

**MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL ÁREA DE REHABILITACIÓN  
EN LA IPS FISIOCENTER SAS DE LA CIUDAD DE POPAYAN (2013).**



**MONICA FERNANDA MELO CERON  
LICETH JHOANA MOSQUERA PALTA  
CAROL LINA MARIA ROSERO LEON**

**UNIVERSIDAD ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS  
FACULTAD DE POSGRADOS  
AUDITORIA DE LA GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD CON ENFASIS EN  
EPIDEMIOLOGIA.  
POPAYAN – CAUCA  
2013**

**MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL ÁREA DE REHABILITACIÓN  
EN LA IPS FISIOCENTER SAS DE LA CIUDAD DE POPAYAN (2013).**

**MONICA FERNANDA MELO CERON**

**LICETH JHOANA MOSQUERA PALTA**

**CAROL LINA MARIA ROSERO LEON**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE ‘AUDITORAS DE LA  
GARANTÍA DE LA CALIDAD’.**

**TUTOR: MARTIN CERÓN, FONOAUDIÓLOGO UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
ESPECIALISTA EN AUDITORIA DE LA CALIDAD**

**UNIVERSIDAD ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS**

**FACULTAD DE POSGRADOS**

**AUDITORIA DE LA GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD CON ENFASIS EN**

**EPIDEMIOLOGIA.**

**POPAYAN – CAUCA**

**2013**

Popayán, 30 agosto del 2013

Doctor

**JORGE ERNESTO OCHOA MONTES**

Director de Postgrados en Salud

Universidad EAN

Ciudad.

Apreciado Doctor:

Comedidamente me permito informarle que una vez hecho el acompañamiento y revisado el Informe Final de Investigación elaborado por las estudiantes MONICA FERNANDA MELO CERON, LICETH JHOANA MOSQUERA PALTA, CAROLINA MARIA ROSERO LEON, de la especialización AUDITORIA Y GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGIA de la Universidad EAN en Bogotá, Titulado: MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL ÁREA DE REHABILITACIÓN EN LA IPS FISIOCENTER SAS DE LA CIUDAD DE POPAYAN, cumple con los requisitos técnicos, metodológicos y de rigor Investigativo establecidos en las “normas APA y Guía estandarizada de Investigación de la Universidad EAN” y por lo tanto el Informe es **APROBADO**.

Cordialmente,



---

**MARTIN EMILIO CERÓN**  
**FONOAUDIÓLOGO UNIVERSIDAD DEL CAUCA**  
**ESPECIALISTA EN AUDITORIA DE LA CALIDAD**  
Asesor del Informe Final de Investigación

## CONTENIDO

	Pág.
PÁGINA DE ACEPTACIÓN .....	5
DEDICATORIA.....	6
AGRADECIMIENTOS .....	7
LISTA ESPECIAL DE FIGURAS .....	8
LISTA ESPECIAL DE TABLAS.....	9
LISTA ESPECIAL DE ANEXOS.....	10
1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA .....	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	17
2 JUSTIFICACION.....	19
3 DISEÑO DE OBJETIVOS.....	22
3.1 GENERAL .....	22
3.2 ESPECIFICOS .....	22
4 MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL.....	23
5 PLAN TEMÁTICO.....	28
6 DISEÑO METODOLOGICO.....	103
6.1 TIPO DE ESTUDIO.....	103
6.2 POBLACION .....	103
6.3 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS .....	103
7 RESULTADOS ESPERADOS .....	106
7.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	106
7.2 ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS .....	107
7.3 ANALISIS.....	110
8 CONCLUSIONES .....	112
9 RECOMENDACIONES .....	114
BIBLIOGRAFIA.....	116
ANEXOS.....	119

**PÁGINA DE ACEPTACIÓN**

**Nota de Aceptación:**

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Popayán, 30 de Agosto de 2013

## **DEDICATORIA**

*Dedicamos este trabajo a nuestras familias ya que fueron ellos nuestro pilar y apoyo*

*Durante todo este proceso de Realizarnos como especialistas*

*En auditoria y garantía de la calidad en salud*

## **AGRADECIMIENTOS**

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

- DIOS gracias por permitirnos culminar satisfactoriamente esta etapa en nuestras vidas;
- Nuestras familias por todo su apoyo durante este ciclo y
- Todos y cada uno de los profesores que depositaron en nosotros no solo su confianza sino su Conocimiento.

## **LISTA ESPECIAL DE FIGURAS**

	Pág.
Figura 1. Flujograma secuencia de los procedimientos o actividades que conforman el Manual de Seguridad	34

## LISTA ESPECIAL DE TABLAS

Pág.

Tabla. 1. Priorización de riesgos durante la práctica clínica de fisioterapia	123
---	-----

## LISTA ESPECIAL DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Manual de Seguridad del Paciente para el Área Terapia Física.	117
Anexo B. Formato de Reporte de Incidente o Evento Adverso	136
Anexo C. Consentimiento Informado de Fisioterapia	139
Anexo D: Instrumento de evaluación sobre las prácticas inseguras durante el proceso de atención e infraestructura que puedan generar un incidente o evento adverso.	142
Anexo E. Protocolo de contraindicaciones para ejecución de Procedimientos Específicos y Prevención de Eventos Adversos relacionados con la Fisioterapia	145
Anexo F. Protocolos	153
Anexo G. Solicitud permiso para elaboración de estudio en la IPS FISIOCENTER SAS, desde el Área Administrativa por parte de estudiantes de Especialización de Auditoría y Garantía de la Calidad en Salud con énfasis en Epidemiología.	171

## INTRODUCCION

La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias, se enfatiza en el reporte, análisis y prevención de las fallas de la atención en salud que con frecuencia son causas de eventos adversos<sup>1</sup>.

Cuando se habla de seguridad del paciente en un servicio de rehabilitación, se piensa que los daños producidos por un tratamiento de terapia física son muy improbables, pero pueden suceder. Investigar sobre este tema, es importante para la prevención de eventos adversos en la prestación de cualquier servicio de salud, y si se conoce la causa que los producen, se puede crear un manual que proporcione una guía para prevenirlo.

La problemática parte de la necesidad que se presenta en la IPS FISIOCENTER, en cuanto a la seguridad del paciente en el área de rehabilitación física, puesto que tienen los protocolos de intervención y seguridad del paciente, formatos de reporte de evento adverso, incidente y formato de consentimiento informado pero no son actualizados ni expuestos al personal de salud que labora dentro de la IPS al momento de ingreso, o durante la inducción del puesto de trabajo. Esto incide durante la atención en salud, por tanto, en la seguridad del paciente y calidad del servicio.

---

<sup>1</sup> Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, Ministerio de la Protección Social. Disponible en Internet [en línea: ]  
<http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf>

De aquí la necesidad de diseñar un Manual de Seguridad del Paciente que fomente la calidad de la atención en beneficio del paciente en el proceso asistencial, mitigando los incidentes y eventos adversos, además de generar la cultura de reporte de evento. Dando claras muestras de la importancia en el desarrollo e implementación de prácticas seguras en la prevención del desarrollo de dichos eventos adversos. Por esta razón la presente investigación pretende identificar y establecer las prácticas inseguras en el quehacer profesional, y proponer un documento que brinde pautas enfocadas a una atención por parte del fisioterapeuta más segura, además que estimule la cultura del reporte para identificar causas y realizar la gestión del evento adverso, garantizando en la ips una verdadera política de seguridad del paciente.

# 1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad del paciente es de gran importancia durante la prestación de servicios de salud<sup>2</sup>, entendiéndose esto como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Evento adverso es cualquier lesión no intencional causada por el manejo médico, más que por el proceso de enfermedad, que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente<sup>3</sup>. Se puede clasificar según severidad en severos y no severos.

Hoy en día, uno de los programas estrella en la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el lavado de manos entre el examen de un paciente y otro, para combatir las infecciones asociadas a la atención en salud, que según el Center for

Disease Control and Prevention (CDC) afectan aproximadamente a dos millones de pacientes cada año en Estados Unidos, en centros de cuidado agudo, con un costo aproximado de 3.500

---

<sup>2</sup> Institute of medicine. Op. Cit., p. 50.

<sup>3</sup> Charles, Vincent. Graham neale & Maria woloshynowych. (2001). Evento adverso en hospital british: informe preliminar, una retrospectiva. 322: 517-519

millones de dólares por año. En instituciones de larga estancia, se estiman más de 1,5 millones de casos de infecciones asociadas a la Atención en salud por año, en un promedio de una infección por paciente por año.

Otro ejemplo muy relevante de intervenciones mundiales para el control de riesgos en salud, son los estudios para autorizar los medicamentos para el consumo humano como ejemplo de los esfuerzos por desarrollar terapéuticas bajo un rango de riesgo conocido<sup>4</sup>.

En un estudio realizado por el Instituto de Medicina de Estados Unidos, denominado ‘Error humano’, se encontró que de 35 millones de hospitalizaciones anuales que ocurren por año en Estados Unidos, se sugiere que por lo menos 44.000 y hasta 98.000 estadounidenses mueren como consecuencia de eventos adversos. El estimado más bajo (44.000) es mayor que la mortalidad individual por sida, cáncer de seno y accidentes automovilísticos<sup>5</sup>.

En cuanto a la experiencia de Australia, según el artículo “The Quality in Australian Health Care Study”<sup>2</sup>, de 14.179 hospitalizaciones, el 16,6% fueron asociadas con eventos adversos.

Los resultados obtenidos de la medición de eventos adversos o de eventos potencialmente demandables han generado reacciones para enfrentar la solución del problema. Así, como unos pocos ejemplos de las iniciativas y desarrollos mundiales en el tema se encuentran: el National

---

<sup>4</sup> LUENGAS AMAYA, Sergio. Seguridad del paciente: un modelo organizacional, para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud,

<sup>5</sup> *Ibid.*, p.

Health Service (NHS), en el Reino Unido, que ha desarrollado varios modelos para analizar e intervenir en errores y eventos adversos, así como para gestionar la cultura.

Australia ha reaccionado con modelos de los que cabe resaltar las categorizaciones de análisis de riesgos. En general, todos estos países han desarrollado políticas nacionales para el abordaje del tema.

Por su parte, la OMS ha expedido programas y proyectos de carácter mundial para evaluar e intervenir eventos adversos. Entre ellos, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, las intervenciones y recomendaciones en los siete eventos adversos considerados de mayor criticidad, la campaña mundial para el lavado de manos.

En Colombia, el antecedente más relevante es la formulación de la Política de Calidad de la Atención en Salud, en términos del Sistema de Garantía de Calidad. En este contexto, el concepto de calidad incorpora, desde su definición, la seguridad del paciente como una de las características de la atención de calidad al paciente. Además, el Ministerio de la Protección Social ofrece unas pautas para la implementación de una política nacional de seguridad del paciente que incluye, entre otras estrategias, la capacitación nacional de facilitadores en el tema, el desarrollo de herramientas de intervención en riesgos específicos y la participación en el proyecto IBEAS (proyecto promovido por la alianza mundial de seguridad del paciente de la OMS), con otros países de Latinoamérica, en la medición e identificación de la incidencia y la

prevalencia de los eventos adversos y errores, como parte de un programa de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

Igualmente, cada uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad desarrolla aspectos de seguridad del paciente o incluso es su foco principal. Entre tanto, el Sistema de Información para la Calidad desarrolla una buena parte de los indicadores de monitorización en conceptos de riesgos para el paciente.<sup>6</sup> El componente de habilitación está centrado en los riesgos para el paciente, mientras los estándares y requisitos están contruidos como condiciones mínimas de la estructura de la atención, orientados a minimizar el riesgo para el paciente. El modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad incorpora como uno de sus propósitos el desarrollo de modelos de mejoramiento centrados en la seguridad del paciente.

A nivel nacional los estudios realizados, en su mayoría hacen referencia a los eventos ocurridos en disciplinas como la medicina y enfermería, disciplinas como la fisioterapia han sido poco estudiados, por ello no hay mucha información o registros sobre prácticas inseguras y sobre eventos adversos, que puedan ocurrir durante el proceso de atención en esta área.

En Popayán existen aproximadamente más de 30 ips que prestan servicios en rehabilitación física, habilitadas por cumplir con los estándares mínimos de calidad, sin embargo no cuentan con un manual o guías que estimulen y garanticen procesos de atención más seguros. La IPS

---

<sup>6</sup>. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN Y SEGURIDAD SOCIAL. 2008. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.

FISIOCENTER no es ajena a esta problemática, a pesar que cuenta con formatos de reporte de evento adverso o incidentes y formato de consentimiento informado. La adherencia a ellos es muy escasa o casi nula, además carecen de actualización, socialización y falta de verificación de su aplicación, exponiendo al paciente a riesgos durante el proceso de atención, teniendo en cuenta que la demanda a la institución es bastante grande.

Cuenta con contratos por capitación y por evento con EPS tanto del régimen contributivo como subsidiado, la mayor parte de los pacientes son adultos que corresponden al género femenino y masculino, el restante corresponde a población menor de 17 años de los cuales en su gran mayoría son de género masculino.

Por ello la importancia de diseñar un manual de seguridad del paciente que fomente la calidad de la atención en beneficio del paciente en el proceso asistencial, disminuyendo la prevalencia de incidentes y eventos adversos, además de generar la cultura de reporte de evento, y seguimiento a riesgos, por otro lado es indispensable para cumplir con la nueva normatividad de habilitación de instituciones prestadores de servicios de salud.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

**SEGÚN LA PROBLEMÁTICA QUE EXISTE EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ¿EN LA IPS FISIOCENTER**

SE REQUIERE LA REALIZACIÓN DE UN 'MANUAL DE SEGURIDAD' PARA LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL SERVICIO DE FISIOTERAPIA?

## **2 JUSTIFICACION**

Hoy en día la medicina ha evolucionado no solo en su rol científico sino también en la parte ética de sus representantes y en la calidad de los servicios de salud brindados hacia los pacientes, dándole vital importancia a la seguridad de cada uno de estos, y así asegurando la mínima presencia de eventos adversos por medio de la seguridad del paciente.

Tomando gran importancia a nivel cultural en todos los países, debido al gran impacto que genera y la importancia de un sistema de salud que en vez de producir daño al ser humano lo que busca es su bienestar físico, mental y social.

Es entonces donde nace la necesidad de prevenirlos, disminuir su prevalencia, y aprender de los eventos adversos que ya se han presentado, permitiendo la creación de barreras para su prevalencia o aparición, en donde los beneficiarios son los usuarios del servicio, el cliente interno y la IPS que presta el servicio.

La intencionalidad del mejoramiento continuo de la calidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud apunta más allá del desarrollo de acciones que cumplan en lo formal, los requerimientos establecidos por los diversos componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud: el artículo 3° del decreto 1011 del 3 de abril de 2006 establece claramente que “las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, las cuales van más allá de la verificación de la

existencia de estructura o de la documentación de procesos, los cuales constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados<sup>7</sup>”.

El primer elemento que constituye la esencia del concepto del evento adverso es el daño al paciente<sup>8</sup>. Este primer elemento es fácil de determinar cuando el daño es evidente en caso de una incapacidad de una persona o en casos extremos, una incapacidad permanente mayor (daño cerebral, pérdida de un órgano o de una función corporal) o inclusive la muerte. Sin embargo, existen otros tipos de daños que es preciso contemplar cuando se analiza una situación clínica y que se enmarcan como un evento adverso de menor gravedad, donde el daño no es permanente, o no existen secuelas y otro aún más complicado de identificar, donde no hay un límite claro entre su origen en la atención en salud o su origen en la enfermedad de base.

A nivel institucional se evidencia que el desarrollo de un manual de seguridad favorecería en gran medida a los pacientes, quienes son la razón principal de la **IPS FISIOCENTER**, concientizándolos del papel protagónico del proceso de atención en salud, y de la creación de la cultura la adquisición del conocimiento básico para prevenir la presencia de eventos adversos. La implementación de programas de seguridad del paciente, otorga a la IPS un valor agregado, en la prestación del servicio de fisioterapia, brindando calidad, confiabilidad y seguridad en sus procesos asistenciales.

---

<sup>7</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Disponible en Internet [En línea] : <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/pos.aspx>

<sup>8</sup> <http://historico.unperiodico.unal.edu.co/Ediciones/110/10.html>

El manual, ayuda a los profesionales en el área de Fisioterapia y afines a asimilar, evaluar e implantar prácticas seguras, haciendo recomendaciones explícitas en la práctica clínica, para tener validez tanto interna como externa y ser aplicables en el quehacer profesional. Además que comprende un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, con el objetivo de guiar a los profesionales y a los pacientes en el proceso de toma de decisiones sobre qué intervenciones son más adecuadas en el abordaje de una condición clínica.

### 3 DISEÑO DE OBJETIVOS

#### 3.1 GENERAL

- Diseñar un Manual de Seguridad del paciente para la IPS FISIOCENTER sede de REHABILITACION.

#### 3.2 ESPECIFICOS

- Verificar la presencia de prácticas inseguras e infraestructura en la **IPS FISIOCENTER** que puedan generar un incidente o evento adverso en los pacientes.
- Actualizar los formatos de reporte de evento adverso, incidente y consentimiento informado.
- Diseñar el manual de seguridad del paciente

## **4 MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL**

Para el proceso de implementación de política de seguridad del paciente en la **IPS FISIOCENTER** sede de rehabilitación en el área de terapia física, se tienen en cuenta los siguientes conceptos:

- **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

- **ATENCIÓN EN SALUD**

Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

- **INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA**

Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

- **FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

- **RIESGO**

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

- **EVENTO ADVERSO**

Cualquier lesión no intencional causada por el manejo médico, más que por el proceso de enfermedad, que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente<sup>9</sup>. Se puede clasificar según severidad en severos y no severos; severo es considerado aquel que produce la muerte o deja una discapacidad mayor a 6 meses<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Charles, Vincent. Graham neale & Maria woloshynowych. (2001). Evento adverso en hospital british: informe preliminar, una retrospectiva. 322: 517-519

<sup>10</sup> Gaitán D, Hernando. (2006 – 2007). Frecuencia de eventos reportables y su evitabilidad en la Clínica Santa Rosa.

Un evento adverso puede tener varios grados de severidad o de intensidad, la lesión o daño puede estar relacionada a la discapacidad con el tiempo, de ahí, se definen los eventos adversos según severidad, en evento adverso grave, que es el que ocasiona la muerte o incapacidad residual al alta hospitalaria o que requirió intervención quirúrgica, el evento moderado, que es aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de un día de duración, y el evento leve que es aquel que ocasiona la lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria.<sup>11</sup>

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

- **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE**

Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

- **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE**

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

---

<sup>11</sup> ARANAZ, Andrés Jesús María. (2005). Estudio nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Plan de calidad para el sistema nacional de salud. Informe. Ministerio de sanidad y consumo. Universidad Miguel Hernández del Elche.

- **INCIDENTE**

Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

- **COMPLICACIÓN**

Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

- **VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

- **BARRERA DE SEGURIDAD**

Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

- **SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO**

Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

- **ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO**

Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causa.

## 5 PLAN TEMÁTICO

### CAPÍTULO 1. ASPECTOS LEGALES

Para el desarrollo de este proyecto de investigación se tendrán en cuenta las siguientes normas legales, las cuales fundamentan la práctica de la fisioterapia, describen el sistema obligatorio de salud, las condiciones para acreditación y habilitación, y del manejo de eventos adversos. A continuación se describen:

- **LEY 528 DE 1999 (septiembre 14)**

Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se dictan normas en materia de ética profesional y otras disposiciones.

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.

- **LEY 100 DE 1993**

Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones como el enfoque a la garantía de la seguridad del paciente en el proceso de atención en una institución de salud las siguientes: Formular y adoptar, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, las políticas, estrategias, programas y proyectos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República.

Expedir y Dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las Entidades Promotoras de Salud y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, así como la evaluación de ellas.

- **DECRETO 1011 DE 2006 (abril 3)**

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS). Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

El decreto establece la seguridad como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Y de la responsabilidad en el ejercicio de la auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente.

- **RESOLUCIÓN NÚMERO 1446 DE 2006 (8 DE MAYO DE 2006)**

Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se Adoptan los Indicadores de Monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Esta resolución establece define los eventos adversos TRAZADORES como las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son más

atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro de la salud del paciente, la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y a los incrementos de los costos de la no calidad.

Por extensión también se aplica este concepto a situaciones relacionadas con procesos no asistenciales que potencialmente pueden incidir en la ocurrencia de situaciones anteriormente mencionadas.

La vigilancia de los eventos adversos se integra con los diferentes componentes del Sistema Obligatorio de Garantía para la Atención en Salud de diversas maneras:

En el sistema único de acreditación: El ente acreditador debe exigir en los formularios de aplicación para la acreditación en salud que la institución haga una descripción de cómo vigila el comportamiento y gestiona el mejoramiento de los procesos involucrados en la ocurrencia de eventos adversos. Los evaluadores del ente acreditador deben de buscar de manera activa durante sus evaluaciones la existencia de eventos adversos y la evidencia de las acciones de mejoramiento derivadas de la vigilancia de estos en la institución, correlacionándolos con el grado de cumplimiento de los estándares de la institución.

Durante el proceso de acreditación, la vigilancia de los eventos adversos sirve a las instituciones para orientarse hacia la medición de la efectividad de los procesos de mejoramiento y de la

validez de la evidencia ante el ente acreditador relacionada con el cumplimiento de los estándares de acreditación.

En la auditoría para el mejoramiento de la calidad. La vigilancia de los eventos adversos se encuentra planteada como una de las recomendaciones de la Pautas de auditoría para el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. La vigilancia de eventos adversos le aporta información a la institución para la definición de los procesos prioritarios hacia los cuales deben enfocar sus programas de auditoría.

La vigilancia de la ocurrencia de eventos adversos permitirá evaluar la medida en la cual la atención en salud ofrecida por la IPS está consiguiendo los resultados centrados en el usuario. En el sistema único de habilitación En análisis de la ocurrencia de los eventos adversos, en especial los que están asociados a muerte o lesiones graves del paciente, debe correlacionarse con la prevención de los riesgos hacia los cuales apunta los estándares de este componente del SOGCS.

- **Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia junio de 2008:**

La política de seguridad del paciente, no fomenta la impunidad cuando la acción insegura se deba a negligencia o impericia o hay intención de hacer daño y respeta por lo tanto el marco legal del país. Pero de igual manera procura proteger al profesional que de manera ética y responsable

analiza las fallas de la atención y los eventos adversos para desarrollar barreras de seguridad que protejan al paciente.

El impacto de las acciones para la mejora de la seguridad del paciente incide en prevenir la ocurrencia de eventos adversos y por lo tanto en la disminución de los procesos legales. Los mejores protocolos de manejo del paciente al mejorar el resarcimiento de la institución y del profesional con este, en muchas ocasiones evitan que los pacientes o sus familias instauren acciones legales que de otra manera si se hubieren producido. Cuando la situación llega a una instancia legal el tener procesos de seguridad del paciente podría constituirse en un factor atenuante y no tenerlo en un factor que pudiera considerarse agravante. Dado que la lesión por evento adverso no se encuentra tipificada.

## **CAPITULO 2. DISEÑO DEL MANUAL**

El Manual de Procedimientos es un elemento del Sistema de Control Interno, el cual es un documento instrumental de información detallado e integral, que contiene, en forma ordenada y sistemática, instrucciones, responsabilidades e información sobre políticas, funciones, sistemas y reglamentos de las distintas operaciones o actividades que se deben realizar individual y colectivamente en una empresa, en todas sus áreas, secciones, departamentos y servicios. Un manual es un documento que contiene la descripción de actividades que deben seguirse para llegar a un objetivo específico.

## CONTENIDO

- Título: se indicará la razón de ser de acuerdo con el contenido, en forma breve y concisa.
- Introducción: explicación general del procedimiento
- Organización: estructura micro y macro de los procedimientos de la empresa
- Descripción del Procedimiento:
- Objetivos de Procedimiento: propósito del mismo.
- Base Legal: normas aplicables al procedimiento de orden gubernamental o internas, requisitos, documentos y archivo.
- Descripción rutinaria del procedimiento u operación y sus participantes: pasos que se deben hacer, cómo y porqué, identificando el responsable.
- Gráfica o diagrama de flujo del procedimiento: Flujograma
- Responsabilidad, autoridad o delegación de funciones del proceso, las cuales entrarán a formar parte de los "Manuales de Funciones" en los que se establecerá como parte de las labores asignadas individualmente en los diferentes funcionarios.

- Medidas de Seguridad, Prevención y Autocontrol, aplicables y orientadas a los procedimientos, para evitar desviaciones.
- Informes: estadísticos y de reporte.
- Supervisión, evaluación, examen y autocontrol de oficinas encargadas del control, con sus recomendaciones para lograr mejoramiento continuo y calidad.

## **PROCEDIMIENTOS PARA HACER EL MANUAL**








- Establecer objetivos para los diferentes procesos.
- Definir políticas, guías, procedimientos y normas, donde no exista ninguna.
- Sistema de organización que enmarca la estructura de la empresa.
- Limitación de autoridad y responsabilidad para cada funcionario.
- Normas de protección y utilización de los recursos, como elemento de control.
- Sistema de méritos y sanciones para administración del personal relacionadas con evaluación y cumplimiento.

