

**DISEÑO Y FORMULACIÓN DEL MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
DE LA INSTITUCIÓN *DESDE LOS PIES, FISIOTERAPIA ESPECIALIZADA***

**SIRLEY YAMILE IBARRA RANGEL
NIDIA YADIRA LUNA LOZANO**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2013**

**DISEÑO Y FORMULACIÓN DEL MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
DE LA *INSTITUCIÓN DESDE LOS PIES, FISIOTERAPIA ESPECIALIZADA***

**SIRLEY YAMILE IBARRA RANGEL
NIDIA YADIRA LUNA LOZANO**

**Trabajo de grado para optar el Título de Especialista en Administración de
Servicios de Salud**

**Directora
Angélica María Amado Niño
Ft, Magister en Salud Pública U de A - UIS**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA**

2013

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. MARCO GENERAL DEL PROYECTO	19
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
1.2 JUSTIFICACIÓN	25
1.3 OBJETIVOS	27
1.3.1 Objetivo general	27
1.3.2 Objetivos específicos	27
2. MARCO TEÓRICO	29
2.1 MARCO LEGAL	29
2.1.1 Sistema de Salud en Colombia	29
2.1.2 Sistema de calidad	34
2.1.3 Lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente	41
2.2 MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	41
2.2.1 Diseño del manual de seguridad en el paciente	42
2.2.1.1 Eventos adversos.	42
2.2.1.2 Clasificación de eventos adversos	43
2.2.1.3 Modelo explicativo y causalidad del evento adverso	48
2.2.1.3.1 Modelo del Queso Suizo	48
2.2.1.3.2 Análisis de la Causa Raíz (RCA).	49
2.2.1.3.3 Protocolo de Londres	50
2.2.3 Barreras de seguridad que previene la ocurrencia del evento adverso.	53
2.2.4 Metodología para el análisis de Eventos Adversos	53

2.2.5 Estrategias para profundizar la cultura institucional de seguridad del paciente.	55
2.2.6 Protocolo para el manejo del paciente	55
2.2.7 Acciones interinstitucionales que establece la Política de Seguridad del Paciente	57
2.2.8 Reporte.	58
2.2.9 Reporte ExtraInstitucional.	58
2.2.10 Monitoreo de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.	58
2.3 DESARROLLAR O ADOPTAR LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA.	59
2.4 LOS ELEMENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	59
3. PRÁCTICAS SEGURAS	62
3.1 Prácticas seguras en Fisioterapia	63
3.2 PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS	64
3.2.1 Programa de Seguridad del paciente	64
3.2.1.1 Política institucional de seguridad del paciente	64
3.2.2 Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud	65
3.2.3 Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.	66
3.2.4 Procesos para la prevención de úlceras por presión	67
3.2.5 Proceso para la prevención del cansancio del personal de salud	68
3.2.6 Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.	69
3.2.7 Involucrar a los pacientes y allegados en su seguridad	70
3.2.8 Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad.	70
3.3 PROCESOS ASISTENCIALES INSEGUROS	71
3.4 INTERVENCIÓN FISIOTERAPEUTICA	74
3.4.1 Termoterapia	74
3.4.2 Crioterapia	79

3.4.3 Electroterapia	81
3.4.4 Ejercicios terapéuticos	85
3.4.4.1 Ejercicios de resistencia progresiva	87
3.4.4.2 Ejercicios isométricos	88
3.4.5 Acondicionamiento físico	90
3.4.6 Masoterapia	94
4. DESDE LOS PIES FISIOTERAPIA ESPECIALIZADA	100
4.1 MISIÓN	100
4.2 VISIÓN	100
4.3 VALORES CORPORATIVOS	101
4.4 ORGANIGRAMA DESDE LOS PIES FISIOTERAPIA ESPECIALIZADA	101
5. DISEÑO METODOLÓGICO	103
6. RESULTADOS	105
CONCLUSIONES	111
RECOMENDACIONES	115
BIBLIOGRAFÍA	117
ANEXOS	125

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Clasificación de eventos adversos. Según severidad	41
Figura 2. Clasificación de eventos adversos. Según prevención	442
Figura 3. Clasificación de eventos adversos según error humano, incidente y evento centinela	463
Figura 4. Modelo Explicativo Queso Suizo	497
Figura 5. Base de la Causa Raíz.	508
Figura 6. Protocolo de Londres. Investigación de Eventos Adversos.	510
Figura 7. Prácticas Seguras.	62
Figura 8. Política de seguridad del paciente.	65
Figura 9. Diseño arquitectónico consultorio de Terapia Física	66
Figura 10. Autocuidado de la seguridad del paciente	710
Figura 11. eventos adversos en el ejercicio de resistencia progresivo.	88
Figura 12. Ejercicios isométricos.	90
Figura 13. Programa de ejercicios.	91
Figura 14. Objetivos del entrenamiento funcional en rehabilitación física.	97

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Marco Legal del Sistema de Salud en Colombia.	32
Cuadro 2. Sistema de Calidad en Colombia	38
Cuadro 3. Grados de eventos adversos en patologías musculoesqueléticas	47
Cuadro 4. Protocolo para el manejo del paciente	56
Cuadro 5. Elementos estratégicos para la mejora de la política de seguridad del paciente.	60
Cuadro 6. Procesos para la prevención de caídas	67
Cuadro 7. Clasificación de úlceras por presión según su profundidad.	68
Cuadro 8. Procesos asistenciales inseguros	73
Cuadro 9. Termoterapia	75
Cuadro 10. Crioterapia	80
Cuadro 11. Modalidades de Electroterapia	82
Cuadro 12. Clasificación de ejercicios	86
Cuadro 13. Clasificación de los ejercicios de fortalecimiento	87
Cuadro 14. Precauciones y eventos adversos en el acondicionamiento físico	92
Cuadro 15. Indicaciones y precauciones del estiramiento	93
Cuadro 16. Tipos de masaje, efectos, indicaciones, contraindicaciones y eventos adversos	96
Cuadro 17. Guía de seguridad del paciente en el entrenamiento funcional	98

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. Reporte Institucional de Eventos Adversos	126
ANEXO B. Historia Clínica.	127
ANEXO C. Consentimiento Informado	130
ANEXO D. Análisis y gestión de eventos adversos	131
ANEXO E. Hoja de Vida de los Equipos	133
ANEXO F. Escala de Riesgos de caídas (JH DOWTON)	134
ANEXO G. Manual de seguridad del paciente de la IPS Desde los pies Fisioterapia Especializada.	135

RESUMEN

TITULO: DISEÑO Y FORMULACIÓN DEL MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA INSTITUCIÓN *DESDE LOS PIES, FISIOTERAPIA ESPECIALIZADA**

AUTORAS: SIRLEY YAMILE IBARRA RANGEL, NIDIA YADIRA LUNA LOZANO**

PALABRAS CLAVES: Manual de seguridad del paciente en Fisioterapia, eventos adversos en Fisioterapia, metodología de análisis de eventos adversos, seguridad del paciente, Intervención fisioterapéutica.

DESCRIPCIÓN:

El manual de seguridad del paciente es un mecanismo de gestión que permite prevenir riesgos o eventos adversos, aplicar correctivos y determinar la responsabilidad de los profesionales durante el proceso asistencial, que pueden ocasionar peligro a la integridad de los pacientes; se considera uno de los pilares fundamentales en la formulación de estrategias administrativas para la prestación de los servicios y para la toma oportuna de decisiones en la institución.

Con el objetivo de Diseñar y formular, el manual de seguridad del paciente en la prestación de servicios de terapia física en consultorio para la institución Desde los pies, Fisioterapia especializada de la ciudad de Bucaramanga. Se realizó una revisión bibliografía en las bases de datos PubMed, MEDLINE, BIREME, Hinari y SCIELO. Fueron incluidos 86 artículos relacionados con: seguridad del paciente (27%), intervención fisioterapéutica (27%), eventos adversos en Fisioterapia (9%), metodología de evaluación de eventos adversos (4%), manual de seguridad del paciente (12%), y el 21% restante comprenden Leyes, Resoluciones, Decretos y Circulares vigentes en Colombia, relacionados con temas de seguridad del paciente en, eventos adversos y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

El manual de seguridad es una guía homogénea para ejecutar prácticas seguras durante la atención asistencial en Fisioterapia, Proporciona estrategias para la prevención, identificación, descripción de un evento adverso y su ruta de acción en caso de presentarse; en cumplimiento con las políticas de seguridad del paciente vigentes en Colombia. Su implementación genera calidad y confianza desde el momento que ingresa el paciente a la institución.

* Trabajo de grado

** Facultad de Salud. Departamento de Salud Pública. Directora: Angélica María Amado Niño, Ft, Magister en Salud Pública U de A - UIS

SUMMARY

TITLE: FORMULATION OF THE SAFETY MANUAL OF THE PATIENT OF THE INSTITUTION FROM THE FEET, SPECIALIZED PHYSICAL THERAPY*

AUTHOR: SIRLEY YAMILE IBARRA RANGEL, NIDIA YADIRA LUNA LOZANO**

KEY WORDS: Safety manual of the patient in Physical therapy, adverse events in Physical therapy, methodology of analysis of adverse events, safety of the patient.

DESCRIPTION:

The patient safety handbook is a management mechanism that can prevent risks or adverse events, apply corrective and determine the responsibility of professionals in the care process, that may cause danger to the integrity of patients, is considered one of the pillars fundamental in the development of management strategies for the provision of services and for timely decisions in the institution.

In order to design and develop, the patient safety manual in providing physical therapy services to the institution from office feet specialized Physiotherapy city of Bucaramanga. Literature review was performed in the databases PubMed, MEDLINE, NLM, Hinari and SCIELO. We included 86 items related to: patient safety (27%), physiotherapy intervention (27%) adverse events in Physiotherapy (9%), assessment methodology adverse events (4%), patient safety manual (12%), and the remaining 21% comprise laws, resolutions, decrees and circulars in force in Colombia, issues related to patient safety, adverse events and the Mandatory System Quality assurance in Health.

The safety manual is a guide to run homogeneous safe practices during health care in Physiotherapy, provides strategies for the prevention, identification, description of an adverse event and its course of action in the event of and complying with security policies patient in force in Colombia. Its implementation generates quality and reliability from the time the patient was admitted to the institution.

* Work degree

** Faculty of Health. Department of Public Health. Director: Angelica Maria Beloved Child, Ft, Master of Public Health U of A - UIS

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicas que reduce los riesgos de sufrir un evento adverso en el proceso de atención. Su objetivo es garantizar a cualquier individuo, minimizar daños o riesgos innecesarios en un procedimiento asistencial. Este constituye a su vez, un componente de la calidad en la atención sanitaria, que debe cumplirse oportuna, eficiente, equitativa, esencial y obligatoriamente para favorecer la probabilidad de la obtención de los resultados de intervención deseados, coherentes con los conocimientos de los profesionales y el sistema de salud.

En un contexto de seguridad del paciente, el sistema de salud funciona en torno a dos componentes: procesos seguros y cultura de seguridad. Para ello se requieren identificar estrategias que favorezcan el funcionamiento adecuado y seguro de los sistemas; y la elaboración de herramientas como los manuales, que contengan la recopilación de conocimientos relacionados con la práctica diaria y el análisis de errores, incidentes y eventos adversos que pueden presentarse durante la intervención asistencial.

El interés en la seguridad del paciente tiene alcance mundial y ha representado para algunos países, en una motivación para orientar su normatividad hacia la garantía de prácticas clínicas seguras. En el caso de Colombia, la Constitución Política de 1991 y la Ley 100 de 1993 fomentan la atención por la seguridad social, y propenden por mejorar la calidad de vida y la dignidad humana. Adicionalmente, se implementó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad mediante el Decreto 1011 de 2006, y de este se derivaron otros lineamientos legales como Resoluciones, Decretos y guías vigentes, que contemplan el manual

de seguridad del paciente mediante una herramienta de certificación y habilitación para las instituciones que prestan servicios de salud y entre estas aquellas que prestan el servicio ambulatorio en rehabilitación física. Éste es un criterio de calidad, en la mejora continua y en la prevención de riesgos o lesiones durante el proceso asistencial. De igual forma el manual de seguridad promueve políticas de seguridad mediante estrategias administrativas, que ayuda a reducir costos financieros por demandas o procesos disciplinarios que implican perjuicio a la imagen institucional desde los pies Fisioterapia Especializada.

Las áreas de Fisioterapia en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), no son ajenas al tema de Seguridad del Paciente, que está dirigido a proporcionar prácticas seguras en el manejo de contingencias que afectan el movimiento corporal humano; objeto de estudio de los fisioterapeutas, cuyo hacer propende por la prevención y recuperación ante lesiones musculoesqueléticas con el fin de contribuir al desarrollo social del ser humano.

Desde los Pies, Fisioterapia especializada es una IPS que ofrece servicios de terapia física en consultorio y contempla desde su misión, garantizar la atención segura a sus usuarios, con un mínimo riesgo; razón por la cual se propone presentar en este documento, una revisión teórica relacionada con la seguridad del paciente y el diseño del manual de seguridad para esta institución.

Teniendo en cuenta lo anterior, éste documento, se encuentra dividido en seis capítulos, contiene en el primero, el marco general del proyecto: la descripción del problema, su justificación y sus objetivos. El segundo capítulo comprende una revisión teórica y una bibliográfica relacionadas con los aspectos legales que forman parte de la seguridad del paciente en el territorio nacional y los componentes de un manual de seguridad. El tercer capítulo hace referencia a las prácticas seguras en Fisioterapia, que incluyen la revisión de procesos asistenciales seguros e inseguros durante la intervención asistencial. El cuarto

capítulo describe el plan organizacional y administrativo de la institución *Desde los pies fisioterapia especializada*, el quinto capítulo se refiere al diseño metodológico; y el sexto los resultados. Finalmente, se hace la propuesta de un manual de seguridad para el paciente de Fisioterapia con lesiones musculoesqueléticas, atendido en consultorio, ubicado en el Anexo G.

1. MARCO GENERAL DEL PROYECTO

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad del paciente se considera prioridad en la asistencia sanitaria y se define como el conjunto de elementos, estructuras, procesos, instrumentos y metodologías basados en evidencias científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o por mitigar sus consecuencias; sin embargo, esta definición no se cumple totalmente en el quehacer profesional ya que en algunas instituciones que ofrecen servicios de salud en fisioterapia se presentan quejas, inconformidades o demandas producto de prácticas terapéuticas inapropiadas, que en la mayoría de los casos generan eventos adversos y consecuencias para el paciente¹.

Según la Clasificación Internacional para la Seguridad², el paciente es la persona que recibe atención sanitaria en una institución, y esta consiste en los servicios que recibe de los profesionales de la salud con el fin de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud. Por lo tanto, la seguridad del paciente durante la atención sanitaria depende del profesional de la salud y de la institución en aspectos relacionados con el conocimiento detallado de los procesos asistenciales, la cultura institucional, los recursos físicos, el talento humano, la infraestructura y los procesos organizacionales³.

¹. KOHN, Linda. To Err is human: Building a safer health system. 8 ed. Washington: Gustavo Gili S.A., 1999 p. 85

². CARLESSO, Lisa. Adverse events in Canadian. McMaster University. Toronto, 2007 p. 455

³ RUELAS, Enrique. Seguridad del paciente hospitalizado. 4 ed. Ciudad de México: Medica Panamericana, 2007. p 98

Uno de los factores que afecta la seguridad del paciente es el error del profesional; definido como las acciones o planes incorrectos que pueden o no causar daño en el paciente, ya sean prevenibles o no prevenibles. Los primeros se entienden como eventos que se habrían podido evitar mediante un cuidado asistencial y los segundos son aquellos que se presentan a pesar de la adecuada utilización de estándares del cuidado asistencial⁴.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el ámbito mundial, la falta de seguridad del paciente es un problema que afecta a los países en su desarrollo económico, social y cultural. Al respecto, en un informe en Harvard, Fernández y cols⁵. describieron que el 4% de los pacientes presentaron daños físicos como eventos adversos y entre sus consecuencias se destacó la incapacidad temporal (70% de la muestra) o la muerte. Este comunicado impulsó el mejoramiento continuo de la calidad asistencial en países como Canadá, donde se creó un sistema de seguridad enfocado a la atención segura, a partir de un cambio en la cultura organizacional que consistió en el diligenciamiento adecuado y oportuno de registros y la gestión de riesgos⁶. Lo anterior demuestra la necesidad de contar con un eje dinámico entre la institución prestadora de servicios de salud, la normatividad existente y el profesional por medio de un manual de seguridad que permita homogenizar las prácticas y sustentar el hacer profesional frente a un evento adverso.

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos⁷ publicó el informe “To err is human” en noviembre de 1999, que describe los errores médicos que se prestan en el cuidado de la salud y que acarrearán entre 44.000 y 98.000 defunciones cada año en los hospitales de EEUU. Estas cifras superan el comportamiento de los

⁴ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Seguridad del paciente. Bogotá: Progrer, 2008. p. 18

⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION. There search priority setting working group. Ginebra: OMS, 2008, consultado el 15 de Julio.

⁶ FERNÁNDEZ, Nélica. Los eventos adversos y la calidad de atención. Buenos Aires: 2004. p. 102

⁷ KOHN. Op.cit, p 93.

accidentes de automóvil, el cáncer de mama y el sida. Dos estudios más, de ingresos hospitalarios en Nueva York y Colorado que usaron datos de 1984 y 1992 determinaron la proporción de ingresos hospitalarios por evento adverso de 2,9% y 3,7% respectivamente; y la razón de estos eventos atribuibles a errores médicos fue del 58%. Los errores médicos son imputables a errores de planeación o durante el desarrollo de los procesos de atención en salud⁸.

En el informe “An organization with a memory”⁹ el Servicio de Salud Británico estimó que se producían alrededor de 850.000 eventos adversos cada año y pérdidas económicas entre US\$6000 millones y US\$29000 anuales. En consecuencia, la OMS promueve esfuerzos encaminados a mejorar la seguridad en la atención de los pacientes, a través de capacitaciones a profesionales. Actualmente, en Europa, los gobiernos o responsables de los sistemas sanitarios han introducido estrategias en las organizaciones de salud para establecer una cultura de seguridad que les permita convertirse en una organización inteligente basada en la confianza.

En Latinoamérica, La Red pionera en la seguridad del paciente (IBEAS) realizó un estudio de prevalencia de los eventos adversos en cinco países (Colombia, México, Costa Rica, Perú y Argentina), donde se analizaron 58 centros hospitalarios y 11.379 pacientes. Sus resultados describieron los siguientes eventos: incidente que provocó daño durante su estancia en el hospital (10%), muerte (7%), incapacidad total (17%), incapacidad severa (12%), incapacidad leve (64%); más del 50% de los incidentes que causaron daño se podían evitar. Concluyeron que “el compromiso y la responsabilidad de las instituciones de salud es cada vez mayor, donde se requiere la implementación de un manual de seguridad que garantice el manejo adecuado de los procesos de atención

⁸ SACKETT, David. Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics. Second Edition. Ontario Canada: McMaster University. Hamilton, 2009

⁹ NANCY, Elder. Classification of medical error and preventable adverse events. Second Edition. Washington D.C: Journal of family practice, 2002. Vol. 51. N. 11 p 932

sanitaria, la vigilancia, el control de esos procesos y la atención segura del paciente; ya que en las manos de los profesionales está la vida y la salud de los usuarios”¹⁰.

En Colombia, la atención sanitaria se presta en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que tiene como prioridad la seguridad del paciente, orientada a la información, despliegue y generación de conocimientos en los profesionales e individuos durante la intervención sanitaria con el fin de ofrecer calidad en la atención y estímulos a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en sus líneas de acción, que garanticen la seguridad del paciente. Al respecto se realizó un estudio de “Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones donde se reportó entre un 30% - 70% eventos adversos evitables teniendo como consecuencia la estancia prolongada del paciente en el hospital, discapacidad resultante, altos costos en la institución y la mortalidad del usuario¹¹.

La atención sanitaria que presta el Fisioterapeuta está orientada a la prevención, recuperación, habilitación y rehabilitación integral del movimiento humano con el fin de optimizar la calidad de vida de los sujetos de atención que son el individuo, la familia y la comunidad. La seguridad del paciente en fisioterapia, es la ausencia de accidentes o lesiones producidos durante la terapia física, que involucra el proceso asistencial, la aplicación de tecnología y la interacción del fisioterapeuta con el paciente¹².

Sin embargo, la seguridad del usurario en una institución de salud puede estar condicionada al riesgo inevitable de presentar un suceso adverso y el problema de estos sucesos radica en la complicación o el daño directo que ocurre en el

¹⁰ BATES, David. Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica: Hacia una atención hospitalaria más segura. Organización Mundial de la Salud. Ginebra Suiza. 2010 p.10

¹¹ DUARTE, Op. Cit, p 215

¹² NANCY. Op. Cit. 2002 p 152

paciente, como son: fracturas, quemaduras, retraso en el proceso de cicatrización, hematoma, esguince, infección, deformación o muerte causada por traumatismos en los tejidos musculoesqueléticos que se pueden presentar durante la terapia física y generan procesos disciplinarios, legales y costos financieros¹³.

Al respecto la Asociación de Fisioterapia Canadiense¹⁴ afirma que los fisioterapeutas tienen una responsabilidad ética, profesional y reguladora de la seguridad en todos los aspectos del cuidado del paciente, la responsabilidad va más allá de la interacción directa con el paciente. En terapia física se interponen demandas a los fisioterapeutas por causa de resultados adversos durante el proceso de rehabilitación, algunas de ellas se relacionan con inadecuado manejo en la intervención física, o como reclamación por causa de eventos adversos como: fracturas, quemaduras, retardo en la consolidación, pérdida de un órgano, entre otras. En el artículo de physical therapy claims studio, comenta que en el hospital de Chicago en el año 2006, el porcentaje de pacientes que demandaron por fracturas fue de un 27%, demandas por quemaduras 18% y 11% retraso en la recuperación; las lesiones primarias más graves fueron pérdida de un órgano (ojo) con un 1%. Estas acciones generan alrededor de 25.255 dólares y 39.583 dólares, respectivamente y son registradas a la organización de proveedores de servicios sanitario¹⁵.

En Colombia, la Constitución Política de 1991 consagra la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio, la Ley 100 de 1993¹⁶ hace referencia a que el Estado debe organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios

¹³ MACCUILLI, Gerald. Safety of the patient. Third Edition. Physical therapy. 2007

¹⁴ CARLESSO, Lisa. Adverse events in Canadian manual physiotherapy: the patient practitioners and research experience. Toronto, McMaster University 2013p 356 QI Long Lu. Safety of Customized Gene therapy Demonstrated by clinical trial for muscular dystrophy. Physical therapy. 2011

¹⁵ CHAD, Carlos. Physical therapy claims studio. Physical therapy. Second edition. CAN insurance company. Chicago 2006, p 146

¹⁶ QI Long Lu. Safety of Customized Gene therapy Demonstrated by clinical trial for muscular dystrophy. Physical therapy. 2011

de salud conforme a los principios de calidad, y eficiencia. Para ello surge el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), en el Decreto 1011 de 2006¹⁷ describe las políticas de seguridad del paciente, vigilancia y control de eventos adversos. Esto ha llevado a los prestadores de servicios a ser más competentes, organizados, y consientes sobre la seguridad de los pacientes dentro de sus propias instalaciones.

El SOGC trabaja en el mejoramiento de la seguridad del paciente, a través de estrategias de seguridad como: el Sistema Único de Habilitación, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, el Sistema Único de Acreditación, y el Sistema de Información para la Calidad. Estas estrategias permiten tener mejores resultados en los procesos de intervención, evitar errores y mitigar eventos adversos en el paciente; para ello, en la Resolución 1445 de 2006 se señalan, entre otros lineamientos legales, la creación del manual de seguridad del paciente como requisito obligatorio en las EPS, EPS-S, medicina prepagada, servicios ambulatorios, y rehabilitación. Actualmente, la Resolución 1441 de 2013, reafirma la importancia y obligatoriedad de contar con un manual o guía basada en la evidencia científica como herramienta para promover la calidad, seguridad asistencial y monitoreo de los procesos asistenciales, que permita la medición, análisis de reporte y gestión de eventos adversos.¹⁸

Por esta razón, es importante diseñar y formular un manual de seguridad en el paciente de Fisioterapia, el cual proporcione herramientas de prevención en eventos adversos, cumplir con las políticas de seguridad en el paciente, promover el conocimiento e implementación de una cultura de seguridad y proporcionar a los profesionales en Fisioterapia, elementos para evitar, identificar, reportar y analizar

¹⁷ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 100 de 1993. Seguridad social integral. Bogotá. p 8

¹⁸ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Sistema Obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud. Secretaria de Salud. Bogotá, 2013

los eventos adversos durante el proceso de atención¹⁹. En consecuencia, se propone el manual de seguridad del paciente para la institución de salud *Desde los pies, Fisioterapia especializada* que presta servicios de terapia física en consultorio para pacientes con lesiones musculoesqueléticas.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Actualmente, la prestación de atención sanitaria en el área de Fisioterapia se enfrenta al desafío de una amplia gama de problemas de seguridad. El tradicional juramento “lo primero es no hacer daño”²⁰, rara vez es violado intencionalmente por parte de los profesionales de la salud; pero los hechos señalan que en todos los países del mundo, los pacientes sufren daños todos los días, durante el proceso de atención sanitaria; y para ello se requiere la toma de medidas efectivas y acciones correctivas que contribuyan a la atención segura, como es el diseño de un manual de Seguridad en Fisioterapia; ya que es una herramienta fundamental para la prevención de eventos adversos, su implementación favorece la disminución de costos financieros en las instituciones, y sensibiliza y guía al profesional en el cuidado del paciente y contribuye en la toma de decisiones²¹.

Adicionalmente, La OMS en el 2005 señala que el manual de seguridad del paciente, constituye un aporte educativo para el entrenamiento de estudiantes y profesionales de Fisioterapia en su práctica asistencial, que permite identificar, priorizar e implementar prácticas seguras, e incluye recomendaciones explícitas en la intervención clínica, describe conceptos relacionados con los eventos

¹⁹ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, Seguridad del paciente en la atención en salud. Secretaria de Salud. Bogotá, Colombia. 2011

²⁰ CARLESSO, Op. Cit p 455

²¹ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Op.Cit, Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud p.9

adversos y ejemplifica riesgos que pueden ocasionarse en la atención de terapia física.

En Colombia, la Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGC)²², tiene como objetivo prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la frecuencia de eventos adversos; y de esa manera contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Sumado a lo anterior, la Resolución 1445 de 2006 establece la obligatoriedad de la vigilancia de eventos adversos y de un manual de seguridad orientado a la guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud y lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente”²³.

El ejercicio profesional del Fisioterapeuta colombiano se considera de bajo riesgo²⁴, pero esto no significa que no puedan ocurrir eventos adversos, los cuales no son reportados, ni registrados. Por tal motivo, se encuentra poca información relacionada con el comportamiento epidemiológico de las lesiones ocasionadas a los pacientes en el área de Fisioterapia. Lo anterior se explica por la falta de estandarización de terminología en terapia física en cuanto a la seguridad del paciente, y para ello se señala que el manual de seguridad es una herramienta eficiente que permite homogenizar el hacer profesional ante la definición de un evento adverso y su ruta de acción en caso de presentarse. En este sentido, la seguridad del paciente como componente inherente en la prestación de servicios de salud, genera la necesidad de contar con mecanismos como el manual de

²² MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Op.Cit Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. Bogotá: Dirección General de Calidad de Servicios, 2008

²³ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Op.Cit Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Bogotá, 2008

²⁴ COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, INSTITUTE OF MEDICINE. Washington: National Academy Press, 2000.p.255

seguridad que promuevan las prácticas seguras y ampare el ejercicio del fisioterapeuta²⁵.

De esta manera, el Manual de Seguridad se constituye en el mecanismo de gestión que permite prevenir eventos adversos que ocasionan peligro a la integridad y el bienestar del paciente, observar y analizar carencias de seguridad para aplicar correctivos. A partir de esta premisa, las autoras proponen el diseño de un Manual de Seguridad del paciente en consultorio en la Institución *Desde los pies, Fisioterapia especializada* con el propósito de garantizar la seguridad dentro del proceso de rehabilitación, e incluirla como uno de los pilares fundamentales en cuanto a estrategias administrativas para la prestación de los servicios de terapia física en Bucaramanga y su área metropolitana.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general. Diseñar a partir de la revisión bibliográfica y normativa, el manual de seguridad del paciente en la prestación de servicios de terapia física en consultorio para la institución Desde los pies, Fisioterapia especializada de la ciudad de Bucaramanga.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir el marco legal que ampara las políticas de seguridad del paciente.
- Describir los pasos para la elaboración del manual de seguridad para la institución Desde los pies, Fisioterapia especializada.
- Proponer las buenas prácticas para la seguridad del paciente en la prestación de servicios de rehabilitación en consultorio, para la institución Desde los pies, Fisioterapia especializada.

²⁵ CARLESSO, Lisa, Op.Cit., p. 455

- Identificar estrategias para la prevención y detección de eventos adversos en los procesos de atención en Fisioterapia de la institución Desde los pies, Fisioterapia especializada.
- Diseñar y describir la ruta de acción ante el evento adverso en la institución Desde los pies, Fisioterapia especializada.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO LEGAL

2.1.1 Sistema de Salud en Colombia. El Sistema de Salud hace parte del Sistema de Seguridad social de Colombia y está regulado por el Gobierno Nacional y el Ministerio de Protección Social según mandato Constitucional, con el fin de fortalecer la unidad de la Nación y asegurar a sus integrantes la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia y el conocimiento. Así se decreta, sanciona y promulga en la Constitución Política de Colombia de 1991, que considera la seguridad social en salud como un derecho irrenunciable y universal, que cubre enfermedades catastróficas de los habitantes del país (Artículo 49); y cuya prestación se realiza bajo la dirección, coordinación y control del Estado con la participación de agentes públicos y privados²⁶.

Colombia, al igual que otros países latinoamericanos también ha enfrentado diferentes reformas en su Sistema Nacional de Salud, sin embargo; el objetivo de garantizar la cobertura de atención en salud de la población se ha mantenido a través del tiempo. A partir de 1990, se empezó a fortalecer significativamente la descentralización del sistema público de prestación de servicios de salud. Posteriormente, en 1993 inició el nuevo modelo de aseguramiento público, altamente descentralizado que dio origen al Sistema General de Seguridad Social en Salud. SGSSS; que implementa mecanismos de control en los servicios sanitarios, calidad en la atención y prevención de riesgos, a través de guías de manejo que garanticen a los usuarios atención oportuna, personalizada,

²⁶ GUERRERO, Ramiro. Sistema de Salud en Colombia. Salud pública México: editorial Panamericana. 2011; p. 53.

humanizada, integral y continua en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

En el Artículo 162 de la Ley 100 de 1993²⁷ se establece el Plan Obligatorio de Salud Integral de las Familias, Enfermedad General y la Maternidad; también hace referencia a los programas de prevención y promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de patologías osteomusculares y neurológicas. En el Artículo 153 de esta misma Ley se implementan mecanismos de vigilancia y seguimiento en los servicios asistenciales para garantizar calidad y atención oportuna en los usuarios.

Con el nuevo SGSSS se busca dar cumplimiento a cuatro funciones específicas que incluyen: financiar la demanda de atención en salud, prestar los servicios de salud, articular las dos funciones anteriores, por medio de dos regímenes de aseguramiento, contributivo y subsidiado que administran las Entidades Promotoras de Salud EPS; y por último, modular el comportamiento de todo el SGSSS³⁰. Este modelo ha resultado atrayente porque incorpora elementos centrales del mercado de servicios en todo el sistema, así como la competencia y la libre elección del usuario²⁸.

