

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE
FISIOTERAPEUTAS



COLEGIO PROFESIONAL

FISIOTERAPEUTAS
DE CASTILLA
Y LEÓN

DOCUMENTO MARCO PARA EL REDISEÑO DE LA FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Diciembre 2007

Han intervenido en la revisión y actualización de este documento:

M. Montserrat Inglés Novell. Coordinadora Nacional de la Sección de Atención Primaria y Salud Comunitaria de la Asociación Española de Fisioterapeutas.

M^a Dolores Luengo Plazas. Coordinadora de Atención Primaria del Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla y León.

Francesc Medina i Mirapeix.

M^a Reyes Pérez Fernández.

Concha Sanz Rubio.

M^a Eugenia Sánchez Llanos.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todas aquellas personas que han colaborado de manera desinteresada en la elaboración del documento, en la estructura y valoración exterior y global, en el diseño, y en los puntos de la corrección propia. A todos ellos muchas gracias.

M. Montserrat Inglés Novell

Coordinadora Nacional de la Sección de Atención Primaria y Salud Comunitaria de la Asociación Española de Fisioterapeutas.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. CONTENIDOS DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE FISIOTERAPIA (SEGÚN RD 1030/2006).	6
2.1. Prevención de trastornos musculoesqueléticos.....	7
2.2. Tratamientos fisioterapéuticos para el control de síntomas y mejora funcional en procesos crónicos musculoesqueléticos.....	9
2.3. Recuperación de procesos agudos musculoesqueléticos leves.....	10
2.4. Tratamientos Fisioterapéuticos en trastornos neurológicos.	11
2.5. Fisioterapia respiratoria.	12
2.6. Orientación/formación Sanitaria al paciente o cuidador/a, en su caso.	13
3. ELEMENTOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE LA CARTERA DE FISIOTERAPIA.	14
3.1. Perspectiva general	14
3.2. Aportaciones al rediseño de servicios y el marco legislativo.....	16
3.2.1. En relación con la prestación de los servicios	16
<i>Servicios preventivos de fisioterapia.</i>	16
<i>Servicios de tratamiento de fisioterapia.</i>	16
3.2.2. En relación con el lugar de prestación de los servicios.	17
3.2.3. En relación con la derivación y acceso.....	17
3.2.4. En relación con los estándares de práctica profesional.	18
3.2.5. En relación con la documentación clínica.	19
3.2.6. En relación con la relación con otros miembros del equipo.....	19
3.2.7. En relación con la relación con las actividades de gestión, docentes, de formación e investigación.....	19
3.2.8. En relación con los sistemas de información.....	19
3.3. Recursos necesarios.....	20
3.3.1. Dotación de personal.	20
3.3.2. Instalaciones y equipamientos.	20
4. BIBLIOGRAFÍA.....	21
Anexo I. Clasificación de las actividades de la fisioterapia en atención primaria.	23

1. INTRODUCCIÓN

La Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad que actualmente regula la política sanitaria del estado español recoge el establecimiento de un sistema de atención primaria. La ley, en su artículo 63, determina que “la zona básica de salud es el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los Centros de Salud” y señala el enfoque de la atención, la forma de trabajo, los objetivos y los componentes de los centros de salud. Así, dice “Los **centros de salud** desarrollarán de forma integrada y mediante el trabajo en equipo todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva de la zona básica; a cuyo efecto, **serán dotados de los medios personales y materiales que sean precisos** para el cumplimiento de dicha función”.

A finales de los años 80, se inició la dotación de recursos de fisioterapia a los centros de salud. Tan sólo pocos años más tarde, se establece la circular del INSALUD, 4/91 de 25 de abril de 1991, por medio de la cual **la fisioterapia queda integrada en atención primaria** desde un punto de vista normativo. Esta normativa opta por integrar a los fisioterapeutas como profesionales de apoyo a uno o varios centros de salud, y recoge las instrucciones que regulan los cometidos y funciones de estos profesionales.

En el 2001 se inician las transferencias de Sanidad en las Comunidades Autónomas que no habían sido transferidas con anterioridad, quedando actualmente tan solo Ceuta y Melilla bajo la gestión de INSALUD. En este proceso de transferencias muchas comunidades autónomas optaron inicialmente por dar continuidad al modelo Insalud de regulación de la fisioterapia asumiendo informalmente la referida normativa. En la actualidad, **la regulación de la fisioterapia** en atención primaria sigue siendo una **asignatura pendiente** para la mayoría de las comunidades autónomas.

El Ministerio de Sanidad y Consumo estableció en el año 2006 la cartera de servicios básicos de la fisioterapia en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la **cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud** y el procedimiento para su actualización. Éste decreto comprende, entre otras muchas, las actividades de fisioterapia encaminadas a la educación, prevención y rehabilitación que son susceptibles de realizarse en el ámbito de atención primaria, en régimen ambulatorio, previa indicación médica y **de acuerdo con los programas de cada servicio de salud**, incluyendo la asistencia domiciliaria si se considera necesaria por circunstancias clínicas o por limitaciones en la accesibilidad. Así, **incluye:**

2.1.Prevencción del desarrollo o de la progresión de trastornos musculoesqueléticos.

- 2.2.Tratamientos fisioterapéuticos para el control de síntomas y mejora funcional en procesos crónicos musculoesqueléticos.
- 2.3.Recuperación de procesos agudos musculoesqueléticos leves.
- 2.4.Tratamientos fisioterapéuticos en trastornos neurológicos.
- 2.5.Fisioterapia respiratoria.
- 2.6. Orientación/formación sanitaria al paciente o cuidador/a, en su caso.

Actualmente, la fisioterapia en atención primaria dista en la mayoría de los centros de salud de cubrir todos los servicios propuestos. Para llegar a satisfacerlos es pues **necesario un proceso de rediseño** de los servicios de fisioterapia y de su relación con los equipos de atención primaria.

Desde la Asociación Española de Fisioterapeutas, consideramos que la experiencia acumulada respecto a la fisioterapia por parte de los equipos de atención primaria, gestores y fisioterapeutas, debe permitir un adecuado rediseño. Sin embargo, también consideramos necesario que ésta se debe apoyar en **documentos marco de referencia conceptual y profesional**. Es por ello que se ha elaborado el presente documento que **incluye**:

- Una **propuesta de los contenidos** de la cartera de servicios de fisioterapia definida por el RD 1030/2006.
- Una **relación genérica de los elementos necesarios** para su desarrollo para su consideración global por parte de planificadores y profesionales sanitarios de la atención primaria.
- Una propuesta de **normas que permitan** a los planificadores y profesionales un **rediseño de los procesos y recursos actuales** que sea capaz de posibilitar que la comunidad tenga un acceso equitativo a la cartera de servicios propuesta.

