



Universidad Internacional de La Rioja

Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria

Trabajo Fin de Máster

Memoria para concurso a la Jefatura de Cuidados Intensivos del Hospital General San Francisco de Quito

Presentado por: Viviana Nathaly Medranda Pisco

Asesorado por: Juan Carlos Alonso Punter

Ciudad: Quito – Ecuador

Fecha: Febrero 2018

ÍNDICE

1. PROPÓSITO DEL DOCUMENTO.....	1
2. MARCO GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO DONDE SE LOCALIZA LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA	2
2.1. Marco jurídico relacionado al Sector Salud.....	2
2.1.1. Constitución de la República del Ecuador	2
2.1.2. El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013	2
2.1.3. Ley Orgánica de Salud	3
2.1.4. La Agencia Social 2009 – 2011	3
2.1.5. Otras Leyes y Normativas del Ecuador	3
2.2. Sistema Nacional de Salud del Ecuador	3
2.3. Características del Sistema de Seguridad Social – Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) donde se localiza la Unidad de Gestión Clínica.....	5
2.3.1 Cobertura y servicios del IESS:	5
2.3.2 Ley de Seguridad Social:	6
2.3.3 Niveles de atención en el IESS:.....	6
2.4. Situación Poblacional del Ecuador	6
3. ANÁLISIS ESTRATÉGICO	9
3.1. ANÁLISIS EXTERNO	9
3.1.1. Situación Geográfica	9
3.1.2. Superficie.....	9
3.1.3. Características climáticas.....	9
3.1.4. Ubicación del Hospital General San Francisco de Quito	10
3.1.5. Infraestructura vial	10
3.1.6. Población adscrita	10
3.1.7. Población área de influencia HGSFQ.....	11
3.1.8. Recursos Sanitarios en el área donde se localiza la unidad de gestión clínica	12
3.1.9. Cartera de Servicios del HGSFQ.....	13
3.1.10. Recursos Sociales y comunitarios donde se localiza la unidad de gestión clínica: Servicios Sociales, Escuela de Padres, Voluntariado, Centros sociales y comunitarios, Niño maltratado.	15
3.1.11. Recursos estructurales actuales: Equipamiento	17
3.1.12. Actividad asistencial en los últimos 5 años del HGSFQ.....	18
3.1.13. Plan Estratégico del Centro/Sistema Salud del HGSFQ	20
3.2. ANÁLISIS INTERNO DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CUIDADOS INTENSIVOS	24
3.2.1. Estructura Funcional	24
3.2.2. Recursos Materiales:	25
3.2.3. Ingreso de pacientes a UCI:.....	26
3.2.4. Atención del paciente en UCI:.....	27

3.2.5. Procedimiento del alta de UCI:	28
3.2.6. Recursos humanos	29
3.2.7. Modelo de Prioridades de Ingreso a UCI	32
3.2.8. Cartera de Servicios por Diagnósticos	33
3.2.9. Análisis de los datos de funcionamiento general de la Unidad de Cuidados Intensivos	36
3.2.10. Previsión de la demanda: Crecimiento de inmigrantes, tercera edad	42
3.2.11. Matriz DAFO/CAME de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Francisco de Quito	44
4. PLAN DE ACTUACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA	48
4.1. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES	48
4.2. LÍNEAS ESTRATÉGICAS, FACTORES CLAVES DEL ÉXITO	49
4.3. OBJETIVOS ASISTENCIALES, FINANCIEROS Y DE SOSTENIBILIDAD	50
4.4. MAPA DE PROCESOS DE LA UNIDAD	54
4.5. PROCESOS ESTRATÉGICOS, OPERATIVOS Y DE SOPORTE	55
4.6. CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	64
4.7. ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE	66
4.8. GUÍAS CLÍNICAS Y RUTAS ASISTENCIALES PARA UNA ATENCIÓN INTEGRADA	69
4.9. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN	71
4.10. DOCENCIA Y FORMACIÓN CONTINUADA	71
4.11. ACTIVIDAD INVESTIGADORA: SI, NO, ENSAYOS CLÍNICOS, LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	73
4.12. MONITORIZACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN: CUADRO DE MANDO	73
5. CURRÍCULUM DEL CANDIDATO/A	77
5.1. PERFIL PROFESIONAL DE LA CANDIDATA	77
5.2. FUNCIONES DEL JEFE/A CLÍNICO	81
6. BIBLIOGRAFÍA. –	83

1. PROPÓSITO DEL DOCUMENTO

El propósito de este documento es elaborar una memoria gerencial con el objeto de presentarme hipotéticamente a la jefatura de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General San Francisco de Quito, adicionalmente dar cumplimiento al requisito de realizar un Trabajo de Fin de Master para la Universidad Internacional de la Rioja en el “Master Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria”.

Esta memoria describe el Sistema Nacional de Salud en Ecuador, los antecedentes históricos, marco jurídico, estructura, organización, cartera de servicio, objetivos asistenciales, investigación y económicos de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General San Francisco de Quito.

La Unidad de Cuidados Intensivos, gestiona procesos asistenciales, de procesos y de recursos como respuesta a la revolución tanto diagnóstica y terapéutica con el fin, de ser utilizados en materia de efectividad y eficiencia, y lograr una adecuada atención del paciente crítico.

Los datos de recopilación para desarrollar el análisis han sido tomados del Departamento de Estadística del Hospital, de los datos que reposan en el archivo interno de la Unidad de Cuidados Intensivos y otros han sido elaborados de forma propia.

Al cumplir este periodo de formación académica, la gestión clínica me ofrece la información necesaria que soy capaz de obtener, interpretar y aplicar para poder gestionar los recursos de mi servicio, una vez obtenida las bases y el análisis tanto externo como interno de mi unidad, presento el plan de actuación de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General San Francisco de Quito.

2. MARCO GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO DONDE SE LOCALIZA LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

2.1. *Marco jurídico relacionado al Sector Salud*

Ecuador cuenta con un marco jurídico y normativo relacionado con las garantías de reconocer la salud como un derecho, su estructura y organización.

La Constitución de la República del Ecuador del 2008, el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir, la Agenda Social de Desarrollo Social y los Objetivos del Milenio, constituyen la base normativa que guían el Modelo de Atención en Salud en Ecuador.

2.1.1. *Constitución de la República del Ecuador*

En su artículo 32, reconoce que la Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, como el del agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir¹.

En los artículos 359, 360 y 361 se define como está constituido el sistema nacional de salud, creando la red integral de salud en todo el territorio nacional conformada por los establecimientos estatales, de seguridad social y aquellos que tienen vínculos jurídicos, operativos y complementarios, además de ser el estado quien ejerce la rectoría del sistema responsable de formular la política nacional de salud¹.

2.1.2. *El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013*

Entre los objetivos del Plan están en auspiciar la igualdad, integración social, aumentar la esperanza y calidad de vida, garantizar los derechos de la naturaleza y promover un ambiente sano².

2.1.3. Ley Orgánica de Salud

Tiene por objeto definir que el Ministerio de Salud Pública diseñe e implemente todos los programas de atención integral para todas las etapas de la vida, control de enfermedades crónicas no transmisibles, promover la vigilancia epidemiológica, promover estilos de vida saludables, priorizando a los grupos vulnerables².

2.1.4. La Agencia Social 2009 – 2011

Define para el sector salud tres ejes prioritarios de intervención: Garantizar la atención integral de salud gratuita y oportuna, fortalecer la prevención, el control, la vigilancia de la enfermedad y fomentar entornos y vidas saludables².

2.1.5. Otras Leyes y Normativas del Ecuador

Existen en Ecuador otras Leyes, Reglamentos, Acuerdos Ministeriales que son parte del marco legal de la organización del Sistema Nacional de Salud entre ellas están: Ley de Derechos y Amparo al Paciente, Ley Orgánica de Discapacidades, Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Ley de Seguridad Social, Ley de Seguridad Social de la Policía Nacional, Ley de Estadística, Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad ISSPOL, Norma técnica para la derivación y financiamiento de cobertura internacional para la atención integral de salud de usuarios con enfermedades catastróficas.

2.2. Sistema Nacional de Salud del Ecuador

El sistema nacional de salud en el Ecuador está compuesto por dos sectores, el público y el privado. El sector público está representado Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los diferentes servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social [Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)]⁴. Figura 1.

Toda la población es atendida por los establecimientos de salud del MSP, el MIES y las municipalidades cuentan con programas de atención además de establecimientos de salud donde se brinda atención a la población no asegurada.

Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada. El sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada), y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. Los seguros privados y empresas de medicina prepagada cubren aproximadamente al 3% de la población⁴.

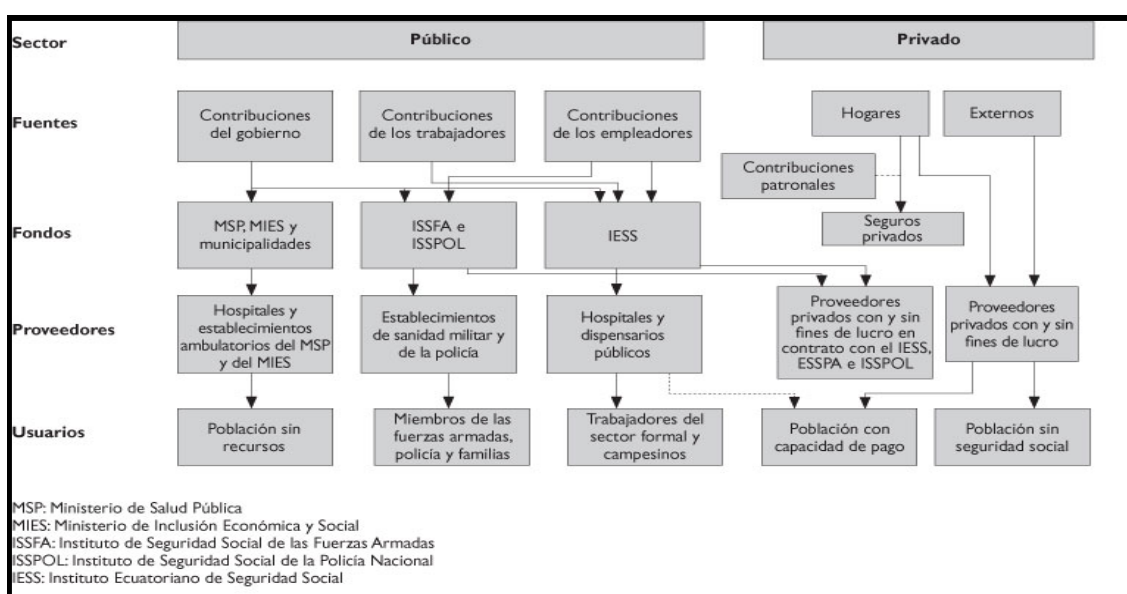


Figura 1. Organización del Sistema Nacional de Salud del Ecuador.

Fuente: Lucio Ruth Econ, MSc, Nilhda Villacrés, MD, MSc, Rodrigo Henríquez, MD. Sistema de salud de Ecuador. Salud pública de México vol. 53, supl.2 Cuernavaca ene. 2011, p. 177 – 85

El número de establecimientos de salud según el sector al que pertenece en el periodo 1997 – 2015 reportan que el sector público tiene 175 establecimientos que representan el 26,32% y el sector privado con fines de lucro y sin fines de lucro representan 490 establecimientos que representan el 73,68% con un total de 665 establecimientos en el país⁶. Figura 2.

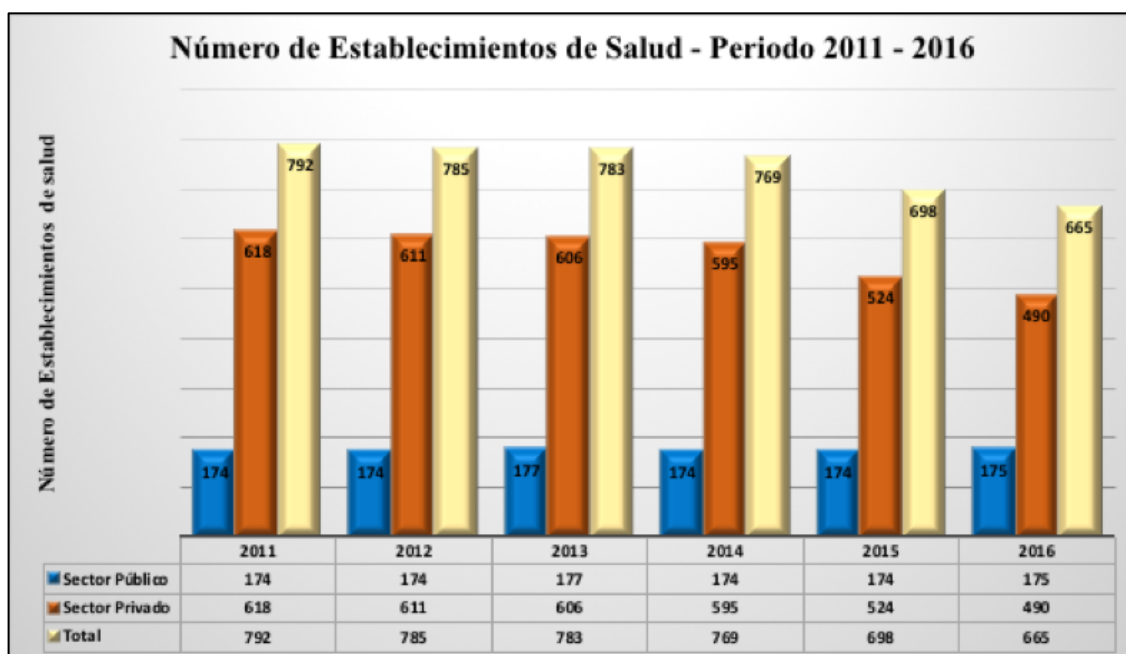


Figura 2. Número de Establecimientos de Salud – Periodo 2011 – 2016.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. TFM: Viviana Medranda Pisco

Las prestaciones que ofrece el Sistema Nacional de Salud Pública se brindan en establecimientos que cuentan con infraestructura y servicios y servicios estandarizados en Centros de Salud tipo A, B y C para el primer nivel de atención; Hospitales Generales para el segundo nivel, y los de Especialidad o Especialidades para el tercer nivel de atención⁵.

2.3. Características del Sistema de Seguridad Social – Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) donde se localiza la Unidad de Gestión Clínica

La misión del IESS es proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos de trabajo, discapacidad, desempleo, invalidez, vejez y muerte⁹.

2.3.1 Cobertura y servicios del IESS:

El afiliado tiene derecho a los seguros de salud, muerte, pensiones y riesgos de trabajo, préstamos hipotecarios para comprar terreno, vivienda o construcción,

préstamos quirografarios y prendarios. La institución administra los fondos de reserva y de cesantía cuyos aportes pagan los afiliados.

El IESS hasta el año 2016 cubrió a 3.178.046 afiliados, 451.422 pensionistas del Seguro Obligatorio, 111.079 beneficiarios de Montepío, 392.744 jefes de familia del Seguro Social Campesino y 14.376 pensionistas del Seguro General de Riesgos del Trabajo, además de sus respectivos beneficiarios⁹.

2.3.2 Ley de Seguridad Social:

En esta Ley se reconocen los derechos de protección de los asegurados contra las contingencias de la enfermedad y maternidad. El afiliado, su cónyuge o conviviente con derecho, y sus hijos menores hasta los 18 años de edad, así también el jubilado, son beneficiarios de acciones integrales de fomento y promoción de salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no profesionales, recuperación y rehabilitación de la salud individual. Las mujeres beneficiarias del seguro de maternidad reciben atención de embarazo, parto y puerperio^{7,8}.

2.3.3 Niveles de atención en el IESS:

Cuenta con 99 unidades médicas a nivel nacional, 24 Direcciones Provinciales, 659 dispensarios del Seguro Social Campesino que son consideradas como Unidades de Atención o Gestión (UA o UG)⁷.

La tipología y nomenclatura del IESS comprende¹⁰: Dispensario Anexo (D.A), Unidad de Atención Ambulatoria (U.A.A), Dispensario del Seguro Social Campesino (D. SSC), Centro de Atención Ambulatoria (C.A.A), Hospital I: Hospital Básico, Hospital II: Hospital de 2do. Nivel y Hospital III: Hospital de 3er. Nivel.^{7,10}

2.4. Situación Poblacional del Ecuador

El Ecuador tiene una superficie de 283.560 kilómetros cuadrados, con una población de 14'483.499 habitantes, datos obtenidos en el Censo Poblacional

del 2010, de los cuales 7'305.816 habitantes (50.44%) son mujeres y 7'177.683 habitantes (49.56%) son hombres^{11,12}.

La proyección de la población ecuatoriana en el año 2017 de acuerdo a la información del INEC es de 16'776.977 habitantes. En el año 2050 llegaremos a 23.4 millones de habitantes, la esperanza de vida de la población en el año 2010 fue de 75 años, para el 2050 subirá a 80,5 años en promedio. Para las mujeres la esperanza de vida será mayor con 83,5 años comparado con los 77,6 años para los hombres¹¹. Figura 3 y 4.

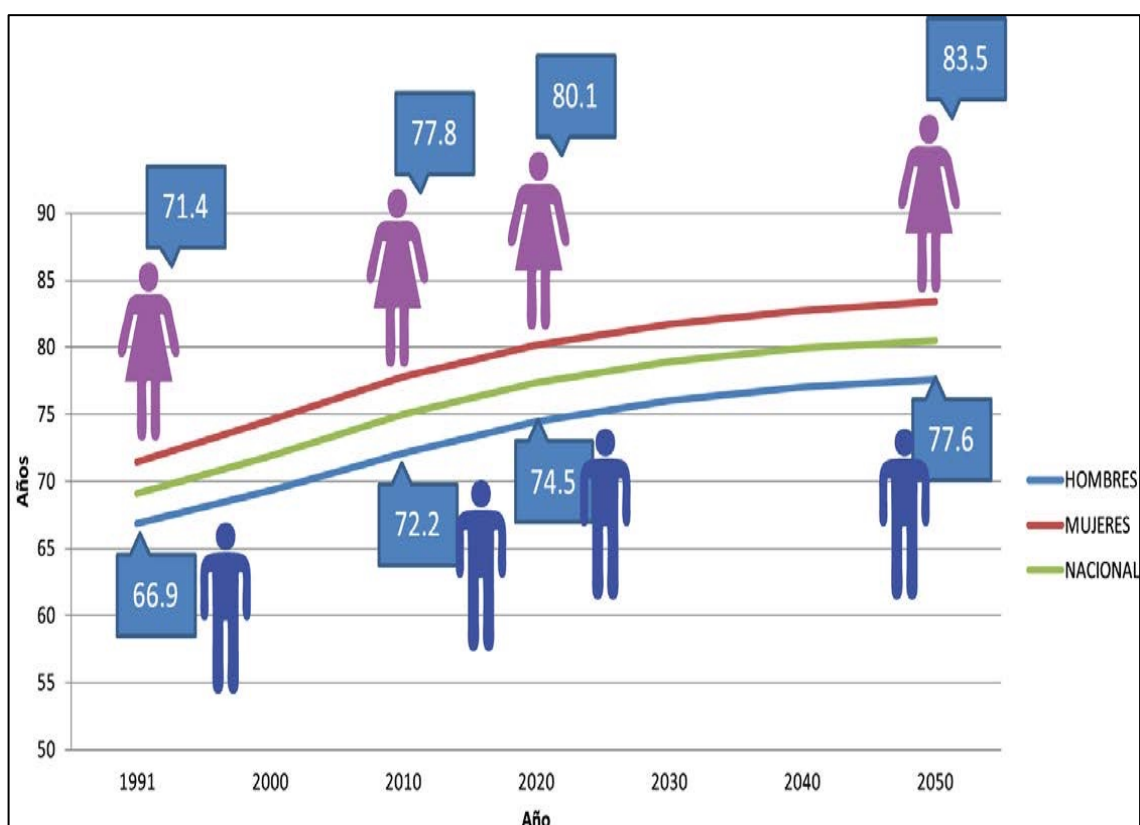


Figura 3. Esperanza de vida al nacimiento por sexo 1990 – 2050.

