dirigidas hacia los familiares se ha establecido un vínculo de trabajo entre el equipo de rehabilitación y la comunidad lo que permitirá a futuro reducir las secuelas definitivas como son las discapacidades, darles calidad de vida y su reintegración a las actividades socioeconómicas.

Una de las problemas para implementar a un 100% el programa ha sido la dificultad de ciertos pacientes que viven en otras provincias que no han podido permanecer mucho tiempo en la ciudad por los costos de estadía y alimentación, a pesar de que el hospital cuenta con un albergue al no haber un aporte económico no pueden continuar la rehabilitación el en hospital y por ende solo el programa educativo y la guía de los terapeuta son su apoyo para seguir con su tratamiento de rehabilitación en su domicilio los mismos que son evaluados en cada controle médico mensual.

No se puede determinar en qué porcentaje ha disminuido la discapacidad en los pacientes hemipléjicos que asisten al servicio de rehabilitación en los meses de aplicación del programa, ya para ser valorado como discapacidad tiene que pasar por lo menos un año como normativa y tabulación de discapacidad según el Conadis, ya que la implementación del programa es a largo plazo con una duración de 6 meses a un año.



Fuente: evaluaciones de discapacidad del servicio de rehabilitación
Elaborado: Maestrante

La interpretación indica en relación al fin del proyecto que durante los 3 años, en el año 2012 el 45% de pacientes hemiplejias presentan discapacidad, para el año 2011 solo el 30% y para el año 2010 el 25%. Considerando que para el año 2012 como políticas de estado estaba realizar una recalificación de todas las personas que presentan discapacidades especiales donde hay un aumento de este tipo de discapacidad.

Fuente de verificación

Historias clínicas y formulario de calificación de discapacidad del servicio de rehabilitación del Hospital Eugenio Espejo.

CONCLUSIONES

- ✚ El presente proyecto de acción cumplió con el 100% de los objetivos planteados.

- ✚ Se capacitó en un 100% al personal de rehabilitación el calidad de atención el mismos que tuvo una gran acogida y concurrencia se logró la satisfacción y el aprendizaje sobre este tema hacia los participantes y de esa forma satisfacer las necesidades de los usuarios interno y externo.

- ✚ Se elaboró, implementó y se monitoreo la aplicación de los protocolos tratamiento y el uso de las normas de manejo dirigidas al paciente con hemiplejía los mismos que aseguran una atención hacia el usuario efectivo y con calidez.

- ✚ Los familiares de los pacientes con hemiplejía están informados al 100% sobre el programa de educación y enseñanza sobre la hemiplejía y sus cuidados en el domicilio.

- ✚ La entrega del material educativo, el programa demostrativo y práctico de los cuidados y manejo en el domicilio, motivaron a todos los participantes a cumplir con el programa en casa con el apoyo continuo de los profesionales de rehabilitación comprometidos en satisfacer inquietudes y establecer una relación de confianza lo que permita un equilibrio y desarrollo de calidad de vida de esta población.

RECOMENDACIONES

- ✚ Realizar el análisis del diagnóstico situacional de todos los servicios que permitan conocer las necesidades, expectativas y preferencias de los usuarios externos en relación a los servicios de salud brindados, así como explorar las expectativas, percepciones y actitudes de los encargados de prestar estos servicios.

- ✚ Establecer por parte del servicio en su plan de capacitación anual a organizar, desarrollar y realizar programas continuos en capacitación de calidad de atención y actualización de los programas de rehabilitación para brindar programas de rehabilitación integral de los pacientes hacia la sociedad.

- ✚ Disponer de material educativo de las patologías de mayor prevalencia en el servicio para ser entregada a los usuarios externos.

- ✚ El equipo multidisciplinario de rehabilitación siga motivado para realizar programas actividades intramurales y extramurales ofertando servicios de calidad y calidez con la finalidad de realizar promoción y prevención de la salud de la población.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- Álvarez Heredia Francisco. M.M. (2012). *Calidad y Auditoría en Salud*. Bogotá: Ecoe Ediciones Ltda.
- Álvarez Heredia Francisco. (2003). *Calidad y Auditoría en Salud*. (Primera Edición ed.). Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Ander –Egg, E., A. (2005). *Como elaborar un proyecto* (18 a. Edición ed). (Editorial Lumen/Humanitas). Argentina: Cooperación de estudios y publicaciones.
- Burgwal G., Cuellar J.C. (1999). *Planificación Estratégica y Operativa*. Quito: Editorial Abya Yala.
- Cifuentes Martínez Luis. (1993). *La Situación la Minusvalía y la Rehabilitación en el Ecuador*. Gráfica Choez.
- Deming WE. (1989). *Calidad, productividad y competitividad. La salida a la crisis*. Madrid España: Díaz Santos.
- Diccionario Mosby Medicina. (2000). *Enfermeras y Ciencias de la Salud*. (Quinta Edición.ed). España: Ediciones Harcourt España
- Donabedian A. (1984). *La Calidad de Atención Médica, defunción y métodos de evaluación*. México: La Prensa Medica Mexica.
- Donabedian A. (1992). *Evaluación de la Calidad de Atención Médica. En Investigaciones sobre servicios de salud: Una Antología OPM-OPS*. Publicaciones Científicas (534): 384-404. <http://www.gonzalodiaz.net/l100/ley100/derechosdelpaciente.shtml> (Álvarez Heredia Francisco, 2003)
- Donabedian A. (1990). *Evaluación y Garantía de la Calidad de Atención Médica. Salud Pública. México*.
- Nicolás. D.D. (1999). *Tres Conceptos Básicos. Noticias del Proyecto de Garantía de las Calidad*. (Vols. Vol. 8, No. 1).
- Estola G. (2006). *Guía Didáctica de Dirección y Liderazgo en Salud*. Loja: UTPL.
- H., Dr. Patricio Abad. (1993). *Modernización de la Gestión de Salud en el Ecuador*. Cuenca-Ecuador: Ediciones Científicas

