

REHABILITACIÓN y FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

REHABILITACIÓN y FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Edita: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud.
Avda de la Constitución, 18 41071- Sevilla.

Octubre 2003

Diseño y maquetación: Orbis Pictus
Imprime: Tecnographic, S.L.
Depósito Legal: SE-3904/2003

Índice de contenidos.

<input type="checkbox"/> Introducción	7
<input type="checkbox"/> Definición del Servicio	8
<input type="checkbox"/> Cartera de Servicios	9
<input type="checkbox"/> Tratamiento en Salas:	
▪ Población diana	13
▪ Criterios de inclusión	13
▪ Criterios de exclusión	14
▪ Finalización del Servicio	15
▪ Remisión de propuesta tratamiento: Requisitos	16
▪ Contenido específico del Servicio	19
▪ Características de la atención	19
▪ Procedimiento de derivación de pacientes	21
<input type="checkbox"/> Tratamientos en domicilio:	
▪ Población diana	25
▪ Criterios de inclusión	25
▪ Criterios de exclusión	26
▪ Finalización del Servicio	26
▪ Remisión de propuesta de tratamiento: Requisitos	27
▪ Características de la atención	28
▪ Procedimiento de derivación de pacientes	29
<input type="checkbox"/> Organización funcional del Servicio	33
<input type="checkbox"/> Sistema de información	39
<input type="checkbox"/> Anexos:	
1 Listado de procesos de Salas	47
2 Índice de Barthel	53
3 Listado de procesos en domicilio	57
4 Información clínica	61
5 Flujograma	73
<input type="checkbox"/> Bibliografía	77
<input type="checkbox"/> Equipo de trabajo	79


Introducción.

El Decreto 137/2002, de Apoyo a las Familias Andaluzas, dispone en su Capítulo VII la promoción de medidas a favor de los mayores y personas con discapacidad. En este sentido, el artículo 25 del Decreto establece que se facilitará la accesibilidad de los pacientes a los servicios de rehabilitación y fisioterapia en su propio entorno y, de este modo, se hará posible la compatibilidad de la atención familiar con la actividad laboral de los cuidadores.

La necesidad de esta atención está justificada en la realidad que reflejan algunas cifras, que informan sobre el problema del envejecimiento y la discapacidad en la Comunidad Autónoma Andaluza:

- La proyección de población 1998-2051 realizada por Instituto de Estadística de Andalucía, refleja que, el número de personas mayores de sesenta y cinco años, a fecha 1 de enero de 2002, asciende a 1.075.498, lo que supone un índice de envejecimiento del 14,67%
- Según la encuesta sobre deficiencias, discapacidades y minusvalías de 1999, un total de 319.994 personas, entre seis y sesenta y cuatro años, tenían alguna discapacidad, cifra que se sitúa en 338.837 personas entre los mayores de sesenta y cinco años.
- La Encuesta Andaluza de Salud, realizada en 1999, indica que el 27% (272.403 personas) de la población mayor de sesenta y cinco años manifiesta necesitar cuidados y, un porcentaje similar (30%), presenta limitaciones para "bañarse o vestirse por sí mismos", cifra que se incrementa hasta el 38% en los mayores de setenta y cinco años.

Estas limitaciones de orden físico o mental cuando son severas, requieren de la presencia más o menos permanente de cuidadores que se convierten en el soporte imprescindible para que estas personas puedan realizar actos imprescindibles de la vida cotidiana.



En consecuencia con todo lo expuesto, el interés de las medidas que se pretenden desarrollar se centra, prioritariamente, en la recuperación precoz de procesos que pudieran desembocar en discapacidad, en el desarrollo de actividades compensatorias, en la prevención terciaria de problemas relacionados con la inmovilidad y en el apoyo a los cuidadores en situaciones de gran dependencia.

La línea de actuación de este Programa se dirige a facilitar la atención de los enfermos discapacitados y sus cuidadores, desarrollando una red de Servicios de Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria, que mejore la accesibilidad de los pacientes y sus familias a este tipo de atención, ofertando preferentemente los tratamientos y cuidados en domicilio.

El documento que se presenta tiene como objetivo ordenar, homogeneizar y coordinar las actuaciones de los diversos servicios y profesionales para conseguir un alto grado de efectividad. Este documento se divide en cuatro apartados, uno relativo a la atención en salas de rehabilitación y fisioterapia y, otro, a las actividades a desarrollar en domicilio; los dos últimos contienen propuestas de organización y el sistema de información del servicio.

Este documento no tiene carácter definitivo, en tanto que, con la experiencia que se vaya obteniendo, estará sujeto a cambios o incorporaciones necesarias.

Definición del servicio de Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria.

Es un dispositivo asistencial que engloba la atención rehabilitadora y fisioterapéutica a pacientes con déficits funcionales con posibilidad de recuperación total o parcial y a pacientes discapacitados físicos para mejorar su capacidad funcional de forma compensatoria, en sala de tratamiento o en su domicilio. Ofertando además apoyo y orientación a los cuidadores principales y profesionales de Atención Primaria.

Cartera de servicios.

- Valoración fisioterapéutica.
- Técnicas de tratamiento:
 - Cinesiterapia.
 - Electro - termoterapia.
 - Mecanoterapia.
- Educación sanitaria individual.
- Orientación al cuidador sobre la atención del paciente.
- Consultorías a los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP).
- Actividades grupales de educación para la salud y ejercicio terapéutico.
- Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en colaboración con el EBAP.
- Valoración y tratamiento domiciliario.

TRATAMIENTO REHABILITADOR y
FISIOTERAPÉUTICO EN SALAS
DE ATENCIÓN PRIMARIA

Población diana.

Pacientes con déficits funcionales, o discapacitados. Se estiman en el 1% de la población general.

Pacientes con algias vertebrales, pacientes mastectomizadas y pacientes con otros problemas físicos susceptibles de mejoría sintomática mediante el aprendizaje de ejercicios y actividades de autocuidados.

Población beneficiaria de las actividades de promoción y prevención del EBAP mediante ejercicio y hábitos posturales saludables (escolares, trabajadores y ancianos).

Criterios de inclusión.

La condición básica que debe reunir el potencial usuario de la atención en salas de rehabilitación y fisioterapia, consiste en que resida dentro de la zona de actuación de una de estas salas. Estas zonas serán definidas por los distritos sanitarios y comunicada a las direcciones de hospitales para su difusión a todos los dispositivos implicados.

■ Tratamiento individualizado:

- Pacientes con déficits funcionales susceptibles de reversión total o parcial con tratamiento fisioterapéutico.
- Pacientes discapacitados con déficits establecidos que pueden incrementar su capacidad funcional con tratamiento fisioterapéutico.

Criterio de adecuación.

El proceso debe estar incluido en el listado de procesos asistenciales susceptibles de tratamiento fisioterapéutico en salas (Anexo 1).

■ Tratamientos en grupo:

- Pacientes con algias vertebrales crónicas inespecíficas.

Criterio de adecuación.

Dolor de espalda o cuello de más de 3 meses de evolución y que ha sido estudiado con los medios diagnósticos necesarios para descartar causas específicas.

- Pacientes mastectomizadas (medidas preventivas).

Criterio de adecuación.

Según se especifica en la guía del proceso asistencial de cáncer de mama en lo relativo a medidas preventivas tras la cirugía.

Criterios de exclusión.

■ Para tratamientos individuales y en grupo.

- Contraindicación del tratamiento fisioterapéutico.
- El paciente no da su consentimiento para aplicar el tratamiento propuesto.
- La familia u otros cuidadores no prestan su colaboración cuando esta resulta imprescindible para conseguir los objetivos del tratamiento.
- La propuesta de atención no cumple los criterios de inclusión (procesos no incluidos en el listado, ausencia de posibilidad de mejoría de déficit o discapacidad) o no reúne los requisitos exigidos (ausencia de la información mínima necesaria).
- Haber finalizado con anterioridad el proceso de atención por el mismo motivo de demanda. Excepción: indicación renovada por el médico rehabilitador.

■ Para tratamientos individuales.

