

**DIAGNÓSTICO, DOCUMENTACIÓN Y PROPUESTA DE UN PLAN DE
MEJORAMIENTO DE ACUERDO A LOS ESTANDARES DE LA RESOLUCIÓN
2003 DE 2014 DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL EN
LA IPS REHABILITAMOS SAS, EN EL MUNICIPIO DE PUERTO BERRIO
ANTIOQUIA (Estándares Procesos Prioritarios y Registros e Historia Clínica)**

**DIANA KATHERINNE GÓMEZ ROJAS
JAIME ARIZA ARIZA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
BUCARAMANGA
2014**

**DIAGNÓSTICO, DOCUMENTACIÓN Y PROPUESTA DE UN PLAN DE
MEJORAMIENTO DE ACUERDO A LOS ESTANDARES DE LA RESOLUCIÓN
2003 DE 2014 DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL EN
LA IPS REHABILITAMOS SAS, EN EL MUNICIPIO DE PUERTO BERRIO
ANTIOQUIA (Estándares Procesos Prioritarios y Registros e Historia Clínica)**

**DIANA KATHERINNE GÓMEZ ROJAS
JAIME ARIZA ARIZA**

**Monografía para optar al título de Especialista en Administración de
Servicios de Salud**

**DIRECTOR
JORGE ELIECER FIGUEROA VARGAS
Ingeniero Industrial**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
BUCARAMANGA**

2014

DEDICATORIA

A mis padres y hermana, que me enseñaron con amor y ejemplo que la responsabilidad se debe vivir como un compromiso de dedicación y esfuerzo, por su confianza y apoyo constante para poder superar otra etapa en mi vida profesional.

Diana Katherine Gómez Rojas.

En primer lugar a Dios, por brindarme cada día nuevos caminos, en los cuales me rodeo de personas espléndidas que de una u otra forma se convierten en parte de mi vida, de mi mente, de mis recuerdos. A mis padres y a mi hermana por su apoyo incondicional y permanente en este gran proceso de formación y aprendizaje que llamo vida.

Jaime Ariza Ariza

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios por habernos guiado por el camino de la honestidad y la perseverancia, a nuestros padres quien a lo largo de nuestras vidas han velado por nuestro bienestar y educación siendo nuestro apoyo incondicional.

Este proyecto es el resultado del esfuerzo de todos los integrantes del grupo de trabajo, especialmente queremos agradecer a nuestro director de monografía, ingeniero Jorge Figueroa por su constante ayuda, paciencia y amistad en el desarrollo de este proceso, su experiencia como docente ha sido la guía idónea para llevar a cabo este trabajo.

A la Universidad Industrial de Santander, porque en sus aulas recibimos el conocimiento intelectual y humano de cada uno de los docentes de la escuela de Medicina, Departamento de Salud pública, que sin duda afectan positivamente nuestro desarrollo profesional como Administradores de servicios de salud.

A la IPS Rehabilitamos SAS y todo su personal, que nos dieron la oportunidad de llevar a cabo esta monografía dentro de su entidad, facilitándonos toda la información y los medios necesarios.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	18
1. GENERALIDADES DEL PROYECTO.....	21
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
1.2 JUSTIFICACIÓN	22
1.3 OBJETIVOS	24
1.3.1 Objetivo General	24
1.3.2 Objetivos específicos	24
2. ALCANCE	25
3. MARCO CONCEPTUAL	27
3.1 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.....	27
3.2 ANTECEDENTES	29
4. GLOSARIO	33
5. DIRECTRICES ORGANIZACIONALES	34
5.1 DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA.....	34
5.2 RESEÑA HISTORICA.....	34
5.3 MISIÓN ACTUAL	35
5.4 VISIÓN ACTUAL:.....	35
5.5 VALORES	35
5.6 PORTAFOLIO DE SERVICIOS.....	36
5.7 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	37
5.8 INFRAESTRUCTURA	38
6. METODOLOGÍA	40
6.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA IPS	40
6.2 PLAN DE ACCIÓN Y/O INTERVENCIÓN.....	56
6.3 DOCUMENTACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS.....	58
6.3.1 Definición del mapa de procesos de la organización	58
6.3.2 Procedimiento para elaborar, actualizar y controlar documentos internos	59

6.3.3	Sensibilización	59
6.3.4	Levantamiento y aprobación de la documentación:	60
7.	PROPUESTAS DE MEJORA PARA EL FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE LA IPS REHABILITAMOS SAS	63
7.1	FILOSOFIA ORGANIZACIONAL	63
7.2	PORTAFOLIO DE SERVICIOS.....	65
7.3	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	66
7.4	MAPA ESTRATÉGICO	67
8.	CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROYECTO.....	71
9.	CONCLUSIONES.....	72
10.	RECOMENDACIONES	74
	BIBLIOGRAFÍA.....	75
	ANEXOS	78

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Plano de la IPS REHABILITAMOS S.A.S.....	39
--	----

LISTA DE GRAFICAS

Gráfico 1.	Estructura organizacional.....	37
Gráfico 2.	Todos los servicios.	52
Gráfico 3.	Consulta médica general.....	52
Gráfico 4.	Consulta externa especialista	53
Gráfico 5.	Mapa de procesos IPS REHABILITAMOS S.A.S	59
Gráfico 6.	Organigrama reestructurado IPS REHABILITAMOS S.A.S	67
Gráfico 7.	Mapa de objetivos estratégicos.....	68

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	Criterios de calificación todos los servicios.....	41
Tabla 2.	Lista de chequeo todos los servicios	42
Tabla 3.	Criterios de calificación consulta médica general	49
Tabla 4.	Lista de chequeo consulta médica general	49
Tabla 5.	Criterios de calificación consulta externa especialidades médicas.....	50
Tabla 2.	Lista de chequeo consulta externa especialidades médicas	51
Tabla 7.	Calificación de nivel de cumplimiento.....	51
Tabla 8.	Plan de acción y/o intervención	57
Tabla 9.	Documentos asociados a procesos prioritarios	61
Tabla 10.	Documentos asociados a historia clínica y registros.....	62
Tabla 11.	Cumplimiento de objetivos del proyecto.....	71

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Procedimiento para elaborar, actualizar y controlar documentos internos para la IPS REHABILITAMOS S.A.S	78
Anexo B. Programa de seguridad del paciente	86
Anexo C. Formato de reporte de evento adverso	124
Anexo D. Guía de manejo de fisioterapia	126
Anexo E. Guía de manejo para fonoaudiología	127
Anexo F. Guía de manejo para psicología	194
Anexo G. Manual de bioseguridad.....	227
Anexo H. Instructivo de lavado de manos	264
Anexo I. Guía educativa de salud pública enfocada al nivel de atención secundaria	273
Anexo J. Formato de autorización y consentimiento informado	300

RESUMEN

TITULO: DIAGNÓSTICO, DOCUMENTACIÓN Y PROPUESTA DE UN PLAN DE MEJORAMIENTO DE ACUERDO A LOS ESTANDARES DE LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 DEL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL EN LA *IPS REHABILITAMOS SAS*, EN EL MUNICIPIO DE PUERTO BERRIO ANTIOQUIA*

AUTORES: DIANA KATHERINNE GÓMEZ ROJAS
JAIME ARIZA ARIZA**

PALABRAS CLAVE: Resolución 2003 de 2014, Diagnostico, Estándares, Documentación, Habilitación, Normatividad, Procesos, Filosofía Empresarial.

DESCRIPCIÓN:

El Sistema único de Habilitación comprende el conjunto de requisitos básicos que deben cumplir obligatoriamente todas las entidades que prestan servicios de salud en Colombia. En consecuencia, este trabajo se basa en diagnosticar la situación actual de la IPS REHABILITAMOS SAS ubicada en el municipio de Puerto Berrio Antioquia, con el fin de identificar las brechas existentes que permiten generar un plan de acción para la elaboración de la documentación necesaria en el marco del cumplimiento de los estándares de habilitación, procesos prioritarios e Historia clínica y registros, contemplados en la normatividad vigente Resolución 2003 de 2014.

El diagnostico reveló un nivel de cumplimiento de 25.9% para el estándar de procesos prioritarios y de 80% para historia clínica y registros, por lo cual se prioriza un plan de intervención encaminado a generar el programa y la política de seguridad del paciente con el respectivo procedimiento para reporte de eventos adversos. Asimismo se complementan las guías de práctica clínica de las diez patologías más atendidas en la IPS y se reestructura el manual de bioseguridad y el formato de autorización y consentimiento informado.

Como valor agregado se realiza una propuesta para el mejoramiento de la filosofía organizacional de la institución con el fin de lograr el fortalecimiento empresarial, que ayude al crecimiento y posicionamiento de la institución. Al finalizar este trabajo la IPS Rehabilitamos SAS cuenta con todas las herramientas que le permiten surtir el trámite de habilitación frente a la autoridad competente, quedando como compromiso el realizar la correspondiente implementación, seguimiento y control de todos los procesos con el propósito de ampliar su área de influencia en la región.

* Trabajo de Grado

** Facultad de Salud. Escuela de Medicina. Departamento de Salud Pública. Especialización en Administración de Servicios de Salud. Director Jorge Eliecer Figueroa Vargas

ABSTRACT

TITLE: DIAGNOSIS, DOCUMENTATION AND PROPOSAL OF AN IMPROVEMENT PLAN ACCORDING TO THE STANDARDS OF RESOLUTION 2003 OF 2014 FROM MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL PROTECTION IN REHABILITAMOS SAS IPS IN THE CITY OF PUERTO BERRÍO ANTIOQUIA*.

AUTHORS: DIANA KATHERINNE GÓMEZ ROJAS
JAIME ARIZA ARIZA **

KEY WORDS: Resolution 2003 OF 2014, diagnosis, standards, documentation, habilitation, regulation, processes, business philosophy.

DESCRIPTION:

The unique habilitation system covers all the basic mandatory requirements for all entities providing health services in Colombia. Consequently, this work is based on diagnosing the current situation of REHABILITAMOS SAS IPS located in Puerto Berrío Antioquia, in order to identify gaps that can generate an action plan for the development of the necessary documentation in the context of comply with the standards of habilitation, priority processes and History and records referred to in the current regulation Resolution 2003 of 2014.

The diagnosis revealed a level of compliance with 25.9% for the standard priority processes and 80% for medical history and records. Hence, an intervention plan is designed to create the program and patient safety policy with the respective procedure for reporting adverse events. Additionally, a clinical practice guidelines of the ten most pathologies treated in the IPS is created and the biosafety manual and authorization form and informed consent are restructured.

As an added value, a proposal is made for improving the organizational philosophy of the institution in order to achieve strengthening business to assist the growth and positioning of the institution. Upon completion of this work the REHABILITAMOS SAS IPS has all the tools that allow to fill the habilitation process to the competent authorities, remaining as the commitment to perform the corresponding implementation, monitoring and control of all processes with the purpose of expand its influence in the region.

* Thesis

** Faculty of Health. School of Medicine. Department of Public Health. Specialization in Health Services Administration. Director Jorge Eliecer Vargas Figueroa.

INTRODUCCIÓN

Actualmente el sistema de salud de Colombia se encuentra enfocado en el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios, con el fin de lograr una atención personalizada, confiable e integral; brindada por personal capacitado y calificado que provea soluciones de manera oportuna, y que a su vez minimice los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios dentro del marco de la prestación de los servicios de salud.

Para lograr lo anteriormente descrito, el ministerio de salud y protección social se ve obligado a reformar y actualizar constantemente según las necesidades, el conjunto de requisitos que deben cumplir obligatoriamente todos los prestadores de servicios de salud en el país. Como resultado se modifica el sistema único de habilitación el 28 de mayo de 2014 con la expedición de la resolución 2003 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones”.

Esta nueva resolución ajusta en gran parte los requisitos de la mayoría de servicios por medio del manual único de habilitación, considerado como el único documento válido que contiene las condiciones mínimas para que los servicios de salud ofertados y prestados en el país, cumplan con brindar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de los servicios de salud.

Para lograr medir el cumplimiento de las condiciones de habilitación en salud, la normatividad define siete estándares que identifican los criterios y especifican los detalles indispensables que son aplicables a cualquier organización o persona natural que preste servicios de salud. Los estándares están repartidos de la siguiente manera; Talento humano, infraestructura, dotación, procesos prioritarios,

Medicamentos dispositivos médicos e insumos, historia clínica y registros e interdependencia.

La *IPS REHABILITAMOS SAS*, es una institución de carácter privado, creada el 3 de Febrero de 2011 por el Fisioterapeuta JAIME ARIZA ARIZA auto nombrado representante Legal de la misma, funciona en el Municipio de Puerto Berrio Antioquia en la cual se ofertan servicios de primer y segundo nivel como: consulta externa en el área de medicina, fisioterapia, y psicología y con especialidades como Fonoaudiología y Ortopedia para los usuarios de la Entidad Promotora de Salud -EPS SALUDCOOP, y los regímenes especiales del Magisterio, pensionados de Ferrocarriles Nacionales y Sanidad Militar. Como institución prestadora activa de servicios de salud, la IPS Rehabilitamos SAS tiene la responsabilidad de conocer las condiciones y requisitos de habilitación vigentes, verificar el cumplimiento de los estándares que le correspondan según su actividad y definir procesos y planes de acción que garanticen que siempre que se preste el servicio se esté cumpliendo a cabalidad con los requisitos del sistema único de habilitación.

De acuerdo a lo anterior, la presente monografía incluye un diagnóstico de la situación actual de la IPS REHABILITAMOS SAS frente a los requisitos de habilitación exigidos en dos de los siete estándares contemplados en la resolución 2003 de 2014 que comenzará a regir en todo el territorio nacional a partir del 30 de Septiembre de 2014. Los estándares que se presentan son: procesos prioritarios e historia clínica y registros, además se propondrá un plan de acción para mejorar el porcentaje de cumplimiento con la debida elaboración de la documentación y finalmente las propuestas de mejoramiento en cuanto al desarrollo organizacional de la IPS. El seguimiento de los demás estándares como Recurso Humano, Dotación e Infraestructura está consignado en una monografía complementaria presentada por compañeros próximos a obtener el título de administradores en servicios de salud. Cabe aclarar que los estándares de interdependencia y

medicamentos dispositivos médicos e insumos no son tenidos en cuenta, ya que no aplican para la actividad que desarrolla actualmente la IPS.

El abordaje de los estándares se hace enfocado en la actividad misional de la IPS rehabilitamos SAS, la cual es brindar servicios de fisioterapia y fonoaudiología a la población de Puerto Berrio, Antioquia, y el fin principal que se persigue es proporcionar todas las herramientas necesarias para lograr surtir el trámite completo de habilitación en salud de la IPS.

1. GENERALIDADES DEL PROYECTO

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La *IPS REHABILITAMOS SAS* actualmente no cumple con los estándares de habilitación contemplados en la resolución 2003 de 2014. Los resultados, obtenidos luego de implementar el instrumento de diagnóstico creado para tal fin y aplicado los días 22 y 23 de Noviembre de 2013 y verificada posteriormente con la visita técnica realizada los días 23 y 24 de febrero de 2014 a la IPS en Puerto Berrio Antioquia; permitieron identificar que solo se está cumpliendo con el 75% de los estándares asociados a talento humano, el 77.1% en infraestructura, el 80% en dotación, el 25.9% en procesos prioritarios, el 25.9% en historia clínica; y el 80% en registro, respectivamente.

Estos resultados reflejan la falta de seguimiento y control a los diferentes estándares de habilitación, lo que conduce a la falencia en los procesos establecidos por la *IPS REHABILITAMOS SAS* y por consiguiente la falta de protocolos, guías de manejo y demás documentación propios del Objeto Social de la IPS.

Así mismo La Gerencia de la *IPS REHABILITAMOS SAS* es consciente del no cumplimiento de los estándares de habilitación frente a la normatividad vigente Resolución 1043 de 2006, la normatividad entrante Resolución 2003 de 2014; y los diferentes problemas que se presentan a nivel de Infraestructura (planos de infraestructura y redes eléctricas, diseños arquitectónicos estructurales, hidrosanitarios de acuerdo a la norma sismo resistente NSR10, adecuación y mantenimiento locativo),

Por lo anterior se establece un plan de acción a nivel correctivo a través de un diagnóstico de la IPS por parte del Gerente y posteriormente por cuatro

estudiantes de la especialización en Administración de Servicios de Salud, con el fin de realizar la correspondiente identificación de las falencias de la Institución y superar la visita del Ente Territorial para fortalecer las políticas internas y por ende mejorar la calidad en la atención de los servicios de salud de los usuarios.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Actualmente la legislación Colombiana está encaminada al cumplimiento de normas mínimas para garantizar la prestación de servicios con calidad a toda la población, por tanto ha creado políticas que generen cambios por parte de las IPS y EPS donde se genere una buena práctica del “Deber Ser” de cada institución con el fin de generar servicios con estándares de habilitación que permitan la ejecución de actividades con calidad.

Al contemplar el panorama actual del país se evidencia la dificultad que se presenta en el acceso/oportunidad para recibir atención en salud en áreas urbanas y rurales de todo el territorio nacional, la cual se encuentra en crisis porque hay gran demanda de servicios pero muchos de ellos son ofertados de manera incompleta y sin calidad en la prestación del servicio que contribuya a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

Recientemente se ha buscado desde los entes de control y el Ministerio de Protección Social hacer cumplir las normas las cuales pasaron de ser normas flexibles a normas de obligatorio cumplimiento con el objeto de garantizar una salud integral desde la perspectiva del usuario y del prestador de salud; para ello se modificó la normatividad pasando de la Resolución 1441 de 2013 a la resolución 2003 de 2014 actualmente vigente, la cual busca que las actividades se den cumplimiento en un 100 % como un proceso de obligatorio cumplimiento para garantizar que la atención en salud sea integral y de calidad.

La *IPS REHABILITAMOS SAS* en búsqueda del mejoramiento continuo de la calidad, pretende con la presente monografía fortalecer el proceso de habilitación en salud por medio de la documentación y propuesta de mejoramiento de los estándares de habilitación establecidos en la resolución 2003 de 2014, debido a que las exigencias de los usuarios cada vez son mayores y la competencia cada vez más fuerte llevando a que exista un esfuerzo creciente para brindar servicios de calidad.

El sistema de habilitación es un componente obligatorio del Sistema de Garantía de Calidad y constituye la herramienta definida para autorizar el ingreso y la permanencia de los prestadores de servicios de salud en el sistema de salud teniendo en cuenta la normatividad Colombiana instaurada.

Así mismo la accesibilidad, calidad y eficiencia de los servicios permite optimizar los recursos y mejorar la calidad en la prestación de los mismos, motivo por el cual se creó la política pública de prestación de servicios de salud en Colombia, enmarcado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud con la aplicación de los diferentes modelos en la prestación de los servicios en el ámbito público y privado.

Para lograr completar en su totalidad la habilitación de la *IPS REHABILITAMOS SAS*. La destinación de tiempo y compromiso por parte del gerente y los trabajadores de la institución son claves para que la habilitación no solo se quede en los documentos sino que se asuma como un estilo de trabajo siguiendo una política que todos conozcan, acepten y hagan parte de su diario vivir. Así mismo al involucrar al personal, se facilita la disposición para las capacitaciones y la mejora de los procesos, lo que a su vez puede favorecer el crecimiento de la institución con la ampliación de servicios y la constante actualización de los trabajadores.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Diagnosticar y documentar una propuesta de mejoramiento de los estándares de habilitación en la *IPS REHABILITAMOS SAS* de acuerdo a los requisitos de la resolución 2003 de 2014 en el Municipio de Puerto Berrio Antioquia.

1.3.2 Objetivos específicos

- Implementar un diagnóstico situacional basado en la normatividad vigente, resolución 2003 de 2014 en la IPS Rehabilitamos SAS.
- Documentar las políticas y procesos exigidos que no se encuentren disponibles en la IPS y complementar los que ya se encuentran establecidos con el fin de sentar un precedente para las actividades de atención en salud de la IPS.
- Establecer una propuesta de mejoramiento para el fortalecimiento empresarial de la *IPS REHABILITAMOS SAS*.

2. ALCANCE

La *IPS REHABILITAMOS SAS* es una Institución prestadora de servicios de salud de primer y segundo nivel, ubicada en el Municipio de Puerto Berrío, Antioquia encaminada a la rehabilitación física, funcional, psicológica y de lenguaje de la población en general; presta los servicios de consultas y manejo por psicología, fisioterapia y fonoaudiología y/o terapia de lenguaje y se realizan exámenes como audiometrías y espirometrías.

La presente monografía pretende esbozar una serie de principios relacionados con la normatividad Nacional que empezó a regir a partir de mayo de 2014 con la “Resolución 2003 de 2014” para dar cumplimiento a los 7 estándares de habilitación establecidos, de los cuales se hará énfasis en 5 estándares distribuidos de la siguiente manera: talento humano, dotación e infraestructura que se reflejan en una monografía complementaria y los estándares de procesos prioritarios, Historia Clínica y registros los cuales se visualizan en la presentación de este documento, de igual forma se omite el estándar de medicamentos, registros e interdependencia puesto que no aplica para la IPS.

Teniendo en cuenta lo anterior, lo que se pretende definir metodológicamente es la inclusión de los requisitos establecidos por la Resolución 2003 de 2014 en cuanto al cumplimiento de los estándares de habilitación, tomando como caso de estudio la *IPS REHABILITAMOS SAS* y diferentes servicios como: consulta externa general, consulta externa especializada y consulta extramural en el área de fisioterapia.

Así mismo se implementa un plan de acción o de mejora para solucionar los diferentes cuellos de botella reflejados y así mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud.

Es importante aclarar que la presente monografía no busca la obtención del certificado de habilitación por el Ente Territorial acorde a la Resolución 2003 de 2014, sino el suministro de todas las herramientas y requisitos que permitan surtir dicho trámite.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

Diferentes hechos han marcado la evolución del sistema de salud en Colombia; en 1991 se establece en la Constitución Política que “la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del estado”¹, por lo tanto la seguridad social se contempla como el medio para garantizar condiciones de calidad en la prestación de servicios de salud aplicándose al total de la población en todo el territorio nacional.

En 1993, con la creación de la ley 100, se genera un cambio importante en el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), esto con el fin de dar soluciones y proponer mejoras en el marco de la prestación de servicios de salud. Dicho sistema permite que diferentes instituciones prestadoras de salud (IPS) públicas y privadas compitan en un mercado controlado para ofertar sus servicios, encaminados a brindar atención al 100 % de la población nacional.

Como base del sistema se establecen los siguientes principios básicos; EFICIENCIA, UNIVERSALIDAD, SOLIDARIDAD, INTEGRALIDAD, UNIDAD, PARTICIPACIÓN e IGUALDAD. De igual forma se garantiza el acceso a la salud y se busca proporcionar a los trabajadores los servicios complementarios, que sin importar género, raza, procedencia o cultura, todos puedan tener las mismas posibilidades de afiliarse al sistema de salud y pensión, incluyendo la totalidad de los beneficios que esta afiliación conlleva.

¹ COLOMBIA, CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, Artículos 48 al 50, Bogotá, D.C., 1991. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>

La ley 1122 del 2007 busca la renovación o actualización del Sistema General de Seguridad Social en Salud y establece; *“La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.”*

En conclusión, esta nueva reglamentación busca crear un comité regulador, con el fin de mejorar la cartera que ha venido incrementándose dentro del sistema de salud; también estipula como obligatorio a todas las EPS de la nación, la creación de Programas de Promoción y Prevención de la enfermedad, dándole la importancia que estos necesitan para mejorar los indicadores de salud en la población; Crea programas de mejoramiento en la contratación de las EPS, ya que estas alargaban el estado de cartera y generaban crisis en los prestadores que terminaban en desaparición de muchas entidades, por lo tanto se busca la creación de contratos por capitación, los cuales obligan a realizar un pago anticipado por el servicio prestado y la estipulación de cláusulas que impidan la generación de carteras insostenibles.

Con la ley 1438 de 2011 el Estado Colombiano por medio del Ministerio de la Protección Social y de Salud busca el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social a través de un modelo de prestación de servicios público enfocado en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud con el fin de lograr el mejoramiento de la salud de la comunidad y la creación de ambientes sanos y seguros, brindando así servicios con mayor calidad que involucren a toda la población por igual.

3.2 ANTECEDENTES

Diferentes hechos han marcado la evolución del sistema de salud en Colombia, la creación de normas, estatutos y reglamentaciones nuevas hacen que el sistema de salud este en constante transformación, esto con el fin de responder a las necesidades cambiantes de la población, garantizar el cumplimiento de los requerimientos que protegen la vida, la salud, la dignidad de los usuarios y mitigar los riesgos que atentan contra dichos derechos durante la prestación de servicios de salud.

Con la entrada del decreto 1011 de 2006, por el cual se estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS), se incorpora el concepto de habilitación para la prestación de servicios de salud, como una serie de estándares de obligatorio cumplimiento por parte de las IPS que quieran participar en la oferta de estos servicios. Por otro lado para efectos de la aplicación del presente decreto se establecen las Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, Condiciones de capacidad tecnológica y científica².

En la misma vigencia se emite la resolución 1043 de 2006 por la cual se establecen 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 de la atención; determinando el actuar de las entidades que busquen ofrecer servicios de salud a nivel local dentro de los parámetros definidos por el gobierno nacional para garantizar la cobertura en salud en todo el territorio nacional.³

² COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Sistema de habilitación. Bogotá, D.C., Disponible en: <http://www.cgh.org.co/temas/descargas/habilitacion.pdf>

³ COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Resolución 001043 DE 2006(03 Abril 2006),por la cual se establecen 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 de la atención y se dictan otras disposiciones.

La habilitación en salud se basa en estándares que atienden tres principios básicos, fiabilidad, esencialidad y sencillez; esto, con el fin de que sean fácilmente entendibles y aplicables por los prestadores de salud y por las entidades encargadas de su verificación.

En el año 2013 aparece la Resolución 1441, en la cual se reglamentan los nuevos procedimientos y se estipulan las nuevas condiciones que deben cumplir todos los prestadores de servicios de salud a partir del 1 de junio de 2014, para poder habilitar y prestar el servicio a la comunidad en general. Dentro del proceso de implementación se llevaron a cabo reuniones con diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en las que se presentaron inquietudes sobre aspectos técnicos de la precitada resolución, por lo que se consideró efectuar una revisión integral y sistemática de la misma.

Como consecuencia, la resolución 1441 es derogada el 28 de mayo de 2014 por la Resolución 2003 de 2014 la cual divide en 3 las condiciones que deben cumplir a cabalidad los prestadores, entre las cuales encontramos la Capacidad Técnico-Administrativa, la Capacidad Patrimonial y Financiera y por último la Capacidad Tecnológica y Científica; el cumplimiento de esta nueva norma inicia con la realización de una autoevaluación la cual será radicada en la Seccional de Salud Departamental a más tardar el 30 de septiembre de 2014, y estos a su vez tendrán un tiempo para la verificación del cumplimiento total de dicho documento, el tener información incorrecta acarreará sanciones o cierre del servicio o establecimiento al prestador del servicio de salud. Dentro de los estándares de habilitación de la última Normatividad Colombiana, “Resolución 2003 de 2014” se encuentran:

Talento Humano: Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional y ocupacional del talento Humano asistencial y la suficiencia de éste recurso para el volumen de atención.

Infraestructura: Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.

Dotación: Son las condiciones de suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales.

Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos: Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, homeopáticos, fito terapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico, así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador, cuyas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

Procesos Prioritarios: Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.

Historia Clínica: Es la existencia y cumplimiento de procesos, que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.

Registros e Interdependencia. Es la existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo, necesarios

para prestar en forma oportuna, segura e integral los servicios ofertados por un prestador.

En resumen la habilitación se define normativamente como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud, bajo el propósito fundamental de proteger a los usuarios de los potenciales riesgos propios de la prestación de servicios de salud.⁴

La habilitación en salud se convierte entonces en un componente fundamental para mejorar la prestación de servicios por parte de las entidades prestadoras de salud, estableciendo la calidad como principio rector del mejoramiento de las condiciones de salud y la satisfacción de los usuarios, tratando de identificar y exceder las expectativas y necesidades de los mismos, así como también las de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad en general.⁵

⁴ COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 1441 de 2013 (06 Mayo 2013). Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Ministerio de salud y la protección social, Republica de Colombia. Bogotá, D.C., Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resoluci%C3%B3n%201441%20de%202013.PDF>

⁵ BOHORQUEZ, Bibiana, JIMENEZ, Carolina. Verificación de estándares de habilitación en una IPS clínica pediátrica de segundo nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C., 2012 Disponible en: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/10882/2001/7/JimenezCarolina2012.pdf>

4. GLOSARIO

CALIDAD: Propiedad o conjunto de propiedades inherentes al servicio recibido y ofertado, que permiten juzgar su valor.

CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD: En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la normatividad vigente, se ha definido como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos con el fin de lograr la satisfacción del usuario

DIAGNÓSTICO: Recoger y analizar datos para evaluar problemas de una institución de salud.

DOCUMENTAR: Probar, justificar la verdad de algo con documentos.

HABILITACION: Hacer una institución de salud hábil, apto o capaz de prestar atención en salud con calidad dentro de las normas vigentes en Colombia.

MEJORAMIENTO: Posicionar una institución en una evolución que conlleve a ponerse en lugar o grado ventajoso respecto del que antes se tenía.

NORMATIVIDAD: La normativa se refiere al establecimiento de reglas o leyes, que direccionan el adecuado comportamiento de las personas que ofertan servicios de salud en cualquier país, con el fin de encaminar la unificación de prácticas adecuadas para brindar atención de calidad a los habitantes del territorio en el caso puntual, Colombia.

POLITICA: puede definirse como una manera de ejercer el poder con la intención de resolver o minimizar el choque entre los intereses encontrados que se producen dentro de una sociedad.

PROCESOS: Someter servicios a una serie de operaciones programadas.

SERVICIOS DE SALUD: Conjunto de acciones o técnicas especializadas con las cuales debe contar una institución para satisfacer las necesidades de salud de la población.

5. DIRECTRICES ORGANIZACIONALES

5.1 DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA

IPS REHABILITAMOS SAS

NIT. 900.411.665-6

Dirección: Calle 50 # 7-16 Puerto Berrio, Antioquia.

Teléfonos: 833 4198 – 313 719 8336

5.2 RESEÑA HISTORICA

El 3 de Febrero del 2011 en la Cámara y Comercio de Puerto Berrio Antioquia bajo el número 00002705 del Libro IX y con el número de matrícula 00044481 fue creada en Puerto Berrio Antioquia la *IPS REHABILITAMOS SAS* por el Fisioterapeuta JAIME ARIZA ARIZA con C.C. 1.098.604.274 de Bucaramanga, quien actúa como representante Legal de la misma.

El nacimiento de la IPS se debió a la Disolución de los socios que sufrió la EMPRESA ASOCIATIVA DE TRABAJO REHABILITAMOS la cual funcionaba en las instalaciones que actualmente ocupa la IPS REHABILITAMOS SAS desde el año 2001.

La *IPS REHABILITAMOS SAS* es una Institución prestadora de servicios de salud de primer y segundo nivel, encaminada a la rehabilitación física, funcional, psicológica y de lenguaje de la población en general; presta los servicios de consultas y manejo por psicología, fisioterapia y fonoaudiología y/o terapia de lenguaje y realiza exámenes como audiometrías y espirometrías.

Actualmente la IPS REHABILITAMOS SAS es la Institución de Rehabilitación Física más conocida del sector gracias a la variedad de contratos adquiridos y al tratamiento de los pacientes con gran calidad humana.

5.3 MISIÓN ACTUAL

Somos una Empresa Prestadora de Servicios Especializados en Salud sirviendo de manera oportuna y efectiva, brindando servicios de Atención, Prevención, Promoción y Capacitación contando con personal altamente calificado en el área de rehabilitación para así satisfacer las necesidades básicas de la comunidad en general, sus áreas de influencia mejorando su calidad de vida.

5.4 VISIÓN ACTUAL

Convertirnos en la mejor Empresa Prestadora de Servicios Especializados en Salud, con calidad humana, científica y tecnológica trabajando de manera multidisciplinaria e involucrando a todos los miembros de la empresa.

5.5 VALORES

- Responsabilidad: Para la Empresa los pacientes son la mayor responsabilidad; por lo tanto, estamos totalmente comprometidos con la atención de cada uno de ellos, con el más alto grado de profesionalismo e integridad.
- Trabajo en Equipo: Mejoramos las competencias y los conocimientos con la atención interdisciplinaria, para cada día mejorar
- Privacidad: Total reserva en todos los documentos legales como historias clínicas y similares.

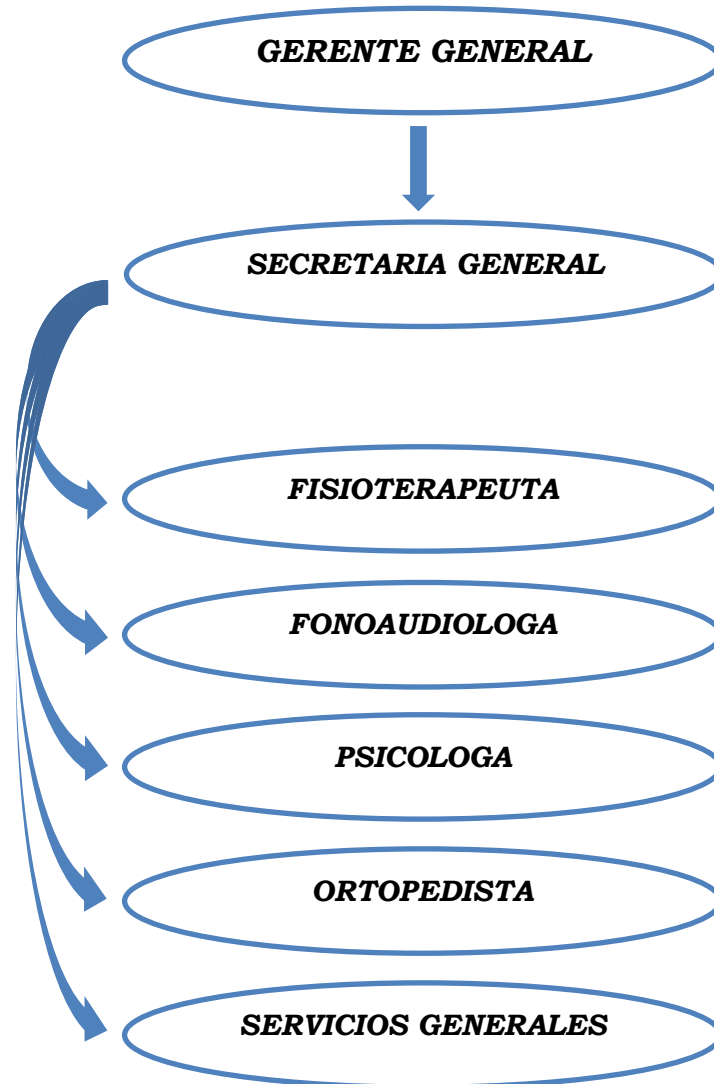
- Competitividad: Ofrecemos servicios y productos de la más alta competitividad, con gran eficiencia y con tarifas accesibles a la población en general.
- Respeto: Tener en cuenta los derechos de nuestros pacientes y hacer valer cada uno de ellos.

5.6 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

La IPS REHABILITAMOS SAS presta a la comunidad en general y a las diferentes empresas del Sector servicios de Fisioterapia, Fonoaudiología, Terapia de Lenguaje, Psicología y por Ortopedia y la realización de exámenes como Audiometría y Espirometría.

5.7 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Gráfico 1. Estructura organizacional



Fuente: IPS REHABILITAMOS SAS

5.8 INFRAESTRUCTURA

La IPS REHABILITAMOS SAS se encuentra ubicada en la calle 50 # 7-16 en cuatro esquinas punto de referencia municipal sobre la vía principal para salir al Municipio de Medellín, en una zona estratégica de fácil acceso, a una cuadra del hospital la Cruz de Puerto Berrio, Antioquia.

Las instalaciones pertenecientes a la IPS se encuentran ubicadas en el primer piso de una edificación que consta de tres niveles, claramente diferenciadas.

El primer piso comprende además de las dependencias propias de la IPS, un local comercial con acceso directo a la calle, así como el punto fijo de circulación vertical para acceso a los niveles dos y tres. Contigua a las instalaciones de la IPS, sobre la parte posterior del predio se encuentra un patio que brinda aislamiento sobre la construcción vecina.

El acceso a las dependencias propias de la IPS se encuentra ubicado junto al punto fijo de ingreso a los niveles dos y tres de la edificación, el cual sirve como hall de acceso y recibo al edificio.

En términos espaciales y de funcionamiento, la IPS cuenta con tres zonas claramente diferenciadas: zona de admisiones y atención al usuario ubicada junto al acceso, zona de consulta externa ubicada en la parte intermedia donde se encuentran tres consultorios: fisioterapia, fonoaudiología, psicología, además se encuentran dos salas de terapias y una zona de servicios ubicada junto al patio sobre la parte posterior del predio.

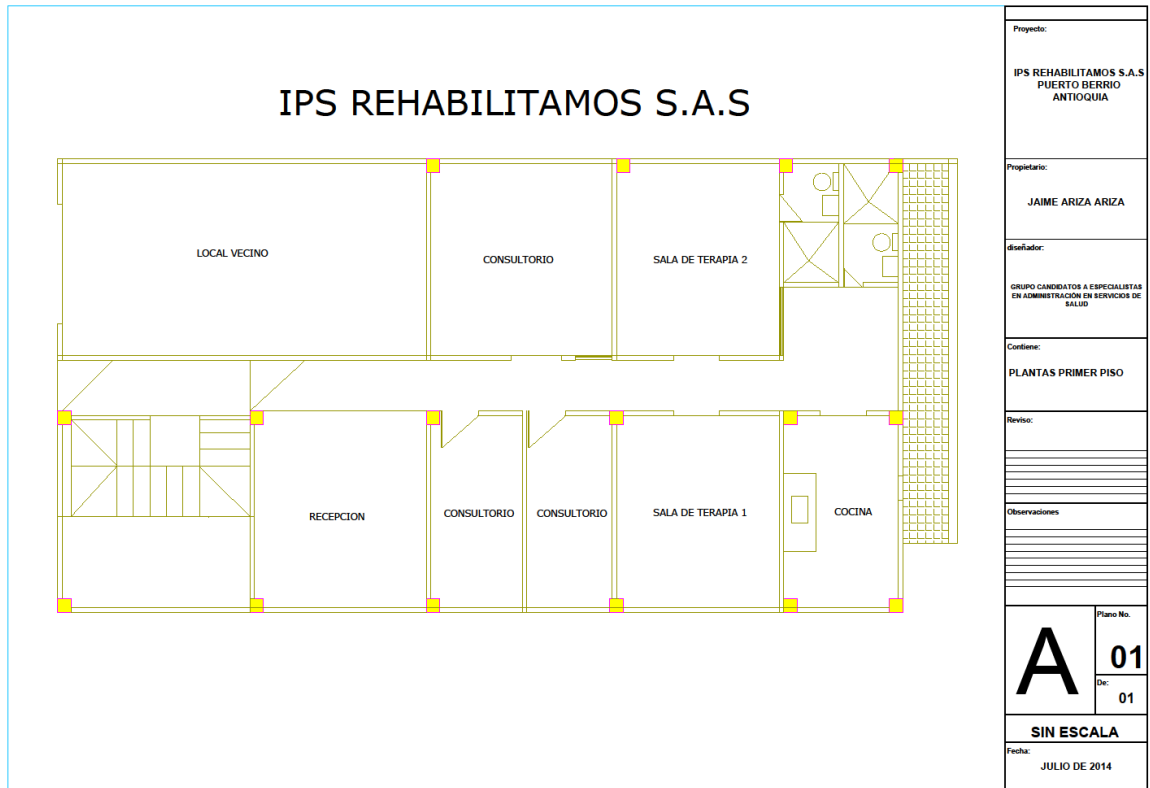
La IPS REHABILITAMOS SAS, tiene disposición de los servicios públicos para la prestación de los servicios de salud, de la siguiente manera:

- Agua: Es tomada de la red urbana de AGUAS DEL PUERTO.
- Electricidad: Es abastecida por Empresas Públicas de Medellín.

- Iluminación: Son lámparas de neón

A continuación se puede observar el plano de la IPS REHABILITAMOS SAS, donde se puede evidencia las áreas específicas de la misma.

Figura 1. Plano de la IPS REHABILITAMOS S.A.S



6. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de la presente monografía se definen las siguientes etapas:

- Diagnóstico situacional actual de la IPS frente a la resolución 2003 de 2014, (lista de chequeo) con su respectivo análisis.
- Plan de acción acorde a los requisitos exigidos en la resolución 2003 de 2014.
- Documentación y mejoramiento de los procesos, guías de manejo y procedimientos de la IPS Rehabilitamos SAS.
- Plan de mejoramiento Organizacional como resultado y aporte de la gestión de los aspirantes al Título de Especialista en Administración de servicios de salud.
- Propuestas por parte de los estudiantes de la Especialización en Administración de servicios de salud para el mejoramiento continuo y previa certificación de habilitación de la IPS REHABILITAMOS SAS.

6.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA IPS

Con base en la lista de chequeo que contiene los estándares de habilitación de procesos prioritarios e historia clínica, consignados en el manual de la resolución 2003 de 2014, se realiza el diseño de los instrumentos a aplicar en las categorías de todos los servicios, consulta externa general, consulta externa de especialidades médicas y consulta extramural.

Diseño o ajuste del instrumento de evaluación

Teniendo en cuenta la Resolución 2003 de 2014, se realizó la evaluación por lista de chequeo que se tabula teniendo en cuenta los siguientes 5 niveles de calificación:

- **Nivel 1: no tiene:** referencia la inexistencia de un documento, guía, protocolo o indicador requerido
- **Nivel 2: está en proceso de estructuración:** se encuentra en borrador o en proceso de elaboración según exigencias de la norma
- **Nivel 3: está documentado:** el documento ésta estructurado y se encuentra disponible para su revisión
- **Nivel 4: Esta implementado:** existe un documento y se tiene conocimiento por parte del todo personal para su debida ejecución
- **Nivel 5: control y seguimiento:** está debidamente implementado con un programa de control y vigilancia para su adecuado funcionamiento

Una vez especificado los cinco niveles, se muestra a continuación la lista de chequeo, la cual presenta modificaciones para efecto del trabajo académico, tales como el cambio de casillas: cumple no cumple por una calificación de números, implementada en los siete estándares de calidad, donde se resaltara en este documento el análisis de dos estándares: Procesos prioritarios e historia clínica y registros.

TODOS LOS SERVICIOS

Tabla 1. Criterios de calificación todos los servicios

Nivel 1: : no tiene: referencia la inexistencia de un documento, guía, protocolo o indicador requerido
Nivel 2: está en proceso de estructuración: se encuentra en borrador o en proceso de elaboración según exigencias de la norma
Nivel 3: : está documentado: el documento ésta estructurado y se encuentra disponible para su

revisión
Nivel 4: Esta implementado: existe un documento y se tiene conocimiento por parte del todo personal para su debida ejecución
Nivel 5: control y seguimiento: está debidamente implementado con un programa de control y vigilancia para su adecuado funcionamiento
NOTA: EL CONSULTORIO MEDICO ES SOLO UNO, LOS DEMAS SON DE FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA Y FISIOTERAPIA.

- **Validación del Instrumento:**

Para la validación de los instrumentos, se realiza una prueba piloto en una entidad de salud de primer y segundo nivel complejidad que se encuentra habilitada y está en busca de la actualización por 2003 de 2014 y la acreditación, dando como resultado una buena comprensión y medición de los estándares según lo que en realidad se refleja en dicha institución. (Véase Anexo Instrumento)

- **Aplicación del instrumentos validado:**

A continuación se presenta el resultado de la aplicación de los instrumentos en los días 22 y 23 de Noviembre de 2013 y según visita realizada a puerto Berrio los días 23 y 24 de Febrero por los aspirantes al título de especialistas en Administración de Servicios de Salud y por la colaboración del gerente y dos profesionales de la IPS interesados en el proceso de habilitación. (Resultado de la aplicación. Anexo).

