

PROTOCOLO DE COMUNICACIÓN CENTRO MÉDICO AFICENTER

Todas las acciones adelantadas desde el Centro Médico Aficenter tienen un enfoque interinstitucional, donde se involucra tanto las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio como los entes externos de vigilancia y control. Buscando siempre evitar la ocurrencia y recurrencia de eventos adversos a través de la implementación de acciones preventivas y/o correctivas desde el protocolo de comunicación de Aficenter.

1. OBJETIVO GENERAL

Promover cultura institucional de seguridad del paciente, reflejada en buenas prácticas en los servicios ofrecidos del Centro Médico Aficenter. Estableciendo mecanismos de comunicación para la identificación y creación de barreras de seguridad controlando la incidencia de actos y condiciones inseguras, dentro de un marco de búsqueda activa por parte de los colaboradores de la organización.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ☐ Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir los problemas de comunicación entre las personas que interactúan durante la atención a los pacientes.
- ☐ Identificar las acciones y actos inseguros que favorecen la ocurrencia de los problemas de comunicación entre las personas que interactúan durante la atención a los pacientes.
- ☐ Establecer cultura de auto reporte ante las fallas de comunicación de la organización que podrían convertirse en una acción insegura para el paciente.
- ☐ Divulgar la política de comunicación del Centro Médico Aficenter a todos los colaboradores.
- ☐ Coordinar los diferentes actores del sistema en la prestación del servicio de salud.

3. IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS DE COMUNICACIÓN

Estandarización de los mecanismos de comunicación desde los procesos administrativos y asistenciales de nuestra organización a través de prácticas seguras, mediante los cuales se establecen la identificación del usuario con el establecimiento de los marcadores que juegan un papel de barreras desde la comunicación para controlar la incidencia de actos y condiciones inseguras.

3.1 PROCESO DE AGENDAMIENTO. Hoy en el Centro Médico Aficenter existe un modelo estructurado que define el ingreso a consulta por primera vez, con los requisitos para una atención inicial en cada uno de nuestros servicios que garanticen una evaluación completa de la estructura teniendo en cuenta diferentes características epidemiológicas del paciente. Guión utilizado

- ☐ **Saludo:** Buenos días / Buenas tarde/Bienvenida@ al CENTRO MEDICO AFICENTER habla con xxxxx con quien tengo el gusto?
- ☐ **Motivo de la llamada:** ¿En qué puedo colaborar?
- ☐ Señor por favor para atender su solicitud debe tener la orden de servicio en su mano.
- ☐ "Por favor me indica su número de identificación" corrobore con el nombre que aparece en el sistema.
- ☐ **Antes de iniciar con su solicitud me puede confirmar si los números y dirección que le mencionaré a continuación están correctos**
- ☐ ¿Señor por favor me informa a qué entidad pertenece y el servicio que requiere?
- ☐ ¿El Señor me informa la fecha de expedición de la orden? la fecha se encuentra en la parte inferior izquierda". Si la orden se encuentra vigente continuar con el proceso de agendamiento, de lo contrario informar al usuario que se debe dirigir a su asegurador para renovación de la orden.
- ☐ **¿El señor usuario tiene alguna ayuda externa como muletas, caminador o silla de ruedas? ¿Se le dificulta subir gradas? ¿A usted le realizaron el procedimiento quirúrgico en un tiempo menor a 60 Días? si la respuesta es SÍ agendar las 10 primeras sesiones diarias, las siguientes 10 de manera Inter diaria (20 total) ESCRIBIR "POST QX" EN OBSERVACIONES del sistema de información GCI: Este ítem se convierte en el primer marcador de alcance de desde la comunicación desde el protocolo de comunicación de nuestra organización que transversa el programa de seguridad del paciente. Se debe interrogar al paciente si su condición actual presenta diabetes, lupus eritematoso o alguna alteración en la percepción del calor o frío en su piel, de ser afirmativo deberá ser consignado en el campo observaciones del sistema de información GCI. Convirtiéndose en el segundo marcador en este proceso**
El señor usuario en la actualidad usa medicamentos que producen alteraciones en su estado de alerta como somnolencia. De ser así el gestor de agendamiento debe organizar la programación de la cita 2 horas antes del consumo del medicamento del paciente. Si el usuario solicita servicios de terapia, preguntar ¿señor en que parte del cuerpo es su lesión? y homologarlos a los grupos de diagnósticos.
- ☐ Señor usuario usted desea que la programación de su cita sea en la jornada de la tarde o de la mañana
- ☐ Señor usuario su cita queda agendada para el día 26 de junio a las 4pm con el doctor XXXX en la siguiente dirección XXXX favor el día de la cita contar con los siguientes requisitos tome nota
 - Asistir 20 minutos antes de la consulta
 - Traer bebida hidratante si viene para terapias
 - Debe traer calzado cerrado
 - Señor usuario (si hay necesidad de asistir acompañante debe ser solo una persona y no deben ser niños, Se permite el ingreso de 1 acompañante para los pacientes de neurodesarrollo.
 - **Señor usuario es indispensable que el día de la cita traiga su historia clínica, y exámenes paraclínicos los cuales deben ser presentados en la admisión del CENTRO MEDICO AFICENTER: este ítem se convierte en el tercer marcador**

