

Fichas finales de indicadores de calidad para unidades hospitalarias de fisioterapia.

RATIO DE FISIOTERAPEUTAS POR HABITANTE		
GRUPO :	A	Creados por el grupo de trabajo de supervisores.
Tipo :	1	Estructura
Identificador:	1	Gestión del cuerpo de fisioterapeutas
NOMBRE DEL INDICADOR	Ratio de fisioterapeutas por habitantes	
FORMA DE MEDICIÓN	Estudio demográfico	
FRECUENCIA DEL REPORTE	Anual	
DESCRIPCIÓN	Este indicador permite comparar la capacidad asistencial en diferentes áreas geográficas o administrativas.	
Nivel de evidencia; Fuerza de recomendación	5 (Oxford CEBM Levels of Evidence)	
FÓRMULA DEL INDICADOR	Porcentaje: (Numerador/Denominador)*100.000	
Numerador	Número de fisioterapeutas contratados en hospitales del sistema sanitario público en el área de salud.	
Denominador	Número de habitantes en el área de salud.	
FUENTE DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de planificación o estadística de cada comunidad autónoma para identificar la población de las zonas de salud. Ejemplo: https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=154054# • Registro de empleados 	
RESPONSABLE DEL INDICADOR	Supervisores de fisioterapia; Gestores de Calidad	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Indicador Propio	
ESTÁNDAR PROPUESTO	No definido	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Regional Office for Europe. World Health Organization (WHO). Practising physiotherapists, per 100 000. European database on human and technical resources for health. 2020. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hlthres_195-practising-physiotherapists-per-100-000/ • OECD Health Statistics 2019. Definitions, Sources and Methods. Physiotherapists (ISCO-08 code: 2264). 2019 	

OBSERVACIONES	Se pueden comparar los resultados con la tasa de fisioterapeutas colegiados por 100.000 habitantes para ver la diferencia aproximada entre fisioterapeutas en sector privado y público (aunque hay que tener en cuenta el número de desempleados en dichas cifras: https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p416/a2018/l0/&file=s09006.px&L=0).
----------------------	---

RATIO DE PACIENTES POR FISIOTERAPEUTA		
GRUPO :	A	Creados por el grupo de trabajo de supervisores.
Tipo :	1	Proceso
Identificador:	2	Gestión del cuerpo de fisioterapeutas
NOMBRE DEL INDICADOR	Ratio de pacientes vistos por fisioterapeuta.	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de bases de datos	
FRECUENCIA DEL REPORTE	Mensual	
DESCRIPCIÓN	Ese indicador puede ser un indicativo de sistemas sobrecargados, sobre todo cuando se comparan diferentes áreas de salud cercanas o de similares características.	
Nivel de evidencia; Fuerza de recomendación	5 (Oxford CEBM Levels of Evidence)	
FÓRMULA DEL INDICADOR	Ratio: Numerador/Denominador	
Numerador	Número de pacientes vistos por cada fisioterapeuta.	
Denominador	Número de fisioterapeutas que han trabajado en la unidad de fisioterapia.	
FUENTE DE DATOS	Bases de datos de la unidad de fisioterapia.	
RESPONSABLE DEL INDICADOR	Supervisores de fisioterapia; Gestor de calidad.	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Indicador Propio	
ESTÁNDAR PROPUESTO	No definido.	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Ron Chorzewski. AAOE Physical Therapy Survey. http://www.multibriefs.com/briefs/aaoe/whitepaper011216.pdf • Swinkels, I. C., Hart, D. L., Deutscher, D., van den Bosch, W. J., Dekker, J., de Bakker, D. H., & van den Ende, C. H. (2008). Comparing patient characteristics and treatment processes in patients receiving physical therapy in the United States, Israel and the Netherlands: cross sectional analyses of data from three clinical databases. BMC health services research, 8, 163. https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-163 • McHugh G, Swain ID. A comparison between reported and ideal patient-to-therapist ratios for stroke rehabilitation. Health (Irvine Calif) [Internet]. 2013;05(06):105–12. Available from: http://www.scirp.org/journal/doi.aspx?DOI=10.4236/health.2013.56A2016 	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede estratificar por tipo de paciente para identificar grupos de demanda poblacional y facilitar el análisis del fenómeno. • Alternativamente se puede considerar cambiar a número de sesiones por fisioterapeuta al día (que aporta información ligeramente distinta). 	

PORCENTAJE DE SESIONES EN PACIENTES CON OBJETIVO ALCANZADO		
GRUPO :	A	Creados por el grupo de trabajo de supervisores.
Tipo :	1	Resultado
Identificador:	3	Atención clínica todos los pacientes
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de sesiones realizadas a pacientes que ya han alcanzado su objetivo terapéutico.	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de bases de datos	
FRECUENCIA DEL REPORTE	Mensual / Trimestral	
DESCRIPCIÓN	Este indicador puede identificar el volumen de sesiones realizadas a pacientes que han alcanzado los objetivos terapéuticos, pero aún no han sido dados de alta, en los que se podría haber detenido su proceso asistencial y aprovechado el tiempo en atender a otros pacientes. Por lo tanto, este indicador representa la proporción de sesiones que suponen un coste de oportunidad perdido, íntimamente relacionado con la eficiencia de la unidad; es decir, la proporción de sesiones que pudieron haberse empleado en tratar otros pacientes que aún no han satisfecho sus necesidades de salud.	
Nivel de evidencia; Fuerza de recomendación	2C (Oxford CEBM Levels of Evidence)	
FÓRMULA DEL INDICADOR	Porcentaje: (Numerador/Denominador)*100	
Numerador	Número de sesiones realizadas a pacientes una vez que el fisioterapeuta considera que ha alcanzado su objetivo terapéutico.	
Denominador	Total de sesiones realizadas en el periodo.	
FUENTE DE DATOS	Bases de datos de la unidad de fisioterapia.	
RESPONSABLE DEL INDICADOR	Supervisores de fisioterapia.	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Indicador Propio	
ESTÁNDAR PROPUESTO	No definido. Se recomienda que sea lo más bajo posible.	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Swinkels, I. C., Wimmers, R. H., Groenewegen, P. P., van den Bosch, W. J., Dekker, J., & van den Ende, C. H. (2005). What factors explain the number of physical therapy treatment sessions in patients referred with low back pain; a multilevel analysis. <i>BMC health services research</i>, 5, 74. https://doi.org/10.1186/1472-6963-5-74 • Beattie, P. F., Nelson, R. M., & Basile, K. (2013). Differences among health care settings in utilization and type of physical rehabilitation administered to patients receiving workers' compensation for musculoskeletal disorders. <i>Journal of occupational rehabilitation</i>, 23(3), 347–360. https://doi.org/10.1007/s10926-012-9412-y • Halfon, P., Egli, Y., Morel, Y., & Taffé, P. (2015). The effect of patient, provider and financing regulations on the intensity of ambulatory physical therapy episodes: a multilevel analysis based on routinely available data. <i>BMC health services research</i>, 15, 52. https://doi.org/10.1186/s12913-015-0686-6 	

OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none">• Se puede estratificar por tipo de paciente para facilitar su análisis, identificando qué tipo de paciente es el que más se puede beneficiar de un cambio en el modelo de atención (prescripción por sesiones individuales en vez de prescripción por conjunto de sesiones, o cambios en el número de sesiones pautadas).
----------------------	--

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PIERDEN SU SESION A CAUSA DE LA AMBULANCIA		
GRUPO :	A	Creados por el grupo de trabajo de supervisores.
Tipo :	1	Resultado
Identificador:	4	Gestión del Transporte
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentajes de sesiones o tratamientos perdidos a causa de la ambulancia.	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de bases de datos	
FRECUENCIA DEL REPORTE	Trimestral / Semestral	
DESCRIPCIÓN	<p>Conocer este dato puede servir como elemento de monitorización del funcionamiento y coordinación del servicio de ambulancias en colaboración con la unidad de fisioterapia.</p> <p>En términos de eficiencia, se trata de un indicador de coste de oportunidad perdido, contabilizando el gasto en número de sesiones perdidas.</p>	
Nivel de evidencia; Fuerza de recomendación	5 (Oxford CEBM Levels of Evidence)	
FÓRMULA DEL INDICADOR	Porcentaje: (Numerador/Denominador)*100	
Numerador	Número de sesiones que se pierden a causa del servicio de transporte ambulatorio.	
Denominador	Número de sesiones programadas en el periodo.	
FUENTE DE DATOS	Registro Ad hoc.	
RESPONSABLE DEL INDICADOR	Supervisores de fisioterapia; Gestor de calidad.	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Indicador Propio	
ESTÁNDAR PROPUESTO	No definido. Se recomienda <10%.	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Mbada, Chidozie & Nonvignon, Justice & Ajayi, Oluwatosin & Dada, Olarewaju & Awotidebe, Taofeek & Johnson, Olubusola & Olarinde, Ayobami & Aat,. (2012). Impact of missed appointments for out- patient physiotherapy on cost, efficiency, and patients' recovery. • Sally Greensmith MCSP HCPC, NHS Clinical Leadership Fellow. Physiotherapy Outpatient Efficiency: a project that reduced DNAs by 47.7%. NHS Leadership Academy. • Torstensen TA, Ljunggren AE, Meen HD, Odland E, Mowinckel P, Geijerstam S. Efficiency and costs of medical exercise therapy, conventional physiotherapy, and self-exercise in patients with chronic low back pain. A pragmatic, randomized, single-blinded, controlled trial with 1-year follow-up. Spine (Phila Pa 1976). 1998 Dec 1;23(23):2616-24. PubMed PMID: 9854761. 	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • En su caso, se puede contabilizar y analizar de forma separada las sesiones perdidas por causas accidentales (rotura de una ambulancia, o problema con la recogida y el traslado del paciente) y por causas sistemáticas (patrones 	

	que se repiten a lo largo del tiempo debido a la coordinación, comunicación y organización de los elementos del sistema, hospital o unidad). Con el fin de identificar estas últimas es posible que haya que realizar investigación adicional con herramientas cualitativas (encuesta de causas hipotéticas, diagrama de causa-efecto, grupos focales,...).
--	---

PORCENTAJE DE FALTAS DE ASISTENCIA DE LOS PACIENTES		
GRUPO :	A	Creados por el grupo de trabajo de supervisores.
Tipo :	1	Resultado
Identificador:	5	Gestión del Paciente
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de faltas de asistencia de los pacientes a las sesiones (justificadas y no justificadas).	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de bases de datos	
FRECUENCIA DEL REPORTE	Mensual	
DESCRIPCIÓN	Conocer las faltas de asistencia (justificadas y no justificadas) de una unidad puede ayudar en la toma de decisiones de reestructuración de horarios y, en términos de eficiencia, se puede contabilizar el gasto en sesiones perdidas. Así, se puede valorar si han de tomarse medidas encaminadas a solucionar, o al menos investigar, las causas de estas faltas.	
Nivel de evidencia; Fuerza de recomendación	2c (Oxford CEBM Levels of Evidence)	
FÓRMULA DEL INDICADOR	Porcentaje: (Numerador/Denominador)*100	
Numerador	Número de sesiones a los que no acuden los pacientes.	
Denominador	Número total de sesiones mensuales de todos los pacientes.	
FUENTE DE DATOS	Registro de asistencia, Registro informático del hospital	
RESPONSABLE DEL INDICADOR	Supervisores de fisioterapia.	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Indicador Propio	
ESTÁNDAR PROPUESTO	No definido. Se recomienda <30%.	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<ul style="list-style-type: none"> Mbada, Chidozie & Nonvignon, Justice & Ajayi, Oluwatosin & Dada, Olarewaju & Awotidebe, Taofeek & Johnson, Olubusola & Olarinde, Ayobami & Aat,. (2012). Impact of missed appointments for out- patient physiotherapy on cost, efficiency, and patients' recovery. Sally Greensmith MCSP HCPC, NHS Clinical Leadership Fellow. Physiotherapy Outpatient Efficiency: a project that reduced DNAs by 47.7%. NHS Leadership Academy. 	

	<ul style="list-style-type: none">• Torstensen TA, Ljunggren AE, Meen HD, Odland E, Mowinckel P, Geijerstam S. Efficiency and costs of medical exercise therapy, conventional physiotherapy, and self-exercise in patients with chronic low back pain. A pragmatic, randomized, single-blinded, controlled trial with 1-year follow-up. Spine (Phila Pa 1976). 1998 Dec 1;23(23):2616-24. PubMed PMID: 9854761.
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none">• El análisis debe ser diferenciado entre causas de inasistencia justificadas y no justificadas, de forma que permita emprender las correspondientes iniciativas de mejora.

PORCENTAJE DE USUARIOS INTERNOS ATENDIDOS		
GRUPO :	A	Creados por el grupo de trabajo de supervisores.
Tipo :	1	Proceso
Identificador:	6	Gestión de pacientes imprevistos
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de trabajadores propios del hospital (o asociados/beneficiarios) atendidos	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de bases de datos	
FRECUENCIA DEL REPORTE	Trimestral	
DESCRIPCIÓN	Aunque la asistencia a compañeros y a familiares de los mismos es parte de la idiosincrasia natural de un hospital, es importante saber que parte de la carga asistencial de fisioterapia está dedicada a esta actividad para predeterminar qué impacto puede tener en la planificación habitual de la agenda.	
Nivel de evidencia; Fuerza de recomendación	5 (Oxford CEBM Levels of Evidence)	
FÓRMULA DEL INDICADOR	Porcentaje: (Numerador/Denominador)*100	
Numerador	Número de pacientes atendidos fuera de lista de espera que son profesionales o familiares de profesionales del propio hospital.	
Denominador	Número total de pacientes atendidos.	
FUENTE DE DATOS	Registro de asistencia.	
RESPONSABLE DEL INDICADOR	Supervisores de fisioterapia.	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Indicador Propio	
ESTÁNDAR PROPUESTO	No definido.	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	-	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> Existe la posibilidad de que los usuarios internos sí entren en lista de espera, pero se les priorice. En este caso habría que adaptar el indicador para medir cuanto se retrasan las listas de espera por este motivo. 	