- Aplicación de recomendaciones para el mejoramiento.
- Métodos de control y evaluación de la gestión
- Programas de inducción y capacitación del personal.
- Base para la evaluación de los procedimientos y determinar correctivos, como elementos de auditoría y control.
- Elemento esencial para el diseño e implementación de indicadores, como base para ejercer el control de la gestión, cuyo objetivo es proyectar resultados positivos. (Ver anexo A)

## **FLUJOGRAMA**

Para la representación gráfica de la secuencia de los procedimientos o actividades que conforman el Manual se utilizarán los siguientes signos universales, como sigue:

Figura 1. Flujograma secuencia de los procedimientos o actividades que conforman el Manual de seguridad.

	<b>INICIO O FIN</b>	INICIACIÓN O TERMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO AL INTERIOR DEL SÍMBOLO.
	<b>EMPLEADO RESPONSABLE - DEPENDENCIA</b>	EN LA PARTE SUPERIOR NOMBRE DEL CARGO DEL RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD, EN LA PARTE INFERIOR EL NOMBRE DE LA DEPENDENCIA A QUE PERTENECE.
	<b>DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD</b>	SE DESCRIBE EN FORMA LITERAL LA OPERACIÓN A EJECUTAR.
	<b>DECISIÓN</b>	PREGUNTA BREVE SOBRE LA CUAL SE TOMA ALGUNA DECISIÓN.
	<b>ARCHIVO</b>	ARCHIVO DEL DOCUMENTO.
	<b>CONECTOR DE ACTIVIDADES</b>	INDICANDO DENTRO DEL PROCEDIMIENTO EL PASO SIGUIENTE A UNA OPERACIÓN. (LLEVA EN EL INTERIOR LA LETRA DE LA ACTIVIDAD).
	<b>CONECTOR DE FIN DE PÁGINA</b>	UTILIZADO PARA INDICAR QUE EL PROCEDIMIENTO CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

Fuente: Manual de Seguridad del Paciente para el Área de Rehabilitación en La IPS FISIOCENTER SAS de la ciudad de Popayán (2013).

### CAPITULO 3. ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS

El modelo a utilizar para la creación del manual de seguridad del paciente es el AMFE: Análisis Modal de Fallos y Efectos<sup>12</sup> es una metodología que se aplica a la hora de diseñar nuevos productos, servicios o procesos. Su finalidad es estudiar los posibles fallos futuros (“modos de fallo”) de nuestro producto para posteriormente clasificarlos según su importancia. A partir de ahí, obtendremos una lista que nos servirá para priorizar cuáles son los modos de fallo más

<sup>12</sup> AMFE: Análisis Modal de Fallos y Efectos, LIBRERÍA HOR DAGO

relevantes que debemos solventar -bien por ser más peligrosos, más molestos para el usuario, más difíciles de detectar o más frecuentes- y cuáles son los menos relevantes de los cuáles no nos debemos preocupar -bien por ser poco frecuentes, bien por tener muy poco impacto negativo o bien porque son fáciles de detectar por la empresa antes de sacar el producto al mercado.

Hay varios tipos de Análisis AMFE según si se aplica a un producto/servicio o a un proceso, pero básicamente funcionan igual. Además, la versatilidad de este análisis permite aplicarlo tanto en el desarrollo de productos como en modificaciones de diseño y para la optimización de procesos.

La **definición** exacta por lo tanto, es la siguiente: “El AMFE o Análisis Modal de Fallos y Efectos es un **método** dirigido a lograr el Aseguramiento de la Calidad, que mediante el análisis sistemático, contribuye a identificar y prevenir los modos de fallo, tanto de un producto como de un proceso, evaluando su gravedad, ocurrencia y detección, mediante los cuales, se calculará el Número de Prioridad de Riesgo, para priorizar las causas, sobre las cuales habrá que actuar para evitar que se presenten dichos modos de fallo.

Cuáles son los **objetivos** que se pretenden alcanzar cuando se realiza un AMFE:

- Satisfacer al cliente
- Introducir en las empresas la filosofía de la prevención

- Identificar los modos de fallo que tienen consecuencias importantes respecto a diferentes criterios: disponibilidad, seguridad, etc.
- Precisar para cada modo de fallo los medios y procedimientos de detección
- Adoptar acciones correctoras y/o preventivas, de forma que se supriman las causas de fallo del producto, en diseño o proceso
- Valorar la eficacia de las acciones tomadas y ayudar a documentar el proceso

### **Cuándo se realizará un AMFE**

Por definición el AMFE es una metodología orientada a maximizar la satisfacción del cliente mediante la reducción o eliminación de los problemas potenciales o conocidos. Para cumplir con este objetivo el AMFE se debe comenzar tan pronto como sea posible, incluso cuando aún no se disponga de toda la información.

### **En concreto el AMFE se debería comenzar:**

- Cuando se diseñen nuevos procesos o diseños;
- Cuando cambien procesos o diseños actuales sea cual fuere la razón;

- Cuando se encuentren nuevas aplicaciones para los productos o procesos actuales;
- Cuando se busquen mejoras para los procesos o diseños actuales.

Dentro del proceso de diseño de un producto, el AMFE es de aplicación durante las fases de diseño conceptual, desarrollo y proceso de producción. En estas fases el AMFE se complementa con otras herramientas de ingeniería de calidad como QFD, benchmarking, estudio de quejas y reclamaciones, fiabilidad y CEP.

EL AMFE se puede dar por finalizado cuando se ha fijado la fecha de comienzo de producción en el caso de AMFE de diseño o cuando todas las operaciones han sido identificadas y evaluadas y todas las características críticas se han definido en el plan de control, para el caso de AMFE de proceso. En cualquier caso, siempre se puede reabrir un AMFE para revisar, evaluar o mejorar un diseño o proceso existente, según un criterio de oportunidad que se fijará en la propia empresa. Como regla general los archivos del AMFE habrán de conservarse durante el ciclo completo de vida del producto (AMFE de diseño) o mientras el proceso se siga utilizando (AMFE de proceso).

## **Para este estudio se empleó el AMFE DE PROCESO**

Es el "Análisis de modos de fallos y efectos" potenciales de un proceso de fabricación, para asegurar su calidad de funcionamiento y, en cuanto de él dependa, la fiabilidad de las funciones del producto exigidos por el cliente.

En el AMFE de proceso se analizan los fallos del producto derivados de los posibles fallos del proceso hasta su entrega al cliente.

Se analizan, por tanto, los posibles fallos que pueden ocurrir en los diferentes elementos del proceso (materiales, equipo, mano de obra, métodos y entorno) y cómo éstos influyen en el producto resultante.

Hay que tener claro que la fiabilidad del producto final no depende sólo del AMFE de proceso final, sino también de la calidad del diseño de las piezas que lo componen y de la calidad intrínseca con que se hayan fabricado las mismas. Sólo puede esperarse una fiabilidad óptima cuando se haya aplicado previamente un AMFE de diseño y un AMFE de proceso en proveedores externos e internos.

**DEFINICIÓN DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA EN  
ATENCIÓN PRIMARIA.**

Es un dispositivo asistencial que engloba la atención rehabilitadora y fisioterapéutica a pacientes con déficit funcional con posibilidad de recuperación total o parcial y a pacientes discapacitados físicos para mejorar su capacidad funcional de forma compensatoria, en sala de tratamiento. Ofertando además apoyo y orientación a los cuidadores principales y profesionales de Atención Primaria.

La institución debe definir un protocolo para el manejo del paciente y su familia cuando ocurre un evento adverso. De las experiencias internacionales y nacionales, extractamos las siguientes recomendaciones, educar al paciente e incentivarlo para preguntar acerca de su enfermedad, de su autocuidado y de los riesgos.

En consecuencia con todo lo expuesto, el interés de las medidas que se pretenden desarrollar se centra, prioritariamente, en la recuperación precoz de procesos que pudieran desembocar en discapacidad, en el desarrollo de actividades compensatorias, en la prevención terciaria de problemas relacionados con la inmovilidad y en el apoyo a los cuidadores en situaciones de gran dependencia.

La línea de actuación de este Programa se dirige a facilitar la atención de los enfermos discapacitados y sus cuidadores, desarrollando una red de Servicios de Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria, que mejore la accesibilidad de los pacientes y sus familias a este tipo de atención. El documento que se presenta tiene como objetivo ordenar, homogeneizar y coordinar las actuaciones de los diversos servicios y profesionales para conseguir un alto grado de efectividad a la atención en salas de rehabilitación y fisioterapia.

El Manejo del Paciente debe estar orientado hacia; no negarle la ocurrencia del evento adverso; por el contrario, darle información y apoyarlo: definir qué se explica, quien lo hace, cómo y cuándo. Hacer todo lo necesario para mitigar las consecuencias del evento adverso. Resarcir al paciente que ha padecido un evento adverso, pero sobre todo y lo más importante que el paciente tenga el conocimiento cuando se presente algún tipo de evento adverso, evento adverso no evitable, evento adverso evitable, error y un modo de fallo, seguido de esto tratar de explicarle cual es el significado de cada uno de ellos y así evitar molestias con los familiares y con el mismo, evitando crear una mala atmosfera a la institución y posible desconfianza hacia el profesional.

**Evento Adverso:** es una lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial, no por la patología de base.

**Evento Adverso no Evitable:** lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error, no por la patología de base. Ocurre cuando, por ejemplo, se

administra un medicamento o se aplica una tecnología en dosis y forma adecuada, para la patología adecuada.

**Evento Adverso Evitable:** lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error, no por la patología de base.

Error: uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado o falla en completar una acción como estaba planeada. Los errores se pueden cometer por acciones u omisiones, conscientes o inconscientes.

**Indicio de evento adverso:** la atención al paciente indica la posibilidad de que un evento adverso está ocurriendo u ocurrió.

**Modo de Fallo:** es un evento circunstancial que puede fallar en un proceso de atención y que puede conducir a la presentación de un evento adverso.

Entendido este como el reconocimiento, soporte y acompañamiento en lo que sea pertinente. Explicarle que es lo que se hará para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso. Mostrar que no se eluden las responsabilidades ante la ocurrencia del evento adverso y que se tiene la voluntad de contribuir al resarcimiento de las consecuencias de este. Si la situación lo amerita: presentarle excusas al paciente y su familia por la ocurrencia del Evento Adverso.

En la búsqueda para mejorar la seguridad de los pacientes, las experiencias nacionales más avanzadas han propuesto la creación de un sistema de reporte del evento adverso y su manejo para que de las fallas sirvan a todos los actores del sistema como aprendizaje cuando los mismos errores ocurren repetidas veces en muchos escenarios y los pacientes continúan siendo lesionados no intencionalmente por errores evitables.

El Sistema de Reporte extra institucional es voluntario y recogerá aquellos eventos adversos originados en situaciones que ameriten acciones al nivel del sistema o coordinación entre diferentes actores. Para el sistema de seguridad institucional, esto puede constituir una oportunidad, al aportar para la generación de acciones extra institucionales que potencien los esfuerzos interinstitucionales.

El reporte puede capturar los errores, los daños y lesiones involuntarias, los incidentes, los funcionamientos defectuosos de los equipos, los fracasos de los procesos, que si no se detienen en un informe individual sino que se proyectan a todo un sistema, se logrará estandarizar, comunicar, analizar, mejorar y en la respuesta se diseminarán las lecciones aprendidas de eventos informados.

**REPORTE:** Los resultados de un sistema de reporte de eventos adversos son muy útiles para la identificación de las causas que han favorecido la ocurrencia de estos y que por lo tanto originan atenciones inseguras. El reporte no es la metodología a través de la cual se puede inferir cual es la frecuencia o el perfil de los eventos adversos en una institución. Tener un sistema institucional de

reporte de eventos adversos implica la definición de: proceso para el reporte de eventos adversos, que se reporta, a quien se le reporta, como se reporta, a través de qué medios, cuando se reporta, como se asegura la confidencialidad del reporte, si se trata de solo auto reporte o puede existir el reporte por otros, el proceso de análisis del reporte y retroalimentación a quien reportó, como se estimula el reporte en la institución<sup>13</sup>.

Luego de esto realizamos el proceso de análisis y gestión, que para que el reporte sea útil es necesario que se desarrolle un análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia de los Eventos Adversos, Se debe precisar cuál será el manejo dado a la lección aprendida, como se establecerán barreras de seguridad, cuales procesos inseguros deberán ser rediseñados, y el apoyo institucional a las acciones de mejoramiento.

Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente. Siempre en cumplimiento del principio de eficiencia, de acuerdo con el perfil de la institución se recomienda<sup>14</sup>:

- Proporción de gestión de eventos adversos.
- Proporción de reporte de eventos adversos.
- Indicadores que midan la extensión de la vigilancia de eventos adversos en la institución.

---

<sup>13</sup> INVIMA. (2010). Guía de reporte de eventos adversos.

<sup>14</sup> ENTREVISTA A Dr. William Duarte. Hospitalaria. Seguridad del paciente: Una estrategia para la calidad en los servicios de salud. (Bogotá: 2006).

- Indicadores que evalúen impacto en: caídas.
- Desarrollar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia médica y científica. Entendidas como la estandarización en forma cronológica y sistemática del proceso de atención del paciente durante su proceso de rehabilitación física.
- Para su diseño y desarrollo deben tenerse en cuenta no solo las patologías más frecuentes, sino un amplio número de patologías posibles.
- Realizar evaluación de la Guía, previamente a su adopción, con instrumentos diseñados para tal efecto.
- Verificar la adherencia del personal a las guías implementadas.

Procesos para la minimización de riesgos derivados de la condición del paciente:

- Paciente con compromiso neurológico o agitación por otra causa que no le permita atender órdenes.
- Paciente bajo efecto de alcohol o de medicamentos sedantes o alucinógenos.

- Pacientes que por su condición física y/o clínica deben caminar con ayuda de aparatos o de otra persona que los sostenga en pie.

Procesos para la mejora de los procesos que potencialmente pueden generar riesgos al paciente:

- No fue considerado el riesgo de caída en el diseño de los procesos.
- Ausencia de superficie antideslizante en el piso.
- Ausencia de bandas antideslizantes y soportes en baños y duchas.
- Camillas sin barandas.
- Iluminación inadecuada.
- Obstáculos en los pasillos y áreas de circulación

## **CAPITULO 5. INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA.**

Se entiende por ejercicio de la profesión de fisioterapia la actividad desarrollada por los fisioterapeutas en materia de<sup>15</sup>:

---

<sup>15</sup> LEY 528 DE 1999, Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se dictan normas en materia de ética profesional y otras disposiciones.

**a)** Diseño, ejecución y dirección de investigación científica, disciplinar o interdisciplinar, destinada a la renovación o construcción de conocimiento que contribuya a la comprensión de su objeto de estudio y al desarrollo de su quehacer profesional, desde la perspectiva de las ciencias naturales y sociales.

**b)** Diseño, ejecución, dirección y control de programas de intervención fisioterapéutica para: la promoción de la salud y el bienestar cinético, la prevención de las deficiencias, limitaciones funcionales, discapacidades y cambios en la condición física en individuos y comunidades en riesgo, la recuperación de los sistemas esenciales para el movimiento humano y la participación en procesos interdisciplinarios de habilitación y rehabilitación integral.

**c)** Gerencia de servicios fisioterapéuticos en los sectores de seguridad social, salud, trabajo, educación y otros sectores del desarrollo nacional.

**d)** Dirección y gestión de programas académicos para la formación de fisioterapeutas y otros profesionales afines.

**e)** Docencia en facultades y programas de fisioterapia y en programas afines.

**f)** Asesoría y participación en el diseño y formulación de políticas en salud y en fisioterapia y proyección de la práctica profesional.

---

4. LEY 528 DE 1999, Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se dictan normas en materia de ética profesional y otras disposiciones.

**g)** Asesoría y participación para el establecimiento de estándares de calidad en la educación y atención en fisioterapia y disposiciones y mecanismos para asegurar su cumplimiento.

**h)** Asesoría y consultoría para el diseño, ejecución y dirección de programas, en los campos y áreas en donde el conocimiento y el aporte disciplinario y profesional de la fisioterapia sea requerido y/o conveniente para el beneficio social;

**i)** Diseño, ejecución y dirección de programas de capacitación y educación no formal en el área

**j)** Toda actividad profesional que se derive de las anteriores y que tenga relación con el campo de competencia de fisioterapeuta.

## **DE LAS FUNCIONES DEL FISIOTERAPEUTA**

### **VALORACION DEL PACIENTE**

Es la valoración que hace el profesional de la condición de salud del paciente, en ella se incluye una completa anamnesis que lleva además de sus datos personales, antecedentes de salud personales y familiares; este documento es muy importante porque es la base para todos los procedimientos que va a recibir el paciente en el servicio de rehabilitación, y de ahí se van a guiar todos los profesionales que atiendan a un determinado paciente para definir conductas, observar reacciones a diferentes medios físicos, conocer que contraindicaciones tiene cada paciente hacia

algún procedimiento en especial. Por esto, la valoración es pieza clave que aporta mucho en materia de seguridad del paciente<sup>16</sup>.

EL proceso y los resultados finales de la evaluación de los datos del examen, el fisioterapeuta los organiza en grupos definidos, síndromes o categorías, que ayudan a determinar el pronóstico, el plan de cuidado y las estrategias de intervención apropiadas.

▪ **MODALIDADES Y TÉCNICAS UTILIZADAS DENTRO DE LA PRACTICA DE FISIOTERAPIA EN LA IPS FISIO CENTER SEDE DE REHABILITACION.**

- Terapia Manual
- Termoterapia
- Crioterapia
- Cinesiterapia
- Electroterapia
- Ultrasonido

**Modalidades Terapéuticas.** En el ejercicio y aplicación de tratamientos de fisioterapia, se utilizan variedad de modalidades terapéuticas que incluyen además de medios físicos, la aplicación de una serie de aparatos encaminados a obtener del paciente la recuperación en cualquier patología que afecte su

---

<sup>16</sup> <http://www.efisioterapia.net/articulos/la-fisioterapia-los-centros-dia-valoracion-tratamientos-estadisticas-patologias-y-casos-cl>

sistema musculo esquelético, y la otra parte la realiza el profesional con la práctica de técnicas dirigidas para este mismo fin. Entre ellas tenemos:

- **TERMOTERAPIA**

Es la aplicación del calor superficial como agente terapéutico.

Los medios empleados en termoterapia superficial producen un calentamiento intenso de los tejidos superficiales y un calentamiento leve o moderado de los tejidos situados a mayor profundidad.

El calentamiento superficial produce un efecto analgésico, que se debe tanto a la reducción de la tensión muscular como a un efecto directo sobre las terminaciones nerviosas libres y las fibras nerviosas sensibles<sup>17</sup>.

- **FACTORES QUE DEPENDEN LAS MODIFICACIONES DE LA TEMPERATURA:**

Las modificaciones en las temperaturas de los tejidos superficiales, producidas por este tipo de termoterapia, dependen de diversos factores:

---

<sup>17</sup> <http://carmendelaros.blogspot.com/2012/10/definicion-es-la-aplicacion-del-calor.html>

- Intensidad del calor aplicado. Para obtener niveles terapéuticos, la elevación de temperatura en los tejidos debe situarse entre los 40-45 °C.
  
- Calor específico del agente utilizado.
  
- Conductividad térmica del agente empleado y de los tejidos interpuestos. Al poseer una baja conductividad térmica, la grasa es un buen aislante térmico, por lo que los tejidos situados por debajo del tejido subcutáneo se ven muy poco o nada afectados.
  
- Duración de la aplicación. En términos generales, cuanto mayor es el tiempo de aplicación mayor será el estímulo producido.
  
- Superficie cutánea expuesta. Cuanto mayor sea la superficie expuesta es de esperar un mayor estímulo.
  
- Sensibilidad individual. La sensibilidad, tanto al calor como al frío, varía de un individuo a otro.

- **MÉTODOS CONDUCTIVOS**

- **BOLSAS CALIENTES:**

El principal mecanismo de transferencia térmica es la conducción las bolsas calientes denominadas hot-packs, consistentes en sustancias volcánicas minerales, y las bolsas denominadas hot/cold-packs o bolsas de hidrocoloide, de fono de plástico transparente, cuyo interior se encuentra relleno de una sustancia gelatinosa, que pueden utilizarse tanto para termoterapia como para crioterapia. Las bolsas se calientan en baños o calentadores, controlados con termostatos a una temperatura de 71,1 a 79,4 °C; la temperatura de utilización recomendada se sitúa entre los 70 y los 76 °C. En los hot-packs, el material hidrófilo absorbe y mantiene el agua caliente, que se expande dentro de la bolsa.

➤ **APLICACIÓN:**

Las bolsas se extraen del baño con pinzas o tijeras y, para su utilización, se envuelven totalmente en toallas normales o de doble almohadilla, que reducen la transferencia térmica a la superficie cutánea sobre la que se aplican.

El tratamiento suele durar entre 15 y 20 minutos, durante los cuales el paciente debe experimentar una sensación de calor franca, pero siempre tolerable. Aproximadamente 5 minutos después de iniciada la aplicación, es necesario retirar la envoltura para observar la piel del paciente.

➤ **INDICACIÓN:**

No ejercer mucha presión sobre las bolsas.

Esta precaución es especialmente necesaria cuando se efectúan aplicaciones en el tronco.

Éstas deben realizarse en decúbito prono, para evitar la compresión de las bolsas y la salida de agua o sustancia gelatinosa de su interior.

➤ **PELIGRO:**

Tener cuidado con la posible rotura de las bolsas químicas dado que el líquido del que están rellenas, es irritante y puede ponerse en contacto con la piel o los ojos.

○ **PARAFINA**

Es una mezcla de alcanos que se encuentra en la naturaleza (ozoquerita) y en los residuos de la destilación del petróleo. La empleada en terapéutica debe ser blanca, inodora, insípida y sólida, y se suministra en forma de placas. La parafina tiene un punto de fusión medio de aproximadamente 54,5 °C La adición de una parte de aceite mineral a seis o siete partes de parafina reduce su punto de fusión; de este modo se mantiene líquida a temperaturas entre 42 y 52 °C

➤ **APLICACIÓN:**

Dado que su conductividad y calor específico son bajos, puede aplicarse directamente sobre la piel a temperaturas que no son tolerables con el agua. El mecanismo fundamental de transferencia de calor es por conducción. La parafina se funde y mantiene en baños controlados termostáticamente.

La parafina se aplica fundamentalmente en manos y pies, de tres formas: inmersiones repetidas, inmersión mantenida y pincelaciones.

El método de inmersión: es el más utilizado y consiste en la introducción cuidadosa de la mano o el pie durante varios segundos en el baño; posteriormente se retira, para que se forme una delgada capa de parafina, ligeramente endurecida y adherente, sobre la piel. La operación se repite de 8 a 12 veces hasta que se forma una gruesa capa de parafina sólida. A continuación, la zona se envuelve en una bolsa de plástico y se cubre con varias toallas para facilitar la retención del calor.

El método de pincelación: se emplea con menor frecuencia, aunque permite aplicar la parafina a temperatura más elevada. Se utiliza sobre zonas como los hombros y los codos, que no pueden ser tratadas mediante las técnicas anteriores. Este método se basa en la aplicación de unas 10 pincelaciones rápidas sobre la zona, que posteriormente queda convenientemente envuelta.

El método de inmersión mantenida o de reinmersión: es utilizado en contadas ocasiones, al ser poco tolerado por muchas personas, especialmente aquéllas con predisposición a la formación de edemas o que no pueden adoptar una posición estática y cómoda durante el tiempo que dura el tratamiento. Se introduce la mano o el pie 3 o 4 veces en el baño de parafina, hasta que se forma una fina película de parafina sólida. Luego vuelve a sumergirse en el baño y se mantiene la inmersión de 20 a 30 minutos.

➤ **INDICACIÓN:**

- Calma el dolor y la rigidez.
  
- Aporta vitamina E.
  
- El calor penetrante alivia las articulaciones dolorosas y los músculos rígidos.
  
- Se utiliza principalmente por su efecto analgésico en reumatismos crónicos, artrosis.

○ **ULTRASONIDO**

El ultrasonido es un equipo que transfiere ondas mecánicas de mayor frecuencia que las del sonido, a través de un medio físico (gel), que permite que pueda propagarse y transmitir energía (calor profundo) gracias a la vibración que producen dichas ondas. Con la vibración, se produce

un movimiento celular que mejora la cicatrización, así como también, un aumento de la temperatura en la zona en donde fue aplicado. En la profundidad de los tejidos existen escasos o casi nulos receptores de calor, motivo por el cual el cambio de temperatura producido por el ultrasonido no es percibido por el paciente.<sup>18</sup>

## ▪ **INTERACCIÓN DEL ULTRASONIDO CON LOS TEJIDOS BIOLÓGICOS**

Cuando los transductores se colocan sobre la piel, la energía se transmite entre los distintos medios que atraviesa. Dado que el aire es muy mal conductor del sonido, se debe utilizar gel de contacto entre el transductor y la piel. Las ondas ultrasónicas penetran en los tejidos de una forma inversamente proporcional a la frecuencia, siendo menor la profundidad alcanzada cuando mayor es la frecuencia. La absorción, refracción, reflexión y dispersión de la onda sónica se deben tener siempre en cuenta. Los tejidos con un alto contenido en agua absorberán mejor las ondas que los tejidos no hidratados.

### ○ **EFEECTO MECÁNICO**

Se produce variación de intensidad en los límites tisulares por onda estacionaria derivada de la interferencia.

