



Universidad de las Américas
Dirección de Postgrado

Maestría en Gerencia en Instituciones de Salud

**“Plan de gestión para el mejoramiento de la calidad de la
rehabilitación física idónea en la unidad de cuidados
intensivos del hospital público General Guasmo Sur”**

Autor:

Md. María Fernanda Monroy Pesantez.

Tutor:

Dr. Ricardo Andrade

Año

2022

ÍNDICE

CAPÍTULO I	4
I. ANÁLISIS SITUACIONAL	4
1.1 Introducción	4
1.2 Análisis de la Situación Actual de Gestión Gerencial	5
1.3 Estructura Administrativa, Financiera y Operativa.	6
1.4 Oferta y Demanda de Servicios	7
1.4.1 Análisis geoespacial y geopolíticos	7
1.4.2 Oferta de Servicios	9
1.5 Planteamiento del Problema	11
1.6 Justificación del Problema.	12
1.7 Objetivo	14
1.7.1 Objetivo general	14
1.7.2 Objetivo Específicos	14
1.8 Oportunidades de mejora para la prestación de servicios	14
1.9 Matriz de evaluación de alternativas estudiadas	15
CAPÍTULO II	16
II. JUSTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE METODOLOGÍA PARA LA REALIZACIÓN DEL PLAN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	16
2.1 Diagnóstico De Servicios, Recursos Y Capacidades Funcionales En La Unidad De Salud	17
2.1.1 Gestión Gerencial de la Dirección	17
2.1.2 Gestión Estratégica de Marketing	18
2.1.3 Gestión Administrativa y de Recursos Humanos	18
2.1.4 Gestión Financiera	19
2.1.5 Gestión Operativa, Abastecimiento y Logística	19

2.1.6 Gestión de las Tecnologías de la Información y comunicaciones	19
2.1.7 Gestión de los Servicios de Clínica y/u Hospitalización.....	20
CAPÍTULO III	21
III. PROPUESTA DE SOLUCIÓN: FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL	21
3.1 PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO	21
3.1.1 Análisis del Entorno Social.....	21
3.1.2 Análisis de la Industria de Servicios de Salud (M. Porter)	22
3.1.3 Análisis FODA	25
3.1.4 Estrategias FODA	27
3.1.5 Cadena de Valor de la organización	29
3.1.6 Planificación Estratégica	31
3.6.1 Misión	31
3.6.2 Visión	31
3.1.7 Valores.....	32
3.1.8 Objetivos Institucionales	32
3.1.9 Principios Éticos	34
3.1.10 Políticas	35
3.2 PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL.....	37
3.2.1 Gestión Gerencial de la Dirección.....	39
3.2.2 Gestión Administrativa y de Recursos Humanos.....	44
3.2.3 Gestión Financiera	46
3.2.4 Gestión Operativa, Abastecimiento y Logística	47
3.2.5 Gestión de las Tecnologías de la Información y comunicaciones	47
3.2.6 Gestión de los Servicios de Clínica y/u Hospitalización.....	48

CAPÍTULO IV	62
IV. EVALUACIÓN E IMPLEMENTACIÓN INTEGRAL DE GESTIÓN GERENCIAL	62
4.1 Limitaciones y/o Restricciones en la Gestión Gerencial.	62
4.2 Conclusiones y Recomendaciones	62
GLOSARIO	66
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	70
Anexos 1	70
Anexos 2	73
Anexo 3	77
Anexo 4	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Datos del Establecimiento de Salud.....	8
Tabla 2.-Matriz de evaluación de alternativas.....	15
Tabla 3.- Metodologías y técnicas	16
Tabla 4.- Estrategias del plan gerencial.....	37
Tabla 5.- Promedio de Días de Estancia Hospitalaria de pacientes con debilidad adquirida en UCI	39
Tabla 6.- Promedio de Días de ARM, días de intubación orotraqueal, y porcentaje de traqueostomías.....	39
Tabla 7.- Indicadores y Proyección cinco años	40
Tabla 8.- Indicadores de calidad y proyección a 5 años.....	41
Tabla 9.- Ejecución de Planes de Desarrollo Institucional.....	41
Tabla 10.- Indicadores de ejecución y proyección a 5 años	44
Tabla 11.- Actividades de la gestión administrativa y recursos humanos.....	44
Tabla 12.- Indicadores de gestión de talento humano y su proyección a 5 años.....	45
Tabla 13.- Atenciones y monitoreo por paciente en el área de fisioterapia	45
Tabla 14.- Evaluación presupuestaria.....	46
Tabla 15.- Indicadores de gestión de TICS	48
Tabla 16.- Gestión de los Servicios de Clínica y/u Hospitalización	48
Tabla 17.- Indicadores de gestión clínica y su proyección a 5 años.....	56
Tabla 18.- Resumen de análisis cuantitativo y cualitativo	56

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y GRÁFICOS

Ilustración 1.- Procesos del Hospital General Guasmo Sur	7
Ilustración 2.- Organigrama del Hospital General Guasmo Sur.	7
Ilustración 3.- Mapa de ubicación del hospital general Guasmo Sur.....	8
Gráfico 4.- Distribución de las atenciones del año 2021.....	10
Gráfico 5.- Distribución de las atenciones de enero a julio.....	11
Ilustración 6.- Cadena de valor del MSP.	29
Ilustración 7.- Ilustración de la cadena valor del HGGS	30
Ilustración 8.- Esquema de los procesos agregados de valor.....	30
Ilustración 9.- Flujograma de inicio de tratamiento de rehabilitación	42

Resumen

La miopatía del paciente crítico tiene consecuencias en el funcionamiento físico que duran meses o años, después del alta hospitalaria. Para disminuir su impacto se alinean estrategias como la movilización precoz del paciente. Con la intervención del familiar en la rehabilitación del paciente en cuidados intensivos se asocian múltiples ventajas intrahospitalarias y extrahospitalarias. Esta institución de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP) se inauguró en enero del año 2017 se inauguró el hospital general Guasmo Sur, siendo el hospital más grande del país.

El presente trabajo se realizó con un enfoque mixto, cualitativo y cuantitativo, se utilizó el método inductivo, deductivo, analítico y de síntesis, con alcance descriptivo, se utilizarán técnicas de la observación guiada del proceso de atención de rehabilitación y a través de la técnica de entrevista con terapeutas físicos y el jefe de enfermería, análisis estadístico de las características clínicas de los pacientes, entrevista y encuesta a familiares. Como resultado se logró establecer un protocolo de atención de rehabilitación física y realizar una hoja de monitoreo en el cual se evidencie el examen físico y la rehabilitación proporcionada por el terapeuta.

Abstract:

Critically ill patient myopathy has consequences on physical functioning that last for months or years after hospital discharge. To reduce its impact, strategies such as early mobilization of the patient are aligned. There are several advantages of the intervention of the relative in the rehabilitation process of the patient in intensive care, which advantage are associated in-hospital and out-of-hospital. This health institution belong to the Ministry of Public Health (MSP) was inaugurated in January 2017, The Guasmo Sur General Hospital was inaugurated as being the largest hospital in the country.

The present project was carried out with a mixed approach, qualitative and quantitative, the inductive, deductive, analytical and synthesis method was used, with a descriptive scope. Techniques of guided observation of the rehabilitation care process will be used and through the technique of interview with physical therapists and the head of nursing, statistical analysis of the clinical characteristics of the patients, interview and survey of relatives. As a result, it was possible to establish a physical rehabilitation care protocol and make a monitoring check document, in which the therapist rehabilitation provide information about their clinical examination and treatment done.

CAPÍTULO I

I. ANÁLISIS SITUACIONAL

1.1 Introducción

A partir de la década del 50 inició la expansión de la ciudad, esta expansión territorial y poblacional se debió por su posición privilegiada en el golfo de pacífico y su impacto en el comercio. En Guayaquil ha predominado el crecimiento expansivo y disperso a causa de la migración, debido a que la urbe porteña es percibida como una ciudad de oportunidades con gran desarrollo económico y transformación urbana constante. (Pérez de Mursi, 2019)

El sur de urbe sufrió cambios significativos, transformando la hacienda “El Guasmo” en un sector de asentamientos informales, convirtiendo la zona en un sector urbano marginal vulnerable. Históricamente, este sector ha sido uno de los de menor cobertura sanitaria a pesar del gran desarrollo comercial, en su entorno tiene grandes infraestructuras tales como: el centro portuario más importante del Ecuador, la aduana, base naval sur, entre otros. En la actualidad el sur de la ciudad pertenece a la parroquia Ximena, zona urbana dotada de servicios básicos y de gran comercio, pero enfrenta diversos conflictos perpetuando la vulnerabilidad del sector. (Pérez de Mursi, 2019)

Sin duda alguna, la insalubridad que se vivía en los sectores urbano-marginales de la época tenía múltiples factores desencadenantes, que con el progreso general de la ciudad se fueron disipando. La salud no se evidenciaba la misma evolución en la urbe, durante tres décadas no se realizó ninguna obra estatal en infraestructura hospitalaria de gran magnitud, el último hospital creado antes del Guasmo Sur fue hospital infantil Dr. Francisco Icaza Bustamante, inaugurado en 1985. En el año 2016 se registró un alto déficit histórico de camas hospitalarias en toda la ciudad en relación con los estándares internacionales de la organización mundial de la salud. (HFIB, s.f.) (MSP, s.f.)

En enero del año 2017 se inauguró el hospital general Guasmo Sur, siendo el hospital más grande del país con relación a su infraestructura y dimensión con disponibilidad operativa de 600 camas. A sus inicios el hospital contaba con 474 camas, servicio de emergencia 24 horas, hospitalización, unidad de cuidados intensivos, 11

especialidades en consulta externa, laboratorio y servicios de imágenes (tomografía, ecografía y radiología), durante la pandemia en hospital fue centinela en la atención de los pacientes con neumonía por Covid 2019, actualmente el hospital cuenta con 484 camas, y 27 especialidades por consulta externa y diversos programas, entre los cuales se encuentra el programa de rehabilitación de pacientes con cardiopatías y cuidados posteriores a UCI. (MSP, s.f.)

Este hospital de segundo nivel de atención nace para brindar sus servicios a la población del sur de la ciudad de Guayaquil. A lo largo de sus 5 años de funcionamiento no solamente recibe pacientes de sectores aledaños, sino también paciente a nivel nacional derivado de distintas casas de salud y de diferentes niveles de atención.

1.2 Análisis de la Situación Actual de Gestión Gerencial

Durante los 5 años de funcionamiento que tiene el hospital, han transcurrido diferentes Gerencias, que han trabajado bajo la misión y visión del hospital, respaldados por las normas establecidas en el Ministerio de Salud Pública (MSP).

El hospital General Guasmo Sur tiene por misión ofrecer sus servicios de calidad con el objetivo de una atención integral que permita la promoción, recuperación, rehabilitación de la salud a través de asistencia multidisciplinaria por medio de su cartera de servicios. También uno de sus ejes centrales es la docencia y la investigación, conforme a las políticas establecidas por el Ministerio de Salud Pública (MSP).

Las gestiones de las gerencias que han rotado por el hospital tienen por visión que el Hospital General Guasmo Sur (HGGS) sea percibido por la ciudadanía como accesible, en el cual prime la calidad de atención, solventando las necesidades y expectativas, generando confianza basada en los valores que representan al MSP y la ética médica. El uso de los recursos y tecnologías de manera eficiente y transparente es parte fundamental para las gestiones gerenciales.

Desde su inauguración el hospital se ha encontrado en constante transformación para la optimización de recursos y crecimiento constante. La ampliación y apertura de servicios han sido hitos importantes para el hospital a mediados de 2018 el aumento de atenciones de pacientes críticos obligó a realizar modificaciones en el área de emergencia, se realizó la redistribución de hidratación, observación 1 y 2, y se reabrió el área de vigilancia crítica; en el 2019 se expande la terapia intensiva con la unidad de cuidados

intensivos dos, ampliando el servicio de 12 camas a 24 camas, en el 2020 se convirtió en el hospital centinela de pacientes con Neumonía por SARS COV Dos en el cual se apertura las salas de infectología 1 y 2, adicionalmente se brindó apoyo en otras instituciones con servidores de salud e insumos médicos tales como camas, ventiladores mecánicos, entre otros; en el año 2021 se enfrentó al desabastecimiento de medicación e insumos, por ende al alto costo de adquisición, reapertura del área de consulta externa y reapertura de cirugías programadas; en el 2022 se apertura el área de hemodiálisis con 14 máquinas de tratamiento dialítico. (Datos del HGGGS)

En la actualidad las gestiones gerenciales siguen siendo un reto dinámico. A pesar del constante crecimiento, la capacidad operativa y resolutive es del 70%, el incremento de servicios a través de la adquisición de nuevas tecnologías junto a la optimización de recursos para solventar la demanda sigue siendo un pilar estratégico fundamental. El último gerente es el Dr. Miguel San Martín, quién fue posesionado en septiembre del 2022. Desde su inicio en la reciente administración trabaja bajo la misión y visión del hospital, con relación a la docencia e investigación se va a iniciar los postgrados de 4 especialidades con universidades de la ciudad de Guayaquil. (Datos del HGGGS)

1.3 Estructura Administrativa, Financiera y Operativa.

El MSP estable una estructura organizacional por procesos en el año 2012, la ministra encargada la Dra. Carina Vance Mafla, el 25 de septiembre a través del memorando N.- 1537, registró el “Estatuto orgánico de gestión organizacional por procesos de hospitales” que se encuentra vigente hasta la actualidad. La estructura administrativa u organizacional es piramidal, se divide en tres procesos: en primer lugar está los procesos gobernantes: es el orden jerárquico superior quién dirige y administra la institución, el gerente hospitalario; los procesos agregados de valor son: dirección asistencial del cual se deriva la gestión de especialidades clínica y quirúrgica, cuidados de enfermería, gestión de apoyo y diagnóstico, y gestión de docencia e investigación; en los procesos habilitantes de apoyo se encuentran gestión de atención al usuario, admisiones y gestión administrativa y financiera. En el siguiente esquema representa los procesos en orden jerárquico. (Vance Mafla, 2012)

Ilustración 1.- Procesos del Hospital General Guasmo Sur

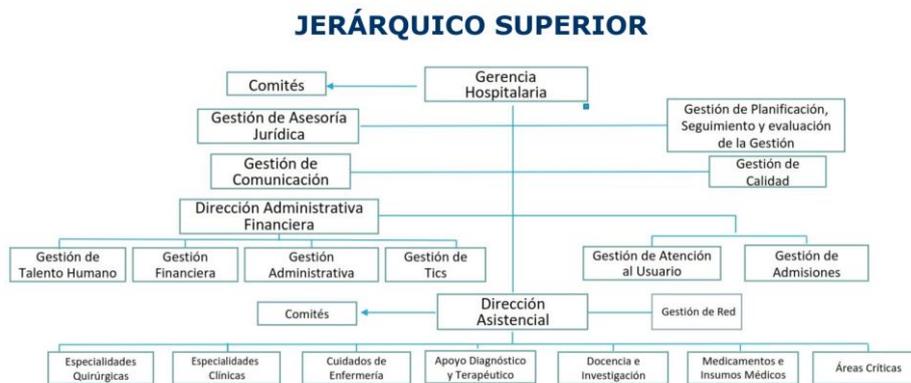
PROCESOS DEL HOSPITAL GUASMO SUR



Fuente: Hospital general Guasmo Sur.

A continuación se presenta el organigrama del Hospital General Guasmo Sur:

Ilustración 2.- Organigrama del Hospital General Guasmo Sur.



Fuente: Hospital general Guasmo Sur.

1.4 Oferta y Demanda de Servicios

1.4.1 Análisis geoespacial y geopolíticos

El Hospital G. Guasmo Sur se encuentra en la provincia del Guayas, al sur de la ciudad de Guayaquil, ubicado en la parroquia Ximena, Av. Cacique Tómal y callejón Eloy Alfaro, a 1 km de la Av. principal 25 de julio. Cerca del puerto marítimo. Guayaquil

pertenece a la zonal 8 del Ministerio de Salud pública, al distrito 09D01, en la tabla a continuación se presentan los datos del establecimiento.

Tabla 1.- Datos del Establecimiento de Salud

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

DISTRITO AL QUE PERTENECE	09D01
NIVEL DE ATENCIÓN	Segundo nivel
NIVEL DE COMPLEJIDAD¹	sexto
CATEGORÍA	II-5
UNI-CÓDIGO	038666
TELÉFONO	043803600
DIRECCIÓN	Av. Cacique Tómalá y callejón Eloy Alfaro
DENOMINACIÓN	Hospital General Guasmo Sur

Fuente: HIGGS, modificado a partir del consolidado del área de planeación.

Ilustración 3.- Mapa de ubicación del hospital general Guasmo Sur.



Fuente: Google maps

¹Título: Rehabilitación física integral para mejorar la calidad de la atención en la unidad de cuidados intensivos en el hospital General del Guasmo Sur.

1.4.2 Oferta de Servicios

El hospital General Guasmo Sur en su cartera de servicios cuenta con las siguientes áreas:

- Centro obstétrico, centro quirúrgico, preoperatorio, postoperatorio, esterilización.
- Área de diálisis, Centro de endoscopias, laboratorio, medicina transfusional, imagenología, farmacia, terapia respiratoria.
- Unidades de cuidados intensivos adultos, pediátricos y neonatales.
- Hospitalización de cirugía, medicina interna, infectología, neumología, ginecología y pediatría.
- Emergencia 24 horas: triaje, área de choque (5 camas), 5 consultorios, sala de cirugía menor (3 camas), dos observaciones (21 camas), hidratación (10 camas – 5 sillones), consultorio de traumatología, consultorio y estabilización de ginecología (3 camas), estabilización pediátrica y vigilancia crítica (12 camas).
- Consulta externa: Cardiología, cuidados paliativos, dermatología, gastroenterología, otorrinolaringología, neurología, neurocirugía, neumología, medicina interna, pediatría, cirugía vascular, pie diabético, cirugía general, nutrición, urología, terapia física, psicología, psiquiatría, endocrinología, nefrología, odontología adultos y niño, oftalmología, ginecología, cirugía plástica y reconstructiva, cirugía torácica y coloproctología.

1.4.3 Población atendida

El hospital General Guasmo Sur brinda atención a la población general de la ciudad de Guayaquil, por su ubicación la mayor cantidad de pacientes es del sur de la urbe, pero también recibe pacientes de todas las parroquias de la ciudad. Es un hospital de referencia según su cartera de servicios, en época de pandemia se recibió pacientes de todo el país incluyendo la capital Quito”, actualmente recibe paciente de otras provincias como: Manabí, Los Ríos, Santa Elena. En la rendición de cuentas en mayo del 2020, del

periodo 2019, se gestionó 3'145.433 atenciones, de las cuales 1.557.458 fueron del género masculino y 1.587.975 femeninos.