2. CONTENIDOS DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE FISIOTERAPIA (SEGÚN RD 1030/2006).

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, en el artículo 7, especifica el tipo de prestación que puede ofrecer el fisioterapeuta. Dice: corresponde a los Diplomados universitarios en Fisioterapia la prestación de los cuidados propios de su disciplina, a través de tratamientos con medios y agentes físicos, dirigidos a la recuperación y rehabilitación de personas con **disfunciones** o **discapacidades** somáticas, así como a la prevención de las mismas.

Según la OMS, la discapacidad es un **término** genérico que se refiere a aspectos negativos del funcionamiento en: i) las funciones o estructuras corporales (nivel corporal), ii) las actividades (nivel individual) o iii) la participación del individuo en situaciones vitales (nivel social). A continuación se detalla cómo se denominan respectivamente estos aspectos negativos y su concepto.

- *Deficiencias*: problemas en las funciones corporales o en las estructuras corporales.
- *Limitaciones en la actividad*: dificultades que una persona puede tener en la realización de una tarea o acción.
- *Restricciones en la participación*: problemas que puede experimentar una persona para implicarse en situaciones vitales.

De acuerdo con la Ley 44/2003 la intervención de la fisioterapia en los servicios estipulados en el RD 1030/2006 **deben ser enfocadas desde la perspectiva del funcionamiento y la discapacidad**, y no desde la perspectiva de la enfermedad que habitualmente se considera solo en atención primaria. Esta diferente perspectiva de atención a la salud determina que el objeto del tratamiento sea diferente. Por ejemplo, mientras que el médico diagnostica y atiende una gonartrosis, el fisioterapeuta diagnostica y atiende la limitación en la movilidad articular, la debilidad muscular, la alteración del patrón de marcha y la dificultad para poder realizar ciertas actividades.

A continuación se cita para cada uno de los servicios definidos en el RD 1030/2006 los grupos de pacientes que deben ser atendidos en atención primaria y los servicios mediante los cuales puede recibir dicha atención (mediante servicios incluidos en la cartera de servicios del equipo o servicios específicos en la cartera de fisioterapia). Adicionalmente, en primer lugar, se cita el enfoque general que puede tener la fisioterapia en cada servicio con el fin de aproximar a profesionales de los equipos la manera de proceder de los fisioterapeutas.

2.1. Prevención de trastornos musculoesqueléticos.

➤ ¿Cómo se enfoca desde la fisioterapia la prevención de trastornos musculoesqueléticos?

Los trastornos músculo-esqueléticos hacen referencia al nivel corporal. En términos de funcionamiento y discapacidad estos trastornos se denominan deficiencias. Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), las **deficiencias** funcionales a nivel del sistema musculoesquelético y relacionadas con el movimiento incluyen:

- Funciones de las articulaciones y los huesos (movilidad articular, estabilidad, ...)
- Funciones de los músculos (fuerza, tono, resistencia muscular, ...)
- Funciones de los movimientos (funciones reflejas, reacciones involuntarias, control de movimientos, funciones de los movimientos involuntarios, patrón de marcha, ...)

Según el informe técnico 668 de la OMS sobre la discapacidad, prevención y rehabilitación, existen tres **niveles de prevención** de la discapacidad:

a). Primer nivel: prevención primaria de la discapacidad. Este nivel se dirige a **reducir la aparición** de discapacidades mediante la intervención sobre factores de riesgo. Los **servicios** que pueden ofrecerse desde este nivel son servicios que promuevan la salud, el bienestar y el acondicionamiento físico; servicios que pueden también prevenir la enfermedad.

b). Segundo nivel: prevención secundaria de la discapacidad. Este nivel de intervención se produce cuando se ha producido la discapacidad. Se propone la atención precoz para limitar su **progresión** o la aparición de discapacidades **secundarias** que puedan evitarse.

Las discapacidades, sobre todo a nivel corporal, se pueden clasificar en primarias y secundarias. Las primarias son el resultado directo de una condición de salud. Las **secundarias** son secuelas o complicaciones que se originan en otros sistemas diferentes al que implica inicialmente la condición de salud. Pueden resultar de deficiencias iniciales o de otros aspectos como la falta de actividad, la falta de adherencia a las recomendaciones precoces, una atención precoz ineficaz o la carencia de atención.

c). Tercer nivel: prevención terciaria de la discapacidad. Este nivel de intervención se produce cuando la discapacidad está presente y las intervenciones pueden recuperar la proporción de discapacidad o alcanzar el funcionamiento máximo. Los servicios en este nivel pueden ser ambiguos con el tipo de tratamiento.

➤ ¿Quién puede ser incluido en este tipo de servicio?

Se pueden incluir grupos de riesgo susceptibles de una progresión en los trastornos

- Condiciones susceptibles de deterioro
 - Enfermedades metabólicas crónicas, tal como la diabetes, debido a que son susceptibles de desarrollar dolor y limitación en la movilidad del hombro.
 - Mujeres en periodo de menopausia, debido a que son susceptibles de incrementar la debilidad en la musculatura perineal y secundariamente problemas de incontinencia.
 - Niños escolares, debido a que son susceptibles de desalineaciones de la columna.

- Condiciones susceptibles de recuperación
 - Inmovilizaciones terapéuticas temporales, debido a que son susceptibles del desarrollo de limitaciones en movilidad, atrofia, etc.
 - Pacientes post-hospitalizados, debido a que son susceptibles de múltiples deficiencias secundarias en el sistema musculoesquelético y otros. Por ejemplo, en un paciente con accidente cerebrovascular, pueden derivarse por falta de una adecuada educación preventiva deficiencias tales como debilidad y atrofia por desuso, deficiencias en la movilidad articular, decrecimiento de las capacidades vitales, úlceras por decúbito, etc. También podría llegar a producir estados adversos de salud (cálculos renales, neumonías, etc.).

➤ ¿Con qué servicios se puede abordar?

- Mediante la inclusión en servicios de la cartera de servicios del equipo:
 - Servicio de atención a la a la diabetes.
 - Servicio de atención a la mujer climatérica.
 - Servicio de atención al niño.

- Mediante servicios específicos de la cartera de fisioterapia:
 - Atención domiciliaria precoz para la continuidad del paciente hospitalizado.
 - Atención precoz al paciente inmovilizado.

2.2. Tratamientos fisioterapéuticos para el control de síntomas y mejora funcional en procesos crónicos musculoesqueléticos.

- ¿Cómo se enfoca desde la fisioterapia el tratamiento fisioterapéutico de los procesos crónicos musculoesqueléticos?

Generalmente, el tratamiento de fisioterapia incluye intervenciones dirigidas a:

- la aplicación de procedimientos.
- la educación del paciente.

Según el papel preferente de un tipo u otro de intervención y el trabajo individual/grupo se han identificado tres tipos de enfoque terapéutico para atender los procesos crónicos músculo-esqueléticos tales como por ejemplo, el dolor cervical, lumbar, etc.

