

**EVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD
APLICADOS A LA VALORACIÓN E
INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA EN
UNA INSTITUCIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD**

PAOLA ANDREA ZAPATA

**Trabajo de Grado para optar al título de Magíster en Administración con énfasis
en Gestión de la salud**

EDUARDO ANTONIO GARCÍA GIRALDO

Trabajo de Grado para optar al título de Especialista en Gestión de la Salud

**Director del Trabajo de Grado:
MD. MARTA CECILIA JARAMILLO M. PhD (c)
Docente Universidad ICESI**

**UNIVERSIDAD ICESI
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS
CALI, DICIEMBRE DE 2011**

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCION.....	10
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
2. OBJETIVOS.....	12
2.1 OBJETIVO GENERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3. MARCO TEÓRICO	13
3.1 ACREDITACIÓN EN SALUD EN COLOMBIA	13
3.2 ESTÁNDARES NACIONALES EN SALUD	14
3.3 ESTÁNDARES INTERNACIONALES EN SALUD	16
3.4 EL PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA	20
3.4.1 <i>Evaluación fisioterapéutica</i>	20
3.4.2 <i>Registro de historia clínica en fisioterapia</i>	21
4. METODOLOGÍA	22
4.1 DISEÑO	22
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	22
4.2.1 <i>Criterios de inclusión</i>	22
4.2.2 <i>Criterios de exclusión</i>	23
4.2.3 <i>Determinación de la muestra</i>	23
4.3 VARIABLES DE INTERÉS	24
4.3.1 <i>Componente de la evaluación fisioterapéutica del paciente hospitalizado</i> 25	25
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	27
4.5 MATERIALES E INSTRUMENTOS	28
4.6 EVALUACIÓN DEL PROYECTO POR LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	29
4.7 ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS	29
5.1 CARACTERIZACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS POR SERVICIOS.....	31
5.2 ANÁLISIS POR ESTÁNDAR.....	32
5.2.1 <i>Evaluación</i>	33
5.3 OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	34
5.4 ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS	34
5.5 EDUCACIÓN	39
5.6 CALIDAD EN LA ATENCIÓN	41
6. DISCUSION.....	43
7. CONCLUSIONES.....	48
8. RECOMENDACIONES.....	49
BIBLIOGRAFÍA.....	51
ANEXOS	52

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización por servicios y diagnóstico.....	24
Tabla 2. Variables de la evaluación	25
Tabla 3. Variables de los objetivos terapéuticos.....	25
Tabla 4. Variables de actividades.....	26
Tabla 5. Variables de educación	26
Tabla 6. Variables de calidad en la atención.....	26
Tabla 7. Tabla de contingencia referente a las propuestas de actividades en los servicios	34
Tabla 8. Tabla de contingencia referente al contenido de actividades en las guías de manejo.....	35
Tabla 9. Tabla de contingencia referente a las propuestas de actividades por grupo de alteraciones clínicas	36
Tabla 10. Tabla de contingencia referente al contenido de actividades en las guías de manejo por grupo de alteraciones clínicas.	37
Tabla 11. Tabla de contingencia referente al uso de equipos terapéuticos por grupo de alteraciones clínicas	39
Tabla 12. Tabla de contingencia referente a la identificación de fortalezas y debilidades en el aprendizaje, por grupo de alteraciones clínicas.....	40

LISTA DE GRÁFICAS

	pág.
Gráfica 1. Servicios cubiertos por atención en fisioterapia.....	31
Gráfica 2. Diagnóstico según CIE-10, pacientes atendidos por fisioterapia.....	32
Gráfica 3. Cumplimiento de los componentes de la evolución fisioterapéutica en la historia clínica	33
Gráfica 4. Cumplimiento de los objetivos de intervención fisioterapéutica en la historia clínica	34
Gráfica 5. Cumplimiento de actividades fisioterapéuticas.....	35
Gráfica 6. Educación dentro de la intervención fisioterapéutica	41
Gráfica 7. Calidad en la atención durante la intervención fisioterapéutica.....	42

AGRADECIMIENTOS

Los autores presentan sus agradecimientos a:

Todas aquellas personas que aportaron su tiempo y valioso conocimiento para hacer de esta investigación una realidad.

A la Dra. Martha Cecilia Jaramillo, por su invaluable aporte y lineamiento para el desarrollo de este trabajo.

A nuestras familias por su paciencia, entendimiento y apoyo incondicional en esta importante etapa de nuestras vidas.

Un agradecimiento muy especial a la Institución, a la Dra. Elizabeth Mena y a la Dra. Diana Mesa, por su confianza y enseñanza.

Finalmente, a todas las personas que nos colaboraron institucionalmente para que fuera posible el trabajo y muy especialmente al equipo de fisioterapeutas de la institución que pertenece a los diferentes servicios, para ellos, este informe que permita el mejoramiento de su labor diaria bajo los requerimientos de los estándares nacionales e internacionales, para contribuir con el posicionamiento de la institución a nivel nacional e internacional, como una de las más importantes y reconocidas por la prestación de servicios de salud con calidad.

RESUMEN

Objetivo: Evaluación del diligenciamiento de la valoración e intervención fisioterapéutica en el paciente, según los estándares de calidad en salud nacionales e internacionales de una institución de salud de alta complejidad en Colombia.

Método: Se realizó un estudio descriptivo del diligenciamiento de las historias clínicas durante el periodo de septiembre de 2010 a febrero de 2011 (6 meses). Por medio de un muestreo aleatorio simple para proporciones. Se determinó que el tamaño de la muestra debía ser de 158 historias clínicas a evaluar. Se analizó mediante tablas de distribución de frecuencia, graficas y pruebas de asociación o chi-cuadrado ($p=0,05$) entre el evento, el servicio y las variables referentes al cumplimiento de calidad en la atención en salud.

Resultados: El servicio de hospitalización realizó el 73% de las atenciones evaluadas mientras que angiografía y la unidad de cuidado intensivo pediátrica fueron los de menor número de atenciones con el 1% respectivamente. El diligenciamiento del motivo de ingreso, diagnostico, antecedentes y alergias mostró un cumplimiento del 100%, mientras que lo referente a la evaluación fisioterapéutica, solo se encontró registro de la condición cardiopulmonar 91,1%; frente al no cumplimiento de la evaluación de la movilidad articular y fuerza 0%. Tampoco se encontró información de los objetivos terapéuticos. Se cumplió en un 9.5% el registro de las actividades terapéuticas propuestas y un 1,9% hicieron referencia a que estas estaban contenidas en guías clínicas de manejo; No hubo asociación estadísticamente significativa ($P=0.064$)

entre las guías y el contenido de actividades. Tampoco se encontró asociación estadísticamente significativa ($P= 0,18$) entre la aplicación de las guías y los pacientes de cirugía cardíaca y vascular. No hubo registro alguno del cumplimiento del estándar de la educación frente al uso de medicamentos y sus efectos, compromiso de la familia, del aprendizaje, ni la medición del nivel educativo del paciente. En cuanto a la utilización de equipos, este tuvo un registro del 22,2%. La calidad de la atención que hace alusión a la información y la interdisciplinariedad fue otro estándar que no se registro en ninguna de las historias evaluadas.

Conclusiones. Con el presente estudio se evidenció una serie de falencias en el diligenciamiento de la historia clínica, estas fallas están representadas en la ausencia de una evaluación, un diagnóstico fisioterapéutico, objetivos y plan de tratamiento estandarizados, herramientas indispensables para los procesos de reevaluación y replanteamiento de objetivos terapéuticos, como también la educación y al trabajo interdisciplinario que son exigidos por los procesos de acreditación nacional e internacional.

Palabras Clave: acreditación en salud, calidad en servicios de salud, estándares nacionales e internacionales de atención en salud, diligenciamiento de la historia clínica.

SUMMARY

Objective: Evaluation of the diligence of the physiotherapeutic evaluation and intervention in the patient, based on the national and international quality standards of a high complexity health institution.

Method: A descriptive study of the diligence of the clinical histories was held from September 2010 to February 2011(6 months). Throughout a simple random sample for proportions, it was determined that the size of the sample might be 158 clinical records to value. It was analyzed by frequency distribution charts, graphics and association tests or “chi-cuadrado” ($P=0,05$) between the event, the service and the variables related to compliance of quality in the health care.

Results: The hospitalization service did 73% of the valued patient care, while Angiography and the Pediatric Intensive Care Unit had the lowest number of care attention with 1% respectively. The diligence of the next information: the reason to enter, diagnosis, background and allergies, showed a compliance of 100%, while in the information related to the physiotherapeutic valuation, it was just found the record of the cardiopulmonary condition in 91.1% against the non-compliance of the valuation of the movement of the joint and strength 0%. It wasn't found any information about the therapeutic objectives either. It was fulfilled the record of the proposed activities in 9.5% and 1.9% of those activities were contained in clinical management guidelines. There wasn't statistically significant association ($P=0.064$) between the guidelines and the content of the activities. Neither was found a statistically significant association ($P=0.18$), between the application of the guidelines and the patients of cardiac and

vascular surgery. There wasn't any fulfillment of the education about the use of medicines and their effects, the family commitment, the patient education and the measurement of the educational level. About the use of equipment it was registered in 22.2%. The quality of the health care was another aspect that wasn't recorded in any of the evaluated clinical records.

Conclusions: This study revealed a series of mistakes in the processing of clinical records. These faults are represented in the lack of standardized evaluation, physical therapy diagnosis, goals, objectives and treatment plan, essential tools for the process of reevaluation and reassessment of therapeutic objectives as well as the education and interdisciplinary work that are required for processes of national and international accreditation.

Key Words: Health accreditation, health care service quality, national and international standards for health care, clinical records processing.

INTRODUCCIÓN

El fisioterapeuta como profesional de la salud es autónomo, fundamenta su ejercicio profesional en los conocimientos de las ciencias biológicas. Tiene como herramientas de trabajo la evaluación y el diagnóstico fisioterapéutico, que son procesos clínicos fundamentales, para crear un plan de tratamiento y desarrollar las estrategias de intervención adecuadas a cada necesidad del paciente.

En la actualidad no se cuenta con una herramienta de evaluación e intervención fisioterapéutica estandarizada, que cumpla a cabalidad con los requerimientos de los estándares nacionales e internacionales de calidad en la prestación de servicios de salud. Desde la implementación de la ley 100 en el modelo de salud colombiano se determina que la Acreditación en Salud es un mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, es por esto que cada vez, más instituciones buscan acreditarse, para sobresalir en un mercado, cada día más competitivo, por la gran cantidad de oferta de servicios.

El objetivo de la acreditación en salud es garantizar que la institución acreditada, brinde servicios diferenciados. Es por esto que ésta investigación busca identificar, la existencia de una estandarización del diligenciamiento de la valoración e intervención fisioterapéutica registrados en la historia clínica de una institución de alta complejidad de Colombia, acreditada en salud desde 2006, el alcance de este trabajo es revisar el grado de cumplimiento de los estándares a través de la evaluación del registro de la valoración e intervención fisioterapéutica consignado en la historia clínica.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Esta institución de salud de Alta Complejidad de Colombia, está acreditada nacionalmente. En el camino hacia la excelencia, busca actualmente acceder a la acreditación internacional a través de la Joint Commission International (JCI).

