

INDICADORES CLAVE DE FISIOTERAPIA EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

**Grupo Práctica Basada en la Evidencia y Calidad Asistencial
en los Servicios de Salud**

Indicadores clave de fisioterapia en la atención hospitalaria del sistema nacional de salud. 1ª Edición. 2020 Murcia

Grupo de investigación Práctica basada en la evidencia y calidad asistencial en los servicios de salud.

Autores principales:

Daniel Ángel García

Ismael Martínez Nicolás

Alizée Monot

Bianca Salmeri

Autores colaboradores (en orden alfabético):

Antonio San Martín, Francisco Rodríguez Jiménez, Juan Sánchez Garre, Juana María Cerdá Tomás, Manoli García Alcaraz, María de los Ángeles Martínez de Salazar Arboleas, María Encarnación Melgarejo González-Conde, María Isabel Novas Gutiérrez, Miguel Díaz Serrano, Silvia Vázquez Giménez.

Proyecto financiado por: Fundación Española para la Calidad Asistencial.

ISBN: 978-84-09-21716-8

Citación sugerida:

Ángel-García D., Martínez-Nicolás I., Monot A., Salmeri B. Indicadores clave de fisioterapia en la atención hospitalaria del sistema nacional de salud. 1ª Edición. 2020 Murcia.

Agradecimientos:

Los autores quieren agradecer la invaluable colaboración de María José López Montesinos, Ana Myriam Seva Llor, Víctor Soria Aledo y Zenewton da Silva Gama, sin los que la jornada de clausura del proyecto no hubiese sido tan distinguida y exitosa.

Índice

Resumen ejecutivo.....	7
1. Introducción.....	9
1.1. Estado del arte	9
1.2. Justificación.....	11
1.3. Objetivos.....	11
2. Metodología.....	13
2.1. Creación del grupo de trabajo.....	13
2.2. Revisión sistemática de indicadores.....	14
2.3. Identificación de áreas de oportunidad en la medición de la calidad.....	17
2.4. Priorización de indicadores.....	17
2.5. Redacción, revisión y redefinición de indicadores.....	18
2.6. Consenso de sistema de indicadores nacional.....	18
3. Resultados.....	21
3.1. Búsqueda de literatura e indicadores	21
3.2. Identificación de áreas de oportunidad en la medición de la calidad asistencial en fisioterapia.....	24
3.3. Priorización de indicadores clave para la evaluación y monitorización de la calidad y mejora de la atención.....	28
3.4. Redacción, revisión y redefinición de indicadores.....	30
3.5. Congreso nacional y consenso indicadores nacionales.....	32
4. Discusión.....	35
5. Conclusiones.....	37
6. Bibliografía.....	39
7. ANEXOS.....	45
7.1. Anexo 1. Indicadores encontrados en la revisión sistemática.....	46
7.2. Anexo 2. Fichas finales de indicadores de calidad para unidades hospitalarias de fisioterapia.....	63

Resumen ejecutivo

Introducción: Los indicadores de calidad son herramientas que permiten medir el rendimiento y los resultados relacionados con aspectos de la atención, comparándolos con un criterio basado en evidencia que especifica la calidad o cualquiera de sus dimensiones. Es necesario empezar a utilizar estas herramientas en las unidades hospitalarias de fisioterapia porque son parte del lenguaje gestor del hospital y son esenciales para avanzar hacia una mejor calidad de la atención.

Objetivos: Definir un sistema de indicadores para monitorización y mejora de la calidad asistencial en unidades de fisioterapia hospitalarias aplicable a nivel nacional

Método: el proyecto consta de 6 etapas: 1) se creó un grupo de trabajo que incluía a los supervisores de fisioterapia de las unidades hospitalarias de Murcia. 2) se realizó una revisión sistemática de indicadores. Se realizaron búsquedas en bases de datos para localizar artículos que contuvieran indicadores y se buscaron indicadores en las bases de datos de indicadores internacionales. Se incluyeron los indicadores que estuvieron descritos con fórmula, que pudiesen ser aplicados en una unidad de fisioterapia hospitalaria y que estuvieran basados en evidencia. 3) Se identificaron las áreas de oportunidad para medir de la calidad asistencial en fisioterapia y así poder clasificar los indicadores y ver que áreas no estaban cubiertas. 4) Se priorizaron los indicadores existentes y se crearon nuevos en las áreas no cubiertas y que se consideraron relevantes por el grupo de trabajo. 5) se redactaron las fichas técnicas de los indicadores. 6) El proyecto y las fichas de indicadores se expusieron en un congreso online a otros profesionales. Las fichas de los indicadores se mandaron a los inscritos en el congreso para que las valoraran e hicieran comentarios.

Resultados: La búsqueda resultó en 465 artículos y 41 indicadores, sumando un total de 200 indicadores que cumplen los criterios de inclusión. Estos se clasifican en 23 categorías clínicas y de gestión, que cubren todo tipo de indicadores (estructura, proceso y resultado) y cinco de las seis dimensiones de calidad. De estos, 23 fueron puntuados como los más útiles por el grupo de trabajo. Tras un debate sobre la adecuación de los mismos y las áreas que cubrían, se decidió incluir 9 y completar las áreas no representadas con otros 12 propuestos por el grupo de supervisores. Las fichas técnicas de estos indicadores han sido valoradas por 11 fisioterapeutas externos al grupo de trabajo. Todos los indicadores obtuvieron una mediana de 4 (sobre 5) en la utilidad para la mejora, y de 3 en factibilidad (15 presentan una mediana de 4) y pacientes afectados (14 presentan una mediana de 4).

1. Introducción

1.1. Estado del arte

Avedis Donabedian introdujo los conceptos de la gestión de calidad a las disciplinas sanitarias ¹ y desde entonces muchos han seguido sus pasos ². En la actualidad, no todas las disciplinas ni todos los países tienen el mismo compromiso con la gestión de calidad. Específicamente en fisioterapia, no existe un marco conceptual claro de lo que es la calidad de la atención fisioterapéutica³, aunque hay intentos recientes que tratan de hacer frente a esta situación⁴.

Esto, por sí mismo, es una desventaja para la progresión de nuestra profesión, pero es aún más preocupante en los hospitales y centros de salud de atención primaria, donde la gestión de calidad es el lenguaje utilizado por los gestores y directores de los hospitales y, en última instancia, la forma de mejorar de forma continua dentro de nuestra profesión, y rendir cuentas frente a otros profesionales y de cara a la sociedad.

Mientras que disciplinas como la medicina y la enfermería han avanzado ampliamente en la implantación de la gestión de la calidad en los últimos años, la fisioterapia no ha logrado adherirse a esta corriente. Aunque se han realizado algunas iniciativas de medición de indicadores y ciclos de mejora en las unidades de fisioterapia, todavía no existe una corriente clara de adherencia a la gestión de calidad. Una de estas excepciones es el caso de las unidades de fisioterapia de atención primaria de la comunidad de Madrid⁵, donde han tratado de desarrollar un cuadro de mandos que pueda ser medido en todas

las unidades de la comunidad. Sin embargo, la necesidad de establecer un sistema de mejora de calidad asistencial es imperiosa, tanto para el beneficio de los pacientes como para que se pueda reconocer el adecuado valor de la fisioterapia dentro del sistema sanitario.

La falta del marco de gestión de la calidad para guiar nuestro trabajo provoca que se estén descuidando temas importantes, como el papel de la educación del paciente (incluyendo no sólo la ejecución de ejercicios, sino también sobre capacidades funcionales, cómo funciona su cuerpo o cómo se comportará su enfermedad) ⁶, la planificación adecuada de los tratamientos para evitar el consumo de tiempo de baja calidad con los pacientes,⁷ la inclusión y fortalecimiento del razonamiento clínico en la práctica diaria, o la adecuada y oportuna derivación a fisioterapia, entre otros. No necesitamos más evidencia para abordar este tipo de problemas, sino la definición de criterios de calidad claros y el diseño (o rediseño) de los procesos sanitarios.

Con el fin de avanzar en la implementación de la gestión de calidad, es esencial que los fisioterapeutas cuenten con herramientas que les permitan evaluar, supervisar y mejorar su práctica clínica.⁸ Facilitar la identificación y la selección de estas herramientas de medición es esencial para implicar a los profesionales en las actividades de mejora de la calidad asistencial.

Los indicadores de calidad son herramientas de medición que permiten al usuario cuantificar el rendimiento y los resultados relacionados con aspectos de la atención, comparándolos con un criterio basado en evidencia que especifica la calidad o cualquiera de sus dimensiones.^{9,10} De esta forma se puede medir el rendimiento a lo largo del tiempo de una unidad, comparar diferentes hospitales o identificar áreas de mejora. Son una buena herramienta para comenzar a realizar actividades de gestión de la calidad e iniciarse en un proceso de mejora continua. Ya existen diversas iniciativas a nivel nacional que han propuesto sets de indicadores para áreas específicas: atención a la cronicidad¹¹, seguridad del paciente^{12,13}, o gestión de la calidad de forma más general y amplia.¹⁴ El relativo desconocimiento de la gestión de calidad en Fisioterapia mencionado anteriormente, y la falta de coordinación entre las unidades de fisioterapia, hace que muchas de estas iniciativas de mejora no se lleven a cabo o, en caso de realizarse, no tengan una continuidad adecuada.

1.2. Justificación

No existe un conjunto previamente definido de indicadores de calidad que esté destinado a medir el funcionamiento de las unidades de fisioterapia en los hospitales públicos del SNS. Por lo tanto, la elaboración y priorización de un sistema de indicadores de calidad, entre otras herramientas, será un producto útil para avanzar en la meta global de la mejora de estos servicios de fisioterapia y sus resultados clínicos.

1.3. Objetivos

Objetivo general:

Definir un sistema de indicadores para monitorización y mejora de la calidad asistencial en unidades de fisioterapia hospitalarias aplicable a nivel nacional.

Objetivos específicos:

Identificar, definir y priorizar indicadores de calidad de la atención en fisioterapia para unidades de esta especialidad.

Identificar áreas de oportunidad para la medición de la calidad asistencial con supervisores de fisioterapia de la Región de Murcia.

2. Metodología

El proyecto fue desarrollado con metodología principalmente cualitativa en las siguientes seis fases sucesivas:

1. Creación de un grupo de trabajo.
2. Revisión sistemática de indicadores.
3. Identificación de áreas de oportunidad en la medición de la calidad asistencial en fisioterapia.
4. Priorización de indicadores clave para la evaluación y monitorización de la calidad y mejora de la atención.
5. Redacción, revisión y redefinición de indicadores.
6. Congreso nacional online y consenso de un sistema de indicadores nacional.

2.1. Creación del grupo de trabajo

En primer lugar, se constituyó un grupo de trabajo (GT) integrado por los supervisores de fisioterapia de los 9 hospitales públicos de la Región de Murcia y los investigadores responsables de este estudio. Para ello se les contactó e invitó a participar a este estudio.

Este grupo de responsables, junto a algunos fisioterapeutas del Servicio Murciano de Salud, ya participó en un curso introductorio de gestión de calidad. En esos contactos previos, los supervisores de las diferentes unidades de fisioterapia y gestores de áreas de salud de la Región de Murcia ya habían identificado, como una prioridad para avanzar en la mejora de calidad de sus

unidades, la necesidad de establecer indicadores que midan la calidad de la atención.

2.2. Revisión sistemática de indicadores

Con el fin de obtener un set de indicadores válidos y ampliamente aceptados, se realizó una exploración y una revisión exhaustiva de los recursos existentes en la literatura científica. Para ello, se ejecutó una búsqueda bibliográfica estructurada (revisión sistemática) de la literatura científica y de las bases de datos y repositorios de indicadores existentes. El protocolo de esta revisión fue publicado en Open Science Framework (<https://osf.io/ceybw>; DOI: 10.17605/OSF.IO/N569S), y la metodología específica de cada parte se presenta a continuación:

2.2.1. Revisión de publicaciones científicas de indicadores de fisioterapia

Se realizó una revisión sistemática bajo el esquema de la declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA).¹⁵

2.2.1.1. Fuentes documentales consultadas

Se consultaron las bases de datos electrónicas Pubmed, IBECs, LILACS, CINAHL, Academic Search Complete, PsycInfo, SportDiscus, Web of Science Core Collection, Scielo, CSIC bibliographic databases y Scopus.

2.2.1.2. Estrategia de búsqueda

Se utilizaron los términos «Quality Indicators», «Health Care», «Physical Therapy Modalities» y «Physical Therapy Specialty» como términos MeSH, así como las posibles combinaciones en texto libre de «quality indicator», «quality measure», «physiotherapy» y «physical therapy» usando los operadores lógicos AND y OR.

2.2.1.3. Criterios de inclusión

Se incluyeron estudios enfocados a la medición de los servicios y actividades de fisioterapia a través de indicadores de calidad asistencial. Se incluyeron

excepcionalmente estudios intervencionales (experimentales y cuasi-experimentales), siempre que no fuesen de tipo ensayo clínico en pacientes, y cuyo objeto fuese una intervención sobre los servicios de salud. Así mismo, se incluyeron todos los estudios que estuvieran en inglés, francés, portugués o español.

2.2.1.4. *Criterios de exclusión*

Se excluyeron las publicaciones sin indicadores explícitamente descritos; ya fuese porque no había criterios o indicadores de calidad de la atención en salud descritos, o porque los criterios o los indicadores que no estaban descritos usando una fórmula de construcción (al menos, denominador y numerador, o formato tipo *if/then*).

2.2.1.5. *Proceso de selección de los estudios*

La selección de los artículos de esta revisión sistemática se realizó mediante cribado de título y resumen de los artículos obtenidos en la estrategia de búsqueda, de forma pareada por dos evaluadores independientes, a través del software Rayyan QCRI.¹⁶ A continuación, se llevó a cabo una segunda valoración mediante lectura a texto completo de los artículos elegibles.

Se revisaron los anexos y materiales adicionales, así como las referencias bibliográficas en busca de publicaciones relevantes.

2.2.1.6. *Proceso de extracción de datos*

Sólo se extrajeron indicadores que estuviesen basados en evidencia. Esto debía estar descrito explícitamente por los autores, en donde se tomaron en cuenta las referencias bibliográficas aportadas, o bien los indicadores debían estar calificados mediante alguna escala de clasificación del nivel de evidencia y/o fuerza de recomendación.