El marco normativo, en su búsqueda por la mejora en los procedimientos asistenciales consagra con la Ley 1122 de 2007²⁹ modificaciones al SGSSS y entre estas, establece la Política de Seguridad del Paciente como el conjunto de acciones y estrategias sencillas que se deben implementar en las IPS, para garantizar seguridad en los procesos, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables derivados de la atención (eventos adversos prevenibles).

²⁷ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Op. Cit. Ley 100 de 1993. p. 15

²⁸ HENANDEZ, Mario. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Salud Pública Río de Janeiro: 18:9001-9002. 2002

²⁹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 1122 de 2007. Bogotá D.C, Colombia.

La Ley 1438 de 2011³⁰ es la última reforma que se ha realizado al SGSSS y se orienta al fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la prestación de servicios públicos en salud en el marco de la atención primaria; propende por atención sanitaria equitativa y con calidad para cualquier usuario. Esto se explica, entre otros, en los artículos 3, 13, y 16. En el artículo 3 menciona los principios del Sistema de Calidad en los Servicios de Salud del paciente, basados en la evidencia científica y en la atención segura, humanizada y oportuna. En el artículo 13, hace referencia a la cultura de autocuidado en el paciente, y su atención integral y en el artículo 16, se plantea las funciones de los equipos básicos de salud en la identificación de riesgos del paciente, e información para la elaboración de la historia clínica obligatoria.

El SGSSS³¹ garantiza a sus usuarios servicios para mantener y recuperar su salud con ayuda de profesionales idóneos quienes promueven, previenen, y generan calidad de vida y desarrollo social. La Fisioterapia es uno de estos servicios y su ejercicio como profesión está regulada por la Ley 528 de 1999,³² que consagra la Fisioterapia como una profesión liberal con formación universitaria, encargada de promover la salud a través del movimiento corporal humano y de prevenir lesiones osteomusculares.

La Ley 528 de 1999³³ regula el ejercicio profesional de los fisioterapeutas en el ámbito nacional, cuyos sujetos de atención son: el individuo, la familia y la comunidad. Con relación a la prestación del servicio fisioterapéutico, este se hace explícito en el Artículo 12 con la calidad en la atención que deben brindar los terapeutas. Igualmente la Ley 100 de 1993 reza que se debe garantizar la rehabilitación integral y segura en los pacientes. El Artículo 23 solicita a los

³⁰ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 1438 de 2011. Bogotá D.C, Colombia

³¹ *Ibíd.*, p 25

³² MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 528 de 1999. Bogotá D.C. Colombia

³³ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Op. cit. Ley 528 de 1999

profesionales registrar evoluciones continuas de intervención, diligenciar historias clínicas y consentimientos informados con el fin de garantizar calidad en su práctica diaria. (Ver cuadro 1).

Cuadro 1. Marco Legal del Sistema de Salud en Colombia.

Sistema de Salud en Colombia		
NORMA	QUIEN LA REGLAMENTA	DEFINICIÓN
LEYES		
Ley 10 de 1990	Sistema Nacional de Salud	Servicio público de salud
Ley 100 de 1993	Sistema Nacional de Seguridad Social en Colombia	Conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas y la comunidad con el fin de garantizar una calidad de vida y dignidad humana.
Ley 528 de 1999	Estatutos y reglamentos de la fisioterapia en Colombia	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 donde se desenvuelven.
Ley 1122 de 2007	Sistema General de Seguridad Social en Salud	Ajustes del sistema general de seguridad social en salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios, las políticas de seguridad del paciente
Ley 1438 de 2011	Reformas del Sistema	Esta Ley tiene como objeto

Sistema de Salud en Colombia		
NORMA	QUIEN LA REGLAMENTA	DEFINICIÓN
	General de Seguridad Social en Salud	el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud.
DECRETOS		
Decreto 1757 de 1994	Participación Social en Salud y Atención al Usuario	Modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud.
RESOLUCIONES		
Resolución 5261 de 1994	Sistema General de Seguridad Social en Salud	Manual de actividades, intervenciones y procedimientos de plan obligatorio de salud en el sistema general de seguridad social en salud en instituciones, personas de carácter público, privado.
Resolución 5061 de 1997	Comité Técnico Científico de las EPS, ARS, IPS	Las IPS los comités técnico científicos serán los comité de farmacia y terapéutica dela respectiva institución y un miembro de ellos será representante de las IPS ante el comité técnico científico de las EPS.
Resolución 1043 de 2006	Ministerio de Protección Social	Condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios para habilitar su

Sistema de Salud en Colombia		
NORMA	QUIEN LA REGLAMENTA	DEFINICIÓN
		servicio e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.

Fuente: Autoras, con base en la Constitución Política de Colombia.

2.1.2 Sistema de calidad o Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Para garantizar la prestación de servicios con calidad se creó desde el marco normativo, el sistema de calidad enfocado al control y evaluación de los procesos asistenciales, reglamentado por la Ley 100 de 1993. Esta Ley estableció la atención humanizada, la satisfacción del usuario, y el trámite de peticiones o quejas mediante guías o parámetros de calidad. Posteriormente, el Decreto 1011 de 2006³⁴ crea el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y dio origen a un conjunto de Decretos y Resoluciones en torno al mejoramiento continuo en la prestación de servicios. El Decreto 4747 de 2007³⁵ establece indicadores de calidad del SOGC; la Resolución 1043 de 2006³⁶ brinda seguridad en los riesgos ocasionados por procedimientos sanitarios, la Resolución 1445 de 2006³⁷ determina estándares de acreditación, seguido de la Resolución 1446 de 2006³⁸ que evalúa el desempeño de los prestadores y aseguradores en la atención sanitaria. Finalmente, la Resolución 1441 de 2013³⁹ tiene en cuenta el manual de habilitación como obligatorio para la prestación de servicios. (Ver Cuadro 2).

³⁴ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Instituto Colombiano de normas técnicas y certificación ICONTEC. Decreto 1011 de 2006. Bogotá D.C, Colombia.

³⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 4747 de 2007. Bogotá D.C, Colombia.

³⁶ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1043 de 2006. Bogotá D.C, Colombia.

³⁷ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1445 de 2006. Bogotá D.C, Colombia.

³⁸ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1446 de 2006. Bogotá D.C, Colombia.

³⁹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1441 de 2013. Bogotá D.C, Colombia.

En la actualidad, la Calidad es un tema de interés de salud pública⁴⁰ porque incluye la participación del gobierno y la comunidad en general, para promover la salud a través de estilos de vida saludables, programas y capacitación a profesionales y pacientes. Todo ello con el fin de minimizar la mortalidad por causa de negligencia profesional o ausencia de recursos, mediante estrategias que previenen accidentes, en individuos atendidos en una Institución Prestadora de Servicios. Por esta razón, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad se diseñó pensando en la atención del paciente⁴¹. En el Decreto 1011 de 2006 el SOGC⁴² fue creado para mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud. Este Decreto hace referencia a los riesgos que se presentan durante los procedimientos asistenciales y la verificación que hace el ente territorial o la Superintendencia en Salud con el propósito de observar y analizar posibles eventos que afecten al paciente y permitan tomar decisiones acertadas de acuerdo con el Manual Único de Estándares y Verificación (Resolución 1043 de 2006)⁴³.

El Sistema Único de Habilitación se encuentra en la Resolución 1043 de 2006⁴⁴ y se configura como la puerta de entrada del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta normatividad se creó con el fin de dar seguridad a los usuarios frente a potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios. El Sistema Obligatorio de Calidad se define como un conjunto de normas, requisitos, procedimientos que establecen, registran, verifican y controlan el cumplimiento de condiciones básicas en la capacidad tecnológica- científica, de suficiencia patrimonial, financiera y de capacidad técnico – administrativa.

⁴⁰ FRENK, Julio. La salud pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción. 1 edición. Fondo de cultura económica. Ciudad de México: 1997 p. 58

⁴¹ KERGUELEN Carlos. Calidad en salud en Colombia. Los principios. Bogotá. 2010 p. 53.

⁴² MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Op. Cit .Decreto 1011 de 2006.

⁴³ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.Op. cit., Resolución 1043 de 2006

⁴⁴ Ibíd.

Por tal motivo, el Sistema Único de Habilitación es de carácter obligatorio para todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, profesionales independientes, servicios especiales de transportes de pacientes, entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud. El Sistema de Habilitación cuenta con dos estándares fundamentales, el primero es la inscripción en el registro especial, sumado a la contratación que declare responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que inscribe; y el segundo es la certificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación, que se refiere al reporte de novedades y verificación, establecido en la norma del Manual Único de Habilitación.

La auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención, es una herramienta de las IPS que hace parte del SOGC, la cual evalúa los procesos de atención, prioriza las principales fallas de calidad, monitorizar los eventos adversos, hace seguimiento, verificación del manual y programas de seguridad del paciente, con el fin de plantear soluciones y diseñar estrategias de mejoramiento. La evaluación se realiza por verificadores del ente territorial o profesionales de la institución que diseñan planes y metas alcanzables en términos de cumplimiento.

El Sistema Único de Acreditación, Resolución 1445 de 2006⁴⁵ plantea entre las funciones del Sistema de Acreditación, el Manual de Estándares para las EPS, ARS, empresas de medicina prepagada y servicios de salud ambulatorios; entre ellos, la rehabilitación. Estos lineamientos son pieza fundamental para las instituciones que pretendan obtener un sello de acreditación y esto a su vez proporciona un nivel superior de calidad a la práctica clínica.

El Sistema de Información para la Calidad, Resolución 1446 de 2006⁴⁶ busca evaluar el desempeño de los principales actores del sistema, que son los

⁴⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Op. cit., Resolución 1445 de 2006

⁴⁶ *Ibíd.*

prestadores y aseguradores, mediante indicadores trazadores que están en concordancia con los requeridos por la Superintendencia Nacional de Salud (Circular 030 de 2006). Se requiere de monitoria del sistema, reportes de información, vigilancia, control, manual de seguridad del paciente y su implementación.

La Resolución 1043 de 2006⁴⁷ establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención. Entre las condiciones de mejoramiento se encuentran la capacidad tecnológica y científica que son los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir las instituciones de salud, por cada uno de los servicios que prestan para reducir principales riesgos que amenazan la vida y la salud de los usuarios; entre ellos figura, el recurso humano, historias clínicas, referencia de pacientes, registros, seguimiento a riesgos, entre otros.

El Decreto 4747 de 2007⁴⁸, menciona la relación que existe entre las instituciones prestadoras de servicios y la entidades responsables del pago de los mismos; en el artículo 5 se define la auditoria y los indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento que se encuentran en el sistema de información para la Calidad del SOGC y la implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la Calidad (PAMEC) que tiene como función evaluar e identificar fallas en los procesos sanitarios.

La Resolución 1441 de 2013⁴⁹ sugiere los procedimientos y condiciones de un manual de habilitación que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios, teniendo en cuenta la identificación y gestión de eventos adversos, planeación estratégica de la seguridad, fortalecimiento de la cultura institucional,

⁴⁷ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Op. cit., Resolución 1043 de 2006

⁴⁸ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Op. cit., Decreto 4747 de 2007

⁴⁹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Op. cit., Resolución 1441 de 2013

medición, análisis de reporte y gestión de sucesos, manual y/o guías basadas en la evidencia como herramientas para promover la calidad y seguridad asistencial, y monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

A continuación se presenta un resumen del marco normativo del Sistema de Calidad en Colombia que incluye Leyes, Decretos, y Resoluciones del sistema. (Ver cuadro 2)

Cuadro 2. Sistema de Calidad en Colombia

SISTEMA DE CALIDAD EN COLOMBIA		
NORMA	QUIEN LA REGLAMENTA	DEFINICION
LEYES		
Ley 872 de 2003	Sistema de Gestión de la Calidad	Herramienta de gestión sistémica y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional en términos de calidad y satisfacción social.
DECRETOS		
Decreto 2174 de 1996	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud SGSSS	Se define como prestadores de servicios de salud a las instituciones prestadoras de servicio, a los grupos de práctica profesional, a los profesionales independientes y a todas las personas, organizaciones y establecimientos que preste servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación en salud.
Decreto 1011 de 2006	Sistema Obligatorio de	Vigilancia de los eventos

SISTEMA DE CALIDAD EN COLOMBIA		
NORMA	QUIEN LA REGLAMENTA	DEFINICION
	Garantía de la Calidad de la Atención en Salud SGSSS	adversos en la instituciones de salud, como obligatoriedad para la habilitación, acreditación, auditoria de mejoramiento y sistema de información para la calidad
Decreto 4747 de 2007	Prestadores de Servicios de Salud y las entidades responsables del pago de los servicios.	Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el sistema de información para la calidad del SOGC y la auditoria de la calidad de la atención de los servicios desarrollados en el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).
Decreto 3257 de 2008	Subsistema Nacional de la Calidad	Promover los mercados y la calidad, confianza, la productividad y la competitividad de los sectores productivos, en asuntos relativos a procesos, productos y personas.
RESOLUCIONES		
Resolución 2679 de 2007	Comité sectorial de calidad y seguridad de la atención en salud.	Mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, humanizada, integral, continúa.
Resolución 2181 de 2008	Guía aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	Guía aplicativa del sistema obligatorio de calidad para las IPS, carácter público

SISTEMA DE CALIDAD EN COLOMBIA		
NORMA	QUIEN LA REGLAMENTA	DEFINICION
	de la Atención en Salud para las IPS.	obligadas que cumple la ley 872 de 2003
Resolución 1445 de 2006	Ministerio de la Protección Social	Define las funciones de la Entidad Acreditadora, estándares, otorgamiento y junta de acreditación.
Resolución 1446 de 2006	Ministerio de la Protección Social	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.
Resolución 1441 de 2013	Ministerio de la Protección Social	Define los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios.
CIRCULARES		
Circular 030 de 2006	Superintendencia Nacional de la Salud	Instrucciones en materia de indicadores de calidad
Circular 076 de 2007	Ministerio de Protección Social, para Empresas Prestadoras de Servicios de Salud.	Modificación y adopción de formularios de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud para los que inciden la presta con de servicios de reporte novedades del sistema único de habilitación del SOGS del SGSSS

Fuente: Autoras, con base en la Constitución Política de Colombia.

2.1.3 Lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente. El marco normativo de Colombia en busca de implementar estrategias estandarizadas en las instituciones prestadoras de servicios, creó los lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud. Esta política tiene como objetivo prevenir, minimizar; y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para garantizar procesos asistenciales seguros⁵⁰.

Los lineamientos de la política se fundamentan en principios orientados al Sistema de Salud, y a la práctica clínica. El sistema de salud está establecido como una organización compleja y de alto riesgo; y la atención ha pasado de ser simple, poco efectiva y relativamente segura, a ser compleja, efectiva y potencialmente peligrosa, ya que todos los días se incorporan nuevas tecnologías y procesos que pueden ocasionar fallas en los procedimientos asistenciales. Por ejemplo, carencias de tipo administrativo, planeación o ejecución, que impactan de manera negativa en el paciente; y finalmente, dan origen a los eventos adversos durante la atención sanitaria. Los lineamientos se encuentran dentro de un manual de seguridad del paciente que proporciona herramientas para el direccionamiento de las políticas de seguridad en las IPS⁵¹.

2.2 MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Un Manual de Seguridad es un documento que contiene la descripción detallada de actividades y lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente, orientada al funcionamiento y control interno de una institución sanitaria⁵². Es una herramienta de verificación para el proceso de habilitación, un requisito para el proceso de acreditación y para el programa de auditoría de mejoramiento de la

⁵⁰ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Op. cit Lineamientos de seguridad del paciente, p 13

⁵¹ *Ibíd.*

⁵² BATES, David. Op. cit., p. 56

calidad. También hace parte de la evaluación de control interno, que determina de manera sencilla las responsabilidades por fallas o errores de los profesionales durante el proceso asistencial.

2.2.1 Diseño del manual de seguridad en el paciente. Para diseñar un manual se requiere cumplir nueve pasos, dentro de los cuales figuran: la identificación de la institución, la introducción, el objetivo, el alcance, derechos y deberes del paciente, el marco teórico que incluye, calidad en la atención, política de seguridad del paciente, prácticas seguras, eventos adversos, intervención fisioterapéutica; y finaliza con el glosario, las conclusiones y recomendaciones. Este documento debe ser de fácil comprensión y acceso para todas las personas que deseen revisarlo; su presentación es gráfica y explica paso a paso cada una de las partes que lo conforman⁵³.

A continuación se describen algunos apartes del contenido del manual que el fisioterapeuta consultará para guiarse y así cumplir con el objetivo que persigue este documento: brindar respuestas a las alternativas que se ofrecen durante un proceso de atención fisioterapéutica. El Manual contiene el evento adverso y su clasificación, los modelos y metodologías de análisis del evento, protocolo del manejo del paciente, guía de buenas prácticas para la seguridad del paciente y la intervención fisioterapéutica.

2.2.1.1 Eventos adversos. Según el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad (SOGC) los eventos adversos se refieren a cualquier lesión no intencional causada por el manejo médico, que amenaza o causa la muerte del paciente⁵⁴. Este evento se relaciona con la no intencionalidad, la discapacidad, la relación causal de la lesión y la atención; por lo tanto, cualquier signo no intencionado,

⁵³ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Op. Cit Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Bogotá, 2008

⁵⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Op. Cit, p. 25 – 29

desfavorable, temporal o permanente, relacionado con cualquier procedimiento en el ambiente sanitario es considerado un evento adverso⁵⁵.

El evento adverso no ocurre al azar; es la consecuencia de un riesgo presente en los complejos procesos de atención en salud; por lo tanto, cuando se manifiestan constituyen una importante señal de alerta, que genera complicaciones en los pacientes, como: lesiones irreparables a nivel físico y psicológico, estancia hospitalaria prolongada, daños que podían ser evitables: quemaduras, y fracturas; también ocasiona el aumento de procedimientos, diagnósticos o tratamientos terapéuticos, muerte de los pacientes, consecuencias en el profesional, demandas, pérdida de la credibilidad hospitalaria y gran impacto económico en los costos financieros del sistema⁵⁶.

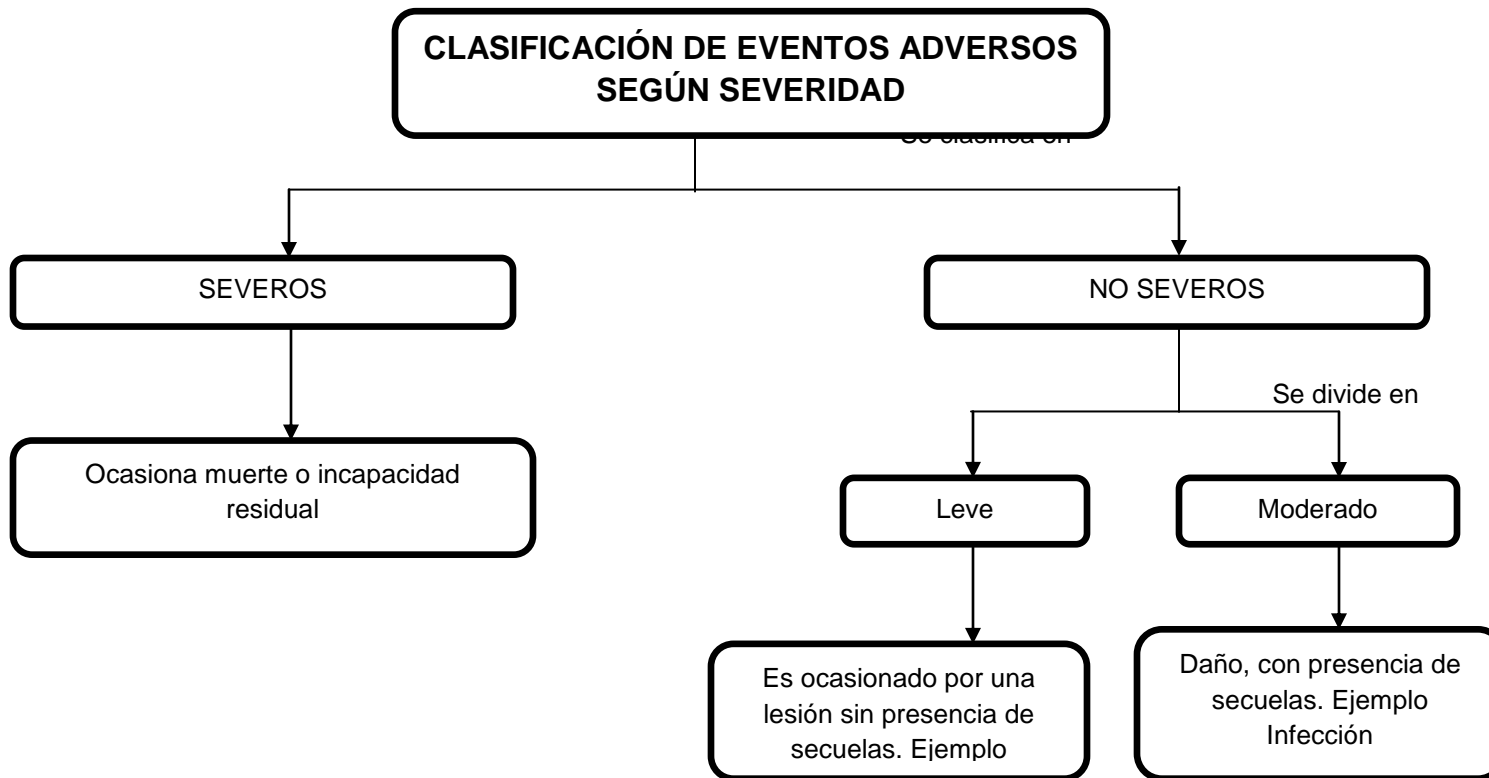
2.2.1.2 Clasificación de eventos adversos. Los eventos adversos han sido clasificados de diversas maneras a través de herramientas de seguridad del paciente, creadas por el Ministerio de Protección Social en Colombia⁵⁷. Existen dos componentes: el primer componente tiene que ver con el origen del evento: la severidad, y la prevención; el segundo componente se relaciona con la discapacidad resultante, error, incidente y evento centinela. También se clasifica por grados de severidad de 1 a 5, así: 1: suave, 2: moderado, 3: severo, 4: amenaza de vida o incapacidad, 5: muerte relacionada con el acontecimiento adverso. (Ver Figura 1, 2, 3 y Cuadro 3).

⁵⁵ ARANAZ, Jesús Andrés. Sucesos Adversos relacionados con el uso de medicamento Sant Joan. Alicante España. 2005

⁵⁶ ALONSO, Luz Marina. Adverse event and public health. Bogotá: Revista de Salud Pública, 2009. Vol. 25. N. 1; p.25.

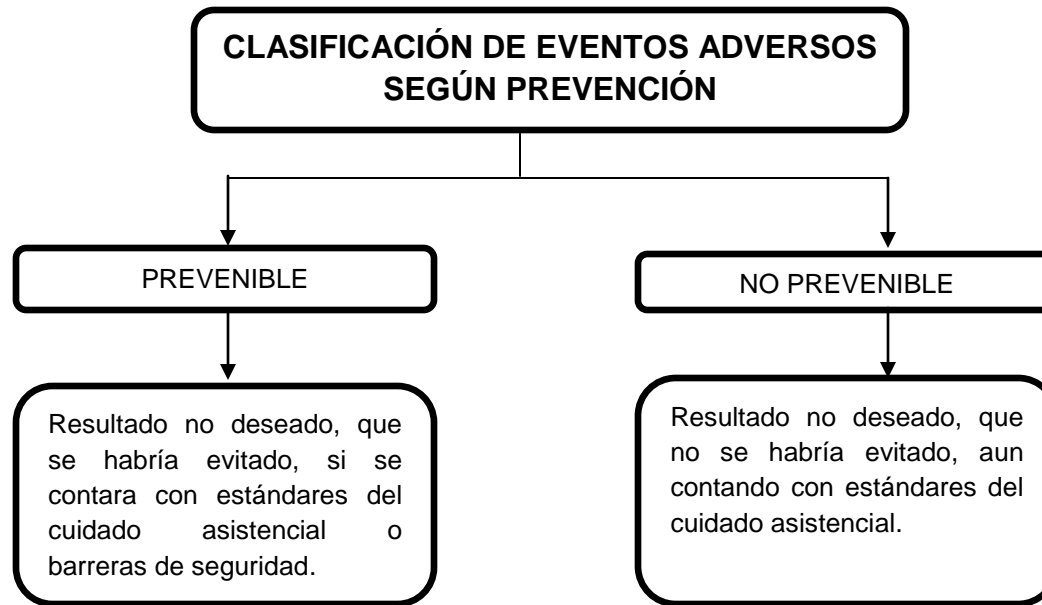
⁵⁷ Common terminology criterion for adverse. Washington. V3.0 publishes date august 9, 2006

Figura 1. Clasificación de eventos adversos. Según severidad



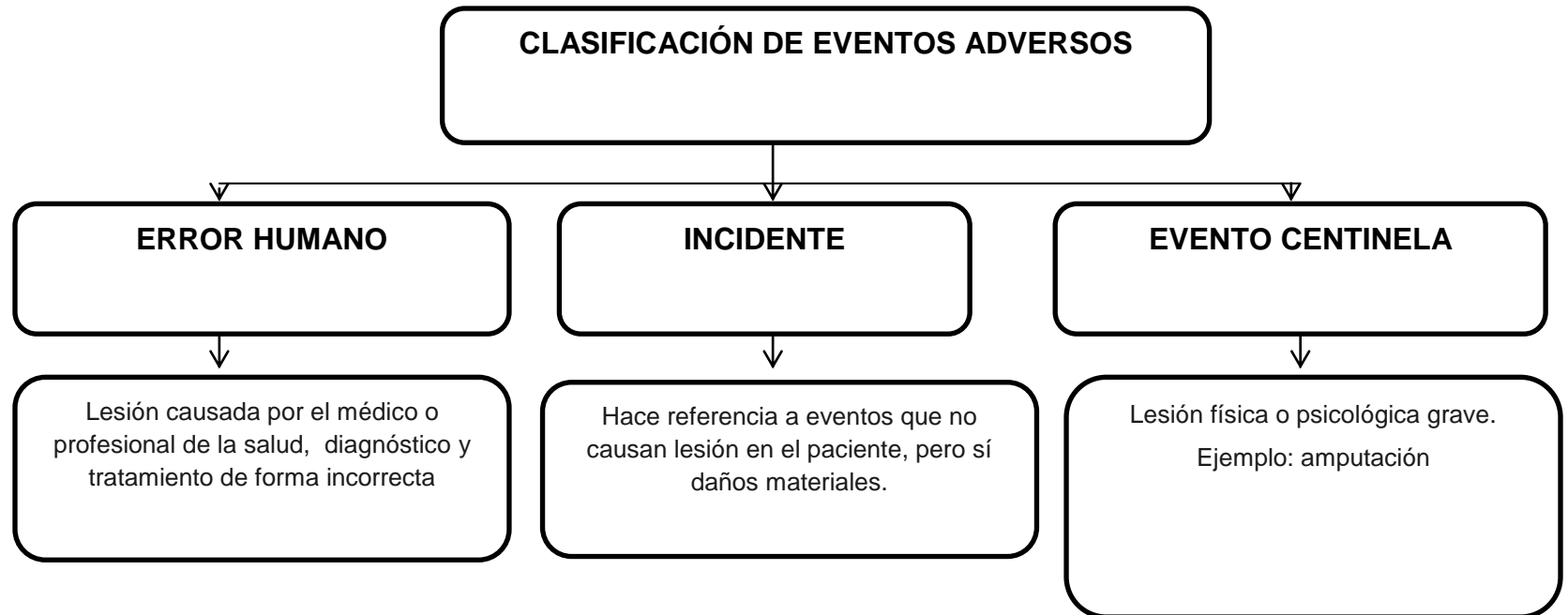
Fuente: Autoras. Tomado como referencia. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Herramientas para promover estrategia seguridad del paciente. 2007. Bogotá, Colombia: editorial Fundación Fitec. Impresores Molher.2007, p. 25 – 29.

Figura 2. Clasificación de eventos adversos. Según prevención



Fuente: Autoras. Tomado como referencia. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Herramientas para promover estrategia seguridad del paciente. 2007. Bogotá, Colombia: editorial Fundación Fitec. Impresores Molher.2007, p. 27 – 29.

Figura 3. Clasificación de eventos adversos según error humano, incidente y evento centinela



Fuente: Autoras. Tomado Como referencia FARLEY, Rang. Event adverse, Joint Commission on Accreditation of Health Organization, Washington. 2006.

Cuadro 3. Grados de eventos adversos en patologías musculoesqueléticas

GRADOS DE EVENTOS ADVERSOS EN PATOLOGIAS MUSCULOESQUELETICAS						
EVENTO ADVERSO	NOMBRE	GRADOS				
		1	2	3	4	5
Artrosis	Osteoartritis	Inflamación, eritema, o edema, refiere dolor leve, no interfiere con la función	Inflamación, eritema, o edema, refiere dolor moderado	Dolor severo con inflamación, eritema, edema e interfiere con la funcionalidad	Pérdida de la capacidad funcional, rigidez y deformidad articular.	muerte
Movimiento de la región cervical	región cervical, Rom	Restricción suave de rotación o flexión entre 60 - 70 grados	Rotación <60 grados a derecho o izquierdo; <60 grados de flexión	Segmento anquilosado sin rotación de la columna cervical	-	-
OBSERVACIÓN: requieren 65 grados de flexión para atar zapatos.						
Fractura	Fractura	Herida asintomático, fisura, solo se observa por radiografía	Herida sintomática no afecta sus actividades de la vida diaria; inmovilización indicada	Herida sintomática desplazada o abierta con exposición de hueso, afecta sus actividades de la vida diaria	Tejido lesionado y con necrosis, requiere amputación	muerte
Rango de movilidad de la región lumbar	región lumbar, rango de movilidad (ROM)	Rigidez y dificultad de flexionar pero capaz de hacer una actividad	Realiza poca flexión y requiere de ayuda para recoger un objeto ligero del piso	No puede recoger nada del piso, sin movilidad al realizar flexión lumbar	-	-

Fuente: Autoras Adapted from, Jon J. Gerhardt and Otto A. Russee. The International Method of Measuring and Recording Joint Motion, International Standard Orthopedic Measurements, 2006.

