

FISIOTERAPIA
EN
ATENCIÓN PRIMARIA
DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Comisión de At. Primaria
Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid
C/ Doctor Esquerdo, 55 1º E-F
28007 Madrid
Tel. (91) 504 55 85
Fax. (91) 504 22 02

INDICE

	<u>Pág.</u>
Justificación	1
Introducción	2
Capítulo 1	
○ Acceso del usuario a la Unidad de Fisioterapia	3
I. Proceso de Captación y Derivación	4
1. Valoración.....	3
2. Información Previa	3
3. Soporte físico de la derivación. Datos mínimos a registrar	3
II. Citación	5
III. Cuadro Esquema	6
Capítulo 2	
○ Atención Fisioterápica al usuario en las U. de Fisioterapia de At. Primaria..	7
I. Primera consulta de Fisioterapia	
1. Descripción básica	8
2. Pertinencia	8
3. Objetivos	8
4. Sistema de Registro	9
5. Desarrollo y Tiempo estimado de primera consulta	9
6. Explotación de la información	9
II. Sesión de Fisioterapia	

Sesión de Eps	10
Sesión de Tratamiento	11
	<u>Pág.</u>
III. Final de asistencia	12
IV. Devolución de la información. Otros sistemas de registro	13
V. Cuadro esquema	
Unidad de Fisioterapia de Atención Primaria.....	14
Capítulo 3	
○ Planificación de las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria	15
I. Organización temporal	16
II. Organización espacial	16
III. Estimaciones de tiempos de tratamiento	16
IV. Consideraciones sobre la cartera de servicios	16
Consideraciones finales	18
Bibliografía	19

	<u>Pág.</u>
ANEXOS	
ANEXO I	
Cartera de Servicios de At. Primaria	21
ANEXO II	
Cartera de Servicios de At. Especializada	23
ANEXO III	
Consideraciones sobre tipo de atención fisioterápica que se prestará al paciente	25
ANEXO IV	
Hoja de Fisioterapia	27
ANEXO V	
Resumen de Actividad Mensual de Fisioterapia	29

FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

JUSTIFICACIÓN

Desde que, a mediados de los ochenta, se implantaron las primeras Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid, tal disciplina se ha desarrollado bajo el amparo de una regulación específica para este ámbito (circular 4/91), pero sin un modelo definitivo que permitiese al profesional tener una identidad propia. Como Unidades de Apoyo, los fisioterapeutas comenzarán su andadura en los Centros de Salud, dentro de un marco de actuación claro, ambicioso, complejo, con nuevas funciones como la atención domiciliaria, la docencia, el trabajo interdisciplinar, las labores comunitarias; sumado todo ello a la realización de tratamientos protocolizados. La escasez de recursos humanos y la ausencia mencionada de unas líneas de actuación propias harán que tal riqueza de modalidades de atención resulte difícilmente abordable para estas Unidades de Apoyo. Por otro lado, la tradición de la profesión en el ámbito hospitalario y la demanda de una población no preparada para el autocuidado serán factores nada despreciables que influirán negativamente en la situación.

En este contexto, la Fisioterapia en Atención Primaria crecerá con dificultad y de forma heterogénea, brindando finalmente una imagen confusa de la misma, cuestionada por algunos, ignorada por otros, desconocida para la mayoría.

A lo largo de todos estos años ha sido la comunicación directa entre los miembros de los Equipos de Atención Primaria y los fisioterapeutas el principal motor de cambio de la situación descrita. También la elaboración de algunos documentos aislados ha contribuido sin duda a construir una mínima estructura organizativa.

Pero se hace necesario seguir avanzando en este sentido: la homogeneización de los protocolos de actuación y registro, la definición de cartera de servicios, el consenso sobre los criterios de derivación a las Unidades de Fisioterapia y el mensaje que la población escuchará desde el sistema sanitario sobre la Fisioterapia en la Atención Primaria madrileña es hoy todavía un reto.

Sirva este breve documento como primer paso hacia su superación.

INTRODUCCIÓN

El siguiente documento es una sencilla guía en la que se ha tratado de recoger la esencia de la Fisioterapia en Atención Primaria en lo que a su labor específica dentro de los EAPs se refiere.

Es fruto de un consenso entre profesionales de diferentes áreas de la Comunidad de Madrid. Este aspecto tiene el interés de que, salvo excepciones, parece que la estructura funcional diseñada sería plenamente válida en cualquiera de las Unidades de Fisioterapia madrileñas.

El contenido se presenta de forma ordenada en tres capítulos. Los dos primeros describen el proceso de atención cronológicamente, es decir, partiendo del momento en que el paciente es captado y pasando por las diferentes etapas en que consiste la atención fisioterapéutica en Atención Primaria. El tercer y último capítulo trata de aspectos organizativos generales.

Como todo manual o guía, el texto se presta a revisiones, sugerencias y modificaciones; porque una estructura estable es aquella con capacidad de modificarse y adaptarse a las situaciones.

CAPÍTULO 1

ACCESO DEL USUARIO A LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA.