- Galgano. A., (2000). *Calidad Total*. Madrid: Edición Días Santos.
- L. DiPrete, L. Miller, N. Rafeh, T Hatzell. (1993). *Garantía de Calidad de Salud en los Países en Desarrollo*. Ediciones Nueva Visión.
- Oro. L. d, (sf). Hospital Eugenio Espejo. Quito
- Malagón Londoño, Galán Morera, Pontón Laverde. (2006). *Garantía en la Calidad en Salud*. (Segunda Edición ed). Editorial Médica Panamericana.
- Malagón Londoño R. (2002). *Equidad en salud y corrientes de reforma en servicios de atención a la enfermedad en Salud Pública*. México: Editorial Médica Panamericana.
- Malagón, G.G. (2000). *Administración Hospitalaria* (Segunda Edición ed.). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Espejo, H.E. (2001). *Manual de Planificación Estratégica*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2000). *Gestión para la Calidad en Unidades de Salud Descentralizados*. Ediciones MPS. (Documentos No.1, 2 y 3).
- Passos, R. (1997). *Perspectivas de la calidad de atención total en los servicios de salud*. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional del OMS. Washington, D.C.20037.
- P.M. Davies. (2003). *Pasos a Seguir, Tratamiento Integrado de Pacientes con Hemiplejía*. (Segunda Edición ed.) Editorial Médica Panamericana.
- Piedra, M. del C., (2006) *Guía Didáctica de Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos de Salud*. Loja: UTPL.
- Pineda, E., De Alvarado, E., De Canales F., (1999). *Metodología de la Investigación*. (Segunda Edición ed.). E.U.A: Organización Panamericana de la Salud.
- Plan Nacional para el Buen Vivir., V.R. (2009) Ecuador: Senplades.
- Raymand L., Mongomeli M. (2001). *Reingeniería Humana en la Cultura del Servicio al Cliente*. Bogotá: Editorial Norma.
- Régimen de Salud, (2007). *Legislación Codificada*. Universidad Técnica Particular de Loja. (Vol. Tomo I y II). Loja: Corporación de Estudios y Publicaciones.

Velasco, M de L. (2005). *Planificación Estratégica Aplicada a salud*. Quito: Fondo Editorial Letras.

Willard and Spackman. (2005). *Terapia Ocupacional*. (Décima Edición ed.). Editorial Médica Panamericana.

BIBLIOGRAFÍA DEL PROTOCOLO, NORMAS Y PROGRAMA EDUCATIVO

Abric, M; Dotte, P; (2003). "Gestos y activación para las personas mayores". Editorial Masson.

Álvarez Edison. (2001). *Manual de Actividades Terapéuticas*. Universidad Central del Ecuador. Quito.

Adams V. (2001). *Principios de Neurología*. (Sexta Edición ed.). México: Mc Graw Hill Interamericana.

Adams y Víctor. (1997). *Principios de Neurología*. (Séptima Edición ed.). México: Graw Hill Interamericana.

Adams Víctor Rooper. (2000). *Manual de Principios de Neurología*. (Sexta Edición ed.). México: Litografía. Mc Graw Hill. Interamericana.

Anónimo. *Educación sanitaria: concepto, campos de acción, agentes y las bases científicas de la modificación de los comportamientos de salud*. (9na Edición). Medicina Preventiva y Salud Pública.

Boone. (1987). *La voz y el tratamiento de sus alteraciones*. Buenos Aires: R.Editorial Médica Panamericana.

Bobath, B. (1997). "Hemiplejía del adulto. Evaluación y tratamiento". Editorial Médica Panamericana.

Bobath B. (1993). Hemiplejía del adulto. Evaluación y tratamiento. (3era Edición). Buenos Aires. Médica Panamericana.

Carr y Shepherd. (2003). "Rehabilitación de pacientes en el Ictus". Ediciones Eselvier.

- Downi (Moruno Miralles, 2006)e, Patricia A. Cash. (2006). *Neurología para Fisioterapeutas*. (4ta Edición ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Dr. Patricio Donoso G. (1998). *Kinesiología Básica y Kinesiología Aplicada*. (Segunda Edición ed.) Universidad Central del Ecuador. Quito: Editorial Edimec.
- Dr. Luis Cifuentes Martínez. (2002) *Ortesis y Prótesis*. Universidad Central del Ecuador. Quito.
- Dr. Luis Cifuentes Martínez. (1995). *Cuadernos de Rehabilitación y Fundamentos de Rehabilitación Integral*. Ecuador. Ministerio de Salud Pública.
- Guerra Juan Luis. (2004). *Manual de Fisioterapia*. México – Bogotá: Editorial Manuel Moderno.
- Fernández Gómez E, Ruiz Sancho A, Sánchez Cabezas A. (2009). *Terapia Ocupacional en daño cerebral adquirido*. Coruña: TOG; (Vol 6, supl 4). <http://revistatog.com/suple/num4/cerebral.pdf>.
- Itzar, Galarza. (2000). *Disartria cerebelosa. Tratamiento logopédico*. Rev. Logop, fon, audio. (Vol. VIII, No. 2. Pg: 84-87).
- Kapandji IA. (2006). *Fisiología Articular Miembro Superior*. (6ta Edición).Madrid. Médica Panamericana.
- Lapunte J. Gripo, (2002). *Neurología. Disonía Hereditaria sensible a levodopa*. REV. NEUROL; 34 (10): 933-936.
- Loren R. (2003). *Secretos de la Neurología*. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Maragett T., Wong R. (2001). *Secretos de las Neurociencias*. Buenos Aires: Editorial Mc Graw Hill.
- Martínez, FM; Farré, GF; Andreu, (2005). "Rehabilitación domiciliaria: principios, indicaciones y programas terapéuticos". 2ªed. Editorial Masson.
- Moruno Miralles, P. (2006). *Actividades de la vida Diaria*. (1ª Edición ed.). Editorial Masson.