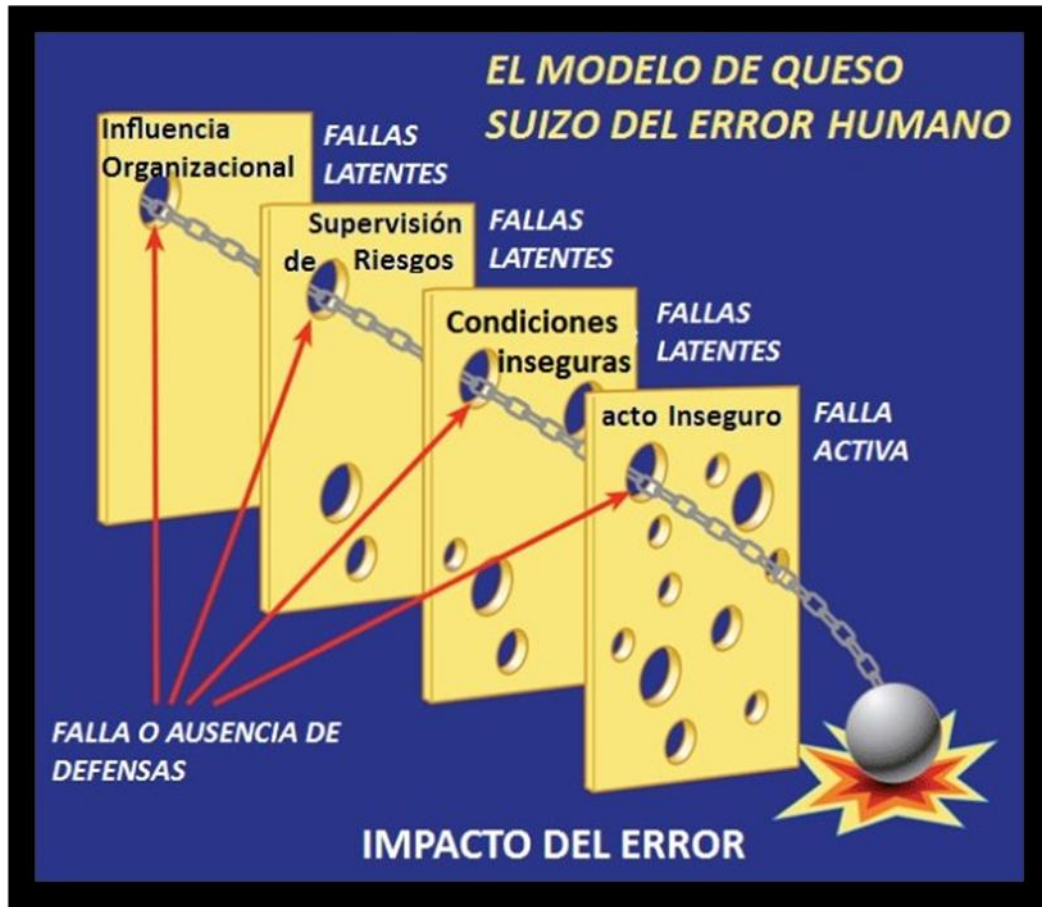
2.2.1.3 Modelo explicativo y causalidad del evento adverso. Cuando un evento adverso ocurre, este es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos, que han favorecido la aparición del evento adverso no previsto⁵⁸. El modelo que explica y analiza la ocurrencia del evento adverso es el queso suizo, y los métodos que dan solución a los problemas y consecuencias de los eventos son: Análisis de Causa Raíz (RCA), protocolo de Londres y rondas de seguridad, las cuales constituyen modelos organizacionales importantes para la toma de decisiones dentro del contexto institucional.

2.2.1.3.1 Modelo del Queso Suizo. Fue diseñado por James Reason de la Universidad de Manchester en 1990⁵⁹; es utilizado para el análisis y gestión de riesgos de los sistemas humanos, comúnmente en aviación, ingeniería y salud, plantea la hipótesis que la mayoría de los accidentes que ocurren en una institución pueden atribuirse a uno o más de los cuatro niveles: influencia organizativa, supervisión insegura, condiciones previas por actos inseguros y el seguro mismo. Una organización del área de salud se protege mediante barreras de seguridad, con el fin de eliminar y prevenir fracasos durante los procedimientos asistenciales. Estas barreras se representan como rebanadas de queso suizo; los agujeros en las lonchas individuales de queso representan puntos débiles del sistema, éstas continuamente varían en tamaño; y en forma momentánea, se alinean y producen una trayectoria de accidentes de modo que un peligro pasa a través de todos los agujeros en todas las defensas que conduce a un fallo. (Ver Figura 4).

⁵⁸ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Op. cit, 2008, p. 7

⁵⁹ REASON, James. Human error: Models and management. Swiss cheese model BMJ. Washington, 2000 p 320:768-770.

Figura 4. Modelo Explicativo Queso Suizo



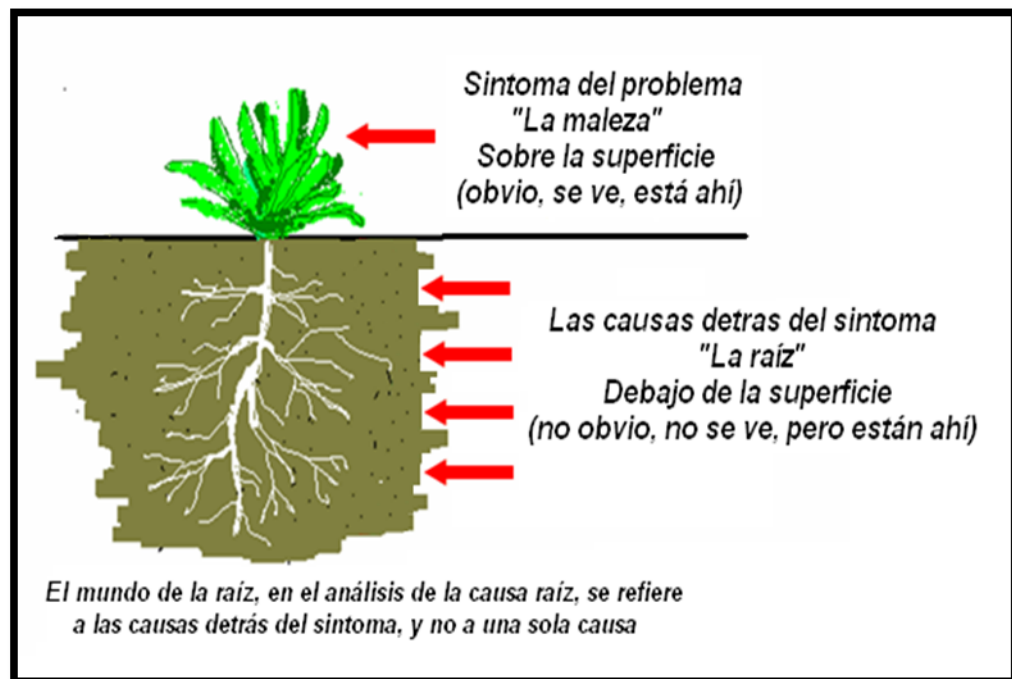
Fuente: Barrionuevo, Laura. 2010

2.2.1.3.2 Análisis de la Causa Raíz (RCA). Es un método de resolución de problemas que trata de identificar las causas que originan un evento adverso. Estas causas deben ser determinadas y relacionadas con los procesos involucrados en la ocurrencia, la cual analiza los acontecimientos adversos y los sistemas, para corregir o prevenir la recurrencia de las causas⁶⁰. Su objetivo real es revelar las deficiencias en el sistema de salud; razón por la cual se le ha llamado a este enfoque: Análisis de Sistemas, que significa un amplio examen de todos los aspectos; que hace énfasis en las personas que participan

⁶⁰ ESPINOSA, Fernando. Análisis Causa Raíz. Gestión del mantenimiento. Universidad de Talca. Chile. 2010

(profesionales, administrativos, operarios), la forma como se comunican, e interactúan; y el trabajo en equipo que es indispensable para crear una organización segura. Este análisis se considera como un método efectivo, capaz de corregir o prevenir un evento; y responde tres preguntas básicas: ¿Cuál es el problema?, ¿Por qué ocurrió? y ¿Qué se hará para prevenirlo? (Ver Figura 5).

Figura 5. Base de la Causa Raíz.



Fuente: Error en medicina y seguridad del paciente. Centro de investigaciones epidemiológicas. Buenos Aires. Argentina.2010

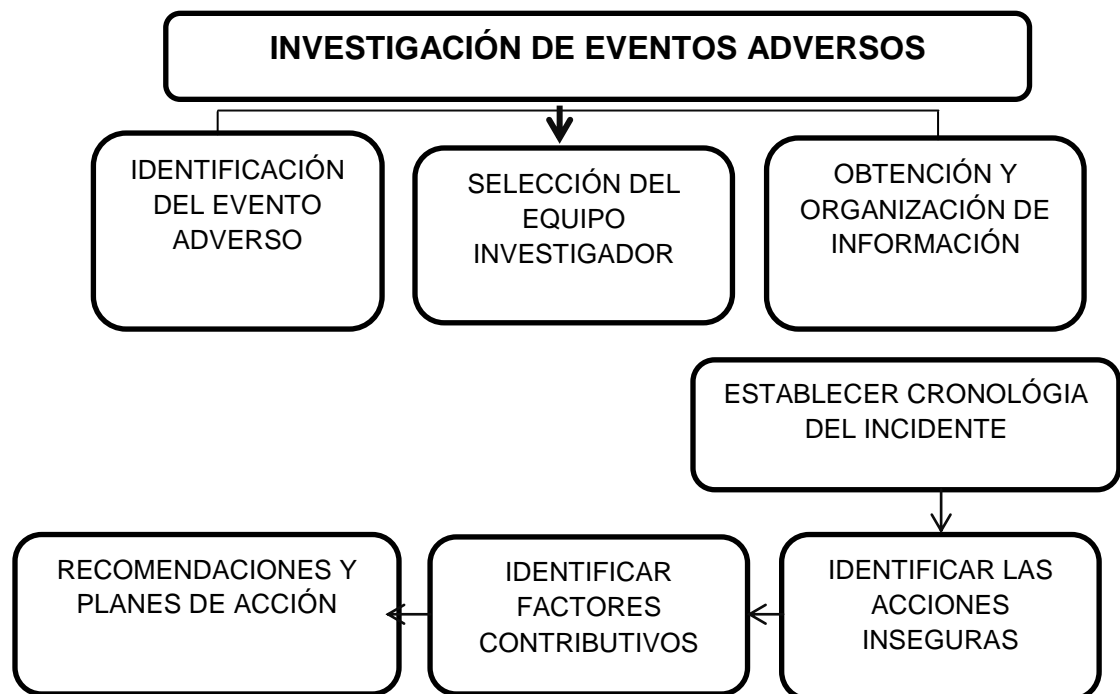
2.2.1.3.3 Protocolo de Londres. El protocolo de Londres⁶¹ se basa en investigaciones, métodos de análisis y gestión de un modelo organizacional de accidentes creado por James Reason. La teoría que soporta este protocolo se apoya en investigaciones que se realizaron en la aviación, las industrias de petróleo y nuclear.

⁶¹ Error en medicina y seguridad del paciente. Journal of family practice. Buenos Aires: Centro de investigaciones. 2010 V. 51 n. 11:927

Las decisiones que se toman en los niveles directivos y de gerencia en la organización se transmiten hacia las demás áreas, a través de los canales departamentales pero crean condiciones que pueden originar conductas inseguras de diversa índole. Durante el análisis de un incidente, cada uno de estos canales se considera detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar a la cultura y procesos organizacionales.

Para la investigación de incidentes se tiene en cuenta la identificación y decisión de investigar, la selección del equipo investigador; obtención y organización de información, establecimiento de la cronología del incidente, identificación de las acciones inseguras y los factores contributivos, recomendaciones y plan de acción. (Ver Figura 6).

Figura 6. Protocolo de Londres. Investigación de Eventos Adversos.



Fuente: Protocolo de Londres. Estrategias para profundizar la cultura institucional de Seguridad del Paciente

2.2.2 Estudios que cuantifican y evidencian la incidencia y prevalencia de los eventos adversos. El evento adverso es un problema de salud pública, porque amenaza la salud de las personas y causa discapacidad, muertes, e incremento de costos financieros del sistema. Los costos derivados de la atención de sucesos adversos pueden alcanzar hasta los 37 millones de dólares del gasto total en salud, de los cuales se hubiera podido ahorrar el 50%, si se tuvieran en cuenta las medidas preventivas, los indicadores, evaluaciones y guías de manejo para evitar sus ocurrencias⁶².

En el ámbito mundial se encuentran estudios que evalúan las frecuencias de los sucesos adversos; no obstante, se han empleado diversas modalidades epidemiológicas desarrolladas en dos fases: técnicas de tamizaje y análisis del profesional. Las técnicas de tamizaje detectan alerta cuando existe una alta probabilidad de presentar un evento adverso; y el análisis con los profesionales, confirma si en el tamizaje se detecta la ocurrencia de ese suceso, para entrar a clasificar y explorar la causalidad⁶³.

Para medir la frecuencia con la cual se presenta un evento, se realizan estudios de incidencia y prevalencia. El estudio de incidencia es la evaluación de los casos ocurridos durante el periodo de la observación; por ejemplo se han analizado estudios en Dinamarca y Australia, relacionados con la frecuencia de eventos adversos en los hospitales, donde se observa que los sucesos varían entre el 9% y el 16,6%. El estudio de prevalencia es la evaluación de los casos ocurridos antes y durante el periodo de observación. Según Jesús Manuel Aranz solamente se han encontrado tres estudios relevantes: el de Quennon y colaboradores, el de Mostaza en España y el de Herrera-Kiengelher y

⁶² ALONSO, Op. cit., p. 30

⁶³ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Op. Cit. Lineamientos para la implantación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. p 18

colaboradores en México, en los cuales las frecuencias encontradas varían entre 9.8% y 41% durante el proceso de atención en centros hospitalarios⁶⁴.

De igual forma, los estudios han generado clasificaciones de severidad, ya que los eventos adversos pueden producir daño leve, incapacidad, invalidez o muerte en el paciente. Por esta razón, es importante tener en cuenta las barreras de seguridad, que previenen la ocurrencia del evento adverso.

2.2.3 Barreras de seguridad que previene la ocurrencia del evento adverso.

Las barreras de seguridad se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. Estos errores pueden ser de tipo físico, naturales, de acción humana, tecnológica, y administrativa. Ejemplo de las barreras físicas son las barandas que protegen y previenen la caída del paciente. Las barreras naturales hacen referencia a la distancia o el espacio que tiene el paciente para movilizarse dentro de la habitación; las barreras de acción humana son los conocimientos adquiridos por el profesional en salud; y las barreras tecnológicas son los códigos de barras y por último el control administrativo que se refiere al entrenamiento, la supervisión y las listas de verificación.

Las prácticas seguras son una barrera de seguridad que minimiza la ocurrencia de sucesos adversos dentro de las cuales aparece: atención limpia en salud, acciones para disminuir las fallas asociadas al factor humano, fatiga, comunicación, entrenamiento; al igual que programas para evitar caídas de pacientes y barreras de seguridad en la utilización de tecnología.

2.2.4 Metodología para el análisis de Eventos Adversos.

En Colombia, la metodología para el análisis de eventos adversos consiste en la vigilancia de sucesos que se plantea en la Resolución 1446 del 2006, del Sistema Obligatorio

⁶⁴ MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. Madrid, España. 2006,

de Garantía de Calidad⁶⁵. Para ello, se implementa el Sistema de Reportes que permite realizar un claro análisis causal dentro del cual se identifican factores que están bajo el control de la institución y permiten diferenciarlos de aquellos que requieren acciones extrainstitucionales.

Los Sistemas de Reporte⁶⁶ utilizan herramientas de detección como instrumentos de tamizaje, para la identificación de eventos adversos hospitalarios o técnicas como trigger tool. El método de tamizaje o cribado ha sido utilizado en el sector salud, en la industria aérea, nuclear y química, tiene como objetivo detectar eventos adversos catastróficos como por ejemplo eventos centinela.

El método *Trigger Tool* propuesta por el Institute For Health Care Improvement, USA⁶⁷ es un procedimiento que sirve para establecer errores que generen daño en el paciente, con el propósito de analizar la historia clínica de forma sistemática; y encontrar trazadores que ocasionan perjuicio en los usuarios. Este método funciona de manera sencilla, se requiere de un equipo profesional (dos personas) que se encarga de revisar historias médicas ya cerradas; analizan los códigos de alta, los resultados de laboratorio, los registros de operación, las notas de enfermería, las notas de evolución, entre otras; para determinar si hay algún elemento desencadenante en la historia, la cual lleva a una investigación en profundidad para comprobar si se trata de un evento adverso y de su gravedad. Al final, el médico debe examinar y firmar el análisis del historial.

⁶⁵RODRIGUEZ, Jacqueline. Análisis de la política pública colombiana de seguridad del paciente y sus implicaciones. Bogotá. 2001

⁶⁶ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL Op. cit. Lineamientos de la política de seguridad del paciente.

⁶⁷ FAJRELDINES, A. Aplicación de la metodología trigger tool en un sistema de prescripción electrónica no asistido versus un sistema en papel para hallazgos de errores de medicación en pacientes hospitalizados. En III Congreso argentino de salud, CASI, Buenos Aires. 2012. Pág. 259

La ronda de seguridad es otro componente importante dentro de la metodología para el análisis de eventos adversos⁶⁸; esta se implementó por primera vez en el Centro Médico Imbanaco de Cali. Es una herramienta gerencial con la que cuentan directivos y profesionales asistenciales, para incrementar la seguridad de la atención en salud. Consiste en una asistencia de un grupo de ejecutivos a un servicio específico que se quiere evaluar para verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad y seguridad, que incluye: el diligenciamiento de las historias clínicas, la disposición de medicamentos, las condiciones de limpieza, ausencia de humedad en los pisos, la seguridad en los baños, el estado de los equipos médicos, entre otros.

2.2.5 Estrategias para profundizar la cultura institucional de seguridad del paciente. La cultura institucional⁶⁹ es el conjunto de respuestas aprendidas, mezcla de saberes, conductas, relatos, creencias de los profesionales de la salud, que laboran de forma estructurada, para satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes a través de calidad, eficiencia y equidad en la atención.

La cultura organizacional busca conocer políticas de seguridad del paciente, mediante el análisis del error, incidentes, eventos adversos y protocolo de manejo del paciente con el fin de favorecer la vigilancia, el control de la ocurrencia de un suceso, y prevenir la sanción por ocultar el mismo evento que impide acciones de mejoramiento continuo.

2.2.6 Protocolo para el manejo del paciente. El protocolo del manejo del paciente se establece en los lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente⁷⁰ diseñado por el Ministerio de Protección Social, tiene como objetivo







⁶⁸ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Op. cit Herramientas para promover estrategia seguridad del paciente, p. 163

⁶⁹ MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Tomado de <http://www.acreditacionensalud.org.coseguridad>. Consultado el 24 de junio de 2013

⁷⁰ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL Op. cit. p. 12

brindar recomendaciones para tener en cuenta antes y después de presentarse un evento adverso en el paciente (Ver Cuadro 4).

Cuadro 4. Protocolo para el manejo del paciente

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE	
ANTES DE OCURRIR UN EVENTO ADVERSO	
Educar al paciente acerca de su enfermedad, el autocuidado y los riesgos.	
Promover la participación del paciente y su familia, como un integrante activo en la prevención de incidentes y eventos adversos	
Sembrar, en el equipo de atención, la necesidad de ayudar al paciente cuando ocurre un evento adverso.	
DESPUÉS DE OCURRIR UN EVENTO ADVERSO	
No negar la ocurrencia del evento adverso. Informar y explicar lo ocurrido.	
Manifiestar al paciente procedimientos que se hará para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso	
Dar a conocer la responsabilidad que tienen ante la ocurrencia del evento adverso y contribuir a la reparación de sus consecuencias.	

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE

Presentar excusas al paciente y su familia en el caso que ocurra un evento adverso.



Fuente: Las autoras. Tomado como referencia Lineamientos de seguridad del paciente. Ministerio de Protección Social. Colombia. Pág. 12

Teniendo en cuenta el protocolo del paciente y los procesos de gestión en caso de ocurrencia de un evento adverso se deben implementar acciones que informen y prevengan sucesos posteriores, como el reporte interinstitucional y el reporte extrainstitucional en caso de evento centinela.

2.2.7 Acciones interinstitucionales que establece la Política de Seguridad del Paciente. En Colombia, en la búsqueda por mejorar la seguridad del paciente, se diseña un sistema de reporte del evento adverso inter y extrainstitucional⁷¹. Este sistema de reporte hace parte de las Políticas de Seguridad en el tema de reducción del riesgo y tiene como función el aprendizaje de errores y su solución para evitar posibles ocurrencias. Cada institución debe contar con métodos sistematizados de información y estándares internacionales que permitan reducir el temor de los profesionales a denunciar y mantener la confidencialidad de los pacientes. El Ministerio de la Protección Social tiene a disposición un software gratuito para registrar y reportar los eventos adversos, que se puede consultar en la página web del Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud.

⁷¹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Op. cit. Observatorio de la calidad de la atención en salud. Seguridad del paciente. Colombia. 2011

2.2.8 Reporte. El reporte es un informe útil donde se describe la ocurrencia de un evento adverso en una atención sanitaria; se diligencia, la hora, fecha y lugar del suceso, descripción del evento adverso, identificación del que reporta, la confidencialidad del reporte, el proceso de análisis, retroalimentación, y la prevención para futuras ocurrencias.⁷² En la descripción del evento adverso se comentan los errores, daños, lesiones involuntarias e incidentes, al igual que el funcionamiento deficiente de los equipos y fracasos en los procesos, con el fin de comunicar, analizar y proponer acciones de mejora.

2.2.9 Reporte Extrainstitucional. El sistema de reporte extrainstitucional es una estrategia que facilita el aprendizaje de las organizaciones a partir de la experiencia de otras IPS en el reporte voluntario y no punitivo de las fallas de calidad evitables en la atención del paciente, conduce a una respuesta constructiva comunicada de tal forma que la organización adquiere el conocimiento y aprende de la experiencia para contribuir al desarrollo de la cultura de seguridad del paciente⁷³. Este reporte genera acciones que incluyen la concertación del comité de calidad y seguridad, unidad sectorial de normalización en salud, el Ministerio de Protección Social, organismos de vigilancia y control del Sistema.

2.2.10 Monitoreo de aspectos relacionados con la seguridad del paciente. El monitoreo consiste en vigilar y controlar un proceso asistencial a través de indicadores que miden la seguridad del paciente en la institución, reportes de información, estudios con intervalos periódicos que evalúan la prevalencia o la incidencia de eventos adversos, y gestión de análisis como: fracturas, lesiones, quemaduras, caídas, o compilaciones de los pacientes⁶² La vigilancia es un elemento clave en el desarrollo de la política de seguridad porque a partir de su detección, reporte intrainstitucional y análisis causal permite la identificación de las

⁷² MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Op. cit. Seguridad del paciente. Colombia. 2011

⁷³ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. . Op. cit . Guía técnica, Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, p. 15

fallas de calidad en la atención y los factores que contribuyeron, para incorporar barreras de seguridad y mejorar la calidad.

2.3 DESARROLLAR O ADOPTAR LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA.

Las guías de práctica clínica son un conjunto de recomendaciones de forma sistemática, que ayuda a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria, también selecciona las opciones terapéuticas más adecuadas a la hora de presentar un problema de salud o una condición clínica específica⁷⁴. Las guías de manejo se realizan con base en patologías de mayor incidencia y contienen: introducción, objetivos, política de seguridad del paciente, acciones implementadas en la institución, higiene de manos, definición de eventos adversos y glosario⁷⁵.

2.4 LOS ELEMENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Los lineamientos estratégicos para la seguridad del paciente, según el Ministerio de Protección Social, se manejan a través de líneas de acción, que se agrupan en cuatro estrategias: estrategia educativa, estrategia de promoción de herramientas organizacionales, coordinación y estrategia de información. Cada línea de acción comprende objetivos que se deben tener en cuenta en las políticas para alcanzar

⁷⁴ FIED MJ, Institute of medicine committee to advise the public serve on clinical practice guidelines. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington: National academy Press; 1990

⁷⁵GIRALDO, Marcela. Sistema de Garantía de Calidad de Salud: 5 años de implementación. Dirección general de calidad de servicios, Bogotá, Colombia. 2010

la seguridad del paciente y que se articulan con los componentes del SOGC. (Ver Cuadro 5)

Cuadro 5. Elementos estratégicos para la mejora de la política de seguridad del paciente.

ELEMENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA MEJORA DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			
ESTRATEGIA 1 Estrategia educativa	ESTRATEGIA 2 Promoción de herramientas organizacionales	Estrategia 3 Coordinación	Estrategia 4 Estrategia de información
LÍNEA DE ACCIÓN 1			
Formación a los profesionales acerca de la Política de Seguridad del Paciente	Estudios de prevalencia en prestadores y aseguradores.	Constitución del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente y desarrollo de normas técnicas a través de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud.	Plan de medios
LÍNEA DE ACCIÓN 2			
Formación de verificadores de habilitación con enfoque de riesgo	Promoción de herramientas: reporte intrainstitucional, métodos de análisis, rondas de seguridad.	Coordinación de aseguradores y prestadores alrededor de la política de seguridad del paciente.	Promoción de experiencias exitosas
LÍNEA DE ACCIÓN 3			
Promoción en las Universidades de la formación y la investigación en	Promoción del reporte extrainstitucional	Promoción de incentivos para la seguridad del paciente en el	Difusión de Alertas de Seguridad del Paciente

ELEMENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA MEJORA DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			
Seguridad del Paciente		marco de la estrategia de incentivos para la calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Atención en Salud.	
LÍNEA DE ACCIÓN 4			
Acciones educativas dirigidas al paciente, su familia y la comunidad.		Coordinación de la acción de los organismos de Vigilancia y control con la política de seguridad del paciente.	Articulación de componentes del Sistema Obligatorio de garantía de Calidad (SOGC).

Fuente: MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Lineamientos para la seguridad del paciente
pág. 15

3. PRÁCTICAS SEGURAS

Las prácticas seguras son programas y recomendaciones que se realiza a los profesionales de una institución de salud. Tiene como función preservar la integridad de los pacientes que asisten al tratamiento de rehabilitación física, con el fin de prevenir eventos adversos que se pueden ocasionar durante la intervención terapéutica; ya que el servicio asistencial puede estar condicionado a factores de riesgo físicos, locativos y/o humanos. Por lo tanto, se requiere promover la cultura de seguridad en las instituciones de terapia física mediante estrategias de implementación preventivas basadas en la comunicación, el reporte, la confianza y la educación permanente.

Las prácticas seguras se consideran una herramienta que se encuentra contenida en la guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”⁷⁶ del Ministerio de Protección Social; contribuye al cumplimiento del mandato constitucional de proteger la vida y la salud de los ciudadanos de Colombia; son aplicables a todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de la Nación. El Ministerio de Protección Social obliga a las instituciones de salud, a diseñar guías de manejo para los procesos de habilitación y acreditación; con el fin de minimizar riesgos, incidentes, y eventos centinelas en las instituciones de salud⁷⁷.

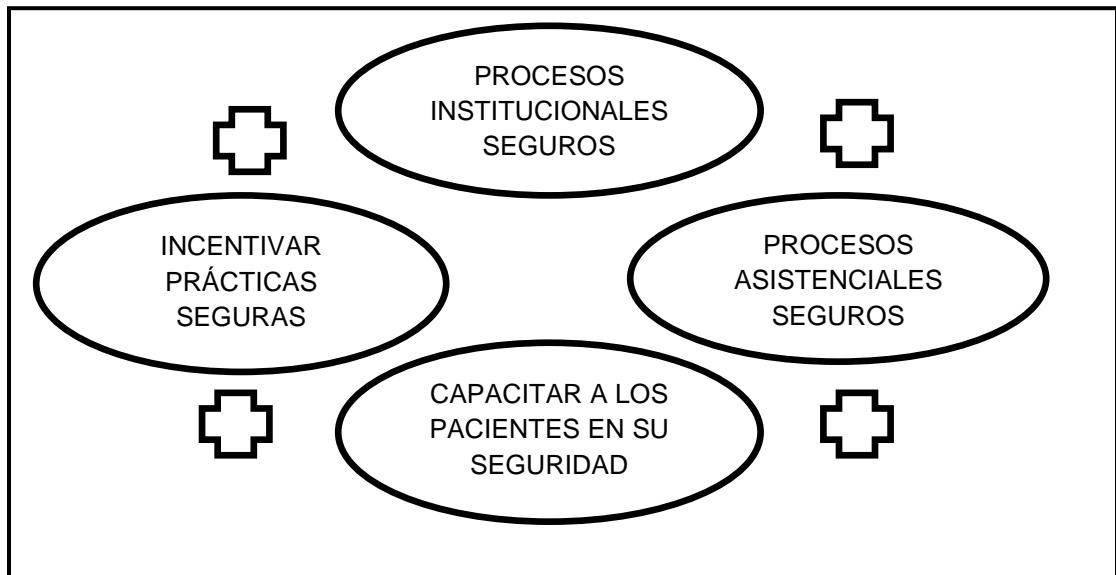
En el gráfico siguiente se observa la implementación de las prácticas seguras en la atención asistencial; las prácticas se dividen en cuatro grupos: la primera son los procesos institucionales y asistenciales seguros, la segunda es la capacitación de pacientes relacionada con el tema seguridad, la tercera es incentivar prácticas

⁷⁶ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Guía técnica, Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Op. cit. Pág. 18

⁷⁷ *Ibíd.*

seguras a los profesionales de la salud en los centros hospitalarios, ambulatorios, prestadores independientes y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y la cuarta es capacitar a los profesionales en los riesgos, eventos adversos prevenibles y no prevenibles⁷⁸. (Ver Figura 7)

Figura 7. Prácticas Seguras.



Fuente: Guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente. Colombia. 2007 Pág. 3

3.1 Prácticas seguras en Fisioterapia. En Fisioterapia se establece una guía de manejo, donde se tiene en cuenta la importancia de diligenciar el consentimiento informado, higiene de manos, prevención de caídas, reporte, gestión de eventos adversos, acciones de reducción y mecanismos para identificar los riesgos, tecnovigilancia e intervención terapéutica que incluye evaluación, diagnóstico y tratamiento⁷⁹.

⁷⁸ *Ibíd.*, p. 9

⁷⁹ Tomado de Internet: <http://www.merckmanuals.com/home/fundamentals/rehabilitation/treatment> Physical therapy claims study. Physicaltherapy. 2006. Page. 4 Consultado el 29 de Julio de 2013

3.2 PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS

Los procesos institucionales seguros son herramientas de mejora de la calidad dirigidos a facilitar el trabajo de los profesionales y la gestión sanitaria. Detallan el itinerario de los pacientes y el conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial en la atención sanitaria específica⁸⁰.

3.2.1 Programa de Seguridad del paciente. El programa de seguridad es un conjunto de instrucciones que se encarga de identificar situaciones y acciones que pueden llegar a afectar la seguridad del paciente durante la prestación de servicios, se gestiona con el fin de prevenir situaciones, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos y obtener procesos seguros de atención. Cada gestión se logra mediante capacitaciones al profesional y equipo interdisciplinario relacionado con el tema de riesgos asistenciales. La implementación del programa de seguridad del paciente está enmarcada en la aplicación de la guía técnicas “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, emitida por el Ministerio de La Protección Social, el día 4 de marzo de 2010. Las IPS del área de Fisioterapia deben implementar programas que incentiven a los profesionales al trabajo en equipo con el fin de promover actividades encaminadas a proteger al paciente, reportar eventos, analizar y diseñar planes de acción orientadas al mejoramiento continuo⁸¹.