Fuente: Tomado del INEC - ¿Cómo crecerá la población en Ecuador?

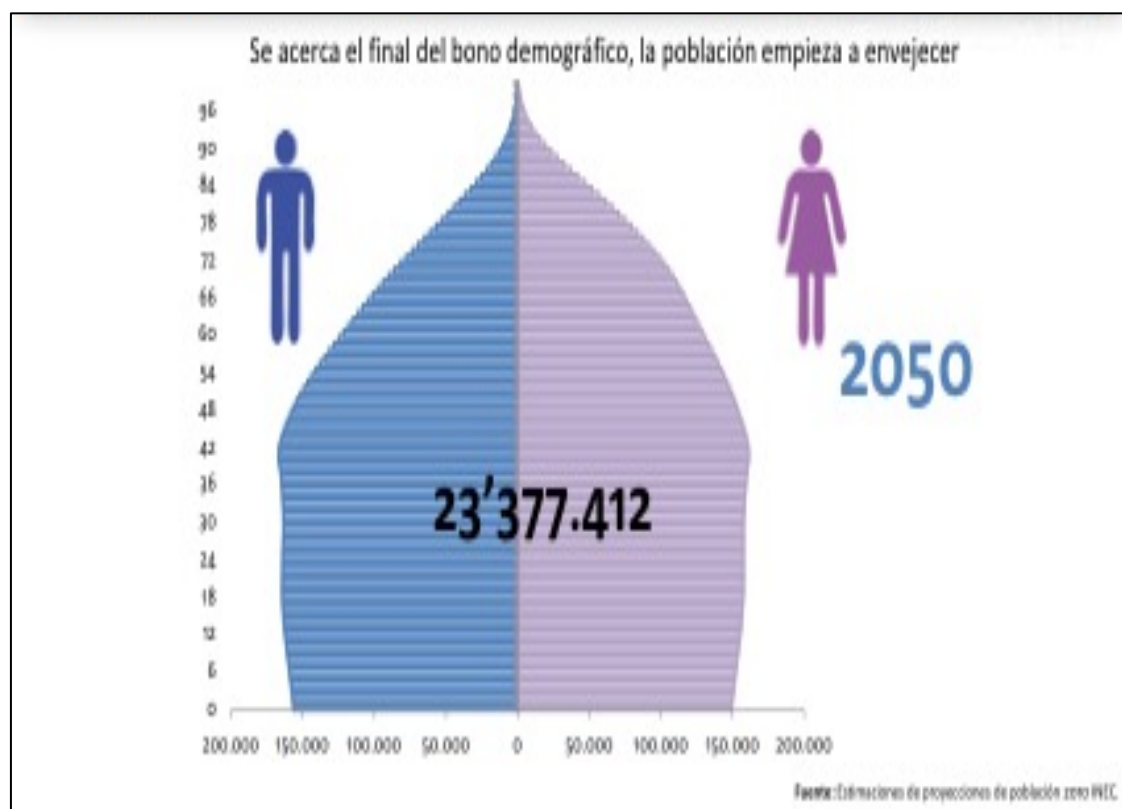


Figura 4. Proyección de la población nacional 2050.

Fuente: Tomado del INEC - ¿Cómo crecerá la población en Ecuador?

3. ANÁLISIS ESTRATÉGICO

3.1. ANÁLISIS EXTERNO

3.1.1. Situación Geográfica

La provincia de Pichincha es una de las 24 provincias que forman parte de la República del Ecuador. Se encuentra localizada al norte del país, dentro de la región interandina o sierra ecuatoriana. Limita al norte con las provincias de Imbabura y Esmeraldas, al sur con Cotopaxi y Los Ríos, al este con Sucumbíos y Napo y al oeste con Esmeraldas, Santo Domingo de los Tsáchilas y Manabí¹³.

La provincia de Pichincha tiene 8 cantones entre los cuales está el Distrito Metropolitano de Quito, que es la capital del país. Forma parte de la zona 9 de planificación distrital¹³.

3.1.2. Superficie

El Distrito Metropolitano de Quito tiene una superficie de 4,240 kilómetros cuadrados, con una longitud de aproximadamente 50 kilómetros de largo y solo 8 kilómetros de ancho. Se encuentra a una altura de 2850 metros sobre el nivel del mar (msnm) cuenta con 34 parroquias entre las cuales se encuentra la Parroquia Carcelén al norte de Quito, donde se encuentra el hospital¹⁴.

3.1.3. Características climáticas

La provincia de Pichincha presenta una variedad de climas debido a las diferencias de altitud, localización geográfica; desde el frío intenso de los páramos andinos entre 4 y 8° centígrados hasta el tropical que tiene una temperatura media entre 20 y 25° centígrados¹⁴.

3.1.4. Ubicación del Hospital General San Francisco de Quito

El Hospital General San Francisco de Quito (HGSFQ), es un hospital General de Nivel II cuenta con 128 camas, certificado por el MSP, se encuentra situado en la provincia de Pichincha, al norte de Quito, en la parroquia Carcelén en la Avenida Jaime Roldós Aguilera 40554 y Mercedes González Moscoso. Sus vías de accesos principales son las avenidas Diego de Vásquez, Galo Plaza Lasso, Jaime Roldós Aguilera y República Dominicana. En esta zona se encuentran asentados varias instituciones educativas y comerciales por lo que se ha incrementado el desarrollo del transporte público.

3.1.5. Infraestructura vial

La red de transporte urbano y rural esta interconectada para ser accesible al hospital. Entre los sistemas de transporte para llegar al hospital tenemos el Corredor del Trolebús, Ecovía, Central Norte, transporte urbano en autobuses, terminales terrestres norte y sur.

3.1.6. Población adscrita

Quito cuenta con una población determinada en el censo del 2010 de 2'319.671 habitantes y con una proyección poblacional actual de 2'644.145 habitantes¹¹. Figura 5.

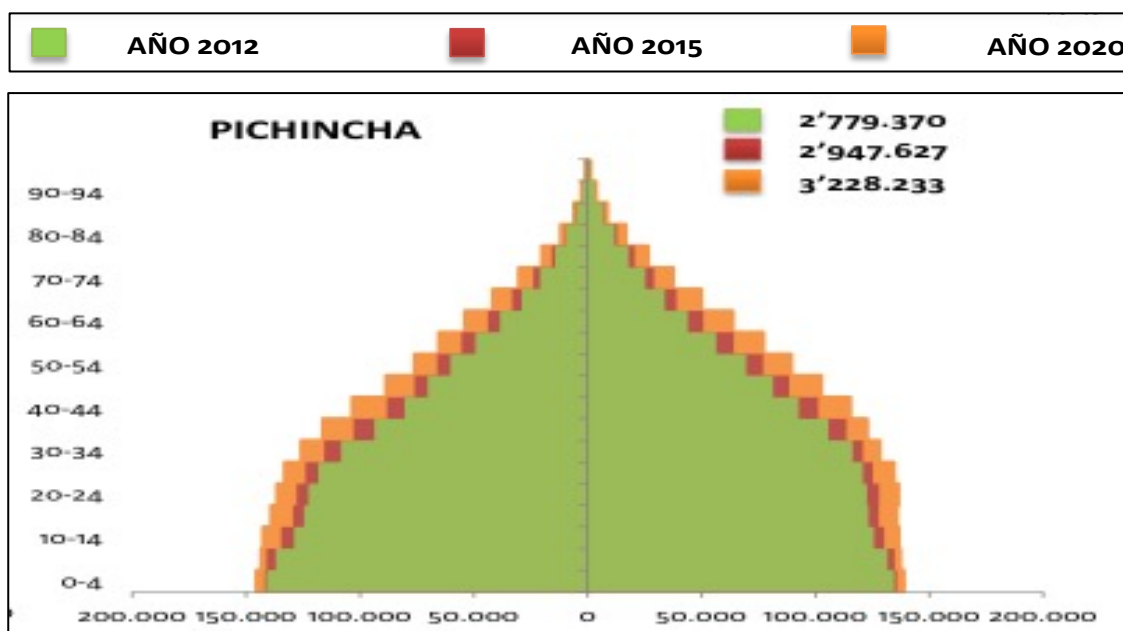


Figura 5. Proyección de la población de Pichincha.
Fuente: Tomado del INEC - ¿Cómo crecerá la población en Ecuador?

El HGSFQ tiene un área de influencia que abarca varias provincias del norte del país entre ellas Esmeraldas, Imbabura, Napo, y Pichincha.

3.1.7. Población área de influencia HGSFQ

La población del norte de Quito, de acuerdo a su circunscripción geográfica, es la que más se beneficia de la atención de salud que proporciona el HGSFQ, además acuden afiliados de diversas zonas de la ciudad, del Valle de Tumbaco, Valle de Los Chillos y del norte del país como Imbabura, Esmeraldas, provincias del Oriente Ecuatoriano como Napo, Lago Agrio, Sucumbíos y Orellana¹⁵.

La población de afiliados y pensionistas del IESS que se encuentra adscrita a las diversas unidades del IESS en el norte de Quito y dentro de su área de influencia¹⁵. Tabla 1

Tabla 1
Población adscrita a las Unidades del IESS

POBLACIÓN	No. HABITANTES
Amaguaña	3.160
Tabacundo	5.141
Batán	109.649
Cayambe	10.888
Central	149.210
Chimbacalle	104.532
Cotocollao	116.906
Ecuatoriana	1.809
Eloy Alfaro	1.809
HCAM	384.633
Machachi	9553
San Francisco	146.133
San Juan	2.963
Sangolquí	19.169
Sur Occidental	39.040
TOTAL, AREA DE INFLUENCIA HGSFQ	1'104.595

Fuente: Plan Médico Funcional – HGSFQ octubre 2016
 Elaboración propia: TFM. Viviana Medranda Pisco

El HGSFQ brinda atención clínico quirúrgica de especialidades básicas y subespecialidades, con una cartera de servicio que da respuesta a demandas espontáneas y referencias recibidas de unidades de menor complejidad y del tercer nivel, por ser parte de la Red Pública Integral de Salud.

3.1.8. Recursos Sanitarios en el área donde se localiza la unidad de gestión clínica

Mediante Decreto Ejecutivo No. 357 del 20 de mayo del 2010 fueron establecidas las 9 coordinaciones zonales de salud, comprendidas de acuerdo a la distribución geográfica. El Distrito Metropolitano de Quito corresponde a la Zona 9, y cuenta con 161 Unidades de Salud en todo el Distrito Metropolitano de Quito¹⁶. Tabla 2

Tabla 2
Establecimientos de salud – Distrito Metropolitano de Quito

PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL	UNIDADES MÓVILES
123 centros de Salud tipo A	2 hospitales básicos	1 hospital de Especialidades	1 unidad Móvil General
8 centros de Salud Tipo B	3 hospitales generales	5 hospitales Especializados	1 unidad Móvil Oncológica
6 centros de Salud Tipo C		6 centros Especializados	1 unidad Móvil Quirúrgica
4 puestos de Salud			
141 unidades	5 unidades	12 unidades	3 unidades
TOTAL: 161 UNIDADES DE SALUD			

Fuente: Tomado los datos de la Base del Geosalud –MSP
 Elaboración propia: TFM. Viviana Medranda Pisco

3.1.9. Cartera de Servicios del HGSHQ

El HGSHQ cuenta con atención médica especializada en áreas clínicas y quirúrgicas en pacientes infantiles, maternas, adultos y adultos mayores. Además, el hospital dispone de un área de emergencia, hospitalización, cuidados intensivos de adultos, neonatología, con atención 24 horas al día y 7 días de la semana. Tabla 3 y 4

- La cobertura asistencial de las áreas de emergencias, cuidados intensivos adultos, Neonatología, Gineco-obstetricia, Pediatría, Cirugía general, Anestesiología y Traumatología se realiza con profesionales especialistas durante las 24 horas del día. Las áreas de soporte, como Radiología, Laboratorio Clínico, Medicina Transfusional y Farmacia tienen cobertura permanente.
- La Consulta Externa actualmente atiende en horario de 8 a 12 horas diarias, es decir, desde las 07h00 hasta las 19h00 de lunes a viernes.

Tabla 3

Cartera de servicios del HGSFQ

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL HOSPITAL GENERAL SAN FRANCISCO DE QUITO DATOS GENERALES DE LA UNIDAD		
TIPO DE UNIDAD	HOSPITAL GENERAL SAN FRANCISCO DE QUITO	
NIVEL DE ATENCION	NIVEL II DE ATENCIÓN	
UBICACIÓN FÍSICA DE LA UNIDAD	AVENIDA JAIME ROLDOS AGUILERA Y MERCEDES GONZALEZ	
FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA UNIDAD	Ing. Julio Alberto Miranda Ruiz – Director Administrativo	
TELÉFONO	02-395200	
CARTERA DE SERVICIOS	HORARIO	HOSPITALIZACION
ESPECIALIDADES	LUNES A VIERNES	
ANESTESIOLOGÍA C.EXT.	07H00 – 15H30	No
CARDIOLOGÍA C. EXT.	07H00 – 15H30	Si
CIRUGÍA GENERAL	07H00 – 19H00	Si
CIRUGÍA GENERAL PEDIATRICA C. EXT.	15H00 – 19H00	Si
CIRUGÍA VASCULAR C. EXT.	07H00 – 19H00	Si
DERMATOLOGÍA C. EXT.	07H00 – 15H30	No
ENDOCRINOLOGÍA C. EXT.	07H00 – 15H30	No
GASTROENTEROLOGÍA C. EXT.	07H00 – 19H00	Si
GINECOLOGÍA C. EXT.	07H00 – 19H00	Si
MEDICINA FAMILIAR C. EXT.	07H00 – 19H00	No
MEDICINA INTERNA C. EXT.	07H00 – 15H30	Si
MEDICINA LABORAL C. EXT.	07H00 – 15H30	No
NEFROLOGIA C. EXT.	07H00 – 15H30	Si
NEONATOLOGÍA C. EXT.	07H00 – 15H30	Si
NEUMOLOGÍA C. EXT.	07H00 – 15H30	Si
NEUROLOGÍA C. EXT.	07H00 – 19H00	Si
NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA C. EXT.	07H00 – 15H30	Si
NUTRICIÓN C. EXT.	08H00 – 16H00	No
OFTALMOLOGÍA C. EXT.	07H00 – 19H00	No
OFTALMOLOGÍA PEDIATRICA C. EXT.	08H00 – 16H00	No
OTORRINOLARINGOLOGÍA C. EXT.	07H00 – 19H00	Si
PEDIATRÍA C. EXT.	07H00 – 15H30	Si
PSICOLOGÍA C. EXT.	07H00 – 15H30	No

TRAUMATOLOGÍA C. EXT.	07H00 – 15H30	Si
UROLOGÍA C. EXT.	07H00 – 15H30	Si

AUXILIARES DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	24 horas
LABORATORIO CLÍNICO	24 horas
LABORATORIO PATOLÓGICO	07H00 – 15H30
ENDOSCOPIA	07H00 – 15H30

Fuente: Plan Médico Funcional HGSFQ octubre 2016

Tabla 4

Cartera de servicios de las Áreas Críticas – HGSFQ

ÁREAS CRÍTICAS

Emergencia	24 horas
Cuidados Intensivos Adultos	24 horas
Cuidados Intensivos Neonatos	24 horas

Fuente: Plan Médico Funcional HGSFQ 2016

Elaboración propia: TFM. Viviana Medranda

3.1.10. Recursos Sociales y comunitarios donde se localiza la unidad de gestión clínica: Servicios Sociales, Escuela de Padres, Voluntariado, Centros sociales y comunitarios, Niño maltratado.

La parroquia Carcelén es una de las 65 parroquias del Distrito Metropolitano de Quito, presenta recursos comunitarios distribuidos de acuerdo a las necesidades sociales y comunitarias. Tabla 5

Tabla 5
Recursos comunitarios de la Parroquia Carcelén

RECURSOS COMUNITARIOS	NÚMERO
Coliseo	1
Estadio de fútbol	1
Pista de Voleybol	1
Comedor comunitario	1
Terminal Terrestre	1
Centro de Desarrollo Infantil Comunitario Guagua Carcelén Alto	1
Centro de Salud Carcelén - MSP	1
Club de Leones – Atención de Salud	1
Casas Comunales: Actividades sociales y comunitarias	1
Grupo de Voluntariado Comunitario	1
Líderes Barriales de Carcelén Bajo y Alto	2

Elaboración propia: TFM. Viviana Medranda

El Departamento de Trabajo Social del HGSFQ, tiene dentro de sus actividades, programas de trabajo con familiares y pacientes de la institución entre los que destacan:

- Coordinación de Hospedaje y Alimentación de familiares de pacientes que son de áreas lejanas al hospital sean locales o provinciales.
- Programas de Evaluación Socioeconómica mediante entrevista con familiares y entrega de información sobre deberes y derechos de pacientes.
- Desarrollo de Plan de Acogida de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
- Plan de Musicoterapia en UCI.
- Programa de pacientes crónicos y encamados para cuidadores domiciliarios.
- Reinserción domiciliaria de pacientes crónicos con larga estancia hospitalaria.
- Coordinación y seguimiento de derivaciones de cuidados paliativos a diversas instituciones de convenio.

- Seguimiento de pacientes derivados a domicilio con asistencia médica, enfermería y cuidados paliativos.

3.1.11. Recursos estructurales actuales: Equipamiento

El HGSFQ, está constituido de una torre de Hospitalización distribuida en 4 plantas. Tabla 6

Tabla 6
Recursos estructurales del HGSFQ

PLANTA	PISO	NÚMERO DE CAMAS
Clínica	4	42
Quirúrgica	3	42
Pediátrica	2	22
Ginecológica	2	22
Obstétrica	1	9
Total		137

Fuente: Plan Médico Funcional HGSFQ octubre 2016
Elaboración propia: TFM. Viviana Medranda

El Área de Consulta Externa se encuentra distribuida por consultorios repartidos por áreas o servicios, además está equipada por un equipamiento de acuerdo a la cartera de servicios como, por ejemplo: Ecocardiógrafo, electrocardiógrafo, espirómetro, sala de audiometría, rinoscopios, colposcopio, equipos de oftalmología entre los principales¹⁷.

El Centro Quirúrgico se encuentra ubicado en el primer piso cuenta con 4 quirófanos para los servicios de Cirugía General, Urología, Cirugía Pediátrica, Traumatología, Cirugía Vascular y Otorrinolaringología, cada uno se encarga de cirugías programadas y emergencias. La Unidad de Recuperación Post anestésicas (URPA) cuenta con 6 camas de recuperación.

El Centro Obstétrico, se encuentra ubicado en el primer piso, cuenta con 2 quirófanos para cirugía obstétrica, 2 salas de partos y 1 sala de procedimientos de legados. Cuenta con 9 camas de recuperación post anestésicas.

Áreas de Apoyo Diagnóstico y tratamiento: En esta área se encuentra Radiología con equipamiento de alta tecnología, como ecógrafos, densitómetro, mamógrafo, rayos X convencional, tomógrafo, y salas de procedimientos especiales. Además, del servicio radiológico forma parte de esta área se encuentra el laboratorio clínico, el laboratorio de patología, el servicio de medicina transfusional, la sala de endoscopia, y la farmacia centralizada

El Área de Emergencia, se encuentra en el primer piso, cuenta con consultorios para triaje y atención rápida, áreas de observación de adultos y pediátrica, área de críticos y aislamientos con todo el equipamiento necesario.