- Panza E.M, Rossi D.G. (2004). Criterios de tratamiento en subluxación de hombro en pacientes con hemiplejía. Universidad Abierta Interamericana.
- Puyuelo Manuel. (2001). *Logodopenia en la Parálisis Cerebral. Diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Edit Masson. Sa. 93-114.
- Rehabilitación de las Personas con Hemiplejia. (2006). *Entrenamiento para una vida Independiente*. Ministerio de Salud Pública. Quito-Ecuador
- Sellars. C.et. Al. (2006). *Terapia del habla y del lenguaje para la disartria por daño cerebral no progresivo*. La biblioteca Cochrane Plus. (Vols No. 4).
- Stokes M. (2006). *Fisioterapia en la rehabilitación neurológica*. (2da Edición).Madrid. Elsevier.
- Krusen, (2002). *Medicina Física y Rehabilitación*. (4ª Edición ed.). Editorial Médico Panamericana.
- Salud. C. (s.f.). www.gerenciasalud.com/calidadsalud.htm - 20k
- Calidad. C. d. (s.f.). www.gerenciasalud.com/art260.htm - 41k
- Americanos, M.D (2006). www.med.tohoku.ac.jp/kyomu/in/international/Seminar_spa.pdf
- Salud, Q.e. (s.f.).www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/que_es_calidad_en_salud.doc
- El Universo, E. (2013).[www.el universo.com/.../2D2](http://www.eluniverso.com/.../2D2)
- Discapacidad,c.i. (2007).www.org/esa/sodev/enavle/documents/tcconus.pdf
- Normas oficiales mexicanas – subsecretaria de prevención 10 enero 2013
<http://www.ssps.gob.mx/normas-oficiales.html>
- Secretaría de salud, Programa Nacional de Salud. (2007-2012). [http/portal.salud.gob.mx/contenidos/programa_nacional/programa_07.htm//](http://portal.salud.gob.mx/contenidos/programa_nacional/programa_07.htm//).

ANEXOS

ANEXO No. 1 Autorización para la elaboración el proyecto



Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"
Despacho Gerencia

Oficio N° 1157-DIR-2010

Quito DM, 02 de septiembre del 2011

Licenciada
Sonia Quinchuela
**Estudiante de la Universidad
Técnica Particular de Loja**
Presente

De mi consideración:

Hemos recibido su solicitud en la cual solicita realizar el proyecto de tesis sobre: "Desarrollo de un programa de mejoramiento de la calidad de atención al paciente con hemiplejía y la implementación de programas de capacitación en la calidad de atención al personal del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Eugenio Espejo.

Al respecto debo indicar, que esta Gerencia **AUTORIZA** la realización de este trabajo académico, a la vez que, la institución brindará las facilidades para cumplir con las actividades académicas que la Universidad demande.

Cordialmente,


Dr. Víctor Hugo Sevilla
GERENTE GENERAL



Angela María C.

Dirección: Avenida Gran Colombia s/n y Yaguachi **PBX:** (592) 250 79 24/25 ext 2510 - **Fax:** 2507-913
Web: www.hee.gov.ec **E-mails:** hee@dpsp.gov.ec - hospitaleugenioespejo@hotmail.com
Quito - Ecuador

ANEXO No. 2 Certificación Institucional del Proyecto



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

Quito, 8 de Noviembre del 2013.

**Señores
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
Quito**

Certifico que la Señorita Lic. Sonia Pilar Quinchuela Gamazo, ha elaborado y desarrollado el proyecto: **PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN A PACIENTES CON HEMIPLEJÍAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, QUITO, MARZO A OCTUBRE, 2013.**

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, y autorizó hacer uso del presente certificado para los fines que la interesada crea conveniente.

Atentamente;

Dra. Patricia Vasco
MEDICO FISIATRA
C.O.P. 1708-02440
R.C. 1748 Nº3701
R.C. 1748 Nº37

MEDICINA FÍSICA Y
REHABILITACIÓN.

**Dra. Patricia Vasco
LÍDER DEL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

ACTA DE COMPROMISO

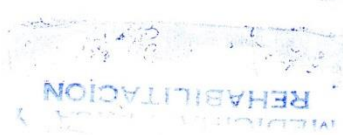
En la ciudad de Quito a los 6 días del mes de marzo del 2013, en la sala de reuniones del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Eugenio Espejo, se llevó a cabo una reunión de trabajo entre la Doctora Patricia Vasco, Líder del servicio de rehabilitación y la Lic. Sonia Quinchuela Terapista Ocupacional para revisar el Proyecto de Mejoramiento de la Calidad de Atención a Pacientes con Hemiplejía en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación; proyecto de tesis que se ejecutará como parte de la Maestría en Gerencia em Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja.