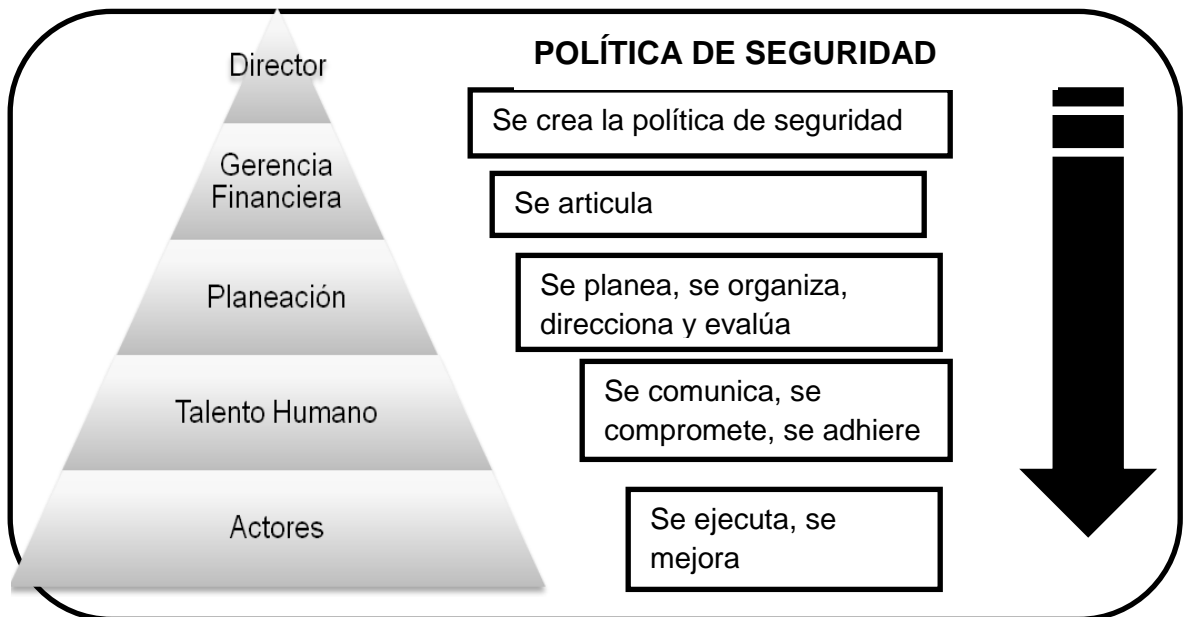
3.2.1.1 Política institucional de seguridad del paciente. Las políticas son herramientas que ayudan a implementar el direccionamiento estratégico de la institución sanitaria, la cual tiene como prioridad la seguridad del paciente y promover un entorno no punitivo. El análisis de los eventos adversos, la calidad

⁸⁰ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL Op. cit. p. Lineamientos de la política de seguridad del paciente, p. 13

⁸¹ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Op.cit. Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. 2010

asistencial, los informes de reporte diligenciados por el profesional y el paciente, los sistemas de información institucional, los procesos de tecnología, entrega de insumos, la gestión del talento humano, el liderazgo institucional y la promoción de la cultura organizacional equitativa, son estrategias que promueven las políticas de seguridad desde el área administrativa hasta los actores⁸². (Ver Figura 8)

Figura 8. Política de seguridad del paciente.



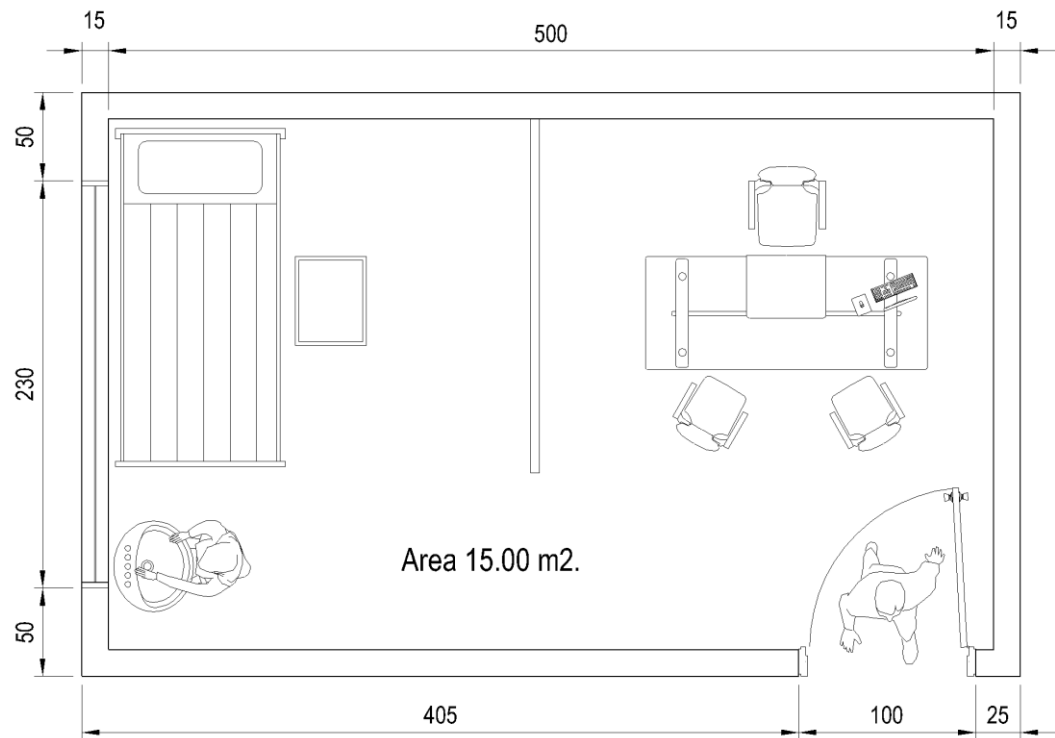
Fuente: Ángel, Aida. La política de seguridad del paciente, Universidad Libre. Bogotá, Colombia.2009.Pág. 32.

3.2.2 Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud. La seguridad del paciente en el área de Fisioterapia se encuentra relacionada con la estructura o planta física de la institución, los equipos tecnológicos que se requieren para el tratamiento, y el sistema de salud. En el servicio ambulatorio de rehabilitación física se debe contemplar en lo posible, consultorios independientes. Su área mínima es de 10m² debe contar con iluminación natural y eléctrica, ventilación adecuada, lavamanos, piso antideslizante, puerta amplia para el acceso de silla de

⁸² ANGEL, Aida. La política de seguridad del paciente, Bogotá: Universidad Libre, 2010. Pág. 32

ruedas; los equipos tecnológicos requieren mantenimiento preventivo periódico cada 2 meses, se tiene en cuenta su hoja de vida y los parámetros necesarios para su correcto funcionamiento. Dentro de Los equipos más utilizados en Fisioterapia figuran: Estimulación Eléctrica Transcutánea, Ultrasonido, Laser, presoterapia, Estimulación galvánica, microdyne.⁸³. (Ver Figura 9).

Figura 9. Diseño arquitectónico consultorio de Terapia Física



Fuente: Manual guía para el diseño arquitectónico servicio de consulta externa. Secretaria Distrital de salud de Bogotá.Colombia.2010

3.2.3 Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.

Las caídas no deben ser asumidas como accidentes inevitables, todo el miembro del equipo de salud debe proporcionar al paciente un entorno confiable; se debe reportar el causal de las caídas, los factores contributivos, y tomar medidas

⁸³ SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE COLOMBIA. Manual guía para el diseño arquitectónico servicio de consulta externa. Bogotá:2010

preventivas para evitar una segunda ocurrencia. Las acciones inseguras más frecuentes asociadas con la aparición de caídas, son: la no identificación del riesgo de caída de los pacientes, dejar al paciente solo, realizar una inmovilización inadecuada del paciente, movilización del paciente con un equipo humano insuficiente, realizar limpieza inadecuada de piso, entre otras. (Ver Cuadro 6)

Cuadro 6. Procesos para la prevención de caídas

PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN DE CAIDAS	
ANTECEDENTES DE CAÍDAS	Identificación del paciente: edad, diagnóstico del médico, estructura del cuerpo afectada, movilidad disminuida.
CAÍDAS ACCIDENTALES	Son aquellas caídas involuntarias, no predecibles causadas por estructura, insumos e higiene inadecuados: muebles inestables, camillas inestables, fallas de equipos, también implica el estado de conciencia del paciente, marcha anormal, tejido musculoesquelético débil.
CAÍDAS FISIOLÓGICAS ANTICIPADAS	Corresponden al 80% de las caídas y son predecibles; se presentan debido a dificultades de los pacientes al caminar, e incapacidad mental.
CAÍDAS FISIOLÓGICAS NO ANTICIPADAS	Corresponden al 6% de las caídas, no se espera; los pacientes presentan lipotimia o vértigo, ataque epilépticos, fracturas patológicas de cadera, entre otros.

Fuente: MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, Guía práctica de preparación para la acreditación en salud. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.2007

3.2.4 Procesos para la prevención de úlceras por presión. Prevenir las úlceras por presión durante el tratamiento es necesario para la seguridad del paciente porque las úlceras causan lesiones en la piel y tejidos subyacentes,

alterando la irrigación sanguínea y nutrición de los tejidos. Esto se debe a la presión prolongada sobre prominencias óseas o cartilaginosas en la camilla, o silla de ruedas. Las úlceras, ocurren con mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada, y en segmentos óseos como: sacro, trocánter, maléolo externo y talón. Para su prevención es importante identificar al paciente con riesgo de desarrollarlas por presión en las protuberancias óseas, la evaluación de la piel y la valoración de la movilidad. A continuación se observa la clasificación de las úlceras por presión según su profundidad.

Cuadro 7. Clasificación de úlceras por presión según su profundidad.

CLASIFICACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN SEGÚN SU PROFUNDIDAD	
ESTADO GRADO I	Eritema cutáneo, lesión de la piel, calor, edema, parestesia,
ESTADO GRADO II	Pérdida parcial del grosor de la piel, la úlcera puede tener abrasión, flictena, o cráter superficial.
ESTADO GRADO III	Pérdida total de grosor de la piel, con lesión de necrosis del tejido subcutáneo, presencia de cráter que puede socavar o no al tejido subyacente.
ESTADO GRADO IV	Plena lesión de todo el grosor de la piel con destrucción masiva, necrosis tisular, o daño en el musculo, hueso.

Fuente: Ruiz, Rozas. Úlceras por presión. España. 2004; 11: 87-94

3.2.5 Proceso para la prevención del cansancio del personal de salud. El cansancio en el personal de salud se ha identificado como uno de los factores que afectan la seguridad del paciente, constituye una de las causas que motivan la ocurrencia de eventos adversos en la atención al interior de las instituciones, representa un foco de atención que no puede ser ignorado, el cual puede estar relacionado con situaciones de orden emocional, físico, laboral, psicológico, entre

otras. La presencia de eventos adversos originados por los actos inseguros y la violación de los procedimientos que el terapeuta comete debido a cansancio, estrés, falta de motivación, falta de atención, sobrecarga, insatisfacción laboral y negligencia afecta los procesos asistenciales seguros. Por este motivo, es importante realizar esquemas de prevención para mitigar los componentes que hacen parte del cansancio excesivo de los trabajadores⁸⁴.

Prevenir la fatiga requiere evaluar y detectar los errores o fallas que favorecen el cansancio del personal; se debe identificar factores contributivos que favorecen el agotamiento de los terapeutas, identificar las barreras y defensas de seguridad para optimizar el servicio humano y de calidad e implementar buenas prácticas, que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención del cansancio del personal. Es indispensable propiciar espacios a través de pausas activas, tiempo de descanso y programación de actividades en donde se integre el personal y se disponga de tiempo para la recreación y sano esparcimiento; ya que aumenta el nivel de motivación liberando el stress, la ansiedad, las frustraciones, que favorece el sentido de pertenencia y un clima organizacional agradable.⁸⁵

3.2.6 Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado. El consentimiento informado es un documento de obligatorio diligenciamiento en el sistema de salud que aplica el principio de autonomía en el paciente, el cual debe firmar dando autorización de la intervención profesional; se compone de cuatro requisitos: capacidad de toma de decisión, libertad para someterse a un tratamiento, comprensión e información suministrada del protocolo de manejo. El consentimiento informado se debe promover en la cultura

⁸⁴ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. OP CIT. Prevenir el cansancio del personal de la salud. Bogotá. 2009 pág. 8

⁸⁵ IBID, p 9

institucional mediante un acto profesional de comunicación con el paciente y debe ser registrado en la historia clínica⁸⁶.

3.2.7 Involucrar a los pacientes y allegados en su seguridad. La seguridad del paciente también requiere de la intervención y la participación de los familiares en el tratamiento de fisioterapia. La familia debe estar al tanto de los procesos y procedimientos que se le realiza al paciente, con el fin de promover el cuidado, y el apoyo físico y emocional del paciente, en consultorio y en casa. Los pacientes que asisten al consultorio de fisioterapia son de manejo ambulatorio, necesitan de indicaciones y un plan casero que debe estar vigilado por los familiares o personas que se encuentran a cargo, para evitar posibles complicaciones o retrasos de la consolidación ósea⁸⁷.

3.2.8 Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad. El autocuidado del paciente es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida, tiene como finalidad, proteger la salud y prevenir la enfermedad. En Fisioterapia el autocuidado es un término importante aplicado a los programas educacionales y a los procesos de prevención de eventos adversos, encaminado a enseñar las habilidades necesarias para realizar y complementar tratamientos específicos en patología osteomusculares. El personal de salud es responsable del fomento del autocuidado en las personas, porque permite que el paciente genere conocimientos y toma de decisiones durante la intervención con el fin de mejorar el proceso de rehabilitación y evitar posibles riesgos o complicaciones que afecte la seguridad del paciente⁸⁸. (Ver Figura 10)

⁸⁶ Consentimiento informado en la práctica física: aspectos éticos y legales. Brasil. 2006. Vol. 44 n-n. 2 pág. 261

⁸⁷ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Op.cit. Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. 2010

⁸⁸ EFFING, T. Educación en autocuidado para pacientes de fisioterapia. Oxford. 2007

Figura 10. Autocuidado de la seguridad del paciente



Fuente: Ministerio de Protección Social, 2007

3.3 PROCESOS ASISTENCIALES INSEGUROS

Este tipo de procesos ocurren cuando los profesionales no conocen del plan de gestión e intervención de los pacientes, o no se cuenta con la competencia para realizar el tratamiento terapéutico. También sucede cuando no existe compromiso con el diligenciamiento del consentimiento informado, ni la suficiente educación al paciente y a la familia acerca de los cuidados intrahospitalarios, el hecho de dejar solo al paciente, y no registrar adecuadamente la historia clínica, sumado a un

equipamiento tecnológico incorrecto son factores que contribuyen a la aparición de procesos asistenciales inseguros durante la atención sanitaria.⁸⁹ (Ver Cuadro 8)

⁸⁹ CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL. Tomado en <http://www.juntadeandalucia.es/salud>. España.2009 el 22 de julio de 2013.

Cuadro 8. Procesos asistenciales inseguros

PROCESO INSEGURO	PACIENTE	TAREA y TECNOLOGIA	EQUIPO DE TRABAJO	BARRERAS DE SEGURIDAD					
					Dejar solo al paciente en la camilla.	Estado mental, edad, uso de medicamentos.	Camilla inadecuada para el paciente, falta de mantenimiento, no contar con aditamentos para la protección del paciente	Dejar solo al paciente, falta de supervisión durante el tratamiento.	Diseño de protocolo de traslado o movilización del paciente en camilla.
					Profesionales poco comprometidos con la cultura del consentimiento informado	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	Falta de promoción de una cultura del consentimiento informado. Falta de formatos de consentimiento informado	Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento, problemas de comunicación del equipo de trabajo entre ellos y con el paciente.	Informar al paciente sobre la importancia conocer y solicitar información acerca de los procedimientos asistenciales a los que es sometido.
					Ausencia de Registro en La Historia Clínica	El paciente puede tener una equivocada intervención terapéutica por la ausencia de conocimiento de la historia clínica	Falta de tecnología o documentos de evaluación fisioterapéutica.	Negligencia de profesionales al no registrar en la historia clínica, demandas, entre otras.	Formatos de historia clínica al alcance
Malos manejos de tratamiento terapéutico	Paciente puede presentar lesión severa, moderada o leve, por negligencia del profesional	Daño severo, moderado o leve en el paciente, fracturas, caídas, quemaduras, lesión de tejidos blandos.	Falta de conocimiento, y capacitación de protocolos de tratamiento	Guías de manejo de diferentes patologías musculoesqueléticas.					

Referencia: Autoras adaptado en <http://www.juntadeandalucia.es/salud>.

3.4 INTERVENCIÓN FISIOTERAPEUTICA

Los fisioterapeutas, son responsables de la promoción, mantenimiento y restauración, de la función física de los pacientes; quienes se encuentran en comunicación directa con todo el equipo médico. Una vez conocida la historia clínica, el diagnóstico y la prescripción médica, se debe desarrollar un diagnóstico fisioterapéutico y un plan de tratamiento por un periodo de tiempo definido que incluya evaluaciones periódicas que permitan reforzar, suspender o ampliar criterios de manejo necesarios para su adaptación oportuna a las actividades de la vida diaria.⁹⁰

El tratamiento terapéutico previene la aparición de síntomas, deficiencias y discapacidad que por lo general acompañan lesiones osteomusculares, además ayuda a proveer calidad de vida mediante el movimiento, la fuerza, y las actividades de la vida diaria; es importante integrar a la familia durante el proceso de rehabilitación; donde se utilizan diversas modalidades terapéuticas dentro de las cuales figura: termoterapia, crioterapia, electroterapia, ejercicio terapéutico, entrenamiento funcional, y masoterapia. La aplicación de las modalidades depende de las etapas de recuperación y las necesidades específicas de cada paciente.

3.4.1 Termoterapia Se define como la aplicación de calor a nivel superficial o en los tejidos profundos, con fines terapéuticos; se realiza a través de diferentes modalidades, como son: paquetes húmedos, infrarrojo, baño de parafina, hidroterapia, y ultrasonido⁹¹. (Ver tabla 9)

⁹⁰ Physical therapy claims estudy. Phisical therapy. 2006.p. 2

⁹¹MATWE H. Treatment of pain and inflammation. Masayoshi, MD, 2007.p. 256

Cuadro 9. Termoterapia

TIPOS DE TERAPIA DE CALOR					
TIPO	DESCRIPCIÓN	FORMA DE APLICACIÓN	EFECTO FISIOLÓGICO	INDICACIONES	CONTRA-INDICACIONES
Calor superficial					
Paquetes calientes	Recipiente de paño de calor, calentado en un hydrocolector.	El paño se calienta en un hydrocolector a una temperatura de 71.1 a 79.4 grados centígrados; El tratamiento puede durar entre 15 y 20 minutos, durante los cuales el paciente debe experimentar una sensación de calor tolerable. Es importante observar la piel del paciente.	Aumenta el flujo sanguíneo, aumenta la elasticidad del tejido conectivo, favorece el proceso de cicatrización de los tejidos lesionados, disminuye en forma temporal la rigidez de las articulaciones, dolor y espasmos musculares, el calor ayuda a reducir la inflamación y el edema (acumulación de líquidos en los tejidos).	Artralgia, artritis, dolor cervical, lumbar, dorsal, fibromialgia, espasmos musculares, miositis, neuralgia, esguinces, tenosinovitis, lesiones de latigazo cervical.	No utilizar en paciente con quemaduras, cardiomegalia, enfermedad vascular periférica, cáncer, osteosíntesis, tumor maligno, disminución del umbral de sensibilidad térmica. No se utiliza en heridas abiertas
Calor infrarrojo	Calor aplicado con una lámpara	Penetración del calor entre 2 y 10 mm, la terapia se utiliza entre una o dos veces al día durante 20 a 25 minutos, la lámpara se coloca de 35 a 40 centímetros de la			

TIPOS DE TERAPIA DE CALOR					
TIPO	DESCRIPCIÓN	FORMA DE APLICACIÓN	EFFECTO FISIOLÓGICO	INDICACIONES	CONTRA-INDICACIONES
		región a tratar.			
Parafina	<p>En rehabilitación se utiliza parafina blanca, insípida y sólida, y se suministra en forma de placas; tiene un punto de fusión medido de aproximadamente de 54.5 grados centígrados. 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 g c.</p>	<p>Antes del tratamiento, el segmento corporal debe limpiarse con agua y jabón, y posteriormente con alcohol. La parafina se aplica fundamentalmente en manos y pies, de tres formas: inmersiones repetidas, inmersión mantenida y pinceladas.</p>			

TIPOS DE TERAPIA DE CALOR

TIPO	DESCRIPCIÓN	FORMA DE APLICACIÓN	EFECTO FISIOLÓGICO	INDICACIONES	CONTRA-INDICACIONES
Hidroterapia	Inmersión en agua caliente, agitado en una gran bañera de hidromasaje.	Mejora la circulación, el retorno venoso, y relajación al paciente, genera vasoconstricción – vasodilatación sanguínea, aumenta el aporte de oxígeno, e hiperemia.	Mejora la cicatrización de heridas, aumenta el flujo sanguíneo, disminuye los espasmos musculares, favorece el sistema cardiovascular.	Esguinces, Pos operatorio de rodilla, traumatismos, artrosis, artritis reumatoide.	

Calor aplicado a los tejidos profundos

Ultrasonido	Ondas sonoras de alta frecuencia para penetrar profundamente en los tejidos, y producir calor que extrae sangre (oxígeno y nutrientes), Utiliza ondas de sonido de alta frecuencia entre (1 y 3 MHz.), para producir calor profundo en los	La forma de aplicación consiste en suministrar una capa ligera de gel sobre la piel del paciente para crear una superficie libre de fricción, de forma que se pueda deslizar suavemente en el área comprometida. Otra forma de aplicación es la subacuática donde	Tiene dos efectos, térmico y mecánico, El térmico aumenta el calor basal, produciendo analgesia y un efecto antiespasmódico, aumenta la extensibilidad del tejido colágeno, el efecto mecánico genera micro masaje sobre los	Lesiones muy profundas como procesos articulares y del sistema óseo, bursitis, síndrome doloroso regional complejo, contracturas, osteoartritis, tendinitis.	Pacientes con isquemia, anestesia, infecciones, cáncer, hemofilia, Cardiopatías, procesos infecciosos, pacientes anti coagulados, neoplasias, hipotensión grave, hemorragia activa, insuficiencia
-------------	--	---	--	--	---

TIPOS DE TERAPIA DE CALOR					
TIPO	DESCRIPCIÓN	FORMA DE APLICACIÓN	EFECTO FISIOLÓGICO	INDICACIONES	CONTRA-INDICACIONES
	tejidos.	<p>se utiliza el agua como medio de contacto, el cabezote se ubica a una distancia de 1 o 2 cm del área a tratar.</p> <p>En la Fisioterapia normalmente se utiliza la frecuencia de 1 MHz, este produce un millón de oscilaciones por segundo y su penetración es de 4 a 6 cm.</p>	<p>elementos del tejido conectivo, la cual mejora los procesos de cicatrización, y desplazamiento de líquido extracelular.</p>		<p>hepática, alteración renal, trastornos dérmicos activos, alteraciones de la sensibilidad.</p>

Fuente: Autoras tomado de <http://www.merckmanuals.com/home/fundamentals/rehabilitation/treatment> el 18 de julio de 2013.

Los eventos adversos que se reportan durante el tratamiento de calor son las quemaduras en la piel; representan un 10% de las demandas a los fisioterapeutas, por técnica inadecuada, ausencia del profesional durante la terapia, y falta de seguimiento al paciente⁹².

3.4.2 Crioterapia. Es la aplicación de frío por medio de cubos de hielo o paquetes fríos. Su objetivo es ayudar a disminuir el dolor, espasmos musculares, e inflamación localizada⁹³. (Ver Cuadro 10).

⁹²PHISICAL THERAPY CLAIMS STUDIO. Op. Cit. 2006

⁹³ RODRIGUEZ Martin. Electroterapia en Fisioterapia. Editorial medica Panamericana. Madrid. España. 2000 pág. 260-266.

Cuadro 10. Crioterapia

CRIOTERAPIA					
TIPO	DESCRIPCION	FORMA DE APLICACIÓN	EFECTO FISOLÓGICO	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
PAQUETES FRIOS	Son almohadillas de gel, que se colocan en el congelador a una temperatura de 10 grados centígrados, durante 30 minutos.	Se coloca la almohadilla en el segmento de la lesión, durante 20 minutos, cada 2 o 3 horas al día. ⁹⁴	Vasoconstricción Disminución de la hipoxia tisular.	Cuadros postraumáticos (primeras 48 – 72 horas), agudos, quemaduras en etapa aguda, afecciones que cursan con dolor y prurito, Procesos inflamatorios, Traumatismos mecánicos como contusiones, fracturas, desgarros musculares y hematomas, enfermedades reumatoides agudas y subagudas.	Pacientes con síndrome de Raynaud (espasmo arterial), Pacientes con alteraciones vasculares con insuficiencia arterial, Zonas anestésicas o con pérdida de sensibilidad superficial, Pacientes con cardiopatías descompensadas infarto y angina de pecho, Pacientes con lupus eritematoso o esclerosis múltiple
MASAJE CON HIELO	El hielo directo a la superficie de la piel.	Se emplea principalmente en zonas pequeñas como tendones, puntos dolorosos, la aplicación se realiza de manera circular, durante aproximadamente 7 a 10 minutos			

Fuente: Rodríguez, Martín. Modalidades terapéuticas. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2000 p. 75

⁹⁴ MARTINEZ MORILLO, Manuel, Op. Cit., p. 110

La lesiones reportadas durante el tratamiento de frio son quemaduras, hiperemia sensación de frio intenso, quemazón, dolor, color blanco o azulado en la piel, y anestesia; representa <2% en las demandas de Fisioterapia, ya que se producen por causa de técnica inadecuada, ausencia del profesional durante la terapia, y falta de vigilancia al paciente⁹⁵.

3.4.3 Electroterapia. Es la aplicación de energía electromagnética al organismo con propósitos terapéuticos, los equipos utilizan impulsos eléctricos con el fin de producir reacciones biológicas y fisiológicas, por lo tanto, se aprovecha para mejorar los distintos tejidos cuando se encuentran sometidos a enfermedad o alteraciones metabólicas.⁹⁶

Dentro de las principales indicaciones o cuidados que se deben tener durante la aplicación de electroterapia figuran: identificar la zona lesionada, explicar al paciente la sensación de corriente, evitar dolores o molestias, disponer y preparar electrodos adecuados, programar el equipo, fijar los electrodos en forma adecuada, aumentar la intensidad de acuerdo a la tolerancia y tener en cuenta la evolución del paciente⁹⁷.

Los beneficios de la electroterapia en el tejido muscular son: el aumento de la fuerza muscular, la mejora en el tono, aumento del rango de movilidad articular, disminución del dolor, reeduca el músculo y disminuye los espasmos; estos beneficios se encuentran en el TENS, Corriente galvánica, y laser. (Ver Cuadro 11).

⁹⁵ PHYSICAL THERAPY CLAIMS STUDIO.Op. cit 2006

⁹⁶ RODRIGUEZ, Martin. Electroterapia en Fisioterapia. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2000 p. 84

⁹⁷Fisán. centro de fisioterapia. Universidad católica de Valencia. España.2010

Cuadro 11. Modalidades de Electroterapia

ELECTROTERAPIA					
TIPO	DESCRIPCIÓN	FORMA DE APLICACIÓN	EFECTO FISOLÓGICO	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
TENS ESTIMULACION ELECTRICA TRANSCUTANEA	Técnica analgésica que tiene como fundamento la activación e inhibición nerviosa llamado gate control, la cual inhibe el dolor por medio de la teoría de la compuerta estimulando el sistema nervioso central.	Estimula la estructura nerviosa, por medio de electrodos fijados en la piel y conectados a un generador, el profesional puede controlar la intensidad 0- 50, frecuencia 1 a 250 Hz y duración de los impulsos eléctricos. ⁹⁸ La duración de las sesiones puede ir desde 10 minutos diarios o días alternos.	Vasodilatación, aumenta el metabolismo energético.	Lumbalgia, cervicalgia y procesos dolorosos, trastornos de los nervios periféricos, neuropatía, trigémino, ciática, cicatrices dolorosas, miembro fantasma o muñón doloroso, traumatismos como esguinces, y tendinitis.	Pacientes con marcapasos, no aplicar en zona adyacente a la glotis (posible espasmo de vías aéreas), no aplicar en gestantes, en región abdominal, no aplicar en zona de áreas hemorrágicas.
CORRIENTE GALVÁNICA	Es una corriente continua, de baja tensión 60-80 V, y baja intensidad. Tiene como potencia	Se utiliza la fase de cierre del circuito, tiene dos electrodos: polo positivo y negativo, tiene un cierre y apertura: on/off, tiene	Proporcionar calor en los tejidos conectivos, activación de mecanismos analgésicos		Embarazo, presencia de material de osteosíntesis, lesiones cutáneas: eccema, infecciones

⁹⁸ RESTREPO, Arbeláez Ricardo y colaboradores. Rehabilitación en salud una mirada médica necesaria. Yuluka medicina. Editorial universidad de Antioquia. Primera edición. 2004. Medellín Colombia, p 111 -112

ELECTROTERAPIA

TIPO	DESCRIPCIÓN	FORMA DE APLICACIÓN	EFECTO FISIOLÓGICO	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
	máxima 200 mA.Y mantiene una intensidad fija durante el tiempo de aplicación.	intensidad de la corriente entre 1 y 5mA/cm ² , por lo tanto depende de la tolerancia del paciente, El tiempo de aplicación es de 10 a 15 minutos, sesiones: 15 días. Se aplica de forma directa en la superficie corporal, o indirecta mediante electrodos húmedos.	endógenos y respuestas vasculares, y vasodilatación.		en la piel.
LASER	El láser significa luz amplificada por emisión estimulada de radiación, Es un organismo de energía electromagnético que facilita su actividad bioquímica. Está conformada por longitud de onda de 632.8mm y potencia	El modo de aplicación son: puntual, barrido de dos puntos, barrido total de toda una zona. El protocolo de dosificación: Si el efecto es a nivel superficial su longitud de onda es de 5mm, y si se busca trabajar tejidos profundos, la longitud de	Efecto foto térmica: proporciona un masaje o energía en las células. Efecto fotoquímico: Produce la liberación de sustancias como la histamina, serotonina y bradicinina, aumento de producción de ATP intracelular, estímulo	úlceras dérmicas paciente en proceso de cicatrización de fracturas, procesos con retardo en la Consolidación, Parálisis periféricas, neuritis, neuralgias mialgias, úlceras, periostitis, artritis reumatoide,	Tumores, trombosis venosa, flebitis, infecciones, heridas infectadas, y epilepsia.

ELECTROTERAPIA

TIPO	DESCRIPCIÓN	FORMA DE APLICACIÓN	EFECTO FISOLÓGICO	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
	de 0.5 a 50mw de tipo elio neón.	onda es de 5 a 20mm.	de la síntesis de ADN, síntesis proteica y enzimática. Efecto fotoeléctrico: Normalización del potencial de membrana sodio/potasio. Activación de la cicatrización de heridas. Se	tendinopatias, fibromialgia, lumbalgia, cervicalgia, fascitis.	

Fuente: Rodríguez, Martin. Electroterapia en Fisioterapia. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2000 p. 84

Las complicaciones que se presentan en electroterapia son: hematoma o contusión, retraso en la recuperación, irritación de la zona, y quemaduras; cada uno de ellas corresponden el 5% de las demandas al fisioterapeuta, por falta de competencias frente al uso inadecuado del equipo y falta de supervisión en el paciente⁹⁹.

3.4.4 Ejercicios terapéuticos. Los ejercicios terapéuticos se prescriben para mejorar la flexibilidad, aumentar la resistencia, la capacidad aeróbica y el fortalecimiento; corrigen, mejoran o mantienen una función específica (grupo muscular). Es importante tener en cuenta que el ejercicio genera respuestas localizadas o sistémicas en el aparato locomotor y sistema cardiovascular; se clasifican en ejercicio pasivos, activos, activos asistidos y activos resistidos¹⁰⁰. (Ver Cuadro 12).

⁹⁹ PHYSICAL THERAPY CLAIMS STUDIO. 2006

¹⁰⁰ THOMAS E. Therapeutic exercise. Physical medicine and rehabilitation board review. New York: Demos Medical Publishing;2004

Cuadro 12. Clasificación de ejercicios




CLASIFICACION DE LOS EJERCICIOS			
EJERCICIOS PASIVOS	EJERCICIOS ACTIVO ASISTIDO	EJERCICIO ACTIVO	EJERCICIO ACTIVO RESISTIDO
 <p>El esfuerzo es realizado por el fisioterapeuta y no por el paciente, se utiliza generalmente en casos de parálisis, con el objetivo de mantener arcos de movimiento articular.</p>	 <p>Una parte del esfuerzo en el tratamiento lo realiza el paciente y otro el fisioterapeuta, también puede recurrir a las poleas.</p>	 <p>Todo el esfuerzo es realizado por el paciente.</p>	 <p>Se coloca una resistencia al movimiento por medio de pesas o una fuerza ejercida por el terapeuta.</p>

Fuente: Rehabilitación en salud una mirada médica necesaria. 2004. Medellín Colombia.

