

2009  
V3



XUNTA DE GALICIA  
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO  
GALEGO  
de SAÚDE

GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

SUBDIRECCIÓN XERAL DE CALIDADE E PROGRAMAS ASISTENCIAIS  
DIVISIÓ N DE ASISTENCIA SANITARIA

# GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

SERVIZO GALEGO DE SAÚDE

ABRIL 2009



## INDICE

- 1. INTRODUCCIÓN. CRITERIOS XERAIS DE ATENCIÓN DENDE AS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA (UFAP)**
- 2. XUSTIFICACIÓN. SITUACIÓN DE PARTIDA**
- 3. PROPOSTAS DE MELLORA**
- 4. ACTIVIDADES DO/A FISIOTERAPEUTA DE ATENCIÓN PRIMARIA**
- 5. XESTIÓN DA AXENDA/AXENDA DE CITAS NAS UFAP**
- 6. EQUIPAMENTO DAS UFAP**
- 7. PROTOCOLO DE DERIVACIÓN XERAL NAS UFAP**
- 8. PROTOCOLO DE GONARTROSE**
- 9. PROTOCOLO DE COXARTROSE**
- 10. PROTOCOLO DE ALTERACIÓNS DA RAQUE**
- 11. PROTOCOLO DE DORSALXIAS**
- 12. PROTOCOLO DE LUMBALXIAS**
- 13. PROTOCOLO DE CERVICALXIAS**
- 14. PROTOCOLO DE ESCORDADURA DE NOCELLO**
- 15. PROTOCOLO DE OMBRO DOLOROSO**
- 16. INFORME DE FISIOTERAPIA**

# 1. INTRODUCCIÓN. CRITERIOS XERAIS DE ATENCIÓN DENDE AS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA (UFAP)

---

A Atención Primaria debe darlle resposta ás necesidades e problemas de saúde da comunidade que atende e desenvolver non só actividades asistenciais, senón tamén actividades de promoción da saúde e de prevención da enfermidade.

Esta atención integral ao/á usuario/a desenvólvese dende a **Lei 14/1986**, do 25 de abril, **Xeral de Sanidade**, coa última modificación que tivo lugar na **Lei 62/2003**, do 30 de decembro, sobre medidas fiscais, de orden social e administrativas) onde se promulga que dentro das competencias das administracións públicas en materia de saúde están as de promover accións necesarias para a rehabilitación funcional e a reinserción social do/a usuario/a.

Posteriormente o **Real decreto 63/1995**, do 20 de xaneiro, de Ordenación das Prestacións Sanitarias do Sistema Nacional de Saúde foi modificado pola **Lei 16/2003**, de 28 de maio, de **Cohesión e Calidade** do sistema nacional de saúde, aplicación que aquí en Galicia lle corresponde á **Lei 7/2003**, de 9 de decembro, de Ordenación Sanitaria de Galicia (**LOGSA**) e que regulaba a carteira de servizos comúns para todos/as usuarios/as que están dentro do Sistema Nacional de Saúde, mencionándose a rehabilitación básica.

Recentemente na publicación do **Real decreto 1030/2006**, de 15 de setembro, polo que se establece a **Carteira de Servizos Común do Sistema Nacional de Saúde** e o procedemento para a súa actualización, sinalase dentro da carteira de servizos que debe ofrecer a Atención Primaria á rehabilitación básica e ás medidas de fisioterapia indicadas polos facultativos que exercen neste ámbito da Sanidade Pública.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

---

O Equipo de Atención Primaria é a unidade básica e fundamental para a realización de todas as actividades necesarias para o coidado da saúde da poboación que ten o seu cargo.

Para alcanzar o máximo desenvolvemento do coidado da saúde, o Equipo de Atención Primaria conta coa existencia de profesionais especialmente formados en determinados ámbitos socio-sanitarios, entre os que se encontra a figura do/a fisioterapeuta na Atención Primaria (**Lei 44/2003**, do 21 de novembro, de Ordenación das Profesións Sanitarias).

Para definir e establecer liñas homoxéneas de organización e funcionamento deste/a profesional no ámbito da Atención Primaria, e tendo en conta as referencias lexislativas que se mencionaron no anterior parágrafo, expóñense as seguintes normas:

1. Para prestar una **atención integral da saúde**, as xerencias de Atención Primaria porán en marcha actividades fisioterapéuticas para a poboación da súa área sanitaria. En cada área e para cada SAP en concreto, analizaranse as necesidades de saúde existentes e os recursos dispoñibles para fixar as actividades que se van realizar, establecendo obxectivos alcanzables e estratexias concretas para levalas a cabo.

**O fundamento básico da actividade asistencial do fisioterapeuta de A. Primaria é colaborar no manexo dos problemas de saúde nos que poida intervir, que captados e diagnosticados neste nivel asistencial pódense resolver cos recursos humanos e materiais existentes.**

2. Para o desenvolvemento das actividades fisioterapéuticas, a poboación adscrita á dita Unidade de Fisioterapia de Atención Primaria (UFAP) conta coa figura do/a fisioterapeuta de Atención Primaria (FAP), profesional formado especificamente neste campo. Disporán de **protocolos de derivación** das patoloxías de maior prevalencia, con criterios de inclusión e de exclusión, no manexo da poboación que debe ser tratada nas Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria (UFAP).

**Os protocolos serán os que marquen a actividade da fisioterapia nos centros de saúde.**



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

3. Para a realización destas actividades deberanse ter en conta unha **distribución horaria** acorde cos principios e o espírito da Atención Primaria. Así dedicarán a **labor asistencial** en consulta de Fisioterapia e a sala de Fisioterapia un máximo de 70-80% do horario laboral mentres que un mínimo do 20-30% dedicaranse a **labores administrativos de xestión, promoción, prevención, formación e investigación**.

4. Para a dotación das prazas de Fisioterapia de AP terase en conta o **Plan de Mellora de AP 2007-2011**, que propón ratios dun fisioterapeuta por cada 10-15.000 habitantes.

Ademais promoveranse estudos periódicos para a **adecuar as ratios** ás necesidades cambiantes de saúde da poboación.

**O Fisioterapeuta de AP poderá ter adscritas unha ou varias UAP**, xeograficamente próximas, e con boa accesibilidade entre elas. No caso de que algún SAP non dispoña das instalacións necesarias para a prestación dos coidados fisioterapéuticos, considerarase como unidade de referencia aquela do centro mais próximo que conte con elas.

5. O Fisioterapeuta de AP **dependerá para todos os efectos do xefe de Servizo de AP**, que dependerá da **Xerencia de Atención Primaria**. Será a Xerencia de AP a encargada de nomear un **Coordinador de Fisioterapia de Área de Atención Primaria**, que será a/o fisioterapeuta responsable da organización e planificación das actividades de fisioterapia da acordo cos protocolos y coas normas de funcionamento establecidas. Por iso, considerase indispensable a creación e recoñecemento desta figura. Este grupo de traballo pensa que debería depender da **Dirección Asistencial das Xerencias**, ao igual que outras unidades de apoio (Decreto 200). Aínda que cada Xerencia disporá de capacidade de decisión para a súa organización .

Os órganos de dirección das distintas áreas deberán ter en conta a opinión e participación dos/as fisioterapeutas en todos aqueles temas que lles afecten, **participando o coordinador de fisioterapia ou outro representante nomeado** por el nos grupos de traballo, sempre de acordo coa xerencia da dita área.

## 2.- XUSTIFICACIÓN

A situación das UFAP nas distintas Areas Sanitarias da Comunidade Galega podemos describila dicindo que temos **TRES MODELOS DE ATENCIÓN FISIOTERÁPICA:**

- 1.1) Unha Área Sanitaria atende unha maioría (80-90%) de derivacións de AP fronte a unha minoría (10-20 %) de derivacións de AE
- 1.2) Unha outra Area Sanitaria atende as derivacións de AP e de AE a un 50%,
- 1.3) O resto das Areas Sanitarias atenden fundamentalmente derivacións dos Servizos de Rehabilitación.