La Líder del Servicio de Rehabilitación acuerda aceptar el desarrollo del proyecto en el servicio, comprometiéndose a brindar las facilidades para su ejecución, así como apoyar con los recursos necesarios para su desarrollo de acuerdo al cronograma de trabajo pertinente.

Firman para constancia de la presente acta.

Dra. Patricia Vasco
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
INM. 17713-02448
Folio 148 N° 2011
Libro 1A Folio 12 N° 37

Dra. Patricia Vasco
LÍDER DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN



REHABILITACIÓN H.E.E.
Líder. Quinchuela Sonia
Lic. Sonia Quinchuela
MAESTRANTE UTPL

ANEXO No. 4 Convocatoria para socializar el proyecto



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

Quito, 18 de Marzo del 2013.

CONVOCATORIA

Se convoca al personal de Rehabilitación, a las 14hoo en el Área de Terapia Ocupacional, a una Reunión para dar a conocer la Implementación del Proyecto de Mejoramiento de la calidad de atención en pacientes con hemiplejías.

FECHA: 22 de Marzo del presente año.

Por favor, se ruega puntual asistencia.

Atentamente,


Lic. Sonia Quinchuela Gamazo
Terapeuta Ocupacional

REHABILITACIÓN H.E.E.
L.cda. Quinchuela Sonia
COD: 06-10-1089

ANEXO No. 5 Autorización para realizar el Taller de Calidad de Atención



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

Quito, 28 de Abril del 2013.

Doctora:
Patricia Vasco
LÍDER
Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
Presente. -

De mis consideraciones:

Por médio de la presente, solicitó se me permita dar unas conferencias los días 2,3,6 y 9 de Mayo del presente año; con el Tema de Calidad de Atención en los Servicios de Salud, como parte de mi proyecto, dirigido a todo el personal del Servicio en diferentes horas ya programados.

Esperando contar con su apoyo y autorización envío mis agradecimientos.

Atentamente;

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Sonia Quinchuela'.

Lic. Sonia Quinchuela
Terapista Ocupacional
Hospital Eugenio Espejo

ANEXO No. 6 Convocatoria para realizar el Taller



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

Quito, 2 de Mayo del 2013.

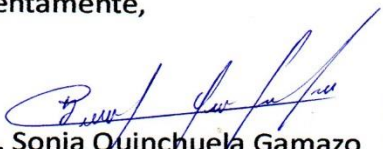
CONVOCATORIA

Se convoca al personal de Rehabilitación, de 8 a 9h30 en el Área del Gimnasio a la Capacitación sobre el Tema de Calidad de Atención.

FECHA: 2,3,4 y 6 de Mayo del presente año.

Por favor, se ruega puntual asistencia.

Atentamente,


Lic. Sonia Quinchuela Gamazo
Terapeuta Ocupacional

REHABILITACIÓN H.E.E.
Lcda. Quinchuela Sonia
COD: 06-TO-1089

ANEXO No. 7 Certificado de haber realizado el Taller de Calidad de Atención



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

Quito, 8 de Noviembre del 2013.

CERTIFICADO

Por médio del presente, se certifica que el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Eugenio Espejo, se realizo el **TALLER DE CALIDAD DE ATENCIÓN** los días 2, 3 , 9 de 10 de Mayo del 2013.

Particular que comunico para los fines consiguientes.

Atentamente;

Dra. Patricia Vasco
MÉDICO FISIÁTRA
INH. 1708-02440
Folio 128 Nº3701
Libro IA Serie 13 Nº37

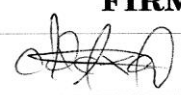
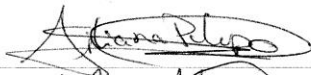
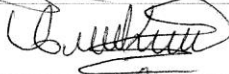
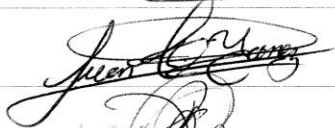
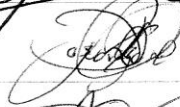
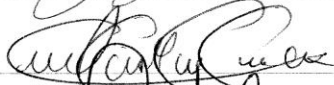
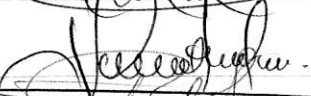
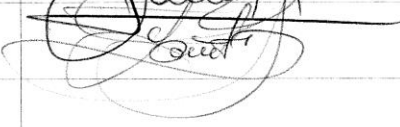
Dra. Patricia Vasco
LÍDER DEL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN


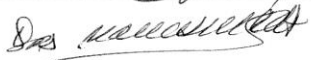

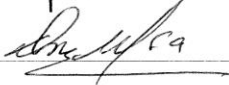

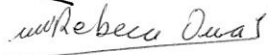



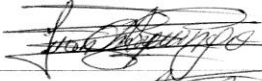
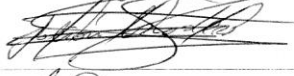
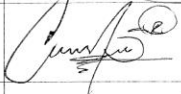

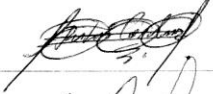


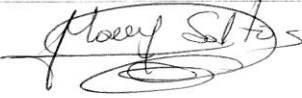
ANEXO No. 8 Listado del personal que asistió al Taller





