

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Posgrados

Propuesta para la implementación de un servicio de Rehabilitación a domicilio para personas con discapacidad física como parte del equipo de atención integral de salud de la unidad operativa de Sangolqui del Ministerio de Salud Pública (MSP)

Carolina Alexandra Paredes Jara

Bernardo Ejgenberg, Dr., M.D. –E.S.P.

Director de Trabajo de Titulación

Trabajo de Titulación presentado como requisito para la obtención del título de Especialista en Gerencia de Salud

Quito -Ecuador, 22 de noviembre de 2016

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**COLEGIO DE POSGRADOS****HOJA DE APROBACION DEL TRABAJO DE TITULACION**

**Propuesta para la implementación de un servicio de Rehabilitación a domicilio
para personas con discapacidad física como parte del equipo de atención integral
de salud de la unidad operativa de Sangolquí del Ministerio de Salud Pública
(MSP)**

Carolina Alexandra Paredes Jara

Bernardo Ejgenberg, MD.

Tutor del Trabajo de Titulación

Ramiro Echeveria, MD

Director de la Especialización en Gerencia de Salud

Jaime Ocampo Trujillo, MD., Ph.D.

Decano Escuela de Salud Pública

Hugo Burgos, Ph.D.

Decano del Colegio de Posgrados

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas. Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma:

Nombre: Carolina Alexandra Paredes Jara

Código: 00130229

C.I.: 1721710604

Lugar, Fecha: Quito -22 de noviembre de 2016

AGRADECIMIENTO

A la Universidad San Francisco de Quito por permitirme ser parte de una generación de líderes modelo de emprendimiento y desarrollo científico, tecnológico y cultural.

A todos los niños, jóvenes y adultos que viven en esta realidad de discapacidad.

A todas las autoridades, docentes y a todas las personas que de una u otra manera colaboraron con la realización de este trabajo.

RESUMEN

En Ecuador según encuestas realizadas solo el 33% de la población con discapacidad recibe tratamiento de rehabilitación integral (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, CONADIS, 2016), por ello es preciso efectuar estrategias para la atención de personas con discapacidad sin la necesidad de acudir a centros de rehabilitación, sino que puedan recibir una atención integral en su hogar evitando secuelas que generan pérdidas de autonomía que se pueden producir por falta de tratamiento. Entonces es importante implementar servicios a domicilio con profesionales y técnicos que asuman esta responsabilidad, participen en la toma de decisiones, supervisen y apoyen la realización de las actividades de la vida diaria, procurando de esta forma mejorar la calidad de vida del individuo con atenciones preventivas, formativas, asistenciales y rehabilitadoras al paciente y su familia.

Al final de esta investigación se espera determinar un modelo para implementar servicios de rehabilitación a domicilio para personas con discapacidad diferenciando a los beneficiarios de acuerdo a sus patologías con una evaluación fisioterapéutica para personas con discapacidad física proponiendo programas de capacitación para pacientes y familias como parte de la promoción y prevención.

Palabras claves: discapacidad, rehabilitación, domicilio, evaluación, capacitación.

ABSTRACT

According to surveys made by the National Council for Disability Equality, (CONADIS, 2016) in Ecuador only the 33% of the disabled population receives comprehensive rehabilitation treatment. Therefore is necessary to implement strategies for care of persons with disabilities without the necessity to attend to rehabilitation centers, and receive this comprehensive care at home preventing sequels and loss-of autonomy. So it is important to implement professionals home services and technicians who take the responsibility to make decisions, monitor and support the development of daily activities, take care to improve the quality of life of the individual deploying preventive, educational, and rehabilitative care for the patients and their families.

At the end of this research is expected to determine a model to implement home delivery rehabilitation services by distinguishing the beneficiaries according to their pathologies applying a physiotherapy assessment for persons with physical disabilities so this persons receive training programs for the patient and families as part of promotion and prevention.

Keywords: disability, rehabilitation, home, evaluation, training.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1.1 Antecedentes	8
1.2 Planteamiento Del Problema	8
1.3 Preguntas de la Investigación	9
2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	9
2.1 Marco Histórico	9
2.2 Marco Referencial	10
2.3 Marco Conceptual	12
2.4 Ubicación del Centro de Sangolqui y la estructura del servicio de Fisioterapia	14
3. JUSTIFICACIÓN	15
4.- HIPÓTESIS Y DETERMINACION DE VARIABLES	16
4.1 Hipótesis	16
4.2 Determinación De Variables	16
5. OBJETIVOS	17
5.1 Objetivo General	17
5.2 Objetivo Específicos	17
6.- METODOLOGIA	18
6.1 Tipo De Estudio	18
6.2 Lugar Del Estudio Y El Periodo De La Investigación	18
6.3 Universo y Muestra	18
6.4 Criterios De Inclusión	18
6.5 Criterios De Exclusión	19
6.6 Informe Del Comité De Bioética	19
6.7 Instrumentos de Recolección De Datos	20
6.8 Procedimiento y Análisis de los Datos	20
6.9 Proceso de Selección de los Pacientes y Como se realiza el Registro	21
7.- RESULTADOS ESPERADOS	22
8.- CRONOGRAMA GENERAL	22
9.- PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	23
10.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25
11.- ANEXOS	27

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

La discapacidad es una realidad humana que actualmente es considerada como un problema de “salud pública global que afecta al 15% de la población mundial en su informe en el 2015 entre 110 millones y 190 millones de adultos tienen dificultades considerables para su funcionamiento”. (ORGANIZACION MUNDIAL DE SALUD, 2016).