DIAS DE ESPERA PARA LA PRIMERA VISITA AL MEDICO REHABILITADOR		
GRUPO :	A	Creados por el grupo de trabajo de supervisores.
AREA :	1	Resultado
Identificador:	7	Gestión de otros recursos humanos
NOMBRE DEL INDICADOR	Media de días de espera para la primera visita al médico rehabilitador.	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de bases de datos	
FRECUENCIA DEL REPORTE	Anual	
DESCRIPCIÓN	Este indicador de demora en la demanda asistencial está relacionado con la accesibilidad a la misma, permitiendo la resolución de necesidades de salud de manera oportuna y evitando el agravamiento de las mismas.	
Nivel de evidencia; Fuerza de recomendación	1b (Oxford CEBM Levels of Evidence)	
FÓRMULA DEL INDICADOR	Media de eventos.	
Numerador	Media de días de espera para acceder al rehabilitador desde que el paciente es remitido por el médico de atención primaria o por médico de atención especializada.	
Denominador	-	
FUENTE DE DATOS	Bases de datos o registro ad hoc.	
RESPONSABLE DEL INDICADOR	Supervisores de fisioterapia; Gestor de calidad.	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Indicador Propio	
ESTÁNDAR PROPUESTO	No definido.	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Passalent, L. A., Landry, M. D., & Cott, C. A. (2010). Exploring wait list prioritization and management strategies for publicly funded ambulatory rehabilitation services in ontario, Canada: further evidence of barriers to access for people with chronic disease. <i>Healthcare policy (Politiques de sante)</i>, 5(4), e139–e156. • Lewis AK, Harding KE, Snowdon DA, Taylor NF. Reducing wait time from referral to first visit for community outpatient services may contribute to better health outcomes: a systematic review. <i>BMC Health Serv Res.</i> 2018 Nov 20;18(1):869. doi: 10.1186/s12913-018-3669-6. PubMed PMID: 30458761; PubMed Central PMCID: PMC6245820. 	
OBSERVACIONES	Se recomienda analizar la distribución de días de demora. Puede ser muy útil establecer un periodo máximo de tiempo y medir de forma adicional el porcentaje de pacientes que excede dicho tiempo.	

DIAS DE ESPERA PARA LA PRIMERA VISITA AL FISIOTERAPEUTA		
GRUPO :	A	Creados por el grupo de trabajo de supervisores.
AREA :	1	Resultado
Identificador:	8	Gestión del cuerpo de fisioterapeutas
NOMBRE DEL INDICADOR	Media de días de espera para la primera visita al fisioterapeuta	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de bases de datos	
FRECUENCIA DEL REPORTE	Trimestral	
DESCRIPCIÓN	<p>Este indicador de demora en la demanda asistencial está relacionado con la eficiencia de la unidad y la accesibilidad a la misma. Su medición puede relacionarse con el análisis de problemas en procesos de atención y problemas organizativos, así como de limitantes estructurales (recursos humanos y materiales limitados).</p> <p>Es un dato que se utiliza para derivar pacientes a la atención concertada con centros privados.</p>	
Nivel de evidencia; Fuerza de recomendación	2b (Oxford CEBM Levels of Evidence)	
FÓRMULA DEL INDICADOR	Media de eventos	
Numerador	Media de días de espera para acceder al fisioterapeuta desde que el paciente es remitido por el médico rehabilitador.	
Denominador	-	
FUENTE DE DATOS	Registro de pacientes de la unidad de fisioterapia, registro informático del hospital	
RESPONSABLE DEL INDICADOR	Supervisores de fisioterapia; Gestor de calidad.	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Indicador Propio	
ESTÁNDAR PROPUESTO	No definido.	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Samantha Berry. Implementing a program to provide improved access to physiotherapy and enhanced management for patients with low back pain and sciatica. Shared learning database. 2018. https://www.nice.org.uk/sharedlearning/implementing-a-program-to-provide-improved-access-to-physiotherapy-and-enhanced-management-for-patients-with-low-back-pain-and-sciatica • Chartered Society of Physiotherapy. A survey of physiotherapy outpatient waiting times, workforce and caseloads in England, Northern Ireland, Scotland and Wales for 2010-2011. • Laliberté M, E Feldman D, Williams-Jones B, Hunt M. Operationalizing wait lists: Strategies and experiences in three hospital outpatient physiotherapy departments in Montreal. Physiother Theory Pract. 2018 Nov;34(11):872- 	

	881. doi: 10.1080/09593985.2018.1430877. Epub 2018 Feb 6. PubMed PMID: 29405801.
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none">• Se recomienda analizar la distribución de días de demora, así como estratificar los resultados por tipo de paciente.• También se recomienda definir un periodo de tiempo máximo por tipo de paciente o para todos los pacientes y medir este indicador en forma de porcentaje (% de pacientes que exceden dicho tiempo para acceder a fisioterapia), con el fin de obtener una perspectiva del volumen de pacientes a los que afecta la demora.• En caso de ser posible, se debería investigar la causa por la cual se alargan los días de espera e indagar sobre causas internas (gestión de la unidad) o externas (transporte, aplazamiento del paciente por horarios, vacaciones,...).• Si es posible identificar dichas causas externas, se pueden excluir esos casos del numerador para centrarse y medir de forma específica los problemas internos de gestión de la unidad.

TASA DE PACIENTES DERIVADOS CON REINGRESO EN 90 DÍAS POR NO SOLUCION DEL PROBLEMA		
GRUPO :	A	Creados por el grupo de trabajo de supervisores.
AREA :	1	Resultado
Identificador:	9	Atención clínica todos los pacientes
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes derivados a atención privada que reingresan hasta 90 días después de derivación por no solución de su problema.	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
FRECUENCIA DEL REPORTE	Semestral / Anual	
DESCRIPCIÓN	Este indicador pretende ser un indicativo de la efectividad y la eficiencia de la derivación de los pacientes a la atención privada concertada por el sistema sanitario. Aunque a priori el modelo de atención publico-privado puede ser una forma de reducir la lista de espera, la no resolución de las necesidades de salud de la población puede generar un gasto mucho mayor con el tiempo.	
Nivel de evidencia; Fuerza de recomendación	5 (Oxford CEBM Levels of Evidence)	
FÓRMULA DEL INDICADOR	Tasa en porcentaje: (Numerador/Denominador)*100	
Numerador	Total de pacientes que reingresan en el sistema público hasta 90 días tras la derivación a servicios concertados por la misma causa por la que se les derivó.	
Denominador	Total de pacientes derivados a atención privada concertada con el servicio público.	
FUENTE DE DATOS	Historia clínica.	
RESPONSABLE DEL INDICADOR	Supervisores de fisioterapia; Gestor de calidad.	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Indicador Propio	
ESTÁNDAR PROPUESTO	No definido. Se recomiendan valores muy bajos.	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Liu X, Hotchkiss DR, Bose S. The impact of contracting-out on health system performance: a conceptual framework. Health Policy. 2007 Jul;82(2):200-11. Epub 2006 Oct 20. PubMed PMID: 17055607. • González P. On a policy of transferring public patients to private practice. Health Econ. 2005 May;14(5):513-27. PubMed PMID: 15497 	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Dados los múltiples factores que pueden influir en los resultados de este indicador, es probable que se deba ajustar por las características de los pacientes. 	

