

La mejora de calidad en los procesos asistenciales de Fisioterapia en A.E.

Autor : José Luis Elosegui Bilbao. Fisioterapeuta.

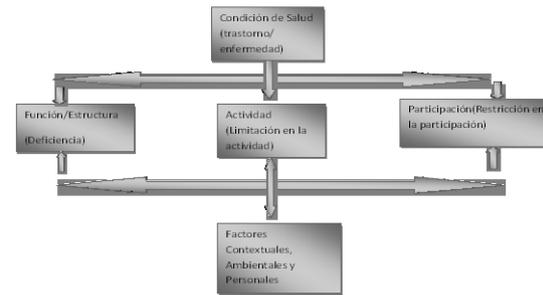
- INTRODUCCIÓN -

- Los procesos asistenciales de Fisioterapia al incidir de forma directa sobre el usuario, deberían incluirse en los procesos de mejora de calidad .
- Bajo el paradigma dominante del modelo médico de enfermedad, el criterio establecido por los profesionales médicos condiciona con sus prescripciones de tratamiento las prácticas consideradas como correctas para los profesionales de Fisioterapia.
- En procesos en los que la mejora de la calidad ha de ser continua, los criterios médicos no incluyen la elevación de los estándares de calidad en la práctica fisioterápica .Sin embargo, esto se consigue de forma continua a través de los marcos conceptuales de la Fisioterapia que posibilitan la adopción de criterios sobre los que fundamentar su práctica.

- MÉTODO -

- Revisión bibliográfica de carácter descriptivo: bibliografía especializada en Fisioterapia y Rehabilitación (libros, revistas, artículos) así como fuentes documentales sobre Calidad en el ámbito asistencial sanitario.
- Organización de los datos: desarrollo de mapas de procesos en los que se describen secuencialmente las etapas de las que consta el proceso .
- Análisis de los datos: identificar deficiencias y detectar aspectos a mejorar e implementarlos en la redefinición de procesos.

-Modelo en el que se sustenta la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)-



-Modelo prescriptivo rehabilitador-



Modelo Médico Rehabilitador:

- Cuantifica los resultados de prescripciones de tratamiento mediante escalas de valoración estandarizadas
- Establece eficiencia y eficacia de las prescripciones del tratamiento físico mediante el cumplimiento de los objetivos establecidos
- Pierde continuidad y contacto directo con el usuario; la aplicación de tratamientos físicos es un subproceso que se superpone, que no se integra.
- La implementación de medidas correctoras en la terapéutica no es inmediata, sino tras un número variable de sesiones de tratamiento.

MODELOS DE PROCESOS ASISTENCIALES DE FISIOTERAPIA

Modelo operativo según Concepto Maitland



Concepto Maitland (disfunción articular):

Enfoque basado en la evaluación e interpretación de los síntomas que tras un examen articular incide terapéuticamente mediante movimientos accesorios articulares.

Modelo operativo según Concepto Bobath



Concepto Bobath (disfunción del S.N.C.):

Aproximación para la resolución de problemas del reconocimiento y tratamiento de personas con un trastorno de tono, movimiento y función debido a una lesión del Sistema Nervioso Central.

Modelo operativo de causa (S. Sahrnmann)



Método del análisis clínico del movimiento y de su disfunción (disfunción del movimiento):

Enfoque terapéutico que enfatiza la identificación de los patrones del movimiento alterado y sus factores agravantes para intervenir modificando dichos patrones y factores de forma correcta.

Modelos operativos de fisioterapia:

- Tienen una mayor continuidad en su atención al usuario
- El análisis clínico de las disfunciones es continuo, permitiendo la modificación de las técnicas de tratamiento aplicadas incluso en la misma sesión terapéutica.
- Las referencias más utilizadas para valorar la asistencia fisioterápica son el grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención y la mejora de la competencia profesional mediante la formación continua
- La evaluación es de carácter cualitativo más que cuantitativo, lo que dificulta la comparación para determinar el impacto exacto de la actuación efectuada sobre el usuario

-Resultados-

- Para mejorar la calidad de cualquier proceso asistencial debemos:
 - Establecer la práctica considerada como correcta.
 - Comparar la práctica considerada como correcta con la que estamos realizando.
 - Establecer los motivos por los cuales tenemos problemas.
 - Aplicar los cambios necesarios para solucionarlos.
 - Comprobar si estos cambios son eficaces .
- El modelo médico de enfermedad condiciona la mejora de la calidad clínica de los procesos de Fisioterapia pero reduce el rol del Fisioterapeuta a la aplicación de tratamientos físicos prescritos en su dimensión sintomática, morfológica y/o estructural.
- Deficiencias de la práctica profesional del Fisioterapeuta bajo el modelo de enfermedad:
 - Desconocimiento sobre la idoneidad de su práctica.
 - Imposibilidad de identificar deficiencias en su intervención.
 - Incapacidad para implementar medidas correctoras en sus actuaciones deficitarias.
- La práctica profesional del Fisioterapeuta precisa de un modelo que aporte comprensión en dos vertientes :
 - Sintomática, morfológica y/o estructural
 - Funcional y/o cinésica.
- Bajo este paradigma , la terapéutica se realizará según necesidades sintomáticas o lesionales y también respondiendo a criterios de conocimiento y competencia sobre la disfunción del movimiento.

- Conclusiones -

- El Fisioterapeuta necesita información cuantitativa para analizar objetivamente los avances y retrocesos de las intervenciones realizadas sobre el usuario.
- El Fisioterapeuta ha de reforzar el rol evaluador de sus actuaciones sobre el usuario para identificar prácticas deficitarias e implementar medidas correctoras que mejoren la calidad asistencial .
- El valor añadido de la práctica asistencial del Fisioterapeuta ha de provenir de dos vías :
 - Del análisis sistemático del movimiento y de la función y de su comparación con sus alteraciones.
- De la clasificación de las disfunciones del movimiento en categorías clínicas que permitan desarrollar estrategias terapéuticas homogéneas cuyos resultados sean reproducibles en efectividad, eficiencia, seguridad y satisfacción para el usuario.

Esquema de la exploración continua (ciclo regulador aplicado en Concepto Bobath)



Proceso de Razonamiento Clínico en Fisioterapia