La acreditación nacional e internacional, sustentan la calidad en la prestación de los servicios de salud hospitalaria, con el cumplimiento de estándares especializados, que unifican el desarrollo de los procesos al interior de las instituciones y dan lineamientos específicos para brindar una atención médica segura. El desarrollo de la valoración e intervención del fisioterapeuta también debe ir sujeto al cumplimiento de los estándares.

Ante este reto surge el interrogante: ¿ El diligenciamiento de la historia clínica en cuanto a la valoración e intervención fisioterapéutica en el paciente cumple con los requerimientos de los estándares de calidad en salud nacionales e internacionales de una institución de salud de Alta Complejidad en Colombia?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar los Estándares de calidad en salud aplicados a la valoración e intervención fisioterapéutica en una Institución de Alta Complejidad.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar una herramienta de evaluación del registro en la historia clínica de la valoración e intervención fisioterapéutica con base en los estándares nacionales e internacionales.
- Aplicar un instrumento de evaluación de los estándares en el diligenciamiento de la historia clínica.
- Evaluar la calidad del registro clínico del fisioterapeuta a la luz de estándares nacionales e internacionales.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 ACREDITACIÓN EN SALUD EN COLOMBIA

Para el desarrollo de este trabajo, es necesario referenciar las prácticas médicas nacionales e internacionales, a la luz de los procesos estandarizados, como la acreditación en salud que es:

“Una acción voluntaria y periódica de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados, que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función” (Decreto 1011- Resolución 1445 de 2006).

“La acreditación en salud está específicamente diseñada para el sector salud, realizada generalmente por una organización no gubernamental, que permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad. Se basa en requisitos de procesos de atención, orientados a resultados y lo desarrollan profesionales de salud que son pares o contrapartes del personal de las entidades que desean acreditarse y tener reconocimiento público en el ámbito nacional e internacional, con efectos de mejoramiento de calidad demostrados. Esta evaluación corresponde a un proceso voluntario en el cual se reconoce públicamente a una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo y Régimen subsidiado (EPS),

Entidad de Medicina Prepagada (EMP), Entidad Adaptada en salud (EAS), Entidades Territoriales de Salud (ETS), el cumplimiento de estándares superiores de calidad, previo cumplimiento de los requisitos mínimos determinados por el sistema único de habilitación”.¹ Esta institución es reconocida a nivel nacional como una IPS con acreditación de calidad, para ofrecer servicios de salud de Alta Complejidad.

“El objetivo del Sistema Único de Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la Acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas”.²

3.2 ESTÁNDARES NACIONALES EN SALUD

Para efectos de las acreditaciones y el cumplimiento de las normas que cada ente, nacional e internacional, exige como modelo institucional, se describen los estándares como procesos esenciales que indican que una institución está verdaderamente encaminada en el proceso de excelencia en la prestación de los servicios clínicos.

“Estándar de calidad es el que reúne los requisitos mínimos en busca de la excelencia dentro de una organización institucional.”³

¹ Acreditación en salud. Recuperado el 3 de septiembre de 2011, de Acreditación en Salud: <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=117&IdCat=29>

² Ibid

³Estándares de Calidad. Definición de ESTÁNDAR.

Estructura general de los estándares en salud

Son “las condiciones mínimas indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier organización de prestación de servicios de salud”.⁴

Los estándares nacionales enmarcan el contexto necesario para ofrecer servicios en salud con calidad. La institución de salud en mención, está acreditada nacionalmente desde el 26 de abril de 2006. Para efectos de esta investigación se tuvo en cuenta el manual de estándares de acreditación, emitido por el ente acreditador Nacional representado por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC).

Se tienen en cuenta los estándares relacionados con la “**Planeación del cuidado y tratamiento**”⁵ que incluyen procesos, que deben estar planeados con base en una rigurosa evaluación, un diagnóstico adecuado, correlacionado con las Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la evidencia que la institución ha desarrollado, adoptado o adaptado para el manejo de los pacientes.

En cuanto al estándar de “**Ejecución del tratamiento**”⁶ se garantizan procesos bien desarrollados, que sustentan la ejecución del tratamiento, por un grupo interdisciplinario de salud, preparado y con capacidad técnica y científica para cumplir con la función asignada dentro del equipo de trabajo, siempre teniendo en cuenta la

⁴ Centro de Gestión Hospitalaria. *Habilitación*.

⁵ Resolución 1445 del 2006 (Anexo Técnico 2).

⁶ *Ibid*, pp. 15.

opinión y decisión del paciente y de su familia, haciendo referencia a los derechos del paciente.

El estándar de **“Proceso de planeación de la atención”**⁷ garantiza que los tratamientos basados en las guías de manejo de la institución, son los requeridos por el paciente.

Cada guía de manejo empleada, se evalúa constantemente para determinar la aplicabilidad de la misma y monitorizar la adherencia. Los anteriores estándares enmarcan la creación de un instrumento de evaluación que determine qué tan adheridos están los procesos de fisioterapia a la exigencia de dichos estándares.

Actualmente, y con el ánimo de cumplir con su visión de ser una institución de referencia nacional e internacional, por los servicios de salud que presta de alta calidad, esta institución se encamina hacia la consecución de la acreditación internacional otorgada por la Joint Commission.

3.3 ESTÁNDARES INTERNACIONALES EN SALUD

El objetivo principal de la acreditación internacional es garantizar la calidad de los servicios de salud y mejorar la seguridad en la atención al paciente. A través de la acreditación y certificación de JCI, la entidad accede a un sistema de medición de calidad mundialmente reconocido que funciona como un índice de referencia, con mejores prácticas, estrategias de reducción de riesgos y tácticas para disminuir eventos adversos.

⁷ Ibid, pp. 15

“Los estándares están agrupados por las funciones relacionadas con la prestación de atención al paciente y las relacionadas con la presentación de una organización segura, efectiva y bien manejada. Estas funciones se aplican a toda la organización, como también a cada departamento, unidad o servicio dentro de la organización. Cuando el cumplimiento de un estándar está relacionado con una ley o reglamentación, registrará lo que establezca el requisito más alto o más estricto”.⁸

Los estándares internacionales que se tienen en cuenta para la investigación están ligados a las prácticas médicas y son extensibles a las intervenciones del fisioterapeuta; los más relevantes son: el Estándar de “**Evaluación de pacientes (AOP)**”⁹ donde se determinan las necesidades del paciente posterior a un proceso efectivo de la evaluación, “la evaluación del paciente es un proceso constante y dinámico” donde se reúne una información relevante sobre el estado físico, psicológico y social del paciente, así, como la historia de su salud. La evaluación exige un análisis de datos e información, para identificar las necesidades de atención sanitaria del paciente. Para posteriormente elaborar un plan de atención que cubra las necesidades identificadas.

Así como se determina la importancia de la evaluación inicial, se debe “Reevaluar a todos los pacientes, a intervalos adaptados a su situación, para determinar su respuesta al tratamiento y para planificar la continuación del tratamiento o el alta”. Los médicos, los enfermeros y demás personas de la salud que brindan atención al paciente, colaboran

⁸ Joint Commission International (2011). *Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International* (4ª ed, pp. 5). Illinois: Department of Publications Joint Commission Resources.

⁹ Ibid, pp. 72.

para analizar e integrar las evaluaciones de los pacientes y todos los procesos deben quedar correctamente descritos en la historia clínica.

El estándar de la “**Atención de pacientes (COP)**”¹⁰ identifica puntos básicos para la prestación de la atención a los pacientes, que incluyen: “Planificación y prestación de atención a cada paciente, monitorización del paciente para entender los resultados de la atención, modificación de la atención cuando sea necesario, finalización de la atención y planificación del seguimiento”.

“Médicos, enfermeros, farmacéuticos, terapeutas de rehabilitación y otro tipo de profesionales sanitarios, pueden realizar estas actividades. Cada profesional tiene un rol claro en la atención del paciente”.

Otro estándar es la “**Educación del paciente y su familia (PFE)**”¹¹. Es muy importante la educación dada a la familia y al paciente para que se establezca una participación activa de los mismos en la recuperación de éste, los profesionales relacionados con la atención al paciente “educan a los pacientes y a las familias”; hay que coordinar todo tipo de actividades que garanticen que el paciente aprende lo que se le quiere instruir. La buena educación del paciente y de su familia puede garantizar el éxito de un tratamiento.

“La educación del paciente y de su familia incluye los siguientes temas, relacionados con la atención del paciente: uso seguro de medicamentos, uso seguro del equipamiento

¹⁰ Ibid, pp. 97.

¹¹ Ibid, pp. 131.

médico, interacciones potenciales entre medicamentos y alimentos, orientación nutricional, gestión del dolor y *técnicas de rehabilitación*.”

El estándar relacionado con la calidad en la atención **“Mejora de la calidad y seguridad al paciente QPS”** “Describe un enfoque global para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente. La reducción permanente de los riesgos para el paciente y el personal es integral a la mejora general de la calidad. Tales riesgos pueden encontrarse tanto en los procesos clínicos como en el entorno físico. Este enfoque incluye el liderazgo y la planificación del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente; el diseño de nuevos procesos clínicos y de gestión; la medición del funcionamiento de los procesos, mediante la recogida de datos; el análisis de datos; y la implementación y consolidación de cambios que tengan como resultado la mejora”. Uno de los elementos medibles de este estándar es: Que se utilizan guías de práctica clínica, vías clínicas y/o protocolos clínicos para guiar la atención clínica¹².

En cuanto al **“Manejo de la comunicación y la información (MCI)”**¹³ forma parte importante en esta investigación, dado que una comunicación efectiva resulta sumamente importante a la hora de aunar esfuerzos para mejorar y garantizar la calidad en la atención al paciente, esta comunicación compromete al cuerpo médico, enfermería y rehabilitación. Las fallas en la comunicación son una de las causas primarias, más comunes de los incidentes que vulneran la seguridad del paciente.

¹² Ibid pp.139

¹³ Ibid, pp. 218.

3.4 EL PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

“La fisioterapia es una profesión liberal, del área de la salud, con formación universitaria, cuyos sujetos de atención son el individuo, la familia y la comunidad, en el ambiente en donde se desenvuelven. Su objetivo es el estudio, comprensión y manejo del movimiento corporal humano, como elemento esencial de la salud y el bienestar del hombre. Orienta sus acciones al mantenimiento, optimización o potencialización del movimiento, así como a la prevención y recuperación de sus alteraciones y a la habilitación y rehabilitación integral de las personas con el fin de optimizar su calidad de vida y contribuir al desarrollo social. Fundamenta su ejercicio profesional en los conocimientos de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas, así como en sus propias teorías y tecnologías”¹⁴.

Esta Institución de Salud, cuenta con nueve fisioterapeutas que intervienen en las áreas de urgencias, angiografía, hospitalización, trasplante de médula, cuidado intermedio, cuidado intensivo recién nacidos y observación cirugía. En la unidad de cuidado intensivo hay cinco fisioterapeutas que pertenecen a esa área exclusivamente y cuatro fisioterapeutas en la unidad de cuidado intensivo pediátrica.