PACIENTES CON OBJETIVOS ESTABLECIDOS DESDE LA PRIMERA CONSULTA		
GRUPO :	A	Creados por el grupo de trabajo de supervisores.
Tipo :	2	Proceso
Identificador:	1	Atención clínica todos los pacientes
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes con objetivos terapéuticos definidos en la primera consulta.	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historia clínica	
FRECUENCIA DEL REPORTE	Mensual	
DESCRIPCIÓN	El fisioterapeuta tiene que redactar objetivos claros y definidos desde la primera consulta de cada paciente. Eso le puede servir después para la reevaluación del paciente y conocer la efectividad del tratamiento o si hay que replantear un plan de rehabilitación.	
Nivel de evidencia; Fuerza de recomendación	5 (Oxford CEBM Levels of Evidence)	
FÓRMULA DEL INDICADOR	Porcentaje: (Numerador/Denominador)*100	
Numerador	Número de pacientes con, al menos, un objetivo terapéutico definido en la primera visita.	
Denominador	Todos los pacientes vistos en la unidad.	
FUENTE DE DATOS	Historia clínica	
RESPONSABLE DEL INDICADOR	Supervisores de fisioterapia	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Indicador Propio	
ESTÁNDAR PROPUESTO	No definido. Se recomienda valores >90%.	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Turner-Stokes L. Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide. Clin Rehabil. 2009; 23 (4): 362-370. • Rosewilliam S, Roskell CA, Pandyan AD. A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. Clin Rehabil. 2011; 25(6): 501-514. • Barnard RA, Cruice, MN, Playford ED. Strategies Used in the Pursuit of Achievability During Goal Setting in Rehabilitation. Qual Health Res. 2010. 20(2): 239-250. • Hoffmann, Tammy C. et al. Shared decision making should be an integral part of physiotherapy practice. Physiotherapy, Volume 107, 43 - 49 	

OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none">• Objetivos terapéuticos definidos: Los objetivos deben poder ser medibles (del tipo “sí” o “no”, escala, test, cantidad,...), tener un tiempo definido para alcanzarlo y ser relevantes para el problema del paciente. Adicionalmente, estos objetivos deberían ser consensuados con el paciente, pero esta medición puede ser posterior o independiente a este indicador.• Aunque se podría aceptar el registro efectuado en la segunda visita o en cualquier momento tras la valoración del paciente, se recomienda ser estrictos en la evaluación de este indicador para promover el establecimiento de objetivos terapéuticos desde el primer contacto con el paciente.• Los resultados pueden ser estratificados por tipo de paciente o por profesional para identificar áreas de subregistro de objetivos. El resultado de este indicador puede ser más relevante en pacientes con patologías no comunes o que no dispongan de una protocolización clara de su proceso asistencial, pero es una máxima que TODOS los pacientes tengan objetivos claros y explícitos, consensuados con ellos, desde el momento de su valoración.
----------------------	---

PACIENTES QUE PRECISAN ATENCION DE FISIOTERAPIA Y NO LA RECIBEN.		
GRUPO :	A	Creados por el grupo de trabajo de supervisores.
Tipo :	2	Proceso
Identificador:	2	Atención clínica todos los pacientes
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes que precisan atención de fisioterapia (ACV y ancianos) que egresan sin haber sido vistos por el fisioterapeuta.	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de bases de datos	
FRECUENCIA DEL REPORTE	Semestral / Anual	
DESCRIPCIÓN	Entre los roles del fisioterapeuta se encuentran la reeducación del movimiento, educación al paciente sobre su situación y capacidades, consejos de cuidado y progresión, adaptaciones a la nueva situación y al medio, adaptación en la transición a los cuidados fuera del hospital y, en último término, a la vuelta a la normalidad. Si esta atención y transición no se lleva a cabo por parte del fisioterapeuta es más fácil que el paciente no recupere su funcionalidad, no se adapte a su nueva situación o reingrese en el hospital, todas ellas causas importantes de agravamiento del paciente y aumento del gasto total sanitario. Los efectos de esta desatención son mayores en determinados grupos de pacientes, como serían los pacientes con ACV y los >65 años.	
Nivel de evidencia; Fuerza de recomendación	1b (Oxford CEBM Levels of Evidence)	
FÓRMULA DEL INDICADOR		
Numerador	Pacientes que han sido dados de alta sin ser vistos por un fisioterapeuta.	
Denominador	Pacientes que hayan estado ingresados con ACV o Ancianos (>65 años).	
FUENTE DE DATOS	Registro ad hoc, Bases de datos o Historia Clínica.	
RESPONSABLE DEL INDICADOR	Supervisores de fisioterapia; Gestor de calidad.	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Indicador Propio	
ESTÁNDAR PROPUESTO	No definido. Se recomienda valores >95%.	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<ul style="list-style-type: none"> Falvey, J. R., Burke, R. E., Malone, D., Ridgeway, K. J., McManus, B. M., & Stevens-Lapsley, J. E. (2016). Role of Physical Therapists in Reducing Hospital Readmissions: Optimizing Outcomes for Older Adults During Care Transitions From Hospital to Community. <i>Physical therapy</i>, 96(8), 1125–1134. https://doi.org/10.2522/ptj.20150526 Hanne Elkjær Andersen, Kirsten Schultz-Larsen, Svend Kreiner, Birgitte Hysse Forchhammer, Karen Eriksen, and Anne Brown. Can Readmission After Stroke Be Prevented? Results of a Randomized Clinical Study: A Postdischarge Follow-Up Service for Stroke Survivors. <i>Stroke</i>. 2000;31:1038–1045. 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Smith BA, Fields CJ, Fernandez N. Physical therapists make accurate and appropriate discharge recommendations for patients who are acutely ill. <i>Phys Ther.</i> 2010 May;90(5):693-703. doi: 10.2522/ptj.20090164. Epub 2010 Mar 18. PubMed PMID: 20299410; PubMed Central PMCID: PMC2867215. • Fisher SR, Kuo YF, Sharma G, Raji MA, Kumar A, Goodwin JS, Ostir GV, Ottenbacher KJ. Mobility after hospital discharge as a marker for 30-day readmission. <i>J Gerontol A Biol Sci Med Sci.</i> 2013 Jul;68(7):805-10. doi: 10.1093/gerona/gls252. Epub 2012 Dec 19. PubMed PMID: 23254776; PubMed Central PMCID: PMC3674716. • NICE guideline 94 Emergency and acute medical care. Chapter 31 Enhanced inpatient access to physiotherapy and occupational therapy. 2018. https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/31.enhanced-inpatient-access-to-physiotherapy-and-occupational-therapy-pdf-172397464670
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • En el caso de no disponer información específica sobre la visita del fisioterapeuta a estos pacientes en el hospital (ya sea en planta o en gimnasio), se puede valorar cambiar el numerador por “Pacientes que han sido dados de alta sin ser derivados al servicio de rehabilitación”.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS ALCANZADOS		
GRUPO:	B	Revisión de literatura
AREA:	1	Resultado
Identificador:	1	Atención clínica todos los pacientes
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de objetivos propuestos para cada paciente que han sido alcanzados.	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historia clínica.	
FRECUENCIA DEL REPORTE	Mensual / trimestral	
DESCRIPCIÓN	Es altamente relevante, por un lado, establecer objetivos de trabajo claros, y por otro, saber si son alcanzados o hay que replantearse el plan de tratamiento habitual. Este indicador nos permite evaluar o monitorizar la efectividad de la unidad de fisioterapia y de la práctica clínica individual.	
Nivel de evidencia; Fuerza de recomendación	5 (Oxford CEBM Levels of Evidence)	
FÓRMULA DEL INDICADOR	Porcentaje: (Numerador/Denominador)*100	
Numerador	Total de objetivos alcanzados por cada paciente.	
Denominador	Total de objetivos propuestos para cada paciente.	
FUENTE DE DATOS	Historia clínica (papel o electrónica)	
RESPONSABLE DEL INDICADOR	Supervisores de fisioterapia	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Adaptado de otro indicador	
ESTÁNDAR PROPUESTO	No definido. Se recomienda valores >90%.	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<p>Fuente del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cavalheiro LV, Eid RA, Talerman C, Prado Cd, Gobbi FC, Andreoli PB. Design of an instrument to measure the quality of care in Physical Therapy. Einstein (Sao Paulo). 2015 Apr-Jun;13(2):260-8. doi: 0.1590/S1679-45082015GS3248. English, Portuguese. PubMed PMID: 26154548; PubMed Central PMCID: PMC4943820. 	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Para la evaluación de este indicador se comparan los objetivos iniciales del tratamiento con los objetivos alcanzados al final de las sesiones de fisioterapia. <ul style="list-style-type: none"> ○ Al menos un objetivo inicial debe estar descrito en la primera o segunda visita del paciente. ○ Los objetivos alcanzados deben estar descritos en un informe final realizado en, o después de, la última visita del paciente con el fisioterapeuta. Se medirán en porcentaje de los iniciales. • Se excluye de este indicador toda historia clínica con registro incompleto de los objetivos. En registros clínicos deficientes, el registro incompleto debe medirse como indicador 	