- Señor usuario solo se realiza reprogramación de cita si no cuenta con justificación médica previa.
- Señor usuario. Por favor revisar si en su orden se indica que el servicio requiere copago. El copago se realiza aquí directamente por el valor total de las terapias realizadas **“SI ES USUARIO DE MAPFRE, COLMENA, LIBERTY, SOAT o SOS, NO SE DEBE REALIZAR NINGÚN COPAGO”**
- Recuerde señor usuario que el horario acordado previamente con usted solo será modificará con justificación médica, de lo contrario se cancelara la cita y queda sujeta a la disponibilidad de la agenda de la IPS

Nota Inasistencia que no se justifique con excusa médica la cita no se re programara “ojo no se le dice al paciente que se pierde, pero simplemente no se le reprograma”

- Lo esperamos para brindarle una excelente atención. Que tenga buen día" recuerde que hablo con pepito Pérez CENTRO MEDICO AFICENTER
- Por último, diligenciar la bitácora de Axa y Positiva y la matriz de no conformidades de manera diaria

PAUTAS CLAVES PARA TENER EN CUENTA

- Si la solicitud es cambio de cita tener en cuenta que los pacientes de neuro se modifican con una notificación de 2 meses de antelación
- Todos los pacientes integrales de terapia ocupacional y terapia física se cambiarán solo una vez por orden generada.
- Paciente que tenga más de un servicio se debe agendar con integralidad, y simultaneidad el tiempo de espera máximo es de 30 minutos entre servicio.
- recuerde señor usuario que el horario acordado previamente con usted no, solo se modificará con justificación médica, de lo contrario se cancelara la cita y queda sujeta a la disponibilidad de la IPS

DURANTE LA LLAMADA TENGA EN CUENTA

NUNCA DIGA	MEJOR DIGALO ASI
“No se”	“voy a averiguarlo”
¿A la orden?	¿En qué le puedo ayudar?
¿Qué necesita?	¿En qué le puedo servir?
“Eso no es culpa mía”	“le ofrezco disculpas”
“No puedo hacer nada”	“estoy para ayudarlo”
“Tiene razón, eso está mal”	“comprendo su molestia”
“El que sigue”	“la persona con el turno xx, siga por favor”
“Así son las políticas”	“aunque existen políticas voy a escalar su caso para ver qué podemos hacer para apoyarlo”

“Ese no es mi trabajo”	“quién le puede ayudar en xx, permítame lo acompaño o lo pongo en contacto”
“Ahora estoy ocupado”	“permítame un momento por favor, ya estoy con usted”
“Ya vengo “	“permítame un momento ya regreso”

3.2 PROCESO DE ADMISIÓN. Hoy en el Centro Médico Aficenter existe un modelo estructurado que define la admisión en consulta por primera vez.

Es del alcance de este proceso el establecimiento:

- **IDENTIFICACIÓN DE MARCADORES:** existen 2 filtros en este proceso para identificación de marcadores como nombres y cédula (Marcadores de carácter obligatorio) El primer filtro de recolecciones de estos 2 marcadores son:

- Guión del gestor del usuario

Paciente primer vez:

- Buena tarde/buen día bienvenido al centro médico AFICENTER
- ¿Señor/a xxxx viene a realizar la valoración de consulta médica, examen de electro diagnóstico o terapias?
- ¿A qué horas es su cita?
- **¿Por favor me da su nombre completo y cédula? Esta información es verificada Este ítem se convierte en el primer filtro del marcador de carácter obligatorio, que muestra nombres y número de documento. Hace parte del protocolo de comunicación de nuestra organización que transversa el programa de seguridad del paciente.** El número de contacto es XXXX, ¿su correo electrónico es XXXX y su fecha de nacimiento es XXXX? En caso de requerir actualización de estos 3 datos, el turno es marcado con resaltador para qué ha evidenciado por el gestor de admisión.
- Muchas gracias por su colaboración, le recordamos estar pendiente de su turno el cual aparecerá en el televisor y tener el documento personal listo para el proceso de admisión”

- Guión de los Gestores de admisión

- Buena tarde/buen día bienvenido al centro médico Aficenter.
- Por favor me presenta su documento **este ítem se convierte en el segundo filtro del marcador de carácter obligatorio, que muestra nombres y**

número de documento. Hace parte del protocolo de comunicación de nuestra organización que transversa el programa de seguridad del paciente. Orden del servicio, autorización, historia clínica y documentos relevantes al motivo de su consulta.