- **Análisis y presentación de resultados:**

Tabla 2. Lista de chequeo todos los servicios

LISTA DE CHEQUEO ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN PROCESOS PRIORITARIOS E HISTORIA CLÍNICA TODOS LOS SERVICIOS				
ESTÁNDAR	CRITERIO DE EVALUACIÓN	CALI F	NA	OBSERVACIONES
Procesos Prioritarios	Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados para:			
Procesos Prioritarios	1. CONTAR CON UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE PROVEA UNA ADECUADA CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS QUE INCLUYA COMO MÍNIMO:			
Procesos	a. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DE LA SEGURIDAD	1		No cuenta con una

Prioritarios				política de seguridad del paciente.
Procesos Prioritarios	Existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia			
Procesos Prioritarios	a. Existe un referente y/o un equipo para la gestión de la seguridad de pacientes institucional asignado por el representante legal	1		
Procesos Prioritarios	b. Fortalecimiento de la cultura institucional	1		
Procesos Prioritarios	El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución.	1		
Procesos Prioritarios	El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma.	1		
Procesos Prioritarios	c. Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos	2		
Procesos Prioritarios	La institución tiene un procedimiento para el reporte de evento adverso que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos adversos.			
Procesos Prioritarios	d. Procesos Seguros	1,3		
Procesos Prioritarios	Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.	1		No tiene indicadores, por lo tanto no se realiza seguimiento
Procesos Prioritarios	Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos.	1		No hay retroalimentación
Procesos Prioritarios	Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.	1		No se realizan Acciones
Procesos Prioritarios	Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.			
Procesos Prioritarios	La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.	2		Están en proceso de estructuración
Procesos Prioritarios	Las guías a adoptar serán en primera medida las que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, en caso de no estar disponible, la entidad deberá desarrollar o adoptar alguna otra guía basada en la evidencia. Se recomienda que se use la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, como herramienta para la evaluación de la calidad de las guías que se considere adoptar.			
Procesos Prioritarios	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización.	2		Están en proceso de estructuración
Procesos Prioritarios	Cada institución establecerá procedimientos en los cuales la guía que adopte o desarrolle, esté basada en la evidencia.			
Procesos Prioritarios	La institución cuenta con protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema			

	de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases.			
Procesos Prioritarios	Cuenta con protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico.			
Procesos Prioritarios	Cuenta con protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos.			
Procesos Prioritarios	Cuenta con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.	1		No cuenta con protocolo ni seguridad de tecnología.
Procesos Prioritarios	2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente:	1,3		
Procesos Prioritarios	El prestador cuenta con guías para las principales patologías que atiende en cada servicio clínico	1		Están en proceso de estructuración
Procesos Prioritarios	Si el prestador realiza procedimientos de venopunción y colocación y mantenimiento de sondas, cuenta con procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados al respecto, que contengan como mínimo lo siguiente:			
Procesos Prioritarios	1. En protocolo de venopunción: acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.			
Procesos Prioritarios	2. En protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales: acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente.			
Procesos Prioritarios	Se tienen definidos los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios.	2		Están en proceso de estructuración
Procesos Prioritarios	La Institución cuenta con indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos, los cuales son utilizados para su gestión.	1		No cuenta con indicadores de morbilidad y eventos adversos
Procesos Prioritarios	Se reportan los eventos de obligatoria notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica			
Procesos Prioritarios	Se reportan los indicadores de calidad y el nivel de monitoreo del SOGC y/o los solicitados por la Superintendencia Nacional de Salud en los plazos definidos.	1		No se reportan indicadores a la superintendencia
Procesos Prioritarios	3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención:	1		
Procesos Prioritarios	Cuenta con un protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos que son:	1		
Procesos Prioritarios	1. Antes del contacto directo con el paciente.			
Procesos Prioritarios	2. Antes de manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes.			
Procesos Prioritarios	3. Después del contacto con líquidos o excreciones corporales mucosas, piel no intacta o vendaje de heridas.			
Procesos Prioritarios	4. Después de contacto con el paciente.			
Procesos Prioritarios	5. Después de entrar en contacto con objetos (incluso equipos médicos que se encuentren alrededor del paciente).			
Procesos Prioritarios	La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para:	1		
Procesos Prioritarios	1. Educar al personal asistencial y a los visitantes en temas relacionados con la prevención de las infecciones			

	asociadas al cuidado de la salud según el riesgo.			
Procesos Prioritarios	2. La aplicación de precauciones de aislamiento universales			
Procesos Prioritarios	3. Normas de bioseguridad en los servicios, con especificaciones de elementos y barreras de protección, según cada uno de los servicios y el riesgo identificado.			
Procesos Prioritarios	4. Uso y reúso de dispositivos médicos			
Procesos Prioritarios	5. Manejo y gestión integral de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades.			
Procesos Prioritarios	6. Asepsia y antisepsia en relación con: planta física, equipo de salud, el paciente, Instrumental y equipos.			
Procesos Prioritarios	Cuenta con protocolo de:	1		
Procesos Prioritarios	1. Limpieza y desinfección de áreas,			
Procesos Prioritarios	2. Superficies,			
Procesos Prioritarios	3. Manejo de ropa hospitalaria y			
Procesos Prioritarios	4. Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales en los procedimientos de salud.			
Procesos Prioritarios	Los servicios que por su actividad requieran material estéril, deberán contar con un manual de buenas prácticas de esterilización de acuerdo con las técnicas que utilicen. La Institución deberá cumplir con la normatividad relacionada con los procesos de esterilización expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.			
Procesos Prioritarios	4. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos:		X	
Procesos Prioritarios	Los servicios que incluyan dentro de sus actividades administración de medicamentos, deberán contar con procesos definidos de los correctos desde la prescripción, hasta la administración de los medicamentos. Que incluya como mínimo las siguientes verificaciones:		X	
Procesos Prioritarios	1. Usuario correcto			
Procesos Prioritarios	2. Medicamento correcto			
Procesos Prioritarios	3. Dosis correcta			
Procesos Prioritarios	4. Hora correcta			
Procesos Prioritarios	5. Vía correcta			
Procesos Prioritarios	Cuenta además con el procedimiento y el paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.			
Procesos Prioritarios	5. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales:		X	
Procesos Prioritarios	El prestador cuenta con procesos y procedimientos para garantizar la identificación de todos los pacientes garantizando su custodia y vigilancia.		X	
Procesos Prioritarios	El prestador cuenta con procedimientos para garantizar la custodia de las pertenencias de los pacientes durante la prestación de los servicios.			
Procesos Prioritarios			X	

Procesos Prioritarios	Respeto a la diversidad cultural: En zonas dispersas el prestador cuenta con material en los dialectos que utilicen sus usuarios, dispone de traductor y concierne con la diversidad cultural del territorio, los protocolos de la atención en salud con enfoque diferencial.		X	
Procesos Prioritarios	Otros procesos prioritarios asistenciales	2		
Procesos Prioritarios	El prestador cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radiactivo, acorde a las características del prestador.	2		
Procesos Prioritarios	Se cuenta con protocolo ó manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente cuando éste requiera otro grado de complejidad que contemple :			
Procesos Prioritarios	1. Estabilización del paciente antes del traslado.			
Procesos Prioritarios	2. Medidas para el traslado			
Procesos Prioritarios	Lista de chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya:			
Procesos Prioritarios	1. Diligenciamiento de los formatos determinados por la normatividad vigente de referencia y contrarreferencia,			
Procesos Prioritarios	2. Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente.			
Procesos Prioritarios	3. Resumen de historia clínica.			
Procesos Prioritarios	Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso. (Software, correos etc.)			
Procesos Prioritarios	Recurso humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso.			
Procesos Prioritarios	Cuando se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II fuera de salas de cirugía		X	
Procesos Prioritarios	Cuentan con:		X	
Procesos Prioritarios	1. Protocolo de sedación			
Procesos Prioritarios	2. Protocolo de manejo de emergencias			
Procesos Prioritarios	Contar con proceso documentado de seguimiento al riesgo que incluya fichas técnicas de indicadores de complicaciones terapéuticas y medicamentosas, relacionadas con la sedación, medición, seguimiento y planes de mejoramiento.			
Procesos Prioritarios	Lista de Chequeo consignada en la historia clínica del paciente que incluya la verificación de:			
Procesos Prioritarios	1. Evaluación de la vía aérea.			
Procesos Prioritarios	2. La determinación del tiempo de ayuno adecuado			
Procesos Prioritarios	3. Registro de monitoreo del nivel de conciencia, la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria.			
Procesos Prioritarios	4. Registro de las variables hemodinámicas y respiratorias, a intervalos regulares			
Procesos Prioritarios	Todos estos registros se deben realizar antes, durante la intervención y hasta el momento del egreso del paciente.			
Procesos Prioritarios	5. Recomendaciones de egreso suministradas al			

Prioritarios	acompañante y/o acudiente.			
Procesos Prioritarios	Protocolo que defina atención por Anestesiólogo a pacientes con características particulares; como poco colaboradores, edades extremas, con enfermedades cardiacas severas, con enfermedades pulmonares, hepáticas, renales o del sistema nervioso central, cualquier alteración del grado de consciencia, con obesidad mórbida, con apnea del sueño, embarazadas, o quienes abusan del alcohol o de las drogas, antecedentes de sedación fallida o que presentaron efectos adversos a alguno de los medicamentos mencionados (midazolam, ketamina, hidrato de cloral u óxido nitroso); por tener un elevado riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la sedación/analgesia.			
Procesos Prioritarios	PORCENTAJE TOTAL DEL ESTANDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS	25.9 %		
Historia Clínica y Registros	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	5		
Historia Clínica y Registros	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica	5		
Historia Clínica y Registros	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario.	5		
Historia Clínica y Registros	El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo y diligenciamiento, aunque si es enfático en que debe garantizarse la confidencialidad y seguridad sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros, así como el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.	3		No cuenta con historia clínica sistematizada.
Historia Clínica y Registros	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos que incluya datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos.	5		
Historia Clínica y Registros	Las historias clínicas y/o registros asistenciales:			
Historia Clínica y Registros	Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.	5		
Historia Clínica y Registros	Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	5		
Historia Clínica y Registros	Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no documentalmente el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.	2		Se encuentra en proyecto de realización.

Historia Clínica y Registros	Se registran en historia clínica los tratamientos suministrados con ocasión de una posible falla en la atención y se cuenta con un comité de seguridad del paciente para analizar las causas	3		En la historia se documenta lo realizado. No se cuenta con comité de seguridad.
Historia Clínica y Registros	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único.	5		
Historia Clínica y Registros	Se cuenta con los instrumentos de registros establecidos para los programas de Protección Específica y Detección Temprana que se ofrecen:		X	
Historia Clínica y Registros	1. Carné materno en el control prenatal.			
Historia Clínica y Registros	2. Para la valoración integral del recién nacido, historia del servicio y la historia clínica perinatal simplificada.			
Historia Clínica y Registros	3. Si ofrece atención de bajo peso al nacer y programa canguro en la atención intrahospitalaria cuenta con historia clínica específica para los recién nacidos pretérmino y bajo peso al nacer			
Historia Clínica y Registros	4. Si se ofrece asesoría de prueba voluntaria de VIH APV, contar con formato de consentimiento de realización de prueba voluntaria.			
Historia Clínica y Registros	En el Programa de crecimiento y desarrollo:		X	
Historia Clínica y Registros	1. Historia nacional unificada de control del niño sano			
Historia Clínica y Registros	2. Carné de salud infantil nacional unificado,			
Historia Clínica y Registros	3. Curvas de crecimiento: curvas de peso talla e índice de masa corporal			
Historia Clínica y Registros	4. Escala abreviada del desarrollo.			
Historia Clínica y Registros	5. Prueba de desarrollo cognitivo para el niño mayor de 5 años.			
Historia Clínica y Registros	6. Instrumentos de registro unificados de cada una de las actividades realizadas.			
Historia Clínica y Registros	Si ofrece programas de planificación familiar cuenta con consentimiento informado para los métodos anticonceptivos que lo requieran.		X	
Historia Clínica y Registros	Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para el ambiente de almacenamiento central de residuos, cuentan con sistema de pesaje y registros de control de la generación de residuos	1		No Cuenta.
Historia Clínica y Registros	PORCENTAJE TOTAL DEL ESTANDAR DE HISTORIA CLINICA Y REGISTROS	80%		

CONSULTA MÉDICA GENERAL

Tabla 3. Criterios de calificación consulta médica general

Nivel 1: : no tiene: referencia la inexistencia de un documento, guía, protocolo o indicador requerido
Nivel 2: está en proceso de estructuración: se encuentra en borrador o en proceso de elaboración según exigencias de la norma
Nivel 3: : está documentado: el documento ésta estructurado y se encuentra disponible para su revisión
Nivel 4: Esta implementado: existe un documento y se tiene conocimiento por parte del todo personal para su debida ejecución
Nivel 5: control y seguimiento: está debidamente implementado con un programa de control y vigilancia para su adecuado funcionamiento
NOTA: EL CONSULTORIO MÉDICO ES SOLO UNO, LOS DEMAS SON DE FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA Y FISIOTERAPIA.

Tabla 4. Lista de chequeo consulta médica general

LISTA DE CHEQUEO ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN PROCESOS PRIORITARIOS E HISTORIA CLÍNICA CONSULTA MEDICA GENERAL				
ESTÁNDAR	CRITERIO DE EVALUACIÓN	CALIF	NA	OBSERVACIONES
Procesos Prioritarios	La institución cuenta con:	1		
Procesos Prioritarios	1. Guías internas y procesos educativos de los eventos de interés en salud pública, según la oferta de servicios de salud.	1		
Procesos Prioritarios	2. Los procesos de implementación o remisión dentro de la red del usuario al programa que requiera, según lo definan las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 ó las que las modifiquen, adicione o sustituyan.	1		
Procesos Prioritarios	Si ofrece fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del lenguaje tiene definidos en un manual de procedimientos, los protocolos y procedimientos de cada tipo de terapia que realice. Este manual incluye el tipo de elementos e insumos requeridos para cada tipo de procedimiento y cada procedimiento deberá contar con el soporte científico de organizaciones nacionales o internacionales.	2		Están en proceso de Estructuración
Procesos Prioritarios	Si realiza procedimientos menores en el consultorio o sala de procedimientos cuenta con:		X	
Procesos Prioritarios	1. La relación de procedimientos que se realizan.			
Procesos Prioritarios	2. Criterios explícitos y documentados sobre el tipo de procedimientos que se pueden realizar y de los que no se pueden realizar. Los criterios deben enmarcarse en las características generales de procedimientos menores establecidas en la definición de procedimientos menores.			
Procesos Prioritarios	3. Protocolos de los procedimientos que se realizan, que incluyan consentimiento informado.			
Procesos Prioritarios	4. Procedimientos para la información al paciente sobre preparación, y recomendaciones post procedimiento, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de			

	consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de los riesgos de procedimientos sin hospitalización.			
Procesos Prioritarios	5. Guías de manejo de patologías de urgencia.			
Procesos Prioritarios	Si dispone de salas para el manejo de la enfermedad respiratoria aguda (ERA), y es dependiente de consulta externa, cuenta con:		X	
Procesos Prioritarios	1. Señalización clara y visible para los usuarios y los horarios de atención.			
Procesos Prioritarios	2. Protocolo de manejo de pacientes con enfermedad respiratoria alta y baja que incluya los seguimientos del estado clínico.			
Procesos Prioritarios	3. Criterios explícitos y documentados de tiempos máximos de manejo ambulatorio de pacientes con enfermedad respiratoria alta y baja y de remisión a hospitalización.			
Procesos Prioritarios	4. Criterios explícitos y documentados sobre las condiciones de los pacientes que pueden ser manejados en la sala y de los que no. Los criterios deben enmarcarse en las características generales de procedimientos establecidas en la definición de procedimientos.			
Procesos Prioritarios	Si realiza procedimientos, deberá contar con manual de buenas prácticas de esterilización o desinfección, de acuerdo con los procedimientos que allí se realicen. Deberá entonces contar con disponibilidad del proceso de esterilización de acuerdo con el instrumental ó dispositivos que utilice.		X	
Procesos Prioritarios	PORCENTAJE TOTAL DEL ESTANDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS	30%		
Historia Clínica y Registros	Aplica lo de todos los servicios.	5		
Historia Clínica y Registros	PORCENTAJE TOTAL DEL ESTANDAR DE HISTORIA CLINICA Y REGISTROS	100%		

CONSULTA EXTERNA ESPECIALIDADES MÉDICAS

Tabla 5. Criterios de calificación consulta externa especialidades médicas

Nivel 1: : no tiene: referencia la inexistencia de un documento, guía, protocolo o indicador requerido
Nivel 2: está en proceso de estructuración: se encuentra en borrador o en proceso de elaboración según exigencias de la norma
Nivel 3: : está documentado: el documento ésta estructurado y se encuentra disponible para su revisión
Nivel 4: Esta implementado: existe un documento y se tiene conocimiento por parte del todo personal para su debida ejecución
Nivel 5: control y seguimiento: está debidamente implementado con un programa de control y vigilancia para su adecuado funcionamiento
NOTA: EL CONSULTORIO MEDICO ES SOLO UNO, LOS DEMAS SON DE FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA Y FISIOTERAPIA.

Tabla 6. Lista de chequeo consulta externa especialidades médicas

LISTA DE CHEQUEO ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN PROCESOS PRIORITARIOS E HISTORIA CLÍNICA CONSULTA ESPECIALIDADES MÉDICAS				
ESTÁNDAR	CRITERIO DE EVALUACIÓN	CALIF	NA	OBSERVACIONES
<i>Procesos Prioritarios</i>	Aplica lo de consulta externa general	4		
<i>Procesos Prioritarios</i>	Si el prestador realiza seguimiento pos trasplante deberá:		X	
<i>Procesos Prioritarios</i>	1. Contar con guías para el seguimiento pos trasplante, que incluyan los mecanismos de coordinación con las IPS trasplantadoras, quienes aprobarán las guías y los cambios de tratamiento inmunosupresor del paciente.			
<i>Procesos Prioritarios</i>	2. Adicionalmente, éstos prestadores deberán estar inscritos ante la Red de Donación y Trasplantes y			
<i>Procesos Prioritarios</i>	3. Cumplir con el flujo de información definido para el Instituto Nacional de Salud y la IPS trasplantadora.			
<i>Procesos Prioritarios</i>	PORCENTAJE TOTAL DEL ESTANDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS	80%		
<i>Historia Clínica y Registros</i>	Aplica lo de todos los servicios.	5		
<i>Historia Clínica y Registros</i>	PORCENTAJE TOTAL DEL ESTANDAR DE HISTORIA CLINICA Y REGISTROS	100%		

A partir del análisis de los resultados obtenidos para cada uno de los estándares de habilitación evaluados de manera independiente y teniendo como base la lista de chequeo para validación de nivel de cumplimiento de cada uno de los requisitos, se establece una tabla de calificación del nivel de cumplimiento, la cual se representará por los colores de un semáforo así:

Tabla 7. Calificación de nivel de cumplimiento

NIVEL	DESCRIPCIÓN	COLOR
Cumplimiento aceptable (80-100%)	Se define cuando el estándar alcanza un nivel de cumplimiento promedio superior o igual a 4, lo que equivale en una escala de 1 a 100 al 80%. Cada estándar se evalúa en forma independiente.	VERDE
Cumplimiento moderado (60-79%)	Se define cuando el estándar alcanza un nivel de cumplimiento promedio entre 3 a 3.9, lo que equivale a una escala de 1 a 100 al 60% Cada estándar se evalúa en forma independiente.	AMARILLO
Cumplimiento crítico (0-59%)	Se define cuando el estándar alcanza un nivel de cumplimiento promedio entre 0 a 2.9, lo que equivale a una escala de 1 a 100 al 59% Cada estándar se evalúa en forma independiente.	ROJO

A continuación se evidencia las gráficas correspondientes a los estándares de habilitación de acuerdo a los servicios evaluados.

Gráfico 2. Todos los servicios.

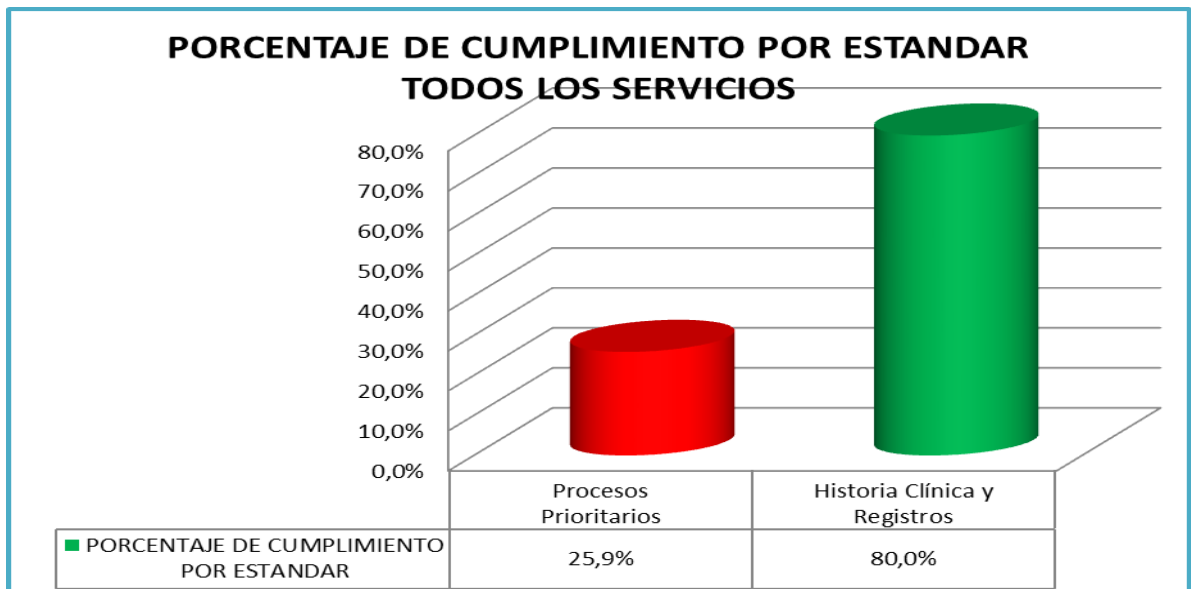


Gráfico 3. Consulta médica general

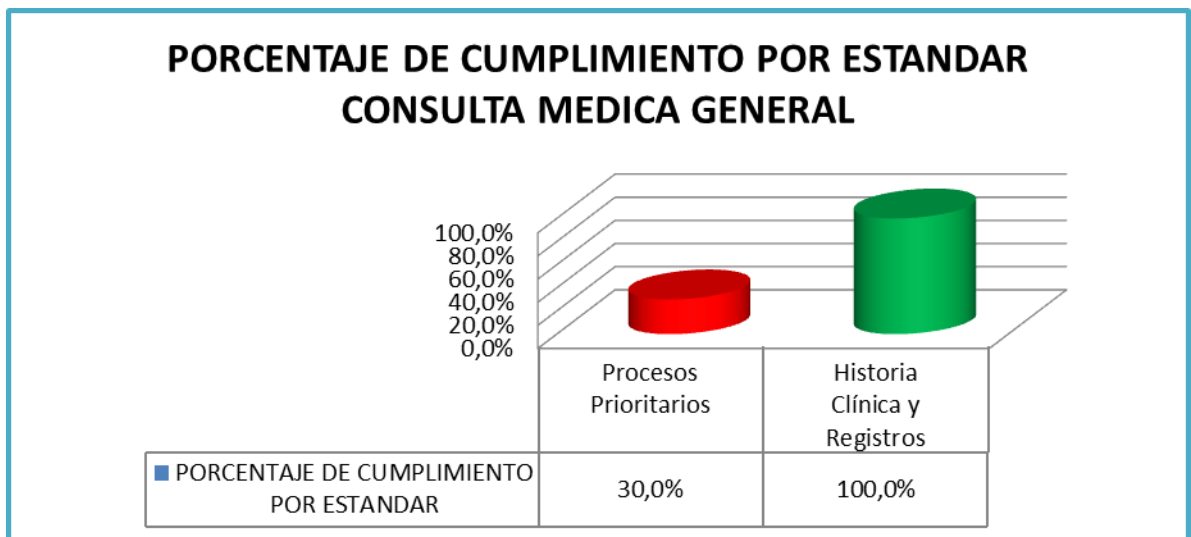
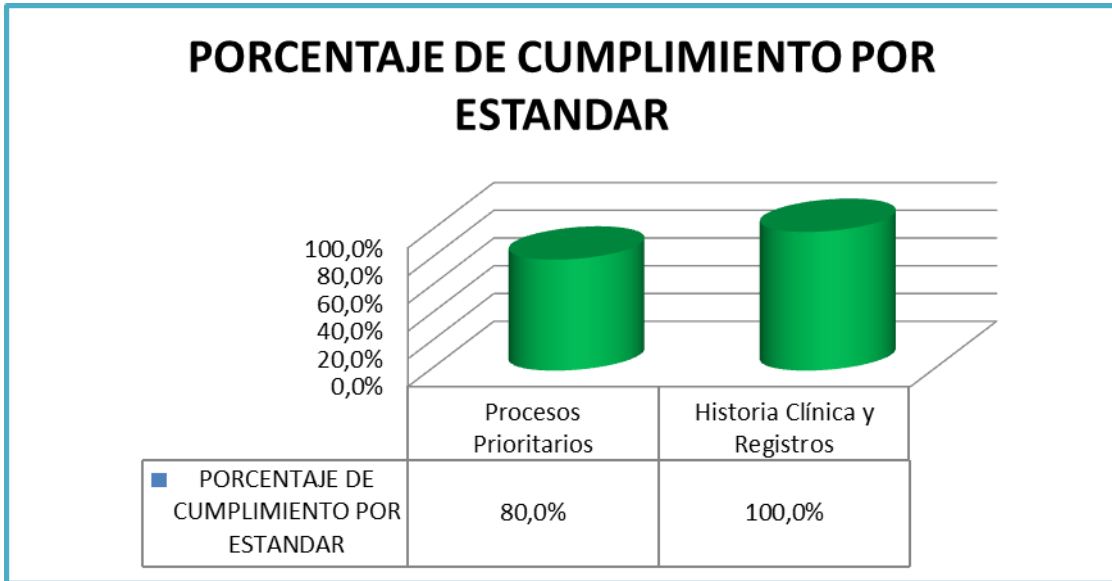


Gráfico 4. Consulta externa especialista



A nivel general se muestra un análisis de todos los instrumentos debido a la correlación que existe entre medicina general y especialidades médicas que incluye los mismos criterios de evaluación en los dos estándares que se están tratando.

Al analizar estas graficas se evidencia que el estándar de procesos prioritarios se encuentra en estado crítico al alcanzar solo el 25,9 % y el 30% de cumplimiento de los ítems requeridos en las listas de chequeo, esto, sumado a la complejidad e importancia de este estándar lo convierten en el eje principal de este trabajo, en el cual se deben priorizar y enfocar esfuerzos para lograr cumplir con la elaboración e implementación de todos los protocolos, guías, políticas y manuales que son la base para una atención con calidad en los servicios de fisioterapia, fonoaudiología, terapia de lenguaje y psicología prestados en la IPS REHABILITAMOS SAS.

La política de seguridad del paciente es un eje principal del estándar que se encuentra bastante descuidado, la falta de ésta afecta directamente la calidad de la atención en la IPS al no contar con las herramientas necesarias para prevenir,

reducir o eliminar los posibles eventos adversos que podrían presentarse. Para que un sistema de atención en salud sea seguro es necesaria la participación activa de los diferentes actores involucrados en el, por lo tanto es necesaria no solo la elaboración de la política sino también la socialización a todos los trabajadores de la IPS con el debido control y seguimiento para lograr el mejoramiento continuo de la calidad en la atención.

En cuanto al estándar de historia clínica y registros se evidencia un mejor porcentaje de cumplimiento de 80% a 100%, esto gracias a la disponibilidad de un formato completo y estandarizado de hoja de vida, el cual es abierto en la primera consulta a todos los usuarios e incluye los datos completos, consignados con letra legible y firmados con hora y fecha por la persona que realiza las anotaciones. Otro componente importante de este estándar es la garantía de custodia y confidencialidad que se brinda a las historias clínicas de la IPS por parte de todo el personal involucrado en su manipulación.

Para mejorar el porcentaje de cumplimiento en este estándar es necesario incluir en las historias clínicas los tratamientos que sean suministrados debido a una posible falla en la atención al usuario y que exista un comité de seguridad del paciente que los revise y detecte las causas. Por otra parte se debe establecer control en la generación de residuos por medio del pesaje y registro de los mismos, para lo cual es necesario revisar el PGIRH de la IPS.

Estándar de procesos prioritarios:

FORTALEZAS

- La mayoría de protocolos, guías de manejo y manuales se encuentran actualmente en proceso de estructuración, sobre lo cual se podría fijar un precedente para su posterior complemento.
- El personal asistencial que labora en la IPS está capacitado y debidamente documentado para la adecuada atención de los usuarios.

- Existe disposición del equipo de trabajo y del gerente de la entidad para llevar a cabo la implementación completa de la habilitación en la IPS

DEBILIDADES

- Por ser una entidad pequeña con poco personal asistencial y administrativo no se encuentran repartidas responsabilidades, comités o encargados específicos para abarcar todos los temas de habilitación.
- Los procesos, guías y programas que se encuentran establecidos en la entidad se quedan en el papel, la implementación no se mide ni existen indicadores de seguimiento.
- No existe un programa de capacitaciones que involucre a todos los trabajadores de la IPS y fortalezca la cultura institucional.
- Se ofertan servicios como Ortopedia y Medicina General sin que estos tengan un profesional a cargo durante todos los días laborales.
- Falta de la elaboración y diligenciamiento de contratos laborales y por prestación de servicios según el personal.

Estándar Historia clínica y registros:

FORTALEZAS

- La IPS cuenta con un buen manejo de las historias clínicas, garantizando la seguridad y confidencialidad de las mismas.

DEBILIDADES

- No se tiene implementada la historia clínica automatizada, lo cual limita su manejo, disponibilidad y legibilidad.
- Falta de creación e implementación de un formato de consentimiento informado que se aplique previo a la atención de cada paciente que respalde la prestación de los servicios.

- En el plan de gestión de residuos, no se llevan registros de pesaje y control de desechos generados durante los procesos de atención.

6.2 PLAN DE ACCIÓN Y/O INTERVENCIÓN

De acuerdo al análisis obtenido de la aplicación de la lista de chequeo para cada estándar de la Resolución 2003 de 2014 con respecto a los ítem sobre procesos prioritarios, historia clínica y registros en la *IPS REHABILITAMOS SAS* se pudo determinar la existencia de procesos y procedimientos que aunque en muchos de ellos existe documentación al respecto, en algunos casos falta complementar, en otros construir para su posterior socialización, implementación y evaluación de tal forma que se garantice el cumplimiento del marco legal.

Así mismo es importante resaltar que el plan de acción tiene como alcance solo los servicios de Fisioterapia, Fonoaudiología y Psicología debido a que en la aplicación del instrumento y la verificación para el diagnóstico se observó que el portafolio de servicios que tenía la IPS no se ajustaba a los requerimientos exigidos por la normatividad vigente colombiana, específicamente la Resolución 2003 de 2014. Por lo tanto en reunión con la Gerencia se determinó que se cerraban los servicios de medicina general y ortopedia, lo anterior en aras de mejorar la calidad en la prestación de los servicios por parte de la IPS REHABILITAMOS SAS.

A continuación se presenta el plan de acción para estándares de habilitación asociados a Procesos Prioritarios, Historia Clínica y registros los cuales son básicos para eliminar las brechas existentes y poder surtir el trámite de habilitación. Adicionalmente se presenta dentro del plan otras acciones de mejora propuesta como Valores Agregados por parte de los autores de la monografía, para contribuir al fortalecimiento empresarial de la IPS.

Tabla 8. Plan de acción y/o intervención

Estándar asociado	Actividad	Responsable	Documentos Existentes	Observación	Nuevo Documento
Procesos prioritarios	Elaboración de la política de seguridad del paciente de la IPS REHABILITAMOS SAS	Diana Gómez y Jaime Ariza	Guía de vigilancia y eventos adversos, proceso de control de riesgo	Crear el Comité, guía de manejo para el reporte de eventos adversos, indicadores de seguimiento todo riesgo	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA IPS REHABILITAMOS SAS
Procesos prioritarios	Elaboración de las guías o protocolos de manejo para prácticas más comunes en fisioterapia, psicología y fonoaudiología	Diana Gómez y Jaime Ariza	Manual de procesos y procedimientos	Convertir de protocolos a guías y anexar las de psicología	GUÍAS DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA - GUÍAS DE MANEJO PARA FONODIAGNOSTICACIÓN GUÍAS DE MANEJO PARA PSICOLOGÍA PARA LA IPS REHABILITAMOS SAS
Procesos prioritarios	Elaboración del Instructivo de lavado de manos	Diana Gómez y Jaime Ariza	ninguno	Tener en cuenta lo explícito de la resolución 2003 de 2014	INSTRUCTIVO DE LAVADO DE MANOS
Procesos prioritarios	Modificación del manual de bioseguridad	Diana Gómez y Jaime Ariza	Manual de bioseguridad incompleto	Tener en cuenta lo explícito de la resolución 2003 de 2014	MANUAL DE BIOSEGURIDAD PARA LA IPS REHABILITAMOS SAS
Procesos prioritarios	Creación de guías internas y procesos educativos de interés en salud pública, según la oferta de servicios de salud.	Diana Gómez y Jaime Ariza	ninguno	Según oferta de servicios de acuerdo a Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA
Historia clínica y registros	Modificación de consentimiento informado,	Diana Gómez y Jaime Ariza	Consentimiento informado	Información de beneficios, riesgos, firma paciente o responsable del paciente	FORMATO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO
OTROS					
Valor agregado	PROPUESTA DE DIRECTRICES	Johanna Gayón , Lina Ardila, Diana Gómez,	DIRECTRIZ ORGANIZACIONAL	MISIÓN, VISION, VALORES, PROTAFO LIO DE SERVICIOS,	DIRECTRICES ORGANIZACIONALES

	ORGANIZACIONALES DE LA IPS	Jaime Ariza		ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL, MAPA DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y MAPA DE PROCESOS	
Valor agregado	PROCEDIMIENTO PARA DOCUMENTOS INTERNOS	Johanna Gayón , Lina Ardila, Diana Gómez, Jaime Ariza	Ninguno	elaborar el documento de procedimiento para los documentos de la IPS	PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR, ACTUALIZAR Y CONTROLAR DOCUMENTOS INTERNOS
	DOS DOCUMENTOS DE MONOGRAFIA	Johanna Gayón , Lina Ardila, Diana Gómez, Jaime Ariza	INFORMACIÓN IPS	DOS DOCUMENTOS DE MONOGRAFIA	DOS DOCUMENTOS DE MONOGRAFIA

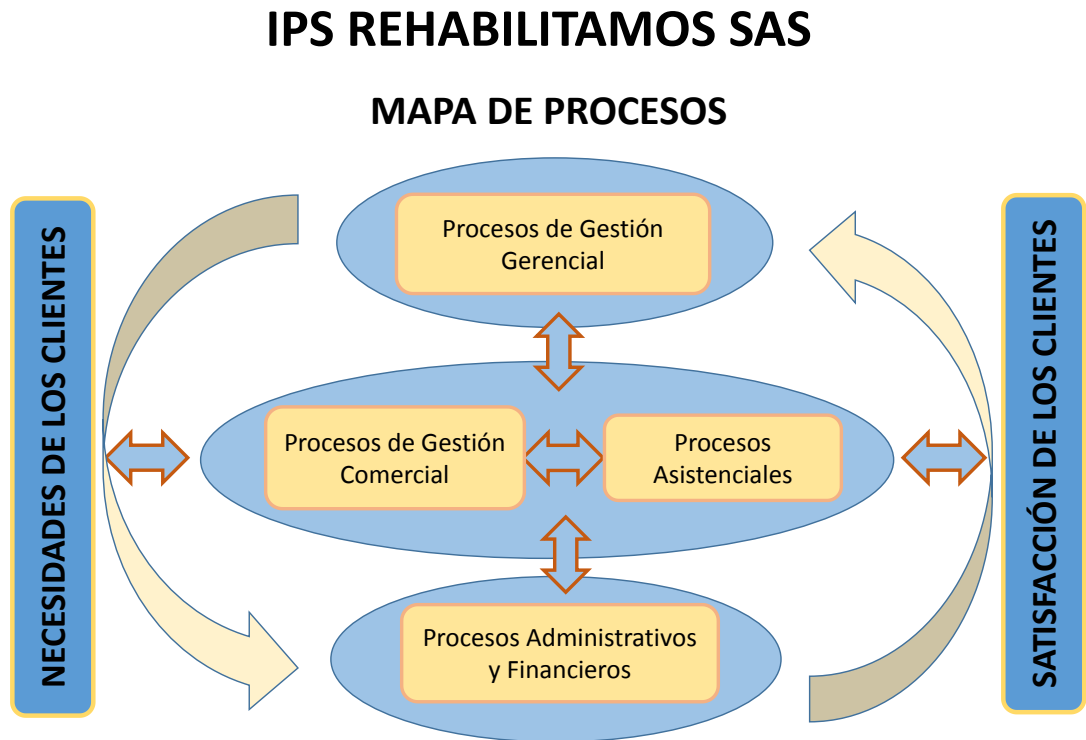
6.3 DOCUMENTACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS

Con el propósito de dar respuesta a las necesidades de la documentación identificadas en la etapa de diagnóstico y según la exigencia de la resolución 2003 de 2014, los autores del proyecto plantearon el siguiente esquema de trabajo o metodología.

6.3.1 Definición del mapa de procesos de la organización

Con el propósito de mejorar la organización en la prestación del servicio se creó una estructura de procesos, que también fue base para la codificación de los documentos estandarizados en los procesos de la IPS REHABILITAMOS SAS. A continuación se presenta el mapa de procesos, que corresponde a la representación gráfica de los procesos definidos así como su interacción para lograr identificar las necesidades del cliente y traducirlo en servicios que busquen su satisfacción.

Gráfico 5. Mapa de procesos IPS REHABILITAMOS S.A.S



6.3.2 Procedimiento para elaborar, actualizar y controlar documentos internos

Con el objetivo de parametrizar todos los documentos internos de la Institución se creó un instructivo para la elaboración, actualización y el control de documentos; este permite mantener una información eficaz y eficiente de los procesos de la IPS REHABILITAMOS SAS. Ver Anexo 1.

6.3.3 Sensibilización

Con el fin de realizar un proceso de documentación organizado y estructurado que involucre la participación de todos los empleados de la IPS, se consideró como pertinente y de gran importancia realizar unas actividades iniciales con todo el personal de la institución, teniendo como propósito:

- Dar a conocer a los empleados de la IPS el proyecto que se iniciaba.
- Mostrar los objetivos y alcance del mismo.
- Presentar los beneficios y resultados que tendría la IPS al finalizar la ejecución del proyecto.
- Dar a conocer la participación y responsabilidad de cada uno de los profesionales vinculados a la IPS en el desarrollo del proyecto.
- Exponer el cronograma de actividades y las etapas a desarrollar durante el proyecto.
- Socializar la resolución 2003 de 2014 y enfatizar la importancia del cumplimiento obligatorio a partir del 30 de Septiembre de 2014.

6.3.4 Levantamiento y aprobación de la documentación:

Para realizar el levantamiento y aprobación de la documentación se definieron los siguientes pasos:

- Revisar el documento existente
- Identificar los involucrados y definir las personas con las cuales se va a revisar y actualizar el documento.
- Revisar el marco legal existente asociado a la actividad y a la tarea, para garantizar que está incluido en los documentos y se hizo una revisión bibliográfica asociada al tema.
- Coordinar agendas para revisar el documento o construirlo en caso de no tener ninguno
- Realizar la revisión o levantamiento de las tareas que deben estar en el documento.
- Realizar la digitación (Actualización o construcción) del documento, según el formato establecido.
- Revisar el documento con quien se levantó la información.
- Hacer los ajustes requeridos

- Revisar el documento por parte del Responsable del proceso
- Hacer los ajustes requeridos
- Aprobar el documento.

A continuación se relacionan los documentos que se construyeron y ajustaron de acuerdo a los estándares evaluados. Cada uno de estos documentos se presenta dentro del Anexo 2 (Anexo compendio asociado a los estándares procesos prioritarios e historia clínica)

DOCUMENTOS ASOCIADOS A PROCESOS PRIORITARIOS

El estándar asociado a procesos prioritarios tiene como propósito garantizar la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.

Tabla 9. Documentos asociados a procesos prioritarios

NOMBRE DEL DOCUMENTO	OBJETIVO	CÓDIGO
Programa de seguridad del paciente	Establecer una política y objetivos específicos que promuevan y mantengan la seguridad de todos los usuarios de la IPS Rehabilitamos SAS.	AS-PM 01
Formato de reporte de evento adverso	Elaboración del formato de reporte de evento adverso	AS-F0-01
Guía de manejo para fisioterapia	Orientar de forma adecuada y concisa al fisioterapeuta, para que brinde un mejor tratamiento, encaminando por la clínica del paciente, para mejorar su condición física y su calidad de vida.	AS-GU 01
Guía de manejo para Fonoaudiología	Orientar de forma adecuada y concisa al fonoaudiólogo, estipulando una serie de recomendaciones terapéuticas basadas en la clínica del paciente, con el fin de mejorar y optimizar su condición y su calidad de vida.	AS-GU 02
Guía de manejo para Psicología	Orientar de forma adecuada y concisa al psicólogo, estipulando una serie de pautas y recomendaciones de manejo basadas en la clínica del paciente, con el fin de mejorar y optimizar su condición mental y su calidad de vida.	AS-GU 03
Manual de bioseguridad	Establecer los criterios de Bioseguridad y los	AS-MA 01

	protocolos de limpieza, y Desinfección de áreas, equipos y dispositivos médicos de los servicios que se prestan en la IPS Rehabilitemos S.A.S , basados en la normatividad vigente, para la promoción de la salud y la protección de los profesionales de la salud, de sus colaboradores asistenciales y de los pacientes y otros usuarios frente al riesgo de adquirir enfermedades o de sufrir accidentes con ocasión de la prestación de servicios de Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, medicina general y psicología.	
Instructivo de lavado de manos	Disminuir el índice de infecciones asociadas a la Atención en salud, mediante el corte de la cadena de transmisión de microorganismos entre los usuarios que asistan a recibir una atención por parte de la IPS REHABILITAMOS SAS y del personal de salud que labora en la institución, a través de la higiene de manos.	AS-IN-01
Guía educativa de salud Pública enfocado a nivel de atención secundaria.	Disminuir los problemas de salud que enfrentan los pacientes atendidos por los profesionales de la IPS REHABILITAMOS SAS, mediante un modelo educativo, basados en la prevención de alteraciones psíquicas y del movimiento que generan disfunciones, limitaciones funcionales y discapacidades en los usuarios.	AS-GU-05

DOCUMENTOS ASOCIADOS A HISTORIA CLINICA Y REGISTROS.

Es la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.

Tabla 10. Documentos asociados a historia clínica y registros.

NOMBRE DEL DOCUMENTO	OBJETIVO	CÓDIGO
Consentimiento Informado	Elaboración del formato de consentimiento informado	AS-FO-02

7. PROPUESTAS DE MEJORA PARA EL FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE LA IPS REHABILITAMOS SAS

Con el fin de aplicar los conocimientos adquiridos durante la Especialización en Administración de Servicios de Salud con respecto al desarrollo organizacional; se realizó una propuesta de Filosofía Empresarial ajustada a las características definidas para orientar las actividades de la empresa con el ánimo de generar sentido de pertenencia y se vean representados todas las personas que laboran al interior de la IPS REHABILITAMOS SAS.

7.1 FILOSOFIA ORGANIZACIONAL

La propuesta de filosofía organizacional para la IPS Rehabilitamos SAS incluye una misión y visión claras que reflejan su desarrollo y competitividad. Resaltar los servicios que se ofertan y la política que se implementa es necesario para atraer usuarios y orientar a los profesionales que laboran en la institución. Conocer lo que se está haciendo y hacia donde se están dirigiendo es la pieza clave del éxito de cualquier institución, por lo tanto a continuación se define una misión y visión acorde a la situación actual de la IPS.

MISIÓN PROPUESTA:

La IPS REHABILITAMOS SAS es una Institución Prestadora de servicios de Salud pionera en rehabilitación física, psicológica y de lenguaje en puerto Berrio Antioquia. Brinda atención con alta calidad, humanizada, segura, oportuna y con la tecnología adecuada, garantizando la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus usuarios, a través del trabajo responsable de un equipo interdisciplinario de profesionales idóneos, comprometidos con el mejoramiento de la salud de la comunidad y la protección del medio ambiente.

VISIÓN PROPUESTA:

En el 2019, la IPS REHABILITAMOS SAS será líder en el área de rehabilitación física, psicológica y de lenguaje del Magdalena Medio, a través de la ampliación de su infraestructura y el desarrollo tecnológico que fortalecerán la oferta de servicios de medicina especializada, fundamentados en el mejoramiento continuo y el cumplimiento de los más altos estándares de calidad, garantizando la prestación de servicios diferenciales que permitan la continuidad e integralidad en la atención de primer y segundo nivel, la satisfacción de los usuarios, la permanencia y competitividad de la empresa.

VALORES

Para escoger los valores de la IPS Rehabilitamos SAS se hizo un enfoque en los valores que muestran todos los profesionales que laboran en la institución y se le agregó parte de la nueva cultura organizacional que se planteó anteriormente, esto con el fin de generar fuerzas impulsadoras de cómo llevar a cabo la prestación de los servicios y lograr el éxito en los procesos de mejora continua. La definición se hizo con ayuda del libro “El poder de los valores” de Jorge Yarce, y quedaron descritos de la siguiente manera:

COMPROMISO: Definido como la capacidad de la institución y sus colaboradores para la prestación de servicios de salud de alta calidad en forma responsable y oportuna a los usuarios.

HONESTIDAD: Se caracteriza por una conducta transparente de cada uno de los colaboradores en beneficio de los usuarios y de la organización, respetando los derechos de todos, lo cual contribuye al fortalecimiento de la imagen corporativa de la Institución.

LIDERAZGO: Se reconoce como la capacidad de los colaboradores para dirigir, guiar u orientar a otras personas, generando en ellas un alto grado de motivación

y compromiso para el logro y cumplimiento de los objetivos y metas establecidos por la Institución.

RESPECTO: Significa reconocer los derechos de los clientes externos e internos y tener la capacidad de hacer valer sus derechos.

RESPONSABILIDAD: Es el deber de hacer las cosas de la mejor manera, de tal forma que nunca se perjudique al otro y con ello cumplir con las expectativas de los clientes y asumir los riesgos que estas actividades conllevan.

SERVICIO: Es el toque humano, amabilidad y gentileza con el que los colaboradores atienden las necesidades de salud de los usuarios y orientan a la comunidad en general.

SOLIDARIDAD Es el aporte recíproco de esfuerzos y voluntades para cooperar en la resolución de los problemas de salud de nuestros usuarios y mejorar su calidad de vida.

7.2 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

Con base en la demanda de servicios de salud de la población y la competencia presente en el municipio de Puerto Berrio Antioquia, se realizó un ajuste de la oferta de servicios de la Institución, previo consentimiento de la gerencia, teniendo como resultado el siguiente portafolio de servicios:

La IPS REHABILITAMOS SAS presta a la comunidad en general y a las diferentes empresas del Sector servicios de:

Fisioterapia

- Diagnóstico y manejo en rehabilitación ortopédica
- Diagnóstico y manejo en rehabilitación neurológica
- Diagnóstico y manejo en rehabilitación pediátrica
- Diagnóstico y manejo en rehabilitación geriátrica

- Examen de Espirometría

Fonoaudiología y/o terapia de lenguaje

- Diagnóstico y manejo terapéutico en pacientes con trastornos del lenguaje
- Diagnóstico y manejo terapéutico en pacientes con trastornos de la voz
- Diagnóstico y manejo terapéutico en pacientes con trastornos del aprendizaje y de lecto-escritura
- Diagnóstico y manejo terapéutico en pacientes con trastornos de vértigo
- Terapia Miofuncional
- Examen de AUDIOMETRIA tonal y tamiz
- Elaboración de protectores auditivos

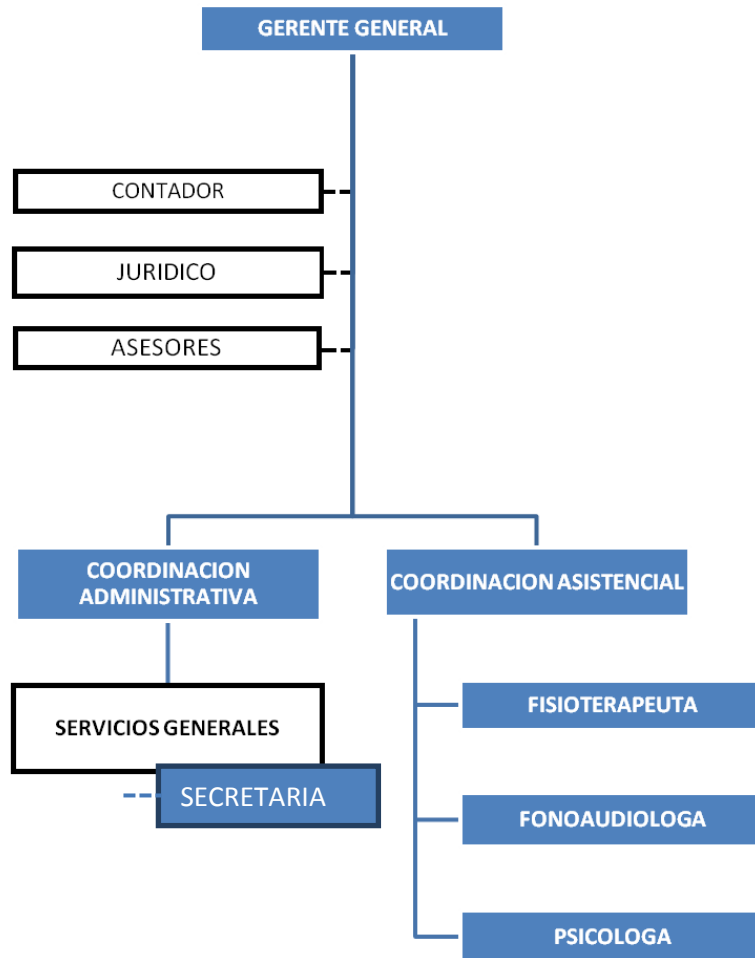
Psicología

- Consulta y manejo de cualquier problema o trastorno psicológico
- Psicoterapia Individual o Pareja

7.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Teniendo en cuenta la estructura organizacional que tenía la institución la cual no mostraba el nivel jerárquico de la misma, se implementó una propuesta donde se evidencia una cadena de mando de acuerdo a la prestación de servicios con sus correspondientes áreas tanto administrativas como asistenciales para alcanzar las metas y objetivos propuestos por la organización.