El proceso se realizó de forma independiente, extrayendo la información relacionada con la referencia bibliográfica, nombre del indicador, numerador, denominador y nivel de evidencia traducido a escala del Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) de Oxford.¹⁴

2.2.2. Revisión sistemática de indicadores de calidad

2.2.2.1. Diseño del estudio

Se realizó una revisión sistemática bajo el esquema de la Declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA) adaptado a las bases de datos de indicadores de calidad.

2.2.2.2. Fuentes documentales consultadas

Se consultaron las bases de datos y repositorios de indicadores:

- AHRQ Quality Indicators: <https://www.qualityindicators.ahrq.gov/>
- NHS Indicator Portal: <http://content.digital.nhs.uk/indicatorportal>
- The Joint Commission (performance measures): https://www.joint-commission.org/performance_measurement.aspx
- The Joint Commission (core measures): https://www.jointcommission.org/core_measure_sets.aspx
- National Quality Forum: <http://www.qualityforum.org/Home.aspx>
- *Measures inventory tool* de CMS: https://cmit.cms.gov/CMIT_public/ListMeasures
- *Standards and Indicators* de NICE: <https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators>
- Indicadores Clave Sistema Nacional de Salud: <http://inclasns.msssi.es/>
- OCDE Health Statistics (Sources and Methodology): <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

2.2.2.3. Estrategia de búsqueda

En todas las bases de datos se utilizaron los términos libres «Physical Therapy», «Physiotherapy» y «Rehabilitation» en búsquedas independientes, o bien se realizó una búsqueda manual de los indicadores relacionados con fisioterapia en las bases de datos que no tienen buscador.

2.2.2.4. Criterios de inclusión

Se incluyeron los indicadores que estuvieron descritos con fórmula de construcción (al menos, denominador y numerador, o fórmula con formato tipo

if/then) y que pudiesen ser aplicados en una unidad de fisioterapia hospitalaria. Además, los indicadores debían estar basados en evidencia.

2.2.2.5. *Criterios de exclusión*

Se excluyeron aquellos indicadores que no fueron aplicables al contexto español considerando los aspectos legales, normativos y reguladores de la profesión de Fisioterapia en España.

2.2.2.6. *Proceso de selección de los indicadores*

Los indicadores seleccionados se revisaron por pares para determinar si cumplían los criterios de inclusión y exclusión.

2.2.2.7. *Proceso de extracción de datos*

Se extrajo la información relacionada con la fuente bibliográfica, nombre del indicador, numerador, denominador y nivel de evidencia traducido a escala del CEBM de Oxford.¹⁴

2.3. Identificación de áreas de oportunidad en la medición de la calidad

Se llevó a cabo un taller participativo con el GT de identificación de áreas de oportunidad para la medición de indicadores en las unidades de fisioterapia públicas de la Región de Murcia. Las técnicas empleadas fueron las de *brainstorming* y discusión dirigida.

El objetivo de esta sesión era tanto la de conceptualizar las áreas de evaluación posibles dentro del ámbito de la fisioterapia, como identificar áreas en las que pudiese no haber indicadores identificados en la literatura.

2.4. Priorización de indicadores

Se utilizó la técnica de grupo nominal (TGN) para que, de manera individual, los participantes del GT puntuaran los indicadores obtenidos en las fases anteriores de 1 (menor) a 5 (mayor) en cada uno de los siguientes tres criterios:

a) utilidad para la mejora de la calidad y la toma de decisiones; b) factibilidad de medición del indicador, y c) tamaño de la población a la que puede afectar el indicador (ya sea en la actualidad o potencialmente).

Se sumaron las puntuaciones de los participantes, calculando porcentajes que se ajustaran por la puntuación máxima alcanzable para cada criterio en función del número de votaciones. Los resultados orientaron la definición de dos grupos de indicadores: A) indicadores con puntuaciones $\geq 70\%$ en los tres criterios (indicadores con la máxima prioridad para ser implementados) y B) indicadores con puntuaciones $\geq 70\%$ en utilidad y factibilidad, pero con puntuación $< 70\%$ en tamaño de la población afectada.

Los indicadores seleccionados en el grupo A y B se expusieron al GT y se procedió a realizar una discusión sobre su adecuación a las necesidades de las distintas unidades de fisioterapia, abriendo la posibilidad a los supervisores a proponer nuevos indicadores que completaran las áreas no abordadas. De los potenciales indicadores resultantes de este proceso se redactó una propuesta básica y consensuada de la fórmula de cálculo de cada uno de ellos.

2.5. Redacción, revisión y redefinición de indicadores

Los indicadores seleccionados se adaptaron a una ficha de indicador estandarizada por el equipo de investigación. Estas fichas se enviaron al grupo de trabajo para su revisión y comentarios. Los comentarios y modificaciones propuestas se discutieron entre el grupo de investigación y de trabajo en una reunión con el objetivo de llegar a consenso.

2.6. Consenso de sistema de indicadores nacional

Se realizó una jornada online destinada a todos los supervisores de unidades de fisioterapia en hospitales públicos del sistema nacional de salud. El congreso, grabado y a disposición de los participantes, incluyó una introducción a la gestión de calidad en fisioterapia y la presentación del proyecto.

Durante el congreso se presentaron los indicadores finalmente seleccionados, cuyas fichas fueron enviadas a todos los participantes al finalizar el congreso para que puntuaran los indicadores con los mismos criterios usados

en la priorización por el GT y, adicionalmente, pudieran hacer comentarios a los indicadores. Esta consulta se realizó a través de un formulario web, estableciendo un periodo concreto de recepción de comentarios.

Una vez revisados e integrados los comentarios de los participantes del congreso, se redactaron las fichas finales de los indicadores. Que están disponibles en: <https://pbecass.com/descargas>

3. Resultados

3.1. Búsqueda de literatura e indicadores

Un total de 465 artículos fueron identificados en las diferentes bases de datos consultadas. Tras la eliminación de los 276 duplicados, se leyó el título y resumen de 176, de los cuales 102 artículos fueron revisados a texto completo y finalmente 19 estudios fueron incluidos.¹⁸⁻³⁷

Entre las razones de exclusión de los artículos leídos a texto completo estaban que no había indicadores descritos en el artículo (n=34), no aplicaban a unidades de fisioterapia hospitalarias (n=10), no aparecía la fórmula del indicador (n=19), no tenían evidencia descrita que respaldase los indicadores (n=6) o estaban escritos en otros idiomas no incluidos (n=2). Además, se contactó a 19 autores para solicitar material adicional no incluido en los artículos. Sólo 7 contestaron, y 12 artículos se excluyeron por no respuesta de los autores.

Entre los estudios incluidos estaban 1 guía de práctica clínica¹⁹, 4 evaluaciones de calidad de la atención^{18,22,32,37} y 14 artículos de desarrollo de indicadores,^{21,23-25,27-30,34-36,38-41} de los cuales solo 3 de ellos reportaron mediciones de factibilidad y/o fiabilidad.^{21,28,34} Finalmente, se extrajeron 159 indicadores.

Adicionalmente, se recuperaron 41 indicadores de bases de datos y repositorios de indicadores. Así, se obtuvieron un total de 200 indicadores como se muestra en la figura 1 (diagrama de flujo PRISMA.)

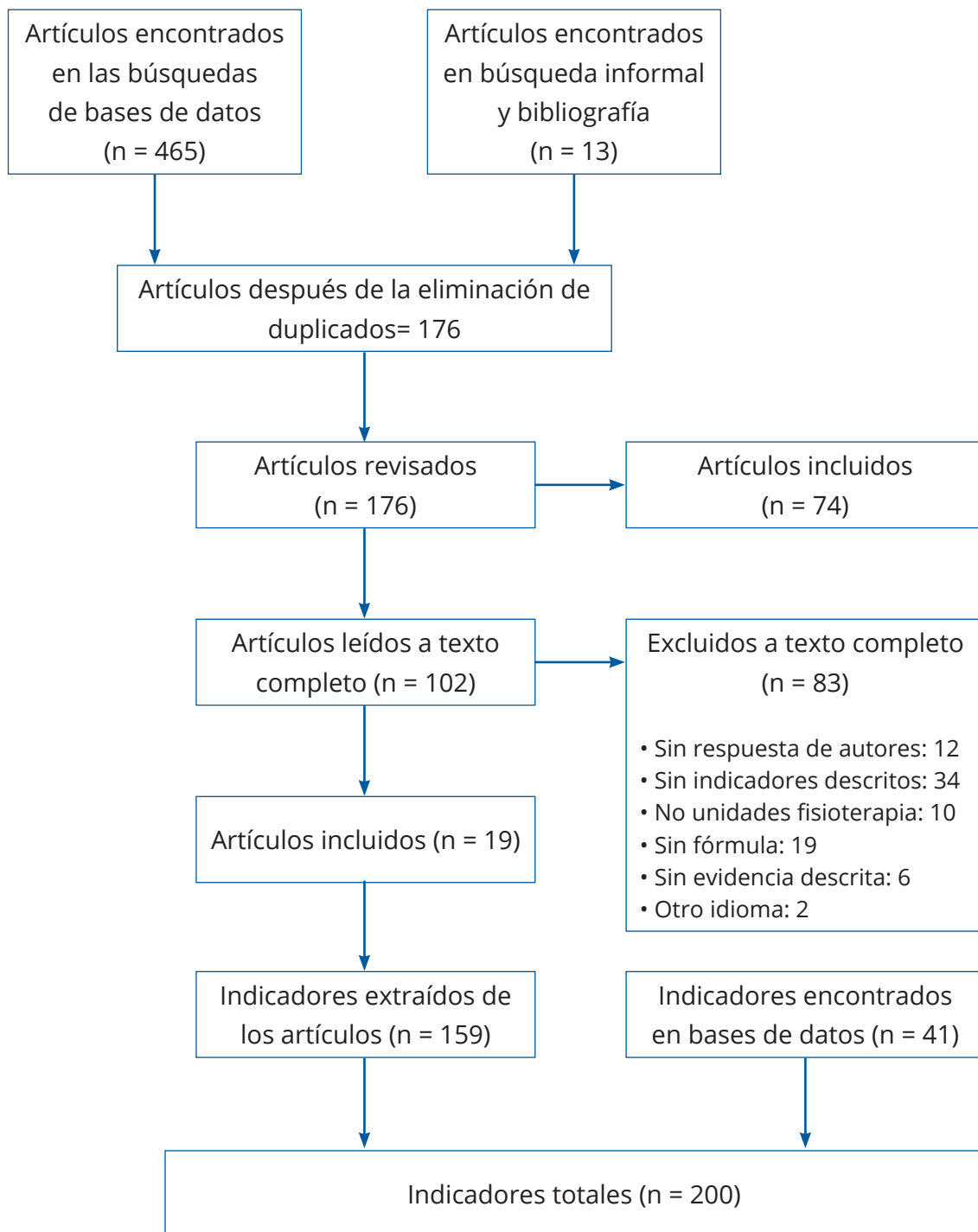


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA de la revisión de indicadores.

De todos los indicadores, 51 (25,5%) eran del mayor nivel de evidencia —nivel 1 en la escala del CEBM de Oxford— y 90 (45%) eran del nivel más bajo —nivel 5 del CEBM de Oxford—.

En la Tabla 1, se muestran algunos ejemplos de indicadores de atención y gestión clínica con un nivel de evidencia superior a 3.

Tabla 1. Ejemplos de atención clínica e indicadores de gestión, por dimensión de calidad de atención

Dimensión	Descripción	Nivel de evidencia	Tipo de indicador	Categoría
Atención Clínica				
Eficacia	Porcentaje de ancianos vulnerables con osteoartritis sintomática de rodilla o cadera desde 3 meses y capaces de realizar ejercicio en los que se ha recomendado un programa dirigido o supervisado de fortalecimiento muscular o ejercicio aeróbico.	1	Proceso	Geriatría
	Porcentaje de mujeres que presenta incontinencia urinaria de urgencia o vejiga hiperactiva en los que se ha aconsejado sobre la modificación del comportamiento, incluyendo la restricción de líquidos y el entrenamiento de la vejiga.	1	Proceso	Ginecología, urología y proctología
	Porcentaje de pacientes diagnosticados con problemas de función vestibular que han recibido rehabilitación vestibular	1	Proceso	Neurología
	Porcentaje de pacientes con EPOC que terminaron un programa de Rehabilitación Pulmonar, con al menos un número mínimo de sesiones, que encontraron una mejoría en la capacidad funcional de, al menos, 25 metros en el test de 6 minutos marcha.	1	Resultados	Neumología
Equidad	Evidencia de que los programas de rehabilitación pulmonar admiten pacientes que hayan tenido previamente rehabilitación pulmonar.	1	Estructura	Neumología
Atención centrada en el paciente	Ratio «observado versus esperado» de cambio en puntaje de movilidad ingreso-alta en pacientes mayores de 21 años hospitalizados con tratamiento de fisioterapia.	2	Resultados	Todos los pacientes
Seguridad	Tasa de caídas con lesión por 1000 días-paciente.	3	Resultados	Todos los pacientes
	Porcentaje de ancianos vulnerables, que demuestren una disminución de equilibrio o propiocepción o un aumento de la desviación postural, en los que se ha ofrecido un programa adecuado de ejercicio y se ha evaluado la necesidad de un dispositivo de asistencia.	1	Proceso	Geriatría
	Porcentaje de pacientes ancianos vulnerables en los que se ha preguntado la ocurrencia de caídas recientes.	3	Proceso	Geriatría
Administración				
Accesibilidad	Porcentaje de pacientes diagnosticados con insuficiencia cardiaca en los que se ha remitido a un programa de rehabilitación basado en el ejercicio.	2	Proceso	Comunicación con otros profesionales
	Porcentaje de pacientes con ictus isquémico o hemorrágico en los que se han evaluado o recibidos servicios de rehabilitación.	2	Proceso	Comunicación con la unidad de rehabilitación
Eficacia	Existencia de registro anual de limitación en el ejercicio (mediante escala de disnea validada) en pacientes con EPOC.	1	Estructura	Recursos físicos y materiales
	Porcentaje de programas de rehabilitación pulmonar a nivel nacional que tienen una duración de al menos 6 semanas con sesiones supervisadas dos veces por semana.	1	Estructura	Fuerza laboral (fisioterapeutas)

Dimensión	Descripción	Nivel de evidencia	Tipo de indicador	Categoría
Equidad	Porcentaje de programas de rehabilitación pulmonar a nivel nacional en los que se ha aceptado derivaciones por otras enfermedades respiratorias crónicas distintas de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.	3	Proceso	Comunicación con la unidad de rehabilitación

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Todos los indicadores recuperados se presentan en el Anexo I junto con sus características y nivel de evidencia. Adicionalmente, se puede consultar el material de referencia con traducciones al inglés, italiano y francés accesible de forma online (<https://doi.org/10.7910/DVN/IBYBQD>).