3.4.1 Evaluación fisioterapéutica

“La evaluación fisioterapéutica integra gran variedad de instrumentos según el componente que se evalúe: osteomuscular, cardiorrespiratorio, integumentario y neuromuscular a partir del movimiento corporal humano, pero no siempre estos

¹⁴Ley 528 del 20 de septiembre 1999, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia

cumplen con las cualidades de validez, confiabilidad y utilidad clínica práctica para ser usados en diferentes poblaciones”¹⁵. America Physical Therapy Asociation (APTA) “considera que la relación fisioterapeuta – usuario se fundamenta en las siguientes etapas: examen, evaluación, diagnóstico fisioterapéutico, pronóstico, intervención y reevaluación”¹⁶. Por esta razón, los procesos de medición y evaluación fisioterapéuticos, son los elementos sobre los que reposa la toma de decisiones de la profesión y la calidad de ésta; al igual que la continuidad de programas de rehabilitación instaurados según las necesidades del paciente y la calidad de la atención.

3.4.2 Registro de historia clínica en fisioterapia

En el Título VI del Código de Ética para el ejercicio de la Profesión de fisioterapia, capítulo I, que trata sobre las relaciones del fisioterapeuta con los usuarios de sus servicios; la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud o enfermedad de un cliente o paciente, siendo un documento privado donde los profesionales y la institución de salud son los salvaguardas de la misma. En ésta el fisioterapeuta debe consignar: el diagnóstico fisioterapéutico según el componente afectado, los procedimientos realizados, las prescripciones, instrucciones y recomendaciones por parte del fisioterapeuta (Ley colombiana 528/99, artículo 23).

¹⁵ Sánchez, A. (2005). *Construcción de un lenguaje común de la evaluación en fisioterapia desde la evidencia científica* (50). Revista ASCOFI.

¹⁶ World confederation por Physical Therapy (WCPT) (1999). Description of physical therapy

4. METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO

Es un estudio descriptivo exploratorio y retrospectivo.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población objetivo de este estudio es el registro en la historia clínica de 1.655 pacientes atendidos por el personal de fisioterapia durante el periodo de septiembre de 2010 a febrero de 2011 (6 meses), en los servicios de Hospitalización, Unidad de Cuidado Intensivo pediátrico y adulto, unidad de cuidado intermedio, Cirugía – recuperación y urgencias en una institución de alta complejidad de Colombia,

4.2.1 Criterios de inclusión

- Registro de historia clínica con orden médica de intervención fisioterapéutica.
- Registro de intervención fisioterapéutica: terapia respiratoria, terapia física, rehabilitación cardiaca, rehabilitación neurológica.

4.2.2 Criterios de exclusión

- Registro de historia clínica paciente hospitalizado en el servicio de Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.
- Registro de historia clínica paciente en Consulta externa.
- Registros de Intervención en situaciones de urgencia vital: código azul y equipo de respuesta rápida.

4.2.3 Determinación de la muestra

Se utilizó para el cálculo la Ecuación tamaño de muestra para proporciones conociendo

$n = \frac{N Z^2 P Q}{E^2 (N-1) Z^2 P Q}$. Donde: **N**= tamaño de la población; **Z**= confiabilidad de la estimación,

este valor corresponde a una confiabilidad del 95% (probabilidad de que NO ocurra un error tipo 1); **P**= prevalencia del fenómeno en la población; **Q**= es el complemento, es igual a 1 - P (1 - la prevalencia de la enfermedad); **E**= el error estándar permitido, es decir, la probabilidad de que ocurra error tipo 2. Generalmente maneja un 3% pero en contados estudios se trabaja al 5% porque esto disminuye el tamaño de la muestra cuando se calcula sobre una población finita se debe ajustar por el factor de corrección y la no respuesta, que son los valores f y n.

Se tomaron los siguientes parámetros para proporciones: variabilidad del 50% (PQ=0,25). Se usó la máxima variabilidad debido a que se desconocía.

Nivel de confianza del 95% ($Z^2 = 1,96$) y un error del 7%.

El cálculo de la muestra con estos valores fue de 275 registros, posteriormente se realizó ajuste debido a que el factor de corrección fue superior al 5%, de donde se determina que el tamaño de la muestra es de 158 historias clínicas a evaluar.

La muestra se seleccionó mediante el método de aleatorio simple: con la organización de los registros de historias clínicas por fecha de atención, que se tomaron de la base de datos facilitada por el departamento de sistemas de la institución, en un archivo de Excel, las historias clínicas fueron escogidas por medio de números aleatorios generados por dicho programa.

Unidad de cálculo: La evaluación del registro en la historia Clínica de todos los servicios en donde interviene el profesional de fisioterapia durante el periodo de septiembre de 2010 a febrero de 2011 (6 meses).

4.3 VARIABLES DE INTERÉS

Las variables de estudio se enumeran en la siguiente tabla:

Tabla 1. Caracterización por servicios y diagnostico

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR
Servicio	Nominal	Lugar en el que se realiza la intervención terapéutica	Urgencias, angiografía, cirugía, hospitalización, UCI adultos, UCIN, UCI pediátrica,
Diagnóstico	Cualitativa Nominal	Clasificación de la alteración de la salud	CIE-10

Fuente: Elaboración propia

4.3.1 Componente de la evaluación fisioterapéutica del paciente hospitalizado

Con este indicador se busca identificar la calidad de la evaluación fisioterapéutica con respecto a los parámetros medibles tales como fuerza muscular, arcos de movilidad articular y condición cardiopulmonar. Igualmente, el debido registro de sus antecedentes patológicos y familiares.

Tabla 2. Variables de la evaluación

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR
Motivo de ingreso al servicio	Cualitativa Dicotómica	Registro en historia clínica de la causa de consulta.	Cumple/ no cumple
Antecedentes patológicos	Cualitativa Dicotómica	Registro en la historia clínica del historial patológico personal.	Cumple/ no cumple
Antecedentes familiares	Cualitativa Dicotómica	Registro en la historia clínica del historial patológico familiar.	Cumple/ no cumple
Alergias	Cualitativa Dicotómica	Registro en la historia clínica del historial alérgico del paciente	Cumple/ no cumple
Evaluación de movilidad articular funcional	Cualitativa Dicotómica	Realización de la evaluación fisioterapéutica de la movilidad articular funcional.	Cumple/ no cumple
Evaluación de la fuerza muscular	Cualitativa Dicotómica	Realización de la evaluación fisioterapéutica de la fuerza muscular.	Cumple/ no cumple
Evaluación Cardio-pulmonar	Cualitativa Dicotómica	Realización de una evaluación respiratoria.	Cumple/ no cumple
Utilización de Guías Clínicas	Cualitativa Dicotómica	Si el profesional en fisioterapia luego de una evaluación adecuada, aplica alguna guía de manejo terapéutica.	Cumple/ no cumple
Otros	Cualitativa Dicotómica	Otros manejos avanzados. (ventilación mecánica invasiva o no invasiva)	Cumple/ no cumple

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Variables de los objetivos terapéuticos

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR
Mejorar o mantener arcos de movilidad articular.	Cualitativa Dicotómica	Plantea como objetivo terapéutico el mejorar o mantener los arcos de movilidad articular del paciente.	Cumple/ no cumple
Mejorar o mantener la fuerza muscular	Cualitativa Dicotómica	Plantea como objetivo terapéutico el mejorar o mantener la fuerza muscular del paciente.	Cumple/ no cumple
Mejorar o mantener	Cualitativa	Plantea como objetivo terapéutico	Cumple/ no cumple

volúmenes pulmonares	Dicotómica	el mejorar o mantener los volúmenes pulmonares.	
Mejorar el manejo de las secreciones	Cualitativa Dicotómica	Plantea como objetivo terapéutico el mejorar el proceso de depuración de las vías aéreas.	Cumple/ no cumple
Mejorar la oxigenación	Cualitativa Dicotómica	Plantea como objetivo terapéutico la oxigenación pulmonar.	Cumple/ no cumple
Favorecer la desinsuflación	Cualitativa Dicotómica	Plantea como objetivo terapéutico, disminuir la resistencia a la salida del aire las vías aéreas.	Cumple/ no cumple

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Variables de actividades

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR
Propone actividades de acuerdo a los objetivos terapéuticos identificados en la evaluación fisioterapéutica.	Cualitativa Dicotómica	Planeación y ejecución de actividades terapéuticas según la evaluación inicial.	Cumple/ no cumple
Estas actividades están contenidas en una o varias guías de manejo	Cualitativa Dicotómica	Las actividades terapéuticas propuestas, están contenidas en guías de manejo.	Cumple/ no cumple

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. Variables de educación

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR
Compromete al círculo familiar en el proceso de rehabilitación	Cualitativa Dicotómica	Muestra de secreción bronquial lograda por técnica estéril y aspirado de la vía aérea inferior por medio del tubo oro traqueal.	Cumple/ no cumple
Uso de medicamentos, sus efectos y la interacción con los alimentos	Cualitativa Dicotómica	Se da información respecto al uso de medicamentos, sus efectos y la interacción con los alimentos al paciente y a los familiares.	Cumple/ no cumple
Uso de equipos terapéuticos	Cualitativa Dicotómica	Incluye equipos de tecnología en el proceso terapéutico.	Cumple/ no cumple
Identificación de fortalezas y debilidades del paciente(aprendizaje)	Cualitativa Dicotómica	Apreciación del nivel educativo o de las capacidades cognitivas del paciente.	Cumple/ no cumple
Nivel de educación	Cualitativa Dicotómica	Identificación del nivel educativo formal del paciente.	Cumple/ no cumple

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. Variables de calidad en la atención

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR
Planificación de la atención integrada y coordinada entre servicios	Cualitativa Dicotómica	Manejo interdisciplinario y programación de la atención.	Cumple/ no cumple
Resultado de las reuniones del equipo interdisciplinario debidamente registrada	Cualitativa Dicotómica	Registro de las decisiones tomadas por el equipo interdisciplinario para el manejo del paciente.	Cumple/ no cumple
Existencia de un plan de atención interdisciplinario	Cualitativa Dicotómica	el manejo del paciente es el resultado de un acuerdo del grupo interdisciplinario.	Cumple/ no cumple
Reevaluación del plan de acción.	Cualitativa Dicotómica	Periódica evaluación del manejo y la evolución del paciente.	Cumple/ no cumple

Fuente: Elaboración propia

- Variables del instrumento de evaluación (ver Anexo 1).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Según la Resolución No. 8430 de 1993, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; La información consultada y llevada al instrumento de evaluación correspondió en todo momento con la verdad de lo encontrado en la historia clínica, y no permite la identificación de los usuarios cuyos datos fueron incluidos en la muestra de estudio, lo cual garantiza que el estudio preserva el principio de confidencialidad de la historia clínica, se salvaguardan la confidencialidad de la historia clínica de la Institución, no se identifican los pacientes, se asigna un código enumerando de forma consecutiva a partir de 1, seguido del número de Historia clínica asignado por la Institución y la información analizada solo corresponde a una auditoria exclusivamente del registro escrito del fisioterapeuta con fines investigativos.

4.5 MATERIALES E INSTRUMENTOS

Se diseñó el *Instrumento de evaluación del registro en la historia clínica de la valoración e intervención fisioterapéutica* (Anexo 1), para recopilar la información, tomada a partir de la revisión de la historia clínica sistematizada de los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, citados para el estudio.