Outra observación que se extrae dos datos asistenciais da Area Sanitaria onde a maioría dos usuarios de Fisioterapia son derivados dende A. Primaria é que existe unha porcentaxe importante de consultas (10-20%), entre primeiras consultas e atencións urxentes, que se poderían resolver na mesma consulta da Unidade, sen necesidade de pasar a tratamento na sala de Fisioterapia do Centro de Saúde

As medias de atención ós usuarios con patoloxía dexenerativa crónica veñen sendo de 10 sesións (maioría das derivacións de AP) mentres que a patoloxía pos -cirúrxica e demais patoloxías derivadas de AE (como por Ex. prótese de xeonllo) veñen sendo de 20-30 sesións aproximadamente ( as veces poden prolongarse ata un máximo de 30 sesións - 2 meses- ).

Na comunidade de Madrid, ata o ano 2002, non se tiña en consideración á fisioterapia en atención primaria por que se descoñecían os problemas que atendía, presentaba un déficit de salas por área sanitaria, unha mala accesibilidade, os/as médicos/as de familia eran pouco coñecedores das técnicas utilizadas en fisioterapia e polo tanto persoal non autorizado para indicar tratamentos, ademais de presentar unha mala coordinación entre os facultativos de atención primaria e os fisioterapeutas. Dende o ano 2002, as UFAP ofrecen solucións a baixo custo, teñen poucos ou case ningún efecto secundario, atenden problemas de saúde moi prevalentes, son un instrumento terapéutico mais o alcance do usuario e aforran tratamento medicamentoso.

Outras autonomías coma a Comunidade Andaluza organizan o traballo nas UFAP de maneira compartida entre rehabilitadores/as, que pasan consulta

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

dentro delas, e os/as fisioterapeutas, sendo a procedencia das derivacións de ámbolos dous niveis asistenciais. Para iso, dispoñen dunha guía de protocolos e procedementos comúns para os dous niveis asistenciais á hora de realizar unha derivación a unha UFAP para establecer unha cita.

Galicia presenta un déficit de salas e de persoal nas UFAP. Esta situación está contemplada no Plan de Mellora de AP 2007-2011, que incorporará na atención primaria aos fisioterapeutas, hasta cifras dun fisioterapeuta por cada 10-15.000 usuarios.

AREAS	UFAP	Fisioterapeutas	Población	POB/UFAP	POB/Fisiot	Cents/SAP	Centros/UFAP
Coruña	8	23	549.215	68.651	23.878	29	3.6
Santiago	10	17	383.385	38.338	22.552	19	1.9
Ferrol	5	11	193.935	38.787	17.630	14	2.8
Lugo	8	12	344.652	43.081	28.721	23	2.8
Ourense	10	11	332.770	33.277	30.251	20	2
Pontevedra	6	12	368.659	61.443	30.721	16	2.6
Vigo	7	16	578.250	82.607	36.140	21	3

**NOTA:** Os valores iran variando na medida en que se vaian incorporando novos Fisioterapeutas e/ou se vaian engadindo novas salas de Fisioterapia nas distintas Xerencias.



## 3. PROPOSTAS DE MELLORA DA FISIOTERAPIA DE AP EN GALICIA

### I. SEGUNDO A ISOCRONA ATA O HOSPITAL

1.- Establécese dende o Grupo de traballo de Fisioterapia a proposta de que tódalas UFAP que estean abertas ou se abran de novo nas Áreas Sanitarias onde non se estean derivando pacientes directamente dende AP (por que non existan Salas de Fisioterapia nos Centros de Saúde, como pasa en cidades coma Vigo, Ferrol, Pontevedra,..) e teñan unha isócrona menor de 30 minutos dun Complexo Hospitalario con Servizo de Rehabilitación de referencia, estas salas deberán de atender unhas porcentaxes de derivación maioritariamente dende atención primaria (en torno a un 80-90%).

2.- Naquelas Areas Sanitarias que deriven porcentaxes iguais ou maiores do 50-60% dende Atención Primaria, deberán seguir traballando na mesma liña

3.- Tódalas demais UFAP que estean mais lonxe desa isócrona, pasarán a traballar nunhas proporcións de derivación de 50-60% das derivacións dende AP e 40-50 % de derivacións dende AE.

As derivacións que se fagan as UFAP en ambulancia, serán de pacientes que poidan ir en transporte colectivo e deberán de cumprir os criterios de inclusión do protocolo de derivación, descrito no tema 7.

### II.- NUMERO DE SESIÓNS SEGÚN PROCEDA DE AP/AE

1.- **NA PORCENTAXE DE DERIVACIÓNS QUE SE ADMITIRÁN DE AP,** darase un máximo de 15-20 sesións de Fisioterapia continuadas habitualmente, salvo excepcións e segundo protocolo.

2.- **NA PORCENTAXE DE DERIVACIÓNS QUE SE ADMITIRÁN DE AE,** darase un nº máximo de 15-20 sesións continuadas por paciente non neurolóxico e por ano e 30 sesións continuadas (2 meses máximo) os pacientes neurolóxicos por ano habitualmente, **salvando excepcións e segundo os protocolos** (Isto será un dos puntos que haberá que acordar cos Servizos de Rehabilitación de referencia de cada Área Sanitaria)





## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

---

Admitiranse un número máximo de 2 doentes neurolóxicos por fisioterapeuta, dependendo das isócronas respecto do Servizo de Rehabilitación do Hospital de referencia, que teñan deambulación independente e cumpran os criterios de inclusión. Só se atenderá un neurolóxico por día e por fisioterapeuta e aplicaráselle un nº máximo de 30 sesións continuadas por ano, sempre que se vexa progresión de mellora na súa mobilidade e independencia. Daráselle a alta cun informe para o facultativo que fixo a derivación. E **importante o consenso** cos Servizos de Rehabilitación de referencia en cada Área .

### III.- SEGUNDO A ESPECIALIDADE QUE DERIVE

**As derivacións do resto de Especialidades ( traumatólogos, reumatólogos...) que pasen a través do Servizo de Rehabilitación, este poderá envalos directamente as UFAP , se conta con elas na zona, segundos criterios de inclusión e % de derivación do protocolo de derivación, ou tratalos no propio Servizo de Rehabilitación .**

**Poderán ser derivados directamente dende as consultas de Especialidades (COT, Reumatoloxía,..) ás U. de Fisioterapia de A.P. todos aqueles pacientes procedentes de AP que leven “folla de interconsulta” do Médico de Familia ou Pediatra e con patoloxías incluídas nos protocolos de derivación da guía , e que poidan beneficiarse dalgún tratamento ofrecido nas unidades. En tódolos casos seguirán o obrigado paso previo polo facultativo de atención primaria antes de seres derivado as UFAP.**

## 4.- ACTIVIDADES DO FISIOTERAPEUTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Para establecer un funcionamento homoxéneo de tódalas Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria da Comunidade Galega contémpñanse as seguintes ACTIVIDADES:

### 1. Actividades asistenciais:

**A. Consulta e Sala de Fisioterapia:** Os pacientes chegarán a elas derivados dos distintos ámbitos da Atención Sanitaria, nunhas porcentaxes en canto a procedencia de derivación moi variables dependendo da Area Sanitaria onde estean localizadas, e co propósito de ir aumentando progresivamente as derivacións dende a Atención Primaria. Realizaranse :

- Primeira consulta (FIPRI) na cal se cumprimentará a ficha de fisioterapia que incluirá:
  - datos de filiación do paciente,
  - identificación do problema polo que se deriva,
  - anamnese

E estableceranse:

- a valoración inicial
  - o diagnóstico de fisioterapia
  - os obxectivos terapéuticos e/ou educativos,
  - as actuacións e técnicas de fisioterapia
  - a duración prevista da atención.
- Primeiro tratamento ou valoración de novas incidencias ó largo dun tratamento (FITRA)
  - Tratamentos “sucesivos” (FISUC):tratamento continuado día a día
  - Consultas programadas ou “revisións”: (FICON)
  - Consultas de Urgencia: (FIURX) encamiñadas a resolver problemas puntuais de saúde do usuario nos cales os consellos e orientacións de fisioterapia poidan ser de utilidade.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

- Valoración a alta da atención de fisioterapia: (FIALT) Unha vez concluída a atención, farase constar na Historia Clínica, si temos acceso, ou remitindo un **INFORME PARA O FACULTATIVO** que o derivou se non hai acceso, onde consten :
  - Fecha de alta
  - Técnicas aplicadas
  - Resultados alcanzados.
  