Entre los procesos que no reúnen los criterios de inclusión, se quiere destacar:

- Traumatizados craneoencefálicos, lesionados medulares, tumores cerebrales y amputaciones de MMSS, que se considera deben ser tratados en el hospital hasta completar su proceso de rehabilitación.
- Parálisis cerebral: tratamientos continuados.
- Algias vertebrales.
- Escoliosis del Adulto
- Patología osteoarticular degenerativa crónica sin déficits en balances articular y muscular.

Finalización del Servicio.

- Consecución de los objetivos.
- Estabilización del proceso y ausencia de expectativas de mejoría.
- Proceso intercurrente que contraindique la fisioterapia o genere ingreso en el hospital.
- Aparición de efectos adversos que superen los efectos beneficiosos.
- Traslado a otra unidad.
- Ausencias repetidas no justificadas.

Remisión de propuestas de tratamiento: Requisitos.

■ Tratamiento individual.

■ Tratamientos no protocolizados.

Deriva: Médico rehabilitador.

Requisitos: Cumplimentación del documento de derivación (Anexo 4), que incluye:

- Datos de filiación del paciente: dirección de residencia actual. Teléfono. NUSS del paciente. Persona de contacto.
- Datos clínicos del paciente:
 - Diagnóstico principal y clasificación diagnóstica (CIE-9-MC).
 - Procedimiento quirúrgico principal, en su caso.
 - Comorbilidades.
 - Índice de Barthel, si existe discapacidad. (Anexo 3).
 - Objetivos del tratamiento.
 - Recomendaciones.
 - Resumen de la información proporcionada al paciente y sobre las expectativas de éste.
 - Pauta de revisión.
 - Autorización de transporte sanitario en caso y forma pertinente.
 - Datos del médico que deriva y forma de contacto ágil para comunicar incidencias.

■ Tratamientos protocolizados.

Deriva: Facultativos de Atención Especializada y de Atención Primaria.

Requisitos:

- Existencia de un protocolo consensuado por los profesionales implicados, aprobada por la Comisión de Calidad u otro órgano competente del área.
- Seguimiento de las pautas contenidas en el protocolo correspondiente.
- Utilización del documento de derivación (Anexo 4).

▪ **Procesos asistenciales implantados.**

Deriva: Facultativos de Atención Especializada y de Atención Primaria.

Requisitos:

- Se seguirán las pautas contenidas en la guía correspondiente.
- Se empleará el documento de derivación.

Tipos de propuestas de remisión según prioridad.

▪ **Propuestas normales.**

- Pacientes que deben iniciar su tratamiento en menos de 5 semanas.
- No presentan otras condiciones adicionales.

▪ **Propuestas preferentes.**

Pacientes que deben iniciar el tratamiento en un plazo inferior a 2 semanas.

Condiciones:

- La demora del tratamiento pone en riesgo las posibilidades de revertir los déficits o evitar la aparición o el incremento de una discapacidad.
- El paciente tendrá obligatoriamente fecha de revisión con el médico que lo remite en un plazo inferior a 1 mes.

▪ **Propuestas no demorables.**

Pacientes que deben iniciar el tratamiento de inmediato.

Condiciones:

- El retraso del tratamiento conlleva un riesgo importante de fracaso del mismo, en procesos con capacidad de dejar déficits definitivos o de instaurar o incrementar el nivel de discapacidad.

- El paciente tendrá obligatoriamente fecha de revisión con el médico que lo remite en un plazo inferior a 20 días.

Ante propuestas de tratamiento no demorables y preferentes se seguirán las siguientes pautas:

- La admisión de pacientes para tratamiento se realizará siempre en plazos acordes con las posibilidades de la sala.
- En caso de que el médico que remite al paciente considere que el tratamiento debe iniciarse de forma preferente o no demorable, debe asegurarse personalmente de que la sala de la zona básica de salud tiene capacidad, en ese momento, para incluir al paciente en el plazo adecuado.
- En caso contrario, el paciente deberá ser tratado en la unidad de rehabilitación del hospital de referencia hasta que se den las condiciones para la continuidad de su tratamiento en la sala correspondiente.

■ Tratamiento en grupo.

Deriva: Médico de familia o médico rehabilitador:

Requisitos:

- P111 o Informe clínico. Datos mínimos: filiación. NUSS. Fecha de nacimiento. Datos clínicos. Diagnóstico o motivo de la derivación. Tiempo de evolución. Comorbilidades relevantes.
- Datos del médico que remite al paciente y forma de contacto ágil para comunicar incidencias.

Contenidos específicos del Servicio.

■ Fisioterapeuta:

- Valoración del paciente y establecimiento de objetivos de mejoría funcional, de acuerdo con los fines terapéuticos establecidos por el médico.
- Selección y aplicación de técnicas de tratamiento.
- Registro en historia clínica de todas sus actividades.
- Elaboración de informe a la finalización del tratamiento.
- Asesoramiento a los profesionales de enfermería y a los cuidadores formales del paciente.
- Formación continuada con EBAP.
- Análisis y evaluación de las actividades.
- Registro de la actividad.
- Gestión de citas

Características de la atención.

■ Características generales.

- Protocolo de acogida y recepción: presentación del profesional e información.
- Trato personalizado, amable y respetuoso con la persona incluyendo su derecho a la intimidad.
- Información comprensible sobre el proceso que origina la asistencia, explorar las expectativas del paciente e informar sobre los objetivos del tratamiento, las posibilidades de recuperación y las características del tratamiento.
- Homogeneidad en la información que se facilita al paciente en relación a la recibida sobre su proceso.
- Información comprensible sobre la discapacidad y sobre sus posibilidades de recuperación.

- Sensibilidad al dolor que pueda producir la aplicación de alguna técnica de tratamiento.

■ Características técnicas.

- Valoración del paciente y su entorno.
- Aplicación del plan terapéutico del paciente.
- Elaboración de un plan de actividades para el cuidador principal.
- Registro de actividad.
- Elaboración de informe de finalización de tratamiento.

■ Características específicas.

- Tratamientos individuales
 - Número máximo de sesiones: 20, salvo tratamientos protocolizados.
Excepción:
Por nueva indicación del médico rehabilitador tras valoración de los resultados obtenidos. Esta revisión se considerará como una continuación del tratamiento en el caso de que no supere los 7 días naturales posteriores a la finalización del tratamiento. Si supera este período de tiempo se considerará como un nuevo tratamiento, por lo cual, se atenderá a los requisitos establecidos de derivación y de orden de entrada a la sala.
- Tratamientos en grupo.
 - Formación periódica de grupos. Se recomienda un máximo de doce pacientes por grupo y número máximo de sesiones de cinco.
 - En casos de demanda insuficiente, no se esperará un tiempo excesivo a alcanzar un número mínimo de pacientes, bastará con una solicitud para iniciar la atención.

Procedimiento de derivación de pacientes.

■ Derivación desde hospital:

Derivaciones comunes.

- El médico rehabilitador que efectúa la indicación de tratamiento derivará la propuesta al Servicio de Atención al Usuario (en adelante, SAU) del hospital. Éste remitirá, vía fax u otro medio que se considere, la propuesta al SAU del centro de salud donde se ubica la sala, el cual la derivará al médico rehabilitador (de consultoría en centro de salud) o, en su defecto, al fisioterapeuta correspondiente. En caso de fax, el documento original se enviará además por correo.

El tiempo para que la propuesta llegue a la sala no debe ser superior a 48 horas.

- Recibida la propuesta de actuación, el fisioterapeuta informará al SAU del propio centro para que éste comunique a los pacientes la fecha exacta en la que iniciarán el tratamiento. En caso de que no se pueda ofrecer una fecha concreta se le indicará primero una aproximada y posteriormente se le comunicará la definitiva.

El tiempo para que la respuesta llegue al paciente no debe ser superior a 48 horas desde la recepción de la solicitud.

- Una vez finalizado el tratamiento de fisioterapia, se procederá a elaborar el informe de finalización del servicio que se enviará al médico que remite al paciente.

Derivaciones no demorables.