	<p>complementario (% de pacientes sin registro completo de objetivos terapéuticos) a medir de forma simultánea.</p> <ul style="list-style-type: none">• Puede utilizarse para cualquier tipo de servicio de fisioterapia debido a su reproducibilidad y personalización.
--	--

PACIENTES CON ICTUS QUE RECIBEN EVALUACIÓN DE FISIOTERAPIA PRECOZ		
GRUPO :	B	Revisión de literatura
Tipo :	2	Proceso
Identificador:	1	Atención Clínica Neurología
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes con ictus en los que se ha evaluado la necesidad de tratamiento rehabilitador en las primeras 48 horas.	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
FRECUENCIA DEL REPORTE	Quincenal / Mensual	
DESCRIPCIÓN	Este indicador evalúa la valoración de una rehabilitación precoz, siendo una actividad trascendental que permite una mayor recuperación de las funciones basales del paciente que una rehabilitación tardía.	
Nivel de evidencia; Fuerza de recomendación	5 (Oxford CEBM Levels of Evidence)	
FÓRMULA DEL INDICADOR	Porcentaje: (Numerador/Denominador)*100	
Numerador	Pacientes con ictus con evaluación de las necesidades de tratamiento rehabilitador en las primeras 48 h (fisioterapia precoz)	
Denominador	Pacientes con ictus	
FUENTE DE DATOS	Historia clínica (papel o electrónica)	
RESPONSABLE DEL INDICADOR	Supervisores de fisioterapia, Supervisores de enfermería, y/o Gestores de calidad	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Adaptado de otro indicador	
ESTÁNDAR PROPUESTO	No definido. Se recomienda valores >95%.	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<p>Fuente del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salvat-Plana M, Abilleira S, Jiménez C, et al. Priorización de indicadores de calidad de la atención al paciente con ictus a partir de un método de consenso. Rev calid asist. 2011;26(3):174–83. 	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicable a todos los pacientes con ictus. • Se puede valorar aplicar el indicador a poblaciones selectas, como pacientes con paresia y situación funcional basal desfavorable (mRS≥3 o IB≤70). <ul style="list-style-type: none"> ○ mRs: modified Rankin Scale (escala Rankin modificada) ○ IB: Índice de Barthel • La evaluación debe realizarse en las primeras 48 horas a partir del ingreso del paciente por puerta de urgencias. • Los accidentes isquémicos transitorios están excluidos de la evaluación de este indicador. 	

PACIENTES CON ICTUS QUE RECIBEN FISIOTERAPIA		
GRUPO :	B	Revisión de literatura
Tipo :	2	Proceso
Identificador:	2	Atención Clínica Neurología / G comunicación con rehabilitación
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes con ictus isquémico-hemorrágico que han recibido tratamiento de fisioterapia durante su estancia en el hospital.	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
FRECUENCIA DEL REPORTE	Mensual	
DESCRIPCIÓN	Es imprescindible que el paciente con ictus reciba un tratamiento de fisioterapia para prevenir complicaciones, minimizar las deficiencias y maximizar la función.	
Nivel de evidencia; Fuerza de recomendación	1 (Oxford CEBM Levels of Evidence)	
FÓRMULA DEL INDICADOR	Porcentaje: (Numerador/Denominador)*100	
Numerador	Paciente con ictus isquémico o hemorrágico que han recibido tratamiento de fisioterapia durante su estancia en el hospital.	
Denominador	Paciente con ictus isquémico o hemorrágico ingresados en el hospital.	
FUENTE DE DATOS	Historia clínica (papel o electrónica)	
RESPONSABLE DEL INDICADOR	Supervisores de fisioterapia	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Adaptado de otro indicador	
ESTÁNDAR PROPUESTO	No definido. Se recomienda valores >95%.	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<p>Fuente del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> Joint Commission (https://manual.jointcommission.org/releases/TJC2019A1/MIF0135.html) <p>Fuente de la evidencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bates, B., J. Y. Choi, P. W. Duncan, J. J. Glasberg, G. D. Graham, R. C. Katz, K. Lamberty, et al. "Veterans Affairs/Department of Defense Clinical Practice Guideline for the Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: Executive Summary." <i>Stroke</i> 36, no. 9 (2005): 2049-56. Duncan, P. W., R. Zorowitz, B. Bates, J. Y. Choi, J. J. Glasberg, G. D. Graham, R. C. Katz, K. Lamberty, and D. Reker. "Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: A Clinical Practice Guideline." <i>Stroke</i> 36, no. 9 (2005): e100-43. Foley, N., R. Teasell, S. Bhogal, and M. Speechley. "The Efficacy of Stroke Rehabilitation." (2011): 1-50. Gresham, G. E., P. W. Duncan, W. B. Stason, H. P. Adams, A. M. Adelman, D. N. Alexander, D. S. Bishop et al. "Post-stroke rehabilitation. Clinical practice guideline, no. 16. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services." Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research (1995): 95-0062. 	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> Se excluirán pacientes que ingresen y hayan fallecido, o que se mantengan en coma durante toda la estancia. 	