- i) un enfoque basado en intervenciones breves de 2 a 4 sesiones, esencialmente dirigidas a la educación del paciente.
- ii) un enfoque basado en intervenciones en grupo, esencialmente dirigidas a la educación del paciente.
- iii) un enfoque basado en un programa de sesiones terapéuticas orientado a la aplicación de procedimientos, pero que también proporciona la educación del paciente de forma integrada.

Con independencia del enfoque, en los procesos crónicos músculo-esqueléticos la educación del paciente se dirige a la participación del paciente tanto durante los periodos de exacerbación (para lograr su mejora funcional) como durante los periodos entre exacerbaciones (para el mantenimiento de las ganancias obtenidas durante el tratamiento y la prevención de recaídas).

- ¿Quién puede ser incluido en este tipo de servicio?

Se pueden incluir grupos de pacientes asociados a:

- Patologías osteoarticulares :
 - Artrosis idiopática localizada en miembros inferiores.
 - Artritis reumatoidea.
- Dolores vertebrales inespecíficos:
 - Cervicalgias.
 - Lumbalgias, etc.

- ¿Con qué servicios se puede abordar?

- Mediante servicios específicos de la cartera de fisioterapia:
 - Atención a pacientes con artrosis de miembro inferior.
 - Atención a pacientes con artritis reumatoide
 - Atención a pacientes con algias vertebrales.

2.3. Recuperación de procesos agudos musculoesqueléticos leves.

- ¿Cómo se enfoca desde la fisioterapia la recuperación de los procesos agudos musculoesqueléticos leves?

Al igual que para los trastornos crónicos la fisioterapia utiliza intervenciones dirigidas a la aplicación de procedimientos y la educación del paciente, si bien ésta última se limita a lograr la participación del paciente durante su tratamiento (no a la prevención recidivas). Ejemplos de actividades habituales en las que participa el paciente son: el reposo, la realización de ejercicios, la aplicación de frío o calor, el mantenimiento de posturas, etc.

La atención a los procesos leves se basa en la atención precoz tendente a limitar el tiempo de recuperación y evitar la aparición de secuelas.

- ¿Quién puede ser incluido en este tipo de servicio?

Se pueden incluir grupos de pacientes con:

- Traumatismos leves:
 - Esguinces leves de miembro inferior.
 - Fracturas simples.
- Patología microtraumática repetitiva:
 - Tendinitis.

- ¿Con qué servicios se puede abordar?

- Mediante servicios específicos de la cartera de fisioterapia:
 - Atención a pacientes con traumatología menor.

2.4. Tratamientos Fisioterapéuticos en trastornos neurológicos.

➤ ¿Cómo se enfoca desde la fisioterapia el tratamiento fisioterapéutico en los trastornos neurológicos?

El abordaje de este tipo de trastornos se enfoca desde dos perspectivas diferentes:

- la aplicación de procedimientos terapéuticos para la recuperación de la alteración del funcionamiento a nivel corporal asociado al trastorno neurológico.
- la educación del paciente dirigida al entrenamiento basado en tareas y la prevención de secundarias o complicaciones que se originan en otros sistemas diferentes al que implica inicialmente el trastorno neurológico.

➤ ¿Quién puede ser incluido en este tipo de servicio?

1. En el servicio dirigido bajo el enfoque de aplicación de procedimientos terapéuticos dirigidos a la recuperación del funcionamiento a nivel corporal, pueden ser incluidos:

- Paresias o parálisis de ramas periféricas.
- Radiculopatías por compromiso en raquis o musculatura paravertebral por contracturas, espondiloartrosis, hernias o protusiones discales y/o espondilolistesis grado I y II.

2. - En el servicio dirigido bajo el enfoque del entrenamiento basado en tareas y la prevención de secundarias, pueden ser incluidos:

- Secuelas de Ictus, enfermedad de Parkinson, Esclerosis Múltiple, ELA...,
- Secuelas de lesión medular, TCE u otras afecciones de SNC en fase crónica que no reciban atención fisioterápica en centros especializados.

➤ ¿Con qué servicios se puede abordar?

- Atención a pacientes con patología neurológica periférica aguda.
- Educación del paciente con patología neurológica central en estado crónico y estable.

2.5. Fisioterapia respiratoria.

➤ ¿Cómo se enfoca la fisioterapia respiratoria?

La fisioterapia respiratoria interviene en la atención a patología respiratoria mediante la aplicación de procedimientos encaminados a eliminar secreciones, corregir alteraciones del patrón respiratorio, mejorar la ventilación o reducir la fatiga y conseguir así aportar una mejor calidad de vida al paciente, reduciendo además tiempo y frecuencia de ingresos.

Para una adecuada fisioterapia respiratoria los fisioterapeutas realizan dos tipos de programas que son complementarios:

- programas de sesiones dirigidas a la educación del paciente tendentes a lograr un dominio adecuado de los procedimientos (para lograr eliminar secreciones, corregir alteraciones del patrón respiratorio, ...)
- programas de seguimiento dirigidos al control de diferentes aspectos: la adherencia a los procedimientos, la supervisión de su adecuada realización, el control de la evolución funcional, y la recomendación de nuevos procedimientos adecuados al estado de salud.

➤ ¿Quién puede ser incluido en este tipo de servicio?

- Pacientes diagnosticados de EPOC.
- Pacientes con déficit ventilatorio por patología restrictiva.
- Pacientes preoperatorios y postoperatorios, tras el ingreso, de cirugía torácica y abdominal.
- No fumador o en deshabituación tabáquica.

➤ ¿Con qué servicios se puede abordar?

- Mediante servicios específicos de la cartera de fisioterapia:
 - Atención a pacientes con epoc.
 - Otros.

2.6. Orientación/formación Sanitaria al paciente o cuidador/a, en su caso.

➤ ¿Cómo se enfoca desde la fisioterapia la orientación del paciente o cuidador/a?

La orientación y formación al paciente o cuidador/a de pacientes con discapacidades importantes y estables o enfermedades progresivas se enfoca como un servicio diferente al de la propia educación sanitaria del paciente que, como ya se ha visto, queda integrada en la mayoría de los servicios citados hasta el momento.

La orientación tiene como finalidad dar a conocer los recursos sociales existentes en la comunidad, y la formación tiene la finalidad proporcionar conocimientos y habilidades para su autocuidado durante el abordaje de de sus tareas.

La orientación y formación puede producirse en el centro, el domicilio del paciente o en servicios o centros de la comunidad.

➤ ¿Quién puede ser incluido en este tipo de servicio?

- Cuidadores de pacientes inmovilizados.
- Padres de niños con problemas neuromotrices en su desarrollo.
- Pacientes susceptibles de participar en grupos de autoayuda.