- O Muchas gracias señor/a XXXX le recuerdo que su cita es a las XXX con el especialista XXXX en el consultorio XXXX en caso de que su llamado no se realice pasado 5 min de la hora de su cita por favor debe acercarse nuevamente a la admisión.”
- ☐ Garantizar la recolección y disposición digital de las ayudas diagnósticas imagenológicas, necesarias para la evaluación de la estructura mediante la correlación de estas pruebas objetivas. **Este ítem se convierte en el segundo marcador, hace parte del protocolo de comunicación de nuestra organización que transversa el programa de seguridad del paciente.**
- ☐ Orientación correcta del sitio de espera previo a la prestación del servicio lo que garantiza cumplimiento en la estructura de la agenda y expectativa del paciente. **Este ítem se convierte en el tercer marcador, hace parte del protocolo de comunicación de nuestra organización que transversa el programa de seguridad del paciente.**
- ☐ Orientación correcta del sitio de entrega del ordenamiento, producto del servicio recibido **Este ítem se convierte en el cuarto marcador, Hace parte del protocolo de comunicación de nuestra organización que transversa el programa de seguridad del paciente.**
- ☐ Garantizar la disposición digital de los consentimientos informados, una vez sea diligenciados del proceso asistencial.

3.3 PROCESO ASISTENCIAL. Desde la prestación en nuestra organización, se garantiza, una comunicación verbal y escrita con supervisión, custodia y disponibilidad de soporte en caso de ser necesario. Se desarrolla dentro de un ambiente físico seguro (Luz, espacio y ruido). Se protege la intimidad y confidencialidad del proceso.

3.3.1 Consenso historia clínica de terapia física.

Este documento representa la propuesta para consensar los datos principales a diligenciar y los campos que se deben consignar dentro de la hc teniendo en cuenta los apartados que nos brinda actualmente el sistema GCI y la normativa legal vigente.

La historia clínica digital deberá estar escrita en letra mayúscula, todos los campos deben quedar diligenciados. No se deben utilizar guiones ni asteriscos para llenar un campo; en caso tal que dicho campo no requiera se debe escribir no aplica y en antecedentes la palabra niega.

Nota: en caso de ser HC de eps, el número de siniestro y fecha de accidente de trabajo, puede quedar vacío ese campo.

A continuación se presenta como debe ir diligenciado cada campo de la historia clínica del Centro Medico Aficenter.

Motivo de consulta

En este apartado, debe estar escrito rehabilitación integral más el segmento o articulación corporal por el que consulta el paciente y la lateralidad.

Siniestro:

Fecha at: 25/05/2021

Ej.: rehabilitación integral 5to dedo mano derecha.

Enfermedad actual

En este apartado deberá realizarse la anamnesis donde a partir de indagar al paciente se puedan diligenciar los siguientes datos: edad, estado general. Si llega con acompañante, se utilizan tapabocas, causa de la lesión o molestia (accidente laboral, enfermedad profesional, dolor de aparición espontánea, accidente de tránsito, entre otros), mecanismo de lesión, intervenciones médicas o terapéuticas que ha recibido hasta el momento. Es indispensable realizar descripción de las comorbilidades específicamente si padece de diabetes, alteraciones sensitivas periféricas que pudieran convertirse en la causa de alteración de sensibilidad superficial, siendo este el primer marcador desde la parte asistencial de fisioterapia.

Ej. Paciente de 35 años de edad, que ingresa en buenas condiciones generales, con uso de tapabocas, refiere que el 12/05/2021 tuvo un accidente laboral que estaba caminando por un pasillo y al pisar una zona húmeda sufre valgo forzado de rodilla, atención inicial clínica nuestra señora de los remedios donde toman radiografía que no evidenció lesiones óseas, dan manejo con aines, remiten a ortopedia. Valorado por ortopedia Dr. José Joaquín Díaz el día 10/05/2021 quien manifiesta “paciente con trauma en valgo de rodilla derecha, esguince grado I de ligamento colateral medial, ordena inicio de fisioterapia y control en 1 mes”. Paciente reporta dolor 7/10 edad al realizar flexión mayor a 90° en rodilla y al ascenso y descenso de escaleras.