Los ejercicios para fortalecimiento están diseñados para aumentar la fuerza máxima que un músculo o un grupo muscular puede generar. La fuerza se ve afectada por varios factores: el tipo de contracción muscular, la velocidad de la contracción, el tamaño de la sección transversal del músculo, la relación longitud-tensión y el reclutamiento de las unidades motoras¹⁰¹. Los ejercicios de fortalecimiento se pueden dividir en tres categorías: isotónico, isométrico e isocinetico. (Ver Cuadro 13)

¹⁰¹ TAYLOR, Nicolas. Progressive resistance exercise in physical therapy. V.85 n. 11.20013

Cuadro 13. Clasificación de los ejercicios de fortalecimiento

ISOTONICO	ISOMETRICO	ISOCINETICO
		
Movimiento de la articulación visible	No hay movimiento en la articulación	Movimiento de la articulación
Velocidad variable	La fuerza interna no supera la fuerza externa	Velocidad constante
Resistencia externa, levantamiento de pesas.	Se realiza esfuerzo contra objetos estáticos, ejemplo ejercicios en la cama.	Resistencia externa variable
Ejercicios de resistencia progresivos		

Fuentes: MD Thomas E. Therapeutic exercise. Physical medicine and rehabilitation board review. New York: Demos Medical Publishing; 2004

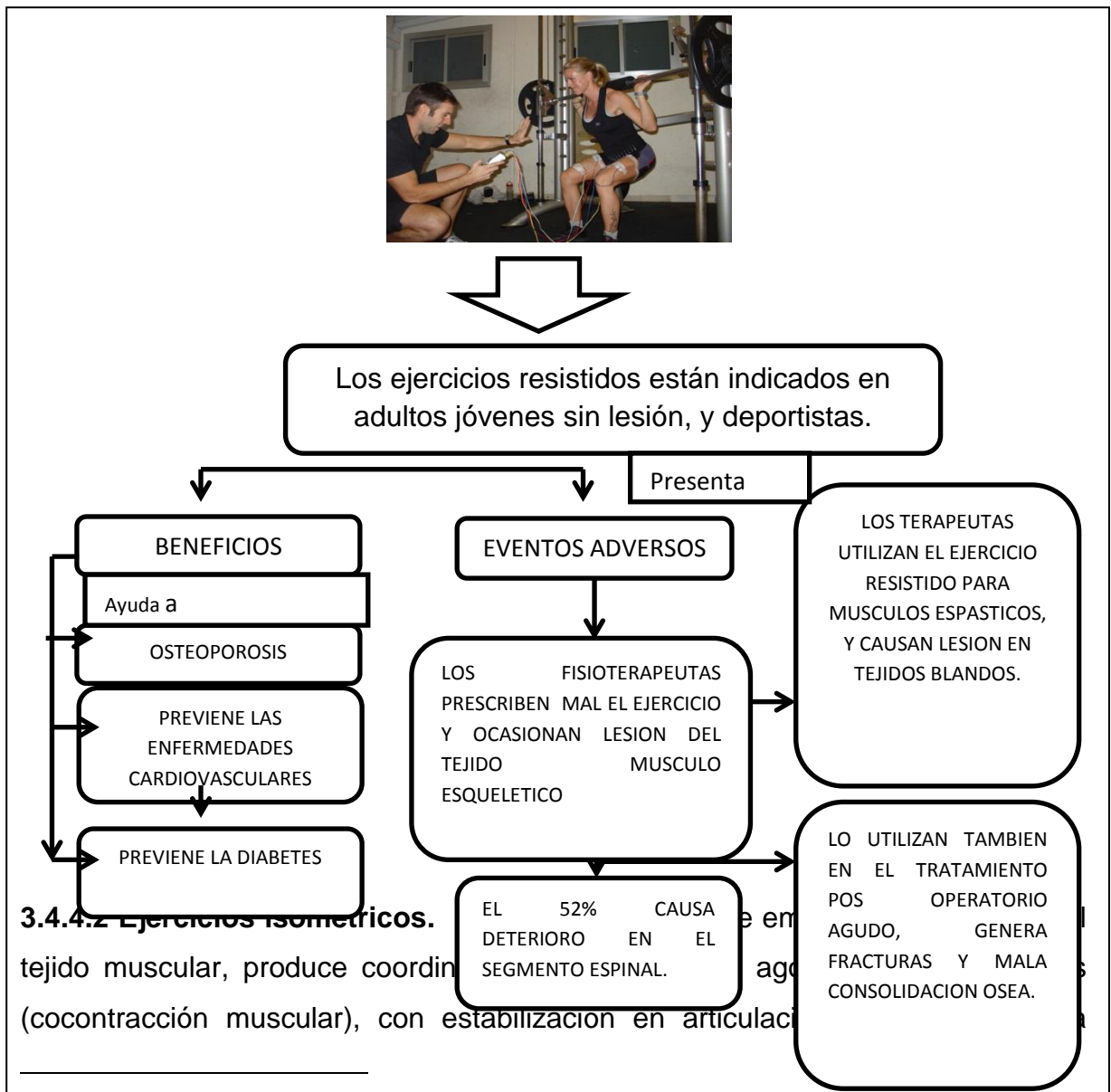
3.4.4.1 Ejercicios de resistencia progresiva. Son ejercicios cinéticos, descritos por Delorme y Walkins, que plantean la idea de realizar pocas repeticiones y alta resistencia para aumentar la potencia y la resistencia muscular, se utiliza 25, 50,78 y al 100% de la capacidad máxima de esfuerzo durante 2 o 3 días en la semana, de 8 a 12 repeticiones máximas (RM)¹⁰².

El ejercicio de resistencia progresivo es un método eficaz para muchos pacientes con déficit de fuerza, dolores de espalda, osteoartritis, esguinces. Se recomienda iniciar con dosis bajas, 50% de resistencia, con 1RM por 1 y 2 semanas, la cual reduce el número de repeticiones y aplicación de una carga.

¹⁰² BASCUFAANA Métodos de potenciación muscular. Rehabilitación y medicina física. Madrid 2006;30:40

Las contraindicaciones del ejercicio de resistencia progresiva incluyen pacientes con enfermedades neuromusculares, como dÚchenne, cardiomegalias, enfermedades cardiacas descompensadas, entre otras¹⁰³. (Ver Figura 11)

Figura 11. eventos adversos en el ejercicio de resistencia progresivo.



¹⁰³ NICHOLAS Taylor. Progressive, resistance exercise in physical therapy: Summary of systematic review, 2013 Fuente: <http://ptjournal.apta.org/>

tensión muscular, sin generar movimiento. Sirve para prevenir lesiones, mejorar la postura estática, mejorar el control abdominal, estabilidad pélvica, y fortalecimiento de cintura escapular¹⁰⁴.

El Tiempo de intervención incluye de 6 a 10 segundos con 10 RM (máximas repeticiones), dos días por semana. En las técnicas de ejecución se debe mantener alineadas las articulaciones; está indicada en deportistas, etapa final de recuperación en posoperatorios de rodilla, y en adultos jóvenes. Contraindicaciones: Personas con enfermedades cardiovasculares, porque elevan la tensión arterial y dificultan la oxigenación en los tejidos; niños en etapa de desarrollo¹⁰⁵.

En la contracción isométrica, el músculo aumenta su tensión desde el reposo hasta un valor máximo o sub máximo a lo largo de 6 segundos, en donde el sistema nervioso central recluta mayor número de fibras musculares y estabiliza en forma eficiente las cadenas cinéticas. Un entrenamiento isométrico adecuado requiere de la activación adecuada de la musculatura, la técnica apropiada y los ángulos de las articulaciones alineados. (Ver Figura 12)

¹⁰⁴ FREDERICSON Michael. Muscular BANCE, Core stability, and injury prevention for middle and long distance runner. Physical medicine and rehabilitation clinics of North America. 2005, p. 669-689

¹⁰⁵ JASON, Shea. Isometric training, Holds, presses and more. 2004

Figura 12. Ejercicios isométricos.



Fuente: social media mom, isometric-exercise.2010

3.4.5 Acondicionamiento físico. Proceso mediante el cual se aplican ejercicios progresivos encaminados al mejoramiento del control muscular y cualidades físicas como fuerza, velocidad, resistencia y flexibilidad. Los fisioterapeutas cumplen un papel importante en el manejo del movimiento corporal humano, realizando habilitación y rehabilitación motriz; además de contribuir hacia la prevención de alteraciones; de igual manera, cuenta con herramientas necesarias que influyen en la aptitud física y el acondicionamiento de la musculatura, para mejorar la resistencia cardiopulmonar, y las capacidades físicas como parte de la rehabilitación¹⁰⁶.

El objetivo del acondicionamiento físico es restaurar el rango de movimiento y flexibilidad en la articulación, aumentar la fuerza muscular, resistencia, aumentar la actividad física aeróbica para mejorar el estado de ánimo y disminuir los riesgos asociados al estilo de vida sedentaria. El programa de ejercicios está organizado

¹⁰⁶ SUSAN BARTLETT. Role of exercise in arthritis management. The John Hopkins arthritis center.

en torno a la pirámide de ejercicios, que incluye el rangos de movilidad articular, estiramiento muscular, ejercicios aeróbicos y recreación. (Ver Figura 13).

Figura 13. Programa de ejercicios.



Fuente: [hopkinsarthritis.org/patientcornerdiseasemanagement/roleofexercise in arthritis management/](http://hopkinsarthritis.org/patientcornerdiseasemanagement/roleofexercise%20in%20arthritis%20management/)

El acondicionamiento físico está indicado en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de diversas enfermedades cardiovasculares, pacientes con insuficiencia cardiaca crónica, variabilidad de la frecuencia cardiaca, enfermedades coronarias, infarto agudo de miocardio, también disminuye el colesterol (LDL), los triglicéridos, aumenta las lipoproteínas de alta densidad, previene la enfermedad cardiorrespiratoria, enfermedad obstructiva crónica, presenta efectos beneficiosos a los pacientes con diabetes, obesidad, pacientes con enfermedades renales, alteraciones del sistema nervioso, accidentes cerebro

vascular agudo, y el cáncer.¹⁰⁷ En fisioterapia al hacer prescripción del ejercicio se puede presentar eventos adversos, relacionado con sobre esfuerzo, aumento de la tensión arterial, hiperventilación, entre otras. (Ver Cuadro 14).

Cuadro 14. Precauciones y eventos adversos en el acondicionamiento físico

Precauciones	Evento adverso
Evitar causar alteración en los tejidos	El exceso de ejercicio, genera inflamación en los tejidos blandos, enfermedades degenerativas, hiperventilación, mareo o vértigo, lipotimia, y desmayo.
No realizar ejercicios en el segmento lesionado	Puede generar, fractura, retraso en los procesos de consolidación, aumento del dolor en la zona afectada, edema, e hiperemia.
En la etapa inicial no debe utilizar sobrecarga, sin tener en cuenta la evaluación previa.	Genera lesiones osteomusculares.

Fuente: BAECHLE, Earle. Principios de entrenamiento de la fuerza y acondicionamiento físico. National strength and conditioning. Association. 2 edición España 2007

En la prescripción del ejercicio de un acondicionamiento físico, el terapeuta tiene en cuenta cada una de las etapas de la calistenia que son: calentamiento, estiramiento, fortalecimiento, y recuperación. La calistenia es el conjunto de ejercicios que desarrolla movimientos en grupos musculares con el fin de obtener agilidad, fuerza física y flexibilidad; este término se difundió a partir del año 1822 en Francia por Phokion Heinrich Clias¹⁰⁸, quien definió las diferentes etapas de la preparación física durante entrenamiento.

¹⁰⁷ RODRIGUEZ, P. Ejercicio físico en salas de acondicionamiento muscular. Bases científico médicas para una práctica segura y saludable. editorial panamericana. Madrid. 2008 pág. 14

¹⁰⁸ DELGADO Leonardo. Fundamento metodológicos da gimnastica. Rio de Janeiro.2012 pág. 17-18

El calentamiento se considera como el conjunto de ejercicios mediante los cuales el organismo pasa de estar en reposo a la actividad, prepara el sistema cardiorespiratorio y muscular para los ejercicios de estiramiento y fortalecimiento; caminar, el trote suave son ejercicios que favorecen la etapa inicial, produce aumento de la frecuencia cardiaca, respiratoria y temperatura corporal; el tiempo de duración es de 10 minutos, indicado a todo tipo de personas que no presentan lesión aguda¹⁰⁹.

El Estiramiento es una técnica basada en la elongación de los músculos y los tejidos conectivos, mejora la postura y los arcos de movilidad para prevenir lesiones de tejidos blandos¹¹⁰. (Ver Cuadro 15)

Cuadro 15. Indicaciones y precauciones del estiramiento

INDICACIONES	PRECAUCIONES
Hacer el calentamiento antes de estirar.	No aumentar el rango de movilidad normal
El estiramiento se siente cuando el músculo se elonga y genera tensión.	Si presenta dolor, suspender el estiramiento
Se deben estirar los músculos retraídos y poco flexibles.	Hay que tener cuidado con los estiramientos del musculo que rodean las articulaciones dolorosas.
Realizar estiramiento en posición sedente, ya que disminuye la presión intervertebral.	Evitar el sobre estiramiento de ligamentos y capsula que rodea la articulación.
El estiramiento debe realizarse de manera lenta y continua; se mantiene durante 10 segundos, con 2 repeticiones en cada segmento muscular.	Tener cuidado con los estiramientos en la región lumbar y cervical.
No se debe alterar el patrón respiratorio.	
Los estiramientos deben realizarse 3 veces a la semana.	

Fuentes: Cardio respiratory responses of healthy subject to calisthenics performed on land versus water

¹⁰⁹ DELGADO. Op. Cit. Fundamento metodológicos da ginástica. Rio de Janeiro.2012 p. 17-18

¹¹⁰ Cardiorespiratory responses of healthy subject to calisthenics performed on land versus water. Physical therapy journal. V. 72

El fortalecimiento es considerado como la capacidad que tiene el músculo para generar tensión, esta cualidad depende de diversos factores tales como el número de puentes cruzados de actina – miosina, el número de sarcómera, la tensión o fuerza de una fibra muscular, la longitud, el tipo de fibra y los factores facilitadores o inhibidores de activación muscular; el fortalecimiento muscular es necesario cuando la alteración está vinculada a un deterioro de la estructura muscular.¹¹¹

Los programas de rehabilitación tienen como objetivo fortalecer los músculos débiles o con poca fuerza, mejorar la movilidad y estabilidad articular, a través de contracción muscular y reclutamiento de fibras musculares, protege el sistema óseo y los órganos adyacentes, este programa se puede realizar con ayuda de la clasificación del fortalecimiento neuromuscular: fuerza máxima, fuerza explosiva, fuerza resistida¹¹².

El fortalecimiento muscular, se debe realizar de 2 a 3 veces por semana, está indicado en pacientes con patologías osteomusculares, postoperatorios de articulaciones de cadera, rodilla, hombro, codo y mano; también ayuda a prevenir enfermedades cardio respiratorias. Está contraindicado en pacientes con pos operatorio en etapa inicial, adulto mayor sedentario, enfermedades en etapa final, fracturas en etapa inicial, fracturas abiertas, lesión de hernia discal aguda, osteoporosis; durante el fortalecimiento muscular se pueden presentar eventos adversos relacionados con la inadecuada técnica de aplicación y poco conocimiento acerca de los ejercicios planteados.

3.4.6 Masoterapia. Es la manipulación sistemática de tejidos blandos con fines terapéuticos, generalmente es realizada de manera manual¹¹³. El masaje está

¹¹¹ DELGADO Leonardo. Fundamento metodológicos da ginastica. Brazil. 2012 p. 20-28

¹¹² HGAIN. Fortalecimiento muscular en rehabilitación. Editions.scientifiques et medicaleselsevier SAS. Paris 2003.

¹¹³ RESTREPO, Ricardo y colaboradores. Rehabilitación en salud una mirada médica necesaria. Yuluka medicina. Medellín: Editorial universidad de Antioquia. Primera edición. 2004. p. 114

compuesto por 4 técnicas fundamentales: amasamiento, roce, presión y percusión; cada una de ellas presenta efectos fisiológicos como: estimular propioceptores, aumentar excitabilidad nerviosa, mejorar el retorno linfático, estimular el peristaltismo (ver cuadro 16). La técnica de amasamiento es una maniobra que se realiza con los dedos y palma de la mano a segmentos musculares grandes, de manera superficial, media o profunda. El efecto fisiológico del amasamiento es la estimulación de la nutrición de los tejidos blandos, la generación de calor en la piel, y la disminución de espasmos musculares, eliminación de detritus, estimulación de las fascias, el aponeurosis y los tendones, movilización de líquidos intersticiales, aumentar la permeabilidad celular y disminuir las adherencias en la piel.

El roce consiste en tocar la superficie de la piel de forma suave con el fin de lograr acción analgésica, mejorar el retorno venoso, el drenaje linfático, disminuir el dolor, el edema, el estrés laboral, y aumentar la autoestima. La técnica de presión se realiza mediante compresión de los tejidos blandos, tiene como acción la sedación, analgesia, e hiperemia. La percusión consiste en una serie de golpes rítmicos que se realizan a través del movimiento de la articulación de la muñeca.

Es indudable que el masaje ejerce un efecto relajante, determinado en gran medida por factores psicológicos. Se han demostrado efectos fisiológicos, mecánicos y neurógenos. Dentro de los efectos mecánicos aparecen: Aumento del retorno venoso y disminución del edema, aumento del flujo sanguíneo superficial, aumento del flujo linfático, prevención de las adherencias de tejido conectivo que pueden formarse entre la piel y los tejidos profundos, tiene efecto anestésico sobre las terminaciones nerviosas, estimula la absorción de nutrientes en la fascia, el tendón, la vaina tendinosa, las articulaciones y los ligamentos. Dentro de los principales efectos neurógenos figura: Aumento de la actividad del sistema simpático, aumento de la presión sistólica, aumento de la temperatura corporal.

Las indicaciones del masaje terapéutico son: Liberar adherencias, disminuir el edema, aumentar el flujo sanguíneo y linfático, disminuir tensión muscular, obtener bienestar psicológico, disminuir dolores musculares en la espalda como lumbalgias, dorsalgias, cervicalgia, disminuir el insomnio, linfedemas, contractura muscular y dentro de las contraindicaciones figuran: Procesos malignos, heridas abiertas, tejidos infectados, tejidos blandos calcificados, piel con cambios tróficos, injertos de piel, inflamación aguda, pacientes anti coagulados, úlceras, quemaduras, procesos infecciones, cáncer, gastritis, esguinces, tendinopatías en la fase aguda, hemorragias, y flebitis.

Los fisioterapeutas pueden producir lesiones en los tejidos blandos y la piel por causa de técnicas inadecuadas o tiempo de duración prolongado esto genera eventos adversos afectando la seguridad y la rehabilitación adecuada del paciente; los eventos o complicaciones que se pueden ocasionar son: hematoma, hiperemia, eritema permanente, aumento de dolor nociceptivo, trombo embolismo, úlceras y pseudo aneurismas.¹¹⁴

Cuadro 16. Tipos de masaje, efectos, indicaciones, contraindicaciones y eventos adversos

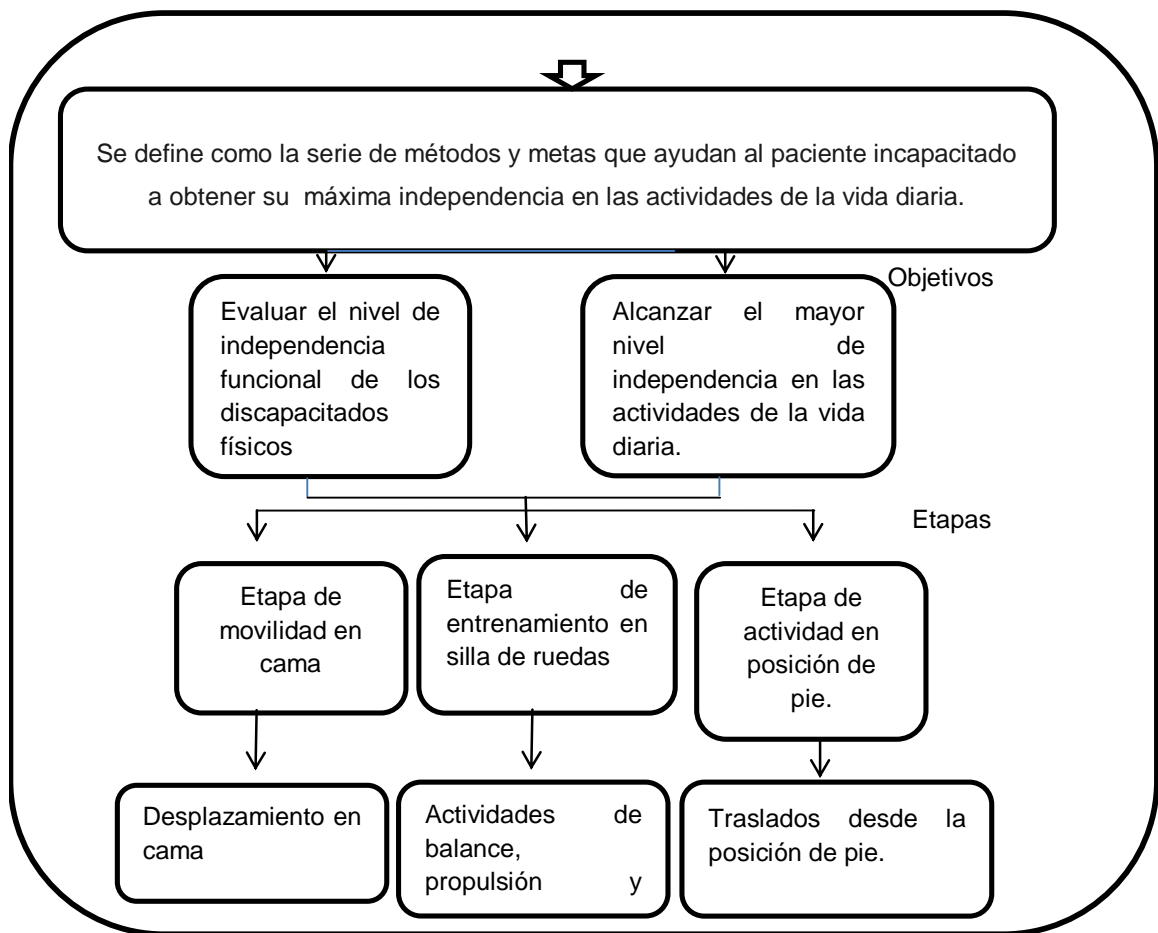
Petrissage o amasamiento	Effleurage o roce	Presión	Percusión
Se toma una porción de piel y músculo entre el pulgar y los demás dedos, y se alternan la compresión y liberación de los tejidos.	Las manos del terapeuta mantienen ligero contacto con la piel y ejecutan movimientos rítmicos y lentos.	Consiste en aplicar movimientos circulares, con los pulpejos o la palma de la mano, en una zona limitada. Se utiliza para la liberación de adherencias.	Se aplica dando golpes rítmicos con la mano ahuecada; se utiliza en la desensibilización de zonas dolorosas en sitios de amputación.

Fuente: Cuidado con los masajes. the new Zealand medical journal, vol 126 n. 1375. 2013

¹¹⁴ Cuidado con los masajes. the new Zealand medical journal, vol 126 n. 1375.2013

3.4.7 Entrenamiento funcional. El entrenamiento funcional es un método desarrollado desde el principio del proceso de rehabilitación, en el cual se aplica conceptos de anatomía permitiendo desarrollar programas de ejercicios que mejoren la condición física y lesiones osteomusculares del paciente¹¹⁵Está indicado para mejorar la postura, cualidades físicas a pacientes con trauma raquimedular, accidentes cerebro vascular, pacientes con hemiplejia, cuadriplejia, parapléjicos y amputados, con el fin de mejorar actividades de la vida diaria y la independencia funcional. (Ver Figura 14)

Figura 14. Objetivos del entrenamiento funcional en rehabilitación física.



Fuente: BASMAJIAN, John. Terapéutica por el ejercicio, tercera edición editorial médica panamericana. 2004

¹¹⁵MENDERDRUT, Eduardo. Entrenamiento Funcional. Brasil. 2006

En fisioterapia se utiliza el entrenamiento funcional para habilitar y rehabilitar alteraciones osteomusculares, teniendo en cuenta que en los pacientes discapacitados físicos la recuperación se da en forma total o parcial mediante la mejora de la capacidad funcional¹¹⁶. Los fisioterapeutas en la rehabilitación pueden ocasionar eventos adversos durante la intervención como: fracturas, lesiones osteomusculares y hematomas, por eso, es necesario tener una guía de seguridad del paciente con el motivo de prevenir acontecimientos que perjudican el estado físico y emocional de los usuarios.

Cuadro 17. Guía de seguridad del paciente en el entrenamiento funcional

Asistir al paciente tanto como sea necesario
Estar alerta para prevenir accidentes sobre todo en pacientes que tengan alterada la sensibilidad
Explicar el proceso de entrenamiento y si es necesario demostrar la actividad.
Inicialmente ayudar al paciente, posteriormente supervisar la actividad y luego motivarlo a que realice la actividad por si solo
El fisioterapeuta se debe ubicar detrás del paciente
En los desplazamientos de la cama, el fisioterapeuta se debe situar siempre del lado hacia donde el paciente va a girar.
Es indispensable que todas las sillas tengan frenos para evitar los accidentes en la ejecución de traslados.
Si el paciente es amputado bilateral, verificar que las ruedas traseras deben estar colocadas posteriormente, para evitar la inestabilidad debido al cambio del centro de gravedad.
Si el paciente es cuadripléjico, no tiene equilibrio de tronco es necesario que la silla tenga cinturón de seguridad.
Permitir una buena visibilidad en la dirección del traslado
Permitir y motivar al paciente a utilizar al máximo su capacidad residual

¹¹⁶ Rehabilitación y fisioterapia en atención primaria. Guía de procedimientos. Servicio de andaluz consejería de salud, 2003.

Es importante capacitar al paciente en el patrón de marcha adecuado

Desarrollar habilidad para las actividades de elevación

El fisioterapeuta debe capacitar al paciente en la utilización de los aditamentos

El paciente debe desarrollar habilidad para caminar en terrenos dentro y fuera de la casa, al igual en elevación, rampas, escaleras, aceras.

Reforzar en el paciente la tolerancia y resistencia al ejercicio

Fuente: Alan, jette. Functional disability assesment. Physical Therapy. 2013

4. DESDE LOS PIES FISIOTERAPIA ESPECIALIZADA

La Institución desde los pies fisioterapia especializada es una empresa unipersonal que ofrece servicios de rehabilitación en consultorio a pacientes con lesiones osteomusculares. Se consolida como institución a partir del 14 de septiembre del 2012 desde este momento ha contado con el apoyo, capacitación y acompañamiento de la cámara de comercio de Bucaramanga con el único propósito de contribuir al crecimiento de nuevas empresas y apoyar la idea de emprendimiento para pequeños y medianos empresarios en Bucaramanga y el área metropolitana, teniendo en cuenta los principios de sostenibilidad financiera y administrativa en el largo plazo.

4.1 MISION

Es una institución de salud que presta servicios en terapia física, conformada por un equipo humano especializado, con criterios éticos y científicos, soportados en una previa valoración médica, un diagnóstico, tratamiento y evolución de patologías musculoesqueléticas.

4.2 VISION

En el año 2020, será reconocida en el ámbito regional como la institución prestadora de servicios de salud en rehabilitación física, enfocada a nuevas alternativas de tratamiento que mejorarán la calidad de vida de nuestros pacientes, y permitirá a la institución incursionar en nuevos mercados.

4.3 VALORES CORPORATIVOS

Calidad Asistencial

Responsabilidad

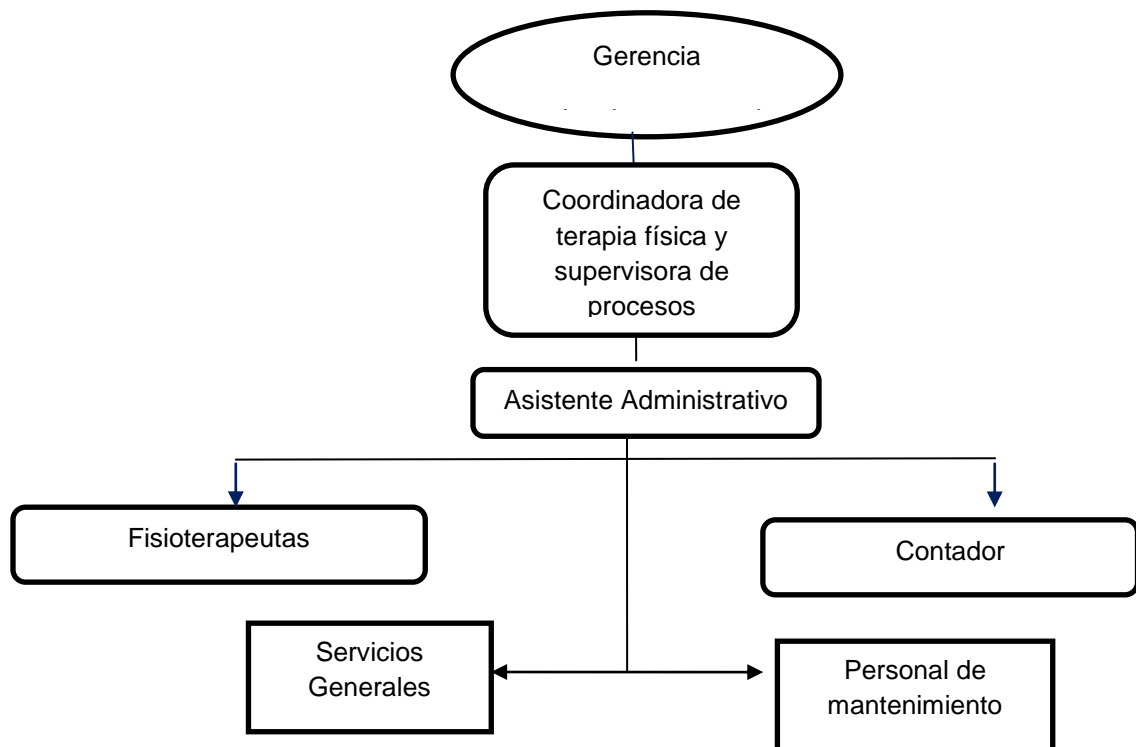
Compromiso Social

Ética profesional

Trato Humanizado

4.4 ORGANIGRAMA DESDE LOS PIES FISIOTERAPIA ESPECIALIZADA

Figura 14. Organigrama desde los pies fisioterapia especializada



Fuente: *La IPS Desde los pies Fisioterapia Especializada*

La institución Desde los pies Fisioterapia Especializada, cuenta con la habilitación para prestar de servicios en rehabilitación física, no obstante; la atención asistencial siempre va a estar expuesta a riesgos e incidentes que afectan la seguridad del paciente, por lo tanto; se percibe la necesidad de implementar cultura de seguridad, prevenir eventos adversos y cumplir con las políticas de mejoramiento continuo según lo plasmado en el marco normativo del SOGC en Colombia.

5. DISEÑO METODOLOGICO

Para la construcción del Manual de Seguridad se realizó una revisión bibliográfica consultando las páginas electrónicas del Ministerio de Protección social “Minisalud”, del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGC), de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). También se usaron bases de datos y bibliotecas electrónicas como son: PubMed, MEDLINE, BIREME, Hinari y SCIELO, con el uso de los siguientes descriptores: La seguridad del paciente en la rehabilitación: Safety of the patient in rehabilitation, acontecimientos adversos en la fisioterapia: adverse events in physical therapy, atención sanitaria en la fisioterapia: sanitary attention in physical therapy, barreras de seguridad: safety fences, acontecimientos adversos, incidentes y sistema de dirección: risks or incidents and system of management of the adverse event. Además, se consultó la revista electrónica especializada en fisioterapia Ptjournal disponible en línea para la definición de las intervenciones en fisioterapia.