➤ ¿Con qué servicios se puede abordar?

- Servicio de atención y educación a cuidadores.
Este servicio puede ir dirigido al aprendizaje de las herramientas y conocimientos necesarios para desarrollar un plan de autocuidados durante las movilizaciones básicas, tratamiento postural y manejo general del paciente.
- Servicio de asesoramiento funcional al paciente y grupos de autoayuda.
Este servicio puede ir dirigido a facilitar el contacto entre nuevos paciente y grupos de autoayuda o recursos comunitarios, y a asesorar a grupos de autoayuda existentes en la comunidad.

3. ELEMENTOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE LA CARTERA DE FISIOTERAPIA.

3.1. Perspectiva general

El desarrollo de la cartera de servicios necesita elementos de apoyo desde el nivel de la macro, meso y microgestión.

- A NIVEL DE MACROGESTIÓN
- Adecuación de un **marco legislativo** que lo facilite.
- Articular planes para ofrecer una adecuada continuidad de la atención de fisioterapia entre los niveles de atención primaria y especializada, en ambos sentidos.
- Establecimiento de normas de **monitorización** de la implantación de la cartera de servicios.

- A NIVEL DE MESOGESTIÓN
- Integrar la perspectiva funcional de la salud para una **utilización más eficiente de los profesionales** de atención primaria en los servicios de fisioterapia.

Entre los servicios que ofrecen los equipos, son excepcionales los diseñados desde un enfoque funcional de la salud, tal como sí sucede en el caso del servicio la atención a inmovilizados. La mayoría de los servicios que ofrecen los Equipos de atención primaria a la comunidad van dirigidos a captar y controlar procesos de enfermedad en fases agudas o crónicas. La perspectiva de atención a las disfunciones se aparta de estos servicios aún a pesar de que algunos de estos procesos de enfermedad derivan en la aparición de trastornos músculo-esqueléticos.

Es necesario que integren un enfoque funcional de la salud que permita a los equipos entender el enfoque de la fisioterapia. Su atención puede posibilitar tanto una mayor integración de intervenciones de la fisioterapia en algunos de los servicios existentes como procesos de captación y derivación de pacientes a la cartera de servicios de fisioterapia más fluidos y equitativos que los que se ofrecen actualmente en muchos lugares.

- **Rediseñar los procesos de fisioterapia.**

I). Integrando una atención precoz de fisioterapia puntual y coordinada con la atención programada.

Muchos de los servicios de prevención de los trastornos músculo-esqueléticos así como los de recuperación de procesos agudos músculo-esqueléticos precisan de una atención precoz, la cual sólo es posible si se produce una adecuada captación y derivación por parte de algún otro miembro del equipo de atención primaria y si el acceso al fisioterapeuta no se ve dificultado por barreras organizativas tales como listas de espera, pasos administrativos, etc.

Consensos establecidos coinciden en que “el retraso la atención precoz de la fisioterapia es un compromiso para el manejo de la discapacidad”.

Estudios sobre los resultados de este retraso muestran mayores costes y peores resultados funcionales (p.ej. ratios de vuelta al trabajo). Por el contrario, la atención temprana es asociada con menor severidad al inicio del tratamiento, menor número de complicaciones presentes, mejores resultados con el tratamiento y menores costes.

II). Integrando las visitas de seguimiento en los servicios de fisioterapia.

En el tratamiento de los procesos crónicos músculo-esqueléticos y neurológicos se ha señalado que el tratamiento actual se dirige hacia el mantenimiento de las mejoras logradas durante el periodo de tratamiento. Algunos investigadores han mostrado que los beneficios postratamiento decrecen con el tiempo, pero que sin embargo tales beneficios se podrían mantener por medio de citas de seguimiento.

III). Trasladando la evidencia científica a la práctica.

Para mejorar la traslación de la evidencia a la práctica y es necesaria la implantación y monitorización de guías de práctica clínica. Es previsible corregir prácticas tales como planes de tratamiento fisioterapéutico insuficientes, que trastornos para los que existe evidencia científica de la efectividad de la fisioterapia se queden sin atender, etc.

- **Adecuar en cada centro de salud los recursos humanos y materiales necesarios** para posibilitar una atención de calidad.

Los recursos humanos actuales manifiestan ser insuficientes para atender la cartera de servicios. Adicionalmente, algunos servicios tales como la fisioterapia respiratoria precisa material básico (pulsioxímetro, tapiz rodante regulable en carga, sistema de oxigenoterapia básico, etc.) que no está a menudo presente en las actuales unidades.

- A NIVEL DE MICROGESTIÓN

- **Potenciar la colaboración del paciente en su autocuidado.**

La mayoría de los servicios de prevención y tratamiento y mantenimiento de la discapacidad proponen actividades al paciente para su ayuda. Sin el logro de una colaboración activa del paciente no es posible un buen manejo del paciente.

3.2. Aportaciones al rediseño de servicios y el marco legislativo.

3.2.1. En relación con la prestación de los servicios

Servicios preventivos de fisioterapia.

El fisioterapeuta participará en actividades individuales o grupales encaminados a:

- a) Promover la salud y el bienestar, con actividades establecidas por los equipos de AP que se correspondan. Se considerarán de especial relevancia las actividades de educación sanitaria que el fisioterapeuta puede aportar en las áreas del niño, la mujer y el anciano. Cuando sea preciso realizar esta labor en el entorno social de los usuarios, deberá desplazarse fuera del centro sanitario.
- b) La prevención de deficiencias y limitaciones en la actividad de individuos con riesgo. Esta actuación se llevara a cabo por medio del desarrollo de actividades de atención precoz en el centro y/o domicilio, y de la participación del fisioterapeuta en servicios del equipo. En cualquier caso, la oferta de estos servicios deberá definir quien puede ser incluido, en que momento de su problema o condición de salud, y qué información se requiere.

Los fisioterapeutas participarán en los servicios de atención precoz preferentemente en aquellas condiciones de salud asociadas a disfunciones del movimiento o que requieran una inmediata continuidad de la atención tras su fase de hospitalización. La participación de los fisioterapeutas se realizará esencialmente a través de una o dos visitas en el centro o domicilio, la primera de las cuales deberá producirse dentro del plazo máximo de 10 días de su solicitud. Ambas visitas tendrán carácter valorativo y educativo. Así, incluirá el adiestramiento de aquellas recomendaciones que deban realizar el paciente y/o familia tendentes a mejorar el estado de salud o a prevenir el deterioro de sus capacidades y la aparición de discapacidades secundarias. A partir de cualquiera de las dos visitas, podrá estimarse necesario incluir al paciente en un servicio de tratamiento. En caso positivo, su inicio quedará condicionado al tiempo que condicione la lista de espera pertinente.