- Actividades de Grupo: (FIAG)
  - **DEFINICIÓN:** Actividade asistencial realizada ante un grupo homoxéneo de usuarios mais ou menos grande cun problema de saúde común con fins terapéuticos e preventivos, desenvolto dentro ou fora da sala de fisioterapia (**dentro de horario de Axenda**).
  - **XUSTIFICACIÓN:** Mellora da actividade asistencial, axilización das patoloxías dexenerativas crónicas en fase subaguda, tratamentos alternativos non farmacolóxicos das patoloxías crónicas dexenerativas,...
  - **CAPTACIÓN:** Médico de familia, Pediatra, Fisioterapeuta.
  - **OBXECTIVOS:** tratar, adestrar, previr, educar.
  - **CRITERIOS DE DERIVACIÓN:** Os criterios de inclusión e exclusión serán os mesmos que os que constan no protocolo de atención de fisioterapia correspondente a cada patoloxía.
  - **TIPOS:** Todas as patoloxías que poidan corresponder aos protocolos descritos nesta guía e aquelas que considere o fisioterapeuta que se poidan beneficiar de tratamentos de grupo e que cumpran os criterios de inclusión.
  - **METODOLOXIA:**
    - Organización: 1) Exposición teórica; 2) Exercicios; 3) Preguntas e debate.
    - N° de participantes: variará dende 2 a 10 usuarios
    - N° de sesións: 1-10 sesións
    - Frecuencia: de 1-5 sesións/semana
    - Duración: de 60-90 minutos/sesión
  
  - **AVALIACIÓN:** Informe da actividade.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

Na **Sala de fisioterapia** realizaranse os tratamentos de fisioterapia básicos, individuais o de grupo, para os que se require a dotación e o espazo físico de que estas dispoñen.

Tanto a consulta como a sala de fisioterapia deberán posuír as dimensións, características e equipamento adecuado para o desenvolvemento do traballo propio do fisioterapeuta.

### **B.- Atención domiciliaria programada a instancias do Equipo de Atención Primaria.**

Consistirá na orientación e información sanitaria aos pacientes e/ou familiares/coidadores para conseguir os obxectivos de fisioterapia marcados.

No momento actual, tendo en conta a situación de escaseza de UFAP en Galicia, non é posible dita atención domiciliaria.

### 2. Actividades de Promoción da Saúde e Prevención da Enfermidade.

O fisioterapeuta participará nas actividades orientadas a Promoción da Saúde e Prevención da Enfermidade, que se establezan a traveso dos programas de saúde que desenvolvan os Equipos de Atención Primaria os que apoia. Cando sexa necesario desprazarase ó entorno social para desenvolver estas actividades (residencias, asociacións, colexios...)

### 3. Actividades administrativas e de Xestión.

Referidas á elaboración de informes, rexistros de actividade, reunións co equipo, control de material funxible...

### 4. Actividades docentes, de formación e investigación.

O fisioterapeuta terá acceso a tódalas actividades relacionadas cos campos que se desenvolvan na Área sexan do seu interese.

Estará a disposición como recurso docente para as actividades formativas docentes e discentes que se desenvolvan no SAP da Área (Sesións clínicas....)

Facilitarase a súa asistencia a Congresos e Actividades científicas do seu ámbito profesional (renovación do Libro de Concertación social).

Participará nos traballos de investigación que lle afecten e promoverá aqueles relativos a súa actividade profesional que teñan como obxectivo a mellora asistencial.

## 5.- CARTEIRA DE SERVIZOS DAS UFAP de GALICIA

### A.- ATENCIÓN AO NENO

- Consulta aos nenos
- Educación para a estimulación motriz do recen nado
- Atención as alteracións do raque
- Educación e asesoramento a pais de nenos con alteracións do raque
- Educación sanitaria a pais, nenos e mestres da hixiene postural na idade pediátrica

### B.- ATENCIÓN Á MULLER

- Prevención e atención dos trastornos físicos do embarazo
- Recuperación física no pos -parto
- Exercicio terapéutico nas incontinencias
- Prevención e coidados no linfedema
- Educación para o exercicio terapéutico na muller climatérica ( Menopausa, osteoporose).

### C.- ATENCIÓN OA/Á ADULTO/A-ANCIÁN/Á

- Consulta a adultos/as
- Orientación para o exercicio terapéutico
- Educación e Prevención a pacientes con clínica de dor de lombo
- Atención a pacientes con Artrose
- Atención a pacientes con dor articular
- Atención precoz e seguimento a pacientes con inmobilizacións terapéuticas e pos -inmobilización
- Educación nas alteracións da circulación periférica
- Exercicio terapéutico en pacientes con patoloxía respiratoria
- Atención a pacientes con alteracións do S.N. Periférico
- Orientación nos pacientes con alteracións do S.N. Central
- Educación para a prevención da discapacidade motriz do/a ancián/á.

## 6.- XESTIÓN DA AXENDA DE CITAS NAS U. DE FISIOTERAPIA DE AP

O Grupo de traballo de Fisioterapia considera que a situación ideal para traballar varios fisioterapeutas xuntos por quenda debería de ser un **máximo de 2 fisioterapeuta/ quenda**, ou, un **máximo de 4 fisioterapeutas por sala.**, en quendas de mañá e tarde.

Respecto das necesidades de U F A P, a distribución destas pódese facer segundo “**salas de fisioterapia de referencia**” nas Xerencias de AP, de tal xeito que aínda que as salas se monten nos Servizos de AP mais grandes, algunhas salas poderían ter que facelo, por ser a mellor opción, en Unidades de A.P. mais grandes, e cubrirían as necesidades de varias Unidades ou dalgún Servizo.

Algún Servizo pode cubrir Unidades que non lle correspondan pero, por distancia, quédanlle mellor situadas que o seu propio Servizo de referencia.

En canto as **Axendas de Fisioterapia**, dispoñen de un **mínimo de 5 horas de atención** e nelas deberase **atender a unha media de 18-22 usuarios**, podendo aparecer na axenda dos Fisioterapeutas os seguintes actos posibles:

- **FIPRI**: unha primeira consulta para empezar.
- **FITRA**: un primeiro tratamento ou valoración de novas incidencias. Sole levar mais tempo cos sucesivos.
- **FISUC**: son tratamentos sucesivos
- **FICON**: son pacientes tratados que veñen a revisión o cabo de un tempo cando o fisioterapeuta considera oportuno.
- **FIAL**: tratamentos que chegan o seu fin e son alta.
- **FIURX**: pacientes que deriva o Médico ou Pediatra no día por si se pode empezar por algún tratamento que beneficie a urxencia.



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

- **FIAG:** son tratamentos en grupo, que se fan espazados
- **FIBLOQ:** 30 min de bloqueo de axenda habitualmente ou o que decida o Fisioterapeuta si ten outra actividade.