	<ul style="list-style-type: none">• Este indicador valora la realización de un programa de fisioterapia antes del egreso del paciente.• Se entenderá que se ha recibido el programa de rehabilitación cuando exista registro de, al menos, los siguientes elementos:<ul style="list-style-type: none">○ Valoración de fisioterapia○ Tratamiento de fisioterapia que incluye, al menos, movilización del paciente y consejos sobre actividades de la vida diaria (o indicaciones relacionadas con la imposibilidad de realizarlas).• Movilización: movimiento que se realiza implicando cambios de posición o de situación. Puede ser activa (puede realizarla el paciente por sí mismo), pasiva (en pacientes que no pueden realizar esfuerzos) o activas-asistidas.• La movilización debe haberse realizado durante toda la estancia del paciente en el hospital. Se puede considerar evaluar una muestra de días (por ejemplo, el día posterior al ingreso en planta y el día anterior al alta de paciente).• En caso de registros deficitarios o dificultad para medir este indicador se pueden tomar como numerador los ingresados con diagnóstico de ictus isquémico-hemorrágico que tienen en la historia interconsulta a Rehabilitación o fisioterapia.
--	---

PACIENTES CON ARTROSIS DE CADERA O RODILLA: EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO Y FUNCIONALES		
GRUPO:	B	Revisión de literatura
AREA:	2	Proceso
Identificador:	3	Atención Clínica Musculoesquelético
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes con artrosis de cadera o rodilla, e intervención de cirugía de reemplazo articular en los que se han realizado ejercicios de fortalecimiento y funcionales para mejorar tareas individualizadas específicas.	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas o Encuesta	
FRECUENCIA DEL REPORTE	Mensual	
DESCRIPCIÓN	Después de una cirugía el papel del fisioterapeuta es fundamental para una recuperación óptima de la función articular del paciente. La evaluación de los ejercicios postcirugía de fortalecimiento y funcionales en estos pacientes es una medida representativa de la calidad de la asistencia y del grado de beneficio potencial de la terapia.	
Nivel de evidencia; Fuerza de recomendación	1 (Oxford CEBM Levels of Evidence)	
FÓRMULA DEL INDICADOR	Porcentaje: (Numerador/Denominador)*100	
Numerador	Pacientes con artrosis de cadera o rodilla que han sido tratados con una cirugía de reemplazo articular en los que se ha proporcionado ejercicios de fortalecimiento y ejercicios funcionales para mejorar tareas individualizadas específicas.	
Denominador	Pacientes con artrosis de cadera o rodilla que han sido tratados con una cirugía de reemplazo articular.	
FUENTE DE DATOS	Historias clínicas o cuestionario realizado a pacientes	
RESPONSABLE DEL INDICADOR	Supervisores de fisioterapia	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Adaptado de otro indicador	
ESTÁNDAR PROPUESTO	No definido. Se recomienda valores >95%.	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<p>Fuente del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> Peter WF, Hurkmans EJ, van der Wees PJ, Hendriks EJ, van Bodegom-Vos L, Vliet Vlieland TP. Healthcare Quality Indicators for Physiotherapy Management in Hip and Knee Osteoarthritis and Rheumatoid Arthritis: A Delphi Study. <i>Musculoskeletal Care</i>. 2016 Dec;14(4):219-232. doi: 10.1002/msc.1133. Epub 2016 Jan 22. PubMed PMID: 26799718. 	

	<p>Fuente de la evidencia:</p> <ul style="list-style-type: none">• Minns Lowe CJ, Barker KL, Dewey ME, Sackley CM (2009). Effectiveness of physiotherapy exercise following hip arthroplasty for osteoarthritis: A systematic review of clinical trials. BMC Musculoskeletal Disorders 10: 98.• Minns Lowe CJ, Barker KL, Dewey M, Sackley CM (2007). Effectiveness of physiotherapy exercise after knee arthroplasty for osteoarthritis: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 335: 812
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none">• Se puede en una primera instancia valorar si existe o no la indicación o tratamiento de ejercicio, y más adelante medir si éste está bien pautado (registro de, al menos, repeticiones, series, intensidad y descanso).• Ejercicio funcional: entrenamiento de movimientos con un objetivo específico a conseguir (pueden ser actividades de la vida diaria, como levantarse de la cama, subir escaleras,...), involucrando diferentes grupos o cadenas musculares.

PACIENTE CON ICTUS AGUDO CON MOBILIZACION PRECOZ		
GRUPO:	B	Revisión de literatura
AREA:	2	Proceso
Identificador:	4	Atención Clínica Neurología
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes con ictus agudo a los que se ha movilizado o levantado de la cama en las primeras 48 horas.	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
FRECUENCIA DEL REPORTE	Semanal / Quincenal	
DESCRIPCIÓN	La fisioterapia precoz es una actividad trascendental que permite una mayor recuperación de las funciones basales del paciente con ictus. Este indicador es una medida representativa del grado de beneficio potencial de la rehabilitación.	
Nivel de evidencia; Fuerza de recomendación	5 (Oxford CEBM Levels of Evidence)	
FÓRMULA DEL INDICADOR	Porcentaje: (Numerador/Denominador)*100	
Numerador	Pacientes movilizados y levantados de la cama en las primeras 48 horas.	
Denominador	Pacientes con ictus agudo.	
FUENTE DE DATOS	Historias clínicas	
RESPONSABLE DEL INDICADOR	Supervisores de fisioterapia	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Adaptado de otro indicador	
ESTÁNDAR PROPUESTO	No definido. Se recomienda valores >95%.	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<p>Fuente del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salvat-Plana M, Abilleira S, Jiménez C, et al. Priorización de indicadores de calidad de la atención al paciente con ictus a partir de un método de consenso. Rev calid asist. 2011;26(3):174–83. 	
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicable a todos los pacientes con ictus. • Se considerará Fisioterapia Precoz a la realizada en las primeras 48 horas a partir del ingreso del paciente por puerta de urgencias. • Movilización: movimiento que se realiza implicando cambios de posición o de situación. Puede ser activa (puede realizarla el paciente por sí mismo), pasiva (en pacientes que no pueden realizar esfuerzos) o activas-asistidas. • Se recomienda aplicarla tanto en miembros inferiores como superiores, priorizando la movilización activa en la medida en la que el paciente pueda. 	