La Unidad de Neonatología, se encuentra ubicado en el primer piso, cuenta 44 camas de atención a neonatos, para alojamiento continuo, observación, terapia intensiva y cuidados intermedios.

3.1.12. Actividad asistencial en los últimos 5 años del HGSFQ

Consolidado de Atenciones en El HGSFQ 2012 – 2016 – Tabla 7

Tabla 7
Consolidado de atenciones del HGSFQ – Periodo 2012 – 2017

ESPECIALIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
CONSULTA EXTERNA	75.395	65.794	80.073	77.498	76.642	74.425	77.747	73.302	57.973	60.459	58.075	56.217	830.700
2012	9.603	10.047	12.860	11.684	10.568	8.890	9.577	9.411	8.678	8.411	9.042	7.612	116.483
2013	11.369	9.407	11.135	12.180	12.027	11.560	12.825	11.586	11.664	11.970	12.741	10.386	138.850
2014	11.951	11.149	11.327	12.351	11.917	11.695	12.903	10.802	12.283	13.306	10.653	11.297	141.634
2015	12.267	10.151	13.343	13.271	9.795	10.752	11.287	11.116	12.759	12.908	11.654	13.490	142.793
2016	12.885	12.220	14.170	13.738	13.674	13.865	14.134	12.675	12.589	13.864	13.985	13.432	163.247
2017	17.320	12.820	17.238	14.274	16.661	17.663	17.021	16.712					131.726
EMERGENCIA	48.544	48.813	50.726	49.860	52.949	56.546	57.917	58.475	48.997	48.191	50.398	49.623	607.533
2012	0	0	0	0	0	4.719	6.105	6.091	7.803	6.927	7.897	7.968	45.510
2013	8.446	7.867	9.769	9.656	9.394	9.617	10.198	10.651	10.737	10.122	10.147	9.735	116.348
2014	8.756	10.525	10.154	10.154	10.596	10.138	9.811	9.533	9.554	9.769	10.418	10.344	119.360
2015	9.646	10.610	10.712	10.711	11.214	11.902	10.677	9.954	10.138	10.719	11.046	11.589	128.609
2016	11.221	11.080	9.946	9.946	10.161	9.564	10.543	11.432	10.765	10.654	10.890	9.987	128.205
2017	10.475	8.731	10.145	9.393	11.584	10.606	10.583						73.534
CENTRO QUIRÚRGICO	4.284	3.883	4.432	4.256	4.432	4.503	5.094	4.972	4.039	4.052	3.863	3.772	51.582
2012	0	0	0	0	0	353	507	471	495	495	585	416	3.322
2013	690	626	739	776	776	774	834	859	790	883	915	769	9.431
2014	837	767	818	796	878	777	865	797	891	828	759	764	9.777
2015	755	761	860	775	863	858	943	879	885	849	648	842	9.918
2016	834	874	946	994	1.007	967	985	1.004	978	997	956	981	13.539
2017	1.168	855	1.069	915	908	774	960	962					9.628
HOSPITALIZACIÓN	4.965	4.834	5.260	5.120	5.224	5.642	6.480	5.445	4.866	6.435	5.445	5.203	64.919
2012	0	0	0	0	0	714	1.019		858	2.068	1.426	1.039	7.124
2013	790	721	931	903	896	791	830	1.147	811	1.046	908	972	10.746
2014	896	876	900	905	950	854	1.113	859	910	1.160	803	908	11.134
2015	1.132	1.096	1.245	1.164	1.241	1.218	1.292	1.246	1.264	1.118	1.192	1.150	14.358
2016	1.129	1.091	1.076	1.060	1.120	1.096	1.123	1.087	1.023	1.043	1.116	1.134	15.114
2017	1.018	1.050	1.108	1.088	1.017	969	1.103	1.106					10.476
TOTAL	135.090	120.741	141.894	136.735	137.246	141.216	147.238	140.334	115.875	119.137	117.781	114.814	1.556.734
2012	9.603	10.047	12.860	11.684	10.568	14.776	17.208	15.973	17.834	17.901	18.950	17.035	174.439
2013	21.295	18.630	22.574	23.515	23.093	22.742	24.687	24.243	24.002	24.021	24.711	21.861	275.375
2014	23.447	21.548	23.570	24.206	24.340	23.464	24.692	21.991	23.638	25.063	22.633	23.313	281.905
2015	24.556	21.654	26.058	25.922	23.113	24.730	24.199	23.195	25.046	25.594	24.540	27.071	295.678
2016	26.208	25.406	27.272	25.738	25.962	25.492	26.785	24.720	25.355	26.558	26.947	25.534	320.105
2017	29.981	23.456	29.560	25.670	30.170	30.012	29.667	30.212					225.364

Fuente: Plan Médico Funcional HGSFQ octubre 2016 y departamento de Estadística del HGSFQ

3.1.13. Plan Estratégico del Centro/Sistema Salud del HGSFQ

Tabla 8

Plan Estratégico del HGSF

PERSPECTIVA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	RESPONSABLE	2015	2016	2017	2015 - 2017
CIUDADANIA	1. Incrementar la calidad en las prestaciones de salud a los afiliados y/o usuarios del Hospital	a. Manejar Protocolos homologados	1.1 Número de egresos hospitalarios	Dirección Médica	10.800	10.800	10.800	32.400
		b. Implementar y valorar el listado de verificación de maternidad segura de la OMS y otros estándares internacionales de seguridad.	1.2 Número de pacientes en lista de espera quirúrgica por especialidad.	Dirección Médica				
			1.3 Tasa neta de mortalidad hospitalaria	Dirección Médica	1,38	1,38	1,38	1,38
			1.4 Tasa neta de mortalidad materna.	Dirección Médica	0,04	0,04	0,04	0,04
			1.5 tasa neta de mortalidad neonatal.	Dirección Médica	1,80	1,80	1,80	1,80
		c. Desarrollar un plan de contingencia ante ocupaciones superiores al 95%.	1.6 Porcentaje de infecciones Nosocomiales	Dirección Médica	3,61%	3,61%	3,61%	3,61%
			1.7 Porcentaje de ocupación de camas.	Dirección Médica	85,00%	84,00%	84,00%	84,00%
		d. Desarrollar un plan de investigación biomédico.	1.8 Número de artículos publicados en revistas médicas indexadas	Dirección Médica	3,00	3,00	3,00	3,00
			4.9 Porcentaje de médicos acreditados	Dirección Médica	60,00	80,00	100,00	100,00
		e. Desarrollar un Pla de Formación Médica Continua	por cursos de atención en situaciones de emergencia.					

PERSPECTIVA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	RESPONSABLE	2015	2016	2017	2015 - 2017
PROCESOS INTERNOS	2. Incrementar la eficiencia operacional en el Hospital	a. Fortalecer el sistema de control de las estadias.	2.1 Promedio de días de estancia hospitalaria	Dirección Médica	4,03	4,03	4,03	4,03
			2.2 Intervenciones Quirúrgicas /Quirófano /	Dirección Médica	5,00	5,00	5,00	5,00
		b. Optimizar la programación quirúrgica por especialidad en base a los quirófanos.	Día					
			2.3 Promedio de consultas por consultorio	Dirección Médica	335,00	360,00	384,00	384,00
			2.4 Porcentaje de consultas atendidas	Dirección Médica	82,00%	84,00%	86,00%	86,00%
		c. Desarrollar de las metodologías de gestión por procesos en los procesos claves.	2.5 Porcentaje de procesos comatosos mejorados	Dirección Administrativa	50,00%	60,00%	70,00%	70,00%
			2.6 Porcentaje de proyectos de inversión en riesgo	Dirección Administrativa	N/A	N/A	N/A	N/A

PESPECTIVA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	RESPONSABLE	2015	2016	2017	2015 - 2017
TALENTO HUMANO	3. Incrementar el desarrollo del talento humano en el hospital	a. Mejorar las competencias resolutivas de la gestión de Talento Humano	3.1 Porcentaje de funcionarios capacitados de acuerdo a las competencias	Dirección Administrativa	51,00%	63,00%	67,00%	67,00%
		b. Mejora la parte resolutiva y de gestión de los servidores	3.2 Porcentaje de personal con nombramiento	Dirección Administrativa				
		c. Desarrollar de las metodologías de gestión por procesos en los procesos claves.	3.3 Índice de rotación de nivel operativo	Dirección Administrativa	26,00	23,00	21,00	21,00
			3.4 Índice de rotación de nivel directivo	Dirección Administrativa	0,60	0,50	0,40	0,80
			3.5 Porcentaje de cumplimiento de la inclusión de personas con discapacidad	Dirección Administrativa	4,00%	4,00%	4,00%	4,00%

PERSPECTIVA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	RESPONSABLE	2015	2016	2017	2015 - 2017
FINANZAS	4. Incrementar el uso eficiente del presupuesto en el Hospital	Porcentaje ejecución presupuestaria- Gasto Corriente	4.1 Porcentaje ejecución presupuestaria- Gasto Corriente	Dirección Administrativa	4,00%	4,00%	4,00%	4,00%
		Porcentaje ejecución presupuestaria - Inversión	4.2 Porcentaje ejecución presupuestaria - Inversión	Dirección Administrativa	84,00%	94,00%	97,00%	97,00%
		a. Cálculo de punto de equilibrio	4.3 Cálculo de punto de equilibrio	Dirección Administrativa	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%
			4.4 Porcentaje de cumplimiento de la inclusión de personas con discapacidad	Dirección Administrativa	97,02%	97,02%	97,02%	97,02%

Fuente: Plan Estratégico del HGSFQ

3.2. ANÁLISIS INTERNO DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CUIDADOS INTENSIVOS

3.2.1. Estructura Funcional

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es una Unidad de Segundo Nivel de Atención, cerrada, polivalente, que brinda atención a pacientes críticos a partir de la segunda etapa de la adolescencia (mayor o igual a 15 años), se encuentra localizada en el primer piso del Área de Hospitalización, con acceso a Emergencia, Centro Quirúrgico y Obstétrico. Inició sus labores el 21 de mayo del 2012, con la apertura de 4 box por espacio de 4 meses, actualmente cuenta con 8 box de atención a pacientes críticos. Figura 6

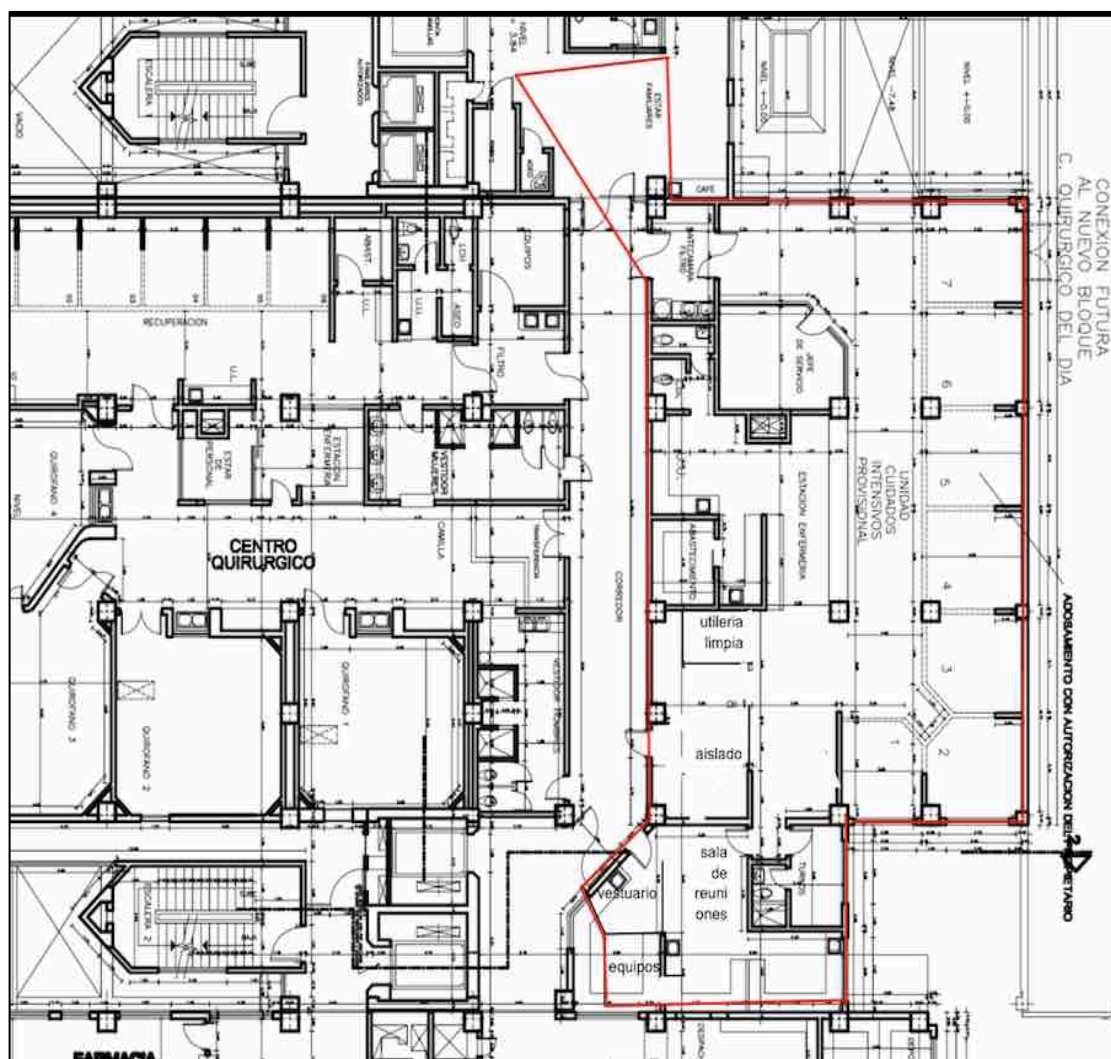


Figura 6. Distribución del Área de UCI – HGSFQ

Fuente: Planos del Hospital General San Francisco de Quito Elaboración propia: TFM: Viviana Medranda Pisco

Los boxes o cubículos de atención de pacientes críticos, son áreas de 9 metros cuadrados divididos por cortinas, cuenta con equipamiento como monitor multiparámetros, ventilador mecánico, cama de paciente y los recursos materiales.

3.2.2. Recursos Materiales:

a. Área Administrativa

- Computadoras
- Impresora
- Escritorios de oficina
- Archivadores
- Sillas

b. Área de Lencería

- Coches de ropa
- Armario para lencería

c. Área de Estación de Enfermería

- Computadoras
- Impresora
- sillas
- Monitor de Enfermería
- Maletín de emergencia y desastre

d. Área de Estación Médica

- Computadoras
- Sillas

e. Área de Bodega de Insumos

- Armarios de insumos

f. Área de Preparación de Medicamentos

- Armario de medicamentos de alto riesgo
- Cajones con stock de medicamentos

g. Área de Utilería sucia

- Lavachatas
- Área de lavado de utilería sucia
- Área de secado

h. Área de Sala de reuniones

- Escritorio
- Mesa de reuniones

- Televisor
- Sillas
- Microondas
- Pizarra líquida

i. Vestuario

- Armario para ropa particular y uniformes

j. Área de Equipamiento

- 1 ventilador mecánico de transporte
- Bombas de infusión
- Silla de ruedas
- Estante para colocar bombas de infusión

k. Área de atención

- Coche de Asistencia de Paro Cardio-respiratorio
- Equipo portátil de Rayos X
- Electrocardiógrafo
- Ecocardiógrafo
- Camilla de transporte
- Refrigeradora para medicación y dietas
- Monitores multiparámetros
- Camas multifunciones
- Mesas de comedor
- Coches de curaciones con contenedores para medicamentos de pacientes
- Ventiladores mecánicos para pacientes de UCI
- Coche de curación
- Sillones para pacientes
- Televisor

l. Área de descanso médico

- Cama
- Canceles o lockers
- Baño con ducha

3.2.3. Ingreso de pacientes a UCI:

Para ingresar un paciente a la UCI es un requisito fundamental que sea previamente evaluado por el Médico Intensivista. Además, deberá recibir sin demora al paciente, cuando este cumpla con los criterios de ingreso y exista disponibilidad de camas en la Unidad.

Cuando los Médicos de UCI tienen dificultades para decidir que pacientes cumplen con los requisitos de ingreso o egreso la decisión se tomará en conjunto con el responsable de la Unidad.

Si el paciente proviene del área extrahospitalaria (vía pública, domicilio o de otro centro asistencial con eventual requerimiento de UCI), deberá ingresar a través de la Unidad de Emergencia, donde será evaluado por el médico de UCI, quién procederá a realizar el ingreso a UCI de acuerdo a sus requerimientos.

Solamente el Médico de UCI está facultado para decidir el ingreso de un paciente a la Unidad, constituyendo la única excepción, aquellos casos que son autorizados por el responsable de la Unidad, Director de Área Crítica o Director Médico de la Institución y que deben ser analizados con el médico de la Unidad.

En la UCI del HGSFQ, se puede ingresar pacientes que requieren aislamiento de contacto y por gotas, sin embargo, no se dispone de aislamiento aéreo, en cuyo caso el paciente debe ser transferido a una unidad de mayor complejidad y que cuente con el equipamiento respectivo.

Si el paciente no tiene criterios de ingreso a UCI, se queda a cargo y bajo responsabilidad del equipo médico de la unidad interconsultante.

Una vez que el Intensivista decide el ingreso del paciente a UCI, desde el área donde se encuentra el paciente, será el encargado de comunicar e informar al paciente y/o familiar, quienes aceptarán el ingreso, se solicitará la firma del consentimiento informado de ingreso a UCI.

3.2.4. Atención del paciente en UCI:

Una vez ingresado el paciente física y administrativamente en la UCI, de manera inmediata se efectúa por parte del médico intensivista, la primera evaluación estableciendo cuidados generales, diagnósticos presuntivos, pruebas complementarias de laboratorio e imagenología, tratamientos, interconsultas, procedimientos invasivos y no invasivos.

Toda la información relativa al paciente queda registrada en la historia clínica electrónica, con el fin de planificar la asistencia continua del paciente por parte de los médicos responsables del paciente. Posteriormente se da información a los familiares del estado clínico actual del paciente, diagnósticos presuntivos,

exámenes complementarios y procedimientos invasivos y no invasivos que amerite el paciente dentro de la unidad.

Diariamente se realiza el pase de visita a todos los pacientes de la unidad, mismos que se distribuyen entre los intensivistas en común acuerdo o por el seguimiento que se realizó el día anterior. Todas las actividades realizadas en la atención, deben quedar consignados en la historia clínica informática. Posterior al pase de visita se da información a los familiares al medio día y las veces que sean necesarias de acuerdo al estado clínico del paciente.

3.2.5. Procedimiento del alta de UCI:

El alta médica se considera una vez que el paciente ha superado los motivos por el cual ha ingresado a la unidad, se realiza la respectiva interconsulta al servicio donde será transferido para el seguimiento, control y manejo de la enfermedad.

Una vez confirmada el alta médica, se prepara la epicrisis detallando un resumen de la enfermedad actual, diagnósticos, evolución durante su estancia en UCI, y tratamientos instaurados, la cual debe ser ingresada en la historia clínica electrónica del paciente.

Al egreso del paciente, se solicitará a los familiares del paciente llenar la encuesta de satisfacción de la UCI.

Si el familiar responsable del paciente solicita el alta, el médico procede a llenar el formulario de Consentimiento Informado.

En caso de fallecimiento del paciente, el médico de turno comunica a la familia del paciente, se procede a llenar el formulario de defunción de acuerdo al instructivo técnico del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). El personal de enfermería retira los abordajes invasivos y no invasivos, posteriormente el auxiliar de enfermería es encargado de realizar los cuidados post – mortem y se traslada a la morgue el cadáver para que pueda ser

entregado a la familia una vez realizado los trámites administrativos.