---

<sup>18</sup> <http://fisioterapia.blogspot.com/2012/06/el-ultrasonido-terapeutico.html>

Se producen cambios de volumen celular que llegan a ser del 0,02%, estimulando el transporte de membrana.

Ocurre liberación de mediadores por efecto de la vibración, lo cual influye activamente en la resolución del proceso inflamatorio.

- **ESTIMULACIÓN DE LA REGENERACIÓN TISULAR**

Posee efectos significativos sobre nervios periféricos a nivel de la membrana neuronal, lo que ayuda a comprender el efecto analgésico, aumenta la velocidad de conducción de los nervios periféricos por lo que se pueden producir bloqueos temporales.

Se produce un aumento de la producción de fibroblastos, con síntesis de fibra colágena para matriz intercelular y su posterior orientación estructural.

- **EFEECTO TÉRMICO**

- **Hiperemia:** Se produce un aumento de circulación sanguínea en la zona tratada, en parte debido al efecto térmico y en parte por la liberación de sustancias vasodilatadoras. Como consecuencia se favorece la activación del metabolismo local. Se produce un aumento de la permeabilidad de las membranas celulares. Esto, junto al estímulo circulatorio, favorece los

intercambios celulares y la reabsorción de líquidos y desechos metabólicos. Como consecuencia se obtiene un efecto anti inflamatorio y de reabsorción de edemas.

Modificación de las estructuras coloidales. Se produce una despolimerización o fragmentación de las moléculas grandes, de modo que disminuye la viscosidad del medio, esto es útil en afecciones que cursan con tejidos empastados y rígidos. Se produce rotura de los tabiques de fibrosis responsables de la formación de los nódulos celulíticos. Este efecto junto al anteriormente descrito (fluidificación del medio), son de particular interés en el tratamiento de los procesos fibróticos.

Disminución de la excitabilidad neuromuscular.

Relajación del espasmo muscular y de la contractura refleja.

#### ➤ **INDICACIONES**

- Afecciones de hombro y cadera (relacionadas con el sistema osteomioarticular)
- Se puede utilizar con efectividad en el neuroma doloroso del amputado.
- Muy utilizado en el dolor post-herpético y en la disfunción temporomandibular.

- Procesos respiratorios crónicos, (enfermedad de Sudeck).

En el tratamiento del linfedemaposmastectomía, (dolor mamario por ingurgitación, en la esclerosis mamaria postimplante).

- Se utiliza en la esclerodermia para aliviar las contracturas y la tensión de la piel.
- Lesiones de nervios periféricos, sobretodo de tipo irritativas.
- Trastornos circulatorios, en casos de éxtasis circulatorios y colecciones líquidas crónicas, como hematomas, fibrohematomas, etc.
- Trastornos dermatológicos subagudos, crónicos, fibrosis y trastornos de la cicatrización.
- Trastornos de órganos internos y estomatológicos.

#### ▪ **MÉTODOS DE APLICACIÓN DEL ULTRASONIDO**

- **Acoplamiento Directo.** El cabezal se aplica sobre la piel limpiándola previamente con jabón o alcohol al 70%. Se debe aplicar en el área a tratar una capa fina de gel de contacto.

○ **Acoplamiento Mixto.** Para el tratamiento de regiones cóncavas o que no puedan ser tratadas mediante el método subacuático. Se interpone un globo de látex o plástico lleno de agua desgasificada, que se adapte a la zona. Se coloca gel de contacto entre el cabezal y el globo y entre este y la piel para completar el acoplamiento. Como en la transmisión se pierde energía, en esta modalidad se usan dosis algo superiores a las normales.

#### ▪ **TIPOS DE ULTRASONIDO**

○ **Ultrasonido continuo.** Se utiliza como termoterapia profunda y selectiva en estructuras tendinosas y periarticulares. Se controla su dosificación mediante la aparición del dolor perióstico si hay sobrecarga térmica local. Puede aplicarse en presencia de osteosíntesis metálicas.

○ **Ultrasonido Pulsado.** La emisión pulsante es la utilizada actualmente por sus efectos positivos sobre la inflamación, el dolor y el edema. Está indicada en procesos agudos e inflamatorios ya que con parámetros adecuados carece de efectos térmicos. Al no producir dolor perióstico, se carece del aviso de sobredosis y hay que ser prudentes en intensidades medias y altas.

#### ➤ **CONTRAINDICACIONES**

Los ultrasonidos tienen pocas contraindicaciones específicas. Las más importantes coinciden con las del calor y el aumento de temperatura. Bajo ningún concepto pueden aplicarse ultrasonidos terapéuticos, y menos en modo continuo, sobre inflamaciones agudas de cavidades cerradas.

Los ultrasonidos continuos no deben utilizarse en el período agudo de los traumatismos musculoesqueléticos, ya que pueden provocar una exacerbación de los síntomas (dolor, edema). Sin embargo, los ultrasonidos pulsados con un ciclo de funcionamiento bajo pueden emplearse para obtener analgesia.

Una de las complicaciones músculo tendinosas de las fracturas es la miositis osificante, consistente en la aparición de una masa calcificada en las proximidades de una articulación, que puede provocar una importante limitación funcional. El lugar más frecuente de aparición es el codo, en relación con movilizaciones pasivas forzadas e intempestivas. La aplicación precoz de ultrasonidos, antes de la consolidación de la fractura, contribuye a aumentar el riesgo de aparición de esta complicación. Si la miositis osificante se encuentra todavía en fase de desarrollo, los ultrasonidos también están contraindicados.

Dado que la sensación de quemazón o dolor indica una sobre dosificación o técnica incorrecta, debe examinarse la sensibilidad de la zona, pues la percepción del paciente sirve como mecanismo de retroalimentación.

En presencia de marcapasos, debe evitarse la aplicación de ultrasonidos terapéuticos sobre el área cardíaca, debido a que pueden interferir con el ritmo cardíaco y con la conducción nerviosa, y pueden alterar las propiedades contráctiles del miocardio. También está contraindicada la aplicación de ultrasonidos sobre la columna vertebral cuando existe una laminectomía, porque el

tejido óseo que protege la medula se ha extirpado, lo que expone la médula a la energía de los ultrasonidos.

Los ultrasonidos continuos no deben aplicarse sobre áreas de insuficiencia vascular, ya que la irrigación sanguínea puede ser insuficiente, en relación con la demanda metabólica. Tampoco deben utilizarse sobre zonas tumorales, por el riesgo de que el incremento de vascularización favorezca la extensión del tumor y la aparición de metástasis.

Deben utilizarse con precaución cuando se aplican en la rodilla lesionada de niños o adolescentes, por la proximidad del platillo de crecimiento del fémur, tibia y peroné. Algunos autores recomiendan que no se utilicen hasta que el crecimiento sea ya completo, a los 18 o 20 años.

#### ▪ **CRIOTERAPIA**

Podemos definir la crioterapia como el conjunto de procedimientos que utilizan el frío en la terapéutica médica, emplea muy diversos sistemas y tiene como objetivo la reducción de la temperatura del organismo, ya que esta reducción lleva consigo una serie de efectos fisiológicos beneficiosos y de gran interés en diversas patologías<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> <https://docs.google.com/file/d/0B1K171s6sIYpNWUzMjg3ZDctMDJjZC00OWJjLTK3NDEtNDI5ZDZzMzE0ZjAw/edit>

○ **EFFECTOS**

**Fisiológicos:** Los efectos que se persiguen en medicina física con la crioterapia son, básicamente:

- ✓ Disminución de la temperatura y metabolismo tisular.
  
- ✓ Disminución de flujo sanguíneo
- ✓ Disminución de la inflamación y el edema.
  
- ✓ Disminución del dolor y el espasmo muscular.

○ **FORMAS DE APLICACIÓN.**

El enfriamiento conseguido dependerá de:

- ✓ El agente utilizado (bolsas de hielo, bolsas químicas, inmersiones, criomasaaje, etc.)
  
- ✓ La duración de la aplicación.
  
- ✓ El espesor de grasa subcutánea.
  
- ✓ La temperatura previa del área de tratamiento.

✓ La forma de la zona de tratamiento y su superficie.

▪ **MÉTODOS**

✓ Inmersión en agua helada a 0° C.

✓ Aplicaciones de compresas o tela sumergidas en agua helada.

✓ Masaje con un bloque de hielo.

✓ Spray de enfriamiento (Cloruro de etilo).

✓ Envases con mezclas de productos químicos que generan una reacción endotérmica.

✓ Aplicación de compresas con hielo pulverizado.

✓ Bolsa de agua fría.

✓ Gases refrigerantes

## ▪ **APLICACIÓN TERAPÉUTICA**

Bolsas de hielo.

Dan un enfriamiento más profundo, son caseras y fáciles de usar. Se trata de hielo machado por 20 minutos, 2 o 3 veces al día. Se debe combinar con técnica “CRICER” (hielo más reposo, elevación y compresión).

Cold packs. Son adaptables a la zona a tratar. Es hielo prensado con alcohol isopropilico. Se deben enfriar al menos dos horas antes de la aplicación, la cual no debe ser mayor a los 20 minutos.

Toallas o compresas frías. Dan un enfriamiento superficial ya que son paños gruesos en un recipiente con hielo picado.

Criomasaje. Masaje con hielo u otro agente frío.

Inmersión en agua helada o con hielo. Se usa para áreas extensas por 5 o 20 minutos. Se debe sacar el segmento por unos segundos durante la aplicación.

Aerosoles refrigerantes. Destruyen tejidos superficiales. Usualmente se usa cloruro de etilo en los puntos gatillo. Para aplicarlos, se debe ir de distal a proximal, a unos 30 cm de la zona en 3 o 4 barridos, Se debe acompañar de estiramiento.

Baños de contraste. Inmersiones súbitas y alternadas de agua caliente (entre los 40 y 43 grados) y agua fría (entre los 15 y 18 grados).

○ **INDICACIONES:**

- ✓ Postrauma agudo
  
- ✓ Criocinetica
  
- ✓ Espasticidad
  
- ✓ Quemaduras leves y superficiales
  
- ✓ Afecciones con dolor y prurito
  
- ✓ Procesos inflamatorios
  
- ✓ Edemas

- ✓ Afecciones cutáneas y estéticas
  
- ✓ Fase hemorrágica
  
- ✓ Contracturas y espasmos musculares
  
- ✓ Fiebre: En estos casos se usan aplicaciones generalizadas ya sea por causa infecciosa, quirúrgica, neurogénica, deshidratación o por drogas.

#### ▪ **TERAPIAS MANUALES**

La terapia manual es la parte de la fisioterapia que emplea técnicas y métodos manuales sobre los tejidos musculares, óseos, conjuntivos y nerviosos con finalidad preventiva y terapéutica, se utilizan las manos de forma rigurosa, metódica, entrenada y científica. Esta técnica persigue obtener de forma directa y/o refleja.

Reacciones fisiológicas que equilibran y normalizan las diversas alteraciones musculares, osteoarticulares, orgánicas y funcionales, así como sus manifestaciones dolorosas. La terapia manual ofrece una solución no invasiva a diferentes patologías que generalmente cursan con dolor.

## ○ MASOTERAPIA

Es la aplicación de distintas modalidades de masaje.

Es una terapia manual destinada a producir una serie de reacciones fisiológicas controladas, en el sistema musculo - esquelético y/u otros sistemas del cuerpo, que conducen al alivio terapéutico del individuo a tratar.

➤ **Efectos:** El masaje tiene tres efectos:

➤ **Reflejo:** El efecto reflejo se activa incluso con un masaje superficial, el cual produce efectos sobre el sistema nervioso autónomo debido a estímulos emitidos por las terminaciones que existen en nuestra piel.

Mecánico. Este, está presenta al generar una presión sobre los tejidos, cualquiera que sea, va a producir respuestas fisiológicas circulatorias como el llenado arterial o el drenaje venoso, metabólicas mediante la segregación de sustancias, musculares a nivel de contracción o relajación y nerviosas relacionadas en gran parte con la dirección del estímulo.

El efecto tardío se da una vez aplicadas ciertas presiones y estímulos violentos, se producirán reacciones combinadas tardías o secundarias en diversos sistemas, luego de cierto tiempo.

## ○ EFECTOS EN ÁREAS ESPECÍFICAS

➤ **Sobre la piel:** Aumento de la temperatura, exfoliación cutánea, eliminación de células descamativas, estimula la reabsorción de fluidos, activa glándulas sudoríparas y sebáceas.

➤ **Sobre los músculos:** Mejora la oxigenación e irrigación lo que conlleva a mejorar el trofismo muscular, facilita la salida de sustancias de desecho, elimina catabolitos

➤ **Sobre la circulación:** Mejora la circulación por la vasodilatación que provoca la fricción de los tejidos, aumenta niveles de oxígeno en sangre, liberación de histamina y acetilcolina (sustancias que influyen en efectos de relajación, bienestar y disminución del dolor), facilita el retorno venoso.

➤ **Sobre el sistema nervioso:** Anestesia (elimina o disminuye el dolor), excita terminaciones ganglionares.

➤ **Efecto caudo-cefálico y céfalo-caudal.** A la hora de efectuar un masaje se debe tener en cuenta la dirección en la cual se hará puesto que de esta dependerán sus efectos fisiológicos y específicamente los que incumben al sistema nervioso, para esto es necesario comprender como trabaja el arco reflejo en los reflejos propioceptivos de nuestro organismo.

En el momento en que se va a dar masaje ya se tiene claro cuál será la zona a tratar siendo esta el receptor, que inherentemente será un órgano, al aplicar dicho estímulo, este se enviara por vía neurona sensitiva aferente y al momento de la sinapsis se provocara una respuesta ya sea de carácter inhibitoria o facilitadora que viajara por vía neurona motora eferente al músculo que terminara siendo el órgano efector.

De manera que la respuesta facilitadora se dará porque las neuronas gama emiten axones a las fibras contráctiles del huso muscular, las cuales al ser excitadas se contraen, esto después de haber hecho el estímulo de manera caudo-cefálica. Mientras que siendo los órganos tendinosos de golgi los receptores fusiformes de los huesos tendinosos, o sea, receptores de la 100 tensión, serán los encargados del efecto inhibitorio sobre la neurona motora alfa interrumpiendo la contracción de ese músculo que estaba generando cada vez más tensión, produciendo la relajación gracias a una manipulación céfalo-caudal de la zona a tratar.

#### ▪ **CINESITERAPIA**

Es la terapia del movimiento. Se realizan principalmente las siguientes actividades de tratamiento:

Movilizaciones pasivas de las articulaciones por debajo del nivel de lesión. Considerar flacidez y espasticidad. (si es lesión de columna).

Buscar posturas inhibitorias en casos de espasticidad.

Colocar al paciente en posturas preventivas de rigideces.

Potenciar la movilización activa de articulaciones no afectadas

Movilización activas contra resistencia en zonas no afectadas

Entrenar el equilibrio en sedente con apoyo y sin apoyo, luego en bipedestación estática y dinámica.

Enseñar cómo dar cambios de posición y desplazamientos.

Educar en el uso de las ayudas biomecánicas (ortesis).

**Reeducación Muscular.** La reeducación muscular es aquella fase del ejercicio, dedicada a desarrollar o recuperar el dominio muscular voluntario. Enseñar a un músculo que ha perdido su función por lesión, desuso, atrofia o patología, a que la recupere.

## CAPITULO 6. APLICACIÓN DE LAS PARACTICAS FISIOTERAPEUTICAS SEGURAS.

### ▪ PREVENCIÓN DE CAÍDAS DESDE LA CAMILLA

Se define caída como la pérdida del equilibrio o de la estabilidad de una persona o cosa por la acción del propio peso o agente externo. Dentro de los procesos de intervención en la salud, la causa de las caídas se puede agrupar en dos grandes grupos:

#### ○ Factores ambientales:

- Fallo en el frenado de las camas.
  
- Suelo mojado
  
- Deslizamientos del sillón o silla.

Las tres causas ponen de manifiesto la importancia de verificar el buen mantenimiento de los medios que usamos para el cuidado, así como de los riesgos del propio ambiente.

#### ○ Factores del paciente:

- Desorientación

- Levantarse solo necesitando ayuda.

- Movimientos en la cama.

El análisis del primer factor demuestra la importancia de poner medidas preventivas en todos los pacientes que aunque a su ingreso estén orientados, puedan descompensarse por su proceso patológico o post a la intervención.

A veces el segundo factor suele ir acompañado por la expresión "por no molestar", todos nos damos cuenta de la importancia de insistir al paciente en la necesidad de pedir ayuda en todas las actividades relacionadas con su estancia en el consultorio.

Según su naturaleza se clasifican en:

- **Caídas accidentales.** Las caídas accidentales corresponden al 14% del total de caídas según las estadísticas. Son involuntarias, no predecibles, no es culpa de paciente y caen por la presencia de condiciones causantes como:

- Derrames en el suelo

- Desorden

- Iluminación inadecuada
  
- Muebles inestables
  
- Fallas de equipo
  
- Error de juicio
  
- Tropezón
  
- Marcha anormal o débil
  
- Marcha con arrastre de los pies

Son accidentes que no se pueden predecir, pero si se trabaja en el ambiente para evitar los riesgos (determinar el por qué y el tipo de caída) se pueden evitar.

○ **Caídas Fisiológicas Anticipadas.** Corresponden al 80% de las caídas y son predecibles, se presentan por tropezones o resbalón en pacientes con:

- Antecedentes de caídas

- Dificultades para caminar
- Incapacidad mental o cognitiva
- Pacientes con necesidad de auxiliares para acompañar la marcha
- **Caídas fisiológicas no anticipadas.** Corresponden al 6% de las caídas, no se esperan y no son predecibles la primera vez y el objetivo es prevenir una segunda caída; se presentan en pacientes con:
  - Desmayos o mareos
  - Ataques epilépticos
  - Fracturas patológicas de cadera
  - Medicamentos (antihipertensivos, diuréticos)

Las caídas no deben ser asumidas como accidentes inevitables, pueden ser evitadas mediante medidas preventivas en el entorno del paciente; todos los miembros del equipo de salud deben proporcionar al paciente un entorno seguro.

Las instituciones con una dirección responsable deben tener identificadas sus causas de caídas, identificar los factores contributivos, comenzando con los de los pacientes y tomar todas las medidas preventivas necesarias para prevenirla aparición de este evento adverso.

Valiéndonos de la anterior clasificación de las caídas, y de la experiencia de nuestras instituciones prestadoras de servicios de salud en la gestión de este evento adverso, se han podido identificar las acciones inseguras más frecuentes asociadas con la aparición de caídas, estas son:

- No identificar el riesgo de caída de los pacientes.
  
- Dejar al paciente solo.
  
- Inmovilización inadecuada del paciente.
  
- Movilización del paciente con un equipo humano insuficiente.
  
- Realizar limpieza inadecuada de pisos.

No quiere decir que sean las únicas acciones inseguras que predispongan las caídas o que puedan presentarse dentro de las instituciones; pero se convierten en la brújula de navegación acerca de las posibles fallas que pueden cometer las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

**Practica insegura.** Dejar solo al paciente (en el borde de la cama, en el baño, cuando se debe trasladar a algún sitio dentro de la institución.)

▪ **FACTORES CONTRIBUTIVOS**

- **Paciente.** Estado mental (desorientación, agitación psicomotora, síndromes mentales orgánico) edad (paciente adulto mayor o menores de 5 años) uso de medicamentos (sedantes, anticonvulsivos, medicamentos que alteren el estado de lucidez, que provoquen somnolencia) problemas comunicacionales del paciente (problema de visión, audición y fonación).
  
- **Tarea y tecnología.** Mobiliario inadecuado (camillas y camas sin barandas) falta de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario (camillas, sillas) no contar con aditamentos para la protección del paciente (barras para sujetarse en el baño) pisos sin antideslizantes y en regulares condiciones (grietas en el piso).
  
- **Individuos:** Falta de monitoreo de los pacientes que al ser evaluados se catalogan como alto riesgo.
  
- **Ambiente.** Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados)
  
- Ambiente físico (deficiencia en la iluminación del sitio donde se encuentra el paciente).

- **Organización y gerencia.** No adquisición de los elementos adecuados por limitación financiera.

- **BARRERAS Y DEFENSAS**

- **Humanas.** Acompañar al paciente o estar pendiente durante los procesos, Informar a los familiares y responsables de pacientes sobre las recomendaciones que tienen que tener cuando estén solos con el paciente.

- Informar al paciente clasificado de alto riesgo, sobre la importancia de evitar realizar traslados o movimientos solos, sin supervisión del personal asistencial.

- **Físicas y Tecnológicas.** Contar con los equipos y muebles necesarios (camas, escalerillas, sillas de ruedas, caminadores, etc). Tener soportes de apoyo en los baños para pacientes. Pisos antideslizantes.

- **Naturales.** Asegurar buena iluminación en las habitaciones de los pacientes.

- **Administrativas.** Diseño de protocolos de traslado de pacientes dentro de la institución, desarrollo de modelo de custodia a los pacientes valorados como de alto riesgo, definición del número de pacientes por personal asistencial organización y cultura, falta de cronogramas de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario hospitalario, ausencia de políticas

institucionales para el plan de compras, políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención, deficiencia de programas de inducción y re inducción a personal temporal y flotante, disponibilidad insuficiente de personal para la atención de los pacientes, no contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos, políticas institucionales poco claras en cuanto el diligenciamiento de consentimiento informado, basadas en la normatividad actual.

○ **Practica insegura:**

- REALIZAR LIMPIEZA DE PISOS DE FORMA INADECUADA

(Dejar pisos húmedos sin señalización, uso de productos inadecuados).

▪ **FACTORES CONTRIBUTIVOS**

**Paciente.** Mayores de edad, niños y pacientes con limitaciones o problemas de origen motor que dificulten la marcha.

**Tarea y tecnología.** Insumos inadecuados para la correcta limpieza de los pisos en la institución, falta de avisos de precaución

**Individuos.** Falta de entrenamiento en el cumplimiento de los protocolos de limpieza.

**Equipo de trabajo.** Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento.

**Ambiente.** Pisos lisos

## **BARRERAS Y DEFENSA**

**Humanas.** Realizar la limpieza de los pisos de acuerdo a los lineamientos que sigue el manual de bioseguridad y el plan de residuos sólidos y líquidos, asistir a las capacitaciones de dichos manuales.

- **Físicas y Tecnológicas**

- Contar con los insumos necesarios para realizarla limpieza de los pisos.
- Utilizar los avisos de precaución.
- Pisos antideslizantes

- **Naturales**

- Asegurar caminos y pasillos libres de obstáculos.

- **Administrativas.** Diseño del manual de bioseguridad, socialización y evaluación permanente del Manual de Bioseguridad, adquisición de los avisos de precaución necesarios para evitar la falta de señalización de pisos húmedos o resbalosos, adquisición de insumos adecuados de limpieza organización y cultura, no contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.

- **Recomendaciones y planes de acción.** Según las acciones inseguras y factores contributivos más frecuentes identificados, se podrán implantar las siguientes acciones, las cuales dependerán de las características y desarrollo de cada institución:

- Valoración del riesgo de caída y clasificación de los pacientes.
- Diseño o adopción, revisión y ajuste de instrumentos de valoración y clasificación de riesgo de caídas.
- Capacitar y entrenar al personal asistencial en la aplicación del instrumento de valoración de riesgo de caídas.
- Supervisión de la adherencia a la valoración del riesgo de caídas; este ítem es fundamental, no basta con tener un instrumento para valorar el riesgo de los pacientes si no se asegura su implementación.

- Identificar los pacientes de alto riesgo de caídas con barras de colores, códigos de barras, etc. Alno estar estandarizada esta identificación, la institución deberá desarrollar una manera propia con los recursos que disponga.
- Proporcionar ayuda física para pacientes de alto riesgo cuando deambulen o intenten maniobras difíciles (ir al baño, trasladarse, etc.)
- Colocar protectores a las barandas de las camas.
- Disponer superficies de suelo antideslizantes sobre todo en la zona de baño.

#### ▪ **SEGUIMIENTO MONITORIZACIÓN.**

Utilización de indicadores en el nivel de monitoria de la Institución para hacer el seguimiento de las actividades que se implementen en los procesos para reducir la frecuencia de caídas. Sirve para determinar factores de riesgo de caída y, en consecuencia, diseñar intervenciones específicas para reducirlos. Debe diligenciarse en el momento de la hospitalización y cuando haya cambios de condición.

#### ○ **FACTORES DE SEGURIDAD**

No deje desatendido en transferencias o al ir al baño.

- **ACCIÓN INSEGURA**

- **POCA MOTIVACIÓN DEL PACIENTE CON EL AUTOCUIDADO DE SU SALUD**

- **Factores Contributivos.** Patología, personalidad, edad, genero, nombre; Nivel educativo, Tipo de comunicación, discapacidades, Creencias religiosas, Problemas psicológicos. Las etapas de la vida, estilo de vida, hábitos de alimentación, Promoción de comportamientos saludables, desconocimiento y no interiorización, de las opciones saludables; No favorecer, las condiciones para el desarrollo de la identidad personal y el proyecto de vida.

- **Tarea y Tecnología.** Modelo de seguimiento a la tarea y acciones que el paciente debe aprender para cuidar su salud. Diseño de la tarea y generación de acciones comunitarias y conformación de redes para asegurar la realización del tratamiento.

- **Claridad de la estructura terapéutica.** Creación de relación empática. Hacer compatibles los objetivos del médico y del paciente.