En el caso de que se realice atención domiciliaria para una atención precoz el fisioterapeuta realizará adicionalmente a las actividades de valoración y educación indicadas para cualquier servicio de atención precoz, la valoración sistemática de necesidades de adaptaciones ergonómicas y de necesidad de material de ayuda en objetos de uso diario. Asimismo, realizará adiestramiento de la familia o entorno respecto a la fisioterapia a aplicar al paciente y asesorará al resto de personal que lo atiende desde el punto de vista fisioterapéutico.

Servicios de tratamiento de fisioterapia.

Los fisioterapeutas participarán en los servicios de tratamientos fisioterapéuticos que oferte el equipo con el fin de restaurar la integridad de sistemas corporales, aumentar la función y reducir la discapacidad. Dado que las necesidades de atención más habituales serán funcionales, el manejo del paciente más frecuente en los servicios de tratamiento estará basado más en un modelo de ayuda al funcionamiento y de participación activa del paciente que en un modelo dirigido a medidas sintomáticas, que será más propio de fases agudas de algunas condiciones clínicas. De acuerdo a tal modelo, las intervenciones prioritarias serán la información y consejo, y los ejercicios de acondicionamiento, reeducación del movimiento y entrenamiento de actividades.

En función de las necesidades y/o la previsión de evolución del paciente, los servicios de tratamiento podrán ofrecer tres modalidades diferentes en el manejo: i) un enfoque basado en intervenciones breves de 2 a 4 sesiones, esencialmente dirigidas a la educación del paciente, ii) un enfoque basado en intervenciones en grupo, y iii) un enfoque basado en un programa de sesiones terapéuticas orientado a la educación y desarrollo del tratamiento. En cualquier caso, los tratamientos a desarrollar en estos servicios serán acordes con los incluidos en guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica asumidas por el equipo y/o los gestores del área de salud.

En el caso del servicio de tratamiento de procesos crónicos músculo-esqueléticos, se podrán establecer una o dos visitas de seguimiento con posterioridad al periodo de tratamiento inicial al objeto de prevenir recidivas.

3.2.2. En relación con el lugar de prestación de los servicios.

El fisioterapeuta desarrollará los servicios en el centro de salud, el domicilio del paciente y/o los servicios de la comunidad.

La actividad asistencial en el **centro** de salud se podrá realizar de forma individual o estableciendo grupos terapéuticos. La actividad en el centro podrá dirigirse a servicios preventivos, de tratamiento o de orientación educativa.

La actividad en el **domicilio** se realizará de forma individual e incluirá el adiestramiento en aquellas recomendaciones que deban realizar el paciente y/o la familia tendentes a mejorar el estado de salud o a prevenir el deterioro de sus capacidades y la aparición de discapacidades secundarias. Asimismo se realizarán la valoración sistemática de necesidades de adaptaciones ergonómicas y la necesidad de material de ayuda en objetos de uso diario.

La actividad en servicios de **la comunidad** será proporcionada mediante grupos y con un enfoque de promoción de la salud y prevención, dirigida a diferentes personas del municipio, como pueden ser: de edad avanzada y salud mental, entre otros.

El fisioterapeuta deberá destinar un 15-20% de su tiempo semanal a actividades domiciliarias y de participación en la comunidad, y un 70% a actividades en el centro de salud y el resto desglosado en el apartado 3.2.7.

3.2.3. En relación con la derivación y acceso.

Para tratamientos, la inclusión del paciente en un servicio de atención fisioterápica estará condicionada a la derivación pertinente del médico de familia o pediatra de AP. En el caso de actuaciones incluidas en la cartera de servicios del equipo, se asume que la derivación podrá producirse también desde otros miembros del equipo de AP.

La derivación de pacientes se realizará a través de una documentación en formato papel o digital que incluya: el diagnóstico médico, posibles condiciones de comorbilidad, resultados de pruebas complementarias realizadas y objetivos terapéuticos y /o educativos que se pretenden. El fisioterapeuta deberá contactar con el profesional que deriva en el caso en que la documentación sea insuficiente o inadecuada.

El fisioterapeuta deberá realizar una consulta dirigida a la valoración del paciente, al final de la misma deberá contactar con el profesional de AP que realizó la derivación en el caso que concurren factores contraindicados o discapacidades que no puedan ser resueltas en este nivel asistencial.

En caso que el fisioterapeuta considere la pertinencia de su intervención se establecerá, de acuerdo con el paciente, el plan de actuación y sus objetivos garantizando desde el inicio la implicación del paciente.

3.2.4. En relación con los estándares de práctica profesional.

Se asumen los estándares de valoración y tratamiento propuestos por la Confederación Mundial para la Fisioterapia de la Región Europea en el año 2002.

En la primera visita del paciente, siempre que se considere pertinente la derivación, el fisioterapeuta recogerá en la historia clínica información sobre:

1. La anamnesis y exploración física del paciente
1. La valoración de la información y el diagnóstico fisioterápico.
2. El plan de actuación previsto, que incluirá los objetivos previstos, las intervenciones previstas y, la frecuencia y duración previstas.
3. La medida de resultado seleccionada para evaluar, si procede, cambios en el estado de salud del paciente.

El plan de actuación inicial será formulado en base a la evidencia científica disponible en las guías de práctica clínica de referencia u otras fuentes, y de acuerdo con el paciente y el juicio clínico. Durante el período de tratamiento, el plan de actuación será evaluado para asegurar que es efectivo y revisado en caso negativo.

Una vez realizada la atención, el paciente será derivado al profesional que lo tramitó, en los casos de:

- i) Mejoría y consecución de objetivos.
- ii) Evolución tórpida o aparición de complicaciones.

La derivación deberá acompañarse de un informe que deberá incluirse también en la historia clínica del paciente y que incluirá al menos, fecha del informe, técnicas aplicadas y resultados alcanzados o complicaciones.

3.2.5. En relación con la documentación clínica.

Para facilitar el manejo del paciente y satisfacer requerimientos legales, cada paciente que reciba fisioterapia debe tener un registro que incluya información asociada con cada episodio de cuidado. Los registros serán conservados de acuerdo con la legislación vigente.

3.2.6. En relación con la relación con otros miembros del equipo.

Los servicios de fisioterapia estarán integrados en la cartera del centro de salud. Para facilitar la coordinación entre proveedores que posibilite una atención fisioterápica de calidad al paciente se establecerán acuerdos y/o protocolos. Deberá establecerse al menos un protocolo de acceso y alta.

Por otra parte, el fisioterapeuta orientará a otros miembros del equipo de Atención Primaria en aquellas actividades que estos puedan realizar para el mejor acceso a los servicios de fisioterapia.

3.2.7. En relación con la relación con las actividades de gestión, docentes, de formación e investigación.

El fisioterapeuta deberá destinar un 10-15% de su tiempo semanal a actividades de gestión, docencia, de formación e investigación.