- El SAU, antes de que el paciente abandone el hospital, contactará telefónicamente con el SAU del centro correspondiente, para solicitar la cita para iniciar el tratamiento.
- Si la cita es posible se le indicará al paciente el día y la hora y el lugar a donde debe acudir.

- Si la cita no es posible el SAU del hospital dará a conocer esta situación al rehabilitador del hospital para que este disponga su tratamiento en la sala del hospital.
- Paralelamente a este contacto telefónico, desde el centro de origen se remitirá vía fax la propuesta.

■ **Derivación desde Atención Primaria:**

- Una vez efectuada la propuesta de tratamiento se procederá a su trámite desde el SAU del centro, el cual la derivará al fisioterapeuta correspondiente.
- Recibida la propuesta de actuación, el fisioterapeuta informará al SAU para que este comunique a los pacientes la fecha exacta o aproximada en la que iniciará el tratamiento.

El tiempo para que la respuesta llegue al paciente no debe ser superior a 48 horas.

- Una vez finalizado el tratamiento de fisioterapia, se procederá a elaborar el informe de finalización del servicio que se enviará al médico que remite al paciente.

TRATAMIENTO REHABILITADOR y
FISIOTERAPÉUTICO EN domicilio

Población diana.

Pacientes discapacitados físicos con imposibilidad de traslado a un centro sanitario para tratamiento fisioterapéutico.

Cuidadoras principales de pacientes discapacitados en el entorno familiar.

Criterios de inclusión.

La condición básica que debe reunir el potencial usuario de la atención domiciliaria, consiste en que resida dentro de la zona de actuación de una sala de rehabilitación y fisioterapia. Estas zonas serán definidas por los distritos sanitarios y comunicada a las direcciones de hospitales para su difusión a todos los dispositivos implicados.

■ Tratamiento domiciliario (Grupo 1).

Definición:

Pacientes con déficits susceptibles de reversión total o parcial que necesitan tratamiento fisioterapéutico y pacientes discapacitados con déficits establecidos, susceptibles de incrementar su capacidad funcional con tratamiento fisioterapéutico.

Criterio de adecuación:

El proceso debe estar incluido en el listado de procesos asistenciales susceptibles de tratamiento fisioterapéutico en domicilio (Anexo 3).

Criterios de accesibilidad:

El paciente no puede desplazarse a una sala de rehabilitación por barreras arquitectónicas insalvables.

Criterios de seguridad:

El desplazamiento incrementa los factores de riesgo dada la comorbilidad.

■ Apoyo a la atención a domicilio de la UAF (Grupo 2).

Definición:

Pacientes discapacitados con gran limitación funcional y necesidad de tratamiento postural o movilizaciones para el mantenimiento de su estado físico y calidad de vida.

Criterio de adecuación:

Índice de Barthel <40. (Anexo 2).

Criterios de exclusión.

- Contraindicación del tratamiento fisioterapéutico.
- No consentimiento expreso del paciente en aceptar el tratamiento propuesto.
- No colaboración de la familia y/o cuidadores cuando esta colaboración sea imprescindible para conseguir los objetivos del tratamiento.
- La propuesta de atención no cumple los criterios de inclusión (proceso no incluido en el listado, ausencia de posibilidad de mejoría, ausencia de barreras o de comorbilidad) o no reúne los requisitos exigidos (ausencia de la información mínima necesaria).
- Pacientes discapacitados físicos que pueden ser trasladados a las salas de terapia.

Finalización del Servicio.

- Consecución de los objetivos.
- Estabilización del proceso y ausencia de expectativas de mejoría.
- Proceso intercurrente que contraindique la fisioterapia o ingreso en el hospital.
- Aparición de efectos adversos que superan los efectos beneficiosos.
- Cambio en la situación del paciente que permite que pueda ser trasladado a sala de fisioterapia.
- El cuidador ha sido instruido sobre el manejo del paciente discapacitado.
- Superación del número de sesiones estipuladas.

Remisión de propuestas de tratamiento: Requisitos.

■ Para tratamiento fisioterapéutico (Grupo 1).

Deriva: Médico de familia/médico rehabilitador.

Requisitos:

- Indicación de tratamiento fisioterapéutico por protocolo o a través del médico rehabilitador.
- Cumplimentación del documento de derivación (Anexo 4), que incluye:
 - Datos personales del paciente con domicilio y teléfono de destino al alta.
 - Datos clínicos:
 - Diagnóstico principal.
 - Diagnósticos secundarios.
 - Procedimientos quirúrgicos.
- Propuesta argumentada de necesidad de fisioterapia domiciliaria. La propuesta incluirá una valoración con índice de Barthel y la justificación de la imposibilidad de tratamiento ambulatorio.

■ Para apoyo a la atención a domicilio de la UAF (Grupo 2).

Deriva: Enfermera comunitaria de enlace o en su defecto enfermera de familia.

Requisitos:

- Valoración de enfermería (escalas de valoración: cuestionario para deterioro cognitivo; índice de Barthel para actividades de la vida diaria) diagnóstico, o en su caso, problemas de enfermería.
- Propuesta argumentada por la enfermera de necesidad de intervención del fisioterapeuta.

Características de la atención.

■ Características generales.

Previas a domicilio:

Concertación de cita con el cuidador principal por vía telefónica.

En domicilio:

- Presentación del profesional al paciente y al cuidador principal.
- Trato personalizado, amable y respetuoso con la persona incluyendo su derecho a la intimidad.
- Información comprensible sobre la discapacidad y sobre sus posibilidades de recuperación.
- Sensibilidad ante la posibilidad de técnicas que provoquen dolor.
- Respeto a la privacidad e intimidad.
- Respeto a los valores culturales.

■ Características técnicas:

- Valoración del paciente y su entorno.
- Establecer y aplicar el plan terapéutico del paciente.
- Elaboración de un plan de actividades para el cuidador principal.
- Registro de actividad.
- Elaboración de informe de finalización y sobre recomendaciones de cuidados.

■ Características específicas.

Para tratamiento domiciliario (Grupo 1).

- La atención no debe exceder de tres semanas o 15 sesiones.
- De forma excepcional, la continuación de las sesiones será valorada por los profesionales que atienden al paciente en domicilio.

Para apoyo a la atención a domicilio de la UAF (Grupo 2).

- Visita compartida de fisioterapeuta con enfermera y, preferiblemente, con presencia de cuidador principal.
- La atención no debe exceder las tres sesiones.

Procedimiento de derivación de pacientes.

Detectada una posible atención fisioterapéutica en domicilio, el médico de familia (pacientes grupo 1) o enfermera comunitaria de enlace/enfermera de familia (grupo 2) efectuarán la propuesta que comunicarán al fisioterapeuta de la sala, a través de los circuitos internos que determine el centro.

El fisioterapeuta informará al paciente y cuidadores de cuando se producirá la atención, en un plazo inferior a 48 horas.

Finalizado el periodo de tratamiento o de apoyo previsto, el fisioterapeuta elaborará un informe que remitirá al médico de familia o la enfermera comunitaria de enlace/enfermera de familia.

ORGANIZACIÓN funcional del SERVICIO

Organización funcional del Servicio.

La importancia del Programa de Rehabilitación y Fisioterapia requiere de las direcciones de distritos y hospitales un especial interés en potenciar mecanismos de cooperación y coordinación entre las salas de tratamiento fisioterápico y los servicios de rehabilitación. Éstas deben enmarcarse en los convenios de colaboración establecidos entre ambos niveles asistenciales.

En este sentido, sería recomendable la oferta de consultas de médico rehabilitador en los centros de salud donde existan salas de fisioterapia, al menos una vez por semana. En el caso de imposibilidad de desplazamiento físico, sería imprescindible establecer consultorías telefónicas y, puntualmente, presenciales.

El distrito sanitario debe definir la población a cubrir por el servicio, teniendo en cuenta los siguientes factores:

- Población de la zona básica.
- Atracción de pacientes de zonas cercanas sin salas de fisioterapia.
- Crona máxima recomendable de 20 minutos para tratamiento domiciliario en ZBS con menos de 1 fisioterapeuta por 20.000 habitantes. Crona que podrá ser más amplia en ZBS con razones más elevadas de fisioterapeutas.