En este primer apartado se refleja cómo se produce el primer contacto del paciente con el sistema sanitario a través de la Atención Primaria, y mediante qué vías todo aquel individuo susceptible de atención fisioterápica accede a la misma.

I. PROCESO DE CAPTACIÓN Y DERIVACIÓN.

1. VALORACIÓN
2. INFORMACIÓN PREVIA
3. SOPORTE FÍSICO DE LA DERIVACION. DATOS MÍNIMOS A REGISTRAR

II. CITACIÓN.

III. CUADRO ESQUEMA.

I. PROCESO DE CAPTACIÓN Y DERIVACIÓN

1. VALORACIÓN. (Cartera de Servicios)

En primer lugar, el Médico de Familia realiza la valoración diagnóstica del motivo de consulta del paciente.

- Si el problema detectado es susceptible de ser atendido con fisioterapia y se halla comprendido dentro de la cartera de servicios de Atención Primaria (**Anexo I**), se procederá a la derivación a la Unidad de Fisioterapia correspondiente.
- Si el proceso pertenece a la Cartera de Servicios de Atención Especializada, (**Anexo II**) el Médico de Familia delegará en este nivel, desde donde se asumirá la responsabilidad de la atención del proceso.

*Es preciso aclarar que el hecho de derivar al paciente a la Unidad no conlleva un tratamiento con técnicas específicas de fisioterapia. Tampoco la derivación a Atención Especializada conlleva necesariamente un tratamiento.

2. INFORMACIÓN PREVIA. (Criterios de atención al paciente)

Una vez tomada la decisión de efectuar la derivación, sería conveniente que el Médico de Familia aclarase al paciente que va a ser atendido por otro profesional y que éste le va a ayudar en el problema de salud que ha sido motivo de consulta, pero que el tipo de atención a recibir dependerá de ciertos factores a valorar por el fisioterapeuta (en el caso de la Atención Primaria).

En este sentido, los criterios básicos de atención en las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria (**Anexo III**) deberían ser conocidos por el facultativo para poder dar una orientación más clara al paciente sobre lo que éste puede esperar de la actuación del fisioterapeuta.

3. SOPORTE FÍSICO DE LA DERIVACIÓN. DATOS MÍNIMOS A REGISTRAR.

La derivación se realizará a través de hojas de parte interconsulta (P.I.C.), en caso de no disponer de sistema informático.

Los datos mínimos a registrar que son necesarios para la consulta de fisioterapia son:

- Nombre y apellidos del paciente
- Edad
- Nº de Hª de Familia
- Diagnóstico
- Motivo de consulta (valoración diagnóstica, valoración de tratamiento u otras estrategias como Eps, actividades deportivas, ergonomía...etc.)
- Antecedentes clínicos
- Posibles contraindicaciones para tratamiento (procesos infecciosos, cardiopatías, etc.)
- Fecha de la derivación
- Pruebas diagnósticas

II. CITACIÓN

El paciente acudirá con el volante de la derivación a la Unidad Administrativa correspondiente para solicitar cita con el fisioterapeuta. Será la Unidad Administrativa la que informe sobre la fecha de la primera sesión con el fisioterapeuta, que se destinará a valoración y consulta.

Otras formas de citación son posibles según acuerdos entre los miembros de los EAPs.

Convendría establecer una agenda, más o menos homogénea, para todo el ámbito de la CM, al menos, donde se marcasen unos rangos recomendados sobre el número medio de pacientes nuevos que las Unidades deberían atender cada semana. Una vez más, sería preciso aclarar que no todos los pacientes nuevos que se valoren en la consulta de fisioterapia recibirán necesariamente un tratamiento específico. Las agendas podrían diferenciar los diferentes tipos de atención.

III. CUADRO ESQUEMA

POBLACIÓN



MÉDICO DE FAMILIA O PEDIATRA

- Valoración (cartera de servicios.- Anexos I y II)
- Información (criterios de atención fisioterápica-Anexo III)
- Derivación



Citación



SERVICIO DE REHABILITACIÓN

ATENCIÓN ESPECIALIZADA



UNIDAD DE FISIOTERAPIA

FISIOTERAPEUTA
ATENCIÓN PRIMARIA

I. PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA

1. DESCRIPCIÓN BÁSICA

La siguiente descripción del proceso de consulta de fisioterapia en Atención Primaria procede de la regulación legal que trata la ordenación de actividades del Fisioterapeuta de Área en Atención Primaria: La CIRCULAR 4/91

En el apartado de “ACTIVIDADES” incluidas en esta circular se plasman en el punto 10.3, aquellas que hacen referencia a la primera toma de contacto del fisioterapeuta con el paciente:

“10.3. – El fisioterapeuta deberá aplicar los métodos y técnicas fisioterápicas tendentes a conseguir los objetivos propuestos para cada caso clínico debiendo realizar una primera visita programada al paciente que le permita obtener una valoración funcional del mismo. En esta primera actuación se abrirá la historia de fisioterapia al paciente, que además de la valoración funcional, deberá recoger todos los aspectos relativos a la aplicación de tratamientos y evolución del paciente”.