Aquí é preciso introducir tempos, ben nunha táboa que nos oriente ao longo dun período de tempo ou ben simplemente aplicándolle un tempo a cada un dos actos, como se fixera o principio **¡recordando que son aproximados!**

<b>FIPRI</b>	Primeira consulta	Media 30'	Aprox. 5/sem
<b>FITRA</b>	Primeiro tratamento	Media 30'	Aprox. 5/sem
<b>FISUC</b>	Tratamentos sucesivos	Media 15'	Aprox. 65/sem
<b>FICON</b>	Revisión concertadas	Media 10'	Aprox. 15/sem
<b>FIALT</b>	Alta por fin de tratamento	Media 15'	Aprox. 10/sem
<b>FIAG</b>	Actividades de grupo	Sen tempo	2 activids. /ano
<b>FIURX</b>	Atención non prevista sen cita	Sen tempo	
<b>FIBLOQ</b>	Bloqueo da actividade sala	Media 30'	Diario

Trátase de engadir equidade e homoxeneidade a atención de Fisioterapia das UFAP da Comunidade Galega, fomentando que se atendan, en liñas xerais, aproximadamente o mesmo número de pacientes, considerando a variabilidade que existe nestes momentos na atención de Fisioterapia dependendo das Areas, entendendo que aquelas salas que dispoñan de persoal auxiliar terán maior facilidade na atención.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### TIPOS DE PROPOSTAS DE REMISIÓN SEGÚN A PRIORIDADE

#### PROPOSTAS ORDINARIAS

- Doentes que deben iniciar o seu tratamento sen ningunha prioridade.
- Non presentan outras condicións adicionais. Poderíanse beneficiar de tratamentos de grupo. Poderían non precisar revisión.

#### PROPOSTAS PREFERENTES.

Doentes que deben ser valorados en primeira consulta por o fisioterapeuta con algún tipo de prioridade.

#### PROPOSTAS URXENTES.

Admitiranse só pacientes urxentes aqueles derivados do facultativo de primaria. Neste caso os doentes deberán ser valorados no mesmo día, e si a patoloxía o precisase, iniciar o tratamento nun **prazo acorde ca patoloxía e coas posibilidades da UFAP.**

### XESTIÓN DAS CITAS NA AREA ADMINISTRATIVA

A cita de Fisioterapia en AP sería pedida no mostrador da Área administrativa, e habería dúas listas de demoras: unha de pacientes derivados dende atención primaria e outra de pacientes derivados dos Servizos de Rehabilitación ou doutros Servizos (COT, Reuma..) de atención especializada.

Cada Unidade de Fisioterapia de AP asumiría a xestión de ambas listas, tendo en conta as prioridades de cada caso, collendo usuarios dunha lista e doutra, dependendo do criterio do/a fisioterapeuta e das técnicas a aplicar, a capacidade da sala,... e informando das demoras a súa Xerencia de A.P.

A lista de demoras de derivacións dos Servizos de Rehabilitación sería xestión dos/as propios/as rehabilitadores/as, que informarían as Xerencias de AP e de AE da situación das demoras, e serían elas as que negociarían ditas demoras.

#### **Criterio de adecuación.**

Tódolos procesos que se atendan deben de estar incluídos no listado de protocolos asistenciais que se escolleron como máis prevalentes, ademais de aqueles que cumpran os “criterios de inclusión” aínda que non estean protocolizados nestes momentos.

## 7. EQUIPAMENTO DA ÁREA DE FISIOTERAPIA

### CONSULTA FISIOTERAPEUTA

MOBILIARIO XERAL		
UD.	ARTIGO	
1	ARQUIVADOR 4 CAIXÓNS	
4	BANDEXAS DE CLASIFICACIÓN	
1	MESA AUXILIAR PEQUENA	
1	MESA DE TRABALLO DE 160X80 CON GABETEIRO E Á DE 100X60	
1	MOBLE ESTANTE CON PORTAS BAIXAS DE 90X47X200	
1	PANEL DE CORTIZA	
1	PAPELEIRA	
1	PARAUGUEIRO	
1	COLGADOIRO DE PAREDE MÚLTIPLE	
CADEIRADO		
UD.	ARTIGO	
2	CADEIRA CONFIDENTE SEN BRAZOS	
1	CADEIRA XIRATORIA CON RODAS E CON BRAZOS	
MOBILIARIO CLÍNICO		
UD.	ARTIGO	
1	PADIOLA EXPLORACIÓN (2)	(*)
1	COLECTOR DE LIXO CON PEDAL, 20 LITROS	(**)
1	DISPENSADOR DE XABÓN	(**)
1	DISPENSADOR DE TOALLAS DE PAPEL	(**)
1	CHANZO DE 1 BANZO (2)	(*)



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

1	VITRINA COLGADA DE 75X55X30
<b>APARATOS</b>	
UD.	ARTIGO
1	BÁSCULA CON TALLIMETRO
1	MARTELO DE REFLEXOS (3)
1	NEGATOSCOPIO MURAL DE 2 CORPOS
<b>EQUIPAMENTO ESPECIAL</b>	
UD.	ARTIGO
1	SALA DE FISIOTERAPIA COMPLETA

(\*) (2) Dependederá do espazo dispoñible

(\*\*) Dependederá se leva lavabo

ORDEN	ARTIGOS DAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA	UDS
1	APARELLO QUENTADOR DE COMPRESAS. Aparello quentador de compresas en aceiro inoxidable con control de temperatura.	1
2	APARELLO DE CORRENTES DE MEDIA E DE BAIXA FRECUENCIA. Aparello de correntes galvánicas, rectangulares, triangulares, diadinámicas, farádicas, ultraexcitantes, TENS, interferenciais de aplicación bipolar e tetrapolar, e de Kotz. Diagnóstico neuromuscular por curva I/T manual, 15 patoloxías, 100 memorias definibles polo/a usuario/a, 2 canles de saída. Interconectable con aparellos de ultrasóns. Equipo de masaxe baleiro por aspiración incorporado. subministrarse con carro de transporte.	1
3	APARELLO DE MASAXE. Aparello de masaxe vibratorio con calor, con aplicador e cepillo.	1
4	APARELLO DE ONDA CORTA Onda corta de 27 MHz de emisión continua (450W) e emisión pulsada de 1100 W, reloxo dixital sintonía automática, dous brazos portaelectrodos, un eléctrodo tipo indutivo circular e un eléctrodo tipo indutivo en barra para grandes superficies. Aparello móbil, con rodas e sistema de freo.	1
5	APARELLO DE PRESOTERAPIA. Aparello de presoterapia por compresións secuenciais a dobre gradiente de presión. Subministrarse con bota e manguito de 5 compartimentos superpostos.	1
6	APARELLO DE TRACCIÓN CERVICAL DE POLEAS.	1