■ Organización de la actividad asistencial de los fisioterapeutas.

Conociendo la cobertura y estimando en 1% la población diana susceptible de estos servicios, debe establecerse la organización de la actividad asistencial en función de:

- Tiempo medio aproximado de tratamiento individualizado: 20 minutos.
- Tiempo medio de tratamiento en grupo: 1 hora.
- Crona máxima recomendable para atender a un paciente en domicilio.
- Actividades de promoción y prevención.

En función de lo expuesto, se recomienda que la organización de la jornada laboral debiera distribuirse según los siguientes tramos horarios:

- Cinco horas para tratamiento fisioterápico efectivo.
- Una hora para actividades de formación.
- Una hora para tareas diversas de organización, incluyendo las administrativas.

De forma general, se aconseja que la actividad efectiva de asistencia suponga:

- Domiciliaria: un quinto de la jornada.
- Tratamientos individuales en sala: tres quintos.
- Grupales: un quinto de la jornada.

Todos estos tiempos deberán agruparse de la forma que resulte más eficiente.

Para actividades orientadas a la promoción y prevención, se recomienda emplear el tiempo de atención continuada, modalidad A.

En todo caso, la dirección del distrito ajustará estos tiempos a las características específicas del ámbito territorial y poblacional de cada sala

■ **Gestión de citas.**

Este documento establece el procedimiento para el acceso a los servicios de rehabilitación y fisioterapia (Anexo 5). Los circuitos diseñados deben desarrollarse en función de las necesidades reales de cada centro sin que esto signifique el establecimiento de un circuito alternativo o paralelo al establecido. En este sentido, la constitución de cualquier circuito alternativo será excepcional y limitado en el tiempo, hasta tanto, se resuelven los problemas que pudieran haber justificado su creación. Por tanto, los circuitos internos tienen como finalidad exclusiva potenciar la eficacia del circuito de acceso establecido.

Los responsables de los servicios de atención al usuario deberán organizar, de acuerdo con los fisioterapeutas, la información puntual sobre la agenda de éstos, de tal modo, que estos servicios cuenten con una agenda actualizada diariamente.

La comunicación de cita al paciente o a sus familiares, y todos los trámites administrativos que pudiera conllevar, corresponderá al dispositivo de atención al usuario del centro de salud, salvo en el caso de tratamiento en domicilio, que será el fisioterapeuta quien acuerde la cita con el propio paciente o persona cuidadora.

■ **Gestión del transporte de pacientes.**

Los trámites administrativos para la gestión del transporte sanitario programado se ajustarán a lo establecido en la Resolución del Servicio Andaluz de Salud de 17 de mayo de 2002 (BOJA 69, 13/06/02) y, concretamente, lo dispuesto en su Anexo 5 del PCAP, punto 2 relativo a ordenación funcional (2.4.).

A efectos de facilitar la gestión de estos servicios programados, se deberá tener presente en los acuerdos de colaboración entre distritos y hospitales para que se instaure un circuito interno en los que estén involucrados los servicios de atención al usuario de ambos niveles asistenciales.

En cualquier caso, los trámites que se deriven de este servicio no deben ser asumidos por los usuarios, de tal forma, que la notificación a la empresa para iniciar un servicio corresponderá al SAU.

Para el control de la realización de estos servicios, los fisioterapeutas justificarán la asistencia del paciente a tratamiento de acuerdo con las instrucciones de cumplimentación del P100.

SISTEMA de INFORMACIÓN

Sistema de información.

■ Información clínica (Anexo 4).

Documentos de derivación.

- P111 u Hoja de informe para derivación desde Atención Primaria.
- Hoja de derivación desde Asistencia Especializada.
- Hoja de informe de alta.

Hojas de valoración y seguimiento.

- Identificación del paciente.
- Antecedentes patológicos relacionados con la discapacidad.
- Valoración de la discapacidad y el entorno.
- Proceso discapacitante, principal y secundario (CIE 9-MC).
- Establecimiento de objetivos funcionales.
- Plan de actuación-tratamiento (farmacológico, hábito saludable de vida, fisioterapéutico, ortésicos, ocupacional, comunicación). Codificación de procedimientos. Evaluación al finalizar el tratamiento.
- Registro, evolución y seguimiento.
- Evaluación final.
- Recomendaciones al alta.

■ Actividad asistencial.

Los datos sobre actividad se irán recogiendo con periodicidad mensual y por cada sala de rehabilitación, estando disponibles para su remisión en el momento que se determine en los Servicios Centrales del SAS, al ser la fuente que alimentará el sistema de información, actualmente en fase de diseño. Asimismo, la actividad será registrada en SIGAP como es habitual hasta la fecha.

Datos a recoger.

Comunes.

- Nombre del centro de salud.
- Mes y año.
- Días trabajados: *días hábiles del periodo (mes) de evaluación.*
- Número de fisioterapeutas
- Días al mes con consulta del médico rehabilitador.

Consultas de rehabilitación

- **Consultas médicas de rehabilitación:** primeras y totales

Tratamiento en salas de fisioterapia.

- **Total paciente nuevos** que inician tratamiento individualizado: *Número de pacientes que comienzan tratamiento individualizado en el mes a evaluar.*
- Número de **pacientes diferentes que se encuentran en tratamiento individualizado:** *Se incluye la suma de los pacientes que inician el tratamiento más los pacientes que ya lo reciben en el mes a evaluar.*
- Total **asistencias a tratamiento** que generan los pacientes que se encuentran en tratamiento individualizado: *Se contabilizará el total de asistencias a tratamiento en el periodo a evaluar.*
- **Pacientes nuevos** que se encuentran **pendientes de comenzar tratamiento** el último día del mes: *Se contabilizará los pacientes que están pendientes de iniciar el tratamiento individualizado el día último del mes a evaluar. Diferenciando entre preferentes, no demorables y comunes.*
- Pacientes con tratamiento individualizado que reciben el alta: *Número de pacientes que reciben el **alta** en el mes correspondiente.*

- **Total de pacientes que reciben tratamientos en grupos:** *Se contabilizará en número de pacientes que han asistido a tratamientos en grupo.*
- **Número de grupos diferentes en funcionamiento** en el mes correspondiente.

Tratamiento en domicilio

En este apartado se incluirá toda la actividad domiciliaria.

- **Pacientes nuevos** incluidos en atención domiciliaria: *número de pacientes en atención domiciliaria de rehabilitación en el mes a evaluar.*
- **Número de visitas realizadas:** *total de visitas que generan los pacientes incluidos en atención domiciliaria, desagregando por profesionales (fisioterapeuta, médico rehabilitador).*
- Número de **cuidadores** que reciben formación en el manejo del paciente inmovilizado para prevenir problemas de salud derivados.
- **Pacientes nuevos** que se encuentran **pendientes de comenzar tratamiento en domicilio** el último día del mes: *Se contabilizará los pacientes que están pendientes de iniciar el tratamiento en domicilio el día último del mes a evaluar.*

■ Indicadores.

Actividad (periodicidad mensual)

- Actividad diaria por profesional:

Total consultas médicas de rehabilitación / número de días con consulta de rehabilitación

Total pacientes en tratamiento individualizado en salas / número de días laborables (x nº fisioterapeutas)

Total pacientes en tratamiento domiciliario / número de días laborables (x nº fisioterapeutas). Diferenciando grupo 1 y 2.

Total pacientes nuevos en tratamiento individualizado en salas / número de días laborables(x nº fisioterapeutas)

Total pacientes nuevos en tratamiento domiciliario / número de días laborables(x nº fisioterapeutas).

Total asistencias a tratamiento individualizado en sala / número de días laborables(x nº fisioterapeutas)

Total visitas en domicilio / número de días laborables(x nº fisioterapeutas).

Total pacientes en tratamiento en grupo / nº semanas mes

Total pacientes en tratamiento en grupo / nº de grupos diferentes en funcionamiento.

- Promedio de días de tratamiento por cada paciente

Total asistencias a tratamiento individualizado en sala / Total pacientes.