FISIOTERAPEUTAS QUE ASISTEN A SESIONES DE FORMACIÓN		
GRUPO:	B	Revisión de literatura
AREA:	2	Proceso
Identificador:	5	Gestión del cuerpo de Fisioterapeutas
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de fisioterapeutas con sesiones de formación programadas que asistieron a las sesiones.	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de registro en papel o explotación de bases de datos	
FRECUENCIA DEL REPORTE	Anual	
DESCRIPCIÓN	Las sesiones de formaciones programadas para fisioterapeutas son importantes para mantenerse al día. Saber el porcentaje de fisioterapeutas que se involucran en estas sesiones nos puede dar una idea del grado de actualización de los fisioterapeutas de una unidad y el grado de interés en la formación continua.	
Nivel de evidencia; Fuerza de recomendación	5 (Oxford CEBM Levels of Evidence)	
FÓRMULA DEL INDICADOR	Porcentaje: (Numerador/Denominador)*100	
Numerador	Número de fisioterapeutas que asistieron a las sesiones	
Denominador	Número de fisioterapeutas con sesiones de formación programadas	
FUENTE DE DATOS	Registro propio de la unidad de fisioterapia, registros de asistencia a formación	
RESPONSABLE DEL INDICADOR	Supervisores de fisioterapia	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Adaptado de otro indicador	
ESTÁNDAR PROPUESTO	No definido. Se recomienda valores >90%.	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Fuente del indicador: <ul style="list-style-type: none"> • Cavalheiro LV, Eid RA, Talerman C, Prado Cd, Gobbi FC, Andreoli PB. Design of an instrument to measure the quality of care in Physical Therapy. Einstein (Sao Paulo). 2015 Apr-Jun;13(2):260-8. doi: 0.1590/S1679-45082015GS3248. English, Portuguese. PubMed PMID: 26154548; PubMed Central PMCID: PMC4943820. 	
OBSERVACIONES	(Sin observaciones)	

PACIENTES CON DOLOR LUMBAR INESPECÍFICO: EJERCICIO TERAPÉUTICO		
GRUPO:	B	Revisión de literatura
AREA:	2	Proceso
Identificador:	6	Atención Clínica musculoesquelético
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes con dolor lumbar inespecífico que han sido incluidos en un programa de ejercicio terapéutico.	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
FRECUENCIA DEL REPORTE	Quincenal / Mensual	
DESCRIPCIÓN	Un programa de ejercicio terapéutico es un elemento clave para la recuperación óptima del paciente con dolor lumbar inespecífico. En el origen de este dolor se encuentran factores biológicos, psicológicos y sociales, así como aspectos conductuales del dolor y otros procesos de aprendizaje que influyen en su proceso de cronificación. El ejercicio terapéutico se ha mostrado como una herramienta eficaz en este tipo de dolor.	
Nivel de evidencia ; Fuerza de recomendación	1 (Oxford CEBM Levels of Evidence)	
FÓRMULA DEL INDICADOR	Porcentaje: (Numerador/Denominador)*100	
Numerador	Pacientes con dolor lumbar inespecífico incluidos en un programa de ejercicio terapéutico.	
Denominador	Pacientes con dolor lumbar inespecífico.	
FUENTE DE DATOS	Historia clínica (papel o electrónica)	
RESPONSABLE DEL INDICADOR	Supervisores de fisioterapia	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Adaptado de otro indicador	
ESTÁNDAR PROPUESTO	No definido. Se recomienda valores >95%.	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<p>Fuente del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saturno, P. J., Ángel-García, D., Martínez-Nicolás, I., López Soriano, F., Escolar Reina, M. P., Guerrero Díaz, M. B., Ros Martínez, M. E., Medina Mirapeix, F. and Saturno Marcos, M. (2019), Development and Pilot Test of a New Set of Good Practice Indicators for Chronic Nonmalignant Pain Management. Pain Pract, 19: 37-51. doi:10.1111/papr.12715 <p>Fuente de evidencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kumar N. WHO Normative Guidelines on PainManagement. Geneva, Switzerland: WHO; 2007. • Institute for Clinical System Improvement.Assessmentand Management of Chronic Pain Health Care Guideline:Assessment and 	

	<p>Management of Chronic Pain. Bloomington,MN: Institute for Clinical System Improvement; 2013(November).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pillastrini P, Gardenghi I, Bonetti F, et al. An updated overview of clinical guidelines for chronic low back pain management in primary care. <i>Joint Bone Spine</i>. 2012;79:176–185. • Moulin DE, Clark AJ, Gilron I, et al. Pharmacological management of chronic neuropathic pain—consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society. <i>Pain Res Manag</i>. 2007;12:13–21. • Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, Sprott H. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. <i>Rheumatology(Oxford)</i>. 2008;47:670–678. • Taylor NF, Dodd KJ, Shields N, Bruder A. Therapeutic exercise in physiotherapy practice is beneficial: a summary of systematic reviews 2002–2005. <i>Australian Journal of Physiotherapy</i> 2007. 53: 7–16.
<p>OBSERVACIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor lumbar inespecífico: dolor más o menos intenso, que modifica su intensidad en función de las posturas y la actividad física, se acompaña de dolor con el movimiento y puede asociarse o no a dolor referido o irradiado. El diagnóstico debe haber dejado claro que el dolor no se debe a fracturas, traumatismos o enfermedades sistémicas, y que no existe compresión radicular demostrada ni indicación de tratamiento quirúrgico. • Se entiende como programa terapéutico que el paciente tenga pautados ejercicios de forma sistemática durante un periodo determinado de tiempo y con objetivos claros a alcanzar. Por lo tanto, deben aparecer descritos el tipo de ejercicio, la temporalidad (duración, repeticiones, series, descansos), la intensidad (en tiempo/carga) y los objetivos a alcanzar.

PACIENTES CON EPOC QUE HAN TENIDO REHABILITACIÓN PULMONAR TEMPRANA		
GRUPO:	B	Revisión de literatura
AREA:	2	Proceso
Identificador:	7	Gestión del paciente
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes remitidos para rehabilitación pulmonar en los que se ha comenzado el tratamiento en los tres primeros meses.	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas	
FRECUENCIA DEL REPORTE	Mensual / Trimestral	
DESCRIPCIÓN	Este indicador evalúa la rehabilitación pulmonar temprana (3 primeros meses) permitiendo una recuperación óptima de las funciones basales del paciente.	
Nivel de evidencia ; Fuerza de recomendación	4 (Oxford CEBM Levels of Evidence)	
FÓRMULA DEL INDICADOR	Porcentaje: (Numerador/Denominador)*100	
Numerador	Pacientes remitidos a rehabilitación pulmonar que comenzaron el tratamiento en los tres primeros meses desde la derivación.	
Denominador	Pacientes remitidos a rehabilitación pulmonar que han comenzado el tratamiento.	
FUENTE DE DATOS	Historia clínica (papel o electrónica).	
RESPONSABLE DEL INDICADOR	Supervisores de fisioterapia	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Adaptado de otro indicador	
ESTÁNDAR PROPUESTO	No definido. Se recomienda valores >95%.	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<p>Fuente del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> Quality Standards for Pulmonary Rehabilitation in Adults. May 2014 ISSN 2040-2023. British Thoracic Society Reports Vol. 6 No. 2 2017 <p>Fuente de evidencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bolton CE, Bevan-Smith EF, Blakey JD et al. The BTS Guideline on Pulmonary Rehabilitation in Adults. Thorax 2013;68 (Supplement 2): ii1-ii30 National Health Service (NHS): Pulmonary Rehabilitation Service 2012: enlace National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) Guideline, CG101, 2012: enlace National Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) Audit Programme 2013-2016: enlace 	
OBSERVACIONES	(Sin observaciones)	

PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: PROGRAMA INDIVIDUALIZADO DE EJERCICIO.		
GRUPO:	B	Revisión de literatura
AREA:	2	Proceso
Identificador:	8	Gestión Comunicación con rehabilitación
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes con nuevo diagnóstico de artritis reumatoide que han sido referidos a un fisioterapeuta para ser instruidos en un programa individualizado de ejercicio en los tres primeros meses.	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas o encuesta.	
FRECUENCIA DEL REPORTE	Quincenal / mensual	
DESCRIPCIÓN	Este indicador es una medida representativa de la oportunidad de la realización de un programa individualizado de ejercicios en pacientes con artritis reumatoide, lo que reducirá o mitigará los problemas del paciente y los costes derivados de la evolución de la enfermedad.	
Nivel de evidencia; Fuerza de recomendación	5 (Oxford CEBM Levels of Evidence)	
FÓRMULA DEL INDICADOR	Porcentaje: (Numerador/Denominador)*100	
Numerador	Pacientes con nuevo diagnóstico de artritis reumatoide referidos a un fisioterapeuta, en los 3 primeros meses, para ser instruidos en un programa individualizado de ejercicio.	
Denominador	Pacientes con nuevo diagnóstico de artritis reumatoide.	
FUENTE DE DATOS	Historia clínica (papel o electrónica) o cuestionario (auto-administrado o mediante entrevista).	
RESPONSABLE DEL INDICADOR	Supervisores de fisioterapia	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Adaptado de otro indicador	
ESTÁNDAR PROPUESTO	No definido. Se recomienda valores >85%.	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Fuente del indicador: <ul style="list-style-type: none"> Petersson IF, Strömbeck B, Andersen L, et al. Development of healthcare quality indicators for rheumatoid arthritis in Europe: the eumusc.net Project. <i>Annals of the Rheumatic Diseases</i> 2014;73:906-908. 	
OBSERVACIONES	Se trata de un indicador compuesto tipo 100% de cumplimiento (debe cumplir todos los sub-indicadores para considerarse válido). Para este indicador, debe evaluarse, de forma separada, los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> Existe referencia (interconsulta o derivación) del paciente en los primeros tres meses desde su diagnóstico. El paciente ha comenzado la fisioterapia en los tres primeros meses desde su diagnóstico. El programa de ejercicio individualizado incluye: <ul style="list-style-type: none"> <u>Consejos de actividad física</u>: debe haber registro de consejo o información ofrecida sobre actividad 	

	<p>física planificada, estructurada y repetida, con el objetivo de adquirir, mantener o mejorar la condición física.</p> <ul style="list-style-type: none">○ <u>Rango de movimiento</u>: debe haber registro de la realización de ejercicios de movilización del arco articular, manteniendo la integridad de las estructuras anatómicas implicadas.○ <u>Fortalecimiento muscular</u>: debe haber registro de ejercicio de fuerza y resistencia, ya sea de forma analítica o global.○ <u>Ejercicios aeróbicos</u>: debe haber registro de ejercicios de baja/moderada intensidad y tiempo prolongado.
--	---

PACIENTES EN REHABILITACIÓN RESPIRATORIA QUE RECIBEN EDUCACIÓN ADAPTADA A SU ENFERMEDAD		
GRUPO:	B	Revisión de literatura
AREA:	2	Proceso
Identificador:	9	Atención Clínica Neumología
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes en rehabilitación respiratoria que han recibido educación adaptada a su enfermedad.	
FORMA DE MEDICIÓN	Revisión de historias clínicas o encuesta	
FRECUENCIA DEL REPORTE	Mensual	
DESCRIPCIÓN	Es importante la educación para concienciar al paciente, incrementar su participación en el programa de rehabilitación, y obtener mejores resultados en el automanejo de la enfermedad.	
Nivel de evidencia; Fuerza de recomendación	2 (Oxford CEBM Levels of Evidence)	
FÓRMULA DEL INDICADOR	Porcentaje: (Numerador/Denominador)*100	
Numerador	Número de pacientes que reciben educación adaptada a su enfermedad.	
Denominador	Total de pacientes en rehabilitación respiratoria.	
FUENTE DE DATOS	Historia clínica (papel o electrónica) o cuestionario (auto-administrado o mediante entrevista).	
RESPONSABLE DEL INDICADOR	Supervisores de fisioterapia	
ELABORACIÓN DEL INDICADOR	Adaptado de otro indicador	
ESTÁNDAR PROPUESTO	No definido. Se recomienda valores >95%.	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<p>Fuente del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • María Rosa Güell, Pilar Cejudo, Gema Rodríguez-Trigo, Juan Bautista Galdiz, Vinyet Casolive, Mônica Regueiro, Juan Jose Soler-Cataluña. Estándares de calidad asistencial en rehabilitación respiratoria en pacientes con enfermedad pulmonar crónica. Archivos de bronconeumología. 2012 Vol. 48. Núm. 11: 396-404. DOI: 10.1016/j.arbres.2012.05.009 <p>Fuente de evidencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lawrence RS, Mickalide AD, Kamerow DB, Wooldf SH. Report of the US Preventive Services Task Force. JAMA. 1990;263:436–7.30. • Ries AL, Bauldoff GS, Carlin BW, Casaburi R, Emery C, BMahler D, et al. Pulmonary rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR evidence. Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2007;131:4–42 • Cambach W, Chadwick-Straver RVM, Wagenaar RC, van Keimpema AR, Kemper HC. The effects of a community-based pulmonary rehabilitation programme 	

	<p>on exercise tolerance and Quality of life: a randomized controlled trial. Eur Respir J. 1997;10:104–8</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Guía clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol. 2001;37:297–316. • Bott J, Blumenthal S, Buxton M, Ellum S, Falconer C, Garrod R, et al. Guidelines for the physiotherapy management of the adult, medical, spontaneously breathing patient. Thorax. 2009;64:i1–52. • AACVPR. Guidelines for pulmonary rehabilitation programs. 4th ed. Champaign IL, USA: Human Kinetics USA; 2011
<p>OBSERVACIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Debe haber registro o debe ser referido por el paciente que ha recibido, al menos, una sesión de educación adaptada a su enfermedad. No obstante, se recomienda que se realice de 3 a 4 sesiones. • La educación del paciente comprende: <ul style="list-style-type: none"> ○ Conocimiento del sistema respiratorio. ○ Conocimiento de la enfermedad. ○ Conocimiento/información del tratamiento. ○ Reconocimiento de los síntomas de alarma de la enfermedad. ○ Técnicas de ahorro de energía (en las enfermedades con disnea limitante).