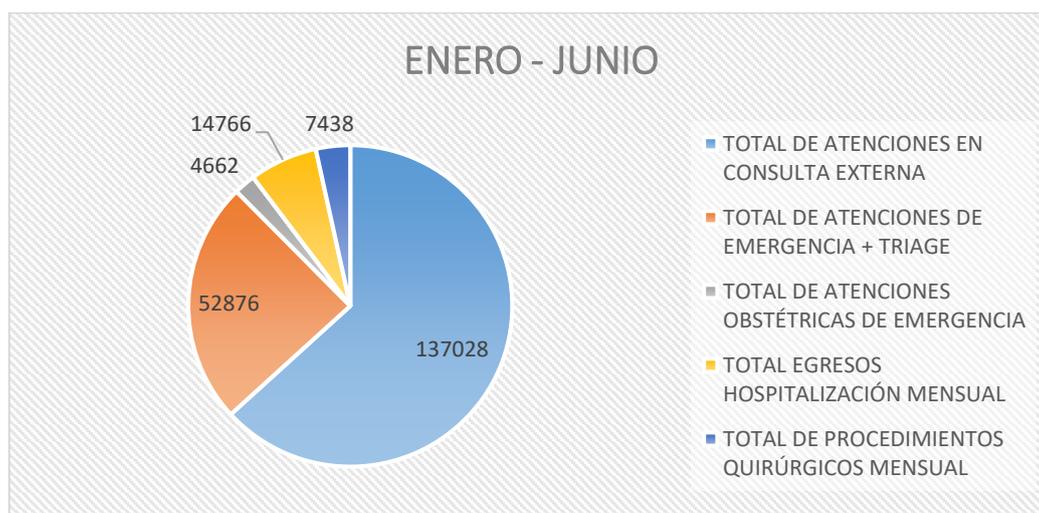
El HGGG al haber sido hospital centinela de pacientes Covid no se prestaba servicios a otras patologías, como consecuencia existió un desbalance centrando la atención únicamente a los pacientes respiratorios. En el año 2021 disminuyó considerablemente las atenciones debido a la perpetuidad de la pandemia a nivel nacional, con dos picos importantes en la ciudad de Guayaquil, sin tener el impacto del año anterior en gráfico a se puede observar el número de atenciones y su distribución, desde finales del 2021 se abrió de forma paulatina los demás servicios. En la actualidad el área de admisiones registra un total de 216.770 de enero a junio del presente año, en el gráfico “B” podemos observar la distribución de estas atenciones. Fuente: HGGG (HGGG, 2020)

Gráfico 4.- Distribución de las atenciones del año 2021.



Fuente: Autor, modificado a partir del consolidado del área de admisiones.

Gráfico 5.- Distribución de las atenciones de enero a julio



Fuente: Autor, modificado a partir del consolidado del área de admisiones.

1.4.4 Demanda de servicios insatisfecha

La demanda insatisfecha en lo que se refiere a los servicios ofertados se da por: servicios inhabilitados, por daños en los equipos o falta de insumos. Con este antecedente no se puede brindar atención a pacientes:

- Neurocríticos.
- Politraumatismos-
- Patologías que requieran controles tomográficos seriados.
- Patologías hematológicas.
- Exámenes oftalmológicos especiales.

Servicios no ofertados:

- Oncología.
- Reumatología
- Imágenes de resonancia magnética.

1.5 Planteamiento del Problema

Para lograr evaluar la eficacia de la atención brindada en la unidad de cuidados intensivos del hospital General Guasmo Sur se utilizan diferentes herramientas, indicadores, que permiten medir el nivel de calidad. Existen diferentes tipos de

indicadores de calidad, estos se pueden clasificar en: Estructura, proceso y resultados. Uno de los indicadores de resultado relevantes es la debilidad adquirida en UCI. (SEMICYUC, 2017)

La debilidad muscular² se relaciona con pacientes sépticos, ventilación mecánica prolongada, requerimiento de relajantes musculares; y se asocia con el incremento de la mortalidad, días de ventilación mecánica y mayor estancia hospitalaria. (SEMICYUC, 2017)

En la UCI del Hospital General Guasmo Sur se evidencia que a los pacientes se les brinda atención de rehabilitación física diaria por medio del servicio de fisioterapia donde los licenciados de terapia física asisten con movimientos pasivos o activos dependiendo de la capacidad del paciente, esta atención no está protocolizada o estandarizada por lo que el proceso de atención es variable y depende de la subjetividad del terapeuta.

Además de la inexistencia del protocolo, los familiares no tienen participación activa en la rehabilitación física, lo que retrasa el progreso del paciente, ya que hay evidencia que la participación familiar tiene un impacto positivo en la evolución clínica. Según Duque, Rincón y León 2020 manifiestan que: En las unidades de cuidados intensivos (UCI) por diferentes razones válidas³ suelen evitar el ingreso de los familiares; reconocen que la familia son un recurso importante para aliviar el estrés que les provoca la enfermedad crítica, y consideran que es fundamental el apoyo de sus familiares para su recuperación.

1.6 Justificación del Problema.

La UCI generalmente tiene un diseño cerrado, sus condiciones medioambientales⁴ poco amigables con el paciente, asociados al aislamiento forzado del paciente - familia y regímenes de visita estrictos incrementan el estrés del paciente y el impacto negativo a la familia. (Davidson & al., 2007) (G. Heras La Calle & Zaforteza Lallemand, 2014). Las secuelas abarcan más en ámbito emocional, secuelas físicas⁵ y cognitivas graves por

² La debilidad adquirida en UCI se define por debilidad muscular difusa, disfunción neuromuscular, que no está asociada a otra causa que no sea la enfermedad crítica, se asocia a: atrofia muscular, que se presenta de forma aguda, simétrica y generalizada.

³ Infección bacteriana o viral como el covid-19, agotamiento emocional y estrés.

⁴ Ruido, tecnologías, luz artificial, entre otros.

⁵ Respiratoria (más frecuente): disminución de la función pulmonar; neuromusculares (encamamiento prolongado); rigidez en las articulaciones; debilidad muscular y limitación de deambulación al alta.

consecuencia deterioro de la calidad de vida. (Baeza Gómez & Quispe Hoxsas, 2020) (Herruzo Avilés, 2020)

Zaforteza, Prieto & et al desarrollar el proyecto desde el 2010: “investigación-acción participativa” cuyo objetivo fue promover cambios en los cuidados que se ofrecen a los familiares y pacientes. Estos cambios de enfoque permiten que la familia se transforme en una herramienta holística con repercusiones favorables. Según Sánchez y Fernández (2016) manifiestan que: no hay complicaciones claramente afiliadas a la presencia del familiar cerca del paciente.

La miopatía del paciente crítico tiene consecuencias en el funcionamiento físico que duran meses o años, después del alta hospitalaria. Para disminuir su impacto se alinean estrategias como la movilización precoz del paciente.

El hospital universitario “Dr. Gustavo Alergia Lima” en Cuba utilizan la: “Guía práctica clínica para la rehabilitación del paciente en estado crítico”, en la cual se contempla en los principios de intervención⁶ al integrar del familiar a la rehabilitación. (Gómez Cruz, Caneiro González, & Etal., 2009). La Sociedad Argentina de Terapia Intensiva realiza en protocolo de “Movilización precoz del paciente crítico” en la cual indica que se puede incorporar la participación de un familiar o allegado del paciente que estuviera dispuesto a realizar ciertos ejercicios. (García García & Etal, 2018)

Con la intervención del familiar en la rehabilitación del paciente en cuidados intensivos se asocian múltiples ventajas intrahospitalarias y extrahospitalarias como: en UCI: disminución de la estancia hospitalaria, disminución del delirio por consiguiente, disminución de la sedación, aumento de la fuerza muscular, disminución de los días de ventilación, y el familiar adquiere conocimiento de los cuidados básicos y ejercicios de rehabilitación. Al alta hospitalaria: mayor independencia del paciente, disminución en el impacto económico en la familia y la sociedad, permite mejor adaptación de su entorno social. (Gómez Cruz, Caneiro González, & Etal., 2009) (Goodson, Tipping, Manthey, & Etal, 2017). Este proyecto de titulación pretende analizar los beneficios de una rehabilitación física idónea en paciente crítico.

⁶ Entrenar y explicar a los familiares los pormenores de los procedimientos y su importancia, logrando que estos se constituyan en apoyo al tratamiento rehabilitador. Dar información a la familia y/ o paciente sobre su nueva condición y su participación en el proceso rehabilitador.

1.7 Objetivo

1.7.1 Objetivo general

Analizar los beneficio de la rehabilitación física idónea para los para mejorar el indicador de calidad “debilidad adquirida en UCI” del HGGS.

1.7.2 Objetivo Específicos

1. Determinar las características clínicas de los pacientes con debilidad adquirida en UCI.
2. Interpretar la predisposición de los familiares en el proceso de rehabilitación física de los pacientes con debilidad adquirida en UCI
3. Establecer un protocolo de rehabilitación física integral en la unidad de Cuidados intensivos del Hospital General Guasmo Sur.

1.8 Oportunidades de mejora para la prestación de servicios

En la actualidad el servicio de terapia física brinda apoyo terapéutico en la terapia intensiva, la atención se brinda posterior al pase de visita en el cual se evalúa las condiciones clínicas del paciente para iniciar la rehabilitación física. Los resultados que se evidencian son operador dependiente, no significa el personal realice una laboral deficiente, pero evidencia la falta de estandarización en el tratamiento.

La vinculación de los familiares en la recuperación de los pacientes ejerce un punto fundamental, el impacto positivo que evidencia la interacción familiar – paciente mejora el delirio, la disminución del requerimiento de sedación, entre otros factores. La vinculación de la familiar en la rehabilitación física mejorará la percepción de calidad por los familiares del paciente, en el paciente disminuirá los días de ventilación mecánica, la estancia hospitalaria en unidad de cuidados intensivos, aumenta la fuerza muscular, al egresar del hospital disminuye la dependencia en las actividades de vida diaria.

La vinculación de estudiantes de terapia física y medicina contribuyen en la preparación humanista y científica del personal sanitario, y su colaboración en el tratamiento físico va a contribuir positivamente a la disminución la discapacidad posterior a su estancia hospitalaria en UCI.

Tabla 2.-Matriz de evaluación de alternativas.

1.9 Matriz de evaluación de alternativas estudiadas					
Problema	Causa	Efecto	Desafío	Alternativas de solución	U. de gestión responsable
Pacientes con DA - UCI presentan evolución variable.	Falta de protocolo de rehabilitación física	Mejorar la calidad de vida de los pacientes que presentan DA – UCI al alta.	Crear un protocolo innovador, que no implique un impacto económico para el hospital	Establecer protocolo de rehabilitación física.	UCI
Resultado variable dependiendo del terapeuta.		Disminución de la atrofia muscular, mayor fuerza muscular.	Aceptación por parte del personal de terapia física.	Socializar con el servicio la necesidad de estandarizar el tratamiento.	UCI Fisiatría
Desvinculación de los familiares a la rehabilitación.	Por pandemia se restringió el ingreso de los familiares y no se cuenta con visitas los fines de semana.	Disminuye el deliro y estrés de los pacientes, los familiares tienen mejor percepción de la calidad, y del estado clínico del paciente.	Ingreso de familiares.	Implementar en el protocolo de rehabilitación física a paciente DA – UCI la participación activa del familiar predispuesto. ¹	UCI UAI
Falta de participación de internos/estudiantes de rehabilitación física	No hay internos de rehabilitación física.	Mejoraría en impacto de la terapia en el paciente, y en el estudiante ampliaría las destrezas al trabajar con pacientes críticos	Coordinar con las Universidades en ingreso/estudiantes de internos de rehabilitación física.	Asociar a los estudiantes al proceso rehabilitación	Docencia
Falta de compromiso de los familiares al integrarse a la recuperación del paciente	Problemas familiares previos, falta de tiempo.	Recuperación más prolongada.	Barreras socioeconómicas, culturales y problemas afectivos entre familia	Indagar la predisposición y promover la participación activa	UAI UCI
<p>Notas: 1. Según Sánchez, et al. menciona que: “Diversos autores señalan a la familia como una valiosa herramienta en la atención holística al paciente crítico..., sin que aparezcan complicaciones claramente atribuibles a la presencia familiar junto a él”; DA – UCI: Debilidad adquirida en UCI Fuente: (SEMICYUC, 2017); (Duque Delgado, Rincón Elvira, & León Gomez, 2020); (García García & Etal, 2018); (Villalba & Carini, 2018); (Sanchez Vallejo & Fernandez, 2016).</p> <p>Elaboración: Autor</p> <p style="text-align: right;">Fecha 09/octubre/2022</p>					

CAPÍTULO II

II. JUSTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE METODOLOGÍA PARA LA REALIZACIÓN DEL PLAN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

El presente trabajo aplica metodología mixta (cualitativa y cuantitativa) el método a utilizar es inductivo, deductivo, analítico y de síntesis, con alcance descriptivo.

Tabla 3.- Metodologías y técnicas

Metodología cuantitativa	Metodología cualitativa
Se utilizará las técnicas de análisis estadístico de las características clínicas de los pacientes, y la encuesta para determinar los factores socioeconómicos de los familiares.	Se utilizarán técnicas de la observación guiada del proceso de atención de rehabilitación y a través de la técnica de entrevista con terapeutas físicos y el jefe de enfermería, entrevista y encuesta a familiares.

Las técnicas de la metodología cuantitativa se describen a continuación:

- Se realizará un análisis estadístico de las características clínicas de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos que desarrollaron miopatía del paciente crítico entre el mes de marzo y mayo del 2022. El criterio de inclusión fue haber ingresado en UCI y tener el diagnóstico de debilidad adquirida en la base de datos recolectada en la Unidad de cuidados intensivos, no se incluyeron pacientes de otras áreas de hospitalización.
- La encuesta a los familiares consta de dos partes, la cuantitativa corresponde a las primeras 5 preguntas, la cual se detalla en anexos 2, el objetivo de parte de la encuesta es la situación socioeconómica de los familiares para realizar la terapia física. Esta encuesta se realizó a los familiares dispuestos a colaborar en el pase de visita, en días alternos y con el uso de dado para asignar la cama a encuestar.

Se utilizaron las siguientes técnicas para la metodología cualitativa:

- La ficha observacional sobre el proceso de rehabilitación: los terapeutas de rehabilitación rotan en el servicio de UCI, proporcionan una terapia de

rehabilitación al día a los pacientes que han sido inter-consultados. También se realizó entrevista semi estructurada al personal de terapia física, con la finalidad de enriquecer la ficha, y saber de subjetividad en la realización del tratamiento, poder entender su realidad y las limitaciones del servicio de rehabilitación física. Ficha de observación se encuentra detallada en Anexos 4.

- Entrevista semiestructurada a la jefe de enfermería encargada para obtener mayor información sobre su talento humano a cargo (Anexos 4).
- La encuesta (segunda parte) y entrevista a los familiares la cual se detalla en anexos 2 y 3, se realizó a los familiares dispuestos a colaborar en el pase de visita, en días alternos y con el uso de dado para asignar la cama a encuestar y entrevistar. El objetivo de estos métodos es indagar la subjetividad de los familiares para realizar la terapia física y las dificultades o barreras que pueden presentar para su realización.

2.1 Diagnóstico De Servicios, Recursos Y Capacidades Funcionales En La Unidad De Salud

2.1.1 Gestión Gerencial de la Dirección

La gestión de dirección pertenece al proceso agregado de valor, por medio de la dirección asistencial, de las áreas de cuidados críticos pertenece a subdirección de apoyo diagnóstico y terapéutico.

Al momento de la realización de la tesis el hospital cuenta con una gerencia y dirección nueva, cerca de terminar el periodo 2022, las cuales están evaluando y tomando medidas correctivas. Lamentablemente, esta gestión ha heredado dificultades que tienen años sin resolver. Para ellos, el gerente y los directores realizan visitas in situ y mantienen entrevistas con los líderes de las áreas para lograr vencer las barreras en aras de otorgar una atención de calidad. Estas medidas permitirán realizar gestiones gerenciales estratégicas para lograr optimizar el presupuesto que se otorgará para el siguiente periodo.

2.1.2 Gestión Estratégica de Marketing

La gestión de marketing es promovida por el departamento de Comunicación. Esta se realiza a través de diferentes redes sociales. En la cual se publican las actividades que se realizan en el hospital, como: capacitación al personal sanitario y pacientes, como por ejemplo: la escuela de padres de la unidad de cuidados intensivos neonatales; programas de rehabilitación: campañas de diversa índole, entre otros. Adicionalmente, la gestión de comunicación también gestiona entrevistas radiales con diferentes especialistas del hospital de forma gratuita.

Las redes sociales interactúan pacientes y familiares, es evidente que la interacción es bilateral cuál son publicaciones del hospital, pero de la misma manera no se evidencia respuestas de las inquietudes publicadas en lo que se refiere al hospital en el cual hay comentarios positivos y negativos. Estos mensajes servirían para poder mejorar en la atención y saber la percepción de calidad de los usuarios.

2.1.3 Gestión Administrativa y de Recursos Humanos

El departamento de Gestión Administrativa y de Recursos Humanos proporciona el talento humano para cada área y debería ser en dependencia de competencias que se requieren según el servicio. Hace unos meses el ingreso de personal al área crítica fue con el propósito de solventar la falta de talento humano, los médicos que ingresaron no tenían las competencias generales y específicas para trabajar en el área.

Resultado de esta intervención poco estratégica se evidenció impacto en el personal ingresado ocasionando burnout o insatisfacción laboral, en los compañeros de trabajo del mismo rango jerárquico aumentó la carga laboral debido a la falta de competencias que presentaban algunos compañeros, en los médicos especialistas se evidenció inconformidad, además señalaron la falta de voluntad de trabajo de algunos médicos.

Estas medidas se analizaron desde el área de UCI, con la necesidad de solicitar a recursos humanos cambios de área laboral estratégicos según las competencias para su posterior desempeño en UCI.

El área de terapia física presenta una brecha de terapeutas físicos, más sin embargo, el área proporciona atención a la medida de sus déficits se lo permiten, brindan atención en el área de UCI una vez al día.

2.1.4 Gestión Financiera

La gestión financiera se tiene que alinear con las estrategias del hospital, anualmente el hospital recibe un presupuesto anual, en el periodo 2020 se asignó un presupuesto de poco más de 51 millones del cual se ejecutó el 85% (HGGS, 2020). Este presupuesto va de la mano con el presupuesto estatal en salud.

2.1.5 Gestión Operativa, Abastecimiento y Logística

La gestión de operaciones y logísticas tiene varios puntos que mejorar, en primer lugar cuando se adquiere insumos o medicamentos se realiza el inventario y verificación a través de la intervención del personal del área de donde salió el requerimiento, esto resulta en retraso de ingreso de la medicación o insumos al área de farmacia.

El desabastecimiento es un denominador común en los hospitales estatales, puesto a que la adquisición de insumos y medicación representan un proceso largo y engorroso, con miras a evitar la corrupción en estos procesos, que al final de cuentas resulta poco efectivo.

Adicional en la gerencia anterior se encontraban dispositivos de alto costo dispensados por jefes de guardia, a través de recetas manuales, sin tener un proceso por medio del sistema hospitalario, y resaltaba la falta de buenas prácticas de logística debido a que la emergencia no cuenta con un área de farmacia o bodega segura donde guardar insumos de alto costo.

Definitivamente, el área de operaciones requiere nuevas estrategias a nivel Nacional e institucional.

2.1.6 Gestión de las Tecnologías de la Información y comunicaciones

La gestión de tecnologías de la Información y comunicación (TICS) es el departamento que se encarga de dotar al hospital de internet, mantener los antivirus activos, las líneas de teléfono activas, monitoreo del uso de las redes, control y mantenimiento de la plataforma zimbra institucional y sistema hospitalario SIGHOS (proveniente del Hospital Monte Sinaí), sistema amigable con el trabajador y fácil de usar.

Adicionalmente, brinda tecnologías en las áreas como impresoras, computadoras y sus accesorios en dependencia de su necesidad y disponibilidad.

El mantenimiento constante nos brinda la posibilidad de una atención más óptima, disminuyendo el tiempo de espera de resultados de laboratorios, ingresando en la historia clínica la evolución de los pacientes, solicitud de medicación, entre otros.

2.1.7 Gestión de los Servicios de Clínica y/u Hospitalización

El área de UCI tiene dos salas, tiene una capacidad total para 29 camas y una capacidad operativa de 24 camas, este afiliado la cantidad de personal, monitores habilitados, camas disponibles, en una de ella hay 3 camas de aislamiento, y un área de diálisis que al momento está deshabilitada por fallo de la bomba de agua. La UCI recibe pacientes polivalentes, sus ingresos generalmente son del área de emergencia, recibe mensualmente un promedio de 60 pacientes en los meses de marzo a mayo, y tiene una rotación de camas⁷ efectiva mayor al 2% (marzo de 1.75%; abril 2,42%; mayo 3.16%).

La incidencia de rehabilitación física es de 31%. El trabajo que se realiza es multidisciplinario con el apoyo de otras especialidades según la complejidad del paciente, como es el caso de rehabilitación física.

