



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

MANUAL DE PRÁCTICAS TUTELADAS

Aprobado en Julio de 2012

Última actualización: **Julio 2019**



INDICE

PRESENTACIÓN	1
PARTE I. NORMAS Y GESTIÓN DE DOCUMENTOS	
1. ASIGNACIÓN DE CENTROS Y TUTORES	2
2. NORMAS Y CONDICIONES GENERALES	2
3. GESTIÓN DE LAS EVALUACIONES Y LOS DOCUMENTOS IMPLICADOS	4
PARTE II. GUIAS PARA REALIZACIÓN DE TRABAJOS ESCRITOS	
1. GUÍA DEL REGISTRO DE FISIOTERAPIA A UN PACIENTE	6
1.1. Requisitos y recomendaciones generales	6
1.2. Requisitos de la estructura y contenidos	7
2. GUÍA DEL SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO A PACIENTES	10
2.1. Requisitos y recomendaciones generales	10
PARTE III. ANEXOS	
1. FORMATOS DE DOCUMENTOS	
Anexo 1. Documento de confidencialidad.....	
Anexo 2. Informe de autopresentación	
Anexo 3. Certificación del Prácticum Clínico de Fisioterapia	
Anexo 4. Registro de asistencia	
Anexo 5a. Informe de evaluación del estudiante. Prácticas Tuteladas I (PERIODO 1º)..	
Anexo 5b. Informe de evaluación del estudiante. Resto de periodos.....	
Anexo 6. Diario Reflexivo Clínico	
Anexo 7. Registro semanal de actividades	
Anexo 8. Registro de Fisioterapia	
Anexo 9. Hoja de Seguimiento Terapéutico	
2. EJEMPLOS DE TRABAJOS ESCRITOS	
Anexo 10. Ejemplo de Diario Reflexivo Clínico	
Anexo 11. Ejemplo de Registro de Fisioterapia (encuentro inicial).....	
Anexo 12. Ejemplo de Registro de Fisioterapia (encuentros posteriores).....	



PRESENTACIÓN

Las asignaturas de **Prácticas Tuteladas I, II y III** proporcionan la oportunidad de aprender a aplicar el conocimiento, desarrollar actitudes y habilidades prácticas en centros clínicos, socio-sanitarios y de otros ámbitos en los que está integrada la profesión de fisioterapeuta.

En la asignatura el estudiante realizará dos tipos de actividades en cada periodo de prácticas que se le asigne:

- a) Actividades presenciales en centros durante un periodo de varias semanas, en los que participará en actividades asistenciales, sesiones clínicas y tutorías.
- b) Actividades no presenciales orientadas a preparar la presentación de trabajos escritos de los que se exige que se vayan documentando durante la estancia en el centro y el informe de descripción de la experiencia clínica y formativa.

Cada asignatura de Prácticas tuteladas se desarrollará a lo largo de varias semanas, según el número de créditos de la asignatura y las horas semanales asignadas.

Se establece que en cada asignatura puede haber más de un periodo formativo de prácticas a desarrollar y que cada periodo se desarrolle con un tutor diferente (salvo excepciones). Asimismo, se establece que cada periodo formativo de prácticas tendrá una duración comprendida entre 2 y 6 semanas, y una dedicación de entre 25 y 35 horas cada semana. El periodo de 2 semanas será preferentemente limitado al primer periodo de prácticas tuteladas I.



PARTE I. NORMAS Y GESTIÓN DE DOCUMENTOS

1. ASIGNACIÓN DE CENTROS Y TUTORES

1.1. El coordinador de la asignatura es un profesor designado por el Departamento de Fisioterapia y es el responsable de coordinar, así como de actuar como nexo de comunicación entre el Departamento y los centros para poder atender a sus respectivas necesidades docentes. La asignación de los estudiantes a los centros disponibles será realizada por el decanato de la Facultad de Medicina con los apoyos que requiera del coordinador. La Facultad es también la responsable de identificar y controlar los vínculos con los centros.

1.2. Los centros donde el estudiante realice sus prácticas, así como los periodos, serán determinados por el decanato de la Facultad de Medicina con los apoyos que requiera del coordinador y en función de la disponibilidad de plazas.

1.3. El estudiante tendrá asignado en cada periodo un **tutor** que organizará las actividades a realizar por el estudiante. El **tutor** deberá ser fisioterapeuta y podrá ser tanto profesor asociado como honorario.

2. NORMAS Y CONDICIONES GENERALES

2.1. Es aconsejable que el estudiante, antes de iniciar el primer periodo de prácticas de la asignatura, imprima el presente documento y cumpla las recomendaciones sanitarias y de vacunaciones que establezca la Facultad de Medicina para cursarla (<http://www.um.es/web/medicina/>). Asimismo, ha de cumplimentar y firmar el documento de confidencialidad (Anexo1) y elaborar un informe de autopresentación que deberá entregar a su tutor al comienzo de cada periodo (Anexo 2).

Al finalizar cada periodo, el tutor entregará al estudiante una copia cumplimentada del Certificado de Prácticum Clínico donde se especifican las horas prácticas desarrolladas en cada especialidad (Anexo 3).

2.2. Es requisito que el estudiante cumpla, durante su estancia en los centros de prácticas, la normativa de identificación y vestuario que establece la Facultad de Medicina para cursar la asignatura (<http://www.um.es/web/medicina/>).

2.3. A lo largo de cada periodo de prácticas tuteladas, al estudiante se le requerirá:

2.3.1. Primer periodo de la asignatura Prácticas Tuteladas I:

- asistir diariamente en el horario programado,
- participar en actividades clínicas del centro que faciliten la adquisición de las competencias
- elaborar un diario reflexivo de las actividades desarrolladas

2.3.2. Segundo periodo Prácticas Tuteladas I, Prácticas Tuteladas II y Prácticas Tuteladas III:

- asistir diariamente en el horario programado,
- desarrollar un registro semanal de las actividades realizadas
- participar en actividades clínicas del centro que faciliten la adquisición de las competencias,
- realizar dos trabajos por escrito dirigidos a documentar:
 - ✓ el registro de Fisioterapia de un paciente que le asigne su **tutor**, y
 - ✓ el seguimiento terapéutico de al menos 2 pacientes



2.4. La asistencia a las prácticas tuteladas tiene carácter obligatorio. El **tutor** de prácticas será el responsable de la supervisión de la asistencia mediante su firma en el documento denominado “Registro de asistencia” (Anexo 4). Este documento será custodiado por el estudiante durante su estancia en el centro y entregado cada día al **tutor** para su firma. La no cumplimentación de este documento podrá dar lugar al suspenso de la asignatura, y la falsificación al suspenso seguro. Las faltas y retrasos pueden ser:

a) Justificadas. Son aquellas que el estudiante puede justificar con documento oficial (enfermedad o intervención propia o de algún familiar, fallecimiento de familiares, deber público justificado, asistencia a actos académicos). Todas las faltas justificadas deben ser recuperadas en el periodo que dictamine el **tutor** de prácticas cuando el periodo faltado supere el 10% del total de días de las prácticas (no será necesario si es menor al 10%). Si no fuera posible encontrar fechas compatibles con el resto de actividades docentes, el estudiante deberá informar al coordinador y será éste el que determine la pertinencia de recuperarlas una vez revisado la consecución o no de las competencias conforme al informe que realice el **tutor** en el informe de Evaluación del estudiante.

b) No justificadas: Estas faltas no son recuperables. Constituyen una infracción muy grave cuando se supere el 10% del total de los días de prácticas y pueden suponer a criterio del **tutor** o del coordinador de la asignatura el suspenso de la asignatura (más información en el punto I.3.4).

2.5. En caso de incidencia académica relevante al inicio o transcurso de las prácticas, el estudiante deberá informar al **tutor** y coordinador.

La UMU, incluye a todos los estudiantes de los títulos oficiales y propios con prácticas tramitadas al amparo de esta normativa en sendas pólizas de seguros de accidentes y responsabilidad civil, que cubrirán como mínimo los siguientes riesgos: a) La póliza de accidentes cubre necesariamente los riesgos que puedan derivarse como consecuencia de la actividad que desarrollan los estudiantes en prácticas en la entidad colaboradora, incluido el accidente “in itinere”. La póliza de accidentes colectivos cubre entre otros los siniestros de muerte, invalidez permanente, asistencia médico-quirúrgica y gastos sanitarios. b) Una póliza de responsabilidad civil que cubre los riesgos que puedan derivarse de las actividades que realizan los estudiantes¹.