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

	Sen autopasivo, carrileira, almofadado e percha de aceiro inoxidable.	
7	APARELLO ARREFRIADOS DE COMPRESAS.  Tipo arca grande, en aceiro inoxidable, con termóstato regulador de temperatura.	1
8	APARELLO DE MICROONDAS.  Microondas de 250 W de emisión continua e pulsada, cartel LDC, con 10 patoloxías programables, e 100 memorias definibles polo/a usuario/a. Subministrárase con irradiador circular e irradiador de artesa. Aparello móbil con rodas e sistema de freo.	1(1-4)
9	APARELLO TENS  Aparello TENS para terapia da dor de dúas canles independentes, con control independente da tensión da saída. Inclúirá estoxo e accesorios.	2(7)
10	APARELLO TRACCIÓN CERVICAL ELECTRÓNICO.  Aparello de tracción cervical electrónico con soporte de parede.	1
11	APARELLO ULTRASÓNS.  Ultrasóns para terapia ultrasónica de emisión continua pulsada, dous cabezais de tratamento de 1 e de 3 MHz, control de contacto, dúas canles de saída conectable a aparellos de correntes, cartel LCD. Subministrárase con carro.	1(1-4)
12	BANCO DE CUÁDRICEPS.  Banco de potenciación para membros superiores e inferiores con dous brazos oscilantes axustables con xogo de pesas e cintas para coxas e tronco. Graduable en altura.	1
13	BAÑO DE CONTRASTE EEII.  Construído integramente en aceiro inoxidable (sen contido férrico). Provisto de dous senos con enchido independente por billa monomando. Termómetro para cada seno. Rebosadeiro e baleirado no mesmo elemento, o que evita o contacto coa auga polo usuario, e facilita o control de temperatura. Subministrase totalmente equipado para a súa instalación. Medidas : longo 903mm x fondo 535mm x alto 540mm aproximado.	1(6)
14	BAÑO DE CONTRASTE EESS.  Construído integramente en aceiro inoxidable (sen contido férrico). Provisto de dous senos con enchido independente por billa monomando. Termómetro para cada seno. Rebosadeiro e baleirado no mesmo elemento, o que evita o contacto coa auga polo usuario, e facilita o control de temperatura. Subministrase totalmente equipado para a súa instalación. Medidas : longo 703mm x fondo 625mm x alto 540mm aproximado.	1(6)
15	BARRAS DE MADEIRA.  Lacada de 1 mm. Tipo vasoira.	10
16	BASTIDOR DE POLEOTERAPIA.  Composto por 2 paneis (parede e teito) en tubo de aceiro, con enreixado 50x50 mm. Previsto para ancorar ao chan e á parede. Medidas aproximadas : 100x120x200 cm. Subministrárase con accesorios : poleas, cordas, pesas, estribos, mosquetóns e ganchos.	1



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

17	BICICLETAS ESTÁTICAS.  Bicicleta estática, con freo, velocímetro, sistema de vibración e reloxo contador.	1(7)
18	BOXES.  Instalación de 3 BOXES en melaminado branco de 16 mm con perfís de aluminio branco de 2 metros de altura con cortinas en cada un dos tres boxes.	1
19	CAIXA DE PASTA MÁXICA.  Xogo de pasta máxica de diversas densidades.	1
20	PADIOLA  Padiola de tratamento de madeira de faia vernizada, reforzo en patas, leito de skai, con cabeceiro abatible de 180 x 60 x 70 cm de alto. Integramente de madeira, sen parafusos nin reforzos metálicos.	2(7)
21	PADIOLA HIDRÁULICA.  Padiola hidráulica de 5 corpos para masaxe.	1(7)
22	COLCHONETA.  Colchoneta de 1 corpo. Medidas aproximadas: 185x60x1,5 cm.	5
23	COLGADOIROS CUÁDRUPLOS.  Con 4 colgadoiros de madeira,.	2
24	COLUMNA MÓBIL CON SACRO.	1
25	DINAMÓMETRO ANALÓXICO.  De forma circular, cunha escala de forza aproximada entre 0 e 30 Kg. con gancho e mosquetón para poder fixar a un panel de poleoterapia.	1
26	DINAMÓMETRO DE MAN.	1
27	EQUIPO DE PEDALEO.  Equipo de pedaleo transportable con sistema de regulación de resistencia, para pacientes sentados ou tendidos.	1
28	ESCALEIRA CON RAMPLA.  De madeira de faia, con chan antiesvarante.	1
29	ESCALEIRA DE DEDOS.  Escaleira de dedos de madeira de faia vernizadas con 24 dentes.	1



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

30	ESPALEIRA. Espaleira de 1 corpo en madeira de faia vernizada.	2
31	ESPELLO LISO DE PAREDE, CON BARRA. Medidas aproximadas 2 x 2 m (dependerá do espazo dispoñible na casa). Na fronte do espello e á altura adecuada, instálase unha barra horizontal de madeira, fixada na parede.	1
32	ESPELLO MÓBIL CUADRICULADO de 147 x 67 cm.	1
33	ESPIRAL DE OMBRO. En madeira de faia e aceiro inoxidable.	1
34	GONIOMETRO CIRCULAR	1
35	GONIOMETRO-GRANDES ART. Goniómetro de metal o plástico grandes articulacións.	1
36	GONIOMETRO-PEQUEÑAS ART. Goniómetro de metal o plástico pequenas articulacións.	1
37	XOGO DE ALZAS DE PÉ. 3 pares de calcañeiros de silicona dos números 1, 2 e 3.	1
38	XOGO DE BALÓNS DE BOBATH. Un de 60 cm e outro de 90 cm de diámetro. Subministrar con inflador.	1
39	XOGO DE COMPRESAS DE CALOR. De 13x30, 25x30, 25x60, 40x60 e cervical.	1
40	XOGO DE COMPRESAS PARA FRÍO 18X30 E 36X30.	1
41	XOGO DE CUÑAS, posturais de varios tamaños.	1
42	XOGO DE PESAS CON SOPORTE Xogo de 8 pesas construídas en aceiro con indicador de peso: 2 pesas de 1/2 Kg, 2 de 1Kg, 2 de 2 Kg e 2 de 4 Kg. Subministrarase con soporte de pesas en madeira de faia.	1
43	XOGO DE PESAS DE LONA E AREA. Xogo de pesas de 1 a 4 kg de lona e area.	1
44	XOGO DE PESAS LASTRADAS DE CHUMBO XOGO. DE PÉ E DE MANS. Dúas pesas de cada peso.	1





## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

45	LÁMPADAS INFRAVERMELLOS. Lámpadas de infravermellos de 250 W rodables, regulable altura.	2(1-5)
46	MESA DE MANS CON PEDAL. de terapia ocupacional.	1
47	NEGATOSCOPIO DE 3 CORPOS. Negatoscopio de 3 corpos en aceiro esmaltado para 3 radiografías estándar, acendido por interruptores independentes.	1(8)
48	PARALELAS DE 3 metros. Base antiesvarante con rampla de acceso.	1
49	PELDAÑO DE 1 TRAMO de madeira.	2
50	PELOTA PEQUENA DE PLÁSTICO. Con tamaño similar ás de ximnasia rítmica.	1
51	PRATO DE BOHELER de madeira s/o. (1 grande e un pequeno).	2
52	PODÓMETRO con luz.	1(2)
53	RELOXO avisador de 60 minutos.	4
54	SEGMENTO LUMBAR. Modelo anatómico constituído por dúas vértebras consecutivas, as raíces nerviosas e un disco intervertebrais herniado.	1
55	CADEIRA CONFIDENTE SEN BRAZOS. Estrutura de aceiro de 4 patas pintadas en epoxy color gris. Asento e respaldo dunha soa peza en carcasa de madeira de faia de 11 mm. Amontoables.	6
56	CADEIRA ESPECIAL DE MADEIRA Para electroterapia, en madeira de faia vernizada. Debe ser integramente de madeira, sen parafusos nin reforzos metálicos.	2
57	CADEIRAS.. Cadeira con apoiabrazos para tracción cervical, autopasivos e pratos.	4
58	TÁBOA DE BOHELER de madeira.	1(9)
59	TALLO RODABLE. Tallo rodable de aceiro inoxidable tapizados en skai.	3
60	TALLOS DE MADEIRA para electroterapia.	2

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

Respecto da prevención de riscos laborais e comentado coa nosa asesoría os riscos derivados da emisión de radiacións, consideran xustificada a existencia de dous espazos -box illados para os tratamentos con onda curta e con microondas como medida de control da exposición laboral a campos electromagnéticos nas UFAP.

No ano 2004, o Parlamento e o Consello Europeo estableceron as medidas mínimas para a protección da saúde dos/as traballadores/as fronte aos riscos derivados da exposición laboral a campos electromagnéticos (Directiva 2004/40/CE, de 29 de abril, pendente de transposición). Nesta normativa especificábase que os riscos derivados da exposición a campos electromagnéticos deberán eliminarse ou reducirse ao mínimo considerando os avances técnicos e a dispoñibilidade de medidas de control do risco na súa orixe.