Las actividades de gestión incluirán la elaboración de informes, los registros de actividad, reuniones con el equipo, control de material fungible y otras.

El fisioterapeuta participará como docente y discente en las sesiones de formación que se establezcan en el centro de salud. Igualmente, tendrá acceso también a todas las actividades docentes que se desarrollen en el área de salud que se relacionen con su profesión y se facilitará su asistencia a actividades científicas externas al área en la medida que lo permitan sus derechos laborales.

3.2.8. En relación con los sistemas de información.

Las actividades de gestión deberán permitir el mantenimiento de los sistemas de información que permitan elaborar informes sobre tipos y niveles de actividad y resultados que permitan la comparación con otros centros de salud y con sí mismo a lo largo del tiempo.

Los órganos de dirección del área seleccionarán, a través de una comisión en la que participen fisioterapeutas del área, la información que sea pertinente a incluir en los sistemas de información. A efectos de referencia, en el anexo I se incluye una Clasificación de actividades de la fisioterapia.

3.3. Recursos necesarios

3.3.1. Dotación de personal.

Dado que los índices de poblaciones son necesarios a efectos de planificación, se recomienda una razón de un fisioterapeuta cada 4000 habitantes en base a la experiencia acumulada y a estudios de análisis de demandas y capacidades. Este indicador puede ser ajustado a una ratio de 3.000 habitantes para las unidades rurales y de 5.000 a 8.000 para las urbanas. En cualquier caso, será necesario promover estudios que permitan analizar periódicamente las necesidades en cada área de salud.

La previsible demora de dotación de plazas de fisioterapeutas en los servicios de salud públicos, la necesidad de cubrir la cartera de servicios propuesta y la existencia de una red de profesionales de la fisioterapia en centros privados, se propone que, de forma transitoria y en tanto se alcance la plantilla horizonte necesaria en el sistema público, utilizar algunos de estos profesionales para el apoyo a la actividad de fisioterapia que desarrollan los equipos de AP. En cualquier caso, la pertinencia de esta opción está revisada cada dos años.

Los centros concertados para apoyar las actividades de fisioterapia de los equipos de AP deberán someterse a un proceso previo de acreditación. Este proceso deberá cumplir estándares de calidad organizativos, de calidad de la asistencia sanitaria y de las infraestructuras y equipamientos, además de los estándares de práctica profesional propuestos por la Confederación Mundial para la Fisioterapia de la Región Europea en el año 2002.

La coordinación de la actividad asistencial delegada a estos centros deberá ser gestionada por el coordinador del centro de salud y supervisada por el fisioterapeuta de la zona de salud.

3.3.2. Instalaciones y equipamientos.

La Unidad de Fisioterapia es la estructura física que posibilita el desarrollo de actividades de Fisioterapia en la Atención Primaria en el ámbito de la zona de salud. Es recomendable, para facilitar el acceso de los pacientes, tender a disponer de una unidad de fisioterapia por centro de salud. No obstante, en zonas muy próximas y con servicios públicos de transporte se podrá disponer omitir esta tendencia.

La estructura física de la Unidad de Fisioterapia debe considerar criterios de calidad desde tres puntos de vista: arquitectónico, de accesibilidad y de confortabilidad. Los equipamientos deberán respetar las previsiones del Real Decreto 414/1996 y considerar las necesidades específicas de cada zona de salud.

4. BIBLIOGRAFÍA.

Asociación Española de Fisioterapeutas. *Monográfico de Fisioterapia en Atención Primaria*. Fisioterapia. Vol. 19 Monográfico 1997.

Atlas de la Sanidad en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2003.

Boca FL., National Council on Compensation Insurance (NCCI) : *Making rehabilitation work*. December 1989 ; 4 (4) : 89-99.

Cartera de Servicios de Atención Primaria. Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Atención Primaria. Madrid, 2000. Fisioterapia. Servicio 400: Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos Pág. 141 – 143.

Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya Plan de Rehabilitación 2006.

Dereberg VJ., Tullis WH., *Delayed recovery in the patient with a work compensable injury*. J Occup Med 1983; 25(11):829-835.

European Region of World Confederation for Physical Therapy. European Core Standards of Physiotherapy Practice. May 2002.

Galvin DE., *Employer-based Disability Management and Rehabilitation Initiatives. A Rehabilitation Research Review*. NARC National Institute of Handicapped Research. Washington, DC, US Department of Education, 1986.

Inglés Novell MM., *IX Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Ponencias y Comunicaciones*. Murcia 9, 10 y 11 de noviembre de 2006. Asociación Española de Fisioterapeutas. Delegación de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Universidad de Murcia. Noviembre de 2006. Murcia. 1era. Edición. Gestión de la Unidad de Fisioterapia y Rehabilitación en el Ámbito de Gestión Tarragona – Reus y Terres de l'Ebre, según el modelo Catsalud. Pág. 27 – 39.

INSALUD. Atención Primaria, Áreas 2 y 5 de Zaragoza. Programa de Atención Fisioterápica. Zaragoza 1998.

INSALUD. *Subdirección General de Atención Primaria. Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2002.

Jefatura del Estado (BOE n. 128 de 29/5/2003). LEY 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Páginas: 20567-20588

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, ordenación de las profesiones sanitarias, artículo 7.

Medina F., Lomas R., Montilla J., Ferrer C., Lillo MC., Escolar P., *Costes de las diferentes vías de acceso de los médicos de Primaria a la Fisioterapia*. Centro de Salud. 2002; 10(3):172-179

Ministerio de Sanidad y Consumo (BOE n. 27 de 1/2/1984). Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud. Páginas: 2627-2629

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Libro Blanco de la Dependencia. Madrid, 23 Diciembre 2004.

Niemeyer LO., Jacobs K., Reynolds-Lynch et al. *Work hardening: past, present and future. The work programs special interest section, national work hardening outcome study*. Am J. Occup Ther 1994; 48: 327-339.

Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Madrid.: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 2001.

Pati G., *Economics of rehabilitation in the work place*. J. Rehabil 1985; 51(4):220-230.

Programa de Procesos Fisioterápicos. Atención Primaria de Castilla y León. 2004.

REAL DECRETO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Servicio Andaluz de Salud. *Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria. Guía de Procedimientos*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Octubre 2003.

ANEXO.

Anexo I. Clasificación de las actividades de la fisioterapia en atención primaria.

I. INVESTIGACIÓN

1.1. TIPOS:

- 1.1.1 Clínica.
- 1.1.2 Epidemiológica y social.
- 1.1.3 Operativa: organización de servicios.
- 1.1.4 Docencia.