En caso de accidente², salvo que sea de extrema urgencia deberá notificarlo a la aseguradora MARKEL a través de los teléfonos 902010166 / 917371668 De este modo obtendrán información de los trámites a seguir. Para consultas posteriores a la notificación del siniestro, podrán llamar de lunes a viernes al teléfono 966089347.

Se deberá cumplimentar el Parte de Accidentes³ Dicho parte deberá ser firmado y sellado por el Tomador correspondiente y firmado por el Asegurado, Alumno afectado/lesionado.

El accidente debe ser comunicado inmediatamente después de su ocurrencia a la compañía aseguradora, llamando al Centro de Atención 24 horas de MARKEL, teléfono 902010166 /917371668.

¹ Reglamento de Prácticas Externas de la Universidad de Murcia. <https://sede.um.es/sede/normativa/reglamento-de-practicas-externas-de-la-universidad-de-murcia/pdf/127.pdf>

² <https://practicas.um.es/practicas/practicas.anuncios.adjunto.do>

³ https://practicas.um.es/practicas/practicas.anuncios.anuncios.do?opcmenu=37&seof_codigo=6&sec_codigo=37



En la comunicación telefónica debe facilitarse:

- Datos personales del lesionado.
- Datos del Tomador y colectivo al que pertenece.
- Lugar, Fecha y forma de ocurrencia.
- Descripción de los daños físicos.

Una vez recogidos estos datos, el Centro de Atención telefónica facilitará el número de expediente, que deberá ser anotado en el encabezamiento del parte. El comunicante remitirá posteriormente el parte (y otra documentación que se solicite) en un plazo no superior a 48 horas por fax a la Entidad Aseguradora al número 902 875 230 o por e-mail a la siguiente dirección: gestion@canalsalud24.com. El lesionado deberá acudir al Centro Médico concertado que se le indique previamente, aportando el “Parte de Comunicación de accidentes” debidamente cumplimentado, incluyendo el número de expediente facilitado por el Centro de Atención telefónica (Imprescindible para recibir asistencia). Cuando un Asegurado/lesionado se presente en uno de los Centros concertados para su atención (y facilitado por el Centro de Atención Telefónica) deberá presentar el parte de Accidentes, DNI y/o carné de estudiante, en su caso.

Urgencia vital: En estos casos, el lesionado podrá recibir la asistencia médica de urgencia en el Centro Sanitario más próximo. En estos casos MARKEL se hará cargo de las facturas derivadas de la asistencia de urgencia prestada en las primeras 24 horas desde la fecha de ocurrencia del accidente garantizado en la póliza. Una vez superada la primera asistencia de urgencia el lesionado deberá ser trasladado a Centro Médico Concertado para continuar su tratamiento. En caso de permanencia en centro médico NO CONCERTADO, MARKEL no asumirá el pago de las facturas derivadas de los servicios prestados.

3. GESTIÓN DE LAS EVALUACIONES Y LOS DOCUMENTOS IMPLICADOS

3.1. El **tutor** es el principal responsable de la evaluación del estudiante. El **tutor** realizará la evaluación del estudiante en el documento de “Informe de evaluación del estudiante” (Anexo 5). Este documento contiene un listado de aspectos generales relacionados con la **responsabilidad del estudiante**, que el tutor deberá verificar en su totalidad, antes de proceder a la evaluación. También incluye un control de asistencia del estudiante a las prácticas (sin ponderación, ya que es requisito básico). Si el **tutor** detectara un número de faltas “no justificadas” superior al 10% del total de días de prácticas del periodo del estudiante en su centro, podrá proponer al coordinador el suspenso de la asignatura.

La evaluación del **primer periodo de Prácticas Tuteladas I** se realiza en base a la valoración que hace el tutor de:

- a) la Práctica Clínica, centrada en la anamnesis y examen del paciente (max. 6 puntos)
- b) la elaboración de un Diario Reflexivo Clínico (max. 4 puntos)

La puntuación otorgada al Diario Reflexivo Clínico atenderá a los siguientes criterios:

- Cumplimentación de todos los apartados y subapartados para cada día (1 punto)
- Aportación de reflexiones lógicas y coherentes al contexto clínico (1 punto)
- Identificación de dificultades adecuadas a su nivel de formación (1 punto)
- Inclusión de propuestas de mejora factibles (1 punto)

Las competencias a evaluar en la Práctica Clínica se recogen en el documento “*Informe de evaluación de estudiante. Prácticas Tuteladas I (PERIODO 1º)*” (Anexo 5a).



DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

La evaluación del **resto de periodos** la realiza el tutor en base a los aspectos abajo relacionados y se recogen en el “*Informe de evaluación del estudiante. Resto de periodos*” (Anexo 5b):

- a) la Práctica Clínica (max. 6 puntos)
- b) la elaboración del Registro de Fisioterapia de un paciente (max. 3 puntos)

La puntuación será el sumatorio de los valores asignados a cada uno de los siguientes criterios, cuya puntuación máxima se indica entre paréntesis.

- Exhaustividad de la información registrada (1 punto)
 - Presencia de información en todos los apartados y subapartados que sean pertinentes.
 - Cantidad adecuada de información en cada apartado y subapartado.
- Precisión de la información registrada (1 punto)
 - En valoraciones y medidas objetivas y subjetivas de los exámenes del paciente.
 - En evaluaciones, pronóstico, planificación y alta
- Presentación de la información registrada (1 punto)
 - Ordenamiento y claridad de la presentación
 - Terminología adecuada a la profesión

- c) La realización del Seguimiento Terapéutico de dos pacientes (máx. 1 punto)

La puntuación podrá ser máxima si el estudiante entrega la hoja de seguimiento terapéutico de los pacientes asignados, y si incluye una anotación semanal por paciente y semana de seguimiento. No obstante, el tutor ajustará la puntuación también en función de la adecuación de las anotaciones a la evolución clínica de los pacientes.

Los resultados de la evaluación no serán necesariamente informados al estudiante. No obstante, es recomendable proporcionarle algún tipo de retroalimentación sobre su proceso de aprendizaje antes de finalizar su periodo de prácticas.

El **tutor** es el responsable de remitir al coordinador el “Informe de evaluación del estudiante” cumplimentado, por correo electrónico en un plazo máximo de 7 días tras la finalización de cada periodo de prácticas. Asimismo, entregará al estudiante una copia cumplimentada del Certificado de Prácticum Clínico donde se especifican las horas prácticas desarrolladas en cada especialidad (Anexo 3).

3.2. El **coordinador** de la asignatura será el responsable de recopilar las diferentes evaluaciones realizadas a cada estudiante por los tutores implicados, calcular la nota final de la asignatura y cumplimentar el acta.

La nota final de las asignaturas Prácticas Tuteladas II y III se obtiene calculando la media entre los dos periodos. Para la asignatura de Prácticas Tuteladas I se realiza una ponderación del 20% para el primer periodo y del 80% para el segundo.

A los efectos de establecer matrículas de honor, el tutor deberá asignarlas a aquellos alumnos con mayor calificación media, salvo excepción de que el número de alumnos con calificación de sobresaliente supere el número máximo de matrículas a otorgar. En ese caso, el tutor deberá revisar los



DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

documentos escritos entregados por los 10 alumnos con mayor calificación media, evaluar tales documentos y asignar las matrículas según el orden de esa evaluación.

El coordinador es también el responsable de la custodia de los trabajos realizados por el estudiante (hoja registro de asistencias, registros de Fisioterapia y hoja de seguimiento terapéutico), una vez hayan sido evaluados por el **tutor**. El periodo de custodia establecido por la Universidad de Murcia es de un año. El coordinador deberá velar por la confidencialidad de la información contenida y, transcurrido el plazo, proceder a su destrucción. Estos trabajos le deberán ser entregados por el estudiante tras cada periodo. En caso de que el estudiante no entregue alguno de los documentos citados en este párrafo, el estudiante podrá suspender la asignatura.