- **Individuos.** Equipo de trabajo, personal no idóneo, conocimiento de las tareas, habilidades, competencias, fatiga de personal, sobrecarga de trabajo. Conocimiento por parte del personal de las tareas y estrategias de seguimiento individual y comunitario para lograr las estrategias de tratamiento. Salud física:

- Salud mental
  
- Comunicación verbal y escrita.
  
- Comunicación vertical y horizontal.
  
- Estructura del equipo de trabajo (congruencia, consistencia, etc).
  
- Entrenamiento en puesto de trabajo.
  
- Actualización por competencias.
  
- Identificación e Integración de todas las áreas de comunicación.
  
- Generación de sinergias.
  
- Transmisión de la información al paciente y su familia

## **BARRERAS Y DEFENSAS**

○ **Humanas.** Plan de Alternativas de cuidado del cuerpo y la mente, individual o colectiva  
Educación al paciente y su familia para indagar sobre su patología y plan de tratamiento.  
Medición del Programa de promoción y Prevención a través del reporte en historia clínica.

○ **Administrativas.** Personal suficiente y entrenado, la Comunicación Clínica debe ser enseñada, capacitación a los pacientes, supervisión a los mecanismos de comunicación y transmisión de la información al paciente y su familia.

○ **Físicas.** La construcción de mensajes y plan de manejo en conjunto con el paciente, formación de alianzas, redes y la intersectorialidad, a la salida informar las instrucciones sobre las acciones de su cuidado en casa, comunitario o laboral, medios de comunicación, comunicación telefónica, Internet, medios escritos periódicos, libros, revistas; para comunicarse con los pacientes

○ **Ambiente.** Circularidad de la comunicación, comportamiento del paciente.

### **▪ ORGANIZACIÓN Y CULTURA**

Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención.

No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.

Políticas institucionales poco claras sobre los procesos de comunicación entre el personal asistencial con los pacientes y sus familiares.

No considerar los pacientes o sus allegados que en el pasado han sido objeto de la ocurrencia de un evento adverso y que se involucran de manera proactiva en los procesos de seguridad del paciente.

- **FACTORES CONTRIBUTIVOS**

- **Paciente.** patología, personalidad, edad, genero, nombre; Nivel educativo, Tipo de comunicación, discapacidades, creencias religiosas, problemas psicológicos, las etapas de la vida, estilo de vida, hábitos de alimentación, promoción de comportamientos saludables, desconocimiento y no interiorización, de las opciones saludables; no favorecer, las condiciones para el desarrollo de la identidad personal y el proyecto de vida.

- **Tarea y Tecnología.** Modelo de seguimiento a la tarea y acciones que el paciente debe aprender para cuidar su salud, diseño de la tarea y generación de acciones comunitarias y conformación de redes para asegurar la realización del tratamiento, claridad de la estructura terapéutica.

○ Creación de relación empática, hacer compatibles los objetivos del médico y del paciente.

○ **Individuos:**

Equipo de trabajo: Personal no idóneo.

**Acción insegura:**

- PROFESIONALES POCO COMPROMETIDOS CON LA CULTURA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

## **FACTORES CONTRIBUTIVOS**

**Paciente.** Paciente que desconoce sus derechos y la existencia del consentimiento informado.

Paciente que no hace valer su derecho de decidir sobre los procedimientos asistenciales a los que va a ser sometido.

**Tarea y tecnología.** Falta de promoción de una cultura del consentimiento informado. Falta de formatos de consentimiento informado.

**Individuos.** Falta de apropiación de los procesos correspondientes al consentimiento informado.

**Equipo de trabajo.** Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento, problemas de comunicación del equipo de trabajo entre ellos y con el paciente.

**Ambiente.** Sobre carga laboral (exceso de pacientes asignados). Número de profesionales en la atención del paciente.

### **Barreras y defensas**

**Humanas.** Informar al paciente sobre la importancia conocer y solicitar información acerca de los procedimientos asistenciales a los que es sometido. Asistir a las capacitaciones y hacerse participe de la cultura de seguridad del paciente y de consentimiento informado.

**Físicas.** Creación de formatos de consentimiento informado

**Administrativas.** Definición del número de pacientes por personal asistencial Capacitación permanente sobre cultura de seguridad del paciente y la importancia de una cultura de consentimiento informado.

**Organización y cultura.** Políticas no claras para la elaboración de protocolos y guías de atención, lo que dificulta la ejecución de las mismas. Falta de cultura del consentimiento informado, inadecuado ambiente laboral, políticas inadecuadas de contratación y de uso de

personal temporal, no contar con programas de capacitación constante, ni socialización de guías y protocolo

### **Acción insegura.**

- PROFESIONAL ASISTENCIAL QUE USA UN LENGUAJE INAPROPIADO PARA DAR LA INFORMACIÓN AL PACIENTE

### **Factores contributivos**

**Paciente.** Paciente con alteraciones mentales que dificulten o imposibiliten una adecuada comunicación. Pacientes con alteración de la conciencia, pacientes menores de edad o adulto mayor que no tengan la capacidad de recibir la información y poder decidir. Paciente que desconoce sus derechos y la existencia del consentimiento informado. Paciente que no hace valer su derecho de decidir sobre los procedimientos asistenciales a los que va a ser sometido.

**Tarea y tecnología.** Falta de promoción de una cultura del consentimiento informado. Falta de formatos de consentimiento informado. Falta de información clara y entendible por parte del personal asistencial al paciente o al representante del mismo.

**Individuos.** Falta de apropiación de los procesos correspondientes al consentimiento informado. Personal asistencial que no entiende la importancia del consentimiento informado. Personal

asistencial que utiliza un lenguaje complicado en los procesos de comunicación con el paciente.

Equipo de trabajo: falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento, problemas de comunicación del equipo de trabajo entre ellos y con el paciente.

**Ambiente.** Número de profesionales en la atención del paciente.

### **Barreras y defensas**

**Humanas.** Informar al paciente sobre la importancia conocer y solicitar información acerca de los procedimientos asistenciales a los que es sometido, entablar con los pacientes una comunicación clara y en un lenguaje comprensible para el paciente, respetando sus capacidades y limitaciones.

**Físicas.** Creación de formatos de consentimiento informado.

**Administrativas.** Definición del número de pacientes por personal asistencial capacitación permanente sobre cultura de seguridad del paciente y la importancia de una cultura de consentimiento informado.

**Organización y cultura.** Políticas no claras para la elaboración de protocolos y guías de atención, lo que dificulta la ejecución de las mismas, falta de cultura del consentimiento informado, inadecuado ambiente laboral, políticas inadecuadas de contratación y de uso de

personal temporal y flotante, no contar con programas de capacitación constante, ni socialización de guías y protocolos, no facilitar la comunicación médico – paciente

### **Acción insegura.**

- AUSENCIA DE REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA

### **Factores contributivos**

**Paciente.** Paciente que desconoce sus derechos y la existencia del consentimiento informado.

Paciente que no hace valer su derecho de decidir sobre los procedimientos asistenciales a los que va a ser sometido.

**Tarea y tecnología.** Falta de promoción de una cultura del consentimiento informado, falta de formatos de consentimiento informado Inadecuado registro o falta del mismo en la historia clínica.

**Individuos.** Falta de apropiación de los procesos correspondientes al consentimiento informado, personal asistencial que no entiende la importancia del consentimiento informado

**Equipo de trabajo.** Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento, problemas de comunicación del equipo de trabajo, ambiente sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados). Personal con turnos dobles, número de profesionales en la atención del paciente.

### **Barreras y defensas**

**Humanas.** Informar al paciente sobre la importancia conocer y solicitar información acerca de los procedimientos asistenciales a los que es sometido, registrar en la historia clínica todo consentimiento oral o escrito de forma adecuada.

**Físicas.** Creación de formatos de consentimiento informado, procesos claros de diligenciamiento de historia clínica y sus características

**Administrativas.** Definición del número de pacientes por personal asistencial, capacitación sobre historia clínica y consentimiento informado, auditorias permanentes a las historias clínicas para revisar el registro apropiado del consentimiento informado.

### **Organización y cultura**

Políticas no claras para la elaboración de protocolos y guías de atención, lo que dificulta la ejecución de las mismas.

Falta de cultura del consentimiento informado

Inadecuado ambiente laboral.

Políticas inadecuadas de contratación y de uso de personal temporal y flotante.

No contar con programas de capacitación constante, ni socialización de guías y protocolos.

Ausencia de auditorías permanentes de la historia clínica.

### **Acción insegura.**

- DILIGENCIAMIENTO INCORRECTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

### **Factores contributivos**

**Paciente.** Paciente que desconoce sus derechos y la existencia del consentimiento informado, paciente que no hace valer su derecho de decidir sobre los procedimientos asistenciales a los que va a ser sometido.

**Tarea y tecnología.** Ausencia del formato de consentimiento informado y guía para su diligenciamiento.

**Individuos.** Falta de apropiación de los procesos correspondientes al consentimiento informado, personal asistencial que desconoce el formato y la forma de diligenciarlo

**Equipo de trabajo.** Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento, problemas de comunicación del equipo de trabajo.

### **Ambiente**

Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados).

Personal con turnos dobles, Número de profesionales en la atención del paciente.

### **Barreras y defensas**

**Humanas.** Informarse a la llegada a la institución de los procesos relacionados con el consentimiento informado, informar adecuadamente al paciente acerca del consentimiento informado.

**Físicas.** Creación de formatos y guías de diligenciamiento de consentimiento informado.

**Administrativas.** Capacitación sobre consentimiento informado y su diligenciamiento, auditorias permanentes a las historias clínicas para revisar el diligenciamiento apropiado del consentimiento informado, búsqueda de mecanismos de control sobre el consentimiento informado.

### **Organización y cultura**

Políticas no claras para la elaboración de protocolos y guías de atención, lo que dificulta la ejecución de las mismas.

Inadecuado ambiente laboral.

Políticas inadecuadas de contratación y de uso de personal temporal y flotante.

No contar con programas de capacitación constante, ni socialización de guías y protocolos.

### **AUSENCIA DE AUDITORÍAS PERMANENTES DE LA HISTORIA CLÍNICA.**

**Recomendaciones y planes de acción.** Según las acciones inseguras y factores contributivos más frecuentes identificados, se recomienda implantar las siguientes acciones, las cuales dependerán de las características particulares de cada institución:

Reglamentar los procedimientos de consentimiento informado y realizar una constante evaluación en los mismos.

Capacitar al personal asistencial y a los pacientes en la importancia de la participación de los pacientes y su aprobación o no de los procedimientos asistenciales que se puedan presentar durante la atención.

Capacitar al personal asistencial en la importancia legal del consentimiento informado y sus repercusiones.

Concientizar al personal asistencial acerca de la importancia de que la información brindada al paciente sea oportuna, confiable, entendible y la necesaria para que el paciente pueda tomar decisiones.

Realizar auditorías constantes en torno al cumplimiento de los procedimientos de consentimiento informado en la institución.

Generar una cultura alrededor del consentimiento informado como proceso vital dentro de los procedimientos asistenciales en la institución.

Generar formatos de consentimiento informado en la institución con los datos necesarios y teniendo en cuenta los requerimientos legales.

Asegurar el registro del consentimiento informado en la historia clínica a través de auditorías constantes al proceso.

## **LAS FALLAS EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE COMO FACTOR DE EVENTOS ADVERSOS.**

La forma más habitual de identificación de los pacientes en las instituciones del diagnóstico, las características físicas o psicológicas o por el hecho de que respondan a un nombre determinado, sin ser estas las más apropiadas ni confiables y permitiendo que se presenten errores en la atención de los individuos por dificultades o equivocaciones en su identificación. Una causa importante de la generación de incidentes es la tendencia a resumir, nombres completos y características de los pacientes.

Acciones inseguras más frecuentes asociadas con los procesos de identificación de los pacientes, estas son: falta de identificación al ingreso del paciente, procesos de captura de datos incompletos, de mala calidad o equivocados.

Identificación de los pacientes por medio de datos diferentes a los personales, enfermedad, entre otros.

Traslado y movimiento del paciente sin brazaletes o adecuado proceso de identificación.

Verificación incorrecta de datos del paciente.

No verificación de datos del paciente en el momento de la realización de procedimientos y tratamientos.

Inexistencia de estándares de identificación correcta por parte del personal asistencial.

No quiere decir que sean las únicas acciones inseguras que predispongan a la incorrecta identificación del paciente pero se convierten en la brújula de navegación acerca de las posibles fallas que pueden cometer las instituciones prestadoras.

**Acción Insegura:**

- FALTA DE IDENTIFICACIÓN AL INGRESO DEL PACIENTE.

**Factores contributivos**

**Paciente.** Estado mental (desorientación, agitación psicomotora) edad (paciente adulto mayor o menores de 5 años) uso de medicamentos que alteren el estado de lucidez, problemas de comunicación del paciente (visión, audición y fonación); alteraciones del estado de conciencia: Coma, estupor, confusión, paciente que ingresa a la institución sin identificación y en estado de inconsciencia.

**Tarea y tecnología.** Falta de procesos de identificación de pacientes; falta de equipos necesarios para la recolección de los datos del paciente. No contar con manillas o brazaletes en el lugar de recepción del paciente.

**Individuos.** Falta de experiencia del personal asistencial que realiza el procedimiento. Personal asistencial que obvia este paso durante el proceso esperando realizar la identificación después de la atención inicial.

**Equipo de trabajo.** Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento, problemas de comunicación del equipo de trabajo (inadecuada entrega de turno).

**Ambiente.** Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados).

### **Barreras y defensas**

**Humanas.** Realizar una adecuada entrevista inicial al paciente en el momento del ingreso al hospital para la adecuada recolección de la información, Informar al paciente sobre la importancia de exigir su correcta identificación en todos los procesos asistenciales, registrar todos los datos en la historia clínica y demás formatos necesarios para la atención del paciente.

**Administrativas.** Diseño de formatos de historia clínica que contenga los datos personales necesarios e indispensables para lograr una adecuada identificación, definición del número de pacientes por personal asistencial.

### **Organización y cultura**

Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención.

Deficiencia de programas de inducción y re inducción a personal temporal y flotante.

No contar con programas de capacitación constante, ni socialización de guías y protocolos.

Coordinación entre los comités de la institución para la elaboración de formatos adecuados de historia clínica.

Falta de implementación de políticas de uso de brazaletes o manillas de identificación acción insegura.

## **6 DISEÑO METODOLOGICO**

### **6.1 TIPO DE ESTUDIO**

Esta investigación es de tipo de Intervención Organizacional, pues buscó cambiar la forma de las cosas, desencadenando un proceso que lleva a la relación de las personas con los procesos de trabajo teniendo en cuenta la empresa, los trabajadores y pacientes.

Dentro de la investigación se describieron los procesos de terapia física, para así determinarse cuáles de estas pueden presentar algún riesgo para los pacientes.

### **6.2 POBLACION**

La población estuvo determinada por el total de los fisioterapeutas que laboran en la **IPS FISIO CENTER SEDE DE REHABILITACIÓN**.

También se tuvo en cuenta durante el proceso la colaboración de los pacientes que reciben los servicios de rehabilitación.

### **6.3 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

**Formatos de recolección de datos**

- Solicitud de permiso a la IPS FISIOCENTER para la realización de un estudio en la sede de rehabilitación física del área de fisioterapia (ver anexo G)
- Consentimiento informado para la aplicación del instrumento de evaluación sobre eventos adversos (ver anexo C)
- Instrumento de evaluación (ver anexo D)

## **Procedimientos**

Primero se solicita permiso a la **IPS FISIOCENTER** para acceder a los protocolos de intervención, manuales de bioseguridad, y contacto con los empleados y pacientes que lo permitieran.

Una vez contada con la aprobación de la ips, se inicia con la elaboración de un instrumento de evaluación sobre los procedimientos clínicos en fisioterapia, concepto sobre las instalaciones, protocolos y guías de manejo, además de evaluar los conocimientos previos sobre lo que es un evento adverso y formas de analizar, reportar y dar seguimiento.

Con el formato diseñado se somete a validación por expertos, del cual se realizan los previos ajustes y recomendaciones, para su aplicación. Finalizada su validación se inicia el proceso de aplicación a los profesionales de fisioterapia de la IPS.

Se llevó a cabo la aplicación del instrumento, del cual los resultados se someten a observación por un profesional externo a la IPS, encargado de corroborar si lo obtenido en el instrumento es concluyente con la realidad.

Se procede al análisis de resultados, dando paso a la creación del manual, teniendo en cuenta los factores que pueden inferir directamente en la aparición de un evento adverso o incidente.

## 7 RESULTADOS ESPERADOS

### 7.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	NATURALEZA	INDICADOR 2=si/ 1= no
INFORMACION COMPLETA DEL PACIENTE	CUALITATIVA	NOMINAL	2
ACOMPANAMIENTO AL PACIENTE EN SUS DESPLAZAMIENTOS	CUALITATIVA	NOMINAL	1
VALORACION COMPLETA	CUALITATIVA	NOMINAL	1
ADVERTENCIA SOBRE LOS EFECTOS COLATERALES Y RIESGOS PREVISIBLES	CUALITATIVA	NOMINAL	1
DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	CUALITATIVA	NOMINAL	2
ADHERENCIA A PROTOCOLOS	CUALITATIVA	NOMINAL	2
SUPERVISION DURANTE LA APLICACIÓN DE LAS MODALIDADES FISICAS	CUALITATIVA	NOMINAL	2
SUMINISTRA RECOMENDACIONES AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES	CUALITATIVA	NOMINAL	1
PERMANECE EL PISO LIMPIO Y SECO	CUALITATIVA	NOMINAL	2
EL CONSULTORIO CUENTA CON LOS MUEBLES,EQUIPOS Y MATERIAL NECESARIO	CUANTITATIVA	NOMINAL	1
DESINFECCION DE EL MATERIAL UTILIZADO	CUALITATIVA	NOMINAL	2
SOBRECARGA LABORAL	CUALITATIVA	NOMINAL	2
LAVADO DE MANOS, O USA GEL ANTIBACTERIAL FRECUENTEMENTE	CUANTITATIVA	NOMINAL	1
FACTORES DE RIESGO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CUALITATIVA	NOMINAL	1
MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS	CUANTITATIVA	NOMINAL	2
CONOCIMIENTO DEL SIGNIFICADO DE EVENTO ADVERSO, E INCIDENTE.	CUALITATIVA	NOMINAL	1
UTILIZA FORMATOS DE REPORTE DE EVENTO ADVERSO E INCIDENTE DE LA IPS	CUANTITATIVA	NOMINAL	2

Fuente: Estudio Manual de Seguridad del Paciente para el Área de Rehabilitación en la IPS FISIOCENTER SAS de la ciudad de Popayán (2013).

## 7.2 ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Una vez aplicado el instrumento de evaluación a los fisioterapeutas de la sede de rehabilitación física, sobre las prácticas inseguras durante el proceso de atención e infraestructura que puedan generar un incidente o evento adverso en los pacientes de la IPS FISIO CENTER, se encontro:

- La historia clínica con la cual ingresa el paciente no contiene ocasionalmente información de importancia como antecedentes personales y familiares, recomendaciones, historial farmacológico, tratamientos anteriores, etc.
- El profesional de fisioterapia se encarga de verificar que la historia clínica corresponda al usuario, realiza acompañamiento hasta el lugar de evaluación, y aplica su evaluación fisioterapéutica basada en el diagnóstico clínico.
- Se da al paciente la información necesaria sobre los efectos colaterales, riesgos y recomendaciones ante su tratamiento.
- No se diligencia el formato de consentimiento informado previo a la intervención.
- No siempre el tratamiento propuestos por los fisioterapeutas está basado por las guías de manejo establecidas por la institución.

- Al aplicar modalidades terapéuticas y utilizar equipos como el ultrasonido y Tens durante la atención se supervisa constantemente la respuesta del paciente.
- Se realiza monitoreo de los pacientes que al ser evaluados se catalogan como alto riesgo
- Se da información a los familiares y responsables de pacientes sobre las recomendaciones que deben tener cuando estén solos con el paciente.
- Se informa al paciente clasificado de alto riesgo, sobre la importancia de evitar realizar traslados o movimientos solos, sin supervisión del personal asistencial.
- Frecuentemente se deja solo al paciente en la camilla de la institución.
- Se le insiste al paciente en la necesidad de pedir ayuda en todas las actividades relacionadas con su estancia en los cubículos dentro del consultorio.
- No hay un personal de aseo disponible que se encargue rápidamente de limpiar derrames en el suelo.
- El consultorio esta ordenado, cuenta con buena iluminación, pero los muebles no siempre son estables, y cada cubículo con su respectiva camilla carecen del espacio suficiente para realizar algunos tratamientos.

- No se cuenta con señalización para pisos húmedos dentro del consultorio
- Se cuenta con el equipo y material necesarios como camillas, escalerillas, silla de ruedas e implementos como toallas, tapabocas, paños, gel antibacterial, alcohol. Etc.
- No se evidencio a reporta sobrecarga laboral por la cantidad de pacientes asignados en cada agenda.
- Los profesionales de fisioterapia realizan lavado de manos, con gel antibacterial frecuentemente y durante el cambio de pacientes.
- Se hace un diligenciamiento completo de Historia Clínica en lo que tiene que ver con encabezados con nombres completos del paciente, diagnóstico completo y firma del profesional, dentro de un sistema privado de red de la institución.
- No se especifican factores de riesgo que comprometan la prestación del servicio.
- Se realiza el mantenimiento de los equipos pero este no es continuo ni en las fechas estipuladas.

- No todos los profesionales de fisioterapia tienen conocimiento de lo que es incidente o evento adverso, y el poco que poseen es por adquisición previa en la universidad durante pregrado.

### **7.3 ANALISIS**

Con la información recolectada se confirma el riesgo al que se encuentran expuestos los pacientes debido a la falta de conocimiento sobre los protocolos de manejo, ausencia de información en la historia clínica, poco o nulo conocimiento para diligenciar y reportar un formato de evento adverso.

Teniendo en cuenta lo anterior se hace necesaria una visita para determinar la fiabilidad de los resultados obtenidos en el instrumento, de la cual se encuentra:

- Los terapeutas no realizan la desinfección de manos con la técnica requerida, ni con la frecuencia necesaria, es decir entre paciente y paciente.
- El espacio en cada cubículo es muy reducido, no cuentan con pisos antideslizantes, el aseo no es completo y el personal no está constantemente en el consultorio el hidrocolector, parafinero y ultrasonidos se encuentran sucios, la puerta de entrada es de vaivén y no hay señalización.

- En repetidas ocasiones los pacientes se quedan solos al borde de la camilla y al realizar desplazamientos, debido a que cada fisioterapeuta es responsable de 5 pacientes por turno, pero al igual los terapeutas son muy cordiales, se presentan a cada paciente y son muy dinámicos.

## 8 CONCLUSIONES

Las estrategias de seguridad del paciente implementada por el gobierno nacional y que apoya el Ministerio de Salud y de la Protección Social están dirigidas a potencializar cada vez más un servicio de calidad y garantizando los parámetros mínimos para la seguridad del paciente en cada practica de atención.

Se confirma la presencia de prácticas inseguras e infraestructura en la IPS las cuales puedan generar un incidente o evento adverso en los pacientes, asociadas a la falta de conocimiento de los protocolos y guías de manejo de la institución.

El manual es una guía en la cual se muestran actividades que permiten a los profesionales de salud identificar cuáles son las estrategias que se deben tomar para la implementar prácticas seguras durante los procesos de intervención.

Es necesario identificar los posibles factores de riesgo que contribuyen a la aparición de eventos adversos, con el fin de analizar posibles soluciones, aplicación de barreras y medidas de seguimiento para el control de estos.

La cultura a implementar en las organizaciones de comprometerse a realizar reuniones permanentes sobre seguridad del paciente, de la vigilancia permanente para evitar que ocurra un

evento adverso y de la importancia que todo evento adverso deberá ser reportado con el fin que de aquí se desprendan las creación de actividades de mejoramiento.

Notificar y actualizar permanentemente de los eventos adversos por parte del personal de IPS FISIOCENTER y realizar análisis mensuales a cargo del comité de calidad, de todos los eventos dentro de la institución, teniendo en cuenta además los protocolos y guías de manejo para la prevención y control de eventos adversos, contribuye a la disminución y aparición de estos.

La Socialización programada y planeada de las guías de manejo y protocolos para todo el personal de salud, priorización de la seguridad del paciente, así como el generar cultura de reporte de evento y que el personal conozca la forma de diligenciar, manejar y controlar un evento, favorece a la seguridad del paciente durante su tratamiento.

## **9 RECOMENDACIONES**

Informar a todos los pacientes, capacitarlos a través de su implicación en el proceso de seguridad de los mismos. Informar sobre de las normas de seguridad de los pacientes, las mejores prácticas y las medidas de seguridad existentes.

Mantener y mejorar sistemas completos de aprendizaje y de notificación que recojan el grado y las causas de los efectos adversos, para hallar soluciones e intervenciones eficaces. La seguridad de los pacientes debe formar parte de la educación y formación del personal de IPS FISIOCENTER.

Estimular el desarrollo de política de seguridad del paciente en la institución. Con estructuras y políticas eficaces y transparentes de seguridad de los pacientes, y difundir las buenas prácticas entre los diferentes actores de la institución, cliente interno y externo.