1.2. FASES:

- 1.2.1 Planteamiento de la investigación.
 - 1.2.1.1 Identificación de problemas y priorización.
 - 1.2.1.2 Valoración del problema.
- 1.2.2 Planificación y diseño de la investigación.
 - 1.2.2.1 Formulación de objetivos e hipótesis.
 - 1.2.2.2 Planificación de los métodos.
- 1.2.3 Preparación para la recogida de datos.
 - 1.2.3.1 Ensayo o estudio piloto.
 - 1.2.3.2 Protocolo de investigación.
- 1.2.4 Recogida de datos.
- 1.2.5 Proceso y análisis de datos.
- 1.2.6 Interpretación de los resultados.
- 1.2.7 Preparación del informe de la investigación.
 - 1.2.7.1 Informe operativo.
 - 1.2.7.2 Informe científico.
- 1.2.8 Comunicación de la investigación:
 - 1.2.8.1 Publicación.
 - 1.2.8.2 Otras: congresos, jornadas, etc.

II. FORMACIÓN-DOCENCIA.

2.1. FORMACION CONTINUADA:

2.1.1 Métodos:

- 2.1.1.1 Interconsultas.
- 2.1.1.2 Tutorías.
- 2.1.1.3 Participación en talleres.
- 2.1.1.4 Rotaciones o estancias acreditadas en Centros de Salud Docentes.
- 2.1.1.5 Sesiones clínicas y bibliográficas.
- 2.1.1.6 Educación a distancia.

2.1.1.7 Cursos, congresos, conferencias, jornadas, reuniones científicas, simposium.

2.1.1.8 Autoaprendizaje: íntimamente ligado con la lectura de publicaciones.

2.2. DOCENCIA:

2.2.1 Tipo de Docencia:

2.2.1.1 Docencia Pregrado. 2.2.1.2 Docencia Postgrado.

2.2.1.3 Docencia en programa de Formación Continuada.

2.2.2 Población Diana:

2.2.2.1 Multidisciplinar.

2.2.2.2 Unidisciplinar:

2.2.2.2.1 Fisioterapia.

2.2.2.2.2 Medicina.

2.2.2.2.3 Enfermería.

2.2.2.2.4 Trabajador Social.

2.2.2.2.5 Otros.

2.2.3 Elaboración de programa de docencia.

III. PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD.

3.1. COMUNICACIÓN CON LA POBLACIÓN:

3.1.1 Realizar encuestas de satisfacción.

3.1.2 Desarrollo del Buzón de Sugerencias.

3.1.3 Recogida y/o solución de quejas y reclamaciones.

3.1.4 Cultura de orientación al usuario.

3.2. PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD:

3.2.1 Contactar con líderes, voluntarios, Asociaciones.

3.2.2 Relaciones con otros sectores sociales: ayuntamiento, educación, medio ambiente, etc.

3.2.3 Creación de grupos de apoyo.

3.2.4 Trabajo con agentes comunitarios de salud.

3.2.5 Participar en el consejo de salud.

IV. ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.

4.1. INTEGRACIÓN Y ORGANIZACIÓN INICIAL DE LA UNIDAD:

4.1.1 Integración de la unidad.

4.1.1.1 Contactos-reuniones de coordinación y presentación con:

4.1.1.1.1 Responsables de la administración.

4.1.1.1.2 El Equipo de Atención Primaria.

4.1.1.1.3 Restantes servicios sanitarios y sociales de la zona.

4.1.1.2 Participar como responsable de Fisioterapia en área, zona o centro.

4.1.1.3 Participar en grupos de trabajo del centro de salud.

4.1.1.4 Participar en la planificación y diseño de servicios, plantillas e instalaciones.

Espacio Físico:

- Consulta.
- Sala de espera.
- Vestuarios.
- Sala de Fisioterapia.

Relación con otros espacios.

Recursos materiales.

Recursos humanos: profesional/habitante y otros.

4.1.2 Organización del trabajo en la unidad.

4.1.2.1 Establecer cronogramas: fijación inicial de horarios.

4.1.2.2 Crear y poner en marcha sistemas de registro e historias clínicas.

4.1.2.3 Implantación de protocolos a usar:

4.1.2.3.1 Elegir protocolo.

4.1.2.3.2 Definir problema, objetivo y calendario de elaboración

4.1.2.3.3 Elaborar protocolo.

4.1.2.3.4 Discutir el protocolo.

4.1.2.3.5 Difusión e implantación.

4.1.2.4 Elaborar procedimientos y normas de funcionamiento interno.

4.2 PROCESOS ADMINISTRATIVOS EN LA UNIDAD:

4.2.1. Atención administrativa a la población.

4.2.1.1 Identificación del Usuario, Admisión, Información y Citación.

4.2.1.2 Uso del Carnet de Salud o de Consulta.

4.2.2 Documentación y Utilización del Sistema de Información:

4.2.2.1 Usar o cumplimentar la historia clínica.

4.2.2.2 Monitorizar actividad.

4.2.2.3 Petición de exámenes o informes complementarios.

4.2.2.4 Remitir y derivar a otros.

4.2.2.5 Realizar Informe del proceso fisioterápico.

4.2.2.6 Usar o cumplimentar registro de edad y sexo.

4.2.2.7 Usar o cumplimentar registro de actividad.

4.2.2.8 Usar o cumplimentar registro de morbilidad.

4.2.2.9 Usar o cumplimentar registro específico.

4.2.2.10 Codificar según sistemas de codificación.

4.2.2.11 Utilización de la informática para la información.

4.3. PARTICIPACIÓN EN LA PROGRAMACIÓN EN SALUD:

4.3.1 Elección de programas prioritarios. Fase estratégica o normativa de la programación.

4.3.1.1 Realización del examen preliminar.

4.3.1.2 Priorización de los problemas detectados.

4.3.1.3 Realización del diagnóstico comunitario.

4.3.2 Elaboración de programas. Fase estructural o de elaboración de la programación.

4.3.2.1 Elaboración de la justificación del programa.

4.3.2.2 Definición de objetivos y metas en salud.
Determinación de la población diana.

4.3.2.3 Determinación de bloques de actividad (promoción y prevención, curación y rehabilitación y participación comunitaria).

4.3.2.4 Valoración de los recursos y corrección de las actividades previstas.

4.3.2.5 Establecimiento de rendimientos y metas de las actividades.

4.3.2.6 Planificación general de la evaluación.

4.4. EVALUACIÓN:

4.4.1 Fases:

4.4.1.1 Especificación del tema de evaluación.

4.4.1.2 Establecimiento de criterios, estándares e indicadores.

4.4.1.3 Diseño del estudio de evaluación. Elaboración del protocolo.

4.4.1.4 Registro de datos y evaluación.

4.4.1.5 Realización del Feed-back de los resultados de la evaluación a los profesionales.

4.4.1.6 Propuesta e implantación de medidas correctoras.

4.4.1.7 Reevaluación y control de la situación.

4.4.1.8 Establecimiento de la periodicidad y responsabilidad de la evaluación.

4.4.2 Tipo de Evaluación:

4.4.2.1 Pertinencia del programa.

4.4.2.2 Suficiencia del programa.

4.4.2.3 Calidad científico-técnica (CALIDAD).

4.4.2.3.1 Evaluación de los componentes del programa.

· Estructura.

· Proceso.

· Resultados, cobertura, eficacia y efectividad.

4.4.2.3.2 Evaluación de las interrelaciones entre los componentes del programa:

· Eficiencia.

V. ATENCIÓN DIRECTA.

5.1. DESARROLLO DE LA ATENCIÓN DIRECTA:

5.1.1 Entrevista Clínica Semiestructurada.

a) Parte exploratoria.

5.1.1.1 Delimitar motivo de consulta y obtener información.

5.1.1.2 Exploración o Examen Físico:

5.1.1.2.1 Examen radiográfico.

5.1.1.2.2 Pruebas de evaluación de deficiencias:

- Examen morfoestático.
- Examen del dolor.
- Examen cutáneo y palpación.
- Examen articular.
- Examen muscular.
- Examen neurológico.
- Examen respiratorio.
- Examen resistencia cardíaca.

5.1.1.2.3 Pruebas de evaluación de discapacidades:

- Evaluación discapacidades básicas.
- Actividades de la Vida Diaria (A VD) básicas.
- Actividades de la Vida Diaria Instrumentales.

b) Parte resolutive.

5.1.1.3 Diagnóstico fisioterápico: Evaluación de la exploración.

5.1.1.4 Negociación sobre el plan terapéutico:

- Metas.
- Duración y cantidad.
- Horario y frecuencia.

5.1.1.5 Verificar la comprensión y toma de precauciones.

5.1.2 Actividades de Educación para la salud.

5.1.2.1 Métodos:

5.1.2.1.1 Directos:

- Diálogo.
- Clase.
- Charla.
- Discusión en grupo.
- Demostraciones.
- Experiencias informales.

5.1.2.1.2 Indirectos:

- Visuales.
- Sonoros.
- Mixtos.

5.1.2.2 Mensajes:

- 5.1.2.2.1 Enfermedad.
- 5.1.2.2.2 Ejercicios domiciliarios.
- 5.1.2.2.3 Consejos.
- 5.1.2.2.4 Sobre salud en general y/o utilización del servicio.
- 5.1.2.3 Estrategia:
 - 5.1.2.3.1 Individual.
 - 5.1.2.3.2 Grupal
- 5.1.2.4 Población:
 - 5.1.2.4.1 Sana.
 - 5.1.2.4.2 Enferma.

5.1.3 Técnicas terapéuticas:

- 5.1.3.1 Técnicas de movilización activa.
- 5.1.3.2 Fisioterapia respiratoria.
- 5.1.3.3 Ejercicio aeróbico general.
- 5.1.3.4 Termoterapia.
- 5.1.3.5 Crioterapia. 5.1.3.6 Hidroterapia.
- 5.1.3.7 Técnicas de fortalecimiento muscular.
- 5.1.3.8 Técnicas de relajación.
- 5.1.3.9 Técnicas manuales.
- 5.1.3.10 Técnicas pasivas no manuales.
- 5.1.3.11 Inmovilizaciones y/o posiciones.
- 5.1.3.12 Electroterapia.
- 5.1.3.13 Ultrasonoterapia.

5.2. LUGAR DE ACTIVIDAD:

5.2.1 En el Centro de Salud:

- Unidad de Fisioterapia.
- Telefónica.

5.2.2 En el domicilio.

5.2.3 En Escuela.

5.2.4 En otro: laboral, hogar de ancianos, asociaciones.

5.3. TIPO DE CONSULTA:

5.3.1 Demanda:

- Urgente.
- No urgente.

5.3.2 Visita programada:

5.3.2.1 Primera visita.

5.3.2.2 Visitas sucesivas.

5.4. APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE:

5.4.1 Actividad preventiva (EPS).

5.4.2 Diagnóstico clínico.

5.4.3 Clasificación.

- 5.4.4 Diagnóstico Precoz (Exámenes de Salud).
- 5.4.5 Terapéutico.
- 5.4.6 Mixto.

5.5. ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN:

- 5.5.1 Atención al niño (Programa del niño).
 - 5.5.1.1 Consulta a niños.
 - 5.5.1.2 Revisión de las alteraciones posturales del niño en la etapa escolar.
 - 5.5.1.3 Orientación a padres y maestros.
 - 5.5.1.4 Atención a las alteraciones del raquis.
 - 5.5.1.5 Educación a padres de niños con alteraciones posturales.

- 5.5.2 Atención a la mujer (Programa de la Mujer).
 - 5.5.2.1 Prevención de los trastornos físicos del embarazo.
 - 5.5.2.2 Preparación al parto.
 - 5.5.2.3 Recuperación física postparto.
 - 5.5.2.4 Educación para la estimulación motriz del recién nacido.
 - 5.5.2.5 Atención a las incontinencias.
 - 5.5.2.6 Educación para el ejercicio físico en la mujer climatérica.

- 5.5.3 Atención al adulto y anciano (Programa del Adulto y del Anciano).
 - 5.5.3.1 Consulta a adultos.
 - 5.5.3.2 Orientación para el ejercicio físico.
 - 5.5.3.3 Atención a alteraciones de la circulación periférica.
 - 5.5.3.4 Atención a pacientes con EPOC.
 - 5.5.3.5 Atención a pacientes con asma.
 - 5.5.3.6 Educación a pacientes con algias vertebrales.
 - 5.5.3.7 Prevención del dolor de espalda.
 - 5.5.3.8 Atención a pacientes con artrosis.
 - 5.5.3.9 Atención precoz a pacientes con inmovilizaciones terapéuticas.
 - 5.5.3.10 Seguimiento de las aleaciones post-inmovilización.
 - 5.5.3.11 Atención a pacientes con dolor articular.
 - 5.5.3.12 Atención a pacientes con alteraciones del SN Periférico.
 - 5.5.3.13 Orientación a pacientes con secuelas del SN Central.
 - 5.5.3.14 Atención domiciliaria a inmovilizados.
 - 5.5.3.15 Mejora y mantenimiento de la capacidad funcional del anciano.

- 5.5.4 Atención Mental (Programa de Salud Mental).

5.5.4.1 Orientación para la relajación.

5.5.5 Atención al medio (Programa de Medio Ambiente).

5.6. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD:

5.6.1 Promoción de la salud y prevención primaria.

5.6.2 Prevención secundaria.

5.6.2.1 Cribado masivo.

5.6.2.2 Búsqueda activa de casos.

5.6.2.3 Exámenes periódicos de salud.

5.6.3 Prevención terciaria.