Este instrumento fue elaborado por el grupo de investigadores a partir de una revisión de estándares de calidad en atención en salud nacional e internacional y la evaluación fisioterapéutica según los criterios de la World Confederation for Physical Therapy (WCPT) y el modelo de la intervención fisioterapéutica de la American Physical Therapy Association (APTA), las que coinciden con los estándares exigidos para una atención en salud de calidad, como lo son el registro en la historia clínica de los criterios de calidad determinados por el ente acreditador, ante el cumple o no cumple con el registro de la evaluación, los objetivos terapéuticos, las actividades terapéuticas, la educación al paciente y su familia y la comunicación multidisciplinaria en la intervención; como resultado se obtuvo una lista de chequeo en donde se evaluó el cumplimiento o no, de los ítems anteriormente mencionados. El instrumento fue socializado con la Dra. Diana Mesa, quien es la médica auditora de la institución, encargada de dirigir los procesos de calidad en el Sistema Integrado de Gestión de la institución. Teniendo en cuenta que el instrumento de evaluación fue elaborado con base en las normas de acreditación, este no requirió de procesos de validación dado que fue concebido por la información fidedigna que suministraron los estándares y los ítems de evaluación e intervención fisioterapéutica de la WCP y APTA.

Se realizó una prueba piloto donde se identificó el manejo de la historia clínica para el propósito de la investigación y la obtención de los datos; se revisaron 20 historias clínicas, que fueron escogidas por fuera del periodo establecido para la recolección de los datos, posterior a esto se hicieron las adecuaciones como: incluir información del servicios para identificar donde se presentaban el mayor número de atenciones por parte de los fisioterapeutas, de igual forma se incluyó el número de la historia al inicio del instrumento para evitar la repetición de los datos recolectados, finalmente y con el aval de la Dra. Diana Mesa se determinó la viabilidad de la aplicación del instrumento.

4.6 EVALUACIÓN DEL PROYECTO POR LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD

Los investigadores, enviaron una carta describiendo el proyecto y su objetivo, a la gerencia clínica y administrativa, quienes dieron el visto bueno, aprobando el proyecto para desarrollarlo en la misma institución.

4.7 ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS

La información recogida con la **Herramienta de evaluación del registro en la historia clínica de la evaluación e intervención fisioterapéutica**, (Anexo 1); se tabuló en una base de datos diseñada en EXCEL (versión 2011 para Mac).

Dicha base de datos se corrió en el programa estadístico SPSS versión 15¹⁷, para un análisis descriptivo de las variables nominales de la base de datos recolectada, de este se obtuvieron representaciones gráficas de los datos.

¹⁷ Manuales del SPSS versión 15.0. SPSS Inc. Chicago. 2006.

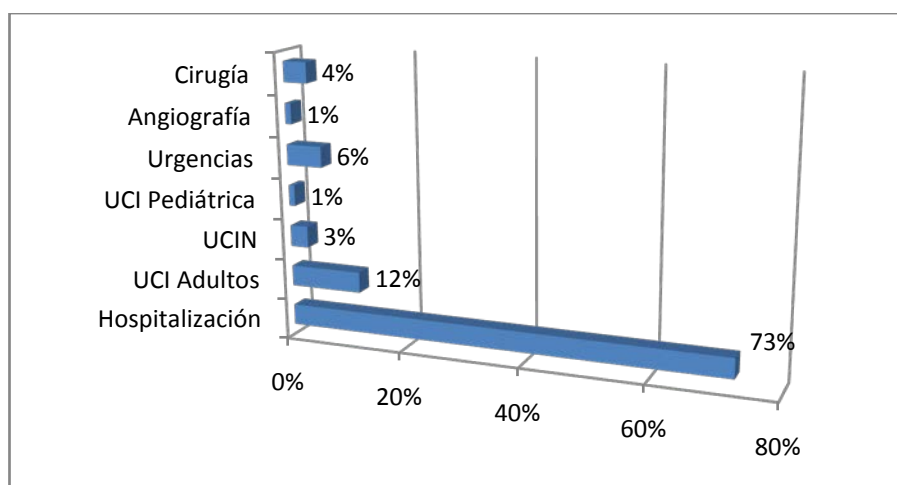
5. RESULTADOS

Los siguientes resultados se obtuvieron al analizar 4.108 datos arrojados tras la aplicación del *Formato de evaluación del registro en la historia clínica de la valoración e intervención fisioterapéutica*, a 158 registros de historias clínicas de pacientes admitidos a los servicios de urgencias, cirugía, recuperación, hospitalización, UCI adulto y pediátrica, en periodo de septiembre de 2010 a febrero de 2011 (6 meses), tomando como referencia los estándares exigidos la Joint Commission International y de Acreditación Nacional en cuanto al diligenciamiento del registro en Historia Clínica.

5.1 Caracterización de las historias clínicas por servicios.

La gráfica 1 muestra que 73% de los servicios fueron prestados en el área de hospitalización (115 registros), la menor cantidad de registros, son del servicio de angiografía y Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrica con un 1% cada uno.

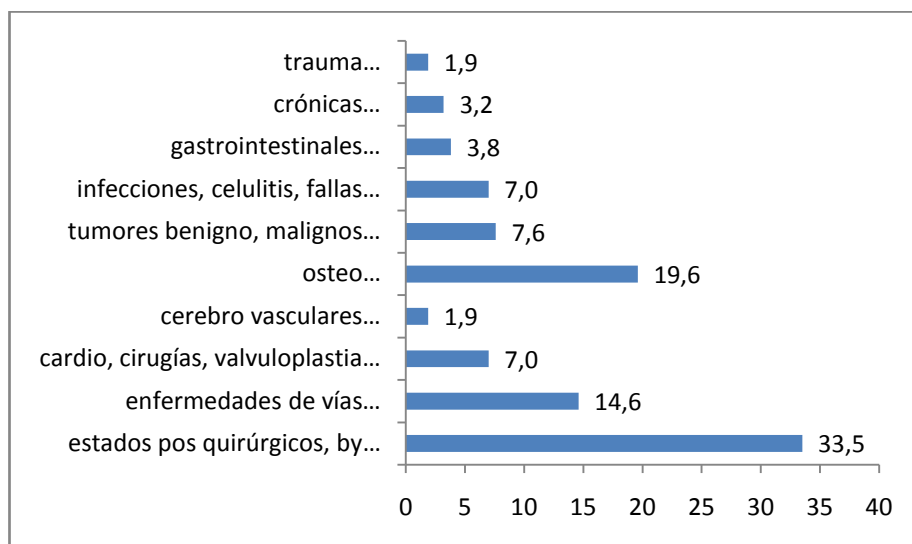
Gráfica 1. Servicios cubiertos por atención en fisioterapia



Fuente: Elaboración propia

Según la CIE-10 aplicada a cada uno de los grupos evaluados en el estudio (Gráfica 2), se identificó que el grupo que predomina es el conformado por los pacientes posquirúrgicos (cirugías estéticas, bariátricas) con 33,5% (53 registros), seguido del grupo de enfermedades osteoarticulares e instrumentación de columna con 19,6% (31 registros). El grupo menos representativo fue el de enfermedades cerebrovasculares y trauma con un 1,9% (3 registros) cada uno de ellos.

Gráfica 2. Diagnóstico según CIE-10, pacientes atendidos por fisioterapia



Fuente: Elaboración propia

5.2 ANÁLISIS POR ESTÁNDAR

Para un adecuado análisis de la historia clínica se evaluó cada uno de los componentes que exigen los estándares nacionales e internacionales que deben estar consignados en la historia clínica. Este registro está actualmente sistematizado.

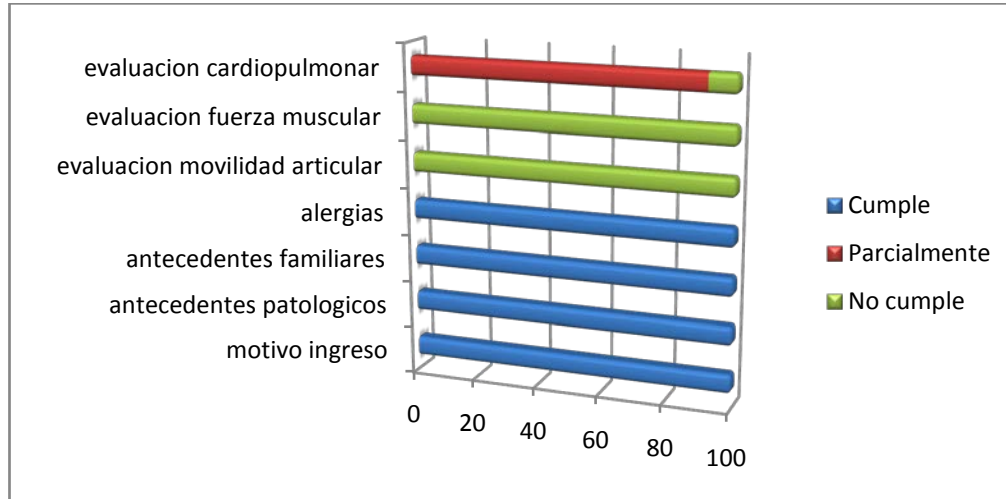
5.2.1 Evaluación

En las preguntas 1.1 a 1.4, en lo referente a los motivos de ingreso y antecedentes patológicos, familiares y de alergias, hay un cumplimiento de registro del 100%.

En las preguntas 1.5 y 1.6, que hacen alusión a la valoración fisioterapéutica (aplicación de test y medidas propios de su intervención: movilidad articular, fuerza muscular, estado o condición cardio pulmonar) que permiten dar un diagnóstico fisioterapéutico y crea un punto de partida que permite visualizar la evolución del paciente en el tiempo, se encontró un cumplimiento del 0%.

En el punto 1.7, en lo referente a la evaluación cardiopulmonar, se encontró un cumplimiento parcial del 91.1%.

Gráfica 3. Cumplimiento de los componentes de la evolución fisioterapéutica en la historia clínica

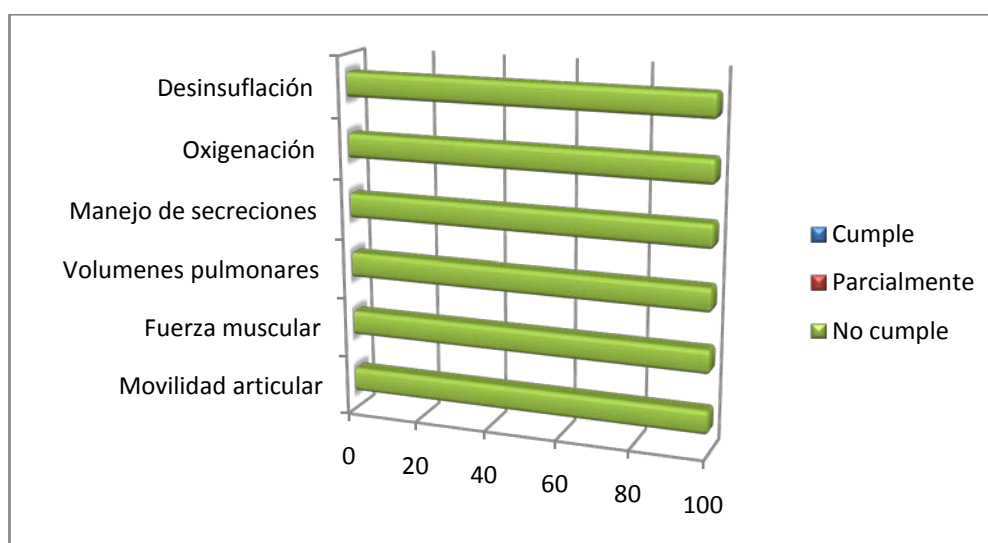


Fuente: Elaboración propia

5.3 OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Los objetivos principales de la intervención fisioterapéutica son mejorar o mantener arcos de movilidad articular, fuerza muscular, manejo de secreciones, oxigenación, volúmenes pulmonares; que al ser evaluados, se identificó el pleno incumplimiento de este punto. (Gráfica 4).