Gráfico 6. Organigrama reestructurado IPS REHABILITAMOS S.A.S



- - - Los cargos vinculados pueden existir de acuerdo a los requerimientos particulares de las actividades a desarrollar.

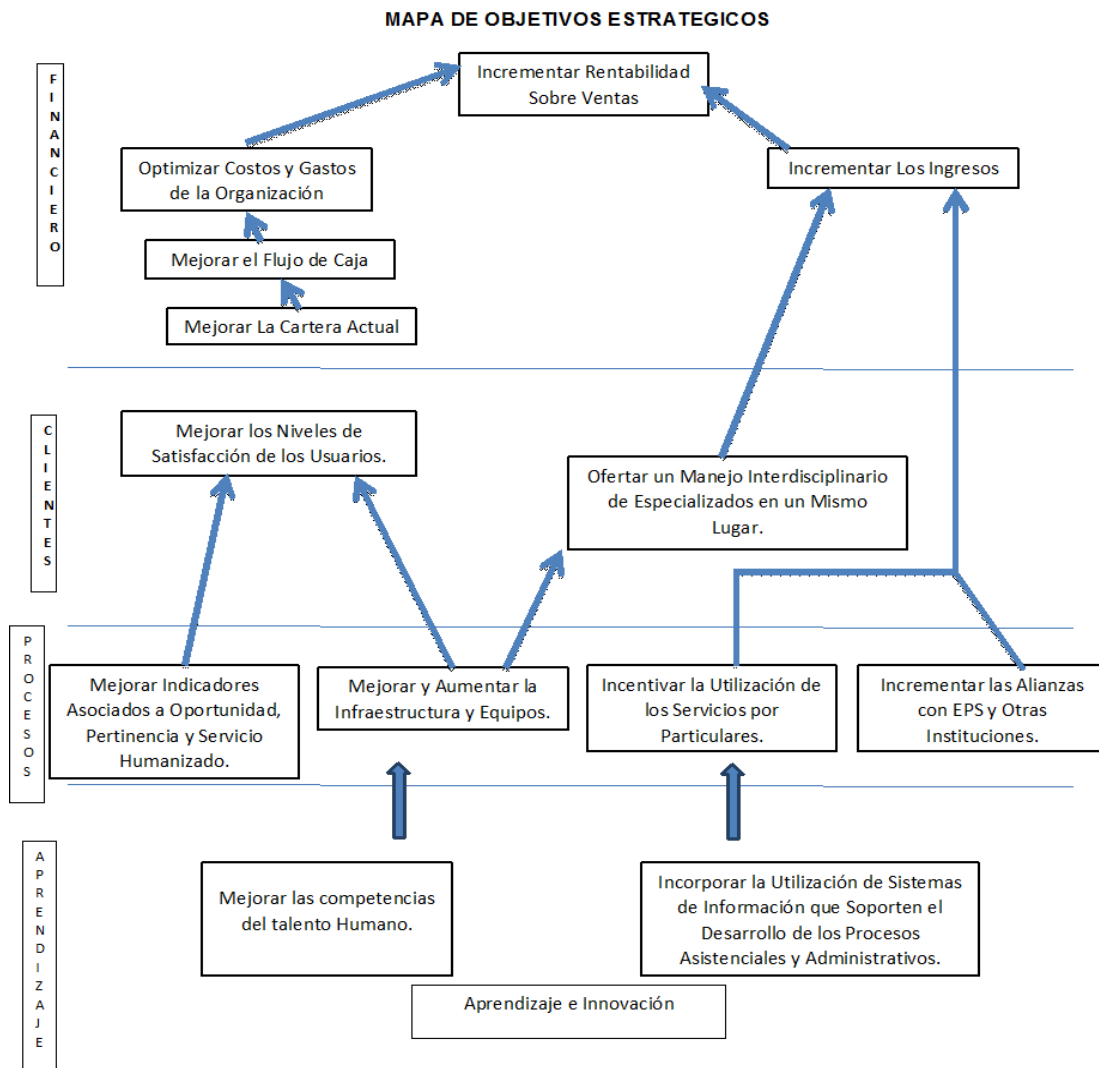
. . . Actividades desarrolladas por personal externo subcontratado

7.4 MAPA ESTRATÉGICO

Para facilitar los procesos de la Institución se creó un mapa de procesos teniendo en cuenta el concepto de Kaplan y Norton sobre el Balanced Scorecard o tablero

balanceado de gestión el cual proporciona de manera gráfica la estrategia y los objetivos estratégicos de la empresa organizada en función de perspectivas de: aprendizaje, procesos, clientes y financiero, que permite visualizar la coherencia de los objetivos que se quieren alcanzar para cumplir el plan estratégico de la IPS REHABILITAMOS SAS.

Gráfico 7. Mapa de objetivos estratégicos



RECOMENDACIONES FRENTE A LOS ESTANDARES

Adicional a la documentación construida y ajustada en la IPS para dar cumplimiento a los requisitos de la Resolución 2003 de 2014, es importante que la Gerencia de la IPS, apropie los recursos económicos para solucionar brechas existentes frente a infraestructura, a continuación las autoras del proyecto relacionar las acciones que se deben adelantar y que son necesarias incluir dentro de los planes de mejora de infraestructura por parte de le IPS.

Recomendaciones frente a procesos prioritarios.

- La Implementación del programa de seguridad del paciente y la socialización de su política, se hace necesario para poder lograr llevar a cabo procesos seguros que fortalezcan la calidad de la institución. Es deber de la gerencia velar por la integración del programa.
- La gerencia debe comprometerse a cumplir el plan de capacitaciones para todo el personal y velar por la calidad y asertividad de estas, con el fin de aprovechar al máximo estos espacios y concientizar a los profesionales.
- Se debe fomentar el reporte de eventos adversos, evitando una actitud punitiva y señaladora, siguiendo las recomendaciones de la guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente, con el fin de identificar los riesgos para su posterior análisis.
- Se deben definir los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios y complementar el sistema de habilitación.

- La socialización de las guías y protocolos debe hacerse a todo el personal en general dependiendo de su función con el fin de estandarizar los procesos.

Recomendación frente a historia clínica y registros

- A partir del 31 de diciembre de 2013 se determinó que la historia clínica debe ser electrónica para todas las entidades prestadoras de servicios de salud, según la ley 1438 de 2011, por lo tanto la IPS Rehabilitamos SAS debe estar preparándose para ejecutar ese cambio lo antes posible.

8. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROYECTO

Tabla 11. Cumplimiento de objetivos del proyecto

OBJETIVOS	NÚMERAL DE CUMPLIMIENTO
Implementar un diagnostico situacional basado en la normatividad vigente, Resolución 2003 de 2014 en la IPS Rehabilitamos SAS.	6.1
Mejorar la calidad de los servicios de salud mediante la documentación de procesos, protocolos y guías de manejo exigidos en Resolución 2003 de 2014	6.3 Anexos
Establecer una propuesta de mejora para el fortalecimiento empresarial de la IPS REHABILITAMOS SAS.	7

9. CONCLUSIONES

En búsqueda del mejoramiento continuo de la calidad y la disminución de los riesgos asociados a la prestación de servicios de salud, aparecen constantemente normas que proveen lineamientos de obligatorio cumplimiento a todas las entidades prestadoras de servicios de salud en el territorio nacional.

Para la IPS Rehabilitamos SAS como entidad prestadora de servicios de salud, es de suma utilidad haber sido objeto de esta monografía, ya que al llevar a cabo el diagnóstico situacional de los estándares correspondientes a su objeto social, se pudieron detectar falencias que ocasionarían el cierre por parte del ente de control si se llevara a cabo una visita de verificación.

Los vacíos documentales constituyen gran parte del porcentaje de incumplimiento, por esta razón fueron establecidos como el eje central de esta monografía, ya que constituyen una herramienta esencial para poder implementar las políticas y mejorar los procesos de atención en los diferentes servicios de la IPS.

Como complemento importante, se detectaron otras falencias durante el proceso que son tenidas en cuenta en el plan de mejoramiento; estas incluyen las directrices organizacionales y otro tipo de recomendaciones que en aras de tiempo y alcance no se pueden llevar a cabo en un trabajo de este tipo, pero que sin duda son hechas con el fin de que la gerencia pueda implementarlas generando ventajas competitivas y diferenciación de la competencia. Como resultado se espera que la atención en los diferentes servicios de la IPS mejore en calidad y seguridad para que la calidad de vida de la población aumente y sean cubiertas todas sus necesidades y expectativas en salud.

En el desarrollo del presente trabajo fue evidente, que cumplir con todos los requisitos de una norma no es nada fácil, ni siquiera siendo una IPS pequeña como la de nuestro estudio. La prestación de servicios de salud está considerada en la normatividad como un proceso delicado y vital por lo que exige altos estándares de cumplimiento, pero nos queda la duda y la inconformidad de saber cómo están los entes de control ejerciendo sus funciones, pues como la IPS Rehabilitamos SAS existen muchas otras instituciones que se encuentran funcionando y no están cumpliendo con la totalidad de requisitos de habilitación, lo que compromete de manera directa la calidad de la atención en salud que está recibiendo la población.

Como profesionales del área de la salud próximos a optar el título de Administradores de servicios de Salud, llevar a la práctica los conocimientos adquiridos en el aula nos prepara para enfrentarnos con la realidad de nuestro sistema y nos provee herramientas para ejercer nuestro trabajo, siendo capaces de dimensionar la importancia, responsabilidad y complejidad de dirigir instituciones de salud.

10. RECOMENDACIONES

- Teniendo en cuenta la Resolución 2003 de 2014 es importante que la gerencia de la IPS REHABILITAMOS SAS, adquiera el compromiso de continuar con los procesos para fortalecer las políticas internas y por ende mejorar la calidad en la atención de los servicios de salud de los usuarios.
- Generar programas de vigilancia y control de todos los lineamientos requeridos por los estándares mínimos de Habilitación, programando socializaciones internas en la institución con el fin de incrementar el grado de compromiso y sentido de pertenencia de los empleados.
- Realizar un análisis financiero detallado y crear un sistema de recuperación de cartera adecuado a la situación de la Institución, con el fin de lograr adquirir fondos necesarios y que estos sean empleados para el sostenimiento y mejoramiento institucional.
- Generar una estrategia competitiva para posicionar la IPS REHABILITAMOS SAS, como una Institución que ofrece servicios de fisioterapia, fonoaudiología y psicología diferenciados para garantizar la satisfacción de los usuarios actuales y permitir la captación de nuevos usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLES, Martha Alicia. Desempeño por Competencias: Evaluación de 360°. Buenos Aires: Ediciones Granica S.A. 2005.
- BOHLANDER George, SNELL Scott. Administración de recursos humanos. 14a. Ed Cengage Learning. 2008.
- BOHORQUEZ, Bibiana, JIMENEZ, Carolina. Verificación de estándares de habilitación en una IPS clínica pediátrica de segundo nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C., 2012 Disponible en: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/10882/2001/7/JimenezCarolina2012.pdf>
- COLOMBIA, CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, Artículos 48 al 50, Bogotá, D.C., 1991. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>
- COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA, Decreto 770 de 2005 (17 de Marzo 2005). **Por el cual se establece el sistema de funciones y de requisitos generales para los empleos públicos**. Artículo 2. Noción de Empleo. Bogotá, D.C., Presidencia de la Republica de Colombia 2005. Disponible en: <http://www.cnsc.gov.co/>
- **COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Resolución 001043 DE 2006(03 Abril 2006),por la cual se establecen 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 de la atención y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C., Ministerio de la Protección Social 2006. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20268>**
- COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Sistema de habilitación. Bogotá, D.C., Disponible en: <http://www.cgh.org.co/temas/descargas/habilitacion.pdf>

- COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 1441 de 2013 (06 Mayo 2013). Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Ministerio de salud y la protección social, Republica de Colombia. Bogotá, D.C., Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resoluci%C3%B3n%201441%20de%202013.PDF>
- COLOMBIA. COMISIÓN NACIONAL DE SERVICIO CIVIL, CNSC. Guía para la evaluación del desempeño laboral de los empleados de carrera o en periodo de prueba. Bogotá, D.C., Diciembre 2006. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16126>
- CUESTA, Santos Armando. Evaluando desempeños: alineamiento estratégico y productividad. Fórum Empresarial, vol. 17, núm. 1, mayo, 2012, pp. 1-30. Centro de Investigaciones Comerciales e Iniciativas Académicas. San Juan, Puerto Rico. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63124039001>
- ELIZONDO, Medina Manuel, ARMENTEROS, Acosta María del Carmen y Otros. Las Competencias Gerenciales desde una visión estratégica de las organizaciones: un procedimiento para su identificación y evaluación del desempeño. Revista Internacional Administración & Finanzas. Volumen 5, núm. 2, 2012.
- MUÑOZ ECHEVERRY, César Augusto. Análisis del desempeño: Nuevas tendencias en la llamada evaluación de personal. Pensamiento & Gestión, núm. 16, junio, 2004, pp. 43-51, Universidad del Norte Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64601604>
- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española. Madrid, España: Autor Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=documentar>
- RESTREPO, de O Luz Stella; ESTRADA, Mejía Sandra; LOPEZ, Duque María Esperanza. Administración moderna para organizaciones orientadas a resultados. Scientia Et Technica, Vol. XV, núm. 41, 2009, p. 141-146.

Universidad Tecnológica de Pereira. Disponible en:<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=84916680025>

- YARCE, Jorge. El poder de los valores. Universidad de la Sabana, 1ra edición 2009.

ANEXOS

**PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR, ACTUALIZAR Y CONTROLAR
DOCUMENTOS INTERNOS**

Anexo A. Procedimiento para elaborar, actualizar y controlar documentos internos para la IPS REHABILITAMOS S.A.S

	PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR, ACTUALIZAR Y CONTROLAR DOCUMENTOS INTERNOS	CÓDIGO	GE-PR-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	1 de 8

**PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR, ACTUALIZAR Y
CONTROLAR DOCUMENTOS INTERNOS PARA LA IPS
REHABILITAMOS SAS**



Elaborado por:


**Grupo de Estudiantes aspirantes al título de Especialistas en
Administración de Servicios de Salud**

PUERTO BERRIO (ANTIOQUIA)

2014

Dirección: Calle 50 Nro. 7 - 16

Teléfono: 833 4198 - 313 719 8336

	PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR, ACTUALIZAR Y CONTROLAR DOCUMENTOS INTERNOS	CÓDIGO	GE-PR-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	2 de 8

El presente documento es un instructivo para la elaboración, actualización y el control de documentos implementados en la IPS REHABILITAMOS SAS.

1. OBJETIVO

Parametrizar la elaboración, actualización y control de los documentos internos de la Institución para permitir una información eficaz y eficiente de la IPS REHABILITAMOS SAS.

2. DEFINICIONES

Formato: Plantilla destinada especialmente a la consignación o anotación de datos, que se puede encontrar de forma digital o impresa.

Guía: Documento que establece observaciones y lineamientos a seguir para asegurar el cumplimiento de los objetivos.


Instructivo: Descripción detallada sobre cómo efectuar las actividades y procesos de manera coherente, llegando a un nivel de detalle amplio.

Manual: Es un compendio de información fácilmente accesible utilizado de guía de referencia como conocimiento básico en asuntos específicos.

Registro: Documento que suministra evidencia objetiva de actividades efectuadas o de resultados alcanzados.

Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

Protocolo: Documento dirigido a facilitar el trabajo clínico, elaborado mediante una síntesis de información que detalla los pasos a seguir ante un problema asistencial específico.

	PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR, ACTUALIZAR Y CONTROLAR DOCUMENTOS INTERNOS	CÓDIGO	GE-PR-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	3 de 8

Planes: Documento que especifica que procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quien debe aplicarlos y cuando deben aplicarse a un proyecto, producto, proceso o contrato específico.


Programas: Documento que establece el conjunto de actividades para asegurar el cumplimiento de los objetivos del a IPS REHABILITAMOS SAS.

3. CONSIDERACIONES

- Los documentos internos se mantienen actualizados en medio magnético y físico en cada área de servicio.
- La creación, modificación y anulación requieren de acto administrativo.
- Las actualizaciones o modificaciones estarán a cargo de la gerencia; una vez estén aprobados los documentos se realizará el proceso de fotocopiado para distribuir en cada servicio con previa autorización de la gerencia.
- Los documentos obsoletos se retiran de los puestos de trabajo y se destruyen, con previa autorización de la gerencia.
- Los documentos internos deben regirse por la normatividad colombiana vigente en el caso que aplique.

4. TIPOS DE PROCESOS DE LA IPS REHABILITAMOS SAS

CÓDIGO	PROCESO
ESTRATEGICOS	
GE	Gestión Gerencial
MISIONALES	
CO	Gestión Comercial
AS	Asistenciales
APOYO	
AF	Administrativo y Financiero

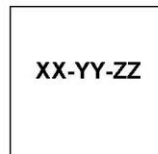
	PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR, ACTUALIZAR Y CONTROLAR DOCUMENTOS INTERNOS	CÓDIGO	GE-PR-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	4 de 8

5. TIPOS DE DOCUMENTOS DE LA IPS REHABILITAMOS SAS

CODIGO	TIPO DE DOCUMENTO
FO	FORMATO
GU	GUÍA
IN	INSTRUCTIVO
MA	MANUAL
PR	PROCEDIMIENTO
PT	PROTOCOLO
PL	PLAN
PM	PROGRAMA

6. IDENTIFICACIÓN O CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS


Los documentos establecidos en la IPS REHABILITAMOS SAS - se codifican de la siguiente forma:



XX: Hace referencia al proceso que generó el documento

YY: Hace referencia al tipo de documento

ZZ: Hace referencia al consecutivo del documento de acuerdo al proceso al que pertenezca.

	PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR, ACTUALIZAR Y CONTROLAR DOCUMENTOS INTERNOS	CÓDIGO	GE-PR-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	5 de 8

Ejemplo: GE-PR-01 Hace referencia al Procedimiento del Proceso Gerencial número 1.

7. PRESENTACIÓN DE LOS DOCUMENTOS

Los documentos de la IPS REHABILITAMOS SAS, se presentan bajo el siguiente esquema:

7.1 Encabezado: Debe presentarse al inicio de cada hoja del documento, y está compuesto por:

- Logo de la empresa
- Nombre del documento: denominación con la cual se titula el documento.
- Código: se asigna de acuerdo a los parámetros establecidos en el punto 6. codificación.
- Versión: Número de veces que se ha actualizado el documento
- Fecha: el día/mes/año que fue elaborado o modificado el documento
- Página: Se trata de la numeración de cada una de las páginas del documento.

	NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	
		VERSIÓN	
		FECHA	
		PAG	


7.2 Elaboración de los documentos

Los profesionales de cada área revisaran periódicamente la documentación respectiva de cada servicio: fisioterapia, fonoaudiología y psicología para realizar la actualización o modificación de cada documento, previa autorización de la gerencia. La solicitud debe realizarse de manera escrita y debe ser autorizado por gerencia.

8. CONTROL DE LOS DOCUMENTOS

Dirección: Calle 50 Nro. 7 – 16

Teléfono: 833 4198 – 313 719 8336

	PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR, ACTUALIZAR Y CONTROLAR DOCUMENTOS INTERNOS	CÓDIGO	GE-PR-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	6 de 8


El control de cambio se evidencia al final de cada documento con un cuadro que contiene la fecha, detalle y versión actualizada; adicional se caracterizara una base consolidada de toda la documentación, como un listado maestro que manejará la gerencia.

CONTROL DE CAMBIOS		
fecha	Versión	detalle
09/05/2014	1	Creación del documento

ANEXO 1


Dirección: Calle 50 Nro. 7 – 16

Teléfono: 833 4198 – 313 719 8336

	PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR, ACTUALIZAR Y CONTROLAR DOCUMENTOS INTERNOS	CÓDIGO	GE-PR-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	7 de 8

LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

Nombre del documento	codificación	Versión	Fecha	Responsable
Procedimiento para elaborar, actualizar y controlar documentos internos	GE-PR-01	1	09/05/2014	Gerencia
Formato de reporte de evento adverso	AS-FO-01	1	09/05/2014	Profesionales de cada servicio
Formato de autorización y Consentimiento informado	AS-FO-02	1	09/05/2014	Profesionales de cada servicio
Formato de reporte de residuos peligrosos y no peligrosos (RH1)	AS-FO-03	1	09/05/2014	Gerencia
Guía de manejo para Fisioterapia de la IPS REHABILITAMOS SAS	AS-GU-01	1	09/05/2014	Profesionales de cada servicio
Guía de manejo para Fonoaudiología de la IPS REHABILITAMOS SAS	AS-GU-02	1	09/05/2014	Profesionales de cada servicio
Guía de manejo para Psicología de la IPS REHABILITAMOS SAS	AS-GU-03	1	09/05/2014	Profesionales de cada servicio
Guía para el Mantenimiento de Equipos Biomédicos para la IPS REHABILITAMOS SAS	AS-GU-04	1	09/05/2014	Profesionales de cada servicio
Guía educativa de salud pública enfocado al nivel de atención secundaria	AS-GU-05	1	09/05/2014	Profesionales de cada servicio
Instructivo de lavado de manos	AS-IN-01	1	09/05/2014	Profesionales de cada servicio

	PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR, ACTUALIZAR Y CONTROLAR DOCUMENTOS INTERNOS			CÓDIGO	GE-PR-01
				VERSIÓN	1
				FECHA	09/05/2014
				PAG	8 de 8

Manual de bioseguridad	AS-MA-01	1	09/05/2014	Gerencia
Protocolo de contratación para la IPS REHABILITAMOS SAS	GE-PT-01	1	09/05/2014	Gerencia
Protocolo de Atención Domiciliaria para la IPS REHABILITAMOS SAS	AS-PT-01	1	09/05/2014	Gerencia
Plan de capacitaciones para la IPS REHABILITAMOS SAS	GE-PL-01	1	09/05/2014	Gerencia
Plan de gestión integral de residuos generados por la atención en salud y otras actividades	GE-PL-02	1	09/05/2014	Gerencia
Programa de Seguridad del paciente	AS-PM-01	1	09/05/2014	Gerencia

COPIA NO CONTROLADA

ANEXO COMPENDIO DE LOS ESTÁNDARES PROCESOS PRIORITARIOS

Anexo B. Programa de seguridad del paciente

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	1 de 39

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA IPS REHABILITAMOS SAS



Elaborado por:

Grupo de Estudiantes aspirantes al título de Especialistas en Administración
de Servicios de Salud

PUERTO BERRIO (ANTIOQUIA)

2014

Dirección: Calle 50 Nro. 7 - 16

Teléfono: 833 4198 - 313 719 8336

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	2 de 39

1. Introducción

La seguridad del paciente es una prioridad de la atención en salud de la IPS Rehabilitamos SAS, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afectan la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con una institución segura y competitiva.

La prestación de servicios de salud en la IPS depende del trabajo interdisciplinario de sus profesionales, la interacción de procesos y la utilización de tecnologías; los cuales deben estar perfectamente realizados y encajados para lograr la correcta resolución del problema de salud del usuario. En consecuencia, la atención en salud puede verse afectada por algún error de planeación o ejecución, que desencadena una cascada de imprevistos que puede llegar a afectar la salud del paciente más allá de su patología base.¹

Con el presente programa de seguridad del paciente la IPS Rehabilitamos SAS busca involucrar de manera proactiva a todos sus colaboradores y usuarios para que detecten mediante evaluación permanente los riesgos y posibles eventos adversos asociados a la atención en salud y de esta forma poder implantar las prácticas y barreras de seguridad necesarias.

Finalmente se pretende que los mecanismos de respuesta frente a cualquier incidente sean eficaces y llevados a buen término disminuyendo el nivel de riesgo del paciente a sucesos indeseados

2. Alcance Este programa aplica para todos los procesos llevados a cabo en la IPS Rehabilitamos SAS.

3. Responsables.

Gerente general, comité de seguridad del paciente y profesionales de la IPS.

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	3 de 39

4. Descripción

4.1 Normatividad: Ley 100 de 1993, decreto 1011 de 2006, resolución 1446 de 2006 y resolución 2003.

4.2 Glosario:

1. Accidente: Suceso eventual del que involuntariamente ocurre un daño o un suceso casual que altera el orden regular de las cosas.

2. Incidente: evento o circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

3. Peligro: Circunstancia, agente o acción que puede causar daño durante cualquier fase de su atención.

4. Consecuencia: Resultado potencial de un peligro

5. Evento adverso: lesión o muerte causada al paciente durante cualquier fase de su atención por parte del equipo de salud, generalmente prevenibles y no relacionados directamente con su patología o condición clínica

6. Barrera de seguridad del paciente: Acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

7. Complicación: Daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

8. Acto inseguro: Manifestación propia y exclusiva de los humanos, consistente en efectuar acciones u omisiones que produzcan, contribuyan, alteren o resulten en lesiones, muerte a personas, aumento del riesgo, así como en la destrucción o daño de equipos.ⁱⁱ

4.3 Documentos aplicables.

Formato eventos adversos.

Seguimiento a riesgos.

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	7 de 39

Los miembros de este comité son:

Presidente: Gerente general

Coordinador del comité: Coordinador Asistencial

Secretaria: Fisioterapeuta

Equipo investigador: Coordinador asistencial, fisioterapeuta y profesional del área donde se presentó el evento.

Funciones de los integrantes del comité de seguridad:

- Elaborar y proponer el Plan de Mejora Continua para la Seguridad del Paciente, realizando el seguimiento de las acciones contenidas en éste y actualizando sus contenidos y metas.
- Promover la adhesión, asociación y participación de los profesionales a las líneas de acción e iniciativas institucionales, destinadas a mejorar la seguridad de los pacientes.
- Realizar el análisis, control y seguimiento de los eventos adversos para formular las barreras de seguridad adecuadas.
- Elaborar y difundir los procesos que conllevan al cumplimiento de las acciones de mejora.
- Realizar la retroalimentación correspondiente a los profesionales para evitar la aparición de nuevos eventos.

PROCEDIMIENTO PARA REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

A continuación se define y estandariza la metodología para llevar a cabo la identificación, reporte, manejo y el seguimiento de los eventos adversos.

Este procedimiento es conocido por todo el personal del área asistencial de la IPS y vigilado por el comité de seguridad del paciente, con la participación de todos los colaboradores de la organización, los cuales basados en el concepto de evento

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	6 de 39

6. Alianza con el paciente y su familia: Una gran parte de la seguridad en la atención está influenciada por la disposición del usuario y su familia, de ahí la necesidad de crear un vínculo que fomente acciones de mejora en el programa y facilite la implementación del mismo.

7. Alianza con el profesional de salud: El compromiso y la cooperación de los profesionales de salud es esencial para la implementación de la política, con esto se busca una prestación de salud que pueda promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos en cuanto a la disminución de situaciones y riesgos que puedan afectar la seguridad de los usuarios.

Comité de seguridad del paciente:

Este comité busca disminuir y/o evitar eventos adversos en los pacientes mediante políticas que puedan disminuir o evitar errores que afecten a las personas.

Dentro de las actividades a realizar están:

- a. Presentación del programa de seguridad a la gerencia, incluyendo la asignación de recursos.
- b. Diagnóstico del estado de la seguridad del paciente en la institución
- c. Creación de cultura de seguridad mediante capacitación permanente a todo el personal de la institución
- d. Definir y medir procesos de alto impacto en la seguridad del paciente dentro de la organización

El comité se reunirá bimensualmente o cuando se considere necesario dejando constancia de dichas reuniones mediante actas, a continuación se definen dichos integrantes y sus funciones de acuerdo al funcionamiento de la IPS

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	5 de 39

9. Definir la gestión del riesgo con el fin de identificar, evaluar y tratar el riesgo que se produzca un evento adverso.

Principios orientadores de la política:

Los siguientes principios orientan todas las acciones a implementar para lograr el propósito de establecer una atención segura y sirven como base integral para todos los actores del sistema de atención en la IPS.

1. **Enfoque de atención centrado en el usuario:** Todas las acciones realizadas dentro de la IPS están encaminadas a obtener resultados positivos y a cumplir con la rehabilitación completa y segura de nuestros usuarios, para lo cual todos los profesionales se rigen por procedimientos estandarizados y una responsabilidad social.
2. **Cultura de seguridad:** La confidencialidad del programa de seguridad del paciente es clave para el desarrollo del mismo. La atención de los profesionales, la confianza de los usuarios y la receptividad de sus familiares deben favorecer un ambiente que propicie el reporte, la identificación de situaciones inseguras y la mejora continua en la prevención de incidentes.
3. **Integración con el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en Salud:** La política de seguridad del paciente está inmersa en el sistema obligatorio de garantía de la calidad, siguiendo todas las recomendaciones y adoptando de manera transversal todos sus componentes.
4. **Multicausalidad:** La ocurrencia de eventos adversos se da como resultado de una serie de circunstancias concatenadas interactuantes, lo que genera en los diferentes profesionales un compromiso al llevar a cabo las acciones diarias ya que de estas depende el resultado final de la salud del usuario.
5. **Validez:** La implementación de metodologías, guías y protocolos basados en evidencia científica, estandarizan los procesos de atención y fortalecen el programa de seguridad del paciente.

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	4 de 39

4.4 Política de seguridad del paciente:

Para la IPS Rehabilitamos SAS es una directriz estratégica la seguridad del paciente como parte fundamental en el proceso de atención, por ello promueve la cultura de seguridad, con personal competente y ético en la prestación de servicios, orientado a implementar acciones de notificación, identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con el proceso asistencial de los usuarios y su familia.

Objetivo general: Establecer una política y objetivos específicos que promuevan y mantengan la seguridad de todos los usuarios de la IPS Rehabilitamos SAS.

Objetivos específicos:

2. Identificar y controlar los procesos y servicios que puedan generar un evento adverso.
3. Definir y promover políticas seguras en los procesos técnicos de rehabilitación.
4. Dar capacitación y entrenamiento permanente, para generar cultura de seguridad y adhesión al programa.
5. Desarrollar mecanismos a partir del análisis causal de los eventos adversos que permitan diseñar e implementar prácticas seguras en la atención de los pacientes.
6. Implementar sistemas no punitivos para manejo y análisis de eventos adversos promoviendo su notificación, buscando que todo el personal de la IPS pueda fácilmente reportar y proteger la confidencialidad del proceso.
7. Realizar medición y seguimiento partiendo de una información inicial sobre los incidentes o eventos adversos que ocurran dentro de la organización, para buscar su disminución o eliminación.
8. Instaurar un mecanismo de educación para los usuarios y sus familiares en el abordaje de los factores que pueden incidir en mejorar la seguridad en los procesos de atención que son sujetos.

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	8 de 39

adverso contemplado en la guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente tienen el compromiso de identificar y reportar cualquier evento adverso que se les presente en su área de trabajo.

1. Evento adverso: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño al usuario. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

- Evento adverso prevenible: Resultado no deseado, no intencional que se habría evitado mediante los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- Evento adverso no prevenible: Resultado no deseado, no intencional que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.ⁱⁱⁱ

10. Reporte: Todos los colaboradores de la IPS Rehabilitamos SAS que recepcionen un evento adverso deben reportarlo de forma clara y completa al director del comité de seguridad del paciente por medio del Formato Reporte de Eventos Adversos AS-FO-01 adjunto al final de este programa. El reporte debe hacerse obligatoriamente de manera escrita y verbal el mismo día que ocurre el evento. El tratamiento para el evento adverso depende de su severidad y esta descrito a continuación.

La persona que reporto el evento recibirá retroalimentación por parte del comité para evitar este tipo de situaciones y de igual forma se le reconocerá la responsabilidad de reportar este tipo de eventos que sirven para mejorar la seguridad en la institución.

11. MANEJO DE EVENTOS ADVERSOS

Dirección: Calle 50 Nro. 7 – 16

Teléfono: 833 4198 – 313 719 8336

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	12 de 39

- Hacer seguimiento al usuario por lo menos al día siguiente o hasta asegurar que se encuentra en buen estado.

Desgarros musculares: Es la lesión del tejido muscular que va acompañada de hemorragia provocada por la rotura de los vasos sanguíneos que recorren el músculo afectado, provocando un dolor muy intenso que impide contraerlo. Puede presentarse por una súper elongación (exceder al músculo más allá de su capacidad de estiramiento), por una contracción brusca (veloz), o por realizar un esfuerzo superior a la capacidad biológica de resistencia a la tensión. Para atender un desgarro el fisioterapeuta debe:

- Colocar bolsas de hielo sobre la lesión durante periodos de aproximadamente 20 minutos e indicar al usuario que repita esto de cuatro a ocho veces al día.
- Comprimir la lesión usando vendajes especiales o tablillas.
- Elevar el tobillo, la rodilla, el codo o la muñeca lesionada usando una almohada.
- En caso de necesitar atención medica preparar la remisión a la EPS correspondiente.

Contusiones: Son hemorragias dentro de un tejido ocasionadas por un golpe o aplicación directa de presión sobre el área afectada.

- En el área lesionada se debe aplicar hielo inmediatamente para reducir la inflamación y disminuir la decoloración negra-azulada de la magulladura.
- Evitar movimiento y elevar la extremidad.
- Si el accidentado siente mareos, malestar general, o la zona lesionada crepita y tiene posturas antinaturales, se debe sospechar de fractura o lesiones internas y acudir de inmediato a los servicios de urgencias.

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	11 de 39

Lesiones de tejidos blandos: Las lesiones de tejidos blandos pueden incluir lesiones de estructuras cutáneas, músculos, tendones, ligamentos o cápsulas de tejido que rodean ciertas articulaciones, entre las más comunes encontramos:

Tendinitis por esfuerzo: Se presenta cuando en los ejercicios de la terapia se hacen esfuerzos repetitivos o con sobrecarga de una zona del cuerpo. Esto provoca que algunos músculos trabajen más que otros, debilitando la zona de los tendones, ya que el volumen de los entrenamientos excede la capacidad del cuerpo para recuperarse.

- Se debe tratar la inflamación aplicando hielo inmediatamente después de la lesión, teniendo la precaución de no hacerlo directamente a la piel para evitar quemaduras.
- Suspender los ejercicios y sugerir descanso de por lo menos dos semanas.
- Instruir al usuario acerca del automasaje de fricción cruzada para darle un manejo en casa.
- Contactar al usuario después del tiempo acordado para que vuelva a la terapia y empezar lentamente su recuperación, añadiendo esfuerzo según criterio del profesional.

Esguinces: Son lesiones de ligamentos que se encuentran alrededor de una articulación, los ligamentos son fibras fuertes y flexibles que sostienen los huesos y cuando estos se estiran demasiado o presentan ruptura, la articulación duele y se inflama. Al identificar un esguince el fisioterapeuta debe:

- Aplicar hielo sobre la zona afectada, teniendo la precaución de no hacerlo directamente a la piel para evitar quemaduras.
- Inmovilizar la zona afectada
- Preparar la remisión a la EPS correspondiente según la gravedad.

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	10 de 39

Al aplicar este medio físico sobre el paciente, si no está regulada la temperatura o el tiempo de exposiciones se puede presentar eritema y quemaduras ante lo cual el fisioterapeuta debe:

- Retirar la fuente de calor o frío y todos los objetos que puedan comprimir la piel.
- Enfriar o calentar la zona con agua de grifo a temperatura ambiente durante cinco minutos.
- Aplicar una capa delgada de ungüento como aloe vera o vaselina.
- Si es necesario, proteja la quemadura del roce y presión con una gasa estéril antiadherente ligeramente pegada o envuelta sobre ella.
- No tocar la quemadura ni romper las ampollas en caso de que se presenten.
- Si el usuario refiere mucho dolor o en caso de que la quemadura sea muy dolorosa, o parezca empeorar, consultar la posibilidad de direccionar al usuario a la EPS correspondiente.
- Hacer seguimiento al usuario por lo menos al día siguiente o hasta asegurar que se encuentra en buen estado.

Fracturas por estrés: Una fractura por estrés o sobrecarga es una fisura delgada en el hueso que se desarrolla por la aplicación prolongada o repetitiva de fuerza sobre éste. Durante los ejercicios realizados en las sesiones de terapia física si se aplica más presión sobre un hueso de la que se pueda soportar, este se partirá o se romperá.

En caso de que se presente este evento, el fisioterapeuta debe remover inmediatamente la carga aplicada sobre el hueso afectado. Proseguir a inmovilizar y remitir a la EPS correspondiente para su debido tratamiento.

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	9 de 39

A continuación se describe el manejo de los principales incidentes y eventos adversos que pueden presentarse en la IPS.

Caídas: La persona encargada de cada área debe asistir al usuario que sufra la caída en cualquier circunstancia y proceder a:

- Valorar las consecuencias de la caída, tanto el estado mental como de movilidad del paciente teniendo precaución de no moverlo del lugar donde se encuentra.
- Proseguir a tomar y anotar tensión arterial (signos vitales).
- Solicitar asistencia de otro personal para proveer curación a las lesiones en caso que haya alguna.
- Mantener compañía al paciente hasta asegurarse que este bien o para notificar a una ambulancia y hacer el traslado a la EPS que le corresponda en caso que requiera de una asistencia específica.
- Finalmente debe reportar a un familiar lo acontecido y hacer seguimiento al usuario por lo menos al día siguiente o hasta asegurar que se encuentra en buen estado.

Quemaduras por calor y frío: Aplicados localmente sobre la superficie corporal, el calor produce una dilatación y el frío una vasoconstricción de los vasos sanguíneos locales y en los tejidos adyacentes. Como consecuencia de ello, en caso del calor se produce una mayor afluencia de sangre hacia los tejidos periféricos, aumentando el aporte de oxígeno y nutrientes, favoreciendo la cicatrización y teniendo un efecto antiinflamatorio y analgésico. Con el frío la repercusión se da en la zona de aplicación disminuyendo el aporte de sangre a los tejidos. Al disminuir el flujo de sangre a la zona disminuye también el proceso inflamatorio ya iniciado, sobre todo si es de reciente aparición y ayuda a bajar el dolor al amortiguar la sensibilidad al tacto y al dolor.

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	13 de 39

- Instruir al usuario acerca de los baños de contraste para que pueda aplicarlos en su casa.
- Hacer seguimiento al usuario por lo menos al día siguiente o hasta asegurar que se encuentra en buen estado.

Atoramiento por cuerpo extraño: Durante la atención en fonoaudiología se puede presentar el atoramiento o bronco-aspiración de algún juguete u objeto extraño en la terapia con niños. Al presentarse este evento se debe actuar con rapidez ya que si el cuerpo no es removido y no se puede respirar, se produce cianosis (coloración azulada de la piel) y, aproximadamente, a los tres minutos, la persona cae inconsciente por la falta de oxigenación pulmonar, secundaria a la obstrucción de la vía aérea superior. Con esto, puede haber daño cerebral irreversible, dependiendo, entre otros factores, de la temperatura y de si estuvo más de dos minutos sin que le llegara oxígeno al cerebro. Al evidenciar un atoramiento el profesional debe:

- Preguntar si se está atorando con el fin de determinar si la obstrucción es parcial o total.
- En caso de que responda con la emisión de algún sonido quiere decir que la obstrucción es incompleta y se le indica que tosa para ayudar a evacuar el objeto.
- Si la respuesta es asentir con la cabeza y llevándose las manos al cuello se evidencia una obstrucción completa y se procede a realizar la maniobra de Heimlich en posición de pie:
 1. Ubicarse detrás y apoyar la cara del paciente contra la cara anterior de su tórax, dejando un pie en medio de los de la víctima y el otro atrás, con el fin de tener un buen apoyo en caso de que se requiera acostar a la víctima.
 2. El dedo pulgar se ubica en la apófisis xifoides y el dedo índice en el ombligo. Entre estas dos medidas se ubica el puño cerrado con la parte del pulgar

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	17 de 39

6. Otros aspectos relevantes.^{vii}

- Es necesario precisar la cronología del incidente basados en toda la información recopilada anteriormente, para poder saber qué y cuando ocurrió el evento en análisis.
- Posteriormente se identifican las acciones inseguras y las barreras que fallaron en la ejecución de la tarea por parte del profesional de salud a cargo de la atención. Las acciones inseguras son omisiones o acciones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o un evento adverso. Debe puntualizarse la conducta específica en lugares de observaciones generales acerca de la atención.
- Se continúa con el análisis del contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos. Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente. A continuación en el grafico 2 se enuncian los principales.

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	16 de 39



Gráfica 1. Tomado de Protocolo de Londres, Publicación ministerio de protección social.

De acuerdo con este modelo todas las acciones que se lleven a cabo desde el nivel gerencial en la IPS Rehabilitamos SAS hasta llegar a los lugares de prestación de servicios de salud directa, pueden crear condiciones que establecerían conductas inseguras de diversa índole, por lo tanto cada uno de estos elementos debe ser analizado detalladamente y por separado.

- Para poder llevar a cabo el análisis el comité de seguridad del paciente debe contar como base el reporte del evento adverso, de ahí la importancia de que el reporte por parte de los colaboradores sea completo, oportuno y que siga las instrucciones Formato Reporte de Eventos Adversos AS-FO-01.
- A continuación se recopila toda la información necesaria relacionada con el evento adverso, que incluirá:
 1. Historia clínica completa.
 2. Protocolos y procedimientos relacionados con el incidente.
 3. Declaraciones y observaciones inmediatas.
 4. Entrevistas con los involucrados.
 5. Evidencia física

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	15 de 39

- Dependiendo de la gravedad, remitir a la EPS correspondiente para que se realice el manejo médico al usuario, así como los exámenes correspondientes a su profesional tratante.
- Estudiar la posibilidad de infección en otros pacientes que tuvieron terapia con el mismo profesional o que usaron los mismos elementos físicos durante las terapias y reportar.^v

12. ANÁLISIS Y GESTIÓN

El análisis de un evento adverso por parte del comité debe realizarse en el transcurso de la semana siguiente al evento y la profundidad de la investigación dependerá de la gravedad del incidente o del evento y del potencial aprendizaje institucional.

El comité de seguridad del paciente empleara como base el reporte del evento adverso para el análisis del mismo, ahí la importancia de que el reporte por parte de los colaboradores sea completo, oportuno y que siga las instrucciones del Formato Reporte de Eventos Adversos ASI-FO-01.

Con el fin de identificar las causas de los eventos adversos y bloquearlas para que no vuelvan a suceder, el comité de seguridad del paciente de la institución, llevará a cabo el análisis retrospectivo de cada evento adverso por medio del análisis causa raíz propuesto en el protocolo de Londres, que se basa en el modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos, el cual es mostrado en la gráfica 1.^{vi}

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	14 de 39

contra el abdomen. La otra mano rodea el puño y, se empuja hacia arriba y hacia atrás con el fin de aumentar la presión intratorácica y liberar la obstrucción.

3. La maniobra se realiza hasta que se libere la vía aérea o hasta que el paciente pierda la conciencia.
 - Si el paciente pierde la conciencia se da aviso al sistema medico de emergencias, se sujeta a la víctima por las axilas dejando descansar su cabeza en los hombros del profesional y se deja caer suavemente al suelo.
 - Se verifica la presencia de objetos dentro de la boca que puedan estar obstruyendo la permeabilidad de la vía aérea. Se retiran solo si están al alcance, si no debe evitarse intentar extraerlos porque se puede empeorar la obstrucción.
 - Se procede a realizar compresiones torácicas con el fin de aprovechar el volumen residual de la víctima para desalojar el cuerpo extraño.^{IV}
 - Después de expulsar el objeto se debe escuchar la respiración y sentir el calor de la respiración para descartar un paro respiratorio, en caso de ser espontanea se coloca al paciente en posición de recuperación.
 - Si la maniobra no funciona dar aviso inmediato al sistema de emergencias más cercano y preparar el traslado.

Infecciones: Los profesionales de salud de la IPS tienen contacto directo con sus pacientes cuando realizan terapias de rehabilitación, por lo tanto existe el riesgo de transmisión de algún tipo de microorganismo que pueda afectar al usuario dependiendo de sus condiciones de salud. En caso que se llegue a presentar algún tipo de infección se debe:

- Analizar las condiciones del paciente, el área afectada y la relación que este pueda tener con la terapia que se está llevando a cabo.

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	18 de 39

Origen	Factor contributivo
Paciente	Complejidad y gravedad Lenguaje y comunicación Personalidad y factores sociales
Tarea y tecnología	Diseño de la tarea y claridad de la estructura Disponibilidad y uso de protocolos Disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas Ayudas para toma de decisiones
Individuo	Conocimiento, habilidades y competencia Salud física y mental
Equipo de trabajo	Comunicación verbal y escrita Supervisión y disponibilidad de respaldo Estructura del equipo (consistencia, congruencia, etc.)
Ambiente	Personal suficiente Mezcla de habilidades Carga de trabajo Patrón de turnos Diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos Respaldo administrativo y gerencial Clima laboral Ambiente físico (luz, espacio o ruido)
Organización y gerencia	Recursos y limitaciones financieras Estructura organizacional Políticas, estándares y metas Prioridades y cultura organizacional
Contexto Institucional	Económico y regulatorio Contactos externos

Tabla 1. Tomado de la revista Vía salud. Número 41, Año 2007.

Para cada acción insegura identificada en el paso anterior se debe identificar las condiciones asociadas. Es posible que cada acción insegura este asociada con varios factores, para lo cual se puede utilizar el diagrama de espina de pescado (grafica 2) relacionado con una acción insegura que tiene en cuenta los factores contributivos resumidos en la tabla 1.

DIAGRAMA DE ESPINA DE PESCADO: ACCIÓN INSEGURA

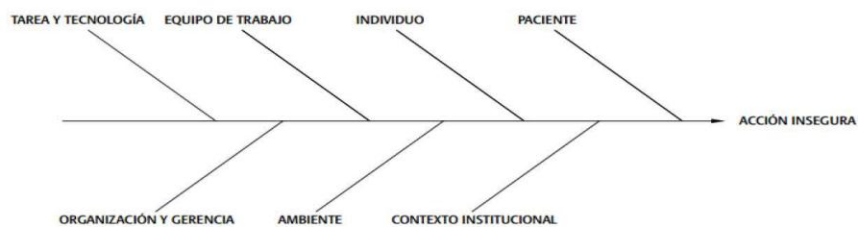


Grafico 2. Tomado de Revista Via salud. Numero 41, año 2008.

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	22 de 39

lesiones, los sufrimientos, las discapacidades y la muerte, y pueden ser físicos, sociales o psicológicos.

Enfermedad: se define como una disfunción fisiológica o psicológica.

Lesión: Es un daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.

Reacción adversa: Un daño imprevisto derivado de un tratamiento justificado.

Resiliencia: Se refiere al grado en que un sistema previene, detecta, atenúa o mejora continuamente peligros o incidentes. Permite a una organización «recuperar» lo antes posible su capacidad original de desempeñar funciones asistenciales después de que se haya producido un daño.

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	20 de 39

1. Implementación de instructivo de lavado de manos (AS-IN-01) y bioseguridad en todas las áreas de atención, que garantice una prestación en salud segura para cada usuario.
2. Protocolos estandarizados de los procesos que se llevan a cabo en la institución para evitar errores que puedan afectar a los usuarios.
3. Programa de tecno vigilancia completo que se cumple en sus fechas específicas con el fin de que los equipos estén calibrados y dispuestos de la manera correcta para su utilización en los pacientes.
4. Auditorias programadas por parte del comité de Seguridad del paciente, con el fin de evaluar los procesos y aumentar la adherencia al programa de seguridad del paciente.
5. Programa de Capacitaciones al personal, para que estén actualizándose en las tecnologías y terapias nuevas que se le brindan al paciente evitando los posibles errores.
6. Capacitación sobre Eventos Adversos, su prevención y detección oportuna a todo el personal con el fin de favorecer la "CULTURA DEL REPORTE".
7. Educación al paciente y su familia a través de folletos y cartillas en la cultura del auto cuidado.
8. Retroalimentación a los profesionales de salud de acuerdo con sus reportes.