3.2. Identificación de áreas de oportunidad en la medición de la calidad asistencial en fisioterapia

Este taller sirvió para sintetizar las múltiples áreas de evaluación en una clasificación de categorías de atención clínica por patologías (que se consideraron junto con un criterio de ámbito asistencial: paciente ambulatorio, paciente ingresado o ambos), así como de categorías de gestión clínica (también analizadas posteriormente en función de la responsabilidad: enfoque interno y enfoque externo).

La conclusión del taller acabó con la creación de una matriz de clasificación de indicadores con tres ejes. Estos incluían el tipo de indicador (proceso, estructura, resultado), la dimensión de la calidad a la que hace referencia, y las diversas categorías de atención clínica o de gestión de la unidad.

3.2.1. Dimensiones de la calidad

Los indicadores se clasificaron en relación a las dimensiones de la calidad: efectividad, eficiencia, seguridad, atención centrada en el paciente, equidad, accesibilidad. Como es lógico, algunos indicadores podían abarcar más de una dimensión, pero se decidió clasificarlos en aquella que fuese más representativa del indicador para facilitar el análisis.

3.2.2. Categoría

Las categorías son subdivisiones de la atención clínica y de la gestión de la unidad que quedarían como sigue (Tabla 2).

Tabla 2. Categorías de atención clínica y gestión en las unidades de fisioterapia hospitalarias

Atención clínica	Gestión de la unidad
Atención general al paciente (todos los pacientes)	Comunicación con la unidad de rehabilitación
Sistema cardiovascular y circulatorio	Comunicación con otros profesionales
Dolor crónico	Transporte
Geriatría	Gestión del paciente
Ginecología, urología y proctología	Gestión de pacientes sin cita
Salud mental	Recursos físicos y materiales
Musculoesquelético	Personal (fisioterapeutas)
Neurología	Personal (auxiliares de enfermería)
Pediatría	Personal (celadores)
Neumología	Personal (otros recursos)
Reanimación y cuidados intensivos	
Reumatología	
Otras especialidades	

3.2.3. Aplicabilidad en el contexto asistencial y responsabilidad en la gestión

Las categorías de atención clínica fueron diferenciadas a su vez en: atención clínica en planta (pacientes ingresados), atención clínica en gimnasio (pacientes ambulatorios), atención clínica en planta y gimnasio (ambos).

Por su parte, las categorías de gestión de la unidad de fisioterapia podían considerarse desde dos perspectivas: gestión interna de la unidad (que considera a los recursos materiales y humanos de la unidad, así como los procesos de gestión que dependen de la misma) y gestión externa a la unidad (enfocada principalmente a la comunicación y coordinación con otros servicios, tanto clínicos como logísticos).

3.2.4. Descriptivo de los indicadores clasificados

Los indicadores de proceso representaron el 75.5% (n=151) de todos los indicadores, siendo los segundos más prevalentes los indicadores de resultados (n=41; 20.5%). La mediana de nivel de evidencia fue 3 para los indicadores de proceso y 5 para los indicadores de estructura y resultado. La efectividad fue

la dimensión más prevalente de la calidad de atención (n=154; 77%) mientras que equidad y eficiencia fueron las dimensiones menos representadas con 2 (1%) y 0 indicadores, respectivamente.

Con fines analíticos, presentamos los indicadores en dos grupos separados: indicadores de atención clínica, e indicadores de gestión. Prácticamente todos los indicadores fueron de atención clínica (n=178; 89%), siendo tan sólo 22 de gestión.

En la tabla 3 se muestra la organización de los indicadores de atención clínica en categorías, tipología de indicador, aplicabilidad en el entorno clínico y dimensión de calidad de atención. Abarcaron una amplia gama de áreas clínicas, a excepción del sistema circulatorio y cardiovascular (n=2; 1.1%), del dolor crónico (n=2; 1.1%), de la salud mental (n=1; 0,5%), de la pediatría (n=0) y de la reanimación y cuidados intensivos (n=0).

Tabla 3. Características de los indicadores de atención clínica

Características	Tipo de indicador			Total (n=178)
	Estructura (n=2)	Proceso (n=136)	Resultados (n=40)	
Categoría de atención clínica				
Atención general al paciente (todos los pacientes)	0 (0%)	0 (0%)	17 (42.5%)	17 (9.6%)
Sistema cardiovascular y circulatorio	0 (0%)	1 (0.7%)	1 (2.5%)	2 (1.1%)
Dolor crónico	0 (0%)	2 (1.5%)	0 (0%)	2 (1.1%)
Geriatría	0 (0%)	22 (16.2%)	1 (2.5%)	23 (12.9%)
Ginecología, urología y proctología	0 (0%)	9 (6.6%)	0 (0%)	9 (5.1%)
Salud mental	0 (0%)	1 (0.7%)	0 (0%)	1 (0.6%)
Musculoesquelético	0 (0%)	30 (22.1%)	8 (20%)	38 (21.4%)
Neurología	1 (50%)	7 (5.2%)	5 (12.5%)	13 (7.3%)
Pediatría	-	-	-	0 (0%)
Neumología	1 (50%)	37 (27.2%)	5 (12.5%)	43 (24.2%)
Reanimación y cuidados intensivos	-	-	-	0 (0%)
Reumatología	0 (0%)	22 (16.2%)	1 (2.5%)	23 (12.9%)
Otras especialidades	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.5%)	1 (0.6%)
Aplicabilidad en entorno clínico				
Atención ambulatoria	1 (50%)	38 (27.9%)	5 (12.5%)	44 (24.7%)
Atención hospitalaria	0 (0%)	4 (2.9%)	9 (22.5%)	13 (7.3%)
Atención ambulatoria y hospitalaria	1 (50%)	94 (69.1%)	26 (65%)	121 (68%)
Grado de evidencia (Oxford CEBM)				
Nivel 1	1 (50%)	44 (32.4%)	2 (5%)	47 (26.4%)
Nivel 2	0 (0%)	14 (10.3%)	4 (10%)	18 (10.1%)

Características	Tipo de indicador			Total (n=178)
	Estructura (n=2)	Proceso (n=136)	Resultados (n=40)	
Nivel 3	0 (0%)	20 (14.7%)	4 (10%)	24 (13.5%)
Nivel 4	0 (0%)	8 (5.9%)	4 (10%)	12 (6.7%)
Nivel 5	1 (50%)	50 (36.8%)	26 (65%)	77 (43.3%)
Dimensión de calidad de atención				
Accesibilidad	0 (0%)	1 (0.7%)	1 (2.5%)	2 (1.1%)
Eficacia	1 (50%)	114 (83.8%)	32 (80%)	147 (82.6%)
Eficiencia	-	-	-	0 (0%)
Equidad	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0.6%)
Atención centrada en el paciente	0 (0%)	11 (8.1%)	2 (5%)	13 (7.3%)
Seguridad	0 (0%)	10 (7.4%)	5 (12.5%)	15 (8.4%)

CEBM: Center of Evidence-Based Medicine (centro de medicina basada en evidencia)

Por otro lado, los indicadores de gestión se distribuyen entre la mitad de las 10 categorías definidas (Tabla 4), siendo la más representada la comunicación con la unidad de rehabilitación con respecto a la atención de fisioterapia (n=9; 40.9%). Los indicadores considerados para la gestión interna (n=14; 63,6%) y los indicadores de proceso siguen siendo los más frecuentes. Sin embargo, la accesibilidad es la dimensión con más indicadores (más del 50%).

Tabla 4. Características de los indicadores de gestión

Características	Tipo de indicador			Total (n=22)
	Estructura (n=6)	Proceso (n=15)	Resultados (n=1)	
Categoría de gestión				
Comunicación con otros profesionales	0 (0%)	3 (20%)	0 (0%)	3 (13.6%)
Comunicación con las unidades de rehabilitación	0 (0%)	9 (60%)	0 (0%)	9 (40.9%)
Gestión del paciente	0 (0%)	1 (6.7%)	0 (0%)	1 (4.6%)
Gestión de pacientes sin cita	-	-	-	0 (0%)
Recursos físicos y materiales	2 (33.3%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (9.1%)
Transporte	-	-	-	0 (0%)
Personal (fisioterapeutas)	4 (66.7%)	2 (13.3%)	1 (100%)	7 (31.8%)
Personal (auxiliares de enfermería)	-	-	-	0 (0%)
Personal (celadores)	-	-	-	0 (0%)
Personal (otros recursos)	-	-	-	0 (0%)
Responsabilidad				
Gestión interna	0 (0%)	14 (93.3%)	0 (0%)	14 (63.6%)
Gestión externa	6 (100%)	1 (6.7%)	1 (100%)	8 (36.4%)
Grado de evidencia (Oxford CEBM)				
Nivel 1	2 (33.3%)	2 (13.3%)	0 (0%)	4 (18.2%)
Nivel 2	0 (0%)	3 (20%)	0 (0%)	3 (13.6%)

Características	Tipo de indicador			Total (n=22)
	Estructura (n=6)	Proceso (n=15)	Resultados (n=1)	
Nivel 3	0 (0%)	1 (6.7%)	0 (0%)	1 (4.6%)
Nivel 4	0 (0%)	1 (6.7%)	0 (0%)	1 (4.6%)
Nivel 5	4 (66.7%)	8 (53.3%)	1 (100%)	13 (59.1%)
Dimensión de calidad de atención				
Accesibilidad	0 (0%)	12 (80%)	0 (0%)	12 (54.6%)
Eficacia	4 (66.7%)	2 (13.3%)	1 (100%)	7 (31.8%)
Eficiencia	-	-	-	0 (0%)
Equidad	0 (0%)	1 (6.7%)	0 (0%)	1 (4.6%)
Atención centrada en el paciente	-	-	-	0 (0%)
Seguridad	2 (33.3%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (9.1%)

CEBM: Center of Evidence-Based Medicine (centro de medicina basada en evidencia) PT: Fisioterapeutas.

3.3. Priorización de indicadores clave para la evaluación y monitorización de la calidad y mejora de la atención

A continuación se presentan los indicadores puntuados con más del 70% en todas las áreas y con más del 70% en utilidad y factibilidad (Tabla 5).

Tabla 5. Indicadores priorizados de la revisión sistemática

Redacción título adaptada	70% total	70% dos primeros
Porcentaje de pacientes con epicondilitis lateral sintomática en los que se ha evaluado el dolor al inicio de un nuevo tratamiento.	1	1
Porcentaje de pacientes con osteoartritis de cadera o rodilla y falta de fuerza muscular que han sido tratados los 12 meses anteriores en los que se ha proporcionado ejercicios de fortalecimiento muscular.	1	1
Porcentaje de pacientes con osteoartritis de cadera o rodilla que han sido tratados los 12 meses anteriores después de una cirugía de remplazo articular en los que se ha proporcionado ejercicios de fortalecimiento y funcionales para mejorar tareas individualizadas específicas.	1	1
Porcentaje de pacientes con osteoartritis de cadera o rodilla, dolor intenso y una limitación reversible en el rango de movimiento de la articulación, tratados los 12 meses anteriores, en lo que se ha proporcionado una combinación de terapia de ejercicios activos y pasivos (como estiramientos, ejercicios de rango de movimientos y terapia manual).	1	1
Porcentaje de paciente con dolor lumbar no específico en los que se ha incluido en un programa de ejercicios terapéuticos.	1	1
Porcentaje de pacientes con osteoartritis de cadera o rodilla que han sido tratados los 12 meses anteriores después de una cirugía de remplazo articular en los que se ha logrado una mejoría de al menos el 20%.	1	0
Porcentaje de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica a los que se ha incluido en un programa de rehabilitación respiratoria.	0	1
Porcentaje de pacientes remitidos a rehabilitación respiratoria en los que se ha realizado una exploración de Volúmenes, difusión PIM/PEM (PIM: presión inspiratoria máxima; PEM: presión espiratoria máxima).	0	1

Redacción título adaptada	70% total	70% dos primeros
Porcentaje de pacientes incluidos en programa de rehabilitación respiratoria con debilidad de dicha musculatura en una de las siguientes patologías (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquiectasias, fibrosis quística, enfermedades respiratorias crónicas con disnea limitante) en los que se ha recibido entrenamiento de músculos respiratorios.	1	1
Porcentaje de paciente en rehabilitación respiratoria que han recibido educación.	1	1
Porcentaje de programas de rehabilitación respiratoria evaluados en los que se ha realizado 2 a 3 sesiones semanales de fisioterapia.	0	1
Porcentaje de pacientes que han realizado un programa de rehabilitación respiratoria en los que se ha recomendado un plan de ejercicios en domicilio.	0	1
Porcentaje de pacientes que acaban la rehabilitación pulmonar en los que se ha completado una evaluación final del estado de salud, la disnea y la capacidad de ejercicio.	0	1
Porcentaje de pacientes inscritos en rehabilitación pulmonar que completan el programa y alcanzan una mejoría mínima clínicamente importante en las medidas de resultado seleccionadas.	0	1
Porcentaje de pacientes con ictus agudo en los que se ha movilizado y levantado de la cama en las primeras 48 horas.	1	1
Porcentaje de pacientes con ictus en los que se ha evaluado la necesidad de tratamiento rehabilitador en las primeras 48 horas.	1	1
Porcentaje de pacientes, excluyendo accidente isquémico transitorio, con paresia y situación funcional basal desfavorable en los que se han tratado por fisioterapeuta en los primeros 2 días tras ingreso.	1	1
Porcentaje de pacientes con accidente cerebro vascular inmóviles o en silla de rueda al ingreso que pueden desplazarse de forma independiente al alta	1	1
Porcentaje de objetivos propuestos para cada paciente que han sido alcanzados.	1	1
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, que incluye consejo de actividad física, rango de movimiento, fortalecimiento muscular y ejercicios aeróbicos en los tres primeros meses.	1	1
Porcentaje de pacientes con ictus isquémico hemorrágico en los que se ha evaluado o recibido servicios de rehabilitación.	1	1
Porcentaje de fisioterapeutas con sesiones de formación programadas que asistieron a las sesiones	1	1
Porcentaje de pacientes remitidos para rehabilitación pulmonar en los que se ha comenzado el tratamiento en los tres primeros meses.	1	1

Después de discutir si estos indicadores eran apropiados y cubrían las necesidades de medición en las unidades hospitalarias de fisioterapia, se realizó una propuesta y discusión de nuevos indicadores que cubrieran también algunas necesidades que identificaban los supervisores. A continuación, se muestran los indicadores propuestos por el GT:

- Ratio de fisioterapeutas por habitante.
- Número de pacientes vistos por fisioterapeuta al año. Estratificado por tipo de paciente.
- Porcentaje de sesiones recibidas por pacientes que ya han alcanzado su objetivo terapéutico.