Gráfica 4. Cumplimiento de los objetivos de intervención fisioterapéutica en la historia clínica

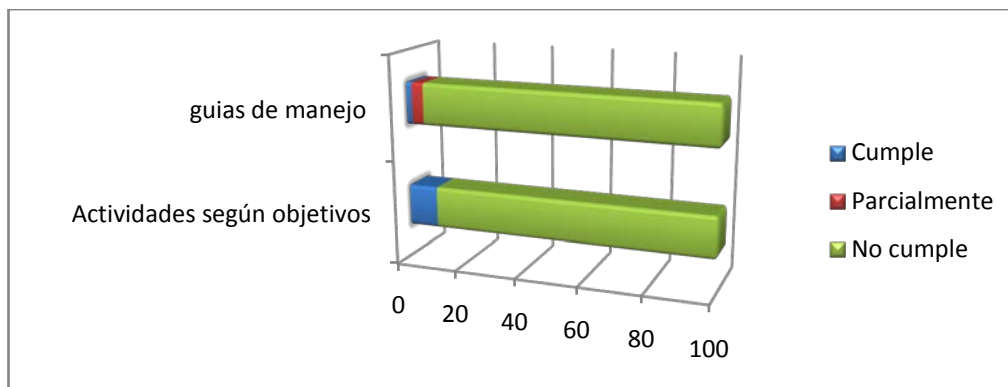


Fuente: Elaboración propia

5.4 ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS

Referente a las actividades plasmadas en la historia clínica en los puntos 3.1 y 3.2, que hablan de proponer actividades de acuerdo a los objetivos terapéuticos identificados en la evaluación, y si están contenidas dichas actividades en guías de manejo respectivamente; se encontró un cumplimiento del 9,5% y 1,9% respectivamente. (Gráfica 5).

Gráfica 5. Cumplimiento de actividades fisioterapéuticas



Fuente: Elaboración propia

Asociación con los servicios

La UCI adultos fue el servicio con mayor cumplimiento de estos dos registros en un 47,4% en el punto 3.1 y 10,5% en el 3.2. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el servicio y la pregunta 3.1 (propone actividades); según los objetivos terapéuticos ($P=0,000$) (Tabla 7). Sin embargo no se encontró asociación estadísticamente significativa en el caso de las guías de manejo con la unidad de servicio ($P=0,064$) (Tabla 8).

Tabla 7. Tabla de contingencia referente a las propuestas de actividades en los servicios

			p3.1		Total
			Cumple	No cumple	
servicio	Hospitalizacion	Recuento	5	110	115
		% de servicio	4,3%	95,7%	100,0%
UCI adultos	UCI adultos	Recuento	9	10	19
		% de servicio	47,4%	52,6%	100,0%
Intermedios	Intermedios	Recuento	1	3	4
		% de servicio	25,0%	75,0%	100,0%
UCI pediátrica	UCI pediátrica	Recuento	0	2	2
		% de servicio	,0%	100,0%	100,0%
urgencias	urgencias	Recuento	0	10	10
		% de servicio	,0%	100,0%	100,0%
Angiografía	Angiografía	Recuento	0	1	1
		% de servicio	,0%	100,0%	100,0%
Cirugía	Cirugía	Recuento	0	7	7
		% de servicio	,0%	100,0%	100,0%
Total	Total	Recuento	15	143	158
		% de servicio	9,5%	90,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,482(a)	6	,000
Razón de verosimilitudes	27,245	6	,000
Asociación lineal por lineal	,004	1	,947
N de casos válidos	158		

Procesado con SPSS versión 15.0. SPSS Inc. Chicago. 2006

a 9 casillas (64,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,09.

Tabla 8. Tabla de contingencia referente al contenido de actividades en las guías de manejo

			p3.2			Total
			Cumple	No cumple	Parcialmente	
servicio	Hospitalización	Recuento	1	112	2	115
		% de servicio	,9%	97,4%	1,7%	100,0%
	UCI adultos	Recuento	2	16	1	19
		% de servicio	10,5%	84,2%	5,3%	100,0%
	Intermedios	Recuento	0	2	2	4
		% de servicio	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	UCI pediátrica	Recuento	0	1	1	2
		% de servicio	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	urgencias	Recuento	0	10	0	10
		% de servicio	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Angiografía	Recuento	0	1	0	1
		% de servicio	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Cirugía	Recuento	0	7	0	7
		% de servicio	,0%	100,0%	,0%	100,0%
Total		Recuento	3	149	6	158
		% de servicio	1,9%	94,3%	3,8%	100,0%

Procesado con SPSS versión 15.0. SPSS Inc. Chicago. 2006

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	45,980(a)	12	,000
Razón de verosimilitudes	20,182	12	,064
Asociación lineal por lineal	,610	1	,435
N de casos válidos	158		

Procesado con SPSS versión 15.0. SPSS Inc. Chicago. 2006

a 17 casillas (81,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.

Asociación con los eventos

El grupo de enfermedades crónicas tales como diabetes e hipertensión arterial, fue el que cumplió en mayor proporción con el registro de las actividades en un 40%.

También mostro asociación estadísticamente significativa (P= 0.012) entre el evento y el cumplimiento (Tabla 9).

Tabla 9. Tabla de contingencia referente a las propuestas de actividades por grupo de alteraciones clínicas

			p3.1		Total
			Cumple	No cumple	
Evento	estados pos quirúrgicos, by pass, nefrectomias, lipo,	Recuento	3	50	53
		% de Evento	5,7%	94,3%	100,0%
	enfermedades de vías respiratorias	Recuento	0	23	23
		% de Evento	,0%	100,0%	100,0%
	Cardio, cirugías, valvuloplastias, revascularizaciones	Recuento	4	7	11
		% de Evento	36,4%	63,6%	100,0%
	cerebro vasculares	Recuento	1	2	3
		% de Evento	33,3%	66,7%	100,0%
	osteo musculares, remplazos articulares, columna,	Recuento	1	30	31
		% de Evento	3,2%	96,8%	100,0%
	tumores benigno, malignos	Recuento	2	10	12
		% de Evento	16,7%	83,3%	100,0%
	infecciones, celulitis, fallas orgánicas	Recuento	2	9	11
		% de Evento	18,2%	81,8%	100,0%
	gastrointestinales	Recuento	0	6	6
		% de Evento	,0%	100,0%	100,0%
	crónicas metabólicas, hta, diabetes	Recuento	2	3	5
		% de Evento	40,0%	60,0%	100,0%
	trauma	Recuento	0	3	3
		% de Evento	,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	15	143	158
		% de Evento	9,5%	90,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,008(a)	9	,004
Razón de verosimilitudes	21,058	9	,012
Asociación lineal por lineal	2,068	1	,150
N de casos válidos	158		

Procesado con SPSS versión 15.0. SPSS Inc. Chicago. 2006

a 12 casillas (60,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,28.

Tampoco se encontró asociación estadísticamente significativa entre la aplicación de guías de manejo y el grupo de pacientes de cirugía cardíaca y de enfermedades cerebrovasculares, (P= 0.18) (tabla 10).

Tabla 10. Tabla de contingencia referente al contenido de actividades en las guías de manejo por grupo de alteraciones clínicas

			p3.2			Total
			Cumple	No cumple	Parcialmente	Cumple
Evento	estados pos quirurgicos, by pass, nefrectomias, lipo,	Recuento	1	52	0	53
		% de Evento	1,9%	98,1%	,0%	100,0%
	enfermedades de vías respiratorias	Recuento	1	22	0	23
		% de Evento	4,3%	95,7%	,0%	100,0%
	Cardio, cirugias, valvuloplastias, revascularizaciones	Recuento	1	8	2	11
		% de Evento	9,1%	72,7%	18,2%	100,0%
	cerebro vasculares	Recuento	0	3	0	3
		% de Evento	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	osteo musculares, remplazos articulares, columna,	Recuento	0	31	0	31
		% de Evento	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	tumores benigno, malignos	Recuento	0	11	1	12
		% de Evento	,0%	91,7%	8,3%	100,0%
	infecciones, celulitis, fallas orgánicas	Recuento	0	10	1	11
		% de Evento	,0%	90,9%	9,1%	100,0%
	gastrointestinales	Recuento	0	6	0	6
		% de Evento	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	cronicas metabolicas, hta, diabetes	Recuento	0	4	1	5
		% de Evento	,0%	80,0%	20,0%	100,0%
	trauma	Recuento	0	2	1	3
		% de Evento	,0%	66,7%	33,3%	100,0%
Total		Recuento	3	149	6	158
		% de Evento	1,9%	94,3%	3,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,420(a)	18	,056
Razón de verosimilitudes	23,244	18	,181
Asociación lineal por lineal	7,390	1	,007
N de casos válidos	158		

Procesado con SPSS versión 15.0. SPSS Inc. Chicago. 2006

a 23 casillas (76,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,06.

5.5 EDUCACIÓN

En el punto 4.1 (compromete al círculo familiar en su proceso de rehabilitación), se encontró que no se llevo registro en la historia clínica, de la educación al familiar en su proceso de rehabilitación.

En el 4.2 (Uso de medicamentos, sus efectos y la interacción con alimentos), no se encontró registro en la historia. Mientras que en el punto 4.3 (uso de equipos terapéuticos) se encontró un cumplimiento del 22,2% en los registros. El grupo de pacientes postquirúrgicos como los de by pass gástrico, lipectomías, nefrectomías, entre otros, presento un cumplimiento del 32,1%. No se encontró asociación estadísticamente significativa ($P=0.228$) entre el los evento y el cumplimiento del registro de la utilización de equipos terapéuticos, (Tabla 11).

Tabla 11. Tabla de contingencia referente al uso de equipos terapéuticos por grupo de alteraciones clínicas

			P 4.3		Total
			Cumple	No cumple	Cumple
Evento	Estados pos quirúrgicos, by pass, nefrectomías, lipo, enfermedades de vías respiratorias	Recuento	17	36	53
		% de Evento	32,1%	67,9%	100,0%
	Cardio, cirugías, valvuloplastias, revascularizaciones	Recuento	3	20	23
		% de Evento	13,0%	87,0%	100,0%
	Cerebro vasculares	Recuento	2	9	11
		% de Evento	18,2%	81,8%	100,0%
	Osteo musculares, remplazos articulares, columna	Recuento	0	3	3
		% de Evento	0%	100,0%	100,0%
	Tumores benigno, malignos	Recuento	8	23	31
		% de Evento	25,8%	74,2%	100,0%
	Infecciones, celulitis, fallas orgánicas	Recuento	3	9	12
		% de Evento	25,0%	75,0%	100,0%
	Gastrointestinales	Recuento	1	10	11
		% de Evento	9,1%	90,9%	100,0%
	Crónicas metabólicas, hta, diabetes	Recuento	0	6	6
		% de Evento	0%	100,0%	100,0%
	Trauma	Recuento	1	4	5
		% de Evento	20,0%	80,0%	100,0%
Total		Recuento	0	3	3
		% de Evento	0%	100,0%	100,0%
		Recuento	35	123	158
		% de Evento	22,2%	77,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,046(a)	9	,433
Razón de verosimilitudes	11,752	9	,228
Asociación lineal por lineal	2,989	1	,084
N de casos válidos	158		

Procesado con SPSS versión 15.0. SPSS Inc. Chicago. 2006

a 11 casillas (55,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,66.