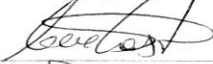
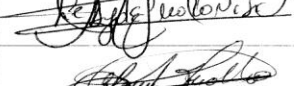

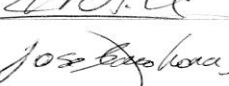
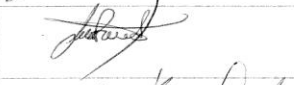

Hoja en blanco

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION**

TALLER DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

N°	APELLIDOS Y NOMBRE	FIRMA
1	Aguayza Mallitaxi Kovina	
2	Pulpa Flores Liliana	
3	Cruz Calahorrano Karen	
4	JUAN CARLOS YÁNEZ	
5	José David Aguine Villarreal	
6	Fernando Calderon	
7	Rocio RODRIGUEZ	
8	Santiago Cedraña	
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

N°	APELLIDOS Y NOMBRE	FIRMA
1	DRA. VILLAVICENCIO PEÑAFIEL ANA PATRICIA	
2	DR. PROAÑO ESCALANTE JUAN BAUTISTA	
3	DRA. DÍAZ NANCY MARUJA	
4	DRA. VASCO TORRES PATRICIA DEL ROCIO	
5	DRA. MARIA EUGENIA ESPINOSA NARVAEZ	
6	SR. ARAUJO MANUEL ROBERTO	
7	LCDO. OÑA GUACHAMIN MARIA REBECA	
8	LCDO. MAYORGA LOPEZ CLEIN LENER	
9	LCDA. GUERRA NINAHUALPA YADIRA FERNANDA	
10	LCDA. ISABEL MIRANDA	
11	LCDO. CHILIQINGA ALOMOTO JUAN	
12	LCDO. ESCUDERO QUIMBITA MILTON FABIAN	
13	LCDO. SALAZAR IZA LUIS PAUL	
14	LCDO. CERVANTES GONZALEZ CARLOS EDUARDO	
15	LCDO. CARDENAS HIDALGO RUBEN DARIO	
16	LCDA. CHÁVEZ FIGUEROA QUETTY	
17	TECN. CALVAJAL MALDONADO ALICIA	
18.	Mgs. MARY SALTO S	

18	LCDA. LOPEZ GUEVARA RODNEY DAVID	
19	LCDO. PUCHA SANCACHA JENNY MARISOL	
20	LCDA. ALBUJA ADATTY MYRIAN CATALINA	
21	LCDA. SASIG PAILLACHO EMMA SUSANA	
22	LCDA. TORRES JACOME ROSA ELENA	
23	LCDO. JARA CACERES VALERIA BELEN	
24	LCDO. NOBOA DE JESUS FLAVIO LEONARDO	
25	LCDA. ARGUELLO CADENA DORIS MARIBEL	
26	LCDA. CASTRO SAENZ IRMA CECILIA	
27	LCDA. TOALA SANCHEZ BETTY GEOCONDA	
28	LCDA. QUINCHUELA GAMAZO SONIA PILAR	
29	LCDA. GUALAVISI LLORE AIDEE MADELIN	
30	LCDA. BLANCA DEL CARMEN FIALLOS SALAZAR	
31	LCDO. ALVAREZ CAZA EDISON FERNANDO	
32	SR. BARAHONA JACOME JOSE HUMBERTO	
33	SR. RODRIGUEZ BUITRON JUAN	
34	SRA. VALLEJO LEON MARIA VIOLETA	
35	SRA. ALENCASTRO QUINTEROS MELIDA	

36	SRA. CLAVIJO CLAVIJO CECILIA ADELA	
37	SRA. ARAUJO SILVA PILAR ENNINMA	
38	SRA. VIVANCO ARIAS ANA MARIA	
39	SRA. BRACHO ORTEGA DORA MARGARITA	
40	SR. BARRENO REYES DANIEL ANTONIO	
41	TEC. SÁNCHEZ AREVALO VICTOR LENIN	
42	SR. BAQUERO CALDERON GUSTAVO FERNANDO	
43	ING. ALMACHI JACOME ALEXANDRA MARGARITA	
44	ING. RODRIGUEZ CHAVEZ MARCO TULIO	
45	SR. ABAD VICENTE LUIS JAVIER	
46	SR. FLORES PUGA WILMWE FABIAN	
47	SR. CARRILLO OROZCO ADRIANA AMPARO	
48	SR. VILLOTA MAYNAGUEZ VICENTE	
49	SR. MIGUEL GUERRERO PROAÑO	
50	SRA. SILVA VAICILLA IRLANDA ELIZABETH	
51	SR. WILLIAN GIOVBANNY PEREZ LOZADA	
52	SRA. ABAD VICENTE FANNY CRISTINA	
53	SRA. ANDREA UNAPANTA	

ANEXO No. 9 Certificado de asistencia al Taller de Calidad de Atención



HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN


CONFIERE EL PRESENTE
CERTIFICADO

A la Licenciado.....

Por haber asistido al Taller de **ATENCIÓN DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD**, realizado en el Servicio de Rehabilitación de Hospital Eugenio Espejo, los días 2,3,9 y 10 de Mayo del 2013.

Quito, Mayo del 2013.


Dra. Patricia Vasco
LÍDER
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA


Dra. María Eugenio Espinoza
FACILITADORA DE
CAPACITACIÓN DEL SERVICIO

MEDICINA FÍSICA Y
REHABILITACIÓN


Lic. Sonia Quinchuela
COORDINACIÓN
TALLER REHABILITACIÓN E.E.E.