El coordinador de la asignatura también puede incluir en el acta un suspenso en la asignatura en el caso de recibir una propuesta específica de un **tutor** por acumulación de faltas no justificadas más allá del 10% del total de días de prácticas. No obstante, es recomendable que antes de firmar el acta el coordinador contraste la información con el documento de “Registro de asistencia” (Anexo 4) y contacte con el estudiante para que pueda manifestar alguna información adicional relevante.

3.3. El **estudiante** es el responsable de rellenar, trasladar y custodiar todos los documentos (salvo el referido al “Informe de evaluación del estudiante”) hasta su entrega definitiva al destinatario específico que se cita a continuación (tutor, coordinador y dirección del departamento, o persona asignada en su defecto). La no entrega de algún documento en los plazos fijados a su destinatario, podrá ser motivo de suspenso de la asignatura. Los destinatarios y plazos de entrega de cada documento son los siguientes:

- a) El **tutor** es el destinatario temporal (no definitivo) de los siguientes documentos pertinentes según el periodo y la asignatura: “Diario Reflexivo Clínico”, “Registro de Fisioterapia” y “Hojas de Seguimiento terapéutico”. El estudiante se los entregará al **tutor** en un día determinado por éste. El **tutor** se los devolverá una vez evaluados antes de la finalización del periodo de prácticas.
- b) El coordinador, es el destinatario definitivo de “Registro de Fisioterapia”, “Hojas de seguimiento de casos”, “Registro de asistencia”, “Registro semanal de actividades”, “Diario Reflexivo Clínico” e “Informe de evaluación del estudiante”. La entrega se realizará durante los 7 días posteriores a la finalización del periodo de prácticas por el procedimiento que indique el coordinador de la asignatura.
- c) El estudiante deberá custodiar los siguientes documentos de cada uno de los periodos de prácticas:
 - Copia para el alumno de la credencial donde se especifica el centro y tutor donde desarrolla las prácticas
 - Certificación del Prácticum Clínico donde se especifican las horas de prácticas desarrolladas por especialidad. Cada estudiante ha de depositar una copia de esta certificación en la Secretaría de la Facultad de Medicina (Anexo 3).



PARTE II. GUIAS PARA REALIZACIÓN DE TRABAJOS ESCRITOS

Como se indica en el apartado de evaluación, el estudiante debe realizar determinados trabajos escritos según el periodo de prácticas y la asignatura. En el primer periodo de la asignatura Prácticas Tuteladas I se ha de entregar el “Diario Reflexivo Clínico”. Para el segundo periodo de Prácticas Tuteladas I, así como las asignaturas Prácticas Tuteladas II y II, los alumnos habrán de entregar el “Registro semanal de actividades”, “Registro de Fisioterapia” y las “Hojas de Seguimiento Terapéutico”.

1. **Diario Reflexivo Clínico** (Anexo 6). Este documento es una herramienta de aprendizaje que favorece la reflexión del estudiante durante su proceso formativo. Sus objetivos son: tomar conciencia del aprendizaje diario en todos los niveles (conocimientos, habilidades y actitudes), detectar deficiencias de conocimientos teórico-prácticos, potenciar la motivación y el interés por la profesión, facilitar el aprendizaje autónomo elaborando propuesta de mejora, y favorecer la evaluación de la práctica y del proceso del aprendizaje.
Sistemáticamente, tras cada jornada, el estudiante debe reflejar sus reflexiones en este documento siguiendo el ejemplo del Anexo 10.
2. **Registro semanal de actividades** (Anexo 7). Semanalmente el estudiante resumirá las actividades realizadas. Esta síntesis podrá ser vista por su tutor, si lo requiere, al finalizar la estancia, y ambos la firmarán.
3. **Registro de Fisioterapia** de un paciente que le asigne su **tutor** utilizando el modelo de registro del Anexo 8. El principal propósito de esta actividad es que el estudiante sea capaz de cumplimentar el Registro de Fisioterapia para describir el proceso de manejo de un paciente, desde el primer contacto hasta la finalización de la estancia en el centro.
4. **Hoja de Seguimiento Terapéutico** de los pacientes asignados por el **tutor** utilizando el modelo del Anexo 9. El principal propósito de esta actividad es que el estudiante sea capaz de sintetizar y reflejar semanalmente los procedimientos aplicados o instruidos al paciente durante todo el periodo de estancia en el centro.

No es propósito que la recogida de información recopilada en ninguno de los trabajos sea utilizada por quien tengan acceso a la misma (el estudiante, tutor o coordinador) con otros fines, salvo excepción de su uso en el seguimiento del caso durante el episodio asistencial.

A continuación, y para los dos últimos trabajos citados, se presenta una guía de apoyo a su elaboración y evaluación.

1. GUÍA DEL REGISTRO DE FISIOTERAPIA A UN PACIENTE

1.1. REQUISITOS Y RECOMENDACIONES GENERALES

El estudiante debe presentar al **tutor** el registro de Fisioterapia de un paciente que cumpla los siguientes **requisitos**:

- Escrito sobre el modelo de registro del Anexo 8
- Escrito en letra Arial de tamaño 10,
- La información que se incluya debe ser estructurada conforme a lo que se cita en el siguiente apartado sobre Requisitos de estructura y contenido. La aplicación de esa estructura a un caso clínico se puede observar en los ejemplos de los Anexos 11 y 12.
- Debe incluir la firma del **tutor** aseverando que se informó al paciente respecto al propósito docente del registro y al compromiso de confidencialidad y destrucción de la información en los plazos legales.



A continuación, se citan una serie de **recomendaciones** que conviene seguir para el adecuado desarrollo de este trabajo, y que se presentan agrupadas en torno a cuatro momentos secuenciales:

1. Antes de iniciar el periodo de prácticas. Es recomendable que el estudiante tenga un conocimiento exhaustivo de los requisitos sobre la estructura y contenidos del Registro de Fisioterapia que figuran en el siguiente apartado.
2. En la selección del paciente y el periodo. El **tutor** debe comunicar al estudiante tres elementos: 1) el paciente, 2) el día de inicio del registro y 3) el día en que debe finalizar. Es recomendable que:
 - a. Los dos primeros aspectos sean seleccionados próximos al inicio del periodo de prácticas. El tercero, sea próximo a la finalización del periodo de prácticas.
 - b. El paciente seleccionado debe ser uno que el **tutor** prevea que vaya a ser atendido durante el periodo de estancia del estudiante en el centro, que vaya a dar su consentimiento informado y que su estado de salud pueda proporcionar oportunidades de aprendizaje al estudiante.
3. Durante la estancia en el centro. Es recomendable que estudiante y **tutor** participen activamente y de forma continuada en el intercambio de conocimientos y expectativas en relación al paciente y el registro, tanto para preparar el registro del encuentro inicial como las anotaciones de encuentros posteriores. La frecuencia en la que el estudiante registre en cada apartado de la estructura del Registro depende del ritmo de progresión del paciente, de la frecuencia de las sesiones terapéuticas y, especialmente, del estado de alerta e interés que mantenga el estudiante.
4. En relación a la información que finalmente sea incluida. Es recomendable que se organice y presente para adecuarse lo mejor posible a los criterios con los que será evaluado el trabajo (los cuales figuran en el Informe de evaluación del estudiante (Anexo 5). Es deseable que la información tenga un nivel de detalle suficiente como para permitir que otro fisioterapeuta o estudiante de Fisioterapia pueda entender el estado de salud del paciente, qué intervenciones o tratamientos han sido proporcionados, los resultados alcanzados y así poder continuar con el episodio asistencial del paciente.

1.2. REQUISITOS DE LA ESTRUCTURA Y CONTENIDOS.

El Registro de Fisioterapia tiene un formato estructural basado en dos componentes (Anexo 8): 1) Registro del encuentro inicial; 2) Registro de anotaciones de encuentros posteriores. Se ha seguido como referencia las recomendaciones recientes de la World Confederation for Physical Therapy (WCPT) 2011 relativo a la gestión de registros en Fisioterapia.⁴

A continuación, se detalla la estructura de cada componente y los contenidos deseables y mínimos que el estudiante debe registrar en esa estructura. El ejemplo facilitado en el Anexo 11 permite ver aplicadas los requisitos y recomendaciones que se citan.

⁴ WCPT guideline for physical therapy records management: record keeping, storage, retrieval and disposal. Disponible en: <http://www.wcpt.org/guidelines/records-management>



A. Registro del encuentro inicial

Su estructura está organizada en cuatro bloques, diversos apartados y subapartados. Todos ellos deben estar presentes cuando se documente el encuentro inicial.

1.- DATOS PERSONALES

Se registrarán al menos los siguientes datos de carácter administrativo del paciente: nombre y apellidos, fecha de nacimiento, números de contacto, centro y fisioterapeuta responsable, principal diagnóstico médico en el caso de que esté disponible.

2.-CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado del paciente, ya sea verbal o escrito, constituye una autorización para recoger la información relativa al examen, evaluaciones, tratamientos tanto durante el encuentro inicial como en posteriores. El **tutor** debe informar al paciente implicado o cuidador (ej. padre de un niño) los objetivos del registro y los compromisos de confidencialidad y custodia del documento, y solicitarle que autorice verbalmente o mediante firma su consentimiento en el documento del Registro de Fisioterapia (Anexo 8). La firma del **tutor** también se requiere para confirmar el proceso de información y, si procede, el consentimiento verbal.

3.- EXAMEN

El examen es el proceso de recogida de datos acerca del paciente. El registro debe incluir información recopilada en este proceso agrupada en los siguientes 4 apartados y sus respectivos sub-apartados. Es deseable que la información de cada sub-apartado sea exhaustiva, no obstante, sólo serán exigibles como base, salvo que se justifique, un mínimo de dos datos por sub-apartado. El estudiante puede seleccionar algunos aspectos citados entre paréntesis u otros relacionados:

Recuerde que el estudiante debe fijar como encabezamiento los nombres de cada apartado y sub-apartado, y situar a continuación la información específica recopilada (véase ejemplo Anexo 11).

3.1. FACTORES PERSONALES

- a) Aspectos demográficos (sexo, edad, nivel educativo, ocupación)
- b) Antecedentes evolutivos y/o familiares de interés (mano dominante, enfermedades hereditarias, riesgos asociados con la salud familiar).

3.2. FACTORES AMBIENTALES

- a) Entorno social y ambiental (que pueden ser de apoyo o barrera, tal como el apoyo familiar y del cuidador principal, apoyos de la comunidad, comportamientos y actitudes sociales).
- b) Equipamientos de asistencia (para apoyo articular, actividades básicas, accesos).

3.3. CONDICIONES DE SALUD

- a) Comienzo e intervenciones previas de la condición actual (forma de presentación, tiempo transcurrido, evolución, pruebas clínicas de laboratorio o radiología realizadas, medicamentos, registros clínicos disponibles, etc.)
- b) Otros antecedentes médicos y quirúrgicos de interés (hospitalizaciones o cirugías previas, condiciones de salud asociadas, alergias u otros)
- c) Hábitos de salud y percepción del estado (hábitos de salud pasados y actuales, tales como actividad física, dieta, nocivos como fumar o el alcohol, etc.; percepción general de la salud actual, de la función física, psicológica o social).



3.4. ESTRUCTURAS Y FUNCIONES CORPORALES

- a) Principales dolencias/quejas del paciente (que motivan su asistencia al centro)
- b) Cribaje de los sistemas corporales. Se recomienda incluir datos para cada uno de los siguientes sistemas: cardiovascular (presión arterial, edema, frecuencia cardiaca o respiratoria), musculoesquelético (rangos o fuerza de movimientos gruesos, simetría general, altura, peso), neuromuscular (equilibrio, locomoción, etc) y de la piel y tegumentos (textura, color e integridad de la piel). Las capacidades comunicativas, afectivas y cognitivas pueden ser anotadas en este apartado
- c) Pruebas y medidas de las principales deficiencias. El estudiante debe, según sea el tipo de condición, seleccionar pruebas y medidas útiles para describir con detalle el problema del paciente. Se recomienda agrupar la información según las áreas fijadas por la WCPT y revisadas recientemente⁵. Algunas áreas son:
 - Capacidad/resistencia aeróbica
 - Características antropométricas
 - Capacidades cognitivas y de atención
 - Equipamientos asistencia y adaptación
 - Circulación (arterial, venosa, linfática)
 - Integridad de nervios periféricos y craneales
 - Integridad de la piel
 - Integridad articular y movilidad
 - Rendimiento muscular
 - Desarrollo neuromotor e integración sensorial
 - Dolor
 - Rango de movimiento
 - Etc.

Es necesario que las medidas cuantitativas se acompañen de las unidades de medida (ej. 25°, 38 cm, 56 kg) y las cualitativas expresen la escala de referencia (fuerza de 4/5; dolor de 2/10).

3.5. ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN

- a) Capacidades y realización de actividades (actividades de movilidad, actividades de autocuidado, vida doméstica, etc.).
- b) Participación en actividades relevantes (educación, empleo, actividades domésticas, sociales y recreativas).

4.- EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN

4.1. EVALUACIÓN

Es una prueba de que se realizan juicios clínicos del paciente a partir de los hallazgos del examen. Se debe registrar por el estudiante una síntesis de los juicios relativos a: 1) la relación entre deficiencias corporales y limitaciones en actividades o restricciones en la participación del paciente, y 2) la pertinencia del servicio de Fisioterapia u otros.

4.2. DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO

Se identificará como diagnóstico un listado de las deficiencias, actividades limitadas o restricciones en la participación existentes o potenciales que sean susceptibles de mejora o prevención. También pueden fijarse los factores ambientales y personales que puedan servir para hacer frente al diagnóstico.

⁵ WCPT Guideline for Physical Therapist Professional Entry Level Education. Appendix A Patient/Client Care/Management. 2011. Disponible en:

http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Guideline_PTEducation_complete.pdf



4.3. PRONÓSTICO

El pronóstico identifica el nivel predecible de mejora o resultado a alcanzar en un marco temporal. Habitualmente, se expresa conjuntamente con las metas que el paciente tiene que lograr y también se indican los factores que pueden influir en su progresión (como complicaciones, etc.). Las metas sirven para monitorizar el progreso del paciente y para determinar la efectividad del tratamiento.

Temporalmente, las metas pueden referirse a largo plazo (cuando se refieren al momento del alta) como a más corto plazo (de dos o tres semanas). El estudiante debe fijar metas a largo plazo (referidas al alta), aunque también puede establecer a corto plazo. Véase este ejemplo:

- Meta al alta: El paciente podrá andar de forma independiente y sin aparato de ayuda en 8 semanas
- Metas a corto plazo: 1) El paciente será capaz de andar con el apoyo de una muleta sobre una superficie lisa de 40 metros en 2 semanas.

4.4. PLAN ASISTENCIAL

Incluye las intervenciones o tratamientos a ser utilizados para alcanzar las metas y resultados esperables en conjunción con el paciente u otros (cuidadores, otros profesionales). Es recomendable incluir la frecuencia de los servicios (número de veces/semana en que el paciente será tratado en el centro), la cantidad (número de veces/día en que se debe tratar en el centro o realizar los programas domiciliarios en su casa) y la duración (número total de semanas en tratamiento) que son esperables.

B. Registro de anotaciones de encuentros posteriores.

Este componente tiene también una estructura basada en apartados. La principal diferencia respecto al anterior componente del registro del encuentro inicial es que en éste no deben estar presentes todos los apartados cuando se registra, únicamente los aspectos relevantes que motivaron la anotación.

Cuando se quiera registrar algún tipo de información de un apartado, el estudiante debe escribir en el registro (Anexo 8) la fecha, el nombre abreviado del apartado y, a continuación, la información específica recopilada. A continuación, se detalla el nombre normal y abreviado de los apartados y, entre paréntesis, el número mínimo de veces que es recomendable que el estudiante registre cada uno a lo largo de su periodo de prácticas. Un ejemplo de este tipo de registro se presenta en el Anexo 12.