3.2.6. Recursos humanos

La UCI está conformada por personal de salud especializado y calificado, que oferta cuidados críticos durante los siete días de la semana y 24 horas al día.

Tabla 9

Tabla 9

Distribución del personal de UCI – HGSFQ

PERSONAL DE SALUD DE UCI	NÚMERO
Responsable Médico de UCI	1
Supervisora de Enfermería de UCI	1
Médicos Especialistas Intensivistas	8
Médicos Residentes de Postgrado de Cuidados Intensivos	10
Médicos Rotantes de Postgrado de Medicina Interna	1
Licenciadas de Enfermería	16
Auxiliares de Enfermería	8
Terapistas Respiratorias	2

Elaboración propia: TFM. Viviana Medranda

- **Responsable Médico de la UCI:**

El responsable del servicio es la primera autoridad de la UCI y el responsable directo del servicio ante la Dirección Técnica de Áreas Críticas, debe ser especialista acreditado en Terapia Intensiva. Realiza un trabajo de coordinación y ejecución profesional, responsable de garantizar de una manera jerárquica el cumplimiento de las actividades y rutinas del servicio, interrelacionando todos los factores de una manera armónica, constituyendo un eslabón fundamental en la estructura organizativa de las instituciones hospitalarias. De su capacidad, entrega y liderazgo dependerá, en una buena parte, los resultados de la gestión y el prestigio del servicio.

Coordina las actividades del servicio tanto clínicas, asistenciales, docentes y administrativas, dentro de sus atribuciones y responsabilidades, debe trabajar a tiempo completo o por lo menos el 75% del tiempo en la UCI.

- **Supervisora de Enfermería de UCI:**

La función de la Supervisora de Enfermería de UCI es planificar, dirigir, coordinar y vigilar el cumplimiento de las funciones de enfermería con el fin de alcanzar la misión y visión de la unidad, además organiza, coordina y supervisa el conjunto de actividades del servicio a su cargo para mantener los estándares de calidad en la atención de enfermería según las políticas generales de la institución, capacitación del personal a su cargo en el cumplimiento de las funciones y tareas asignada, fomenta el trabajo en equipo al personal a su cargo.

- **Médicos Intensivistas:**

El personal médico de la UCI asume las responsabilidades médicas y administrativas en la atención de los pacientes ingresados en la unidad. Define los criterios de internación y alta y es responsable de los protocolos diagnósticos y terapéuticos para estandarizar la atención, supervisa y capacita a los médicos en formación, para estos fines se efectúan recorridas formales diarias a fin de dar información y planificar el tratamiento y sesiones diarias de docencia.

- **Médicos Residentes Postgradistas:**

Es el responsable de la atención médica del paciente que ingresa en la UCI, bajo supervisión y control de los Médicos Intensivistas y Responsable del Servicio, garantizando la atención médica permanente y continua las 24 horas del día.

La condición de postgradistas les induce a cumplir los compromisos académicos y administrativos, a respetar los reglamentos generales de la institución, sin excepción y mantener la disciplina, profesionalismo y la altura ética propia de la profesión médica.

Se respetarán las Normativas y Convenios que norman la relación asistencial-docente entre el Consejo de educación superior (CES) y las instituciones prestadoras de servicios de salud IESS y MSP.

- **Enfermera de UCI:**

La Enfermera de UCI brinda atención integral con calidad y calidez al paciente, ejecuta las actividades de enfermería de acuerdo a la descripción del puesto, proporciona cuidados integrales de enfermería fundamentados en la evaluación clínica del paciente, desarrolla programas de capacitación como una estrategia de mejoramiento continuo.

- **Auxiliar de Enfermería:**

El personal auxiliar de enfermería apoya la gestión de enfermería para brindar atención al paciente de forma oportuna, eficiente con calidad y calidez, además, de colaborar con la gestión de enfermería para la atención del paciente crítico.

- **Fisioterapeuta Respiratorio:**

Profesional de la salud dedicado a la prevención, estabilización y tratamiento de las alteraciones y/o enfermedades respiratorias para asegurar una correcta ventilación pulmonar, uso eficaz de la musculatura respiratoria, mejor tolerancia al ejercicio, adecuado manejo de las secreciones, entre otras; con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

- **Distribución del personal de UCI por turnos: Tabla 10**

Tabla 10
Distribución del personal de UCI

PERSONAL	MAÑANA	TARDES	NOCHES
Responsable de UCI	1	1	0
Supervisora de Enfermería de UCI	1	1	0
Médicos Intensivistas	2	1	1
Médicos Residentes de Postgrado	10	2	2
Enfermeras	3	3	3
Auxiliares de Enfermería	2	1	1
Fisioterapeuta Respiratorio	1	1	0

Elaboración propia: TFM. Viviana Medranda

- **Cartera de servicios de UCI**

Como unidad de Segundo Nivel de Atención, somos capaces de dar cuidados a pacientes en estado crítico, y contamos con procesos delimitados para transferir pacientes cuya complejidad sobrepase sus capacidades.

3.2.7. Modelo de Prioridades de Ingreso a UCI

Este sistema define a los pacientes según el grado de beneficio al ingresar a cuidados intensivos, quienes se benefician de la máxima atención en UCI, y aquellos que no tendrán beneficio al ingresar a ella.

- **Prioridad I:**

Pacientes inestables que requieren monitoreo y/o tratamiento que no pueden ser provistos fuera de la UCI. Para los pacientes de este grupo generalmente no hay límites establecidos en el tratamiento que reciben. Ejemplo: Pacientes con Insuficiencia Respiratoria que requieren ventilación mecánica, pacientes con choque o inestabilidad hemodinámica que requieren drogas vasoactivas.

- **Prioridad II:**

Pacientes inestables que requieren monitoreo intensivo y pueden llegar a requerir intervención inmediata. No hay límites terapéuticos para estos pacientes. Ejemplo: Paciente con condiciones pluripatológicas que desarrollan eventos agudos.

- **Prioridad III:**

Pacientes inestables, críticamente enfermos, que tienen reducidas posibilidades de recuperación por la enfermedad de base o por la condición aguda del momento. Pueden recibir tratamiento, pero con limitaciones en algunas maniobras: Intubación endotraqueal, Reanimación Cardiopulmonar.

- **Prioridad IV:**

No apropiados para la UCI. Son admitidos sobre una base individual, bajo criterios de una discusión multidisciplinaria. Se pueden clasificar en dos categorías:

- A. Poco o ningún beneficio dado por una intervención de bajo riesgo, **“Demasiado bien para beneficiarse de la UCI”**. Ejemplo: Cirugía Vascular Periférica, insuficiencia Cardíaca Congestiva leve, Sobredosis de drogas sin alteración de conciencia.
- B. Pacientes con enfermedad terminal o inminencia de muerte, **“Demasiado mal para beneficiarse de la UCI”**. Ejemplo: Daño cerebral severo irreversible, fallo multiorgánico irreversible, cáncer metastásico que no ha respondido a quimioterapia y/o radioterapia, muerte cerebral que no son potenciales donadores de órganos, pacientes en estado vegetativo persistente.

3.2.8. Cartera de Servicios por Diagnósticos

La cartera de servicio de la UCI del HGSFQ, considera por el nivel de atención las siguientes:

- **Patología Cardiovascular:**

- Síndromes Coronarios Agudos
- Cuidados Post Paro Cardiorrespiratorio
- Arritmias: Bradiarritmias, taquiarritmias.
- Choque séptico, cardiogénico, hipovolémico de diferentes etiologías
- Insuficiencia Cardíaca Congestiva
- Crisis Hipertensivas.
- Miocarditis
- Edema Agudo de Pulmón

- **Patología Respiratoria:**

- Insuficiencia Respiratoria Aguda que requiera soporte ventilatorio
- Status Asmático

- Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo
- Neumonía Comunitaria Grave y Asociada a Cuidados de la Salud
- EPOC Reagudizado y/o Sobreinfectado
- Depresión Prolongada Post-anestésica
- Tromboembolia Pulmonar
- Síndrome de Casi Ahogamiento y Casi Ahogamiento
- Cor Pulmonar Agudo y Crónico reagudizado

- **Patología Neuromuscular:**

- Infecciones del Sistema Nervioso Central
- Status convulsivos
- Coma Metabólico, tóxico o anóxico
- Enfermedad del Sistema Nervioso Central o Neuromuscular con deterioro neurológico y/o pulmonar (Guillain Barré, Esclerosis Lateral Amiotrófica y otros).
- Trauma Cráneo Encefálico Leve no quirúrgico, no potencialmente grave.
- Muerte cerebral con criterios de potencial donantes

- **Patología Digestiva:**

- Sangrado Digestivo Alto y Bajo
- Insuficiencia Hepática Aguda
- Pancreatitis Aguda Moderada y Severa
- Gastroenterocolitis aguda con hipovolemia y/o choque
- Colecistitis aguda y/o Colangitis aguda con fallo multiorgánico
- Cirrosis hepática CHILD A y B descompensada

- **Patología Endocrina y Metabólica:**

- Cetoacidosis diabética Moderada y Severa
- Cetoacidosis Diabética mas Estado Hiperosmolar No Cetósico
- Síndrome Hiperosmolar e Hipoosmolar
- Tormenta Tiroidea
- Insuficiencia Suprarrenal Aguda

- Coma Hipoglicémico
- Desequilibrios electrolíticos agudos

- **Patología Renal:**
 - Insuficiencia Renal Aguda que no requiera diálisis
 - Insuficiencia Renal Crónica reagudizada

- **Patología Gineco-obstétricos:**
 - Enfermedades Hipertensivas del Embarazo
 - Aborto Séptico complicados
 - Hígado Graso Agudo del Embarazo
 - Ruptura Hepática por el Embarazo
 - Choque y Sepsis Ginecológicas

- **Patología Inmunológica:**
 - Síndrome Antifosfolípido Catastrófico
 - Crisis Lúpica por Lupus Eritematoso Diseminado

- **Intoxicación Aguda:**
 - Intoxicación aguda con inestabilidad hemodinámica, insuficiencia respiratoria aguda, deterioro neurológico.
 - Intoxicación aguda por químicos

- **Quirúrgicos y otros:**
 - Postquirúrgicos de alto riesgo que requieren soporte ventilatorio y/o hemodinámico.
 - Peritonitis que requiera soporte hemodinámico y/o ventilatorio.
 - Postquirúrgicos de prostatectomía, nefrectomía parcial o total que requieran soporte.
 - Politrauma clínico o quirúrgico

3.2.9. *Análisis de los datos de funcionamiento general de la Unidad de Cuidados Intensivos*

Cuando se inició el hospital, se abrieron progresivamente los servicios de tal forma que la UCI lo realizó posteriormente, con una apertura de 4 – 6 box, en la actualidad contamos con 8 box.

Los pacientes atendidos en estos cinco años desde mayo del 2012 hasta diciembre del 2017 se representan en las Tablas 11, 12, 13, 14, 15 y 16.

Tabla 11

Egresos e Indicadores de UCI – 2012

INDICADORES DE UCI - 2012						
Meses	Egresos	Estancias	Promedio de estancias	Porcentaje de ocupación de camas (%)	Intervalo de sustitución	Índice de rotación
Junio	18	53	2,94	44,17	4,50	3,72
Julio	26	93	3,58	77,50	6,50	1,04
Agosto	25	125	5,00	69,44	4,17	2,20
Septiembre	27	91	3,37	50,56	4,50	3,30
Octubre	22	118	5,36	65,56	3,67	2,82
Noviembre	30	127	4,23	70,56	5,00	1,77
Diciembre	26	131	5,04	72,78	4,33	1,88
Total	174	738	4,24	58,57	29,00	3,00

Fuente: Datos tomados de los archivos de UCI.

Elaboración propia: TFM. Viviana Medranda Pisco

Tabla 12

Egresos e Indicadores de UCI – 2013

INDICADORES DE UCI - 2013						
Meses	Egresos	Estancias	Promedio de estancias	Porcentaje de ocupación de camas (%)	Intervalo de sustitución	Índice de rotación
Enero	22	95	4,32	52,78	3,67	3,86
Febrero	29	109	3,76	64,88	4,83	2,03
Marzo	34	173	5,09	96,11	5,67	0,21
Abril	23	148	6,43	82,22	3,83	1,39
Mayo	27	116	4,30	64,44	4,50	2,37
Junio	40	159	3,98	88,33	6,67	0,53
Julio	23	136	5,91	75,56	3,83	1,91
Agosto	34	174	5,12	96,97	5,67	0,18
Septiembre	27	149	5,52	82,78	4,50	1,15
Octubre	32	149	4,66	82,78	5,33	0,97
Noviembre	31	159	5,13	88,33	5,17	0,68
Diciembre	20	172	8,60	95,56	3,33	0,40
Total	342	1739	5,08	80,96	57,00	1,20

Fuente: Datos tomados de los archivos de UCI.

Elaboración propia: TFM. Viviana Medranda Pisco

Tabla 13

Egresos e Indicadores de UCI – 2014

INDICADORES DE UCI - 2014						
Meses	Egresos	Estancias	Promedio de estancias	Porcentaje de ocupación de camas (%)	Intervalo de sustitución	Índice de rotación
Enero	32	149	4,66	82,78	5,33	0,97
Febrero	22	97	4,41	57,74	3,67	3,23
Marzo	37	152	4,11	84,44	6,17	0,76
Abril	29	152	5,24	84,44	4,83	0,97
Mayo	36	151	4,19	83,89	6,00	0,81
Junio	25	137	5,48	76,11	4,17	1,72
Julio	41	126	3,07	70,00	6,83	1,32
Agosto	32	153	4,78	85,00	5,33	0,84
Septiembre	30	144	4,80	80,00	5,00	1,20
Octubre	28	133	4,75	73,89	4,67	1,68
Noviembre	35	130	3,71	72,22	5,83	1,43
Diciembre	35	101	2,89	56,11	5,83	2,26
Total	382	1625	4,25	56,74	47,75	3,24

Fuente: Datos tomados de los archivos de UCI. Elaboración propia: TFM. Viviana Medranda Pisco

Tabla 14
Egresos e Indicadores de UCI – 2015

INDICADORES DE UCI - 2015						
Meses	Egresos	Estancias	Promedio de estancias	Porcentaje de ocupación de camas (%)	Intervalo de sustitución	Índice de rotación
Enero	18	145	8,06	80,56	3,00	5,83
Febrero	21	147	7,00	87,50	3,50	3,50
Marzo	21	135	6,43	75,00	3,50	7,50
Abril	27	110	4,07	61,11	4,50	11,67
Mayo	35	141	4,03	78,33	5,83	6,50
Junio	32	136	4,25	75,56	5,33	7,33
Julio	25	107	4,28	59,44	4,17	12,17
Agosto	23	67	2,91	37,22	3,83	18,83
Septiembre	35	137	3,91	76,11	5,83	7,17
Octubre	37	120	3,24	66,67	6,17	10,00
Noviembre	28	103	3,68	57,22	4,67	12,83
Diciembre	32	100	3,13	55,56	5,33	13,33
Total	334	1448	4,34	67,41	55,67	116,67

Fuente: Datos tomados de los archivos de UCI. Elaboración propia: TFM. Viviana Medranda Pisco

Tabla 15
Egresos e Indicadores de UCI – 2016

INDICADORES DE UCI - 2016						
Meses	Egresos	Estancias	Promedio de estancias	Porcentaje de ocupación de camas (%)	Intervalo de sustitución	Índice de rotación
Enero	25	114	4,56	63,33	4,17	2,64
Febrero	31	107	3,45	63,69	5,17	1,97
Marzo	20	110	5,50	61,11	3,33	3,50
Abril	27	128	4,74	71,11	4,50	1,93
Mayo	27	130	4,81	72,22	4,50	1,85
Junio	24	113	4,71	62,78	4,00	2,79
Julio	17	83	4,88	46,11	2,83	5,71
Agosto	20	82	4,10	45,56	3,33	4,90
Septiembre	21	81	3,86	45,00	3,50	4,71
Octubre	41	133	3,24	73,89	6,83	1,15
Noviembre	40	153	3,83	63,75	5,00	2,18
Diciembre	35	175	5,00	72,92	4,38	1,86
Total	328	1409	4,30	49,20	41,00	4,44

Fuente: Datos tomados de los archivos de UCI. Elaboración propia: TFM. Viviana Medranda Pisco

Tabla 16

Egresos e Indicadores de UCI – 2017

INDICADORES DE UCI - 2017						
Meses	Egresos	Estancias	Promedio de estancias	Porcentaje de ocupación de camas (%)	Intervalo de sustitución	Índice de rotación
Enero	38	218	5,74	90,83	4,75	0,58
Febrero	31	176	5,68	78,57	388	1,55
Marzo	41	138	3,37	65,71	5,86	1,76
Abril	49	172	3,51	71,67	6,13	1,39
Mayo	42	148	3,52	61,67	5,25	2,19
Junio	44	170	3,86	70,83	5,50	1,59
Julio	37	146	3,95	60,83	4,63	2,54
Agosto	46	179	3,89	74,58	5,75	1,33
Septiembre	44	138	3,14	57,50	5,50	2,32
Octubre	53	170	3,21	70,83	6,63	1,32
Noviembre	46	159	3,46	66,25	5,75	1,76
Diciembre	46	164	3,57	68,33	5,75	1,65
Total	517	1978	3,84	69,80	64,63	1,66

Fuente: Datos tomados de los archivos de UCI. Elaboración propia: TFM. Viviana Medranda Pisco

En los 5 años de funcionamiento, la UCI ha producido 2077 egresos, con un índice de ocupación de aproximadamente el 70%, promedio de estancia de 4,30 días; un índice de sustitución de 1,89 días y un índice de rotación de 328. Tabla 17 y Figura 7.

Tabla 17

Indicadores de UCI 2012 – 2017

INDICADORES DE UCI 2012 - 2017						
Años	Egresos	Estancias	Promedio de estancias	Porcentaje de ocupación de camas (%)	Intervalo de sustitución	Índice de rotación
2012	174	738	4,24	58,57	29,00	3,00
2013	342	1739	5,08	79,41	57,00	1,32
2014	382	1625	4,25	74,20	63,67	1,48
2015	334	1448	4,34	66,12	55,67	2,22
2016	328	1409	4,30	64,34	54,67	2,38
2017	517	1978	3,83	69,80	64,63	1,66
Total	2077	8937	4,30	69,53	327,95	1,89

Fuente: Datos tomados de los archivos de UCI.
Elaboración propia: TFM. Viviana Medranda Pisco

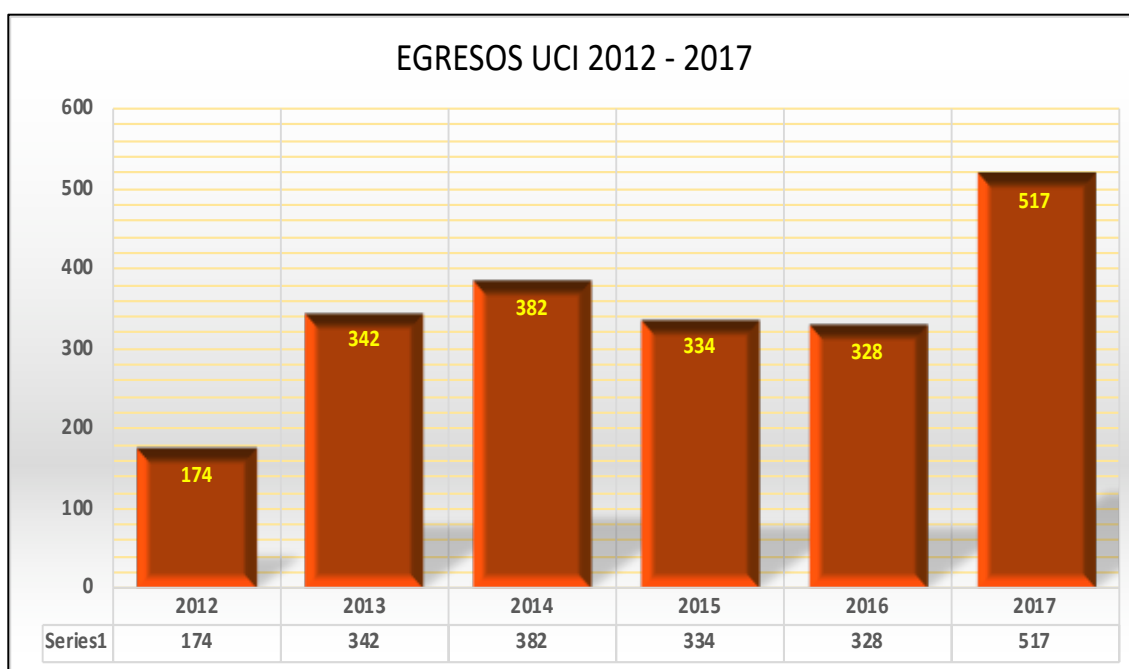


Figura 7. Egresos e Indicadores de la UCI-2017.