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	19 de 39

- La etapa de análisis termina con esta identificación de factores contributivos para cada acción insegura. Por último se redactan las recomendaciones y plan de acción que buscan mejorar las debilidades encontradas, el plan de acción debe incluir:

1. Priorización de los factores contributivos, de acuerdo a su impacto en la seguridad futura de los pacientes.
2. Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado
3. Asignación de un responsable directo que lleve a cabo las acciones
4. Definición del tiempo de implementación de las acciones
5. Identificación y asignación de los recursos necesarios.
6. Seguimiento a la ejecución del plan
7. Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado
8. Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.^{viii}

13. CONTROL Y SEGUIMIENTO

Para el control y medición de eventos adversos ocurridos dentro de la IPS, se plantean los siguientes indicadores:

- * Mensualmente: Número de incidentes, complicaciones y eventos adversos ocurridos dentro de la IPS clasificado según áreas de atención.
- * Número de incidentes repetitivos en cada área.
- * Porcentaje de pacientes con eventos adversos sobre el total de pacientes atendidos.

14. ACCIONES

Teniendo en cuenta los principales eventos adversos que pueden presentarse dentro de la prestación en salud, la IPS Rehabilitamos SAS cuenta con acciones globales dirigidas a disminuir la probabilidad de ocurrencia de los eventos adversos más comunes, entre estas encontramos:

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	23 de 39

ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.

La gestión del riesgo se implementa a través de un plan en todos los niveles y funciones pertinentes de la IPS Rehabilitamos como parte de sus prácticas y procesos. Dentro de la gestión del riesgo se encuentra la valoración del riesgo como proceso total de:

- **Identificación del riesgo:** el objeto de esta fase es generar una lista exhaustiva de riesgos con base en aquellos eventos que podrían crear, aumentar, prevenir, degradar, acelerar o retrasar el logro de los objetivos.
- **Análisis del riesgo:** Implica el desarrollo y la comprensión del riesgo. Este análisis brinda una entrada para la evaluación del riesgo y para la toma de decisiones, estrategias y métodos más adecuados para su tratamiento.
- **Evaluación del riesgo:** El propósito de la evaluación del riesgo es facilitar la toma de decisiones basado en los resultados de dicho análisis, acerca de cuáles riesgos necesitan tratamiento y la prioridad para la implementación del tratamiento.
- **Tratamiento del riesgo:** Implica la selección de uno o más opciones para modificar los riesgos y la implementación de tales opciones, una vez implementado el tratamiento suministra condiciones o los modifica.^x

A continuación se describe la gestión del riesgo de la IPS Rehabilitamos teniendo en cuenta los diferentes procesos de atención.

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	25 de 39

		de la IPS	de queja.
Documento erróneo		Utilización de versiones no actualizadas	
Información poco clara, ilegible o incompleta.		Deficiencia en el diligenciamiento de la documentación	

Proceso		Dispositivos médicos y tecnología		
Alcance	Todo tipo de equipos biomédicos existentes en las diferentes áreas de la IPS Rehabilitamos SAS.			
Causas	Riesgos	Descripción	Consecuencias Potenciales	
No seguir protocolos de limpieza y desinfección de equipos.	Transmisión de microorganismos en los diferentes procesos de atención por medio de los dispositivos médicos.	Infecciones en usuarios y profesionales por uso de dispositivos contaminados	Eventos adversos en usuarios y profesionales, sanciones, demandas, aumento de quejas.	
Mala práctica del profesional.	Daño o lesión causada a los usuarios por un dispositivo medico	Lesión causada a los usuarios por utilización errónea de los dispositivos	Eventos adversos, sanciones, demandas	
Equipo sin calibración ni técnico vigilancia.	Probabilidad de accidentes durante las terapias que incluyan dispositivos médicos.	y la falta de mantenimiento preventivo.	Eventos adversos y daños irreversibles en equipos	
Falta de disponibilidad.	Acumulación y retardo de terapias que necesiten dispositivos médicos	Terapias atrasadas por falta de disponibilidad de equipos	Aumento de quejas, colapso del servicio	

Proceso		Infección asociada a la atención		
Alcance	Prevenir las infecciones asociadas a las terapias brindadas en los servicios prestados por la IPS Rehabilitamos SAS.			
Causas	Riesgos	Descripción	Consecuencias Potenciales	
No seguir el protocolo de bioseguridad	Transmisión de microorganismos en los diferentes procesos de atención entre usuarios y profesionales.	Infecciones en profesionales y usuarios adquiridos durante los procesos de atención.	Eventos adversos en usuarios y profesionales, sanciones, demandas, aumento de quejas.	
No llevar a cabo el instructivo de lavado de manos.				
No seguir la política de seguridad del paciente.				

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	24 de 39

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO:

TIPO DE INCIDENTE: ^{xi}

Proceso		Administración clínica	
Alcance		Asignación de citas, lista de espera, traspaso asistencial, identificación del paciente, consentimiento informado.	
Causas	Riesgos	Descripción	Consecuencias Potenciales
No hacerse cuando estaba indicado	Incumplimiento en la atención oportuna a los usuarios	No se asignan citas dentro de lo dispuesto por la normatividad	Sanciones, demandas, aumento de quejas
Paciente y proceso erróneo.	Generación de tratamientos inadecuados o erróneos para los usuarios	Respuesta no acorde a lo requerido	Evento adverso, sanciones, demandas
Incompleto, inadecuado o no disponible	Aplicación de procedimientos sin respaldo de consentimientos informados.	Realización de terapias sin consentimientos dispuesto por normatividad	Sanciones y demandas.

Proceso		Procedimientos Clínicos	
Alcance		Diagnóstico, evaluación, atención, tratamiento general, procedimientos, intervención, terapias, rehabilitación y restricción física.	
Causas	Riesgos	Descripción	Consecuencias Potenciales
No hacerse cuando estaba indicado, incompleto, inadecuado o no disponible	Diagnostico errado, procedimiento inadecuado	Diagnóstico equivocado, realización de tratamiento inadecuado.	Eventos adversos, sanciones, demandas, aumento de quejas
No seguimiento de protocolos, descuido de los pacientes.	Caídas, quemaduras, lesiones de los usuarios.	Aparición de incidentes en los usuarios.	Evento adverso, sanciones, demandas
Alta carga de trabajo, falta de diseño ergonómico en el puesto de trabajo	Lesiones de tipo postural para el personal a cargo de la atención.	Lesiones en los profesionales que afectan la salud ocupacional.	Ausentismo, disminución en la calidad de la atención

Proceso		Documentación	
Alcance		Historia clínica, informes, registros, procedimientos, cartas y correos electrónicos.	
Causas	Riesgos	Descripción	Consecuencias Potenciales
Documento ausente o no disponible	No disponibilidad de documentación requerida en los diferentes procesos de atención.	Perdida, desorganización de la documentación	Eventos adversos, sanciones, demandas, aumento

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	26 de 39

Proceso			
Seguridad del paciente			
Alcance			
Control de accidentes, clasificación, prevención y elementos implicados.			
Causas	Riesgos	Descripción	Consecuencias Potenciales
No conocer la política de seguridad del paciente	Lesiones y daños causados a usuarios y profesionales en los diferentes servicios durante los procesos de atención.	Lesiones por fuerzas no penetrantes: contacto con objeto, persona, aplastamiento, rozamiento.	Eventos adversos en usuarios y profesionales, sanciones, demandas, aumento de quejas.
Malas prácticas clínicas.		Lesiones por fuerzas penetrantes: Rasguño, corte, desgarró, pinchazo, herida punzante.	
Infraestructura e instalaciones inadecuadas.		Mecanismo térmico: calor o frío excesivo	

Proceso			
Recursos/ Gestión de la organización			
Alcance			
Adaptación a la carga de trabajo, disponibilidad de servicios y recurso humano, organización de personal, idoneidad de protocolos políticas y procedimientos.			
Causas	Riesgos	Descripción	Consecuencias Potenciales
Alta carga de trabajo en profesionales de salud	Deficiente prestación de los servicios de salud por en los diferentes servicios.	Mala prestación del servicio por falta de una correcta elección, capacitación y gestión del personal	Eventos adversos en usuarios y profesionales, sanciones, demandas, aumento de quejas.
Falta de idoneidad y capacitación en el recurso humano			
Disponibilidad de idoneidad de protocolos, políticas y procedimientos.			

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	30 de 39

TRATAMIENTO Y VALORACIÓN DEL RIESGO.

Implica un proceso cíclico de:

- Valoración del tratamiento del riesgo
- Decisión sobre si los niveles del riesgo residual son tolerables,
- Si no son tolerables, generación de un nuevo tratamiento para el riesgo, y
- Valoración de la eficacia de dicho tratamiento.

Las opciones para el tratamiento del riesgo pueden incluir las siguientes:

- Evitar el riesgo al decidir no iniciar o continuar con la actividad que lo ocasionó.
- Tomar o incrementar el riesgo para perseguir una oportunidad,
- Retirar la fuente de riesgo.
- Cambiar la probabilidad
- Cambiar las consecuencias
- Compartir el riesgo con una o varias de las partes
- Retener el riesgo mediante una decisión informada.^{xii}

A continuación se muestran dos cuadros orientadores que nos ayudan a ponderar de manera objetiva los controles y poder determinar el desplazamiento dentro de la matriz de calificación, evaluación y respuesta a Riesgos analizada anteriormente.

PARAMETROS	CRITERIOS	TIPO DE CONTROL		PUNTAJES
		PROBABILIDAD	IMPACTO	
Herramientas para ejercer el control	Posee una herramienta para ejercer el control			15
	Existen manuales, instructivos, procedimientos para el manejo de la herramienta.			15
	En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva.			30
Seguimiento al control	Están definidos los responsables de la ejecución			25
	La frecuencia de la ejecución del control y seguimiento es adecuado			15
Total				100

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	29 de 39

No disponibilidad de documentación requerida en los diferentes procesos de atención.	1	3	Zona de riesgo: Media
Transmisión de microorganismos en los diferentes procesos de atención por medio de los dispositivos médicos.	1	5	Zona de riesgo: Alta
Daño o lesión causada a los usuarios por un dispositivo medico	1	5	Zona de riesgo: Alta
Probabilidad de accidentes durante las terapias que incluyan dispositivos médicos.	1	5	Zona de riesgo: Alta
Acumulación y retardo de terapias que necesiten dispositivos médicos	2	3	Zona de riesgo: Media
Transmisión de microorganismos en los diferentes procesos de atención entre usuarios y profesionales.	1	5	Zona de riesgo: Alta
Deficiente prestación de los servicios de salud por en los diferentes servicios.	1	5	Zona de riesgo: Alta

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	28 de 39

MATRIZ DE CLASIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y RESPUESTA A LOS RIESGOS.

Probabilidad	Impacto				
	Insignificante (1)	Menor (2)	Moderado (3)	Mayor (4)	Catastrófico (5)
raro (1)	B	B	M	A	A
Improbable (2)	B	B	M	A	E
Posible (3)	B	M	A	E	E
Probable (4)	M	A	A	E	E
Casi seguro (5)	A	A	E	E	E

B: Zona de riesgo baja: Asumir el riesgo

M: Zona de riesgo moderada: Asumir el riesgo, reducir el riesgo

A: Zona de riesgo Alta: Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir

E: Zona de riesgo extrema: Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir

Tabla 4. Tomado de Guía para la administración del riesgo. Departamento administrativo de la Función Pública.

A continuación en la tabla 5 se muestra el análisis de los principales riesgos en la IPS Rehabilitamos SAS, teniendo en cuenta la tabla de probabilidad y de impacto se da una calificación a cada uno, posteriormente se procede a ubicarlos en la matriz (tabla 4) para determinar la zona de riesgo a la que pertenecen.

Tabla 5. Análisis del riesgo en IPS Rehabilitamos SAS.

Análisis del Riesgo			
Procesos: Administración Clínica, Procedimientos clínicos, documentación, dispositivos médicos, infección asociada a la atención, seguridad del paciente, gestión de la organización,			
Riesgo	Calificación		Evaluación
	Probabilidad	Impacto	
Incumplimiento en la atención oportuna a los usuarios	3	2	Zona de riesgo: media
Generación de tratamientos inadecuados o erróneos para los usuarios	2	5	Zona de riesgo: Alta
Aplicación de procedimientos sin respaldo de consentimientos informados.	3	3	Zona de riesgo: Alta
Diagnostico errado, procedimiento inadecuado	2	5	Zona de riesgo: Alta
Caídas, quemaduras, lesiones de los usuarios.	2	4	Zona de riesgo: Alta
Lesiones de tipo postural para el personal a cargo de la atención	3	3	Zona de riesgo: Alta

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	27 de 39

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL RIESGO.

El análisis del riesgo incluye la determinación de la probabilidad con que este pueda ocurrir y las consecuencias. En las siguientes tablas se dan los lineamientos para clasificar los riesgos anteriormente identificados en los diferentes servicios de la IPS Rehabilitamos SAS.

TABLA DE PROBABILIDAD

NIVEL	DESCRIPTOR	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
1	RARO	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales	No se ha presentado en los últimos 5 años
2	IMPROBABLE	El evento puede ocurrir en algún momento.	Al menos una vez en los últimos 5 años
3	POSIBLE	El evento podría ocurrir en algún momento	Al menos una vez en los últimos 2 años
4	PROBABLE	El evento probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias.	Al menos una vez en el último año.
5	CASI SEGURO	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Más de una vez al año

Tabla 2. Tomado de Guía para la administración del riesgo. Departamento administrativo de la Función Pública.

TABLA DE IMPACTO

NIVEL	DESCRIPTOR	DESCRIPCIÓN
1	Insignificante	Si el hecho llegara a presentarse, tendría consecuencias o efectos mínimos sobre la IPS.
2	Menor	Si el hecho llegara a presentarse, tendría bajo impacto o efecto sobre la IPS.
3	Moderado	Si el hecho llegara a presentarse, tendría mediana consecuencias o efectos sobre la IPS.
4	Mayor	Si el hecho llegara a presentarse, tendría altas consecuencias o efectos sobre la IPS.
5	Catastrófico	Si el hecho llegara a presentarse, tendría desastrosas consecuencias o efectos sobre la IPS.

Tabla 3. Tomado de Guía para la administración del riesgo. Departamento administrativo de la Función Pública.

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	31 de 39

Tabla 6. Tomado de Guía para la administración del riesgo. Departamento administrativo de la Función Pública.

RANGOS DE CALIFICACION DE LOS CONTROLES	DEPENDIENDO SI EL CONTROL AFECTA PROBABILIDAD O IMPACTO DESPLAZA EN LA MATRIZ DE CALIFICACION EVALUACION Y RESPUESTA.	
	CUADRANTES A DISMINUIR PROBABILIDAD	CUADRANTES A DISMINUIR EN IMPACTO
ENTRE 0-50	0	0
ENTRE 51-75	1	1
ENTRE 76-100	2	2

Tabla 7. Tomado de Guía para la administración del riesgo. Departamento administrativo de la Función Pública.

En base a estos cuadros orientadores se valoran en la tabla 8 los riesgos de la IPS Rehabilitamos SAS, aplicando las herramientas disponibles para lograr disminuir la probabilidad e impacto de los mismos sobre los procesos de la IPS.

Tabla 8. Valoración del Riesgo en la IPS Rehabilitamos SAS.

Valoración del riesgo							
Procesos: Administración Clínica, Procedimientos clínicos, documentación, dispositivos médicos, infección asociada a la atención, seguridad del paciente, gestión de la organización,							
Riesgo	Calificación		Controles	Valoración			
	Impacto	Probabilidad		Tipo Prob. Impacto	Puntaje Herramientas para ejercer el control	Puntaje seguimiento al control	Puntaje Final
Incumplimiento en la atención oportuna a los usuarios	3	2	Agenda actualizada de usuarios y profesionales	Probabilidad	45	15	60
Generación de tratamientos inadecuados o erróneos para los usuarios	1	5	Personal capacitado en seguimiento a Guías de Manejo basadas en la evidencia.	Probabilidad	45	15	60
			Evaluación de	Probabilidad	15	15	30



PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

CÓDIGO	AS-PM-01
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	36 de 39

inadecuado				Guías de Salud pública.				compartir o transferir	Socialización de Guías de salud Pública	Gerencia
Caídas, quemaduras, lesiones de los usuarios.	2	4	Alta	Plan de Capacitación en política de Seguridad del paciente.	1	4	Alta	Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir	Desarrollar capacitaciones en Seguridad del paciente a todo el personal de la IPS	Comité seguridad del paciente
				Reporte y seguimiento de eventos adversos.					Monitorización de eventos adversos según periodo establecido	Comité seguridad del paciente
Lesiones de tipo postural para el personal a cargo de la atención	3	3	Alta	Plan de capacitación en salud ocupacional	3	2	Medio	Asumir el riesgo, reducir el riesgo	Desarrollar plan de capacitación en salud ocupacional	Fisioterapeuta de turno
				Implementación de pausas activas durante las jornadas laborales.					Cumplimiento del cronograma de pausas activas	Fisioterapeuta de turno
No disponibilidad de documentación requerida en los diferentes procesos de atención.	1	3	Media	Plan de capacitación a los colaboradores sobre la normatividad vigente en manejo de historia clínica y registros.	1	3	Medio	Asumir el riesgo, reducir el riesgo	Desarrollar planes de capacitación programados en manejo de historia clínica y registros	Gerencia
Transmisión de microorganismos en los diferentes procesos de atención por medio de los dispositivos médicos.	1	5	Alta	Protocolo de bioseguridad	1	5	Alto	Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir	Socialización del protocolo de bioseguridad y políticas de la empresa	Gerencia

Dirección: Calle 50 Nro. 7 - 16

Teléfono: 833 4198 - 313 719 8336



PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

CÓDIGO	AS-PM-01
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	35 de 39

MAPA DE RIESGOS										
Procesos: Administración Clínica, Procedimientos clínicos, documentación, dispositivos médicos, infección asociada a la atención, seguridad del paciente, gestión de la organización,										
Objetivo: Representación de probabilidad e impacto de los diferentes riesgos identificados en la IPS Rehabilitamos SAS, con la valoración pertinente y la implementación de controles y responsables en los diferentes procesos de atención.										
Riesgo	Calificación			Controles	Nueva evaluación			Opciones de manejo	Acciones	Responsable
	Probabilidad	Impacto	Evaluación de riesgo		Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo			
Incumplimiento en la atención oportuna a los usuarios	3	2	Media	Agenda actualizada de usuarios y profesionales	2	2	Bajo	Asumir el riesgo	Introducir alarmas que permitan controlar las fechas límites de asignación de citas.	Recepcionista Gerencia
Generación de tratamientos inadecuados o erróneos para los usuarios	2	5	Alta	Personal capacitado en seguimiento a Guías de Manejo basadas en la evidencia.	1	5	Alto	Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir	Desarrollar planes de capacitación programados asegurando asistencia del 90%	Gerencia
				Evaluación de desempeño al personal					Realizar evaluaciones a colaboradores según el periodo establecido	Gerencia
Aplicación de procedimientos sin respaldo de consentimientos informados.	3	3	Alta	Plan de capacitación a los colaboradores sobre la normatividad vigente en manejo de historia clínica y registros.	2	1	Bajo	Asumir el riesgo	Desarrollar planes de capacitación programados en manejo de historia clínica y registros	Gerencia
Diagnostico errado, procedimiento	2	5	Alta	Guías de manejo basadas en la evidencia.	1	5	Alto	Reducir el riesgo, evitar,	Socialización de Guías de manejo	Gerencia

Dirección: Calle 50 Nro. 7 - 16

Teléfono: 833 4198 - 313 719 8336

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	34 de 39

cuales está expuesta la IPS, permitiendo conocer su control y políticas establecidas en respuesta a ellos.

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			CÓDIGO	AS-PM-01		
				VERSIÓN	1		
				FECHA	09/05/2014		
				PAG	33 de 39		

medico			médicos				
			Reporte de eventos adversos por dispositivos médicos.	Probabilidad	30	40	70
Probabilidad de accidentes durante las terapias que incluyan dispositivos médicos.	1	5	Capacitación en manejo adecuado de los dispositivos médicos.	Probabilidad	30	40	70
			Guía de mantenimiento para equipos biomédicos.	Probabilidad	45	40	85
Acumulación y retardo de terapias que necesiten dispositivos médicos	2	3	plan de Mantenimiento preventivo y correctivo de dispositivos médicos	Probabilidad	45	40	85
Transmisión de microorganismos en los diferentes procesos de atención entre usuarios y profesionales.	1	5	Plan de capacitación en bioseguridad	Probabilidad	60	15	75
			Implementación de instructivo de lavado de manos.	Probabilidad	60	15	75
Deficiente prestación de los servicios de salud por en los diferentes servicios.	1	5	Interiorización de la política de seguridad del paciente.	Probabilidad	45	40	85
			Plan de contratación estricto de personal idóneo.	Probabilidad	45	40	85
			Disponibilidad de guías de manejo y procedimientos en la IPS.	Probabilidad	15	40	55

EL puntaje obtenido en cada riesgo fue comparado con las tablas orientadoras y se evidencia el logro de disminución en la zona de riesgo.

En ese orden, se presenta a continuación el mapa de riesgos de la IPS Rehabilitamos SAS que muestra un resumen de los principales riesgos a los

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			CÓDIGO	AS-PM-01		
				VERSIÓN	1		
				FECHA	09/05/2014		
				PAG	32 de 39		

			desempeño al personal				
Aplicación de procedimientos sin respaldo de consentimientos informados.	3	3	Plan de capacitación a los colaboradores sobre la normatividad vigente en manejo de historia clínica y registros.	Probabilidad	15	40	55
Diagnostico errado, procedimiento inadecuado	1	5	Guías de manejo basadas en la evidencia.	Probabilidad	45	15	60
			Guías de Salud pública.	Probabilidad	45	15	60
Caídas, quemaduras, lesiones de los usuarios.	2	4	Plan de Capacitación en política de Seguridad del paciente.	Probabilidad	45	15	60
			Reporte y seguimiento de eventos adversos.	Probabilidad	30	40	70
Lesiones de tipo postural para el personal a cargo de la atención	3	3	Plan de capacitación en salud ocupacional	Probabilidad	15	15	30
			Implementación de pausas activas durante las jornadas laborales.	Probabilidad	15	40	55
No disponibilidad de documentación requerida en los diferentes procesos de atención.	1	3	Plan de capacitación a los colaboradores sobre la normatividad vigente en manejo de historia clínica y registros.	Probabilidad	15	15	30
Transmisión de microorganismos en los diferentes procesos de atención por medio de los dispositivos médicos.	1	5	Protocolo de bioseguridad	Probabilidad	60	15	75
Daño o lesión causada a los usuarios por un dispositivo	1	5	Plan de capacitación en manejo adecuado de dispositivos	Probabilidad	30	40	70

	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO	AS-PM-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	39 de 39

Bibliografía

ⁱ Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Dirección General de calidad de servicios. Ministerio de la protección social.

ⁱⁱ Seguridad del paciente. Conceptos y análisis de eventos adversos. Luengas Amaya Sergio. Revista Vía Salud. Número 48, Julio de 2009.

ⁱⁱⁱ Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Versión 001. Dirección General de calidad de servicios. Unidad sectorial de normalización. Ministerio de la Protección social.

^{iv} Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE). Parra Rodríguez Kelly, Cortez Sandra Milena, Navarro José Ricardo. Revista médico legal. Colombia Diciembre 2009

^v La infección nosocomial en el entorno del fisioterapeuta. Sánchez Méndez Miguel. Noviembre 2012.

^{vi} Protocolo de Londres. Centro de gestión hospitalaria. Ministerio de la protección social.

^{vii} Seguridad del paciente: ocho acciones para liderar la transformación de su institución en una organización altamente confiable. Parte 3. Centro de Gestión hospitalario. Revista Vía Salud. Número 48, Julio de 2009.

^{viii} Reporte y análisis de eventos adversos: la necesidad de estructurar sus relaciones. Kerguelen B. Carlos A. Revista Vía Salud, Numero 52, julio 2010.

^{ix} La Gestión del Riesgo en el sector salud. Puerto Jimenez Nevi. Universidad Nacional de Colombia, 2011.

^x Norma Técnica Colombiana, ISO 31000.

^{xi} Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1. Seguridad del paciente, Organización Mundial de la Salud.

^{xii} Norma Técnica Colombiana, ISO 31000. Tratamiento del riesgo.

CONTROL DE CAMBIOS		
fecha	versión	detalle
09/05/2014	1	Creación del documento



PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

CÓDIGO	AS-PM-01
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	38 de 39

prestación de los servicios de salud en los diferentes servicios.				la política de seguridad del paciente.				riesgo, reducir el riesgo	en seguridad del paciente	seguridad del paciente
				Plan de contratación estricto de personal idóneo.					Implementación de plan de contratación	Gerencia
				Disponibilidad de guías de manejo y procedimientos en la IPS.					Socialización de guías de manejo y procedimientos a todo el personal	Gerencia

Dirección: Calle 50 Nro. 7 - 16

Teléfono: 833 4198 - 313 719 8336



PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE


CÓDIGO	AS-PM-01
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	37 de 39

Daño o lesión causada a los usuarios por un dispositivo medico	1	5	Alta	Plan de capacitación en manejo adecuado de dispositivos médicos	1	5	Alto	Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir	Desarrollar plan de capacitación en dispositivos médicos	Gerencia
				Reporte de eventos adversos por dispositivos médicos.					Control y seguimiento de eventos adversos con dispositivos médicos	Comité de seguridad del paciente
Probabilidad de accidentes durante las terapias que incluyan dispositivos médicos.	1	5	Alta	Capacitación en manejo adecuado de los dispositivos médicos.	1	3	Medio	Asumir el riesgo, reducir el riesgo	Desarrollar capacitaciones en manejo de los dispositivos médicos presentes en la IPS.	Gerencia
				Guía de mantenimiento para equipos biomédicos.					Socialización guía de mantenimiento de equipos médicos para las personas que los manejan	Gerencia
Acumulación y retardo de terapias que necesiten dispositivos médicos	2	3	Media	plan de Mantenimiento preventivo y correctivo de dispositivos médicos	1	3	Medio	Asumir el riesgo, reducir el riesgo	Seguimiento del plan de mantenimiento preventivo y correctivo	Gerencia
Transmisión de microorganismos en los diferentes procesos de atención entre usuarios y profesionales.	1	5	Alta	Plan de capacitación en bioseguridad	1	3	Medio	Asumir el riesgo, reducir el riesgo	Desarrollar capacitación en bioseguridad	Gerencia
				Implementación de instructivo de lavado de manos.					Socialización del instructivo de lavado de manos	Gerencia
Deficiente	1	5	Alta	Interiorización de	1	3	Medio	Asumir el	Sensibilización	Comité

Dirección: Calle 50 Nro. 7 - 16

Teléfono: 833 4198 - 313 719 8336

Anexo C. Formato de reporte de evento adverso

	FORMATO DE REPORTE DE EVENTO ADVERSO		CÓDIGO	AS-FO-01
			VERSIÓN	1
			FECHA	09/05/2014
			PAG	1 de 2

REPORTE DE EVENTO ADVERSO	
Fecha :	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año Hora : <input type="text"/> Am <input type="text"/> Pm Servicio : <input type="text"/>
Un evento adverso es cualquier evento irregular o anómalo en la atención de un usuario, por parte del personal de la institución, que involucra directa o indirectamente al paciente.	
DATOS GENERALES	
Nombre completo del paciente _____	H.C: No. _____
Edad: _____	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Diagnóstico del paciente _____	
Terapia realizada _____	
INFORMACIÓN DEL INCIDENTE	
TIPO DE INCIDENTE	
<input type="checkbox"/> 1. Caída.	<input type="checkbox"/> 6. Esguinces
<input type="checkbox"/> 2. Quemaduras por frío o calor.	<input type="checkbox"/> 7. Atoramiento de cuerpo extraño
<input type="checkbox"/> 3. Fracturas por estrés.	<input type="checkbox"/> 8. Contusiones
<input type="checkbox"/> 4. Lesiones de tejidos blandos	<input type="checkbox"/> 9. Infecciones.
<input type="checkbox"/> 5. Tendinitis por esfuerzo	<input type="checkbox"/> 10. Desgarros musculares.
Otro? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Cuál?: _____	
DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO:	
GRADO DE SEVERIDAD	
Grado I	Leve: No hay implicación en la integridad del estado de salud del paciente.
Grado II	Moderado: Incidentes que exponen al paciente a riesgo de dañar la salud, sin compromiso real del estado clínico actual a causa del error.
Grado III	Severo: Incidentes en los que hay compromiso del estado de salud del paciente.
Cuál considera usted que fue la (s) causa (s) principales(es) para que se representa éste incidente?:	



**FORMATO DE REPORTE DE EVENTO
ADVERSO**

CÓDIGO	AS-FO-01
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	2 de 2

Amerita Acción correctiva: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No _____
Si no amerita Acción Correctiva diligencie el Manejo del evento adverso
MANEJO DEL EVENTO ADVERSO
SEGUIMIENTO DEL EVENTO ADVERSO
Responsable del manejo del Evento Adverso:
Nombre _____ Firma _____

Anexo D. Guía de manejo de fisioterapia

	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	1 de 32

**GUIA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA DE LA IPS
REHABILITAMOS SAS**



Elaborado por:

**Grupo de Estudiantes aspirantes al título de Especialistas en Administración
de Servicios de Salud**

PUERTO BERRIO (ANTIOQUIA)

2014

Dirección: Calle 50 Nro. 7 - 16

Teléfono: 833 4198 - 313 719 8336

	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	2 de 32

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica cotidiana, se evidencia la gran diversidad de tratamientos existentes que son brindados a los pacientes con el mismo cuadro clínico o enfermedad; Al ser tratados de forma diferente a pesar de su clínica semejante, nos lleva a la creación de este tipo de instrumentos, los cuales tiene como fin disminuir los amplios enfoques existentes de los diversos tratamientos, gracias a las prácticas clínicas y a la documentación, apuntando a la planificación de una guía destinada a mejorar la atención al paciente, siendo esta más eficiente y consistente.


OBJETIVO

Orientar de forma adecuada y concisa al fisioterapeuta, para que brinde un mejor tratamiento, encaminando por la clínica del paciente, para mejorar su condición física y su calidad de vida.

GUÍA DE MANEJO

Dirección: Calle 50 Nro. 7 – 16

Teléfono: 833 4198 – 313 719 8336

	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	3 de 32

FRACTURA DE COLLES

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Fractura de la epífisis inferior del radio	S525
Fractura de la epífisis inferior del cubito y del radio	S526
Fracturas del antebrazo, parte no especificada	S529
Traumatismos no especificados del antebrazo	S599

OBJETIVOS
Esta guía de manejo tiene como objetivo el unificar los manejos terapéuticos en la rehabilitación de esta patología para mejorar la clínica y por lo tanto la recuperación óptima del paciente.

DEFINICIÓN:
La fractura de colles es una fractura de la metáfisis distal del radio, que ocurre normalmente a 3 cm o 4 cm de la superficie articular, debido a que esta zona está conformada por hueso esponjoso, haciéndola más vulnerable a rupturas por traumas; la lesión genera una angulación volar de la punta de la fractura, es decir, provocando un desplazamiento dorsal del fragmento distal y acortamiento radial (deformidad en dorso de tenedor). Se acompaña de una luxación radio-carpiana. Esta trauma generador de este tipo de fracturas generalmente se también provoca una fractura de la estiloides cubital.

ETIOLOGÍA.
Este tipo de fracturas ocurre principalmente en adultos y adultos mayores que durante una caída por reflejo extienden los brazos y las muñecas para evitar el golpe, lo que hace que la combinación de fuerzas provoque la fractura del radio y luxación radio-carpiana; la dirección de la fuerza por la caída, hace que se desplace la fractura y genere su deformidad característica.

	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	4 de 32

DIAGNÓSTICO
Rayos X Exploración física - deformidad en dorso de tenedor

TRATAMIENTO
<p>posterior a la reducción de la fractura ya sea reducción cerrada o abierta con fijación, y al tiempo de inmovilización con férula o con yeso, se procede a realizar lo siguiente;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ evaluación fisioterapéutica detallada. ➤ realizar elevaciones de miembro afectado, al igual que hacer ejercicio de bombeo para disminuir inflamación. ➤ movilizaciones pasivas, pasivas asistidas de los dedos muñeca, codo y hombro. ➤ realizar ejercicios de deslizamiento tendinoso controlado, con movimiento conjunto de los dedos e individual. ➤ aplicación de crioterapia, elevación, compresión, medios de contraste, calor húmedo, tens, ultrasonido. esto se realiza hasta que el dolor y la inflamación desaparezca por completo. ➤ realizar movilizaciones activas de la articulación comprometida y activas asistidas de las no comprometidas; evolucionando al realizar ejercicios activos de la articulación comprometida haciendo énfasis en la pronosupinación y movimientos pasivos y activos asistidos para las articulaciones no comprometidas. ➤ realización de todo tipo de pinzas y agarres contra y a favor de la gravedad, iniciando con objetos medianos y culminar con objetos pequeños. ➤ realizar masajes cicatrizales, presión y evitar la formación excesiva o desordenada de los puentes de colágeno destruyéndolos con el masaje terapéutico o con ultrasonido. ➤ estiramientos pasivos y activos asistidos de los flexores y extensores de mano, muñeca y dedos, pronadores y supinadores. ➤ fortalecimiento progresivo de los músculos afectados por la inmovilización tanto de la mano como del bazo y el antebrazo. utilizar bandas elásticas, balones terapéuticos y pesas iniciando pesos o resistencias mínimas e ir evolucionado.

	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	5 de 32

<p>BIBLIOGRAFÍA</p> <p>PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE. Fracturas del miembro superior [en línea] http://escuela.med.puc.cl/publ/ortopediatraumatologia/trau_secc01/trau_sec01_34.html [citado en 11 de mayo de 2014]</p> <p>AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS. Distal Radius Fractures (Broken Wrist). [en línea] http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=a00479 [citado en 11 de Abril de 2014]</p> <p>Fracturas. Tratamiento y Rehabilitación. Editorial: MARBAN. 2001 Madrid, España. Stanley Hoppenfeld, MD. Vasantha L. Murthy, MD.</p>
--

	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	6 de 32

GUÍA DE MANEJO
FRACTURA DE LA EPÍFISIS SUPERIOR DE
TIBIA O DE PLATILLOS TIBIALES

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Fractura De La Epífisis Superior De La Tibia	S821

OBJETIVOS
Esta guía de manejo tiene como objetivo el unificar el diverso manejo terapéutico convencional de la rehabilitación física, encaminándolo al mejoramiento clínico y funcional del paciente. Recuperando la fuerza muscular del miembro inferior afectado y los arcos de movilidad articular perdidos debido a la inmovilización postquirúrgica.

DEFINICIÓN
<p>La fractura de la epífisis superior de la tibia o de la metáfisis tibial, es aquella que compromete de forma transversal el hueso esponjoso de la misma; este tipo de fracturas puede o no comprometer los platillos tibiales, esto depende de las cisuras que se generan en el hueso dependiendo del trauma.</p> <p>si comprometen los platillos tibiales se pueden clasificar en 6 tipos de fracturas según SCHATZKER que se clasifican según el grado de severidad y complicaciones tanto quirúrgicas como en rehabilitación:</p> <p>Tipo I: una cuña o hendidura del platillo tibial lateral</p> <p>Tipo II: es una depresión separada del platillo lateral que produce una lesión articular.</p> <p>Tipo III: es la depresión franca del platillo lateral que también afecta a la superficie articular.</p> <p>Tipo IV: es la depresión separada del platillo tibial medial que puede afectar a la eminencia intercondílea y se asocia con lesión de los ligamentos cruzados. Generalmente se asocia con lesiones de la superficie articular.</p> <p>Tipo V: fractura Bicondilea que afecta ambos platillos. Se conoce como la</p>

	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	7 de 32

fractura en "Y" invertida y generalmente se asocia con lesiones de la superficie articular.

TIPO VI: es la fractura de la unión diafiso-metafisaria proximal tibial.

ETIOLOGÍA

Este tipo de fracturas son producidas por traumas laterales, ya sea en la cara interna o externa de la rodilla, generando una deformidad en valgo o varo respectivo a la fuerza de impacto.

En personas jóvenes es común encontrar los tipos i o ii ya que la estructura ósea es más fuerte, en adultos, es más factible encontrar fracturas mucho más graves como la tipo iii, iv, v o vi.

DIAGNOSTICO

Rayos X

TRATAMIENTO

Posterior a la intervención quirúrgica si esta lo requiere se realiza una inmovilización con yeso o férula de yeso dependiendo el concepto del especialista; tiene un reposo de más o menos 1 mes dependiendo el grado de severidad de la fractura y posterior a esto inicia el tratamiento fisioterapéutico, en el cual se realizan lo siguiente.

- Evaluación fisioterapéutica detallada.
- Aplicación de crioterapia, elevación, compresión, medios de contraste, calor húmedo, TENS, ultrasonido. esto se realiza hasta que el dolor desaparezca por completo.
- Movilizaciones pasivas, activas o activas asistidas de rodilla y cadera.
- Realizar ejercicios de deslizamiento tendinoso controlado.
- Realizar movilizaciones activas de la articulación comprometida y asistidos de las no comprometidas.
- Realizar masajes cicatrizales, presión y evitar la formación excesiva o desordenada de los puentes de colágeno destruyéndolos con el masaje

	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	8 de 32

terapéutico o con ultrasonido.


- Se realizan estiramientos activos y activos asistidos de isquiotibiales, extensores de rodilla y plantiflexores.
- Fortalecimiento progresivo de los músculos afectados, con la utilización bandas elásticas, balones terapéuticos y pesas iniciando pesos o resistencias mínimas e ir evolucionado.

BIBLIOGRAFÍA

PONTIFICIA UNIVERSIADA CATOLICA DE CHILE. Fractura de la diáfisis de la tibia [en línea]
http://escuela.med.puc.cl/publ/ortopediatraumatologia/trau_secc01/trau_sec01_45.html. [citado en 13 de mayo de 2014]

Dr ÀLVARO ANGEL. Fracturas de la Diáfisis Tibial [en línea] <http://alvaro-angel.tripod.com/tibia.htm>. [citado en 16 de mayo de 2014]

Fracturas Tratamiento y Rehabilitación. Editorial: MARBAN. 2001 Madrid, España.
Stanley Hoppenfeld, MD. Vasantha L. Murthy, MD.

	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	9 de 32

GUÍA DE MANEJO SÍNDROME MANGUITO ROTADOR

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Síndrome de manguito rotatorio	M751
Tendinitis de bíceps	M752
Tendinitis calcificante de hombro	M753
Síndrome de abducción dolorosa del hombro	M754
Bursitis del hombro	M755
Otras lesiones del hombro	M758
Lesiones del hombro no específicas	M759

OBJETIVOS
Esta guía de manejo terapéutico tiene como objetivo identificar los diversos tratamientos terapéuticos y unificarlos en pro del mejoramiento del paciente, disminuyendo su sintomatología y restableciendo su funcionalidad total.

DEFINICIÓN
Es un trastorno caracterizado por la compresión de la Bursa supra-espinosa, el tendón del supra-espinoso o el tendón del bíceps entre la tuberosidad mayor y el arco coraco-acromial.
La principal manifestación clínica es una cervico-braquialgia dolor en la región del hombro en el tercio proximal del humero, suele aumentar en las noches por la congestión venosa en el sitio. También se presenta debilidad para elevar el brazo por encima de la cabeza o dolor con actividades realizadas por encima de la cabeza. El dolor suele aumentar con movimientos de abducción y rotación externa, perdiéndose de forma paulatina el arco de movilidad.

ETIOLOGÍA

	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	10 de 32

La articulación es sometida de forma reiterativa a movimientos que predisponen al edema de las estructuras que se encuentran por debajo de la bóveda, principalmente la Bursa deltoidea y el tendón del manguito rotador.

Por otra parte se puede generar predisposición por traumatismos asociado a caídas o golpes de choque generados en diferentes deportes como el futbol, el tenis, voleibol, baloncesto o todos aquellos ejercicios o actividades que sean por encima de la cabeza.

DIAGNOSTICO

Rayos x

Ecografía

Resonancia Magnética Nuclear

TRATAMIENTO

el tratamiento fisioterapéutico se compone de los siguientes pasos;

- evaluación fisioterapéutica detallada.
- aplicación de calor húmedo, crioterapia, aplicación de corrientes tipo TENS, y aplicación de ultrasonido continuo.
- realizar masaje con cubos de hielo, aplicación de ultrasonido continuo y de calor húmedo de forma local.
- realizar ejercicios activos asistidos de flexión, extensión, abducción, aducción y rotación externa en una posición supina.
- llevar a cabo estiramientos pasivos de la cápsula articular ayudándose con el miembro superior contrario.
- realizar contracciones isométricas de los músculos estabilizadores de hombro, al igual que de los que actúan en la flexión, extensión y abducción.
- ejercicios activos de fortalecimiento progresivo de flexores, rotadores internos y externos, iniciando con el peso del miembro y progresando a pesas o bandas elásticas de 1 a 7 libras de resistencia, dependiendo de la tolerancia del paciente, en posición supina o sedente.
- es recomendable iniciar estos procedimientos cuando la movilidad articular


	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	11 de 32

del miembro superior afectado se encuentra restablecida.

- continuar con los ejercicios de fortalecimiento con pesas, bandas elásticas y balones terapéuticos para los músculos flexores, rotadores internos y externos en posición sedente y sobre el balón.
- fortalecimiento progresivo de la musculatura escapular como el serrato anterior y dorsal ancho iniciando con el peso del miembro afectado de forma libre e ir progresando con pesas de 1 a 7 libras y más, dependiendo de la tolerancia y del estado muscular del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- **PATOLOGÍAS DE HOMBRO: VOLUMEN 1.** Editorial: Alfil, S. A. de C. V. 2010, MÉXICO. GUTIÉRREZ MENESES, ARTURO MARTÍNEZ MOLINA, ÓSCAR ANTONIO VALERO GONZÁLEZ, FERNANDO SERGIO.
- **SÍNDROMES DOLOROSOS EN EL CUELLO Y EL MIEMBRO SUPERIOR: DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INFORMADOS POR LA EVIDENCIA.** ISBN: 9788490221501, Editorial: Elsevier. 2013. CESAR FERNANDEZ DE LAS PENAS, PT, DO, PHD, JOSHUA CLELAND, PT, DPT, PHD, OCS, FAAOMPT AND PETER A. HUIJBREGTS, PT, MSC, MHSC, DPT, OCS, MTC, FAAOMPT, FCAMT.
- **FRANSISCO JAVIER HOYOS.** Síndrome del manguito rotador. [en línea] http://3.bp.blogspot.com/_jgibxpnvnyi/sddxrmaiofi/aaaaaaaaia/sz82lbqyssq/s1600-h/001.jpg. [citado en 16 de Abril de 2014]

	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	12 de 32

GUÍA DE MANEJO CERVICALGIA

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Cervicalgia	M542
Esguinces o torceduras de la columna cervical	S134
Otras degeneraciones del disco cervical	M503
Trastornos del disco cervical, no especificado	M509
Trastornos del disco cervical con radiculopatía	M501
Torticolis	M436

OBJETIVOS
Esta guía de manejo terapéutico tiene como objetivo la unificación de criterios terapéuticos para obtener el mejor resultado en el proceso de recuperación del paciente; se enfatiza en la disminución de la sintomatología clínica y en el mejoramiento de la calidad de vida.

DEFINICIÓN
La Cervicalgia es aquel dolor que se produce en la región cervical de la columna vertebral de causa variable. Engloba un amplio abanico de alteraciones que, como causa o consecuencia, tienen su localización en el cuello.
El dolor cervical es un problema frecuente en las sociedades industrializadas, y afecta a adultos de todas las edades y de ambos sexos, aunque hay una mayor prevalencia a partir de los 40 años y en las mujeres. son especialmente vulnerables aquellas personas que realizan trabajos repetitivos, trabajos sedentarios, trabajos de alta carga física, trabajos con P.V.D (pantallas de visualización de datos), e incluso trabajos en los que se dan factores psicosociales "de riesgo" tales como una baja satisfacción con el trabajo, poco control sobre el mismo, o poco apoyo por parte de los compañeros, entre otros.

	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	13 de 32

ETIOLOGÍA

Al ser una patología multicausal, se desprenden varias opciones;

- Procesos inflamatorios: artrosis degenerativa, artritis reumatoide o espondilitis anquilosante.
- Trastornos estáticos congénitos: costilla suplementaria o vértebra supernumeraria o cuneiforme situada hacia d1-d2-d3
- Cifolordosis o dorso plano.
- Factores mecánicos: traumatismos directos o indirectos, esfuerzos, movimientos que no se ejecutan con la coordinación precisa, posturas incorrectas, hernias.
- Factores fisiológicos: alteraciones vasculares.

DIAGNOSTICO

Rayos X

TRATAMIENTO

El tratamiento depende de la causa inicial de la sintomatología, aunque siempre se encamina en la disminución de la sintomatología y restitución de arcos de movilidad de cuello, se pueden realizar el siguiente programa terapéutico.

- Evaluación fisioterapéutica detallada.
- Aplicación de medios físicos como crioterapia, calor húmedo, masaje sedativo, aplicación de corrientes tipo TENS.
- Ejercicios de estiramiento en musculatura de región cervical y escapulo humeral.
- Contracciones isométricas en músculos estabilizadores, de columna cervical.
- Tracción cervical con peso graduable.




GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA

CÓDIGO	AS-GU-01
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	14 de 32

BIBLIOGRAFÍA

- DOLOR LUMBAR. SBN: 9781449283247, Editorial: Alfíl, S. A. de C. V. 2006, México. Chicharro Serra, Enrique.
- ESQUELETO SISTEMA ARTICULAR Y MUSCULAR, Editorial: El Cid Editor apuntes. 2009, Argentina. Sorribas, Juan Manuel.
- FISAUDE. Cervicalgía. [en línea] www.fisaude.com/fisioterapia/lesiones/cervicalgia.html. [citado en 9 de Abril de 2014]
- KINEMEZ. Cervicalgía. [en línea] http://www.kinemez.com/index.php?option=com_content&task=view&id=84&Itemid=124. [citado en 8 de Mayo de 2014]
- ANA MARÍA GÓMEZ VIZCAÍNO. Fisioterapia en la Cervicalgía. [en línea] http://www.efisioterapia.net/articulos/leer.php?id_texto=217. [citado en 12 de Abril de 2014]

	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	15 de 32

GUÍA DE MANEJO LUMBALGIA

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Esguinces y torceduras de la columna lumbar	S335
Trastornos del disco lumbar y otros, con radiculopatía	M511
Otros trastornos especificados de los discos intervertebrales	M518
Lumbago con ciática	M544
Lumbago no especificado	M545

OBJETIVOS

Esta guía de manejo terapéutico se enfoca en el manejo de las patologías lumbares, buscando la disminución de la sintomatología y el restablecimiento de las funciones motoras que se vieron comprometidas por la evolución de la enfermedad ya sea aguda o crónica.

DEFINICIÓN

Lumbalgia aguda: se presenta como un cuadro doloroso muy agudo que generalmente aparece bruscamente. Suele relacionarse con algún esfuerzo muscular, aunque otras veces aparece de forma espontánea. El dolor aumenta con los movimientos y el paciente adopta una posición anti-álgica el tronco en semi-flexión e inclinación lateral. Dura menos de 6 semanas.