- 1.- Re-exámenes realizados (Ex; 2 veces)
- 2.- Logro de metas y resultados esperados (Me; 2 veces)
- 3.- Reacciones adversas al tratamiento o acciones del fisioterapeuta/estudiante, y modificaciones (Ad; cuando se presente)
- 4.- Información recibida “de” o remitida a otros profesionales (Pr; cuando se presente)
- 5.- Consejos, programas domiciliarios o equipamientos proporcionados (Co)
- 6.- Visitas canceladas y razones (Vi)
- 7.- Informe de alta (Al; 1 vez)

El informe de alta (Al) debe realizarse al final del episodio asistencial del paciente (o en su defecto, al final del periodo de prácticas del estudiante). El informe debe ser un resumen del episodio que contenga información resumida de:

- Cambios acontecidos en el estado de salud del paciente
- Los servicios proporcionados
- El plan de alta (que puede incluir actividades como derivaciones a otros, consejos domiciliarios, visitas de seguimiento, equipamientos, instrucciones facilitadas, etc.).

El contenido de la información registrada en el resto de apartados será variable entre fechas y apartados, y dependerá de la valoración que realice el estudiante sobre su pertinencia y relevancia.



Para esta valoración es recomendable que el estudiante tome de referencia la información recopilada en el encuentro inicial.

2. GUÍA DEL SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO A PACIENTES

2.1. REQUISITOS Y RECOMENDACIONES GENERALES

El estudiante debe presentar al **tutor** el registro de Fisioterapia de tres pacientes. Ese registro debe cumplir los siguientes **requisitos**:

- Escrito sobre el modelo de registro del Anexo 9, uno para cada uno de los pacientes que se seleccionen por el tutor.
- Escrito en letra Arial de tamaño 10,
- La información incluida debe reflejar exclusivamente los procedimientos aplicados o instruidos al paciente en la semana previa
- Debe haber un registro semanal por cada uno de los pacientes y durante cada semana del periodo de prácticas.

A continuación, se citan una serie de **recomendaciones** que conviene seguir para el adecuado desarrollo de este trabajo, y que se presentan agrupadas en torno a cuatro momentos secuenciales:

1. Antes de iniciar el periodo de prácticas. Es recomendable que el estudiante tenga un conocimiento exhaustivo de los procedimientos de Fisioterapia (Disponibles en: WCPT Guideline for Physical Therapist Professional Entry Level Education. Appendix A. Patient/Client Care/Management. 2011 Disponible en: http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Guideline_PTEducation_complete.pdf)
2. En la selección de los pacientes y el periodo. El **tutor** debe comunicar al estudiante tres elementos: 1) los pacientes, 2) el día de inicio del registro y 3) el día en que debe finalizar. Es recomendable que:
 - a. Los dos primeros aspectos sean seleccionados próximos al inicio del periodo de prácticas. El tercero, sea próximo a la finalización del periodo de prácticas.
 - b. El **tutor** seleccione aquellos pacientes que prevea que vayan a ser atendidos durante el periodo de estancia del estudiante en el centro, que vaya a dar su consentimiento informado y que su estado de salud pueda proporcionar oportunidades de aprendizaje al estudiante.
3. Durante la estancia en el centro. Es recomendable que estudiante y **tutor** participen activamente y de forma continuada en el intercambio de conocimientos y expectativas en relación a los procedimientos que se aplican a los pacientes.
4. En relación a la información que finalmente sea incluida. Es recomendable que se organice y presente con la mayor claridad posible para adecuarse lo mejor posible a los criterios con los que será evaluado el trabajo (los cuales figuran en el informe de Evaluación del estudiante (Anexo 6). Es deseable que la información tenga un nivel de detalle suficiente como para permitir que otro fisioterapeuta o estudiante de Fisioterapia pueda entender qué intervenciones o tratamientos han sido proporcionados y así poder continuar con el episodio asistencial del paciente.



PARTE III. ANEXOS

1. FORMATOS DE DOCUMENTOS

- Anexo 1. Documento de confidencialidad
- Anexo 2. Informe de autopresentación
- Anexo 3. Certificación del Prácticum Clínico de Fisioterapia
- Anexo 4. Registro de asistencia
- Anexo 5a. Informe de evaluación del estudiante. Prácticas Tuteladas I (PERIODO 1º)
- Anexo 5b. Informe de evaluación del estudiante. Resto de periodos
- Anexo 6. Diario Reflexivo Clínico
- Anexo 7. Registro semanal de actividades
- Anexo 8. Registro de Fisioterapia
- Anexo 9. Hoja de Seguimiento Terapéutico

2. EJEMPLOS DE TRABAJOS ESCRITOS

- Anexo 10. Ejemplo de Diario Reflexivo Clínico
- Anexo 11. Ejemplo de Registro de Fisioterapia (encuentro inicial)
- Anexo 12. Ejemplo de Registro de Fisioterapia (encuentros posteriores)



Anexo 1
GRADO EN FISIOTERAPIA. PRACTICAS TUTELADAS

DOCUMENTO DE CONFIDENCIALIDAD

D./D.^a _____, con
N.I.F.número _____ y domicilio en:
calle _____ número _____ Código Postal _____,
Localidad _____,
Provincia _____, alumno/a de la Facultad de Medicina, Grado de
Fisioterapia de la Universidad de Murcia.

DECLARA:

- 1.- Su aceptación de realizar las Prácticas Tuteladas en el centro que se le asigna.
- 2.- Haber sido informado y conocer la Normativa y Manual de Prácticas Tuteladas y en particular de sus obligaciones como alumno, asumiendo que el incumplimiento de las mismas podrá suponer la suspensión directa de las Prácticas Tuteladas.

SE COMPROMETE:

- 1.- A respetar el sistema organizativo del centro receptor donde va a realizar las Prácticas Tuteladas y en particular a su tutor, siguiendo las instrucciones que reciba de éste.
- 2.- A tratar toda la información que reciba y a la que tenga acceso durante el desarrollo de las Prácticas Tuteladas, como privada y confidencial y adoptar las medidas precisas para mantenerla como tal; así como a mantener el secreto profesional.
- 3.- A no revelar a terceros, ajenos al desarrollo de las Prácticas Tuteladas, cualquier información suministrada o a la que haya tenido acceso, no pudiéndola utilizar para cualquier otro propósito salvo que obtenga del centro receptor la oportuna autorización.
- 4.- A asumir las responsabilidades derivadas del incumplimiento de los compromisos anteriores.

En prueba de conformidad firmo el presente documento en Murcia, a ___ de ___, de _____

Firma del alumno



Anexo 2
INFORME DE AUTOPRESENTACIÓN DEL ALUMNO

D/D^a _____, en calidad de alumno de la materia Prácticas Tuteladas del Grado en Fisioterapia de la Universidad de Murcia, informa a su tutor que los datos que se expresan a continuación son verídicos y que autoriza a que el tutor pueda contactar cuando se precise.

Datos personales.

Teléfono móvil:

Teléfono familiar de contacto en caso de necesidad:

Email:

Situación académica actual:

Experiencia asistencial previa:

Y para que conste a efectos de presentación, firmo la presente

En Murcia a, _____ de _____ de 20__

Fd°



Anexo 3
CERTIFICACIÓN DEL PRÁCTICUM CLÍNICO DE FISIOTERAPIA

(IMAGEN CORPORATIVA O EL LOGO DE LA EMPRESA)

En el caso de que certifique el propio fisioterapeuta

D./Dña:, con número de colegiado **0X** (o con D.N.I. **00.000.000X**), fisioterapeuta en el centro (**nombre del centro**) CNN **1430xxxxxxx** Código Autonómico de Autorización del Centro **xxxxxxx** REGCESS. Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

O en el caso de que certifique el gerente, el coordinador, el supervisor,.....

D./Dña:, con D.N.I. **00.000.000X**, responsable de prácticas tuteladas en (**nombre del centro**) CNN **1430xxxxxxx** Código Autonómico de Autorización del Centro **xxxxxxx** REGCESS. Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Hace constar que D./Dña:, con D.N.I. **00.000.000X**, alumno/a del Grado en Fisioterapia de la Universidad de Murcia.