Entre estas medidas, cítase a adopción de medidas técnicas para reducir a emisión dos campos electromagnéticos, incluído, cando sexa necesario, o uso de sistemas de bloqueo, ou blindaxe ou mecanismos similares de protección da saúde, e a concepción e disposición dos lugares e postos de traballo.

### **Conclusións do Grupo de Traballo de Equipamento:**

O punto 6 aceptouse nun principio pola comisión, non obstante posteriormente recibimos unha nova aclaración: “Na última reunión cos fisioterapeutas, chegamos ao acordo de que non é preciso sala de maniluvios-pediluvios. Chega cunha esquina ou espazo da sala de Fisioterapia onde haxa dous lavabos para mans e dous lavabos para pés cun desaugue no sitio e unha cortina que separe ese espazo, nun momento dado, para evitar salpicaduras na sala e que se poida esvarar”.

Aceptase que exista unha segunda bicicleta se hai máis dun/dunha fisioterapeuta.

Elimínase o negatoscopio da sala de Fisioterapia e deixase só na consulta.

### **O aparello de mecanoterapia de nocello acéptase por todos os membros do grupo de traballo.**

Formúlase a presenza en todas as salas dun neurocrioestimulador, proposto por un membro do grupo de traballo. Cremos todos que é un aparello custo/efectivo (6000 €).

Sobre o illamento dos boxes das microondas e radiacións é obrigatorio, segundo indican dende o Servizo de Riscos Laborais: Directiva 2004/40/CE do Parlamento Europeo e do Consello Europeo, de 29 de abril de 2004, que está pendente de transposición ao dereito nacional para o 2008 nun Real decreto, polo que será unha norma de obrigado cumprimento.

O sistema informático na sala dáse por incluído na sucesiva informatización do centro.



## 7. PROTOCOLO DE DERIVACIÓN AS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA (UFAP)

### I. Introducción.

O/A fisioterapeuta de área é o/a profesional responsable de da Unidade de Fisioterapia, que lle dará apoio ao Servizo de Atención Primaria (SAP) e participará en todas aquelas actividades xerais necesarias para unha boa organización e que aseguren o bo funcionamento e a obtención dos seus obxectivos e da globalidade do sistema.

Para que o servizo de apoio, que estes profesionais lles deben prestar aos SAP, teña reflexo na saúde dos/as usuarios/as é necesario o establecemento de normas de derivación e coordinación que aseguren unha atención continuada no coidado de saúde da poboación.

**GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA**

---

**II. Obxectivos.****A. Obxectivo xeral**

Establecer o circuíto de derivación do/a usuario/a á Unidade de Fisioterapia de Atención Primaria (UFAP).

**B. Obxectivos específicos**

- a) Informar os membros do SAP da figura do/a fisioterapeuta de área, como profesional de apoio en Atención Primaria.
- b) Describir a Carteira de Servizos ofertada e dala a coñecer a todos os profesionais do SAP. Cando haxa consenso e se elaboren os criterios de derivación, programaranse sesións clínicas nos SAP con apoio das XAP.
- c) Definir as patoloxías de maior prevalencia en AP susceptibles de tratamento de fisioterapia.
- d) Establecer as indicacións da derivación do/a usuario/a para a aplicación dun axeitado tratamento de fisioterapia.
- e) Designar unha metodoloxía de traballo, que asegure unha correcta derivación e uns coidados de fisioterapia de calidade.
- f) Potenciar unha comunicación entre os distintos profesionais do SAP a UFAP que favoreza o correcto seguimento do/a usuario/a.
- g) Potenciar a participación do fisioterapeuta de área en Programas e Protocolos instaurados por cada SAP, con actividades preventivas e de promoción da saúde.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### III. Poboación diana.

A poboación á que vai dirixido este protocolo englobará os/as usuarios/as adscritos/as ao SAP e/ou á UFAP.

#### A. Criterios de inclusión

- ✓ **Segundo o estado de saúde**, deficiencias e discapacidades, e segundo o momento evolutivo:
  - Deambulación independente conservada.
  - Estado físico e psíquico que permita unha independencia nas actividades da vida diaria.
  - Procesos que leven consigo unha incapacidade funcional leve.
- ✓ **Segundo o nivel de atención** requirido:
  - Problemas de saúde que requiran unha intervención asistencial preventiva ou de educación sanitaria (aprendizaxe de autocoidados) por parte do/a fisioterapeuta, dentro dun programa ou protocolo da Área de Servizos.
  - Necesidade de utilizar medios terapéuticos sinxelos.
- ✓ **Segundo o risco de complicacións**:
  - Cadro clínico estable.

#### B. Criterios de exclusión

Cando o nivel de risco do problema, a complexidade terapéutica ou a deterioración psíquica e física do/a paciente excedan os criterios de inclusión. Nestes casos o/a paciente poderá ser derivado/a, a través do médico de AP, ao nivel especializado.

- ✓ **Segundo o estado de saúde, deficiencias e discapacidades, e segundo o momento evolutivo**:
  - Incapacidade total ou parcial da deambulación.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

- Patoloxías que se acompañen de limitación funcional severa ou moderada.
  - Ante limitacións diagnósticas ou terapéuticas que adoitan coincidir con patoloxías graves de reumatoloxía, traumatoloxía, neuroloxía ou pneumoloxía e naquelas outras patoloxías que non respondan aos tratamentos de Fisioterapia que poidan ser aplicados en AP.
- ✓ **Segundo o nivel de atención requirido:**
- Necesidade de utilizar medios de transporte especiais individualizados para desprazarse ao centro sanitario.
  - Necesidade indispensable de persoal auxiliar para tarefas de vestirse/espirse, colocación para o tratamento (na padiola, plano inclinado...), control das posturas...
  - Procesos que requiran a utilización de prótese ou ortese externas para o seu manexo e/ou resolución.
  - Necesidade dunha abordaxe multidisciplinar (logopeda, terapeuta ocupacional, protésico/a, médico/a rehabilitador/a, psicólogo/a, fisioterapeuta...).
  - Necesidade de aplicar tecnoloxías complexas das que non dispoñan as UFAP (anexo: dotación básica das UFAP).
- ✓ **Segundo o risco de complicacións:**
- Ante a falta de resposta, agravamento ou aparición de complicacións tras o manexo do problema de saúde do/a usuario/a en Atención Primaria.
  - Patoloxía activa (por intervención ou hospitalización recente, inestabilidade do cadro clínico, estados hemodinámicos inestables, descompensacións TA, crises agudas de insuficiencia respiratoria...).
- ✓ **Segundo o grao de implicación do/a paciente:**
- Negativa expresa a ser tratado na Unidade de Fisioterapia.
  - Ausencias reiteradas inxustificadas.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

---

### ➤ **As patoloxías mencionadas a continuación quedan excluídas por si mesmas:**

- Lesións da medula espiñal que cursen con paraplexía/paraparesia ou tetraplexía/tetraparesia, tanto de tipo flácido como espástico.
- Secuelas de traumatismos cranioencefálicos e politraumatismos que leven consigo unha discapacidade que impida a súa autonomía.
- Enfermidades neurolóxicas e neuromusculares dexenerativas: esclerose múltiple, esclerose lateral amiotrófica, Parkinson, Alzheimer...).
- Accidentes vasculares cerebrais con trastornos cognitivos, alteracións do equilibrio... e, en xeral, os que leven consigo unha discapacidade que impida a súa deambulación ou autonomía. En pacientes con ACVA agudos que non ingresen ou que pronto reciban a alta, atenderanse por un período máximo de 30 sesións (por suposto, sempre no caso de que non melloren antes).
- Grandes amputados.
- Enfermidades respiratorias con oxigenoterapia domiciliaria.
- Parálise cerebral. Patoloxía neurolóxica infantil.



**GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA****IV. Actividades.****A. Coordinación.**

O/A fisioterapeuta de área como membro do SAP:

- a) Manterá de forma sistemática reunións cos demais profesionais do SAP (sesións clínicas).
- b) Comunicaralles aos membros do SAP o circuíto e requisitos establecidos para a derivación á UFAP.
- c) Presentará e informará os membros do SAP os protocolos relacionados coas actividades que se van realizar na UFAP.

**B. Captación polo Servizo AP**

Os membros do SAP captarán nas consultas os/as usuarios/as con patoloxía/problemas susceptibles de tratamento de Fisioterapia.

**C. Derivación a Unidade de Fisioterapia de AP(UFAP)**

Realizaráa o/a médico/a do SAP (exploracións físicas e complementarias que se consideren necesarias, segundo o protocolo) unha vez valorado o problema.

As derivacións á UFAP serán realizadas sempre polo/a médico/a do SAP tras a oportuna valoración, as exploracións físicas e complementarias que se consideren necesarias segundo protocolo, mesmo naqueles casos en que a derivación do/a usuario/a se produza polo facultativo de Atención Especializada (agás o % pactado cos/coas rehabilitadores/as).

Unha vez valorado o problema:

- ✓ Se cumpre os criterios de inclusión derivarase á UFAP mediante o informe de interconsulta habitual, no que sempre constará como mínimo:
  - Impresión diagnóstica.
  - A prescrición de fisioterapia en la UF.
  - Aqueles datos da historia clínica que se consideren de interese á hora de establecer un plan de fisioterapia: alteracións psíquicas, cardiovasculares, portador de marcapasos, próteses metálicas, tumores e tratamento farmacolóxico concomitante.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

- Os obxectivos terapéuticos que lle solicitan ao/a fisioterapeuta: ensino de autocoidados, aumento da funcionalidade, diminuír a dor etc.
- ✓ Se non cumpre os criterios de inclusión o/a paciente deberá ser derivado/a ao Servizo de Rehabilitación do hospital de referencia, dado que este requirirá durante un período de tempo máis ou menos prolongado a intervención e seguimento do persoal especializado que compón o devandito servizo (médicos/as especialistas en rehabilitación, logopedas, psicólogos/as, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas etc.), a aplicación de técnicas de Fisioterapia sofisticadas, así como a axuda para o seu tratamento de persoal auxiliar suficiente.

O desprazamento aos servizos de rehabilitación pode xerar, nalgúns casos, trastornos aos/ás pacientes, pero haberá que explicarlles que a gravidade do seu proceso require o seguimento e control por un persoal especializado, dotado duns medios técnicos e humanos máis complexos que os dispoñibles nunha Unidade de Fisioterapia de Atención Primaria. O criterio de comodidade do/a paciente (accesibilidade) non pode prevalecer, nestes casos, sobre os criterios terapéuticos dos profesionais.

### D. Citación á UFAP

A citación farase a través da Área de Admisión dos SAP onde estean situadas as UFAP.

### E. Consulta de Fisioterapia

A 1.<sup>a</sup> consulta de Fisioterapia constitúe a toma de contacto dun/dunha usuario/a con la UFAP.

Esta actividade ten como obxectivo:

- Identificar as características específicas do/a usuario/a respecto ao seu problema e valorar se é susceptible de intervención na UFAP segundo os protocolos establecidos (criterios de inclusión).
- ✓ En caso de cumprir os criterios de inclusión:

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

---

- Abrir a carpeta de Fisioterapia. Nela debe rexistrar:
  - A valoración funcional realizada.
  - O diagnóstico de Fisioterapia.
  - Os obxectivos terapéuticos.
  - O plan terapéutico (técnicas e duración de tratamento).
  - Debe incluír a folla de interconsulta.
- Explicarlle ao/á paciente o plan terapéutico e as medidas preventivas correspondentes, así como fomentar a autorresponsabilidade do/a usuario/a no seu proceso. Nesta primeira consulta non se realiza actividade asistencial agás en casos que requiran unha intervención inmediata, como por exemplo a colocación de vendaxes funcionais, o ensino da utilización correcta de bastóns,...

### F. Tratamento de Fisioterapia

O/A fisioterapeuta aplicará as técnicas de Fisioterapia durante o tempo establecido no plan terapéutico. En caso de que o estado do paciente varíe substancialmente ou ben xurdan complicacións, remitiráselle ao seu médico de AP para unha nova valoración.

### G. Derivación ao/á médico/a prescriptor/a

Unha vez finalizada a intervención de Fisioterapia o/a fisioterapeuta deberá efectuar unha valoración final que quedará recollida na folla de interconsulta e na que constarán, polo menos, os seguintes datos:

- Data de alta na UFAP.
- Técnicas aplicadas e número de sesións.
- Resultados alcanzados.
- Posible data de revisión en Fisioterapia.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### V. Recursos necesarios.

#### A. Recursos materiais

- ◆ Infraestrutura:
  - Consulta de Fisioterapia.
  - Sala de Fisioterapia..
- ◆ Material de valoración:
  - (Segundo protocolos aplicables).
- ◆ Sistemas de rexistro.
- ◆ Material terapéutico:
  - (Segundo protocolos aplicables).
- ◆ Material para sesións educativas:
  - (Segundo protocolos aplicables).

#### B. Recursos humanos

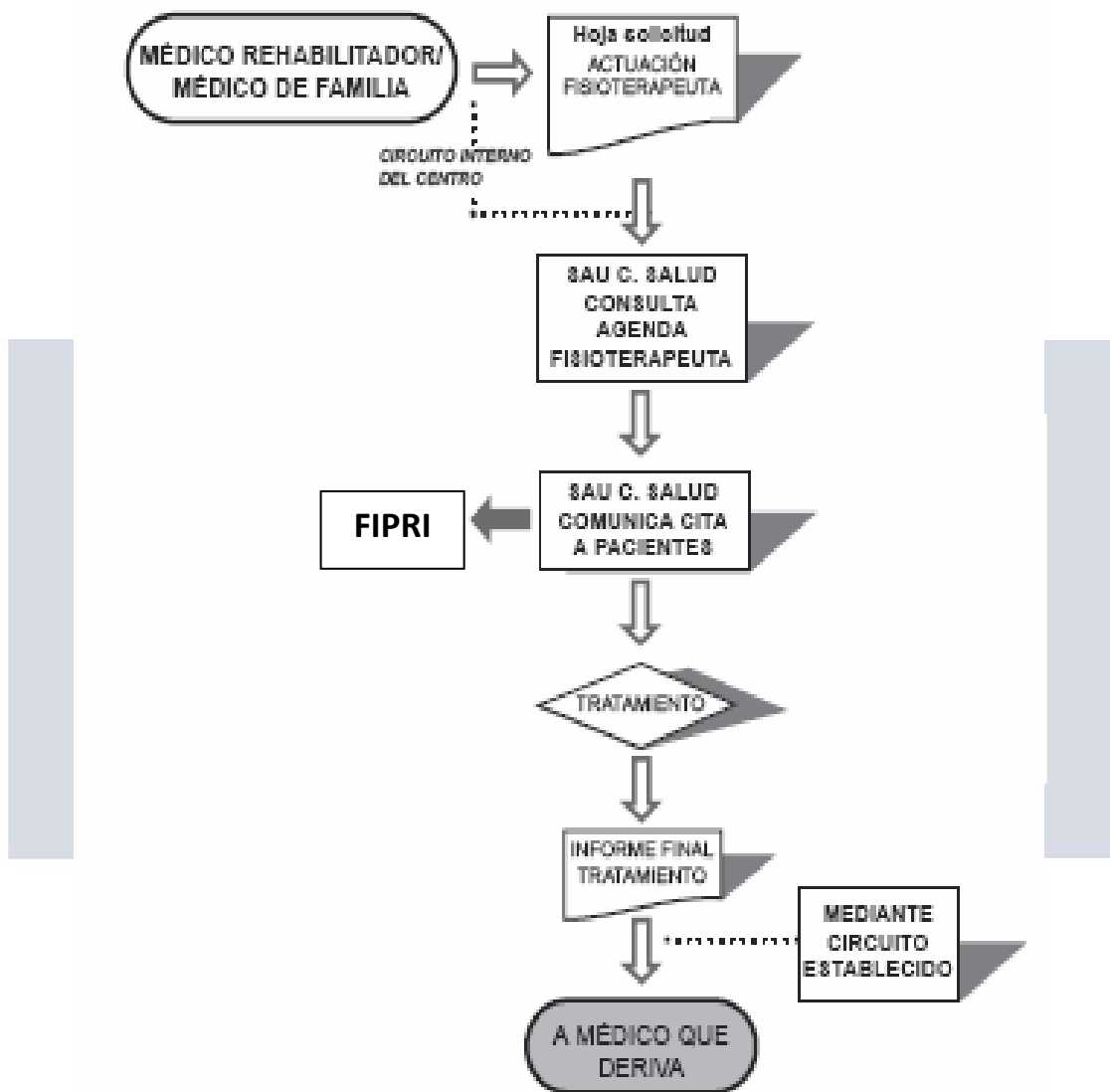
- ◆ Fisioterapeutas, médicos/as de Atención Primaria e outros membros do SAP e do equipo de admisión.
- ◆ Intentarase adecuar o número de fisioterapeutas á poboación adscrita ao seu UFAP, procurando que a correspondencia sexa dun fisioterapeuta por cada 10.000-15.000 habitantes.