Lda. Quinchuela Sonia
COD: 05-10-1089

ANEXO No. 10 Convocatorias para realizar el Taller de Motivación



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

Quito, 31 de Mayo del 2013.

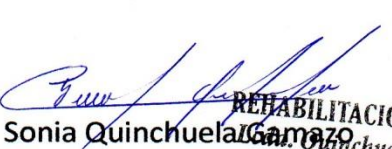
CONVOCATORIA

Se convoca al personal de Rehabilitación, de 8 a 9h30 en el Área del Gimnasio al taller de motivación.

FECHA: 3 y 7 de Junio del presente año.

Por favor, se ruega puntual asistencia.

Atentamente,


REHABILITACION H.E.E.
Lic. Sonia Quinchuela Gamazo
Terapeuta Ocupacional COD: 06-TO-1089

ANEXO No. 11 Listado del personal que asistió al Taller de Motivación

No.	APELLIDOS Y NOMBRE	C.I.	FIRMA
1	Dra. Vasco Torres Patricia	1713513742	
2	Dra. Villavicencio Peñafiel Ana	1703973998	
3	Dra. Diaz Nancy Maruja	050056782-7	
4	Dra. Espinoza Narvaez Eugenia	1702723170	
5	Dr. Proaño Escalante Juan		Permis
6	Lcda Torres Jacome Rosa	1708354848	
7	Lcda. Oña Guachamin Maria	171092931-4	
8	Lcda. Miranda Isabel	1702666217	
9	Lcda. Albuja Adatty Myrian	1707615483	
10	Lcda. Chavez Figueroa Quetty	1308693074	
11	Lcda. Jara Caceres Valeria		
12	Lcda. Sasig Paillacho Enma	1704600061	
13	Lcda. Pucha Sancacha Jenny		
14	Lcda. Guerra Ninahualpa Yadira	171208536-2	
15	Lcda. Saltos Gavilanez Mary	020089673-6	
16	Tecn. Carvajal Maldonado Alicia	030093755-4	
17	Lcdo. Mayorga Lopez Klein	1705065173	
18	Lcdo. Chilingua alomoto Juan	170704020-8	
19	Lcdo. Escudero Quimbita Milthon	1719327774	
20	Lcdo. Salazar Iza Luis	170897644-2	
21	Lcdo. Cervantes Gonzalez Carlos	100331457-0	
22	Lcdo. Cardenas Hidalgo Ruben	100287147-1	
23	Lcdo. Nobeza de Jesus Flavio		
24	Lcdo. Lopez Rodney	171800493-8	
25	Sr. Araujo Manuel Roberto	1705541660	
26	Lcda. Arguello Cadena Doris	170684162-2	
27	Lcda. Castro Saenz Irma	170454160-8	
28	Lcda. Toala Sanchez Betty	170315020-2	

TALLER DE MOTIVACION

FECHA

29	Lcdo. Alvarez Caza Edison	1707757314	
30	Lcda. Fiallos Salazar Blanca	0602365549	
31	Lcda. Quinchuela Gamazo Sonia	170683406-4	
32	Lcda. Gualavisi Llore Aidee	0901116637	
33	Sra. Vallejo Leon Violeta	1000943215	
34	Sra. Alencastro Edrobo Melida	1708930738	
35	Sra. Vivanco Arias Ana		
36	Sra. Clavijo Clavijo Cecilia.	171842015-9	
37	Sra. Araujo Silva Pilar	171313112-4	
38	Sra. Bracho Ortega Dora	171649784-5	
39	Sr. Barahona Jacome Jose	140300474-5	
40	Sr. Rodriguez Buitron Juan	1705620273	
41	Sr. Barreno Reyes Daniel		
42	Tec. Sanchez Arevalo Victor		
43	Sr. Baquero Calderon Gustavo	170733771-1	
44	Ing. Almachi Jacome Alexandra	1720063666	
45	Ing Rodriguez Chavez Marco		
46	Sr. Abad Vicente Luis	1216628738	
47	Sr. Flores Puga Fabian ^{Wilmer}	171243528-4	
48	Sr. Villota Maynaguez Vicente	Vicente Villota	
49	Sr. Guerrero Proaño Miguel	171136173-1	
50	Sra. Silva Vaicilla Irlanda	0201512365	
51	Sr. Perez Lozada Willian	0501668798	
52	Sra. Abad Vicente Fanny	171051691-5	
53	Sra. Unapanta Andrea	17844223-7	

ANEXO No. 12 Convocatorias para la elaboración de protocolos



**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"
SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN**

Quito, 13 de Mayo del 2013.

CONVOCATORIA

Convocatoria al Equipo Técnico del Servicio de Rehabilitación, a las 14hoo en el Área de Terapia Ocupacional, a una Reunión de Trabajo para la Elaboración de Protocolos para el manejo del paciente hemipléjico.

FECHA: 17 de Mayo del 2013

Por favor, se ruega puntual asistencia.

Atentamente,

DR. JUAN PROAÑO E.
ESCALANTE

Dr. Juan Proaño Escalante
COORDINADOR DEL EQUIPO TÉCNICO

MEDICINA FISICA Y
REHABILITACION.

Lic. Cecilia Castro

Lic. Aidee Gualavisi

Lic. Valeria Jara

Lic. Sonia Quinchuela



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

Quito, 14 de Junio del 2013.