- Porcentaje de pacientes con objetivos terapéuticos «claros» definidos en la primera consulta.
- Porcentaje de pacientes que pierden su sesión o tratamiento por causa de la ambulancia.
- Porcentaje de faltas de asistencia de los pacientes a las sesiones (justificadas y no justificadas).
- Porcentaje de pacientes atendidos sin cita (por ejemplo, trabajadores del hospital y similares).
- Porcentaje de pacientes que precisan atención de fisioterapia que egresan sin haber sido vistos por el fisioterapeuta y sin referencia a rehabilitación.
- Lista de espera estratificada por tipo de paciente.
- Ratio de pacientes/camilla (precaución con tiempo).
- Número de días de espera para la primera visita al médico rehabilitador.
- Número de días de espera para la primera visita al fisioterapeuta.
- Porcentaje de pacientes derivados a atención privada que reingresan en menos de 3 meses por no solución de su problema.

Algunos de estos indicadores se quedaron reservados para un descriptivo de las unidades que se pretende realizar posteriormente, mientras que otros fueron incluidos en el set final de indicadores. Finalmente 9 indicadores procedentes de la revisión y 12 propuestos por el GT fueron seleccionados para realizar las fichas.

3.4. Redacción, revisión y redefinición de indicadores

Los indicadores seleccionados para el set definitivo están descritos en la tabla 6.

Tabla 6. Indicadores incluidos en el set final

ID	Nombre abreviado
A.1.1	Ratio de fisioterapeutas por habitantes.
A.1.2	Ratio de pacientes vistos por fisioterapeuta.
A.1.3	Porcentaje de sesiones realizadas a pacientes que ya han alcanzado su objetivo terapéutico.
A.1.4	Porcentajes de sesiones o tratamientos perdidos a causa de la ambulancia.
A.1.5	Porcentaje de faltas de asistencia de los pacientes a las sesiones (justificadas y no justificadas).

ID	Nombre abreviado
A.1.6	Porcentaje de trabajadores propios del hospital (o asociados/beneficiarios) atendidos
A.1.7	Media de días de espera para la primera visita al médico rehabilitador.
A.1.8	Media de días de espera para la primera visita al fisioterapeuta
A.1.9	Porcentaje de pacientes derivados a atención privada que reingresan hasta 90 días después de derivación por no solución de su problema.
A.2.1	Porcentaje de pacientes con objetivos terapéuticos definidos en la primera consulta.
A.2.2	Porcentaje de pacientes que precisan atención de fisioterapia que egresan sin haber sido vistos por el fisioterapeuta.
B.1.1	Porcentaje de objetivos propuestos para cada paciente que han sido alcanzados.
B.2.1	Porcentaje de pacientes con ictus en los que se ha evaluado la necesidad de tratamiento rehabilitador en las primeras 48 horas.
B.2.2	Porcentaje de pacientes con ictus isquémico-hemorrágico que han recibido tratamiento de fisioterapia durante su estancia en el hospital.
B.2.3	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.
B.2.4	Porcentaje de pacientes con ictus agudo a los que se ha movilizado o levantado de la cama en las primeras 48 horas.
B.2.5	Porcentaje de fisioterapeutas con sesiones de formación programadas que asistieron a las sesiones.
B.2.6	Porcentaje de pacientes con dolor lumbar inespecífico que han sido incluidos en un programa de ejercicio terapéutico.
B.2.7	Porcentaje de pacientes remitidos para rehabilitación pulmonar en los que se ha comenzado el tratamiento en los tres primeros meses.
B.2.8	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.
B.2.9	Porcentaje de pacientes en rehabilitación respiratoria que han recibido educación adaptada a su enfermedad.

Se elaboró una ficha técnica completa para cada indicador del set definitivo. Los indicadores finales, en formato ficha técnica, se encuentran en el Anexo 2. Para los indicadores extraídos de la revisión sistemática se utilizaron las fichas y documentos originales para adaptar sus especificaciones técnicas. En caso necesario de ser necesario, se buscó información adicional para completar la adaptación al contexto español.

En el caso de los indicadores propuestos por los expertos del GT, se realizó una búsqueda informal (incluyendo PubMed, Cochrane y Google) para recabar información basada en evidencia que apoyara la medición de estos indicadores.

Las fichas completas fueron revisadas por los supervisores del GT que incluyeron comentarios a la factibilidad de medición y fuentes de datos.

3.5. Congreso nacional y consenso indicadores nacionales

El 19 de junio de 2020 se llevó a cabo la I Jornada Nacional de Calidad Asistencial en Unidades Hospitalarias de Fisioterapia. Los objetivos de esta jornada eran presentar las bases de la gestión de calidad en fisioterapia, proporcionar ejemplos de éxito en la gestión de calidad hospitalaria y presentar los indicadores propuestos desde el grupo de trabajo. Contamos con las ponencias de cuatro expertos en gestión de calidad: María José López Montesinos, Ana Myriam Seva Llor, Victor Soria Aledo y Zenewton da Silva Gama.

Tuvimos 169 inscripciones, de los que finalmente solo 41 estuvieron presentes presencialmente en la jornada. Ésta quedó grabada y se ha puesto a disposición de quien no pudo acudir. En el siguiente enlace se puede encontrar la lista de reproducción de la Jornada:

<https://www.youtube.com/watch?v=DZc3sT96SA8&list=PL0ZppYGOcyfOR9B2nP8EOEO1I-CoUYMcPy>

Después del congreso 11 fisioterapeutas que trabajan en unidades hospitalarias (4 de ellos supervisores) puntuaron de nuevo los indicadores para tener opiniones de fuera del grupo de trabajo.

Todos los indicadores obtuvieron una mediana de 4 (sobre 5) en la utilidad para la mejora, y de 3 en factibilidad (15 presentan una mediana de 4) y pacientes afectados (14 presentan una mediana de 4). Solo un indicador obtuvo una puntuación media de 3 puntos en el criterio de factibilidad y 3.1 en el de pacientes afectados: Porcentaje de pacientes derivados a atención privada que reingresan hasta 90 días después de derivación por no solución de su problema. Veinte de 21 indicadores han obtenido puntuaciones por encima de 4 en utilidad, 12 en factibilidad y 13 en pacientes afectados, quedando los restantes puntuados entre 3 y 4.

En la tabla 7 se pueden ver los resultados para cada atributo puntuado.

Tabla 7. Puntuación media de indicadores por fisioterapeutas externos al GT (n=10)

Indicador	Utilidad para mejora de calidad y toma de decisiones <i>Media;Mediana(rango)</i>	Factibilidad de Medición <i>Media;Mediana(rango)</i>	Número de pacientes afectados <i>Media;Mediana(rango)+</i>
A.1.1	4,4; 4(1-5)	4,6; 5(1-5)	4,6; 4(3-5)
A.1.2	4,6; 4(2-5)	4,6; 4(2-5)	4,6; 4(2-5)
A.1.3	4,1; 4(1-5)	3,8; 4(1-5)	4,1; 4(1-5)
A.1.4	4,2; 4(2-5)	3,8; 3(2-5)	3,8; 3(2-5)
A.1.5	4,4; 4(1-5)	4,1; 4(1-5)	4,4; 4(1-5)
A.1.6	4; 4(1-5)	3,4; 3(2-5)	4,1; 4(2-5)
A.1.7	4,2; 4(2-5)	4,5; 5(1-5)	4,4; 4(1-5)
A.1.8	4,5; 5(1-5)	4,3; 4(1-5)	4,4; 4(1-5)
A.1.9	3,8; 4(1-5)	3; 3(1-4)	3,1; 3(1-4)
A.2.1	4,5; 5(2-5)	3,9; 4(1-5)	4,5; 4(2-5)
A.2.2	4,8; 5(2-5)	4,1; 4(2-5)	4; 3(2-5)
B.1.1	4,7; 5(2-5)	3,9; 3(1-5)	4,2; 4(1-5)
B.2.1	4,5; 4(1-5)	4; 4(1-5)	4,1; 4(1-5)
B.2.2	4,5; 5(1-5)	4,1; 4(2-5)	3,9; 4(2-5)
B.2.3	4,8; 5(2-5)	4,2; 4(2-5)	4; 4(1-5)
B.2.4	4,4; 4(2-5)	4,2; 4(3-5)	3,7; 3(2-5)
B.2.5	4; 4(1-5)	4,3; 4(2-5)	4,1; 4(2-5)
B.2.6	4,3; 4(1-5)	3,8; 4(1-5)	3,6; 3(1-5)
B.2.7	4,8; 5(3-5)	4,2; 4(2-5)	3,8; 4(2-5)
B.2.8	4,1; 4(1-5)	3,6; 3(1-5)	3,5; 3(1-5)
B.2.9	4,7; 5(3-5)	3,8; 3(2-5)	3,6; 3(1-5)

4. Discusión

A través de la búsqueda de la literatura y técnicas de priorización, discusión y acuerdo se ha logrado obtener un conjunto de 21 indicadores de interés para la medición de la calidad asistencial en las unidades hospitalarias de fisioterapia. Los indicadores presentados en este trabajo deben ser pilotados para valorar su factibilidad y fiabilidad en el contexto español. El futuro del proyecto pasa por acordar un pilotaje con las diversas unidades que han mostrado interés durante la jornada o que se pusieron en contacto vía email, y comenzar a realizar actividades de mejora de calidad. Aun así, es necesario señalar que el conjunto de indicadores aquí presentado no es inamovible. Se puede dar el caso de que diversas unidades de fisioterapia quieran usar sólo alguno de los indicadores finales, desarrollar otros de la revisión, o crear nuevos indicadores. La evolución natural de la medición de la calidad es esta, debido a que cada unidad presenta unas necesidades propias y debe atender a sus circunstancias. Así pues, nosotros proponemos una base desde la que las unidades pueden partir. En caso de utilizar estos indicadores, o cualquier otro de nueva creación o adaptación, recalcamos la necesidad de pilotarlos en el contexto que se vayan a usar.⁴²

Es interesante que el indicador menos puntuado por los evaluadores externos fue uno de entre los más importantes para los supervisores del GT (tasa de pacientes derivados a la atención privada con reingreso en 90 días por no solución del problema). Esto puede ser indicativo de las diferencias en las necesidades de gestión en las diferentes regiones españolas, y refuerza la idea anterior de la necesidad de que cada unidad evalúe y seleccione las medidas más interesantes para ellos.

Además de la utilización de los indicadores para monitorizar y realizar ciclos de mejora, pueden incluirse en otras herramientas y actividades de diseño y mejora de la calidad asistencial, como vías clínicas⁴³ o abordajes de gestión por procesos del hospital⁴⁴ en las que participe la unidad de fisioterapia. Además, pueden constituir una buena herramienta para los pactos de gestión del hospital.

5. Conclusiones

Se han definido las fichas de medición completas de 21 indicadores que pueden ser utilizados en las unidades hospitalarias de fisioterapia y han sido identificados como interesantes o muy interesantes, tanto por el grupo de trabajo que ha desarrollado este proyecto como por 11 evaluadores externos.

Además, se han identificado 200 indicadores que pueden ser aplicados a las unidades hospitalarias de fisioterapia a través de una revisión sistemática, disponiendo así de una base de datos de indicadores basados en evidencia.

Por último, el grupo de trabajo ha planteado una serie de categorías para identificar las áreas de oportunidad para la mejora de calidad, para guiar en el desarrollo de un cuadro de mando integral según las necesidades particulares del contexto, o para tener una perspectiva amplia de las áreas de evaluación y monitorización de la calidad asistencial en fisioterapia. Este marco conceptual incluye: las dimensiones de eficacia, eficiencia, seguridad, atención centrada en el paciente, equidad y accesibilidad; los tipos de indicador según el modelo de Donabedian (proceso, estructura y resultado); y 13 categorías de atención clínica y 10 de gestión de la unidad.

6. Bibliografía

1. Donabedian A. Avedis Donabedian. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford: Oxford University Press. Cmj. 2003;1st ed,- Vol(5):240 pages.
2. Institute of Medicine & Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. BMJ : British Medical Journal. 2001.
3. Strasser DC. Medical Aspects of Disability for the Rehabilitation Professional. In: Moroz A, Flanagan SR, Zaretsky H, editors. Medical Aspects of Disability for the Rehabilitation Professional [Internet]. 5th ed. New York, NY: Springer Publishing Company; 2016 [cited 2020 Jun 13]. p. 773–86. Available from: <http://connect.springerpub.com/lookup/doi/10.1891/9780826132284>
4. Jesus TS, Hoenig H. Postacute rehabilitation quality of care: Toward a shared conceptual framework. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2015.
5. Sánchez-Niño V, Ferrer-Peña R, Lebrero-Pérez G, et al. Indicadores para el seguimiento de las unidades de fisioterapia de atención primaria [Internet]. Madrid; 2014. Available from: https://www.researchgate.net/publication/269994156_indicadores_para_el_seguimiento_de_las_unidades_de_fisioterapia_de_atencion_primaria
6. Forbes R, Mandrusiak A, Smith M, et al. A comparison of patient education practices and perceptions of novice and experienced physiotherapists in Australian physiotherapy settings. Musculoskelet Sci Pract. 2017 Apr 1;28:46–53.