Capacitar e informar al personal de IPS FISIOCENTER sobre las normas de seguridad de los pacientes ya establecidos, el riesgo, las medidas de seguridad ya existentes para reducir o prevenir errores y daños, incluidas las mejores prácticas, y el derecho a dar consentimiento al tratamiento con conocimiento de causa, para facilitar a los pacientes la elección y la toma de decisiones, los procedimientos de denuncia, las soluciones posibles y los procedimientos de recurso, así como las condiciones aplicables.

Apoyar el establecimiento de sistemas de información sin sanciones y de aprendizaje sobre hechos adversos, que proporcionen información sobre el grado, los tipos y las causas de errores, hechos adversos e incidentes.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, Ministerio de la Protección Social. Disponible en Internet [en línea]:  
<http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf>
- (2) Institute of medicine. Op. Cit., p. 50.
- (3) Charles, Vincent. Graham neale & Maria woloshynowych. (2001). Evento adverso en hospital british: informe preliminar, una restrospectiva. 322: 517-519
- (4) LUENGAS AMAYA, Sergio. Seguridad del paciente: un modelo organizacional, para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud,
- (5) MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN Y SEGURIDAD SOCIAL. 2008. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.
- (6) COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Disponible en Internet [En línea] : <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/pos.aspx>
- (7) <http://historico.unperiodico.unal.edu.co/Ediciones/110/10.html>

- (8) Charles, Vincent. Graham neale & Maria woloshynowych. (2001). Evento adverso en hospital british: informe preliminar, una restrospectiva. 322: 517-519
- (9) Gaitán D, Hernando. (2006 – 2007). Frecuencia de eventos reportables y su evitabilidad en la Clínica Santa Rosa.
- (10) Charles, Vincent. Graham neale & Maria woloshynowych. (2001). Evento adverso en hospital british: informe preliminar, una restrospectiva. 322: 517-519
- (11) Gaitán D, Hernando. (2006 – 2007). Frecuencia de eventos reportables y su evitabilidad en la Clínica Santa Rosa.
- (12) ENTREVISTA A: William Duarte. Seguridad del paciente: Una estrategia para la calidad en los servicios de salud. (2006).
- (13) ARANAZ, Andrés Jesús María. (2005). Estudio nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Plan de calidad para el sistema nacional de salud. Informe. Ministerio de sanidad y consumo. Universidad Miguel Hernández del Elche.
- (14) AMFE: Análisis Modal de Fallos y Efectos, LIBRERÍA HOR DAGO
- (15) INVIMA. (2010). Guía de reporte de eventos adversos.



## **ANEXOS**

## ANEXO A. MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL ÁREA TERAPIA FÍSICA.

ESP. AUDITORIA Y GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD.	<b>MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL ÁREA TERAPIA FÍSICA</b>	Versión 1 Agosto 2013 Pág. 1 de 11
---	---	--

### ○ MISIÓN

**FISIOCENTER** es una organización prestadora de servicios de excelente calidad, inherente a la salud, que se caracteriza por ofrecer una atención oportuna con un trato amable, participación activa de todos los actores y sectores, basados en fundamentos técnico científicos, responsabilidad, eficiencia y experiencia se de talento humano.

### ○ VISION

Ser una organización reconocida y acreditada en todos sus procesos, generando alta confiabilidad tanto en la comunidad, como en los entes gubernamentales, permitiendo la expansión en el territorio regional y nacional.

### ○ OBJETIVO

Prestar servicios de alta calidad en las áreas de consultoría asesoría y asistencia en salud.

## ○ **POLÍTICA DE CALIDAD**

Nuestro desempeño se basa en el mejoramiento continuo de la calidad, ajustando permanentemente los estándares en estructura, procesos, resultados y atención al cliente.

La calidad es un concepto donde se relacionan aspectos éticos, legales y hechos científicos.

Todos los procesos están centrados en el usuario y en el cliente. El potencial humano es nuestro recurso esencial y su desarrollo permanente fundamentan nuestra cultura de calidad.

El trabajo en equipo, la participación y el enfoque sistémico son los tres elementos esenciales en la búsqueda de la excelencia.

## ○ **INTRODUCCIÓN**

Dentro de esta guía técnica encontrara los pasos a seguir para disminuir la presencia de incidentes o eventos adversos durante los procedimientos de intervención en terapia física, además de que pasos a seguir si se presentara.

Este manual se basa en las siguientes premisas:

- La responsabilidad de dar seguridad al paciente es de todas las personas en la institución.

- Para brindar atención en salud segura es necesario trabajar proactivamente en la prevención y detección de fallas de la atención en el día a día, las cuales cuando son analizadas, enseñan una lección que al ser aprendida previene que la misma falla se repita posteriormente.
- Para aprender de las fallas es necesario trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento.
- El número de eventos adversos reportados obedece a una política institucional que induce y estimula el reporte, más no al deterioro de la calidad de atención.
- El riesgo para un paciente de sufrir eventos adversos mientras se le atiende existe en todos los Instituciones prestadoras de servicios de salud del mundo.

## **OBJETIVO**

Incentiva, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud.

## **DEFINICIONES**

- **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

- **INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA**

Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

- **FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

- **RIESGO**

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

- **EVENTO ADVERSO**

Cualquier lesión no intencional causada por el manejo médico, más que por el proceso de enfermedad, que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente.

- **INCIDENTE**

Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

- **COMPLICACIÓN**

Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

- **VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

- **BARRERA DE SEGURIDAD**

Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

- **SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO**

Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

- **ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO**

Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causa.

## **PROMOVIENDO UNA PRÁCTICA SEGURA**

### **PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS**

**1.** Se deben identificar las situaciones y acciones que puedan llegar a afectar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio y gestionarlas para obtener procesos de atención seguros. El programa de seguridad del paciente debe contemplar al menos los siguientes elementos:

- Establecer, implementar y armonizar la política de Seguridad del Paciente con el direccionamiento estratégico de la institución.
- Establecer la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente.
- Socializar y evaluar su conocimiento por parte de los funcionarios de la institución.
- Promover un entorno no punitivo.
- Enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido.
- La existencia de un plan de capacitación y recursos

- Promover la cultura del reporte
- Tener en cuenta los riesgos más sobresalientes que se pueden generar durante el tratamiento por fisioterapia:

Tabla. 1. Priorización de riesgos durante la práctica clínica de fisioterapia

CÓDIGO	RIESGO	DESCRIPCIÓN
001	QUEMADURAS	LESIONES GENERADAS POR TERMOTERAPIA COMO APLICACIÓN DE PAQUETES CALIENTES, PARAFINA, CRIOTERAPIA, ULTRASONIDO, TENS .
002	CAÍDAS DE LA CAMILLA	GOLPES, FRACTURAS, Y/O LACERACIONES, OCASIONADAS POR EL CONTACTO DIRECTO CON EL SUELO AL CAER EL PACIENTE DE LA CAMILLA POR DESCUIDO PROPIO, DAÑOS EN LA CAMILLA, O CAMILLA SIN BARRA DE SEGURIDAD.
003	CAÍDA POR DESLIZAMIENTO	GOLPES, FRACTURAS, Y/O LACERACIONES, OCASIONADAS POR EL CONTACTO DIRECTO CON SUSTANCIAS VISCOSAS, LIQUIDAS Y DEMÁS QUE GENEREN DESLIZAMIENTO Y/O CAÍDA.
004	GOLPES O LACERACIONES POR CONTACTO CON SUPERFICIES SOLIDAS	GOLPES, FRACTURAS, Y/O LACERACIONES, OCASIONADAS POR EL CONTACTO DIRECTO CON HERRAMIENTAS, ELEMENTOS Y DEMÁS ARTEFACTOS QUE SE ENCUENTREN FUERA DE SU LUGAR, O POSICIONADOS EN UN LUGAR NO ACORDE A SUS ESPECIFICACIONES.

Fuente: Estudio Manual De Seguridad del Paciente para el Área de Rehabilitación en la IPS FISIOCENTER SAS de la ciudad de Popayán (2013).

## 2. Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo:

Una vez el paciente ha sido atendido y estabilizado, se procede a reportar el incidente o evento adverso.

## **Reporte:**

Los resultados de un sistema de reporte de eventos adversos son muy útiles para la identificación de las causas que han favorecido la ocurrencia de estos y que por lo tanto originan atenciones inseguras

Para el reporte se debe identificar:

- Qué se reporta
- A quien se le reporta
- Cómo se reporta
- A través de qué medios ( ver anexo formato de reporte de incidente y EA)
- Cuando se reporta
- Como se asegura la confidencialidad del reporte
- Si se trata de solo auto reporte o puede existir el reporte por otros
- El proceso de análisis del reporte y retroalimentación a quien reportó
- Cómo se estimula el reporte en la institución

### **3. Análisis y gestión**

Para que el reporte sea útil es necesario que se desarrolle un análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia del evento adverso (EA), para este caso se implementara el Análisis

Modal de Fallos y Efectos puesto que es una metodología que se aplica a la hora de diseñar nuevos productos, servicios o procesos. Su finalidad es estudiar los posibles fallos futuros (“modos de fallo”) de nuestro producto para posteriormente clasificarlos según su importancia. A partir de ahí, obtendremos una lista que nos servirá para priorizar cuáles son los modos de fallo más relevantes que debemos solventar -bien por ser más peligrosos, más molestos para el usuario, más difíciles de detectar o más frecuentes- y cuáles son los menos relevantes de los cuáles no nos debemos preocupar -bien por ser poco frecuentes, bien por tener muy poco impacto negativo o bien porque son fáciles de detectar por la empresa, lo que facilita la creación de barreras para mitigar o disminuir la presencia del EA.

#### **4. Capacitación del personal de salud**

- Orientado al riesgo que genere para la seguridad del paciente el proceso de atención en salud a cargo del trabajador de la salud.
- Ilustrado en lo posible con ejemplos de la cotidianeidad de la institución.
- La forma en que se presenten los contenidos al trabajador de la salud debe ser sencilla y concreta.

## **5. Estandarización de procedimientos de atención**

(Ver anexos E y F, Protocolos de Intervención del Área de Fisioterapia)

Se debe diseñar, implementar y realizar seguimiento de la efectividad de:

- Procedimientos que garanticen que el paciente sea atendido de acuerdo con la prioridad que requiera su enfermedad o condición.
- Procedimientos que prevengan los errores en la determinación de la condición clínica del paciente y que puedan someterlo a dilaciones o manejos equivocados
- Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia.

## **6. Monitorizar los EA e incidentes**

- Evaluar la frecuencia con la que se presenta los eventos
- Clasificar cuales son los más prevalentes
- Realizar seguimiento del porque se están ocasionando los eventos

- Verificar que se esté realizando el reporte del evento y con este si se están aplicando las medidas para mitigar o disminuir su prevalencia.

## **7. Disminuir los factores de riesgo más influyentes en la aparición de EA**

**Seguridad del ambiente físico y tecnología en salud.** Debe incluir:

### **A. Ambiente físico seguro**

- Evaluar las condiciones de localización segura.
- Evaluar las condiciones de vulnerabilidad (estructural y funcional).
- Evaluar las condiciones de suministro de agua potable, fluido eléctrico y plan de contingencia acorde con las condiciones de seguridad establecidas por las Normas Nacionales.

### **B. Equipamiento tecnológico seguro**

- Implementar procesos de evaluación del equipamiento (industrial, biomédico, administrativo) incorporando desde el inicio la determinación de especificaciones técnicas de los insumos a utilizar en las Instituciones de salud.

- Elaborar e implementar un modelo de seguridad del equipamiento.
  
- Evaluar si la tecnología existente satisface la seguridad de los pacientes y es acorde con las necesidades de la institución.
  
- Realizar análisis a partir de los reportes de tecno vigilancia

## **PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS**

Para promover una práctica asistencial segura con un paciente, Se debe:

1. Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente.
  
2. Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio aséptico.
  
3. Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
  
4. Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.

5. Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente.

### **Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas**

Clasificar el riesgo de caídas de los pacientes que se internan en la institución.

(Ver Anexo protocolo)

Que contemple la siguiente información como mínimo:

- Antecedentes de caídas.
  
- Identificación del paciente:
  - Que está agitado
  - Funcionalmente afectado
  - Necesita ir frecuentemente al baño
  - Tiene movilidad disminuida
  - Pacientes bajo sedación

**Implementar procesos para la mejora de los procesos que potencialmente pueden generar riesgos al paciente:**

- Superficies antideslizantes en el piso
- Bandas antideslizantes y soportes en baños y duchas.
- Camillas con barandas.
- Disminuir los obstáculos en los pasillos y áreas de circulación.
- Tener dispositivos de limpieza en el caso de derrame de líquidos y demás sustancias que generen caídas.

**Implementar procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de quemaduras**

- Verificar la temperatura de los paquetes y la parafina a aplicar en el paciente
- Verificar el estado de cada paquete y la calidad de los equipos de termoterapia
- Realizar el respectivo mantenimiento y control de los equipos termo eléctrico y ultrasonidos.

- Supervisar de forma constante los pacientes que están bajo la aplicación de estas modalidades
  
- Informarle al paciente la necesidad de que este alerta e informe cualquier novedad o cambio significativos en la temperatura.

### **Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales**

- Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y acudientes
  
- Definir e implementar procesos de mejora y estandarización de la comunicación cuando los pacientes no están bajo el cuidado del personal de salud o bajo la responsabilidad de alguien.
  
- Definir mecanismos de comunicación en los registros de la historia clínica.
  
- Definir los acrónimos o abreviaturas que no serán usadas.
  
- Tomar acciones para mejorar la oportunidad del reporte de exámenes al personal que recibe la información.

## **Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado**

- Promover la cultura del consentimiento informado
- Garantizar que el consentimiento informado sea un acto profesional de comunicación con el paciente.
- Asegurar su registro en la historia clínica
- Garantizar que es entendido y consentido por el paciente.
- Garantizar mecanismos para verificar el cumplimiento de consentimiento informado.

## **Involucrar los pacientes y acudientes en su Seguridad**

- Se debe considerar que entre más esté el paciente comprometido con su salud, más ayudara a prevenir que sucedan los eventos adversos.
- Se deben considerar los pacientes o su acudiente que en el pasado han sido objeto de la ocurrencia de un evento adverso y que se involucran de manera proactiva en los procesos de seguridad del paciente.

## 8. Atención primaria del paciente con incidente o evento adverso

**NOTA:** Recuerde lavarse las manos, aplicar antiséptico, tener implementos de atención primaria estériles (gasa, desinfectante, tijeras, ungüentos, guantes, tablillas para inmovilizar, baja lenguas y pañuelos) y preferiblemente en un lugar disponible y al alcance.

CÓDIGO	RIESGO	ATENCION
001	QUEMADURAS	<p>LAS QUEMADURAS SON UN TIPO ESPECÍFICO DE LESIÓN DE LOS TEJIDOS BLANDOS Y SUS ESTRUCTURAS ADYACENTES, PRODUCIDAS POR AGENTES FÍSICOS, SUSTANCIAS QUÍMICAS, POR CORRIENTE ELÉCTRICA Y POR RADIACIÓN.</p> <p>LA GRAVEDAD DE LA QUEMADURA DEPENDE DE LA TEMPERATURA DEL MEDIO QUE LA CAUSO Y EL TIEMPO QUE PERMANECIÓ LA VÍCTIMA EXPUESTA. OTRO FACTOR DE GRAVEDAD ES LA UBICACIÓN DE LA LESIÓN EN EL CUERPO, LA EXTENSIÓN, LA PROFUNDIDAD, LA EDAD Y EN EL ESTADO DE SALUD DE LA PERSONA.</p>
<b>PRIMEROS AUXILIOS</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. TRANQUILICE A LA VÍCTIMA.</li> <li>2. VALORE EL TIPO DE QUEMADURA Y EL GRADO.</li> <li>3. RETIRE CON CUIDADO ANILLOS, PULSERAS, RELOJ O PRENDAS APRETADAS Y CINTURONES QUE QUEDEN SOBRE EL ÁREA AFECTADA, <b>ANTES DE QUE SE EMPIECE A INFLAMAR.</b></li> <li>4. ENFRÍE EL ÁREA QUEMADA DURANTE VARIOS MINUTOS, APLICANDO COMPRESAS DE AGUA FRÍA LIMPIA SOBRE LA LESIÓN. <b>NO USE HIELO SOBRE LA ZONA QUEMADA.</b></li> <li>5. <b>NO APLIQUE POMADAS O UNGÜENTOS.</b></li> <li>6. TRASLADÉ A LA VÍCTIMA A UN CENTRO ASISTENCIAL</li> </ol>		
002 003	CAÍDAS DE LA CAMILLA Y CAÍDAS POR DESLIZAMIENTO	<p>LOS PACIENTES QUE SE HAN DESPLOMADO PUEDEN SENTIRSE MAREADOS O DÉBILES; TRANQUILÍCELOS MIENTRAS DETERMINA SI SE HAN LESIONADO Y, DE SER ASÍ, ANTES QUE NADA ATIENDA LA LESIÓN.</p> <p>SI EL PACIENTE NO SE HA LESIONADO, PREPÁRESE PARA TRASLADARLO A SU CAMA O A UNA CAMILLA. CONSIGA AYUDA; PUEDEN QUE SE REQUIERA LA PARTICIPACIÓN DE CUATRO PERSONAS O MÁS.</p>
<b>PRIMEROS AUXILIOS</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. VERIFIQUE SI EL PACIENTE ESTÁ CONSCIENTE, SI LO ESTÁ TRANQUILICE A LA VÍCTIMA.</li> <li>2. VALORE EL TIPO DE LESIÓN Y EL GRADO.</li> <li>3. PONGA UNA FRAZADA DEBAJO DEL PACIENTE Y RUEDE AL PACIENTE SOBRE ÉSTA. SITÚE A DOS O MÁS PERSONAS A CADA LADO DEL PACIENTE.</li> <li>4. LEVANTE AL PACIENTE DEL SUELO</li> <li>5. TRASLADÉ AL PACIENTE A UNA CAMA O CAMILLA.</li> <li>6. SI LA LESIÓN ES GRAVE, EVITE MOVER AL PACIENTE Y LLAME AL SERVICIO DE URGENCIAS MÁS CERCANO.</li> </ol>		

004	GOLPES O LACERACIONES POR CONTACTO CON SUPERFICIES SOLIDAS	<p>LA LACERACIÓN ES UNA RUPTURA QUE SE PRODUCE EN LA <b>PIEL</b>. DICHAS RUPTURAS PUEDEN SER MENORES O GRAVES. LAS <b>LACERACIONES MENORES</b> IMPLICAN POCO DOLOR Y SANGRADO, SIN ENTUMECIMIENTO NI HORMIGUEO EN LA ZONA. ESTE TIPO DE HERIDAS SUELEN SANAR EN POCO TIEMPO, SIN NECESIDAD DE ACUDIR A UN <b>MÉDICO</b>.</p> <p>LAS LACERACIONES MÁS IMPORTANTES, EN CAMBIO, INCLUYEN UN SANGRADO ABUNDANTE Y DUELEN MUCHO. EN OCASIONES PUEDEN VERSE TENDONES O HUESOS A TRAVÉS DE LA HERIDA. EN ESTOS CASOS, SE NECESITA ATENCIÓN MÉDICA URGENTE.</p>
<p style="text-align: center;"><b>PRIMEROS AUXILIOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. VERIFIQUE SI EL PACIENTE ESTÁ CONSCIENTE, SI LO ESTÁ TRANQUILICE A LA VÍCTIMA.</li> <li>2. VALORE EL TIPO DE LESIÓN Y EL GRADO.</li> <li>3. VERIFICAR QUE NO TENGA NINGUNA HERIDA. SI EXISTE Y SANGRA, HAY QUE COMPRIMIR LA HERIDA CON UNA GASA ESTÉRIL O UNA TOALLA LIMPIA HASTA QUE SEA EVALUADO EN EL HOSPITAL.</li> <li>4. EN EL CHICHÓN O EN LA ZONA AFECTADA SE PUEDE COLOCAR HIELO O UN PAÑO EMPAPADO EN AGUA FRÍA.</li> <li>5. MANTENLO EN OBSERVACIÓN MIENTRAS LLEGA LA AYUDA, SI NO ES DE GRAVEDAD DE IGUAL FORMA OBSERVE POR SI HAY ALGÚN CAMBIO SIGNIFICATIVO</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>SÍNTOMAS QUE INDICAN GRAVEDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA AUNQUE SEA POR UN LAPSO BREVE.</li> <li>- PRESENCIA DE NAUSEAS O VÓMITOS.</li> <li>- RESPIRACIÓN RUIDOSA O DIFICULTAD PARA RESPIRAR.</li> <li>- DOLOR DE CABEZA O MAREO PERSISTENTE.</li> <li>- MARCHA TAMBALEANTE O HACIA UN LADO.</li> <li>- HEMORRAGIA POR LA NARIZ O POR LA OREJA (PUEDE INDICAR FRACTURA DE CRÁNEO).</li> </ul>		

## ANEXO B. FORMATO DE REPORTE DE INCIDENTE O EVENTO ADVERSO

Código n° \_\_\_\_\_

Versión: 01  
 Fecha: 06-2013  
 Vigencia: 2013 - 2014  
 Páginas: 1 de 6

Código del Paciente: \_\_\_\_\_

AREA REPORTANTE:

TF\_\_ TO\_\_ FO\_\_ TR\_\_ PS\_\_ OTRO\_\_\_\_\_

FECHA DE NOTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO

FECHA: _____ HORA: _____
AREA:
Describa el suceso de manera clara y explícita:

TIPO DE REPORTE	
PRIMERA VEZ ( )	SEGUIMIENTO ( )
SEÑALE SEGÚN EL(LOS) DESENLACE(S) QUE APLIQUE(N)	
<input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Enfermedad o Daño que Amenace la Vida <input type="checkbox"/> Hospitalización: Inicial o prolongada <input type="checkbox"/> Laceraciones o heridas leves	<input type="checkbox"/> Daño de una Función o Estructura Corporal <input type="checkbox"/> Intervención Médica o Quirúrgica <input type="checkbox"/> No hubo daño <input type="checkbox"/> Otros, ¿Cuál?

SEGÚN LA ACCIÓN INSEGURA SE DETECTA LA CAUSA:

SI  NO  Cuál: \_\_\_\_\_

Reacción inmediata (qué medidas se tomaron post al evento adverso o incidente)


## IDENTIFICACIÓN DEL REPORTANTE

NOMBRE DEL REPORTANTE	
PROFESIÓN O CARGO	

\_\_\_\_\_

Nombre y firma de quien entrega el reporte

\_\_\_\_\_

Nombre y firma de quien recibe el reporte

## FORMATO DE SEGUIMIENTO DEL REPORTE DE INCIDENTE O EVENTO ADVERSO

### OBJETIVO

--

### ANALISIS DE EVENTO ADVERSO O INCIDENTE

CAUSA O RAZON DESENCADENANTE	LOS DAÑOS OCASIONADOS	POSIBLES ACCIONES DE MEJORA

### PRIORIZACION SEGÚN DETONANTES DEL EVENTO ADVERSO/ INCIDENTE

Seleccione el o los detonantes que contribuyan a la generación del evento, posterior establezca las actividades que mitiguen, eliminen o controlen su aparición.

--

**METODOLOGÍA**

<b>QUE</b> CORRESPONDE A CADA UNA DE LAS MEDIDAS A TOMAR PARA PREVENIR EL EVENTO, SEGUIR Y CONTROLAR	<b>COMO</b> DESCRIBA LOS METODOS, MEDIOS Y ESTRATEGIAS PARA LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD;	<b>POR QUE</b> ESCRIBA EL O LOS PROPOSITOS DE LA ACTIVIDAD	<b>CUANDO</b>		<b>DONDE</b> COLOQUE EL ÁREA, SERVICIO, PROCESO O UBICACIÓN DONDE SE REALIZARÁ LA ACTIVIDAD	<b>QUIEN</b> CARGO DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD
			<b>INICIO</b> Indique la fecha de inicio de la actividad DD/MM/AAAA	<b>FIN</b> Indique la fecha limite programada para cumplir con la actividad DD/MM/AAAA		

NOMBRE Y FIRMA DEL ENCARGADO

## ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE FISIOTERAPIA

Requisito previo para que el profesional pueda realizar las intervenciones en salud previstas como necesarias en la atención de pacientes. La prueba del cumplimiento de esta obligación es cada día de mayor en el desenlace de los procesos de responsabilidad profesional en Fisioterapia.

Servicio Fisioterapia clínica \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ Mayor de edad identificado con

C:C..... actuando en nombre propio o como representante legal de.....

DECLARO Que he sido informado hoy..... Por el Doctor(a)  
\_\_\_\_\_ sobre el plan de tratamiento de fisioterapia  
\_\_\_\_\_ considerado el adecuado para el  
diagnóstico de  
\_\_\_\_\_

Se me ha informado también que la atención en este servicio es integral y puede requerir según mi condición clínica de procedimientos de diferente naturaleza, como lo son: sesiones de termoterapia, masajes, utilización de equipos de tracción, electro estimulación, uso de medicación

local, ejercicios de resistencia, entre otros. Que todos estos procedimientos pueden generar molestias y en algunas ocasiones complicaciones. También que el resultado depende en forma importante de mi cumplimiento a las sesiones y ordenes fisioterapéuticas y médicas que el programa de tratamiento me determina.

Que teniendo en cuenta mi condición clínica y el plan de tratamiento de fisioterapia que se me va a r e a l i z a r, se me hizo advertencia de los siguientes riesgos previstos:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención en el servicio, por lo que he recibido la información a satisfacción sobre la atención allí prestada.