- Tiempo medio de atención de fisioterapia por asistencia a tratamiento individualizado

(Numero de días laborables x 6 horas(x nº fisioterapeutas) / Total asistencias a tratamiento individualizado

Cobertura (periodicidad trimestral)

- Porcentaje de personas atendidas en relación a la demanda estimada

Salas: $\text{Total pacientes} \times 100 / (\text{Población área} \times 0.01 / 4)$.

Domicilios: $\text{Total pacientes} \times 100 / (\text{Población área} \times 0.0027 / 4)$

Calidad (periodicidad trimestral)

- Razón de inclusión (pendientes / nuevos) en tratamiento individualizado en salas
- Porcentaje de cuidadores instruidos sobre pacientes tratados en domicilio.

ANEXO 1

listado de PROCESOS
(SALAS)

LISTADO DE PROCESOS DE SALAS

1. APARATO LOCOMOTOR.

- Reumatismos inflamatorio.
- Problemas tendinosos en fase subaguda.
- Capsulitis articulares.
- Secuelas de inmovilizaciones cuando su causa es reversible.

2. PATOLOGÍA TRAUMÁTICA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA.

- Lesiones traumáticas, tendinosas, articulares y nerviosas sobre cualquier segmento del aparato locomotor, incluyendo raquis. Siempre en fase subaguda y nunca en fase aguda o crónica.
- Intervenciones ortopédicas en aparato locomotor y sustituciones articulares (siempre en plazos adaptados a las posibilidades de la sala).

3. DESVIACIONES DE RAQUIS.

- Cifosis y escoliosis en la infancia y la adolescencia moderadas o graves que estén en tratamiento ortopédico. Se excluyen las de causa neurológica y las deformidades de raquis de adultos.

4. AMPUTADOS DE MIEMBROS INFERIORES.

5. ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS.

- Accidente vascular cerebral, excepto en fase crónica.
- Procesos neurodegenerativos:
 - Ciclos de tratamientos en reagudizaciones que provoquen problemas sobreañadidos susceptibles de mejoría con rehabilitación.

- Parálisis motora de origen central estabilizada: Cuando aparezcan problemas sobreañadidos susceptibles de mejoría con rehabilitación.
- Sistema nervioso periférico:
 - Lesiones de nervio periférico. No en fase aguda y en tanto existan posibilidades de reinervación o de mejorar la compensación por otros grupos musculares.
 - Lesiones plexo: En tanto existan posibilidades de reinervación o de mejorar la compensación por otros grupos musculares.

6. REHABILITACIÓN INFANTIL.

- Parálisis braquial obstétrica.
- Parálisis cerebral y mielomeningoceles: tras el establecimiento del plan de tratamiento en el hospital, el médico rehabilitador determinará, en las revisiones, los periodos de tratamiento en la sala de acuerdo con el crecimiento y la evolución del paciente.
- Tortícolis congénito en recién nacidos.
- Ortopedia infantil: patología de los pies (metatarso varo y pies zambos).
- Estimulación precoz en retrasos psicomotores, leves o moderados (Escuela de Padres).

7. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.

- Reeduación respiratoria y adaptación al esfuerzo de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada o leve.

- Continuación del tratamiento de pacientes con EPOC grave, cuando haya realizado la primera fase de tratamiento rehabilitador en el hospital y, el especialista que dirige la rehabilitación, considere que puede continuar el tratamiento en domicilio.

8. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

- Linfedemas postmastectomía no cronificados.

(La incorporación de nuevos procesos a la Cartera de Servicios se adecuará a los recursos humanos y materiales de la sala, a criterio del equipo de rehabilitación y con la aprobación de la Subdirección General de Coordinación de Salud. La rehabilitación cardiaca es un ejemplo de procesos cuya incorporación requiere que se den especiales condiciones. Para la inclusión se valorarán las posibilidades de revertir o compensar los déficits y la evidencia científica a favor de la efectividad del tratamiento fisioterapéutico. En caso de que un tratamiento fisioterapéutico de uso clínico arraigado carezca de evidencias a su favor, se considerará la no existencia de dudas razonables sobre su efectividad).

ANEXO 2

ÍNDICE DE BARTHEL

ÍNDICE DE BARTHEL

En la situación en que se encuentra actualmente dígame que cosas es capaz de hacer.

ALIMENTACIÓN

- 10 puntos si capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance)
- 5 puntos necesita ayuda
- 0 necesita ser alimentado

BAÑO

- 5 puntos si capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera
- 0 puntos si necesita cualquier ayuda

VESTIDO

- 10 INDEPENDIENTE, se abrocha botones, se ata zapatos.....
- 5 NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas, habitualmente
- 0 DEPENDIENTE, necesita mucha ayuda

ASEO

- 5 INDEPENDIENTE, se peina, se afeita, se lava los dientes...
- 0 NECESITA ALGUNA AYUDA

RETRETE

- 10 INDEPENDIENTE. Entra y sale del retrete, se limpia..., puede usar ayudas técnicas
- 5 NECESITA AYUDA
- 0 DEPENDIENTE, incapaz de manejarse sin asistencia

DEFECACIÓN

- 10 CONTINENTE E INDEPENDIENTE, usa solo el supositorio o el enema...
- 5 ALGUNA DEFECACION NO CONTROLADA
- 0 INCONTINENTE (o necesita que le suministren el enema)

MICCIÓN

- 10 CONTINENTE
- 5 ESCAPE OCASIONAL, usa los dispositivos por sí mismo
- 0 INCONTINENTE

DEAMBULACIÓN

- 15 INDEPENDIENTE, al menos 50 metros sólo, vale que use bastón o muleta
- 10 NECESITA AYUDA, supervisión física o verbal, andador, al menos 50 metros
- 5 SILLA DE RUEDAS. INDEPENDIENTE, 50 metros, capaz de girar esquinas
- 0 NO SE DESPLAZA SOLO

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

- 10 INDEPENDIENTE
- 5 NECESITA AYUDA física o verbal
- 0 INCAPAZ

TRANSFERENCIA (TRASLADO ENTRE SILLA Y CAMA O VICEVERSA)

- 15 INDEPENDIENTE
- 10 NECESITA AYUDA, POCA (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal)
- 5 NECESITA AYUDA, MUCHA (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado
- 0 INCAPAZ, NO SE MANTIENE SENTADO

ANEXO 3

listado de PROCESOS
(domicilio)

LISTADO DE PROCESOS EN DOMICILIO

1. APARATO LOCOMOTOR.

- Artritis reumatoide (excluyendo fase de agudización de la inflamación).
- Espondilitis anquilosante (excluyendo fase de agudización de la inflamación).
- Problemas tendinosos en fase subaguda.
- Capsulitis articulares.
- Secuelas de inmovilizaciones cuando su causa es reversible.

2. PATOLOGÍA TRAUMÁTICA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA.

- Lesiones traumáticas, tendinosas, articulares y nerviosas sobre cualquier segmento del aparato locomotor, incluyendo raquis. Siempre en fase subaguda y nunca en fase aguda o crónica.
- Intervenciones ortopédicas en aparato locomotor y sustituciones articulares.

3. AMPUTADOS DE MIEMBROS INFERIORES.

4. ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS:

- Accidente vascular cerebral, excepto en fase crónica.
- Procesos neurodegenerativos:
- Ciclos de tratamientos en reagudizaciones que provoquen sobreañadidos susceptibles de mejoría con rehabilitación.
- Parálisis motora de origen central estabilizada: Cuando aparezcan problemas sobreañadidos susceptibles de mejoría con rehabilitación.
- Sistema nervioso periférico:
 - Lesiones de nervio periférico. No en fase aguda y en tanto existan posibilidades de reinervación o de mejorar la compensación por otros grupos musculares.
 - Lesiones plexo: En tanto existan posibilidades de reinervación o de mejorar la compensación por otros grupos musculares.



5. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.

- Reeduación respiratoria y adaptación al esfuerzo de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada o leve.
- Continuación del tratamiento de pacientes con EPOC grave, cuando haya realizado la primera fase de tratamiento rehabilitador en el hospital y, el especialista que dirige la rehabilitación, considere que puede continuar el tratamiento en domicilio.

6. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

- Linfedemas postmastectomía no cronificados.