En caso de que la consulta sea por una enfermedad profesional podría iniciarse de la siguiente forma

Paciente de 50 años de edad, que ingresa al servicio de fisioterapia, con uso de tapabocas; con diagnóstico de síndrome de túnel carpiano bilateral, reconocido como enfermedad profesional por su arl. Refiere que ha tenido manejo qx liberación de túnel del carpo en mano derecha, y manejo conservador con terapia física mano izquierda.

Diagnóstico fisioterapéutico

Este diagnóstico se debe realizar siguiendo los lineamientos establecidos de la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. De una forma abreviada, teniendo en cuenta:

Funciones corporales: son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales. (Incluyendo las funciones psicológicas).²

Estructuras corporales: son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

Deficiencia: son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.

Actividad: es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo.

Participación: es el acto de involucrarse en una situación vital.

Limitaciones en la actividad: son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/ realización de actividades.

Restricciones en la participación: son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

Factores ambientales: constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en que las personas viven y conducen su vida. (Anexar bibliografía cif)

Ej.: paciente con alteración en estructuras ligamentarias de rodilla, ligamento colateral medial, que genera déficit en la estabilidad medial de rodilla, ocasionando limitación en actividades laborales.

Paciente con molestia en rodilla, presenta deficiencia en la función musculo esquelética relacionado con la fuerza muscular y estabilidad, a nivel de la articulación de la rodilla derecha debido a deficiencia en el ligamento colateral medial, que genera dificultad para caminar y participar en las actividades laborales.

Paciente mujer de 52 años prótesis de cadera derecha, presenta una deficiencia moderada en las funciones músculo esqueléticas relacionadas con la movilidad, estabilidad y fuerza muscular a nivel de la articulación de la cadera derecha debido a una deficiencia severa en su estructura ósea quirúrgicamente reemplazado, lo que provoca una dificultad moderada en la capacidad para desplazarse por el entorno, así como para cambiar de posición desde sedente a de pie y una dificultad leve en la participación durante los quehaceres de la casa.

Se evidencia en el contexto la presencia de una barrera moderada en la geografía física de su entorno fuera de la casa, lo que exige el uso de dispositivos externos como son las muletas canadienses, siendo este un facilitador completo.

Paciente de 44 años de edad con reparación del manguito rotador, presenta deficiencia en la función músculo esquelética relacionada con la movilidad y fuerza muscular de la articulación glenohumeral, debido a deficiencia en estructura de los tendones del hombro, presentando dificultad para mover el brazo, y dificultad para la participación peinarse, abrocharse el brasier, cocina

Pruebas complementarias

En este apartado se diligencia todas las ayudas diagnósticas imagenológicas y demás aportadas por el paciente, que sean consecuentes y relevantes para la atención. Todo apunte deberá consignar tipo de examen y fecha.

Ej.: rx de rodilla derecha 07/05/2021: bajo parámetros normales.

Este campo también será utilizado para dejar consignadas las notas quirúrgicas.

Ej. Descripción quirúrgica del 07/05/2021: asepsia, antisepsia...

Hallazgos quirúrgicos.

Antecedentes

Se escribe lo que el usuario refiera. En caso de no referir algo, se debe escribir la palabra niega.

Examen físico

Inspección: apartado importante para describir el estado físico que se puede observar en el paciente y las diferentes alteraciones posturales relevantes para la intervención fisioterapéutica con el modelo Centro Médico Aficenter.

Ej. Se observa edema peri articular en rodilla, perímetro rodilla der 30 cm vs izq. 28,5 cm. Se evidencia atrofia de cuádriceps perímetro cuádriceps 10 cm suprapatelar der 40 cm vs izq. 38 cm. Fémur rotado internamente, marcado valgo de rodilla, atrofia de glúteo medio, tibia rotada externamente.

Cuando se toman perímetros articulares y/o musculares deben consignarse las referencias anatómicas que se usaron para tomar esos perímetros, esto con el fin de que la medición sea lo más objetiva y replicable posible.

Sensibilidad

Sensibilidad superficial y profunda conservada o alterada. Presencia de parestesia, disestesia, analgesia, hiperestesia. Se realiza la anotación se calificación del dolor según lo describe el paciente con la escala visual análoga del dolor (Evad).

Flexibilidad: describir la clasificación de grados según la restricción que se evidencia en la movilidad de la articulación en la cual infieren el grupo muscular evaluado.