Por lo anterior doy mi constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el programa de atención fisioterapéutica que se me ha determinado, y doy mi consentimiento para que se me realicen los procedimientos propios de este tipo de atención, entendiendo y aceptando los riesgos de complicaciones y daños que ellos pueden implicar.

También me ha informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este Consentimiento para el procedimiento específico \_\_\_\_\_ y de las consecuencias posibles de esta determinación\_\_\_\_\_

---

---

Firma del paciente o familiar

Firma del médico

En.....a.....de.....2013

Rechazo la atención y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias para mi salud de esta decisión.

---

Firma de la paciente

---

Firma de testigo

**ANEXO D: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS INSEGURAS  
DURANTE EL PROCESO DE ATENCION E INFRAESTRUCTURA QUE PUEDAN GENERAR  
UN INCIDENTE O EVENTO ADVERSO.**

Dirigido a fisioterapeutas de la IPS Fisiocenter

**INSTRUCTIVO**

A continuación encontrará una serie de preguntas, las cuales deberá responder según su criterio y conocimiento personal. Se recomienda ser lo más objetivo posible.

Marque con una x, la respuesta de su elección

N°	CUESTIONARIO	RESPUESTA	
		SI	NO
1	¿LA HISTORIA CLÍNICA CON LA CUAL LLEGA EL PACIENTE ENTREGA INFORMACIÓN COMPLETA?		
2	AL INGRESAR EL PACIENTE AL CONSULTORIO USTED ¿VERIFICA SI LA HISTORIA CLÍNICA ENTREGADA LE CORRESPONDE?		
3	¿ACOMPaña Y AYUDA AL PACIENTE A DESPLAZARSE HASTA LA CAMILLA O SITIO DONDE LO EVALUARA?		
4	LA VALORACIÓN DEL PACIENTE INCLUYE UNA COMPLETA ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO QUE LLEVA ADEMÁS DE SUS DATOS PERSONALES, ANTECEDENTES DE SALUD PERSONALES Y FAMILIARES?		
5	¿ADVIERTE SOBRE LOS EFECTOS COLATERALES Y RIESGOS PREVISIBLES PARA EL PACIENTE CON EL TRATAMIENTO Y RESPONDO A TODAS LAS PREGUNTAS E INQUIETUDES?		
6	¿REALIZA EL DILIGENCIAMIENTO Y FIRMA DE CONSENTIMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE PREVIO A SU INTERVENCIÓN?		
7	¿AL DISEÑAR EL PLAN DE TRATAMIENTO PARA SU PACIENTE SE BASA EN LAS GUÍAS DE MANEJO YA ESTABLECIDAS EN LA INSTITUCIÓN?		
8	¿AL APLICAR MODALIDADES TERAPÉUTICAS Y UTILIZAR EQUIPOS COMO EL ULTRASONIDO Y TENS DURANTE LA ATENCIÓN USTED REALIZA SUPERVISIÓN CONSTANTE DE LA RESPUESTA DEL PACIENTE?		

9	¿USTED REALIZA MONITOREO DE LOS PACIENTES QUE AL SER EVALUADOS SE CATALOGAN COMO ALTO RIESGO:(ESTADO MENTAL (DESORIENTACIÓN, AGITACIÓN PSICOMOTORA, SÍNDROMES MENTALES ORGÁNICO) EDAD (PACIENTE ADULTO MAYOR O MENORES DE 5 AÑOS) USO DE MEDICAMENTOS (SEDANTES, ANTICONVULSIVOS, MEDICAMENTOS QUE ALTEREN EL ESTADO DE LUCIDEZ, QUE PROVOQUEN SOMNOLENCIA) PROBLEMAS COMUNICACIONALES DEL PACIENTE (PROBLEMA DE VISIÓN, AUDICIÓN Y FONACIÓN).		
10	¿USTED INFORMA A LOS FAMILIARES Y RESPONSABLES DE PACIENTES SOBRE LAS RECOMENDACIONES QUE DEBEN TENER CUANDO ESTÉN SOLOS CON EL PACIENTE?		
11	¿INFORMA AL PACIENTE CLASIFICADO DE ALTO RIESGO, SOBRE LA IMPORTANCIA DE EVITAR REALIZAR TRASLADOS O MOVIMIENTOS SOLOS, SIN SUPERVISIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL?		
12	¿USTED DEJA SOLO AL PACIENTE EN EL BORDE DE LA CAMA, EN EL BAÑO, CUANDO SE DEBE TRASLADAR A ALGÚN SITIO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN?		
13	¿LE INSISTE AL PACIENTE EN LA NECESIDAD DE PEDIR AYUDA EN TODAS LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON SU ESTANCIA EN EL CONSULTORIO?		
	DENTRO DEL CONSULTORIO Y EN LA INSTITUCION		
14	¿CUÁNDO SE PRESENTAN DERRAMES EN EL SUELO, ES SOLUCIONADO RÁPIDAMENTE POR EL PERSONAL DE ASEO?		
15	¿ESTA ORDENADO ADECUADAMENTE?		
16	¿LA ILUMINACIÓN ES ADECUADA?		
17	¿LOS MUEBLES SON ESTABLES?		
18	¿EXISTE ADECUADA SEÑALIZACIÓN PARA PISOS HÚMEDOS?		
19	¿CUENTA CON EQUIPOS, MUEBLES Y MATERIAL NECESARIOS (CAMAS, ESCALERILLAS, SILLAS DE RUEDAS, CAMINADORES, GUANTES, TAPABOCAS) PARA LA PRESTACIÓN DE UN ADECUADA ATENCIÓN?		
20	¿SE REALIZA ADECUADA DESINFECCIÓN DEL MATERIAL UTILIZADO?		
21	¿TIENE SOPORTES DE APOYO EN LOS BAÑOS PARA PACIENTES Y PISOS ANTIDESLIZANTES?		
22	¿CONSIDERA QUE ESTÁ EXPUESTO A SOBRECARGA LABORAL (EXCESO DE PACIENTES ASIGNADOS)?		
23	¿REALIZA LAVADO DE MANOS, O USA GEL ANTIBACTERIAL FRECUENTEMENTE O DURANTE EL CAMBIO DE PACIENTES?		
24	¿SE REALIZA DILIGENCIA MIENTO COMPLETO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LO QUE TIENE QUE VER CON ENCABEZADOS CON NOMBRES COMPLETOS DEL PACIENTE, DIAGNOSTICO COMPLETO Y FIRMA DEL PROFESIONAL?		

25	¿CREE USTED QUE EN LA INSTITUCIÓN EXISTEN FACTORES DE RIESGO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA ESPECIFIQUE CUÁLES ?		
26	¿CREE USTED QUE LA INSTITUCIÓN REALIZA ACTIVIDADES PARA MINIMIZARLOS?		
27	¿LOS EQUIPOS UTILIZADOS DURANTE LA ATENCIÓN TIENEN MANTENIMIENTO PREVENTIVO?		
28	¿TIENE CONOCIMIENTO DE LO QUE ES EVENTO ADVERSO, E INCIDENTE?		
SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA ESCRIBA			
QUE ENTIENDE POR EVENTO ADVERSO E INCIDENTE: INCIDENTE: EVENTO ADVERSO:			
ESPECIFIQUE COMO ADQUIRIÓ EL CONOCIMIENTO:			
29	¿DURANTE SU LABOR A ALGUNO DE LOS PACIENTES LE OCURRIÓ ALGÚN EVENTO O INCIDENTE?		
30	¿CONOCE LOS FORMATOS DE REPORTE DE EVENTO ADVERSO E INCIDENTE DE LA IPS DONDE LABORA, Y SI ES ASÍ LOS HA UTILIZADO ALGUNA VEZ?SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA ESPECIFIQUE CUAL.		

Solicitamos su autorización para el uso de esta información con fines académicos. Agradecemos su disposición y colaboración, es muy importante para el éxito de nuestro Informe final de investigación.

NOMBRE:

CC:

FIRMA:

FECHA:

**ANEXO E. PROTOCOLO DE CONTRAINDICACIONES PARA EJECUCIÓN DE  
PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS Y PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS  
RELACIONADOS CON LA FISIOTERAPIA**

Versión: 01  
Fecha: 06-2013  
Vigencia: 2013 - 2014  
Páginas: 1 de 6

Marcar con una x la presencia de contraindicaciones en fisioterapia

Ítem 1: Lista de chequeo para la contraindicación de la fisioterapia.

<b>TENS</b>		<b>ELECTROTERAPIA</b>	
ARRITMIAS		EMBARAZADAS	
INFARTO		ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD	
MARCAPASO		MARCAPASO	
PARO CARDIACO		ANTECEDENTES CARDIACOS	
ESTUDIOS DE HOLTER		ALTERACIONES COGNITIVA	
EMBARAZADAS		<b>MIOFEEDBACK</b>	
EPILEPTICOS		CARCINOMAS	
ALTERACIÓN DE LA PIEL		ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD	
ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD		MARCAPASO	
PACIENTES CON ALTERACIONES COGNITIVAS		ANTECEDENTES CARDIACOS	
<b>ULTRASONIDO</b>		ALTERACIONES COGNITIVA	
OSTEOPOROSIS		<b>TERMOTERAPIA SUPERFICIAL</b>	
IMPLANTES METÁLICOS		ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD	
ALTERACIONES COGNITIVA		ALTERACIÓN DE LA PIEL	
ZONAS CON ALTERACIONES DE LA PIEL		DIABETES	
CÁNCER		CÁNCER	

## SEDE DE REHABILITACIÓN FÍSICA INTEGRAL

Versión: 01  
Fecha: 06-2013  
Vigencia: 2013 - 2014  
Páginas: 2 de 6

### **PROTOCOLO DE CONTRAINDICACIONES PARA EJECUCIÓN DE PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS Y PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA FISIOTERAPIA.**

Item 2: Lista de chequeo para precaución y contraindicación de los ejercicios terapéuticos.

Marcar con una x la presencia de contraindicaciones Ejercicios Terapéuticos.

<b>CONTRAINDICACIÓN ABSOLUTA</b>	
PRESENCIA DE FRACTURA INESTABLE	
PRESENCIA DE SIGNOS CLÍNICOS DE UN SHOCK NEUROLÓGICO	
DESCOMPENSACIÓN RESPIRATORIA	
<b>EJERCICIOS DE ALTO IMPACTO</b>	
HEMOFÍLICOS	
MIELOMAS MÚLTIPLES	
<b>EJERCICIOS ISOMÉTRICOS</b>	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DESCOMPENSADA (PAD SOBRE 90 MM HG Y PAS SOBRE 140 MM HG)	
<b>EJERCICIOS EN FLEXIÓN</b>	
OPERADOS HNP	

<b>EJERCICIOS TERAPÉUTICOS SE REALIZARÁN CON PRECAUCIÓN EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES</b>	
EXACERBACIÓN DE CUADRO RESPIRATORIO	
EMBARAZADAS	
DISMOVILISMO PROLONGADO	
GASTROSTOMÍAS SIN FAJA CONTENEDORA	

Ítem 3: Lista de chequeo para la clasificación del riesgo de quemadura por fisioterapia

<b>SE CLASIFICARAN USUARIOS CON RIESGO DE QUEMADURAS</b>	
IMPLANTES METÁLICOS	
ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD	
ALTERACIONES COGNITIVAS	

A quienes presenten uno o más de los puntos \_\_\_\_\_

B quienes no presenten ninguna de estas características. \_\_\_\_\_

## SEDE DE REHABILITACIÓN FÍSICA INTEGRAL

VERSIÓN: 01  
FECHA: 06-2013  
VIGENCIA: 2013 - 2014  
PÁGINAS: 3 DE 6

### PROTOCOLO DE CONTRAINDICACIONES PARA EJECUCIÓN DE PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS Y PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA FISIOTERAPIA.

ITEM 4 LISTA DE CHEQUEO PARA LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDA.

VALORA ALTO RIESGO DE CAÍDA CON TRES O MÁS PUNTOS (SUMAMOS UN PUNTO POR CADA ÍTEM CON ASTERISCO).

<b>DOWTON</b> CAÍDAS PREVIAS	
<b>MEDICAMENTOS</b>	
NINGUNO	
DIURÉTICOS	
ANTI PARKINSONIANO	
TRANQUILIZANTES	
HIPOTENSORES NO DIURÉTICOS	
ANTIDEPRESIVOS	
<b>DÉFICIT SENSORIAL</b>	
NINGUNO	
ALTERACIONES AUDITIVAS	
ALTERACIONES VISUALES	
EN MIEMBROS (ICTUS, NEURO)	
<b>ESTADO MENTAL</b>	
ORIENTADO	
CONFUSO	
<b>MARCHA</b>	
SEGURA CON AYUDA	
INSEGURA CON /SIN AYUDA	
IMPOSIBLE	

## SEDE DE REHABILITACIÓN FÍSICA INTEGRAL

VERSIÓN: 01  
 FECHA: 06-2013  
 VIGENCIA: 2013 - 2014  
 PÁGINAS: 4 DE 6

### **PROTOCOLO DE CONTRAINDICACIONES PARA EJECUCIÓN DE PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS Y PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA FISIOTERAPIA.**

#### TINETTI. EVALUACION DEL EQUILIBRIO

<b>EL PACIENTE PERMANECE SENTADO EN UNA SILLA RÍGIDA SIN APOYO BRAZOS. SE REALIZAN LAS SIGUIENTES MANIOBRAS</b>		PTOS
EQUILIBRIO SENTADO	SE INCLINA O DESLIZA EN LA SILLA SE MANTIENE SEGURO	0 1
LEVANTARSE	INCAPAZ SIN AYUDA CAPAZ PERO USA LOS BRAZOS PARA AYUDARSE CAPAZ SIN USAR LOS BRAZOS	0 1 2
INTENTOS PARA LEVANTARSE	INCAPAZ SIN AYUDA CAPAZ PERO NECESITA MÁS DE UN INTENTO CAPAZ DE LEVANTARSE EN UN INTENTO	0 1 2
EQUILIBRIO EN BIPEDESTACIÓN LOS PRIMEROS 5 SEGUNDOS	INESTABLE ESTABLE CON APOYO AMPLIO (TALONES SEPARADOS MÁS DE 10 CM) Y USA BASTÓN U OTROS APOYOS. ESTABLE SIN ANDADOR U OTROS APOYOS	0 1 2
EQUILIBRIO EN BIPEDESTACIÓN	INESTABLE ESTABLE CON APOYO AMPLIO (TALONES SEPARADOS MÁS DE 10 CM) Y USA BASTÓN U OTROS APOYOS. ESTABLE SIN ANDADOR U OTROS APOYOS.	0 1 2
EMPUJAR (EL PACIENTE EN BIPEDESTACIÓN CON EL TRONCO ERECTO Y LOS PIES TAN JUNTOS COMO SEA POSIBLE). EL EXAMINADOR EMPUJA SUAVEMENTE EN EL ESTERNÓN DEL PACIENTE CON LA PALMA DE LA MANO, TRES VECES.		

	EMPIEZA A CAER SE TAMBALEA, SE AGARRA, PERO SE MANTIENE. ESTABLE	0 1 2
OJOS CERRADOS	INESTABLE ESTABLE	0 1
VUELTA DE 360°	PASOS DISCONTINUOS CONTINUOS	0 1
	INESTABLE (SE TAMBALEA, O SE AGARRA) ESTABLE	0 1
SENTARSE	INSEGURO, CALCULA MAL LA DISTANCIA, CAE EN LA SILLA. USA LOS BRAZOS O EL MOVIMIENTO ES BRUSCO. SEGURO, MOVIMIENTO SUAVE	0 1 2
	TOTAL EQUILIBRIO 16 PUNTOS	

## SEDE DE REHABILITACIÓN FÍSICA INTEGRAL

Versión: 01  
 Fecha: 06-2013  
 Vigencia: 2013 - 2014  
 Páginas: 5 de 6

### PROTOCOLO DE CONTRAINDICACIONES PARA EJECUCIÓN DE PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS Y PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA FISIOTERAPIA

#### TINETTI. EVALUACION DE LA MARCHA

<b>EL PACIENTE PERMANECE DE PIE CON EL EXAMINADOR, CAMINA POR EL PASILLO O HABITACIÓN (UNOS 8 METROS) A PASO NORMAL.</b>		<b>PUNTOS</b>
INICIACIÓN DE LA MARCHA	ALGUNAS VACILACIONES O MÚLTIPLES INTENTOS PARA EMPEZAR. NO VACILA	0 1
LONGITUD Y ALTURA DEL PASO		
MOVIMIENTO PIE DERECHO	NO SOBREPASA AL PIE IZDO. CON EL PASO SOBRE PASA AL PIE IZDO	0 1
MOVIMIENTO PIE IZQUIERDO	NO SOBREPASA AL PIE DCHO. CON EL PASO SOBRE PASA AL PIE DCHO.	0 1
SIMETRÍA DEL PASO	LA LONGITUD DE LOS PASOS CON EL PIE IZDO. Y DCHO. NO ES IGUAL LA LONGITUD PARECE IGUAL	0 1
FLUIDEZ DEL PASO	PARADAS ENTRE LOS PASOS LOS PASOS PARECEN CONTINUOS	0 1
TRAYECTORIA OBSERVAR EL TRAZADO QUE REALIZA UNO DE LOS PIES DURANTE 3M	DESVIACIÓN GRAVE DE LA TRAYECTORIA LEVE/MODERADA DESVIACIÓN O USA AYUDAS PARA MANTENER LA TRAYECTORIA SIN DESVIACIÓN O USO DE AYUDAS	0 1 2
TRONCO	BALANCEO MARCADO O USO DE AYUDAS NO SE BALANCEA AL CAMINAR PERO FLEXIONA LAS RODILLAS O LA ESPALDA O SEPARA LOS BRAZOS AL CAMINAR. NO SE BALANCEA NI FLEXIONA NI USA OTRAS AYUDAS AL CAMINAR	0 1 2

POSTURA AL CAMINAR	TALONES SEPARADOS TALONES CASI JUNTOS AL CAMINAR	0 1
TOTAL MARCHA 12 PUNTOS		

## SEDE DE REHABILITACIÓN FÍSICA INTEGRAL

Versión: 01  
Fecha: 06-2013  
Vigencia: 2013 - 2014  
Páginas: 6 de 6

### **PROTOCOLO DE CONTRAINDICACIONES PARA EJECUCIÓN DE PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS Y PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA FISIOTERAPIA.**

Valoración de riesgo de caída:

Utilizará la escala de JH DOWTON y TINETTI

Se clasificaran Usuarios con riesgo de caída de la siguiente manera:

- Sin riesgo de caídas: sin ítem en escala de Dowton y/o mayor a 24 puntos en Tinetti.
- Con riesgo de caídas: 1 a 2 puntos en escala de Dowton y/o puntaje entre 19 y 24 puntos en Tinetti.
- Alto riesgo de caídas: 3 o más puntos en escala Dowton y/o puntaje menor a 19 en Tinetti.

## ANEXO F. PROTOCOLOS

<b>NOMBRE DEL PROTOCOLO:</b>	<b>REHABILITACION EN LESION CRONICA DEL MANGUITO ROTADOR.</b>		
<b>CÓDIGO:</b>	PTC-TR-001	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
<b>RESPONSABLE DE ACTUALIZACIÓN:</b>	LEIDY KARINA TELLO F. LICETH MOSQUERA PALTA WLADIMIR MOSQUERA P.	CARGO:	FISIOTERAPEUTAS
<b>ORIGEN DEL PROTOCOLO:</b>	TERAPIA FISICA		
<b>OBJETIVO:</b>	FAVORECER LA RECUPERACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS LESIONADAS PERMITIENDO LA RESTAURACIÓN DE LA ARTRO-CINEMÁTICA A NIVEL DE HOMBRO		
<b>NÚMERO DE SESIONES (APROXIMADAS):</b>	20		

#	ACTIVIDAD / OBJETIVO	DETALLE DE LA ACCIÓN	TIEMPO APROX.
1.	VALORACIÓN	<p>REALIZAR EL PROCESO EVALUATIVO QUE PERMITA PLANEAR LA INTERVENCIÓN. TENERSE EN CUENTA:</p> <p><u>ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES, LABORALES Y QUIRÚRGICOS.</u></p> <p><b>EXAMEN FÍSICO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR EN HOMBRO: <ul style="list-style-type: none"> <li>- FLEXIÓN: 0-180°</li> <li>- EXTENSIÓN: 0-50°</li> <li>- ABDUCCIÓN: 0-180°</li> <li>- ADUCCIÓN: 0-30°</li> <li>- ROTACIÓN INTERNA: 0-90°</li> <li>- ROTACIÓN EXTERNA: 0-90°</li> </ul> </li> <li>• FUERZA MUSCULAR</li> <li>• DOLOR: LOCALIZACIÓN, IRRADIACIÓN, RELACIÓN CON TRABAJOS MANUALES, HORARIO DE PRESENTACIÓN, MIEMBRO SUPERIOR DOMINANTE, TIEMPO DE EVOLUCIÓN.</li> <li>• SENSIBILIDAD</li> <li>• POSTURAS ADOPTADAS.</li> <li>• PRUEBAS ESPECIALES: <ul style="list-style-type: none"> <li>- NEER</li> <li>- HAWKINS</li> <li>- YOCUM</li> <li>- PATTE</li> <li>- GERBER</li> </ul> </li> </ul>	1 SESIÓN

#	ACTIVIDAD / OBJETIVO	DETALLE DE LA ACCIÓN	TIEMPO APROX.
2.	<b>MODULAR DOLOR</b>	PRICE (PROTECCIÓN, REPOSO, HIELO, COMPRESIÓN Y ELEVACIÓN). EL REPOSO RELATIVO, QUE NO REALICE LAS ACTIVIDADES QUE PROVOCAN DOLOR. CRIOTERAPIA CON COLD POR 10 O 15 MINUTOS, EN ETAPAS AGUDAS PARA DISMINUIR LA INFLAMACIÓN.  MODALIDADES FÍSICAS COMO TERMOTERAPIA SUPERFICIAL POR PAQUETE CALIENTE Y CRIOTERAPIA, TERMOTERAPIA PROFUNDA CON LA APLICACIÓN DE TENS Y ULTRASONIDO PULSÁTIL.	SESIONES QUE LO REQUIERA
3.	<b>MANEJAR ESPASMOS</b>	REALIZAR MASAJE CON HIELO, ULTRASONIDO Y CALOR HÚMEDO	2 SEMANA
4.	<b>MANTENER Y RECUPERAR ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR</b>	EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO HACIENDO ÉNFASIS EN PECTORALES, FLEXORES DE CODO, DORSAL ANCHO, DELTOIDES ANTERIOR Y MUSCULATURA DE CUELLO ALTERADA (TRAPECIO SUPERIOR Y ESCALENOS).  REALIZAR EJERCICIOS PENDULARES EN FLEXIÓN Y CIRCULARES  PROGRESIÓN DE ARCOS DE MOVIMIENTO PASIVO EN FLEXIÓN, ABDUCCIÓN, ROTACIÓN EXTERNA, ROTACIÓN INTERNA DE HOMBRO, FLEXOR DE CODO SEGÚN LA TOLERANCIA DEL PACIENTE. CONTINUAR CON EJERCICIOS DE MOVILIDAD DE CODO Y MANO (Y DE AGARRE) REALIZAR EJERCICIOS ACTIVOS ASISTIDOS (CON UNA BARRA) DE FLEXIÓN, ABDUCCIÓN Y ROTACIÓN EXTERNA EN POSICIÓN SUPINA.  ESTIRAMIENTO PASIVO DE CAPSULA ARTICULAR (AYUDADO CON EL MIEMBRO CONTRARIO)	2-4 SEMANA
5.	<b>AUMENTAR FUERZA MUSCULAR</b>	EJERCICIOS DE CONTRACCIONES ISOMÉTRICAS DE MÚSCULOS DE FLEXIÓN, EXTENSIÓN Y ADUCCIÓN.  EJERCICIOS ACTIVOS DE FORTALECIMIENTOS PROGRESIVOS DE FLEXORES ROTADORES INTERNOS Y EXTERNOS, INICIANDO CON LA FUERZA DE LA GRAVEDAD Y PROGRESANDO CON PESAS Y/O THERABAND DE 1 A 7 LIBRAS, A TOLERANCIA DEL PACIENTE. (SE INICIAN CUANDO HAY MOVILIDAD COMPLETA)  FORTALECIMIENTO DE MUSCULATURA ESCAPULAR, SERRATO ANTERIOR, DORSAL ANCHO, DE MANERA PROGRESIVA SEGÚN TOLERANCIA DEL PACIENTE.	2 SEMANA
6.	<b>EDUCACIÓN DEL PACIENTE</b>	ENTREGA DE PLANES CASEROS, RECOMENDACIONES Y EJERCICIOS PARA REALIZAR EN CASA. RE EDUCAR EN HÁBITOS POSTURALES.	<b>DESDE 1 SESIÓN</b>