El proceso anteriormente descrito se puede denominar “primera consulta de fisioterapia”, como primer paso en la atención del profesional al paciente.

2. PERTINENCIA

El interés de la primera consulta de fisioterapia viene dado porque será esa valoración inicial la que marque las decisiones que el fisioterapeuta ha de tomar en cuanto a la atención que se prestará al paciente, es decir, la pauta de actuación profesional, teniendo siempre en cuenta que el marco de la misma es el nivel de Atención Primaria y que debe existir una adecuada coordinación entre nuestra labor y la del Médico de Familia y personal de Enfermería.

3. OBJETIVOS

Los objetivos de la primera consulta de Fisioterapia son:

- Conocer de forma completa el caso que ha sido motivo de derivación a la Unidad de Fisioterapia.
- Elaborar un sistema de registro donde se reflejen todos los datos necesarios para poder tomar las decisiones oportunas sobre el tipo de intervención a realizar en el paciente atendido.
- Decidir el proceso de atención que se va a prestar al paciente desde la Unidad de Fisioterapia.

Dependiendo de la fase en que se halle el proceso, las posibilidades y limitaciones tanto del paciente como del profesional, se marcará una actuación basada en la promoción, prevención y/o tratamiento, no siendo excluyentes unas pautas respecto a otras. (Anexo III)

CAPÍTULO 2

ATENCIÓN FISIOTERÁPICA AL USUARIO EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Una vez derivado a la Unidad de Fisioterapia de Atención Primaria correspondiente, el paciente será recibido por el fisioterapeuta quien, tras una consulta de valoración y recogida de datos, acordará con el paciente unos objetivos y las pautas a seguir para el logro de los mismos. Tales tareas se desarrollarán a través de las sesiones de Fisioterapia.

- I. PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA.
- II. SESIÓN DE FISIOTERAPIA.
- III. FINAL DE ASISTENCIA FISIOTERÁPICA Y ATENCIÓN CONTINUADA.
- IV. DEVOLUCIÓN DE LA INFORMACIÓN. OTROS SISTEMAS DE REGISTRO.
- V. CUADRO ESQUEMA.

4. SISTEMA DE REGISTRO

La información recabada en esta primera consulta ha de ser registrada por el fisioterapeuta a través de un sistema de registro manual o informático.

*Se denomina de forma genérica “Historia de Fisioterapia” al soporte donde se toman los datos de esta primera consulta, así como los de evolución del paciente, actividades realizadas en el proceso de atención al usuario, alta de fisioterapia, fechas de revisiones, observaciones... etc. (Anexo IV)

5. DESARROLLO Y TIEMPO ESTIMADO DE PRIMERA CONSULTA

A lo largo de la consulta se realizará, por parte del fisioterapeuta, una anamnesis, exploración y definición de los objetivos a seguir, así como pautas de actuación.

El tiempo aproximado de una primera consulta de fisioterapia puede determinarse en una media de 20 minutos por paciente. Lógicamente esta cifra es orientativa. En todo caso, debe considerarse un tiempo mínimo de 15 minutos.

6. EXPLOTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Como Personal de Apoyo del Equipo de Atención Primaria, el fisioterapeuta plasmará en la Historia de Familia del paciente aquellos datos de su primera consulta que considere necesarios, o que le sean requeridos por el resto de los profesionales responsables del paciente, (Médico de Familia, Enfermero, otros). Nos referimos a valoración sobre síntomas y/o signos, valoración de consejos ergonómicos, recomendaciones sobre actividad laboral y ocio, valoración sobre procesos de IT, etc.

II. SESIÓN DE FISIOTERAPIA

El título de este apartado pretende subrayar que el concepto de “sesión” es más amplio de lo que a priori se puede pensar.

Aclaremos a continuación qué tipo de “sesiones” o, lo que es lo mismo, qué tipo de atención fisioterápica se puede prestar desde la Atención Primaria.

Tras la primera consulta, el fisioterapeuta habrá tomado una decisión en cuanto a pautas de actuación. La versatilidad que caracteriza el trabajo de Fisioterapia en Atención Primaria permite que el paciente pueda ser visto en la unidad una única vez, o varias, espaciadas según necesidad del caso, disponibilidad del servicio o complicaciones que puedan aparecer.

Los objetivos y actividades prioritarias de tales sesiones se presentan a continuación divididos en dos grandes bloques:

- SESION DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (Promoción y prevención)
- SESION DE TRATAMIENTO (Protocolos)

SESIÓN DE EPS

La actuación del fisioterapeuta, como agente de educación para la salud, se desarrolla ya desde las consultas en la que el profesional, tras haber valorado la situación:

- Se interesa por ciertos hábitos del paciente, buscando su influencia en el problema motivo de derivación a la Unidad.
- Trata de inducir al mismo a la modificación de aquellas actividades incorrectas y perjudiciales
- Informa sobre el interés en la adquisición de nuevos y favorables hábitos.

El fisioterapeuta no sólo debe asesorar, sino inducir al cambio y debe aportar a la población estrategias para que estos cambios se produzcan.