Ej. Retracción grado de los cuádriceps

Palpación: este apartado nace del examen manual consecuente a la lesión del paciente, donde se exploran las zonas propias y adyacentes a la lesión que el fisioterapeuta considere relevantes.

Ej. Aumento de tensión miofascial con puntos gatillos severos en paravertebrales lumbares y cuadrado lumbar de predominio derecho. Palpación dolorosa axial en proceso espinoso de l3 y l4.

Movilidad articular: este campo se diligencia a partir de la evaluación de la movilidad pasiva de la articulación evaluada con goniometría. En caso de existir alteración en la movilidad para completar los rangos en extensión, describir en términos de déficit de x° para completar la extensión.

Ej. Ama de rodilla: flexión 135°, ext.: déficit de 10° para la extensión completa.

Fuerza muscular: este campo se diligencia según la evaluación manual de la fuerza muscular, tomando como base la escala de daniels modificada.

Ej. Cuádriceps 3+/5, isquiotibiales 3/5, aductores 3+/5, glúteo medio 3/5. cular según la escala de daniels.

Ej. Cuádriceps 3+/5.

Evaluación funcional /dominancia

En este apartado, se escribe la lateralidad del paciente. También se puede anexar los rangos de movilidad activa, en caso de ser hombro. En el caso de los dedos reportar también alcance dígito palmar con la distancia pulpejo-palma, oposición del pulgar distancia pulpejo del pulgar-palma.

Ej. Logra contacto digito palmar

Déficit de 2 cm para el contacto digito palmar con 2do dedo (o todos los dedos según el caso)

Consideramos también importante describir movimientos funcionales relevantes como por ejemplo el alcance tras nuca y alcance vertebral en hombro, o el logro de pinzas bidigitales en mano.

Ej. Diestro o zurdo.

Mecanismo de desplazamiento: en este campo describir si el paciente se desplaza de forma independiente, con ayudas externas, el tipo de ayuda y si lo hace por sus propios medios o asistido de algún cuidador.

Ej. Paciente se desplaza en silla de ruedas propulsado por cuidador.

Paciente se desplaza por sus propios medios con ayuda de dos muletas (con o sin apoyo del miembro inferior lesionado)

Objetivos/plan:

En este campo diligenciar el número de sesiones, ya hay unos lineamientos establecidos con los pacientes de Comfenalco.

En este campo también se establecen los objetivos que se plantean con cada usuario desde fisioterapia basándose en el modelo Centro Médico Aficenter.

Ej. 10 sesiones de fisioterapia | inflamación de Bursa y tendón.

Objetivos

Promover la elongación muscular de la cadena flexura de mmss.

Observaciones

En el caso de ser usuario viva ips. Se debe anexar la solicitud de autorización.

Ej.: se solicita autorizar 5 sesiones de fisioterapia para dar inicio al plan de tratamiento. Gracias

En caso de ser un paciente que tenga riesgo de caída, se debe hacer la notación en este campo.

Diligenciamiento de la historia clínica para informes de fisioterapia

Motivo de consulta

Informe final ciclo 1, 2,3 (Aclarar el ciclo que está finalizando en número, y la cantidad de sesiones por ciclo finalizado. Siempre como número de sesiones realizadas / número de sesiones autorizadas) por ejemplo 10/10 sesiones de fisioterapia. Rehabilitación integral rodilla derecha.

Examen físico

Se debe colocar después de la información inicial la palabra actual y como se encuentra actualmente el paciente.

Ej. Actual: disminuyen puntos gatillos.

Objetivos/plan

En este apartado se deben describir los logros que se han evidenciado en el paciente y los déficits que observe el terapeuta en términos más funcionales. Se consignará también si el paciente tiene pendiente exámenes o citas de control con algún especialista, se establece la conducta a seguir bajo criterio médico o si continúa en proceso de rehabilitación y se finaliza con la palabra gracias.

Paciente quien finaliza 10/10 sesiones de fisioterapia.

Refiere ya no presentar dolor, que logra colgar la ropa sin molestia.

Evolución hacia la mejoría.

Se logran completar arcos de movilidad en hombro con mayor control escapular en rangos superiores a 90°.

Se potenciará la estabilidad del cinturón escapular con mayor fuerza en romboides, trapecio medio y serrato anterior.

Logra alcances altos, alcance tras nuca y alcance vertebral.

Aún con déficit en el desarrollo de fuerza muscular del deltoides anterior y medio.

Paciente tiene pendiente resultados de resonancia magnética y control con ortopedia.

Conducta a seguir bajo criterio médico.

Gracias.

