

SEGUNDA GUIA DE EVALUACION DE HISTORIA CLINICA KINESICA O KINEFISIATRICA

Trabajo conjunto escrito por Matías Acebal, Sebastián Arreba, Gabriela Buratto de Tesio, María Fernanda Bravo, Roxana Centurión, Anabella Docampo, Andrés Feldmann, Carlos López, Silvia Martínez, José Osuna, Otti Ovejero, Ana María Rojas

En mérito a los años transcurridos, mas de diez, los cambios de las normas legales, y de usos y costumbres, entendemos saludable actualizar la guía de evaluación de la Historia Kinefisiátrica.

Debe quedar aclarado que los datos mencionados, exigibles, son de exclusiva responsabilidad kinésica si la confección de esta historia es por la intervención exclusiva de kinesiólogo/s (gabinete, consultorio, domicilio, centro kinésico, etc) y que en caso de ser la Historia institucional multidisciplinaria los datos serán valorizados y considerados igualmente independientemente quien sea o haya sido el responsable de su redacción.

Vale decir: la evaluación de la Historia Kinefisiátrica (HKF) o Historia Clínica (HC) única con inclusión de actuación kinésica es valorizable en igual medida.

Los redactores de esta actualización son los licenciados cursantes y los responsables de la especialidad Auditoría Kinefisiátrica, ciclo 2010-2012, quienes entendemos la necesidad de estos cambios.

El objetivo de este análisis es doble:

1. Ofrecer al auditor en kinesiología una herramienta útil para el desarrollo de su actividad específica;
2. Posibilitar que cualquier colega Kinesiólogo (Licenciado en Kinesiología, Licenciado Kinesiólogo Fisiatra, Licenciado en Kinesiología y Fisioterapia, Licenciado en Terapia Física, Fisioterapeuta, Terapeuta Físico, Kinesiólogo Fisiatra, Licenciado en Kinesiología y Fisiatría, Licenciado Kinesiólogo) pueda a partir de su lectura atender a los aspectos fundamentales que debería incluir cualquier HKF o HC.

Lo expresado no colisiona con el trabajo de origen sino por el contrario trata de ser superador,

1. REQUISITOS EXCLUYENTES

Los ítem que a continuación se solicitan no pueden faltar en la HKF ni HC

- 1.1 Apellido y nombres/s del paciente.
- 1.2 Número de DNI (si no lo posee N° y tipo de documento de identidad del paciente).
- 1.3 Fecha de apertura y N° de HC (salvo ordenamiento diferente).
- 1.4 Datos del profesional derivante (N y A, N° de matrícula).
- 1.5 Diagnóstico.
- 1.6 Hojas o folios numerados correlativamente sin espacios en blanco.
- 1.7 Letra legible y clara.
- 1.8 Firma y sello o aclaración del profesional tratante.
- 1.9 Consentimiento informado con firma y aclaración del paciente o representante legal.

2. IDENTIFICACION PERSONAL E INSTITUCIONAL

A los datos que siguen se les asigna puntaje, el cual varía según la frecuencia de su registración.

		valor	siem- pre	Fre- cuen- te	algu- nas veces	No existe	Puntaje obtenido
2.1.	Nombre de la Institución o Servicio	3	3	2	1	0	
2.2.	Fecha de nacimiento del paciente	3	3	2	1	0	
2.3.	Domicilio, Localidad y Teléfono del paciente	3	3	2	1	0	
2.4.	Ocupación del paciente	6	6	4	2	0	
2.5.	Persona de referencia y teléfono	3	3	2	1	0	
2.6.	Cobertura de salud y N° de afiliado	3	3	2	1	0	
	SUMA TOTAL	21	21	14	7	0	

3. CONTENIDOS

A los datos que siguen se les asigna puntaje, el cual varía según la frecuencia de su registración

		valor	siem- pre	Fre- cuen- te	algu- nas veces	No existe	Puntaje obtenido
3.1.	Anamnesis (antecedentes personales y familiares)	6	6	4	2	0	
3.2.	Signos y síntomas	6	6	4	2	0	
3.3.	Evaluación kinefisiátrica	6	6	4	2	0	
3.4.	Informes o comentarios de estudios complementarios.	6	6	4	2	0	
3.5.	Programación o protocolización del tratamiento	6	6	4	2	0	
3.6.	Consigna asistencia	6	6	4	2	0	
3.7.	Consta evolución por sesión	6	6	4	2	0	
	SUMA TOTAL	42	42	28	14	0	

4. ESPECIFICACIONES

A los datos que siguen se les asigna puntaje, el cual varía según la frecuencia de su registración

		valor	siem- pre	Fre- cuen- te	algu- nas veces	No existe	Puntaje obtenido
4.1.	Se registran objetivos del tratamiento.	6	6	4	2	0	
4.2.	Se registra evaluación final.	6	6	4	2	0	
4.3.	Se registra epicrisis.	6	6	4	2	0	
	SUMA TOTAL	18	18	12	6	0	

PUNTUACION : Siempre = 81 puntos
 Frecuentemente = 54 puntos
 Alguna vez = 27 puntos
 No existe = 0 puntos

CALIFICACIÓN

- La Historia será considerada rechazada si se hallara alguno de los puntos excluyentes.
- Los ítem considerados desde 2.1. a 4.3. otorgarán un máximo de 81 puntos.
- Será considerada aprobada con un mínimo de 40 puntos, la primera evaluación, y 56 puntos la segunda y posteriores.
- Será considerada como buena si alcanza entre los 60 y 69 puntos.
- Será considerada como muy buena si resulta calificada entre 70 puntos y 79 puntos.
- Tendrá una calificación de excelente al lograr 80-81 puntos.

CONCLUSIONES

Este trabajo grupal fue realizado luego de analizar la primera guía de evaluación de historias kinefisiátricas.

El modelo actual es una evaluación con un grado de exigencia mayor.

De la lectura de esta guía podrá inferirse una aproximación a los aspectos a considerar en un diseño de historia kinefisiátrica o historia clínica para kinesiología.

Julio de 2011