La sencillez y eficacia de los efectos que sobre la salud producen las destrezas adquiridas por la población atendida (autocuidado, higiene postural, etc.), son motivos suficientemente sólidos como para brindar a la Educación para la Salud y la Prevención la prioridad que merecen.

Las patologías específicas que son atendidas en las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria necesitan de este tipo de atención por ser problemas de salud producidos por patologías crónicas o con riesgo de cronificarse. En fases no agudas, se requerirá el seguimiento del proceso por parte del fisioterapeuta y la colaboración del paciente en lo concerniente al autocuidado.

Los profesionales sanitarios del EAP están capacitados para llevar a cabo de forma coordinada esta labor, evitando así los tratamientos farmacológicos innecesarios y la aplicación de técnicas, más o menos sofisticadas, indicadas para otras fases de la patología.

En este apartado sobre prevención y promoción tendrían cabida la promoción en grupos y la atención comunitaria. Las diferencias entre la atención individual y la grupal estribarían en cierta especificidad de los contenidos y metodología para cada modalidad.

En todo caso, la elección de una metodología u otra debe dejarse en manos de los responsables de la misma (miembros del EAP).

* ATENCIÓN DOMICILIARIA.

La asistencia a domicilio suele tener como objetivo prioritario la EpS.

Según los recursos humanos disponibles, puede abordarse desde la educación a los cuidadores primarios y recomendaciones al paciente, hasta un tratamiento específico con objetivos concretos de funcionalidad y alivio de los síntomas.

SESIÓN DE TRATAMIENTO

Si la patología atendida se halla en fase aguda y el paciente presenta limitaciones funcionales con repercusión laboral y personal (AVD), el fisioterapeuta valorará las técnicas de tratamiento a aplicar, así como el número de sesiones, según los protocolos establecidos.

Estos protocolos no se interpretan de forma dogmática en ningún caso. El número de sesiones y metodología a seguir pueden verse modificadas según la situación específica.

Además, las características propias del trabajo con técnicas fisioterápicas permiten obtener una información adecuada y en tiempo real sobre la evolución y estado del problema de salud que se está atendiendo, de manera que parece razonable la adaptación del protocolo a cada caso.

La atención domiciliaria también puede ser llevada a cabo desde el punto de vista asistencial, como ya hemos dicho en la sección anterior.

*ASISTENCIA PROTOCOLIZADA.

Las patologías abordadas seguirán las recomendaciones de los protocolos específicos y guías clínicas disponibles en las Áreas de Salud (sería deseable que fuesen las mismas en todas ellas).

Los aspectos básicos que los documentos deberían reseñar serían:

Nº de sesiones

Duración de las sesiones

Técnicas y/o estrategias a emplear

Revisiones, control periódico, etc.

III. FINAL DE ASISTENCIA FISIOTERÁPICA Y ATENCIÓN CONTINUADA

Transcurrida/s la/s sesión/es pertinente/s, el fisioterapeuta decidirá el “Alta de Fisioterapia”, es decir, el momento en que la atención prestada ha cumplido su objetivo, dentro de los márgenes previstos según los protocolos.

Antes de abandonar la Unidad, el paciente deberá haber recibido consejos de autocuidado y recomendaciones sobre actividades convenientes o no para su problema.

A partir de este momento se hace especialmente interesante la coordinación entre los miembros del EAP para garantizar el seguimiento por parte del paciente de todas las pautas preventivas que evitarán las recidivas y mejorarán su calidad de vida.

Las consultas de los médicos de familia y enfermeros son buenas ocasiones para reforzar el autocuidado aprendido en la Unidad de Fisioterapia.

Por ello, la comunicación interdisciplinar es la clave del éxito.

Este esquema de seguimiento multidisciplinar debería estar protocolizado para poder ser evaluado. Si no se lleva a cabo un seguimiento ordenado sobre la forma de vivir la enfermedad de aquellos de quienes el EAP se está ocupando (como sucede en casos como la diabetes o la hipertensión arterial) el motivo de consulta a fisioterapia no desaparecerá, incluso requerirá cada vez mayor asistencia.

*REVISIONES. El fisioterapeuta y el médico de familia, así como el personal de enfermería, pueden establecer revisiones de control según el programa o protocolo que se esté siguiendo y el criterio de ambos profesionales.

*DERIVACIÓN A ATENCIÓN ESPECIALIZADA. Es posible también que el final de la asistencia desde el nivel de Atención Primaria se produzca por una complicación o agravamiento de la lesión o problema a tratar, y que desde Atención Primaria se requiera la colaboración de Atención Especializada. El Médico de Familia y el fisioterapeuta deben establecer este circuito (mediado por el Médico de Familia) si ello se hace necesario.

IV. DEVOLUCIÓN DE LA INFORMACIÓN. OTROS SISTEMAS DE REGISTRO.

En el mismo soporte físico en que el médico de familia reflejó su derivación, el fisioterapeuta devolverá la información sobre el proceso de asistencia que ha realizado con el paciente. Los datos mínimos a registrar deberían ser:

Fecha de alta
Fecha de inicio de las sesiones
Actuaciones seguidas (tratamiento, enseñanza de ejercicios, etc.)
Valoración final
Observaciones
Pautas básicas de EpS y recomendaciones dadas al paciente.