En el Ecuador “en el año 2010, 816.156 personas con discapacidad permanente fueron registradas; de las cuales 432.443 presentaron discapacidad física lo que corresponde al 52,98%.” (ECUADOR, INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS, 2010).

En el Ecuador según encuestas realizadas solo el 33% de la población con discapacidad recibe tratamiento de rehabilitación integral (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, CONADIS, 2016), por ello es preciso efectuar estrategias para la atención de personas con discapacidad sin que tengan la necesidad de acudir a centros de rehabilitación, sino que puedan recibir una atención integral en su hogar evitando secuelas que generan pérdidas de autonomía que se pueden producir por falta de tratamiento; entonces sería importante implementar servicios a domicilio con profesionales y técnicos que asuman esta responsabilidad, participen en la toma de decisiones, supervisen y apoyen la realización de las actividades de la vida diaria, procurando de esta forma mejorar la calidad de vida del individuo con atenciones preventivas, formativas, asistenciales y rehabilitadoras al paciente y su familia.

1.2 Planteamiento Del Problema

En la actualidad se han presentado grandes avances en el tema de discapacidad, sin embargo la mayor parte de personas no puede acceder a servicios de rehabilitación y en su mayoría pertenecen a los estratos más pobres de la población por lo que es difícil y casi imposible acceder a servicios integrales de rehabilitación por varias razones entre ellas falta de accesibilidad, costos, obstáculos físicos, oferta limitada de servicios, etc.. Según el CONADIS (2016) apenas el 2% de las personas con discapacidad física recibe atención fisioterapéutica.

1.3 Preguntas de la Investigación

- 1.- ¿Cuál es la principal causa para que las personas con discapacidad física no asistan a rehabilitación en el Ecuador ?
- 2.- ¿Cuál es la propuesta de una historia clínica fisioterapéutica para personas con discapacidad física?
- 3.- ¿Cuál es la frecuencia de sesiones de rehabilitación física mínima o deseable según la limitación en las personas con discapacidad física, y en qué establecimientos deben realizarse?
- 4.- ¿Cuál debería ser la propuesta para promoción y prevención de secuelas en personas con discapacidad física que no pueden acceder a instituciones que brinden servicios de fisioterapia?

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 Marco Histórico

La discapacidad es parte de la condición humana y ha estado presente e inherente siempre en casi todos los individuos, y en algún momento de la vida presentan esta condición, ya sea temporal o permanente y a la vejez se experimentará cada vez más dificultades de

funcionamiento. Desde la Antigüedad las personas con discapacidad han padecido de discriminación que recae sobre lo considerado “diferente” de acuerdo al paradigma dominante de la “normalidad” que es lo que plantea el modelo médico, sin embargo otro enfoque que a lo largo de la historia ha venido fortaleciéndose es el social donde se plantea que no son las limitaciones individuales las raíces del problema, sino las limitaciones de la propia sociedad, para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

2.2 Marco Referencial

La discapacidad afecta a un importante número de personas en nuestra sociedad, por lo que es motivo de estudio y de inquietud para quienes trabajan con ella y quienes viven con ella.

Del punto de vista estadístico en el año 2010, el 5,6% de la población que corresponde a 816.156 personas con discapacidad permanente fueron registrados en el Ecuador; de las cuales 432.443 presentaron discapacidad física lo que corresponde al 52,98%. La presencia de discapacidad está directamente relacionada con la edad; el 33% tiene más de 65 años. Los accidentes son una causa de discapacidad y afectan más a la población masculina de 20 a 64 años (19%). En las mujeres del mismo rango de edad, son las condiciones negativas de salud las que provocan alguna discapacidad (53%); estas también afectan al desarrollo integral en los menores de 5 años. Menos de la mitad de las personas

con discapacidad (44%) reportan que sí han trabajado alguna vez, pero apenas la cuarta parte (25%) de personas con discapacidad y limitación grave, reportan estar trabajando: 1 659 personas lo hacen en un empleo especial protegido y 444, en empleo regular con apoyo (CONADIS, 2013). El 79,5% no tiene acceso a seguridad social; el 9,6% se encuentra afiliado al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS voluntario y general); el 5,9% al IESS campesino; el 0,4%, al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) o al Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) y el 4,6%, a seguros privados (INEC, 2010) (ECUADOR, INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS, 2010).

La Constitución del Ecuador en el artículo 47 cita que el “Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas.” (ECUADOR-C. D., 2008).

En la Ley Orgánica de Discapacidad Septiembre 2012 en el artículo 19.- Derecho a la Salud.- “El Estado garantizará a las personas con discapacidad el derecho a la salud y asegurará el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención especializada permanente y prioritaria, habilitación y rehabilitación funcional e integral de salud, en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, con enfoque de género, generacional e intercultural.” (ECUADOR, LEY ORGÁNICA DE DISCAPACIDADES, 2012).