En los puntos 4.4 (identificación de fortalezas y debilidades de los pacientes respecto al aprendizaje), se encontró un cumplimiento del 0,6%. Siendo el grupo de pacientes postquirúrgicos como los de by pass gástrico, lipectomías, nefrectomías, entre otros. el que muestra un cumplimiento del 1,9%. De la misma forma, no se encontró asociación estadísticamente significativa ($P=0.988$) entre los eventos y el registro de las fortalezas y debilidades del paciente respecto al aprendizaje (Tabla 12).

Tabla 12. Tabla de contingencia referente a la identificación de fortalezas y debilidades en el aprendizaje, por grupo de alteraciones clínicas

			P 4.4		Total
			Cumple	No cumple	Cumple
Evento	Estados pos quirúrgicos, by pass, nefrectomías, lipo	Recuento	1	52	53
		% de Evento	1,9%	98,1%	100,0%
	Enfermedades de vías respiratorias	Recuento	0	23	23
		% de Evento	0%	100,0%	100,0%
	Cardio, cirugías, valvuloplastias, revascularizaciones	Recuento	0	11	11
		% de Evento	0%	100,0%	100,0%
	Cerebro vasculares	Recuento	0	3	3
		% de Evento	0%	100,0%	100,0%
	Osteo musculares, remplazos articulares, columna	Recuento	0	31	31
		% de Evento	0%	100,0%	100,0%
	Tumores benigno, malignos	Recuento	0	12	12
		% de Evento	0%	100,0%	100,0%
	Infecciones, celulitis, fallas orgánicas	Recuento	0	11	11
		% de Evento	0%	100,0%	100,0%
	Gastrointestinales	Recuento	0	6	6
		% de Evento	0%	100,0%	100,0%
	Crónicas metabólicas, hta, diabetes	Recuento	0	5	5
		% de Evento	0%	100,0%	100,0%
	Trauma	Recuento	0	3	3
		% de Evento	0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	1	157	158
		% de Evento	6%	99,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

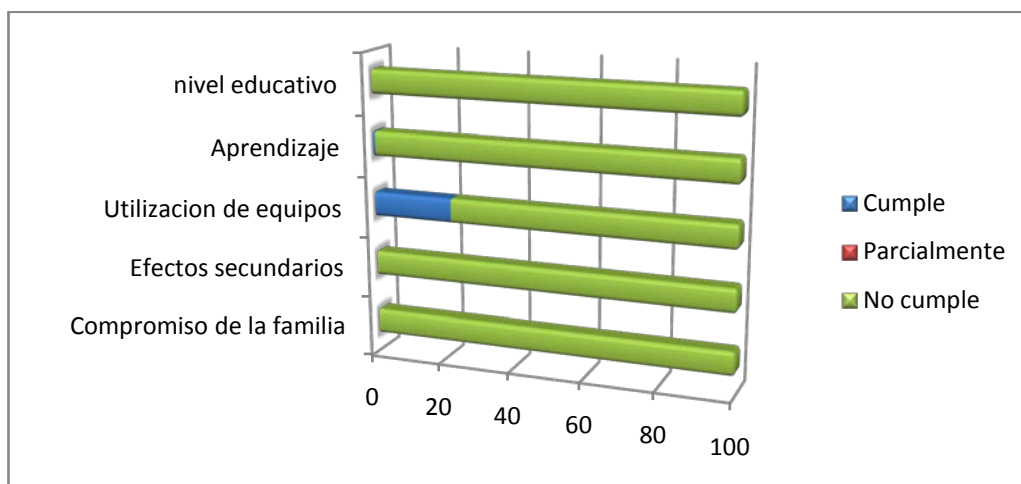
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,994(a)	9	,992
Razón de verosimilitudes	2,197	9	,988
Asociación lineal por lineal	1,015	1	,314
N de casos válidos	158		

Procesado con SPSS versión 15.0. SPSS Inc. Chicago. 2006

a 13 casillas (65,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.

En el punto 4.5 (nivel de educación), no se encontró ningún registro. (Gráfica 6)

Gráfica 6. Educación dentro de la intervención fisioterapéutica

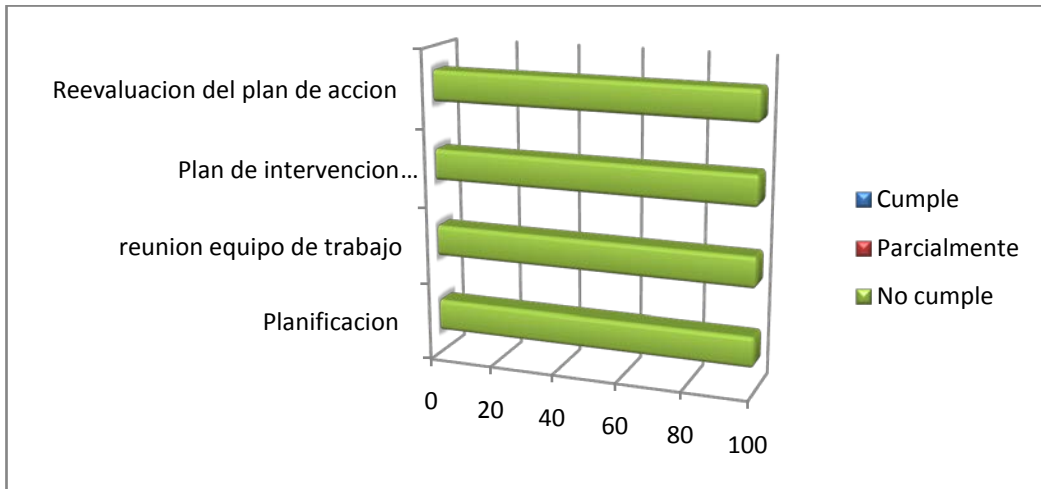


Fuente: Elaboración propia

5.6 CALIDAD EN LA ATENCIÓN

En los puntos 5.1 a 5.4, que evalúa respectivamente el cumplimiento de la planificación de la atención integrada y coordinada entre servicios; los resultados de reuniones del equipo interdisciplinario debidamente registrados; la existencia de un plan de atención interdisciplinario y la reevaluación del plan de acción; no se encontró cumplimiento alguno de estos registros. (Gráfica 7).

Gráfica 7. Calidad en la atención durante la intervención fisioterapéutica



Fuente: Elaboración propia

6. DISCUSIÓN

Está claro que para las instituciones de salud, es necesario implementar toda una serie de normas y estándares en lo referente a la calidad de la atención, esta implementación debe ser conocida y aplicada por cada una de las personas que hacen parte de los procesos internos, tanto clínicos como administrativos.

No hay estudios comparativos que sirvan directamente como referencia, dado que en este trabajo, se comparan los requerimientos específicos de los procesos de acreditación nacional e internacional con los manejos descritos en la historia clínica por parte del personal de fisioterapia de la institución.

En este apartado es necesario aclarar que los estándares nacionales y los internacionales generalmente son muy parecidos, en tanto que ambos buscan garantizar a través de las diferentes actividades que realice la institución, la prestación de servicios con calidad, pertinencia, oportunidad, seguridad, accesibilidad y continuidad, es por esto que se compara la investigación directamente con los estándares internacionales en el momento de la discusión, dado que son mucho más rigurosos, en tanto que describen la intensidad de cada uno de los estándares y los elementos medibles que se esperan en el cumplimiento de cada uno.

En cuanto a los resultados encontrados de los servicios que son cubiertos por fisioterapia, se pudo observar que el área de hospitalización cuenta con el mayor

número de registros evaluados, esto se atribuye a la capacidad instalada del área que asciende a 70 camas en comparación con otras áreas donde el volumen es menor.

Con referencia a los estándar nacionales que hace alusión a la **“Evaluación de pacientes AOP”**¹⁸ cuyo elemento medible, es que en el registro de la historia clínica deben ir consignados los diagnósticos estandarizados de la CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), se encontró un cumplimiento del 100%; este registro hace parte del diligenciamiento inicial al ingreso del paciente a la institución, también se encuentra información de alergias del paciente y todos los ingresos previos a la institución, lo que muestra que hay un adecuado registro de estos datos, cumpliendo así, con este estándar.

Continuando con el cumplimiento del estándar de la **“Evaluación del paciente AOP”**¹⁹ que hace alusión a la importancia de una valoración fisioterapéutica inicial, que esté sustentada en el conocimiento técnico y herramientas de medición como: test de movilidad articular, fuerza muscular, estado o condición cardio pulmonar entre otras, que permiten dar un diagnóstico fisioterapéutico acertado, que determine la necesidad del paciente y creen un punto de partida para la ejecución del plan de tratamiento, no se encontró registro del cumplimiento de este estándar en las historias clínicas evaluadas con excepción de la evaluación cardiopulmonar, la cual mostro un cumplimiento parcial del 91.1%.

¹⁸ Joint Commission International (2011). *Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International* (4ª ed, pp. 5). Illinois: Department of Publications Joint Commission Resources

¹⁹ Ibid, pag 72.

Continuando con el estándar de **“Mejora de la calidad y seguridad al paciente QPS”**²⁰ cuyo cumplimiento garantiza que los tratamientos basados en las guías clínicas de la institución, son los requeridos por el paciente. Cada guía clínica empleada, se evalúan constantemente para determinar la aplicabilidad de la misma y monitorizar la adherencia, el cumplimiento de este estándar se evidencia en el registro de un 8,9% de las historias clínicas evaluadas.

Así mismo para darle cumplimiento a la adecuada valoración y desarrollo de los tratamientos, el estándar de **“Atención de pacientes COP”**²¹ menciona la importancia del registro de los objetivos principales de la intervención fisioterapéutica, que hacen alusión al mejoramiento de la condición física, mantener los arcos de movilidad articular, la fuerza muscular, favorecer el manejo de secreciones, mejorar la oxigenación y los volúmenes pulmonares; en cuanto al registro de este requerimiento de este estándar se identifico un cumplimiento del 0,6%.

De igual forma los Estándares internacionales y en especial el que está relacionado con la **“Evaluación de pacientes (AOP)”**²² determinan las necesidades del paciente posterior a un proceso efectivo de la evaluación, “la evaluación del paciente es un proceso constante y dinámico” donde se reúne una información relevante sobre el estado físico, psicológico y social del paciente, así como la historia de su salud. La evaluación exige un análisis de datos e información, para identificar las necesidades de atención sanitaria del paciente y posteriormente elaborar un plan de atención que cubra las necesidades; referente a las actividades plasmadas en la historia clínica que hablan

²⁰ Ibid, pag 140.

²¹ Ibid, pag 97.