7. Traeger AC, Moynihan RN, Maher CG. Wise choices: making physiotherapy care more valuable. *J Physiother* [Internet]. 2017;63(2):63–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jphys.2017.02.003>
8. Westby MD, Klemm A, Li LC, et al. Emerging Role of Quality Indicators in Physical Therapist Practice and Health Service Delivery. *Phys Ther*. 2016 Jan 1;96(1):90–100.
9. Institute of Medicine (IOM). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century [Internet]. Washington, DC, DC: National Academies Press; 2001 [cited 2014 Jun 30]. 360 p. Available from: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10027
10. World Health Organization, Bengoa R, Key P, et al. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems [Internet]. Bengoa R, Kawar R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Saturno P, editors. Geneva: World Health Organization; 2006 [cited 2015 Jun 4]. 38 p. Available from: <http://www.who.org/resources/Pages/Publications/QualityofcareAprocessformakingstrategicchoicesinhealthsystems.aspx>
11. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Propuesta de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 11]. Available from: https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/054-123184_Informe_tecnico_indicadores_cronicidad_FINAL_09052016.pdf
12. Nebot-Marzal CM, Mira-Solves JJ, Guilabert-Mora M, et al. Conjunto de indicadores de calidad y seguridad para hospitales de la Agencia Valenciana de Salud. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2014 Jan 1 [cited 2019 Jan 10];29(1):29–35. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134282X1300119X>
13. Saturno PJ, Terol García E. Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente [Internet]. 2009 [cited 2019 Jan 11]. Available from: http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Indicadores_buenas_practicas_SP_Resultados_medicion_hospitales_SNS.pdf
14. Brandrud AS, Schreiner A, Hjortdahl P, et al. Three success factors for continual improvement in healthcare: an analysis of the reports of improvement team members. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2011 Mar 1 [cited 2019 Jan 13];20(3):251–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21209149>

15. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*. 2009.
16. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, et al. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;
17. Howick J, Chalmers I, Lind J, et al. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011 Levels of Evidence [Internet]. [cited 2020 Jul 10]. Available from: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>
18. Anger JT, Alas A, Litwin MS, et al. Incontinence in Two Clinical Settings. 2016;196(4):1196–200.
19. British Thoracic Society (BTS). Quality Standards for Pulmonary Rehabilitation in Adults are endorsed by: The Association for Chartered Physiotherapists in Respiratory Care (ACPRC) and The Association of Respiratory Nurse Specialists (ARNS). 2014;6(2):1–36. Available from: http://www.acprc.org.uk/Data/Publication_Downloads/BTSPRQualitystandards2014.pdf
20. MacLean CH, Pencharz JN, Saag KG. Quality indicators for the care of osteoarthritis in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc*. 2007 Oct;55 Suppl 2:S383-91.
21. Minaya-Muñoz F, Medina-Mirapeix F, Valera-Garrido F. Quality measures for the care of patients with lateral epicondylalgia. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2013;14:310. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2474-14-310>
22. Osteras N, Jordan KP, Clausen B, et al. Self-reported quality care for knee osteoarthritis: comparisons across Denmark, Norway, Portugal and the UK. *RMD open*. 2015;1(1):e000136.
23. Peter WF, Hurkmans EJ, van der Wees PJ, et al. Healthcare Quality Indicators for Physiotherapy Management in Hip and Knee Osteoarthritis and Rheumatoid Arthritis: A Delphi Study. *Musculoskeletal Care*. 2016 Dec;14(4):219–32.
24. Petersson IF, Strömbeck B, Andersen L, et al. Development of healthcare quality indicators for rheumatoid arthritis in Europe: The eumusc.net project. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(5):906-8.
25. Rizk H, Agrawal Y, Barthel S, et al. Quality Improvement in Neurology: Neurotology Quality Measurement Set. *Otolaryngol - Head Neck Surg (United States)* [Internet]. 2018;159(4):603–7. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85053414458&doi=10.1177%-2F0194599818790947&partnerID=40&md5=4ace3ca5da72eefe5c5cf5f-b6390e44a>

26. Rubenstein LZ, Powers CM, MacLean CH. Quality indicators for the management and prevention of falls and mobility problems in vulnerable elders. *Ann Intern Med.* 2001 Oct;135(8 Pt 2):686–93.
27. 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.
28. Saturno PJ, Ángel-García D, Martínez-Nicolás I, et al. Development and Pilot Test of a New Set of Good Practice Indicators for Chronic Nonmalignant Pain Management. *Pain Pract [Internet].* 2019 Jan 1 [cited 2019 Jan 9];19(1):37–51. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/papr.12715>
29. Schnelle JF, Smith R. Quality Indicators for the Management of Urinary Incontinence in Vulnerable Community-Dwelling Elders. *Ann Intern Med [Internet].* 2001 Oct 16;135(8_Part_2):752–8. Available from: http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-135-8_Part_2-200110161-00011
30. Cavalheiro LV, Eid RAC, Talerma C, et al. Design of an instrument to measure the quality of care in Physical Therapy. *Einstein (São Paulo) [Internet].* 2015 Jun;13(2):260-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000200016&lng=en&tlng=en
31. Chang JT, Ganz DA. Quality indicators for falls and mobility problems in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc.* 2007 Oct;55 Suppl 2:S327-34.
32. Evans DW, Breen AC, Pincus T, et al. The effectiveness of a posted information package on the beliefs and behavior of musculoskeletal practitioners: The UK chiropractors, osteopaths, and musculoskeletal physiotherapists low back pain management (COMPLement) randomized trial. *Spine (Phila Pa 1976).* 2010;35(8):858–66.
33. Grossman JM, MacLean CH. Quality indicators for the management of osteoporosis in vulnerable elders. *Ann Intern Med.* 2001 Oct;135(8 Pt 2):722–30.
34. Grube MM, Dohle C, Djouchadar D, et al. Evidence-based quality indicators for stroke rehabilitation. *Stroke.* 2012;43(1):142–6.
35. Güell MR, Cejudo P, Rodríguez-Trigo G, et al. Estándares de calidad asistencial en rehabilitación respiratoria en pacientes con enfermedad pulmonar crónica. *Arch Bronconeumol.* 2012;48(11):396–404.
36. Khanna D, Arnold EL, Pencharz JN, et al. Measuring process of arthritis care: The Arthritis Foundation’s Quality Indicator Set for Rheumatoid Arthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 2006;35(4):211–37.

37. Livingstone I, Hefele J, Nadash P, et al. The Relationship Between Quality of Care, Physical Therapy, and Occupational Therapy Staffing Levels in Nursing Homes in 4 Years' Follow-up. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2019;20(4):462–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.02.002>
38. Chang JT, Ganz DA. Quality indicators for falls and mobility problems in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(SUPPL. 2):327–34.
39. Grossman JM, MacLean CH. Quality indicators for the management of osteoporosis in vulnerable elders. *Ann Intern Med*. 2001;135(8 I):722–30.
40. MacLean CH, Pencharz JN, Saag KG. Quality indicators for the care of osteoarthritis in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(SUPPL. 2):383–91.
41. Rubenstein LZ, Powers CM, MacLean CH. Quality indicators for the management and prevention of falls and mobility problems in vulnerable elders. *Ann Intern Med*. 2001;135(8 I):686–93.
42. Saturno-Hernández P. Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud [Internet]. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2015 [cited 2020 Jul 11]. 217 p. Available from: <https://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-anteriores-2010/4071-mejora-calidad-servicios-salud.html>
43. Richter P, Schlieter H. Process-based quality management in care: adding a quality perspective to pathway modelling. In: *Lecture Notes in Computer Science (including subseries Lecture Notes in Artificial Intelligence and Lecture Notes in Bioinformatics)*. Springer; 2019. p. 385–403.
44. Vos L, Chalmers SE, Dückers MLA, et al. Towards an organisation-wide process-oriented organisation of care: A literature review. *Implement Sci* [Internet]. 2011 Jan 19 [cited 2020 Mar 16];6(1):8. Available from: <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-6-8>
45. Anger JT, Alas A, Litwin MS, et al. The Quality of Care Provided to Women with Urinary Incontinence in 2 Clinical Settings. *J Urol*. 2016 Oct;196(4):1196–200.
46. Østeras N, Jordan KP, Clausen B, et al. Self-reported quality care for knee osteoarthritis: Comparisons across Denmark, Norway, Portugal and the UK. *RMD Open*. 2015;1(1):1–9.
47. Patient Safety Indicator 08 (PSI 08) In Hospital Fall with Hip Fracture Rate [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 9]. Available from: www.qualityindicators.ahrq.gov

48. Measures | The Joint Commission [Internet]. [cited 2020 Jul 9]. Available from: <https://www.jointcommission.org/measurement/measures/>
49. NQF: Home [Internet]. [cited 2020 Jul 9]. Available from: <https://www.qualityforum.org/Home.aspx>
50. Quality Measures | CMS [Internet]. [cited 2020 Jul 9]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityMeasures>
51. Quality and Outcomes Framework Indicators | Standards & Indicators | NICE [Internet]. [cited 2020 Jul 9]. Available from: <https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators/qofindicators>

7. ANEXOS

7.1. Anexo 1. Indicadores encontrados en la revisión sistemática

Referencia	N° Indicador	Nivel de evidencia	Tipo de indicador	Categoría	Aplicabilidad / Responsabilidad	Dimensión	
Chang JT et al. ³¹	1	Porcentaje de pacientes ancianos vulnerables que han tenido alguna caída reciente.	5	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta	Seguridad
	2	Porcentaje de ancianos vulnerables, que han sufrido al menos 2 caídas en el último año (o 1 con lesiones), en los que se ha completado una historia básica sobre caídas (Circunstancias, medicación, enfermedades crónicas, movilidad y consumo de alcohol).	1	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	3	Porcentaje de ancianos vulnerables que han sufrido, al menos 2 caídas en el último año (o 1 con lesiones), en los que se ha registrado los signos vitales ortostáticos (presión sanguínea y pulso)	1	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	4	Porcentaje de ancianos vulnerables que han sufrido al menos 2 caídas en el último año (o 1 con lesiones) en los que se ha documentado una exploración de marcha, equilibrio y fuerza.	1	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	5	Porcentaje de ancianos vulnerables que reporten dificultad o empeoramiento de la marcha, equilibrio o movilidad en los que se ha documentado una exploración de marcha, equilibrio y fuerza.	1	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	6	Porcentaje de ancianos vulnerables que han sufrido al menos 2 caídas en el último año (o 1 con lesiones) en los que se ha registrado una evaluación del estado cognitivo (mini-mental).	1	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	7	Porcentaje de ancianos vulnerables que han sufrido al menos 2 caídas en el último año (o 1 con lesiones) en los que se ha completado un registro de evaluación de riesgos en casa y recomendaciones.	2	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	8	Porcentaje de ancianos vulnerables que demuestren pobre equilibrio, propiocepción o una desviación postural excesiva y no tengan dispositivo de asistencia en los que se ha recibido una evaluación y prescripción de un dispositivo de asistencia.	4	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	9	Porcentaje de pacientes ancianos vulnerables que han sufrido al menos 2 caídas en el último año (o 1 con lesiones) que utilizan dispositivo de asistencia en los que se ha registrado una revisión del mismo.	4	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	10	Porcentaje de ancianos vulnerables que demuestren pobre marcha, equilibrio, fuerza o resistencia en los que se ha ofrecido un programa de ejercicios supervisado y estructurado.	5	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	Grossman JM ³³	11	Porcentaje de ancianos vulnerables con fractura debido a osteoporosis en los que se ha ofrecido un programa de ejercicio fisioterapéutico.	1	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta

Referencia	Nº	Indicador	Nivel de evidencia	Tipo de indicador	Categoría	Aplicabilidad / Responsabilidad	Dimensión
Grube MM ³⁴	12	Porcentaje de pacientes con accidente cerebro vascular en los que se ha realizado una evaluación estandarizada por la espasticidad al ingreso y antes del alta.	5	Proceso	Neurología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	13	Porcentaje de pacientes con accidente cerebro vascular inmóviles al ingreso que pueden desplazarse de forma independiente en silla de rueda al alta.	5	Resultado	Neurología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	14	Porcentaje de pacientes con accidente cerebro vascular inmóviles o en silla de rueda al ingreso que pueden desplazarse de forma independiente al alta	5	Resultado	Neurología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	15	Porcentaje de pacientes con accidente cerebro vascular incapaces de coger una pelota con ambas manos al ingreso que pueden al alta.	5	Resultado	Neurología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	16	Porcentaje de pacientes con accidente cerebro vascular incapaces de coger y soltar un trozo de papel 5 veces al ingreso que pueden al alta	5	Resultado	Neurología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	17	Porcentaje de pacientes con accidente cerebro vascular en los que se ha recibido al menos 1 de estos 4 servicios (solicitud de rehabilitación ambulatoria adicional, orientación individual de rehabilitación adicional, una lista de terapeutas cercanos a la residencia del paciente, contacto telefónico con el médico responsable del tratamiento adicional).	5	Proceso	Neurología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	18	Porcentaje de pacientes con accidente cerebro vascular en los que se ha registrado las complicaciones que abarque al menos tres de los siguientes ámbitos (infecciones, caídas, úlceras por presión)	5	Estructura	Neurología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	19	Porcentaje de pacientes con disnea a pesar de un tratamiento farmacológico adecuado en los que se ha solicitado una valoración de rehabilitación respiratoria.	1	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	20	Porcentaje de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica a los que se ha incluido en un programa de rehabilitación respiratoria.	1	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria	Efectividad
	21	Porcentaje de pacientes con disnea a pesar de un tratamiento en los que se ha recibido rehabilitación respiratoria.	2	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	22	Porcentaje de pacientes hipersecretores con fibrosis quística o bronquiectasias que están incluidos en rehabilitación respiratoria.	1	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria	Efectividad
	23	Porcentaje de pacientes con enfermedad neuromuscular y tos ineficaz que han recibido rehabilitación respiratoria.	3	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	24	Porcentaje de pacientes que precisen cirugía torácica en los que se ha recibido rehabilitación respiratoria.	3	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	25	Porcentaje de pacientes remitidos a rehabilitación respiratoria en los que se ha presentado un documento firmado y completado por el médico de referencia.	5	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Seguridad
	26	Porcentaje de pacientes remitidos al programa de rehabilitación respiratoria que han firmado el consentimiento informado.	5	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Seguridad
	María Rosa Güell ³⁵						