Fuente: Datos tomados de los archivos de UCI. Elaboración propia: TFM. Viviana Medranda Pisco

La tasa bruta de mortalidad, es la relación entre el número de defunciones ocurridas en el hospital, a pacientes de 48 horas y más de internación, durante el año y los egresos (altas y defunciones) producidos en el mismo periodo, por cien. Tabla 18

Tabla 18

Índice de Mortalidad de UCI 2012 – 2017

Años	Egresos	Muerto menos de 48 horas	Muerto más de 48 horas	Total	Tasa Bruta de Mortalidad (%)
2012	174	18	10	28	16,09
2013	342	30	17	47	13,74
2014	382	28	22	50	13,09
2015	334	9	16	25	7,49
2016	328	18	14	32	9,76
2017	517	20	23	43	8,32
Total	2077	123	102	225	10,83

Fuente: Datos tomados de los archivos de UCI.

Elaboración propia: TFM. Viviana Medranda Pisco

Las 10 patologías más frecuentes de la UCI se encuentran en la Tabla 19 y Figura 8.

Tabla 19

Diez Patologías más frecuentes de UCI

PATOLOGÍAS	%
Enfermedades Hipertensivas del Embarazo	25,20
Neumonía Comunitaria Grave	13,10
Postquirúrgico Abdominal de Alto Riesgo	10,40
Choque y Sepsis de Origen Urinario	9,70
EPOC Descompensado	7,40
Neumonía Asociada a Cuidados de la Salud	7,40
Síndrome Coronario Agudo	7,40
Cetoacidosis Diabética	6,00
Insuficiencia Cardíaca Descompensada y Edema Agudo de Pulmón	6,00
Total	100,00

Fuente: Datos tomados de los archivos de UCI.

Elaboración propia: TFM. Viviana Medranda Pisco

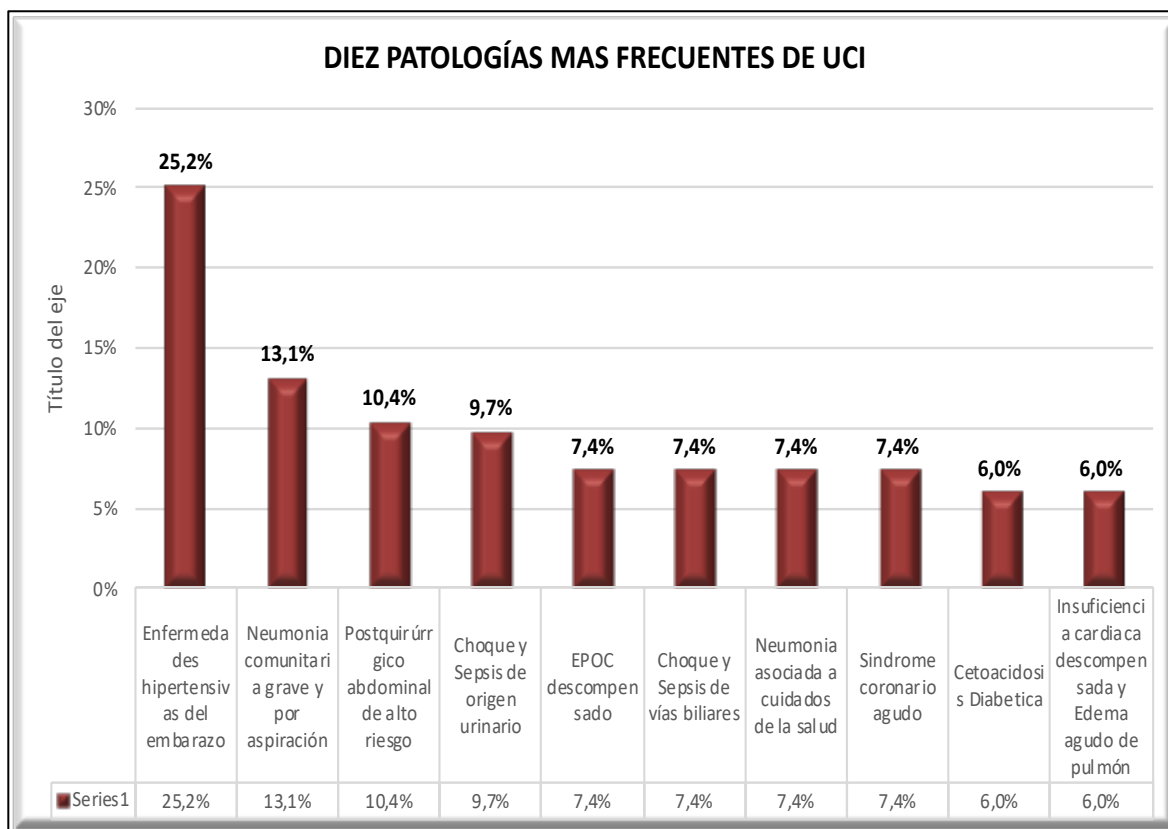


Figura 8. Diez Patologías más frecuentes de UCI. Fuente: Datos tomados de los archivos de UCI. Elaboración propia: TFM. Viviana Medranda Pisco

3.2.10. Previsión de la demanda: Crecimiento de inmigrantes, tercera edad

La presencia de natalidad ha disminuido con el paso de los años a nivel general en el Ecuador, la tasa más alta 25,97 se registra en el año 1990, mientras que la tasa más baja 14,32 se registra en el año 2014. De la misma manera en el año 2014, la tasa bruta de mortalidad 3,93 disminuyó, siendo esta la más baja del periodo en comparación con el año 1991 de 5,15. Figura 9 y 10

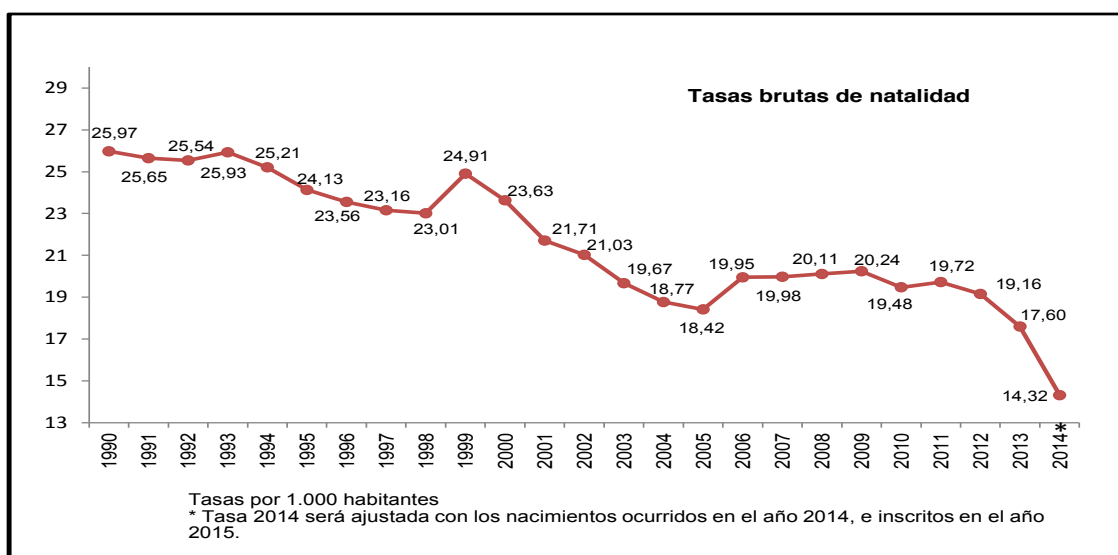


Figura 9. Tasa Bruta de Natalidad. Fuente: Tomado de www.datosmacro.com

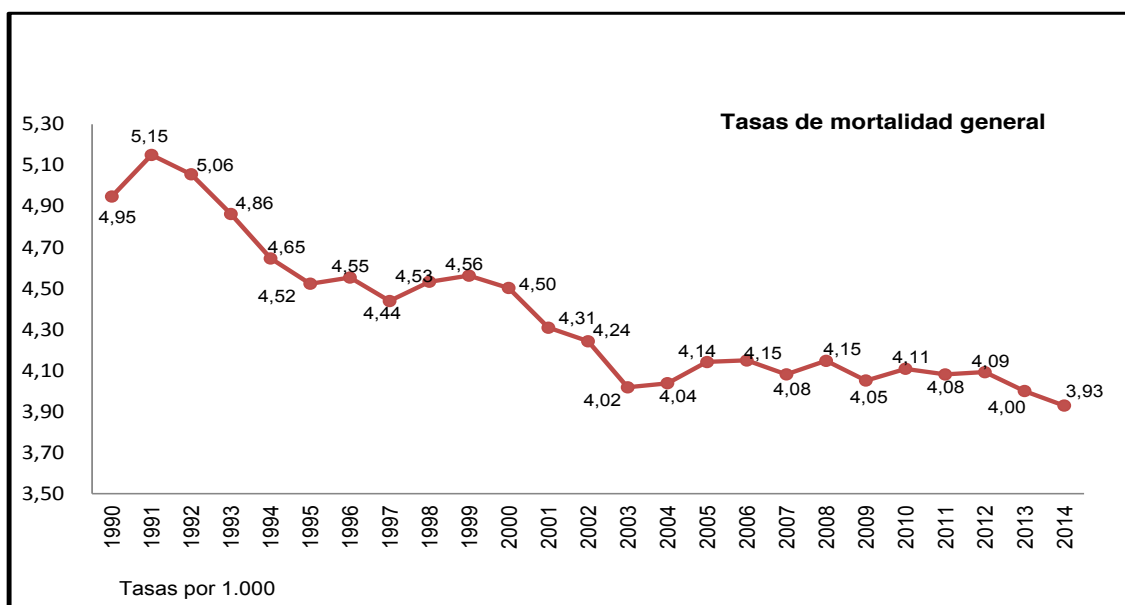


Figura 10. Tasa Bruta de Mortalidad General. Fuente: Tomado de www.datosmacro.com

El índice de vejez y la tasa de dependencia, dentro de Quito va aumentando progresivamente a medida que pasan los años, lo que se puede apreciar es que las personas que son jubilados y pensionistas del IESS llegan a la vejez y tienen mayor dependencia.

Para el año 2015, la población mayor de 60 años, era de 1'606.512 habitantes, mientras que para el año 2020, se prevé alrededor de 1'904.568 habitantes, lo que traduce que la población de adultos mayores incrementará un 15% aproximadamente¹⁸.

Los inmigrantes en el año 2010 fueron 325.366 lo que representaba el 2,38% de la población del Ecuador, mientras que en el año 2015 se incrementó un 19.1% hasta 387.513 inmigrantes, representando el 2.38% de la población del Ecuador¹⁸.

Los análisis de los datos del servicio derivan en reflexiones de gran importancia a la hora de establecer una previsión de la demanda:

- Envejecimiento de la población con el consiguiente aumento de la pluripatología que unido a la complejidad hacen que la asistencia en UCI aumente progresivamente el tiempo de estancia.
- La frecuentación de los pacientes a las unidades hospitalarias de segundo nivel antes que el primer nivel.
- Protocolo conjunto con la colaboración de servicios médicos.
- Colapso de las Unidades de Cuidados Intensivos, por cartera de servicios incompletas.
- Apertura de la cartera de servicio de hemodiálisis en la UCI.
- La ampliación estructural de la unidad cuya ejecución está programada para el 2018.
- Se ha iniciado el Plan de Humanización de la UCI el cual se prevé incrementar la participación de todo el equipo de salud del servicio y evaluar su ejecución y mejoras.

3.2.11. Matriz DAFO/CAME de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Francisco de Quito

Tabla 20

Análisis DAFO – CAME de la UCI – HGSFQ

D	DEBILIDADES	C	CORREGIR
	<ul style="list-style-type: none"> • Estructura no funcional de la unidad por falta de espacios físicos y divisiones en cada box de pacientes. • Falta de áreas de aislamiento aéreo, de contacto y preventivo. • Falta de Sistema de presión negativa en las áreas de aislamiento • Cartera de servicios limitadas. • Variabilidad de criterios entre servicios • Según análisis de las autoridades hay demasiados médicos intensivistas. • Personal de salud desmotivado • Patologías de alta complejidad que no pueden resolverse por falta de insumos y medicamentos por el nivel de atención. • Dificultad de derivaciones o transferencias de pacientes de mayor nivel de atención (tercer nivel) • Infecciones asociadas a cuidados de la Salud • Variabilidad de criterios de práctica clínica • Escasa disponibilidad de gestión por procesos • Falta de equipamiento en el hospital 		<ul style="list-style-type: none"> • Readecuaciones de la estructura física y funcional de la unidad además de la división de los boxes de pacientes con vidrios. • Establecer dentro del plan de readecuaciones, áreas para aislamiento aéreo, de contacto y preventivo. • Colocar sistema de presión negativa en las áreas de aislamiento. • Mantener la plantilla de médicos intensivistas con nombramiento definitivo • Incrementar el modelo de gestión por procesos. • Creación de protocolos entre servicios para disminuir la variabilidad de criterios. • Crear programas de incentivos y motivación personal y profesional. • Planes de mejora de medidas de seguridad y prevención para evitar infecciones asociadas al cuidado de la salud. • Mantenimiento preventivo y predictivo para evitar que presenten daños.
A	AMENAZAS	A	AFRONTAR
	<ul style="list-style-type: none"> • Variabilidad de culturas étnicas en la población • Incremento de cobertura a la población afiliada del IESS • Inestabilidad económica nacional. 		<ul style="list-style-type: none"> • Tener en cuenta las exigencias de la población afiliada del IESS. • Conocer las diferentes etnias y culturas del país para poder ofrecer atención y comunicación oportuna con ellos.

- Inestabilidad económica en el IESS
- Envejecimiento poblacional
- Cambio de autoridades del hospital frecuentemente
- Falta de camas hospitalarias para la cobertura de las necesidades de la población de influencia del hospital
- Pacientes derivados de otras instituciones de salud con gérmenes multiresistentes.
- No hay investigación científica.
- Creación de redes asistenciales para pacientes pluripatológicos.
- Construir la segunda torre del hospital.
- Perfiles de autoridades de gestión sanitaria, con una duración mínima de 2 años.
- Adherencia a los protocolos de actuación de seguridad y prevención en infecciones asociadas a cuidados de la salud nacional.
- Permitir cultura de investigación entre profesionales y residentes.

F FORTALEZAS

- Personal de salud joven y altamente calificado.
- Nivel de calidad asistencial.
- Resolución de patologías de alta complejidad.
- Acreditación Internacional Canadiense nivel Oro.
- Protocolos de actuación clínica de médicos y de enfermería de la unidad.
- Unidad docente para formación de médicos de postgrado de Cuidados Intensivos.
- Rondas diarias clínicas de equipo de UCI.
- Traspaso reglado de la información – entrega de guardia.
- Encuesta de Satisfacción familiar de pacientes de UCI.
- Informe Médico diario por profesionales calificados intensivistas.
- Presencia de Intensivistas las 24 horas del día.
- Team de respuesta rápida en caso de PCR hospitalario (Paro Cardiorrespiratorio).
- Historia clínica única informática del IESS en todo el país.

M MANTENER

- Mantener el nivel de calidad asistencial.
- Mantener personal joven y calificado.
- Continuar con la resolución de patologías de alta complejidad.
- Mantener la acreditación y perseguir el nivel platino.
- Mantener y actualizar los protocolos de actuación de médicos y de procedimientos en enfermería para evitar la variabilidad clínica.
- Fomentar la formación académica de los médicos residentes.
- Mantener las rondas diarias del equipo de la unidad.
- Mantener el traspaso reglado de la información.
- Mantener los informes médicos por intensivistas a familiares.
- Mantener la presencia de los intensivistas las 24 horas del día.
- Continuar siendo el team de respuesta rápida del hospital y de soporte ante situaciones de compromiso vital.
- Continuar con la historia clínica única informática.
- Mantener la encuesta de satisfacción familiar de pacientes de UCI.

O	OPORTUNIDADES	E	EXPLOTAR
	<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso de gestión en el servicio. • Disponibilidad las 24 horas de servicios de laboratorio e imagen. • Convenio docente asistencial. • Confianza de la comunidad en el personal de cuidados intensivos. • Incrementar tiempos de visita a pacientes de la unidad. • Acompañamiento de familiares en jornadas extendidas al paciente que se beneficia. • Acompañamiento familiar permanente en los límites finales de la vida. 		<ul style="list-style-type: none"> • Aprovechar la gestión del servicio. • Aprovechar la disponibilidad de laboratorio e imagen las 24 horas del día. • Aprovechar el convenio con las universidades nacionales para la formación de médicos intensivistas. • Fomentar la confianza de la comunidad en la provisión de nuestros cuidados. • Incrementar los tiempos de visitas extendidas a pacientes que están despiertos. • Empatía con las familias en los límites finales de la vida.

Elaboración propia. TFM. Viviana Medranda Pisco



4. PLAN DE ACTUACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

4.1. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

MISIÓN

Alineada con la misión del hospital, de que “somos un hospital de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que brinda servicios de salud en segundo nivel de atención con calidad, compromiso, responsabilidad, ética y empatía mediante profesionales calificados, moderno equipamiento tecnológico, estructura docente y mejoramiento continuo para satisfacer las necesidades de los beneficiarios del IESS y del Sistema Nacional de Salud”.

La misión de la UCI está dirigida a la atención integral, multidisciplinaria, segura, humanizada, oportuna, respetuosa y científica del paciente adulto crítico, mediante una medicina científica y humanizada, centrada en protocolos basados en la mejor evidencia científica y guías de práctica clínica actualizadas de la especialidad, por profesionales entrenados y certificados en el manejo de paciente críticamente enfermos.

VISIÓN

La UCI en el 2022, será reconocido como un servicio líder en segundo nivel de atención, en el manejo de pacientes críticos con atención integral, apoyados en los avances de la tecnología moderna, la humanización de los cuidados intensivos impulsando la investigación entre el personal.

Queremos ser una unidad que se adapte a las necesidades de la población. Ser referentes en la formación de Médicos Intensivistas por el nivel científico, formación continuada, investigación, calidad humana y accesibilidad.

VALORES

Compartimos, continuamos y motivamos, entre otros, los valores de la institución:

- Compromiso
- Responsabilidad
- Ética
- Empatía

A estos valores añadimos:

- Calidad humana
- Respeto a la autonomía, dignidad y derecho a decidir
- Atención digna y humanizada
- Respeto mutuo y trabajo en equipo
- Seguridad del paciente y del personal

4.2. LÍNEAS ESTRATÉGICAS, FACTORES CLAVES DEL ÉXITO

El objetivo de la unidad dentro de la institución es de ser “un sistema organizado para la prestación de cuidados a pacientes críticamente enfermos que proporcionan cuidados intensivos y especializados de enfermería, con capacidad óptima de monitoreo y múltiples modalidades de soportes orgánicos para sostener la vida durante un periodo de compromiso sistémico potencialmente mortal”.