Esta información se entregará al paciente o bien se hará llegar directamente al profesional del EAP que haya enviado al paciente a la Unidad.

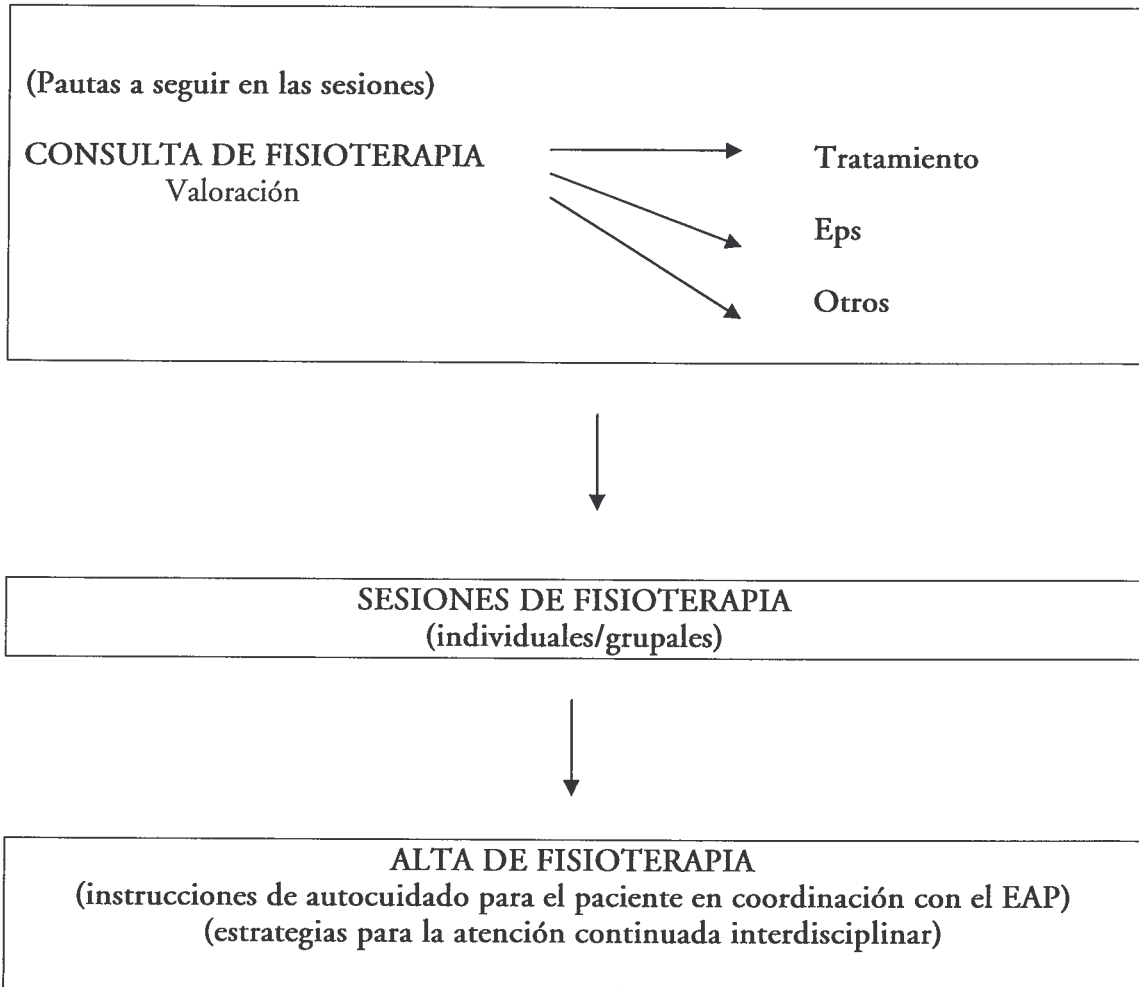
*En el caso de programas de salud específicos, la información se registrará según marque cada uno de ellos.

Estadística mensual.

Al final de cada mes, el fisioterapeuta realizará un registro de actividad que conlleva la recopilación de los datos básicos de actividad del fisioterapeuta al final de cada mes. (Anexo V).

V. CUADRO ESQUEMA

UNIDAD DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA



CAPITULO 3

PLANIFICACIÓN DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Se perfilan a continuación ciertos aspectos organizativos básicos, que son cruciales para la obtención de los resultados deseados.

- I. ORGANIZACIÓN TEMPORAL
- II. ORGANIZACIÓN ESPACIAL
- III. ESTIMACIONES DE TIEMPOS DE TRATAMIENTO.
- IV. CONSIDERACIONES SOBRE LA CARTERA DE SERVICIOS

I. ORGANIZACIÓN TEMPORAL

Por término general se estipula un 30% del tiempo dedicado a labor de prevención, promoción, y otras comunes a todos los profesionales del EAP de Atención Primaria (docencia, investigación, tareas administrativas de registro, etc.).