Referencia	Nº Indicador	Indicador	Nivel de evidencia	Tipo de indicador	Categoría	Aplicabilidad / Responsabilidad	Dimensión
	27	Porcentaje de historias clínicas de pacientes remitidos a rehabilitación respiratoria en los que se ha recogido información incidiendo en los síntomas (disnea, tos y/o expectoración).	5	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	28	Porcentaje de pacientes remitidos a rehabilitación respiratoria en los que se ha realizado una exploración física completa (morfología y movilidad del tórax, asimetrías. Ritmo respiratorio. Auscultación respiratoria. Fuerza muscular periférica. SpO2)	5	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	29	Porcentaje de pacientes remitidos a rehabilitación respiratoria con disnea en las actividades de la vida diaria a los que se ha evaluado disnea por esfuerzo.	5	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	30	Porcentaje de pacientes remitidos a rehabilitación respiratoria en los que, en la primera evaluación, se ha realizado Radiografía de tórax, Electrocardiograma, Espirometría simple y Prueba bronco dilatador, Marcha de 6 minutos y BORG, Evaluación nutricional con índice de masa corporal y Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud.	5	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	31	Porcentaje de pacientes remitidos a rehabilitación respiratoria en los que se ha realizado una exploración de Volúmenes, difusión PIM/PEM (PIM: presión inspiratoria máxima; PEM: presión espiratoria máxima).	5	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	32	Porcentaje de pacientes remitidos a rehabilitación respiratoria con capacidad para realizar las maniobras en los que se ha realizado exploraciones de Espirometría PIM/PEM o SNIF/SNEF, PFT, MIC (SNIF, SNEF: presión máxima inspiratoria y espiratoria nasal; PFT: pico flujo con la tos; MIC: capacidad máxima de insuflación).	5	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	33	Porcentaje de pacientes remitidos a rehabilitación respiratoria en los que se ha realizado la evaluación de disnea, Prueba de 6 minutos marcha, BORG y evaluación de la calidad de vida al alta	5	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	34	Porcentaje de pacientes incluidos en programa de rehabilitación respiratoria con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, enfermedades respiratorias crónicas con disnea limitante, trasplante pulmonar, cirugía de reducción de volumen en los que se ha recibido entrenamiento de miembros superiores e inferiores.	2	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria	Efectividad
	35	Porcentaje de pacientes incluidos en programa de rehabilitación respiratoria con debilidad de dicha musculatura en una de las siguientes patologías (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, bronquiectasias, fibrosis quística, enfermedades respiratorias crónicas con disnea limitante) en los que se ha recibido entrenamiento de músculos respiratorios.	3	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria	Efectividad

María Rosa Güell³⁵

Referencia	Nº Indicador	Indicador	Nivel de evidencia	Tipo de indicador	Categoría	Aplicabilidad / Responsabilidad	Dimensión
María Rosa Güell ³⁵	36	Porcentaje de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, bronquiectasias, fibrosis quística, enfermedades neuromusculares, cirugía torácica, Enfermedades respiratorias crónicas con disnea limitante en los que se ha recibido fisioterapia respiratoria.	3	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	37	Porcentaje de paciente en rehabilitación respiratoria que han recibido educación.	2	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	38	Porcentaje de programas de rehabilitación respiratoria evaluados en los que se ha cumplido ejercicios de pierna con la carga de trabajo establecida en relación al máximo alcanzado en la prueba de esfuerzo y se va incrementando según la tolerancia del paciente.	1	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	39	Porcentaje de programas de rehabilitación respiratoria evaluados en los que se ha realizado diferentes opciones con pesos bajos y muchas repeticiones (dirigido a mejorar la resistencia muscular) o peso alto y pocas repeticiones (dirigido a incrementar la fuerza y masa muscular).	5	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	40	Porcentaje de programas de rehabilitación respiratoria evaluados en los que se ha establecido una carga de entrenamiento entre el 30-40% de la presión inspiratoria máxima y/o de la presión espiratoria máxima.	2	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	41	Porcentaje de programas de rehabilitación respiratoria evaluados en los que se ha incluido técnicas de permeabilización bronquial, de relajación y de reeducación respiratoria.	3	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	42	Porcentaje de programas de rehabilitación respiratoria evaluados que duran al menos 1 mes.	3	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	43	Porcentaje de programas de rehabilitación respiratoria evaluados en los que se ha realizado entrenamiento por 8-12 semanas al menos 60 min, incluyendo 20-30 min de ejercicio de brazos y 20-30 min de piernas.	1	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	44	Porcentaje de programas de rehabilitación respiratoria evaluados en los que se ha entrenado por 8-12 semanas 30 minutos al día, todos los días, en una sola sesión o bien en 2 sesiones de 15 minutos.	2	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	45	Porcentaje de programas de rehabilitación respiratoria evaluados en los que se ha realizado 2 a 3 sesiones semanales de fisioterapia.	3	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	46	Porcentaje de programas de rehabilitación respiratoria evaluados en los que se ha realizado entrenamiento por un mínimo de 3 sesiones semanales y un máximo de 5.	1	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad

Referencia	Nº Indicador	Indicador	Nivel de evidencia	Tipo de indicador	Categoría	Aplicabilidad / Responsabilidad	Dimensión
María Rosa Güell ³⁵	47	Porcentaje de pacientes de rehabilitación respiratoria en los que se ha indicado un programa de atención domiciliaria.	1	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	48	Porcentaje de paciente que han realizado un programa de rehabilitación respiratoria en los que se ha recomendado un plan de ejercicios en domicilio.	3	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
Khanna D ³⁶	49	Porcentaje de pacientes con artritis reumatoide, físicamente y mentalmente capaz de llevar acabo ejercicio, sin contraindicaciones en los que se ha prescrito, al menos 1 vez, un programa supervisado de ejercicios de fuerza o aeróbico.	1	Proceso	Reumatología	Atención ambulatoria	Efectividad
	50	Porcentaje de pacientes con artritis reumatoide y dificultad en la marcha (debido a rigidez, dolor o inestabilidad) en los que se ha evaluado la necesidad de dispositivos asistenciales (bastón, plantillas y ortesis).	1	Proceso	Reumatología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	51	Porcentaje de pacientes con artritis reumatoide y dificultad en actividades de la vida diaria por rigidez o dolor, en los que se ha evaluado la capacidad funcional en las tareas afectadas para definir la necesidad de dispositivos de asistencia.	2	Proceso	Reumatología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	52	Porcentaje de paciente con artritis reumatoide y dificultad a realizar tareas utilizando manos y muñecas por rigidez o dolor en los que se ha evaluado la capacidad funcional para definir la necesidad de férulas.	1	Proceso	Reumatología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
Livingstone I. ³⁷	53	Porcentaje de pacientes hospitalizados que hayan experimentado 1 o más caídas con lesiones graves.	5	Resultado	Geriatría	Atención en planta	Seguridad
	54	Porcentaje de ancianos vulnerables obesos en los que se ha aconsejado de perder peso.	4	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
MacLean CH ⁴⁰	55	Porcentaje de ancianos vulnerables con osteoartritis sintomática de rodilla o cadera en los que se ha evaluado el dolor.	5	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	56	Porcentaje de ancianos vulnerables con osteoartritis sintomática de rodilla o cadera en los que se ha evaluado el estado funcional.	5	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	57	Porcentaje de ancianos vulnerables con osteoartritis sintomática de rodilla o cadera desde 3 meses y capaces de realizar ejercicio en los que se ha recomendado un programa dirigido o supervisado de fortalecimiento muscular o ejercicio aeróbico.	1	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria	Efectividad
	58	Porcentaje de ancianos vulnerables con osteoartritis sintomática de rodilla o cadera y dificultad a caminar (limita las actividades de la vida diaria) en los que se ha evaluado la necesidad de dispositivos asistenciales.	4	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad

Referencia	Nº	Indicador	Nivel de evidencia	Tipo de indicador	Categoría	Aplicabilidad / Responsabilidad	Dimensión
Minaya-Muñoz F ²¹	59	Porcentaje de pacientes que comienzan un tratamiento para la epicondilitis lateral en los que se ha examinado el tendón afecto (al menos pruebas ortopédicas).	3	Proceso	Musculoesquelético	Atención ambulatoria	Efectividad
	60	Porcentaje de pacientes con epicondilitis lateral sintomática en los que se ha evaluado el dolor al inicio de un nuevo tratamiento.	3	Proceso	Musculoesquelético	Atención ambulatoria	Efectividad
	61	Porcentaje de pacientes con epicondilitis lateral sintomática en los que se ha evaluado el estado funcional al inicio de un nuevo tratamiento.	3	Proceso	Musculoesquelético	Atención ambulatoria	Efectividad
	62	Porcentaje de pacientes con epicondilitis lateral sintomática en los que se ha recomendado educación sobre factores de riesgo.	1	Proceso	Musculoesquelético	Atención ambulatoria	Efectividad
	63	Porcentaje de pacientes que comienzan fisioterapia para tratar epicondilitis lateral en los que se inicia el tratamiento con ejercicios concéntricos y excéntricos.	1	Proceso	Musculoesquelético	Atención ambulatoria	Efectividad
	64	Porcentaje de pacientes que comienzan fisioterapia para tratar epicondilitis lateral en los que se inicia el tratamiento mediante movilizaciones con movimiento.	1	Proceso	Musculoesquelético	Atención ambulatoria	Efectividad
	65	Porcentaje de pacientes que comienzan fisioterapia para tratar epicondilitis lateral en los que se inicia el tratamiento con laserterapia.	2	Proceso	Musculoesquelético	Atención ambulatoria	Efectividad
	66	Porcentaje de pacientes con epicondilitis lateral, tratados con corticosteroides inyectables, en los que se ha empezado, antes de los 14 días, un programa multimodal de terapia física.	2	Proceso	Musculoesquelético	Atención ambulatoria	Efectividad
	67	Porcentaje de pacientes con osteoartritis de cadera o rodilla que han sido tratados los 12 meses anteriores en los que se ha evaluado los problemas relacionados con la salud según los 5 categorías de la International Classification of Functioning, Disability and Health.	5	Proceso	Musculoesquelético	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	68	Porcentaje de pacientes con osteoartritis de cadera o rodilla que han sido tratados los 12 meses anteriores en los que se ha evaluado barreras y facilitadores para el tratamiento de fisioterapia.	5	Proceso	Musculoesquelético	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
Peter WF ²³	69	Porcentaje de pacientes con osteoartritis de cadera o rodilla que han sido tratados los 12 meses anteriores en los que se ha evaluado banderas rojas específicas para su patología.	5	Proceso	Musculoesquelético	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	70	Porcentaje de pacientes con osteoartritis de cadera o rodilla que han sido tratados los 12 meses anteriores en los que se ha establecido unos objetivos de tratamiento específicos, medibles, alcanzables, orientados a resultados y oportunos.	5	Proceso	Musculoesquelético	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	71	Porcentaje de pacientes con osteoartritis de cadera o rodilla que han sido tratados los 12 meses anteriores en los que se ha proporcionado información sobre un estilo de vida saludable (actividad física, riesgo de sobrepeso) y la relación entre la carga mental, física y la capacidad de soporte.	5	Proceso	Musculoesquelético	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad

Referencia	N° Indicador	Indicador	Nivel de evidencia	Tipo de indicador	Categoría	Aplicabilidad / Responsabilidad	Dimensión
Peter WF ²³	72	Porcentaje de pacientes con osteoartritis de cadera o rodilla que han sido tratados los 12 meses anteriores en los que se ha proporcionado información sobre el conocimiento, la comprensión y posibles consecuencias de la progresión de la afectación.	5	Proceso	Musculosquelético	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	73	Porcentaje de pacientes con osteoartritis de cadera o rodilla que han sido tratados los 12 meses anteriores en los que se ha proporcionado información sobre la protección de la articulación y el uso de ayudas para caminar.	2	Proceso	Musculosquelético	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	74	Porcentaje de pacientes con osteoartritis de cadera o rodilla y falta de fuerza muscular que han sido tratados los 12 meses anteriores en los que se ha proporcionado ejercicios de fortalecimiento muscular.	1	Proceso	Musculosquelético	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	75	Porcentaje de pacientes con osteoartritis de cadera o rodilla y disminución de la capacidad aeróbica que han sido tratados los 12 meses anteriores en los que se ha proporcionado ejercicios para mejorar la capacidad aeróbica.	1	Proceso	Musculosquelético	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	76	Porcentaje de pacientes con osteoartritis de cadera o rodilla y disminución de la capacidad aeróbica que han sido tratados los 12 meses anteriores en los que se ha proporcionado ejercicios funcionales para mejorar tareas individualizadas específicas.	5	Proceso	Musculosquelético	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	77	Porcentaje de pacientes con osteoartritis de cadera o rodilla que han sido tratados los 12 meses anteriores después de una cirugía de remplazo articular en los que se ha proporcionado ejercicios de fortalecimiento y funcionales para mejorar tareas individualizadas específicas.	1	Proceso	Musculosquelético	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	78	Porcentaje de pacientes con osteoartritis de cadera o rodilla, dolor intenso y una limitación reversible en el rango de movimiento de la articulación, tratados los 12 meses anteriores, en los que se ha proporcionado una combinación de terapia de ejercicios activos y pasivos (como estiramientos, ejercicios de rango de movimientos y terapia manual).	1	Proceso	Musculosquelético	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	79	Porcentaje de pacientes con osteoartritis patelofemoral que han sido tratados los 12 meses anteriores en los que se ha proporcionado una combinación de tape y ejercicios funcionales destinados a tareas individualizadas específicas.	1	Proceso	Musculosquelético	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
80	Porcentaje de pacientes con osteoartritis de cadera o rodilla que han sido tratados los 12 meses anteriores a los que se ha motivado a realizar actividades físicas recreativas para mantener un adecuado y saludable nivel de funcionamiento/actividad física.	5	Proceso	Musculosquelético	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad	
81	Porcentaje de pacientes con osteoartritis de cadera o rodilla que han sido tratados los 12 meses anteriores en los que se ha utilizado un cuestionario recomendado para evaluar el tratamiento.	4	Proceso	Musculosquelético	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad	