Observaciones

Este campo se utiliza al momento en que se deba realizar alguna modificación acerca del número de sesiones en el caso de pacientes Comfenalco.

Ej. Se solicita programar 5 sesiones más de fisioterapia para dar continuidad al plan de tratamiento.

También es importante recalcar que lo dicho anteriormente es para el caso de terapia física. En caso tal de ser terapia hídrica o piso pélvico debe tener dicha palabra.

Rehabilitación integral de piso pélvico

Al momento de realizar valoración por piso pélvico, se deben cumplir los requisitos anteriores en cuanto a la anamnesis. La parte que debe cambiar es el examen físico.

Examen físico

Inspección. En este apartado debe ir consignado las respuestas de las preguntas específicas que se deben realizar, las cuales son:

Postura pélvica, frecuencia urinaria diurna, nicturia. Frecuencia fecal. Micción continua o intermitente. Vaciamiento completo o incompleto. Uso de pañal, toallas higiénicas, u/o protectores. -cambio. Vida sexual activa / inactiva. Con dolor - orina, patrón respiratorio.

Sensibilidad

Si refiere dolor o ardor al orinar. Si refiere dolor en abdomen bajo.

Flexibilidad

Retracción de aductores e isquiotibiales principalmente.

Palpación

Cómo se encuentra el abdomen.

Arcos de movilidad: en este aplica si están completos para extremidades superiores e inferiores. Y anotación de selectividad pélvica.

Fuerza muscular: a través de Daniel. Y si logra realizar la contracción de la musculatura perineal.

Bibliografías

J tordoya, guía metodológica para elaborar el diagnóstico fisioterapéutico según la clasificación internacional del funcionamiento (cif), de la discapacidad y de la salud, gaceta médica boliviana, 2016.

[Http://www.scielo.org.bo/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=s1012-29662016000100011](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=s1012-29662016000100011)

Organización mundial de la salud, organización panamericana de la salud, clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la salud, versión abreviada.

[Http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;jsessionid=54c21b23a92a2d9f993d2ab5d7c27020?Sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;jsessionid=54c21b23a92a2d9f993d2ab5d7c27020?Sequence=1)

3.3.2 Consenso historia clínica de terapia de lenguaje.

1.ANAMNESIS
2. ANÁLISIS POSTURAL
3. ESTRUCTURAS ORALES ACTIVAS (descripción órganos fono articuladores

4. ESTRUCTURAS PASIVAS	
5. ALIMENTACIÓN	
	Reflejos orales:
6. RESPIRACIÓN	
7. FONACIÓN	
8. LENGUAJE	
9. HABLA	
10. COMUNICACIÓN	
11. AUDICIÓN	
10. DIAGNOSTICO FONOAUDIOLÓGICO	
11. OBJETIVOS DEL PLAN DE INTERVENCIÓN	
12. CONDUCTA A SEGUIR	

1. ANAMNESIS

1.1 Información general

- ☐ Datos generales
- ☐ Diagnóstico médico

- Modelo de clasificación

1.2 Factores contextuales

- Conformación familiar
- Rutinas
- Ambiente
- participación

1.3 Antecedentes

- Pre-natales
- Peri-natales
- Post-natales
- Exámenes paraclínicos
- Otras observaciones

1.4 Observación del desempeño

- Cuidador: interacción, asistencia avd
- Niño: actividades funciones, características función motora(gruesa, fina, atención)
- Alimentación, ortesis y equipo especial

2. ANÁLISIS POSTURAL

2.1 Verticalidad corporal

- Posición cefálica
 - alineada
 - adelantada
 - flexión anterior
 - flexión posterior
 - lateralizada
- Cinturón escapular
 - Abducción
 - Aducción
 - Alineados
 - Inclínados

- hombros altos
- Cinturón pélvico

- Retroversión
- Antero versión

3. ESTRUCTURAS ORALES ACTIVAS (descripción órganos fonoarticuladores)

3.1 labios

- Anatómicamente íntegro
- Tono muscular
- Simetría
- Movilidad
- forma(invertido,invertido,fisurado)
- Sensibilidad
- Selle labial
- Sensibilidad
- coloración
- Disociación del movimiento
- Mucosa externa e interna

3.2 lengua

- Anatómicamente íntegro
- Tono muscular
- Movilidad
- Coloración
- Sensibilidad
- Postura lingual
- Forma
- Disociación del movimiento
- Mucosa externa e interna