²² Ibid, pag 72.

de proponer actividades de acuerdo a los objetivos terapéuticos identificados en la evaluación. Respecto a la asociación entre la aplicación de guías de manejo y el grupo de pacientes de cirugía cardíaca si se encontró relación estadísticamente significativa.

El estándar que mide la **“Educación del paciente y su familia PFE”**²³. Determina la importancia de la educación dada a la familia y al paciente para que se establezca una participación activa de los mismos en la recuperación de éste, los profesionales relacionados con la atención al paciente “educan a los pacientes y a las familias”. La buena educación del paciente y de su familia puede garantizar el éxito de un tratamiento. Se encontró que el registro de la educación al familiar en su proceso de rehabilitación fue del 1,9%, con una frecuencia de 3 registros en la historia clínica. En cuanto a la educación en el uso de medicamentos, sus efectos y la interacción con los alimentos; y también a lo referente, al uso de los equipos terapéuticos, no se encontró cumplimiento. Igualmente este estándar evalúa la determinación de las fortalezas y debilidades de los pacientes respecto al aprendizaje de las técnicas de rehabilitación que se desea enseñar y el nivel de educación del paciente, se encontró el cumplimiento del registro en la historia clínica es de en un 22,2% y 0,6% respectivamente, siendo el grupo de pacientes postquirúrgicos como los de by pass gástrico, lipectomías, nefrectomías, entre otros, a quienes se les educo en mayor porcentaje, sin embargo, no se encontró asociación estadísticamente significativa (P= 0.988), entre los eventos y el registro de las fortalezas y debilidades del paciente respecto al aprendizaje.

²³ Ibid, pag 131.

Con respecto al estándar de **“Manejo de la comunicación y la información MCI”**²⁴ determina que la historia clínica contiene información suficiente para identificar al paciente, apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar el curso y los resultados del tratamiento y promover la continuidad de la atención entre los profesionales sanitarios.

Para que la atención al paciente sea fluida, la organización debe diseñar e implementar procesos para la continuidad y coordinación de la atención entre médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios. En cuanto a estos estándares se evaluó respectivamente el cumplimiento de la planificación de la atención integrada y coordinada entre servicios, los resultados de reuniones del equipo interdisciplinario debidamente registrados, la existencia de un plan de atención interdisciplinario y la reevaluación del plan de acción, no se encontró un cumplimiento de ellos.

²⁴ Ibid, pag 218.

7. CONCLUSIONES

Hay ausencia de los registros de una evaluación, el diagnóstico fisioterapéutico, objetivos y plan de tratamiento, herramientas indispensables para los procesos de reevaluación y replanteamiento de objetivos terapéuticos que son exigidos por los procesos de acreditación nacional e internacional.

Frente a la calidad del registro clínico se concluye:

- Las exigencias de los estándares consignados en los procesos de acreditación internacional se convierten en una oportunidad de mejora en los procesos propios del quehacer fisioterapéutico como lo es el registro de procesos como los anteriormente citados y facilitar así su estandarización.
- Se evidencia una falta de estandarización del proceso de intervención fisioterapéutica, los manejos varían de una unidad de servicio a otra.
- No hay participación activa en el proceso de acreditación internacional por parte de fisioterapia, dado que no hay liderazgo en el grupo que abandere la implementación de los procesos exigidos por los estándares internacionales.
- No existen indicadores que midan el desempeño del fisioterapeuta desde su quehacer, y que puedan recopilar información relevante que sirva de investigación y mejora de los procesos de fisioterapia.
- Falta estructurar grupos de estudio que permitan la actualización de conocimientos, que proporcionen mejores herramientas de trabajo que se traduzcan en beneficios para los pacientes y la optimización de los recursos.

8. RECOMENDACIONES

- Es importante estandarizar el proceso de fisioterapia sin perder la individualidad que hace referencia a las necesidades de cada paciente; de igual forma, se debe tener en cuenta la diversidad en la formación de los profesionales cuyas instituciones universitarias y tiempos de graduación varían significativamente.
- El profesional de fisioterapia debe tener un papel activo en el proceso de acreditación internacional, dado que hace parte del grupo interdisciplinario de la institución, permanece en contacto directo con el paciente y juega un papel importante en la rehabilitación del mismo. Hasta ahora, el desconocimiento de los estándares puede estar ocasionando la falta del registro y el adecuado diligenciamiento de la historia clínica.
- Los fisioterapeutas y sus procesos requieren de la guía y la asesoría de un par, que lidere los procesos de cambio en cuanto a los requerimientos de la acreditación internacional, que ejerza veeduría y retroalimentación. Es necesario tener trazabilidad del paciente que recibe tratamiento fisioterapéutico en los diferentes servicios, para que se siga un hilo conductor que guie los procesos de fisioterapia de la mano con las necesidades del paciente desde el ingreso a la institución hasta su egreso al domicilio.

- Implementar herramientas para la evaluación fisioterapéutica que permitan realizar una evaluación objetiva y estandarizada, que le permita hacer reevaluaciones para determinar un mejoramiento de signos o síntomas.
- El fisioterapeuta debe hacer parte integral del proceso de formulación de las guías clínicas, dado que su quehacer interviene directamente con la mejoría del paciente en determinadas patologías.
- Se deben actualizar los instructivos o protocolos de manejo del fisioterapeuta de la institución, basándose en la evidencia o determinando con estudios reales que los procesos que apliquen son relevantes para los pacientes de la misma institución.
- Mejorar los procesos de comunicación entre el grupo de fisioterapeutas, tanto en el registro de la historia clínica como verbalmente, para que no se pierda la información relevante que puede producirse en el paso de un servicio a otro.
- Programar actividades académicas de actualización y talleres de habilidades para unificar conceptos y mejorar el manejo fisioterapéutico que se realiza en la institución.
- Socializar los resultados al interior de la organización con los fisioterapeutas.

BIBLIOGRAFÍA

- Acreditación en salud. Recuperado el 3 de septiembre de 2011, de Acreditación en Salud: <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=117&IdCat=29>
- Estándares de Calidad. *Definición de ESTANDAR*. Recuperado el 3 de septiembre de 2011, de http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portaIG/home_9/recursos/general/documentos/normatividad_externa/27072009/estandares_de_calidad.pdf
- Centro de Gestión Hospitalaria. *Habilitación*. Recuperado el 3 de septiembre de 2011, de <http://www.cgh.org.co/temas/descargas/habilitacion.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. *Resolución 1439 del 16 de noviembre de 2002*. (Anexo técnico No. 2). Bogotá D.C., Colombia.
- Joint Commission International (2011). *Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commision International* (4ª ed, pp. 5). Illinois: Department of Publications Joint Commission Resources.
- Congreso de la República de Colombia. *Ley 528 del 20 de septiembre de 1999*. Bogotá D.C., Colombia.
- Sánchez, A. (2005). Construcción de un lenguaje común de la evaluación en fisioterapia desde la evidencia científica. **Revista ASCOFI** (50).
- World confederation for Physical Therapy (WCPT) (1999). Description of physical therapy.
- Manuales del SPSS versión 15.0. SPSS Inc. Chicago. 2006.

ANEXOS

Anexo 1. Herramienta de evaluación del registro en la historia clínica de la evaluación e intervención fisioterapéutica

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

El código se genera numerando de 01 en adelante al hacer la revisión de Historias Clínicas sistematizadas, seguido del número de Historia Clínica del paciente

HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DEL REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA DE LA EVALUACIÓN E INTERVENCION FISIOTERAPÉUTICA

Fecha de revisión de registro de Historia Clínica: (dd/mm/aa): _____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Urgencias	Angio/fia	hosp/on	UCI Adu	UCIN	UCI Ped	UCI RN	Cons. Ext	Cirugía
Diagnóstico CIE 10								

COMPONENTES DE LA EVALUACION FISIOTERAPEUTICA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

	Cumple	No cumple
1. Evaluación		
1.1 Motivo de ingreso al servicio		
1.2 Antecedentes patológicos		
1.3 Antecedentes familiares		
1.4 Alergias		
<i>Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International AOP 1.1,1.2,1.3</i>		
1.5 Evaluación de movilidad articular funcional		
1.6 Evaluación de la fuerza muscular		
1.7 Evaluación cardio pulmonar		
<i>Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International AOP 1.1,1.2,1.3</i>		

	Cumple	No cumple
1. Objetivos Terapéuticos		
2.1 Mejorar o mantener arcos de movilidad articular		
2.1 Mejorar o mantener fuerza muscular		
2.2 Mejorar o mantener volúmenes pulmonares		
2.3 Mejorar manejo de secreciones		
2.4 Mejorar oxigenación		
2.5 Favorecer la desinsuflación		
<i>Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International COP 1,2,2.1</i>		
Actividades		
3.1 Propone actividades de acuerdo a los objetivos terapéuticos identificados en la evaluación fisioterapéutica		
3.2 Estas actividades están contenidas en una o varias guías de manejo		
<i>Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International AOP 1.1,1.2,1.3.QPS 2, 2.1</i>		
Educación		
4.1 Compromete al círculo familiar en su proceso de rehabilitación		
4.2 Uso de medicamentos, sus efectos y la interacción con alimentos		
4.3 Uso de equipos terapéuticos		
4.4 Identificación de fortalezas y debilidades del paciente(aprendizaje)		
4.5 Nivel de educación		
<i>Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International PFE 1, 2, 3, 4.</i>		
Calidad en la atención		
5.1 Planificación de la atención integrada y coordinada entre servicios		
5.2 Resultados de reuniones del equipo interdisciplinario debidamente registrada		
5.3 Existencia de un plan de atención interdisciplinario		
5.4 Reevaluación del plan de acción		
<i>Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International ACC 2, MCI 19.1</i>		

Información recolectada por:

Anexo 2. Estándares Internacionales

(Que aplican a la labor del fisioterapeuta)

"La organización sanitaria debe tener en cuenta la atención que proporciona como parte de un sistema integrado de servicios, profesionales de atención sanitaria y niveles de atención, que constituyen una atención continuada. El objetivo es hacer coincidir correctamente las necesidades de atención sanitaria del paciente con los servicios disponibles, coordinar los servicios proporcionados al paciente en la organización y planificar el alta y el seguimiento. Así se obtienen mejores resultados en la atención al paciente, garantizando el cumplimiento de:

El cubrimiento de las necesidades del paciente que la organización sanitaria pueda cubrir.

El flujo eficiente de servicios al paciente.

A lo largo de la estancia del paciente en una organización sanitaria, desde el ingreso hasta el alta o traslado, pueden participar en la atención distintos departamentos, servicios y profesionales sanitarios. En todas las etapas de la atención, se hacen coincidir las necesidades del paciente con los recursos adecuados tanto dentro como fuera de la organización. Esto se consigue empleando criterios o normas que determinan la idoneidad de los traslados dentro de la organización.

Para que la atención al paciente sea fluida, la organización debe diseñar e implementar procesos para la continuidad y coordinación de la atención entre médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios en:

- Los servicios de urgencias y de admisión.
- Los servicios diagnósticos y servicios terapéuticos.
- Los servicios de tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos.
- Distintos programas de atención ambulatoria.
- La organización a otros centros de atención.

Los líderes de servicios y áreas deben diseñar e implementan procesos que respaldan la continuidad y la coordinación de la atención.

EVALUACIÓN DE PACIENTES AOP

Un proceso efectivo de evaluación del paciente da como resultado decisiones sobre las necesidades inmediatas y continuas de tratamiento del paciente de atención de emergencia, optativa o planificada, incluso cuando el estado del paciente cambia. La evaluación del paciente es un proceso constante y dinámico que tiene lugar en muchos entornos de atención interna y externa y departamentos y clínicas. La evaluación del paciente consta de tres procesos primarios:

Reunión de información y datos sobre el estado físico, psicológico y social del paciente y su historia de salud.

Análisis de datos e información, incluidos los resultados de los análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico por imagen, para identificar las necesidades de atención sanitaria del paciente.

Elaboración de un plan de atención para cubrir las necesidades identificadas del paciente.

La evaluación del paciente es adecuada cuando tiene en cuenta el estado, la edad, las necesidades de salud y las solicitudes o preferencias del paciente. Estos procesos se llevan a cabo con más eficacia cuando los varios profesionales sanitarios responsables del paciente trabajan juntos.

Estándar AOP.1.

Las necesidades de atención sanitaria de todos los pacientes atendidos por la organización se identifican a través de un proceso de evaluación establecido.

Estándar AOP.1.1

La organización ha determinado el contenido de las evaluaciones, basándose en las leyes y reglamentaciones correspondientes y en los estándares profesionales.

Estándar AOP 1.2

La o las evaluaciones iniciales de cada paciente incluyen una evaluación de los factores físicos, psicológicos, sociales y económicos, incluido un examen físico y una historia de salud.

Estándar AOP 2.

Se reevalúa a todos los pacientes, a intervalos adaptados a su situación, para determinar su respuesta al tratamiento y para planificar la continuación del tratamiento o el alta.

Estándar AOP 3.

Las evaluaciones y revaluaciones las realizan personas calificadas.

Estándar AOP.4

Los médicos, los enfermeros y demás personas y servicios responsables de la atención del paciente colaboran para analizar e integrar las evaluaciones de los pacientes.

Estándar AOP.4.1

Se identifican las necesidades de atención más urgentes o importantes.

ATENCION DE PACIENTES COP

El propósito principal de una organización sanitaria es la atención del paciente. Proporcionar la atención más adecuada en un entorno que apoye y responda a las necesidades únicas de cada paciente requiere un alto nivel de planificación y coordinación.

Algunas actividades son básicas para la atención del paciente. Para todas las disciplinas que atienden a los pacientes, estas actividades incluyen:

- Planificación y prestación de atención a cada paciente.
- Monitorización del paciente para entender los resultados de la atención.
- Modificación de la atención cuando sea necesario.
- Finalización de la atención.
- Planificación del seguimiento.

Médicos, enfermeros, farmacéuticos, terapeutas de rehabilitación y otros tipos de profesionales sanitarios pueden realizar estas actividades. Cada profesional tiene un rol claro en la atención del paciente. Dicho rol lo determinan las habilitaciones para ejercer, las credenciales, las certificaciones, las leyes y las reglamentaciones, las aptitudes, conocimientos y experiencia particulares de cada persona y las políticas o descripciones de puestos de la organización. El paciente, su familia u otros profesionales capacitados pueden encargarse de ciertos tipos de atención.

Los estándares de Evaluación de pacientes describen las bases de la prestación de atención: un plan para cada paciente basado en una evaluación de sus necesidades. Esa atención puede ser preventiva, paliativa, de curación o de rehabilitación y puede incluir anestesia, cirugía, medicamentos, terapias de apoyo, o una combinación de éstos. No es suficiente un plan de atención para lograr resultados óptimos. La prestación de los servicios debe estar coordinada e integrada por todas las personas que atienden al paciente.

Estándar COP.1

Las políticas y procedimientos y las leyes y reglamentaciones correspondientes guían la atención uniforme de todos los pacientes.

Estándar COP.2

Existe un proceso para integrar y coordinar la atención proporcionada a cada paciente.

Estándar COP.2.1

La atención prestada a cada paciente está planificada y anotada en la historia clínica del paciente.

EDUCACION DEL PACIENTE Y SU FAMILIA PFE

La educación del paciente y de su familia ayuda a los pacientes a mejorar su participación en la atención y a tomar decisiones informadas. Profesionales muy diversos de la organización educan a los pacientes y a las familias. La educación tiene lugar cuando el paciente interactúa con su o sus médicos, o con el personal de enfermería. Otros profesionales facilitan educación al proporcionar servicios específicos como rehabilitación o terapia nutricional, o preparan al paciente para el alta y la atención continuada. Como gran parte del personal participa en la educación a los pacientes y a las familias, es importante que los miembros del personal coordinen sus actividades y se centren en aquello que el paciente necesita aprender.

La educación eficaz comienza con una evaluación de las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia. Esta evaluación determina no sólo qué hay que aprender, sino cuál es la mejor manera de obtener este aprendizaje. El aprendizaje es más efectivo cuando se adapta a las preferencias de aprendizaje y a los valores culturales y religiosos de una persona y a sus capacidades de lectura y de lenguaje, así como cuando la formación se proporciona en el momento adecuado del proceso de atención.

La educación incluye tanto el conocimiento que se necesita durante el proceso de atención como el conocimiento necesario una vez que el paciente es dado de alta a otro centro de atención o a su domicilio.

Por consiguiente, la educación puede incluir información sobre recursos comunitarios para atención adicional y la atención de seguimiento necesaria y cómo acceder a los servicios de urgencias si fuera necesario.

La educación efectiva en una organización emplea los formatos electrónicos y visuales disponibles y una variedad de técnicas de aprendizaje a distancia y otras técnicas.

Estándar PFE.1

La organización proporciona educación que respalda la participación del paciente y de la familia en las decisiones y en los procesos de atención.

Estándar PFE.2

Se evalúan las necesidades educativas de cada paciente y se registran en su historia clínica.

Estándar PFE.2.1

Se evalúa la capacidad y la disposición para aprender del paciente y de su familia.

Estándar PFE.3

La educación y la capacitación ayudan a atender las necesidades sanitarias constantes del paciente.

Estándar PFE.4

La educación del paciente y de su familia incluye los siguientes temas, relacionados con la atención del paciente: uso seguro de medicamentos, uso seguro del equipamiento médico, interacciones potenciales entre medicamentos y alimentos, orientación nutricional, gestión del dolor y técnicas de rehabilitación.

MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD AL PACIENTE QPS

Este capítulo describe un enfoque global para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente. La reducción permanente de los riesgos para el paciente y el personal es integral a la mejora general de la calidad. Tales riesgos pueden encontrarse tanto en los procesos clínicos como en el entorno físico. Este enfoque incluye el liderazgo y la planificación del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente; el diseño de nuevos procesos clínicos y de gestión; la medición del funcionamiento de los procesos, mediante la recogida de datos; el análisis de datos; y la implementación y consolidación de cambios que tengan como resultado la mejora.

Tanto el programa de mejora de la calidad como el de seguridad del paciente: son conducidos por líderes; procuran cambiar la cultura de una organización; identifican de forma proactiva y reducen el riesgo y la variabilidad; usan los datos para centrarse en cuestiones prioritarias; y procuran demostrar mejoras sostenibles. La calidad y la seguridad están arraigadas en el trabajo diario de cada uno de los profesionales sanitarios y demás miembros del personal. En tanto los médicos y el personal de enfermería evalúan las necesidades del paciente y prestan atención, este capítulo los puede ayudar a entender cómo llevar a cabo mejoras reales para ayudar a sus pacientes y reducir los riesgos. De forma similar, los gerentes, el personal de apoyo y otros trabajadores pueden aplicar los estándares a su trabajo diario, para entender cómo pueden ser más eficientes los procesos, cómo pueden usarse los recursos en forma más inteligente y cómo pueden reducirse los riesgos físicos.

Este capítulo enfatiza que la planificación, el diseño, la medición, el análisis y las mejoras continuas de los procesos clínicos y de gestión deben estar bien organizados y contar con un claro liderazgo a fin de obtener los máximos beneficios. Este enfoque tiene en cuenta que la mayoría de los procesos de atención clínica involucran a más de un departamento o unidad y pueden involucrar a muchos trabajadores. Este enfoque también tiene en cuenta que la mayoría de los problemas de calidad asistencial y de gestión están interrelacionados. Por consiguiente, los esfuerzos para mejorar estos procesos deben estar guiados por un marco global para las actividades de gestión y mejora de la calidad en la organización, supervisados por un grupo o comité de supervisión de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Estos estándares internacionales de acreditación abarcan todo el espectro de las actividades clínicas y de gestión de una organización sanitaria, incluido el marco para mejorar dichas actividades y reducir los riesgos asociados con la variación de los procesos. Por consiguiente, el marco presentado en estos estándares es adecuado para una amplia variedad de programas estructurados y enfoques menos formales para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente. Este marco también puede incorporar programas de medición tradicionales tales como los relacionados con eventos adversos (gestión de riesgos) y uso de recursos. Con el tiempo, las organizaciones que siguen este marco desarrollan un mayor apoyo de liderazgo para un programa que abarque toda la organización; capacitan y hacen participar a más personal; establecen prioridades más claras sobre qué medir; basan sus decisiones en los datos de la medición; y mejoran basándose en comparaciones con otras organizaciones, tanto a nivel nacional como internacional.

Diseño de los procesos clínicos y de gestión:

QPS.2 La organización diseña sistemas y procesos nuevos y modificados conforme a los principios de mejora de la calidad.

QPS.2.1 Se utilizan guías de práctica clínica, vías clínicas y/o protocolos clínicos para guiar la atención clínica.

MANEJO DE LA COMUNICACION Y LA INFORMACION (MCI)

La atención al paciente es un esfuerzo complejo sumamente dependiente de la comunicación de información. Esta comunicación es para la comunidad, los pacientes y las familias y otros profesionales sanitarios. Los fallos de comunicación son una de las causas raíz más comunes de los incidentes de seguridad del paciente. Para prestar, coordinar e integrar servicios, las organizaciones sanitarias confían en la información sobre la ciencia, los pacientes, la atención prestada, los resultados de la atención y su propio desempeño. Al igual que los recursos humanos, materiales y financieros, la información es un recurso que los líderes de la organización deben gestionar de forma efectiva. Toda organización busca obtener, gestionar y usar información para mejorar los resultados de los pacientes, así como también el desempeño de la organización tanto a nivel individual como general.

Con el tiempo, las organizaciones se vuelven más efectivas en identificar las necesidades de información; diseñar un sistema de gestión de la información; definir y capturar datos e información; analizar datos y transformarlos en información; transmitir e informar datos e información e integrar y utilizar la información.

Si bien la informática y demás tecnologías mejoran la eficiencia, los principios de buena gestión de la información se aplican a todos los métodos, ya sean en papel o en formato electrónico. Estos estándares están diseñados para ser igualmente compatibles con sistemas no informatizados y tecnologías futuras.

Comunicación entre los profesionales al interior y exterior de la institución:

Estándar MCI.4

La comunicación es efectiva en toda la organización.

Estándar MCI.5

Los líderes garantizan que haya una comunicación y una coordinación efectivas entre las personas y departamentos responsables de proporcionar servicios clínicos.

Estándar MCI.6

La información sobre la atención al paciente y la respuesta a la atención se comunica entre los profesionales médicos, de enfermería y demás profesionales sanitarios, durante cada turno del personal y entre los turnos".