Referencia	Nº Indicador	Indicador	Nivel de evidencia	Tipo de indicador	Categoría	Aplicabilidad / Responsabilidad	Dimensión
Peter WF ²³	82	Porcentaje de pacientes con osteoartritis de cadera o rodilla que han sido tratados los 12 meses anteriores en los que se ha utilizado una prueba recomendada basada en el rendimiento para evaluar el tratamiento.	3	Proceso	Musculoesquelético	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	83	Porcentaje de pacientes con osteoartritis de cadera o rodilla que han sido tratados los 12 meses anteriores después de una cirugía de remplazo articular en los que se ha logrado una mejoría de al menos el 20%.	5	Resultado	Musculoesquelético	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	84	Porcentaje de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico neurológico específico y evaluación de la calidad de vida en los que se han mantenido o mejorado las puntuaciones obtenidas	1	Resultado	Neurología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	85	Porcentaje de pacientes diagnosticados con problemas de función vestibular que han recibido rehabilitación vestibular	1	Proceso	Neurología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	86	Porcentaje de pacientes ancianos vulnerables en los que se ha preguntado la ocurrencia de caídas recientes.	3	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta	Seguridad
Rizk H ²⁵	87	Porcentaje de pacientes ancianos vulnerables en los que se ha preguntado o examinado las alteraciones del equilibrio o de la marcha.	3	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta	Seguridad
	88	Porcentaje de ancianos vulnerables, que han sufrido al menos 2 caídas en el último año o una sola caída con lesión en los que se ha completado una evaluación básica sobre caídas estableciendo un diagnóstico específico y recomendaciones terapéuticas.	1	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	89	Porcentaje de ancianos vulnerables con dificultades en la marcha, el equilibrio y la movilidad en los que se ha realizado una evaluación básica estableciendo recomendaciones terapéuticas y diagnóstico específico.	5	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	90	Porcentaje de ancianos vulnerables, que demuestren una disminución de equilibrio o propiocepción o un aumento de la desviación postural, en los que se ha ofrecido un programa adecuado de ejercicio y se ha evaluado la necesidad de un dispositivo de asistencia.	1	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta	Seguridad
Salvat-Plana M ²⁷	91	Porcentaje de ancianos vulnerables, que tienen problemas con marcha, fuerza o resistencia en los que se ha ofrecido un programa de ejercicio.	1	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	92	Porcentaje de pacientes con ictus agudo en los que se ha movilizado y levantado de la cama en las primeras 48 horas.	5	Proceso	Neurología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	93	Porcentaje de pacientes con ictus en los que se ha evaluado la necesidad de tratamiento rehabilitador en las primeras 48 horas.	5	Proceso	Neurología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad

Referencia	Nº	Indicador	Nivel de evidencia	Tipo de indicador	Categoría	Aplicabilidad / Responsabilidad	Dimensión
Salvat-Plana M ²⁷	94	Porcentaje de pacientes, excluyendo accidente isquémico transitorio, con paresia y situación funcional basal desfavorable en los que se han tratado por fisioterapia en los primeros 2 días tras ingreso.	5	Proceso	Neurología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	95	Porcentaje de pacientes con ictus agudos en los que se ha registrado una anamnesis o exploración neurológica en su historia clínica.	5	Proceso	Neurología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	96	Porcentaje de pacientes con dolor crónico que han tenido una historia Clínica documentada.	3	Proceso	Dolor crónico	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	97	Porcentaje de pacientes con dolor crónico en los que se ha hecho un examen físico incluyendo exámenes neurológicos y musculoesqueléticos.	3	Proceso	Dolor crónico	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	98	Porcentaje de paciente con dolor lumbar no específico en los que se ha incluido en un programa educativo para la vuelta a la actividad normal.	1	Proceso	Musculoesquelético	Atención ambulatoria	Efectividad
	99	Porcentaje de paciente con dolor lumbar no específico en los que se ha incluido en un programa de ejercicios terapéuticos.	1	Proceso	Musculoesquelético	Atención ambulatoria	Efectividad
	100	Porcentaje de paciente con dolor lumbar no específico en los que se ha incluido en un programa cognitivo-comportamental.	1	Proceso	Musculoesquelético	Atención ambulatoria	Efectividad
	101	Porcentaje de pacientes con artrosis en cadera y rodilla que han sido incluidos en un programa de ejercicio terapéutico supervisado.	1	Proceso	Reumatología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	102	Porcentaje de pacientes con artrosis que experimentan dificultades en la marcha y las actividades de la vida diaria en los que se ha aconsejado utilizar una ayuda técnica para caminar.	3	Proceso	Reumatología	Atención ambulatoria y en planta	Seguridad
	103	Porcentaje de pacientes con artritis reumatoide en los que se ha medido la actividad de la enfermedad con Disease Activity Score.	1	Proceso	Reumatología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	104	Porcentaje de pacientes con artritis reumatoide que han sido incluidos en un programa supervisado de ejercicios de baja intensidad.	1	Proceso	Reumatología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	105	Porcentaje de pacientes con fibromialgia en los que se ha administrado un cuestionario validado para evaluar el impacto de la enfermedad.	1	Proceso	Reumatología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	106	Porcentaje de pacientes con fibromialgia que han sido incluidos en un programa supervisado de ejercicios aeróbicos	1	Proceso	Reumatología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	107	Porcentaje de ancianos vulnerables en los que se ha documentado la presencia o ausencia de incontinencia urinaria en la evaluación inicial.	5	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	108	Porcentaje de ancianos vulnerables en los que se ha documentado de forma anual la presencia o ausencia de incontinencia urinaria.	5	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
Schnelle J ²⁹							

Referencia	Nº Indicador	Nivel de evidencia	Tipo de indicador	Categoría	Aplicabilidad / Responsabilidad	Dimensión
Schnelle J ²⁹	109	4	Proceso	Ginecología, urología y proctología.	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	110	4	Proceso	Ginecología, urología y proctología.	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	111	4	Proceso	Ginecología, urología y proctología.	Atención ambulatoria y en planta	Atención centrada en el paciente
	112	2	Proceso	Ginecología, urología y proctología.	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
Cavalheiro LV ³⁰	113	5	Resultado	Cuerpo de fisioterapeutas	Gestión Interna	Efectividad
	114	5	Resultado	Todos los pacientes	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	115	5	Resultado	Neumología	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	116	5	Proceso	Neumología	Atención en planta	Efectividad
	117	5	Resultado	Neumología	Atención en planta	Seguridad
	118	5	Resultado	Todos los pacientes	Atención ambulatoria	Efectividad
	119	5	Resultado	Todos los pacientes	Atención ambulatoria y en planta	Accesibilidad
	120	5	Resultado	Todos los pacientes	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	121	5	Estructura	Recursos materiales	Gestión Interna	Efectividad

Referencia	N° Indicador	Indicador	Nivel de evidencia	Tipo de indicador	Categoría	Aplicabilidad / Responsabilidad	Dimensión
Evans DW ³²	122	Porcentaje de fisioterapeutas que atiendan a pacientes con dolor lumbar en los que se ha respondido a indicaciones adecuadas de las guías de práctica sobre la actividad física en el paciente con dolor lumbar.	5	Estructura	Cuerpo de fisioterapeutas	Gestión Interna	Efectividad
	123	Porcentaje de fisioterapeutas que atiendan a pacientes con dolor lumbar que han respondido adecuadamente a indicaciones de las guías de práctica sobre el reposo en el paciente con dolor lumbar.	5	Estructura	Cuerpo de fisioterapeutas	Gestión Interna	Seguridad
	124	Porcentaje de fisioterapeutas que atiendan a pacientes con dolor lumbar que han respondido adecuadamente a indicaciones de las guías de práctica sobre aspectos laborales en el paciente con dolor lumbar.	5	Estructura	Cuerpo de fisioterapeutas	Gestión Interna	Seguridad
Anger JT ⁴⁵	125	Porcentaje mujeres que presentan incontinencia urinaria en las que se ha completado un historial específico incluyendo presencia de estrés o urgencia, cualquier tratamiento farmacéutico previo, factores de estilo de vida (ingesta de líquidos) y evaluación de la gravedad.	3	Proceso	Ginecología, urología y proctología.	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	126	Porcentaje de mujeres que presentan incontinencia urinaria en los que se ha realizado un examen físico específico. (examen vaginal y evaluación de la fuerza del suelo pélvico)	3	Proceso	Ginecología, urología y proctología.	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	127	Porcentaje de mujeres que mencionan dificultad o empeoramiento de incontinencia urinaria en el que se ha ofrecido entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico.	1	Proceso	Ginecología, urología y proctología.	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	128	Porcentaje de mujeres que mencionan dificultad o empeoramiento de incontinencia urinaria de urgencia en el que se ha completado un historial sobre la ingesta de líquidos.	3	Proceso	Ginecología, urología y proctología.	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	129	Porcentaje de mujeres que presenta incontinencia urinaria de urgencia o vejiga hiperactiva en los que se ha aconsejado sobre la modificación del comportamiento, incluyendo la restricción de líquidos y el entrenamiento de la vejiga.	1	Proceso	Ginecología, urología y proctología.	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
British Thoracic Society ¹⁹	130	Existencia de registro anual de limitación en el ejercicio (mediante escala de disnea validada) en pacientes con EPOC.	1	Estructura	Recursos materiales	Gestión Interna	Efectividad
	131	Evidencia de que los programas de rehabilitación pulmonar admiten pacientes que hayan tenido previamente rehabilitación pulmonar.	1	Estructura	Neumología	Atención ambulatoria	Equidad
	132	Porcentaje de pacientes elegibles en los que se ha ofrecido una rehabilitación pulmonar.	1	Proceso	Comunicación con rehabilitación	Gestión externa	Accesibilidad
	133	Porcentaje de pacientes remitidos para rehabilitación pulmonar en los que se ha comenzado el tratamiento en los tres primeros meses.	4	Proceso	Gestión de los pacientes	Gestión externa	Accesibilidad

Referencia	Nº	Indicador	Nivel de evidencia	Tipo de indicador	Categoría	Aplicabilidad / Responsabilidad	Dimensión
British Thoracic Society ¹⁹	134	Porcentaje de programas de rehabilitación pulmonar a nivel nacional en los que se ha aceptado derivaciones por otras enfermedades respiratorias crónicas distintas de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica	3	Proceso	Comunicación con rehabilitación	Gestión externa	Equidad
	135	Evidencia de que los programas de rehabilitación pulmonar tienen una duración de al menos 6 semanas e incluyen dos sesiones semanales supervisadas	1	Estructura	Cuerpo de fisioterapeutas	Gestión Interna	Efectividad
	136	Porcentaje de programas de rehabilitación pulmonar a nivel nacional que tienen una duración de al menos 6 semanas con sesiones supervisadas dos veces por semana.	1	Proceso	Cuerpo de fisioterapeutas	Gestión externa	Efectividad
	137	Porcentaje de pacientes inscritos en la rehabilitación pulmonar en los que se ha recibido un programa de ejercicio aeróbico individual y progresivo.	1	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria	Efectividad
	138	Porcentaje de pacientes inscritos en rehabilitación pulmonar en los que se ha recibido un programa de ejercicio de fuerza individual y progresivo.	1	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria	Efectividad
	139	Porcentaje de programas de rehabilitación pulmonar a nivel nacional en los que se ha ofrecido un programa de educación estructurado, según las guías de práctica clínica.	5	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria	Atención centrada en el paciente
	140	Porcentaje de pacientes que completan la rehabilitación pulmonar en los que se ha dado un plan de ejercicio individualizado por escrito.	2	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria	Efectividad
	141	Porcentaje de pacientes que asisten a la evaluación inicial para la rehabilitación pulmonar en los que se ha completado las evaluaciones del estado de salud, la disnea y la capacidad de ejercicio.	1	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria	Efectividad
	142	Porcentaje de pacientes que acaban la rehabilitación pulmonar en los que se ha completado una evaluación final del estado de salud, la disnea y la capacidad de ejercicio.	1	Proceso	Neumología	Atención ambulatoria	Efectividad
	143	Porcentaje de programas de rehabilitación pulmonar a nivel nacional en los que se ha realizado una auditoría anual de evaluación de resultados del programa.	5	Proceso	Cuerpo de fisioterapeutas	Gestión externa	Efectividad
	144	Porcentaje de pacientes inscritos en rehabilitación pulmonar que completan el programa y alcanzan una mejoría mínima clínicamente importante en las medidas de resultado seleccionadas.	5	Resultado	Neumología	Atención ambulatoria	Efectividad
	145	Porcentaje de pacientes con nuevo diagnóstico de artritis reumatoide en los que se ha proporcionado una educación individualizada sobre la historia natural de la enfermedad, el tratamiento y la autogestión de la enfermedad en los tres primeros meses.	5	Proceso	Reumatología	Atención ambulatoria	Atención centrada en el paciente
	146	Porcentaje de pacientes con artritis reumatoide en los que se ha desarrollado un plan de tratamiento entre él y el fisioterapeuta en cada visita.	5	Proceso	Reumatología	Atención ambulatoria	Atención centrada en el paciente
	Petersson IF ²⁴						