ANEXO 4

información clínica

Contenido de la información clínica:

- Solicitud de tratamiento.
- Historia de fisioterapia:
 - Hoja de datos de identificación.
 - Hoja de valoración.
 - Hoja de plan de actuación.
 - Hoja de seguimiento y evolución.
 - Informe de alta.

HOJA DE SOLICITUD DE TRATAMIENTO

DATOS PERSONALES

Apellidos y nombre _____

Domicilio (datos completos) _____

NUSS

NAF

Fecha nacimiento __/__/____

Telf. Contacto

Persona de contacto _____

Centro Sanitario _____

Servicio _____ N. Hª _____

Médico que remite _____ teléfono _____

Prioridad: Normal Preferente No demorable

Medio de transporte autorizado: SI NO Transporte autorizado: Ambulancia

Colectivo

Fecha de revisión: _____ Tratamiento individual Tratamiento en grupo

Listado de Procesos para Tto. individual	S	D	S= Tto. En sala D= tto. En domicilio	S	D
1.-Reumatismos Inflamatorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.3.-Parálisis motora central. Problemas sobreañadidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1.-Artritis Reumatoide (excluida la fase aguda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.4.-Sistema nerviosos periférico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.-Espondilitis Anquilosante (excluida la fase aguda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.4.1.-Lesiones de nervio periférico, susceptible de mejora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3.-Problemas tendinosos (en fase subaguda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.4.2.-Lesiones plexo, susceptible de mejora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4.-Capsulitis Articulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.-Rehabilitacion Infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5.-Secuelas de Inmovilizaciones (causa reversible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.1.-Parálisis braquial obstétrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.-Patología Traumática y Cía. Ortopédica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.2.-Parálisis cerebral y mielomeningoceles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.-Lesiones traumáticas en fase subaguda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.3.-Torticolis congénita en recién nacidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.-Cía. ortopédica en ap. locomotor y sust. articulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.4.-Ortopedia infantil (metatarso, varo y pies zambos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.-Desviaciones de Raquis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.5.-Estimulacion precoz en retrasos psicomotores (esc. de padres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1.-Cifosis y escoliosis en Tto. ortopédico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.-Enfermedades respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.-Amputados de miembros inferiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.1.-Reeducacion u adaptación al esfuerzo en pacientes con EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.-Enfermedades neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.2.-Continuacion del tratamiento de pacientes con EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1.-Accidente vascular cerebral (excluida la fase crónica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.-Enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.-Procesos neurodegenerativos tto reagudizaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.1.-Infedema postmastectomía no cronicados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROCESO DISCAPACITANTE PRINCIPAL (CIE9):

PROCESO QUE ORIGINA LA DEMANDA (CIE9):

PROCEDIMIENTO QUE ORIGINA LA DEMANDA (CIE9):

ÍNDICE DE BARTHEL:

MINI-MENTAL:

(HOJA DE SOLICITUD DE TRATAMIENTO - reverso -)

RESUMEN CLÍNICO Y VALORACIÓN
OBJETIVOS
ESPECIFICACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO. ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES



HISTORIA CLÍNICA. REHABILITACIÓN / FISIOTERAPIA

DATOS PERSONALES

Apellidos y nombre _____	
Domicilio (datos completos) _____	
NUSS <input type="text"/>	NAF <input type="text"/>
Fecha nacimiento __/__/____	Telf. Contacto <input type="text"/>

Cuidador principal _____

Centro de Salud _____ Localidad _____

Médico Familia _____ N. Hº centro salud _____

Solicitud de inclusión en tratamiento:

- Médico de Familia
- Enfermera de Enlace Comunitario
- Médico Especialista Hospital
- Médico Rehabilitador

Fecha de solicitud __/__/____

Fecha valoración __/__/____

Especialidad: _____

Nº.Hº Hospital: _____

Tratamiento sala G1 G2

Resultado valoración - Inclusión: SÍ NO

Tto domicilio G1 G2

Fecha de comunicación con el usuario o familia: __/__/____

M. Rehabilitador: _____

Fisioterapeuta: _____



PACIENTE:	NºHª C.S.	NHª HOSPITAL
-----------	-----------	--------------

ANTECEDENTES	(Relacionados con la discapacidad y con el proceso que origina la demanda)
Tto fisioterápico previo:	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En misma sala:	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Por mismo motivo:	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Atención a accidente:	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tipo de accidente:	
Trabajo	<input type="checkbox"/>
Tráfico	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>
Situación laboral:	
Activo	<input type="checkbox"/>
Paro	<input type="checkbox"/>
I.T.	<input type="checkbox"/>
Trámite Incapacidad	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>

VALORACIÓN INICIAL
FÍSICA





PACIENTE:	NºHª C.S.	NHª HOSPITAL
-----------	-----------	--------------

<p><u>FUNCIONAL</u></p> <p>ÍNDICE DE BARTHEL:</p>	
<p>COGNITIVA</p> <p>MINI-MENTAL:</p>	
<p>DE LOS CUIDADORES Y DEL ENTORNO</p> <p>SE IDENTIFICA CUIDADOR PRINCIPAL: SÍ <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>NIVEL DE ESTUDIOS DEL CUIDADOR:</p> <p>1) Analfabetismo</p> <p>2) Leer y escribir</p> <p>3) Estudios primarios</p> <p>4) Estudios secundarios</p> <p>5) Estudios universitarios</p> <p><input type="checkbox"/></p>	

	DENOMINACIÓN	CIE-9
PROCESO DISCAPACITANTE PRINCIPAL		
PROCESO DISCAPACITANTE SECUNDARIO		
PROCESO QUE ORIGINA LA DEMANDA 1		
PROCESO QUE ORIGINA LA DEMANDA 2		
PROCEDIMIENTO QUE ORIGINA LA DEMANDA		
FILIACIÓN DEL PROCESO		

HOJA DE SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

PACIENTE:		NºHª C.S.		NHª HOSPITAL	
FECHA/PROFESIONAL		OBSERVACIONES:			
Asistencia	Falta	Falta justificada	Descanso	Revisión	Ausencia fisioterapeuta.
Asistencia	Falta	Falta justificada	Descanso	Revisión	Ausencia fisioterapeuta.
Asistencia	Falta	Falta justificada	Descanso	Revisión	Ausencia fisioterapeuta.
Asistencia	Falta	Falta justificada	Descanso	Revisión	Ausencia fisioterapeuta.
Asistencia	Falta	Falta justificada	Descanso	Revisión	Ausencia fisioterapeuta.
Asistencia	Falta	Falta justificada	Descanso	Revisión	Ausencia fisioterapeuta.
Asistencia	Falta	Falta justificada	Descanso	Revisión	Ausencia fisioterapeuta.
Asistencia	Falta	Falta justificada	Descanso	Revisión	Ausencia fisioterapeuta.
TOTALES: Fecha alta: TIEMPO DE ESPERA HASTA INICIO DEL TRATAMIENTO: días.					
Asistencia	Falta	Falta justificada	Descanso	Revisión	Ausencia fisioterapeuta.

INFORME DE FINALIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Apellidos y nombre _____	
Domicilio (datos completos) _____	
NUSS <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	NAF <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Fecha nacimiento __/__/____	Telf. Contacto <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>

Centro de Salud _____ Localidad _____

Médico Familia _____ N. Hª centro salud _____

Médico que indicó el tratamiento: _____

FISIOTERAPEUTA: _____ Telf.