Además, cuenta personal capacitado, responsable y comprometido con el paciente. El área realiza el levantamiento de datos para autoevaluar la calidad cada 3 meses, con posterior ciclo rápido de mejoras continuas. Como el hospital General del Guasmo Sur es un hospital relativamente nuevo, el área de UCI está trabajando en sus protocolos.

⁷ Es una medida del número de egresos que en promedio comprometieron el uso de cada cama disponible. Dicho de otra manera, es la rotación media de las camas y expresa cuántos pacientes pasan en un período dado, en promedio, por cama disponible.

CAPÍTULO III

III. PROPUESTA DE SOLUCIÓN: FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

3.1 PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

3.1.1 Análisis del Entorno Social

El hospital General Guasmo Sur se encuentra ubicado al sur de la ciudad, cerca del Puerto marítimo, a 1 km de la Av. 25 de Julio, arteria vial importante de la ciudad que continúa hacia el norte por la Av. Quito y se conecta con la vía perimetral (vía de servicio de alto tránsito y vehículos pesado y liviano), esta vía es la ruta más rápida y accesible para traslados de pacientes, desde y hacia los hospitales: Guayaquil, Monte Sinaí, Universitario, y hospitales provenientes de la zona norte de la región (Manabí, Los Ríos)

Este hospital recibe pacientes de toda la ciudad, especialmente paciente de la zona sur, parroquia Ximena. Este sector destaca por ser uno con los más altos índices de violencia, históricamente ha sido un lugar de asentamiento de economías ilegales y se asocia la criminalidad con la cercanía del puerto marítimo y los afluentes del estero “salado”.

Es crecimiento no estructurado, ni planificado, creó zonas con poca salubridad, adicional la mayoría de viviendas son multifamiliares o de gran hacinamiento, con personas de bajo nivel de educación. La transformación del sector llevó a que sea un lugar provisto de servicios básicos, pero desprovisto de salud de mediana y gran resolución.

El Hospital Guasmo Sur se crea con el objetivo de proporcionar salud a las zonas vulnerables, como tal es el Guasmo y sus alrededores. El crecimiento del hospital es constante, ha aumentado la cantidad de servicios a la comunidad. Las patologías atendidas son diversas y tienen relación con el entorno que se vive en el entorno, que generalmente necesitan resolución clínica, quirúrgica e ingreso a la unidad de cuidados intensivos.

La violencia y la carencia de educación perpetúan la atención de patologías como: múltiples traumatismos por arma de fuego o arma blanda, traumas cerrados de abdomen; fracturas de huesos largos; traumatismos por accidente de tránsito, patologías respiratorias por consumo de estupefacientes, entre otros.

El sector tiene un alto índice de trabajos informales, ilegales, personas con trabajo parcial y en relación de dependencia, cuyo salario es el básico o menor, esto se asocia al bajo nivel educativo, a padres jóvenes que aún viven en estado de dependencia paterna. Adicionalmente, durante la pandemia se requirió mayor uso de tecnologías, complicando más la economía del hogar.

Bajo nivel de educación, la economía inestable y el poco apego a tratamientos de patologías crónicas se relacionan, especialmente ha estado graves relacionados a diabetes e hipertensión. Existe un alto índice de violencia intrafamiliar, embarazo en jóvenes con complicaciones graves por la edad o consumo de sustancias ilegales, y abandono del adulto mayor con requerimiento de larga estancia hospitalaria.

El sector vive un alto índice de inseguridad, la policía no tiene el control de la zona por la alta criminalidad que vive en sector. Esto ocasiona que asistir al hospital sé inseguro para el personal que labora, los pacientes y familiares.

3.1.2 Análisis de la Industria de Servicios de Salud (M. Porter)

El modelo de las 5 fuerzas de competencias nos ayuda a formular estrategias, la competencia de la empresa se determina según el punto de vista de las 5 fuerzas. El hospital Guasmo Sur es un ente estatal, cuya jurisdicción corresponde al Ministerio de Salud Pública, con base en lo antes mencionado las fuerzas se centran en brindar atención integral, con calidad y calidez, a continuación se detallan las fuerzas cada una de las fuerzas.

Rivalidad entre empresas competitivas.

Al ser empresas estatales las principales competencias son los mismos hospitales MSP que se encuentren en la ciudad, en este caso tenemos el hospital Monte Sinaí que es del mismo nivel resolutivo, el hospital Universitario que atiende maternas, el Hospital Abel Gilbert Pontón que es de mayor complejidad. La razón de la rivalidad es que las atenciones son proporcionales al presupuesto, es decir, mientras más atenciones registradas tengo mayor, él es presupuesto, que va en paralelo a la posibilidad de transformar el hospital de segundo a tercer nivel.

Se podría decir que los hospitales del ministerio de salud pública tienen una rivalidad invisible, y una sinergia estratégica, solventar los problemas de salud de la población. La rivalidad implica que mostrando mis deficiencias, no puedo justificar

agrandar mis servicios, sino lo contrario optimizarlos y disminuir su tamaño. Actualmente, el hospital General Guasmo Sur es un centro de referencia y transferencia de paciente.

Otras competencias son los centros municipales que son gratuitos, las fundaciones y hospitales de bajo costo, ya que estos brindan atenciones, e impactan en la cantidad de atenciones brindadas.

Ingreso potencial de nuevos competidores.

El desarrollo constante de la ciudad hace que cada vez más se acerque a otros cantones. El crecimiento de los cantones aledaños va de la par con la necesidad de más hospitales. Gran ejemplo de los antecedentes mencionado, es el Hospital de Durán.

Al haber mayor población en otros sectores, se sectoriza más la atención, por consiguiente disminuye la cantidad de atenciones que se brindan en el hospital.

A la par de la creación de hospitales Estatales, están los Hospitales y clínicas particulares, que con el crecimiento de seguros de salud se hace cada vez más accesibles a la economía de personas de clase media. Disminuyendo la atención de este sector en los hospitales.

Para mantener las atenciones, el hospital debe de seguir el crecimiento constante de su complejidad. En el caso de que el hospital mantenga la complejidad tendrá el riesgo disminuir cantidad de atenciones y por ende disminuir su presupuesto.

Desarrollo potencial de productos sustitutos.

Al ser una institución que ofrece servicios de salud, los productos potenciales sustitutos sería los servicios llamados “medicina alternativa”. La medicina alternativa consiste en homeopatía, acupuntura, medicina ancestral, etc.

Esto puede ayudar en ciertas circunstancias de acuerdo a la percepción del paciente, pero lejos de ayudar, muchas veces el uso de la medicina alternativa deja de lado la salud del paciente. Esto puede producir que a su ingreso hospitalario presente mayores complicaciones, y por ende se incurra en gastos que pudieron ser evitables.

Debido a la ubicación, situación del sector, a la gratuidad de la atención, y a la alta complejidad de resolución del hospital, los servicios o productos sustitutos no son una amenaza.

El hecho que empresas del sector o de la ciudad ofrezcan servicios no disponibles en la unidad, no implica que sea negativo, si no más bien realizan sinergia con la fuerza laboral y ayudan a solventar las necesidades de los pacientes.

Capacidad de negociación de proveedores.

Los proveedores se sujetan a concurso a través de los procesos de compras públicas. Permitiendo que el hospital gestione la compra con el proveedor más conveniente, que cumpla con los requisitos solicitados.

La problemática radica que el proceso suele durar mucho tiempo, depende de las empresas liciten. Posterior a la licitación y compra, se debe de inventariar todo y comprobar que cumpla las especificaciones de lo solicitado a su ingreso en el hospital, situación que demanda más tiempo. Este proceso puede ocasionar desabastecimiento.

En todo caso, a los procesos hacen que la balanza de las ventajas sobre la capacidad de negociación cambien y se direccionen primero al hospital con la capacidad de elección y posterior al proveedor debido a que depende si el cumple con las especificaciones, cantidad, y demás características solicitadas para poder abastecer el hospital. El incumplimiento o irregularidades en el proceso dan de baja la compra, produciendo más demora.

Capacidad de negociación de los clientes.

Al estar ubicado el hospital en la zona sur abarca gran población, incluso es lugar de referencia para otras provincias.

Al ser hospital estatal, la atención es gratuita, y la constitución lo ampara.

Los usuarios (pacientes y familiares) quienes reciben atención, tienen la capacidad de impactar en los demás usuarios de manera negativa. Pudiendo impactar en el entorno físico, así mismo como el espacio digital a través de redes sociales.

Si bien es cierto que la capacidad de negociación aparenta estar hacia la institución, esto se equipara con la percepción de la calidad del servicio. Estos se debe a

que el usuario también puede escoger el centro hospitalario en el que desee atenderse, si se disminuye la atención, en consecuencia produce reducción de presupuesto, o pérdida de personal por cambios administrativos dependiendo de los casos de cada hospital.

3.1.3 Análisis FODA

Fortaleza
<ul style="list-style-type: none">• Personal médico capacitado.• Sistema hospitalario sencillo y de fácil manejo, no necesita mucho tiempo de capacitación.• Infraestructura moderna, adecuada para su funcionamiento.• Hospital de segundo nivel y 6to grado de complejidad del ministerio en la zona sur de la ciudad.• Consta con más de 20 especialidades médicas, por la cual se puede dar un tratamiento integral.• Equipamiento moderno (RX portátil, ecógrafos destinados para ginecología, cardiología, imagenología, densitometría ósea, endoscopios, torre laparoscópica, entre otros)• Participación activa de docencia en capacitaciones e incorporación de estudiantes de pregrado y postgrados en la Unidad.• Capacidad de coordinar con la red pública y complementaria de manera eficaz.• Capacidad para resguardar las instalaciones con el personal de seguridad de compañías prestadoras de servicio. (ininterrumpido)• La compañía de limpieza mantiene un adecuado aseo de las instalaciones, y el personal a cargo es capacitado en trato al cliente, denotando amabilidad y respeto.

Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo nacional e internacional en implementación de políticas de salud. • Con la participación de estudiantes de postgrado, el nivel académico aumenta. • Cooperación interinstitucional con ONG, fundaciones, casa comerciales de medicinas y sistema de salud pública que permita mejorar la atención con prestaciones de servicios o donaciones • Uso de redes sociales para educar sobre los procesos de admisión y referencias. • Uso de redes sociales para describir los deberes y derechos de los usuarios. • Fortalecer al personal según las competencias del cargo a desempeñar.
Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de empatía del personal o capacitación en trato al cliente. • Falta de información acerca de los procesos que se tiene que realizar. (Requisitos para ingreso, agendamiento, externalización de exámenes, etc.) • Proceso de compras de medicación e insumos lento. (Produce desabastecimiento) • Servicios inhabilitados por falta de mantenimiento/ cuidados respectivos de los equipos tecnológico. (Por ejemplo: tomógrafo, RX entre otros). • Poca retroalimentación en las redes sociales. (Puede ayudar a educar a los usuarios sobre las buenas prácticas) • Falta de personal en diferentes áreas, como por ejemplo: terapia física. • Insumos insuficientes para el uso de los equipos tecnológicos, por ejemplo: tomógrafo inhabilitado por requerimiento de cambio de pieza; falta de clics para realizar clipaje durante la video-endoscopia; ausencia de trocar para cirugías poco invasivas, entre otros. • Ambulancias inhabilitadas por daños.

Amenazas

- Crisis económica, disminución de recursos económicos proporcionados por el estado.
- Aumento del precio de insumos/medicamentos a nivel mundial.
- Escasez de insumos a nivel Nacional.
- Sistema de compras públicas poco eficaz.
- Alto nivel de violencia, conducta agresiva hacia el personal hospitalario.
- Alto requerimiento de la red complementaria para garantizar los servicios de salud.
- Poca cultura en estilo de vida saludable.
- Alto índice de inseguridad. (Robos, secuestros y asesinatos)

3.1.4 Estrategias FODA

Fortalezas	Amenazas	Estrategias de defensa (FA)	Fortalezas	Oportunidades	Estrategias de Crecimiento (FO)
	E1: Mantener el personal satisfecho creando un buen ambiente laboral. E2: Fortalecer el equipo de terapia física, proporcionando mantenimiento a las máquinas que se encuentran en el establecimiento. E3: Crear sistema de citas con menor tiempo de espera, así poder otorgar tratamiento integral oportuno. E4: Fortalecer y crear nuevos convenios para vinculación de estudiantes al proceso de atención.	E1: Disminuir la brecha de terapistas físicos. E2: Utilizar las redes sociales para difundir información educativa a través de videos. E3: Crear una ventana para educación al usuario en la página web del hospital. (educar en los procesos que se deben realizar para la rehabilitación física) E4: Realizar convenios con ONG o instituciones internacionales para mantener y actualizar las nuevas técnicas y			

	E5: Establecer políticas de seguridad para mantener resguardado al personal y a los familiares de los pacientes.		tecnologías que se usan en rehabilitación física.
--	--	--	---

Debilidades	Estrategias adaptativas (DO)	Debilidades	Estrategias supervivencia (DA)
	<p data-bbox="303 481 335 683" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Oportunidades</p> <p>E1: Realizar convenios con instituciones educativas extranjeras para integrar el uso de nuevas tecnologías para la rehabilitación física e incorporar a sus estudiantes a las prácticas en el hospital.</p> <p>E2: Al realizar un contrato de compras con empresas de renombre se pudiera concretar donaciones de instrumentos, por ejemplo: pelotas, bandas, entre otros con o sin el logo que dona.</p> <p>E3: Capacitar al personal en trato al cliente. Talento humano del hospital brindará la charla, ya que parte de las competencias del personal del área y para integrar el servicio en la docencia.</p> <p>E4: Brindar apoyo psicológico (personal de la institución estará a cargo) para que el personal de salud pueda manejar sus emociones, durante la atención al usuario.</p>		<p data-bbox="861 481 893 638" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Amenazas</p> <p>En el caso de no poder controlar las amenazas externas tales como: crisis económica, redistribución de presupuesto, alto índice de violencia entre otros. Se establecerán estas estrategias:</p> <p>E1: Si no existiera presupuesto para contratar personal, se mantendrá en 1 el número de atención por día, se integrará al familiar lo más pronto posible a la terapia física.</p> <p>E2: Solicitar resguardo policial en los sectores aledaños al hospital, con el fin de resguardar la seguridad de usuarios y personal de salud.</p> <p>E3: Si no se logran los convenios, las capacitaciones se darán a través de charlas educativas por el propio personal del hospital.</p> <p>E4: Al no disponer de insumos se sustituyen ejercicios con instrumentos por otros símiles que no requieran herramientas.</p>

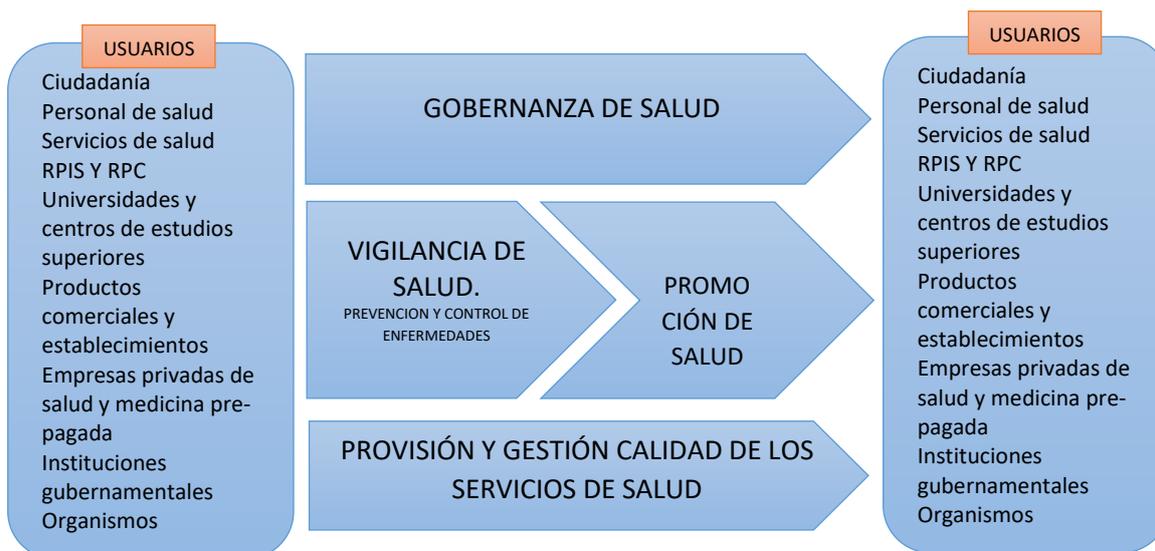
3.1.5 Cadena de Valor de la organización

La cadena de valor del MSP está conformado por procesos gobernantes, sustantivos, procesos adjetivos de apoyo, y de asesoría, estos procesos tiene la capacidad de ser rectores y reguladores de las políticas de salud que se establecen para ser cumplidas por todas las unidades de salud a nivel nacional. (MSP, 2021)

Los procesos gobernantes o la gobernanza formulan las políticas y lineamientos de salud con base en los principios y valores de la institución.

- Provisión de servicios de salud definen y regulan normativas y reglamentos para provisión de servicios.
- Vigilancia de Salud: genera y define políticas y lineamientos para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades.
- Prevención y promoción: define y promulga políticas para desarrollar y promover la práctica de la medicina tradicional, ancestral y alternativa, promoción de salud acorde al perfil epidemiológico del Ecuador, enfocado en los derechos humanos y sin discriminación.
- Calidad de los servicios de salud: define normas para garantizar la calidad de la prestación de servicios.

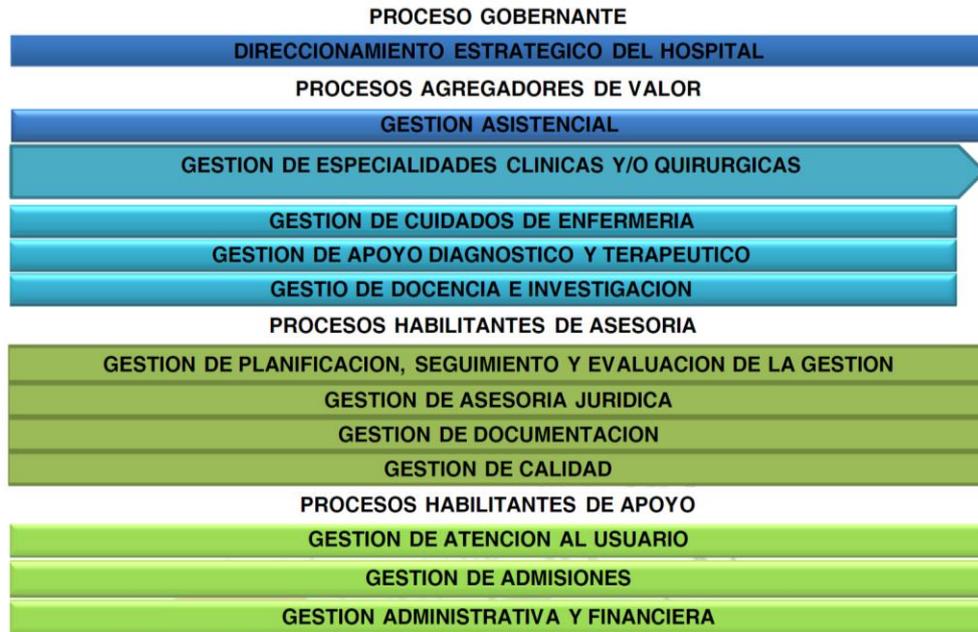
Ilustración 6.- Cadena de valor del MSP.



Fuente: MSP

Los procesos agregados de valor corresponde a la dirección asistencial y sus subdirecciones se detallan en el siguiente esquema.

Ilustración 7.- Ilustración de la cadena valor del HGGS



Fuente: Hospital general Guasmo Sur

Ilustración 8.- Esquema de los procesos agregados de valor.