CONVOCATORIA

Convocatoria al Equipo Técnico del Servicio de Rehabilitación, a las 14hoo en el Área de Terapia Ocupacional, a una Reunión de Trabajo para la Elaboración de Protocolos para el manejo del paciente hemipléjico.

FECHA: 18 de Junio

Por favor, se ruega puntual asistencia.

Atentamente,

DR. JUAN PROAÑO E.
FISIATRA

MEDICINA FÍSICA Y
REHABILITACION.

Dr. Juan Proaño Escalante
COORDINADOR DEL EQUIPO TÉCNICO

Lic. Cecilia Castro

Lic. Aídee Gualavisi

Lic. Valeria Jara

Lic. Sonia Quinchuela



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

Quito, 13 de Julio del 2013.

CONVOCATORIA

Convocatoria al Equipo Técnico del Servicio de Rehabilitación, a las 14hoo en el Área de Terapia Ocupacional, a una Reunión de Trabajo para la Elaboración de Protocolos para el manejo del paciente hemipléjico.

FECHA: 15 de Julio

Por favor, se ruega puntual asistencia.

Atentamente,

Dr. Juan Proaño Escalante
COORDINADOR DEL EQUIPO TÉCNICO

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION

Lic. Cecilia Castro

Lic. Aidee Gualavisi

Lic. Valeria Jara

Lic. Sonia Quinchuela



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

Quito, 22 de Julio del 2013.

CONVOCATORIA

Convocatoria al Equipo Técnico del Servicio de Rehabilitación, a las 14hoo en el Área de Terapia Ocupacional, a una Reunión de Trabajo para la Elaboración de Protocolos para el manejo del paciente hemipléjico.

FECHA: 23 de Julio

Por favor, se ruega puntual asistencia.

Atentamente, DR. JUAN PROAÑO E.
FISIATRA

Dr. Juan Proaño Escalante
COORDINADOR DEL EQUIPO TÉCNICO

MEDICINA FÍSICA Y
REHABILITACIÓN

Lic. Cecilia Castro

Lic. Aidee Gualavisi

Lic. Valeria Jara

Lic. Sonia Quinchuela

ANEXO No. 13 Convocatoria para realizar la capacitación sobre la aplicación de protocolos



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

Quito, 26 de Julio del 2013.

CONVOCATORIA

Se convoca al personal de Rehabilitación, de 8 a 9h30 en el Área de Terapia Ocupacional a participar en la capacitación de aplicación de protocolos de la hemiplejía, en diferentes fechas establecidos y programados.

FECHA: Mes de agosto del 2013

Por favor, se ruega puntual asistencia.

Atentamente,


Lic. Sonia Quinchuela GARRIDO
Terapeuta Ocupacional
REHABILITACIÓN H.E.E.
Lcda. Quinchuela Sonia
COD: 06-TO-1089

ANEXO No. 14 Acta de Compromiso para la aplicación de Protocolos



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

ACTA DE COMPROMISO


En la ciudad de Quito a los 10 de Junio del 2013, en la sala de reuniones del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Eugenio Espejo, se llevo a cabo una reunión de trabajo con la Líder del Servicio Docta Patricia Vasco, el Doctor Juan Proaño Coordinador del Equipo Técnico, Lic. Sonia Quinchuela Maestrante firma un acta donde se comprometen a ejecutar la aplicación de los Protocolos de Tratamiento para Pacientes Hemipléjicos en el servicio y dar su continuidad después de terminado el proyecto.

El personal que asistió a la reunión también se compromete a brindar las facilidades para su ejecución, así como apoyar con los recursos necesarios para su desarrollo.

Firma para constancia de la presente acta.


Dra. Patricia Vasco
LÍDER DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN


Doc. Juan Proaño
COORDINADOR EQUIPO TÉCNICO


Lic. Sonia Quinchuela
MAESTRANTE UTPL

REHABILITACIÓN H.E.E.
Leda. Quinchuela Sonia
COD: 06-TO-1089



ANEXO No. 15 Convocatoria para realizar la elaboración de Normas de Manejo



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

Quito, 12 de Agosto del 2013.

CONVOCATORIA

Convocatoria al Equipo Técnico del Servicio de Rehabilitación, a las 14hoo en el Área de Terapia Ocupacional, a una Reunión de Trabajo para la Elaboración de Normas de Manejo del paciente hemipléjico.

FECHA: 15 de Agosto

Por favor, se ruega puntual asistencia.

Atentamente,


DR. JUAN PROAÑO E.
ET IATRA

MEDICINA FÍSICA Y
REHABILITACION.

Dr. Juan Proaño Escalante
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO
COORDINADOR DEL EQUIPO TÉCNICO

Lic. Cecilia Castro

Lic. Aidee Gualavisi

Lic. Valeria Jara

Lic. Sonia Quinchuela



ANEXO No. 16 Acta de Compromiso para aplicación de Normas



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

ACTA DE COMPROMISO


En la ciudad de Quito a los 19 de Agosto del 2013, en la sala de reuniones del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Eugenio Espejo, se llevó a cabo una reunión de trabajo con la Líder del Servicio Docta Patricia Vasco, el Doctor Juan Proaño Coordinador del Equipo Técnico, Lic. Sonia Quinchuela Maestrante de la UTPL, firman un acta donde se comprometen a ejecutar la aplicación de los Normas de Atención para Pacientes Hemipléjicos en el servicio y dar su continuidad después de terminado el proyecto con el apoyo de todo el personal del servicio.