<b>NOMBRE DEL PROTOCOLO:</b>	<b>REHABILITACIÓN EN FRACTURA DE HÚMERO</b>		
<b>CÓDIGO:</b>	PTC-TR-001	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
<b>RESPONSABLE DE ACTUALIZACIÓN:</b>	LEIDY KARINA TELLO F. LICETH MOSQUERA PALTA. WLADIMIR MOSQUERA P.	CARGO:	FISIOTERAPEUTAS
<b>ORIGEN DEL PROTOCOLO:</b>	TERAPIA FISICA		
<b>OBJETIVO:</b>	FAVORECER LA RECUPERACIÓN DE LOS TEJIDOS ALTERADOS PERMITIENDO LA RESTAURACIÓN DE LA FUNCIÓN A NIVEL DEL HOMBRO.		
<b>NÚMERO DE SESIONES (APROXIMADAS):</b>	20		

NO.	ACTIVIDAD/ OBJETIVO	DETALLE DE LA ACCIÓN	TIEMPO APROX.
1.	VALORACIÓN	<p>REALIZAR EL PROCESO EVALUATIVO QUE PERMITA PLANEAR LA INTERVENCIÓN. TENER EN CUENTA:</p> <p><u>ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES, LABORALES Y QUIRÚRGICOS.</u></p> <p><b>EXAMEN FÍSICO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR EN HOMBRO: <ul style="list-style-type: none"> <li>- FLEXIÓN: 0-180°</li> <li>- EXTENSIÓN: 0-50°</li> <li>- ABDUCCIÓN: 0-180°</li> <li>- ADUCCIÓN: 0-30°</li> <li>- ROTACIÓN INTERNA: 0-90°</li> <li>- ROTACIÓN EXTERNA: 0-90°</li> </ul> </li> <li>• ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR EN CODO: <ul style="list-style-type: none"> <li>- FLEXIÓN: 0-180°</li> <li>- EXTENSIÓN: 0-50°</li> </ul> </li> <li>• FUERZA MUSCULAR</li> <li>• DOLOR: LOCALIZACIÓN, IRRADIACIÓN, RELACIÓN CON TRABAJOS MANUALES, HORARIO DE PRESENTACIÓN, MIEMBRO SUPERIOR DOMINANTE, TIEMPO DE EVOLUCIÓN.</li> <li>• SENSIBILIDAD</li> <li>• POSTURAS ADOPTADAS.</li> </ul>	1 SESIÓN
2.	MODULAR DOLOR	<p>PRICE (PROTECCIÓN, REPOSO, HIELO, COMPRESIÓN Y ELEVACIÓN). EL REPOSO RELATIVO, QUE NO REALICE LAS ACTIVIDADES QUE PROVOCAN DOLOR. CRIOTERAPIA CON COLD POR 10 O 15 MINUTOS, EN ETAPAS AGUDAS PARA DISMINUIR LA INFLAMACIÓN.</p> <p>MODALIDADES FÍSICAS COMO TERMOTERAPIA SUPERFICIAL POR PAQUETE CALIENTE Y CRIOTERAPIA, TERMOTERAPIA PROFUNDA CON</p>	SESIONES QUE LO REQUIERA

NO.	ACTIVIDAD/ OBJETIVO	DETALLE DE LA ACCIÓN	TIEMPO APROX.
		LA APLICACIÓN DE TENS Y ULTRASONIDO PULSÁTIL.	
3.	<b>MANTENER Y/O AUMENTAR MOVILIDAD ARTICULAR DE MIEMBRO SUPERIOR</b>	<p>REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE GRUPOS MUSCULARES DE MIEMBRO SUPERIOR Y DE CINTURA ESCAPULAR, HASTA COMPLETAR EL MOVIMIENTO.</p> <p>EJERCICIOS ACTIVOS ASISTIDOS EN TODOS LOS PLANOS DE MOVIMIENTO, TANTO A NIVEL DE HOMBRO COMO DE CODO.</p> <p>REALIZAR EJERCICIOS DE POLEAS.</p> <p>EJECUTAR EJERCICIOS AUTO ASISTIDOS CON BASTÓN, PROGRESANDO DE LA POSICIÓN SUPINA A LA SEDENTE, Y DE ESTA A LA BÍPEDA, PARA FLEXIÓN, EXTENSIÓN Y ABDUCCIÓN DE HOMBRO.</p>	<b>2 SEMANA</b>
4.	<b>MANTENER Y/O AUMENTAR FUERZA EN MUSCULATURA DE MIEMBRO SUPERIOR</b>	<p>INICIAR FORTALECIMIENTO DE FLEXORES, EXTENSORES, ROTADORES, ABDUCTORES Y ADUCTORES DE HOMBRO CON EJERCICIOS RESISTIDOS PROGRESIVOS EN TODOS LOS PLANOS. INICIANDO CON LA FUERZA DE LA GRAVEDAD Y PROGRESANDO CON PESAS Y/O THERABAND DE 1 A 7 LIBRAS, A TOLERANCIA DEL PACIENTE. (SE INICIAN CUANDO HAY MOVILIDAD COMPLETA).</p> <p>EJERCICIOS DE CONTRACCIONES ISOMÉTRICAS DE MÚSCULOS DE FLEXIÓN, EXTENSIÓN Y ADUCCIÓN.</p>	<b>2-4 SEMANA</b>
5.	<b>EDUCACIÓN DEL PACIENTE</b>	ENTREGA DE PLANES CASEROS, RECOMENDACIONES Y EJERCICIOS PARA REALIZAR EN CASA. RE EDUCAR EN HÁBITOS POSTURALES.	<b>DESDE 1 SESIÓN</b>

<b>NOMBRE DEL PROTOCOLO:</b>	<b>REHABILITACIÓN EN FRACTURA DE CODO</b>		
<b>CÓDIGO:</b>	<b>PTC-TR-001</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
<b>RESPONSABLE DE ACTUALIZACIÓN:</b>	LEIDY KARINA TELLO F. LICETH MOSQUERA PALTA. WLADIMIR MOSQUERA P.	<b>CARGO:</b>	FISIOTERAPEUTAS
<b>ORIGEN DEL PROTOCOLO:</b>	TERAPIA FISICA		
<b>OBJETIVO:</b>	FAVORECER EL PROCESO DE REPARACIÓN ÓSEA Y PROMOVER UNA ADECUADA CONDICIÓN FISIS-CINÉTICA PARA OPTIMIZAR SU FUNCIONALIDAD.		
<b>NÚMERO DE SESIONES (APROXIMADAS):</b>	20		

<b>NO.</b>	<b>ACTIVIDAD/ OBJETIVO</b>	<b>DETALLE DE LA ACCIÓN</b>	<b>TIEMPO APROX.</b>
1.	VALORACIÓN	<p>REALIZAR EL PROCESO EVALUATIVO QUE PERMITA PLANEAR LA INTERVENCIÓN.</p> <p><b>EXAMEN FÍSICO:</b> ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR EN CODO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FLEXIÓN: 0-180°</li> <li>- EXTENSIÓN: 0-50°</li> <li>- FUERZA MUSCULAR</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DOLOR. LOCALIZACIÓN, IRRADIACIÓN, RELACIÓN CON TRABAJOS MANUALES, HORARIO DE PRESENTACIÓN, MIEMBRO SUPERIOR DOMINANTE, TIEMPO DE EVOLUCIÓN.</li> <li>• SENSIBILIDAD</li> <li>• POSTURAS ADOPTADAS.</li> <li>• OBSERVAR CAMBIOS TRÓFICOS Y ALINEAMIENTOS DE FRACTURA</li> </ul>	1 SESIÓN.
<b>FASE DE INMOVILIZACIÓN</b>			
2.	MANTENER Y/O AUMENTAR MOVILIDAD ARTICULAR EN SEGMENTOS LIBRES DE MIEMBRO SUPERIOR	REALIZAR EJERCICIOS PASIVOS, ACTIVOS, ACTIVOS ASISTIDOS EN HOMBRO Y DEDOS.	1-3 SEMANA
3.	MANTENER Y/O AUMENTAR FUERZA EN MUSCULATURA ADYACENTE AL ÁREA INMOVILIZADA	REALIZAR EJERCICIOS ISOMÉTRICOS EN MUSCULATURA DE HOMBROS: ABDUCCIÓN, FLEXIÓN, EXTENSIÓN Y ADUCCIÓN.	1-3 SEMANA

NO.	ACTIVIDAD/ OBJETIVO	DETALLE DE LA ACCIÓN	TIEMPO APROX.
4.	<b>PREVENIR Y/O CONTROLAR EDEMA</b>	EJECUTAR EJERCICIOS DE BOMBEO EN DEDOS, ELEVACIÓN DE MIEMBROS SUPERIORES REALIZAR EJERCICIOS RESISTIDOS EN MUSCULATURA DE DEDOS: FLEXO - EXTENSIÓN.	<b>1-3 SEMANA</b>
<b>FASE POST INMOVILIZACIÓN</b>			
5.	<b>MODULAR DOLOR</b>	MODALIDADES FÍSICAS COMO TERMOTERAPIA SUPERFICIAL POR PAQUETE CALIENTE Y CRIOTERAPIA, TERMOTERAPIA PROFUNDA CON LA APLICACIÓN DE TENS Y ULTRASONIDO PULSÁTIL 8 ESTA MODALIDAD NO SE PUEDE USAR EN EL SITIO DE LA FRACTURA SI PRESENTA MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, NI EN PACIENTES MENORES DE EDAD.	<b>3-4 SEMANA</b>
6.	<b>MANTENER Y/O AUMENTAR MOVILIDAD ARTICULAR EN CODO</b>	REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE GRUPOS MUSCULARES RETRAÍDOS DE MIEMBRO SUPERIOR, HASTA COMPLETAR EL MOVIMIENTO.  REALIZAR EJERCICIOS ACTIVOS ASISTIDOS, ACTIVOS LIBRES EN FLEXO – EXTENSIÓN DE CODO Y PRONO SUPINACIÓN.	<b>3-4 SEMANA</b>
7.	<b>MANTENER Y/O AUMENTAR FUERZA EN MIEMBRO SUPERIOR</b>	EJERCICIOS DE CONTRACCIONES ISOMÉTRICAS E ISOTÓNICAS DE MÚSCULOS COMPROMETIDOS.	<b>3-4 SEMANA</b>
8.	<b>REEDUCAR PROPIOCEPCIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR</b>	EJERCICIOS DE CADENA CINÉTICA CERRADA EN ARTICULACIONES DE HOMBRO.	<b>3-4 SEMANA</b>
9.	<b>PROMOVER CICATRIZACIÓN Y EVITAR ADHERENCIAS</b>	MASAJE DE CICATRIZ, REALIZANDO DESENSIBILIZACIÓN DE LA ZONA AFECTADA.	<b>3-4 SEMANA</b>
10.	<b>EDUCACIÓN AL PACIENTE</b>	ENTREGA DE PLANES CASEROS, RECOMENDACIONES Y EJERCICIOS PARA REALIZAR EN CASA. RE EDUCAR EN HÁBITOS POSTURALES.	<b>DESDE 1 SESIÓN</b>

<b>NOMBRE DEL PROTOCOLO:</b>	<b>SÍNDROME DE TÚNEL CARIANO</b>		
<b>CÓDIGO:</b>	<b>PTC-TR-001</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
<b>RESPONSABLE DE ACTUALIZACIÓN:</b>	LEIDY KARINA TELLO F. LICETH MOSQUERA P. WLADIMIR MOSQUERA P.	<b>CARGO:</b>	FISIOTERAPEUTAS
<b>ORIGEN DEL PROTOCOLO:</b>	TERAPIA FÍSICA		
<b>OBJETIVO:</b>	DISMINUIR O ELIMINAR LA PRESIÓN SOBRE EL NERVIJO MEDIANO EN EL TÚNEL CARIANO.		
<b>NÚMERO DE SESIONES (APROXIMADAS):</b>	20		

<b>NO.</b>	<b>ACTIVIDAD/ OBJETIVO</b>	<b>DETALLE DE LA ACCIÓN</b>	<b>TIEMPO APROX.</b>
1.	<b>VALORACIÓN DEL PACIENTE / REALIZAR PROCESO EVALUATIVO QUE PERMITA PLANEAR LA INTERVENCIÓN.</b>	<p><b>EVALUACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ANTECEDENTES:</b> FRACTURA DE COLLES, ARTRITIS REUMATOIDES, DIABETES, GOTA, HIPOTIROIDISMO, EMBARAZO, TENDINITIS, INSUFICIENCIA RENAL, ETC.</li> <li>• <b>RESUMEN CLÍNICO:</b> - DOLOR. LOCALIZACIÓN, IRRADIACIÓN, RELACIÓN CON TRABAJOS MANUALES, HORARIO DE PRESENTACIÓN, MANO DOMINANTE, TIEMPO DE EVOLUCIÓN. - PARESTESIAS. LOCALIZACIÓN, CONTINUAS O INTERMITENTES, HORARIO DE PRESENTACIÓN. - PARESIAS. ESPECIFICAR MÚSCULOS.</li> <li>• <b>EXAMEN FÍSICO:</b> - ATROFIA EMINENCIA TENAR. - TEST DE PHALEN POSITIVO (FLEXIÓN FORZADA DE LA MUÑECA MÁS DE 60 SEGUNDOS). - TEST DE COMPRESIÓN NERVIOSA (COMPRESIÓN SOBRE EL N. MEDIANO DURANTE UNOS 30 SEGUNDOS, PRODUCE PARESTESIAS Y DOLOR EN TERRITORIO DEL MEDIANO). - SIGNO DE TINEL.</li> <li>• <b>ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS:</b> 1. RADIOGRAFÍA DE MUÑECA. 2. ELECTROMIOGRAMA Y ESTUDIOS CONDUCCIÓN NERVIOSA. 3. ESTUDIOS HEMATOLÓGICOS, SEROLÓGICOS Y ENDOCRINOLÓGICOS, SI ENFERMEDAD SISTÉMICA.</li> </ul>	<b>1ª SESIÓN.</b>
2.	<b>FÉRULA PALMAR / INMOVILIZAR ARTICULACIÓN DE LA MUÑECA Y MANO; DISMINUIR LA TENSIÓN SOBRE EL NERVIJO.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FÉRULA PALMAR CON 10° - 20° DE EXTENSIÓN EN MUÑECA Y DURANTE 4 SEMANAS.</li> <li>• EVITAR AL MÁXIMO LA ACTIVIDAD FLEXORA DURANTE 4 SEMANAS</li> </ul>	<b>1 SESIÓN DIARIA. 1A-6A SEMANA</b>

NO.	ACTIVIDAD/ OBJETIVO	DETALLE DE LA ACCIÓN	TIEMPO APROX.
3.	<b>DISMINUIR SINTOMATOLOGÍA DOLOROSA; MANEJAR EDEMA.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PRICE (PROTECCIÓN, REPOSO, HIELO, COMPRESIÓN Y ELEVACIÓN) – MEDIOS FÍSICOS.</li> <li>• EMPLEO DE CALOR LOCAL TIPO PARAFINA.</li> <li>• ELECTRECTROESTIMULACIÓN INHIBITORIA, ULTRASONIDO TERAPÉUTICO.</li> </ul>	<b>LAS SESIONES QUE LO REQUIERA</b>
4.	<b>MEJORAR EL DESLIZAMIENTO TENDINOSO.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EJERCICIOS ACTIVOS DE DESLIZAMIENTO TENDINOSO: <ul style="list-style-type: none"> <li>- PUÑO GANCHO: PROFUNDO SOBRE EL SUPERFICIAL</li> <li>- PUÑO RECTO: MÁXIMO DESLIZAMIENTO DEL SUPERFICIAL</li> <li>- PUÑO COMPLETO: MÁXIMO DESLIZAMIENTO DEL FLEXOR PROFUNDO</li> </ul> </li> <li>• ESTIRAMIENTOS PERA EL RETINÁCULO FLEXOR DEL CARPO</li> </ul>	<b>A PARTIR DE LA 2ª SESIÓN</b>
5.	<b>PLAN CASERO / EDUCAR EN PLAN CASERO Y REFORZAR IMPORTANCIA DE LAS PAUSAS ACTIVAS.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• INDICACIONES EN PLAN COMPLEMENTARIO PARA MANTENER LOGROS.</li> </ul>	<b>TODAS LAS ETAPAS</b>

<b>NOMBRE DEL PROTOCOLO:</b>	<b>CERVICALGIA</b>		
<b>CÓDIGO:</b>	PTC-TR-001	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
<b>RESPONSABLE DE ACTUALIZACIÓN:</b>	LEIDY KARINA TELLO F. LICETH MOSQUERA P. WLADIMIR MOSQUERA P.	<b>CARGO: FISIOTERAPEUTAS</b>	FISIOTERAPEUTAS
<b>ORIGEN DEL PROTOCOLO:</b>	TERAPIA FÍSICA		
<b>OBJETIVO:</b>	DISMINUIR SINTOMATOLOGÍA DOLOROSA, ESTIMULAR ACONDICIONAMIENTO FÍSICO PARA FAVORECER MÁXIMA FUNCIONALIDAD EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y EN ACTIVIDAD LABORAL.		
<b>NÚMERO. DE SESIONES (APROXIMADAS):</b>	12		

NO.	ACTIVIDAD/ OBJETIVO	DETALLE DE LA ACCIÓN	TIEMPO APROX.
6.	<b>VALORACIÓN DEL PACIENTE / REALIZAR PROCESO EVALUATIVO QUE PERMITA PLANEAR LA INTERVENCIÓN.</b>	<p><b>EVALUACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ANTECEDENTES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PROCESOS INFLAMATORIOS: ARTRITIS REUMATOIDE O ESPONDILITIS ANQUILOSANTE.</li> <li>- ALTERACIONES DE LA ESTÁTICA ADQUIRIDOS: CIFOLORDOSIS O DORSO PLANO.</li> <li>- FACTORES MECÁNICOS: TRAUMATISMOS DIRECTOS O INDIRECTOS, ESFUERZOS, MOVIMIENTOS QUE NO SE EJECUTAN CON LA COORDINACIÓN PRECISA, POSTURAS INCORRECTAS.</li> <li>- FACTORES FISIOLÓGICOS: ALTERACIONES VASCULARES.</li> <li>- FACTORES PSÍQUICOS: HACER UNA SOBREVALORACIÓN DE ESTE DOLOR.</li> </ul> </li> <li>• <b>RESUMEN CLÍNICO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DOLOR. LOCALIZACIÓN, IRRADIACIÓN, RELACIÓN CON TRABAJOS, HORARIO DE PRESENTACIÓN, TIEMPO DE EVOLUCIÓN, ACTIVIDADES EXACERBANTES.</li> </ul> </li> <li>• <b>EXAMEN FÍSICO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EVALUAR MEDIANTE LA OBSERVACIÓN LA POSTURA Y ALINEACIÓN DE LA CABEZA CON RESPECTO A LA POSICIÓN EN LA QUE SE ENCUENTRA LA PERSONA.</li> <li>- PALPAR CON MOVIMIENTOS ROTATIVOS LOS DIFERENTES HUESOS Y MUSCULATURA EVALUANDO SU MORFOLOGÍA, NÓDULOS, ESPASMOS, RETRACCIONES, ETC...</li> <li>- EVALUAR RANGOS DE MOVILIDAD DE LA COLUMNA CERVICAL: <ul style="list-style-type: none"> <li>ROTACIÓN: 60-90°</li> <li>FLEXIÓN: 60-90°</li> <li>EXTENSIÓN: 60-90°</li> <li>FLEXIÓN LATERAL: 30-60°</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p><b>ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. RADIOGRAFÍA</li> <li>2. ELECTROMIOGRAFÍA.</li> <li>3. TAC</li> <li>4. RESONANCIA MAGNÉTICA</li> </ol>	<b>1ª SESIÓN.</b>

NO.	ACTIVIDAD/ OBJETIVO	DETALLE DE LA ACCIÓN	TIEMPO APROX.
2.	<b>DISMINUIR SINTOMATOLOGÍA DOLOROSA</b>	APLICACIÓN DE CRIOTERAPIA, CALOR HÚMEDO, MASAJE DE TIPO SEDATIVO, ULTRASONIDO PULSÁTIL Y ELECTRO ESTIMULACIÓN INHIBITORIA.	<b>LAS SESIONES QUE LO REQUIERA</b>
3.	<b>MEJORAR Y / O MANTENER MOVILIDAD ARTICULAR EN REGIÓN CERVICAL Y CINTURA ESCAPULO HUMERAL</b>	MOVILIZACIONES ACTIVAS MOVILIZACIONES ACTIVAS ASISTIDAS A TOLERANCIA DEL DOLOR	<b>A PARTIR DE LA 2ª SESIÓN</b>
4.	<b>MEJORAR Y / O MANTENER LA FLEXIBILIDAD Y ELASTICIDAD MUSCULAR EN GENERAL CON PRINCIPAL ÉNFASIS EN REGIÓN CERVICAL Y CINTURA ESCAPULO - HUMERAL, PARA PREVENIR MAYORES RETRACCIONES O INSTAURACIÓN DE NUEVAS.</b>	- EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTOS EN MUSCULATURA DE REGIÓN CERVICAL Y ESCAPULO - HUMERAL	<b>A PARTIR DE LA 2ª SESIÓN</b>
5.	<b>MEJORAR FUERZA MUSCULAR GENERAL CON PRINCIPAL ÉNFASIS EN REGIÓN Y CINTURA ESCAPULO - HUMERAL</b>	- CONTRACCIONES ISOMÉTRICAS EN MUSCULATURA ESTABILIZADORA DE COLUMNA CERVICAL. - MOVILIZACIONES ACTIVAS ASISTIDAS PROGRESANDO A RESISTIDAS A TOLERANCIA DEL USUARIO; EN MUSCULATURA CERVICAL CON PRINCIPAL ÉNFASIS EN FLEXORES Y EN MUSCULATURA DE CINTURA ESCAPULO – HUMERAL.	<b>A PARTIR DE LA 2ª SESIÓN</b>
6.	<b>MEJORAR ACTITUD POSTURAL Y GENERAR ESTÍMULOS PROPIOCEPTIVOS.</b>	- INDICACIONES EN ADECUADA POSTURA. - CONTRACCIONES ACTIVAS EN MUSCULATURA CERVICAL Y ESTIRAMIENTOS SIMULTÁNEOS DE TENDONES, CAPSULAS Y LIGAMENTOS.	<b>A PARTIR DE LA 2ª SESIÓN</b>
7.	<b>EDUCAR EN EL MANEJO ADECUADO DEL CUERPO Y CARGAS EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y EN ACTIVIDAD LABORAL.</b> <b>FACILITAR LA IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO ERGONÓMICO.</b> <b>BRINDAR ESTRATEGIAS DE MANEJO EMOCIONAL ADECUADO FRENTE AL DOLOR.</b>	- PARTICIPACIÓN EN TALLER DE HIGIENE DE COLUMNA COORDINADO POR TERAPIA FÍSICA, TERAPIA OCUPACIONAL Y PSICOLOGÍA.	<b>5ª SESIÓN</b>
8.	<b>EDUCAR EN PLAN CASERO Y REFORZAR IMPORTANCIA DE HIGIENE POSTURAL.</b>	- INDICACIONES EN PLAN COMPLEMENTARIO PARA MANTENER LOGROS.	<b>TODAS LAS ETEPAS.</b>

<b>NOMBRE DEL PROTOCOLO:</b>	<b>RADICULOPATIAS LUMBO - SACRAS</b>		
<b>CÓDIGO:</b>	PTC-TR-001	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
<b>RESPONSABLE DE ACTUALIZACIÓN:</b>	LEIDY KARINA TELLO F. LICETH MOSQUERA P. WLADIMIR MOSQUERA P.	<b>CARGO:</b> FISIOTERAPEUTAS	FISIOTERAPEUTAS
<b>ORIGEN DEL PROTOCOLO:</b>	TERAPIA FÍSICA		
<b>OBJETIVO:</b>	DISMINUIR O ELIMINAR LA PRESIÓN SOBRE NERVIOS COMPRIMIDOS O AFECTADOS A NIVEL LUMBO – SACRO.		
<b>NÚMERO DE SESIONES (APROXIMADAS):</b>	DE 10 A 20 SESIONES.		