Por lo expuesto, debemos definir las líneas estratégicas para poder alcanzar el éxito de la organización y de nuestra unidad, que las resumimos en los siguientes campos de actuación:

Mejora Continua de la Calidad Asistencial:

- Brindar atención sanitaria integral de alto nivel científico a los pacientes críticamente enfermos, de forma segura, efectiva y de calidad.
- Mantener y mejorar los procesos que se desarrollan en el servicio.

- Mantener el soporte inmediato a los servicios del hospital y el equipo de respuesta rápida.
- Desarrollar protocolos entre servicios sobre patologías prevalentes en el hospital que requieren ser atendidos de forma multidisciplinaria.
- Readecuación del área de UCI.

Satisfacción y percepción de las familias de pacientes de UCI

- Trato digno y humanizado al paciente y sus familias.
- Dar información actualizada a pacientes y familiares.
- Visitas ampliadas por familiares a pacientes conscientes ingresados en UCI.
- Acompañamiento familiar permanente en el límite final de vida.

Satisfacción del personal sanitario que trabaja en UCI

- Mejorar la satisfacción de todo el personal sanitario de la UCI.
- Programas de formación especializada y continua.
- Fomento de trabajo en equipo.
- Colaboración en la investigación científica.
- Proceso de formación de especialistas en medicina crítica.

Optimización financiera:

- Controlar el gasto de medicamentos.
- Controlar el gasto por exámenes de laboratorio y estudios de imágenes.

4.3. OBJETIVOS ASISTENCIALES, FINANCIEROS Y DE SOSTENIBILIDAD

4.3.1. Objetivos Asistenciales

El proceso de Cuidados Intensivos se halla definido en el hospital como “Atención médica integral al paciente crítico, adulto en el HG-SFQ”, cuyo objetivo es ser “un sistema organizado para la prestación de cuidados a pacientes críticamente enfermos que proporcionan cuidados intensivos y

especializados de enfermería, con capacidad óptima de monitoreo y múltiples modalidades de soportes orgánicos para sostener la vida durante un periodo de compromiso sistémico potencialmente mortal”.

El proceso de atención inicia con la solicitud verbal y escrita de interconsulta en la historia clínica electrónica y comunicación telefónica o personal para la atención e ingreso de un paciente crítico o en su defecto es derivado de otro centro sanitario asistencial del IESS o de la Red Pública de Salud.

La salida del proceso se da una vez dada el alta de cuidados intensivos, bien sea a hospitalización, o transferencia a UCI de tercer nivel o residencia, o exitus con la elaboración de un informe clínico (epicrisis).

Centrados en el paciente

- Proporcionar el Plan de Acogida con toda la información adecuada de las instalaciones de la UCI, normas de funcionamiento, horarios, informes, derechos y responsabilidades de los pacientes.
- Mejorar continuamente la seguridad de los pacientes.
- Mantener la información actualizada del estado clínico a los pacientes conscientes ingresados en la unidad y a sus familias, durante su estancia.
- Aumentar el confort de los pacientes en la UCI.
- Mantener las rondas diarias y el traspaso reglado de la guardia del personal médico y de enfermería.
- Trato humanizado al paciente crítico y acompañamiento familiar en el final de vida.
- Visitas extendidas a pacientes conscientes que requieran de su familiar.

Centrados en la práctica asistencial

Calidad Científica

Los Protocolos realizados en la UCI, requieren de la revisión y actualización periódica, además de evaluar su adherencia o cumplimiento de los profesionales médicos, con el objetivo de disminuir la variabilidad médica.

Para conseguir este objetivo es imperativo las siguientes actividades:

- Asignación de protocolos a cada profesional intensivista para su revisión, análisis y actualización.
- Revisiones conjuntas de cada protocolo actualizado para su aprobación y socialización.
- Actualización de los procedimientos realizados en UCI por parte del equipo de enfermería.
- Plan de formación en ecocardiografía hemodinámica en UCI por todo el equipo médico de la unidad.
- Evaluación anual de la adherencia a los protocolos.

Trabajo en equipo:

- Conocer de cada miembro de la unidad sus habilidades, aptitudes, áreas de interés para implantarlas en cada proceso o área afín y conseguir mejores resultados de cada persona.
- Fomentar la integración del personal
- Motivar a conocer y cumplir el plan de prevención de riesgos laborales
- Potenciar el papel de cada uno de los médicos residentes en formación de especialidad.
- Mejorar continuamente el desarrollo profesional participando en equipo en la actualización de conocimientos sobre medicina crítica, gestión de procesos y recursos, revisión de eventos adversos y segunda víctima.

4.3.2. OBJETIVOS FINANCIEROS

Controlar el gasto de medicamentos:

La adherencia a los protocolos de la unidad permitirá optimizar el gasto de medicamentos por la estandarización de tratamientos de las diversas patologías que se manejan en la unidad de cuidados intensivos, tal es el caso de los antibióticos en procesos infecciosos de varias etiologías.

La prescripción de genéricos en los tratamientos estandarizados son la primera elección.

Control del gasto por exámenes de laboratorio y estudios de imágenes:

Los estudios de laboratorio que se solicitan diariamente deben partir de buenas prácticas de tal forma que se debe evitar exámenes innecesarios para el manejo de cada paciente, siendo eficientes en el pedido de cada estudio o examen.

4.3.3. OBJETIVOS DE SOSTENIBILIDAD

Motivar al equipo sanitario a mantener el uso racional de recursos materiales y eléctricos, de tal forma, que todos los profesionales médicos, enfermería, auxiliares y tecnólogos, se vean implicados en la gestión de la unidad.

4.4. MAPA DE PROCESOS DE LA UNIDAD

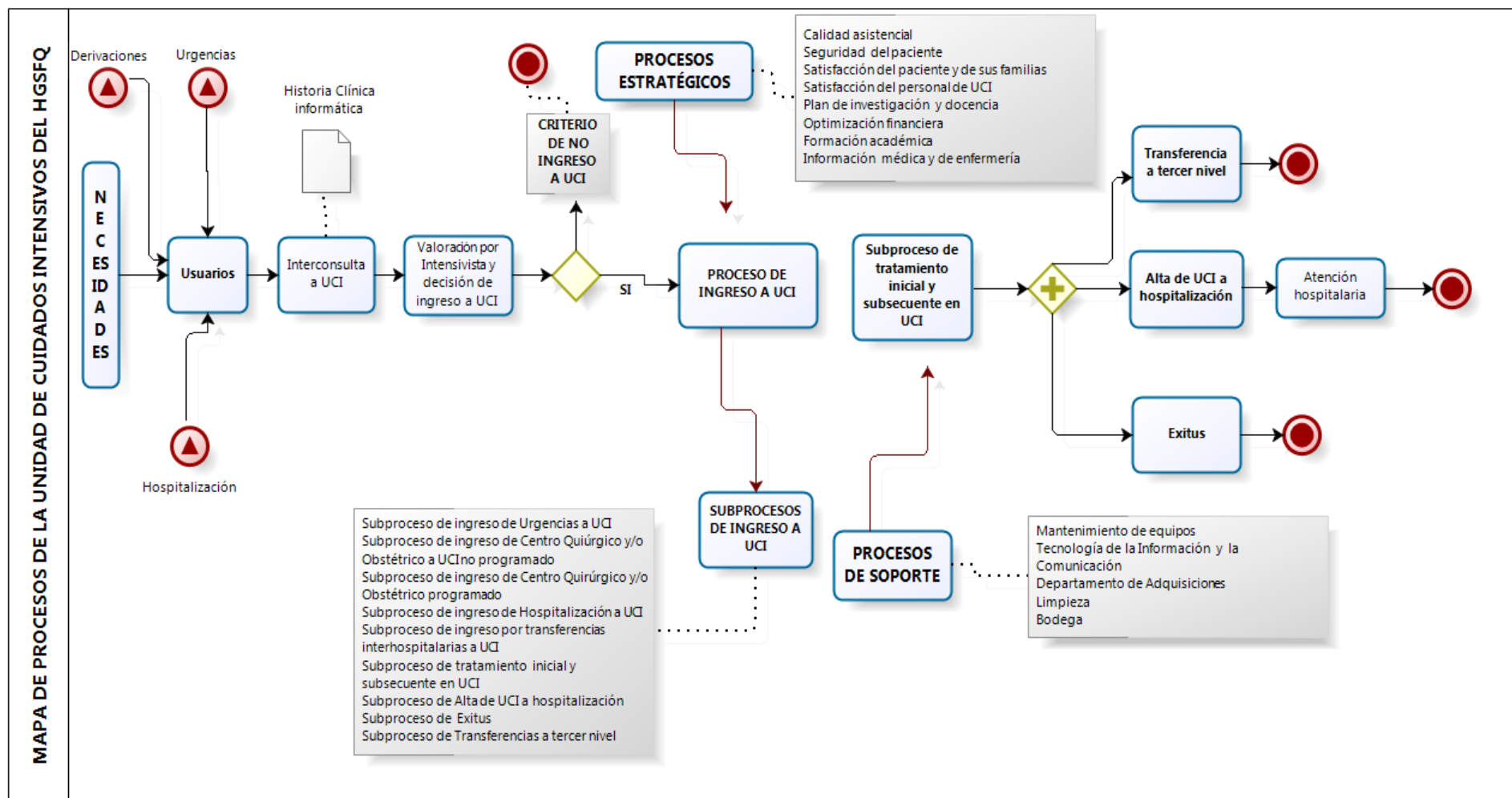


Figura 11. Mapa de Procesos de la UCI. Fuente: Elaboración propia. TFM. Viviana Medranda Pisco

4.5. PROCESOS ESTRATÉGICOS, OPERATIVOS Y DE SOPORTE

- **Procesos Estratégicos**

Los procesos estratégicos son aquellos procesos que se dan en la unidad de cuidados intensivos como prioritarios e indispensables para el correcto funcionamiento del servicio y son los siguientes:

- Calidad Asistencial
- Seguridad del paciente
- Satisfacción del paciente y de sus familias
- Satisfacción del personal de UCI
- Plan de investigación y Docencia
- Optimización financiera
- Formación académica
- Información médica y de enfermería

- **Procesos Operativos**

Los procesos operativos de la UCI, comprenden todos aquellos procedimientos que describen la atención médica integral al paciente crítico y adulto que acude al Hospital General San Francisco de Quito de Nivel II.

Los usuarios son la población general afiliada al IESS y aquellos pacientes no afiliados mediante la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria. Los pacientes pueden ser referidos a UCI, por los subprocesos siguientes:

- Subproceso de ingreso de Urgencias a UCI
- Subproceso de ingreso de Centro Quirúrgico y/o Obstétrico a UCI no programado
- Subproceso de ingreso de Centro Quirúrgico y/o Obstétrico a UCI programado
- Subproceso de ingreso de Hospitalización a UCI
- Subproceso de ingreso por Transferencias interhospitalarias a UCI
- Subproceso de tratamiento inicial y subsecuente en UCI
- Subproceso de Alta de UCI a hospitalización

- Subproceso de Exitus en UCI
- Subproceso de Transferencias a Tercer Nivel

Una vez generada la Interconsulta a UCI para valoración y decisión de ingreso a UCI, el intensivista revisa la historia clínica y/o epicrisis, si el paciente se encuentra en el hospital acude personalmente para valorarlo, si el paciente cumple con los criterios de ingreso a UCI – Adultos – Nivel II, y existe disponibilidad de camas se lo ingresa a la unidad. Si el paciente cumple criterios para Nivel III y se encuentra estable se deriva a un centro de tercer nivel y si esta inestable y hay espacio físico en la UCI se ingresa para soporte vital, estabilización y se continuará con la transferencia al centro de tercer nivel. Si el paciente no tiene criterios de ingreso a UCI se queda a cargo y bajo responsabilidad del equipo médico de la unidad interconsultante.

- **Subproceso de ingreso de Urgencias a UCI**

La decisión de ingreso de un paciente a la UCI es realizada por el médico intensivista, tras ser inter consultado por el médico tratante de Urgencias. Una vez decidido el ingreso dependiendo de la disponibilidad de camas, el profesional de UCI es el encargado de comunicar e informar al paciente y/o familiar, quienes aceptarán el ingreso.

- Se procederá a entregar la orden de ingreso por el intensivista.
- Se realizará el proceso de consentimiento informado de ingreso a la UCI.
- Áreas de Admisiones de urgencias se encargará de trasladar la historia clínica electrónica desde emergencia a la cama asignada en UCI.
- En caso de decidir No ingreso a UCI del HSFQ se decide un Procedimiento Alternativo:
 - ✓ Se sugiere pase a Hospitalización en el HGSFQ porque es prioridad 4A.
 - ✓ Se sugiere pase a Medicina Interna (Proceso y protocolo de Cuidados Paliativos, Medicina Interna – HGSFQ) porque es prioridad 4B.
 - ✓ Transferencia a un centro de tercer nivel (HCAM) o un prestador

externo.

Traslado del Paciente: El Médico Tratante de Emergencia, Enfermera de Emergencias y camillero son los responsables de trasladar al paciente en las condiciones de seguridad establecidas para el transporte del paciente crítico intrahospitalario.

La recepción del paciente en la UCI se realizará por el personal Médico Intensivista, Enfermería y personal auxiliar de Enfermería, según estándares y protocolos de Manejo Inicial del Paciente Crítico.

Entrega del Paciente: El personal de enfermería del área de emergencias, deberá comprobar y realizar el chequeo de todos los ítems del formato SAER de traslado de pacientes (formulario de transmisión de información en situaciones complejas, cuando se requiere información inmediata. S: situación, A: antecedentes, E: evaluación, R: recomendación). Además, se debe revisar: Identificación del paciente con su correspondiente brazalete identificativo, Revisión de documentación, revisión aseo y vestimenta de paciente, confirmación de la firma de aceptación del consentimiento informado de ingreso a UCI por parte del paciente y/o familia, recepción en físico de los exámenes y/o documentos externos (Epicrisis) del paciente, registro de Alta física y/o administrativa del paciente en el área de urgencias en el sistema informático “hoja de entrega- recepción paciente”.

El personal médico de la UCI comunicará a los familiares la normativa establecida y los procedimientos a realizarse.

- **Subproceso de ingreso de Centro Quirúrgico y/o Obstétrico a UCI no programado**
 - Los pacientes Quirúrgicos y/u Obstétricos no programados que necesitan ingreso para monitorización, vigilancia y manejo de posibles complicaciones, se comunicará al Médico de UCI para valoración y decisión de ingreso.
 - El médico tratante, responsable quirúrgico del paciente y el profesional de UCI son los encargados de comunicar e informar al paciente y/o familiar de la decisión de ingreso en el postquirúrgico

inmediato y también comunicará la necesidad de una reserva de cama en UCI.

- El transporte del paciente desde el centro quirúrgico y/o obstétrico hacia el servicio de UCI se lo realizará en la camilla de transporte acompañado del médico Anestesiólogo, Enfermera y Camillero/a.
- El Médico y la Enfermera de UCI recibirán al paciente, se monitorizará y registrará los datos del paciente, se cumplirán con los formularios de la historia Clínica Electrónica y los protocolos de recepción del paciente, definido en el servicio.
- El personal médico de UCI comunicará a los familiares el estado clínico del paciente a la vez que el médico cirujano dará el informe correspondiente en la parte quirúrgica.

○ **Subproceso de ingreso de Centro Quirúrgico y/o Obstétrico a UCI programado**

- Los médicos de cirugía deberán presentar el caso del paciente al servicio de UCI para cirugía programada, con al menos 24 horas de anticipación para programar la reserva de cama.
- Los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos que necesitan ingreso para monitorización, vigilancia y manejo de posibles complicaciones, se comunica al médico de UCI para valoración y decisión de ingreso en el post quirúrgico inmediato.
- El médico responsable quirúrgico del paciente y el profesional de UCI son los encargados de comunicar e informar al paciente y/o familiar de la decisión de ingreso en el postquirúrgico inmediato y también comunicarán la necesidad de una reserva de cama en UCI.
- El transporte del paciente desde el centro quirúrgico y/o obstétrico hacia el servicio de UCI se lo realizará en la camilla de transporte acompañado del médico Anestesiólogo, Enfermera y Camillero/a. El médico y la enfermera de UCI recibirán al paciente, se monitorizará y registrará los datos del paciente, según formulario de UCI de recepción del paciente, definido en el servicio.
- El personal médico de UCI comunicará a los familiares el estado

clínico del paciente a la vez que el médico cirujano dará el informe correspondiente en la parte quirúrgica.

○ **Subproceso de ingreso de Hospitalización a UCI**

- Se genera la interconsulta a UCI, se revisa la historia clínica informática.
- Se valora al paciente, analiza y decide la viabilidad de su ingreso a la UCI de acuerdo a protocolo de “Criterios de ingreso a UCI”, comunicando al médico tratante de piso la decisión tomada.
- El médico tratante responsable del paciente y el profesional de UCI son los encargados de comunicar e informar al paciente y/o familiar de la decisión de ingreso.
- La enfermera responsable de piso, se comunicará vía telefónica con la enfermera de UCI, para la recepción del paciente.
- El transporte del paciente desde cualquier servicio hacia el servicio de UCI se lo realizará en la camilla de transporte acompañado del médico Responsable, Enfermera y Camillero/a.
- El médico y la enfermera de UCI recibirán al paciente, se monitorizará y registrará los datos del paciente, según formulario de UCI de recepción del paciente en el Expediente Clínico Electrónico.

○ **Subproceso de ingreso por Transferencias interhospitalarias a UCI**

Para referencia o derivación de usuarios, se deben aplicar las normas, guías, manuales, protocolos de atención y guías de práctica clínica (GPC) establecidas por la Autoridad Sanitaria (Norma técnica del Subsistema de Referencia, Derivación, Contra referencia y Referencia Inversa del Sistema Nacional de Salud).

Se debe establecer el nivel de atención o nivel de complejidad al que es referido el usuario utilizando los criterios de capacidad resolutive, accesibilidad y oportunidad, incluyendo los casos de emergencia. Se debe seguir el Proceso Derivaciones del HG-SFQ.

En los casos de solicitar ingreso a la UCI-HGSFQ el proceso es el siguiente:

- Área de Derivaciones del HG-SFQ recepta la solicitud emitida de la unidad de referencia.
- Derivaciones HG-SFQ se comunica con UCI e informa de la solicitud.
- Médico Intensivista evalúa solicitud mediante el análisis de la epicrisis actualizada emitida por medios electrónicos y/o físico, se toma la decisión de ingreso a la unidad, de acuerdo a la disponibilidad de camas, cartera de servicios, capacidad resolutive de otras especialidades de apoyo (diagnóstico y terapéutico), y en casos necesarios o seleccionados en consenso con el responsable de UCI o las autoridades del HG-SFQ.
- Se debe garantizar un 20% de disponibilidad de camas en UCI para pacientes críticos que se generen en el propio hospital.
- El Médico Intensivista, comunica su decisión a derivaciones para su coordinación integral.
- Se comunica y coordina la recepción del paciente con el médico tratante del departamento de Urgencias del HG-SFQ.
- A la llegada del paciente a urgencia se debe recibir una “Epicrisis”, desde la unidad hospitalaria de origen, donde se haga un resumen de la enfermedad actual, diagnósticos, tratamiento y estado actual del paciente, que deberá estar firmada por el médico tratante responsable del paciente.
- Recepción y primera valoración en urgencias. Atiende situaciones de riesgo vital, evaluación inicial, soporte vital inmediato, en cuyo caso pasara al área de reanimación (“SHOCK ROOM”). Si el paciente se encuentra estable se comunica y confirma la cama en UCI.
- El Traslado del Paciente de Urgencias a UCI, lo realiza el equipo responsable de urgencias del HSFQ, conjuntamente con el equipo de transporte externo del centro emisor.
- Recepción del paciente en UCI por el Médico, Enfermería y personal auxiliar de Enfermería, según estándares y protocolos de la UCI.
- UCI realizará con los familiares o el paciente, el proceso de consentimiento informado de ingreso a UCI.

- **Subproceso de tratamiento inicial y subsecuente en UCI**

Se realizan los cuidados según la/las patologías que el paciente presente, en base a los protocolos médicos enfermería de la unidad, las Guías de práctica clínica nacionales o Internacionales disponibles y de acuerdo a los recursos locales.

Primera asistencia

Una vez ingresado física y administrativamente el paciente, de manera inmediata, se deberá efectuar por parte del médico intensivista, la primera evaluación estableciendo cuidados generales, diagnósticos presuntivos, pruebas complementarias de laboratorio e imagen, tratamiento e interconsultas, procedimientos invasivos y no invasivos.

Toda la información necesaria relativa al paciente deberá quedar perfectamente registrada en la historia clínica electrónica, con el fin de planificar la asistencia continua del paciente por parte de los médicos responsables del paciente.

El médico de UCI responsable del paciente dará información a los familiares sobre estado clínico actual del paciente, diagnósticos presuntivos, exámenes complementarios y procedimientos invasivos y no invasivos que amerite el paciente, además del tratamiento instaurado a su ingreso a la unidad:

- ✓ Informe Médico a la familia: 12H00 - 13H00
- ✓ Primera Visita (60 minutos): 13H00 - 14H00
- ✓ Segunda Visita (60 minutos): 17H00 - 18H00

Asistencia continua (Subsecuente)

Diariamente se realizará el pase de visita a todos los pacientes de la UCI, los pacientes se distribuirán entre los intensivistas de acuerdo al común acuerdo o por el seguimiento que se realizó el día anterior.

Diariamente, y las veces que los médicos consideren necesarias, se dará informe médico a los familiares sobre el estado actual del paciente. De esta actividad informativa se deberá dejar constancia en un formulario que se deberá firmar por el médico tratante y el familiar directo del paciente, en caso de que no haya familiares o acompañantes se debe dejar constancia de la no concurrencia a la visita y/o informe médico.

Todas las actividades realizadas en la atención, así como las prescripciones médicas, pruebas complementarias, procedimientos, tratamientos, dietas, etc. deberán quedar perfectamente registrados en la historia clínica electrónica del paciente.

El personal de enfermería deberá registrar de forma periódica, los datos clínicos del paciente e información sobre las actividades y atención realizadas. De la misma manera se registrará todas las actuaciones realizadas por indicación médica en la bitácora del servicio por parte del personal de enfermería.

○ **Subproceso de Alta de UCI a hospitalización**

- Una vez que el facultativo considere el Alta del paciente, se dará a conocer al servicio de hospitalización respectiva, esto es al médico tratante de la especialidad de base que requiera el paciente en el seguimiento, control y manejo de su enfermedad, para conocimiento del caso clínico.
- Una vez confirmada el alta, el personal facultativo deberá preparar la Epicrisis detallando un resumen de su enfermedad actual, diagnósticos, evolución durante su estancia en UCI y tratamientos instaurados, el cual deberá ser ingresado en la historia clínica informática.
- El personal de enfermería de UCI deberá comunicar el alta del paciente a la enfermera encargada de gestión de camas, quién nos confirmará la cama y el momento de su disponibilidad.
- El médico de UCI dará informe a los familiares sobre la condición del

alta de UCI.

- Paciente es trasladado en camilla de transporte acompañado de enfermera y camillero/a al servicio de hospitalización.
- Se recibe paciente por parte de personal de enfermería de hospitalización.
- Al egreso del paciente, se solicitará a sus familiares llenar La Encuesta de Satisfacción de la UCI-HGSFQ.

○ **Subproceso de Exitus en UCI**

- Una vez constatado el fallecimiento o Exitus, el médico de turno a cargo del paciente comunica a la familia.
- El médico encargado del paciente inicia el llenado de papeleta de defunción
- El personal de enfermería retirará vías y abordajes, dejando una vía para el proceso de formolización, el auxiliar de enfermería será quien realice los cuidados post – mortem.
- El personal auxiliar de Enfermería será encargado de trasladar el cadáver a la morgue con ayuda del personal camillero.
- El médico encargado del paciente será responsable de realizar notas de alta, hoja frontal, epicrisis y registrar alta médica en el sistema informático
- El personal de enfermería será encargado de registrar alta administrativa y egreso del paciente.

○ **Subproceso de Transferencias a Tercer Nivel**

- Para la transferencia de un paciente de la UCI a otro Centro Hospitalario se debe realizar una Epicrisis con la correspondiente firma de responsabilidad del profesional de la UCI, solicitando con criterios médicos la transferencia a otro centro hospitalario.
- Se envía Epicrisis a Derivaciones HGSFQ quienes realizaran las gestiones pertinentes para conseguir la cama en otro centro hospitalario y la confirmación de fecha y hora de recepción.
- Derivaciones coordinará el servicio de la Ambulancia para el traslado

del paciente. Cuando el pedido de transferencia este en su totalidad coordinado se prepara paciente para su traslado e inspección final. Se traslada paciente de UCI a otro Centro Hospitalario acompañado del Médico residente de posgrado de UCI, enfermera y Paramédico de ser posible.

- Se entrega paciente de UCI–HSFQ en Centro Transferencia.

- **Procesos de Soporte**

Los procesos de soporte no son operativos de UCI, pero son indispensables para el cumplimiento de la actividad principal de la unidad.

Dentro del hospital estos procesos se encuentran dentro del Área de Servicios Generales que incluyen mantenimiento y control de equipos, adquisiciones, limpieza, mientras que el Área de Tecnología de la Información y la Comunicación forman parte de la Dirección Administrativa del hospital.

Los procesos de soporte en relación con la actividad de la UCI son:

- Mantenimiento de Equipos
- Departamento de Adquisiciones
- Limpieza
- Tecnología de la Información y Comunicación
- Bodega
- Departamento de Adquisiciones

4.6. CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

La atención en salud requiere medirse, y para realizarlo como norma de calidad, debe tener un enfoque centrado en la seguridad del paciente o del usuario. La calidad de atención es un conjunto de atributos que deben tener los procesos administrativos y asistenciales diseñados para responder de la mejor manera a las necesidades y condiciones de los pacientes.

La política de seguridad del paciente propende a un entorno seguro para los pacientes, en donde el riesgo de ocurrencia de un evento adverso sea

minimizado a partir del control del proceso de atención, de la implementación de barretas de seguridad eficientes y de la consolidación de una cultura de seguridad proactiva y de prevención, reporte de incidentes.

La seguridad de la atención en salud en la UCI, es un compromiso que abarca lo siguiente:

- **Cultura de seguridad**, que promueva un ambiente en la UCI donde se pueda desarrollar actividades de seguridad, basadas en la confianza entre pacientes, profesionales y personal de salud.
- **Atención centrada en la persona**, es una calidad esencial que se relaciona con la seguridad del paciente, asegurándole a los pacientes de la unidad un trato digno, con respeto, confianza, confidencialidad, humanizado, y personalizado.
- **Alianza con las familias de los pacientes**, se debe trabajar en forma conjunta con las familias para el autocuidado en referencia a la salud, incentivarles, motivarles a preguntar todo lo relacionado a la enfermedad de su paciente, los cuidados que pueden proveer y los riesgos que se deben tener en cuenta, fomentando una comunicación eficaz y efectiva con el fin de tomar las mejores decisiones de forma compartida sin dejar de lado las responsabilidades compartidas.
- **Alianza con el profesional y personal de la salud**, la seguridad del paciente fomenta que el profesional actúe ética y responsablemente encontrando las fallas en la atención y los eventos adversos y desarrolla barreras de seguridad que protejan al paciente, por lo que se reconocerá la labor del profesional y de todo el personal de salud de la UCI que actúe en beneficio de los pacientes.
- **Liderazgo y trabajo en equipo**, permite identificar problemas latentes y riesgos potenciales para la atención del paciente, de tal forma, un liderazgo podrá definir soluciones y acciones que permitan a todo el personal de la unidad estar involucrados, y a la vez comprometidos.
- **Visión sistémica y multicausal**, la seguridad de los pacientes debe tener un enfoque sistémico y multicausal, debe involucrarse a los

diferentes actores y a las áreas organizacionales a fin de disminuir los eventos adversos.

Las prácticas organizacionales seguras, son procesos que se aplican con el fin de reducir la probabilidad de eventos adversos a la atención de salud, se apoyan en la mejor evidencia científica que procuran prevenir, minimizar o eliminar el riesgo asociada a la práctica clínica.

Las prácticas organizacionales seguras que se implementan en la UCI:

- Identificación correcta del paciente
- Abreviaturas peligrosas
- Medicamentos de alto riesgo
- Prevención de úlceras de presión
- Profilaxis de trombo embolismo venoso
- Notificación de Eventos relacionados con la seguridad del paciente
- Transferencia de información de los pacientes en puntos de transición
- Manejo de bombas de infusión
- Higiene de manos
- Prevención de caídas
- Educación en seguridad del paciente
- Administración de medicamentos

4.7. ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Las UCIs, son unidades cerradas donde el enfermo permanece alejado de su familia, inconsciente y en estado crítico, durante la mayor parte del tiempo, por lo que se requiere que la atención al paciente críticamente enfermo se realice desde varios puntos. Figura 12

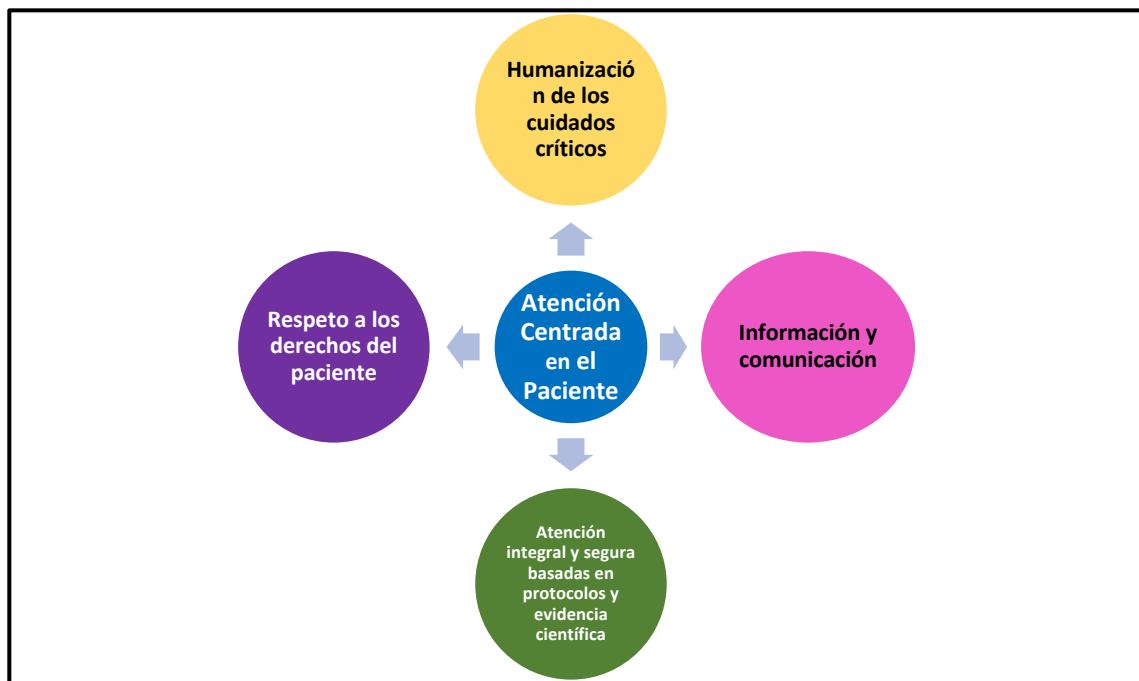


Figura 12. Modelo de Atención al paciente crítico.
Elaboración propia: TFM. Viviana Medranda Pisco

Puntos de atención del paciente crítico:

1. Atención Integral y segura, basadas en protocolos y evidencia científica:

El paciente crítico, se encuentra en riesgo inminente de muerte y debe ser atendido y concebido en su integridad biopsicosocial, individual, oportuna, especializada, y personal, tanto al paciente como a su familia. Los cuidados integrales deben ser basados en la oferta del servicio en relación con la demanda, teniendo en cuenta las guías y protocolos basados en la evidencia, manteniendo para ello una actualización científica de forma permanente entre el personal de salud de la unidad. La seguridad que ofrecemos dentro de la unidad se debe realizar con el conjunto de elementos estructurales, métodos, prácticas seguras que incluyan a todo el personal sanitario y no sanitario, a fin de minimizar los riesgos en la atención del paciente críticamente enfermo.

2. Humanización de los cuidados críticos:

La atención del paciente crítico comprende tanto al paciente como persona, es necesario comprender que detrás del enfermo y su patología hay un ser humano, frágil que requiere ayuda y una familia que necesitamos cuidar y

hacerla participar de todo el proceso, y para ello es necesario que cuenten con flexibilización de los tiempos de visitas, estar cerca de su familiar y participar de sus cuidados, adquirir habilidades y al final mejorar la satisfacción y bienestar del paciente y su familia. Para conseguir este manejo debemos tener habilidades en resiliencia, empatía, compasión, a través de charlas, trabajo en equipo y comunicación entre todo el personal y evitar el desgaste profesional dentro de la UCI.

3. Respeto a los Derechos del Paciente:

Enmarcados en la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, Ley 77, 22-12-2006

- Derecho a una atención digna; oportuna, de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y que debe ser tratado con respeto, esmero y cortesía.
- Derecho a no ser Discriminado; por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social o económica.
- Derecho a la Confidencialidad; de la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información.
- Derecho a la Información; en todo momento de la atención al paciente y en nuestro caso a la familia.
- Derecho a Decidir; si acepta o declina el tratamiento médico.

4. Información y comunicación:

Tanto al paciente cuando esté consciente y a su familia, se le debe mantener informado sobre el estado de salud, pronóstico, tratamiento, riesgos a los que está expuesto, las alternativas y tratamientos existentes, y procedimientos a realizar, en términos que el paciente y su familia pueda razonablemente entender y comprender, resolver todas sus dudas y recibir cortésmente sus comentarios. Los informes médicos y de enfermería se deben realizar diariamente, manteniendo cortesía, respeto y empatía en todo momento. Actualmente en la UCI se da el Plan de Acogida, semanalmente a las familias de los pacientes, donde se informa quienes somos, qué hacemos, cómo lo hacemos.

La comunicación dentro del personal sanitario es imprescindible de tal forma que las rondas diarias tanto de médicos como enfermería y la planificación del

manejo debe ser consensuada diariamente estableciendo pautas y objetivos a cumplirse, así como también con los servicios de soporte.

La UCI cuenta con Consentimientos Informados para determinados procedimientos:

- ✓ Consentimiento Informado de Ingreso a Cuidados Intensivos
- ✓ Consentimiento Informado para la Colocación de Acceso Venoso Central
- ✓ Consentimiento Informado para Limitación de Terapias de Soporte Vital

Una vez que el paciente es dado de alta de UCI, se realiza la encuesta de satisfacción familiar, cuyo resultado es que el 95% de las familias manifiestan que la atención, cuidados y manejo proporcionados al paciente, son excelentes y muy buenos.

Actualmente no se cuenta en nuestro país con Voluntades Anticipadas.

4.8. GUÍAS CLÍNICAS Y RUTAS ASISTENCIALES PARA UNA ATENCIÓN INTEGRADA

Desde la apertura del hospital, la UCI se ha preocupado porque existan, protocolos de actuación de las patologías más frecuentes.

Los protocolos son documentos realizados a través de la recolección y síntesis de la información obtenida en la evidencia científica, cuyo objetivo es facilitar el trabajo clínico. Se realizan por parte de los intensivistas, el cual se aprueba mediante el acuerdo de todos y adaptado al entorno de trabajo.

Las rutas asistenciales, son hojas de ruta que se elaboran para facilitar la secuencia de actuaciones, además de establecer quién es responsable de ejecutarla y su responsabilidad.

Los protocolos de actuación y las rutas asistenciales se deben actualizar de acuerdo a la evidencia científica, por lo que se debe tener en cuenta algunos criterios que permitan su ejecución:

- La Información debe ser adaptada al entorno y al nivel de atención del hospital.

- Que la evidencia científica escogida debe ser clara y actualizada, además de establecer procedimientos diagnósticos y terapéuticos acordes al tipo de pacientes que la unidad recibe y a los recursos con que contamos tanto económicos como logísticos.
- La elaboración se debe realizar por un intensivista, para luego ser presentado a todo el equipo médico a fin de realizar su revisión y análisis. Se debe proceder a realizar las correcciones sugeridas y aprobadas por los intensivistas, para proceder a su aprobación final, socialización y envío a las autoridades para la validación.

Los protocolos de actuación con que cuenta la UCI, y que deben ser actualizados son:

- ✓ Protocolo de Criterios de Ingreso y Egreso a UCI HGSFQ
- ✓ Protocolo de Neumonía Comunitaria Grave
- ✓ Protocolo de Neumonía Asociada a Cuidados de la Salud y Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica.
- ✓ Protocolo de Cetoacidosis Diabética
- ✓ Protocolo de Destete de Ventilación Mecánica
- ✓ Protocolo de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo
- ✓ Protocolo de Infecciones Intraabdominales
- ✓ Protocolo de Pancreatitis Aguda
- ✓ Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Avanzado
- ✓ Protocolo de Choque Séptico y Sepsis
- ✓ Protocolo de Sedoanalgesia

Se debe realizar protocolos de actuación y rutas asistenciales en enfermedades que tiene un manejo multidisciplinario, teniendo en cuenta a algunos servicios que son parte de la intervención diagnóstica y terapéutica, con el objetivo de establecer un acceso ágil, seguro y evitar ingresos no programados:

- ✓ Ruta asistencial: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- ✓ Ruta asistencial: Insuficiencia Cardíaca
- ✓ Ruta asistencial: Equipo de respuesta rápida para Paro Cardiorrespiratorio

- ✓ Sistema de alarma: Código Sepsis
- ✓ Sistema de alarma: Código Ictus

4.9. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN

El conocimiento es uno de los más importantes recursos, que una organización de salud puede tener por ser capaz de intervenir en las acciones y planes tanto organizacional como individual cuyos resultados puedan ser tanto eficaces y eficientes.

La gestión del conocimiento, genera, almacena, distribuye y hace uso del conocimiento. Por lo que es necesario contar con varias líneas de trabajo:

- ✓ La integración y motivación de todo el equipo de la UCI, a fin de obtener ideas innovadoras que se requieran para la mejora continua.
- ✓ La adecuación y utilización de nuevas tecnologías.
- ✓ La protocolización de todos los procedimientos que se realizan en la UCI tanto de médicos como de enfermería.
- ✓ La potenciación de los recursos informáticos para obtener información veraz, fiable y eficaz, que sirvan para la programación de las actividades del servicio.
- ✓ Planificación y relación con otros profesionales, sobre la actuación precoz, mejora de resultados, eficiencia de costes y seguridad de los pacientes, disminuyendo las necesidades de transferencias o traslados de pacientes por falta de camas.