Se encontraron 155 artículos de los cuales se seleccionaron 86 que cumplían con los criterios de inclusión de desarrollar en su contenido temas como; Seguridad del paciente, seguridad del paciente en terapia física; y eventos adversos según su definición, herramientas de identificación; guías de buenas prácticas para mejorar la seguridad en el paciente; manual de seguridad del paciente en Fisioterapia, y riesgos y demandas en rehabilitación. Por otra parte se excluyeron aquellos manuscritos de eventos adversos en pediatría, en patologías neurológicas, y manuales de seguridad en áreas diferentes a Fisioterapia.

Para la construcción del marco legal se revisaron con relación al sistema de salud en Colombia, la Constitución Política de Colombia de 1991, y Leyes,

Resoluciones, Decretos y Circulares, así: Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 528 de 1999, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011. Las Resoluciones: 5261 de 1994; 5061 de 1997, 1043 de 2006, 1445 de 2006, 1446 de 2006, 1441 de 2013; Decretos: 1757 de 1994 y las Circulares: 030 de 2006 y 076 de 2007. La normatividad consultada específicamente en sistema de calidad fue la Ley 872 de 2003, Resoluciones: 2679 de 2007, 2181 de 2008 y Decretos: 2174 de 1996, 1011 de 2006, 4747 de 2007, y 3257 de 2008.

6. RESULTADOS

Para el diseño del manual de seguridad del paciente se cumplieron los siguientes pasos:

1. Búsqueda bibliográfica que consistió en consultar las principales bases de datos y la selección posterior de la literatura que cumplía los criterios de inclusión.
2. Consulta y descripción del marco normativo que reglamenta y define el sistema de salud, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, el hacer del fisioterapeuta en Colombia, los eventos adversos y las practicas seguras en fisioterapia.
3. Identificación de los posibles eventos adversos en el área de fisioterapia.
4. Desarrollo de una guía de buenas prácticas en pacientes de Terapia Física. que promueva la cultura de seguridad del paciente.
5. Identificación de barreras para la detección de los eventos adversos.
6. Definición y descripción de los posibles eventos adversos durante la intervención fisioterapéutica.
7. Diseño de la ruta de acción ante el evento adverso en Fisioterapia.

El manual de seguridad diseñado permite brindar procedimientos confiables al paciente, constituye herramienta de verificación en habilitación requisito para el proceso de acreditación, de auditoría, de evaluación de control interno y una guía para la intervención fisioterapéutica. Este Manual de Seguridad del Paciente estructura una guía de prevención, detección y acción ante el evento adverso en el área de rehabilitación física. Incluye: la identificación de la institución Desde los Pies Fisioterapia Especializada, introducción, objetivos, alcance, derechos y deberes del paciente, marco teórico, Lista de prácticas seguras para el paciente de Fisioterapia, glosario y referencias bibliográficas.

La identificación de la institución Desde los Pies Fisioterapia Especializada tiene en cuenta la imagen corporativa; la introducción hace referencia a las ventajas que tiene el manual de seguridad del paciente en la práctica clínica en cuanto a la detección de riesgos y presencia de eventos adversos en pacientes con lesiones osteomusculares por fallas en dos componentes: cultura organizacional y procesos asistenciales seguros; el objetivo se enfoca en el diseño del manual de seguridad del paciente en la prestación de los servicios de terapia física para la institución Desde los Pies Fisioterapia Especializada de la ciudad de Bucaramanga.

Del mismo modo, se contemplaron los derechos y deberes del paciente con el fin de brindar elementos de empoderamiento en los pacientes y su conocimiento relacionado con: atención sanitaria segura y equitativa, trato digno entre profesional - paciente y viceversa, información del tratamiento de manera clara y oportuna, el diligenciamiento del consentimiento informado, y la confidencialidad del tratamiento.

El manual de seguridad, contiene todo lo relacionado a prácticas seguras para el paciente en fisioterapia, ruta de acción de lesiones osteomusculares (caídas, fracturas, úlceras por presión, quemaduras), eventos adversos, protocolo de manejo del paciente, higiene de manos, intervención fisioterapéutica (termoterapia, crioterapia, electroterapia, acondicionamiento físico, ejercicios terapéuticos, entrenamiento funcional, masoterapia) y estrategias para el reporte de eventos adversos. (Ver manual anexo G).

Se seleccionaron 86 artículos para el diseño del Manual de Seguridad, y de estos el tema más frecuentemente tratado en la literatura fue la seguridad del paciente, lo cual concuerda con el interés creciente en Colombia, por garantizar la atención segura y con calidad en los pacientes, reflejándose lo anterior en el fortalecimiento continuo que se da al marco normativo que orienta a las instituciones prestadoras

de servicios de salud a diseñar, ejecutar y evaluar estrategias de atención segura para contribuir al mejoramiento de la calidad. (Ver Tabla 1)

No obstante, se encontraron pocos artículos relacionados con los eventos adversos en fisioterapia, y las metodologías y análisis usados para su evaluación. Lo anterior se explica por la ausencia de reportes y registros acerca de los eventos adversos presentados o las fallas en los procesos asistenciales, sumado a la falta de estandarización de terminología para la implementación de la política de seguridad del paciente en el área de rehabilitación física.

Se encontraron 10 artículos, relacionados con el Manual de Seguridad en Fisioterapia los cuales fueron desarrollados para el contexto de prestación de servicios de salud en Fisioterapia de países como España, Canadá, México, Brasil, Perú. Estos Manuales tenían como propósito disminuir riesgos y mejorar la calidad asistencial mediante la identificación de eventos adversos que puedan ocasionar daños en los pacientes a través de estrategias administrativas y organizacionales. Las ultimas basadas en la confianza, la cultura organizacional, y una actitud preventiva y educativa.

En Colombia en el año 2012, se desarrolló una tesis para optar al título de maestría que contenía aspectos temáticos que debían ser abordados en un manual a partir de la normatividad vigente, con el propósito de guiar a los profesionales y a los pacientes en el proceso de toma de decisiones.

Tabla 1. Clasificación de la literatura incluida para el Diseño del manual de seguridad del paciente en Fisioterapia.

TEMAS GENERALES	N. DE ARTICULOS	%
SEGURIDAD DEL PACIENTE	23	27%
INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA	23	27%
METODOLOGIA, ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN FISIOTERAPIA	4	4%
EVENTOS ADVERSOS EN FISIOTERAPIA	8	9%
MANUAL DE SEGURIDAD	10	12%
LEYES, DECRETOS, RESOLUCIONES Y CIRCULARES	18	21%
TOTAL	86	100%

Fuente: Autoras.

El manual de seguridad del paciente se diseñó bajo los lineamientos del Ministerio de Salud Colombiano, los cuales son publicados por el Ministerio de Protección Social, el cual se encarga de orientar la implementación de estrategias de seguridad del paciente en las instituciones prestadoras de servicios con el fin de estandarizar conceptos que favorezcan la comunicación, el desempeño integral y las políticas de seguridad en cada una de las organizaciones. Estas estrategias hacen parte de las herramientas usadas para promover la seguridad del paciente en el SOGC, de los lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente y de la Guía de buenas prácticas para la Seguridad del paciente.

Los sucesos adversos que suceden durante el tratamiento de terapia física y que son descritos en la literatura, se relacionan con: fracturas, quemaduras, retraso en la consolidación, dolor, anestesia y hematomas. A pesar que se encontraron pocos datos epidemiológicos de los eventos adversos en fisioterapia y su incidencia, se concluyó que se requiere el reporte y la evolución durante el tratamiento (Ver Gráfica 1).

Los eventos adversos descritos fueron explicados por diversas causas. Por ejemplo las fracturas como evento adverso en Fisioterapia son consecuencia del manejo inadecuado en la rehabilitación física en pacientes con osteoporosis, de la sobrecarga del segmento en recuperación, de inadecuadas tomas de peso, o debidas al aumento de la resistencia con brazo de palanca largo en el segmento lesionado.

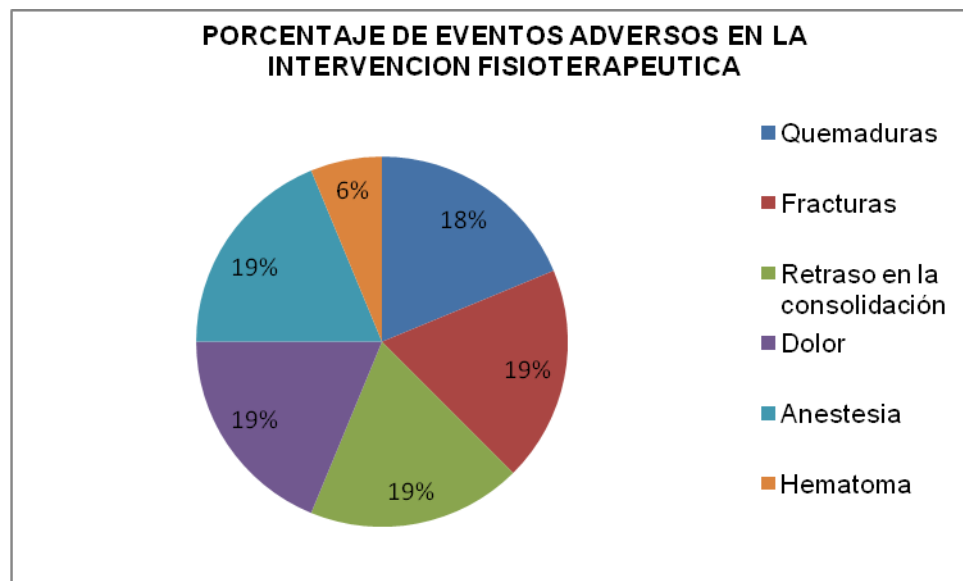
Otro evento adverso frecuente es la quemadura que se ocasiona por falta de seguimiento en el paciente durante la aplicación de termoterapia, crioterapia y electroterapia. Su aparición genera complicaciones que afectan la integridad física y psicológica del paciente, ocasionan alteración en la termorregulación de líquido intersticial, alteraciones óseas y articulares, entre otras.

Las caídas son también relativamente frecuentes, se clasifican según sus causas como: caídas accidentales, anticipadas y no anticipadas. Las caídas accidentales son aquellas en las que el paciente no tiene una responsabilidad directa: se originan cuando los pisos se encuentran húmedos, o por iluminación inadecuada, muebles inestables y fallas de equipos. Las caídas fisiológicas no anticipadas se deben a la falta de supervisión del fisioterapeuta y de los aditamentos de protección durante el tratamiento, a técnica incorrecta del plan de ejercicio, o a fallas en las barreras de seguridad o ausencia de las mismas (Barandas en la camilla). Las caídas fisiológicas no anticipadas son aquellas inesperadas, cuando los pacientes presentan lipotimias o mareos, ataques epilépticos, fracturas

patológicas de cadera, pacientes bajo efectos de medicamentos antihipertensivos o antidepresivos.

El hematoma como evento adverso es descrito como la acumulación de sangre causada por la rotura de vasos capilares; que desencadena dolor, inflamación, y cambios de color en la piel. Aunque se presenta en baja proporción su reporte como evento adverso en Fisioterapia (6%), puede presentarse en consecuencia a la exagerada presión durante el masaje, y a la elevada intensidad en los equipos de electroterapia como TENS, diatermia y laser. A continuación se observa en el gráfico 16 el porcentaje de eventos adversos en la intervención fisioterapéutica.

Gráfico 1. Porcentaje de eventos adversos en la intervención fisioterapéutica.



Fuente: Autoras, tomado como referencia de Physical therapy claims studio. Physical therapy. Second edition. CAN insurance company. Chicago 2006, p 146

Una de las respuestas generada ante el evento adverso fueron las demandas de los pacientes y esto ocasionó cambios en la relación de los costos financieros de las instituciones prestadoras de servicios por causa de eventos como fracturas,

quemaduras, esguinces y pérdida de un órgano (Ver Tabla 2). Lo anterior permite afirmar que la intervención fisioterapéutica influye directamente en la restauración, mantenimiento y promoción de la función física de los pacientes, por lo tanto, su ejercicio profesional no está exento de demandas y reclamaciones por negligencia clínica, y en consecuencia de estas, aumento en costos financieros de la institución prestadora de servicios de Fisioterapia.

Es importante enfatizar, que para Colombia, no se encontró literatura relacionada con el comportamiento epidemiológico de las lesiones ocasionadas en el paciente por causa de eventos adversos en Fisioterapia, ni de las demandas y costos financieros que pudieron generarse; lo cual se puede explicar por la falta de registros de los reportes de eventos adversos, la ausencia de estandarización de terminología para la formulación de los instrumentos de registro y su reporte, sumado a los deficientes mecanismos de evaluación y seguimiento de los eventos adversos en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Fisioterapia.

Tabla 2. Demandas y costos financieros de eventos adversos en la intervención de terapia física

DEMANDAS Y COSTOS FINANCIEROS DE EVENTOS ADVERSOS EN LA INTERVENCIÓN DE TERAPIA FÍSICA, EN EL HOSPITAL DE CHICAGO ILLINOIS		
DEMANDAS	PORCENTAJE DE DEMANDAS	DE COSTOS FINANCIEROS
Fracturas	27%	39.583 dólares
Quemaduras	18%	25.255 dólares
Esguince	2%	13.149 dólares
Perdida de un órgano	1%	474.000 dólares

Fuente: Tomado de Physical therapy claims studio. 2006 p 15

CONCLUSIONES

La seguridad clínica es uno de los principales componentes de la calidad asistencial; los sistemas nacionales en salud de países como: España, Nueva Zelanda, Finlandia, Canadá, Estados Unidos, Perú, México, Costa Rica, Argentina y Colombia, tienen una finalidad en común prestar servicios integrales con altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados mediante estrategias organizacionales en beneficio del paciente¹¹⁷. En Canadá se impulsa el mejoramiento continuo mediante gestión de registros y cultura organizacional, en Europa se fomenta la organización intelectual basada en la confianza; Estados Unidos tiene un modelo TQM (Gestión de calidad Total), y se enfoca en “cambiar para crear un entorno de mejora”; en Latinoamérica se impulsa el mejoramiento continuo a través de políticas de seguridad, donde se cuentan con instituciones seguras y competitivas internacionalmente¹¹⁸.

El Marco normativo de la Seguridad Social en Salud y Sistema de Calidad en Colombia confirma la necesidad del gobierno en promover estrategias y herramientas que vigilen los procesos asistenciales, a través de indicadores trazadores de calidad en los cuatro sistemas propuestos por el Ministerio de Protección Social: Habilitación, Acreditación, Auditoría y Sistema de información, los cuales tienen como meta promover la cultura organizacional y los procesos seguros, aunque el asunto relacionado con la seguridad del paciente es relativamente nuevo para el país, cada vez se implementan Decretos, Resoluciones, Leyes que favorecen la seguridad durante los procedimientos asistenciales.

Los eventos adversos en fisioterapia que reportaban reclamaciones y demandas impuestas a los profesionales eran en países como: Nueva Zelanda, Finlandia, Estados Unidos y México. En Colombia no se encontraron reportes de eventos

¹¹⁷ NANCY, Elder. Classification of medical error and preventable adverse events. Second Edition. Washington D.C: Journal of family practice, 2002.

¹¹⁸ FERNÁNDEZ, Néida. Los eventos adversos y la calidad de atención. Buenos Aires: 2004. p. 102

adversos en terapia física, lo anterior evidencia la necesidad del Sistema de Salud para incentivar en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios especialmente en el área de fisioterapia, el reporte de eventos o incidentes que cause lesión física y emocional en los pacientes, al igual que estandarizar terminologías en patologías osteomusculares, las técnicas de uso en electroterapia, y la implementación del manual de seguridad a nivel Institucional¹¹⁹.

Respecto a los efectos de los eventos adversos en fisioterapia se reportaron en el servicio de salud Británico en el año 2002 : quemaduras, fracturas, retraso en la consolidación, dolor, anestesia con un 18.75%¹²⁰ , esto argumenta la necesidad de implementar políticas administrativas, y asistenciales que favorezcan la prevención de riesgos e incidentes durante el tratamiento de terapia física mediante barreras y defensas de seguridad, capacitación permanente, programas y equipos interdisciplinarios que lideren y vigilen los procedimientos asistenciales. En Colombia, se maneja el protocolo de Londres como un análisis de eventos adversos en cada área asistencial, teniendo en cuenta herramientas gerenciales como las rondas de seguridad. En Fisioterapia este método puede dar soluciones a posibles eventos adversos y prevenir la recurrencia de los mismos de una manera eficiente.

De igual manera en el Hospital de Chicago Illinois en el 2006, se analizaron las demandas de los pacientes y la relación con los costos financieros de las Instituciones Prestadoras de Servicios, se muestra el papel del fisioterapeuta en la asistencia sanitaria, el uso de técnicas y la inadecuada utilización de equipos de electroterapia. Estos estudios identificaron que los costos financieros que debe asumir la institución por un accidente o evento adverso pueden ascender a 39.583 dólares por evento, esto en el caso de las fracturas provocadas por el

¹¹⁹ DUARTE, Hernando y cols. Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia. 10 ed. Bogotá, Colombia, 2006

¹²⁰ NANCY, Elder. Op. Cit. Classification of medical error and preventable adverse events. Second 2002.

fisioterapeuta; y alrededor de 13.149 dólares cuando el evento es un esguince, lo cual provoca crisis financiera a la institución que impactan de forma negativa el presupuesto de la misma¹²¹. Estos gastos adicionales pueden ser prevenibles por medio de programas de capacitación del personal y la implementación de un manual de seguridad.

El manual de seguridad del paciente es una herramienta que reconoce los incidentes o eventos como un error de todo el equipo interdisciplinario; incluyendo el área administrativa y operacional, los jefes de área en cuanto a la supervisión de riesgos, las condiciones inseguras como falta de mantenimiento de equipos, ausencia de barreras de seguridad y deficiencia en el sistema operacional debido a la negligencia del terapeuta; lo anterior representa debilidades que genera accidentes y peligro a la integridad del paciente. Por tanto el manual de seguridad previene fracasos en los procesos asistenciales y mitiga eventos adversos mediante la ruta de acción.

¹²¹ CHAD, Carlos. Physical therapy claims studio. Physical therapy. Second edition. CAN insurance company. Chicago 2006, p 146

RECOMENDACIONES

1. Debido a la poca información de un manual de Seguridad del Paciente en el área de fisioterapia, es importante que se establezca un análisis de gestión y reporte de eventos adversos en cada una de las instituciones, formando equipos líderes enfocados en promover la cultura y los procesos asistenciales seguros; mediante evaluación, seguimiento de procedimientos e historias clínicas. Además se requiere implementar una política de mejoramiento, una organización basada en la confianza, y confidencialidad de reportes como estrategias administrativas que permitan a las instituciones tener métodos de calidad como son el protocolo de Londres y las rondas de seguridad, para favorecer el proceso de acreditación en salud.
2. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud en Fisioterapia, deben diseñar e implementar métodos y estrategias en el área administrativa y operacional con el objetivo de prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los pacientes y favorecer la notificación y análisis en caso de presentarse. Dichas estrategias administrativas deben estar enfocadas a la fidelidad del paciente, a la confianza organizacional y al reporte no punitivo de los eventos adversos.
3. En el área de investigación existe la necesidad de realizar estudios cualitativos y del comportamiento epidemiológico de los eventos adversos en los hospitales e instituciones privadas de fisioterapia, que contengan el análisis de las consecuencias que se generen del evento adverso como son: el número de demandas y reclamaciones y las lesiones osteomusculares, con el fin de contribuir al conocimiento y prevención de estos sucesos.

4. Crear un comité interdisciplinario para el seguimiento y control de procesos asistenciales, conformado por un equipo idóneo, capacitado para analizar y plantear estrategias que permitan elaborar un PHVA (planear, hacer, verificar y actuar), con el fin de promover la toma de decisiones oportuna para prevenir riesgos y complicaciones en el paciente, lo cual se ve reflejado directamente en la optimización de recursos, la reducción de costos financieros en la institución y la fidelización del paciente.
5. Evitar cansancio en los trabajadores por exceso de asignación de pacientes, mediante un plan estructurado que permita ser equitativos y tener en cuenta la relación entre el número de profesionales con respecto al número de pacientes; así mismo, es relevante disponer de programas institucionales que propicien espacios y tiempos de descanso con el propósito de evitar la fatiga física y mental que está vinculada de forma directa con la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención en salud.
6. Generar escenarios de evaluación periódica, con el fin de analizar con el equipo profesional técnicas o procedimientos de intervención fisioterapéutica en las patologías osteomusculares más frecuentes que ingresan a la institución; lo cual promueve la identificación y socialización de prácticas seguras, atención del paciente, vigilancia y barreras de seguridad, lo cual promueve la prestación de servicios con calidad; mejorar la imagen institucional y prevenir eventos adversos que atenten la integridad física y mental del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALAN, JETTE. Functional disability assesment. Measurement in Physical therapy. New York:2013.Vol.67 N. 12, p. 1859
2. ALONSO, Luz Marina. Adverse event and public health. Revista de Salud Pública. Bogotá:2009. Vol. 25. N. 1, p.125
3. ANGEL, Aida. La política de seguridad del paciente, Universidad Libre, Bogotá: 2010. Vol. 13 N.1, p. 32
4. ARANAZ, Jesús. Sucesos Adversos relacionados con el uso de medicamentos. Departamento de Salud Pública. España. Universidad Miguel Hernández. San Juan de Alicante. 2006 Vol 126 N. 3 p. 1157
5. BAECHLE, Earle. Principios de entrenamiento de la fuerza y acondicionamiento físico. 2 edición. España: Editorial Panamericana. 2007, p.2836
6. BASCUFAANA, Dymart. Métodos de potenciación muscular. Medicina de Rehabilitación médica. Madrid 2006; Vol. 3 N.4 p. 132
7. BATES, David. Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica: Hacia una atención hospitalaria más segura. Organización Mundial de la Salud. Ginebra Suiza. 2010 p 10
8. BRENNAN TA, LEAPE LL, LAIRD N, HEBERT L, LOCATION AR, et al. Incidence of adverse effects and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. Nengl J Med 1991; 324:370
9. CARNES, Dawn. Adverse events in manual therapy: a systematic review. Chile: European scool of osteopathy. 2009.
10. CASSADY, Sandra. Patient safety. Cardiorespiratory responses of healthy subject to calisthenics performed on land versus wáter. Canada: Physical therapy journal.2002 V. 72, p.538

11. CARLESSO, Lisa. Adverse events in Canadian manual physiotherapy: the patient practitioners and research experience. Toronto, McMaster University 2013.p. 455
12. CORRIGAN, Janet. committee on quality of health care in américa, institute of medicine. Washington: National Academy Press, 2000 p.255
13. Common terminology criteria for adverse events tomado de <http://journal.nzma.org.nz/journal>. New Zeland: 2006, p. 72 el 25 de Julio de 2013.
14. CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL. Tomado en <http://www.juntadeandalucia.es/salud>. España: 2009 el 22 de julio de 2013
15. GAITAN, Lina. Evaluación de la existencia de un protocolo sobre buenas prácticas para la seguridad del paciente e identificación de los factores en la corporación IPS Tolima. Ibagué. 2010. p. 120
16. GARBIN, C. Consentimiento informado en la práctica física: aspectos éticos y legales. Brasil. 2006. Vol. 44 N. 2 p. 261
17. GEMMEL, Hugh. Chiropractic And Osteopathy. Relative effectiveness and adverse effects of cervical manipulation. 2010. Vol 10 p. 1340
18. CARIDE, José. Cuidado con los masajes. the new Zealand medical journal, vol 126 n. 1375.2013
19. DELGADO Leonardo. Fundamento metodológicos da gimnastica. Rio de Janeiro.2012 p. 226
20. DUARTE, Hernando y cols. Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia. 10 ed. Bogotá, Colombia, 2006, p. 215
21. EFFING, Tomas. Educación en autocuidado para pacientes de fisioterapia. Oxford. 2007 Vol 2, N. 1 p. 145
22. ELDER, Nancy. Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care. Washington: PHYSICAL THERAPY 2002. Vol. 51 N. 11, p. 927

23. EDINSON, Franco. Error en medicina y seguridad del paciente. Journal of family practice. Buenos Aires: Centro de investigaciones. 2010 Vol. 51 N. 11:927 p 1657
24. ESPINOSA, Fernando. Análisis Causa Raíz. Gestión del mantenimiento. Universidad de Talca. Chile. 2010 p, 158.
25. FAJRELDINES, Ana. Aplicación de la metodología trigger tool en un sistema de prescripción electrónica no asistido versus un sistema en papel para hallazgos de errores de medicación en pacientes hospitalizados. En III Congreso argentino de salud, CASI, Buenos Aires. 2012. p. 259
26. FERNÁNDEZ, Nélica. Los eventos adversos y la calidad de atención. Buenos Aires: 2004. p. 102
27. FIED Marie, Institute of medicine committee to advise the public serve on clinical practice guidelines. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington: National academy of Siences; 1990
28. Fisán. centro de fisioterapia. Universidad católica de Valencia. España. 2010
29. FREDERICSON, Michael. Muscular BANCE, Core stability, and injury prevention for middle and long distance runner. Physical medicine and rehabilitation clinics of North America. 2005 669-689
30. FRENK, Julio. La salud pública. Campo del conocimiento y ámbito para la acción. 1 edición. Fondo de cultura económica. Ciudad de México: 1997. p. 58
31. G. ROSS. The Canadian adverse events study: the incident of adverse events among hospital patient in Canadá. Canadian Medical Association Journal. JAMC 25 may 2004; 170 page 1678-1686
32. GIRALDO, Marcela. Sistema de Garantía de Calidad de Salud: 5 años de implementación. Dirección general de calidad de servicios, Bogotá Colombia. 2010. p 38
33. GUERRERO, Ramiro. Sistema de Salud en Colombia. Instituto Nacional de salud pública. Ciudad de México. 2011. p. 53

34. HARLES, Vincent. How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. BMJ 2000; p. 781
35. H Gain. Editions. Scientifiques et medical elsevier SAS. Paris 2003.
36. HENANDEZ, Mario. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Salud Pública Río de Janeiro: 18:9001-9002. 2002
37. INTERNATIONAL JOURNAL OF ORTHOPEDIC MEDICINE. CARNES, Dawn. Defining adverse events in manual therapies: a modified Delphi consensus study. Londres. 2010:94-98
38. JASON, Shea. Isometric training, Holds, presses and more. 2004 [en línea] <http://www.apec-s.com/wp-content/uploads/2011/12/ISOMETRIC-TRAINING.pdf>
39. JETTE, Diane. Use of quality indicator in physical therapist practice: an observacional study. En: Physical therapy, 2012. Vol 30 N 12 p. 15
40. KERGUELEN, Carlos. Calidad en salud en Colombia. Los principios. Ministerio de Protección Social, Bogotá. 2010. p. 53.
41. KOHN, Linda. To err is human: Building a safer health system. 8 ed. Washington: Gustavo Gili S.A., 1999 p. 85
42. MACCUILLI, Gerald. Safety of the patient. Third Edition. En: Physical therapy, 2007. Vol 2 N 1
43. MARTINEZ, Manuel. Manual de medicina física. cuarta edición. Barcelona: Harcourt brace, 2008. p. 427
44. Matwe H. Treatment of pain and inflammation. Masayoshi, MD, 2007 p. 1637
45. MD Thomas E. Therapeutic exercise. Physical medicine and rehabilitation board review. New York: Demos Medical Publishing; 2004 p. 2518
46. MEDICINE AND SCIENCE IN SPORTS AN EXERCISE, SAYER, and Sthepen. Adverse events associated with eccentric exercise protocols: six case studies. Med sporta exerc. 1999. Vol 31 N 12 p. 456
47. MENDERDRUT, Eduardo. Entrenamiento Funcional. Brasil. 2006. p 120

48. MERIDA DE LA TORRE, Francisco. Fundamentos de seguridad del paciente. Madrid España: Editorial Médica Panamericana. 2012. P 150
49. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 4747 de 2007. Bogotá D.C, Colombia.
50. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención en Salud. Bogotá, Colombia: editorial Fundación Fitec. Impresores
51. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 1122 de 2007. Bogotá D.C, Colombia
52. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 1438 de 2011. Bogotá D.C, Colombia
53. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 528 de 1999. Bogotá D.C. Colombia.
54. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1043 de 2006. Bogotá D.C Colombia.
55. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1441 de 2013. Bogotá D.C, Colombia.
56. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1445 de 2006. Bogotá D.C, Colombia.
57. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1446 de 2006. Bogotá D.C, Colombia.
58. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, Políticas de seguridad del paciente. Bogotá Colombia p. 18
59. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, Seguridad del paciente en la atención en salud. Secretaria de Salud. Bogotá, Colombia. 2011
60. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, Bogotá: Dirección General de Calidad de Servicios. 2010 p.9

61. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Instituto Colombiano de normas técnicas y certificación ICONTEC. Decreto 1011 de 2006. Bogotá D.C, Colombia.
62. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 100 de 1993. Seguridad social integral. Bogotá D.C, Colombia.
63. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. Bogotá: Dirección General de Calidad de Servicios, 2008. p 12
64. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Seguridad del paciente. Bogotá: 2008. p. 18
65. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Sistema Obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud. Secretaria de Salud. Bogotá, 2013
66. MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Tomado de <http://www.acreditacionensalud.org.coseguridad>. Consultado el 24 de junio de 2013
67. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. Madrid, España. 2006
68. NANCY, Elder. Classification of medical error and preventable adverse events. Second Edition. Washington D.C: Journal of family practice, 2002. Vol 51. N 11. p 932
69. NICHOLAS Taylor. Progressive, resistance exercise in physical therapy: Summary of systematic review, 2007. Vol 27 N 8 p 174
70. Physical therapy claims study. Physical therapy. [en línea] http://www.cna.com/vcm_content/CNA/internet/Static%20File%20for%20Download/Risk%20Control/Medical%20Services/Physical_Therapy_Claims_Study.pdf . 2006. Page. 4 Consultado el 29 de Julio de 2013
71. REASON, James. Human error: Models and management. Swiss cheese model BMJ. Washington, 2000 p 320:768-770


72. RESTREPO, ARBELÁEZ Ricardo .y colaboradores. Rehabilitación en salud una mirada médica necesaria. Yuluka medicina. Editorial universidad de Antioquia. Primera edición. 2004. Medellín Colombia. p. 223
73. RODRÍGUEZ, Martín. Electroterapia en Fisioterapia. Editorial medica Panamericana. Madrid. España. 2000 p 526
74. RODRÍGUEZ, Jacqueline. Análisis de la política pública colombiana de seguridad del paciente y sus implicaciones. Bogotá. 2001
75. RODRÍGUEZ, P. Ejercicio físico en salas de acondicionamiento muscular. Bases científico médicas para una práctica segura y saludable. editorial panamericana. Madrid. 2008. p.230
76. RUELAS, Enrique. Seguridad del paciente hospitalizado. 4 ed. Ciudad de México: Medica Panamericana, 2007. p 98
77. SACKETT, David. Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics. Second Edition. Ontario Canadá: McMaster Universito. Hamilton, 2009
78. SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE COLOMBIA. Manual guía para el diseño arquitectónico servicio de consulta externa. Bogotá: 2010
79. SERVICIO DE ANDALUZ. Rehabilitación y fisioterapia en atención primaria. Guía de procedimientos. Servicio de andaluz consejería de salud. Tecnographic. 2003. p.79
80. SYLVANI, Qi. Long Lu. Safety of Customized Gene therapy Demonstrated by clinical trial for muscular dystrophy. Physical therapy. 2011 Vol. 1 N 2 p. 135
81. SUSAN, Bartlerr. Role of exercise in arthritis management. The John Hopkins arthritis center. Washington. 2007. p 250
82. TAYLOR, Nicolas. Progressive resistance exercise in physical therapy: a summary of systematic review. Physical therapy. Vol.85 N 11. 2001 p. 85
83. THOMAS E. Therapeutic exercise. Physical medicine and rehabilitation board review. New York: Demos Medical Publishing; 2004 Physical medicine and rehabilitation board review. New York: Demos Medical Publishing; 2004 Tomado de Internet: <http://www.merckmanuals.com/home/fundamentals/rehabilitation/treatment>

Physical therapy claims study. Physical therapy. 2006. Page. 4 Consultado el 29 de Julio de 2013

84. TOMLINSON, Susan. Potential adverse effects of statins on muscle. En: Physical therapy .2005. Vol 30 N 10 p, 1452
85. WORLD HEALTH ORGANIZATION. There search priority setting working group. Ginebra: OMS, 2008 consultado el 15 de Julio
86. YAGUI, Martin Javier. Plan de Seguridad del paciente del Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa. Salud pública Perú. 2012. p 315

ANEXOS

ANEXO A. Reporte Institucional de Eventos Adversos

 REPORTE INSTITUCIONAL DE EVENTOS ADVERSOS	
DESCRIPCION DE LO OCURRIDO	
DESCRIPCION DEL SUSCESO ADVERSO	ACCIONES IDENTIFICADAS Y/O INSEGURIAS FALLAS EN BARRERAS DE SEGURIDAD
1. 2.	1. 2. 3.
SOLUCION INMEDIATA	
FACTORES CONTRIBUTIVOS	
HORA, FECHA Y LUGAR DEL EVENTO ADVERSO:	
Fecha y hora del reporte:	
Nombre del que reporta:	
servicio que reporta:	
Profesional responsable:	
SEGUIMIENTO: FECHA: HORA: TIPO DE SEGUIMIENTO:	

Fuente: herramientas para promover estrategia de seguridad del paciente. Ministerio de protección social en Colombia. Pg. 137

ANEXO B. Historia Clínica.