El resto del tiempo se contempla como necesario para el desempeño de la labor asistencial.

En Atención Primaria, previa puesta en marcha de los programas y subprogramas de salud, se realiza un análisis de situación y diagnóstico de salud de la población.

Parece razonable planificar la actividad del fisioterapeuta del EAP en torno al mismo análisis, estipulando las tareas a realizar que resultarán de mayor interés según la población y los problemas detectados.

De este modo, puede darse el caso de que en determinadas circunstancias el porcentaje destinado a promoción sea mayor que el destinado a asistencia, y viceversa.

II. ORGANIZACIÓN ESPACIAL

La dotación de las Unidades puede variar en virtud de la planificación. En todo caso, debería de existir un inventario básico de referencia.

III. ESTIMACIONES DE TIEMPOS DE TRATAMIENTO

A pesar de que cada paciente tiene sus peculiaridades, se estima, según los protocolos establecidos, un rango de sesiones de tratamiento con una duración media según consenso.

La labor de Eps no se halla protocolizada en este aspecto, y en la mayoría de los casos se adaptará a los programas de salud existentes o los proyectos específicos de cada Área.

IV. CONSIDERACIONES SOBRE LA CARTERA DE SERVICIOS

Existen multitud de procesos traumáticos no invalidantes susceptibles de ser atendidos en Atención Primaria, ya que el cometido de ésta es evitar el agravamiento y la necesidad que de ello derivaría de recurrir al nivel de Atención Especializada.

Actualmente, la dotación en recursos humanos y materiales en Atención Primaria se hace insuficiente para ampliar la cartera de servicios, incluso asumir la establecida en este documento.

Población, Médicos de Familia, resto del personal de los Equipos de Atención Primaria, así como el nivel de Atención Especializada y las gerencias respectivas de cada nivel deben

conocer las posibilidades y limitaciones de la Fisioterapia. El consenso de todos y la Educación para la Salud a la comunidad se hacen imprescindibles en el proceso de:

1. Respeto a la cartera de servicios viable y cumplimiento de la misma.
2. Mejora progresiva cuanti y cualitativa en el proceso de Atención Fisioterápica de Atención Primaria.

CONSIDERACIONES FINALES

Este documento recoge, como dijimos en su comienzo, una descripción de procesos organizativos básicos para nuestra profesión en un contexto concreto, la Atención Primaria.

Los fisioterapeutas que hemos participado en su elaboración entendemos que el texto forma parte de una estrategia mucho más amplia y compleja que la simple redacción y ordenación de ciertas ideas.

Se hace imprescindible la superación del mismo, su divulgación y, por supuesto, una aceptación de la filosofía de trabajo que su contenido refleja.

Los protocolos de actuación y las fórmulas de integración de la fisioterapia en los Programas de Salud ya existentes, así como los circuitos de coordinación con Atención Especializada, necesitan también un acuerdo común entre profesionales, gerencias y responsables últimos de la Sanidad madrileña. A todos ellos se dirige la propuesta con la que esta guía se cierra.

BIBLIOGRAFÍA

- “Guía de Fisioterapia en Atención Primaria” / Instituto Madrileño de la Salud / Área 1 - Atención Primaria. Madrid, 2005.
- “Proceso de rehabilitación ambulatoria en el área sanitaria 1: Propuestas de Mejora.” Informe ejecutivo. Unidad de evaluación de tecnologías sanitarias. Diciembre 2004. Agencia Laín Entralgo.
- “Programa de Atención Fisioterápica. Atención Primaria”. Áreas 2 y 5. Zaragoza, 1998.
- “Unidades de Fisioterapia” Documento 3. Insalud, Área 1 Madrid, 1996.

ANEXOS

ANEXO I (Tomado de: GUÍA DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA
Instituto Madrileño de la Salud. Área 1 - Atención Primaria. Madrid, 2005.

CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Grupo I: PATOLOGÍA APARATO LOCOMOTOR

I.1. NO TRAUMÁTICA

PATOLOGÍA REUMÁTICA:

REUMATISMOS DEGENERATIVOS

- ARTROSIS

PATOLOGÍA RAQUÍDEA:

- ALGIAS VERTEBRALES (sin compromiso neurológico clínico).
- HERNIAS DISCALES/PROLAPSO/ESTENOSIS CANAL/CIÁTICA sin compromiso neurológico clínico y sin intervención quirúrgica previa.

PATOLOGÍA ÓSEA Y TRASTORNOS DEL CARTÍLAGO:

- OSTEOPOROSIS
- CONDROMALACIA.

TRASTORNOS DEL MÚSCULO O FASCIA:

- MIOSITIS, FASCITIS NO NECROTIZANTE
 - ATROFIA MUSCULAR POR DESUSO
 - SÍNDROME DE INMOVILIDAD PROLONGADA
- * NO SE ATENDERÁ: la artrogriposis, ni la fascitis necrotizante, ni la rotura muscular

TENDINOENTESOPATÍAS/BURSITIS/SINOVITIS no intervenidas quirúrgicamente y aquellas que no requieran cirugía.