Fuente: Hospital general Guasmo Sur

3.1.6 Planificación Estratégica

3.6.1 Misión

La misión de hospital General Guasmo Sur es dirigir y coordinar la gestión clínica y quirúrgica para ofrecer sus servicios de calidad para proporcionar una atención integral, a través de la cual permita la promoción, recuperación, rehabilitación de la salud a través de asistencia multidisciplinaria por medio de su cartera de servicios. Realizar actividades de docencia e investigación, conforme a las políticas establecidas por el Ministerio de Salud Pública (MSP). (HGGS)

Este proyecto tiene como eje la misión del hospital que está previamente mencionado, la misión de este proyecto en mejorar la calidad de los servicios de atención en la UCI con relación a la rehabilitación física y la debilidad adquirida en UCI. Adicionalmente, incentivar a la docencia práctica de los estudiantes de rehabilitación física y medicina, todo lo antes mencionado conforme las normas establecidas por el Hospital General Guasmo Sur y el Ministerio de Salud pública.

3.6.2 Visión

La visión del Hospital General Guasmo Sur (HGGS) es que sea percibido por la ciudadanía como accesible, en el cual prime la calidad de atención, solventando las necesidades y expectativas, generando confianza bajo los principios fundamentales que representan la salud pública (principios del MSP) y bioética, utilizando los recursos y tecnologías de manera eficiente y transparente es parte fundamental para las gestiones gerenciales. (HGGS)

La visión de este proyecto está basada y apoya a la visión del hospital que es ser percibido como accesible tanto para el paciente como el familiar, en el cual prime la calidad de atención en el proceso de rehabilitación física del paciente bajo los principios institucionales y la bioética, además brindar apoyo al familiar para capacitarse en los cuidados desde la internación del paciente y permitir que el paciente pueda alcanzar una mejor calidad de vida al alta hospitalaria.

3.1.7 Valores

Los valores del Hospital General Guasmo Sur se rigen a los establecidos por el ministerio de Salud Pública. A continuación se describen cada uno de ellos. (MSP, s.f.)

- Respeto: brindar el mejor servicio a todas las personas de igual manera, aceptando sus diferencias culturales, entendiendo sus necesidades y sus derechos como seres humanos.
- Inclusión: Se basa en reconocer a que existen grupos sociales distintos, y que a todos se les debe de permitir participar en las actividades relacionadas con la salud.
- Vocación de servicio: trabajar con pasión y compromiso.
- Compromiso: se relaciona a la responsabilidad individual de cumplir con todo lo que nos han confiado.
- Integridad: Se relaciona al buen comportamiento y la responsabilidad de ejercerlo de la mejor manera.
- Justicia: se basa en que todas las personas tienen las mismas oportunidades.
- Lealtad: es el discernimiento de confianza y protección de los valores, principios y objetivos de la institución, con el fin de garantizar los derechos de las personas y colectivos.

3.1.8 Objetivos Institucionales

Los objetivos establecidos en plan de estrategias institucionales se articulan de manera directa con el plan de creación de oportunidades del gobierno actual, y este último con la agenda 2030. Estos son la base para la medición de los resultados o logros. Estos objetivos son estratégicos para cumplir con la misión, visión y centrado en los valores institucionales. (MSP, 2021)

Estos objetivos son compartidos por los hospitales del ministerio de salud pública, y consta de 7 objetivos estratégicos. A continuación se detallan.

- Incrementar la efectividad de la gobernanza en el Sistema Nacional de Salud.— Para alcanzar este objetivo se implementarán y aplicarán

políticas sanitarias, se fortalecerá la calidad de gestión de la red pública integral de salud y red complementaria.

- Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el sistema Nacional de Salud.— este objetivo se enfoca en fortalecer las estrategias públicas de prevención, control y vigilancia de enfermedades transmisibles, inmuno-prevenibles, y no transmisibles; vigilar en cumplimiento de la normativa nacional e internacional; y mejorar la administración del sistema de vigilancia.
- Incrementar la promoción en Salud en la población.— la promoción de hábitos de vida saludables; prevención embarazo de niñas y adolescentes; desnutrición, sobrepeso y obesidad; generar políticas que permitan una atención sin discriminación, con equidad y respeto.
- Incrementar la calidad en la prestación de los servicios de salud.— fortalecer la infraestructura y el equipamiento conforme a los estándares, establecer un sistema de mejoramiento continuo en todos los procesos de atención o servicio.
- Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud.— garantizar adecuada cartera de servicios de acuerdo con el nivel de atención, generar mecanismos de atención prioritaria y grupos vulnerables, aumentar la provisión y el uso racional de medicamentos y dispositivos médicos bajo parámetros de efectividad.
- Incrementar la investigación en salud.— a través de impulsar la participación y colaboración en salud con carácter científico y bioético, promover la toma de decisiones con bases científicas.
- Fortalecer las capacidades institucionales.— a través de la gestión de calidad basada en procesos en todas las áreas de la institución; promover la eficacia en la asignación y uso de recursos humanos, financieros y tecnológicos; fortalecer la infraestructura tecnológica, y promover las capacidades de los servidores con planes de formación con certificados efectivos.

El MSP también cuenta con el plan decenal de salud⁸ que fue presentado el 13 de junio del 2022, que consta de cinco objetivos. (MSP, 2021)

- Reducir las inequidades y desigualdades que se producen en relación con el derecho de la salud.
- Promover el bienestar de la población en todas las etapas de vida. (Conformación de ambientes, comunidades y hábitos saludables y seguros).
- Reducir enfermedades prevenibles y muertes evitables a través de una atención integral.
- Garantizar el acceso equitativo a una atención de calidad e integral centrado en las personas y su entorno social.
- Transformar el sistema de salud para garantizar un sistema integrado y eficiente, que permita el acceso y su total cobertura.

3.1.9 Principios Éticos

Los principios éticos del hospital, como están descritos en su visión, se basan en los principios éticos que enmarcan al ministerio de salud pública. Los cuales se detallan a continuación:

- **Equidad:** se basa en Generar los mecanismos administrativos, técnicos y financieros que permitan el acceso a la salud integral, acorde a sus necesidades, eliminando las diferencias evitables.
- **Igualdad y no discriminación:** La atención de salud debe ser integral, inclusiva y provista a toda la población que vive en el país. Se debe de proporcionar con la misma calidez, calidad, oportunidades y sin discriminación según su etnia, idioma, condición socioeconómica, religión, edad, sexo, condición migratoria, ideología, discapacidad física o cualquier otra.
- **Sostenibilidad:** se refiere a las estrategias de gestión y financiamiento para mantener o mejorar los logros y capacidades de atención en salud.

⁸ Instrumento técnico y jurídico que estable una política hasta el 2031 para mejorar la atención y calidad de vida.

- **Suficiencia:** Es la capacidad generar estrategias para resolver de manera oportuna las necesidades de forma integral de la población atendida.
- **Universalidad:** es el derecho de todo a la salud de los ecuatorianos, y personas que residen en el territorio, a través de la red pública integral de salud (RPIS) basado en principios y valores del ministerio de Salud pública.
- **Bioética:** se refiere al uso creativo del diálogo interdisciplinario y transdisciplinario entre los valores humanos y la ciencia de la vida, para resolver algunos problemas planteados por la investigación y la intervención sobre la vida y el medio ambiente enfocados en la salud.

3.1.10 Políticas

Las políticas del MSP se basan en las establecidas en el plan de desarrollo nacional “Plan de Creaciones y oportunidades”, las que se centran en salud, se establece las siguientes políticas. (MSP, 2021)

- **Política 6.1.**
Este punto establece mejorar las condiciones para el ejercicio del derecho de salud integral, prevención y promoción; especialmente con sectores prioritarios y en situación de vulnerabilidad como: infantes, adolescentes, mujeres, adultos mayores, LGTBI.
- **Política 6.2**
Esta política instituye que se debe asegurar el acceso universal a vacunas y medidas para prevenir enfermedades infectocontagiosas en la población.
- **Política 6.3**
Este punto se refiere a fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva. (Integral, inclusiva y de calidad)
- **Política 6.4**
Combatir la desnutrición, enfatizando en la desnutrición crónica infantil.
- **Política 6.5**
Consta en monitorizar el sistema de salud público con el fin de certificar la calidad con transparencia y eficiencia.
- **Política 6.6**

Este punto establece que se debe prevenir el consumo de drogas, brindar atención en la rehabilitación de quienes padecen de adicciones y resguardando sus derechos.

- Política 6.6

La política 6.6 se basa en fomentar las actividades físicas en tiempo libre para mejorar la salud de la población.

- Política 14.3

Esta política implica que se debe fortalecer las buenas prácticas que garanticen la competitividad del estado, eficiencia y transparencia.

3.2 PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

Tabla 4.- Estrategias del plan gerencial

Estrategia	Actividad/es	Tareas	Resultados
Mejorar la percepción de satisfacción de calidad los usuarios	Establecer los días de hospitalización y de requerimiento de ventilación mecánica invasiva.	Determinar los Días de estancia hospitalaria y días de asistencia mecánica de los pacientes que presentan debilidad adquirida en UCI.	Pacientes con debilidad adquirida en UCI tienen una estancia hospitalaria promedio de 30 días, y 22 días de ventilación mecánica.
Establecer un flujograma para iniciar el tratamiento de terapia física y protocolo para el ingreso de familiares.	Realizar flujograma para empezar el tratamiento de terapia física Establecer un protocolo para el ingreso de familiares.	Revisión bibliográfica. Crear el flujograma de atención. Efectuar el protocolo de ingreso.	Se estableció un flujograma y protocolo que se encuentra detallada dentro de ejecución de planes de desarrollo institucional.
Disminuir la brecha de talento humano y maximizar en número de atenciones de terapia física por paciente	Definir la brecha de talento humano en terapia física y en auxiliares de enfermería	Entrevistar al jefe de terapia física y jefe de licenciados sobre la brecha de talento humano y las dificultades que enfrentan para realizar el tratamiento.	La brecha de talento humano de terapeutas físicos es de 76%, no existe déficit de auxiliares al momento en UCI.

<p>Establecer el costo de los sueldos e insumos para el costo anual del cumplimiento del protocolo de rehabilitación física.</p>	<p>Realizar la evaluación presupuestaria</p>	<p>Buscar en el portal de compras públicas para tener referencia de precios anteriores. Indagar el costo del mercado actual los insumos que se requieran.</p>	<p>Costo anual para la implementación del protocolo es de 98.180 USD. (proyección a 5 años)</p>
<p>Facilitar el proceso de aprendizaje a los familiares de los pacientes atendidos en UCI con debilidad del paciente crítico.</p>	<p>Actividades educativas</p>	<p>Crear una forma rápida de acceso a los usuarios a los videos/ clases virtuales en la web del hospital. Publicar en redes sociales fotos y videos del proceso, los videos cortos no más de 2 min. Pie de foto o videos, colocar el link de la página web del hospital y explicar cómo ingresar para capacitarse.</p>	<p>Se establecieron actividades educativas para familiares online en las cuales intervendrán las áreas involucradas en el proceso de terapia, comunicación y TICS.</p>
<p>Implementar protocolo de atención para la rehabilitación física según realidad actual de la unidad de salud.</p>	<p>Análisis de las condiciones clínicas de los pacientes y; socio económicas y subjetividad de los familiares. Determinar los puntos para mejorar en la terapia física.</p>	<p>Determinar las características clínicas del paciente Indagar la predisposición de los familiares y determinantes socioeconómicos. Apreciar los nudos críticos en el tratamiento de terapia física. Establecer un protocolo.</p>	<p>En base a las características, situación socioeconómica de los familiares y las incongruencias del tratamiento de rehabilitación realizar un protocolo.</p>

3.2.1 Gestión Gerencial de la Dirección

Estrategia: Mejorar la percepción de satisfacción de calidad los usuarios

Tarea 1.- Determinar los Días de estancia hospitalaria de los pacientes que presentan debilidad adquirida en UCI, que se encuentra determinados en los objetivos antes descritos.

Tabla 5.- Promedio de Días de Estancia Hospitalaria de pacientes con debilidad adquirida en UCI

	Días
Promedio	30
Máximo	47
Mínimo	8

Tarea 2.- Determinar los Días de asistencia de ventilación mecánica de los pacientes que presentan debilidad adquirida en UCI, que se encuentra determinados en los objetivos antes descritos.

Tabla 6.- Promedio de Días de ARM, días de intubación orotraqueal, y porcentaje de traqueostomías.

	Días
Promedio de Días de ARM de pacientes con DA - UCI	22
Promedio de Días de IOT de pacientes con DA - UCI	13
Uso de traqueostomías de pacientes con DA - UCI.	57%

Indicadores de Gestión

Tabla 7.- Indicadores y Proyección cinco años

Indicador	Actual	Proyección a 5 años
Percepción de satisfacción de calidad los usuarios.	87% (MSP, 2021)	92%
Días el promedio de estancia hospitalaria de pacientes con DA - UCI	30 Días	20 Días
Promedio de días de ARM	22 Días	17 Días

Mejoramiento Continuo de la Calidad

- Evaluar cada 3 meses el indicador de debilidad adquirida en UCI.
- Evaluar cada 3 meses el cumplimiento del protocolo de rehabilitación física.
- Evaluar el cumplimiento del protocolo de ingreso de familiares (aleatorio)
 - Médicos, licenciadas y auxiliares cada vez que los familiares ingresan al área, y gestión de calidad de forma aleatoria, gestión de calidad debe de reportar el cumplimiento cada 3 meses,

Para los planes de mejoramiento continuo, se realiza posterior a la evaluación trimestral para ejecutar el plan de DEMING y posterior evaluación de las medidas implantadas en los 3 meses posteriores.

Indicadores de Calidad por áreas (proyección cinco años)

Tabla 8.- Indicadores de calidad y proyección a 5 años

Indicadores de Ejecución	Proyección a 5 años
Debilidad adquirida en UCI.	10%
Cumplimiento del protocolo de ingreso de familiares.	92%
Cumplimiento de protocolo de rehabilitación física	92%

Ejecución de Planes de Desarrollo Institucional.

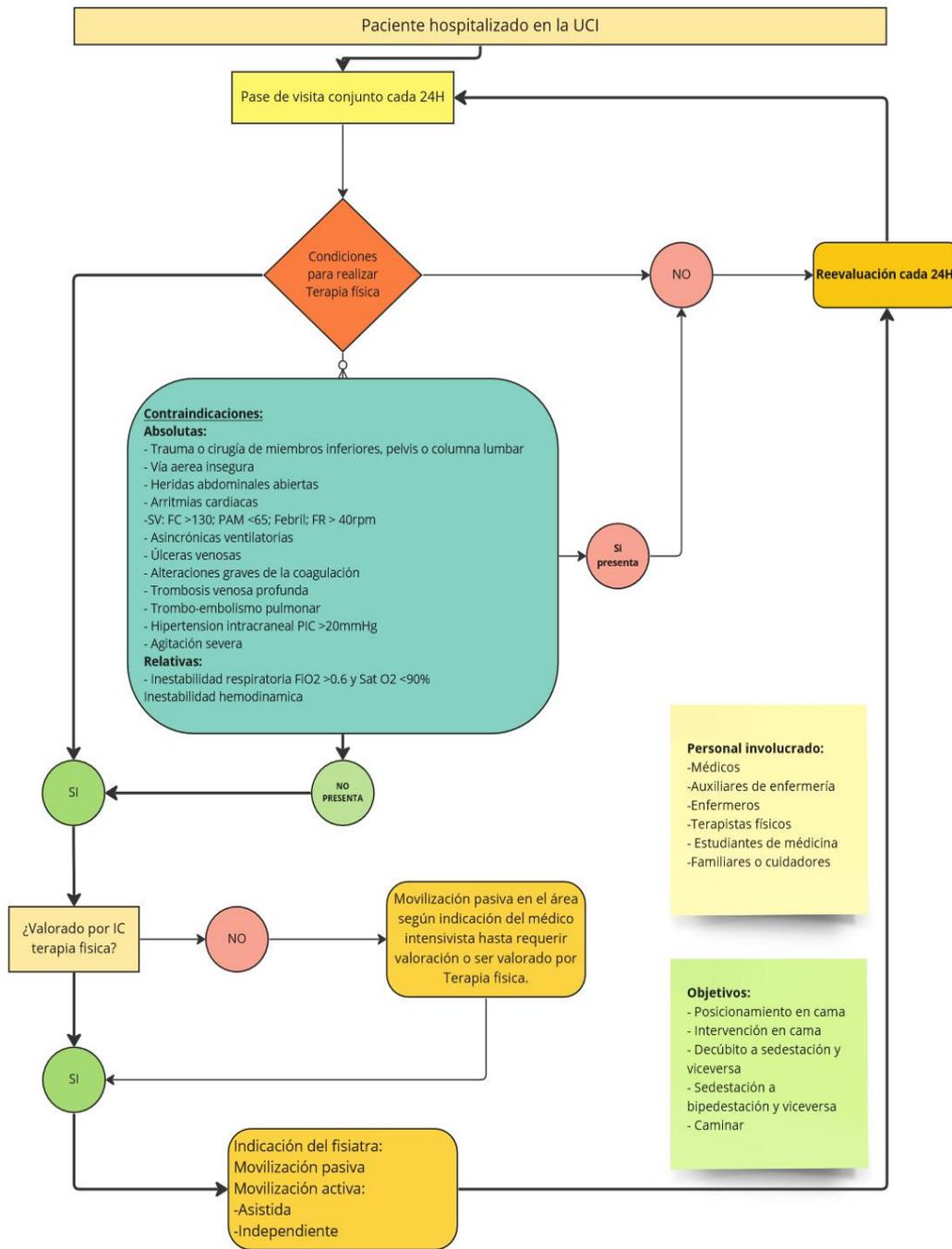
Estrategias: Establecer un flujograma para iniciar el tratamiento de terapia física, un protocolo para el ingreso de familiares y estipular los criterios de inclusión y exclusión para participar en la terapia física, alimentación asistida.

Tabla 9.- Ejecución de Planes de Desarrollo Institucional.

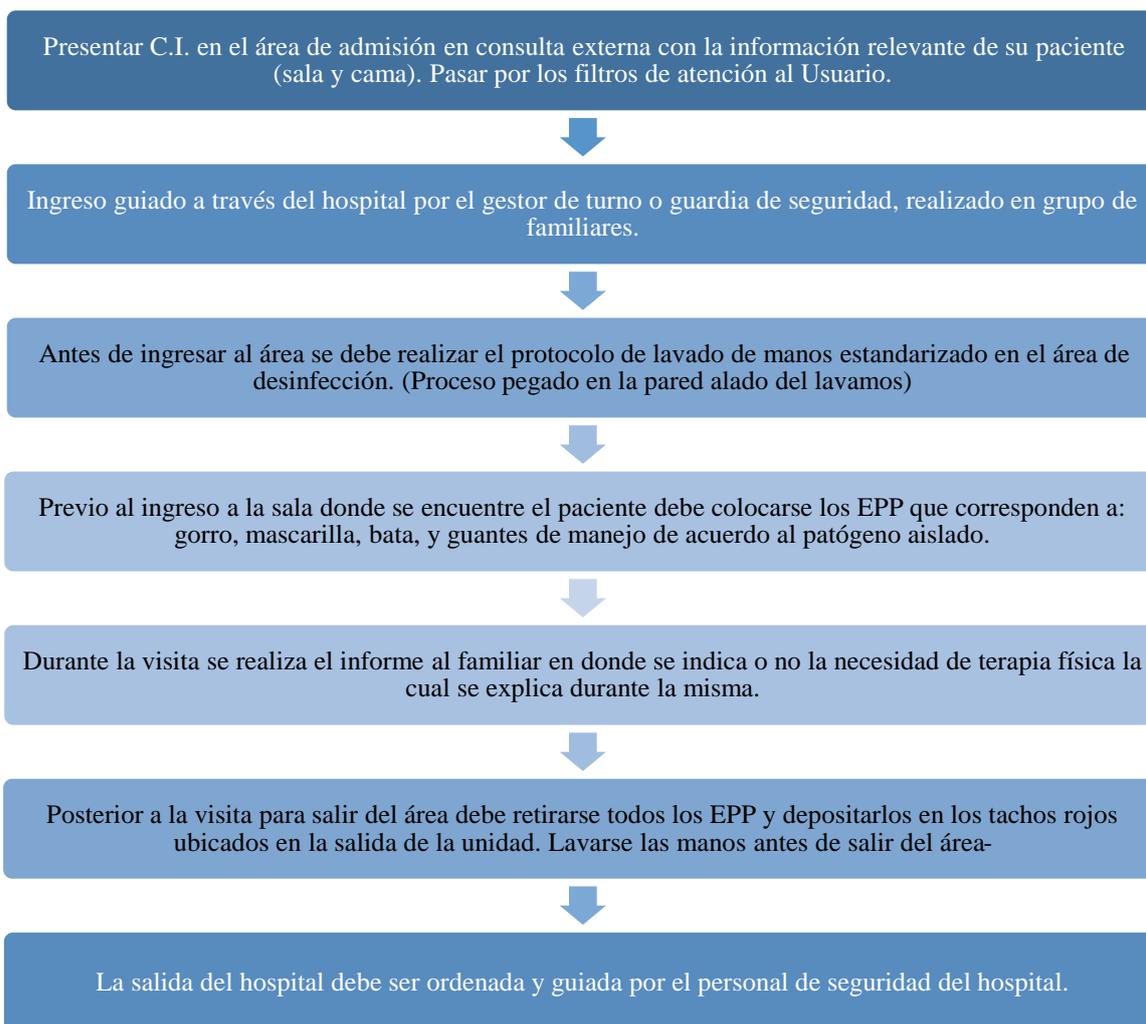
Actividad	Tarea
Realizar flujograma para empezar el tratamiento de terapia física.	Revisión bibliográfica Crear el flujograma de atención
Establecer un protocolo para el ingreso de familiares	Revisión bibliográfica Efectuar el protocolo de ingreso.

Actividad 1: Realizar flujograma para comenzar el tratamiento de terapia física.

Ilustración 9.- Flujograma de inicio de tratamiento de rehabilitación



Actividad 2: Establecer un protocolo para el ingreso de familiares



Fuente: (Gómez Cruz, Caneiro González, & Etal., 2009) (García García & Etal, 2018) (Villalba & Carini, 2018)

De acuerdo a la valoración clínica por el tratante de UCI o terapia física se indica el nivel de actividad que va a ejecutar el paciente (familiar, comienza desde el nivel 2).

Indicadores de Ejecución por áreas (proyección cinco años)

Tabla 10.- Indicadores de ejecución y proyección a 5 años

Áreas	Indicadores	Actualidad	Proyección a 5 años
Rehabilitación física	Atenciones a los pacientes de terapia intensiva	1 Terapista para todas las hospitalizaciones 1 terapia al día	1 Terapista para cada UCI – que brinde rehabilitación de 2 a 3 veces/día
UCI - Rehabilitación física	Personal disponible para capacitar a los familiares en UCI o el área de Rehabilitación (Consulta Ext.)	Un médico residente	1 terapeuta o un médico residente
UCI	Control de protocolo de ingreso al área de UCI	1 licenciado o 1 auxiliar	1 licenciado o 1 auxiliar

3.2.2 Gestión Administrativa y de Recursos Humanos

Estrategia: Disminuir la brecha de talento humano y maximizar en número de atenciones de terapia física por paciente

Tabla 11.- Actividades de la gestión administrativa y recursos humanos

Actividad	Tareas
Definir la brecha de talento humano en terapia física y en auxiliares de enfermería	Entrevistar al jefe de terapia física sobre la brecha de talento humano y las dificultades que enfrentan para realizar el tratamiento. Entrevistar al jefe de enfermería sobre la brecha de auxiliares y licenciados en enfermería.

Indicadores de Gestión Administrativa por áreas (proyección cinco años)

Tabla 12.- Indicadores de gestión de talento humano y su proyección a 5 años.

Brecha de talento humano en área de fisioterapia.	Déficit Actual / porcentaje de brecha	Proyección en 5 años
médico fisiatra	1 (50%)	0 (100%)
terapista de lenguaje	1 (0%)	0 (100%)
terapista ocupacional	1(50%)	0 (100%)
terapias físicas	3 (76,9)	1 (92%)

Prestación de Servicios, indicadores de gestión (proyección cinco años)

Tabla 13.- Atenciones y monitoreo por paciente en el área de fisioterapia

	Actual	3 años	5 años
N.- de atenciones por pacientes al día	1 al día (33%)	2 al día (67%)	3 al día (85%)
Registro de atenciones en hoja de monitoreo en cada atención en las áreas de hospitalización.	No existen datos	(100%)	(100%)

Tarea 1: Entrevistar al jefe de terapia física sobre la brecha de talento humano y las dificultades que enfrentan para realizar el tratamiento.

La entrevista se encuentra detallada consecutivamente en el análisis cualitativo. En una entrevista abierta, semi-estructurada con el jefe de servicio de fisioterapia, mencionó que “tienen una brecha de talento humano de 6 personas entre médico fisiatra, terapeuta de lenguaje, ocupacional y físicos”, también recalzó que el talento humano es unido, colaborador y muy trabajador, que a pesar de las brechas de talento humano ellos cubren el área de consulta externa y hospitalización (todas las áreas que levantan interconsultas).

Tarea 2: Entrevistar al jefe de enfermería sobre la brecha de auxiliares y licenciados en enfermería.

La entrevista se encuentra detallada subsiguientemente en el análisis cualitativo. En la entrevista abierta que se realizó con la actual jefa de enfermería mencionó que: “La

brecha de talento humano de UCI correspondiente al personal de enfermería y auxiliares de enfermería está completa”. La Unidad cuenta con un total de 20 auxiliares, los cuales se distribuyen 2 por guardia en cada UCI (1 y 2). Por parte del personal de enfermería cuentan con 30 licenciados, distribuidos 3 por guardia en cada UCI.

3.2.3 Gestión Financiera

Estrategia: establecer el costo de los sueldos e insumos para el costo anual del cumplimiento del protocolo de rehabilitación física.

Actividad	Tarea
Realizar la evaluación presupuestaria	<p>Buscar en el portal de compras públicas para tener referencia de precios anteriores.</p> <p>Indagar el costo del mercado actual los insumos que se requieran.</p>

Indicadores de Gestión Financiera por áreas (proyección cinco años)

Fisiatría	
Sueldos del área de fisiatría.	92%
UCI	
EPP para personal y familiar. Batas - Guantes	90%
Ciclómetro.	85%
Alcohol, jabón, toallas de manos.	92%

Evaluación Presupuestaria por áreas (proyección cinco años)

Tabla 14.- Evaluación presupuestaria

Fisiatría	mensual	anual
Sueldos del área de fisiatría.	6.800	88.400
UCI		
EPP para personal y familiar.	390	4.660
Ciclómetro.		130
Total		93.180

3.2.4 Gestión Operativa, Abastecimiento y Logística

Indicadores de Adquisición de Medicamentos, material quirúrgico e insumos (proyección cinco años) compras públicas

	Unitario	Mensual	Anual	Cumplimiento
Guantes	0.05 ctvs.	180	2160	95%
Batas quirúrgicas	0.25 ctvs.	210	2520	95%
Ciclómetro y mantenimiento (pintura, aceite, entre otros)	130		160	100%
Alcohol, jabón líquido, toallas	Es proporcionado por la empresa de limpieza, el cual está establecido en el contrato.			100%

3.2.5 Gestión de las Tecnologías de la Información y comunicaciones

Indicadores de gestión de registros de la información (proyección cinco años)

La gestión de TICs en el mantenimiento del sistema SIGHOS, creado por el Hospital Monte Sinaí, cuya gestión es adecuada y satisfactoria. A demás, el área de TICs de todas las instituciones de MSP, crearon la página institucional de cada unidad que está en desarrollo, que nos podría ayudar para la ejecución de la siguiente estrategia.

Estrategia: Facilitar el proceso de aprendizaje a los familiares de los pacientes atendidos en UCI con debilidad del paciente crítico.

Actividades educacionales	Tareas
---------------------------	--------

Personal fisioterapia	Realiza videos explicando la importancia de la rehabilitación, y según los niveles de actividad se explican los procesos, serán comandos básicos para realizar la rehabilitación de pacientes críticos.
Personal de Calidad	Creación de videos, indicando como se debe de ingresar a las áreas. (protocolos)
Tics	Crear link. Se coloca en la página web en área de docencia al usuario. Crear una forma rápida de acceso a los usuarios a los videos/ clases virtuales.
Comunicación	Publicar en redes sociales fotos y videos del proceso, los videos cortos no más de 2 min. Pie de foto o videos, colocar el link de la página web del hospital y explicar cómo ingresar para capacitarse.

Tabla 15.- Indicadores de gestión de TICS

Página web activa	80%
Links de videos de capacitación activos	85%
Publicaciones en redes sociales los videos	90%
Vínculo de las redes sociales a la página web	80%

3.2.6 Gestión de los Servicios de Clínica y/u Hospitalización

Estrategia: Implementar protocolo de atención para la rehabilitación física según realidad actual de la unidad de salud.

Tabla 16.- Gestión de los Servicios de Clínica y/u Hospitalización

Actividad	Tarea	resultados
Determinar las características del paciente con debilidad adquirida en UCI	Analizar los datos estadísticos extraídos de la base de datos de la unidad de cuidados intensivos del HGGS	Detallado en Resultados Anexos 1

Indagar la predisposición de los familiares y determinantes socioeconómicos	Realizar encuesta y entrevista no estructurada para saber la subjetividad de los familiares en la participación de la terapia física.	Detallado en Resultados. Anexos 2 y 3
Apreciar los nudos críticos en el tratamiento de terapia física.	Ficha observacional sobre el proceso de rehabilitación. Entrevista con el personal de terapia física.	Detallado en Resultados
Establecer un protocolo de rehabilitación física.	Realizar protocolo que permita ejecutar. Crear hoja de monitoreo de resultados y protocolo.	

Resultados:

Tarea 1.- Analizar los datos estadísticos extraídos de la base de datos de la unidad de cuidados intensivos del HGGS

En los meses de marzo y abril se atendieron 192 pacientes, de los cuales 21 desarrollaron debilidad adquirida en UCI. El análisis se encuentra desarrollado en análisis cuantitativo, a continuación se presenta un resumen.

Se realizó el análisis estadístico el cual reveló que: La incidencia de debilidad adquirida en UCI corresponde al 31% entre los meses de marzo y mayo. (Ver en Anexos); la edad en que se presenta es amplia, el promedio de la edad fue 51 años; la mayoría eran hombres, 62%; entre los antecedentes personales destacó que el 38% presentó más de 2 comorbilidades; el diagnóstico de ingreso asociado fue choque séptico con el 43%; 52% requirió traqueostomía por intubación prolongada.

Tarea 2.- Realizar encuesta y entrevista no estructurada para saber la subjetividad de los familiares en la participación de la terapia física.

Se efectuó entrevista no estructurada y una encuesta posterior para determinar la subjetividad de los familiares, dichos métodos se aplicaron a 102 familiares. Los

resultados se encuentran detallados posterior en análisis cuantitativo y cualitativo, según la técnica a utilizar, a continuación se presenta un resumen.

La primera parte destacó que en su mayoría están dispuestos a ayudar en el proceso de recuperación de los pacientes, adicional evidenció barreras para poder asistir a la rehabilitación. .

En la encuesta se efectuó un análisis estadístico de los factores socioeconómico y se utilizó la escala de Likert para saber la subjetividad de los familiares respecto a la terapia física, el total de familiares encuestado. El levantamiento de información reveló, que a las visitas acuden mayoritariamente personas de sexo femenino; tiene una relación consanguínea directa; edad se encuentra en un rango de 36 +/- 10 años; la mayoría tenía una carga familiar de una a cuatro personas; tenían una educación media culminada (65%); en su gran mayoría no presentaba comorbilidades (88%). (Ver anexos)

En la encuesta realizada, se encuentra detallada en anexos 3, las preguntas se destinaron para saber si los familiares están consciente de los beneficios, y si están dispuestos a la participación activa en la rehabilitación de sus familiares. Los cuales en su gran mayoría se demostraron estar de acuerdo en todas las preguntas. (Ver Anexos)

Tarea 3.- Appreciar los nudos críticos en el tratamiento de terapia física.

El análisis completo se detalla más adelante en análisis cualitativo. A través de la ficha observacional se tomaron apuntes, en la cual costaba: contacto con el paciente, valoración neurológica, tiempo de duración, y manejo de las terapias de forma consecutiva.

Resultado de la ficha observacional sobre el proceso de rehabilitación: los terapistas de rehabilitación rotan en el servicio de UCI, proporcionan una terapia de rehabilitación al día a los pacientes que han sido inter-consultados, en relación al tiempo y procedimiento a realizar varían según los terapistas físicos que atienden al paciente.

Tarea 4.- Establecer un protocolo para el inicio de rehabilitación física.

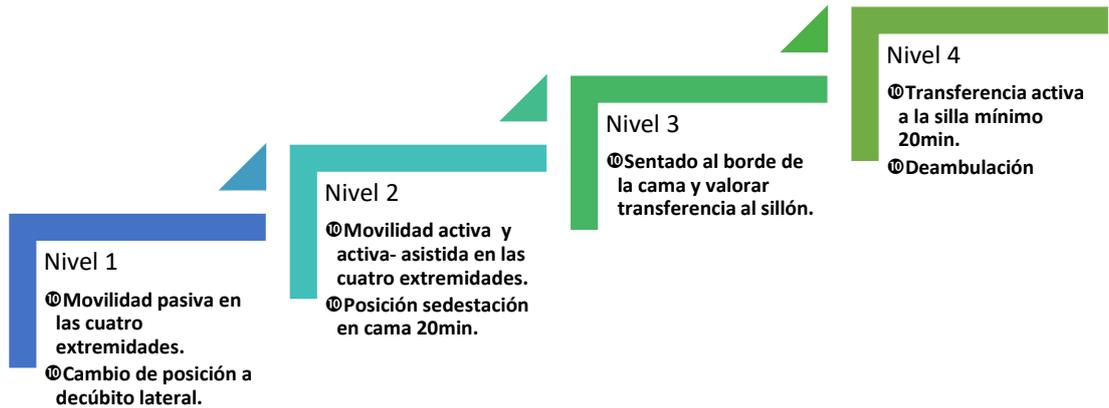
1. Durante el pase de visita conjunto se debe valorar el paquete ABCDEF⁹
2. Previo a la valoración e intervención de terapia física, el personal médico de UCI debe corroborar que los criterios de movilización segura se cumplan. Los criterios se detallan a continuación. (Gomez Cruz, Caneiro González, & Etal., 2009) (García García & Etal, 2018) (Villalba & Carini, 2018)
 - a. Vía aérea segura.
 - b. Acceso venoso fijo, y cubierto (apósito estéril – vía central)
 - c. Afebril.
 - d. Vasopresor a bajas dosis (menor 0.1 mcg/kg/min).
 - e. Sin requerimiento de antiarrítmico hace más de 24 horas.
 - f. TAM mayor A 65 mmHg Y menor A 100 mmHg.
 - g. Frecuencia cardiaca mayor a 50 LPM y menor a 130 LPM.
 - h. Requerimiento de FIO2 menor a 50%.
 - i. Frecuencia respiratoria menor a 30.
 - j. Saturación mayor a 90%.
 - k. Criterios establecidos en el reverso de la hoja de monitoreo (Anexo 4)
3. Previo a la intervención de la terapia física con el paciente, el personal de terapia respiratoria debe de comprobar que la vía aérea esté segura, fijar si fuera el caso, aspirar las secreciones y estar atento a la solicitud de ayuda de los terapistas físicos.
4. Los familiares participarán de manera activa posterior a capacitación, cuando el paciente esté despierto, y con delirio leve o moderado, en nivel 1 o 2 de terapia física.
5. En el pase de información de los pacientes, se debe valorar si los familiares están dispuestos a la participación activa en la terapia física y si cumplen los siguientes criterios para la participación: (Gomez Cruz, Caneiro González, & Etal., 2009) (García García & Etal, 2018) (Villalba & Carini, 2018)
 - a. Ser familiar del paciente o vínculo emocional.
 - b. Mayor de 18 años y menor de 45 años*¹⁰

⁹ Intervenciones para la valoración del paciente en orden. A: manejo del dolor; B: despertar o respiración espontánea; C: uso de analgesia más que sedación; D: manejo del delirio; E: Movilización; F: participación de familia.

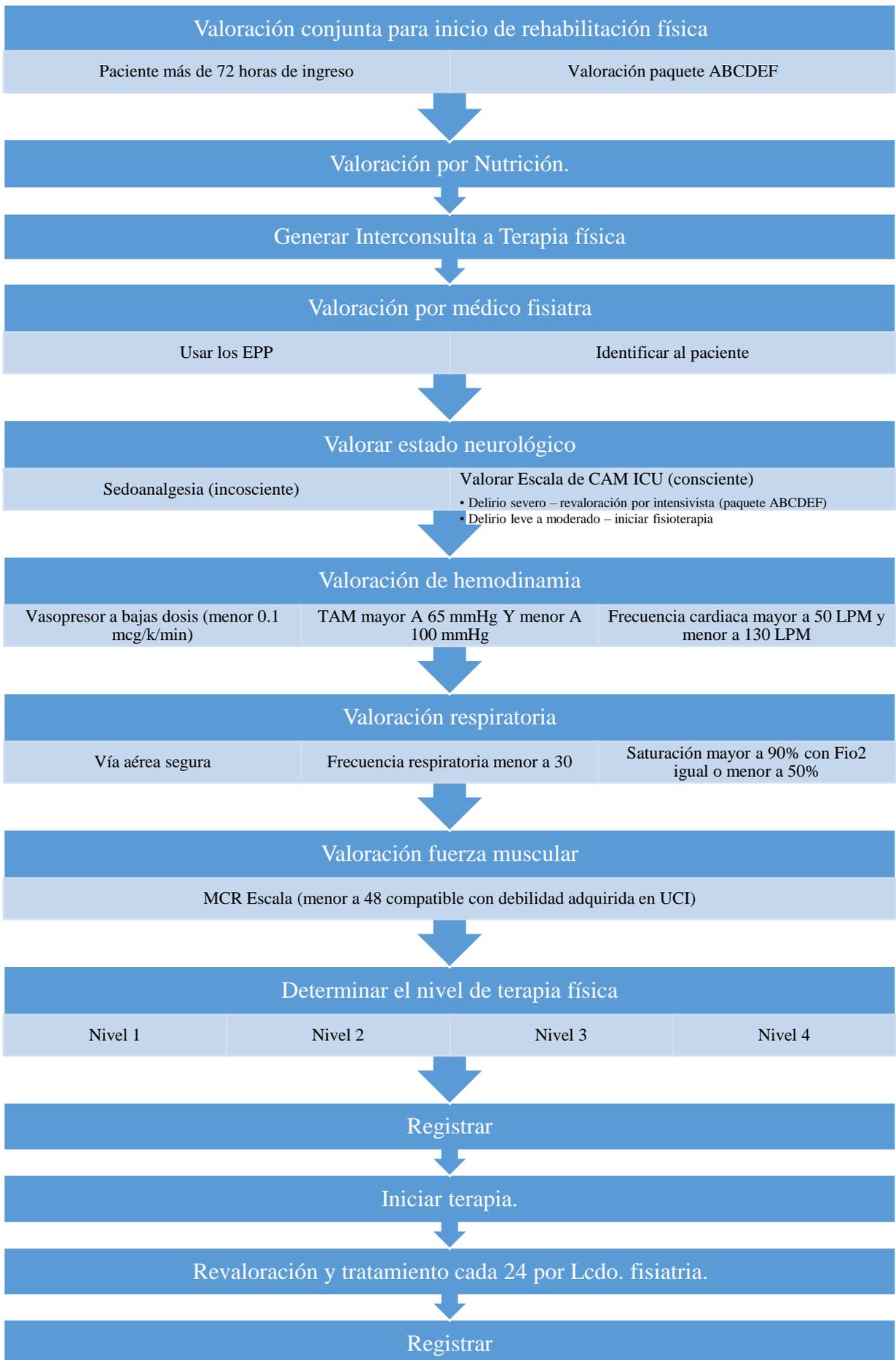
¹⁰ * puede ser mayor de 45, siempre y cuando no tenga patologías graves, y comunicar los riesgos.

- c. Capacidad de Comprensión.
- d. Dispuesto a acatar recomendaciones para la terapia física.
- e. Ningún Antecedente personal, sí es mayor de 65.**
- f. Cualquier edad que “No” padezca de DM; inmunodeficiencias (VIH, Cáncer); enfermedades inmunológicas o Enfermedades hematológicas, o enfermedades catastróficas.

6. Los niveles tratamiento de movilización Disponibles:



- 7. En anexos se presenta una hoja de monitoreo en el cual se va a ejecutar el protocolo de manera sencilla y consecutiva. Fuente: (Gómez Cruz, Caneiro González, & Etal., 2009) (García García & Etal, 2018) (Villalba & Carini, 2018)
- 8. A continuación se presenta protocolo.



Elementos	CAM-ICU-7	calificación	Puntaje
1. Comienzo agudo o fluctuación del estado mental	¿Es el paciente diferente de su estado mental inicial? O ¿Ha tenido el paciente alguna fluctuación en el estado mental en las últimas 24 horas como lo demuestra la fluctuación en una escala de sedación/nivel de conciencia (es decir, RASS/SAS), GCS o evaluación previa de delirio?	0 ausente 1 prese	
2. Falta de atención	Dígale al paciente: "Le voy a leer una serie de letras. Cada vez que escuches la letra 'A', indícalo apretando mi mano." Lea las letras de la siguiente lista de letras en un tono normal con 3 segundos de diferencia. S- A- V -E -A- H -A -A- R -T (Los errores se cuentan cuando el paciente no aprieta la letra "A" y cuando aprieta cualquier letra que no sea "A")	0 ausente (correcto ≥ 8) 1 por falta de atención (correcto 4-7) 2 por falta de atención grave (correcto 0-3)	
3. Nivel alterado de conciencia	Presente si la puntuación RASS real es diferente a alerta y calma (cero)	0 ausente (RASS 0) 1 para nivel alterado (RASS 1, -1) 2 para nivel alterado grave (RASS >1, < -1)	
4. Pensamiento desorganizado. Preguntas de sí/no	1. ¿Flotará una piedra en el agua? 2. ¿Hay peces en el mar? 3. ¿Una libra pesa más que dos libras? 4. ¿Puedes usar un martillo para clavar un clavo? Los errores se cuentan cuando el paciente responde incorrectamente una pregunta. Comando: Dígale al paciente "Levante tantos dedos" (Sostenga dos dedos frente al paciente). "Ahora haga lo mismo con la otra mano" (No repita el número de dedos) Se cuenta como error si el paciente no puede completar todo el comando.	0 ausente (correcto ≥ 4) 1 por pensamiento desorganizado (correcto 2, 3) 2 por pensamiento desorganizado severo (correcto 0, 1)	
Total:			

La puntuación final de CAM-ICU-7 oscila entre 0 y 7, siendo 7 la más grave. Las puntuaciones de CAM-ICU-7 se clasificaron adicionalmente como 0-2: sin delirio, 3-5: delirio leve a moderado y 6-7: delirio grave.

CMR ESCALA

Valoración por cada grupos muscular	
Sin contracción muscular	0
Esboza de contracción a penas visible o a la palpación	1
Movimiento activo sin gravedad	2
Movimiento contra gravedad	3
Movimiento activo contra gravedad y algo de resistencia	4
Movimiento activo contra gravedad y resistencia completa	5
Valor MCR menor a 48 compatible con debilidad del paciente	

Contraindicaciones:

Absolutas:

- Trauma o cirugía de miembros inferiores, pelvis o columna lumbar
- Vía aérea insegura
- Heridas abdominales abiertas
- Arritmias cardíacas
- SV: FC >130; PAM <65; Fiebre; FR > 40rpm
- Asincrónicas ventilatorias
- Úlceras venosas
- Alteraciones graves de la coagulación
- Trombosis venosa profunda
- Trombo-embolismo pulmonar
- Hipertensión intracraneal PIC >20mmHg
- Agitación severa

Relativas:

- Inestabilidad respiratoria FiO2 >0.6 y Sat O2 <90%
- Inestabilidad hemodinámica

Fuente: (Gómez Cruz, Caneiro González, & Etal., 2009) (García García & Etal, 2018) (Villalba & Carini, 2018)

(Reverso)

Indicadores de gestión clínica y hospitalaria por áreas de atención (proyección cinco años)

Tabla 17.- Indicadores de gestión clínica y su proyección a 5 años.

Áreas	Indicadores	Actuales	Proyección a 5 años
UCI	Debilidad adquirida en UCI.	31%	10%
Rehabilitación física	Cantidad de atenciones por rehabilitación por día.	1 por día	3 día
UCI y Rehabilitación física	Días de ARM requeridos por DA UCI	22	15
Unidad de atención al usuario, Gestión de calidad	Participación del familiar en la rehabilitación del paciente crítico, cumplimiento de protocolo de ingreso.	No existen datos	15%

3.3 Análisis de la metodología

Se presenta a continuación un resumen del análisis cuantitativo y cualitativo, se encuentra desarrollado en el plan de gestión gerencial. La importancia de desarrollar este resumen del análisis es poder articular criterios para las conclusiones y recomendación.

Tabla 18.- Resumen de análisis cuantitativo y cualitativo

Análisis cuantitativo	
Técnica	Resultados
Analizar los datos estadísticos extraídos de la base de datos de la unidad de cuidados intensivos del HGGS	La incidencia de debilidad adquirida en UCI corresponde al 31% entre los meses de marzo y mayo. El análisis estadístico destacó que la edad en que se presenta es amplia, el promedio de la edad fue 51 años, el paciente más joven tenía 25 años y el de

<ul style="list-style-type: none"> • En los meses de marzo y abril se atendieron 192 pacientes, de los cuales 21 desarrollaron debilidad adquirida en UCI. 	<p>mayor 85 años; la mayoría eran hombres, que corresponde al 62%, y las mujeres al 38%; entre los antecedentes personales destacó que el 38% presentó más de 2 comorbilidades (diabetes mellitus, hipertensión arterial o enfermedad renal crónica); el diagnóstico de ingreso asociado fue choque séptico con el 43%, seguido de asma casi fatal con el 14%; el 71% no requirió re-intubación orotraqueal; 52% requirió traqueostomía por intubación prolongada; se relacionó a neumonía asociada a la ventilación (81%); a la mayoría no se le aisló un microorganismo multirresistente (71%). (Ver en Anexos).</p> <p>La debilidad adquirida en UCI afecta a personas de mediana edad, que son económicamente activa, su discapacidad al alta hospitalaria con requerimiento de cuidados permanentes o parciales afecta a la economía familiar. Las acciones que se realizan para mejorar la incidencia de la debilidad adquirida tiene efectos en diferentes aristas, en primer lugar a la menor estancia hospitalaria en UCI y en hospitalización, en disminución de días de requerimiento de ventilación mecánica, menor uso de insumos permitiendo que el gasto estatal por paciente disminuya; sino también mejora la calidad de vida alta médica permitiendo mayor independencia del paciente, retorno a su vida laboral en menor tiempo haciendo que el paciente pueda volver a ser económicamente activo contribuyendo a la economía del país.</p>
<p>Encuesta a familiares sobre condición socioeconómica.</p>	<p>Encuesta se efectuó un análisis estadístico de los factores socioeconómico</p>

<ul style="list-style-type: none"> • La encuesta se realizó a 102 familiares de paciente de terapia intensiva- 	<p>La encuesta reveló que a las visitas acuden mayoritariamente personas de sexo femenino con el 65% y hombres el 35%; tiene una relación consanguínea directa, hijos/as son los que acuden con más frecuencia con el 64%, seguidos, hermanos 12%, relación paternal con el 12%, relación sentimental 6% y relación no consanguínea como cuñados, yernos entre otros el 6%; edad se encuentra en un rango de 26 a 46 años; la mayoría tenía una carga familiar de una a dos el 35% y de 3 a 4 el 35% también, y el 30% de 5 a 6; tenían una educación media culminada (bachillerato) con el 65%, educación básica el 23% y otros estudios el 12%; en su gran mayoría no presentaba comorbilidades (88%) y el 12% presentaba hipertensión arterial.</p>
<p>Análisis cualitativo</p>	
<p>Técnica</p>	<p>Resultados</p>
<p>Entrevista al jefe de terapia física sobre la brecha de talento humano.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En una entrevista abierta y semi-estructurada. (ver anexos) 	<p>El jefe de servicio de fisioterapia, mencionó que “tienen una brecha de talento humano de 6 personas entre médico fisiatra, terapeuta de lenguaje, ocupacional y físicos”, también recalco que el talento humano es unido, colaborador y muy trabajador, que a pesar de las brechas de talento humano ellos cubren el área de consulta externa y hospitalización (todas las áreas que levantan interconsultas).</p> <p>La cual llegó a la conclusión que el área de fisioterapia es poco priorizada debido a que no trata las patologías principales, pero que es necesaria para otorgar al paciente una pronta recuperación y alta médica. Por ende es necesario que los directivos conozcan a importancia de la rehabilitación en los pacientes críticos y estables, ya que esto ayudaría a mejorar la rotación de camas en el hospital y su</p>

	<p>impacto positivos en la cantidad de atenciones que ofrece el hospital.</p>
<p>Entrevistar al jefe de enfermería sobre la brecha de talento humano.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semi-estructurada (ver anexos) 	<p>La actual jefa de enfermería mencionó que: “La brecha de talento humano de UCI correspondiente al personal de enfermería y auxiliares de enfermería está completa”. La Unidad cuenta con un total de 20 auxiliares, los cuales se distribuyen 2 por guardia en cada UCI (1 y 2). Por parte del personal de enfermería cuentan con 30 licenciados, distribuidos 3 por guardia en cada UCI. Además, durante la entrevista mencionó que el personal está capacitado, y se mantienen en capacitaciones por parte del área de enfermería y de calidad; el personal a su cargo muestra buena predisposición para ejercer su labor y colaborar cuando es necesario.</p> <p>Por parte de los médicos, se evidencio que las estrategias para cubrir el déficit de talento humano en UCI, en la gestión previa, fue un desatino, el ingreso de personal que no tenía las competencias requeridas para trabajar en el área, provocando recargo y molestias en los compañeros. En la actualidad aún existe déficit de personal de médicos generales, total de 3, más no hay déficit de médicos tratantes. En el mes de noviembre con el ingreso de postgradistas se equipará la necesidad de médicos en el área.</p>
<p>Entrevista a familiares sobre la subjetividad para la realización de la rehabilitación física.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista no estructurada previo a la encuesta de los 	<p>Los resultados destacó que en su mayoría están dispuestos a ayudar en el proceso de recuperación de los pacientes, adicional evidenció barreras para que puedan ir, entre las cuales destacan el factor socioeconómico, el alto índice delincencial, factores laborales, entre otros, que manifestaron como impedimento para asistir a la rehabilitación.</p>

<p>familiares. El total de encuestado 102.</p>	<p>Cuando se les preguntó en qué horario podrían asistir a la terapia mencionaron que les resulta conveniente en el horario de visita o inmediatamente después por el factor económico y la inseguridad que se vive a los alrededores. Pocos familiares mostraron rechazo a la participación activa en la recuperación de su paciente.</p>
<p>Encuesta a familiares sobre la subjetividad para la realización de la rehabilitación física.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizó la escala de Likert para saber la subjetividad de los familiares respecto a la terapia física, el total de familiares encuestado 102. 	<p>Percepción del beneficio que el paciente reciba terapia física y disponibilidad de formar parte activa de la rehabilitación física del paciente la mayoría estuvo totalmente de acuerdo. En la disponibilidad de recibir capacitación para rehabilitación física, para planificar un horario para atender la rehabilitación del familiar y para seguir recomendaciones para la rehabilitación del familiar se demostraron estar de acuerdo. (Ver gráficos en anexos)</p>
<p>Observación de los nudos críticos en el tratamiento de terapia física.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ficha observacional (ver anexos) 	<p>Se tomaron apuntes a través de una ficha observacional, en la cual costaba: contacto con el paciente, valoración neurológica, tiempo de duración, y manejo de las terapias de forma consecutiva. Resultado de la ficha observacional sobre el proceso de rehabilitación: los terapeutas de rehabilitación rotan en el servicio de UCI (uno solo terapeuta para todas las hospitalizaciones), proporcionan una terapia de rehabilitación al día a los pacientes que han sido inter-consultados, el tiempo que toman para hacerlo varía entre 10 a 20 min, muy raramente proporcionan 30 min de rehabilitación (en pacientes más independientes). Se evidencia la participación de estudiantes de</p>

	<p>rehabilitación física, pero no se evidencia participación del familiar. No todos valoran el estado neurológico.</p> <p>En una entrevista abierta con los terapeutas físicos que asisten a la Unidad y el jefe del servicio, se evidencia compromiso en el proceso de rehabilitación, se rotan por las diferentes áreas del hospital y brindan atención en área de consulta externa. Al momento existe una brecha de talento humano, por ende solo un terapeuta brinda atención en las diferentes áreas de hospitalización.</p> <p>Los terapeutas físicos rotan con la hospitalización y consulta externa. Por lo que se deduce que, puede ser esta rotación del personal lo que no permite llevar un seguimiento continuo, ya que el tratamiento realizado no se escribe en la historia clínica, ni registro en algún documento. Lo más probable que escribir diariamente en la historia clínica comprometa más el tiempo de atención, pero el llenado de un protocolo diario a pie de cama, resultará más conveniente, puesto que se ejecuta conforme avance la valoración clínica y la rehabilitación recibida.</p>
--	--

CAPÍTULO IV

IV. EVALUACIÓN E IMPLEMENTACIÓN INTEGRAL DE GESTIÓN GERENCIAL

4.1 Limitaciones y/o Restricciones en la Gestión Gerencial.

El presente proyecto tuvo aceptación por parte de los interventores principales, lo cual disminuyó considerablemente las limitaciones especialmente en recabar información necesaria para realizar la propuesta. Una de las limitaciones que se presentó, fue las encuestas a familiares debido a la distancia para llegar al hospital y la inseguridad que se vive en el sector.

Adicionalmente, para poder implementar las estrategias del presente proyecto no se cuenta con el presupuesto adecuado, debido a que se está focalizando el presupuesto en necesidades prioritarias tales como adquisición y mantenimiento de tecnología diagnóstica y, mantener buen stock insumos y medicamentos para evitar desabastecimiento.

Es importante mencionar que el hecho de que los directivos y gerentes no sepan la importancia de la rehabilitación física constituye una importante limitación, debido a que a través de una buena intervención podemos mejorar la calidad de atención en la terapia intensiva por medio de la rehabilitación física.

4.2 Conclusiones y Recomendaciones

4.2.1 Conclusiones:

La debilidad adquirida en UCI afecta a personas de mediana edad, que son económicamente activa, su discapacidad al alta hospitalaria con requerimiento de cuidados permanentes o parciales afecta a la economía familiar. Adicionalmente, los familiares que intervienen son personas económicamente activas, y que presentan barreras socioeconómicas para el acompañamiento del paciente durante su rehabilitación.

Las acciones que se realizan para mejorar la incidencia de la debilidad adquirida tiene efectos en diferentes aristas, en primer lugar a la menor estancia hospitalaria en UCI

y en hospitalización, en disminución de días de requerimiento de ventilación mecánica, menor uso de insumos permitiendo que el gasto estatal por paciente disminuya.

Permite que el paciente tenga mayor independencia, menor requerimiento de cuidados permanentes y por ende menor complicaciones por postración, disminución del gasto familiar. Finalmente, el paciente puede lograr retornar a su vida laboral en menor tiempo y volver a ser económicamente activo contribuyendo a la economía del país.

La rehabilitación física en los pacientes críticos debe de comenzar entre las 48 y 72 horas posteriores a su internación en cuidados intensivos. El tratamiento oportuno e idóneo permite la disminución de complicaciones por el encamamiento como: úlceras de decúbito, contractura muscular, disminución de la movilidad articular y pérdida muscular.

Los beneficios de la rehabilitación física adecuada y oportuna son:

Disminución de:

- Días de ventilación mecánica invasiva.
- Delirio.
- Días de internación en cuidados intensivos.
- Atrofia muscular.
- Discapacidad y dependencia del familiar al alta hospitalaria.
- Impacto económico del paciente con síndrome post UCI¹¹.

Aumento de:

- Calidad de vida.
- Fuerza muscular.
- Independencia del paciente.

El proceso de integración del familiar a la fisioterapia del paciente, mejora la percepción de calidad de los usuarios. La intervención del familiar en el proceso de recuperación también le permite comprender mejor las condiciones clínicas del paciente. Adicionalmente, fortalece el vínculo emocional entre la familia.

La capacitación de los familiares para la realización de las terapias física, permite que los familiares brinden cuidado idóneo con bases científicas posterior al alta del

¹¹ Alteraciones cognitivas, físicas, trastornos del ánimo que no presentaba el paciente antes de su ingreso a UCI.

paciente, así mismo produce mejor adaptación de la familia a la nueva realidad de las condiciones actuales del paciente.

4.2.2 Recomendaciones:

Se debe concientizar el impacto positivo de la rehabilitación física, esto se puede realizar a través de revisión bibliográfica, análisis financiero del costo beneficio, y estudios ulteriores sobre el beneficio que tiene la rehabilitación en pacientes críticos, conseguir ver el servicio como una oportunidad de mejora para la calidad de atención y no como un gasto.

La inversión que se realiza con la rehabilitación física idónea tiene relevancia por el costo - beneficio estatal, institucional y familiar. Por lo que los gerentes y directivos deben priorizar la inversión y cubrir la brecha de talento humano.

Se puede lograr la introducción del familiar a los cuidados básicos del paciente, la cual debe de ser paulatina, regulada, y estructura. Mantener un protocolo estructura y establecido nos permitirá evitar complicaciones en los paciente ingresados a cuidados intensivos.

Antes de iniciar se debe valor la comprensión del familiar a la información que se está proporcionando y la buena predisposición para realizar la terapia. Y al iniciar la rehabilitación de los pacientes críticos, se debe informar de forma precisa, dejando en claro que este proceso se puede detener su el paciente presenta complicaciones.

La capacitación que se brinde al familiar durante el pase de información, debe ser clara, sencilla, y concisa para mejor comprensión por parte del familiar y realización de los protocolos de ingreso a cabalidad.

Previo al inicio de la terapia física, brindada de forma pasiva o activa por el personal de la institución y el familiar, se debe precautelar la vía aérea y los dispositivos invasivos por parte de licenciados de enfermería y terapia respiratoria para prevenir eventos adversos.

Si existiera rotación o ingreso de personal nuevo al área, se debe de capacitar para el cumplimiento de las normas y protocolos antes de su actividad asistencial.

La importancia del seguimiento de la rehabilitación nos permite tener constancia de la valoración por fisiatría y del nivel de tratamiento en el que se encuentra el paciente.

El uso de la hoja de monitoreo es fundamental para el seguimiento, dicha hoja de monitoreo se hizo con la finalidad de abarcar el protocolo de rehabilitación diseñado y ser realizada en poco tiempo (no más de 1 minuto).

Se debe mantener el plan de mejoramiento continuo de los procesos, en el cual se valora la intervención cada 3 meses, y tomar correctivos si fuera necesario.

GLOSARIO

Cadena de valor: Es el modelo teórico que describe el desarrollo de las actividades de una organización generando valor en este caso al servicio de atención de salud, en este caso el MSP y el HGGs

CAM – ICU7: Es una escala llamada así por sus siglas en inglés “Confusion Assessment Method” y por estar designados a paciente en UCI. Es una herramienta fácil y rápida para utilizar que se divide en 4 estrategias para estratificar el delirio

Días de ventilación mecánica: Cantidad de días que el paciente requiere el uso del ventilador mecánica. (En modo controlados, asistido o espontáneo)

Escala Glasgow outcome: Es una escala que se utiliza para los pacientes que han presentado daño cerebral, que permite la evaluación de su recuperación, que en este trabajo se ha aplicado para valorar la discapacidad que tienen los pacientes al salir de UCI. El uso de esta escala ayuda para la predicción de la rehabilitación para volver al trabajo y la vida cotidiana.