Lumbalgia crónica: se caracteriza por dolor vago y difuso localizado en zona dorso-lumbar y lumbosacra aunque puede presentar irradiación pseudo-radicular; suele ceder parcialmente con el reposo y aumenta con la bipedestación y los movimientos de flexo-extensión de la columna. Su duración es mayor de 3 meses.

ETIOLOGÍA

Dirección: Calle 50 Nro. 7 – 16

Teléfono: 833 4198 – 313 719 8336

	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	16 de 32

El dolor lumbar se ha relacionado con algunos factores de riesgo tales como los psicosociales, trabajos que se desarrollen en situaciones de estrés, la ansiedad y la depresión, la tensión emocional, y los problemas cardiovasculares; determinados tipos de trabajo y hábitos laborales entre los que se incluyen el levantamiento repetido de pesos, las vibraciones excesivas y la conducción prolongada de vehículos, sobre todo si son vehículos pesados.

DIAGNOSTICO

Rayos X
 Resonancia Magnética Nuclear
 Tomografía Axial Computarizada

TRATAMIENTO

El tratamiento se enfoca inicialmente en la disminución de la sintomatología dolorosa y en la descompresión muscular que se provoca en la zona pélvica por el dolor. se realiza lo siguiente;

- Evaluación detallada fisioterapéutica.
- Orientar las posturas adecuadas en cama (supino, decúbito lateral) sedente y bipedestación.
- Indicación en adecuado manejo de cargas.
- Aplicación de crioterapia, calor húmedo, masaje sedativo, aplicación de corrientes tipo TENS.
- Ejercicios de estiramiento para espinales bajos, glúteo mayor, psoas, isquiotibiales, aductores de cadera, rotadores internos, tensor de la fascia lata, cuadrado lumbar, recto anterior de cuádriceps.
- Ejercicios de fortalecimiento para recto anterior abdominal, oblicuos y glúteo mayor, espinales altos, multifidos ipsilateral, y contralateral, cuádriceps, isquiotibiales. reeducación propioceptiva y postural.

BIBLIOGRAFÍA

- DOLOR LUMBAR. SBN: 9781449283247, Editorial: Alfíl, S. A. de C. V.


	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	17 de 32

<p>2006, México. Chicharro Serra, Enrique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ESQUELETO SISTEMA ARTICULAR Y MUSCULAR, Editorial: El Cid Editor apuntes. 2009, Argentina. Sorribas, Juan Manuel. • ISABELESPIÑO. Cómo tratar la lumbalgia [en línea] http://www.elmundo.es/elmundosalud/2005/12/16/dolordossiers/1134736533.html. [citado en 12 de Abril de 2014] • DMEDICINA. Lumbalgia. [en línea] http://www.dmedicina.com/enfermedades/musculos-y-huesos/lumbalgia. [citado en 15 de mayo de 2014]
--

**GUÍA DE MANEJO
ARTROSIS DE RODILLA**

Dirección: Calle 50 Nro. 7 – 16

Teléfono: 833 4198 – 313 719 8336

	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	18 de 32

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Gonartrosis primaria, bilateral	M170
otras Gonartrosis primarias	M171
Gonartrosis postraumática, bilateral	M172
otras Gonartrosis postraumáticas	M173
otras Gonartrosis secundarias, bilaterales	M174
otras Gonartrosis secundarias	M175
Gonartrosis no especificada	M179
deformidad en valgo, no clasificada en otra parte	M210
deformidad en varo, no clasificada en otra parte	M211

OBJETIVOS
Esta guía de manejo terapéutico se enfoca en el manejo de la artrosis de rodillas o cualquiera de sus problemas de tejidos blandos subyacentes; se direcciona en hacia la mejor recuperación del paciente y de sus funciones motoras.

DEFINICIÓN
Enfermedad crónica degenerativa que se caracteriza por el deterioro progresivo del cartílago en cualquiera de las articulaciones. este deterioro conduce a la aparición de dolor con la actividad física, incapacidad variable para caminar y permanecer de pie, así como a deformidad progresiva de las articulaciones, en este caso el de la rodilla.
En vista de que es una enfermedad degenerativa progresiva, el manejo se convierte en paliativo para los síntomas y se enfoca en el mantenimiento de las funciones y evitar los acortamientos musculares por el dolor, con el fin de evitar la evolución sintomática que lleva al paciente a la incapacidad de adoptar la bipedestación por el dolor.

ETIOLOGÍA



GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA

CÓDIGO	AS-GU-01
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	19 de 32

La articulación es una estructura muy especial que permite al hueso desplazarse Sobre otro, con suavidad y sin dolor. Para que esto ocurra hay un tejido muy especial que se llama el cartílago hialino. Este tejido tiene la capacidad de aguantar grandes presiones sin aplastarse ni romperse.

Es capaz de deslizarse sobre el cartílago hialino de la otra cara de la articulación con suavidad sin agrietarse, así como sin desgastar ni lesionar el hueso al cual recubre. Dentro de él se encuentran unas células que se llaman condrocitos. Continuamente están fabricando proteínas muy especiales para mantener el cartílago sano y preservar sus propiedades biomecánicas: capacidad para soportar presión, elasticidad y suavidad.

A veces el cartílago hialino comienza a perder estas propiedades biomecánicas que le hacen tan útil. No se sabe dónde está el problema originario, si en los condrocitos o en el hueso sobre el que el cartílago hialino descansa, pero lo cierto es que el cartílago comienza a deteriorarse. Ya no aguanta la presión tan bien. se va adelgazando, agrietando y rompiendo. Es como si hubiera entrado arena en un rodamiento. lo que antes era suavidad y movimiento ahora es roce y rigidez. la rodilla está desarrollando la artrosis.

DIAGNOSTICO

Rayos X

Resonancia Magnética Nuclear

Tomografía Axial Computarizada

TRATAMIENTO

A partir de los 55 años, las personas que sufran de este tipo de desgastes articulares severos y que el dolor sea incapacitante, son personas aptas para la intervención quirúrgica en la que se les realiza un trasplante total de rodilla. las personas que sufran de este desgaste y que no se han sido aptas para este procedimientos, serán intervenidas terapéuticamente de esta forma:

- evaluación detallada fisioterapéutica.
- medios físicos como calor húmedo y criorelajación.

	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	20 de 32

- ultrasonido pulsátil baja intensidad, TENS.
- ejercicios de estiramiento de isquiotibiales, recto anterior, aductores de cadera, tensor de la fascia lata.
- ejercicios de isométricos, concéntricos y excéntricos de cuádriceps.
- ejercicios de fortalecimiento muscular con pesas o THERA-BAND, iniciando con 3 libras y aumentando progresivamente a tolerancia del paciente de flexores y extensores de rodillas y cadera, al igual de aductores y abductores de cadera.
- enseñar al paciente, el manejo adecuado de la articulación de la rodilla en las actividades de vida diaria evitando posiciones prolongadas, ascenso y descenso de escaleras, cuclillas.

<p>BIBLIOGRAFÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • ESQUELETO SISTEMA ARTICULAR Y MUSCULAR, Editorial: El Cid Editor apuntes. 2009, Argentina. Sorribas, Juan Manuel. • ARELYZ MORALES LOPEZ. Artritis, artrosis. [en línea] http://www.artroweb.com/areapacientes/rodilla/04.asp [citado en 20 de Abril de 2014] • DRA. CLAUDIA SMITH. Tratamiento para la Artrosis de rodilla. [en línea] http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/084.html[citado en 22de Mayo de 2014] • ENPLENITUD. Artrosis de la Rodilla. [en línea] http://www.enplenitud.com/artrosis-de-la-rodilla.html. [citado en 22de Mayo de 2014]

**GUÍA DE MANEJO
SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO**

Dirección: Calle 50 Nro. 7 – 16

Teléfono: 833 4198 – 313 719 8336

	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	21 de 32

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Síndrome del túnel carpiano	G560
Otras lesiones del nervio mediano	G561
Otras neuropatías del miembro superior	G568

OBJETIVOS
Esta guía de manejo tiene como objetivo el unificar los diversos tratamientos existentes para el manejo pre y posoperatorio del síndrome de túnel del carpo o la misma lesión provocada en el nervio mediano por la evolución de la patología; se enfatiza en el restablecimiento funcional de la persona y busca la desaparición de los síntomas.

DEFINICIÓN
El síndrome del túnel carpiano es un trastorno doloroso de la muñeca y de la mano. Es un túnel angosto formado por huesos y otros tejidos de la muñeca, este túnel protege al nervio mediano el cual debe tener una presión máxima de 8mmhg, cuando esta presión se incrementa, comprime las estructuras que pasan por el túnel entre ellas, el nervio mediano el cual es el responsable de los síntomas descritos por el paciente.
El nervio mediano ayuda a mover los pulgares y los primeros tres dedos de cada mano. El Síndrome del Túnel del Carpo ocurre cuando otros tejidos como ligamentos y tendones se inflaman y presionan contra el nervio mediano. Esa presión puede hacer que parte de su mano duela o se sienta entumecida.

ETIOLOGÍA
La causa principal de la patología se debe a la realización de movimientos repetitivos de la articulación como trabajos que requieren pinchar o agarrar con la muñeca doblada, trabajos en computador, los carpinteros, y mecánicos.
Los pasatiempos tales como jardinería, bordado, golf y remo a veces pueden ocasionar estos síntomas.
Las mujeres son más propensas que los hombres a desarrollar síndrome del túnel



GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA

CÓDIGO	AS-GU-01
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	22 de 32

carpiano.

Una lesión en la muñeca, tal como una fractura, también puede ser la causa del síndrome del túnel carpiano.

Puede ser por causa de una enfermedad tal como diabetes, artritis reumatoide o enfermedad tiroidea.

El síndrome del túnel carpiano es también frecuente durante los últimos meses de embarazo.

DIAGNOSTICO

Se realizan pruebas como dar golpes en la parte interna de la muñeca. Pueda que sienta dolor o sensación de choque eléctrico.

Otras de las pruebas es que doble su muñeca hacia abajo durante un (1) minuto para ver si esto ocasiona síntomas.

El médico puede remitir a una prueba de conducción nerviosa o una prueba de electromiografía (EMG) para ver si los nervios y músculos en el brazo y mano muestran efectos típicos del síndrome del túnel carpiano al determinar latencias bajas de conductividad del impulso nervioso.

TRATAMIENTO

El tratamiento terapéutico se debe realizar al inicio de la sintomatología para evitar la evolución natural de la patología, y en el caso de que ya esté muy evolucionada, se realiza un procedimiento de liberación tendinosa de forma quirúrgica y posterior a esto, se continua con el tratamiento para restablecer la funcionalidad de la mano, mediante los siguientes pasos;

- Evaluación fisioterapéutica detallada.
- Inmovilizar la articulación de la muñeca y mano en el caso de que sea al comienzo de la enfermedad; si es post-quirúrgico el tratamiento se debe enfocar en el restablecimiento de la movilidad articular.
- Evitar al máximo la actividad flexora durante cuatro semanas.
- PRICE (protección, reposo, hielo, compresión, y elevación)
- Ejercicios de estiramientos activos y activos asistidos de flexores y extensores de los dedos.



GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA

CÓDIGO	AS-GU-01
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	23 de 32

- Ejercicios de fortalecimiento progresivo de flexores y extensores de muñeca y dedos con mancornas y bandas elásticas.


BIBLIOGRAFÍA

- PROGRAMA FISIOTERAPÉUTICO PARA PREVENIR LA APARICIÓN DEL SÍNDROME DE TÚNEL DEL CARPO EN OPERARIOS DE COSTURA. ISSN:1692-3375 (2006) No.9 Editorial: Universidad Manuela Beltrán, 2009, Colombia. Gutiérrez, Claudia Marcela Cotes, María Loreta.
- MEDLINEPLUS. Síndrome del túnel carpiano. [en línea] <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000433.htm>. [citado en 22de Abril de 2014]
- TRAUMAZAMORA. Síndrome del túnel carpiano. [en línea] <http://www.traumazamora.org/infopaciente/stc/stc.htm>[citado en 24de Abril de 2014]
- EFISIOTERAPIA. Síndrome del túnel del carpo. [en línea] http://www.efisioterapia.net/articulos/leer.php?id_texto=292 [citado en 26 de Abril de 2014]

GUÍA DE MANEJO TENDINITIS MIEMBRO SUPERIOR

Dirección: Calle 50 Nro. 7 – 16

Teléfono: 833 4198 – 313 719 8336

	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	24 de 32

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Tendinitis calcificada	M652
Otros trastornos especificados de los tejidos blandos	M798
Trastornos de los tejidos blandos, no específicos	M799
Otras sinovitis o tenosinovitis	M658
Sinovitis y tenosinovitis, no especificada	M659

OBJETIVOS
Esta guía de manejo tiene como objetivo condensar la amplia gama de tratamientos frente a las diversas tendinitis del miembro superior producto de las actividades constantes o por esfuerzos. Se encamina en la disminución de los síntomas y el restablecimiento de las actividades de la vida diaria.

DEFINICIÓN
Es la inflamación, irritación de un tendón, la estructura fibrosa que une el músculo con el hueso. En muchos casos se presenta tendinosis degeneración del tendón.

ETIOLOGÍA
La tendinitis puede ocurrir como resultado de una lesión, de sobrecarga o de la edad a medida que el tendón pierde elasticidad. También se puede observar en personas con enfermedades en todo el cuerpo sistémicas, como la artritis reumatoidea o la diabetes.
La tendinitis puede ocurrir en cualquier tendón, pero los lugares comúnmente más afectados son: el codo, el talón tendinitis aquilea, el hombro, la muñeca.

DIAGNOSTICO
Ecografía De Tejidos Blandos

	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	25 de 32

TRATAMIENTO

El tratamiento se encamina en la desinflamación del tendón afectado, y se enfatiza mucho en retroalimentación hacia el paciente para que este guarde reposo lo más posible ya que su recuperación depende en un gran porcentaje de esto.

- PRICE (hielo, compresión, elevación, reposo)
- Ultrasonido.
- Ejercicios activos del segmento.
- TENS.
- Masaje sedativo.
- Estiramiento de la musculatura comprometida.


BIBLIOGRAFÍA

- SÍNDROMES DOLOROSOS EN EL CUELLO Y EL MIEMBRO SUPERIOR: DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INFORMADOS POR LA EVIDENCIA. ISBN: 9788490221501, Editorial: Elsevier. 2013. CESAR FERNANDEZ DE LAS PENAS, PT, DO, PHD, JOSHUA CLELAND, PT, DPT, PHD, OCS, FAAOMPT AND PETER A. HUIJBREGTS, PT, MSC, MHSC, DPT, OCS, MTC, FAAOMPT, FCAMT
- choi l. overuse injuries. in: delee jc, drez d jr, miller md, eds. delee and drez's orthopaedic sports medicine. 3rd ed. philadelphia, pa: saunders elsevier; 2009: chap 14.
- shea k, edmonds ew, chambers h. skeletal trauma in young athletes. in: green ne, swiontkowski mf, eds. skeletal trauma in children. 4th ed. philadelphia, pa: saunders elsevier; 2008:chap 20.
- SALUDALIA. Lumbalgia: prevención y consejos. [en línea] http://www.saludalia.com/saludalia/web_saludalia/cirugia/doc/rehabilitacion/doc/tendinitis.htm [citado en 26 de Mayo de 2014]

GUÍA DE MANEJO ESGUINCE DE TOBILLO

Dirección: Calle 50 Nro. 7 – 16

Teléfono: 833 4198 – 313 719 8336

	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	26 de 32

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Esguinces y torceduras del tobillo	S934
Luxación de la articulación del tobillo	S930
Traumatismo de tendones y músculos no especificados a nivel del pie y del tobillo	S969
Otros traumatismos del pie y del tobillo, especificados	S998
Traumatismo del pie y del tobillo, no especificado	S999

OBJETIVOS
Esta guía de manejo tiene como objetivo determinar el protocolo más adecuado para obtener el pronto mejoramiento del paciente y su debido reintegro a las actividades sociales de forma óptima.

DEFINICIÓN
Es una lesión que puede ser completa o incompleta en el aparato capsulo-ligamentario, ocasionada por un movimiento forzado más allá de sus límites normales o en un sentido no propio de la articulación.
Esta lesión activa una reacción inflamatoria con ruptura en mayor o menor grado de vasos capilares y de la inervación local que puede determinar por vía refleja fenómenos vaso motores amiotróficos y sensitivos que alargan la evolución de esta patología aun después de su cicatrización.
Esta lesión se divide en tres grados de severidad.
GRADO I: son el resultado de la distensión de los ligamentos que unen los huesos del tobillo. La hinchazón es mínima y el paciente puede comenzar la actividad deportiva en dos o tres semanas.
GRADO II: los ligamentos se rompen parcialmente, con hinchazón inmediata. Generalmente precisan de un periodo de reposo de tres a seis semanas antes de volver a la actividad normal.

	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	27 de 32

GRADO III: son los más graves y suponen la rotura completa de uno o más ligamentos pero rara vez precisan cirugía. Se precisan ocho semanas o más para que los ligamentos cicatricen.

ETIOLOGÍA

El mecanismo fisiopatológico básico es la inversión forzada del tobillo, lo que supone una acción combinada de flexión y supinación del pie; es entonces cuando el ligamento peroneo astrágalo anterior se encuentra verticalizado y cualquier fuerza que actúe obligando al tobillo a una mayor supinación puede producir un desgarro del LPAA.

Si en ese momento aún aumenta la fuerza inversora, o cae el peso del cuerpo, soportado en ese momento por el ligamento en tensión o parcialmente desgarrado, puede hacer que se verticalice el haz peroneo calcáneo, desgarrándose también.

DIAGNOSTICO

De manera inexcusable se debe realizar una serie de maniobras dinámicas para evaluar la estabilidad del tobillo.

Prueba del cajón anterior. Con el pie en posición neutra, la rodilla en flexión de 90°, se tracciona con una mano desde la parte posterior del calcáneo, en sentido posteroanterior, mientras con la otra mano se mantiene fija la tibia en su tercio distal.

Prueba de la inversión forzada. Con el pie en flexión de 10°-20° y la rodilla en flexión de 90° realizaremos muy lentamente la inversión del tobillo, sujetando el medio pie por la región plantar y fijando el tercio distal de la tibia.

Prueba de la rotación externa forzada. Esta maniobra explora la sindesmosis. Con la rodilla flexionada 90° y la tibia fija en su tercio distal, el mediopié se mueve en sentido medial y lateral, evitando cualquier movimiento de inversión o eversión.



GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA

CÓDIGO	AS-GU-01
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	28 de 32

Prueba de la presión. Se realiza presionando en el tercio medio de la pierna la tibia y el peroné, lo cual provoca dolor distal, a nivel de la sindésmosis, sugiriendo también una posible lesión de la misma.

TRATAMIENTO


El tratamiento depende del grado de severidad, aunque todos buscan el restablecimiento funcional con la pérdida del dolor, entre más grave fue el esguince, mayor pérdida de la propiocepción articular o equilibrio, entonces el tratamiento tendrá mayor enfoque en este según su severidad.

- Crioterapia
- TENS
- Protección de la articulación con BRACE.
- Marcha con multas en tres puntos.
- Movilizaciones pasivas
- Ejercicios activos-asistidos y activos de dorsiflexion y plantiflexion
- Ejercicios activos resistidos de rodilla y cadera del miembro inferior lesionado.
- Ejercicios isométricos de músculos evertora e invertora.
- Aproximación articular en el cuello de pie lesionado.
- Ejercicios de cadena cinética cerrada.

	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	29 de 32

- Trabajo de marcha desde que tiene las 2 muletas hasta que las deja por completo.
- Trabajo de propiocepción articular con equilibrio monopodal y bipodal dependiendo la sintomatología del paciente.

<p>BIBLIOGRAFÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • ESQUELETO SISTEMA ARTICULAR Y MUSCULAR, Editorial: El Cid Editor apuntes. 2009, Argentina. Sorribas, Juan Manuel. • F.J. ROBAINA PADRÓN. Esguince cervical características generales y aspectos médico legales. [en línea] http://revista.sedolor.es/pdf/1998_03_05.pdf [citado en 26 de Mayo de 2014] • DUPUYTREN. Tendinitis del manguito de los rotadores. [en línea] http://www.institudupuytren.com.ar/miembrosuperior/paciente_tendinitis-manguito.php[citado en 29 de Abril de 2014]

	GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA	CÓDIGO	AS-GU-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	30 de 32

**GUÍA DE MANEJO
RUPTURA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR**

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Esguinces y torceduras que comprometen el ligamento cruzado (anterior) (posterior) de la rodilla	S835
Esguinces y torceduras de otras partes y las no especificadas de la rodilla	S836
Traumatismo de estructuras múltiples de la rodilla	S837

OBJETIVOS
<p>Esta guía de manejo tiene como objetivo unificar los diferentes manejos terapéuticos encaminados a la recuperación funcional del paciente que presenta este padecimiento.</p> <p>Desde la recuperación de la movilidad articular, la fuerza muscular y la propiocepción articular que se vieron afectados por la lesión.</p>

DEFINICIÓN
<p>El ligamento cruzado anterior es un ligamento que está en el interior de la articulación de la rodilla, es uno de los ligamentos encargados de darle estabilidad a la rodilla e impide que la tibia se deslice hacia afuera frente al fémur.</p> <p>Este ligamento se ancla por una parte al fémur y por otra a la tibia. La rotura de este ligamento puede ser parcial o completa.</p>

ETIOLOGÍA
<p>En la mayoría de los casos se debe a una lesión deportiva, son especialmente frecuentes en deportes de impacto en los que se sobrecargan las rodillas con cambios bruscos de dirección o saltos: fútbol, esquí, baloncesto, etc.</p> <p>Por ejemplo al recibir un golpe directo en las caras laterales de la rodilla, al realizar hiper-extensión de rodilla o al realizar cambios de dirección durante una carrera al jugar fútbol, micro-fútbol o baloncesto principalmente.</p>



GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA

CÓDIGO	AS-GU-01
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	31 de 32

La lesión ligamentosa al igual que las demás, se clasifican en tres tipo.

TIPO I: sobre-estiramiento ligamentoso sin ruptura de ninguna de las fibras.

TIPO II: sobre-estiramiento ligamentoso con ruptura parcial de las fibras.

TIPO III: ruptura total de las fibras ligamentosas.

Cuando existe ruptura total del ligamento el tratamiento es totalmente quirúrgico en que realizan un injerto HTH (hueso-tendón-hueso) que es tomado del tendón patelar.

La recuperación tiene un promedio de 4 a 6 meses.

DIAGNOSTICO

Resonancia Magnética Nuclear

Artroscopia Exploratoria.

Pruebas Semiológicas Como La De Cajón Anterior

TRATAMIENTO

El tratamiento pre-quirúrgico se enfatiza en:

- fortalecimiento progresivo de mmii con ccc de peso gradual progresivo y bandas elásticas.

En la fase post-quirúrgica se trabaja lo siguiente;

- Flexión asistida en prono hasta 60 grados
- Control de la extensión 0 grados
- Estiramientos activos asistidos de extensores y flexores de rodilla a



GUÍA DE MANEJO PARA FISIOTERAPIA

CÓDIGO	AS-GU-01
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	32 de 32

tolerancia.

- Apoyo parcial del 30%- 50% con muleta contralateral y incrementarlo al pasar cada semana un 10% a 20% según la sintomatología.
- Fortalecimiento del cuádriceps con cadena cinética cerrada y de isquiotibiales con ejercicios isométricos con balones terapéuticos.
- Trabajo de propiocepción y equilibrio monopodal y bipodal.
- Trabajo de ascenso y descenso de escaleras a tolerancia.
- Saltos de baja altura en un mismo punto
- Trote por diez minutos en el puesto.

BIBLIOGRAFÍA

- ESQUELETO SISTEMA ARTICULAR Y MUSCULAR, Editorial: El Cid Editor | apuntes. 2009, Argentina. Sorribas, Juan Manuel.
- MEDLINEPLUS. Lesión del ligamento cruzado anterior. [en línea] <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001074.htm>[citado en 26 de Mayo de 2014]
- TARINGA. Lesión del ligamento cruzado anterior. [en línea] http://www.taringa.net/posts/info/1195706/rotura-de-ligamento-cruzado-anterior_lca_-y-recuperacion.html[citado en 26 de Mayo de 2014]

CONTROL DE CAMBIOS

fecha	versión	detalle
09/05/2014	1	Creación del documento

Anexo E. Guía de manejo para fonoaudiología

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLÓGIA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	1 de 36

**GUIA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLÓGIA DE LA IPS
REHABILITAMOS SAS**



Elaborado por:

**Grupo de Estudiantes aspirantes al título de Especialistas en Administración
de Servicios de Salud**

PUERTO BERRIO (ANTIOQUIA)

2014

Dirección: Calle 50 Nro. 7 – 16

Teléfono: 833 4198 – 313 719 8336

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDILOGÍA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	2 de 36

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica cotidiana, se evidencia la gran diversidad de tratamientos existentes que son brindados a los pacientes con el mismo cuadro clínico o enfermedad; Al ser tratados de forma diferente a pesar de su clínica semejante, nos lleva a la creación de este tipo de instrumentos, los cuales tiene como fin disminuir los amplios enfoques existentes de los diversos tratamientos, gracias a las prácticas clínicas y a la documentación, apuntando a la planificación de una guía destinada a mejorar la atención al paciente, siendo esta más eficiente y consistente.

OBJETIVO

Orientar de forma adecuada y concisa al fonoaudiólogo, estipulando una serie de recomendaciones terapéuticas basadas en la clínica del paciente, con el fin de mejorar y optimizar su condición y su calidad de vida.

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLÓGIA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	3 de 36

GUÍA DE MANEJO AFASIA

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Disfasia y Afasia	R470

OBJETIVO
Unificar los diferentes tipos manejos terapéuticos convencionales existentes encaminados a la pronta recuperación del paciente.

DEFINICIÓN
<p>La afasia es un trastorno por pérdida, deterioro o disminución de la capacidad comunicativa previamente poseída, afectando de forma específica a los aspectos codificativos y/o decodificativos del lenguaje debido a una lesión del sistema nervioso central, cuya etiología puede ser variada.</p> <p>las características generales de una afasia son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alteración en la comprensión y/o expresión del lenguaje ➤ Alteración en la utilización de reglas sintácticas, semánticas y pragmáticas ➤ Alteración en la lectura y en la escritura ➤ Reducción del vocabulario ➤ Alteración del lenguaje espontáneo ➤ Alteración de las funciones mentales superiores ➤ Alteración en la ubicación temporoespacial ➤ Alteración del habla ➤ Clasificación: la afasia se clasifica teniendo en cuenta el sitio de la lesión, de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Afasias corticales: se subdividen en afasia de broca, wernicke, conducción y global ➤ Afasias transcorticales: subdivididas en afasia motora transcortical, sensorial transcortical, mixta transcortical, y anómica

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLÓGIA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	4 de 36

- Afasias subcorticales: divididas en afasia capsular putaminal anterior, capsular putaminal posterior, capsular putaminal global y afasia talámica.

ETIOLOGÍA
<p>la afasia puede ser causada por un accidente cerebrovascular, un trauma, una infección cerebral o una neoplasia:</p> <p>Accidente Cerebrovascular o ictus: es la causa más frecuente de afasia, sobre todo el producido por isquemia trombótica o embolígena.</p> <p>Traumatismo craneoencefálico: provocado generalmente por un accidente.</p> <p>Infecciones localizadas o difusa del cerebro, como absceso cerebral o encefalitis.</p> <p>tumores del sistema nervioso central</p>

TRATAMIENTO
<p>El proceso terapéutico se inicia con un conjunto de ejercicios tendientes a disminuir la sintomatología asociada a la afasia, y a facilitar la evolución de las capacidades lingüísticas a partir de las características individuales.</p> <p>1. Atención: buscar que el paciente logre una tención voluntaria a través de la ejecución de órdenes y realización de ejercicios en silencio, lo que permite una mayor concentración y atención ante la actuación de la otra persona</p> <p>2. Memoria: se trabaja por medio de ejercicios de retención de información por los diferentes canales sensoriales, la cual va incrementándose progresivamente de acuerdo a las posibilidades individuales</p> <p>3. Orientación Temporal: estimular a buscar un punto de referencia temporal, como la fecha diaria, así como el manejo de series temporales con exigencias mentales (series regresivas</p>



CÓDIGO	AS-GU-02
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	5 de 36

4. Orientación Espacial: reforzar relaciones espaciales con referencia corporal, espacial inmediata y espacial representativa (gráficos, mapas)

5. Cálculo: inicialmente, con base en operaciones perceptivas, se logrará el entendimiento de las tareas operatorias a realizar

6. Gnosias: se interviene de dos maneras: aditiva y visual.

gnosis auditiva: la discriminación audio – verbal se logrará mediante tareas de identificación, discriminación de oposiciones fonéticas, repetición y reproducción de ritmos, teniendo en cuenta las posibilidades individuales

gnosis visual: esta habilidad se logrará mediante el apareamiento de imágenes, identificación de formas, colores, tamaños, seriaciones y clasificaciones cada vez más sutiles, copia de dibujos y rompecabezas

7. Praxias: realizar movimientos que relajen y ejerciten la musculatura orofacial para favorecer su tonicidad y, de esta manera, el proceso de articulación

8. Lenguaje Comprensivo: para la estimulación del lenguaje comprensivo se pueden realizar las siguientes actividades:

- crear conciencia de los sonidos del lenguaje, inicialmente con actividades de tipo no verbal y posteriormente ir incorporando gradualmente instrucciones verbales sencillas
- realizar ejercicios de clasificación y reconocimiento de objetos por categorías semánticas tanto visual como auditivamente
- trabajar el aspecto semántico – discriminativo a partir de la presentación de diferentes imágenes y palabras buscando que el paciente realice la correlación y comparación de su producción verbal con la del terapeuta
- asociación de imágenes de secuencias y las palabras que corresponden a su descripción sin conectores, posteriormente se introducen los conectores
- realizar análisis y asociación auditiva y visual por medio de grabaciones y láminas.

9. Lenguaje Expresivo: se trabajan procesos articulatorios a través de los siguientes procedimientos: actualización de series automáticas, respuestas breves a preguntas sencillas, recuento de objetos inicialmente familiares, canto

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLOGÍA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	6 de 36

de melodías, inserción de residuos de lenguaje emocional, obtención de estructuras rítmico – melódicas de una frase o reproducción de la entonación de un discurso, obtención de reacciones emocionales articulatorias ante la presentación de láminas; emisión de diálogos a partir de un texto, una lámina, un tema dado, un contexto familiar o ideas propias.

BIBLIOGRAFÍA

- La afasia. exploración. diagnóstico y tratamiento. cepe. s.l santos borregon sanz y agustina gonzalez calvo.
- Neurología y fisiología: afasiología. editorial el ateneo. buenosaires. 1985. juan e. azcoaga.
- Afasias. apraxias, y agnosias. editorial toray. barraquer.b.l
- Evaluación de la afasia y de trastornos relacionados. segunda edición. 1996. goodglass y kaplan.
- Rehabilitación de la afasia y de los trastornos relacionados. editorial masson. segunda edición. peña casanova jordi.

GUIA DE MANEJO

Dirección: Calle 50 Nro. 7 – 16

Teléfono: 833 4198 – 313 719 8336

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLÓGIA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	7 de 36

ALTERACIÓN EN LA LECTOESCRITURA

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Trastorno específico de las habilidades escolares	F 81.3

OBJETIVO
Unificar los diferentes tipos manejos terapéuticos convencionales existentes encaminados a la pronta recuperación del paciente.

definición
<p>La lectura es una actividad compleja que parte de la decodificación de los signos escritos y termina en la comprensión del significado de las oraciones y los textos. Durante esta actividad el lector mantiene una actitud personal activa y afectiva, puesto que aporta sus conocimientos para interpretar la información, regula su atención, su motivación, y genera predicciones y preguntas sobre lo que está leyendo.</p> <p>La escritura es algo más que la transcripción de sonidos a signos gráficos. Aprender a escribir implica ser capaz de escribir no sólo palabras sino textos ya que la verdadera función de la escritura es comunicar un mensaje escrito.</p> <p>Las dificultades en estos procesos pueden deberse a un componente funcional o a un componente orgánico (neurológico, motriz, etc.). En el caso de la escritura se habla de: digrafía y agrafía; en el de la lectura, de: dislexia y alexia.</p> <p>Digrafía: trastorno de la escritura que se da en los niños y que no responde a lesiones cerebrales o a problemas sensoriales, sino a trastornos funcionales. Sus causas son de tipo: madurativo (trastornos de lateralización, de deficiencia motriz, del esquema corporal, entre otras.), pedagógicas, (errores a nivel educativo) y mixtas (suma de varios factores).</p> <p>Agrafía: trastorno de tipo neurológico que afecta la calidad de la escritura del sujeto, al igual que diversos aspectos de este proceso. Esta se clasifica en diferentes tipos, de acuerdo al sitio de la lesión: afasia dinámica central o agrafía semántica, agramatismo o agrafía sintáctica, agrafías centrales, agrafías periféricas.</p> <p>Dislexia: trastorno o dificultad de tipo funcional durante el proceso de adquisición de la lectura.</p>

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLÓGÍA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	8 de 36

Alexia: incapacidad para comprender la palabra escrita o impresa, como consecuencia de una lesión cerebral.

ETIOLOGÍA

el desarrollo de la lectoescritura se encuentra incorporado dentro de un área grande llamada como tal lenguaje; el cual “es un medio básico de comunicación y una facultad exclusiva inherente al ser humano.(castro, correa y santiago)”;

además de ser un proceso que requiere tres líneas para su estudio:

- a) como estructura: fonética / fonología, morfología, sintaxis y semántica.
- b) como uso: pragmática.
- c) como comportamiento: psicolingüístico (belinchon)

debido a esto su etiología es incierta ya que puede generarse por diferentes casos y factores del medio en el cual se encuentre expuesto, ya sea por un trauma craneoencefálico, un accidente cerebrovascular, los cuales son los factores muy comunes que generan una afasia, disartria, o un pc; también como principal obstáculo encontrado en los niños se encuentra la falta de estimulación temprana, la desnutrición, la atención dispersa, entre otras; de modo que diversas patologías pueden generar una alteración en la lectoescritura.

TRATAMIENTO

El plan de tratamiento fonoaudiológico en este tipo de dificultades, va enfocado a mejorar los aspectos definidos en el proceso de evaluación, como afectados en el sujeto, ya sea a nivel de lectura y/o escritura.

Las personas reciben este tratamiento, cuando sus habilidades lectoescritas alteran su capacidad para comunicarse eficientemente, además este pretende reducir el grado de la dificultad o limitación, y/o mejorar el comportamiento comunicativo.

Todos los individuos involucrados en la implementación del proceso terapéutico (usuario/paciente, familia, ambiente escolar, etc.) son orientados por el fonoaudiólogo con respecto a los componentes que conforman el plan de tratamiento y sus roles en la implementación del mismo.

En este tipo de dificultades, la intervención fonoaudiológica requiere la actuación interdisciplinaria según las necesidades educacionales, vocacionales, sociales y

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLÓGIA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	9 de 36

de salud del paciente/usuario.

BIBLIOGRAFÍA

ajuriaguerra, j. de. y auzias, m. la escritura del niño. barcelona: laia, 1980

alarcos llorach, emilio; borel-maisonny, suzanne; hecaen, henri; mandin, daniel y guiraud, pierre. Adquisición del lenguaje por el niño, los desórdenes del lenguaje; las funciones secundarias del lenguaje; las representaciones gráficas del lenguaje. buenos aires: nueva visión

alcalá garcía, tomás. Alteraciones visuales que inciden en la lectoescritura: diagnóstico y recuperación psicovisual y educativa. madrid: cepe, 1981

alliende g., felipe y condemarin g., mabel. la lectura: teoría, evaluación y desarrollo. santiago: andrés bello, 1986

auzias, marguerite. Los trastornos de la escritura infantil: problemas generales: bases para una reeducación. 2ed. barcelona: laia, 1981

GUIA DE MANEJO DEGLUCIÓN ATÍPICA

Dirección: Calle 50 Nro. 7 - 16

Teléfono: 833 4198 - 313 719 8336

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLÓGIA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	10 de 36

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Dificultades y mala administración de la alimentación	R63.3

OBJETIVO
Unificar los diferentes tipos manejos terapéuticos convencionales existentes encaminados a la pronta recuperación del paciente.

DEFINICIÓN
<p>La deglución atípica se define como la presión anterior o lateral de la lengua contra las arcadas dentarias durante la deglución.</p> <p>Algunos de los factores que favorecen la deglución atípica son: malos hábitos orales, respiración bucal, malformaciones faciales, características genéticas estructurales, hipertrofia de amígdalas, factores emocionales y/o psicoafectivos, entre otros.</p> <p>La deglución atípica puede presentarse por interposición lingual o labial.</p> <ul style="list-style-type: none"> • deglución atípica por interposición lingual: se caracteriza porque en el momento de tragar, los dientes no se ponen en contacto. la lengua se aloja entre los incisivos pudiendo a veces interponerse entre los molares y premolares. la interposición de la lengua en la parte frontal o lateral conduce a la mordida abierta anterior o lateral. • deglución atípica por interposición labial: se caracteriza porque el labio inferior se coloca entre los dientes frontales, en el momento de deglutir y se presenta en los casos de extremo OVERJET (distancia horizontal existente entre los incisivos superiores e inferiores cuando los dientes están en oclusión).

ETIOLOGÍA
Entre los factores etiológicos que favorecen la instauración de este hábito



GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDILOGÍA

CÓDIGO	AS-GU-02
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	11 de 36

podemos nombrar:

La alimentación artificial por medio del biberón, además del uso constante de chupos.

Amígdalas inflamadas: amigdalitis constantes hacen que en cada deglución el niño coloque la lengua hacia delante dentro de la cavidad bucal, para que la lengua no toque las amígdalas y le provoque dolor.

Desequilibrio del control nervioso: por lo general en niños, que por un problema neurológico, no tienen el control de la musculatura ni la coordinación motora, en consecuencia, tampoco mantienen el equilibrio muscular durante la deglución.

Macroglosia. Son pocos frecuentes y ocurren generalmente en pacientes portadores de cretinismo.

Pérdida temprana de los dientes temporales anteriores y presencia de un diastema interincisal grande, hacen que el niño comience a colocar la lengua en estos espacios, adquiriendo el hábito de la deglución con interposición lingual anterior.

Factores simbióticos como la respiración bucal, hábito de succión digital, etc. existen estadios de transición entre la dentición primaria y mixta, en los que debido a la pérdida del grupo incisivo se produce un espacio que permite temporalmente la interposición lingual. Tienen una duración muy breve, no producen efectos adversos y no requieren tratamiento.

TRATAMIENTO

Los objetivos de la intervención fonoaudiológica estarán enfocados de acuerdo a las características individuales que presenta el paciente.

1. ofa: a partir de los resultados obtenidos en la valoración se buscara alcanzar objetivos específicos en la intervención terapéutica de cada uno de los ofa.

labios: aumentar la tonicidad, alargar el labio superior, obtener la posición de reposo adecuada para los labios, mejorar la movilidad

Lengua: mejorar la movilidad, aumentar la tonicidad, alcanzar la posición de reposo adecuada.



GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLÓGIA

CÓDIGO	AS-GU-02
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	12 de 36

Paladar blando: estimular la movilidad.

Músculos maseteros y buccinadores: estabilizar la tonicidad.

2. funciones oro-faciales:

Respiración: el principal objetivo de la intervención fonoaudiológica en la respiración es lograr que el paciente adquiera el modo y tipo respiratorio adecuado, lo cual favorecerá la coordinación neumofónica. Se inicia con el entrenamiento de las fosas nasales para adquirir el modo respiratorio nasal-nasal en posición de reposo.

Después, se realiza el entrenamiento del tipo respiratorio abdominal en el siguiente orden: posición decúbito dorsal, sentado y de pie.

deglución: para obtener una correcta deglución se deben seguir tres fases comunes a todo tratamiento:

Concientización: el paciente deberá reconocer el problema y la necesidad de su corrección. Para ese fin trabajará mediante ejercicios realizados metódicamente y diariamente.

Corrección: el paciente conocerá las estructuras que intervienen en la deglución, por qué ésta es anormal. Se le enseñara a tragar adecuadamente.

Reforzamiento: una vez que el paciente ha conseguido un patrón correcto, deberá ser reforzado. Su estabilización se logrará con ejercicios adecuados hasta que la acción refleja condicionada haya establecido el tragar adulto.

BIBLIOGRAFÍA

Darley, frederic l., aronson, arnold e. y brown, joe r. Alteraciones motrices del habla. Buenos aires: médica panamericana, 1978 296p. (616.855 / d221)

Segovia, maría luisa. Interrelaciones entre la odontoestomatología y la fonoaudiología: la deglución atípica. 2ed. Buenos aires: médica panamericana, 1988 237p. (616.2206 / s454)

Seivane cobo, maría paz. Cicerón: programa para la adquisición y desarrollo de

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLÓGIA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	13 de 36

la capacidad articulatoria. madrid: cepe, 1996 347p. (371.9142 / s462)

Shafer, william g., hine, maynard k. y levy, barnet m. Tratado de patología bucal. 4ed. méxico: interamericana, 1987 940p. (616.31 / s525)

Toledo gonzález, nidia zambrana y dalva lopes, lucy. Logopedia y ortopedia maxilar en la rehabilitación orofacila: tratamiento precoz y preventivo: terapia miofuncional. barcelona: masson, 1999 121p. (617.69 / t649)

**GUIA DE MANEJO
DISARTRIA**

Dirección: Calle 50 Nro. 7 – 16

Teléfono: 833 4198 – 313 719 8336

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLOGÍA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	14 de 36

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Disartria	R47.1

OBJETIVO
Unificar los diferentes tipos manejos terapéuticos convencionales existentes encaminados a la pronta recuperación del paciente.

DEFINICIÓN
Alteración del habla provocada por parálisis, debilidad o descoordinación de la musculatura del habla, de origen neurológico. Su definición abarca cualquier síntoma de trastorno motor relativo a la respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia.
Se clasifica según la etiología de la lesión:
Lesión en la neurona motora superior: disartria espástica
Lesión en la neurona motora inferior: disartria flácida
Lesión en los ganglios basales: disartria discinética (hipocinética e hiperkinética)
Lesión en el sistema cerebeloso: disartria atáxica.

ETIOLOGÍA
La disartria puede ser causada por enfermedades que afectan los nervios y los músculos (enfermedades neuromusculares):
<ul style="list-style-type: none"> • parálisis cerebral • esclerosis múltiple • distrofia muscular • miastenia grave • mal de Parkinson



GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLOGÍA

CÓDIGO	AS-GU-02
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	15 de 36

otras causas pueden abarcar:

- intoxicación con alcohol
- prótesis dentales mal ajustadas
- traumatismo facial o cervical
- efectos secundarios de medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central, como narcóticos, fenitoína o carbamazepina.

TRATAMIENTO

1. órganos fonoarticuladores: a partir de los resultados obtenidos en la valoración se buscara alcanzar objetivos específicos en la intervención terapéutica de cada uno de los ofa.

labios: aumentar la tonicidad, alargar el labio superior, obtener la posición de reposo adecuada para los labios, mejorar la movilidad

Lengua: mejorar la movilidad, aumentar la tonicidad, alcanzar la posición de reposo adecuada.

Paladar blando: estimular la movilidad.

Músculos maseteros y buccinadores: estabilizar la tonicidad.

2. articulación: a partir de los resultados obtenidos en el test de articulación, lograr la adquisición del punto y modo articulatorio correcto para cada uno de los fonemas alterados; introducirlos en el lenguaje repetido de forma aislada, en sílabas directas e inversas, palabras y frases. Posteriormente buscar la automatización del fonema para que sea introducido en el lenguaje espontáneo.

3. relajación: el objetivo es obtener una tonicidad muscular adecuada para que el proceso de producción vocal sea el más adecuado posible.

relajación informal: se busca obtener un tono óptimo a nivel de musculatura de todo el cuerpo, poniendo en tensión una parte del mismo durante un tiempo aproximado de 5 segundos, posteriormente, se libera la tensión recogida. se

Realiza a nivel de: pies, tobillos, nalgas, abdomen, pecho, hombros, garganta, cuello y cabeza, cara.

Relajación diferencial: se realizan movimientos individualizados de la musculatura de hombros, cuellos y cabeza, y parte superior de la espalda (hombros), para



GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLÓGÍA

CÓDIGO	AS-GU-02
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	16 de 36

mejorar la producción vocal.

Masoterapia: se puede realizar masoterapia sedativa para disminuir la tensión laríngea y extralaríngea, o activante para aumentarla.

4. respiración: el principal objetivo de la intervención fonoaudiológica en la respiración es lograr que el paciente adquiera el modo y tipo respiratorio adecuado, lo cual favorecerá la coordinación neumofónica. Se inicia con el entrenamiento de las fosas nasales para adquirir el modo respiratorio nasal-nasal en posición de reposo.

Después, se realiza el entrenamiento del tipo respiratorio abdominal en el siguiente orden: posición decúbito dorsal, sentado y de pie.

BIBLIOGRAFÍA

Bernal rodríguez, sonia gladis y baquero, martha isabel. Manejo fonológico de los trastornos disártricos en el niño. bogotá: gazeta, 1988

Darley, frederic l., aronson, arnold e. y brown, joe r. Alteraciones motrices del habla. Buenos aires: médica panamericana, 1978 296p. (616.855 / d221)

Toledo gonzález, nidia zambrana y dalva lopes, lucy. Logopedia y ortopedia maxilar en la rehabilitación orofacila: tratamiento precoz y preventivo: terapia miofuncional. barcelona: masson, 1999 121p. (617.69 / t649)

MEDLINEPLUS. Disartria [en línea]<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007470.htm> [citado el 18 de Mayo de 2014]

PSICODEDAGOGÍA. Disartria [en línea] <http://www.psicopedagogia.com/disartria>. [citado el 16 de Mayo de 2014]



GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDILOGÍA

CÓDIGO	AS-GU-02
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	17 de 36

**GUIA DE MANEJO
DISFONÍA**

Dirección: Calle 50 Nro. 7 - 16

Teléfono: 833 4198 - 313 719 8336

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLÓGIA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	18 de 36

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Disfonía	R 49.0

OBJETIVO
Unificar los diferentes tipos manejos terapéuticos convencionales existentes encaminados a la pronta recuperación del paciente.

DEFINICIÓN
<p>La disfonía es el nombre que recibe uno de los trastornos de la voz cuando se altera la calidad de ésta en cualquier grado exceptuando el total en cuyo caso se denomina afonía, esta dificultad impide hablar debido a los espasmos (distonía) de los músculos que controlan las cuerdas vocales.</p> <p>esta alteración de la voz está producida por una lesión anatómica en los órganos que ayudan a la fonación, dentro de las cuales encontramos algunas patologías como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patología congénita de la laringe. • alteraciones laríngeas. • alteraciones extralaríngea. • disfunción de origen hormonal. • disfunción de origen neurológico. • alteraciones de origen traumático y quirúrgico.

ETIOLOGÍA
<p>Las prácticas de conductas vocales que dañan o abusan de la estructura laríngea conllevan a aumentar la fuerza y el contacto de los pliegues vocales produciendo irritación de la mucosa. En el caso de las gripas o resfriados que llegan a afectar la voz son ocasionados por factores del medio.</p> <p><i>Abuso vocal:</i> higiene vocal que incluye malos hábitos que dañan las cuerdas</p>



GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLÓGÍA

CÓDIGO	AS-GU-02
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	19 de 36

vocales, como: gritar, forzar la voz, demasiada tos, aclaramiento de la voz, cantar sin técnica vocal, hablar o cortar con ruido.