SÍNDROMES DEL HOMBRO:

- SÍNDROME MANGUITO DE LOS ROTADORES
 - TENDINITIS
 - BURSITIS/SINOVITIS
 - PERIARTRITIS
 - FIBROSITIS ESCAPULOHUMERAL
 - CALCIFICACIONES TENDINOSAS
- * NO SE ATENDERÁ: el hombro congelado

SÍNDROMES RELACIONADOS CON LA COLUMNA CERVICAL:

- CERVICALGIA
- CERVICOARTROSIS
- TORTÍCOLIS
- SÍNDROME CERVICO-BRAQUIAL

*NO SE ATENDERÁN: los síndromes posquirúrgicos ni los síndromes SECUNDARIOS A ACCIDENTES DE TRÁFICO.

ARTRALGIAS INESPECÍFICAS Y POLIALGIAS: NO SE ATENDERÁ LA FIBROMIALGIA

I.2. TRAUMÁTICA.

ESGUINCES PRIMER GRADO tobillo/rodilla/muñeca

MENISCOPATÍAS/LIGAMENTOS CRUZADOS NO SUBSIDIARIOS DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

VII. PATOLOGÍA INFANTIL:

ACTITUD CIFÓTICA Y ESCOLIÓTICA.

ANEXO II

CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA Grupo I

I.1.PATOLOGÍA NO TRAUMÁTICA

PATOLOGÍA INTERVENIDA OSTEOARTICULAR Y DE PARTES BLANDAS

PATOLOGÍA REUMÁTICA:

- REUMATISMOS INFLAMATORIOS/CONECTIVOPATÍAS
- ALGONEURODISTROFIA O SÍNDROME DOLOR REGIONAL COMPLEJO

PATOLOGÍA RAQUÍDEA:

- ALGIAS VERTEBRALES CON COMPROMISO NEUROLÓGICO CLÍNICO
- HERNIAS DISCALES/PROLAPSO/ESTENOSIS CANAL/CIÁTICA con compromiso neurológico clínico o que hayan sido intervenidas.

PATOLOGÍA ÓSEA Y TRASTORNOS DEL CARTÍLAGO:

- OSTEOCONDROMPATÍAS/OSTEONECROSIS/OSTEODISTROFIAS

TRASTORNOS DEL MÚSCULO Y FASCIA:

- ARTROGRIPOSIS/ ROTURA MUSCULAR

TENDINOENTESOPATÍAS/BURSITIS/SINOVITIS que requieran cirugía.

SÍNDROMES DEL HOMBRO:

- CAPSULITIS (hombro congelado). Síndromes del hombro posquirúrgicos.

I.2.PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

PATOLOGÍAS TRAUMÁTICAS EN GENERAL Y PATOLOGÍAS ORIGINADAS POR ACCIDENTES DE TRÁFICO.

- ESGUINCES (EXCEPTO LOS DE PRIMER GRADO)
- MENISGOPATÍAS/LIGAMENTOS CRUZADOS DE RODILLA (SUBSIDIARIOS DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y LOS POSQUIRÚRGICOS.
- LUXACIONES
- FRACTURAS
- HERIDAS, QUEMADURAS, CICATRICES

Grupo II: PATOLOGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO

Grupo III: PATOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN, LENGUAJE, HABLA Y VOZ Y TRASTORNOS MIOFUNCIONALES OROFACIALES. (IPR)

Grupo IV: AMPUTACIONES Y REIMPLANTES

Grupo V: PATOLOGÍA RESPIRATORIA

Grupo VI: PATOLOGÍA CARDIOCIRCULATORIA

- PATOLOGÍA CARDIACA (IPQM)

- LINFEDEMA Y TRASTORNOS CANALES LINFÁTICOS
- ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA

Grupo VII PATOLOGÍA INFANTIL

- DEFORMACIONES COLUMNA VERTEBRAL CIFOSIS/ESCOLIOSIS
- DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DE LOS MIEMBROS
- ENF. NEUROLÓGICAS: RETRASO PSICOMOTOR/PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL
- TORTÍCOLIS CONGÉNITO
- OTRAS PATOLOGÍAS INFANTILES

ANEXO III (Tomado de: GUÍA DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA Instituto Madrileño de la Salud. Área 1 - Atención Primaria. Madrid, 2005)

CONSIDERACIONES SOBRE TIPO DE ATENCIÓN fisioterápica QUE SE PRESTARÁ AL PACIENTE.

DERIVACIÓN GENERAL:

¿Qué pacientes pueden ser derivados por el Médico de Familia a su Unidad de Fisioterapia de A.P. correspondiente?

Se podrá derivar a las unidades de fisioterapia de atención primaria a todo paciente cuyo problema de salud se halle en la cartera de servicios de Fisioterapia en Atención Primaria.

ABORDAJE DEL PACIENTE:

¿Cómo se atiende al paciente una vez derivado a la Unidad de Fisioterapia de Atención Primaria?