3.4 masetero

- Tono muscular
- Simetría
- Contraídos o relajados
- Funcionalidad

3.5 buccinador

- Tono muscular
- Movilidad
- Funcionalidad
- Simetría

3.6 borla de mentón

- tono muscular

3.7 competencia velo palatino

- Insuficiente
- Suficiente
- Úvula

9.5 Amígdalas

- Hipertróficas
- Normales

3.5 Cuello

- Corto
- Alto
- Ancho
- Tono muscular
- Sensibilidad

4. ESTRUCTURAS PASIVAS

4.1 configuración ósea (perfil)

- ortognático
- prognático
- retrognático

4.2 articulación temporo mandibular

- Movilidad
- Sonidos
- Grado de apertura
- Trayectoria del movimiento

4.3 Dientes

- tipo de mordida
- estado dental

4.4 Paladar

- Forma
- sensibilidad

5. ALIMENTACIÓN

5.1 Reflejos orales

- R. Búsqueda (giro cefálico+protusión labial, giro cefálico+apertura oral y giro cefálico+protusión lingual)
- R succión (succiones por segundo, ritmo y fuerza)
- R. nauseoso (interiorizado o posteriorizado)
- R. deglución (atragantamiento y regurgitación) presente/ausente
- R. mordida (cierre mandibular)
- R. Tos (incoordinación , succión, deglución y respiración) presente ausente

5.2 tipo de alimentación

- enteral
- parenteral
- -oral (tipo de consistencia alimenticia)

5.3 Forma de alimentación

- autónomo
- asistido
- semi autónomo

5.6 Aditamentos

- Vaso con escotadura
- Tetero
- Manopla
- Magos moldeables
- Cubiertos adaptados

5.7 Succión

- Continua
- Discontinua
- Posición de la lengua
- Débil
- Fuerte
- Posición de los labios

5.8. Masticación

- Tipo de masticación
 - Temporal
 - Temporal persistente
 - Maseterina
- Corte de alimento
- Movimientos mandibulares
- Lado de trituración
- Cantidad de trituración
- Acomodación de alimento en vestíbulo
- Escape de alimento
- Velocidad
- Sensación del paciente

- Contracción muscular
- Ruido ATM

5.9. Deglución

- Tipo de deglución
 - Madura
 - Atípica
 - Transicional
- Infantil
- Postura lingual
- Postura labial
- Patrones compensatorios
- Ruido al deglutir
- Coordinación
- Disfagia(oral, laríngea, esofágica)

6. RESPIRACIÓN

6.1 Modo respiratorio

- Nasal
- Oral
- Mixto
- Predominio nasal
- Predominio oral
- tipo respiratorio

6.2 Tipo respiratorio

- Costal superior
- Costal medio
- Costal diafragmático

6.3 coordinación/respiración

- Coordinación fono respiratoria
- Coordinación respiración/deglución
- Respiración audible

6.4 Soplo respiratorio

- Fuerza
- Dirección
- Presencia o ausencia de saliva

6.5 descripción de la reja costal

- Movilidad de la reja costal-movilidad de los m.intercostales
- Posición de la reja costal
- Forma reja costal
- Forma ápice de la reja costal
- Forma Alas costales
- Movilidad del cartílago costal

- Disociación costal

7. FONACIÓN

- ☐ Débil
- ☐ Fuerte
- ☐ Duración
- ☐ Frecuencia
- ☐ Intensidad
- ☐ Tono
- ☐ Timbre
- ☐ Consciente fonatorio

8. LENGUAJE

- ☐ Componente semántico
- ☐ Componente pragmático
- ☐ Componente morfosintáctico
- ☐ Componente fonético-fonológico

9 HABLA:

- ☐ Articulación
- ☐ Fluidez
- ☐ Hábito oral

10 AUDICIÓN

- ☐ Vértigo
- ☐ Perdidas auditivas
- ☐ Respuestas ante estímulos auditivos

11. COMUNICACIÓN

- ☐ Verbal

- ☐ Oral
- ☐ Intencionalidad
- ☐ Macro y micro funciones
- ☐ SAC
- ☐ Codificación y decodificación

12. DIAGNÓSTICO FONOAUDIOLÓGICO

- ☐ Diagnóstico-secundario a...
- ☐ Diagnóstico-consecuente a....