Mal uso vocal: uso incorrecto del tono y de la intensidad en la producción de la voz. Si una persona usa mal su voz, hablando demasiado fuerte o con un tono muy alto de forma intermitente o frecuente, puede ocasionar un daño a su mecanismo vocal.

Laringitis aguda: es la causa más frecuente de disfonía. está asociada a infecciones respiratorias agudas y es auto limitada.

Laringitis crónica: generalmente se relaciona con uno o varios irritantes: tabaco, ambientes laborales contaminados, infecciones respiratorias repetidas, tos prolongada, uso de medicación inhalada, etc.

El edema de reinke: es producido por acumulo de material mucoide en el espacio de reinke como resultado de irritación crónica e inflamación; es más frecuente en mujeres y se relaciona con el abuso de voz y el consumo de tabaco.

Los nódulos vocales: suelen ser el resultado del abuso de la voz y de factores psicológicos. otras causas que pueden tener un papel en su etiología son: infecciones, alergias y reflujo

Los pólipos: se relacionan con irritación crónica de las cuerdas vocales por tabaco o abuso de la voz o reflujo.

Disfunciones neurológicas. múltiples enfermedades neurológicas pueden producir disfonía por disfunción o parálisis unilateral o bilateral de las cuerdas vocales que pueden relacionarse con: enfermedades malignas, iatrogenia quirúrgica, trauma, esclerosis múltiple, parálisis pseudobulbar, enfermedad de parkinson, etc.

Enfermedades sistémicas. la amiloidosis laríngea, las enfermedades autoinmunes con afectación articular (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, enfermedad de sjögren) y el hipotiroidismo).

Lesiones malignas. el cáncer de laringe se relaciona con el consumo de tabaco

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDILOGÍA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	20 de 36

(mayor exposición, mayor riesgo) y con el alcohol

TRATAMIENTO

El plan general de tratamiento de estos pacientes se orienta al fortalecimiento de los procesos motores básicos del habla, para lograr adecuadamente la producción de la voz.

En general los principios del tratamiento fonoaudiológico consisten en:

- mejorar los procesos motores básicos del habla, mediante la realización de ejercicios específicos a la alteración vocal, que permitan un adecuado manejo de la voz.
- enseñar el adecuado uso vocal a los profesionales de la voz; con el fin de generar patologías por el mal uso y abuso vocal.
- mediante ejercicios respiratorios lograr un adecuado manejo de la voz.
- disminuir la tensión laríngea y extralaríngea por medio de ejercicios relajantes, masoterapia sedativa (hombros, cuello, espalda).
- reforzar las cavidades de resonancia, mediante producciones áfonas, que contribuyan al buen manejo de la voz.
- reforzar las producciones vocálicas y consonánticas mediante ejercicios de impostación vocal logrando así un buen manejo de la voz.
- mejorar mediante ejercicios las cualidades de la voz.

BIBLIOGRAFÍA

- Boone, daniel r. La voz y el tratamiento de sus alteraciones. 2ed. buenos aires: médica panamericana, 1987
- Bustos barcos, maría del carmen. Reeducción del habla y del lenguaje en el paralítico cerebral. 2ed. madrid: cepe, 1984
- Cooper, morton. Modernas técnicas de rehabilitación vocal. buenos aires: médica panamericana, 1974
- Corredera sánchez, tobías. Defectos en la dicción infantil: procedimientos para su corrección. buenos aires: kapelusz, 1977
- Deweese, david y otros. Otorrinolaringología: cirugía de cabeza y cuello. 7ed. buenos aires: médica panamericana, 1991



GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLÓGIA

CÓDIGO	AS-GU-02
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	21 de 36

**GUIA DE MANEJO
DISLALIAS**

Dirección: Calle 50 Nro. 7 - 16

Teléfono: 833 4198 - 313 719 8336

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLOGÍA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	22 de 36

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Trastorno Específico de la Pronunciación	F 80.0

OBJETIVO
Unificar los diferentes tipos manejos terapéuticos convencionales existentes encaminados a la pronta recuperación del paciente.

DEFINICIÓN
<p>Trastorno en la articulación de los fonemas, por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos. Incapacidad para pronunciar correctamente ciertos fonemas ya sean consonantes o vocales, se presenta después de los seis años de edad, con errores persistentes; antes hablaríamos de una alteración en los procesos fonológicos.</p> <p>Una dislalia funcional es un defecto en el desarrollo de la articulación del lenguaje por una función anómala de los órganos periféricos, sin que existan trastornos o alteraciones orgánicas en el sujeto, sino tan solo una incapacidad funcional.</p> <p>algunas clasificaciones de las dislalias son : (etiología de pascual 1988)</p> <p><i>Dislalia evolutiva o fisiológica:</i> para articular correctamente los fonemas de un idioma se precisa una madurez cerebral y del aparato fonoarticulador. Hay una fase en el desarrollo del lenguaje en la que el niño/a no articula o distorsiona algunos fonemas; a estos errores se les llama dislalias evolutivas.</p> <p><i>Dislalia audiógena:</i> su causa está en una deficiencia auditiva. El niño o la niña que no oye bien no articulan correctamente, confundirá fonemas que ofrezcan alguna semejanza al no poseer una correcta discriminación auditiva. A este tipo de alteraciones se les denomina dislalias audiógenas.</p> <p><i>Dislalia funcional:</i> es la alteración de la articulación producida por un mal funcionamiento de los órganos articulatorios. El niño/a con dislalia funcional no usa correctamente dichos órganos a la hora de articular un fonema a pesar de no existir ninguna causa de tipo orgánico.</p>

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLOGÍA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	23 de 36

ETIOLOGÍA

La dislalia no es producida por una lesión a nivel del sistema nervioso central la cual ocasionaría otra serie de trastornos, sino que en general estará motivada por una inmadurez del sujeto que impide un funcionamiento adecuado de los órganos que interviene en la articulación del lenguaje.

Escasa habilidad motora.

Dificultades en la percepción de espacio y tiempo.

Falta de comprensión o discriminación auditiva.

Factores psicológicos.

Factores ambientales.

Factores hereditarios

TRATAMIENTO

El plan general de tratamiento de estos pacientes se orienta a mejorar las dificultades articulatorias permitiendo así una adecuada producción de su habla aumentando su nivel comunicativo.

en general los principios del tratamiento fonoaudiológico consisten en:

Favorecer las funciones que están asociadas a la producción del habla, o sea la expresión del lenguaje como tal.

Realización de ejercicios respiratorios y de soplo, previos a la adquisición de un fonema.

Ejercicios logocinéticos, praxias linguales, labiales que permitan desarrollar la movilidad y coordinación de los O.F.A.

Trabajo de posición tipo, ejercicios previos a la adquisición del fonema.

Producción del fonema aislado. Fonema articulado sílaba directa. Fonema articulado en sílaba indirecta. Fonema articulado en medio de palabra. Fonema

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLÓGIA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	24 de 36

articulado en palabras. Fonema en posición inversa. Oraciones directas. sinfonos.

Automatización en el lenguaje espontáneo.

BIBLIOGRAFÍA

Arias marsal, cristina. Parálisis laríngeas: diagnóstico y tratamiento foniátrico de las parálisis cordales unilaterales en abducción. barcelona: masson, 1994

Bernal rodríguez, sonia gladis y baquero, martha isabel. Manejo fonológico de los trastornos disártricos en el niño. bogotá: gazeta, 1988

Betancourt a., amanda. Fonética y fonología. bogotá: universidad santo tomás, 1987

Bobath, berta y bobath, karel. Desarrollo motor en distintos tipos de parálisis cerebral. buenos aires: médica panamericana, 1976

Boone, daniel r. La voz y el tratamiento de sus alteraciones. 2ed. buenos aires: médica panamericana, 1987

Pascual, p. (1988): la dislalia. madrid: cepe.

GUIA DE MANEJO ALTERACIÓN EN LOS DISPOSITIVOS BÁSICOS DEL APRENDIZAJE

Dirección: Calle 50 Nro. 7 - 16

Teléfono: 833 4198 - 313 719 8336

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDILOGÍA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	25 de 36

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE 10
Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación	F 81.9
Trastorno específico de las habilidades escolares	F 81.3

OBJETIVO
Unificar los diferentes tipos de manejos terapéuticos convencionales existentes encaminados a la pronta recuperación del paciente.

DEFINICIÓN
<p>El aprendizaje humano depende de tres niveles organizados que son: los dispositivos básicos de aprendizaje, la actividad superior (basada en el funcionamiento neuronal en el cumplimiento del proceso análisis-síntesis y producción de respuestas) y el aprendizaje propiamente dicho (praxias, gnosias, lenguaje).</p> <p>Todo aprendizaje crea las bases adecuadas para el surgimiento de procesos de aprendizaje, más complejos aún, a partir de ellos. El resultado es un comportamiento adaptativo, incluyendo y excluyendo gestos adaptativos al medio.</p> <p>Al nacer el comportamiento es totalmente innato, a medida que se aprende los hábitos reemplazan a todo lo innato en el proceso de aprendizaje azcoaga nombra tres niveles interdependientes:</p> <p>Dispositivos básicos, actividad nerviosa superior y funciones superiores. Entre los dispositivos básicos encontramos la motivación, que es lo que transforma al aprendizaje en algo necesario. Motivar es crear estímulos convenientes que susciten la atención tónica, evitando lo monótono. Anatómicamente se basa en el buen funcionamiento del sistema activador reticular ascendente. También son dispositivos básicos la atención, la memoria, habituación y la sensorio-percepción.</p>

ETIOLOGÍA
Los dispositivos básicos son: motivación, atención, memoria, habituación y sensorio-percepción. Cuando estos se encuentran alterados se presentan diversos trastornos en los que desde los primeros estadios del desarrollo están deterioradas las formas normales de aprendizaje.



GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLOGÍA

CÓDIGO	AS-GU-02
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	26 de 36

El deterioro no es únicamente consecuencia de la falta de oportunidades para aprender, ni es la consecuencia de traumatismos o enfermedades cerebrales adquiridas. Por el contrario, los trastornos surgen de alteraciones de los procesos cognoscitivos, en gran parte secundarias a algún tipo de disfunción biológica.

DIAGNOSTICO COMUNICATIVO

alteración en los dispositivos básicos del aprendizaje

TRATAMIENTO

La intervención fonoaudiológica estará orientada a la estimulación de cada uno de los dispositivos básicos del aprendizaje según corresponda para cada usuario.

1. Atención: buscar que el paciente logre una atención voluntaria a través de la ejecución de órdenes y realización de ejercicios en silencio, lo que permite una mayor concentración y atención ante la actuación de la otra persona.
2. Memoria: se trabaja por medio de ejercicios de retención de información por los diferentes canales sensoriales, la cual va incrementándose progresivamente de acuerdo a las posibilidades individuales.

BIBLIOGRAFÍA

- Alliende g., felipe y condemarin g., mabel. La lectura: teoría, evaluación y desarrollo. santiago: andrés bello, 1986
- Auzias, marguerite. Los trastornos de la escritura infantil: problemas generales: bases para una reeducación. 2ed. barcelona: laia, 1981
- CRISÁLIDA. Trastornos en el aprendizaje. [en línea] <http://www.crisalida.edu.co/trastornos.html> [citado el 19 Abril de 2014]
- MARCELA SUAREZ. Dispositivos básicos del aprendizaje [en línea] <http://www.slideshare.net/yesidlatorre/dispositivos-basicos-de-aprendizaje> [citado el 17 Abril de 2014]
- PSICOPEDAGOGIAS. Juegos para mejorar la atención en los niños. [en

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDILOGÍA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	27 de 36

[línea]. <http://psicopedagogias.blogspot.com/2008/05/juegos-para-mejorar-la-atencin-del-nio.htm>. [citado el 17 Abril de 2014]

**GUIA DE MANEJO
RETRASO EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE**

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
----------------------------------	--------------

Dirección: Calle 50 Nro. 7 - 16

Teléfono: 833 4198 - 313 719 8336

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLÓGIA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	28 de 36

Retraso en el desarrollo del lenguaje.	F 80.1
--	--------

OBJETIVO
Unificar los diferentes tipos manejos terapéuticos convencionales existentes encaminados a la pronta recuperación del paciente.

DEFINICIÓN
<p>El retraso en el desarrollo del lenguaje, puede aparecer desde el nacimiento o durante su etapa de crecimiento, en cualquiera de los niveles que compone el lenguaje; estos afectan sobre todo la expresión y en algunos casos la comprensión sin que la causa se deba a una deficiencia auditiva o trastorno neurológico. Esto se evidencia cuando el desarrollo del lenguaje es lento y que no corresponde a la edad cronológica.</p> <p>Se trata de una disfunción del lenguaje de tipo evolutivo con desfase cronológico. Aparece en niños en los que no se encuentran alteraciones de tipo intelectual, relacional, motriz o sensorial, aunque afecta a más de un módulo del lenguaje, en especial a la fonología y la sintaxis. lo más normal es que se presente como una insuficiencia del aspecto lingüístico a nivel expresivo, comprensivo y articulatorio.</p> <p>El retraso simple se da en niños que no presentan, por lo tanto, ningún tipo de patología, pero que por cualquier circunstancia tardan más tiempo en alcanzar el desarrollo del lenguaje.</p>

ETIOLOGÍA
Puede haber predisposición hereditaria, factores neurológicos (disfunción cerebral mínima), factores socioculturales (niveles familiares socioeconómicos y educativos bajos), factores afectivos y relacionales (actitudes sobreprotectoras, o rechazos familiares, privación, etc,...) o un modelo lingüístico pobre, insuficiente o inapropiado.

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLÓGÍA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	29 de 36

TRATAMIENTO
<p>La rehabilitación de estos pacientes se orienta hacia el fortalecimiento de su lenguaje en los tres niveles, contenido, forma y uso. incrementando en el usuario los procesos de interpretación y significación.</p> <p>En general los principios del tratamiento fonoaudiológico consisten en:</p> <p>Fortalecer el contenido de su lenguaje mediante la presentación de material semiconcreto y gráfico que le permitan un mayor conocimiento de objetos. Lograr la nominación de objetos, el reconocimiento de todas las categorías semánticas; descripción de secuencias e imágenes; apropiación de nuevo vocabulario. Asociación de objetos, cumplimiento de órdenes con y sin objeto presente.</p> <p>Fortalecer la forma de su lenguaje mediante actividades que permitan lograr la estructuración morfosintáctica, inicialmente mediante el uso de palabra frase, doble palabra frase, uso de palabra simple, utilización de elementos conceptuales y gramaticales. Aumentando el desarrollo de su lenguaje y las formas activas del lenguaje.</p> <p>Estimular y fortalecer los procesos motores básicos del habla, a través de ejercicios específicos, masajes, praxias linguales, labiales, que permitan reforzar o adquirir el punto y modo articulatorio de los fonemas aun no adquiridos.</p> <p>Fortalecer el uso actos comunicativos del lenguaje, disminuir la señalización como herramienta de comunicación, reforzar las funciones del lenguaje, estimular la expresión oral. Lograr el inicio y final de una conversación, reforzar manejo de turnos y de tópicos en una conversación.</p> <p>Estimular el desarrollo del lenguaje con actividades de sensopercepción y psicomotricidad que motiven el proceso terapéutico y permitan fortalecer aún más el desarrollo de su lenguaje.</p>

BIBLIOGRAFÍA
<p>Aguado, gerardo. El desarrollo del lenguaje de 0 a 3 años: base para un diseño curricular en la educación infantil. madrid: cepe, 1995</p> <p>Alarcos llorach, emilio; borel-maisonny, suzanne; hecaen, henri; mandin, daniel y guiraud, pierre. Adquisición del lenguaje por el niño, los desórdenes del lenguaje;</p>

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDILOGÍA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	30 de 36

las funciones secundarias del lenguaje; las representaciones gráficas del lenguaje. buenos aires: nueva visión

Ardila, rubén. Psicología del aprendizaje. 18 de. méxico: siglo veintiuno, 1985

Azcoaga, juan e. Del lenguaje al pensamiento verbal. 2ed. buenos aires: ateneo, 1986

Belinchón carmona, mercedes, rivière gómez, ángel y igoa gonzález, josé manuel. Psicología del lenguaje: investigación y teoría. madrid: trota, 1992

GUIA DE MANEJO TARTAMUDEZ

Dirección: Calle 50 Nro. 7 - 16

Teléfono: 833 4198 - 313 719 8336

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLOGÍA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	31 de 36

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Disfemia	F 98.5

OBJETIVO
Unificar los diferentes tipos manejos terapéuticos convencionales existentes encaminados a la pronta recuperación del paciente.

DEFINICIÓN
<p>la tartamudez o disfemia es un trastorno de la comunicación (no un trastorno del lenguaje) que se caracteriza por interrupciones involuntarias del habla que se acompañan de tensión muscular en cara y cuello, miedo y estrés.</p> <p>Elas son la expresión visible de la interacción de determinados factores orgánicos, psicológicos y sociales que determinan y orientan en el individuo la conformación de un ser, un hacer y un sentir con características propias.</p> <p>tipos de disfemia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la fluidez y el ritmo asociado a disfemia • Disfemia tónica • Disfemia clónica • Disfemia tónico – clónica • Trastorno de la fluidez y el ritmo asociado a taquilalia • Taquilalia • Trastorno de la fluidez y el ritmo asociado a bradilalia • Bradilalia <p><i>Tónica:</i> caracterizada por las múltiples interrupciones ocasionadas por espasmos. Durante las interrupciones el paciente muestra rigidez y tensión faciales. es la que presenta peor diagnóstico.</p>



GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLÓGIA

CÓDIGO	AS-GU-02
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	32 de 36

Clónica: caracterizada por las repeticiones de sílabas y palabras enteras, más frecuentes en consonante que en vocal, más todavía en oclusivas y que se dan mayoritariamente a principio que en medio de palabra.

tónico-clónica o mixta: es el tipo más frecuente, porque resulta difícil encontrar un disfémico puro tónico o clónico, la mayoría combinan los dos síntomas.

ETIOLOGÍA

neurofisiológicamente, el tartamudo presenta un funcionamiento deficiente de los centros del habla del hemisferio izquierdo, que se intenta compensar con un mecanismo propio del hemisferio derecho.

no existe una etiología única que explique la mayoría de las disfemias:

Genéticas: en gemelos monocigóticos disfémico si uno sufre tartamudez el otro tiene un 77% de posibilidades de sufrirla, mientras que en los dicigóticos es de un 32%. Asimismo existe entre un 30% y un 40% de posibilidades de que el hijo de un progenitor disfémico tenga disfemia.

Sexo: la disfemia es más frecuente en hombres (75%) que mujeres.

Trastornos de lateralidad: actualmente se considera otro mito más sobre la causa de la tartamudez. Por otra parte, la mano dominante del tartamudo no influye de manera significativa en la severidad de su tartamudez.

Psicolingüísticas: frecuentemente se oye que la causa de la disfemia en ciertas personas de elevada inteligencia puede estar en que su pensamiento avanza más rápido que su lenguaje. Esto no es del todo cierto. Sería más correcto decir que tienen un déficit en el pensamiento linguo-especular frente a un elevado procesamiento senso-actorial.

El pensamiento linguo-especular es aquel en el que pensamos en un significado y asociamos visualmente a la palabra escrita que lo representa, mientras que en el senso-actorial lo asociamos a la imagen. Por lo tanto si un sujeto tiene una inteligencia basada en una capacidad de asociar estímulos visuales no lingüísticos sí puede tener problemas de articulación correcta del lenguaje.



GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLÓGÍA

CÓDIGO	AS-GU-02
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	33 de 36

traumáticas: se refieren a la aparición de la disfemia como resultado de un choque emocional (poco frecuente) o como resultado de estados de tensión prolongados a los que es sometido el individuo que es propenso a ella.

TRATAMIENTO

1. *relajación:* el objetivo es obtener una tonicidad muscular adecuada para que el proceso de producción vocal sea el más adecuado posible.

relajación informal: se busca obtener un tono óptimo a nivel de musculatura de todo el cuerpo, poniendo en tensión una parte del mismo durante un tiempo aproximado de 5 segundos, posteriormente, se libera la tensión recogida. se realiza a nivel de: pies, tobillos, nalgas, abdomen, pecho, hombros, garganta, cuello y cabeza, cara.

Relajación diferencial: se realizan movimientos individualizados de la musculatura de hombros, cuellos y cabeza, y parte superior de la espalda (hombros), para mejorar la producción vocal.

masoterapia: se puede realizar masoterapia sedativa para disminuir la tensión laríngea y extralaríngea, o activante para aumentarla.

2. *respiración:* el principal objetivo de la intervención fonoaudiológica en la respiración es lograr que el paciente adquiera el modo y tipo respiratorio adecuado, favoreciendo de esta manera la coordinación neumofónica.

Se inicia con el entrenamiento de las fosas nasales para adquirir el modo respiratorio nasal-nasal en posición de reposo. Después, se realiza el entrenamiento del tipo respiratorio abdominal en el siguiente orden: posición decúbito dorsal, sentado y de pie.

3. *articulación y prosodia:* con un metrónomo o palmadas, manejar el ritmo en: sílabas, palabras, frases, párrafos y textos.

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLÓGIA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	34 de 36

BIBLIOGRAFÍA
Boone, daniel r. La voz y el tratamiento de sus alteraciones. 2ed. buenos aires: médica panamericana, 1987
Bustos sánchez, inés. Tratamiento de los problemas de la voz: nuevos enfoques. madrid: cepe, 1995
Cooper, morton. Modernas técnicas de rehabilitación vocal. buenos aires: médica panamericana, 1974
Corredera sánchez, tobías. Defectos en la dicción infantil: procedimientos para su corrección. buenos aires: kapelusz, 1977
Hampel, erich. El bloqueo en la tartamudez: experiencias con tartamudos. buenos aires: médica panamericana, 1986

**GUIA DE MANEJO
RETARDO EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE**

Dirección: Calle 50 Nro. 7 - 16

Teléfono: 833 4198 - 313 719 8336

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLOGÍA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	35 de 36

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Retardo en el desarrollo del lenguaje	F 80.2

OBJETIVO
Unificar los diferentes tipos manejos terapéuticos convencionales existentes encaminados a la pronta recuperación del paciente.

DEFINICIÓN
El retardo en el desarrollo del lenguaje del niño consiste en el desarrollo tardío de lo que es esperable según su edad, su crecimiento y su nivel de desarrollo. el retraso del lenguaje se puede observar tanto a nivel de expresión como de comprensión, están afectadas ambas partes aunque la expresión está más afectada que la comprensión.
El retardo del lenguaje es un desorden comunicativo que afecta la población infantil entre los 0 y los 7 años cuando existe una alteración de tipo orgánica, sensorial y/o neurológica que impiden su nivelación.

ETIOLOGÍA
Factores prenatales: (genéticas, metabólicas, medicamentosas, alimenticias, tóxicas).
Factores perinatales: (prematuridad, partos prolongados, traumatismo por fórceps, anoxia, asfixia)
Factores postnatales: (infecciones, intoxicación, incompatibilidad RH, traumatismos, deshidratación)

TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • concientización del problema al usuario y a su familia. • palabra y concepto: categorías gramaticales incluyendo funcionalidad favoreciendo la adquisición de vocabulario. • reeducar los órganos que intervienen en la alimentación. • indicar que tipo de alimentos y de qué manera se le pueden dar si es un niño. • fortalecimiento y movilidad de los o.f.a. • realizar ejercicios respiratorios.

	GUÍA DE MANEJO PARA FONOAUDIOLÓGÍA	CÓDIGO	AS-GU-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	36 de 36

- trabajar verbalizaciones que se refieran a objetos familiares para él.
- distinguir personas conocidas.
- trabajar en la comprensión de órdenes sencillas y complejas.
- estimular las expresiones de agrado o desagrado.
- fortalecer la comprensión de conceptos sencillos.

BIBLIOGRAFÍA

Burns, yvonne y gunn, pat. El síndrome de down: estimulación y actividad motora. barcelona: herder, 1995

Carenas, francina. Juegos vivenciados: niños con parálisis cerebral. barcelona: ceac, 1993

cruiickshank, william m. El niño con daño cerebral: en la escuela, en el hogar y en la comunidad. méxico: trillas, 1976


Garrido landívar, jesús. Deficiencia mental: diagnóstico y programación recuperativa. madrid: cepe, 1984

paluszny, maría. Autismo: guía práctica para padres y profesionales. méxico: trillas, 1987

CONTROL DE CAMBIOS

fecha	versión	detalle
09/05/2014	1	Creación del documento

Anexo F. Guía de manejo para psicología

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	1 de 33

**GUIA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA DE LA IPS
REHABILITAMOS SAS**



Elaborado por:

**Grupo de Estudiantes aspirantes al título de Especialistas en Administración
de Servicios de Salud**

PUERTO BERRIO (ANTIOQUIA)

2014

Dirección: Calle 50 Nro. 7 - 16

Teléfono: 833 4198 - 313 719 8336

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	2 de 33

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica cotidiana, se evidencia la gran diversidad de tratamientos existentes que son brindados a los pacientes con el mismo cuadro clínico o enfermedad; Al ser tratados de forma diferente a pesar de su clínica semejante, nos lleva a la creación de este tipo de instrumentos, los cuales tiene como fin disminuir los amplios enfoques existentes de los diversos tratamientos, gracias a las prácticas clínicas y a la documentación, apuntando a la planificación de una guía destinada a mejorar la atención al paciente, siendo esta más eficiente y consistente.

OBJETIVO

Orientar de forma adecuada y concisa al psicólogo, estipulando una serie de pautas y recomendaciones de manejo basadas en la clínica del paciente, con el fin de mejorar y optimizar su condición mental y su calidad de vida.

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	3 de 33

**GUIA DE MANEJO
EPISODIOS DEPRESIVOS**

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Episodios Depresivo	F32

OBJETIVOS
Esta guía de manejo tiene como objetivo el proponer una guía práctica para el manejo psicológico de los pacientes que presenten episodios depresivos.

DEFINICIÓN
<p>La depresión es un sentimiento de tristeza intensa que puede presentarse por un evento o cualquier otro acontecimiento que pueda desencadenar este tipo de ánimo en las personas.</p> <p>Algunas características que pueden desencadenar la depresión son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pérdida del trabajo ➤ Pérdida de alguna persona significativa ➤ Estrés elevado ➤ Un suceso violento ➤ Embarazos ➤ Menstruación ➤ Enfermedades ➤ Medicamentos ➤ Usos de drogas ➤ Herencia- genética

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	4 de 33

ETIOLOGÍA

Los episodios depresivos en la persona que los padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interés y de disfrutar las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a la reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo

TRATAMIENTO

El proceso terapéutico se inicia con un primer encuentro con el paciente, donde se realiza la anamnesis del paciente, y se escucha el motivo de la consulta.

1. Técnicas Conductuales: consiste en la programación de las actividades y asignación de tareas graduales, la practica cognitiva y el entrenamiento asertivo. La terapia del comportamiento busca ayudar al paciente a encontrar forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones: técnicas cognitivas: entrenamiento de observación y registros de cogniciones, demostrar al paciente la relación entre cognición, afecto y conducta, entre otras.

2. Psicoterapia Interpersonal: trata la depresión como una enfermedad asociada a una disminución en las relaciones personales. entre las disfunciones están:

Duelo: Asumir una pérdida de disputas de papeles o roles: el problema es por falta de habilidades para conseguir las expectativas demasiado altas de una pareja.

Transición en el rol social: cuando existe un cambio en el trabajo

Déficit Interpersonal: se manifiesta en asilamiento social. las terapias “de conversación” ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta.

Algunas veces estas conversaciones se combinan con “tareas para hacer en casa” entre una sesión y otra.

3. Terapias Dinámicas o de “insight”: apuntan a ayudar al paciente a resolver sus conflictos. Estas terapias a menudo se reservan para casos en que los

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	5 de 33

síntomas depresivos han mejorado bastante.

Otros síntomas que se pueden presentar en la depresión:

Dolor de cabeza

Dolores generales por toda las partes del cuerpo

Problemas digestivos o gástricos

Problemas sexuales

Sentirse pesimista

Sentirse ansioso o perturbado

BIBLIOGRAFÍA

- TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN. SBN: 9781449232009
Editorial: Desclée de Brouwer, 2010, España. BECK, AARON T. RUSH, A. JOHN SHAW, BRIAN F.
- PSICOMAG. Depresión. [en línea] www.depresion.psicomag.com. [citado el 11 de Mayo de 2014]

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	6 de 33

GUIA DE MANEJO ANSIEDAD

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	cie10
Ansiedad	

Objetivos
Esta guía de manejo tiene como objetivo el proponer una guía práctica para el manejo psicológico de los pacientes que presenten episodios de ansiedad.

DEFINICIÓN
La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica.

ETIOLOGÍA
<p>causas de la ansiedad</p> <p>Las causas de la ansiedad llegan acompañadas de diversos factores que pueden ser desde problemas que afecten nuestra personalidad y se repercute a las personas que tenemos a nuestro alrededor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas familiares (divorcios, fallecimiento, accidentes) • Problemas económicos • Robos y pérdidas • Problemas laborales (despidos, incompatibilidad en el trabajo) • Consumo de alcohol • Consumo de drogas

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	7 de 33

- Consumo de pastillas para dormir o mantenerse de forma excesiva

Diagnostico

Para conocer los trastornos de ansiedad es necesario acudir a los criterios diagnósticos que, universalmente aceptados, definen dichos trastornos. Vamos a recurrir la DSM-IV TR, la última edición de la clasificación de trastornos mentales de la asociación de psiquiatría americana.

- Trastorno de angustia sin agorafobia (f41.0)
- Trastorno de angustia con agorafobia (f40.01)
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (f40.00)
- Fobia específica (f40.02)
- Fobia social (f40.1)
- Trastorno obsesivo-compulsivo (f42.8)
- Trastorno por estrés postraumático (f43.1)
- Trastorno por estrés agudo (f43.0)
- Trastorno de ansiedad generalizada (f41.1)
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica (f06.4)
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

TRATAMIENTO

El proceso terapéutico se inicia con un primer encuentro con el paciente, donde se realiza la anamnesis del paciente, y se escucha el motivo de la consulta.

1. Técnicas Conductuales: consiste en la programación de las actividades y asignación de tareas graduales, la practica cognitiva y el entrenamiento asertivo. La terapia del comportamiento busca ayudar al paciente a encontrar forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones: técnicas cognitivas: entrenamiento de observación y registros de cogniciones, demostrar al paciente la relación entre cognición, afecto y conducta, entre otras.

2. Psicoterapia Interpersonal: trata la ansiedad como una enfermedad asociada a una disminución en las relaciones personales y laborales. entre las disfunciones

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	8 de 33

están:

Déficit interpersonal: se manifiesta en aislamiento social. Las terapias “de conversación” ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta.

Algunas veces estas conversaciones se combinan con “tareas para hacer en casa” entre una sesión y otra.

3. terapias dinámicas o de “insight”: apuntan a ayudar al paciente a resolver sus conflictos. estas terapias a menudo se reservan para casos en que los síntomas depresivos han mejorado bastante

BIBLIOGRAFÍA

- TERAPIA COGNITIVA PARA TRASTORNOS DE ANSIEDAD: CIENCIA Y PRÁCTICA. pISBN: 9788433025371, Editorial: Desclée de Brouwer, 2012, España. DAVID A. CLARK BECK, AARON T.
- UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. Trastorno de ansiedad. [en línea]. http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/diag/trastornos_de_ansiedad_segun_la_dsm.pdf. [citado el 14 de mayo de 2014]

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	9 de 33

**GUIA DE MANEJO
TRASTORNO DE LA CONDUCTA**

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Trastornos de conducta	F91
Trastornos hipercinéticos de la conducta	F901
Trastorno de la conducta limitado al contexto familiar	F910
Trastorno de la conducta insociable	F911
Trastorno de la conducta sociable	F912
Trastorno opositor desafiante	F913
Otros trastornos de la conducta	F918
Trastornos de la conducta, no especificado	F919

OBJETIVOS
Esta guía de manejo tiene como objetivo el proponer una guía práctica para el manejo psicológico de los pacientes que presenten cualquier tipo de trastorno de la conducta.

DEFINICIÓN
<p>Cuando la persona presenta varias características patológicas pero no se dan todas, se dice que la persona tiene un síndrome parcial, identificado como a trastorno de conducta no especificado. por lo tanto, incluyen los cuadros clínicos similares a la anorexia y bulimia, pero falta algún criterio para poder considera el síndrome como completo.</p> <p>La OMS (organización mundial de la salud) ha clasificado el trastorno de conducta no especificado como a trastorno mental y de comportamiento, y está incluida en los manuales de salud mental.</p>

ETIOLOGÍA
La edad más común de aparición de los trastornos de comportamiento alimentario es de los 14 a los 24 años, y sobre todo la aparición de trastornos atípicos y cuadros complicados se da a partir de los 25 años.

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	10 de 33

DIAGNOSTICO

Debe estar alerta ante determinados tipos de comportamiento o signos que pueden hacer sospechar la presencia de esta enfermedad, ya que si se diagnostica y se trata precozmente, la recuperación es más fácil y rápida.

TRATAMIENTO

1 el proceso terapéutico se inicia con un primer encuentro con el paciente, donde se realiza la anamnesis del paciente, y se escucha el motivo de la consulta.

2 la terapia cognitivo conductual: considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento, con los cuales comienza a interactuar con su entorno, aprendiendo pautas de comportamiento, tanto beneficiosas como perjudiciales para sí mismo y/ o para los demás. el término conducta se entiende en un sentido amplio, abarcando conductas visibles, así como pensamientos, sentimientos y emociones.

el objetivo de nuestro abordaje, como agentes de la salud, es mejorar la calidad de vida de quienes nos consultan, teniendo en cuenta que éste es un concepto altamente subjetivo donde cada sujeto impone su sentido.

Características de la terapia cognitivo-conductual.

- es de corta duración, en comparación con otras modalidades de psicoterapia.
- los consultantes pueden ser una persona, una pareja, una familia o un grupo.
- es activo- directiva, esto significa que los cambios requieren compromiso y un rol protagónico del paciente, quien no se limita a concurrir a las sesiones, sino que además va produciendo cambios graduales en su vida cotidiana. el terapeuta es más directivo: complementa la escucha con intervenciones que promueven no solo la reflexión sino además la acción.
- se incluyen tareas para realizar entre las sesiones, como forma de poner en práctica los aspectos trabajados en la consulta.
- se genera una relación colaboración entre el terapeuta y paciente, en la que el rol del terapeuta consiste en asesorar y acompañar en el camino

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	11 de 33

hacia los cambios que se deseen promover.

- está orientada hacia el presente. la reflexión sobre el pasado tiene como finalidad generar cambios en el presente en pro de una vida más plena y gratificante.
- se considera que la terapia fue efectiva en la medida que el paciente logre las metas que se propuso y mejore su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- PSICOPATOLOGÍA. SBN: 9788490293669, Editorial UOC,2006, España. Jarne Esparcia, Adolfo Talarn Caparrós, Antoni
- PSICOMED. Trastorno de la conducta [en línea].<http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv12.html>. [citado el 17 de Abril de 2014]
- CLINICAPSINCO. ¿Qué es la terapia cognitivo – Conductual? [en línea].http://www.clinicapsinco.com.uy/articulos/terapia_cognitivo_conductual.htm. [citado el 14 de Abril de 2014]

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	12 de 33

**GUIA DE MANEJO
ANOREXIA NERVIOSA**

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Anorexia nerviosa	F500
Anorexia nerviosa atípica	F501
Otros trastornos de la ingestión de alimentos	F508
Trastorno de la ingestión de alimentos, no especificado	F509
Anorexia	R630

OBJETIVOS
Esta guía de manejo tiene como objetivo el proponer una guía práctica para el manejo psicológico de los pacientes que presenten episodios de cualquier tipo de anorexia.

DEFINICIÓN
<p>La anorexia nerviosa es un conjunto de trastornos graves de la conducta alimentaria que comprende periodos de privación del consumo de alimentos (anorexia), alternados en ocasiones con periodos compulsivos de ingesta alimentaria y purga (bulimia), asociados ambos periodos a otros trastornos de la conducta alimentaria no especificados.</p> <p>Las personas diagnosticadas de anorexia nerviosa presentan un índice de masa corporal (IMC) y peso corporal muy inferiores a los correspondientes a su edad, altura y sexo (por debajo de 18-19 se considera bajo peso y de 17 infra peso severo). Este bajo índice de peso corporal viene ocasionado en más del 50% de los pacientes, además de por la privación alimentaria, por el abuso descontrolado de laxantes o diuréticos, generación de vómito auto-inducido y sesiones de ejercicio extenuantes con el fin de perder peso.</p>

ETIOLOGÍA
1. actores predisponentes: genéticos, trastornos afectivos, personalidad,

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	13 de 33

obesidad, elementos socioculturales y contextos familiares.

2. factores desencadenantes: situaciones aversivas, separación y pérdidas, contactos sexuales, otros.
3. factores de mantenimientos: consecuencias, interacción familiar, interacción social.

DIAGNOSTICO

los criterios para el diagnóstico son:

a. rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

b. miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

c. alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

d. en las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.).

especificar el tipo:

Tipo Restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo Compulsivo/Purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	14 de 33

TRATAMIENTO

El proceso terapéutico se inicia con un primer encuentro con el paciente, donde se realiza la anamnesis del paciente, y se escucha el motivo de la consulta

La terapia individual cognitiva conductista (un tipo de psicoterapia), la terapia de grupo y la terapia de familia han sido todas efectivas.

El objetivo de la terapia es cambiar los pensamientos o comportamiento de un paciente con el fin de estimularlo a comer de un modo más sano. Esta clase de terapia es más útil para tratar a los pacientes más jóvenes que no hayan tenido anorexia durante mucho tiempo.

Si el paciente es joven, la terapia puede involucrar a la familia entera. La familia es vista como parte de la solución, en lugar de ser la causa del trastorno alimentario.

Los grupos de apoyo también pueden ser una parte del tratamiento. En estos grupos, los pacientes y las familias se reúnen y comparten lo que les ha pasado.

BIBLIOGRAFÍA

- ANOREXIA NERVIOSA. Editorial: Ariel, 2004, Argentina. ROJO MORENO, LUIS CAVA, GLORIA.
- PSICOMED. Anorexia Nerviosa. [en línea].<http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv12.html>[citado el 16 de Abril de 2014]
- MEDLINEPLUS. Anorexia Nerviosa. [en línea].<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000362.htm>. [citado el 15 de Abril de 2014]
- CLINICAPSINCO. ¿Qué es la terapia cognitivo – Conductual? [en línea].http://www.clinicapsinco.com.uy/articulos/terapia_cognitivo_conductual.htm. [citado el 14 de Abril de 2014]

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	15 de 33

**GUIA DE MANEJO
BULIMIA NERVIOSA**

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Bulimia nerviosa	F502
Bulimia nerviosa atípica	F503
Hiperfagia asociada con otras alteraciones psicológicas	F504
Vómitos asociados con otras alteraciones psicológicas	F505
Otros trastornos de la ingestión de alimentos	F508

OBJETIVOS
Esta guía de manejo tiene como objetivo el proponer una guía práctica para el manejo psicológico de los pacientes que presenten episodios de cualquier tipo de bulimia.

DEFINICIÓN
La característica principal es la presencia de atracones de comida y de conductas purgativas (generalmente vómitos), que ocurre de manera repetitiva. Un atracón se caracteriza por la ingestión de una gran cantidad de comida, y por la sensación de pérdida de control de la persona (suelen finalizar los episodios cuando se sienten terriblemente hinchadas, o se terminan la comida.) En la bulimia, la valoración personal y la autoestima están muy influidas por el peso y el cuerpo.

ETIOLOGÍA
<ul style="list-style-type: none"> • Actores predisponentes: genéticos, trastornos afectivos, personalidad, obesidad, elementos socioculturales y contextos familiares. • Factores desencadenantes: situaciones aversivas, separación y pérdidas, contactos sexuales, otros. • Factores de mantenimientos: consecuencias, interacción familiar,

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	16 de 33

interacción social.

DIAGNOSTICO

los criterios para el diagnóstico son:

- a.** Presencia de atracones recurrentes. un atracón se caracteriza por: 1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias 2. sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
- b.** Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- c.** Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- d.** La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales. e. la alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

especificar tipo:

Tipo Purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo No Purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	17 de 33

<p>TRATAMIENTO</p> <p>El proceso terapéutico: se inicia con un primer encuentro con el paciente, donde se realiza la anamnesis del paciente, y se escucha el motivo de la consulta</p> <p>La terapia individual cognitiva conductista (un tipo de psicoterapia), la terapia de grupo y la terapia de familia han sido todas efectivas.</p> <p>El objetivo de la terapia es cambiar los pensamientos o comportamiento de un paciente con el fin de estimularlo a comer de un modo más sano. esta clase de terapia es más útil para tratar a los pacientes más jóvenes que no hayan tenido anorexia durante mucho tiempo.</p> <p>Si el paciente es joven, la terapia puede involucrar a la familia entera. la familia es vista como parte de la solución, en lugar de ser la causa del trastorno alimentario.</p> <p>Los grupos de apoyo también pueden ser una parte del tratamiento. en estos grupos, los pacientes y las familias se reúnen y comparten lo que les ha pasado</p>
--

<p>BIBLIOGRAFÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • PSICOPATOLOGÍA. SBN: 9788490293669, Editorial UOC,2006, España. Jarne Esparcia, Adolfo Talam Caparrós, Antoni • PSICOMED. Bulimia Nerviosa. [en línea].http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv12.html. [citado el 3 Abril de 2014] • PREVISL. Bulimia Nerviosa. [En línea].http://www.previsl.com/es/centropsicologia/bulimia.asp. [citado el 8 de Abril de 2014] • CLINICAPSINCO. ¿Qué es la terapia cognitivo – Conductual? [en línea].http://www.clinicapsinco.com.uy/articulos/terapia_cognitivo_conductual.htm. [citado el 14 de Abril de 2014]

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	18 de 33

**GUIA DE MANEJO
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Trastorno de estrés pos-traumático	F431
Reacción al estrés agudo	F430
Otras reacciones al estrés grave	F438
Reacción al estrés grave, no especificada	F439

OBJETIVOS
Esta guía de manejo tiene como objetivo el proponer una guía práctica para el manejo psicológico de los pacientes que presenten episodios de estrés post-traumático.

DEFINICIÓN
El trastorno de estrés postraumático o TEPT es una enfermedad real. Puede padecer de TEPT después de haber vivido o presenciado un acontecimiento peligroso, como una guerra, un huracán, o un accidente grave. El TEPT hace que se sienta estresado y con miedo una vez que ha pasado el peligro. Afecta su vida y las vidas de las personas que lo rodean.

ETIOLOGIA
El experimentar o presenciar una situación perturbadora y peligrosa puede causar TEPT. entre estas situaciones se pueden incluir las siguientes:
<ul style="list-style-type: none"> • ser víctima de violencia o presenciarla • la muerte o enfermedad grave de un ser querido • guerra o combate • accidentes automovilísticos y aéreos

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	19 de 33

- huracanes, tornados, e incendios
- delitos violentos, como un robo o tiroteo

DIAGNOSTICO

- pesadillas
- escenas retrospectivas o la sensación de que un acontecimiento aterrador sucede nuevamente
- pensamientos aterradores que no puede controlar
- alejamiento de lugares y cosas que le recuerdan lo que sucedió
- sensación de preocupación, culpa, o tristeza
- sensación de soledad
- problemas para dormir
- sensación de estar al límite
- arrebatos de furia
- pensamientos de hacerse daño o hacer daño a otros

Los niños que padecen de TEPT pueden manifestar otros tipos de problemas. estos problemas incluyen:

- comportamiento similar al de niños menores
- imposibilidad de hablar
- quejarse frecuentemente de problemas estomacales o dolores de cabeza
- negarse a ir a determinados lugares o a jugar con amigos

TRATAMIENTO

El proceso terapéutico: se inicia con un primer encuentro con el paciente, donde se realiza la anamnesis del paciente, y se escucha el motivo de la consulta

La terapia individual cognitiva conductista (un tipo de psicoterapia), la terapia de

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	20 de 33

grupo y la terapia de familia han sido todas efectivas.

El objetivo de la terapia es cambiar los pensamientos o comportamiento de un paciente con el fin de estimularlo a comer de un modo más sano. Esta clase de terapia es más útil para tratar a los pacientes más jóvenes que no hayan tenido anorexia durante mucho tiempo.

Si el paciente es joven, la terapia puede involucrar a la familia entera. La familia es vista como parte de la solución, en lugar de ser la causa del trastorno alimentario.

Los grupos de apoyo también pueden ser una parte del tratamiento. En estos grupos, los pacientes y las familias se reúnen y comparten lo que les ha pasado.

BIBLIOGRAFÍA

- PSICOPATOLOGÍA. SBN: 9788490293669, Editorial UOC,2006, España. Jarne Esparcia, Adolfo Talam Caparrós, Antoni
- NIH. Estrés postraumático. [en línea].<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-estres-postraumatico-facil-de-leer/trastorno-de-estres-postraumatico.pdf>. [citado el 18 de Mayo]
- CLINICAPSINCO. ¿Qué es la terapia cognitivo – Conductual? [en línea].http://www.clinicapsinco.com.uy/articulos/terapia_cognitivo_conductual.htm. [citado el 14 de Abril de 2014]

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	21 de 33

**GUIA DE MANEJO
 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
 HIPERACTIVIDAD (TDAH)**

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Hiperactividad	R463
otros síntomas y signos que involucran la apariencia y el comportamiento	R468

OBJETIVOS
Esta guía de manejo tiene como objetivo el proponer una guía práctica para el manejo psicológico de los pacientes que presenten cualquier tipo de trastorno por déficit de atención o hiperactividad.

DEFINICIÓN
Es un trastorno neurobiológico de carácter crónico, sintomáticamente evolutivo y de probable transmisión genética que afecta entre un 5 y un 10% de la población infantil, llegando incluso a la edad adulta en el 60% de los casos.
Está caracterizado por una dificultad de mantener la atención voluntaria frente a actividades, tanto académicas como cotidianas y unido a la falta de control de impulsos.

ETIOLOGIA
La sintomatología puede manifestarse de forma diferente según la edad del niño y se debe desarrollar en dos o más ambientes como en casa y en el colegio. Se da con mayor frecuencia entre los niños que entre las niñas en una proporción 4:1, y lo padecen tanto niños como adolescentes y adultos de todas las condiciones sociales, culturales y raciales.
La opinión actual sobre la etiología del trastorno se centra en un fallo en el

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	22 de 33

desarrollo de los circuitos cerebrales en que se apoyan la inhibición y el autocontrol, funciones cruciales para la realización de cualquier tarea.

DIAGNOSTICO

Los síntomas que evidencian un TDA-H pueden presentarse en su totalidad o en parte. el manual diagnóstico estadístico de enfermedades mentales DSM-IV, distingue tres subtipos:

Combinado: si al menos 6 de los síntomas de atención y 6 de los síntomas de hiperactividad- impulsividad están presentes por un mínimo de 6 meses.

Predominantemente inatento: si al menos 6 síntomas de atención, pero menos de 6 en el de impulsividad- hiperactividad están presentes por un mínimo de 6 meses.

predominantemente hiperactivo? impulsivo: si al menos 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad están presentes, pero menos de 6 del ámbito de atención por un mínimo de 6 meses

TRATAMIENTO

- el proceso terapéutico: se inicia con un primer encuentro con el paciente, donde se realiza la anamnesis del paciente, y se escucha el motivo de la consulta
- la terapia individual cognitiva conductista (un tipo de psicoterapia), la terapia de grupo y la terapia de familia han sido todas efectivas.