El Plan Nacional del Buen Vivir 2013 2017 por su parte menciona ampliar los servicios de promoción y prevención de la salud para mejorar las condiciones y hábitos de las personas en el objetivo dos se menciona garantizar la atención especializada durante el

ciclo de vida a personas y grupos de atención prioritaria, indica que hay que generar e implementar estándares de calidad para los servicios a grupos de atención prioritaria prestados por instituciones públicas, privadas, y comunitarias con pertenencia cultural y geográfica.

Las políticas en temas de salud en nuestro país se dirigen en la atención hospitalaria y principalmente en el área urbana, por lo que gran parte de las personas no puede acceder a este servicio pues, como lo menciona la OMS, la asequibilidad de los servicios de salud y el transporte son dos de los motivos principales por los que las personas con discapacidad no reciben los cuidados que necesitan en los países de ingresos bajos: “un 32% o 33% de las personas sin discapacidad no pueden costearse la asistencia sanitaria, por comparación con un 51% a un 53% de las personas con discapacidad” (ORGANIZACION MUNDIAL DE SALUD, 2016), por ello es fundamental plantear el problema y buscar soluciones enmarcados en las disposiciones legales del Ecuador .

2.3 Marco Conceptual

La Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. “Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.” (ORGANIZACION MUNDIAL DE SALUD, 2016).

“La discapacidad física es toda restricción en la movilidad y desplazamiento de una persona, que limita su participación y relación con el entorno social y o actividades de la vida diaria.” (Demetrio, 2011).

Es complejo definir los tipos de discapacidad física, por lo que resulta más factible mencionar las diversas causas por las cuales se presenta la discapacidad física; factores presentes en el momento de la concepción como factores congénitos que tienen que ver con la herencia por lo que un gen introduce una anomalía en el nuevo ser, factores cromosómicos que se produce en el momento de la división cromosómica una alteración, factores prenatales como infecciones y parásitos introducidos al feto por la vía materna, malas condiciones física y psíquicas de la madre en el momento de la gestación, factores perinatales como parto de pre término o de origen traumático o por factores posnatales como accidentes o enfermedades degenerativas, neuromusculares, infecciosas o metabólicas entre muchas.

Los departamentos de rehabilitación física a nivel hospitalario cuentan con varios servicios y entre ellos los dos principales son:

- a) Servicio de gimnasio en el que se realizan rutinas de ejercicios para cada paciente encaminados a mejorar fuerza muscular, motricidad, coordinación, etc., utilizando elementos como pesas, mancuernas, disco, bandas elásticas, etc..
- b) Servicio de electroterapia que consiste en utilizar diferentes tipos de corrientes para conseguir un efecto analgésico, estimulante, fortalecimiento, etc... Existen equipos como onda corta, laser, ultrasonido, etc. (Rodríguez, 2009).

“La atención domiciliaria es definida como el conjunto de acciones de carácter sanitario que se realiza en el domicilio para atender los problemas de salud de las personas que se encuentren en situación de discapacidad, y constituye la base del sistema de atención a personas con discapacidad.” (Moreno, 2010).

“La rehabilitación para personas con discapacidad es la primera instancia que una persona con discapacidad física debe enfrentar para poder integrarse en la comunidad y en la sociedad” (Palacios, 2006).

En Julio del año 2009, La Vicepresidencia de la República del Ecuador, emprendió la Misión Solidaria “Manuela Espejo”, primer estudio bio psicosocial, clínico y genético sobre la discapacidad, cuyo objetivo fue diagnosticar integralmente todos los casos en el país y con ello delinear políticas de estado, en beneficio de la población de personas con discapacidad, sin embargo no fue suficiente y es así que surge la Misión Joaquín Gallegos Lara cuyo objetivo es visitar los casos con discapacidad severa o multidiscapacidad; entre los beneficios que ofrece la misión está la asignación mensual de 240 dólares, seguro exequial y capacitación en autoestima, higiene, uso de medicamentos, cuidados paliativos, integración social, nutrición y derechos, por lo tanto una de las principales limitaciones del programa es la ausencia de la realización del **el** servicio de rehabilitación física, así como la falta de relación del programa con el Ministerio de Salud Pública.

2.4 Ubicación del Centro de Sangolqui y la estructura del servicio de Fisioterapia

La unidad operativa de Sangolqui se ubica en la calle García Moreno y Pichincha en la ciudad de Quito no tiene Departamento de fisioterapia; el único que posee servicios de rehabilitación física en el cantón Rumiñahui es el Hospital de Sangolqui. Este servicio se compone de la siguiente manera:

- a) Sala de espera
- b) Electroterapia
- c) Gimnasio
- d) Personal involucrado:
 - a. Profesional médico

- b. Fisioterapista
- c. Administrativo

3. JUSTIFICACIÓN

El tema de la discapacidad es un problema que envuelve a toda la sociedad, y en la Constitución de la República del Ecuador el artículo 47 dispone que el Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades reconociendo derechos como el derecho a la atención especializada, a la rehabilitación integral y asistencia permanente que incluirán las correspondientes ayudas técnicas., a la rebaja de servicios públicos, a exenciones tributarias, al trabajo en condiciones de igualdad, a vivienda adecuada, a educación especializada, etc.. (ECUADOR C. D., 2008).