4.10. DOCENCIA Y FORMACIÓN CONTINUADA

La docencia y la formación continuada en la UCI, es una actividad que debe establecerse como parte del conocimiento, en la búsqueda de la excelencia, y de la seguridad en la atención, por lo que dichas actividades deben programarse cotidianamente. La formación continuada, desarrolla competencias para llevar a cabo de forma eficaz las funciones propias del área y puesto de trabajo, con el objetivo de conseguir mejoras en la atención del paciente crítico, dentro de la organización.

La UCI del HGSFQ, es una unidad docente que recibe médicos en formación académica del Postgrado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, de las Universidades Central del Ecuador y Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Los médicos realizan sus rotaciones por la UCI, con una duración de 4 meses, donde reciben formación académica y asistencial operativa, realizan turnos, acompañados de un intensivista que garantiza la continuidad de la formación y la supervisión de procedimientos.

En este proceso debemos tener en cuenta varios procesos:

- ✓ Realizar sesiones académicas, posterior a la entrega de la guardia, con una duración de aproximadamente 20 – 30 minutos, sobre temas de relevancia clínica, casos clínicos o artículos de revisión.
- ✓ Realizar una reunión académica en el mes, donde se presentan protocolos de actuación de la unidad para su revisión, análisis y corrección, en la cual participan todos los profesionales intensivistas y médicos en formación académica o posgraduados.
- ✓ Establecer como tiempo de trabajo efectivo, el que se dedica para tutorías en el servicio, investigación científica, participación en comités, revisión de casos, actividades administrativas, el cual puede ser del 20% de la jornada semanal, debidamente autorizadas por las autoridades, tal como lo indica el Reglamento para viabilizar el establecimiento de jornadas especiales de trabajo en las Unidades Operativas de la Red Pública Integral de Salud.
- ✓ Promover y motivar la formación transversal, en tecnología de la información, salud laboral, calidad, seguridad y capacidad de trabajo en equipo.
- ✓ Trabajo de simulación elemental, donde se puede practicar la habilidad básica para algunos de los procedimientos como colocación de catéteres, drenajes, intubación, etc.

4.11. ACTIVIDAD INVESTIGADORA: SI, NO, ENSAYOS CLÍNICOS, LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

La UCI del HGSFQ, no ha realizado estudios de investigación propios de la unidad, sin embargo, ha participado en estudios observacionales internacionales en años anteriores.

Actualmente participa del estudio Andromeda Shock Study, que es un ensayo clínico multicéntrico, donde la implicación de la mayor parte de los profesionales es un objetivo a fin de lograr un trabajo completo y en equipo.

4.12. MONITORIZACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN: CUADRO DE MANDO

Tabla 21

Cuadro de Mando Integral de Cuidados Intensivos – HGSFQ

PERSPECTIVA PROCESOS INTERNOS			
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS
Brindar atención sanitaria efectiva y eficiente	Presencia de intensivista en UCI las 24 horas del día	Programar la presencia de médico intensivista las 24 horas del día en turnos rotativos.	100% Mensual
	Reingresos no programados a UCI	Establecer criterios de alta de UCI.	4% Mensual
	Retraso al Alta de la Unidad de Cuidados Intensivos	Conseguir una cama en el área de hospitalización. En caso de no disponibilidad de camas, transferencia de paciente a unidad de prestador externo.	<5% Mensual
Mantener una actividad asistencial operativa y eficiente	Porcentaje de Ocupación de camas	Mantener 1 a 2 camas disponibles para eventos que se generen en el hospital como un Paro Cardiorrespiratorio.	80% Mensual

	Intervalo de sustitución	Mantener una producción efectiva a través de procesos de calidad.	No menos de 5 Mensual
	Índice de Rotación	Coordinar con urgencias y con otros hospitales de segundo nivel de atención nuestra disponibilidad de camas.	< 1 día Mensual
Brindar atención sanitaria integral, efectiva y eficiente	Revisión de Coche de Paro	Realizar la revisión del coche de Paro en los dos turnos de enfermería tanto día como noche.	100% Mensual
	Registro de Eventos Adversos	Conocer y socializar el Formulario de Notificación de Eventos Adversos.	100% Mensual
Mejorar la seguridad del paciente crítico	Traspaso Reglado de Información	Intercambiar información entre profesionales médicos y de enfermería en los periodos de entrega de guardia o durante la transferencia de pacientes al alta de UCI a la planta de hospitalización.	90% Mensual
	Rondas diarias	Realizar diariamente a las 11H00 una reunión con el staff médico y de enfermería, plantear los problemas principales y las tomas de decisiones por cada paciente ingresado en la UCI	80% Mensual

PERSPECTIVA DEL CLIENTE

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS
Satisfacción del cliente de la UCI	Demora de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos	Preparar el área de paciente en forma rápida y eficiente. Establecer consensos con	5% Mensual

		las áreas de urgencias y hospitalización para realizar un traslado efectivo a la UCI.	
	Tiempo de Respuesta a Interconsulta a UCI	Establecer alarma en equipos informáticos de nueva interconsulta. Comunicación por vía telefónica o personalmente.	< 10 minutos Mensual
	Horarios de visitas flexibles	Realizar y establecer un protocolo de visitas flexibles de acuerdo al estado del paciente y que sean superiores al tiempo normal de visita	100% Mensual
Participación de las familias en los procesos y cuidados de los pacientes en la UCI	Información médica a los familiares de los pacientes de UCI	Diariamente dar información por parte de los Intensivista a los familiares, de los pacientes de UCI, sobre el estado clínico, los cambios relevantes y las dudas a los familiares.	100% Mensual
	Información de Enfermería a familiares	Los informes se darán en un ambiente cálido, confortable y privado. Dar informe diario a los familiares sobre los cuidados del paciente, facilitar un ambiente de tranquilidad y de integración con los cuidados provistos.	95% Mensual

PERSPECTIVA FINANCIERA

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS
Mantener la sostenibilidad del sistema	Gasto farmacéutico	Conocer el gasto originado por el consumo de productos farmacéuticos y optimizarlo de acuerdo a resultados.	80% Trimestral

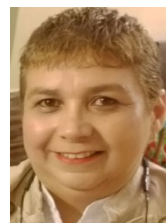
Gasto por personal de UCI	Conocer el gasto generado por el personal que labora en la unidad.	100% Anual
Gasto de estudios de imágenes generados por pacientes	El gasto generado por los estudios de imágenes en pacientes de UCI para elaborar un proyecto de optimización de estudios.	80% Mensual

PERSPECTIVA DE FORMACIÓN Y CRECIMIENTO

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS
Motivar promover la excelencia científica	Número de sesiones clínicas	Participación en la mejora del conocimiento.	10 horas/mes Mensual
	Existencia de Protocolos Clínicos	Complementar los protocolos clínicos y básicos de las patologías que se manejan en la UCI de nivel 2.	100% Anual
Satisfacción laboral	Síndrome de Desgaste Profesional	Conocer el nivel de desgaste profesional y establecer acciones y directrices de mejora	Realiza 1 encuesta cada 2 años

5. CURRICULUM DEL CANDIDATO/A

5.1. PERFIL PROFESIONAL DE LA CANDIDATA



DATOS PERSONALES

Viviana Nathaly Medranda Pisco

Edad: 44 años

Dirección del Domicilio: Panamericana Norte Km 14 ½ y Antonio Gross, Quito, Ecuador

Conjunto Los Ángeles 1 - Casa 1

Código postal: 170115

Teléfono: 022024094 - 0999915886

Email: vivianamedranda@gmail.com

ESTUDIOS

Año 2009	Título - Cuarto Nivel
Quito – Ecuador	Especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva
	Universidad Central del Ecuador

Año 1998	Título - Tercer Nivel
Manta – Ecuador	Doctor en Medicina y Cirugía
	Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Año 1988	Secundaria
Manta – Ecuador	Bachiller en Químico Biólogo
	Colegio Stella Maris

Idiomas: Español: Natal

EXPERIENCIA LABORAL

Noviembre 21-2011 hasta la fecha actual – IESS
Quito, Ecuador Intensivista
Unidad de Cuidados Intensivos – Hospital General San Francisco de Quito

Octubre 17, 2017 – hasta la fecha actual - IESS
Diciembre 04, 2013 – Diciembre 31, 2014 – IESS
Quito, Ecuador Presidenta del Comité de Bioética
Hospital General San Francisco de Quito

Septiembre 09, 2012 – hasta la fecha actual – IESS
Quito, Ecuador Miembro del Comité de Medicina Transfusional
Hospital General San Francisco de Quito

Abril 24, 2013 – Agosto 06, 2015 – IESS
Quito, Ecuador Responsable de la Unidad de Cuidados Intensivos
Hospital General San Francisco de Quito

Enero 15, 2015 – 16 de Octubre 2017 – IESS

Quito, Ecuador *Miembro del Comité de Ética Asistencial para la Salud - CEAS*

Hospital General San Francisco de Quito

Mayo 05, 2009 – Noviembre 25, 2011 – MSP

Quito, Ecuador *Intensivista*

Hospital de Especialidades Eugenio Espejo

Enero 03, 2005 – Enero 01, - 2009 – MSP

Quito, Ecuador *Médico Residente de Postgrado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*

Dirección Provincial de Pichincha

Diciembre 07, 1999 – Enero 05, 2001 – MSP

Manta, Ecuador *Médico Residente 2 - Emergencia*

Hospital Rafael Rodríguez Zambrano

Septiembre 21, 1998 – Septiembre 20, 1999 – MSP

Quito, Ecuador *Médico Rural*

Dirección Provincial de Manabí

EXPERIENCIA ACADÉMICA

I Comité Consenso sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial Pulmonar – HAPSET 1

Quito, Ecuador *Autora*

Sociedad ecuatoriana de tórax - 2013

ISBN – 978-9942-9881-2-6 IEPI 040002

II Comité Consenso sobre Diagnóstico y Tratamiento de las Neumonías - NEUMOSSET 2

Quito, Ecuador *Autora*

Sociedad ecuatoriana de tórax - 2013

ISBN – 978-9942-9881-3-3 IEPI 040003

III Comité Consenso sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Tromboembólica Pulmonar - EPSET 3

Quito, Ecuador *Autora*

Sociedad ecuatoriana de tórax - 2013

ISBN – 978-9942-9881-0-2 IEPI 037139

II Comité Consenso sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Tromboembólica Pulmonar - EPSET 2

Quito, Ecuador *Autora*

Sociedad ecuatoriana de tórax - 2007

ISBN – 978-9978-45-912-6 IEPI 026420

Marzo, 2011 – Marzo, 2013 - Sociedad Ecuatoriana de Tórax
Quito, Ecuador Vicepresidenta de la Sociedad Ecuatoriana de Tórax

Octubre 04, 2007 – Noviembre 15, 2007 - Hospital Juan Fernández
Buenos Aires, Argentina Pasante por el Servicio de Terapia Intensiva

Enero, 2005 - Diciembre, 2008 - Instituto Superior de Postgrado – UCE
Quito, Ecuador
Mejor Egresada del Postgrado del Medicina Crítica y Terapia Intensiva.
Nota: 82.497/100

Agosto 06. 1998 Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí Manta,
Ecuador
Premio Mejor Tesis Doctoral

Diciembre 01, 1999 – diciembre 01, 2000 - Hospital Rafael Rodríguez
Zambrano Manta, Ecuador
Pasante por Cardiología

CAPACITACIÓN

Julio 06 - 09, 2016 – Unidad Cuidados Intensivos - HEEE
Curso Internacional Avances en Medicina Crítica
ASISTENTE Y APROBADO – 40 horas
Quito, Ecuador

Marzo 07, 2016 – Junio 03, 2016 – Unidad Cuidados Intensivos - HEEE
Curso de Actualización de Habilidades en la Práctica Clínica:
Consentimiento, Comunicación y Autocuidados
ASISTENTE – 72 horas en línea y 32 horas presenciales
Quito, Ecuador

Noviembre 24, 2016 – Instituto Nacional de Donación y Trasplante de
Órganos y Células - INDOT
I Taller Internacional de Capacitación y Evaluación en Certificación de
Muerte Encefálica
ASISTENTE – 6 horas
Quito, Ecuador

Noviembre 24, 2016 – Dirección Nacional de Desarrollo Estratégico - MSP
Educación Continua en Comité de Ética Asistencial para la Salud por la
Dirección Nacional de Desarrollo Estratégico - MSP
ASISTENTE – 6 meses
Quito, Ecuador

Junio 29, 2015 – Junio 30, 2016 – WINFOCUS Lima, Perú *ULTRASOUND LIFE SUPPORT – BASIC LEVEL 1 PROVIDER*

ASISTENTE

Lima, Perú

**Noviembre 04 - 12, 2014 – Sociedad Ecuatoriana de Cuidados Intensivos
*Curso de Actualización de Terapia Intensiva y Medicina Crítica***

Tema: Crisis Asmática grave: Manejo ventilatorio y farmacológico con evidencias

CONFERENCISTA – 120 horas

Quito, Ecuador

**Noviembre 04 - 12, 2014 – Sociedad Ecuatoriana de Cuidados Intensivos
*Curso de Actualización de Terapia Intensiva y Medicina Crítica***

ASISTENTE – 120 horas

Quito, Ecuador

**JULIO 30, 2016 – Agosto 02, 2014 – Sociedad Ecuatoriana de Cardiología
*XX Congreso Ecuatoriano de Cardiología y IX Congreso de ECOSIAC***

ASISTENTE – 85 horas

Quito, Ecuador

Mayo 12 - 17, 2014 – Hospital San Francisco de Quito - UDLA

I Congreso de Actualización y Avances en la Atención Integral del paciente

ASISTENTE – 60 horas

Quito, Ecuador

Mayo 12 - 17, 2014 – Hospital San Francisco de Quito - UDLA

I Congreso de Actualización y Avances en la Atención Integral del paciente

Tema: Limitación de Esfuerzo Terapéutico

CONFERENCISTA – 60 horas

Quito, Ecuador

Septiembre 23 - 26, 2013 – Sociedad Ecuatoriana del Tórax

Curso Nacional de Actualización de Enfermedades del Tórax

ASISTENTE – 48 horas

Quito, Ecuador

Septiembre 23 - 26, 2013 – Sociedad Ecuatoriana del Tórax

Curso Nacional de Actualización de Enfermedades del Tórax

Tema: Efectos Hemodinámicos de la Ventilación Mecánica – Cuidados Intensivos

CONFERENCISTA – 48 horas

Quito, Ecuador

Febrero 15 – 17, 2012 – Unidad de Cuidados Intensivos del HEE
VII Curso Internacional Avances en Medicina Crítica
ASISTENTE – 32 horas
Quito, Ecuador

Octubre 17 - 21, 2011 – Hospital de Especialidades Eugenio Espejo
I Jornadas de Actualización de Enfermería Hospitalaria
Tema: Neumonía de la Comunidad
CONFERENCISTA – 60 horas
Quito, Ecuador

Noviembre 29 – Diciembre 03, 2011 – Sociedad Iberoamericana de Medicina Críticas
IX Congreso Panamericano Ibéricos de Sociedades de Medicina Crítica y Terapia Intensiva
ASISTENTE – 60 horas
Cartagena, Colombia

CAPACIDADES Y APTITUDES QUE DEBE REUNIR UN JEFE DE SERVICIO

- Conocerse a sí mismo
- Compartir con las personas
- Conocer a las personas
- Proporcionar información
- Ayudar a adquirir conocimientos y capacidades
- Proporcionar recompensar
- Dar poder/autoridad
- Trabajar en equipo
- Liderar para trabajar

5.2. FUNCIONES DEL JEFE/A CLÍNICO

- Impulsar la misión y visión en las metas del trabajo presente y futuro.
- Fomentar el trabajo en equipo de todo el personal sanitario y no sanitario de la UCI.
- Coordinar las actividades asistenciales, operativas, académicas.
- Impulsar un propósito entre todo el personal, que no sea el que se tiene como personal de UCI.

- Mantener una información actualizada que permita medir resultados y de esa manera establecer la mejora continua.
- Establecer una relación multidisciplinar entre servicios, con el objetivo de mantener buenas relaciones, y fomentar el trabajo en equipo.
- Apoyar el desarrollo de las competencias individuales y de grupo y así, fortalecer las necesidades del servicio.

6. BIBLIOGRAFÍA. –

1. Constitución de la República del Ecuador 2008, p. 17, 110 – 11 (consultado 19 Oct, 2017). Disponible en:
https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
2. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS – Ministerio de Salud Pública, 2012, p. 29 – 34 (consultado 19 Oct, 2017). Disponible en:
<http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual MAIS-MSP12.12.12.pdf>
3. Lineamientos Operativos para la Implementación del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud. Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, MSP, 1ª Edición, Quito, Ecuador, 2014, p. 24 – 8 (consultado 19 Oct, 2017). Disponible en:
<http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2012/10/Modelo-de-Atención-Integral-de-Saludu-MAIS.pdf>
4. Lucio Ruth Econ, MSc, Nilhda Villacrés, MD, MSc, Rodrigo Henríquez, MD. Sistema de salud de Ecuador. Salud pública de México vol. 53, supl.2 Cuernavaca ene. 2011, p. 177 – 85 (consultado 15 Oct, 2017). Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013
5. Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. Informe de Desarrollo Social 2007 – 2017. Primera edición, 2017, Quito Ecuador, p. 111-7 (consultado 17 Oct, 2017). Disponible en:
http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/libro_social-2007-2017.pdf

6. Anuario de Recursos y Actividades de Salud_ 2016.xlsx. Serie 1,3,1(consultado 20 Oct, 2017). Disponible en:
<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/>
7. Resolución No. C.D.308, Reglamento para la atención de salud integral y en Red de los asegurados del IESS, Quito–Ecuador, marzo 2010, p. 10 (consultado 22 Oct, 2017). Disponible en:
<https://www.iess.gob.ec/documents/10162/33703/C.D.+308>
8. Ley de seguridad social. Registro Oficial Suplemento 465 de 30-nov-2001, última modificación febrero 2014, p. 32 (consultado 22 Oct, 2017). Disponible en:
<http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2015/11/LEY-DE-SEGURIDAD-SOCIAL.pdf>
9. Informe de Rendición de Cuentas, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Ab. Geovanna León Hinojosa, periodo enero - diciembre 2016, p. 3 (consultado 22 Oct, 2017). Disponible en:
<https://www.iess.gob.ec/documents/10162/9298061/3+Informe+narrativo+IESS+matriz+2016>
10. Sistema de Servicios de Salud (consultado 22 Oct, 2017). Disponible en:
<https://www.iess.gob.ec/es/web/guest/sistema-de-servicios-de-salud-del-iess>
11. INEC. Proyecciones Poblacionales (consultado 22 Oct, 2017). Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/Proyecciones.pdf
12. ¿Cómo crecerá la población en Ecuador? (consultado 22 Oct, 2017) Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/presentacion.pdf

13. Pichincha en cifras (consultado 22 Oct, 2017). Disponible en:
http://www.pichincha.gob.ec/phocadownload/pgd/4_pichinchacifras.pdf
14. Ficha de cifras generales. Cantón. Ubicación Geográfica. Actualizado 25 de febrero 2014; (consultado 23 Oct, 2017). Disponible en:
http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/Portal%20SNI%202014/FICHAS%20F/1701_QUITO_PICHINCHA.pdf
15. Plan Médico Funcional. Hospital San Francisco de Quito. Actualizado octubre 2016; (consultado 25 Oct, 2017).
16. GeoSalud3.0 (consultado el 25 Oct, 2017). Disponible en:
<https://geosalud.msp.gob.ec/geovisualizador/>
17. Informe de Gestión 2015. Hospital General San Francisco de Quito (consultado el 15 Nov, 2017). Disponible en:
https://www.iess.gob.ec/documents/10162/6406001/Informe_final_rendicion_2015v30mar2016.pdf
18. Datos Macro (consultado el 20 Nov, 2017). Disponible en:
<https://www.datosmacro.com/demografia/migracion/inmigracion/ecuador>