El objetivo de la terapia es cambiar los pensamientos o comportamiento de un paciente con el fin de estimularlo a comer de un modo más sano. Esta clase de terapia es más útil para tratar a los pacientes más jóvenes que no hayan tenido anorexia durante mucho tiempo.

- si el paciente es joven, la terapia puede involucrar a la familia entera. la familia es vista como parte de la solución, en lugar de ser la causa del trastorno alimentario.

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	23 de 33

Los grupos de apoyo también pueden ser una parte del tratamiento. En estos grupos, los pacientes y las familias se reúnen y comparten lo que les ha pasado.

BIBLIOGRAFÍA

- TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) A LO LARGO DE LA VIDA. Editorial: Elsevier Masson. Madrid (España). 15/07/2009. FRANCISCO JAVIER QUINTERO GUTIÉRREZ DE ÁLAMO, JAVIER CORREAS LAUFFER AND F.J. QUINTERO LUMBRERAS.
- CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. meditor, madrid, 1994
- DSM-IV. diagnostic and statistical anual of mental disorders, 41 edition, apa, washington, d.c, 1994.
- CLINICAPSINCO. ¿Qué es la terapia cognitivo – Conductual? [en linea].http://www.clinicapsinco.com.uy/articulos/terapia_cognitivo_conductual.htm. [citado el 14 de Abril de 2014]

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	24 de 33

**GUIA DE MANEJO
 TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD
 O BORDERLINE.**

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Trastorno de la personalidad, orgánico.	F070
Otros trastornos orgánicos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión y disfunción cerebrales.	F078
Trastorno orgánico de la personalidad y del comportamiento, no especificado, debido a enfermedad, lesión y disfunción cerebral.	F079

OBJETIVOS
Esta guía de manejo tiene como objetivo el proponer una guía práctica para el manejo psicológico de los pacientes que presenten trastorno límite de la personalidad o BORDERLINE.

DEFINICIÓN
<p>También llamado limítrofe o fronterizo, abreviado como TLP, es actualmente definido por el DSM-IV (DSM-IV 301.83) como un trastorno de la personalidad que se caracteriza primariamente por desregulación emocional, pensamiento extremadamente polarizado y relaciones interpersonales caóticas.</p> <p>El perfil global del trastorno también incluye típicamente una inestabilidad generalizada del estado de ánimo, de la autoimagen y de la conducta, así como del sentido de identidad, que puede llevar a periodos de disociación se incluye dentro del grupo b de trastornos de la personalidad, los llamados "dramático-emocionales". Es, con mucho, el más común de los trastornos de la personalidad.</p>

ETIOLOGÍA
<p>Según el DSM-IV:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ síntomas afectivos: inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	25 de 33

del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).

- síntomas impulsivos: comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación.
- síntomas interpersonales: alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- síntomas cognitivos: ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

DIAGNÓSTICO

Los rasgos de la personalidad también pueden estar originados por afecciones físicas. Para eliminar confusiones se realiza una evaluación inicial.

Otros trastornos pueden tener síntomas similares, pero diferentes en cuanto a variables significativas (duración, percepción por el sujeto...). Por tanto, es necesario tener en cuenta las pautas de diagnóstico diferencial.

Con muy alta probabilidad el paciente también padecerá, simultáneamente, otros trastornos de la personalidad, incluso aquellos para los que se necesita el diagnóstico diferencial para distinguirlos. Se dice que, en ese caso, existen comorbilidades.

Por último, la personalidad límite es un "constructo", a veces muy discutido. Los profesionales emplean, convencionalmente, manuales y protocolos oficiales. Sin embargo, todos los pacientes son distintos, incluso a lo largo del historial del propio paciente varían las manifestaciones de la afección. si esto es válido para otros trastornos, lo es mucho más para el TLP

TRATAMIENTO

- El proceso terapéutico: se inicia con un primer encuentro con el paciente,



GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA

CÓDIGO	AS-GU-03
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	26 de 33

donde se realiza la anamnesis del paciente, y se escucha el motivo de la consulta.

- La terapia individual cognitiva conductista (un tipo de psicoterapia), la terapia de grupo y la terapia de familia han sido todas efectivas.


El objetivo de la terapia es cambiar los pensamientos o comportamiento de un paciente con el fin de estimularlo a comer de un modo más sano. esta clase de terapia es más útil para tratar a los pacientes más jóvenes que no hayan tenido anorexia durante mucho tiempo.

- Si el paciente es joven, la terapia puede involucrar a la familia entera. la familia es vista como parte de la solución, en lugar de ser la causa del trastorno alimentario.

Los grupos de apoyo también pueden ser una parte del tratamiento. en estos grupos, los pacientes y las familias se reúnen y comparten lo que les ha pasado.

BIBLIOGRAFÍA

- CLINICAPSINCO. ¿Qué es la terapia cognitivo – Conductual? [en línea].http://www.clinicapsinco.com.uy/articulos/terapia_cognitivo_conductual.htm. [citado el 14 de Abril de 2014]
- PSICOPATOLOGÍA. SBN: 9788490293669, Editorial UOC,2006, España. Jarne Esparcia, Adolfo Talarn Caparrós, Antoni

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	27 de 33

**GUIA DE MANEJO
TRASTORNO BIPOLAR**

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10
Trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaniaco presente	F310
Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente sin síntomas psicóticos	F311
Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos	F312
Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado	F313
Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos	F314
Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos	F315
Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente	F316
Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión	F317
Otros trastornos afectivos bipolares	F318
Trastorno afectivo bipolar, no especificado	F319

OBJETIVOS
Esta guía de manejo tiene como objetivo el proponer una guía práctica para el manejo psicológico de los pacientes que presenten trastorno bipolar.

DEFINICIÓN
Se caracterizado por la presencia de uno o más episodios con niveles anormalmente elevados de energía, cognición y del estado de ánimo.
clínicamente se refleja en estados de manía o, en casos más leves, hipomanía junto con episodios concomitantes o alternantes de depresión, de tal manera que el afectado suele oscilar entre la alegría y la tristeza de una manera mucho

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	28 de 33

más marcada que las personas que no padecen esta patología.

ETIOLOGÍA

No hay una causa única para el trastorno bipolar; sino el acuerdo científico es que son muchos factores que actúan en conjunto y producen la enfermedad.

Debido a que el trastorno bipolar tiende a prevalecer en las familias, los investigadores han tratado de buscar un gen específico que se transfiera por generaciones y el cual pueda incrementar las posibilidades de una persona de desarrollar la enfermedad.

DIAGNÓSTICO

Durante la fase depresiva el paciente puede presentar:

- Pérdida de la autoestima.
- Desánimos continuos.
- Ensimismamiento.
- Sentimientos de desesperanza o minusvalía.
- Sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados.
- Fatiga (cansancio o aburrimiento) que dura semanas o meses.
- Lentitud exagerada (inercia).
- Somnolencia diurna persistente.
- Insomnio.
- Problemas de concentración, fácil distracción por sucesos sin trascendencia.
- Dificultad para tomar decisiones y confusión general enfermiza, ejemplos: deciden un cambio repentino de empleo, una mudanza, o abandonar a las personas que más aman como puede ser una pareja o un familiar (cuando el paciente es tratado a tiempo deja de lado las situaciones "alocadas" y regresa a la vida real, para recuperar sus afectos y su vida).
- Pérdida del apetito.
- Pérdida involuntaria de peso.

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	29 de 33

- Pensamientos anormales sobre la muerte.
- Pensamientos sobre el suicidio, planificación de suicidio o intentos de suicidio.

Período Maníaco:

Las personas que se encuentran en un episodio maníaco pueden estar eufóricas, irritables y/o suspicaces, con un incremento en sus actividades y cualidades tanto físicas como mentales.

- Exaltación del estado de ánimo.
- Aumento de las actividades orientadas hacia metas, delirios de grandeza, creencias falsas en habilidades especiales. si los contradicen suelen enfadarse y pensar que el mundo está en su contra.
- Ideas fugaces o pensamiento acelerado (taquipsiquia).
- Enfadarse por cualquier cosa.
- Autoestima alta.
- Menor necesidad de dormir.
- Agitación.
- Verborrea (hablar más de lo usual o tener la necesidad de continuar hablando).
- Incremento en la actividad involuntaria (es decir, caminar de un lado a otro, torcer las manos).
- Inquietud excesiva.
- Aumento involuntario del peso.
- Bajo control del temperamento.
- Patrón de comportamiento irresponsable.
- Hostilidad.
- Aumento en la actividad dirigida al plano social o sexual.
- Compromiso excesivo y dañino en actividades placenteras que tienen un gran potencial de producir consecuencias dolorosas (andar en juergas, tener múltiples compañeros sexuales, consumir alcohol y otras drogas).
- Creencias falsas (delirios).

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	30 de 33

- Alucinaciones.

TRATAMIENTO

- El proceso terapéutico: se inicia con un primer encuentro con el paciente, donde se realiza la anamnesis del paciente, y se escucha el motivo de la consulta.
- La terapia individual cognitiva conductista (un tipo de psicoterapia), la terapia de grupo y la terapia de familia han sido todas efectivas.
El objetivo de la terapia es cambiar los pensamientos o comportamiento de un paciente con el fin de estimularlo a comer de un modo más sano. Esta clase de terapia es más útil para tratar a los pacientes más jóvenes que no hayan tenido anorexia durante mucho tiempo.
- Si el paciente es joven, la terapia puede involucrar a la familia entera. la familia es vista como parte de la solución, en lugar de ser la causa del trastorno alimentario.

Los grupos de apoyo también pueden ser una parte del tratamiento. en estos grupos, los pacientes y las familias se reúnen y comparten lo que les ha pasado.

BIBLIOGRAFÍA

- PSICOPATOLOGÍA. SBN: 9788490293669, Editorial UOC, 2006, España. Jarne Esparcia, Adolfo Talam Caparrós, Antoni
- CLINICAPSINCO. ¿Qué es la terapia cognitivo – Conductual? [en línea]. http://www.clinicapsinco.com.uy/articulos/terapia_cognitivo_conductual.htm. [citado el 14 de Abril de 2014]

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	31 de 33

**GUIA DE MANEJO
TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE**

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS	CIE10

OBJETIVOS
Esta guía de manejo tiene como objetivo el proponer una guía práctica para el manejo psicológico de los pacientes que presenten trastornos de aprendizaje.

DEFINICIÓN
Los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar constituyen un conjunto de problemas que interfieren significativamente en el rendimiento en la escuela, dificultando el adecuado progreso del niño y la consecución de las metas marcadas en los distintos planes educativos.

ETIOLOGÍA
respecto a los factores causales no se puede apuntar hacia una dirección unívoca, no obstante, se acepta la primacía de factores neurobiológicos en interacción con otros factores no orgánicos, como las oportunidades para aprender, la calidad de la enseñanza, el nivel cultural de su entorno, la implicación de los padres, etc.

DIAGNÓSTICO
La O.M.S. especifica que para efectuar el diagnostico deben existir déficits específicos del rendimiento escolar, pero éstos no serán consecuencia de problemas neurológicos importantes, discapacidad visual o auditiva sin corregir, retraso mental o alteraciones emocionales.
Lo que sí suele producirse, es que este tipo de déficits específicos, estén acompañados de otros trastornos del habla o lenguaje e incluso de conducta (P.E. trastorno déficit atención con hiperactividad), así como problemas

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	32 de 33

emocionales secundarios y alteraciones en la dinámica familiar.

según el cie10

- Existencia de un deterioro clínicamente significativo del rendimiento escolar específico.
- El déficit debe ser específico en el sentido de que no sea explicable por un retraso mental o déficits menores de la inteligencia general. debido a que el cociente de inteligencia y el rendimiento escolar no son exactamente paralelos, esta distinción sólo puede hacerse teniendo en cuenta los test de ci y de rendimientos estandarizados, aplicados de forma individual, que sean adecuados para la cultura y el sistema educativo del niño.
- El déficit debe ser precoz, en el sentido de que debe haber estado presente desde el comienzo de la educación y no haber sido adquirido con posterioridad.
- Deben estar ausentes factores externos que pudieran justificar suficientemente las dificultades escolares, por ejemplo, que el bajo rendimiento se deba directamente a un absentismo escolar prolongado, sin enseñanza en casa o una educación totalmente inadecuada.
- Los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar no pueden deberse directamente a déficits visuales o de audición no corregidos.

TRATAMIENTO

El proceso terapéutico: se inicia con un primer encuentro con el paciente, donde se realiza la anamnesis del paciente, y se escucha el motivo de la consulta.

La terapia individual cognitiva conductista (un tipo de psicoterapia), la terapia de grupo y la terapia de familia han sido todas efectivas.

El objetivo de la terapia: es cambiar los pensamientos o comportamiento de un paciente con el fin de estimularlo a comer de un modo más sano. Esta clase de terapia es más útil para tratar a los pacientes más jóvenes que no hayan tenido anorexia durante mucho tiempo.

Si el paciente es joven, la terapia puede involucrar a la familia entera. La familia es vista como parte de la solución, en lugar de ser la causa del trastorno alimentario.

	GUÍA DE MANEJO PARA PSICOLOGIA	CÓDIGO	AS-GU-03
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	33 de 33


Los grupos de apoyo también pueden ser una parte del tratamiento. en estos grupos, los pacientes y las familias se reúnen y comparten lo que les ha pasado.

BIBLIOGRAFÍA

- ALARCOS LLORACH, Emilio; BOREL-MAISONNY, Suzanne; HECAEN, Henri; MANDIN, Daniel y GUIRAUD, Pierre. Adquisición del lenguaje por el niño, los desórdenes del lenguaje; las funciones secundarias del lenguaje; las representaciones gráficas del lenguaje. Buenos Aires: Nueva Visión
- PSICOPATOLOGÍA. SBN: 9788490293669, Editorial UOC,2006, España. Jarne Esparcia, Adolfo Talarn Caparrós, Antoni
- • CLINICAPSINCO. ¿Qué es la terapia cognitivo – Conductual? [en línea].http://www.clinicapsinco.com.uy/articulos/terapia_cognitivo_conductual.htm. [citado el 14 de Abril de 2014]

CONTROL DE CAMBIOS		
fecha	versión	detalle
09/05/2014	1	Creación del documento

Anexo G. Manual de bioseguridad

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	1 de 37

MANUAL DE BIOSEGURIDAD DE LA IPS REHABILITAMOS SAS



**Grupo de Estudiantes aspirantes al título de Especialistas en Administración
de Servicios de Salud**

PUERTO BERRIO (ANTIOQUIA)

2014

Dirección: Calle 50 Nro. 7 - 16

Teléfono: 833 4198 - 313 719 8336

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	2 de 37

TABLA CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	4
1. OBJETIVO.....	5
2. ALCANCE	6
3. DEFINICIONES.....	7
4. FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS	10
5. MEDIDAS DE PROTECCIÓN A TOMAR EN CUENTA	12
5.1 LAVADO DE MANOS.....	13
5.2 ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	16
5.3 CLASIFICACION DE RIESGO Y NECESIDAD DE USO DE PROTECCION PERSONAL	16
5.4 VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN DE PERSONAL	16
6. PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN.....	18
6.1 NORMAS DE LIMPIEZA	18
6.2 LIMPIEZA DE PISOS	18
6.3 LIMPIEZA DE BAÑOS.....	19
6.4 LIMPIEZA DE PAREDES PUERTAS Y TECHOS.....	20
6.5 LIMPIEZA DEL POLVO.....	21
6.6 LIMPIEZA DE CONSULTORIOS	21
7. PROCEDIMIENTO DE LAVADO GENERAL.....	23
7.1 LAVADO DE PISOS.....	23
7.2 LAVADO DE BAÑOS	24
7.3 LAVADO CANECAS	25
7.4 LIMPIEZA RUTINARIA DEL CONSULTORIO DE FISIOTERAPIA	26
7.5 LIMPIEZA DE EQUIPOS FONOAUDIOLOGÍA	26
7.6 LIMPIEZA DE EQUIPOS DE FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN OCUPACIONAL.....	27

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	3 de 37

7.7	LIMPIEZA RUTINARIA DEL ÁREA DE ALMACENAMIENTO.....	29
7.9	LIMPIEZA DE ESTANTERÍAS	29
7.10	LIMPIEZA RUTINARIA DEL ÁREA DE RECOLECCIÓN TEMPORAL DE RESIDUOS	30
7.11	LAVADO GENERAL DEL ÁREA DE RECOLECCIÓN TEMPORAL DE RESIDUOS	31
7.12	LIMPIEZA DEL ÁREA DE CONSULTA FISIOTERAPÉUTICA.....	32
7.13	LIMPIEZA RUTINARIA Y LAVADO DEL AREA ADMINISTRATIVA Y ADMISIONES	32
8.	CONTROL DE PLAGAS.....	34
	BIBLIOGRAFÍA.....	35
	ANEXOS.....	37

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	4 de 37

INTRODUCCIÓN

El Manual de Bioseguridad, limpieza y desinfección de la IPS Rehabilitemos S.A.S del municipio de Puerto Berrío Antioquia, es el documento dónde se encuentran escritas las políticas que la institución ha diseñado para realizar el control de los riesgos, especialmente biológicos, presentes en la prestación de los servicios de salud; las estrategias y protocolos necesarios para el manejo de las condiciones de riesgo que se presentan en los servicios, relacionadas con la Bioseguridad y la Esterilización.

Este manual contiene conceptos y normas de bioseguridad universales consideradas de manera práctica óptimas para el desempeño del objetivo central del documento el cual se establece como una recopilación ordenada y coherente para disminuir, minimizar o eliminar los factores de riesgo biológico que puedan llegar a afectar la salud o la vida de las personas (trabajadores y usuarios) y puedan afectar al medio ambiente.

Nuestro marco legal contempla y recomienda el cumplimiento de las normas de precaución universal; en el Decreto número 1543 de 1997 el presidente de la república de Colombia regula en el artículo 23,- Bioseguridad. Las entidades públicas y privadas asistenciales de salud, laboratorios, bancos de sangre, investigación y atención de personas, deberán:

- Acatar las recomendaciones que en materia de medidas universales de bioseguridad sean adoptadas e impartidas por el Ministerio de Salud.
- Capacitar a todo el personal vinculado en medidas universales de bioseguridad.

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	5 de 37

1. OBJETIVO

Establecer los criterios de Bioseguridad y los protocolos de limpieza, y Desinfección de áreas, equipos y dispositivos médicos de los servicios que se prestan en la IPS Rehabilitamos S.A.S , basados en la normatividad vigente, para la promoción de la salud y la protección de los profesionales de la salud, de sus colaboradores asistenciales y de los pacientes y otros usuarios frente al riesgo de adquirir enfermedades o de sufrir accidentes con ocasión de la prestación de servicios de Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, medicina general y psicología.

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	6 de 37

2. ALCANCE

La Misión de la IPS Rehabilitamos S.A.S está basada en la prevención, promoción y capacitación en rehabilitación, con altos estándares de calidad y personal calificado para llenar las expectativas de la población usuaria de los servicios de salud prestados por la institución, por tal razón y motivados por el bienestar de los usuarios que reciben atención se requiere un modelo de intervención y medidas de prevención de accidentes en el personal, tanto empleados como usuarios que se encuentra expuesto a riesgos biológicos, fluidos corporales y todos los microorganismos que puedan causar algún tipo de patología, se requiere por tanto la estandarización de procedimientos de limpieza y desinfección de acuerdo con la normatividad vigente para cada una de las áreas en las que se prestan servicios.

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	7 de 37

3. DEFINICIONES

ACCIDENTE DE TRABAJO: todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. Es también Accidente de Trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aun fuera del lugar y horas de trabajo.

BIOSEGURIDAD: Conjunto de medidas y normas preventivas destinadas a mantener el control de factores de riesgo laborales procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos, logrando la prevención de impactos nocivos frente a riesgos propios de su actividad diaria, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos no atenten contra la seguridad de los trabajadores de la salud, pacientes, visitantes y el medio ambiente.

DESINFECCIÓN: La desinfección es un proceso destinado a conseguir la eliminación de microorganismos, con excepción de las esporas, alterando su estructura o su metabolismo, independientemente de su estado fisiológico. Existen tres niveles de actividad de la desinfección.

DESINFECTANTE: Es el producto utilizado para destruir microorganismos en objetos y superficies que intervienen en el cuidado del usuario.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: El Elemento de Protección Personal (EPP), es cualquier equipo o dispositivo destinado para ser utilizado o sujetado por el trabajador, para protegerlo de uno o varios riesgos y aumentar su seguridad o su salud en el trabajo. Las ventajas que se obtienen a partir del uso de los elementos de protección personal (EPP) son las siguientes: proporcionar

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	8 de 37

una barrera entre un determinado riesgo y la persona, mejorar el resguardo de la integridad física del trabajador y disminuir la gravedad de las consecuencias de un posible accidente sufrido por el trabajador. La mayoría de los EPP son de fácil selección, fáciles de utilizar y existe una gran variedad de oferta en el mercado.

ESTERILIZACIÓN: Es el método que se emplea para destruir todas las formas de microorganismos (incluyendo las esporas) en objetos inanimados. Usualmente se logra a través de la coagulación o desnaturalización de las proteínas de la estructura celular dañando su metabolismo y capacidad funcional, se lleva a cabo en elementos de alto riesgo.

EXPOSICIÓN HUMANA: Se define como la inoculación percutánea o el contacto con heridas abiertas, escoriaciones o membranas mucosas; con sangre o líquidos corporales a los cuales se les aplican las normas universales.

FACTORES DE RIESGO: es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad.

HIPOCLORITO DE SODIO: El Cloro es un desinfectante universal, activo contra todos los microorganismos.

LIMPIEZA: La limpieza es la técnica (manual y/o mecánica) mediante la cual se obtiene una reducción cuantitativa de la contaminación macroscópica de un área, equipo, material u objeto y que tiene como objetivos:

- Reducir el número de microorganismos presentes en los objetos
- Eliminar los restos de materia orgánica e inorgánica de los mismos
- Favorecer los procesos de desinfección y esterilización

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	9 de 37

La limpieza rigurosa es el paso obligado antes de poner en marcha cualquier método de esterilización o desinfección.

MICROORGANISMO: Es cualquier organismo vivo de tamaño microscópico, incluyendo bacterias, virus, levaduras, hongos, algunas algas y protozoos.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD: Medidas de precaución que deben aplicar los trabajadores de las áreas asistenciales al manipular sangre, secreciones, fluidos corporales o tejidos provenientes de todo paciente, independiente de su diagnóstico.

PREVENCIÓN: Es el conjunto de medidas cuyo objeto es impedir o evitar que los riesgos a los que está expuesta la empresa den lugar a situaciones de emergencia.

RIESGO: Es la probabilidad ocurrencia de un evento.

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	10 de 37

4. FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS

Las heces, orina, secreción nasal, esputo, vómito y saliva, no se consideran líquidos potencialmente infectantes, excepto si están visiblemente contaminados con sangre. Para que la transmisión del VIH pueda ser efectiva partículas virales libres y de células infectadas deben entrar en contacto con los tejidos de una persona a través de una solución de continuidad de la piel (cómo úlceras, dermatitis, excoiaciones y traumatismos con elementos corto punzantes) o contacto directo con las mucosas.

El Virus de la Hepatitis B posee una mayor capacidad de infección que el VIH; se estima que un contacto con el virus a través de los mecanismos de transmisión ocupacional, pinchazos con agujas contaminadas con sangre de pacientes portadores, desarrollan la infección hasta un 30 - 40% de los individuos expuestos, mientras que con el VIH es menor del 1% el riesgo ocupacional.

Sin embargo, el riesgo de adquirir accidentalmente y desarrollar la enfermedad con el VIH y el VHB existe.

TRANSMISIÓN DE MICROORGANISMOS

Los microorganismos viven parcial o totalmente en hospedadores humanos, animales o vegetales. Para que puedan pasar de un hospedador a otro se requiere:

Puerta de salida: Vías respiratorias, secreciones glandulares, vía sexual, excretas o secreciones ano réctales

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	11 de 37

1. Mecanismos de transmisión: Gotas de saliva, agua o alimentos contaminados, objetos llevados a la boca, conjuntivas o genitales, pinchazo, cortadura o salpicadura, contacto directo.

Puerta de entrada: Boca, conjuntiva, genitales, vías respiratorias, piel y oídos.

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO

Son todos los seres vivos de origen animal o vegetal y todas las sustancias derivadas de los mismos, que al estar presentes en el puesto de trabajo pueden generar procesos infecciosos, tóxicos o alérgicos en la salud del trabajador. Otro factor de riesgo es la posibilidad de adquirir enfermedades por el contacto con microorganismos patógenos o residuos contaminados con materia orgánica.

Situaciones de Exposición

- Contacto y/o lesiones con equipos contaminados.
- Contacto con saliva, secreciones corporales.
- Mordeduras y lesiones por uñas de los pacientes.
- Desperfecto o ruptura de recipientes, generando contacto accidental con fluidos.
- Inadecuada disposición de desechos.
- Uso inadecuado de EPP (elementos de protección personal).
- Técnica inadecuada de preparación de soluciones desinfectantes.
- Inadecuado manejo de normas de bioseguridad.

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	12 de 37

5. MEDIDAS DE PROTECCIÓN A TOMAR EN CUENTA

NORMAS GENERALES DE BIOSEGURIDAD

- Mantener el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene y aseo
- No es permitido fumar en el sitio de trabajo.
- Las condiciones de temperatura, iluminación y ventilación de los sitios de trabajo deben ser confortables.
- Maneje todo paciente como potencialmente infectado. Las normas universales deben aplicarse con todos los pacientes independientemente del diagnóstico.
- Lávese cuidadosamente las manos antes y después de cada procedimiento.
- Utilice en forma sistemática guantes de látex en procedimientos que conlleven manipulación de elementos biológicos y cuando maneje instrumental o equipo contaminado en la atención de pacientes. Hacer lavado previo antes de quitárselos y al terminar el procedimiento.
- Utilice un par de guantes crudos por paciente.
- Absténgase de tocar con las manos enguantadas alguna parte de su cuerpo y de manipular objetos diferentes a los requeridos durante el procedimiento.
- Evite deambular con los elementos de protección personal fuera de su área de trabajo.
- Mantenga sus elementos de protección personal en óptimas condiciones de aseo, en un lugar seguro y de fácil acceso.
- Si presenta alguna herida, por pequeña que sea, cúbrala con esparadrapo o curitas
- Aplique en todo procedimiento asistencial las normas de asepsia necesarias.
- Utilice las técnicas correctas en la realización de todo procedimiento.
- No cambie elementos corto punzantes de un recipiente a otro.

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	13 de 37

- Absténgase de doblar o partir manualmente la hoja de bisturí, cuchillas, agujas o cualquier otro material corto punzante.
- No se debe reutilizar el material contaminado como agujas, jeringas y hojas de bisturí.
- Todo equipo que requiera reparación técnica debe ser llevado a mantenimiento, previa desinfección y limpieza por parte del personal encargado del mismo. El personal del área de mantenimiento debe cumplir las normas universales de prevención y control del factor de riesgo Biológico.
- Realice desinfección y limpieza a las superficies, elementos, equipos de trabajo, al final de cada procedimiento y al finalizar la jornada de acuerdo a el proceso descrito en el manual de limpieza y desinfección.

5.1 LAVADO DE MANOS

El lavado de manos constituye un factor fundamental en la prevención de las infecciones nosocomiales, por tanto llevar a cabo todas las tareas asistenciales con un máximo nivel de higiene es fundamental para reducir la incidencia de las enfermedades infecciosas evitables.

Varios estudios comprueban que las manos constituyen el vehículo predominante para la diseminación de los microorganismos, dado que ellas son las herramientas utilizadas para el trabajo.

La contaminación bacteriana de las manos de los trabajadores de salud aumenta progresivamente durante la atención rutinaria de pacientes y es influenciada por el tipo de actividad efectuada durante la atención, estos estudios fueron obtenidos por un equipo de investigadores quienes creen que El lavado de las manos inmediatamente después de estas actividades debería ser de carácter obligatorio.

En las manos hay tres tipos de flora:

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	14 de 37

- **Flora Transitoria:** Son aquellos microorganismos que se encuentran como contaminantes y pueden sobrevivir un período de tiempo limitado. Se adquiere durante el contacto directo con los pacientes o elementos o superficies en contacto con el paciente. Esta flora está conformada por Staphylococcusepidermidis y otros miembros de este género coagulasa negativo; el Staphylococcus aureus se ha encontrado en el 18% del personal médico.
- **Flora Residente:** Son los microorganismos que residen y se multiplican en la piel. La mayor parte de la flora de la piel está conformada por especies de Staphylococcus (S. epidermidis, S. hominis, S. capitis, etc.) y micrococcus. También, el S. aureus puede colonizar temporalmente la piel, especialmente la región perineal, nariz, manos, cara y cuello.
- **Flora Patógena:** Son microorganismos que pueden colonizar la piel en forma transitoria o permanente y ser fuente de infección. El S. aureus y estreptococo beta hemolítico son los agentes aislados con mayor frecuencia.

PROCEDIMIENTOS PARA EL LAVADO DE MANOS:

Esta actividad es importante para que el personal lo adopte como una buena práctica diaria antes y después de realizar actividades propias de su cargo con el fin de disminuir riesgos en la atención de salud y como protección específica para cada persona que labora en la institución.

A continuación se describen los pasos a seguir de acuerdo al rol que desempeña cada empleado en le IPS REHABILITAMOS SAS:

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	15 de 37

LAVADO DE MANOS PERSONAL ADMINISTRATIVO


En caso del personal administrativo aplicar solo los pasos del 0 al 3 y del 8 al 11 como lo ilustra el poster de lavado de manos adjunto a continuación.

LAVADO DE MANOS PERSONAL ASISTENCIAL

En caso del personal asistencial debe aplicar todos los pasos del poster adjunto a continuación desde el paso 0 al 11 sin omitir ninguno de ellos.

¿Cómo lavarse las manos?

¡LÁVESE LAS MANOS SI ESTÁN VISIBILMENTE SUCIAS!
DE LO CONTRARIO, USE UN PRODUCTO DESINFECTANTE DE LAS MANOS

 Duración del lavado: entre 40 y 60 segundos



Fuente: Lavado de manos según la OMS, disponible en: <http://goo.gl/YbVxa7>

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	16 de 37

Estos pasos fueron tomados como referencia del Protocolo de Lavado de Manos de la IPS REHABILITAMOS SAS. En el cual se detalla con mayor profundidad.

5.2 ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Los elementos de protección personal son un complemento indispensable de los métodos de control de riesgos para proteger al trabajador, son barreras para evitar la transmisión de infecciones. El principio general es que se debe evitar el contacto de la piel o mucosas con sangre u otros líquidos corporales descritos en las normas o precauciones universales, en todos los pacientes y no solamente con aquellos que tengan diagnóstico de enfermedad. Por lo tanto se debe implementar el uso del Equipo de Protección Personal (tales como guantes, gorro, tapabocas, gafas y/o protector ocular), que corresponde al empleo de barreras de protección con el objeto de prevenir la exposición de la piel y mucosas con sangre o líquidos corporales de cualquier paciente o con material potencialmente infeccioso.

5.3 CLASIFICACION DE RIESGO Y NECESIDAD DE USO DE PROTECCION PERSONAL

Clasificación	Actividad	Uso de equipo protector
I	Contacto directo con sangre o líquidos corporales.	SI
II	Exposición Ocasional a sangre o líquidos corporales.	SI
III	Actividad que no implica contacto con sangre o líquidos corporales.	NO

5.4 VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN DE PERSONAL

Algunas de las patologías transmisibles que pudieren tener origen ocupacional durante la atención de los pacientes pueden ser prevenibles por medio de

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	17 de 37

vacunación y además en algunas es posible evaluar su efectividad por medio de titulación de anticuerpos.

En la IPS Rehabilitamos SAS dentro del programa de Bioseguridad se determina la solicitud de carnets de vacunación al momento del ingreso laboral, los cuales deben incluir las siguientes vacunas:

Hepatitis B

Toxide Tetánico

Fiebre Amarilla

En el caso en que el profesional no posea esta vacunación, se direccionará al hospital de la región para que realice el debido trámite para que sea vacunado lo antes posible.

Con lo anterior se busca la protección de los profesionales que están en contacto directo con pacientes y por tanto, son susceptibles a la adquisición de cualquier tipo de agente viral o infeccioso que comprometería fácilmente su salud.

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	18 de 37

6. PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

La calidad en la prestación de servicios depende considerablemente de la limpieza y la desinfección de las instalaciones, equipos médicos utilizados en la prestación de los servicios y, puestos de trabajo

6.1 NORMAS DE LIMPIEZA

- La limpieza debe preceder a los procesos de desinfección.
- Durante ella no se debe levantar polvo al limpiar
- No realizar aspersiones

PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA RUTINARIA

Se debe contar con una escoba y un traperero diferente para las siguientes áreas:

- Administración
- Médica
- Producción y logística
- Hogar de paso.
- Zona de desechos

6.2 LIMPIEZA DE PISOS

Materiales

Bolsa verde y gris, un balde, traperero, ambientador líquido y la concentración necesaria de hipoclorito, la cual se referencia en la Tabla de concentración de hipoclorito para la desinfección anexa.

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	19 de 37

Frecuencia

Diaria. En zona de baños y cubículos del área médica 2 veces al día.

Proceso

- Recoger la basura de las canecas que se encuentran en el área.
- Realizar el barrido por arrastre para recoger la tierra y se elimina en bolsa verde.
- Preparar una solución de Hipoclorito de sodio según *Tabla de concentración de hipoclorito para la desinfección* anexa al documento.
- Trapear los pisos con la solución.
- Trapear el piso con ambientador disuelto en agua usando trapero de mecha.
- Se utiliza un balde para exprimir el trapero, es indispensable utilizar guantes para evidenciar la implementación del protocolo de elementos de protección personal.
- Secar con un trapero procurando que quede totalmente seco

6.3 LIMPIEZA DE BAÑOS

Materiales

Bolsa verde, detergentes, desinfectantes, baldes, bayetilla, esponja, trapero y ambientador líquido. Para la concentración de Hipoclorito, dirigirse a la Tabla de concentración de hipoclorito para la desinfección que se encuentra anexa

Frecuencia

2 Veces al día.

Proceso

- Recoger el papel de las papeleras instaladas de color verde con las bolsas color verde.

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	20 de 37

- Realizar el barrido por arrastre para recoger la tierra y se elimina en bolsa verde.
- Preparar la solución agua y detergente
- Refregar con la solución anterior los pisos paredes con cepillo, los inodoros con el churrusco y lavamanos con esponja
- Retirar con agua
- Preparar una solución de Hipoclorito de Sodio con la concentración encontrada en la *Tabla de concentración de hipoclorito para la desinfección* que se encuentra anexa.
- Se aplica la solución a las paredes, pisos e inodoros y se retira con agua
- Secar con trapero de mecha y toalla, procurando que quede totalmente seco.

6.4 LIMPIEZA DE PAREDES PUERTAS Y TECHOS

Materiales

Toallas, detergentes y desengrasantes. Para determinar la concentración necesaria para la limpieza de paredes y puertas, dirigirse a la Tabla de concentración de hipoclorito para la desinfección la cual se encuentra anexa.

Frecuencia

Una vez a la semana, Techos cada 2 meses.

Proceso

- Disolver en agua detergente en polvo
- Humedecer la toalla y limpiar de arriba hacia abajo para retirar el polvo que se encuentre en las paredes.
- Para el lavado de techos se usa escoba y una toalla humedecida con la concentración de hipoclorito definida para el área clínica. En estos casos se utiliza como elemento de protección personal adicional gafas.

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	21 de 37

- De ser necesario aplicar desengrasante en las puertas para retirar marcas si las hay.
- Retirar el detergente y/o desengrasante con agua pasando una toalla húmeda, iniciando de arriba hacia abajo.
- Finalizar secando con una toalla.

6.5 LIMPIEZA DEL POLVO

Materiales

Desengrasantes, toallas.

Frecuencia

1 Vez al día.

Proceso

- Con trapo húmedo limpiar todas las superficies, escritorios, sillas, teléfonos, computadores menos las pantallas para esto usar una toalla seca
- Aplicar desengrasante para retirar las huellas de las superficies
- Secar con una toalla.

6.6 LIMPIEZA DE CONSULTORIOS

Materiales

Bolsa verde, roja, detergentes, desinfectante, ambientador líquido, baldes, trapero, escoba, recogedor, toalla. Para la adecuada concentración de desinfectante, dirigirse a la *Tabla de concentración de hipoclorito para la desinfección* la cual se encuentra anexa.

Frecuencia

Dirección: Calle 50 Nro. 7 – 16

Teléfono: 833 4198 – 313 719 8336

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	22 de 37

2 veces al día.

Proceso

- Se recoge la basura de las canecas, rojas y verdes, haciendo el respectivo cambio de bolsa.
- Barrer para recoger la tierra en el recogedor y se elimina en una bolsa verde.
- Preparar una solución de Hipoclorito de sodio según *Tabla de concentración de hipoclorito para la desinfección* anexa al documento.
- Trapear los pisos con la solución.
- limpiar las paredes y superficies de mesas, escritorios y sillas
- Desinfectar los tensiómetros, las balanzas, camillas con la concentración indicada de Hipoclorito según la tabla anexa *Tabla de concentración de hipoclorito*.
- Dejar secar
- Cambiar las sábanas de las camillas, 1 vez al día.

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	23 de 37

7. PROCEDIMIENTO DE LAVADO GENERAL

7.1 LAVADO DE PISOS

Materiales

Bolsa verde y gris, removedor, carro escurridor industrial, escoba, recogedor, toalla, trapero y sellante para pisos.

Frecuencia

1 Vez al Meses.

Proceso

- Retirar los enseres
- Recoger la basura de las canecas que se encuentran en el área y se cambian las bolsas del mismo color.
- Se hace un barrido para recoger la tierra con un recogedor y se elimina en bolsa verde
- Preparar la solución de agua con removedor de acuerdo a la ficha técnica del producto.
- Verter sobre la superficie y esparcir con ayuda de una escoba.
- Se deja actuar esta solución por 10 minutos en la superficie del piso
- Se procede a utilizar la Escoba para restregar y levantar cualquier residuo áspero.
- Retirar la solución con agua pura y el trapero limpio
- Usar el balde para exprimir el trapero
- Dejar secar.

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	24 de 37

- Trapea con dilución de hipoclorito en la concentración definida para pisos en aseo terminal como se referencia en la *Tabla de concentración de hipoclorito para la desinfección* la cual se encuentra anexa.
- Aplicar con trapero húmedo cera auto brillante para el piso
- Dejar secar.
- Acomodar todos los enseres

7.2 LAVADO DE BAÑOS

Materiales

Bolsas verdes, detergente, desinfectante, baldes, toalla, escoba, churrusco, trapero, esponja, medidor

Frecuencia

1 vez al día.

Proceso

- Se recoge la bolsa basura de las papeleras y se cambia la bolsa
- Preparar la solución de agua con detergente en polvo todo diluido en un balde.
- Aplicar esta solución para luego refregar el piso, paredes y techos con escoba de cerdas duras, los inodoros con el churrusco y el lavamanos con esponja.
- Enjuagar
- Preparar una solución de Hipoclorito de Sodio. Tomando en cuenta la *Tabla de concentración de hipoclorito para la desinfección* la cual se encuentra anexa a este documento.
- Aplicar la solución anterior y enjuagar
- Secar con un trapero y toalla dejando totalmente secas las superficies de los baños

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	25 de 37

- Se usa el carrito industrial para exprimir el trapero.

7.3 LAVADO CANECAS

Materiales

Bolsa verde, gris, roja, detergentes, desinfectantes, esponja.

Frecuencia

Rojas 1 vez a la semana. Grises y verdes 1 vez al mes.

Proceso

- Inicie el lavado por los recipientes menos contaminados, recipientes para residuos no peligrosos canecas usadas en el área administrativa, sala de espera, admisiones, logística y almacén.
- Este lavado de las canecas lo hace la persona responsable de cada área y cada área tiene canecas correspondientes al tipo de residuo que generan.
- Verifique que en el recipiente no exista ningún tipo de residuo que pueda ocasionar alguna lesión.
- Se prepara una solución de agua y detergente en polvo
- Se aplica la solución a las canecas
- Se retira la anterior solución con abundante agua.
- Se prepara una solución de Hipoclorito de sodio. Según la concentración que indica la *Tabla de concentración de hipoclorito para la desinfección* la cual se encuentra anexa
- Se aplica la solución a las canecas
- Enjuagar con agua y se dejar secar al ambiente.

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	26 de 37

7.4 LIMPIEZA RUTINARIA DEL CONSULTORIO DE FISIOTERAPIA

Para la limpieza, desinfección rutinaria y recolección de basuras del área de fisioterapia se debe realizar las siguientes actividades:

- Limpieza de pisos se debe realizar dos veces al día en el área de terapia física (debido a la demanda de pacientes atendidos), y una vez al día en las otras secciones del área.
- Limpieza de baños se debe realizar dos veces al día.
- Limpieza de paredes y puertas se debe realizar una vez por semana
- Limpieza de vidrios internos se debe realizar una vez por semana
- Limpieza de vidrios externos se debe realizar una vez por semana
- Limpieza de polvo se debe realizar una vez al día.

7.5 LIMPIEZA DE EQUIPOS FONOAUDIOLÓGÍA

Posterior a la atención del paciente, ya sea para terapia de lenguaje o la realización de procedimientos de evaluación como la audiometría, se procede a la limpieza y desinfección de los materiales y equipos utilizados durante este proceso.

La limpieza de los conos o Espéculos de HEINE utilizados en el otoscopio para la observación y diagnóstico del conducto auditivo se lleva a cabo desinfectándolo con hipoclorito según la concentración especificada en la *Tabla de concentración de hipoclorito para la desinfección* la cual se encuentra anexa; posteriormente estos se sumergen en Alcohol hasta su posterior reutilización.

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	27 de 37

Así mismo después de la utilización de los auriculares de copa de la cabina sonoro-amortiguada utilizada para la realización de las audiometrías, se realiza una limpieza con un paño impregnado de alcohol a las almohadillas.

7.6 LIMPIEZA DE EQUIPOS DE FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN OCUPACIONAL

Limpieza y desinfección diaria a todos los quipos que se utilizan en la prestación del servicio al paciente, los equipos utilizados pueden ser:

- Espirómetro
- TENS
- Electro estimulador
- Ultrasonidos
- Lámpara infra roja
- Tanque de parafina
- Hidrocollector
- Vibrador
- Balones de bobath
- Bandas elásticas
- Balones de manos
- Pesas graduales en brazaletes
- Mancornas
- Bandas rígidas para estiramiento
- Paquetes fríos
- Paquetes calientes
- Nebulizador

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	28 de 37

Los electrodos utilizados con el TENS o el Electro-Estimulador deben ser desinfectados después de utilizarlos con cada paciente. La concentración de desinfectante se referencia en la *Tabla de concentración de hipoclorito para la desinfección* la cual se encuentra anexa en este documento.

Los Balones Terapéuticos y bandas elásticas serán lavados con agua y jabón y posteriormente se les aplica polvos para evitar daños, esto se realiza cada 8 días. Las boquillas del espirómetro son desechables, cada vez que utiliza es desechada en el recipiente rojo.

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	29 de 37

7.7 LIMPIEZA RUTINARIA DEL ÁREA DE ALMACENAMIENTO

Para la limpieza, desinfección rutinaria y recolección de basuras del área de logística y almacén se debe realizar las siguientes actividades:

- Limpieza de pisos se debe realizar una vez al día
- Limpieza de paredes y puertas se debe realizar una vez por semana
- Limpieza de vidrios internos se debe realizar una vez por semana
- Limpieza de polvo en equipos de oficina se debe realizar una vez por semana

7.8 LAVADO GENERAL DEL ÁREA DE ALMACENAMIENTO

El lavado general del área de logística y almacén se debe realizar un día sábado de manera que se pueda retirar todo el mobiliario sin perjudicar la atención de pacientes y a los profesionales que están laborando, para poder realizar el lavado general deberá estar presente un funcionario para realizar la respectiva supervisión.

Para el lavado general del área se debe realizar las siguientes actividades:

- Lavado de pisos se debe realizar cada dos meses
- Lavado de canecas se debe realizar una vez al mes

7.9 LIMPIEZA DE ESTANTERÍAS

La limpieza de estantería se debe realizar 1 vez a la semana.

Materiales

Toalla, desengrasante.

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	30 de 37

Proceso

- Tomar elemento por elemento y limpiarlo con una toalla seca
- Retirar el polvo de la estantería con una toalla húmeda y aplicar desengrasante de ser necesario
- Organizar los elementos en la estantería, en este paso debe estar presente una persona del área de logística para guiar el orden de los elementos.

7.10 LIMPIEZA RUTINARIA DEL ÁREA DE RECOLECCIÓN TEMPORAL DE RESIDUOS

La limpieza rutinaria del cuarto de recolección de residuos se debe realizar cada tercer día cuando el cuarto se encuentra desocupado al igual que el paso del carro recolector.

Materiales

Detergente, desinfectante, carro escurridor industrial, escoba, trapero y manguera.

Proceso

- Siempre al iniciar la tarea el personal a cargo deberá portar los elementos de protección, guantes plásticos negros, botas, peto, tapabocas, gafas.
- Barrer y recoger la basura que por el traslado se encuentre fuera de los colectores y se encuentre en el piso en caso los desechos o reciclables.
- Eliminar según su clasificación dentro del tipo de la caneca que corresponda.
- Preparar la solución de hipoclorito de sodio a la concentración recomendada según la *Tabla de concentración de hipoclorito para la desinfección* la cual se encuentra anexa y proceder a aplicarlas en las paredes y el piso.
- Con manguera y agua a presión enjuagar las paredes y el piso.
- Extraer con barrido el exceso de agua.

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	31 de 37

- Secar con el trapero, usando el balde para exprimir.

7.11 LAVADO GENERAL DEL ÁREA DE RECOLECCIÓN TEMPORAL DE RESIDUOS

Realizar una vez al mes y cuando el cuarto se encuentra desocupado de los colectores de residuos.

Materiales

Detergentes, desinfectante, carro escurridor industrial, escoba, trapero y manguera.

Proceso

- Se verifica que el cuarto esté sin colectores y completamente vacío.
- Barrer y recoger la basura que por el traslado hasta el punto de recolección se encuentre fuera de los colectores.
- Lavar las canecas
- Refregar paredes y pisos con una solución de detergente en polvo y agua
- Se enjuaga paredes y piso con agua a chorro haciendo uso de la manguera.
- Preparar la solución de hipoclorito de sodio según la concentración recomendada en la *Tabla de concentración de hipoclorito para la desinfección de áreas*.
- Aplicar la solución anterior a la superficie del piso y de las paredes.
- Extraer con barrido el exceso de agua a través del desagüe del cuarto.
- Secar con trapero y exprimir usando el balde.
- Entrar los colectores y ubicarlos según su distribución.
- Cerrar y asegurar la puerta.

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	32 de 37

7.12 LIMPIEZA DEL ÁREA DE CONSULTA FISIOTERAPÉUTICA

Lavado terminal del área se debe realizar un día viernes o sábado de manera que se pueda retirar todo el mobiliario sin perjudicar la atención de pacientes y a los profesionales que están laborando.