De acuerdo a lo enmarcado en la Constitución es importante implementar servicios de rehabilitación a domicilio para personas con discapacidad a través de las unidades del Ministerio de Salud brindando atención integral enfocándose principalmente en la promoción de la salud, prevención de secuelas y educación a la familia.

La dependencia surge como resultado de un déficit en el funcionamiento corporal que produce una limitación en las actividades que no se pueden compensar mediante una adaptación, por lo que provoca restricción en la participación del individuo y finaliza en la dependencia y ayuda de otras personas, por lo que la fisioterapia domiciliaria debe dar una respuesta útil, innovadora, eficiente y equitativa con aumento de la esperanza de vida y disminución de las estancias hospitalarias.

La fisioterapia a domicilio se define como un conjunto de actividades de carácter y ámbito comunitario realizadas en el domicilio con la finalidad de detectar, valorar, dar apoyo y continuidad ante los problemas de salud del individuo y su familia para potenciar su autonomía. (Inglés, 1999).

Por lo tanto, el domicilio representa un entorno familiar, un espacio psicológico y social que genera calidez, seguridad y protección en el que se desarrolla la vida generando una mejor calidad de la misma comparada con la vida de una persona institucionalizada, por ello hay que considerar la importancia de implementar un servicio de rehabilitación a domicilio para personas con discapacidad con la finalidad de que las personas ahorren tiempo, recursos económicos, disminuyan complicaciones y secuelas y de esta forma se incorporen a sus actividades de la vida diaria y por lo tanto a su grupo social.

4.- HIPÓTESIS Y DETERMINACION DE VARIABLES

4.1 Hipótesis

Es beneficioso desde punto de vista costo - efectividad instrumentar un servicio de rehabilitación a domicilio para personas con discapacidad física como parte del equipo de atención integral de salud de la unidad operativa de Sangolqui del Ministerio de Salud Pública.

4.2 Determinación De Variables

Condiciones socioeconómicas culturales, familiares y demográficas.

Aspecto socioeconómico cultural: edad, género, nivel de dependencia económica, alimentación, años de escolaridad, ocupación en el pasado y ocupación actual. Nivel educativo individual y del entorno.

Aspecto Familiar: estado civil, estructura y vínculos familiares.

Aspecto Demográfico: lugar de residencia, condiciones de vivienda, etc.

Estado general de salud del paciente

Estado de salud del individuo del punto de vista general.

Estado al ingreso del programa a través de la medición de la evaluación fisioterapéutica.

Estado de la evolución del paciente a través de evaluaciones fisioterapéuticas periódicas.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Realizar una propuesta para la implementación de servicios de rehabilitación fisioterapéutica a domicilio para personas con discapacidad física como parte del equipo de atención integral de salud de la unidad Sangolqui del Ministerio de Salud Pública con el propósito de mejorar la calidad de vida logrando autonomía e integración social.

5.2 Objetivo Específicos

- 1.- Proponer un programa progresivo y evaluable de los avances de la terapia domiciliaria.
- 2.- Determinar las pautas para la formación del equipo profesional y técnico de atención domiciliaria.
- 3.- Definir las condiciones ambientales básicas donde se va a brindar el servicio domiciliario.
- 4.- Garantizar el acceso a un programa asistencial de fisioterapia para los pacientes que por sus características personales no pueden acercarse a su centro de rehabilitación más cercano.
- 5.- Definir el equipamiento básico en domicilio.
- 6.- Promover la participación de la familia brindándole pautas de comportamiento para facilitar la recuperación de su familiar ofreciendo el asesoramiento profesional que requieran.

7.- Analizar y proponer el presupuesto básico para la sostenibilidad de un programa de atención domiciliaria.

6.- METODOLOGIA

6.1 Tipo De Estudio

El tipo de estudio inicialmente es bibliográfico y en un futuro de intervención pues se realizará la propuesta para implementar servicios a domicilio de rehabilitación para personas con discapacidad como parte del equipo integral de la unidad de Sangolqui del Ministerio de Salud retomando la mejor evidencia científica.

6.2 Lugar Del Estudio Y El Periodo De La Investigación

Unidad operativa de Sangolqui ubicadas en Pichincha en el periodo de Enero 2017 hasta Marzo 2017.

6.3 Universo y Muestra

El universo está constituido por todos los pacientes con discapacidad física que concurren al centro.

6.4 Criterios De Inclusión

A) Criterios generales:

1.- Individuos que carezcan de autonomía personal de tipo parcial o total, temporal o definitiva, para permanecer en su medio habitual de vida con grado de discapacidad física, superior al 65% o que sean potencialmente recuperables, según el informe de la historia clínica.

2.- pacientes con problemas de desplazamiento por barreras arquitectónica hasta los centros de asistencia

3.- pacientes con posibilidad de complicaciones de su estado de salud por el desplazamiento

4.- Que posean los derechos como usuarios de las prestaciones del Ministerio de Salud Pública

5.- Individuo que desee participar de los programas.