Tto en Sala G1 G2 Tto Domicilio G1 G2

FECHA INICIO TTO: _____					
FECHA DE ALTA: _____	TIEMPO DE ESPERA HASTA INICIO DEL TRATAMIENTO: _____ días.				
Asistencia <input type="checkbox"/>	Falta <input type="checkbox"/>	Falta justificada <input type="checkbox"/>	Descanso <input type="checkbox"/>	Revisión <input type="checkbox"/>	Ausencia fisioterapeuta. <input type="checkbox"/>

TÉCNICAS APLICADAS	
<input type="checkbox"/> Cinesiterapia <input type="checkbox"/> Poleo-mecanoterapia <input type="checkbox"/> Hidroterapia <input type="checkbox"/> Masoterapia <input type="checkbox"/> Otras	<input type="checkbox"/> Termo-Electroterapia: <input type="checkbox"/> Ultrasonidos <input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> Electroestimulación <input type="checkbox"/> Termoterapia

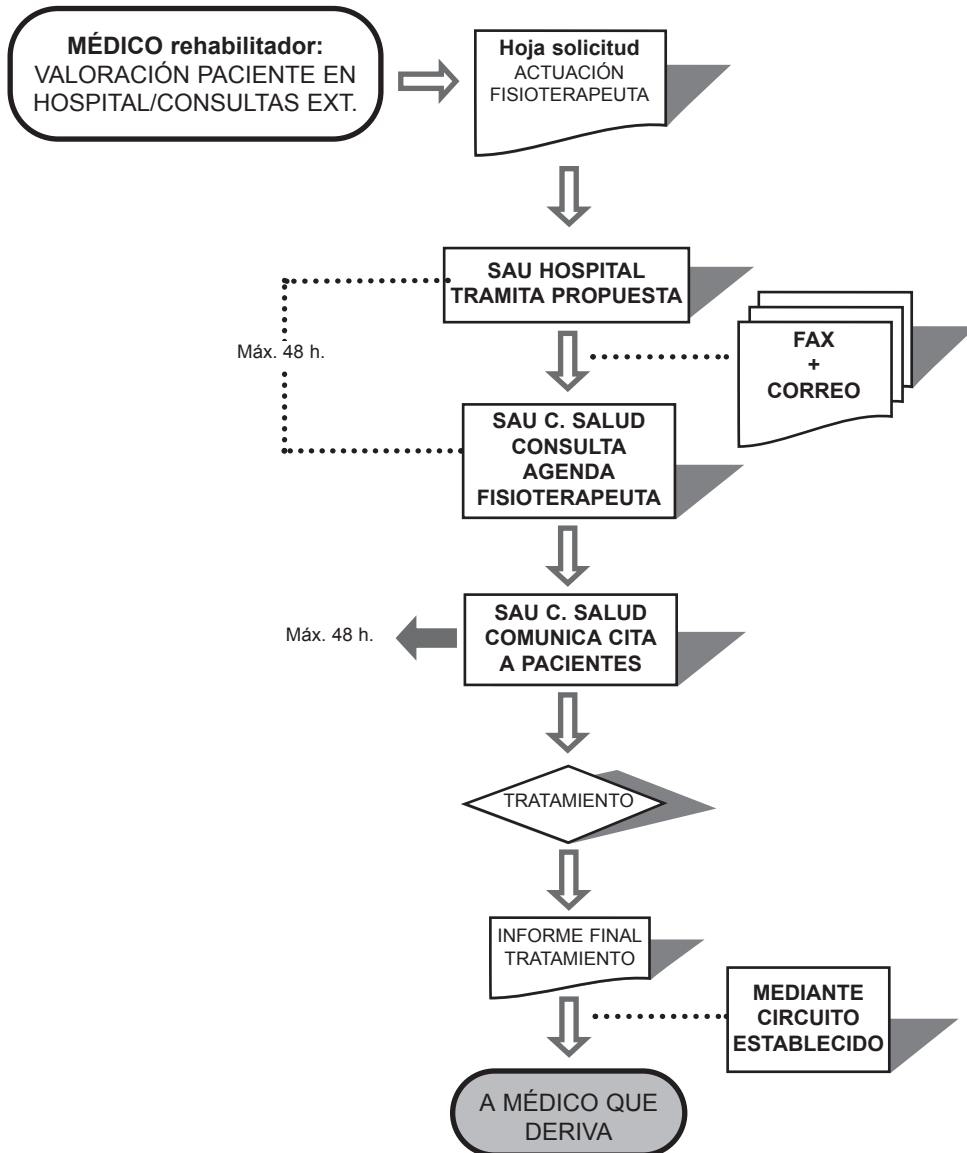
INFORME



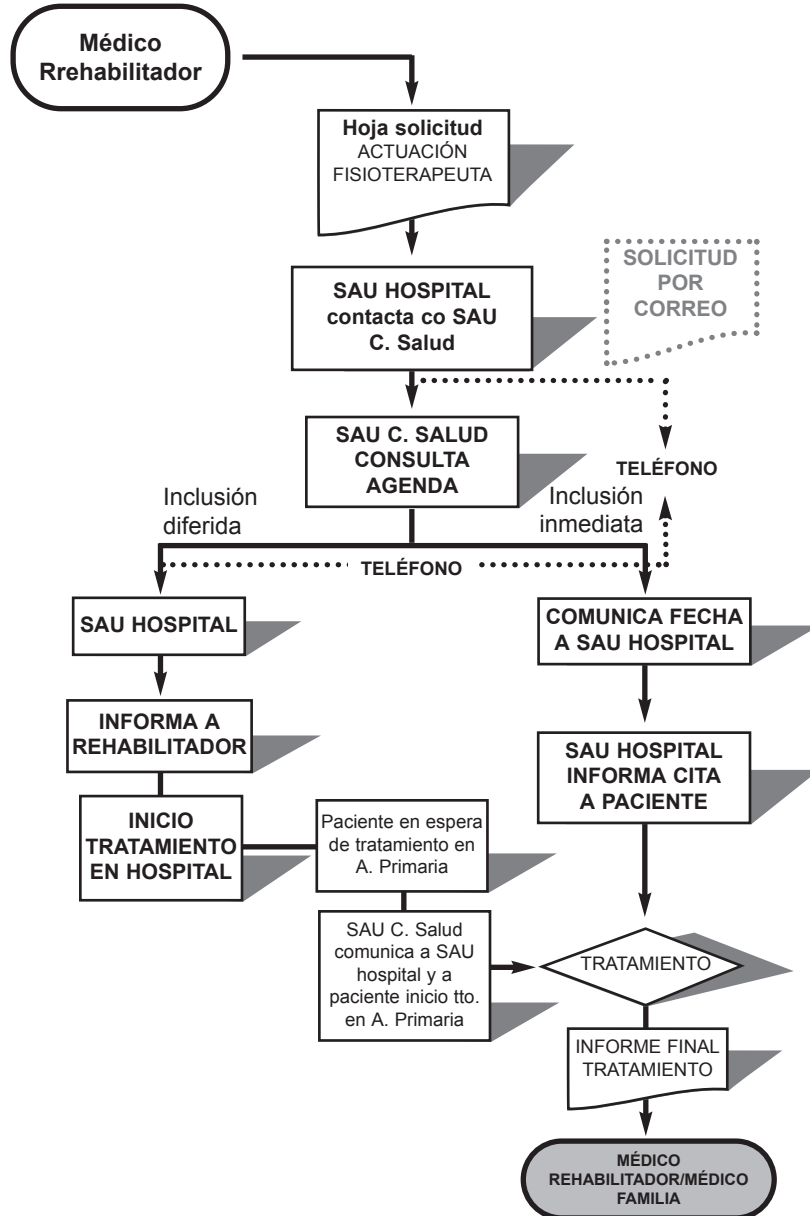
ANEXO 5

flujoGRAMA

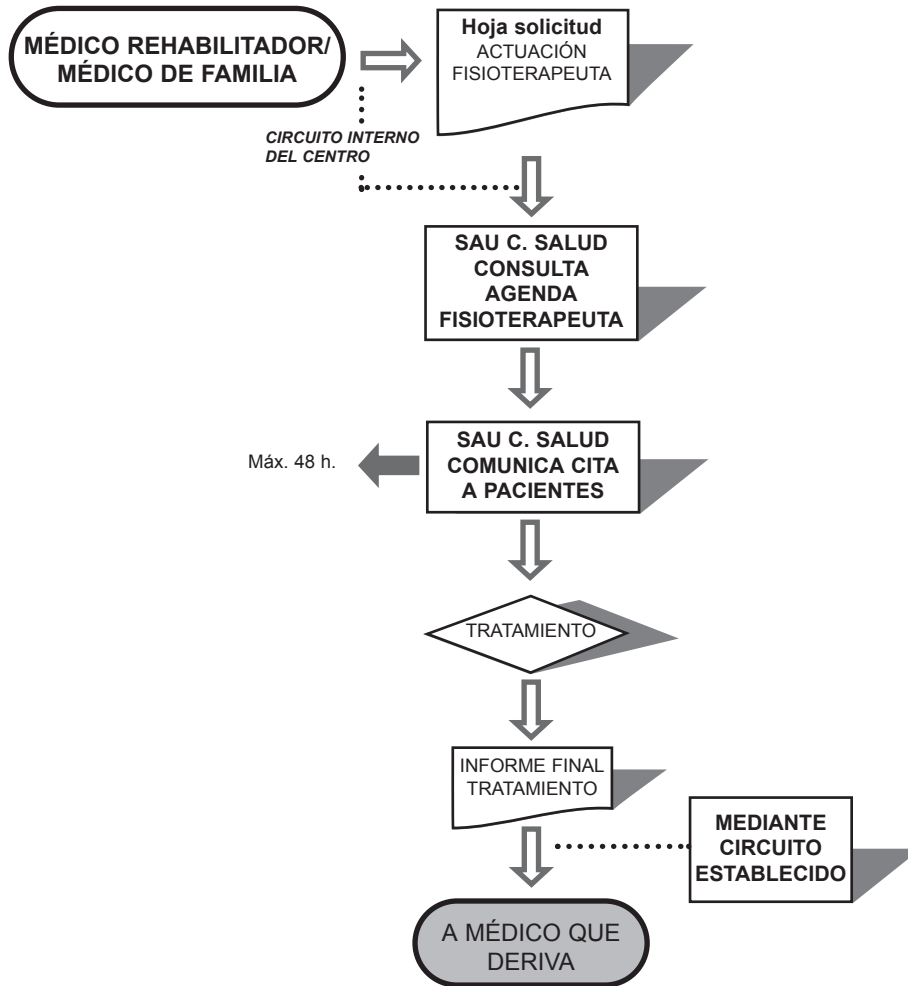
Derivaciones comunes desde hospital



Derivaciones no demorables desde hospital

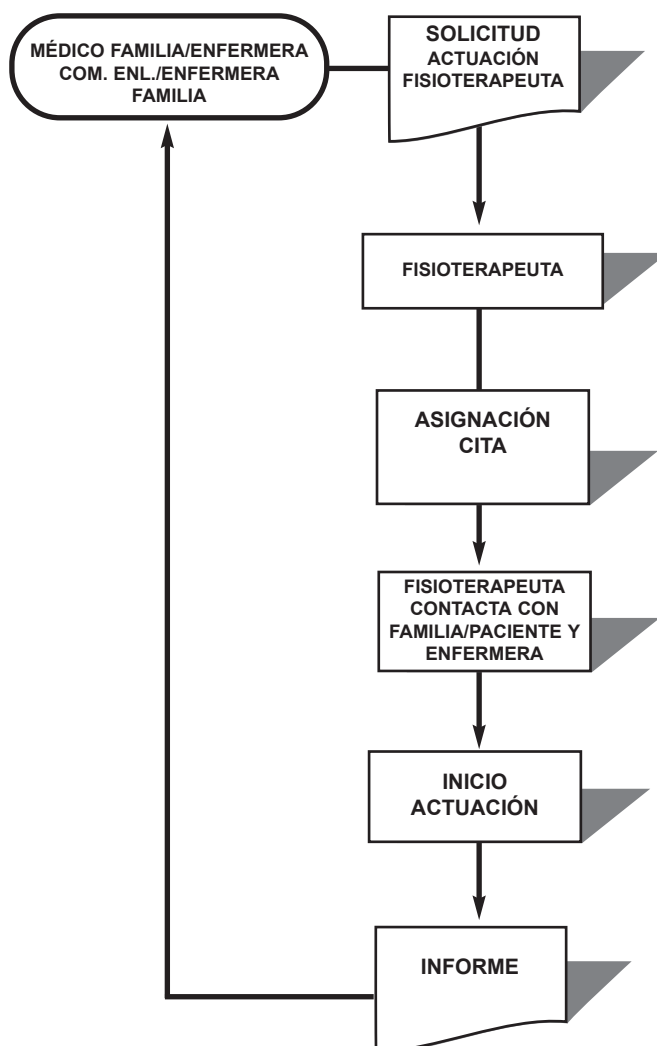


Derivaciones a sala desde A. Primaria




Atención en domicilio con enfermería

PACIENTES GRUPO G-2



Bibliografía.

1. SAS. Plan Estratégico. Cartera de Servicios de Atención Primaria. 2000.
2. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado: Fractura de Cadera en el Anciano. 2002.
3. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado: Demencias. 2001.
4. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado: Ataque Cerebro Vascular.
5. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado: EPOC.
6. INSALUD. Dirección General de Atención Primaria y Especialidad. Concierto Marco para Procedimientos Terapéuticos de Rehabilitación. 2000.
7. INSALUD. Sistema de Información de Asistencia Especializada: Manual de Explotación. 2001.
8. SAS. Sistema de Información para la Gestión de Atención Primaria. 2000.
9. Cid-Ruzafa, J.; Damián-Moreno, J. Valoración de la Discapacidad Física: El índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Pública, 71, 122-137. 1997.
10. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning. Pilot Edition. 1998.
11. Servicio Andaluz de Salud. Estrategia de mejora para la atención rehabilitadora y fisioterapéutica en Andalucía. (Borrador, versión 21/05/02).
12. Servicio de Andaluz de Salud. Estrategia de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía.
13. Megens A, Harris S R. Physical therapist management of lymphedema following treatment for breast cancer: a critical review of its effectiveness. Physical Therapy 1998, 78(12), 1302-1311. 1998.
14. Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for neck pain. Phys.Ther. 2001; 81:1701-17.
15. Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions: overview and

- 
- methodology. *Phys. Ther.* 2001; 81:1629-40.
16. Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for shoulder pain. *Phys. Ther.* 2001; 81:1719-30.
 17. Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for knee pain. *Phys. Ther.* 2001; 81:1675-700.
 18. Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain. *Phys. Ther.* 2001; 81:1641-74.
 19. Aker PD, Gross AR, Goldsmith CH, Peloso P. Conservative management of mechanical neck pain: systematic overview and meta-analysis. *BMJ* 1996; 313:1291-6.
 20. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ* 2001; 332:1511-5.
 21. Sarmiento V, Urrutia F. Valoración de la accesibilidad al tratamiento rehabilitador en el área del Hospital de Baza. *Rehabilitación* 1999; 33:10 -3.
 22. Van Tulder M, Malmivaara A, Esmail R, Koes B. Exercise therapy for low back pain: a systematic review within the framework of the cochrane collaboration back review group. *Spine* 2000; 25:2784-96.

Autores

Alcalde Pérez, Antonio.- FEA de Rehabilitación.
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Cabrera Castillo, M^a José.- Directora Asistencial.
Distrito Sanitario Granada.

de Orta Santiago Julia.- Técnico de Gestión.
Servicios Centrales. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

Gálvez Chica, Rafael.- Responsable Unidad de Gestión
Provincial.
Delegación de Salud de Málaga.

Hidalgo Maroto, Marta.- Fisioterapeuta.
Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz.

Luna Cabrera, Francisco.- FEA de Rehabilitación.
Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga).

Madrazo Osuna, Fernando.- Jefe de Servicio de
Rehabilitación.
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla.

Moreno Castro, Francisco.- Enfermero.
Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz.

Ortiz Castro, Rosario.- Técnico de Gestión.
Servicios Centrales. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

Ortiz de Andrés, Alberto.- Fisioterapeuta.
Distrito Sanitario Granada Sur. Órgiva (Granada).

Pérez García, Simón.- Fisioterapeuta.
Distrito Sanitario Granada Sur. Órgiva (Granada).

Sarmiento González -Nieto, Víctor.- Técnico de Gestión.
Servicios Centrales. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

Tarilonte Delgado, M^a Ángeles.- Médico de Familia.
Distrito Sanitario Aljarafe. Sevilla.