Para el lavado terminal del área se debe realizar las siguientes actividades:

- Lavado de pisos se debe realizar cada dos meses
- Lavado de canecas se debe realizar una vez al mes
- Lavado de baños se debe realizar una vez al mes

7.13 LIMPIEZA RUTINARIA Y LAVADO DEL AREA ADMINISTRATIVA Y ADMISIONES

Frecuencia

Diaria. En zona de baños y cubículos del área médica y toma de molde 2 veces al día.

Materiales


Bolsa verde y gris, carro escurridor industrial, medidor, trapero y ambientador líquido

Proceso

- Recoger la basura de las canecas que se encuentran en el área.
- Realizar el barrido por arrastre para recoger la tierra y se elimina en bolsa verde.
- Trapear el piso con la solución de ambientador con agua usando trapero de mecha. Se usa el carrito escurridor industrial para exprimir el trapero.
- Secar con un trapero procurando que quede totalmente seco

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	33 de 37

Lavado terminal del área administrativa y admisiones se debe realizar un día sábado de manera que se pueda retirar todo el mobiliario sin perjudicar la atención de pacientes y a los profesionales que están laborando.

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	34 de 37

8. CONTROL DE PLAGAS

El control de plagas deberá realizarse de acuerdo al cronograma anual de control de plagas establecido por la Coordinadora Administrativa con la asesoría del proveedor externo que se ha elegido.

Así mismo, se debe contar con las fichas técnicas de los productos que se aplican en el procedimiento de control de plagas y desinfección. Como también efectuar la ejecución de los procedimientos de acuerdo al protocolo estipulado por el proveedor ver documento del Proveedor: Manual de procedimiento para control de Artrópodos, Microorganismos y plagas.

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	35 de 37

BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Salud y protección Social. Manual de Bioseguridad.
<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MANUAL%20DE%20BIOSEGURIDAD.pdf> (citado el 24 de julio de 2014).

Empresa Social del Estado Metrosalud. Manual de Bioseguridad.
<http://www.metrosalud.gov.co/intra-joomla/images/planeacion/Estructura%20Documental/Manuales/MANUAL%20DE%20BIOSEGURIDAD%202013.pdf> (citado el 24 de julio de 2014).

Universidad de Pamplona, tema limpieza y desinfección.
http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/hermesoft/portallG/home_9/recursos/01_general/contenidos/laboratorios/guiasyfichas/25022008/manualdelimpiezaydesinfeccion.pdf (citado el 24 de julio de 2014).

Definiciones ABC. <http://www.definicionabc.com/salud/microorganismos.php>
(citado el 24 de julio de 2014).

Salud ambiental, tema control de plagas.
<http://www.saludambiental.net/actualidad3.htm> (citado el 24 de julio de 2014).

Colombiana de salud.
http://www.colombianadesalud.org.co/MEDICINA/FORMATOS_MEDICINA/PGRH.pdf
(citado el 24 de julio de 2014).

Comfenalco Antioquia.

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	36 de 37

<https://encajacomfenalcoantioquia.net/site/LinkClick.aspx?fileticket=pG6N7FS2ro0%3D&tabid=91> (citado el 24 de julio de 2014).

Instituto Nacional de perinatología isidro espinosa de los reyes.
http://www.inper.edu.mx/descargas/pdf/Tecnicas_limpieza-licitacion.pdf (citado el 24 de julio de 2014).

<u>CONTROL DE CAMBIOS</u>		
<u>fecha</u>	<u>Versión</u>	<u>Detalle</u>
<u>09/05/2014</u>	<u>1</u>	<u>Creación del documento</u>

	MANUAL DE BIOSEGURIDAD	CÓDIGO	AS-MA-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	37 de 37

ANEXOS

Tabla de concentración de hipoclorito para la desinfección

USO QUE SE DARA LA SOLUCION DE HIPOCLORITO DE SODIO QUE SE VA A PREPARAR	PARTES POR MILLÓN (P.P.M)	% DISOLUCIÓN	CC DE HIPOCLORITO X CC DE AGUA USADO
Limpieza de equipos médicos, físicos, barras de entrenamiento en marcha, en general todos los equipos de rehabilitación y fonocardiología.	500 P.P.M	0.05%	2 litros retire 1.9 cc de agua se adiciona 1.9 cc en hipoclorito.
Limpieza terminal de áreas de consulta externa, tanque de parafina, consultorios, superficies, equipos, mesas, camillas, lámparas.	1000 P.P.M	0.1%	6 Litros retire 11.4 cc de agua se adiciona 11.4 cc en hipoclorito.
Lavado rutinario de elementos usados en la limpieza y desinfección de áreas.	500 P.P.M	0.05%	2 Litros retire 1.9 cc de agua se adiciona 1.9 cc en hipoclorito
Lavado de lencería.	250 P.P.M	0.025%	24 Litros retire 11.4 cc de agua se adiciona 11.4 cc en hipoclorito.
Lavado de pisos.	500 P.P.M	0.05%	6 litros retire 5.7 cc de agua se adiciona 5.7 cc en hipoclorito.
Lavado de baños.	500 P.P.M	0.05%	6 litros retire 5.7 cc de agua se adiciona 5.7 cc en hipoclorito.
Lavado y desinfección de canecas.	2.000 P.P.M	0.1%	10 Litros retire 38.1 cc de agua. Se adiciona 38.1 cc en hipoclorito.
Lavado rutinario del cuarto de almacenamiento temporal de residuos.	2.000 PPM	0.1%	10 Litros retire 38.1 cc de agua. Se adiciona 38.1 cc en hipoclorito.
Lavado terminal del cuarto de almacenamiento temporal de residuos.	5.000 PPM	0.2%	10 Litros retire 95.2 cc de agua. Se adiciona 95.2 cc en hipoclorito.

Tomado del manual de limpieza y desinfección de la Universidad de Pamplona

Anexo H. Instructivo de lavado de manos

	INSTRUCTIVO DE LAVADO DE MANOS	CÓDIGO	AS-IN-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	1 de 9

INSTRUCTIVO DE LAVADO DE MANOS DE LA IPS REHABILITAMOS SAS




Elaborado por:
Grupo de Estudiantes aspirantes al título de Especialistas en Administración de Servicios de Salud

PUERTO BERRIO (ANTIOQUIA)
2014

Dirección: Calle 50 Nro. 7 - 16

Teléfono: 833 4198 - 313 719 8336

	INSTRUCTIVO DE LAVADO DE MANOS	CÓDIGO	AS-IN-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	2 de 9

1. INTRODUCCIÓN

La higiene de manos según la OMS se refiere a la precaución que se debe tener en cuenta cuando se prestan los cuidados básicos determinados por los procedimientos que se realizan específicamente en el usuario y su ambiente, los cuales deben generar una actividad segura que permita dar atención con calidad disminuyendo al máximo los riesgos de infección que se pueden evitar realizando esta actividad.

Para la OMS se resume en la siguiente frase “Una Atención es una Atención Segura” esta frase fue lanzada en Octubre de 2005 como el primer desafío Global de la Seguridad del Paciente dirigido a reducir las infecciones asociadas a la atención en salud a nivel mundial, estas infecciones ocurren tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo y se encuentra entre las principales causas de muerte y de incremento de morbilidad en pacientes hospitalizados y ambulatorios.

El lavado de manos es la medida primaria para reducir las infecciones. Quizás una acción simple pero la falta de cumplimiento de la misma por parte de los profesionales de la salud es un problema mundial.¹

2. OBJETIVO

Disminuir el índice de infecciones asociadas a la Atención en salud, mediante el corte de la cadena de transmisión de microorganismos entre los usuarios que asistan a recibir una atención por parte de la IPS REHABILITAMOS SAS y del

¹ Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención en Salud, OMS 2009
http://www.med.unlp.edu.ar/archivos/noticias/guia_lavado_de_manos.pdf

	INSTRUCTIVO DE LAVADO DE MANOS	CÓDIGO	AS-IN-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	3 de 9

personal de salud que labora en la institución, a través de la higiene de manos.

3. ALCANCE

Este instructivo aplica para el personal asistencial y administrativo y se debe aplicar a todos los procesos de atención que se desarrollan en la IPS REHABILITAMOS SAS.

4. NORMAS DEL INSTRUCTIVO

- Todo el personal asistencial debe realizar el lavado de manos al iniciar y finalizar la jornada laboral.
- Todo el personal asistencial debe cumplir con la norma institucional: uñas cortas, no portar reloj, joyas ni accesorios.
- Todo el personal debe garantizar manos limpias, para ofrecer cuidados seguros.

5. GLOSARIO

- **HIGIENE DE MANOS:** Se considera al procedimiento de descontaminación de las manos por medio de su lavado o la fricción con productos alcohólicos.²
- **AGENTE ANTISÉPTICO:** Sustancias antimicrobianas que se aplica en la piel para disminuir el número de microorganismos.³
- **LAVADO DE MANOS SOCIAL:** Es el lavado de manos de rutina, se define como la remoción mecánica de suciedad y la reducción de microorganismos

² FERNANDEZ, Gómez Javier, Ochoa Linares Marina, Guía para las precauciones de Aislamiento hospitalario, Cusco, Enero de 2006, P. 8 Disponible en: <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2011/11/guia-de-lavado-de-manos.pdf>

³ Ibid, P.8

	INSTRUCTIVO DE LAVADO DE MANOS	CÓDIGO	AS-IN-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	4 de 9

transitorios de la piel. Este lavado de manos requiere de jabón común, de preferencia líquido, el que debe hacerse de forma vigorosa con una duración no menor de 15 segundos.⁴

- **LAVADO DE MANOS CLÍNICO:** Es el que se realiza con una solución jabonosa antiséptica de amplio espectro microbiano, que tiene rápida acción, no es irritante y está diseñado para su uso en situaciones de brotes de infección hospitalarias, áreas críticas, realización de procedimientos invasivos, y en áreas de pacientes inmunosuprimidos. El lavado de manos antiséptico es el método más efectivo.⁵
- **LIMPIEZA DE MANOS:** Frotado antiséptico de manos con compuestos de alcohol glicerinado al 70% sin el uso de agua, jabón y toalla.
- **FLORA RESIDENTE:** Se define a aquellos gérmenes que se hallan en capas profundas de la piel y se aíslan en la mayoría de las personas, se consideran permanentes residentes, y son de difícil remoción por la fricción mecánica. Esta flora puede sobrevivir y multiplicarse en capas superficiales de la piel. Entre los organismos considerados como flora residente se tiene a *Staphylococcus Coagulasa negativo*, *Corynebacterium*, *Acinetobacter*, *Enterobacterias* y levaduras.⁶
- **FLORA TRANSITORIA:** Se define a aquellos gérmenes que se hallan presente en la superficie de la piel, de forma temporal o transitoria, que se adquiere a través del contacto con los pacientes o personal infectado o colonizado o con superficies contaminadas, de fácil remoción mediante la higiene de las manos.⁷
- **FLORA INFECCIOSA:** Flora patógena que coloniza frecuentemente las manos de los trabajadores de la salud, usuarios y familiares causando enfermedades.

⁴ Ibid, P.9

⁵ Ibid, P. 10

⁶ Ibid., P. 8

⁷ Ibid, P. 7

	INSTRUCTIVO DE LAVADO DE MANOS	CÓDIGO	AS-IN-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	5 de 9

6. PROCESO DE LAVADO DE MANOS

Esta actividad es importante para que el personal lo adopte como una buena práctica diaria antes y después de realizar actividades propias de su cargo con el fin de disminuir riesgos en la atención de salud y como protección específica para cada persona que labora en la institución.

A continuación se describen los pasos a seguir de acuerdo al rol que desempeña cada empleado en la IPS REHABILITAMOS SAS:

LAVADO DE MANOS PERSONAL ADMINISTRATIVO

En caso del personal administrativo aplicar solo los pasos del 0 al 3 y del 8 al 11 como lo ilustra el poster de lavado de manos adjunto a continuación.

LAVADO DE MANOS PERSONAL ASISTENCIAL

En caso del personal asistencial debe aplicar todos los pasos del poster adjunto a continuación desde el paso 0 al 11 sin omitir ninguno de ellos.

TOALLAS PARA EL SECADO DE MANOS

Para cada uno de los diferentes lavados de manos descritos anteriormente se debe utilizar toallas de papel, se deben tener en cuenta las siguientes indicaciones:

- Deberá ser de un solo uso (descartable), de papel resistente.
- No deben usarse toallas de tela, permanentes o de uso colectivo.
- Los dispensadores deben ser cerrados y estar cercano al lavamanos a una altura que lo mantenga seco y que facilite la extracción o corte sin necesidad de



INSTRUCTIVO DE LAVADO DE MANOS

CÓDIGO	AS-IN-01
VERSIÓN	1
FECHA	09/05/2014
PAG	6 de 9

manipularlas y se encuentran disponibles en cada uno de los baños de los consultorios de la IPS.

¿Cómo lavarse las manos?

¡LÁVESE LAS MANOS SI ESTÁN VISIBLEMENTE SUCIAS!

DE LO CONTRARIO, USE UN PRODUCTO DESINFECTANTE DE LAS MANOS

⌚ Duración del lavado: entre 40 y 60 segundos



Mójese las manos.



Aplique suficiente jabón para cubrir todas las superficies de las manos.



Frótese las palmas de las manos entre sí.



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.



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



Frótese el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos.



Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, fróteselo con un movimiento de rotación, y viceversa.



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.



Enjuáguese las manos.



Sequeselas con una toalla de un solo uso.



Utilice la toalla para cerrar el grifo.



Sus manos son seguras.

Fuente: Lavado de manos según la OMS, disponible en: <http://goo.gl/YbVxa7>

	INSTRUCTIVO DE LAVADO DE MANOS	CÓDIGO	AS-IN-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	7 de 9

7. MOMENTOS EN LOS CUALES SE DEBE REALIZAR EL LAVADO DE MANOS

Realizar la limpieza de manos aplicando los 5 momentos:

1º Momento: Antes del contacto directo con el usuario como dar la mano, ayudar al usuario a movilizarse, valoración o examen físico y toma de signos vitales.

2º Momento: Antes de una tarea aséptica o manipular un dispositivo invasivo, (se usen guantes o no) como: manipulación de usuarios con heridas expuestas en el momento que se presente, administración de soluciones o cremas para la realización de terapias, manipulación de vendajes.

3er Momento: Después del contacto con materiales potencialmente contaminados como: vendajes, material de oxigenoterapia, siempre que no se tenga contacto con fluidos corporales, secreciones y excreciones.

4º Momento: Después del contacto con el usuario con piel intacta o dejar su entorno como: dar la mano, ayudarlo a movilizar, valoración o examen físico, toma de signos vitales.

5º Momento: Después del contacto con objetos en el entorno inmediato del usuario, al salir del consultorio inclusive si no se ha tenido contacto al usuario o al estar en contacto con: camilla de terapia, gradillas y silla donde se ubica el usuario.

8. RECUERDE:

- No avanzar con el lavado hasta que el jabón antibacterial forme bastante

	INSTRUCTIVO DE LAVADO DE MANOS	CÓDIGO	AS-IN-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	8 de 9

espuma.

- Retirar completamente el agente antiséptico para prevenir irritaciones y dermatitis
- Las manos se deben secar perfectamente utilizando toallas de papel, ya que la humedad es un medio de cultivo excelente para los microorganismos
- No realice fricción, si sus manos están visualmente sucias o tiene contacto con secreciones o fluidos corporales.
- Los guantes no reemplazan el lavado de manos.
- No emplear agua caliente para el lavado de manos, eleva el riesgo de dermatitis.

	INSTRUCTIVO DE LAVADO DE MANOS	CÓDIGO	AS-IN-01
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	9 de 9

BIBLIOGRAFÍA

FERNANDEZ, Gómez Javier, Ochoa Linares Marina, Guía para las precauciones de Aislamiento hospitalario, Cusco, Enero de 2006, P. 8 Disponible en:
<http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2011/11/guia-de-lavado-de-manos.pdf>

Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención en Salud, OMS 2009
 Disponible en:
http://www.med.unlp.edu.ar/archivos/noticias/guia_lavado_de_manos.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Instructivo de Lavado de Manos, Octubre de 2010, Disponible en:
http://www.who.int/gpsc/information_centre/gpsc_lavarse_manos_poster_es.pdf?ua=1

CONTROL DE CAMBIOS		
fecha	versión	Detalle
09/05/2014	1	Creación del documento

Anexo I. Guía educativa de salud pública enfocada al nivel de atención secundaria

	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	1 de 27

GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA PARA LA IPS REHABILITAMOS SAS



Elaborado por:

Grupo de Estudiantes aspirantes al título de Especialistas en Administración de Servicios de Salud

PUERTO BERRIO (ANTIOQUIA)

2014

Dirección: Calle 50 Nro. 7 – 16

Teléfono: 833 4198 – 313 719 8336

	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	2 de 27

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta las guías de manejo de las patologías en las que interviene la IPS REHABILITAMOS SAS, de fisioterapia, fonoaudiología y psicología, se distribuye la guía de acuerdo a los eventos que con mayor frecuencia se presentan en el Municipio de Puerto Berrio - Antioquia; en esta guía contiene información de carácter pedagógico para el cuidado de la salud, adopción de conductas protectoras y fomento de estilos de vida saludable.

OBJETIVO

Disminuir los problemas de salud que enfrentan los pacientes atendidos por los profesionales de la IPS REHABILITAMOS SAS, mediante un modelo educativo, basados en la prevención de alteraciones psíquicas y del movimiento que generan disfunciones, limitaciones funcionales y discapacidades en los usuarios.

COMPONENTE PROFESIONAL:

Los profesionales de la IPS REHABILITAMOS SAS, participan en la promoción de la salud y la prevención de las deficiencias, limitaciones funcionales y discapacidades en individuos en riesgo de alteración del comportamiento motor y mental, debido a factores de salud o médicos, estrés socioeconómico y estilos de vida; involucrando la interacción entre los profesionales, el paciente, las familias y los cuidadores.

POBLACION OBJETO

Todos los usuarios que tienen acceso a los servicios de salud en la IPS REHABILITAMOS SAS.

	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	3 de 27

DESARROLLO DE LA GUÍA PARA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

A continuación se plasma la estructura de la guía de acuerdo a los eventos manejados en la IPS REHABILITAMOS SAS:

1. FISIOTERAPIA

- Síndrome del manguito rotador
- Artrosis de rodilla
- Síndrome del túnel carpiano

2. FONAUDIOLÓGÍA

- Alteración de la lectoescritura
- Dislalias

3. PSICOLOGÍA

- Trastorno de estrés pos-traumático
- Trastorno del aprendizaje

	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	4 de 27

1. FISIOTERAPIA

• SÍNDROME DEL MANGUITO ROTADOR

Es un trastorno caracterizado por la compresión de la bursa supra-espinosa, el tendón del supra-espinoso o el tendón del bíceps entre la tuberosidad mayor y el arco coraco-acromial. La principal manifestación clínica es una cervico-braquialgia dolor en la región del hombro en el tercio proximal del humero, suele aumentar en las noches por la congestión venosa en el sitio. También se presenta debilidad para elevar el brazo por encima de la cabeza o dolor con actividades realizadas por encima de la cabeza. El dolor suele aumentar con movimientos de abducción y rotación externa, perdiéndose de forma paulatina el arco de movilidad.



Fuente: <http://goo.gl/4TdCFC>

Cuidados paliativos para la prevención de la aparición de los síntomas:

- Evitar realizar esfuerzos bruscos o manipular objetos muy pesados que puedan generar dolor.
- Evitar realizar movimientos repetitivos que involucren un alto grado de movilidad del hombro.

Dirección: Calle 50 Nro. 7 – 16

Teléfono: 833 4198 – 313 719 8336

	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	5 de 27

- Evitar golpes o contusiones de los tejidos blandos.
- Si el trabajo requiere la adopción de posturas prolongadas por más de 4 horas en una misma posición de la articulación del hombro, se recomienda la realización de pausas activas cada 2 horas en las que se deben realizar estiramientos de capsulas articulares.
- No realizar ningún tipo de actividad en la que tenga que levantar los brazos por encima de los hombros. (Máximo 90° de flexión o abducción).
- Realizar estiramientos de capsulas Articulares.
- Realizar ejercicios de fortalecimiento de manguito rotador y deltoides como se le enseña en las terapias.
- No realizar tareas o actividades que requieran la realización de movimientos repetitivos como barrer, trapear, lavar a mano, etc.
- Realizar estiramientos y fortalecimientos musculares de por vida
- **Ejercicios:**

	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	6 de 27

- Realizar los siguientes ejercicios al menos en cuatro sesiones semanales, preferiblemente a diario, con días de descanso:

Estiramiento 1

Llevar la mano del miembro afecto al hombro opuesto. Adelantar ligeramente el hombro. Debería experimentar un ligero estiramiento en el hombro afectado.



Ejercicio 1

Con la mano sujetando una pesa (con el pulgar hacia abajo), elevar el brazo extendido hasta un ángulo de 45° o hasta donde el dolor lo permita.



Fuente: <http://goo.gl/pqBvik>

Estiramiento 2

Colocar el brazo afectado sobre la cabeza, con la mano extendida hacia la parte posterior del hombro contrario. Lentamente llevar el codo doblado hacia atrás.



Ejercicio 2

Este ejercicio puede realizarse de pie con una goma, o tumbado sobre el lado doloroso con pesos (ver el dibujo inferior). Comenzar con varias repeticiones de movimientos lentos y progresar con más peso o tensión de la goma.



	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	7 de 27

Fuente: <http://goo.gl/pqBvik>

Estiramiento 3

Llevar la mano del brazo afecto al hombro opuesto. Adelantar el hombro ligeramente. Se debería experimentar un cierto estiramiento en el hombro afectado.



Ejercicio 3

Tumbarse en una mesa con el codo en el borde y la mano colgando, con un peso en la mano. Levantar el peso paralelo al suelo hasta el nivel de la mesa o de la cabeza (manteniendo la espalda plana, sin arquearla). Elevar el codo en dirección al techo, de manera que se aproximen los omóplatos. Comenzar con un peso pequeño y aumentar progresivamente. El ejercicio debe ser lento y controlado.



Fuente: <http://goo.gl/pqBvik>

Prevención del síndrome del manguito rotador

- Realizar movimientos sencillos en los ejercicios donde entre en juego el manguito rotador
- Estirar siempre después de realizar un ejercicio en el que se haya visto involucrado el manguito rotador. Los estiramientos nos ayudarán a aliviar la tensión tanto de las fibras musculares como de los tendones.
- Moderar las sesiones de entrenamiento y programar períodos adecuados de descanso entre estas para prevenir la tendinitis.
- El precalentamiento y la realización de estiramientos.

Dirección: Calle 50 Nro. 7 - 16

Teléfono: 833 4198 - 313 719 8336

	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	8 de 27

• **ARTROSIS DE RODILLA**

Enfermedad crónica degenerativa que se caracteriza por el deterioro progresivo del cartílago en cualquiera de las articulaciones. Este deterioro conduce a la aparición de dolor con la actividad física, incapacidad variable para caminar y permanecer de pie, así como la deformidad progresiva de las articulaciones, en este caso el de la rodilla.



Fuente: <http://goo.gl/brRZb6>

Cuidados para evitar el agravamiento de la patología y la instauración de la misma:

- Evitar caminar constantemente y por largos periodos de tiempo o largos trayectos principalmente en terrenos irregulares.
- Evitar adoptar posturas prolongadas de bipedestación por largos periodos de tiempo. Intercalarlos con postura de sedente.
- Evitar el ascenso y descenso de escaleras y ramplas de forma cotidiana y rápida.
- Evitar cargar pesos por largos trayectos.
- Evitar al máximo todas las actividades que generan dolor.
- No adoptar posturas prolongadas especialmente en bipedestacion (de pie) o sedente (sentado).

Dirección: Calle 50 Nro. 7 – 16

Teléfono: 833 4198 – 313 719 8336

	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	9 de 27

- Aplicar medios físicos es rodillas para disminuir dolor e inflamación.
- Realizar estiramientos de isquiotibiales y extensores de rodillas.
- Realizar ejercicios de Fortalecimiento progresivo de MMII con ejercicios con pesas o trabajo en piscina.
- No realizar actividades de impacto de rodilla, como lo es, saltar, correr, trotar, etc.
- Los deportes de contacto, como el fútbol o el rugby, no se recomiendan
- **Ejercicios:**



Fuente: <http://goo.gl/brRZb6>

	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	10 de 27

Prevención de la artrosis de rodilla

- Es recomendable llevar una dieta sana y equilibrada, realizar ejercicio físico moderado (acorde con la edad y el estado físico de la persona) y evitar la obesidad.
- Limitar los esfuerzos físicos intensos, tales como cargar objetos pesados o desempeñar actividades laborales que exijan un esfuerzo físico intenso.
- Realizar Actividad Física, la inactividad debilita la musculatura en detrimento de la salud articular, la cual pierde flexibilidad, consistencia y fuerza
- Se recomienda mantenerse erguido y no utilizar sillas bajas, pues causan una gran tensión en caderas y rodillas a la hora de sentarse y levantarse.
- En viajes largos, es aconsejable hacer paradas cada hora, pasear y moverse, para evitar rigidez articular.

	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	11 de 27

- **SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO**



Fuente: <http://goo.gl/brRZb6>

El síndrome del túnel carpiano es un trastorno doloroso de la muñeca y de la mano. Es un túnel angosto formado por huesos y otros tejidos de la muñeca, este túnel protege al nervio mediano el cual debe tener una presión máxima de 8 mmHg, cuando esta presión se incrementa, comprime las estructuras que pasan por el túnel entre ellas, el nervio mediano el cual es el responsable de los síntomas descritos por el paciente. Es producida por el movimiento repetitivo de flexo-extensión, inversión y eversión de muñeca comprimiendo e irritando el nervio media y las estructuras adyacentes.

Cuidados paliativos para disminuir los síntomas:

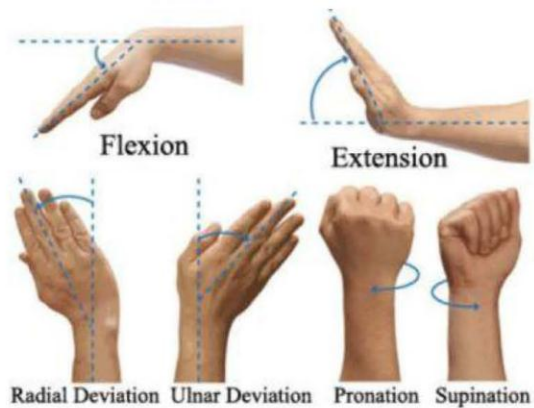
- Utilización de férulas para disminuir los síntomas. utilizarla cuando realice cualquier tipo de actividades con las manos y en las noches se coloca pero suelta para que no genere compresión.
- Realizar estiramientos de flexores y extensores de los dedos y muñeca antes, durante y después de realizar cualquier tipo de actividad.

Dirección: Calle 50 Nro. 7 – 16

Teléfono: 833 4198 – 313 719 8336

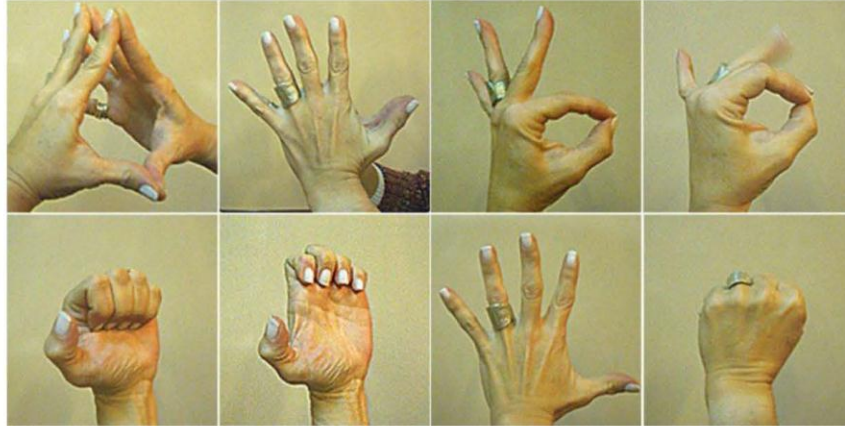
	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	12 de 27

- Realizar ejercicios de fortalecimiento de flexores y extensores de muñeca y dedos con mancornas.
- No realizar actividades constantes con las manos sin la férula como: coser, bordar, lavar ropa a mano, hacer aseo, hacer comida, pintar, escribir y demás actividades que requieran de movimientos cortos y repetitivos.
- Evitar realizar esfuerzos o manipular objetos pesados constantemente.
- Si la patología ya tiene daño nerviosos moderado o severo, es mejor realizar la cirugía ya que el daño axonal es irreversible y el postergar el procedimiento hace que el nervio se lesione cada día más.
- **Ejercicios:**



Fuente: <http://goo.gl/brRZb6>

	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	13 de 27



Fuente: <http://goo.gl/brRZb6>

Prevención del síndrome del túnel carpiano

- Si en la jornada laboral requiere la utilización constante de las manos realizando movimientos repetitivos en ciclos cortos de tiempo, realizar estiramientos constantes de flexores y extensores de los dedos y muñeca.
- Si los síntomas como parestesias o debilidad ya se están presentando, se recomiendan la utilización de muñequeras de inmovilización para disminuir los síntomas.
- Usar tablillas para mantener derechas las muñecas, y usar una postura y posición correcta de la muñeca.
- Usar guantes sin dedos puede ayudar a mantener las manos tibias y flexibles.
- Los empleadores pueden desarrollar programas en ergonomía, el proceso de adaptar las condiciones del lugar de trabajo y las demandas del trabajo a las capacidades de los trabajadores.

Dirección: Calle 50 Nro. 7 – 16

Teléfono: 833 4198 – 313 719 8336

	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	14 de 27

2. FONOAUDIOLOGÍA

• **Alteración de la lectoescritura**

Las dificultades en estos procesos pueden deberse a un componente funcional o a un componente orgánico (neurológico, motriz, etc.). En el caso de la escritura se habla de: Digrafía y Agrafía; en el de la lectura, de: Dislexia y Alexia.

- Digrafía: Trastorno de la escritura que se da en los niños y que no responde a lesiones cerebrales o a problemas sensoriales, sino a trastornos funcionales.
- Agrafía: Trastorno de tipo neurológico que afecta la calidad de la escritura del sujeto, al igual que diversos aspectos de este proceso.
- Dislexia: Trastorno o dificultad de tipo funcional durante el proceso de adquisición de la lectura.
- Alexia: Incapacidad para comprender la palabra escrita o impresa, como consecuencia de una lesión cerebral.

Cuidados paliativos

- Se le recomienda a los padres que estén atentos a desarrollar cada actividad generada por la terapeuta, para generar en el usuario un avance más certero y no un retroceso de las terapias realizadas.
- Es importante generar juegos con las palabras como realizar un domino de palabras, y jugar con los usuarios debido que así ayudan a la comprensión de la estructuración de las palabras.
- Es importante que a nivel de la lectura el usuario lea en voz alta y textos pequeños y a medida que se cumplan las reglas gramaticales de estas se aumentara el texto.
- Una recomendación importante en este caso es no realizar presión sobre los usuarios, ni gritarlos, ya que generaría frustración e inseguridad evitando un avance.

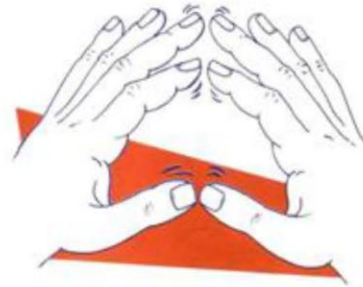
	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	15 de 27

- Es recomendable que el usuario realice otras actividades que generen un conocimiento amplio de vocabulario y agilidad mental, visual y mecánica en el caso de la escritura; como por ejemplo: rompecabezas, crucigramas, laberintos, juegos de palabras, buscar en el diccionario palabras que desconozca, entre otra.
- Al ejercer la escritura el cerebro realiza un procedimiento más complejo, por lo cual es importante que el niño conozca los espacios de un cuaderno, sin pasarse de un reglón o recuadro, que conozca la diferencia de cada letra, pero sobre todo que cuando termine de escribir, lea lo que escribe y el mismo ejerza en sí mismo la autocorrección.
- **Ejercicios para la digrafía y la agrafia:**

Psicomotricidad



- Toca las yemas de todos los dedos con el dedo pulgar.
- Hazlo primero despacio y luego a mayor velocidad.
- Hazlo con los ojos abiertos o con los ojos cerrados.



- Une los dedos de ambas manos: pulgar con pulgar, índice con índice...
- Hazlo primero despacio y luego a mayor velocidad.
- Hazlo con los ojos abiertos o con los ojos cerrados.

Fuente: <http://goo.gl/brRZb6>



GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA

CÓDIGO	AS-GU-05
VERSIÓN	1
FECHA	11/03/2014
PAG	16 de 27

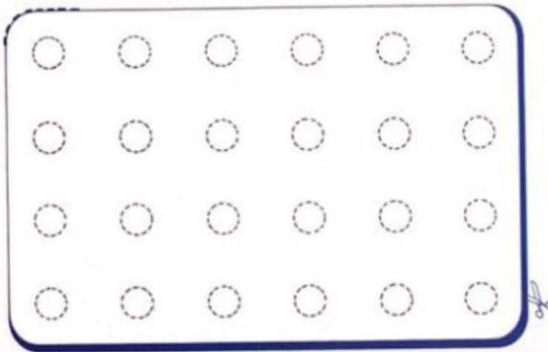
Grafoescritura

• Repasa con tres colores diferentes cada letra.



Fuente: <http://goo.gl/brRZb6>

• Recorta el contorno del dibujo. Después perfora los redondeles con punzón.

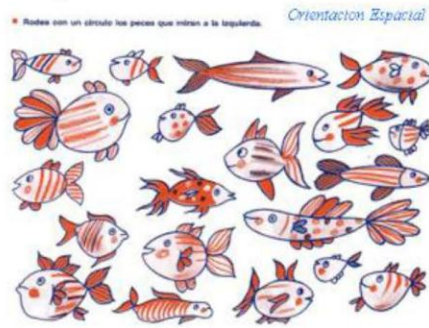


Fuente: <http://goo.gl/brRZb6>

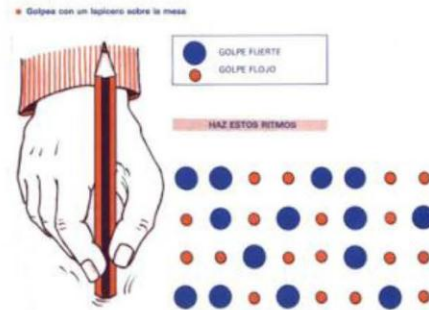


GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA

CÓDIGO	AS-GU-05
VERSIÓN	1
FECHA	11/03/2014
PAG	17 de 27




Fuente: <http://goo.gl/brRZb6>

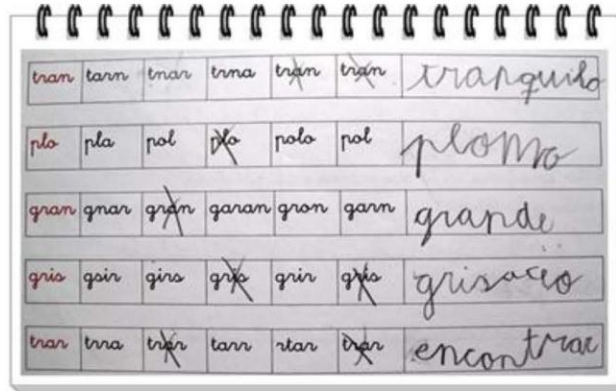


Fuente: <http://goo.gl/brRZb6>

- **Ejercicios para la dislexia y alexia:**

- Ejercicio de conciencia silábica

	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	18 de 27



Fuente: <http://goo.gl/brRZb6>

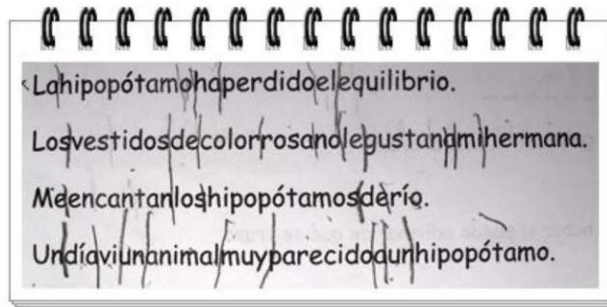
Ejercicio de conciencia fonemica



Fuente: <http://goo.gl/brRZb6>

	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	19 de 27

Ejercicio de conciencia léxica

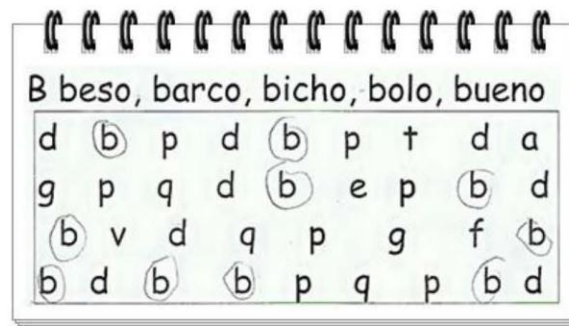


Fuente: <http://goo.gl/brRZb6>

Ejercicio compensatorio de deletreo, sopa de letras y rimas

Los juegos de letras tipo Scrabble, así como los crucigramas y sopas de letras también ayudan a mejorar la Conciencia Fonológica de manera indirecta.

Ejercicios de orientación y discriminación visual de símbolos y grafemas



Fuente: <http://goo.gl/brRZb6>

	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	20 de 27

- **Dislalias**

Trastorno en la articulación de los fonemas, por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos. Incapacidad para pronunciar correctamente ciertos fonemas ya sean consonantes o vocales, se presenta después de los seis años de edad, con errores persistentes; antes hablaríamos de una alteración en los procesos fonológicos.

Cuidados paliativos

- Una de las recomendaciones más importantes es que al usuario en este caso un niño, se le debe hablar correctamente, sin quitar palabras o minimizarlas, es decir hablarles de forma a niñada o consentida; ya que los padres son el modelo lingüístico del niño y si escucha ese dialecto así será su comunicación.
- Realizar juegos musicales, en donde ellos desarrollen su audición para diferenciar pronunciación de las palabras.
- Es importante realizar movimientos con sus labios realizando imitaciones de sonidos de animales, de medios de transporte, o cosas que comúnmente el usuario vea.
- Realizar ejercicios de musculatura facial como: abrir y cerrar con fuerza la boca, sostener un botón entre los labios y tirarlo de su boca, hacer burbujas en un vaso utilizando diferentes diámetros de pitillos.
- Se debe realizar la adecuada producción de sonido de cada letra o fonema al niño con el fin de que conozca su verdadera pronunciación y sonido.
- Realización de cada uno de los sonidos de los fonemas por medio de imitación con el fin de que reconozca su colocación articular en su boca y su pronunciación.

	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	21 de 27

- Es importante realizar estos ejercicios de forma lúdica y repetirlos las veces necesarias, para que el cerebro del niño capte el sonido y pueda producirlo correctamente.

- **Ejercicio para la dislalia**

El fonodil, favorece y refuerza los aprendizajes formales de la lectoescritura y la articulación de las palabras y estimula la comprensión y estimulación semántica, con las mismas reglas que el "juego de la oca".



Fuente: <http://goo.gl/HSWt6>

Prevención de la dislalia

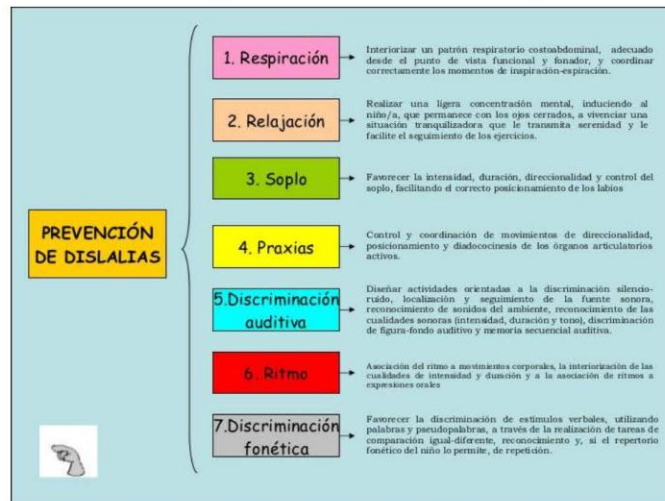
Dirección: Calle 50 Nro. 7 - 16

Teléfono: 833 4198 - 313 719 8336

	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	22 de 27



Fuente: <http://goo.gl/Epl7zd>



Fuente: <http://goo.gl/Epl7zd>

	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	23 de 27

3. PSICOLOGÍA

- **Trastorno de Estrés Pos-traumático (TEPT)**

El trastorno de estrés postraumático o TEPT es una enfermedad. Puede padecer de TEPT después de haber vivido o presenciado un acontecimiento peligroso, que genere un desequilibrio emocional. El TEPT hace que se sienta estresado y con miedo posteriormente al evento estresor. Afecta la calidad del paciente y su entorno.



Fuente: <http://goo.gl/2P23m2>

Cuidados paliativos para el TEPT

- Entrenar habilidades de afrontamiento y de competencia personal.
- Normalizar lo anormal (desdramatizar, facilitar diversos enfoques).
- Disminuir conductas de Evitación y enseñar técnicas de solución de conflictos.
- Restablecer la autoestima.
- Facilitar el contacto con redes de apoyo, grupos de amigos, etc.
- Contactar y coordinar con los diferentes profesionales que intervienen en el tema para unificar criterios (legales, médicos, etc.)

Prevención de TEPT

Dirección: Calle 50 Nro. 7 – 16

Teléfono: 833 4198 – 313 719 8336

	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	24 de 27

- Facilitar la interrupción inmediata de los mecanismos que pueden estar manteniendo el estresor (abuso) y evitar que se repita en el futuro.
- Contactar con las personas significativas de la víctima para conseguir el apoyo en sus estrategias de afrontamiento y, si es necesario, reorientar a todo el grupo o familia.
- Preparar a la víctima para que pueda afrontar la situación, e integrar el trauma para que no se establezcan mecanismos de defensa que perpetúen el TEPT.
- Prevenir las consecuencias emocionales y sociales a que pueda dar lugar la toma de conciencia del impacto del estresor

- **Trastornos del Aprendizaje**

Los Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar constituyen un conjunto de problemas psicológicos para la comprensión o el uso del lenguaje, que interfieren significativamente en el rendimiento en la escuela, dificultando el adecuado progreso del niño y la consecución de las metas marcadas en los distintos planes formativos.



Fuente: <http://goo.gl/FVvkcx>

Cuidados paliativos para los trastornos del aprendizaje

Dirección: Calle 50 Nro. 7 – 16

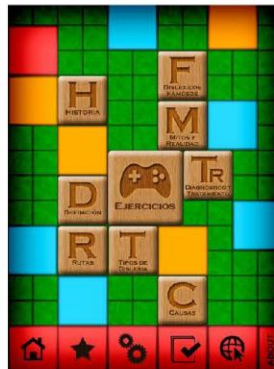
Teléfono: 833 4198 – 313 719 8336

	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	25 de 27

El cuidado eficaz para el trastorno del aprendizaje se enfoca en una correcta enseñanza, un proceso de reeducación con técnicas específicas individualizadas.

- Coordinación: familia-pediatra- colegio: desarrollar estrategias de estudio, resaltando actitudes positivas.
- Actividades estratégicas en el colegio: los docentes deben motivar a los estudiantes y facilitar el aprendizaje por medio de diferentes técnicas para mejorar tanto la parte auditiva, motora y del lenguaje.
- **Ejercicios:**

El CPA: comunicador personal adaptable muy útil para reconocer objetos, colores y palabras básicas, este comunicador incluye sonidos.



Fuente: <http://goo.gl/0JX3mF>

Prevención de los trastornos del aprendizaje


- Disponer de medios humanos y técnicos para la detección de los trastornos
- Intervención prioritaria
- Coordinación y coherencia de recursos escolares y sociales
- Programas de educación para la salud integral y la prevención en los centros escolares
- Atención y educación individualizadas de cada programa

Dirección: Calle 50 Nro. 7 – 16

Teléfono: 833 4198 – 313 719 8336

	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	26 de 27

- Estratégica de IEC: información, educación y comunicación
- Evitar burlas en los niños, por el contrario brindarle apoyo y mecanismos de defensa que les permitan reconocer, afrontar y mantener la persistencia.
- Desde la etapa prenatal y recién nacidos es importante aplicar técnicas de estimulación de acuerdo a la edad.

	GUÍA EDUCATIVA DE SALUD PÚBLICA ENFOCADO AL NIVEL DE ATENCIÓN SECUNDARIA	CÓDIGO	AS-GU-05
		VERSIÓN	1
		FECHA	11/03/2014
		PAG	27 de 27

BIBLIOGRAFIA

BOONE, Daniel R. La voz y el tratamiento de sus alteraciones. 2ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1987.

CODERCH Juan, Psiquiatría Dinámica, 3ed, Ed Herder. Barcelona 1999

ALARCOS LLORACH, Emilio; BOREL-MAISONNY, Suzanne; HECAEN, Henri; MANDIN, Daniel y GUIRAUD, Pierre. Adquisición del lenguaje por el niño, los desórdenes del lenguaje; las funciones secundarias del lenguaje; las representaciones gráficas del lenguaje. Buenos Aires: Nueva Visión

CASTELLANOS JuliaIba, Programa de Fisioterapia, Practica Clinica Trauma. Disponible en: <http://www.slideshare.net/bufalofjh/sindrome-de-manguito-rotador>

LOPEZ Monica Maria, Sindrome del Tunel del Carpo, Fisioterapia, Marzo de 2008 Disponible: <http://www.efisioterapia.net/articulos/sindrome-del-tunel-del-carpo>

CONTROL DE CAMBIOS		
fecha	versión	detalle
09/05/2014	1	Creación del documento

ANEXO COMPENDIO DE LOS ESTÁNDARES HISTORIA CLINICA Y REGISTROS

Anexo J. Formato de autorización y consentimiento informado

	FORMATO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	AS-FO-02
		VERSIÓN	1
		FECHA	09/05/2014
		PAG	1 de 1

Fecha: _____ Servicio: _____

Nombre de la persona a la que va dirigido el documento: _____
(generalmente director de la institución)

Yo _____ identificado(a)
con _____ Número _____. () Como usuario autónomo de manera
libre y voluntaria en ejercicio de mis facultades, o () como acompañante o responsable
del usuario según las facultades que me confiere la ley (Decreto 1546/98, Artículo 9) o por
delegación del usuario directamente.

Declaro que ingreso a la IPS REHABILITAMOS SAS como () usuario particular o ()
por previa autorización de la entidad de seguridad social pública o privada a la que me
encuentro afiliado(a).

Hago constar que he sido debidamente informado(a) por la IPS REHABILITAMOS SAS,
por el terapeuta _____ sobre el diagnóstico de mi
enfermedad _____ la cual consiste en _____
_____ por lo cual recibiré
el siguiente tratamiento, _____
el cual puede tener los siguientes beneficios, complicaciones, y riesgos
_____.

De manera voluntaria y consciente autorizo que me sean realizados los procedimientos o
terapias requeridas por mi condición actual de salud y me comprometo a seguir las
indicaciones dadas por el(los) profesional(es) para el adecuado logro de los objetivos
propuestos.

He sido informado(a) sobre mi derecho a expresar cualquier tipo de queja reclamo o
sugerencia, sobre la calidad de la atención y los servicios y productos de la IPS
REHABILITAMOS SAS.

Comprendo y estoy satisfecho/a con la información recibida contestándome a todas las
preguntas que he considerado conveniente me fueran aclaradas

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma del Profesional

Nombre y Firma del testigo

Dirección: Calle 50 Nro. 7 – 16

Teléfono: 833 4198 – 313 719 8336