13. OBJETIVOS DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

- ☐ Metas que reducen el impacto de las deficiencias
- ☐ Metas dirigidas a alcanzar actividades funcionales
- ☐ Metas dirigidas a aumentar o mejorar el nivel de participación

FORMATO DE EVALUACIÓN

3.3.3 Consenso historia clínica de terapia ocupacional.

Datos básicos:

- ☐ Dominancia manual:
- ☐ Ocupacional actual:
- ☐ Fuente de información:
- ☐ Diagnóstico:

Motivo de consulta:

- ☐ Ingrese:

Número de siniestro / fecha de AT-TP:

Antecedentes personales:

- ☐ Empresa
- ☐ Cargo
- ☐ Antigüedad de la empresa
- ☐ Incapacidad medica
- ☐ Fecha próximo control – especialidad

Evaluación funcional:

Componente osteomuscular: definir alteraciones y describir estado: Sin limitación, limitación leve limitación moderada, Limitación severa, limitación completa

- ☐ Dominancia derecha:
- ☐ Patrones globales: describir estado de los patrones (marcha, carrera, salto, trepar, agachar, acucillar, empujar, halar, traccionar) según corresponda.
- ☐ Patrones funcionales: describir estado de los patrones (mano cabeza, mano boca, mano hombro, mano espalda, mano rodilla, mano pie) según corresponda
- ☐ Patrones integrales: describir el estado de los patrones (pinzas y agarres) según corresponda.
- ☐ Componente sensorial:
- ☐ Ubicación:
- ☐ Irradiación:
- ☐ Factores que aumentan:
- ☐ Factores que disminuyen:
- ☐ Sensibilidad/piel: describir estado de la piel, alteraciones en la sensibilidad (parestesias, disestesias, entre otras) según corresponda
- ☐ Escala visual análoga del dolor:

Áreas ocupacionales:

- ☐ Actividades básicas de la vida diaria:
- ☐ Describir nivel de participación e independencia funcional en el desempeño (independiente, semi independiente, independencia modificada, supervisión, asistencia parcial, asistencia completa) en actividades básicas (vestido-desvestido; alimentación; autocuidado: baño, aseo personal; traslados y desplazamientos), instrumentales (preparación de alimentos, cuidado del hogar y de otros, manejo del dinero, entre otras), descanso y sueño, actividades escolares, productivas según corresponda.
- ☐ Complementar descripción por componentes o habilidades según corresponda

Actividades productivas:

- ☐ Cargo:
- ☐ Funciones:
- ☐ Elementos de protección personal:
- ☐ Requerimientos de la actividad:
- ☐ Jornada laboral:
- ☐ Responsabilidad económica del hogar:
- ☐ Situación laboral actual:

Actividades de ocio y tiempo libre:

- ☐ Ingrese:

Diagnostico ocupacional:

- ☐ Ingrese:

Plan de tratamiento:

- ☐ Ingrese:

Objetivo general:

- ☐ Ingrese:

Objetivos específicos:

- ☐ Ingrese:

Descripción de la tarea:

- ☐ Característica:
- ☐ Jornada laboral (horas)
- ☐ Horas de exposición:
- ☐ Planos de trabajo:
- ☐ ángulos de movimiento funcional
- ☐ Profesional remitente:
- ☐ Ingrese:

3.3.4 Consenso De Historia Clínica Consulta Médica Especializada

Siempre en busca del mejoramiento continuo y como parte del protocolo de comunicación escrito los profesionales del Centro Médico Aficenter de consulta médica especializada, deben adherirse a los siguientes lineamientos en el momento del diligenciamiento de historia clínica.

- ☐ Se debe dejar registro clínico formal en el sistema de información GCI por cada atención que se realice a cualquier paciente. Esto con el objetivo de garantizar la integralidad, secuencialidad, continuidad y oportunidad en el registro de Historia clínica y la prestación del servicio.
- ☐ Todo registro en GCI debe ser diligenciado con el usuario y contraseña asignado a cada profesional en el sistema de información GCI. En caso de no tener cómo acceder al software, debe informar al líder asistencial por correo electrónico.
- ☐ Se deben diligenciar de manera organizada los campos establecidos para la historia clínica/evolución, son de diligenciamiento obligatorio:
- En campo “MOTIVO DE CONSULTA”, por favor indicar “CONSULTA PRESENCIAL” o “CONSULTA VIRTUAL”, según el tipo de atención.

- En campo “SINIESTRO – FECHA DE AT-EP”, por favor incluir “Número de Siniestro y fecha del evento laboral”.
 - En campo “EXAMEN FISICO”, por favor incluir la GONIOMETRIA, en números.
 - La prescripción de medicamentos debe ser genérica y no debe aparecer la denominación comercial con la que se homologa dentro de la historia clínica, la formulación de medicamentos debe diligenciarse en orden anexa digital y debe tener la vía de administración.
-
- ☐ Para los casos de ARL, se debe hacer nota o subir la historia clínica según sea el caso, en la página de la ARL correspondiente.
 - ☐ Se debe diligenciar el consentimiento informado para todos los usuarios de ARL.