Gestión asistencial: Es un proceso que enmarca un conjunto de actividades, de los proveedores de atención en salud, que tienen como objetivo aumentar el nivel de salud y el grado de satisfacción del usuario (paciente o familiar).

MRC (Medical Research Council): Escala válida y fácil de usar, que permite valorar clínicamente la fuerza muscular de 3 músculos de las extremidades superiores e inferiores. (Via Clavero, Sanjuán Naváis, & EtAl, 2013)

Paquete ABCDEF: Intervenciones de valoración del A: dolor y su control con fármacos; B: despertar y asistencia respiratoria espontánea; C: administración de analgesia y sedación (esta última nula o lo mínimo requerido según la patología del paciente), D: valoración del estado de consciencia y delirio; E: movilización temprana y progresiva; vinculación de la familia en rondas.

UCI: Es la Unidad de cuidados intensivos, es una instalación especial dentro del área hospitalaria, es un servicio que brinda atención especializada y equipada con gran tecnología para atender a pacientes con alto riesgo de complicaciones y graves complicaciones.

Rehabilitación física: Son las intervenciones que se ejecutan con el objetivo de optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad de personas con trastornos de su salud, así lograr mejorar su pronóstico y adaptación a su entorno.

Rehabilitación física del paciente crítico: Es el proceso por el cual se brinda atención integral y multidisciplinaria, capaz de prevenir las secuelas debidas a la enfermedad crítica, que a futuro se constituyen en discapacidad física y cognitiva. El objetivo es lograr la menor discapacidad posible al alta médica, pronta recuperación y adaptación al entorno social.

BIBLIOGRAFÍA

- HFIB. (s.f.). *Hospital del niño Dr. Francisco Icaza Bustamante*. Recuperado el 6 de 10 de 2022, de <http://www.hfib.gob.ec/index.php/sala-de-prensa/202-hfib-al-servicio-de-la-ninez-ecuatoriana>
- Baeza Gómez, I., & Quispe Hoxsas, L. (11 de May de 2020). Proyecto "Humanizando los Cuidados Intensivos", nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. *Rev. Bioética y Derecho*, 48, 111- 126. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100008&lng=es
- Davidson, J., & al., E. (Feb de 2007). Pautas de práctica clínica para el apoyo de la familia en la unidad de cuidados intensivos centrados en el paciente: Grupo de trabajo del American College of Critical Care Medicine 2004–2005. *Critical Care Medicine*, 35(2), 605-622. doi:10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB
- Duque Delgado, L., Rincón Elvira, E. E., & León Gomez, V. E. (Ene de 2020). Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. *Scielo / Ene De Enfermería*, 14(3). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300008&lng=es&tlng=es
- G. Heras La Calle, G., & Zaforteza Lallemand, C. (Oct - Dic de 2014). HUCI se escribe con H de HUMANO. *Elsevier*, 25(4), 123 - 124. doi:10.1016/j.enfi.2014.11.001
- García García, J., & Etal. (May de 2018). *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*. Recuperado el 11 de Oct de 2022, de <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/84c78c78c358e69b91171b94e6df9f8a.pdf>
- Gomez Cruz, J., Caneiro González, L., & Etal. (2009). Guía de práctica clínica para la rehabilitación del paciente en estado crítico. *Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 7(1). Obtenido de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/722/5670>
- Goodson, C. M., Tipping, C., Manthey, E. C., & Etal. (2017). Rehabilitación física en la UCI: comprendiendo la evidencia. *Manangement & Practice UCI*, 17(3). Obtenido de <https://healthmanagement.org/c/icu/issuearticle/physical-rehabilitation-in-the-icu-understanding-the-evidence>
- Herruzo Avilés, A. (11 de Agost de 2020). Las consecuencias de pasar largas estancias en Cuidados Intensivos. *ABC Sevilla Salud*. Obtenido de https://sevilla.abc.es/salud/sevi-consecuencias-pasar-largas-estancias-cuidados-intensivos-202008110901_noticia.html
- HGGS. (Mayo de 2020). *Ministerio de Salud Pública*. Recuperado el 5 de Oct de 2022, de HGS-FORMULARIO-RC-MSP-2020: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/08/HGS-FORMULARIO-RC-MSP-2020.pdf>

- MSP. (Nov de 2021). *Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica*. Recuperado el 19 de Nov de 2022, de Plan Estratégico Institucional 2021 - 2015: <file:///C:/Users/Nanda/Downloads/PLAN%20ESTRAT%20C3%89GICO%20INS%20TITUCIONAL%202021-2025%20MSP.pdf>
- MSP. (s.f.). *Ministerio de Salud Pública*. Recuperado el 6 de 10 de 2022, de salud.gob.ec/se-inaugura-el-hospital-publico-mas-grande-del-pais-en-el-guasmor-sur-de-guayaquil/
- MSP. (s.f.). *Misión, Visión, Valores, Principios*. Recuperado el 21 de 10 de 2022, de <https://www.salud.gob.ec/valores-mision-vision-principios-valores/>
- Pérez de Mursi, T. (2019). *Expansión de Guayaquil hacia el oeste: entre la dispersión y la fragmentación* (Vol. 1er). Guayaquil, Guayas, Ecuador: Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Obtenido de <https://editorial.ucsg.edu.ec/editorial/ciencias-tecnicas/152-expansion-de-guayaquil-hacia-el-oeste-entre-la-dispersion-y-fragmentacion.html>
- Sanchez Vallejo, A., & Fernandez, D. (16 de Dic de 2016). Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*, 40(9), 527 -540. doi:10.1016/j.medin.2016.03.005
- SEMICYUC. (May de 2017). Indicadores de la calidad del enfermo crítico. *Sociedad Española De Medicina Intensiva Crítica Y Unidades Coronarias*, 214.
- Vance Mafla, C. (25 de Sept de 2012). *ESTATUTO ORGANICO GESTION ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DE HOSPITALES*, Registro Oficial Edición Especial 339. Recuperado el 5 de 10 de 2022, de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/ESTATUTO-GESTION-ORGANIZACIONES-HOSPITALES-RO-339-25-09-2012.pdf>
- Via Clavero, G., Sanjuán Naváis, M., & EtAl. (2013). Evolución de la fuerza muscular en paciente crítico con ventilación mecánica invasiva. *Elsiver*, 24(4), 155- 166. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2013.09.001
- Villalba, D., & Carini, F. (Agost de 2018). *Sociedad Argentina de Terapia Intensiva*. Recuperado el 09 de Oct de 2022, de <https://www.sati.org.ar/images/files/RehabilitacionfisicaenlaUCICSyR2018.pdf>
- WHO. (11 de Agost de 2020). *Servicios sanitarios de calidad*. Recuperado el 9 de Oct de 2022, de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
- Zaforteza Lallemand, C., Prieto González, S., T.P., C. F., & etal. (Ene - Mar de 2010). Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. *Elsivier*, 21(1), 11- 19. doi:10.1016/j.enfi.2009.07.002

ANEXOS

Anexos 1

Gráficos de resultados de las características clínicas de los pacientes ingresados en uci que adquirieron miopatía del paciente crítico.

Gráfico.- Sexo de los pacientes ingresados en uci que adquirieron miopatía del paciente crítico.

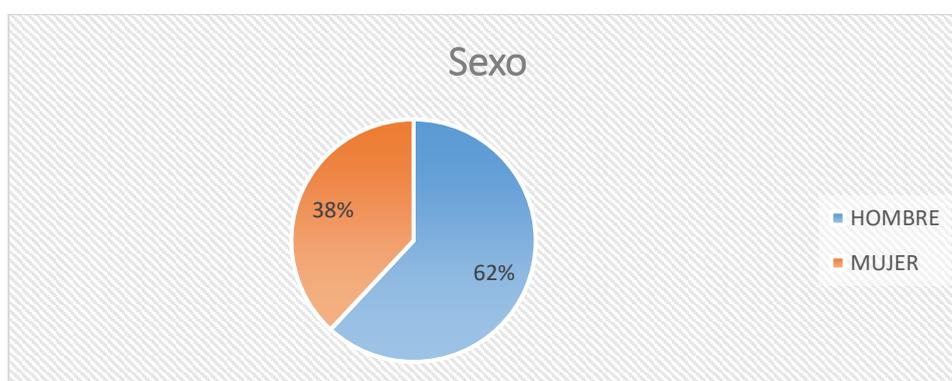


Gráfico.— Comorbilidades de los pacientes ingresados en uci que adquirieron miopatía del paciente crítico.

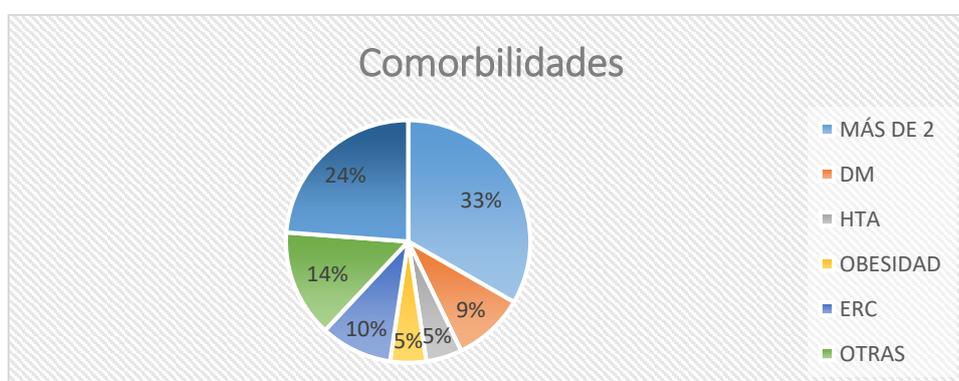


Gráfico.— Diagnóstico de ingreso de los pacientes ingresados en uci que adquirieron miopatía del paciente crítico.

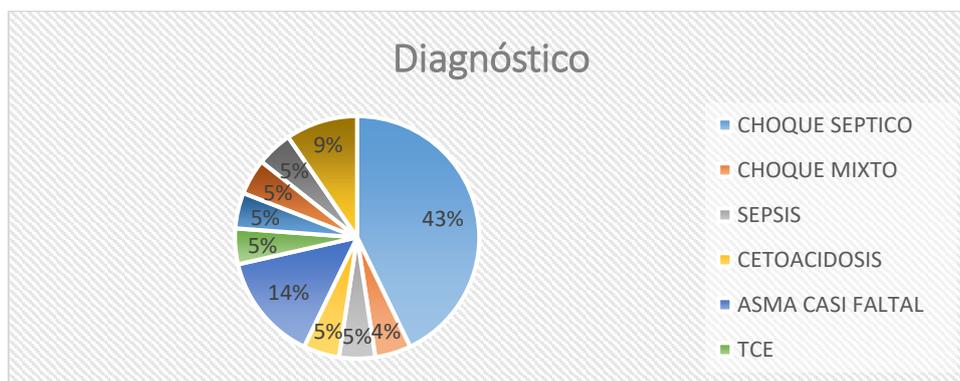


Gráfico.—Re-intubación asociada de los pacientes ingresados en uci que adquirieron miopatía del paciente crítico.

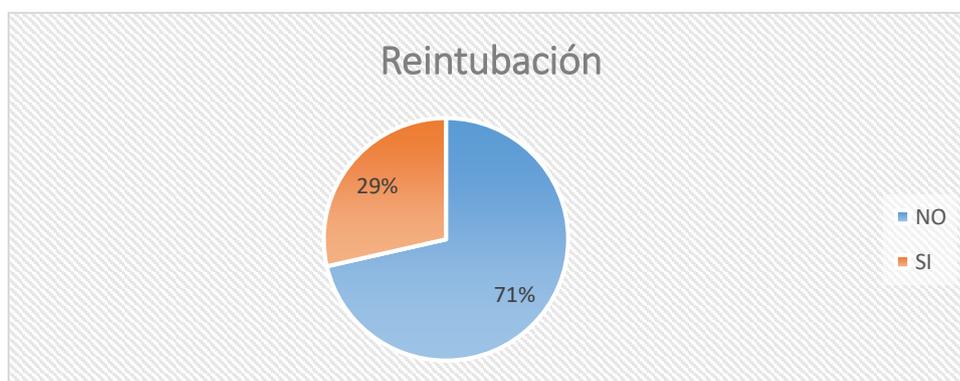


Gráfico.— Requerimiento de traqueostomía de los pacientes ingresados en uci que adquirieron miopatía del paciente crítico.

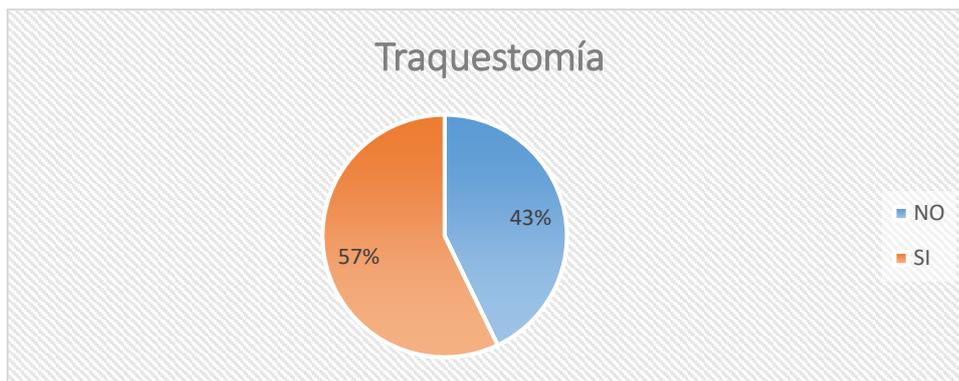


Gráfico.— Neumonía asociada a la ventilación mecánica de los pacientes ingresados en uci que adquirieron miopatía del paciente crítico.

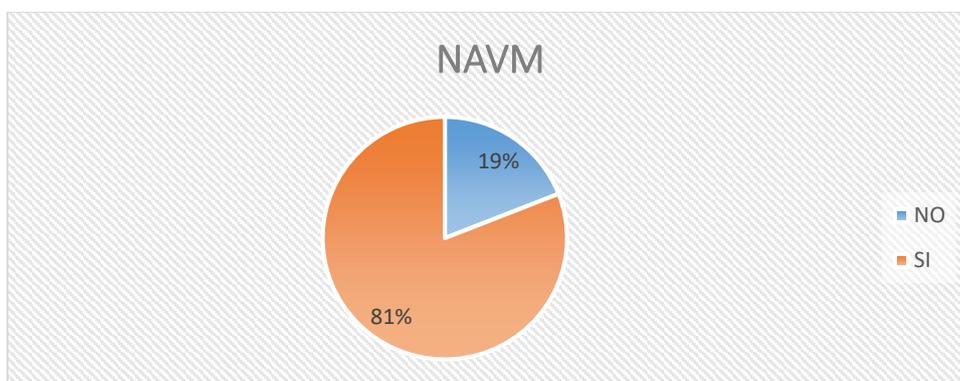


Gráfico.— Infección por bacterias multirresistentes asociado a los pacientes ingresados en uci que adquirieron miopatía del paciente crítico.

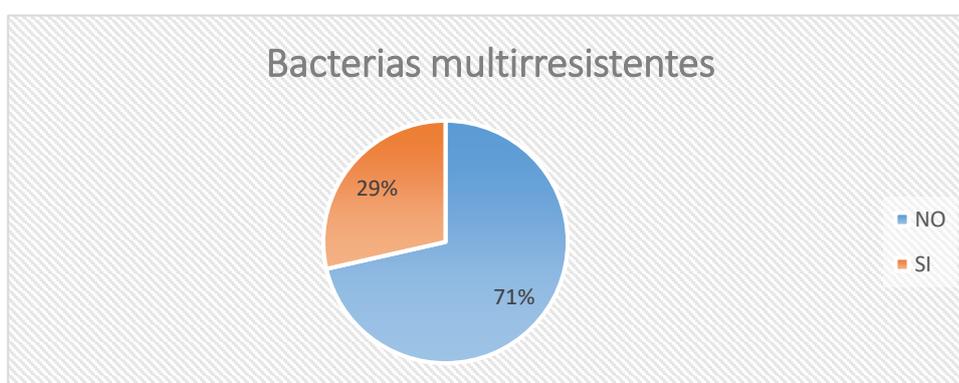
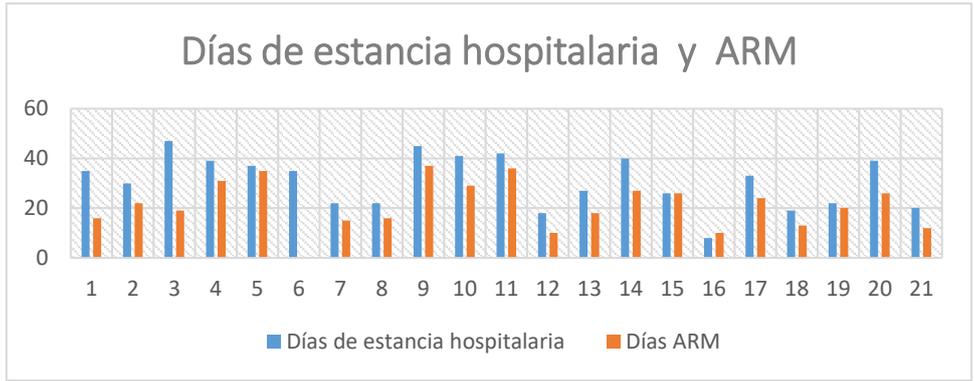


Gráfico. — Días de Estancia Hospitalaria y ARM de los pacientes con DA- UCI



Anexos 2

Gráfico resultado de encuesta:

Gráfico: Sexo de familiares que van a la visita

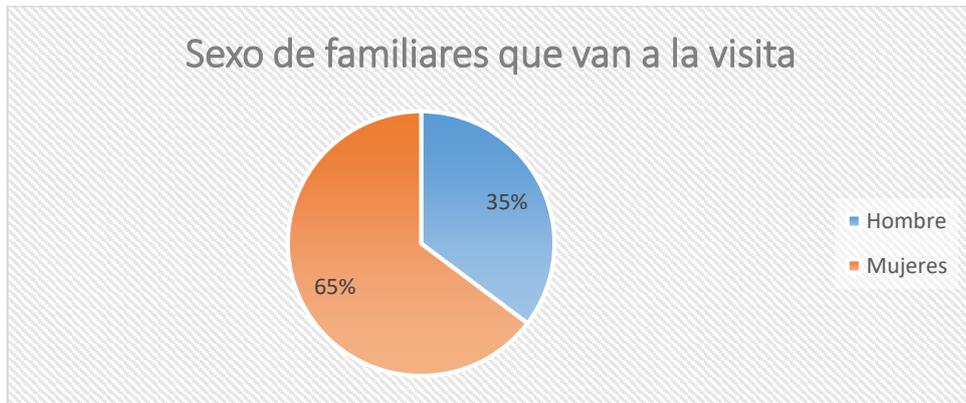


Gráfico: Edad de familiares que van a la visita.