Referencia	N° Indicador	Nivel de evidencia	Tipo de indicador	Categoría	Aplicabilidad / Responsabilidad	Dimensión
Petersson IF ²⁴	147	5	Proceso	Comunicación con rehabilitación	Gestión externa	Accesibilidad
	148	5	Proceso	Reumatología	Atención ambulatoria	Efectividad
	149	5	Resultado	Reumatología	Atención ambulatoria	Efectividad
Osteras N ⁴⁶	150	5	Proceso	Reumatología	Atención ambulatoria	Atención centrada en el paciente
	151	5	Proceso	Reumatología	Atención ambulatoria	Atención centrada en el paciente
	152	5	Proceso	Reumatología	Atención ambulatoria	Atención centrada en el paciente
	153	5	Proceso	Reumatología	Atención ambulatoria	Atención centrada en el paciente
	154	5	Proceso	Reumatología	Atención ambulatoria	Atención centrada en el paciente
	155	5	Proceso	Reumatología	Atención ambulatoria	Atención centrada en el paciente
	156	5	Proceso	Comunicación con otros profesionales	Gestión Interna	Accesibilidad
	157	5	Proceso	Reumatología	Atención ambulatoria	Efectividad
	158	5	Proceso	Reumatología	Atención ambulatoria	Efectividad
	159	5	Proceso	Reumatología	Atención ambulatoria	Efectividad

Referencia	N°	Indicador	Nivel de evidencia	Tipo de indicador	Categoría	Aplicabilidad / Responsabilidad	Dimensión
AHRQ QI ⁴⁷	160	Porcentaje de altas, a partir de los 18 años, con intervención quirúrgica en los que se ha producido una caída con fractura de cadera durante su estancia.	3	Resultado	Otras especialidades	Atención ambulatoria y en planta	Seguridad
	161	Porcentaje de ancianos en los que, después un período de rehabilitación, se ha conservado la independencia permaneciendo o volviendo a su hogar o residencia, 91 días después de salir del hospital.	5	Resultado	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	162	Porcentaje de ancianos en los que se ha ofrecido servicios de rehabilitación después de un alta hospitalaria.	5	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria	Accesibilidad
	163	Porcentaje de derivaciones a un programa de rehabilitación cardíaca, tras un ingreso hospitalario, en los que el paciente ha sido registrado en el programa dentro de los 365 días siguientes al ingreso hospitalario.	5	Proceso	Comunicación con rehabilitación	Gestión externa	Accesibilidad
	164	Porcentaje de derivaciones a un programa de rehabilitación cardíaca, tras el ingreso hospitalario por cardiopatía coronaria, que tuvieron lugar en un plazo de cinco días.	5	Proceso	Comunicación con rehabilitación	Gestión externa	Accesibilidad
	165	Porcentaje de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica que han sido remitidos a un programa de rehabilitación pulmonar.	5	Proceso	Comunicación con rehabilitación	Gestión externa	Accesibilidad
	166	Porcentaje de pacientes con ictus isquémico, tratados con terapia trombolítica o reperusión endovascular mecánica, en los que se ha obtenido un puntaje de discapacidad o dependencia en las actividades diarias con Modified Rankin Score a los 90 días.	5	Proceso	Cardiología y sistema circulatorio	Atención en planta	Efectividad
	167	Porcentaje de pacientes con ictus isquémico, tratados con terapia trombolítica o reperusión endovascular mecánica, en los que se ha obtenido un puntaje de discapacidad o dependencia en las actividades diarias con Modified Rankin Score inferior a 2 a los 90 días.	5	Resultado	Cardiología y sistema circulatorio	Atención en planta	Efectividad
	168	Porcentaje de pacientes con ictus isquémico hemorrágico en los que se ha evaluado o recibido servicios de rehabilitación.	2	Proceso	Comunicación con rehabilitación	Gestión externa	Accesibilidad
	169	Porcentaje de pacientes intervenidos de prótesis total de cadera o rodilla en los que se ha hecho caminar el día de la operación o en la unidad de reanimación post-anestesia.	1	Proceso	Musculosquelético	Atención en planta	Efectividad
Joint Commission ⁴⁸	170	Porcentaje de pacientes intervenidos de prótesis total de cadera o rodilla en los que se ha evaluado el estado de salud general y el estado funcional específico de las articulaciones en los 90 días previos a la cirugía	5	Proceso	Musculosquelético	Atención en planta	Efectividad
	171	Porcentaje de pacientes en una categoría diagnóstica ajustada por riesgo que tienen un objetivo de movilidad, en los que se ha alcanzado una mejora en la movilidad superior a un umbral objetivo (basado en mínimo cambio detectable).	5	Resultado	Todos los pacientes	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
NQI ⁴⁹							

Referencia	Nº	Indicador	Nivel de evidencia	Tipo de indicador	Categoría	Aplicabilidad / Responsabilidad	Dimensión
	172	Porcentaje de pacientes en una categoría diagnóstica ajustada por riesgo que tienen un objetivo de actividades de la vida diaria, en los que se ha alcanzado una mejora en las actividades de la vida diaria superior a un umbral objetivo (basado en mínimo cambio detectable).	5	Resultado	Todos los pacientes	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	173	Tasa ajustada de pacientes con reingreso no programado hasta 30 días tras alta de servicios de rehabilitación.	3	Resultado	Todos los pacientes	Atención en planta	Efectividad
	174	Tasa ajustada de pacientes con alta a la comunidad y que no tienen reingreso ni muerte, hasta 30 días tras alta de servicios de rehabilitación.	4	Resultado	Todos los pacientes	Atención en planta	Efectividad
	175	Tasa de caídas con lesión por 1000 días-paciente.	3	Resultado	Todos los pacientes	Atención ambulatoria y en planta	Seguridad
	176	Indicador compuesto: A) Porcentaje de pacientes mayores de 65 años en los que se realiza cribado de caídas una vez al año. B) Porcentaje de pacientes mayores de 65 años con antecedentes de caídas (2 o más, o 1 con lesión, en el último año) en los que se realiza evaluación del riesgo de caídas una vez al año. C) Porcentaje de pacientes mayores de 65 años con antecedentes de caídas (2 o más, o 1 con lesión, en el último año) que tienen documentado un plan de tratamiento para las caídas durante ese año.	2	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria	Seguridad
NQ ^{F19}	177	Porcentaje de pacientes con EPOC que terminaron un programa de Rehabilitación Pulmonar, con al menos un número mínimo de sesiones, que encontraron una mejoría en la capacidad funcional de, al menos, 25 metros en el test de 6 minutos marcha.	1	Resultado	Neumología	Atención ambulatoria	Efectividad
	178	Ratio de cambio en movilidad observado versus cambio en movilidad esperado para el hospital y grupo de paciente.	4	Resultado	Todos los pacientes	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	179	Ratio de cambio en función motora observado versus cambio en función motora esperado para el hospital y grupo de paciente.	4	Resultado	Todos los pacientes	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	180	Ratio de cambio en estado funcional observado versus cambio en estado funcional esperado para el hospital y grupo de paciente.	4	Resultado	Todos los pacientes	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	181	Tasa de cambio en estado funcional en pacientes mayores de 14 años con discapacidad en codo, muñeca o mano que han iniciado un tratamiento de rehabilitación en los que se ha puntuado el estado funcional al inicio y al final del tratamiento.	5	Resultado	Musculoesquelético	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	182	Tasa de cambio en estado funcional en pacientes mayores de 14 años con discapacidad de pie o tobillo que han iniciado un tratamiento de rehabilitación en los que se ha puntuado el estado funcional al inicio y al final del tratamiento.	5	Resultado	Musculoesquelético	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad

Referencia	N° Indicador	Indicador	Nivel de evidencia	Tipo de indicador	Categoría	Aplicabilidad / Responsabilidad	Dimensión
NQI ⁴⁹	183	Tasa de cambio en estado funcional en pacientes mayores de 14 años con discapacidad ortopédica general que han iniciado un tratamiento de rehabilitación en los que se ha puntuado el estado funcional al inicio y al final del tratamiento.	5	Resultado	Musculoquelético	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	184	Tasa de cambio en estado funcional en pacientes mayores de 14 años con discapacidad de cadera que han iniciado tratamiento de rehabilitación en los que se ha puntuado el estado funcional al inicio y al final del tratamiento.	5	Resultado	Musculoquelético	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	185	Tasa de cambio en estado funcional en pacientes mayores de 14 años con discapacidad de rodilla que han iniciado tratamiento de rehabilitación en los que se ha puntuado el estado funcional al inicio y al final del tratamiento.	5	Resultado	Musculoquelético	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	186	Tasa de cambio en estado funcional en pacientes mayores de 14 años con discapacidad lumbar que han iniciado tratamiento de rehabilitación en los que se ha puntuado el estado funcional al inicio y al final del tratamiento.	5	Resultado	Musculoquelético	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	187	Tasa de cambio en estado funcional en pacientes mayores de 14 años con discapacidad de hombro que han iniciado tratamiento de rehabilitación y que han completado una evaluación de estado funcional al inicio y al final del tratamiento.	5	Resultado	Musculoquelético	Atención ambulatoria y en planta	Efectividad
	188	Porcentaje de pacientes diagnosticados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que han finalizado un programa de rehabilitación pulmonar y completado Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ), St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), o COPD Assessment Test (CAT) en los que se ha encontrado una mejoría superior a la diferencia mínima clínicamente importante.	5	Resultado	Neumología	Atención ambulatoria	Efectividad
	189	Tasa ajustada de cambio en puntaje de movilidad ingreso-alta en pacientes mayores de 21 años hospitalizados con tratamiento de fisioterapia.	2	Resultado	Todos los pacientes	Atención en planta	Efectividad
	190	Tasa ajustada de cambio en puntaje de autocuidados ingreso-alta en pacientes mayores de 21 años hospitalizados con tratamiento de fisioterapia.	2	Resultado	Todos los pacientes	Atención en planta	Atención centrada en el paciente
	191	Ratio «observado versus esperado» de cambio en puntaje de movilidad ingreso-alta en pacientes mayores de 21 años hospitalizados con tratamiento de fisioterapia.	2	Resultado	Todos los pacientes	Atención en planta	Efectividad
	192	Ratio «observado versus esperado» de cambio en puntaje de autocuidados ingreso-alta en pacientes mayores de 21 años hospitalizados con tratamiento de fisioterapia.	2	Resultado	Todos los pacientes	Atención en planta	Atención centrada en el paciente
	193	Tasa de pacientes caídos, con o sin lesión o asistencia, por 1000 días-paciente.	3	Resultado	Todos los pacientes	Atención ambulatoria y en planta	Seguridad

Referencia	Nº Indicador	Nivel de evidencia	Tipo de indicador	Categoría	Aplicabilidad / Responsabilidad	Dimensión	
CMS ⁵⁰	194	Porcentaje de pacientes mayores de 18 años con una visita ambulatoria en los que se realiza screening de depresión mediante herramienta validada. (Incluye realización de plan de seguimiento en caso de screening positivo)	5	Proceso	Salud mental	Atención ambulatoria	Atención centrada en el paciente
	195	Porcentaje de pacientes que han tenido un problema cardiovascular en los que se ha remitido a un programa ambulatorio de rehabilitación cardíaca.	5	Proceso	Comunicación con rehabilitación	Gestión externa	Accesibilidad
	196	Porcentaje de pacientes hospitalizados que han tenido un problema cardiovascular en los que se ha remitido a un programa ambulatorio de rehabilitación cardíaca antes del alta o tienen documentado una razón por la que no han sido referidos.	5	Proceso	Comunicación con rehabilitación	Gestión externa	Accesibilidad
	197	Porcentaje de ancianos (>65 años) en los que se ha realizado una evaluación de riesgo de futuras caídas.	5	Proceso	Geriatría	Atención ambulatoria y en planta	Seguridad
	198	Porcentaje de pacientes diagnosticados con insuficiencia cardíaca en los que se ha ofertado referencia para un programa de rehabilitación basado en ejercicio.	2	Proceso	Comunicación con otros profesionales	Gestión externa	Accesibilidad
NICE ⁵¹	199	Porcentaje de pacientes diagnosticados de EPOC con disnea mayor o igual a 3 según el Medical Research Council en los que se ha ofertado referencia para un programa de rehabilitación pulmonar.	2	Proceso	Comunicación con otros profesionales	Gestión externa	Accesibilidad
	200	Porcentaje de pacientes con fractura de cadera en los que se ha recibido una evaluación multifactorial del riesgo de futuras caídas.	2	Proceso	Musculosquelético	Atención ambulatoria y en planta	Seguridad

7.2. Anexo 2. 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.murcia-salud.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. <i>BMC health services research</i>, 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. <i>Health (Irvine Calif) [Internet]</i>. 2013;05(06):105-12. Available from: http://www.scrip.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	<p>• 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,...).</p>	

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. • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	

DÍAS 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. <i>Physiother Theory Pract.</i> 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	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 replanear 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. • 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	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	<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 complementario (% de pacientes sin registro completo de objetivos terapéuticos) a medir de forma simultánea. • 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	Fuente del indicador: <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\geq3 o IB\leq70). <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.» <i>Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research</i> (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. 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. <i>BMC Musculoskeletal Disorders</i> 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. <i>BMJ</i> 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	Fuente del indicador: <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. <i>Pain Pract</i>, 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 Management of Chronic Pain. Bloomington,MN: Institute for Clinical System Improvement; 2013(November). • Pillastrini P, Gardenghi I, Bonetti F, et al. An updatedoverview of clinical guidelines for chroniclow back pain management in primary care.<i>Joint Bone Spine</i>. 2012;79:176–185. • Moulin DE, Clark AJ, Gilron I, et al. Pharmacologicalmanagement of chronic neuropathic pain—consensus state-ment and guidelines from the Canadian Pain Society.<i>Pain ResManag</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. 	

PACIENTES CON DOLOR LUMBAR INESPECÍFICO: EJERCICIO TERAPÉUTICO

OBSERVACIONES

- 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	Fuente del indicador: <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 Fuente de evidencia: <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	<p>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:</p> <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"> Consejos de actividad física: debe haber registro de consejo o información ofrecida sobre actividad física planificada, estructurada y repetida, con el objetivo de adquirir, mantener o mejorar la condición física. Rango de movimiento: debe haber registro de la realización de ejercicios de movilización del arco articular, manteniendo la integridad de las estructuras anatómicas implicadas. Fortalecimiento muscular: debe haber registro de ejercicio de fuerza y resistencia, ya sea de forma analítica o global. Ejercicios aeróbicos: 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 Gàldiz, Vinyet Casolive, Mònica 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 on exercise tolerance and Quality of life: a randomized controlled trial. Eur Respir J. 1997;10:104-8 • 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 	
OBSERVACIONES	<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). 	