Una vez derivado a la Unidad de Fisioterapia de Atención Primaria y valorado por el fisioterapeuta, el paciente puede ser:

- TRATADO CON TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA

¿Qué pacientes recibirán tratamiento?

Se propone el empleo de criterios de funcionalidad para aplicar tratamiento con técnicas específicas de fisioterapia:

Así, se aplicará tratamiento al paciente cuya funcionalidad esté limitada en tal grado que suponga una restricción importante para las AVD básicas (actividad laboral, autonomía, higiene personal...) y que sea susceptible de mejora con las técnicas de fisioterapia que pueden desarrollarse en el ámbito de la Atención Primaria.

(Siempre que su patología esté incluida en la Cartera de Servicios de A.P.).

*(El tratamiento será completado con técnicas de autocuidado, como ejercicios a realizar en el domicilio, normas de higiene postural, asesoramiento en la realización de las diversas AVD...)

– ATENDIDO A TRAVÉS DE METODOLOGÍA DE EpS

(Asesoramiento específico para su problema de salud pero sin llevarse a cabo tratamiento de fisioterapia).

¿Qué pacientes serán atendidos a través de Eps, sin recibir tratamiento específico en Atención Primaria?

Aquellos que cumplan, al menos una, de las siguientes características:

- Paciente que ha recibido tratamiento de fisioterapia a lo largo del año y cuya limitación funcional **no es suficiente como para volver a ser tratado por el mismo proceso.**
- Paciente cuya patología crónica no cumpla los requisitos indicados para ser tratado, pero sí pueda verse favorecido por **actividades preventivas** indicadas por el fisioterapeuta (esguinces crónicos, artrosis...).
- Paciente que requiera algún tipo de consejo de salud relacionado con la **actividad física, la ergonomía y el autocuidado.**
- Poliartralgias susceptibles de **mejoría con ejercicio físico.**
- Paciente cuya patología no esté incluida en la Cartera de Servicios de A.P., pero pueda ser susceptible de mejora con actividades y/o consejos del fisioterapeuta. (Estos casos serán excepcionales, y previo acuerdo entre el médico de familia y fisioterapeuta).

ANEXO IV

HOJA DE FISIOTERAPIA

EAP _____ N° H° _____ Dr. _____ Fecha de consulta _____

APELLIDOS _____ NOMBRE _____

TELÉFONO _____ EDAD _____ PROFESION _____

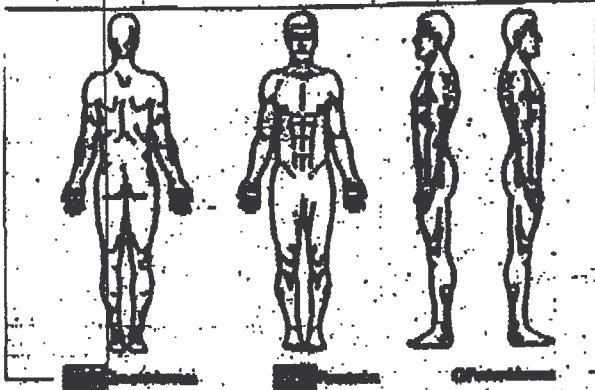
SITUACIÓN LABORAL: (Activo, No trabaja, Jubilado, Invalidez, IT) _____

MOTIVO DE DERIVACIÓN (Diagnóstico probable): _____

FECHA DE LA DERIVACIÓN _____ CARÁCTER: Normal o preferente _____

FECHA _____ ANAMNESIS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS _____

VALORACIÓN FUNCIONAL: (Descripción subjetiva del proceso, localización del dolor, exploración física, palpación, alteraciones físicas, valoración articular y muscular, esquema postural)



0	5	10
Fecha		
Fecha		

ESCALA ANALÓGICA DE DOLOR

Repercusiones funcionales: (AVD, laboral, ocio) _____

SITUACIÓN PSICOSOCIAL _____

DIAGNÓSTICO FISIOTERÁPICO _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

PLAN TERAPEUTICO

1.- OBJETIVOS FISIOTERAPICOS

.....

2.- TRATAMIENTO

2.1.- TÉCNICAS FISIOTERAPICAS: CINESITERAPIA, MANUALES, ETC. (Especificar técnica aplicada, lugar de aplicación, etc)

Fecha	Técnica	Sesiones Previstas	Sesiones Realizadas	Observaciones
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2.2.- TERMOTERAPIA / ELECTROTERAPIA (Especificar técnica aplicada, lugar de aplicación, etc)

Fecha	Técnica	Sesiones Previstas	Sesiones Realizadas	Observaciones
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2.3.- EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL

Fecha	Proyecto	Sesiones Previstas	Sesiones Realizadas	Observaciones
.....
.....
.....

ALTA: Mejoría/fin de tratamiento Voluntaria Por incomparecencia Otras

FECHA DE ALTA

VALORACIÓN FINAL (Resultados obtenidos; pautas recomendadas, etc)

.....

NECESIDAD DE REVISION FECHA APROXIMADA

FECHA NOTAS SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL PROCESO

.....