HISTORIA CLINICA

Datos de identificación

Fecha y hora de atención _____

Día

Mes

Año

Hora

Primer apellido _____

Segundo apellido _____

Nombre (s) _____

Documento de identidad N° _____

CC _____

TI _____

RC _____

Fecha de nacimiento **D** _____

M _____

A _____

Edad _____

Sexo **F** _____ **M** _____

Lugar de residencia _____

Municipio _____

Ocupación _____

Nombre de responsable del paciente _____

EPS _____

NUMERO _____

DX Médico _____

DIAGNOSTICO FISIOTPERAPEUTICO: _____

SESIONES: _____

Motivo de la consulta _____

Cuánto tiempo lleva estos síntomas _____

Es diestro o zurdo _____

ANTECEDENTES _____

Alteraciones de sueño _____

HÁBITOS ALIMENTICIOS _____

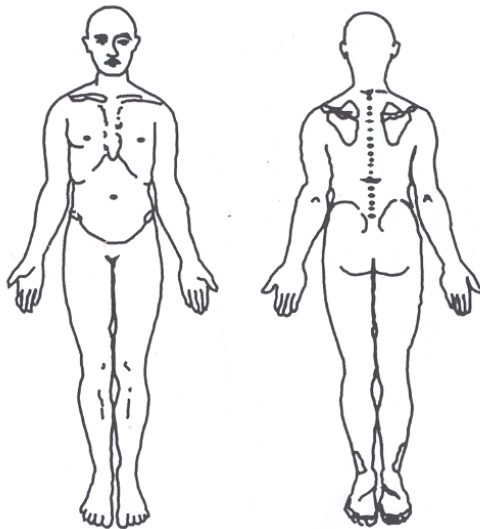
Dolor, según EVA. Donde se localiza _____

Aplicación de pruebas semiológicas _____

Alteraciones de sensibilidad _____

ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS

Dibujo del Dolor /Cicatrices

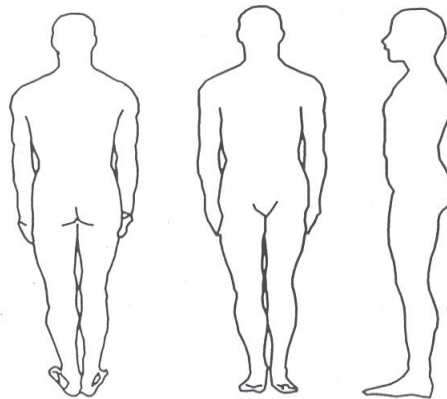


- Constante : 
- Intermitente 
- Superficial 
- Profundo 

COLOR

- Rojo:** Severo EVA 8-10
- Amarillo:** Moderado EVA 5-7
- Azul:** Suave EVA 1-4

EVALUACION POSTURAL



ACTIVIDAD MOTORA Y VOLUNTARIA:

Traslados: _____

Desplazamientos: _____

Control Pélvico: _____

Equilibrio: _____

Coordinación: _____

INTEGRIDAD ARTICULAR Y MOVILIDAD

Rango de movimiento: _____

DESEMPEÑO MUSCULAR

Flexibilidad: _____

Resistencia muscular: _____

Control postural: _____

MARCHA, LOCOMOCION Y BALANCE: _____

ORTESIS Y APARATOS DE SOPORTE Y PROTECCION: _____

EVALUACION: _____

PLAN DE INTERVENCION: _____

ANEXO C. Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INICIO DE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA

FECHA: _____

DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____


Yo _____ mayor de edad, identificado con C.C N. _____ DECLARO que he sido informado hoy por el fisioterapeuta _____ y autorizo para que el equipo profesional de la Institución desde los pies fisioterapia especializada realice la valoración inicial al igual que la planeación del tratamiento y se lleve a cabo la intervención fisioterapéutica acorde a los requerimientos individuales de mi diagnóstico, teniendo en cuenta las diferentes modalidades de intervención utilizadas por la Institución; también aclaro que se me informo acerca de las molestias mínimas y se me advirtió de los siguientes riesgos previsivos:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas, he recibido información satisfactoria, por lo que doy mi constancia de haber sido informado y mi consentimiento para que se le realicen los procedimientos propios del tratamiento, aceptando los riesgos ya mencionados. Queda constancia que se ha generado el consentimiento informado, mediante un documento que comporta el deber previo de informar correctamente.

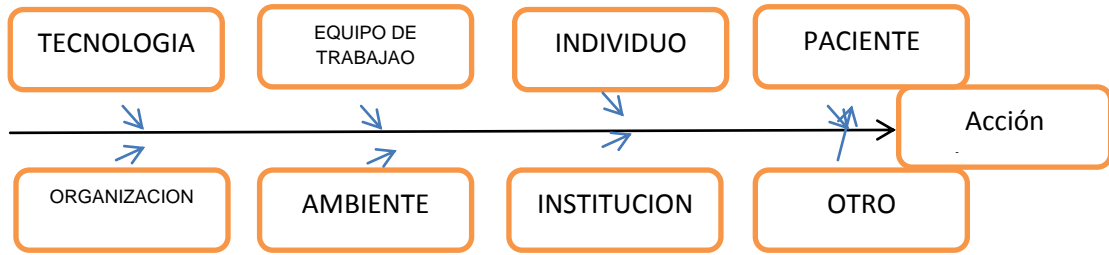
Firma del paciente o familiar

Firma del Fisioterapeuta

ANEXO D. Análisis y gestión de eventos adversos

 ANÁLISIS Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	
SERVICIO:	
Nombre del paciente:	
Historia clínica	Teléfono
Diagnostico	
Evento adverso: instalación_____	protocolo de tratamiento:_____
Evento:	
Descripción del evento:	
CLASIFICACIÓN DEL EVENTO	
Infección:	Electroterapia:
Medicamento:	Protocolo de tratamiento:
Infraestructura:	Administrativo:
Organización:	Otro:
DESENLACE GENERADO POR EL EVENTO ADVERO	
Muerte:	Enfermedad:
Lesión o daño de la función:	Intervención:
Grave:	Fisioterapia:
Leve:	Quirúrgico:
	Hospitalización:
Incapacidad prolongada:	Riesgo Potencial:
Acciones Inseguros	

FACTORES CONTRIBUTIVOS



ANALISIS CAUSAL

Blank space for causal analysis.

CAUSAS PRINCIPALES

Blank space for main causes.

PLAN DE ACCION

N. ACCION	RESPONSABLE	FECHA

SEGUIMIENTO Y VERIFICACION

Implementado: __no implementado__	Parcialmente implementado: __fecha:	
N. ACCION	RESPONSABLE	FECHA

Responsable del seguimiento:

Fecha:

FUENTE: autora

ANEXO E. Hoja de Vida de los Equipos

HOJA DE VIDA DE LOS EQUIPOS				
DATOS TECNICOS		NOMBRE		UBICACIÓN
		MARCA		SERIE
		CODIGO		
REGISTROS DE MANTENIMIENTO				
NUMERO	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	DESCRIPCION	RESULTADO

ANEXO F. Escala de Riesgos de caídas (JH DOWTON)

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J.H. DOWTON) ALTO RIESGO MAYOR DE DOS PUNTOS		
CAIDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Anti parkinsonianos	1
	Anti depresivos	1
DEFICIT SENSORIAL	Ninguno	0
	Alteraciones Visuales	1
	Alteraciones Auditivas	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
	Normal	0
DEAMBULACION	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1

**ANEXO G. Manual de seguridad del
paciente de la IPS Desde los pies
Fisioterapia Especializada.**

Desde los
pies
Fisioterapia Especializada



MANUAL DE SEGURIDAD

DEL PACIENTE



TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
1. MISIÓN	143
.....	143
2. Visión	143
3. OBJETIVO	144
.....	144
4. ALCANCE	144
5. DEFINICIONES.....	145
6. POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	147
7. PROCESO INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN AL PACIENTE.....	148
8. INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA	150
9. Eventos Adversos	152
9.1 Caídas 152	
9.1.1 Ruta de acción ante una caída	153
9.1.2 Cómo prevenir una caída	154
9.2 Fracturas.....	155
9.2.1 Ruta de acción ante una fractura	156
9.2.2 Cómo prevenir una fractura	157
9.3 Quemaduras	158
9.3.1 Ruta de acción ante quemaduras.....	159
9.3.2 Cómo prevenir las quemaduras 161	
9.4 Úlceras por presión.	162
9.4.1 Ruta de acción ante una Úlceras por presión.	163
10. BIBLIOGRAFIA	165
ANEXOS	

LISTA DE CUADROS

Pág.

Cuadro 1. Modelo de Seguridad del Paciente.....	151
---	-----

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Historia Clínica.....	171
Anexo 2. Derechos y deberes del paciente	175
Anexo 3. Consentimiento informado	176
Anexo 4. Lavado de manos.....	40
Anexo 5. Hoja de vida de los equipos.....	41
Anexo 6. Reporte institucional del evento adverso	42
Anexo 7. Formato de analisis y gestión de eventos adversos.....	43
Anexo 8. Escala de riesgos de caidas.....	45

LISTADO DE SIGLAS Y ACRONIMOS

EA

Evento Adverso

OMS

Organización Mundial de la Salud

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente constituye un elemento fundamental en la gestión de la calidad del cuidado que se brinda, y es un compromiso de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Fisioterapia y de su talento humano, quienes tienen como objetivo, optimizar la calidad de vida mediante procesos asistenciales seguros que permitan recuperar, habilitar y rehabilitar el movimiento humano. No obstante, el proceso de atención puede estar condicionado al riesgo inevitable de presentar un evento adverso, que puede ocasionar daños directos en el paciente como: caídas, fracturas, quemaduras, úlceras por presión y hematomas, entre otros.

Por tal razón, se formuló para la Institución Desde los Pies, Fisioterapia Especializada el Manual de Seguridad del Paciente atendido en consultorio diagnosticado con patologías musculoesqueléticas a fin de promover procesos institucionales y asistenciales seguros, e incentivar buenas prácticas que mejoren la actuación del Fisioterapeuta por medio de la identificación, prevención y reducción de riesgos que se generen durante la intervención, sumado a una ruta de acción ante el evento adverso que sobrevenga.

EL MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Desde los pies, fisioterapia especializada

Promueve la cultura de seguridad, basada en la confianza, gestión de riesgos, calidad, seguimiento de procesos e implementación de programas que capaciten al profesional para ofrecer a sus pacientes servicios asistenciales con eficiencia y





1. MISIÓN

Es una institución de salud que presta servicios en terapia física, conformada por un equipo humano especializado, con criterios éticos y científicos, soportados en una previa valoración médica, un diagnóstico, tratamiento y evolución de patologías musculoesqueléticas.



2. VISIÓN

En el año 2020, será reconocida en el ámbito regional como la institución prestadora de servicios de salud en rehabilitación física, enfocada a nuevas alternativas de tratamiento que mejorarán la calidad de vida de nuestros pacientes, y permitirá a la institución incursionar en nuevos mercados.

3. OBJETIVO

Formular el Manual de Seguridad del Paciente en la prestación de servicios de terapia física en consultorio para la institución Desde los pies, Fisioterapia especializada de la ciudad de Bucaramanga.



4. ALCANCE

El Manual de Seguridad del paciente de la institución Desde los pies, Fisioterapia Especializada es de aplicación exclusiva para la Rehabilitación en sus consultorios de pacientes diagnosticados con lesiones musculoesqueléticas.

5. DEFINICIONES

- * **Barreras de seguridad:** Acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o del evento adverso. Ejemplo: lavado de manos, barandas, pulseras, cinturón de seguridad, etc.
- * **Complicación:** resultado clínico adverso de probable aparición e inherente a las condiciones del paciente.
- * **Error humano:** Lesión causada por el terapeuta y/o por un tratamiento incorrecto.
- * **Evento adverso no prevenible:** Aquella lesión o daño que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- * **Evento adverso prevenible:** es aquella lesión o daño que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- * **Evento Adverso:** Lesión no intencional causada por el profesional de la salud durante la atención que amenaza o causa la muerte al paciente. Según su naturaleza los eventos adversos pueden ser prevenibles o no prevenibles.

- * **Evento centinela:** Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o daño físico o psicológico SEVERO de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida.
- * **Falla de la atención en salud:** Una deficiencia no intencional en la planeación y ejecución de una atención en salud, bien sea por acción u omisión.
- * **Incidente:** Es un evento que sucede en la atención clínica de un paciente y que no genera daño, pero que en su ocurrencia se generan fallas en los procesos de atención.
- * **Incidente:** Eventos que no causan daño en el paciente. Ejemplo: rubor o enrojecimiento de la piel.
- * **Seguridad del paciente:** ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables producidas como consecuencia de la atención a la salud recibida, es consecuencia de la interacción y el equilibrio permanente de múltiples actuaciones del sistema de salud y su talento humano.

6. POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Es un conjunto de acciones y estrategias que ofrece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos Adversos para contar con instituciones seguras y competitivas.

La seguridad del paciente exige la atención y acciones permanentes y coordinadas en tres niveles:



La implementación de prácticas seguras de la atención en salud, incluye cuatro grupos de requisitos que apuntan a:

1. Obtener procesos institucionales seguros.

2. Obtener procesos asistenciales seguros.

3. Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.

4. Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.

7. PROCESO INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN AL PACIENTE.

Para garantizar el acceso del paciente a la institución es necesario que solicite telefónicamente la programación de una cita con el Fisioterapeuta.

A continuación se realizará en el registro institucional la automatización de los datos de identidad del paciente y la fecha y la hora en la cual recibirá la atención.

Una vez el paciente acude a la institución el Fisioterapeuta deberá cumplir con las siguientes actividades:

1.	Identificación del paciente: Es indispensable confirmar nombre y documento de identidad del paciente con los datos registrados en el sistema institucional.
2.	Ubicación: Indique al paciente el consultorio en el cual será atendido y acompañelo hasta llegar al mismo.
3.	Historia clínica: Diligencie el formato de Historia clínica (Anexo 1) a partir de los datos obtenidos durante la anamnesis y evaluación de la actividad funcional del paciente mediante el examen físico, pruebas semiológicas, goniometría, Escala Visual Análoga, entre otros. Posteriormente consigne el diagnóstico fisioterapéutico.
4.	Dialogo paciente – Fisioterapeuta: Eduque al paciente acerca de su enfermedad, la intervención a realizar, su aporte por medio de su propio autocuidado y los riesgos de la intervención a realizar y la prevención de accidentes.
5.	Consentimiento informado: De a conocer al paciente sus deberes y derechos. (Anexo N. 2), y el consentimiento informado que es el documento en donde el paciente con su firma autoriza de manera libre, voluntaria y consciente la realización de la evaluación fisioterapéutica y la ejecución de la intervención por parte del profesional en Fisioterapia. (Anexo N. 3).



8. INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA

Los Fisioterapeutas desde su hacer profesional contribuyen en la promoción, mantenimiento y restauración de la función física de los pacientes; por medio de estrategias terapéuticas como son:

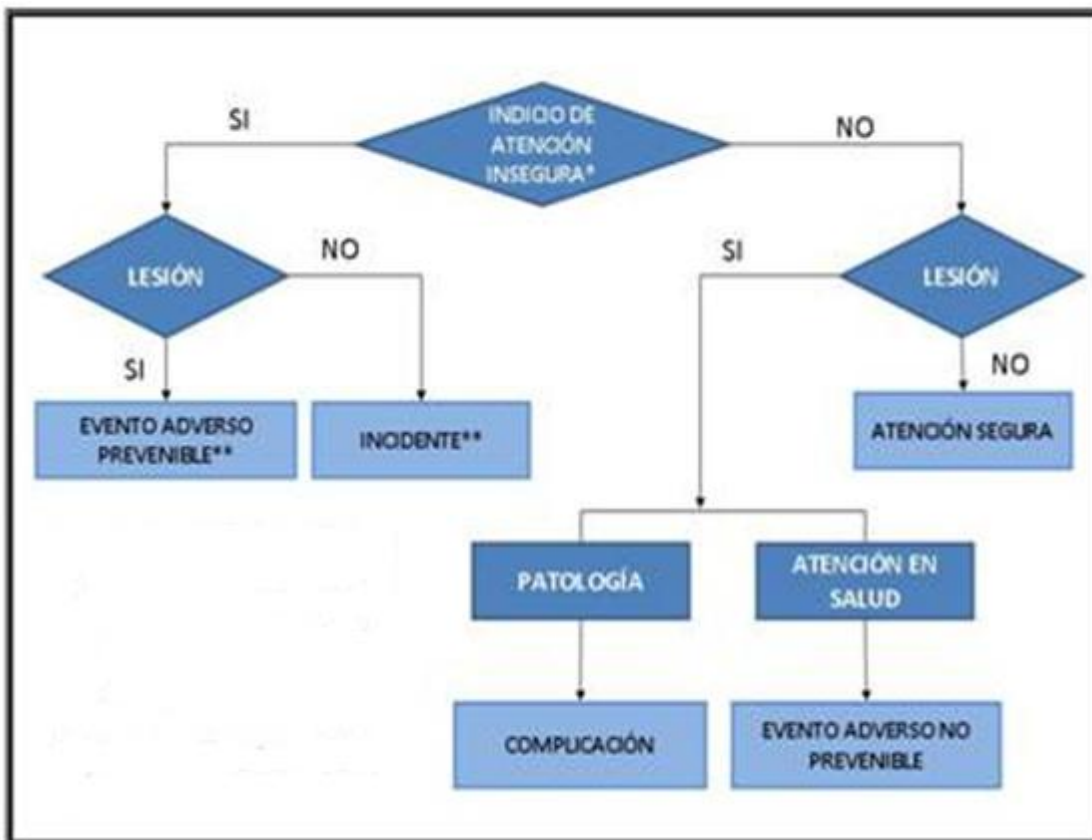


En cada uno de las intervenciones fisioterapéuticas el profesional debe tener en cuenta las siguientes buenas prácticas:

1.	Lavado de manos: Realizar el lavado de manos antes de cada sesión de terapia. (Anexo 4)
2.	Evaluar el paciente al inicio de cada sesión: Examinar la condición al ingreso del paciente, el proceso de cicatrización, y el grado de dolor que refiera.
3.	Equipos: Verificar el buen estado de los aparatos de electroterapia. (Anexo 5)
4.	Familia y casa: Involucrar a la familia en el proceso de rehabilitación y elaborar un plan casero y educar al paciente en casa.
5.	Acompañamiento: No dejar al paciente solo durante la atención y firmar las notas de evolución por cada terapia realizada.

A pesar de la implementación de buenas prácticas, durante la atención proporcionada al paciente pueden presentarse problemas que de cumplir con las siguientes características se denomina evento adverso, estas son: la existencia de lesión, el hecho que esta se pueda atribuirse a la atención en salud; y que se haya producido de manera involuntaria por el personal asistencial (Ver cuadro 1).

Cuadro 1. Modelo de Seguridad del Paciente.



9. Eventos Adversos

El evento adverso definido como la lesión no intencional causadas por el profesional de la salud durante la atención, requiere ser **reportado** (Anexo 6) y **analizado** (Anexo 7). En Fisioterapia se presentan con mayor frecuencia eventos adversos como caídas, fracturas, quemaduras y úlceras por presión. A continuación se presenta una breve descripción de cada uno de estos eventos adversos y la ruta de acción ante su ocurrencia.

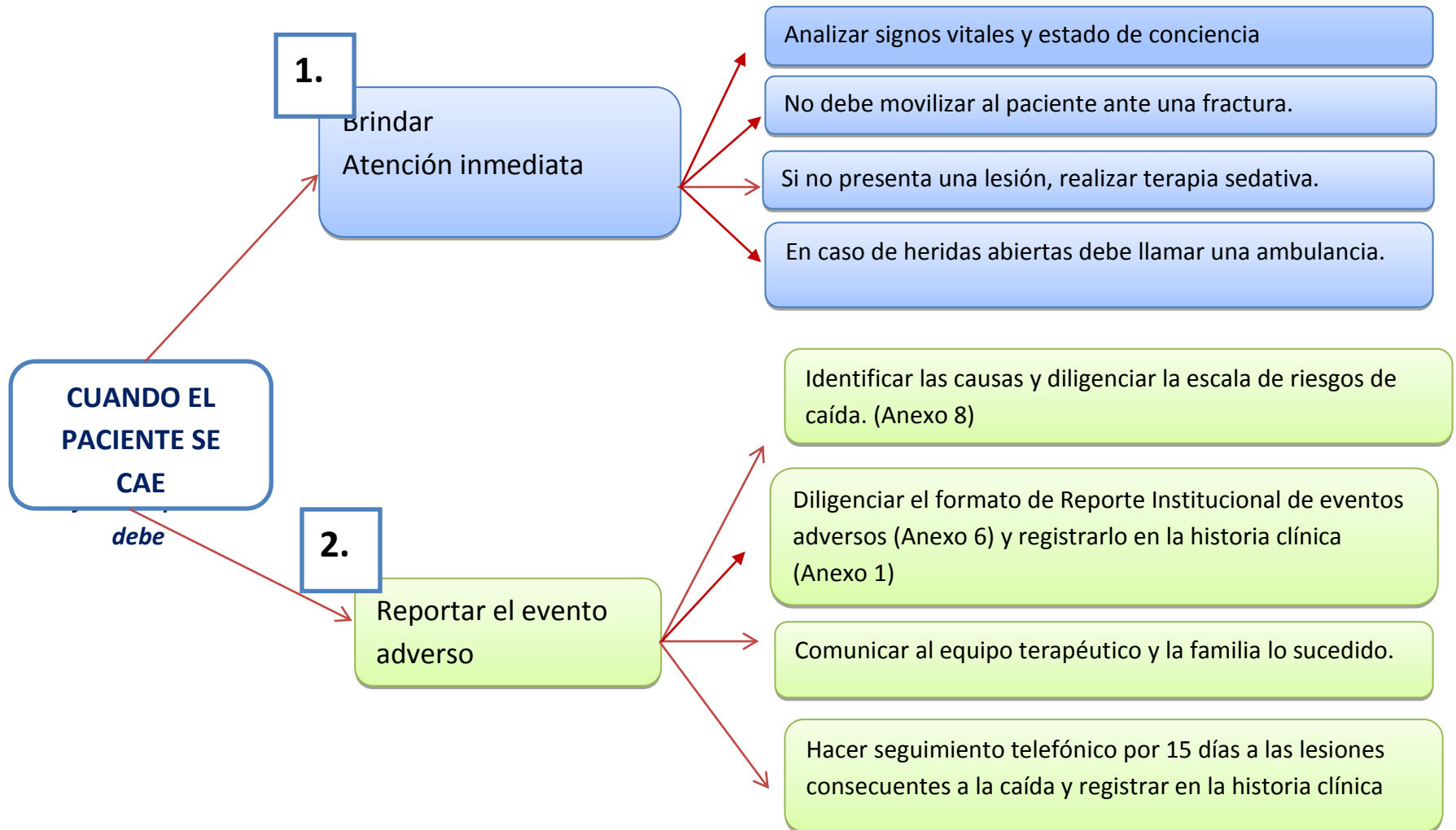
9.1 Caídas

Según la OMS se define como la consecuencia de cualquier acontecimiento en el que se define como la consecuencia de cualquier acontecimiento en el que se precipita una persona al piso en contra de su voluntad.

¿Qué debo hacer en caso de una caída?



9.1.1 Ruta de acción ante una caída



9.1.2 Cómo prevenir una caída

Las caídas se pueden prevenir por acciones del personal de la institución o del paciente, así:

Acciones del Personal Institucional

1. Acompañar al paciente durante la terapia.
2. Utilizar camilla baja cuando se atiende a un adulto mayor.
3. Identificar al paciente con alto riesgo de caída e identificarlo con la pulsera.
4. Contar con iluminación adecuada en los consultorios.
5. Tener piso antideslizante y limpio.
6. Hacer mantenimiento preventivo a los equipos.
7. Utilizar cinturón en el paciente durante el entrenamiento de marcha.
8. Capacitar al paciente sobre su seguridad y prevención de caídas.

Acciones del Paciente

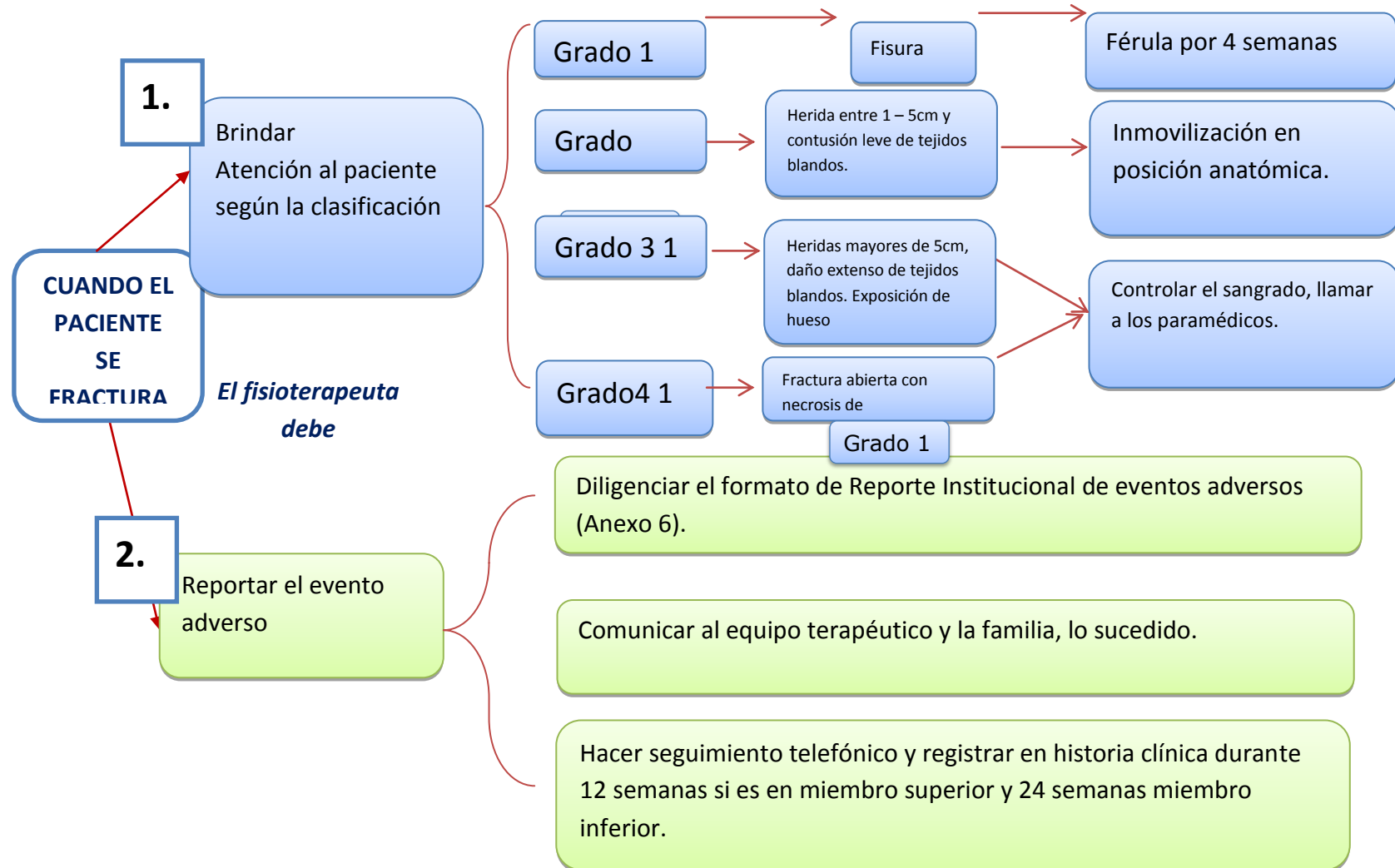
1. Solicitar asistencia del fisioterapeuta para realizar los cambios de posturas.
2. Prevenir los riesgos evitables descritos por el fisioterapeuta.
3. Comunicar al Fisioterapeuta las dudas sobre las estrategias terapéuticas implementadas.

9.2 Fracturas

Es definida como la pérdida de la continuidad normal del tejido óseo. Pueden clasificarse en cuatro grados de 1 a 4, según el compromiso del hueso y los tejidos blandos, así: grado 1, herida asintomática o fisura; grado 2, herida sintomática no incapacitante que requiere inmovilización; grado 3, herida sintomática desplazada o abierta; y grado 4, lesión incapacitante que puede ocasionar la amputación del segmento.



9.2.1 Ruta de acción ante una fractura



9.2.2 Cómo prevenir una fractura

Conocer la Historia Clínica del paciente (Antecedentes:
Osteoporosis, diabetes, hipertensión)

Conocer la etapa de recuperación del paciente

Conocer la guía de manejo de la patología a tratar

No exceder en la resistencia manual ni mecánica durante la
realización del ejercicio

Educar al paciente en cuanto a la exposición a factores de riesgo

Disponer de barreras de seguridad en consultorio

Estar en comunicación con el equipo interdisciplinario

9.3 Quemaduras

La quemadura es la lesión producida por agentes físicos, químicos, biológicos que actúan sobre la piel y tejidos subyacentes destruyéndolos parcial o totalmente, Pueden clasificarse en:

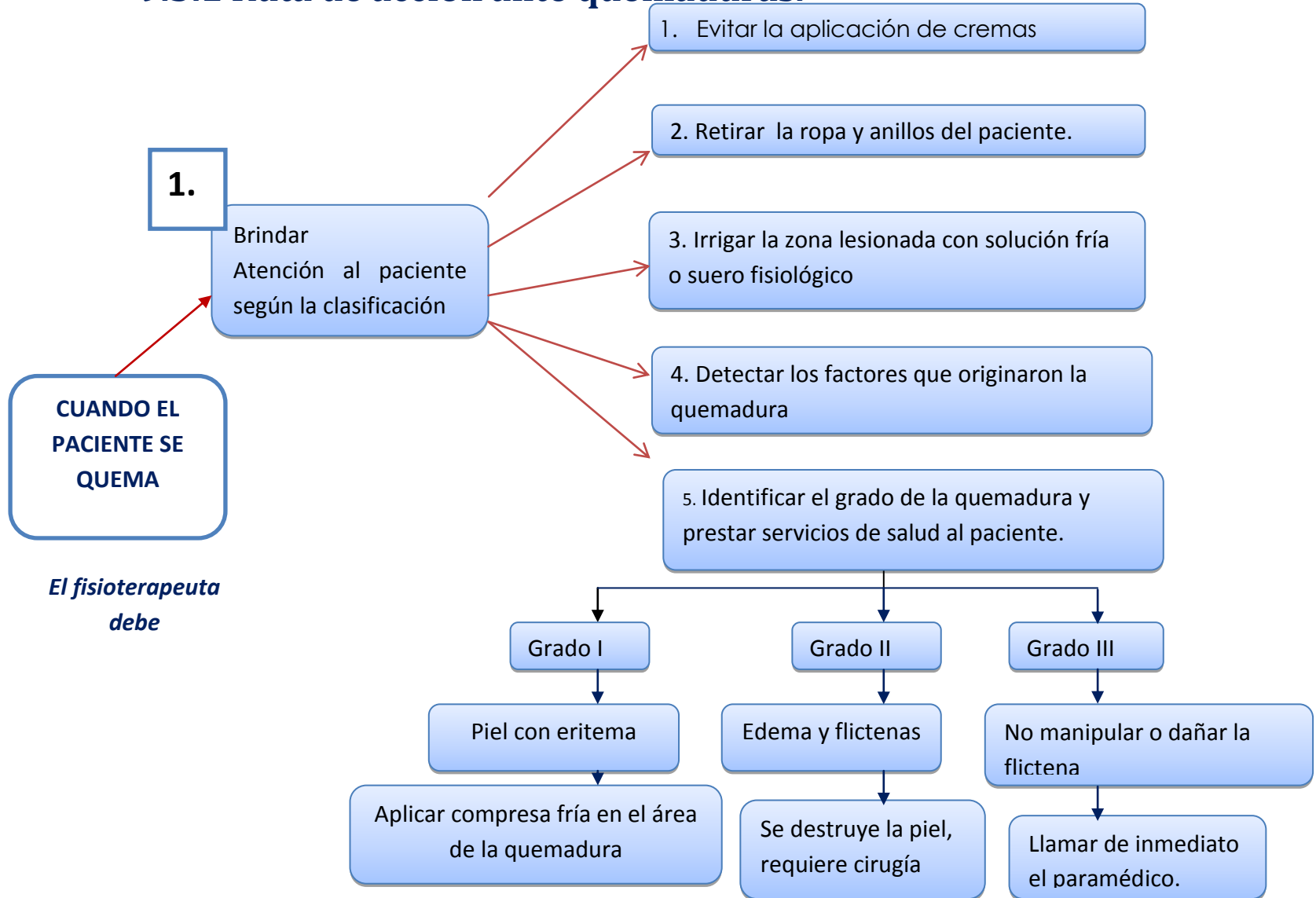
Quemadura de I GRADO: Producida por un agente causal, calor, frío, que compromete únicamente a la epidermis.

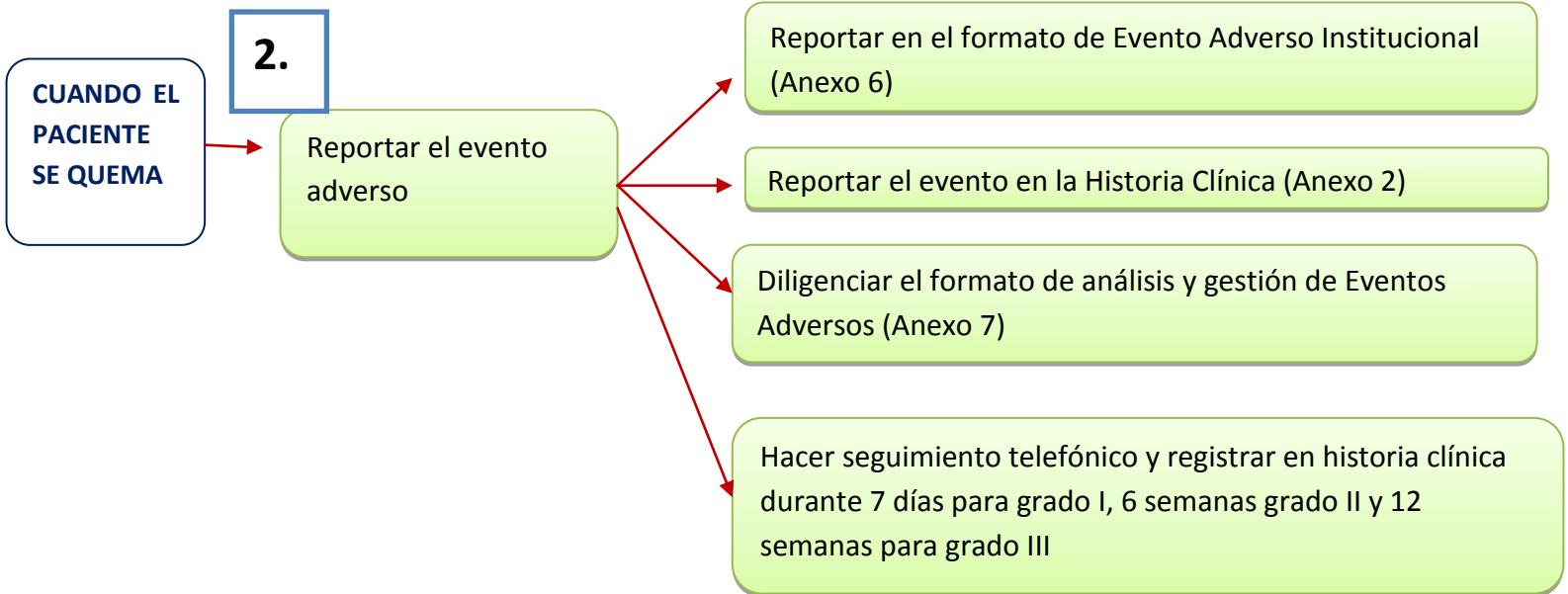
Quemadura de II GRADO: Lesión que afecta la dermis (segunda capa de la piel), Se clasifica en superficial y profunda. La quemadura superficial cicatriza sin dejar secuelas en menos de 15 días, y la quemadura profunda destruye la dermis. La cicatrización se produce después de 18 días. Puede provocar cicatriz, queloide y retracciones.

Quemadura de III GRADO: Lesión que implica destrucción de músculo y estructuras óseas. Generalmente son el resultado de lesiones por equipos eléctricos.



9.3.1 Ruta de acción ante quemaduras.





Si la quemadura del paciente fue por causa de una descarga eléctrica o equipo en mal funcionamiento, favor reportar y verificar en la hoja de vida del equipo (Anexo 5).

9.3.2 Cómo prevenir las quemaduras

Conocer la Historia Clínica del paciente (Antecedentes: Hipoestesia).
(Anexo 2)

Monitorear la aplicación de electrodos y paquetes calientes

Cubrir la piel del paciente con una toalla y luego colocar el paquete
caliente evitando que destile agua

Preguntar al paciente: ¿si el paquete está muy caliente?, ¿si es tolerable
el calor?

Adecuar las Instalaciones eléctricas, distantes de la camilla del paciente.

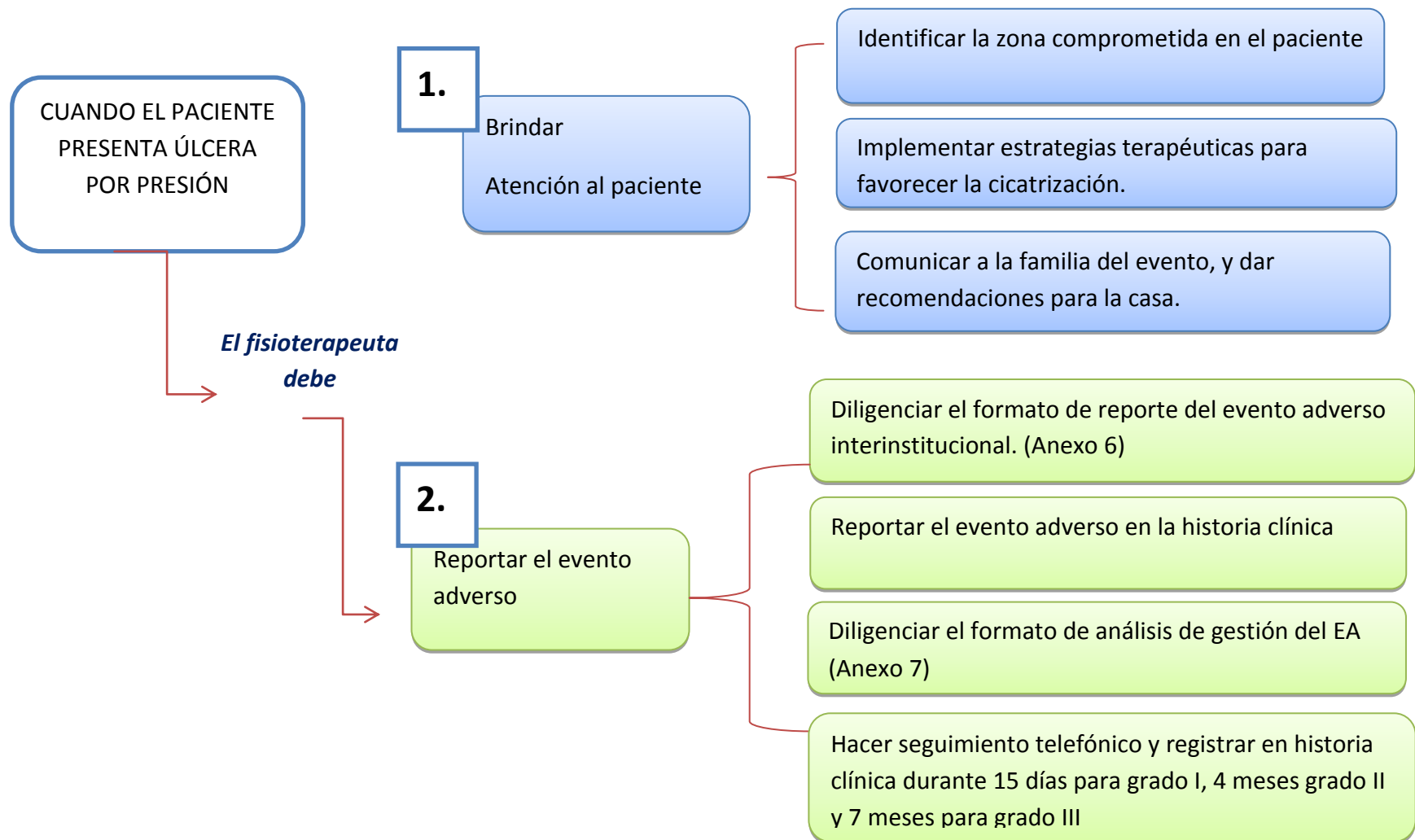
9.4 Úlceras por presión.

Son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. El riesgo es mayor si está recluido en una cama, utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro. Pueden constituir un problema para las personas en los centros de cuidados especializados.

¿Qué debo hacer en caso de úlcera por presión?



9.4.1 Ruta de acción ante una Úlceras por presión.



9.4.2 Cómo prevenir las úlceras por presión.

Educar al paciente y la familia en la realización de cambios de posturas regularmente y la adopción de posturas correctas.

Valorar integralmente la piel desde la cabeza hasta los pies

Examinar la integridad de la piel del segmento corporal afectado en el paciente, al iniciar cada sesión de terapia.

Realizar humectación de la piel y usar aditamentos para disminuir la presión en una zona a riesgo de ulcerarse.

10. BIBLIOGRAFIA

1. ALAN, JETTE. Functional disability assesment. Measurement in Physical therapy. New York:2013.Vol.67 N. 12, p. 1859
2. ALONSO, Luz Marina. Adverse event and public health. Revista de Salud Pública. Bogotá:2009. Vol. 25. N. 1, p.125
3. ANGEL, Aida. La política de seguridad del paciente, Universidad Libre, Bogotá: 2010. Vol. 13 N.1, p. 32
4. ARANAZ, Jesús. Sucesos Adversos relacionados con el uso de medicamentos. Departamento de Salud Pública. España. Universidad Miguel Hernández. San Juan de Alicante. 2006 Vol 126 N. 3 p. 1157
5. BAECHLE, Earle. Principios de entrenamiento de la fuerza y acondicionamiento físico. 2 edición. España: Editorial Panamericana. 2007. p. 2836
6. BASCUFAANA, Dysmart. Métodos de potenciación muscular. Medicina de Rehabilitación médica. Madrid 2006; Vol. 3 N.4 p. 132
7. BATES, David. Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica: Hacia una atención hospitalaria más segura. Organización Mundial de la Salud. Ginebra Suiza. 2010. P. 10
8. BRENNAN TA, LEAPE LL, LAIRD N, HEBERT L, LOCATION AR, et al. Incidence of adverse effects and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. Nengl J Med 1991; p. 370
9. CARNES, Dawn. Adverse events in manual therapy: a systematic review. Chile: European scool of osteopathy. 2009. p. 60
10. CASSADY, Sandra. Patient safety. Cardiorespiratory responses of healthy subject to calisthenics performed on land versus wáter. Canada: Physical therapy journal.2002 V. 72, p.538
11. CARLESSO, Lisa. Adverse events in Canadian manual physiotherapy: the patient practitioners and research experience. Toronto, McMaster University 2013. p. 455

12. CORRIGAN, Janet. committee on quality of health care in améica, institute of medicine. Washington: National Academy Press, 2000 p.255
13. Common terminology criteria for adverse events tomado de <http://journal.nzma.org.nz/journal>. New Zeland: 2006, p. 72 el 25 de Julio de 2013.
14. CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL. Tomado en <http://www.juntadeandalucia.es/salud>. España: 2009 el 22 de julio de 2013
15. GAITAN, Lina. Evaluación de la existencia de un protocolo sobre buenas prácticas para la seguridad del paciente e identificación de los factores en la corporación IPS Tolima. Ibagué. 2010. p. 120
16. GARBIN, C. Consentimiento informado en la práctica física: aspectos éticos y legales. Brasil. 2006. Vol. 44 N. 2 p. 261
17. GEMMEL, Hugh. Chiropractic And Osteopathy. Relative effectiveness and adverse effects of cervical manipulation. 2010. Vol 10 p. 1340
18. CARIDE, José. Cuidado con los masajes. the new Zealand medical journal, vol 126. N 1375. 2013 p 70
19. DELGADO Leonardo. Fundamento metodológicos da gimnastica. Rio de Janeiro.2012 p. 226
20. DUARTE, Hernando y cols. Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia. 10 ed. Bogotá, Colombia, 2006, p. 215
21. EFFING, Tomas. Educación en autocuidado para pacientes de fisioterapia. Oxford. 2007 Vol 2, N. 1 p. 145
22. ELDER, Nancy. Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care. Washington: PHYSICAL THERAPY 2002. Vol. 51 N. 11, p. 927
23. EDINSON, Franco. Error en medicina y seguridad del paciente. Journal of family practice. Buenos Aires: Centro de investigaciones. 2010 Vol. 51 N. 11:927 p 1657

24. ESPINOSA, Fernando. Análisis Causa Raíz. Gestión del mantenimiento. Universidad de Talca. Chile. 2010 p, 158.
25. FAJRELDINES, Ana. Aplicación de la metodología trigger tool en un sistema de prescripción electrónica no asistido versus un sistema en papel para hallazgos de errores de medicación en pacientes hospitalizados. En III Congreso argentino de salud, CASI, Buenos Aires. 2012. p. 259
26. FERNÁNDEZ, Nélica. Los eventos adversos y la calidad de atención. Buenos Aires: 2004. p. 102
27. FIED Marie, Institute of medicine committee to advise the public serve on clinical practice guidelines. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington: National academy of Siences; 1990
28. Fisán. centro de fisioterapia. Universidad católica de Valencia. España. 2010
29. FREDERICSON, Michael. Muscular BANCE, Core stability, and injury prevention for middle and long distance runner. Physical medicine and rehabilitation clinics of North America. 2005 669-689
30. FRENK, Julio. La salud pública. Campo del conocimiento y ámbito para la acción. 1 edición. Fondo de cultura económica. Ciudad de México: 1997. p. 58
31. G. ROSS. The Canadian adverse events study: the incident of adverse events among hospital patient in Canada. Canadian Medical Association Journal. JAMC 25 may 2004; 170 page 1678-1686
32. GIRALDO, Marcela. Sistema de Garantía de Calidad de Salud: 5 años de implementación. Dirección general de calidad de servicios, Bogotá Colombia. 2010. p 38
33. GUERRERO, Ramiro. Sistema de Salud en Colombia. Instituto Nacional de salud pública. Ciudad de México. 2011. p. 53
34. HARLES, Vincent. How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. BMJ 2000; p. 781
35. H Gain. Editions. Scientifiques et medical elsevier SAS. Paris 2003.

36. HENANDEZ, Mario. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Salud Pública Río de Janeiro: 18:9001-9002. 2002
37. INTERNATIONAL JOURNAL OF ORTHOPEDIC MEDICINE. CARNES, Dawn. Defining adverse events in manual therapies: a modified Delphi consensus study. Londres. 2010:94-98
38. JASON, Shea. Isometric training, Holds, presses and more. 2004
39. JETTE, Diane. physical therapy Use of quality indicator in physical therapist practice: an observational study. 2012. Vol30 N 12 p. 15
40. KERGUELEN, Carlos. Calidad en salud en Colombia. Los principios. Ministerio de Protección Social, Bogotá. 2010. p. 53.
41. KOHN, Linda. To err is human: Building a safer health system. 8 ed. Washington: Gustavo Gili S.A., 1999 p. 85
42. MACCUILLI, Gerald. Safety of the patient. Third Edition. Physical therapy. 2007
43. MARTINEZ, Manuel. Manual de medicina física. cuarta edición. Barcelona: Harcourt brace, 2008. p. 427
44. Matwe H. Treatment of pain and inflammation. Masayoshi, MD, 2007
45. MD Thomas E. Therapeutic exercise. Physical medicine and rehabilitation board review. New York: Demos Medical Publishing; 2004
46. MEDICINE AND SCIENCE IN SPORTS AN EXERCISE, SAYER, and Stephen. Adverse events associated with eccentric exercise protocols: six case studies. Med sporta exerc. 1999. Vol 31 N 12
47. MENDERDRUT, Eduardo. Entrenamiento Funcional. Brasil. 2006. p 120
48. MERIDA DE LA TORRE, Francisco. Fundamentos de seguridad del paciente. Madrid España: Editorial Médica Panamericana. 2012. P 150
49. NANCY, Elder. Classification of medical error and preventable adverse events. Second Edition. Washington D.C: Journal of family practice, 2002. Vol 51. N 11. p 932
50. NICHOLAS Taylor. Progressive, resistance exercise in physical therapy: Summary of systematic review, 2007. Vol 27 N 8 p 174

51. Physical therapy claims study. Physical therapy. 2006. Page. 4 Consultado el 29 de Julio de 2013
52. REASON, James. Human error: Models and management. Swiss cheese model BMJ. Washington, 2000 p 320:768-770
53. RESTREPO, ARBELÁEZ Ricardo .y colaboradores. Rehabilitación en salud una mirada médica necesaria. Yuluka medicina. Editorial universidad de Antioquia. Primera edición. 2004. Medellín Colombia. p. 223
54. RODRÍGUEZ, Martin. Electroterapia en Fisioterapia. Editorial medica Panamericana. Madrid. España. 2000 p 526
55. RODRÍGUEZ, Jacqueline. Análisis de la política pública colombiana de seguridad del paciente y sus implicaciones. Bogotá. 2001
56. RODRÍGUEZ, P. Ejercicio físico en salas de acondicionamiento muscular. Bases científico médicas para una práctica segura y saludable. editorial panamericana. Madrid. 2008. p.230
57. RUELAS, Enrique. Seguridad del paciente hospitalizado. 4 ed. Ciudad de México: Medica Panamericana, 2007. p 98
58. SACKETT, David. Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics. Second Edition. Ontario Canadá: McMaster Universito. Hamilton, 2009
59. SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE COLOMBIA. Manual guía para el diseño arquitectónico servicio de consulta externa. Bogotá: 2010
60. SERVICIO DE ANDALUZ. Rehabilitación y fisioterapia en atención primaria. Guía de procedimientos. Servicio de andaluz consejería de salud. Tecnographic. 2003. p.79
61. SYLVANI, Qi. Long Lu. Safety of Customized Gene therapy Demonstrated by clinical trial for muscular dystrophy. Physical therapy. 2011
62. SUSAN, Bartlerr. Role of exercise in arthritis management. The John Hopkins arthritis center. Washington. 2007. p 250
63. THOMAS E. Therapeutic exercise. Physical medicine and rehabilitation board review. New York: Demos Medical Publishing; 2004 Physical medicine and rehabilitation board review. New York: Demos Medical Publishing; 2004

Tomado de Internet:
<http://www.merckmanuals.com/home/fundamentals/rehabilitation/treatment>
Physical therapy claims study. Physical therapy. 2006. Page. 4 Consultado el
29 de Julio de 2013

Anexo 1. Historia Clínica

HISTORIA CLINICA

Datos de identificación

Fecha y hora de atención

Día Mes Año Hora

Primer apellido Segundo apellido Nombre (s)

Documento de identidad N° _____ CC _____ TI _____ RC _____

Fecha de nacimiento D _____ M _____ A _____ Edad _____

Sexo F _____ M _____ Lugar de residencia _____

Municipio _____ Ocupación _____

Nombre de responsable del paciente _____

EPS _____ NUMERO _____

DX Médico _____

DIAGNOSTICO FISIOTPERAPEUTICO: _____

SESIONES: _____

Motivo de la consulta _____

Cuánto tiempo lleva estos síntomas _____

Es diestro o zurdo _____

ANTECEDENTES _____

Alteraciones de sueño _____

HÁBITOS ALIMENTICIOS _____

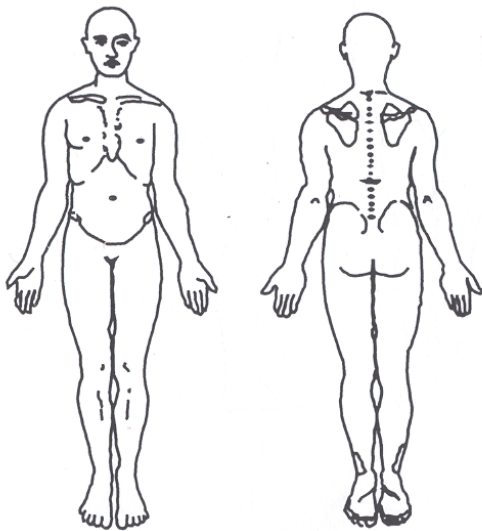
Dolor, según EVA. Donde se localiza _____



Aplicación de pruebas semiológicas _____

Alteraciones de sensibilidad _____

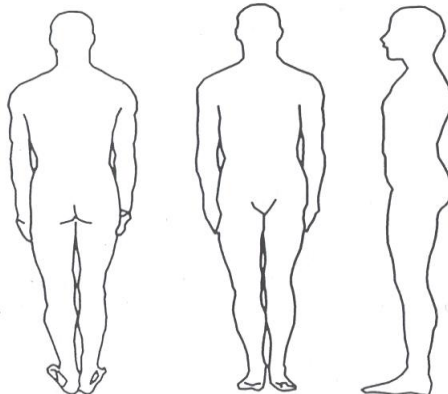
ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS

Dibujo del Dolor /Cicatrices



- Constante : 
 - Intermitente 
 - Superficial 
 - Profundo 
- COLOR**
- Rojo: Severo EVA 8-10
 - Amarillo: Moderado EVA 5-7
 - Azul: Suave EVA 1-4

EVALUACION POSTURAL



ACTIVIDAD MOTORA Y VOLUNTARIA:

Traslados: _____

Desplazamientos: _____

Control Pélvico: _____

Equilibrio: _____

Coordinación: _____

INTEGRIDAD ARTICULAR Y MOVILIDAD

Rango de movimiento: _____

DESEMPEÑO MUSCULAR

Flexibilidad: _____

Resistencia muscular: _____

Control postural: _____

MARCHA, LOCOMOCION Y BALANCE: _____

ORTESIS Y APARATOS DE SOPORTE Y PROTECCION: _____

EVALUACION: _____

PLAN DE INTERVENCION: _____

Registro de seguimiento en caso de presentarse evento adverso

Fecha:	Tipo de evento:
Seguimiento:	

Anexo 2. Derechos y deberes del paciente

(Ministerio de Salud. Resolución 13437 de 1991. Colombia)

DERECHOS

- A ser llamado por su nombre
- Derecho a elegir libremente al terapeuta
- Firmar el consentimiento informado
- Ser atendido de manera oportuna, integral y con calidad
- Conocer y comprender el contenido de los derechos y deberes
- Conocer la fecha y hora cuando se realice la terapia física
- Ser respetado y recibir un trato sin discriminación social, cultural, racial o religiosa.
- Conocer los riesgos y beneficios del tratamiento de fisioterapia.
- Recibir atención por parte del personal calificado con un trato amable y cortés
- Mantener la confidencialidad de la Historia Clínica

DEBERES

- Presentar la historia clínica del médico tratante
- Conocer sus derechos y cumplir con los deberes de la IPS Desde los pies
- Asistir o cancelar oportunamente las citas de terapia
- Seguir estrictamente las instrucciones sobre exámenes y procedimientos terapéuticos
- Cuidar las instalaciones físicas de la institución
- Respetar a los profesionales y brindar un trato amable
- Reportar cualquier evento o incidente durante el tratamiento

Anexo 3. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INICIO DE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA

FECHA: _____

DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____

Yo _____ mayor de edad, identificado con C.C N. _____ DECLARO que he sido informado hoy por el fisioterapeuta _____ y autorizo para que el equipo profesional de la Institución desde los pies fisioterapia especializada realice la valoración inicial al igual que la planeación del tratamiento y se lleve a cabo la intervención fisioterapéutica acorde a los requerimientos individuales de mi diagnóstico, teniendo en cuenta las diferentes modalidades de intervención utilizadas por la Institución; también aclaro que se me informo acerca de las molestias mínimas y se me advirtió de los siguientes riesgos previsivos:

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas generadas, he recibido información satisfactoria, por lo que doy mi constancia de haber sido informado y mi consentimiento para que se le realicen los procedimientos propios del tratamiento, aceptando los riesgos ya mencionados. Queda constancia que se ha generado el consentimiento informado, mediante un documento que comporta el deber previo de informar correctamente.

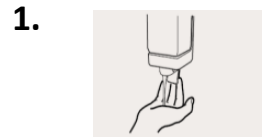
Firma del paciente o familiar

Firma del Fisioterapeuta

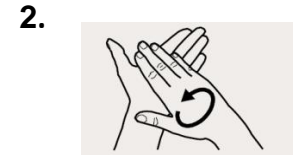
Anexo 4. Lavado de manos



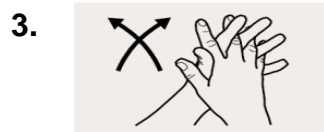
Mójese las manos.



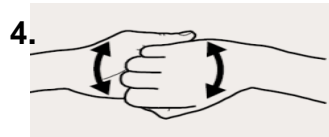
Aplique suficiente jabón para cubrir todas las superficies de las



Frótense las palmas de las manos entre sí con las palmas



Frótense las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.



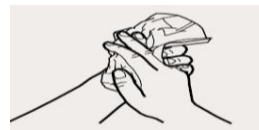
Frótense el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta.



Frótense el pulgar izquierdo, rodeándolo con la palma de la mano derecha.



Enjuáguese las manos.



Séquese con una toalla desechable.




Utilice la toalla para cerrar el grifo. En este punto, sus manos son seguras

Anexo 5. Hoja de vida de los equipos


HOJA DE VIDA DE LOS EQUIPOS				
DATOS TECNICOS		NOMBRE		UBICACIÓN
		MARCA		SERIE
		CODIGO		
REGISTROS DE MANTENIMIENTO				
NUMERO	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	DESCRIPCION	RESULTADO

Anexo 6. Reporte Institucional de eventos adversos

 REPORTE INSTITUCIONAL DE EVENTOS ADVERSOS	
DESCRIPCION DE LO OCURRIDO	
DESCRIPCION DEL SUSCESO ADVERSO	ACCIONES INSEGURIAS IDENTIFICADAS Y/O FALLAS EN BARRERAS DE SEGURIDAD
1. 2. 3.	1. 2. 3.
SOLUCION INMEDIATA	
FACTORES CONTRIBUTIVOS	
HORA, FECHA Y LUGAR DEL EVENTO ADVERSO:	
Fecha y hora del reporte:	

Nombre del que reporta:
servicio que reporta:
Profesional responsable:

Anexo 7. Formato de análisis y gestión de eventos adversos

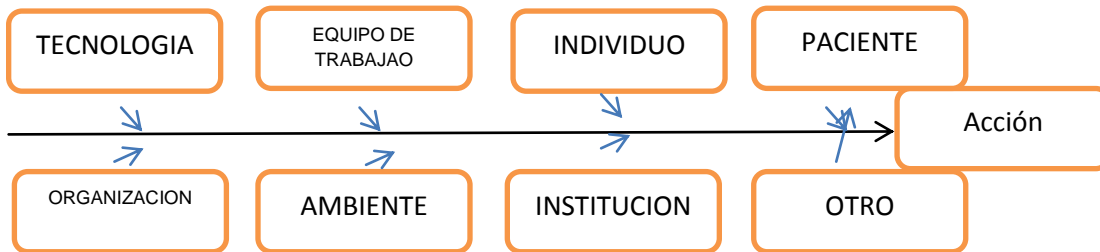
 ANÁLISIS Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	
SERVICIO:	
Nombre del paciente:	
Historia clínica	Teléfono
Diagnostico	
Evento adverso: instalación_____	protocolo de tratamiento:_____
Evento:	
Descripción del evento:	
CLASIFICACIÓN DEL EVENTO	
Infección:	Electroterapia:
Medicamento:	Protocolo de tratamiento:
Infraestructura:	Administrativo:
Organización:	Otro:

DESENLACE GENERADO POR EL EVENTO ADVERO

Muerte:	Enfermedad:
Lesión o daño de la función: Grave: Leve:	Intervención: Fisioterapia: Quirúrgico: Hospitalización:
Incapacidad prolongada:	Riesgo Potencial:

Acciones Inseguros

FACTORES CONTRIBUTIVOS



ANALISIS CAUSAL

CAUSAS PRINCIPALES	
PLAN DE ACCION	
N. ACCION	RESPONSABLE FECHA
SEGUIMIENTO Y VERIFICACION	
Implementado: __no implementado__	Parcialmente implementado: __fecha:
N. ACCION	RESPONSABLE FECHA
Responsable del seguimiento:	
Fecha:	

Anexo 8. Escala de riesgos de caídas

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J.H. DOWTON) ALTO RIESGO MAYOR DE DOS PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Anti parkinsonianos	1
	Anti depresivos	1
SENSORIAL	Ninguno	0
	Alteraciones Visuales	1
	Alteraciones Auditivas	1
ESTADO DE CONCIENCIA	Orientado	0
	Confuso	1
	Normal	0
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1