B) Criterio de prioridad: carencia de familiares en primer y segundo grado o que, demuestren su incapacidad o imposibilidad para asumir la responsabilidad sobre la continuidad del tratamiento fisioterapéutico en instituciones hospitalarias.

6.5 Criterios De Exclusión

1.- Individuos que perciban otras prestaciones o servicios de análogo contenido o finalidad por parte de entidades privadas.

2.- Individuos o familiares que no quieran participar del programa.

3.- Poseer ingresos mensuales superiores según las pautas de cobertura del Ministerio de Salud Pública.

4.- Contraindicaciones al tratamiento fisioterapéutico.

5.- Las características geográficas y arquitectónicas del domicilio no permiten la atención domiciliaria.

6.6 Informe Del Comité De Bioética

Al ser un estudio de intervención en el que se establecerá un protocolo, se requerirá de los permisos correspondientes de la institución; el consentimiento informado de los participantes y de la autorización del Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito.

6.7 Instrumentos de Recolección De Datos

Los datos serán recolectados por el personal del Centro Médico de Sangolquí durante un trimestre cumpliendo con todos los requisitos indicados por el Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito.

Lo primero a establecer es la información al paciente sobre el servicio y los pasos a seguir, días, horarios y procedimientos fisioterapéuticos. Se realiza el diagnóstico y valoración previa en el Centro teniendo en cuenta su situación personal y familiar, relaciones con la red, autonomía personal, estado de la vivienda, situación sanitaria, etc., para determinar si una intervención domiciliaria será efectiva. En la intervención domiciliaria el fisioterapeuta tiene que valorar las necesidades y ver las deficiencias especialmente las que intervienen en el control motor, deambulación, función respiratoria, etc., así como detectar mecanismos compensatorios y evaluar aspectos ergonómicos del paciente y familiares. La valoración integral de la personas con discapacidad se realizará con la escala de Barthel que informa sobre el nivel de autonomía que se conserva para el desarrollo de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Además de un registro de la historia clínica y un plan de intervención. Finalmente se establecen los objetivos de la intervención, las actuaciones a realizar y la propuesta de atención domiciliaria.

6.8 Procedimiento y Análisis de los Datos

Se realizarán encuestas que se usarán en la propuesta y serán modificadas en base a encuestas utilizadas en el exterior como la escala de Berg o escala de Barthel, aplicando previamente pruebas piloto para efectos de validación de las mismas y de esta manera contar con un instrumento cuya validez interna tenga un 95% de nivel de confianza. Las encuestas se realizarán en el universo de pacientes que concurren al Centro Médico de Sangolquí.

Las encuestas tienen el carácter de anónimas y se garantiza la confidencialidad de los datos. Las preguntas son cerradas y se especifica el puntaje correspondiente, las mismas se encuentran dentro de la hoja de evaluación fisioterapéutica. ANEXO 1.

La Información será procesada en hoja electrónica Programa Excel, posteriormente en el paquete estadístico EPI- INFO versión 3.2.2.

6.9 Proceso de Selección de los Pacientes y Como se realiza el Registro

La selección de los pacientes se realizará con una evaluación del médico y una evaluación del terapeuta físico (ANEXO A). A continuación se brinda información al paciente sobre los días, horas y procedimientos a recibir en la sesión fisioterapéutica, lo cual dependerá básicamente de los resultados de la evaluación, pero en promedio el tratamiento fisioterapéutico tendrá la duración de cuarenta y cinco minutos a una hora con una frecuencia de tres veces por semana.

Recepción del paciente realizada directamente por el fisioterapeuta.

1.- Primera vez

Solicitar el diagnóstico médico.

Abrir un registro e historia clínica.

Diseñar el plan de intervención de acuerdo a las necesidades del paciente.

Entregar el documento con días y horarios para la atención que requiere que en promedio serán tres días.

2.- Subsecuente

Verificar la historia clínica del paciente.

Entregar el documento con días y horarios para la siguiente atención que requiere.

7.- RESULTADOS ESPERADOS

1.- Al final de esta investigación se espera determinar un modelo para implementar servicios de rehabilitación a domicilio para personas con discapacidad clasificando a los beneficiarios de acuerdo a sus patologías según una evaluación fisioterapéutica para personas con discapacidad física.

2.- Se propone determinar programas de capacitación para pacientes y familias como parte de la promoción y prevención.

La asignación de prestaciones concretas se realizará en base a los resultados, favoreciendo el carácter preventivo, integral y complementario establecido en el Plan Nacional del Buen Vivir evitando de esta forma futuras complicaciones y coordinando periódicamente con todas las unidades del Ministerio para una gestión concreta de estos servicios.

El seguimiento y control bimensual de la calidad de los servicios son fundamentales con un diseño de protocolos específicos para las asignaciones de recursos necesarias que cubre una amplia gama de necesidades que presentan personas o grupos familiares carentes de autonomía personal utilizando cauces normales para la satisfacción de las necesidades.

3.- Posibilidad de replicar en otras unidades del Ministerio de Salud Pública una vez realizada la intervención en la unidad operativa de Sangolqui **con** la meta es conseguir una cobertura nacional.

8.- CRONOGRAMA GENERAL

MES	Enero				Febrero				Marzo			
Elaboración del protocolo	x											
Presentación del protocolo	x											
Evaluación y presentación del protocolo		x										
Presentación al comité de Bioética		x										
Levantamiento de datos			x	x	x	x	x					
Evaluación y monitoreo									x	x		
Procesamiento y análisis de datos											x	
Presentación de datos												x

9.- PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Recurso Técnico	Cantidad	Costo unitario	Costo Total USA Dólares
Internet	
Laptop	1
Impresiones	200	0.05	10
Recursos Materiales Oficina			
Papel 75 gr.	1	4,5	4,5
Copias	400	0.03	8
CD	1	1	1
Memory flash	1	10	10
TOTAL		33,5	
Rec. materiales Fisioterapeúticos			
Pelota	1	20	20
Bandas de resistencia	1	3	3
Gradilla	1	10	10
TOTAL			33
Recurso Humano	Cant	Costo/hora	Total/3 horas estimadas
Médico fisiatra	1	12,91	38,63
Auxiliar enfermería	1	2,28	6,84
Fisioterapeuta	1	6,16	18,48
TOTAL			63,95

El costo de los recursos materiales básicos para el funcionamiento de fisioterapia a domicilio, recursos técnicos, materiales de oficina y una atención integral entre tratamiento y movilización de tres horas es de \$129,95 por paciente una vez al mes.

El Costo total para el trimestre de intervención de un paciente que recibiría tres atenciones fisioterapéuticas semanales más los materiales que se utilizaría sería 254,76.

10.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bowlby, S. (2001). *El valor del domicilio como recurso para la salud*. Gerokomo.
- Branick, L. (2002). *The home care therapist: the art of care giving*. Caring.
- Crespo, M. L. (2006). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar*. Madrid: Ministerio de trabajos y asuntos sociales.
- Danza, L. (2007). *Evaluación clínico funcional del movimiento corporal humano*. Bogotá: Medicapanamericana.
- Demetrio, C. (2011). *Afrontar la discapacidad y la dependencia*. Madrid.
- ECUADOR. (2010). *INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS*.
- ECUADOR. (2012). *LEY ORGÁNICA DE DISCAPACIDADES*.
- ECUADOR. (2013). *PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR*.
- ECUADOR. (2016). *CONSEJO NACIONAL DE DISCAPACIDADES*.
- ECUADOR, C. D. (2008).
- Ezpeleta, D. (2000). *Nuevos conceptos de neurología y atención práctica*. Ecuador.
- Gene, J. (1999). *Atención domiciliaria atención práctica*. Barcelona: Peya M.
- Genot, C. (2005). *Kinesioterapia principios evaluaciones técnicas pasivas y activas del aparato locomotor*. Madrid: Medica Panamericana.
- Goodman, C. (2001). *Patología Médica para fisioterapeutas*. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana.
- Huften, J. (s.f.). *Análisis comparativo de los sistemas de organización y financiación de atención domiciliaria*. Euroá.
- Inglés, M. (1999). *El apoyo la atención domiciliaria. Un reto para la fisioterapia*. España.
- Inglés, M. I. (s.f.). *El apoyo para la atención domiciliaria un reto para la fisioterapia*.
- Marrison, T. (2006). *Fundamentos del movimiento humano*. España: Masson.
- Miller, M. (2011). *Evaluation of a home based physiotherapy programme for those with moderate to severe multiple sclerosis*.
- Montagut, F. F. (2005). *Rehabilitación domiciliaria principios indicaciones y programas terapéuticos*. Masson.
- Moreno, L. (2010). *Guía metodológica para implementación de unidades básicas de rehabilitación funcional*. Ecuador.
- Nicolas, M. (2001). *El valor del domicilio como recurso para la salud*. Gerokomos.
- (2016). *ORGANIZACION MUNDIAL DE SALUD*.
- Palacios, A. (2006). *Modelo Rehabilitador o Modelo Social*. Buenos Aires: Dykinson.

- Palmer, L. (2003). *Fundamentos de las técnicas de evaluación músculo esquelética*. Madrid: Paidotrido.
- Puing, C. H. (s.f.). *Los enfermos crónicos recluidos en el domicilio y su recuperación en la familia*. Atención Primaria.
- Rodrigues, M. (2009). *Electroterapia en fisioterapia*. Buenos Aires: Panamericana.
- Santos, M. L. (1997). *Actividades de promoción y prevención en fisioterapia*.
- Serra, M. (2005). *Fisioterapia en neurología, sistema respiratorio y aparato cardiovascular*. Barcelona: Masson.
- Stephens, K. (2003). *Apuntes de neurología*. Madrid: Paidotrido.
- Stroke, M. (2006). *Fisioterapia en rehabilitación neurológica*. España: Elsevier.
- Vonkouch, L. W. (s.f.). *Rehabilitation in home versus hospital*. Disability and Rehabilitation.

11.- ANEXOS

ANEXO A: FICHA DE EVALUACIÓN TERAPIA FÍSICA ADULTOS

FICHA DE EVALUACIÓN TERAPIA FÍSICA ADULTOS

DATOS DE FILIACIÓN

Nombres:

Apellidos:

Edad Cronológica:

Ocupación:

Lugar de residencia:

Teléfono:

Diagnóstico:

FECHA:

Enfermedad Actual

.....
.....

Trastornos Asociados

Visión Audición Lenguaje Deglución Respiratorio Otros

.....
.....

Antecedentes Patológicos

Personales.....

.....
.....

Antecedentes Patológicos Familiares

.....
.....
.....

Fármacos

.....
.....

EVALUACIÓN

Fuerza Muscular Observación en reposo.....

.....
.....

Derecho					Sector	Exámenes	Izquierdo				
Al Ingreso		Subsecuentes				Músculos	Al Ingreso		Subsecuentes		
					Miembro Superior	Fecha					
						Trapezio					
						Serrato					
						Pectoral mayor					
						Pectoral menor					
						Esternocleidomastoideo					
						Escalenos					
						Romboides					
						Porción anterior del deltoides					
						Porción media del deltoides					
						Porción posterior del deltoides					
						Pectoral mayor					
						Grupo de rotadores externos externos					
						Grupo de rotadores internos					
						Dorsal Ancho					
						Tríceps					
						Bíceps braquial					
						Supinador Largo					
						Grupo de los pronadores					
						Grupo de los supinadores					
						Grupo desviación cubital					
						Grupo desviación radial					
						Flexores muñeca					
						Extensores muñeca					
						Flexores de dedos					
						Extensores de dedos					

Derecho					Sector	Exámenes		Izquierdo						
Al Ingreso		Subsecuentes				Músculos	Al Ingreso		Subsecuentes					
					Miembro Inferior	Fecha								
						Sartorio								
						Psoasiliaco								
						Cuadriceps								
						Tensor de la fascia lata								
						Glúteo mediano								
						Glúteo mayor								
						Grupo de rotadores externos								
						Grupo de rotadores internos								
						Grupo de aductores								
						Bíceps Crural								
						Semimembranoso								
						Semitendinoso								
						N. T. Anterior	Peroneo lateral largo							
							Peroneo lateral corto							
							Tibial anterior							
							Extensor común de dedos							
							Extensor dedo gordo							
						N. T. P	Gemelos							
							Soleo							
					Tibial posterior									
					Flexor largo de dedos									
					Flexor largo de dedo gordo									

Izquierdo					Test de longitud muscular		Derecha					
Resultado							Resultado					
Positivo		Negativo					Positivo		Negativo			
					Fecha							
					Test de Thomas							
					Test de Ely							
					Test de Ober							
					Test Angulo Popliteo							

											Test de Tríceps								
											Supinador								
											Bíceps Braquial								
											Dorsal Ancho								
											Responsable:								

Selectividad

Tono Muscular

Grado	Derecha									
Grado	Resultado									
	MS					MI				
Fecha										
Grado 0										
Grado 1										
Grado 2										
Responsable:										

Grado de Espasticidad	Resultado							
	Fecha							
Grado 0								
Grado 1								
Grado 1+								
Grado 2								
Grado 3								
Grado 4								
Responsable:								

Observaciones.....

.....

Goniometría

Articulación	Movimientos	Grados		Fecha	
		D	I	Inicial	Subsecuentes
Hombro	Flexión				
	Elevación Anterior				
	Extensión				
	Abducción				
	Adducción				
	Elevación Horizontal				

	Rotación interior				
	Rotación exterior				
Codo	Flexión				
	Extensión				
	Supinación				
	Pronación				
Muñeca	Flexión				
	Extensión				
	Desviación Radical				
	Desviación Cubital				
Cadera	Flexión con rodilla extendida				
	Extensión con rodilla extendida				
	Flexión con rodilla flexionada				
	Extensión con rodilla flexionada				
	Abducción				
	Adducción				
	Rotación interior				
	Rotación exterior				
Rodilla	Flexión				
	Extensión				
Tobillo	Dorsiflexión				
	Plantiflexión				
	Inversión				
	Eversión				
Responsable					

Equilibrio y Enderezamientos

EQUILIBRIO ESCALA DE BERG

EQUILIBRIO SENTADO

Se inclina o Desliza en la silla 0, Firme y seguro 1.

LEVANTARSE

Incapaz sin ayuda 0, Capaz utilizando los brazos como ayuda 1, Capaz sin utilizar los brazos 2.

INTENTOS DE LEVANTARSE

Incapaz sin ayuda 0, Capaz, pero necesita más de un intento 1, Capaz de levantarse con un intento 2.

EQUILIBRIO INMEDIATO (5') AL LEVANTARSE

Inestable, 0Estable, pero usa andador, bastón, muletas u otros objetos de soporte, 1Estable sin usar bastón u otros soportes 2.

EQUILIBRIO EN BIPEDESTACION

Inestable 0, Estable con aumento del área de sustentación (los talones separados más de 10 cms.) o usa bastón, andador u otro soporte 1, Base de sustentación estrecha sin ningún soporte 2.

EMPUJON (sujeto en posición firme con los pies tan juntos como sea posible, el examinador empuja sobre el esternón del paciente con la palma 3 veces)

Tiende a caerse 0, Se tambalea, se sujeta, pero se mantiene sólo 1, Firme 2.

OJOS CERRADOS (en la posición anterior)

Inestable 0, Estable 1.

GIRO DE 360º

Pasos discontinuos 0, Pasos continuos 1, Inestable (se coge o tambalea) 0, Estable 1.

SENTARSE

Inseguro 0, Usa los brazos o no tiene un movimiento suave 1, Seguro, movimiento suave 2.

TOTAL: EQUILIBRIO/16 _____

Reacciones de equilibrio

Anteriores Posteriores Laterales Diagonales

.....
.....

Sensibilidad

Hiposensibilidad, hipersensibilidad y discriminación Miembro superior e inferior

.....
.....

Marcha ESCALA DE BERG

INICIO DE LA MARCHA (inmediatamente después de decir "camine")

Duda o vacila o múltiples intentos para comenzar 0, No vacilante 1.

LONGITUD Y ALTURA DEL PASO

El pie derecho no sobrepasa al izquierdo con el paso en la fase de balanceo 0, El pie derecho sobrepasa al izquierdo con el paso 1, El pie derecho no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo 0, El pie derecho se levanta completamente 1, El pie izquierdo no sobrepasa al derecho con el paso en la fase de balanceo 0, El pie izquierdo sobrepasa al derecho con el paso 1, El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo con el paso en fase de balanceo 0, El pie izquierdo se levanta completamente 1

SIMETRIA DEL PASO

La longitud del paso con el pie derecho e izquierdo es diferente (estimada) 0, Los pasos son iguales en longitud 1

CONTINUIDAD DE LOS PASOS

Para o hay discontinuidad entre los pasos 0, Los pasos son continuos 1

TRAYECTORIA (estimada en relación a los baldosines del suelo de 30 cm de diámetro; se observa la desviación de un pie en 3 m de distancia)

Marcada desviación 0, Desviación moderada o media o utiliza ayudas 1, Derecho sin utilizar ayudas 2

TRONCO

Marcado balanceo o utiliza ayudas 0, No balanceo pero hay flexión de rodillas o espalda o extensión hacia afuera de los brazos 1, No balanceo ni flexión, ni utiliza ayudas 2

POSTURA EN LA MARCHA

Talones separados 0, Talones casi se tocan mientras camina 1

TOTAL MARCHA/12 _____

Descripción Biomecánica de la Marcha

.....

Funcionalidad ESCALA DE BARTHEL

Comer.
0 = Incapaz, 5 = Necesita ayuda para comer, 10 = Independiente.
Trasladarse entre la silla y la cama.
0 = Incapaz, no se mantiene sentado, 5 = Necesita ayuda importante, 10= Necesita algo de ayuda, 15= Independiente.
Aseo personal.
0 = Necesita ayuda con el aseo personal, 5 = Independiente.
Uso del inodoro.
0 = Dependiente, 5 = Necesita alguna ayuda, pero hace algo, 10 = Independiente.

Bañarse / Ducharse.
0 = Dependiente, 5 = Independiente para bañarse o ducharse.
Desplazarse.
0 = Inmóvil, 5 = Independiente en sillas de ruedas en 50 metros, 10 = Anda con ayuda de una persona, 15 = Independiente en 50 metros, con muleta, excepto andador.
Subir y bajar escaleras.
0 = Incapaz, 5 = Necesita ayuda físico o verbal, puede llevar muletas, 10 = Independiente para subir y bajar.
Desvestirse y vestirse.
0 = Dependiente, 5 = Necesita ayuda, 10 = Independiente.
Control de heces.
0 = Incontinente, 5 = Accidente ocasional, 10 = Continente.
Control de orina.
0 = Incontinente o con sonda incapaz de cambiarse la bolsa, 5 = Accidente excepcional, 10 = Continente durante al menos 7 días.
Total: 0 a 100 puntos. (0 a 90 si usan sillas de ruedas).

Exámenes complementarios.....

.....
.....

Ayudas Ortésicas.....

.....
.....

Recomendaciones.....

.....
.....

Responsable

Elaborado por: **Lcd. Carolina Paredes**

ANEXO B: PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

Es importante establecer las obligaciones y derechos tanto del prestador como del paciente al recibir el servicio a domicilio:

Obligaciones:

Aceptar las condiciones del servicio en cuanto a horarios y actuaciones.

Permanecer en domicilio el día acordado.

Facilitar al profesional las tareas y colaborar.

Facilitar información y documentación requerida.

Informar de ausencias y cambios de domicilio.

Derechos:

Recibir la prestación respetando su individualidad y dignidad personal.-

Recibir adecuadamente la prestación con la duración acordada.

Ser informados del estado de su evolución.

Ser informado de posibles modificaciones en la prestación.

El programa de capacitación debería contar con temas fundamentales que aseguren evitar la formación de úlceras o deformidades articulares, así como una movilidad con técnicas correctas y el uso adecuado de ayudas ortésicas para disminuir compensaciones y prevenir contracciones o retracciones musculares, por lo tanto los temas a enfocar serían los siguientes:

Cuidados posturales.

Movilizaciones, estiramientos y ejercicios básicos.

Manejo de ayudas ortésicas, ayudas para actividades de la vida diaria (AVD) y sillas de ruedas.

Traslados.