Ha realizado satisfactoriamente **XX** horas de prácticas curriculares en este centro, entre el **01/01/2018** y el **01/02/2018**, con aprovechamiento de la asistencia a las mismas con cumplimiento de los fines del módulo práctico, desarrollando las especialidades que se detalla a continuación.

Especialidad:

1..... **X** horas

2..... **X** horas

Y para que conste a los efectos oportunos firmo el presente certificado.

En a de de 20....

(Nombre y sello del centro)

Fdo.: D./D^a.....



Anexo 4
REGISTRO DE ASISTENCIA⁶

Periodo:

Alumno:

Centro de realización de las prácticas:

Tutor:

Diariamente el alumno, al finalizar la estancia solicitará la firma de su Tutor en la casilla correspondiente. El alumno deberá velar por el cuidado del registro de asistencias.

Fecha Firma Tutor:	Fecha Firma Tutor:	Fecha Firma Tutor:
Fecha Firma Tutor:	Fecha Firma Tutor:	Fecha Firma Tutor:
Fecha Firma Tutor:	Fecha Firma Tutor:	Fecha Firma Tutor:
Fecha Firma Tutor:	Fecha Firma Tutor:	Fecha Firma Tutor:
Fecha Firma Tutor:	Fecha Firma Tutor:	Fecha Firma Tutor:
Fecha Firma Tutor:	Fecha Firma Tutor:	Fecha Firma Tutor:
Fecha Firma Tutor:	Fecha Firma Tutor:	Fecha Firma Tutor:
Fecha Firma Tutor:	Fecha Firma Tutor:	Fecha Firma Tutor:
Fecha Firma Tutor:	Fecha Firma Tutor:	Fecha Firma Tutor:
Fecha Firma Tutor:	Fecha Firma Tutor:	Fecha Firma Tutor:

⁶ El alumno debe entregar este registro al Coordinador de la asignatura en el plazo de de siete días siguientes a la finalización del periodo de prácticas (o incluso antes si así lo notifica el coordinador).



Anexo 5a
Informe de evaluación del estudiante⁷.
Prácticas Tuteladas I (PERIODO 1º)

Nombre del estudiante

Centro

Tutor Clínico

Fecha de comienzo y finalización del periodo de prácticas

RESPONSABILIDAD DEL ESTUDIANTE*	SI	NO
Conoce y cumple la Normativa de Prácticas Tuteladas		
Ha sido puntual en la entrega de la documentación evaluable de la asignatura		
Ha cumplido con las fechas determinadas de su periodo de prácticas		
Ha sido puntual y cumplido con los horarios establecidos		
Ha utilizado la indumentaria profesional y su imagen personal es adecuada al contexto sanitario		
Ha respetado la normativa del centro: funcionamiento interno, seguridad y prevención de riesgos laborales		
Ha guardado confidencialidad y secreto profesional		
Se ha relacionado con los pacientes con dignidad y respeto		

*Es necesario que se verifique el cumplimiento de todos los ítems de esta tabla para que el estudiante supere la asignatura

A. ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS en la PRÁCTICA CLÍNICA (Anamnesis y examen del paciente)

Señale con una X EL NIVEL QUE, a su criterio, el estudiante ha alcanzado en las siguientes competencias durante su periodo de práctica tutelada en su centro con esta escala **CRECIENTE**:
Nunca/casi nunca (NU=0), **A menudo** (AM=0,3), **Casi Siempre** (CS=0,6) y **Siempre** (SI=1).

	0	0,3	0,6	1
Utiliza un lenguaje profesional adaptándolo al nivel de comprensión del paciente				
Es capaz de realizar una entrevista clínica fluida y orientada a la identificación del problema o problemas de salud				
Revisa los antecedentes del problema: exámenes previos, pruebas diagnósticas, test clínicos...				
Utiliza procedimientos e instrumentos de valoración de forma precisa				
Identifica las deficiencias principales del paciente en las funciones y estructuras corporales				
Identifica las principales limitaciones del paciente en el desempeño de actividades				
TOTAL	(Max. 6 puntos)			

⁷ El tutor debe ENVIAR este documento mediante CORREO ELECTRÓNICO AL COORDINADOR DE LA ASIGNATURA en el plazo de siete días hábiles tras la finalización de la estancia clínica.



B. RESUMEN DEL RENDIMIENTO DEL ALUMNO EN EL PERIODO DE FORMACIÓN CLÍNICA

CONTROL DE ASISTENCIA

FALTAS JUSTIFICADAS.. ¿Supera el 10%? (si/no).....

FALTAS SIN JUSTIFICAR ¿Supera el 10%? (si/no).....

CALIFICACIONES

	Puntuación máxima	Puntuación otorgada
a) PRÁCTICA CLÍNICA	6 puntos	
b) DIARIO REFLEXIVO CLÍNICO (se debe puntuar cada uno de los siguientes 4 criterios)	Cumplimentación completa* (1 pto)	
	Reflexión* (1 pto)	
	Identificación de dificultades* (1 pto)	
	Propuestas de mejora* (1 pto)	
PUNTUACIÓN TOTAL		

*Los criterios a utilizar para puntuar cada uno de los 4 aspectos son:

- CUMPLIMENTACIÓN COMPLETA: Cumplimentación de todos los apartados y subapartados para cada día.
- REFLEXIÓN: Aportación de reflexiones lógicas y coherentes al contexto clínico.
- IDENTIFICACIÓN DE DIFICULTADES: Identificación de dificultades adecuadas a su nivel de formación.
- PROPUESTAS DE MEJORA: Inclusión de propuestas de mejora factibles.

COMENTARIOS



Anexo 5b
INFORME DE EVALUACIÓN DEL ESTUDIANTE⁸
RESTO DE PERIODOS. PRÁCTICAS TUTELADAS

Nombre del estudiante

Centro

Tutor Clínico

Fecha de comienzo y finalización del periodo de prácticas

RESPONSABILIDAD DEL ESTUDIANTE*	SI	NO
Conoce y cumple la Normativa de Prácticas Tuteladas		
Ha sido puntual en la entrega de la documentación evaluable de la asignatura		
Ha cumplido con las fechas determinadas de su periodo de prácticas		
Ha sido puntual y cumplido con los horarios establecidos		
Ha utilizado la indumentaria profesional y su imagen personal es adecuada al contexto sanitario		
Ha respetado la normativa del centro: funcionamiento interno, seguridad y prevención de riesgos laborales		
Ha guardado confidencialidad y secreto profesional		
Se ha relacionado con los pacientes con dignidad y respeto		

*Es necesario que se verifique el cumplimiento de todos los ítems de esta tabla para que el estudiante supere la asignatura

A. ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS

Señale con una X EL NIVEL QUE, a su criterio, el estudiante ha alcanzado en las siguientes competencias durante su periodo de práctica tutelada en su centro.

Con esta escala CRECIENTE: **Nunca/casi nunca** (NU=0), **A menudo** (AM=0,2), **Casi Siempre** (CS=0,4) y **Siempre** (SI=0,5).

1. En relación a la seguridad en las prácticas, el estudiante....	0	0,2	0,4	0,5
Atendió a los pacientes de una forma segura y sin ponerlos en riesgo				
Solicitó ayuda de forma apropiada y cuando fue necesario				
Demostró conocer las contraindicaciones y precauciones para el tratamiento				
2. En relación a las habilidades interpersonales, el estudiante....	0	0,2	0,4	0,5
Utilizó un lenguaje profesional adaptándolo al nivel de comprensión del paciente				
Empezó a establecer relaciones eficaces con pacientes, familiares y profesionales				
Utilizó una comunicación no verbal adecuada				

⁸ El tutor debe ENVIAR este documento mediante CORREO ELECTRÓNICO AL COORDINADOR DE LA ASIGNATURA en el plazo de siete días hábiles tras la finalización de la estancia clínica.



DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

3. En relación al conocimiento y habilidad en el proceso de atención en Fisioterapia, el estudiante fue capaz de...	0	0,2	0,4	0,5
Realizó el examen de los pacientes asignados				
Identificó los principales problemas a abordar de los pacientes asignados				
Propuso soluciones profesionales a los problemas identificados				
Evaluó resultados o cambios en el progreso de los pacientes				
Manejó adecuadamente los sistemas de registro				
4. En relación a las habilidades de gestión del tiempo, el estudiante...	0	0,2	0,4	0,5
Organizó el tiempo eficazmente y acorde a las tareas encomendadas				
TOTAL	(Max. 6 puntos)			

B. RESUMEN DEL RENDIMIENTO DEL ALUMNO EN PERIODO DE FORMACIÓN CLÍNICA

CONTROL DE ASISTENCIA

FALTAS JUSTIFICADAS.. ¿Supera el 10%? (si/no).....
 FALTAS SIN JUSTIFICAR ¿Supera el 10%? (si/no).....

CALIFICACIONES

	Puntuación máxima	Puntuación otorgada
a) COMPETENCIAS profesionales (la puntuación es el sumatorio del apartado A)	6 puntos	
b) Documentación del REGISTRO DE FISIOTERAPIA de un caso (se debe puntuar cada uno de los siguientes 3 criterios)	Exhaustividad* (1 pto)	
	Precisión* (1 pto)	
	Presentación* (1 pto)	
c) SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO de pacientes	1 punto	

*Los criterios a utilizar para puntuar cada uno de los 3 aspectos están en el Manual y son:

- EXHAUSTIVIDAD de la información registrada: presencia de información, y en cantidad adecuada, en todos los apartados y subapartados que sea pertinente.
- PRECISIÓN de la información registrada: en las valoraciones, en las medidas objetivas y subjetivas de los exámenes del paciente, en evaluaciones, pronóstico, planificación, seguimiento y alta, si procede.
- PRESENTACIÓN de la información registrada: orden y claridad, uso de terminología adecuada con la profesión

COMENTARIOS



Anexo 6
DIARIO REFLEXIVO CLÍNICO

DÍA 1. FECHA: ____ / ____ / ____	
¿Qué actividades he realizado hoy?	¿Qué competencias he practicado hoy?
¿Qué dificultades he tenido?	¿Cómo puedo mejorar?

DÍA X. FECHA: ____ / ____ / ____	
¿Qué actividades he realizado hoy?	¿Qué competencias he practicado hoy?
¿Qué dificultades he tenido?	¿Cómo puedo mejorar?



Anexo 7
REGISTRO SEMANAL DE ACTIVIDADES

SEMANA	SÍNTESIS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS	OBSERVACIONES (del tutor y/o alumno)
1 ^a		
2 ^a		
3 ^a		
4 ^a		

Firma del Alumno

V^oB^a Tutor del centro de trabajo



Anexo 8
REGISTRO DE FISIOTERAPIA
(Encuentro inicial)

1. DATOS PERSONALES

Nombre (pseudónimo) del paciente:

Edad:

Diagnóstico (médico) de consulta (si se dispone):

Centro

Nombre del fisioterapeuta responsable:

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente/cuidador (tache lo que no proceda) conoce: i) el motivo docente y clínico de realizarle un examen y seguimiento exhaustivo de su estado de salud durante la estancia del estudiante en el centro, ii) que la información facilitada será confidencial y no será usada para otros motivos, iii) que el presente documento será destruido una vez finalicen los plazos legales de evaluación.

El paciente ha expresado su consentimiento de forma verbal a que le realice el examen, tratamiento y seguimiento en los términos que figuran en el presente documento

Fecha:

Firma y nombre del tutor

3. EXAMEN



3. EXAMEN (continuación)



4. EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN



(Anotaciones de encuentros posteriores)

FECHA	(TIPO DE ANOTACIÓN) Y CONTENIDO



Anexo 9

HOJA DE SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO

1. DATOS PERSONALES

Nombre (pseudónimo) del paciente:

Edad:

Diagnóstico (médico) de consulta (si se dispone):

Centro

Nombre del fisioterapeuta responsable:

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente/cuidador (tache lo que no proceda) conoce: i) el motivo docente y clínico de realizarle un seguimiento terapéutico exhaustivo durante la estancia del estudiante en el centro, ii) que la información facilitada será confidencial y no será usada para otros motivos, iii) que el presente documento será destruido una vez finalicen los plazos legales de evaluación.

El paciente ha expresado su consentimiento de forma verbal a que le realice el examen y seguimiento en los términos que figuran en el presente documento

Fecha:

Firma y nombre del tutor

FECHA	(CONTENIDO)



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

FECHA	(CONTENIDO



Anexo 10

EJEMPLO DE DIARIO REFLEXIVO CLÍNICO

DÍA 1. FECHA: ____ / ____ / ____	
¿Qué actividades he realizado hoy?	¿Qué competencias he practicado hoy?
Presentación ante mi tutor, recorrido por las instalaciones del centro, presentación ante algunos pacientes, aplicación de ultrasonidos a un paciente con contractura de trapecio, movilización de rodilla a una paciente con artroplastia del ligamento cruzado anterior, entrevista clínica de una paciente con dolor lumbar.	De comunicación con mi tutor, pacientes y algunos familiares, habilidades clínicas de tratamiento con ondas mecánicas y terapia manual, asistencia en las transferencias de un paciente. En la entrevista, cumplimentar de forma sistemática una Historia Clínica.
¿Qué dificultades he tenido?	¿Cómo puedo mejorar?
Dudas iniciales en el manejo del equipo de ultrasonidos y dificultad para mantener una conversación fluida, orientada al problema de salud del paciente, durante la entrevista clínica.	Tengo que repasar las recomendaciones en la dosificación de ultrasonidos y tengo que familiarizarme con el modelo de historia clínica del centro donde realizo las prácticas. He pedido un modelo vacío para repasarlo en casa. Diálogo con mi tutor mi sensación de inseguridad en el diálogo con el paciente durante la entrevista clínica para conocer su impresión y aportaciones.

DÍA 2. FECHA: ____ / ____ / ____	
¿Qué actividades he realizado hoy?	¿Qué competencias he practicado hoy?
He realizado la entrevista a un paciente pendiente de trasplante pulmonar que acude por primera vez bajo la supervisión de mi tutor y siguiendo sus instrucciones previas. He revisado los informes médicos y prueba de imagen que adjuntaba el paciente.	He confirmado la estructura de la entrevista clínica. He practicado habilidades de comunicación con el paciente. He interpretado imágenes (TAC) y pruebas funcionales de valoración (espirometría).
¿Qué dificultades he tenido?	¿Cómo puedo mejorar?
Dificultad en la comprensión de terminología de los informes médicos. Desconocimiento de algunas pruebas funcionales de valoración. Falta de habilidad para hacer un registro escrito a la vez que entrevisto al paciente.	Repasando lo aprendido sobre fisioterapia respiratoria. Revisión de otros informes de espirometría y de los valores normativos. Búsqueda del significado de los términos que no comprendo. Contrastar con mi tutor la información encontrada.



Anexo 11
EJEMPLO DE REGISTRO DE FISIOTERAPIA

REGISTRO DE FISIOTERAPIA (Encuentro inicial)

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos del paciente: Josefa Belda Martínez

Edad: 62

Diagnóstico (médico) de consulta (si se dispone): Fractura de húmero derecho

Centro: Clínica X de Fisioterapia **Nombre del fisioterapeuta responsable:** Antonio Pérez

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente/cuidador (tache lo que no proceda) conoce: i) el motivo docente y clínico de realizarle un examen y seguimiento exhaustivo de su estado de salud durante mi estancia en el centro, ii) que la información facilitada será confidencial y no será usada para otros motivos, iii) que el presente documento será destruido una vez finalicen los plazos legales de evaluación.

El paciente ha expresado su consentimiento de forma verbal a que le realice el examen, tratamiento y seguimiento en los términos que figuran en el presente documento

Fecha:

Firma y nombre del tutor

3. EXAMEN

1.-FACTORES PERSONALES

Aspectos demográficos: Mujer de 67 años. Profesora jubilada

Antecedentes evolutivos y/o familiares de interés: Es diestra. Sin antecedentes familiares de interés.

2.-FACTORES AMBIENTALES

Entorno social y ambiental: Vive en un dúplex con su marido. Tiene dos hijos que viven cerca de su casa y que pueden darle asistencia

Equipamientos de asistencia: Ha usado un cabestrillo desde que tuvo la fractura. En su domicilio no tiene equipamientos de apoyo específicos.