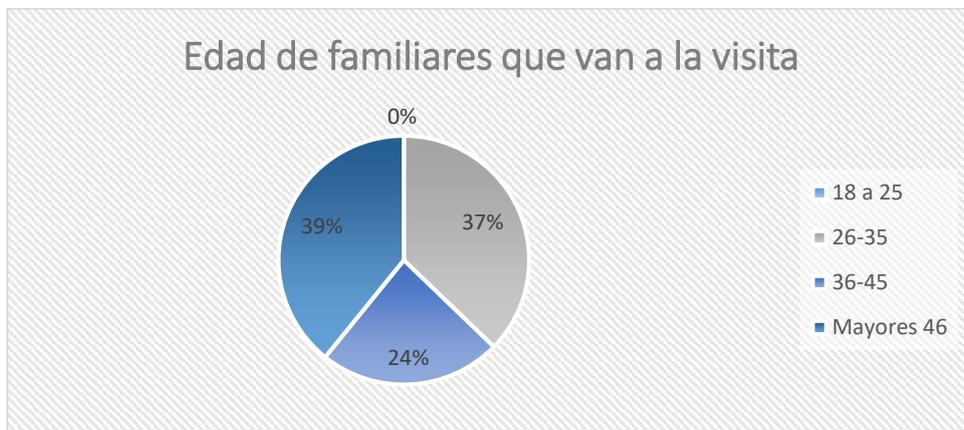


Gráfico: Relación con el paciente

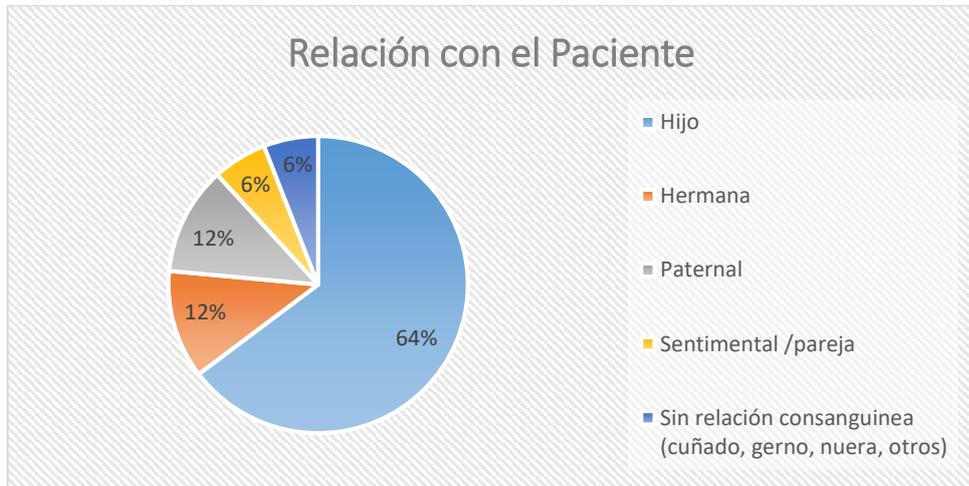


Gráfico: Cargas familiares

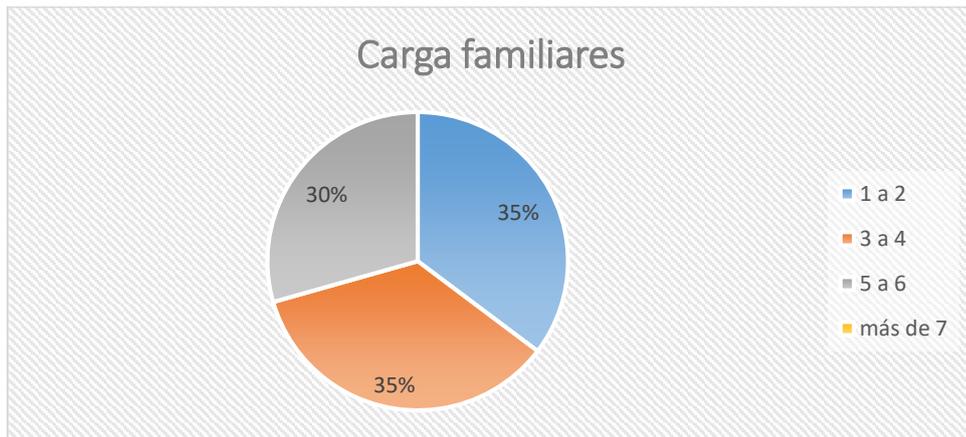


Gráfico: Escolaridad de familiares que van a la visita.

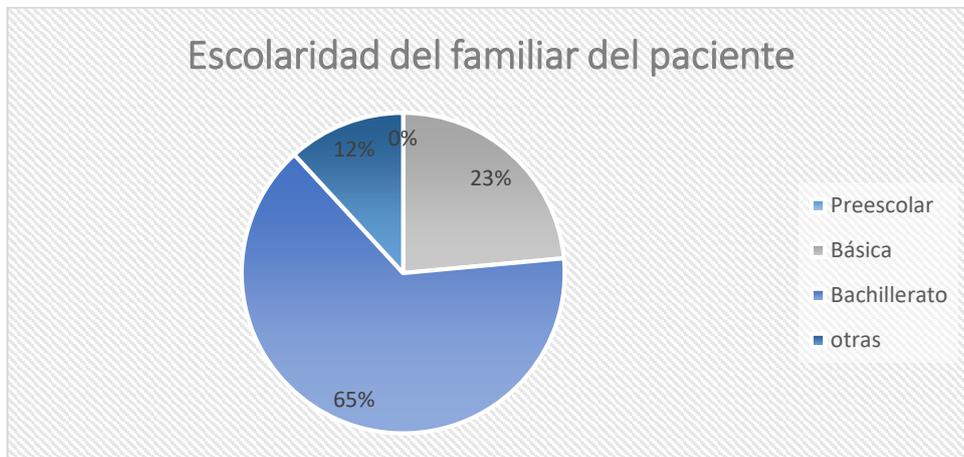


Gráfico: Comorbilidades de los familiares que van a la visita

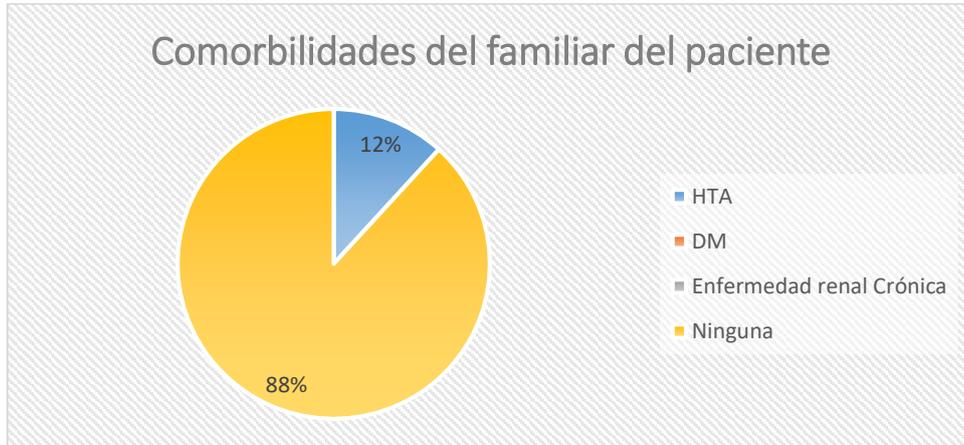


Gráfico: Percepción del beneficio que el paciente reciba terapia física.

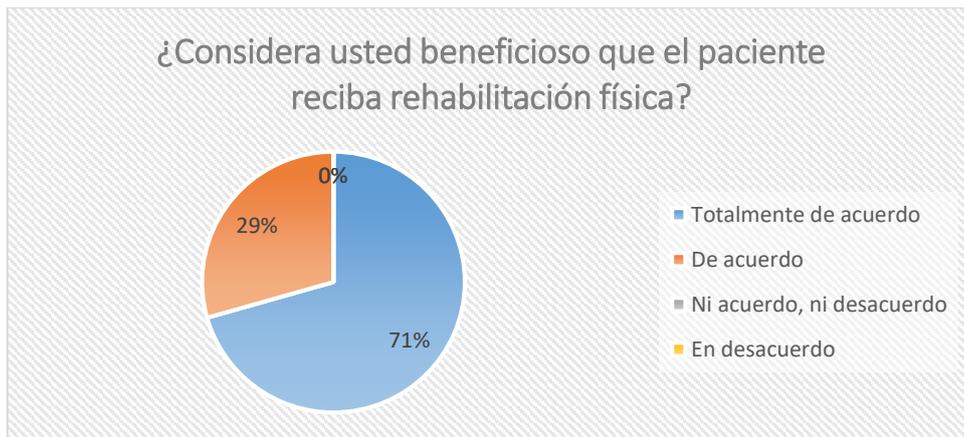


Gráfico: Disponibilidad de formar parte activa de la rehabilitación física del paciente.

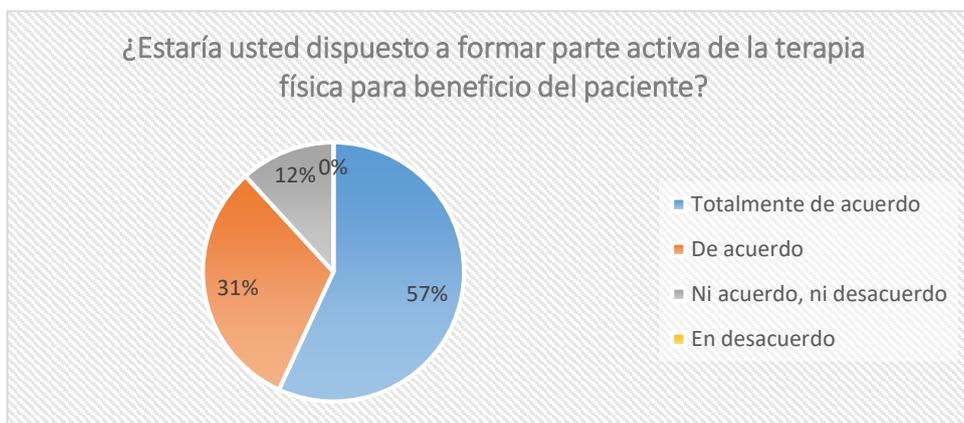


Gráfico: Disponibilidad de recibir capacitación para rehabilitación física.

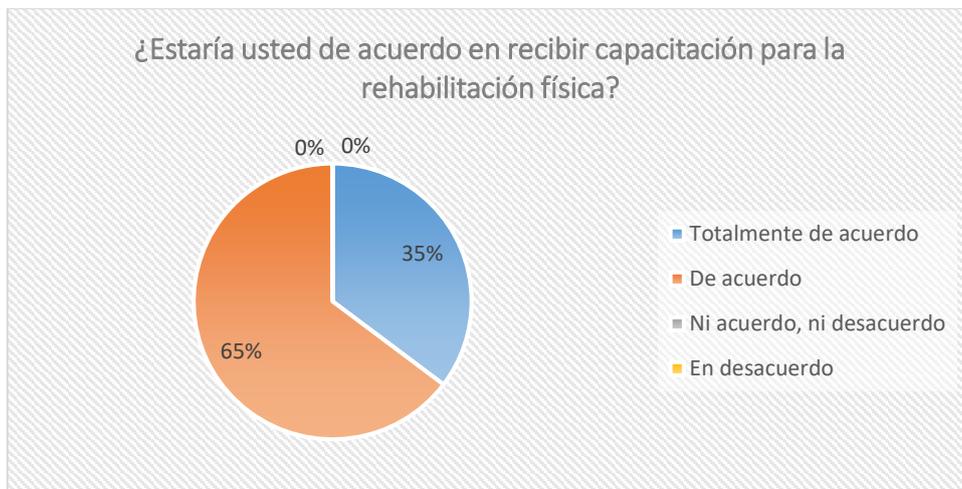


Gráfico: Disponibilidad para planificar un horario para atender la rehabilitación del familiar.

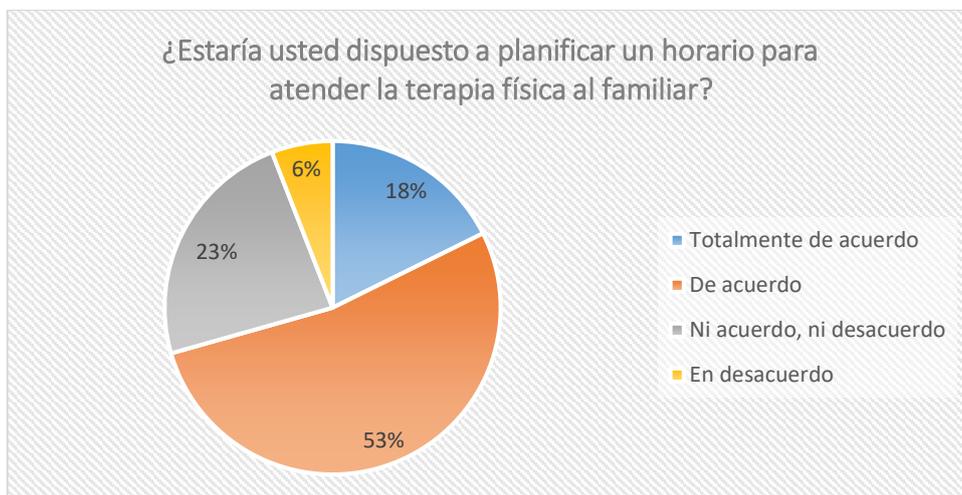
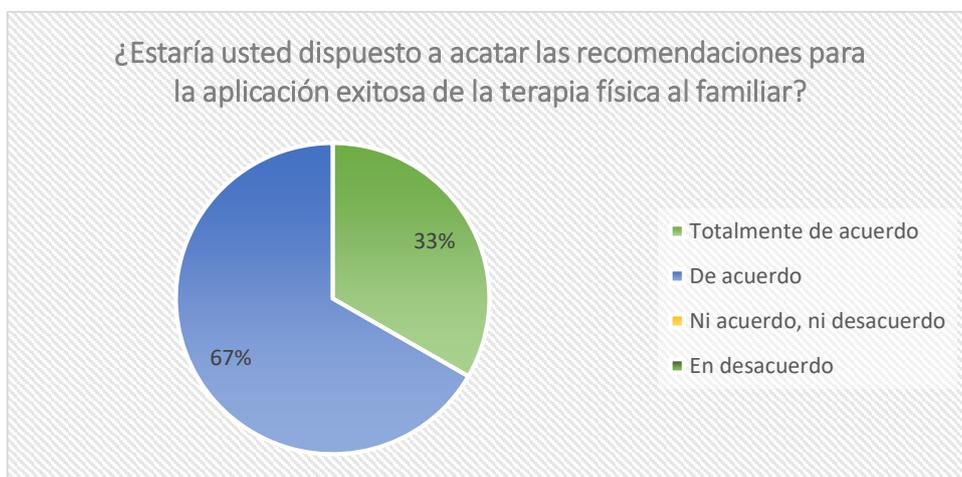


Gráfico: Disponibilidad para seguir recomendaciones para la rehabilitación del familiar.



Anexo 3

ENCUESTA

Dirigida: Familiares de pacientes que se encuentran ingresados en la Unidad de Cuidados intensivos.

Objetivo Analizar la predisposición de los familiares en el proceso de rehabilitación física de los pacientes con Debilidad adquirida en UCI.

Información que será relevante para desarrollar el proyecto de titulación: **Rehabilitación física integral para mejorar la percepción de los familiares sobre la calidad de la atención, unidad de cuidados intensivos en el hospital General Guasmo Sur.**

Fecha de aplicación: 10 de agosto del 2021

Nombre del aplicador: Ma. Fernanda Monroy Pesantez.

Información preliminar

Sexo	Masculino		Estado civil del familiar	
	Femenino			

1. Edad

¿En qué rango de edad se encuentra usted?

a)	18 a 25 años	
b)	26 a 35 años	
c)	36 a 45 años	
d)	46 años en adelante	

2. Relación familiar – amistad con el paciente

¿Qué es el paciente para usted?

a)	Hijo	
b)	Relación sentimental (esposo/a - pareja)	
c)	Paternal	
d)	Amigo / Vecino	

3. Cargas familiares

¿Cuántas integrantes conforman su familia (cargas familiares)?

a)	1 a 2 personas	
b)	3 a 4 personas	
c)	5 a 6 personas	
d)	7 o más personas	

4. Último año de estudio

¿Qué nivel de educación ha concluido?

a)	Preescolar	
b)	Básica	
c)	Bachillerato	
d)	Otras	

5. Comorbilidades

¿Tiene alguna enfermedad?

a)	HTA	
b)	Diabetes mellitus	
c)	Enfermedad Renal Crónica	
d)	Ninguna	

Otras: _____

6. Beneficios de la rehabilitación física.

¿Considera usted beneficioso el paciente reciba terapia física?

a)	Totalmente de acuerdo	
b)	De acuerdo	
c)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	
d)	En desacuerdo	

INDICADOR: Familiar participa en terapia física.

7. Disposición para formar parte la rehabilitación física

¿Estaría usted dispuesto en formar parte activa de la terapia física para beneficio del paciente?

a)	Totalmente de acuerdo	
b)	De acuerdo	
c)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	
d)	En desacuerdo	

8. Disposición para recibir capacitación para la rehabilitación física.

¿Estaría usted de acuerdo en recibir capacitación para la rehabilitación física?

a)	Totalmente de acuerdo	
b)	De acuerdo	
c)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	
d)	En desacuerdo	

9. Disposición en horario para dar terapia física al familiar.

¿Estaría usted dispuesto a planificar un horario para atender la terapia física al familiar?

a)	Totalmente de acuerdo	
b)	De acuerdo	
c)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	
d)	En desacuerdo	

10. Disposición a acatar las recomendaciones para la aplicación exitosa de la terapia física al familiar.

¿Estaría usted dispuesto a acatar las recomendaciones para la aplicación exitosa de la terapia física al familiar?

a)	Totalmente de acuerdo	
b)	De acuerdo	
c)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	
d)	En desacuerdo	

Anexo 4

FICHA OBSERVACIONAL

Dirigida: Terapistas físicos que atienden a pacientes que se encuentran ingresados en la Unidad de Cuidados intensivos.

Objetivo: Visualizar nudos críticos del tratamiento de rehabilitación física

Información que será relevante para desarrollar el proyecto de titulación: **Rehabilitación física integral para mejorar la percepción de los familiares sobre la calidad de la atención, unidad de cuidados intensivos en el hospital General Guasmo Sur.**

1.- Valoración estado neurológico.

Establece contacto con el paciente.	
Valora el Glasgow o delirio	
Le solicita realizar comandos al paciente.	

Notas:

2.- Tiempo en que realiza el tratamiento terapéutico.

Menos de 10 min	
10 min	
15 min	
20 min	
Más de 20 min	

Notas:

2.- Se da continuidad al trabajo pre establecido

Notas:

ENTREVISTA.-

Dirigida: Terapistas físicos que atienden a pacientes que se encuentran ingresados en la Unidad de Cuidados intensivos.

Objetivo: Conocer la percepción y limitaciones del trabajo que realizan los terapeutas físicos. Información que será relevante para desarrollar el proyecto de titulación: **Rehabilitación física integral para mejorar la percepción de los familiares sobre la calidad de la atención, unidad de cuidados intensivos en el hospital General Guasmo Sur.**

Preguntas

- 1.- ¿Cómo percibe el trabajo de su equipo de rehabilitación física?
- 2.- ¿Cómo percibe el ambiente laboral con su equipo de rehabilitación física ?
- 3.- ¿Cree usted que el servicio puede mejorar?, ¿Como?
- 4.- ¿Considera usted que tienen déficit de personal?
- 5.- Si tiene déficit, ¿Cómo lo solventa o sobrellevan la situación?

ENTREVISTA.-

Dirigida: Jefe de enfermería de UCI

Objetivo: Conocer la percepción y limitaciones del trabajo que realizan los licenciados y terapeutas físicos.

Información que será relevante para desarrollar el proyecto de titulación: **Rehabilitación física integral para mejorar la percepción de los familiares sobre la calidad de la atención, unidad de cuidados intensivos en el hospital General Guasmo Sur.**

Preguntas

- 1.- ¿Cómo percibe el trabajo de su equipo de auxiliares de enfermería?
- 2.- ¿Cómo percibe el trabajo de su equipo de enfermería?
- 3.- ¿Considera usted que tienen déficit de personal?
- 4.- Si tiene déficit, ¿Cómo lo solventa o sobrellevan la situación?
- 5.- Su equipo tiene capacitación constante en las normas de bioseguridad y calidad de atención?