El personal que asistió a la reunión también se compromete a brindar las facilidades para su ejecución, así como apoyar con los recursos necesarios para su desarrollo.

Firma para constancia de la presente acta.


Dra. Patricia Vasco
LÍDER DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN


Doc. Juan Proaño
COORDINADOR EQUIPO TÉCNICO


Lic. Sonia Quinchuela
MAESTRANTE DE REHABILITACIÓN H.E.E.
Lcda. Quinchuela Sonia
COD: 06-TO-1089



ANEXO No. 17 Convocatoria para realizar el programa de educación dirigido a la familia de los pacientes con hemiplejías

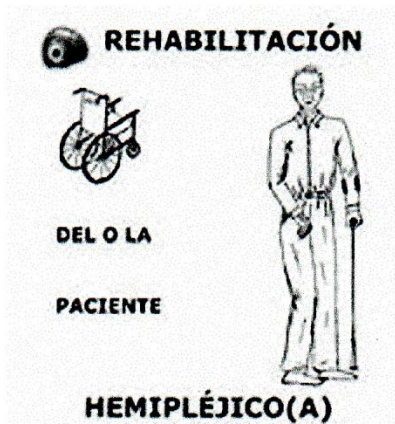
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

INVITACIÓN A PARTICIPAR EN EL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE EL MANEJO Y CUIDADO DE LA HEMIPLEJIA EN EL DOMICILIO, DIRIGIDA A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES.

Lugar: Área de Terapia Ocupacional

Fecha: 16 al 27 de Septiembre del 2013.

Hora: 12hoo a 13h30



ANEXO No. 18 Listado de los familiares que asistieron al programa educativo



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"
SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

TALLER DE EDUCACION
FECHA.-

No.	APELLIDOS Y NOMBRE	C.I.	FIRMA
1	Mejía-Azuñe Dejeu	4709053308	[Firma]
2	Jeanmatti Néñez	171071267-5	[Firma]
3	Mónica de Hainz	1406049606	[Firma]
4	Ana Sandus	171213379-0	Ana Sandus
5	Noemi Lara	1710980374	Noemi Lara
6	Germania Boya	1403852947	[Firma]
7	Mónica del Pilar Flores		[Firma]
8	Wenderson Requena	170299063	[Firma]
9	Aurei Jurado	172062637	[Firma]
10	Andrea Jitardo	1803692092	[Firma]
11	Gustavo Vargas	1712448891	[Firma]
12	Carmela Jurado	1801868215	[Firma]
13	Juan Jitardo	1800427468	[Firma]
14	Rosario H. Soto Bolívar	1705082111	[Firma]
15	Andrés Medina Trujillo	1003274038	[Firma]

16	Santiago Bastidas	1708802002	Santiago B
17	RAUL PALACIOS	171187728-0	Raul Palacios
18	Mauricio Paredes	171354557-2	Mauricio Paredes
19	Susanna Pérez	1800715656	Susanna Pérez
20	Adriana Calderón	1710616705	Adriana Calderón
21	Acero Juis	171398616-2	Acero Juis
22	Fanny Flores	1703844932	Fanny Flores
23	Clara Solazar	170414300-5	Clara Solazar
24	Liza Coronado	1702404979	Liza Coronado
25	Bethy Bacantes	171035323-9	"Bethy Bacantes"
26	Mario Luvado	170683647-2	Mario Luvado
27			
28			

ANEXO No. 19

ENCUESTA A LOS USUARIO DEL SERVICIO DE REAHABILITACIÓN DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO

1.- Recibe y ha recibido capacitación calidad de atención para aplicar el tratamiento basado en protocolos en pacientes con hemiplejía:

Si.....No.....

2.- Que calidad de atención ha recibido por parte del servicio de rehabilitación?

Muy buena.....Buena.....Mala.....

3.- Que se debe mejorar para que el servicio brinde calidad de atención?

Capacitación.....

Presupuesto.....

Tecnología.....

4.- Recibió capacitación para aplicar protocolos tratamientos de la hemiplejía?

Si..... No.....

5.- La aplicación de normas de tratamiento de la hemiplejía se lo hace?

Siempre.....Ocasionalmente.....

6.- La coordinación eficaz entre las áreas del servicio es?

Muy buena.....Buena.....Mala.....

7.- Se informa la paciente sobre la enfermedad y tratamientos de la hemiplejía?

Si.....No.....

8.- Se informa sobre los cuidados y menajes del paciente hemipléjico en el domicilio a los familiares?

Siempre.....Ocasionalmente.....Nunca.....

9.- Se cumplen los programas de enseñanza a la familia sobre la hemiplejía?

Siempre.....Ocasionalmente.....Nunca.....

Gracias

FOTORELATO

Evidencia de la espera para recibir atención



Demanda excesiva de pacientes





Condiciones del servicio

TALLER DE CAPACITACIÓN EN CALIDAD DE ATENCIÓN





Ingeniera Andrea Litardo
Expositora sobre ISSOS



Entrega de Certificados al Taller de Calidad
de Atención

TALLER DE MOTIVACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS



Asistentes al Taller



Dr. Andrés Urtubey
Expositor

ASISTENCIA Y CAPACITACIÓN SOBRE EL MANEJO DE LA HEMIPLEJÍA



Capacitación y actualización sobre el manejo de la hemiplejía

PROGRAMA DE EDUCACIÓN SOBRE EL MANEJO DEL PACIENTE HEMIPLEJICO



Enseñanza a la familia



Enseñanza a la familia



Entrega del Programa Educativo