3. EXAMEN (continuación)

3.-CONDICIONES DE SALUD

Comienzo e intervenciones previas de la condición actual: La paciente se hizo la fractura hace 4 semanas cuando cayó de una silla mientras intentaba cambiar una bombilla. Fue intervenida quirúrgicamente de urgencias, se le implantó un clavo e inmovilizó mediante un cabestrillo. La radiografía muestra que la fractura fue en espiral.

Otros antecedentes médicos y quirúrgicos de interés: Sin antecedentes remarcables. Tuvo una histerectomía hace 15 años.

Hábitos de salud y percepción del estado: No ha sido fumadora. Antes de la fractura andaba diariamente y jugaba al tenis de vez en cuando. La percepción de su salud actual es buena

4.-ESTRUCTURAS Y FUNCIONES CORPORALES

Principales dolencias/quejas del paciente: Dolor con los movimientos del hombro y dificultad en realizar actividades de autocuidado.

Cribaje de los sistemas corporales:

- Cardiovascular: Frecuencia cardiaca: 88 ppm ; Presión arterial: 128/88 mmHg; Frecuencia respiratoria: 10 rpm
- Piel: la incisión de la piel está curada, pero la cicatriz está aún inmadura
- Musculoesquelético: Mide ... y pesaMantiene el Miembro Superior derecho sujeto mediante un cabestrillo. El rango de movimiento activo del hombro y codo derechos están disminuidos, mientras que son normales los de muñeca y mano. También son normales los movimientos cervicales.
- Neuromuscular: Anda sin dificultad en el centro. La sensibilidad táctil grosera está intacta.
- Se comunica sin dificultad.

Pruebas y medidas:

- Circulación: reflujo capilar intacto
- Herida: cicatriz inmadura de la piel, seca pero hipersensible al tacto
- Rendimiento muscular (fuerza):
 - o 5/5 en toda la musculatura del Miembro Superior izquierdo;
 - o no aplicable en lado derecho por proximidad a intervención
- Dolor: 2/10 en el reposo actual aunque ha llegado a ser de 6/10 en las últimas 24 h
- Rango de movimiento:
 - o MSuperior derecho (Pasivo)l:
 - Hombro: Flexión 95°; Abduc 90°; Rot Ext 90; Rot Int 70
 - Codo: Flexión 140°; Ext: 0°



3. EXAMEN (continuación)

5.-ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN

Capacidades y realización de actividades:

- En el instrumento DASH, alcanza una puntuación de 84/100 (se adjunta cuestionario)
- Requiere asistencia con actividades de autocuidado tales como higiene, vestirse y bañarse

Participación en actividades relevantes:

- Incapaz de completar tareas de gestión del hogar, conducir, trabajar, o participar en actividades recreacionales que hacía anteriormente (tenis, caminar largas distancias).



4. EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN

1.-EVALUACIÓN

La paciente está en su cuarta semana tras una cirugía abierta para fijación interna del húmero de su brazo dominante (dcho). Las limitaciones de movimientos impuestas por el cirujano para facilitar la curación de la fractura han provocado que actualmente tenga limitados rangos de movimiento, incapacidad para usar el miembro superior en actividades de autocuidado, vida doméstica y desplazamientos en coche.

Son necesarios los servicios de Fisioterapia para movilizar el hombro y codo derechos, sin interrumpir el proceso de curación de la fractura.

2.-DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO (listado de problemas)

- Deficiencias:
 - o Reducción del rango de movimiento en codo y hombro derechos
 - o Reducción de la fuerza en el miembro superior derecho
 - o Cicatriz adherida
 - o Dolor
- Actividades limitadas y restricciones en la participación:
 - o La puntuación en el DASH (84/100) indica un 84% de discapacidad
 - o Requiere asistencia para actividades de autocuidado, domésticas, trabajo y recreativas

3.-PRONÓSTICO

La paciente tiene buen apoyo social, está motivada y tiene potencial para volver a su estilo de vida normal y alcanzar dentro de 8 semanas las siguientes metas:

- a) Rango activo de los movimientos del MSuperior dcho con el 90-100% del rango del izquierdo.
- b) Fuerza muscular de la musculatura del miembro superior derecho de 4/5 a 4+/5
- c) Cicatriz no adherida
- d) Dolor 0/10
- e) Puntuación del Dash menor a un 25%
- f) Independiente en todas las actividades de autocuidado y domésticas
- g) Volverá a conducir su coche

4.-PLAN ASISTENCIAL

La paciente será tratada como paciente externa con una frecuencia de 2-3 veces/semana durante 8 semanas. Inicialmente será tratada mediante ejercicios terapéuticos y otras modalidades específicas para mejorar el rango de movimientos, el dolor y la formación de la cicatriz. La paciente también será instruida en un programa de ejercicios domiciliarios (PED) que deber realizar 2 veces/día.

El tratamiento encaminado a mejorar las actividades funcionales y la fuerza serán iniciadas cuando el cirujano revise la reparación de la fractura e indique que hay suficiente garantía para abordarlas.



Anexo 12

EJEMPLO DE REGISTRO DE ENCUENTROS POSTERIORES

(aplicado a otro caso clínico)

FECHA	(TIPO DE ANOTACIÓN) Y CONTENIDO
5/12	<p>No presenta efectos adversos desde último tto. Dolor (6/10 en la situación que más duele, y 0/10 en la que menos). El dolor aún se incrementa con agarres forzados, uso del ordenador, uso de herramientas de mano. Informa cumplimiento del Programa de ejercicios domiciliarios (PED.)</p> <p>Punto doloroso a la palpación en el origen de musc. extensores de muñeca. <u>ROMa</u>: -10/140° en codo izquierdo;</p> <p>Paciente nota ligeras mejoras desde la última visita. Ningún cambio más.</p>
...
15/1	<p>Dolor (3/10 en la situación que más duele, y 0/10 en la que menos). El dolor aún se incrementa con agarres forzados, uso del ordenador y uso de herramientas de mano. Ya no tiene dolor constante durante actividades laborales. Su percepción de su función física global es de un 90%.</p> <p>La meta del paciente ahora es volver a su previo nivel de actividad y ganar todo el RMa.</p> <p>Punto doloroso a la palpación en el origen de musc. extensores de muñeca. <u>ROMa</u>: -5/145° en codo izquierdo con mínimo dolor al final del rango;</p> <p><u>Fuerza</u>: musc. extensores y supinadores (Izquierdo) están a 4+/5 y dolor sólo con la extensión; sin dolor al realizar el pinzamiento;</p> <p><u>Auto-informe de capacidad funcional</u>: Escala DASH 13/100.</p> <p><u>Tto hoy</u>: 1) estiramiento de los extensores de muñeca, masaje de fricción transversa sobre tendón, fortalecimiento excéntrico de extensores y supinadores; Tiempo total de examen (30') y de tto (30').</p>
...
12/01	<p>Informe de alta:</p> <p>Dolor actual es 0/10 y ocasionalmente va a 2/10 en la situación que más duele que es usando herramientas manuales. No duele con actividades normales domésticas, laborales ni recreativas. Niega tener actividades limitadas. La percepción de su función física global es de un 85%. Informa que puede realizar su PED y que estiramientos le ayudaron.</p> <p>Dolor: sin punto doloroso a la palpación. <u>ROMa</u>: -0/145° en codo izquierdo;</p> <p><u>Fuerza</u>: musc. extensores y supinadores (Izquierdo) están a 5/5 y sin dolor; sin dolor al realizar el pinzamiento: Dcho=100, 110, 110; Izq=98, 105, 100 u.</p> <p><u>Auto-informe de capacidad funcional</u>: DASH 8/100.</p> <p>La paciente ha tenido una buena evolución en el ROMa, fuerza, pinzamiento y ha llegado a valores normales. También ha reducido su dolor (90-100%) y ha mejorado su capacidad durante las actividades diarias (DASH pasó de 28 a 8/100).</p> <p>Seguir con el PED. El paciente está de acuerdo con el plan.</p> <p>Profesional:</p>