NO.	ACTIVIDAD/ OBJETIVO	DETALLE DE LA ACCIÓN	TIEMPO APROX.
1.	<b>VALORACIÓN DEL PACIENTE / REALIZAR PROCESO EVALUATIVO QUE PERMITA PLANEAR LA INTERVENCIÓN.</b>	<p><b>EVALUACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>INSPECCIÓN:</b> PACIENTE EN BIPEDESTACIÓN, LA ZONA DESPROVISTA DE ROPA Y SE OBSERVA DETALLADAMENTE DE FRENTE, DE ESPALDA Y DE PERFIL.</li> <li>• <b>OBSERVAR:</b> ALGÚN TIPO DE DEFORMIDAD EN COLUMNA; SE VALORAN LAS ARTICULACIONES COXOFEMORALES Y LAS RODILLAS. PALPACIÓN: SE PALPA, SI EXISTE CONTRACTURA DE LA MUSCULATURA PARA VERTEBRAL Y DOLOR (LOCALIZACIÓN, IRRADIACIÓN, RELACIÓN CON TRABAJOS, HORARIO DE PRESENTACIÓN, TIEMPO DE EVOLUCIÓN, ACTIVIDADES EXACERBANTES.)</li> <li>• <b>PRUEBAS CLÍNICAS FUNDAMENTALES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- LASEGUE POSITIVA</li> <li>- BRAGARD POSITIVA</li> </ul> </li> <li>• <b>ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. RADIOGRAFÍA</li> <li>2. ELECTROMIOGRAFÍA.</li> <li>3. TAC</li> <li>4. RESONANCIA MAGNÉTICA</li> </ol> </li> </ul>	<b>1ª SESIÓN.</b>
2.	<b>EDUCAR EN PATOLOGÍA E INICIAR INDICACIONES EN HIGIENE POSTURAL / CREAR CONCIENCIA DE LA IMPORTANCIA DE UNA MEJOR ACTITUD POSTURAL Y ENFATIZAR EN LA IMPORTANCIA DE PLAN CASERO.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- INDICACIONES EN POSTURAS ADECUADAS.</li> <li>- BRINDAR INFORMACIÓN ACERCA DE LA PATOLOGÍA</li> </ul>	<b>A PARTIR DE LA 2ª SESIÓN.</b>

NO.	ACTIVIDAD/ OBJETIVO	DETALLE DE LA ACCIÓN	TIEMPO APROX.
3.	<b>DISMINUIR SINTOMATOLOGÍA DOLOROSA Y PRESENCIA DE ESPASMOS MUSCULARES.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- APLICACIÓN DE MODALIDADES FÍSICAS CONTRASTES POR 6 VECES:</li> <li>- CRIOTERAPIA POR 4 MINUTOS</li> <li>- CALOR HÚMEDO POR 8 MINUTOS</li> <li>- MASAJE DE TIPO SEDATIVO</li> <li>- ULTRASONIDO ( 5 -10 MINUTOS)FASE AGUDA: PULSADO, FASE CRÓNICA CONTINUÓ.</li> <li>- ELECTRO ESTIMULACIÓN INHIBITORIA (TENS DE 10 – 20 MINUTOS).</li> </ul>	<b>LAS SESIONES QUE LO REQUIERA</b>
4.	<b>TRACCIÓN LUMBO – PÉLVICA / DISMINUIR LA PRESIÓN SOBRE LOS NERVIOS COMPRIMIDOS A NIVEL DE COLUMNA LUMBO – SACRA.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TRACCIÓN LUMBO – SACRA: EL NÚMERO DE SESIONES DEPENDERÁ DE SI ES UN PACIENTE MENOR DE 40 AÑOS, SE DEBE REALIZAR DESPUÉS DE LA 3 SESIÓN, PREVIAMENTE SE HA PREPARADO REGIÓN LUMBO – SACRA CON MODALIDADES EN LAS SESIONES ANTERIORES. SI ES UN PACIENTE MAYOR DE 60 AÑOS SE DEBE REALIZAR DESPUÉS DE LA 5 O 6 SESIONES, EN LAS SESIONES PREVIAS SE HA PREPARADO LOS TEJIDOS Y SE HA DISMINUIDO SINTOMATOLOGÍA DOLOROSA LOCALIZADA.</li> </ul>	<b>DE 15 A 30 MINUTOS</b>
5.	<b>MEJORAR Y / O MANTENER LA FLEXIBILIDAD Y ELASTICIDAD MUSCULAR EN REGIÓN LUMBO – SACRA / DISMINUIR Y PREVENIR MAYORES RETRACCIONES O LA INSTAURACIÓN DE NUEVAS.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EJERCICIOS DE WILLIAMS: A TOLERANCIA DEL PACIENTE Y LOS ESTIRAMIENTOS SE REALIZARAN DE MANERA SOSTENIDA Y DURANTE 10 A 15 SEGUNDOS, MÍNIMO DE 5 A 10 SERIES.</li> </ul>	<b>A PARTIR DE LA 5ª SESIÓN.</b>
6.	<b>MEJORAR Y / O MANTENER FUERZA DE MÚSCULOS ANTI GRAVITATORIOS / MEJORAR HIGIENE POSTURAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EJERCICIOS DE MACKENSY: SOLAMENTE SI EL PACIENTE LO TOLERA ESTE TIPO DE EJERCICIOS Y SI ES AUTORIZADO POR MÉDICO ESPECIALISTA.</li> </ul>	<b>A PARTIR DE LA 7ª - 8ª SESIÓN.</b>

<b>NOMBRE DEL PROTOCOLO:</b>	<b>PROTOCOLO DE MANEJO EN ARTROSCOPIA DE RODILLA</b>		
<b>CÓDIGO:</b>	PTC-TR-001	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
<b>RESPONSABLE DE ACTUALIZACIÓN:</b>	LEIDY KARINA TELLO F. LICETH MOSQUERA PALTA. WLADIMIR MOSQUERA P.	<b>CARGO:</b>	FISIOTERAPEUTAS
<b>ORIGEN DEL PROTOCOLO:</b>	TERAPIA FISICA		
<b>OBJETIVO:</b>	FAVORECER EL PROCESO DE REPARACIÓN A NIVEL INTRA ARTICULAR PERMITIENDO EL NORMAL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE SUS AVD Y SUS ABC.		
<b>NÚMERO DE SESIONES (APROXIMADAS):</b>	26 SESIONES DE TERAPIA FÍSICA.		

NO.	ACTIVIDAD/ OBJETIVO	DETALLE DE LA ACCIÓN	TIEMPO APROX.
7.	<b>EVALUAR Y RECOPIRAR INFORMACIÓN DEL PROCESO QUIRÚRGICO.</b>	<p>OBSERVAR RADIOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS Y DEMÁS IMÁGENES DIAGNOSTICAS QUE EL PACIENTE PUEDA APORTAR.</p> <p>AL VALORAR AL PACIENTE EN DECÚBITO SUPINO Y BIPEDESTACIÓN COMPARAR AMBAS RODILLAS PARA UNA MEJOR VALORACIÓN.</p> <p>BUSCAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ATROFIAS MUSCULARES</li> <li>- DESVIACIONES DE LOS EJES MECÁNICOS QUE PUEDEN SER GENUVALGO,GENUVARO,GENUFLEXO,GENURECURVATUM</li> <li>- TUMEFACCIONES</li> <li>- AUMENTO LOCAL DE LA TEMPERATURA</li> <li>- DERRAME ARTICULAR</li> <li>- PUNTOS DOLOROSOS</li> </ul> <p>SE INDICA REPOSO. EJERCICIOS CIRCULATORIOS Y POSICIONAMIENTO ANTI EDEMA.</p>	<b>PRIMER DIA DEL POP 1 SESION DIARIA TOTAL:UNA SESION</b>
8.	<b>MANEJAR EL DOLOR Y EL EDEMA</b>	<p>CRIOTERAPIA, ISOMÉTRICOS DE GLÚTEOS,ISQUIOTIBIALES Y CUÁDRICEPS.</p>	<b>2 Y 3 DIA DEL POP 1 SESION DIARIA DE 45 MINUTOS TOTAL:2 SESIONES</b>
9.	<b>MANEJO DE SINTOMATOLOGÍA DOLOROSA. PROMOVER EL FORTALECIMIENTO MUSCULAR EN CUÁDRICEPS FEMORAL.</b>	<p>MODALIDADES FÍSICAS, TERMOTERAPIA SUPERFICIAL TIPO CONTRASTE, CALOR HÚMEDO-CRIOTERAPIA 5 MÍN. 3 MIN. POR TRES REPETICIONES FINALIZANDO EN CALOR HÚMEDO, ISOMÉTRICOS DE ISQUIO TIBIALES CUÁDRICEPS FEMORAL.</p> <p>ACTIVOS ASISTIDOS EN FLEXIÓN Y EXTENSIÓN DE RODILLA.</p> <p>APOYO DEL 10 AL 20% CON MULETAS O CAMINADOR O BASTÓN DESPUÉS DEL 7º DÍA EL LADO CONTRA LATERAL.</p>	<b>4 DIAS HASTA EL NOVENO DIA DEL POP TOTAL:4 SESIONES DE 45</b>

NO.	ACTIVIDAD/ OBJETIVO	DETALLE DE LA ACCIÓN	TIEMPO APROX.
			MINUTOS CADA UNA
10.	<p><b>PROMOVER EL FORTALECIMIENTO MUSCULAR EN CUÁDRICEPS FEMORAL. FACILITAR ACTIVIDADES QUE PERMITAN LOGRAR EL AMA FUNCIONAL DE LA ARTICULACIÓN DE LA RODILLA. MANEJAR SINTOMATOLOGÍA DOLOROSA.</b></p>	<p>ELECTRO ESTIMULACIÓN MUSCULAR, ACTIVOS LIBRES Y ACTIVOS RESISTIDOS CON PESA DE 2LB Y DE MANERA PROGRESIVA EN FLEXIÓN Y EXTENSIÓN DE RODILLA. ESTIRAMIENTO ACTIVO EN FLEXIÓN Y EXTENSIÓN DE RODILLA. APOYO CON MULETA AL 50%.</p>	<p><b>10 A 15 DÍAS DESPUÉS DEL POP</b></p> <p><b>TOTAL 5 SESIONES DE 45 MIN.</b></p>
11.	<p><b>PROMOVER EL FORTALECIMIENTO MUSCULAR EN CUÁDRICEPS FEMORAL. FACILITAR ACTIVIDADES QUE PERMITAN LOGRAR EL AMA FUNCIONAL DE ARTICULACIÓN DE RODILLA. MANEJAR SINTOMATOLOGÍA DOLOROSA.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ACTIVOS RESISTIDOS CON PESA DE 4 LBS.</li> <li>- ACTIVIDADES DE DESCARGA DE PESO SOBRE BALANCÍN TERAPÉUTICO Y BALÓN TERAPIA Y BICICLETA ESTÁTICA.</li> </ul>	<p><b>15 A 19 DIAS DESPUES DEL POP. TOTAL: 4 SESIONES DE TERAPIA FISICA.</b></p>
12.	<p><b>FACILITAR ACTIVIDADES QUE PROMUEVAN LA REALIZACIÓN DE LA MARCHA INDEPENDIENTE Y DE LA PROTECCIÓN DE FUTURAS LESIONES.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- FORTALECIMIENTO PROGRESIVO HASTA UN MÁXIMO DE 10 LB.</li> <li>- ACTIVIDADES DE BALONTERAPIA.</li> <li>- BICICLETA ELÍPTICA, NATACIÓN COMO ACTIVIDAD TERAPÉUTICA.</li> <li>- RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE MANEJO DE CARGAS Y PLAN CASERO.</li> </ul>	<p><b>20 A 30 DÍAS DESPUÉS DEL POP. TOTAL 10 SESIONES DE TERAPIA FISICA.</b></p>

<b>NOMBRE DEL PROTOCOLO:</b>	<b>PROTOCOLO DE MANEJO EN LIGAMENTOPLASTIA DE RODILLA (LIG. CRUZADO ANTERIOR).</b>		
<b>CÓDIGO:</b>	PTC-TR-001	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
<b>RESPONSABLE DE ACTUALIZACIÓN:</b>	LEIDY KARINA TELLO F. LICETH MOSQUERA PALTA WLADIMIR MOSQUERA P.	<b>CARGO:</b>	FISIOTERAPEUTAS
<b>ORIGEN DEL PROTOCOLO:</b>	TERAPIA FISICA		
<b>OBJETIVO:</b>	FACILITAR ACTIVIDADES QUE PERMITAN EN EL PACIENTE LA REPARACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS LIGAMENTARIAS Y OSTEOTENDINOSAS, OBTENIENDO EN EL PACIENTE EL NORMAL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES BÁSICAS Y COTIDIANAS EN SU VIDA DIARIA.		
<b>NÚMERO DE SESIONES (APROXIMADAS):</b>	38 SESIONES DE TERAPIA FÍSICA		

NO.	ACTIVIDAD/ OBJETIVO	DETALLE DE LA ACCIÓN	TIEMPO APROX.
	<b>PERMITIR AL PACIENTE RECUPERARSE DEL PROCESO OPERATORIO.</b>	<p>OBSERVAR RADIOGRAFÍAS, RESONANCIAS MAGNÉTICAS Y DEMÁS IMÁGENES DIAGNOSTICAS QUE EL PACIENTE PUEDA APORTAR. AL VALORAR AL PACIENTE EN DECÚBITO SUPINO Y BIPEDESTACIÓN: COMPARAR, AMBAS RODILLAS PARA UNA MEJOR VALORACIÓN.</p> <p>BUSCAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ATROFIAS MUSCULARES</li> <li>• DESVIACIONES DE LOS EJES MECÁNICOS QUE PUEDEN SER GENUVALGO, GENUVARO, GENUFLEXO, GENURECURVATUM</li> <li>• TUMEFACCIONES</li> <li>• AUMENTO LOCAL DE LA TEMPERATURA</li> <li>• DERRAME ARTICULAR</li> <li>• PUNTOS DOLOROSOS</li> </ul> <p>SE INDICA REPOSO.</p>	<b>1 Y 3 DÍA DESPUES DEL POP. NO SE REALIZA NINGUNA SESION DE TERAPIA FISICA.</b>
2.	<b>MANEJO DE SINTOMATOLOGÍA DOLOROSA. REALIZAR ACTIVIDADES QUE FACILITEN EL NORMAL PROCESO DE REPARACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS EN PROCESO DE REPARACIÓN.</b>	<p>MOVIMIENTOS PASIVOS A TOLERANCIA, EN POSICIÓN SUPINA CON ALMOHADA DEBAJO DE ZONA POPLÍTEA, TERMOTERAPIA TIPO CONTRASTE, MOVILIZACIÓN ARTROCINEMATICA DE PATELA.</p>	<b>4 Y 6 DÍA DESPUÉS DEL POP. TOTAL:3 SESIONES DE TERAPIA FISICA DE 45 MIN.CADA UNA.</b>
3.	<b>MANEJO DE SINTOMATOLOGÍA DOLOROSA. FOMENTAR EL FORTALECIMIENTO DE MUSCULATURA ESTABILIZADORA DE RODILLA.</b>	<p>SE REALIZA MOVIMIENTOS PASIVOS HASTA LOGRAR UNA FLEXIÓN ENTRE 60° Y 90° A TOLERANCIA. ELECTRO ESTIMULACIÓN A FRECUENCIAS ENTRE 30 Y 5 HZ INICIALMENTE CON RAMPA A INTENSIDADES MOTORAS, HASTA ENCONTRAR TROFISMO Y VOLUMEN MUSCULAR ADECUADO.</p>	<b>6 HASTA EL 10 DIA DESPUES DEL POP. TOTAL 5 SESIONES</b>

NO.	ACTIVIDAD/ OBJETIVO	DETALLE DE LA ACCIÓN	TIEMPO APROX.
			<b>DE TERAPIA FISICA.</b>
4.	<b>FACILITAR ACTIVIDADES QUE PERMITAN FOMENTAR LA NORMAL AMPLITUD ARTICULAR DE ARTICULACIÓN DE RODILLA.</b>	- SE REALIZAN ACTIVIDADES CON MOVIMIENTOS ACTIVOS FORZADOS, BALONTERAPIA E ISOTÓNICOS DE FLEXIÓN Y EXTENSIÓN CON PESA DE UNA LIBRA Y AUMENTO PROGRESIVO NO MÁXIMO.	<b>10 HASTA EL DÍA 20. TOTAL: 10 SESIONES DE TERAPIA FISICA.</b>
5.	<b>FOMENTAR EL FORTALECIMIENTO DE MUSCULATURA FLEXORA Y EXTENSORA DE RODILLA.</b>	- SE ADICIONA ACTIVIDADES EN BICICLETA ELÍPTICA, BALONTERAPIA, ACTIVOS RESISTIDOS CON PESA DE 5 LB THERABAND, EJERCICIOS DE CADENA CINÉTICA CERRADA Y EJERCICIOS DE CADENA CINÉTICA ABIERTA DE BAJO IMPACTO.	<b>CUARTA Y QUINTA SEMANA DESPUÉS DEL POP. TOTAL: 10 SESIONES DE TERAPIA FISICA.</b>
6.	<b>FOMENTAR EL FORTALECIMIENTO DE MUSCULATURA FLEX Y EXT. DE RODILLA</b>	- ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS COMO HIDROTERAPIA, ACTIVIDADES DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL.	<b>SEXTA A 10 SEMANAS. UN MINIMO DE TRES SESIONES DE TF X SEMANA TOTAL: 10 SESIONES DE TERAPIA FISICA.</b>

<b>NOMBRE DEL PROTOCOLO:</b>	<b>PROTOCOLO DE MANEJO DE ESPOLON CALCÁNEO (SIN CORRECCION QUIRURGICA).</b>		
<b>CÓDIGO:</b>	PTC-TR-001	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
<b>RESPONSABLE DE ACTUALIZACIÓN:</b>	LEIDY KARINA TELLO F. LICETH MOSQUERA PALTA WLADIMIR MOSQUERA P.	<b>CARGO:</b>	FISIOTERAPEUTAS
<b>ORIGEN DEL PROTOCOLO:</b>	TERAPIA FISICA		
<b>OBJETIVO:</b>	DISMINUIR EL ESTÍMULO OSTEOGENÉTICO NO CONTROLADO SOBRE LA BASE CALCÁNEA, A TRAVÉS DE ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS QUE PERMITAN OPTIMIZAR LA MARCHA Y MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE.		
<b>NÚMERO DE SESIONES (APROXIMADAS):</b>	10 SESIONES DE TERAPIA FÍSICA		

NO.	ACTIVIDAD/ OBJETIVO	DETALLE DE LA ACCIÓN	TIEMPO APROX.
	<b>DISMINUIR DOLOR</b>	REQUISITOS: DIAGNOSTICO DEFINIDO, EXÁMENES PARACLÍNICOS ANEXOS QUE CONFIRMAN PATOLOGÍA (RX, DENSIDAD ÓSEA) - EVALUAR Y RECOPIRAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE. - ANALIZAR CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO: - ANALIZAR BIOMECHANICAMENTE LA PISADA EN LA MARCHA DEL PACIENTE. - VALORAR LA POSIBLE DESVIACIÓN DEL TALÓN Y/O ARCO PLANTAR PARA DETERMINAR POSIBLES CAUSAS. PRÁCTICA DEPORTIVA INTENSA (ESPECIALMENTE LAS CARRERAS Y LOS DEPORTES QUE SOLICITAN LA ARTICULACIÓN DEL PIE, COMO EL BALONMANO Y EL BALONCESTO), INDAGAR SOBRE EL CALENTAMIENTO Y ESTIRAMIENTO ANTES Y DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD. CAMINAR O ESTAR DE PIE POR PERIODOS PROLONGADOS Y REPETIDOS. LA EDAD. SOBREPESO (TAMBIÉN GESTANTES CON SOBREPESO) Y OBESIDAD. PIE PLANO. USO DE ZAPATOS INADECUADOS (SUELAS Y TACONES MUY FINOS O TACONES DEMASIADO ALTOS). INDICAR REPOSO DURANTE TRATAMIENTO DE TERAPIA FÍSICA SE INICIA TRATAMIENTO CON TERMOTERAPIA SUPERFICIAL, CRIOTERAPIA, ELECTRO ANALGESIA, MASAJE RELAJANTE EN GASTRO SÓLEOS Y PERONEOS.	<b>1 SESION DIARIA TOTAL:TRES SESIONES</b>
2.	<b>DISMINUIR RETRACCIONES.</b>	ESTIRAMIENTOS ACTIVOS Y/O PASIVOS DE TENDÓN AQUILIANO, FASCIA PLANTAR Y EXTENSORES DE DEDOS CON THERABAND Y SOBRE BALANCÍN. EJERCICIOS ACTIVOS LIBRES DE PIE Y TOBILLO UTILIZANDO THERABAND, BALÓN, BALANCÍN. CRIOTERAPIA Y MASAJE RELAJANTE EN ÁREA DEL TALÓN Y FASCIA PLANTAR	<b>TODAS LAS SESIONES</b>
3.	<b>FLEXIBILIZAR MÚSCULOS DE TOBILLO Y PIE</b>	EJERCICIOS ACTIVOS LIBRES DE PIE Y TOBILLO. EJERCICIOS ACTIVOS LIBRES PARA FLEXO-EXTENSIÓN DE DEDOS Y METATARSO.	<b>TODAS LAS SESIONES</b>

NO.	ACTIVIDAD/ OBJETIVO	DETALLE DE LA ACCIÓN	TIEMPO APROX.
4.	<b>PREVENIR Y/O CONTROLAR INFLAMACIÓN</b>	MANEJAR PRICE(CRIOTERAPIA +ELEVACIÓN DE MI AFECTADO) INDICAR PLAN CASERO  RECOMENDAR EL USO DE PLANTILLA ESPECIALIZADA PARA ESPOLÓN COMO MÉTODO PREVENTIVO.	<b>TODAS LAS SESIONES</b>

**ANEXO G. SOLICITUD PERMISO PARA ELABORACIÓN DE ESTUDIO EN LA IPS  
FISIOCENTER SAS, DESDE EL ÁREA ADMINISTRATIVA POR PARTE DE  
ESTUDIANTES DE ESPECIALIZACIÓN DE AUDITORIA Y GARANTÍA DE LA  
CALIDAD EN SALUD CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGIA.**

Señores FISIOCENTER

Por medio de la presente solicitamos a ustedes muy respetuosamente se nos permita a las estudiantes MONICA FERNANDA MELO, LICETH MOSQUERA Y CAROLINA LEÓN, realizar una investigación sobre la seguridad del paciente en el área de terapia física de la sede convencional.

El proceso de investigación incluye la aplicación de un instrumento de evaluación a los terapeutas físicos de la sede, visita de corroboración de resultados, acceso a formatos de reporte y protocolos de intervención, todo esto con el fin de contribuir a la calidad en la atención del servicio.

Se garantiza el completo resguardo y la confiabilidad sobre los resultados obtenidos, así como también al finalizar la investigación se expondrán los hallazgos y se darán las recomendaciones pertinentes según lo encontrado.

## ANEXO H, LICENCIA DE USO

### LICENCIA DE USO – AUTORIZACION DE LOS AUTORES

Actuando en nombre propio identificado(s) de la siguiente forma:

Nombre: Mónica Fernanda Melo Cerón  
Tipo de documento de identidad: C.C. X T.I. \_\_\_ C.E. \_\_\_ No. 34323893

Nombre: Liceth Inara Mesquita Falta  
Tipo de documento de identidad: C.C. X T.I. \_\_\_ C.E. \_\_\_ No. 1066906495

Nombre: Carolina María Rosas Icon  
Tipo de documento de identidad: C.C. X T.I. \_\_\_ C.E. \_\_\_ No. 1066329333

El(los) suscrito(s) en calidad de autor(es) del trabajo de tesis, nomografía o trabajo de grado, documento de investigación denominado:

"MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EL AREA DE REHABILITACION EN LA IPS FISIOCENTRE SAS DE LA CIUDAD DE POPAYAN"

Dejo (dejamos) constancia que la obra contiene información confidencial, secreta o similar: SI \_\_\_ NO

(Si marqué (marcamos) SI, en un documento adjunto explicaremos tal condición, para que la Universidad EAN mantenga restricción de acceso sobre la obra).

Por medio del presente escrito autorizo (autorizamos) a la Universidad EAN, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad EAN y a los usuarios de bases de datos y sitios web con los cuales la Institución tenga convenio, a ejercer las siguientes atribuciones sobre la obra anteriormente mencionada:

- A. Conservación de los ejemplares en la Biblioteca de la Universidad EAN
- B. Comunicación pública de la obra por cualquier medio, incluyendo internet
- C. Reproducción bajo cualquier formato que se conozca actualmente o que se conozca en el futuro
- D. Que los ejemplares sean consultados en medio electrónico
- E. Inclusión en bases de datos o redes o sitios web con los cuales la Universidad EAN tenga convenio con las mismas facultades y limitaciones que se expresen en este documento.
- F. Distribución y consulta de la obra a las entidades con las cuales la Universidad EAN tenga convenio.

Con el debido respeto de los derechos patrimoniales y morales de la obra, la presente licencia se otorga a título gratuito, de conformidad con la normatividad vigente en la materia teniendo en cuenta que la Universidad EAN busca difundir y promover la formación académica, la enseñanza y el espíritu investigativo y emprendedor.

Manifiesto (manifestamos) que la obra objeto de la presente autorización es original, el (los) suscrito(s) es (son) el(los) autor(es) exclusivo(s), fue producto de mi (nuestro) ingenio y esfuerzo personal y la realizo (zamos) sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de exclusiva autoría y tengo (tenemos) la titularidad sobre la misma. En vista de lo expuesto, asumo (asumimos) la total responsabilidad sobre la elaboración, presentación y contenidos de la obra, eximiendo de cualquier responsabilidad a la Universidad EAN por estos aspectos.

En constancia suscribimos el presente documento en la ciudad de Popayán (Cauca).

NOMBRE COMPLETO: Mónica Fernanda Melo Carón  
FIRMA: [Firma]  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: No. 34'328.893  
FACULTAD: POSTGRADOS  
PROGRAMA ACADEMICO:

NOMBRE COMPLETO: Liceth Johana Mosquera Páez  
FIRMA: [Firma]  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: No. 1'061.706.495  
FACULTAD: POSTGRADOS  
PROGRAMA ACADEMICO:

NOMBRE COMPLETO: Carolina Mora Rosero Ben  
FIRMA: [Firma]  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: No. 106632953  
FACULTAD: POSTGRADOS  
PROGRAMA ACADEMICO:

Atentamente

**MONICA FERNANDA  
MELO.**

**LICETH MOSQUERA**

**CAROLINA ROSERO  
LEÓN.**

Estudiantes del programa de Auditoría y garantía de la calidad en salud con énfasis en epidemiología de la UNIVERSIDAD EAN: