

# ***Actuación del fisioterapeuta en atención primaria en relación con los procesos asistenciales integrados***

**A. M. Mesa Ruiz.** *Fisioterapeuta de Atención Primaria. UGC Los Vélez. Almería*

**M. <sup>a</sup> I. Martínez Sánchez.** *Fisioterapeuta de Atención Primaria. UGC Albox. Almería*

**M. C. Romero Pérez.** *Fisioterapeuta de Atención Primaria. UGC Serón. Almería*

**P. Barroso García.** *Técnico de Salud de Epidemiología. Sección de Epidemiología del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería*

## **RESUMEN**

*Objetivo:* estudiar el papel que desempeña la Fisioterapia en atención primaria en los procesos asistenciales. *Métodos:* estudio observacional descriptivo. Se seleccionaron las Guías de Procesos Asistenciales Integrados relacionadas con la actuación del fisioterapeuta en atención primaria e implantadas en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Se analizó si la actividad asistencial realizada en las salas de fisioterapia de Albox, Los Vélez y Serón se adecuaba a lo indicado en las mismas. *Período de estudio:* enero de 2004 a junio de 2006. *Fuentes de información:* fichas de derivación del Servicio de Rehabilitación, Historia Clínica de Fisioterapia y Guías de Procesos Asistenciales Integrados. *Resultados:* se atendieron 204 pacientes cuya patología correspondió a Proceso Asistencial Integrado (45,6 % correspondió a artrosis de rodilla y cadera y un 27,9 % a accidente cerebrovascular). En las cuatro guías donde aparece el fisioterapeuta de atención primaria (artrosis de rodilla y cadera, artroplastia de cadera, fractura de cadera en el anciano y fibromialgia) la derivación no se adecua con lo pautado. *Discusión:* en general, se cumplen las características de calidad en cada proceso, pero no así los tratamientos recomendados. En los procesos publicados tras la puesta en marcha del Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas, se comienza a desarrollar la figura del fisioterapeuta de atención primaria. Puede ser factible mejorar los circuitos de derivación así como incluir la actividad real que desempeña el fisioterapeuta de AP tanto en la asistencia en salas como en domicilio.

*Palabras clave:* Fisioterapia, atención primaria, proceso asistencial integrado, calidad.

## **ABSTRACT**

*Aim:* to study the role of the Physiotherapy in primary care into the Welfare Processes. *Methods:* descriptive observational study. Integrated Welfare Processes Guidelines related to the performance of physiotherapist in primary care and implanted in the Area of North Sanitary Management of Almería was selected. It was analyzed if the welfare activity made in three physiotherapy services (Albox, Los Vélez and Serón) were adapted to the indicated thing in the same ones. *Period of study:* january of 2004 to june of 2006. *Sources of information:* cards of derivation of the Service of Re-

habilitation, Clinical History of Physiotherapy and Integrated Welfare Processes Guidelines. *Results*: 204 patients were treated whose pathology corresponded to Integrated Welfare Processes (45.6 % of them corresponded to degenerative osteoarthritis of knee and hip and 27.9 % to acute ischaemic stroke). In the four guides where the physiotherapist of primary care appears (degenerative osteoarthritis of knee and hip, knee arthroplasty, fracture of hip in elderly and fibromyalgia syndrome) the derivation doesn't adapt with Integrated Welfare Processes Guides. *Discussion*: in general, the characteristics of quality in each process are fulfilled, not therefore in recommended treatments. In the processes published after the beginning of the Plan of Support to the Andalusian Families it's begun to develop the figure of physiotherapy of primary care. It could be possible to improve the processes to be followed in derivations as well as to include the real role of physiotherapist of primary care in the attendance, both physiotherapy services and home visit.

*Key words*: Physical therapy, primary care, Integrated Welfare Process, quality.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se viene desarrollando a nivel internacional la elaboración de protocolos y guías de práctica clínica como estrategia de mejora de la calidad de los servicios sanitarios. En el ámbito de la atención primaria (AP) se contempla tanto en los programas de formación de especialistas como en el funcionamiento normal de los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP). La integración de la Fisioterapia en España en el año 1990 asume desde el principio la protocolización de actividades, pero frecuentemente de una manera espontánea y autodidacta, ya que los profesionales no recibieron previamente la formación necesaria de acuerdo con los primeros artículos de divulgación sobre el tema [1].

En la actualidad, en Andalucía se cuenta con una *Guía de Procedimientos de Rehabilitación y Fisioterapia en AP* que pretende que la actuación desarrollada sea ordenada, coordinada y homogénea. Ésta incluye, entre otros aspectos, los requisitos de remisión de propuestas de tratamiento a las salas y,

dentro de ellos, la derivación de procesos asistenciales implantados (PAI) [2].

Desde el inicio de la actividad fisioterápica en los centros de salud, se ha potenciado el conocimiento y aplicación de la *Guía de Procedimientos*, pero, en general, no se ha participado en la implantación de los PAI.

Este modo de gestión por procesos se configura como una herramienta encaminada a conseguir los objetivos de calidad total, es decir, lograr la satisfacción de los usuarios, la implicación activa de los profesionales y desarrollar las estrategias dirigidas a la mejora continua en las actividades sanitarias. Por tanto, su objetivo último es el de definir los servicios idóneos que deben prestarse ante problemas de salud concretos, mediante la conexión entre profesionales y ciudadanos, que garantice en todo momento la continuidad asistencial. Asimismo, supone un cambio de la organización basado en la implicación de las personas para mejorar los resultados de la misma [3]. La publicación en los últimos años de Guías de PAI por parte de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (57, hasta diciembre de

2006) ha servido para que los profesionales puedan realizar una atención integral de los pacientes con patologías incluidas en las mismas.

Desde la puesta en marcha de las salas de Fisioterapia de AP en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería, se ha trabajado con pacientes cuya patología se incluye en alguno de los PAI que se han venido implantado en los últimos años, pero en el caso de la Fisioterapia siguen siendo derivados y atendidos mediante mecanismos anteriores a este modelo de gestión.

Considerando que su aplicación en nuestro medio puede hacer compatible la mejora de la satisfacción del cliente con mejores resultados de eficiencia, efectividad y calidad del servicio [4], y partiendo de la hipótesis del desconocimiento general de este modelo de gestión por parte de los fisioterapeutas andaluces, se plantea este estudio con el objetivo de estudiar el papel que desempeña actualmente la Fisioterapia en AP en relación con los PAI.

## MÉTODOS

En el estudio observacional descriptivo se seleccionaron las Guías de PAI que se desarrollan actualmente en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería y que están relacionadas con la actuación del fisioterapeuta en AP, obteniéndose siete: fractura de cadera en el anciano, ataque cerebrovascular (ACV), atención al paciente pluripatológico, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), fibromialgia, artroplastia de cadera, artrosis de rodilla y cadera.

Posteriormente se seleccionaron los pacientes atendidos en las salas de Fisioterapia de las Zonas Básicas de Salud (ZBS) de Albox, Serón y Los Vélez durante el período

enero de 2004 a junio de 2006, que habían sido derivados con diagnóstico incluido en los procesos seleccionados.

Las variables que se estudiaron fueron: edad, sexo, localidad, ZBS, año de derivación, tipo de derivación, diagnóstico, tratamiento realizado, días de espera y número de sesiones realizadas. Los datos se analizaron con el programa SPSS. Para las variables cuantitativas se calcularon medias y para las cualitativas frecuencias y porcentajes. Como fuentes de información se utilizaron las fichas de derivación del Servicio de Rehabilitación y las Historias de Fisioterapia.

Por último, se revisaron las siete guías de procesos para conocer si la actividad asistencial que se prestó a la población incluida se adecuaba a lo indicado en las guías.

## RESULTADOS

Se atendieron 204 pacientes cuya patología correspondió a PAI: de ellos, un 45,6 % correspondió a artrosis de rodilla y cadera, un 27,9 % a ACV y un 14,2 % a fibromialgia (fig. 1). En los años 2004 y 2005 se derivaron a las tres salas 82 pacientes por año. En el primer semestre de 2006 fueron 40. Por ZBS, el total de casos atendidos fue de 41 en Serón, 72 en Albox y 91 en Los Vélez. La edad de los pacientes tratados osciló entre 31 y 96 años, con una media de 63. El 72 % de los pacientes atendidos fueron mujeres (tabla 1). Según su derivación, el 64,2 % se derivó con carácter normal, el 29,4 % fue preferente y el 6,4 % no demostrable. El número de sesiones por paciente varió entre 3 y 172, con una media de 22 (tabla 2). La media de espera para los pacientes pluripatológicos fue de 2,5 días; 7,4 para los de artroplastia de cadera; 7,7 para

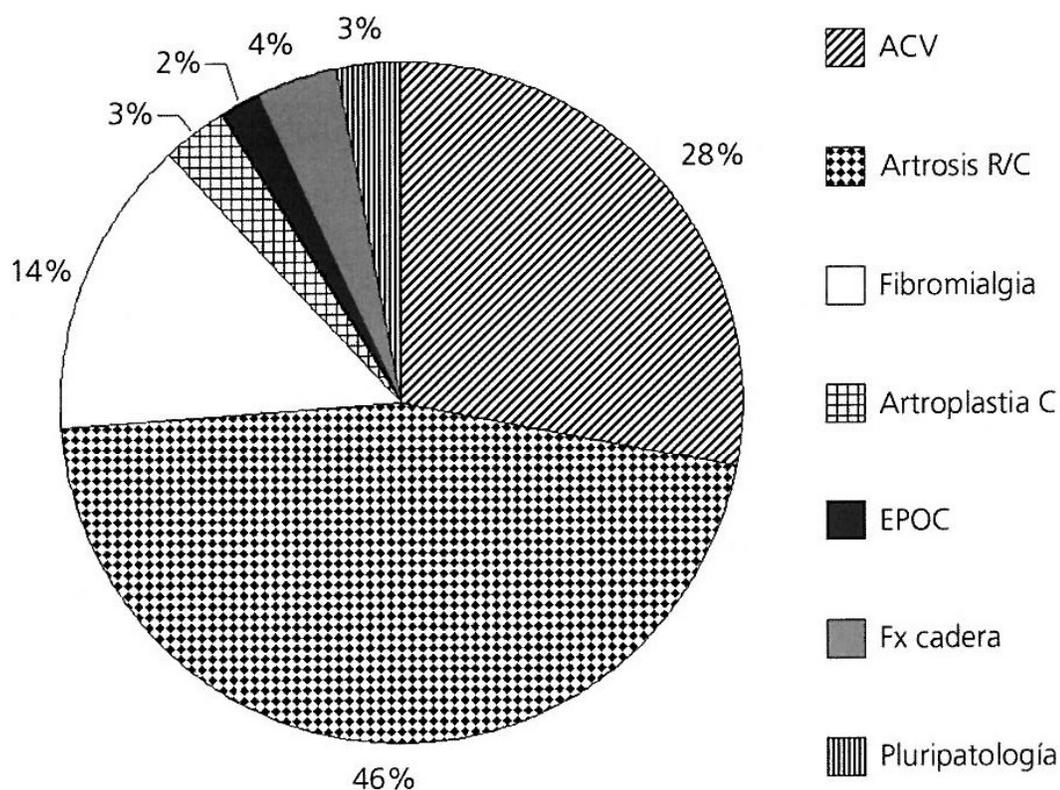


FIG. 1. Pacientes atendidos según PAI.

TABLA 1. Resultados por edad y sexo

PROCESO ASISTENCIAL	EDAD			SEXO	
	Máxima	Mínima	Media	Mujer	Hombre
ACV	41	92	72	36	21
EPOC	61	85	71	—	4
Paciente pluripatológico	70	87	78	4	2
Artroplastia de cadera	55	96	67	6	1
Artrosis de rodilla y cadera	31	86	61	66	27
Fibromialgia	31	80	47	28	1
Fractura de cadera	70	85	76	7	1
TOTAL	31	96	63	147	57

los de fractura de cadera en el anciano y 22 días para los afectados de fibromialgia.

Con respecto al tratamiento, en el proceso ACV se utilizó la cinesiterapia en el 94,7 % de los casos (fig. 2); a los 4 pacientes derivados por EPOC se les enseñó ejercicios para mejorar la capacidad ventilatoria y funcional, además de consejos y precauciones sobre su patología; el 100 % de los pacientes

pluripatológicos fue tratado en atención domiciliaria; a todos los pacientes con artroplastia de cadera y a sus familiares se les instruyó sobre ejercicios de deambulación; en ningún caso entre los pacientes con artrosis de rodilla y cadera se prescribió sólo tratamiento grupal (fig. 3) y en los pacientes con fibromialgia el tratamiento más indicado fue el grupal, en un 45 % (fig. 4). En todos los

TABLA 2. Resultados por ZBS, tipo de derivación y media de sesiones

PROCESO ASISTENCIAL	Atendidos por ZBS			Tipo de derivación			Media de sesiones
	Serón	Albox	Vélez	N	P	ND	
ACV	13	21	23	17	31	9	30
EPOC	—	2	2	1	2	1	15
Paciente pluripatológico	2	3	1	—	4	2	10
Artroplastia de cadera	—	2	5	3	4	—	20
Artrosis de rodilla y cadera	17	31	45	80	13	—	20
Fibromialgia	7	9	13	28	1	—	15
Fractura de cadera	2	4	2	2	5	1	15
TOTAL	41	72	91	131	60	13	22

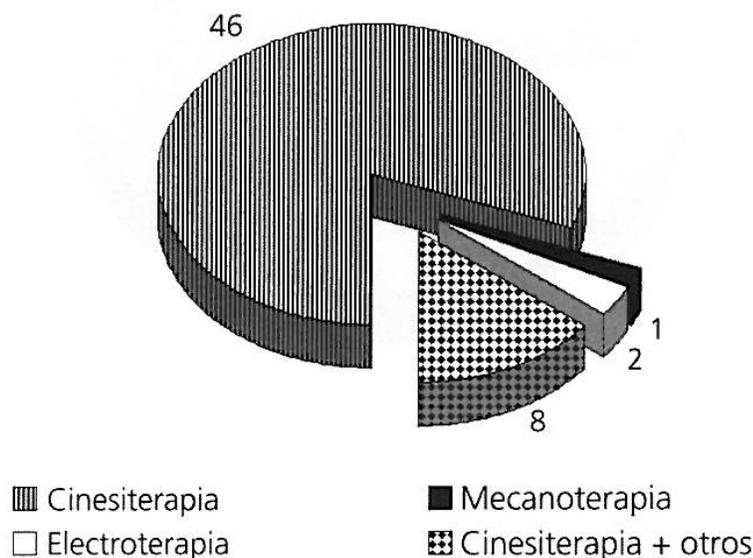


FIG. 2. Tratamiento realizado a los pacientes atendidos por ACV.

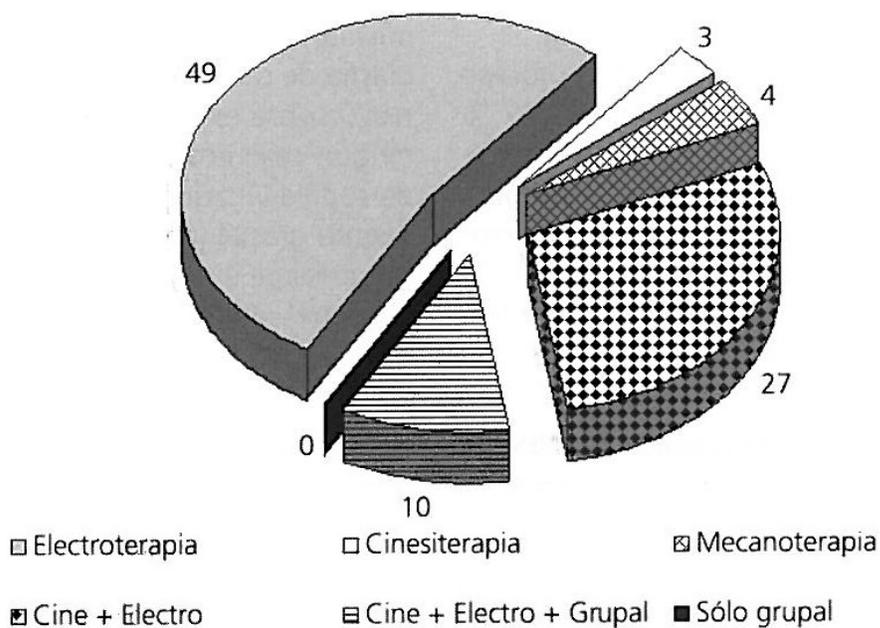


FIG. 3. Tratamiento realizado a pacientes con artrosis de rodilla y cadera.

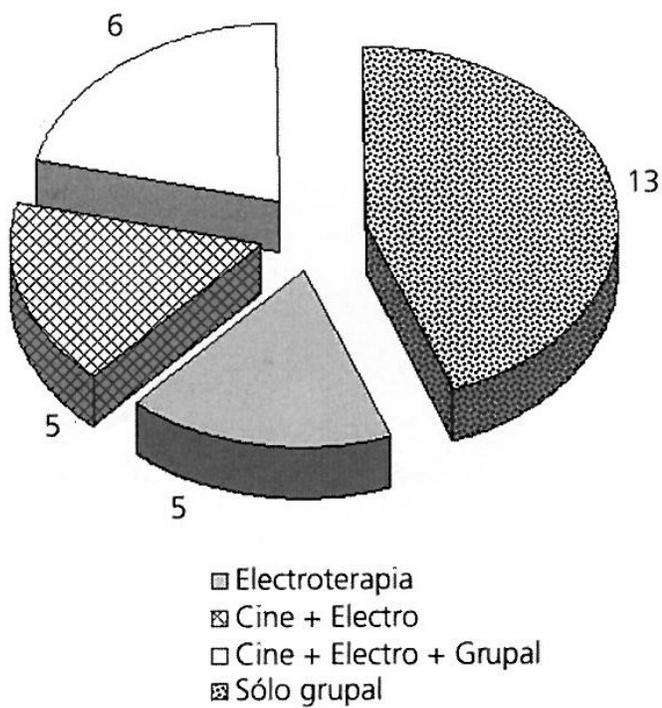


FIG. 4. Tratamiento realizado a pacientes con diagnóstico de fibromialgia.

casos se registró el balance articular y muscular en la historia de Fisioterapia.

Con respecto al estudio de las siete Guías de Procesos se observó que en tres de ellos no aparece la figura del fisioterapeuta de AP: ACV, EPOC y atención al paciente pluripatológico. En los cuatro restantes, se cita en distintos apartados según el proceso del que se trate y que se resumen en la tabla 3.

En el PAI ACV se indica el tratamiento cinesiterápico en las salas de fisioterapia de atención especializada [5].

En el PAI EPOC no se indica el tratamiento en sala tras el episodio agudo. Figura un documento con ejercicios y consejos de Fisioterapia respiratoria en un anexo de la guía que administran los médicos o enfermeras responsables del proceso [6].

Con respecto al PAI artroplastia de cadera, la Fisioterapia procede tras el alta hospitalaria y se incluyen como características de calidad continuar el tratamiento fisioterápico a la semana siguiente del alta e instruir al paciente y a los familiares sobre los ejercicios que se deben realizar con relación a la deambulación [7].

En el PAI fractura de cadera en el anciano, el fisioterapeuta de AP aparece en el subproceso de rehabilitación y seguimiento (donde se incluyen como características de calidad específicas del fisioterapeuta de AP la de comunicar incidencias o complicaciones al rehabilitador o al médico de familia y demora máxima de una semana entre el alta hospitalaria y el inicio de tratamiento), y en el subproceso de atención tras el alta el fisio-

TABLA 3. **Inclusión del fisioterapeuta de atención primaria en las guías de procesos**

Proceso	Expectativas	Características de calidad	Actividad de valoración	Actividad de tratamiento	Indicador propio	Arquitectura del proceso	Mapa de competencias	Cita la guía de procedimientos
Artroplastia de cadera	Sí	Comunes al resto	No	Sí. Compartida con rehabilitador	No	Sí	Sí	Sí
Fractura de cadera en el anciano	Sí. Compartidas	Comunes al resto	No	Sí. Compartida con rehabilitador	No	No	Sí	No
Artrosis de rodilla y cadera	Sí. Compartidas	Propias	No	Sí	No	Sí	Sí	No
Fibromialgia	Sí	Propias	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
ACV	No aparece el fisioterapeuta de atención primaria							
Paciente pluripatológico	No aparece el fisioterapeuta de atención primaria							
EPOC	No aparece el fisioterapeuta de atención primaria							

rapeuta no aparece dentro de los componentes, aunque se le indica la actividad de «inicio y seguimiento de la recuperación funcional», compartida con el médico de familia, enfermera y médico rehabilitador [8].

El ejercicio físico constituye la base del tratamiento no farmacológico en el PAI artrosis de rodilla y cadera, mediante prescripción del médico de familia de un programa de ejercicios a estos pacientes y derivación a la Unidad de Fisioterapia en los casos en que existe una dificultad manifiesta para su aprendizaje y/o ejecución. Se recomienda realizar tratamiento grupal, con un máximo de diez pacientes por grupo y de cinco sesiones para el aprendizaje. Como característica de calidad se citan varias: acudir a la sala de Fisioterapia más cercana al domicilio del paciente, formación a paciente y/o cuidadores para el tratamiento a domicilio, espera en concordancia con la severidad de los síntomas, horario de tratamiento adecuado y adaptado, disposición de recursos materiales y equipamiento adecuados, evitación de discontinuidad en el tratamiento, tratamiento del paciente por el mismo fisioterapeuta y que los procedimientos se apliquen según lo recomendado por las guías de práctica clínica [9].

El PAI fibromialgia destaca como características de calidad las siguientes: remisión a Fisioterapia por el médico de familia de un programa de ejercicios que incluye la propia guía en uno de sus anexos y que clasifica la intensidad del ejercicio según el nivel sintomático, derivación de otros profesionales para valoración o intervención fisioterápica a pacientes con nivel sintomático alto, realización de balance articular y muscular e inicio de la intervención fisioterápica antes de los 15 días tras la solicitud de tratamiento. La demora máxima permitida se establece en 30 días. Este proceso incluye un indica-

dor que mide el porcentaje de pacientes que continúan dentro del programa de ejercicio físico [10].

En ningún caso la derivación de los pacientes con artrosis de rodilla y cadera, artroplastia de cadera, fractura de cadera en el anciano y fibromialgia se adecuó a lo reflejado en las guías.

## DISCUSIÓN

La publicación de estos procesos se llevó a cabo en dos etapas: los más antiguos (ACV, EPOC, fractura de cadera y paciente pluripatológico) se publicaron en 2002 previamente a la puesta en marcha del Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas [11]; en ellos no estaba incluida la figura del fisioterapeuta de AP; posteriormente, cuando está ampliamente generalizada la actividad fisioterápica en los centros de salud, se publican los tres restantes (artroplastia de cadera -2003-, artrosis de rodilla y cadera -2004- y fibromialgia -2005-), donde se define el mapa de competencias del fisioterapeuta de AP, además de su lugar dentro de la arquitectura del PAI y sus funciones.

La gestión por PAI, al ser un modelo de mejora continua, ha incorporado con el tiempo a profesionales de la Fisioterapia para colaborar en la elaboración de procesos nuevos más acordes y sensibles con la realidad asistencial andaluza y que ponen de manifiesto el potencial terapéutico que oferta la Fisioterapia.

Revisando cada uno de los PAI, se puede observar que en el caso del de ACV, la actividad fisioterápica se corresponde con lo indicado en cuanto a la aplicación de técnicas cinesiterápicas; en este caso, como indican algunos autores, la reeducación del paciente depende, además de la relación de éste con

el fisioterapeuta, de la interacción entre todo el equipo interdisciplinar [12].

En el caso del proceso EPOC, se fundamenta en la enseñanza de ejercicios, en su mayoría idénticos a los que aparecen en el anexo de la guía [6]. Consideramos que en estas actuaciones, descritas en la literatura como muy beneficiosas [13], el fisioterapeuta de AP debería desempeñar un papel más destacado, mediante el fomento de las derivaciones de estos pacientes.

Con respecto a las actuaciones en AP para el paciente pluripatológico, se contemplan los planes de asistencia domiciliaria de los centros de salud [14], sin que el fisioterapeuta tenga definida ninguna actividad, aunque en realidad se está llevando a cabo una atención rápida como se puede observar en los resultados.

En nuestro estudio se dispone de información desde el momento en que se recibe la ficha del paciente en la sala, por lo que en ningún caso la recepción de la orden de tratamiento coincide con el día del alta; por ello, tanto en el proceso de artroplastia de cadera como en el de fractura de cadera en el anciano no se cumple lo indicado con respecto a la derivación. De ahí que se considere necesario mejorar la coordinación entre profesionales, dado que no habría ninguna dificultad en atenderlos en los plazos que establece el PAI.

En la Guía del PAI artroplastia de cadera no se especifica ningún tipo de tratamiento concreto para estos pacientes, ni en el aspecto de la mejora funcional ni en el tratamiento del dolor, debido quizás a que, como indican algunos autores [15], no se haya demostrado la eficacia de las diversas técnicas de fisioterapia en el control del dolor posoperatorio del paciente.

En el PAI fractura de cadera en el anciano, el fisioterapeuta de AP cumple habitualmen-

te la comunicación de incidencias, cuando se producen, al médico rehabilitador o de familia. Se considera necesario que el fisioterapeuta sea incluido y que tenga asignadas actividades propias como el tratamiento rehabilitador, la valoración y la información al paciente y familiares sobre su patología.

En el PAI artrosis de rodilla y cadera, creemos que si la derivación fuese realizada por el médico de familia se atendería a los pacientes de una forma más rápida. Por otra parte, hay que destacar el hecho de que se estén realizando tratamientos no recomendados por la Guía y que, además, requieren más tiempo, lo que puede contribuir a aumentar la lista de espera en las salas.

El PAI fibromialgia es el más completo de los incluidos en el estudio y hace referencia a la *Guía de Procedimientos de Rehabilitación y Fisioterapia en AP*, pues incluye muchas referencias que se basan en el marco teórico de ésta, como la actividad de registro, informe al alta, valoración de los pacientes derivados o actividades de formación y educación a éstos y a sus familiares, entre otras [10]. Se ha podido comprobar que en ningún caso el médico de familia ha derivado a este tipo de pacientes.

Aunque se ha podido comprobar que, en general, el tratamiento realizado es similar a lo indicado en las guías de procesos, se podría mejorar la atención al paciente trabajando de una forma más coordinada con el resto de profesionales implicados en los procesos.

Puesto que este modelo de gestión tiende a la mejora continua, se considera necesario que se incluya la actividad real del fisioterapeuta de AP tanto en las salas como en el domicilio, como una etapa más en el círculo de mejora de la calidad de los PAI [16]. Hay situaciones en las que no se cumplen los algoritmos y circuitos de derivación hacia las

salas de Fisioterapia; no obstante, se considera que puede ser factible mejorar éstos, así como incluir la actividad real que desempeña el fisioterapeuta de AP en las actividades recomendadas en los PAI.

Con este estudio se ha pretendido dar un primer paso para acercar la gestión por PAI a la Fisioterapia en AP, aspecto que podría influir en una mayor implicación de estos profesionales como principales protagonistas del cambio que está suponiendo este modelo de gestión en la asistencia sanitaria a los ciudadanos andaluces.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Medina i Mirapeix F, Saturno Hernández PJ, Meseguer Henarejos AB, Montilla Herrador J, Saura Llamas J, Gascón Cánovas JJ. Factores asociados a la calidad estructural en las guías de práctica clínica de fisioterapia. *Aten Primaria* 31: 356-360, 2003.
2. Alcalde Pérez A, Cabrera Castillo MJ, De Orta Santiago J, Gálvez Chica R, Hidalgo Maroto M, Luna Cabrera F, y cols. *Rehabilitación y Fisioterapia en atención primaria: guía de procedimientos*. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2003.
3. Consejería de Salud. *Calidad asistencial y gestión por procesos. Estrategias para la sanidad andaluza*. En: Consejería de Salud. *Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales*. Sevilla, pp. 121-178, 2001.
4. Ruiz de Adana Pérez R, Rodríguez Santirso MA, Elipe Rebollo P. Nuevas estrategias de mejora de la calidad: la gestión por procesos integrados. *JANO* 65: 58-65, 2003.
5. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Proceso Asistencial Integrado: Ataque Cerebrovascular*. Sevilla. Consejería de Salud, 2002.
6. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Proceso Asistencial Integrado: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica [archivo de ordenador]*. Sevilla. Consejería de Salud, 2005. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/procesos/procesos.asp>
7. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Proceso Asistencial Integrado: Artroplastia de Cadera*. Sevilla. Consejería de Salud, 2003.
8. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Proceso Asistencial Integrado: Fractura de cadera en el anciano*. Sevilla. Consejería de Salud, 2002.
9. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Proceso Asistencial Integrado: Artrosis de rodilla y cadera*. Sevilla. Consejería de Salud, 2004.
10. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Proceso Asistencial Integrado: Fibromialgia*. Sevilla. Consejería de Salud, 2005.
11. Decreto 137/2002 de 30 de abril sobre el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía* 52: 7127-7134, 2002.
12. Romero Díez I, Gómez Rodríguez A, Chillón Martínez R. Apraxias y alteraciones del gesto en el hemipléjico. *Cuestiones de Fisioterapia* 32: 49-67, 2006.
13. Smith M, Ball V. *Rehabilitación cardiovascular y respiratoria*. Madrid. Harcourt, 2000.
14. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Proceso Asistencial Integrado: Atención al Paciente Pluripatológico*. Sevilla. Consejería de Salud, 2002.
15. Zuñil Escobar JC, Martínez Cepa CB. Fisioterapia y dolor tras artroplastia de cadera. *Cuestiones de Fisioterapia* 32: 27-34, 2006.
16. García Cubillo MA, Cabrera Castillo MJ, Martínez Tapias J, Morales Torres JL, Bermejo Pérez MJ, Martínez de la Torre A, y cols. PAI integrados: modelo de evaluación y algunos resultados. *Rev Calidad Asistencial*: 21: 87-100, 2006.

**Institución donde se hizo el trabajo:** Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Almería.

---

**Correspondencia:** ANTONIO M. MESA RUIZ. C. Olmos, 2, puerta D. 04820 Vélez Rubio (Almería). Teléfono: 609969042. E-Mail: masafisio@yahoo.es