### VI. Avaliación do Protocolo

A avaliación deste protocolo realizarase periodicamente polos organismos pertinentes nesta materia, que puidesen ser o Grupo de Traballo de Fisioterapia ou un grupo de traballo mixto formado por membros de Atención Especializada de Rehabilitación e Medicina Física, sempre que este grupo ou considere oportuno.

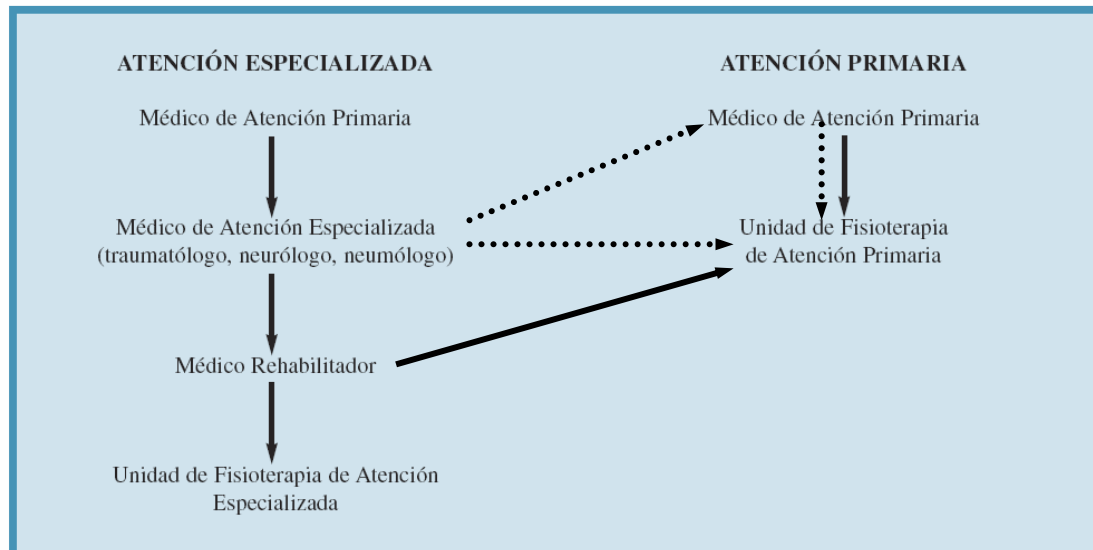
GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

Derivacións a sala desde A. Primaria



**SAU:** Servizo de Admisión ao Usuario ou Área Administrativa

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA



## VII. Bibliografía

- Circular 4/91 do 25 de febreiro. Ordenación das actividades do fisioterapeuta de área de Atención Primaria. Insalud, Subdirección Xeral de la Atención Primaria. Madrid, 1991.
- Decreto 200/93 sobre ordenación da Atención Primaria en Galicia. Xunta de Galicia, 1993.
- Protocolo de derivación a unidades de Fisioterapia. Protocolos de actuación en Atención Primaria. Xerencia de Atención Primaria de Ourense. Sergas.
- Programa de atención de fisioterapia. Atención Primaria Áreas 2 e 5. Zaragoza. Insalud. Maio, 1998.
- Acordo sobre o Plan de mellora da atención primaria de Galicia 2007-2011. (3 de abril de 2007).
- Resolución 01/2007 do Consello Xeral de Colexios de Fisioterapeutas. Documento marco da actuación do fisioterapeuta en Atención Primaria. Maio, 2007.
- RD 1030/2006 sobre a Carteira de Servizos do SNS do 15 de setembro de 2006.
- Proposta de estratexias de mellora para a atención primaria de saúde 2007-12. Documento AP-21. Novembro 2006.
- Acordo sobre o Plan de Mellora da AP de Galicia, 2007-2011.

## 8. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN GONARTROSE

- I. Introducción
- II. Obxectivos
- III. Poboación diana
- IV. Plan de actuación
- V. Avaliación
- VI. Bibliografía

**Autores:**

**Álvarez Madi, Ángeles**

**Armesto Fernández, Ana**

**Fernández Álvarez, Isaura**

**Outeiro Sánchez, Julia**

Fisioterapeutas de Atención Primaria. XAP de Coruña



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### I. Introducción.

A gonartrose é unha osteoartrose, enfermidade reumática máis común, que aumenta de forma xeométrica a partir dos 50-55 anos. A artrose, en xeral, é causa do 30% das invalideces en España.

A gonartrose é xunto á artrose de columna vertebral a que motiva, máis a miúdo, síntomas dolorosos e a causa de que acudan ás UFAP (unidades de Fisioterapia de Atención Primaria).

Os síntomas adoitan ser: dor local inespecífica de orixe ósea, articular e muscular relacionada coa deterioración estrutural. Que carrega diminución da capacidade funcional con limitación de mobilidade.

### II. Obxectivos.

Aliviar a dor, mellorar mobilidade e ton muscular, potenciar o auto coidado, mellorar a estabilidade e funcionalidade.

Exercicios: reeducación e hixiene postural para a actividade da vida diaria. (AVD)

### III. Poboación diana.

Captación do/a usuario/a do SAP de acordo co protocolo de derivación.

#### A. Criterios de inclusión.

- Gonartrose primaria.
- Gonartrose secundaria silente e sen indicación cirúrxica

#### B. Criterios de exclusión.

- Mal estado xeral.
- Patoloxía circulatoria periférica severa.
- Enfermidade neurolóxica progresiva.
- Artrite reumatoide en fase aguda.
- Infección orgánica activa.
- Proceso óseo tumoral en fase aguda.
- Procesos inflamatorios autoinmunes.
- Articulación neuropática.
- A infección articular activa.
- A debilidade groseira do cuádriceps e o *genu recurvatum* das parálises musculares.
- A presenza de graves alteracións tróficas cutáneas periarticulares.
- Patoloxías que comprometan a independencia psíquica ou física do enfermo.

## IV. Plan de actuación.

### A. Valoración inicial

Na primeira consulta do fisioterapeuta realizarase unha anamnese e exploración de fisioterapia, e explicaráselle ao/á paciente que obxectivos se propoñen, así como os distintos medios para conseguilos. Explicaráselle a duración estimada do tratamento.

Todos os datos se rexistrarán na carpeta de fisioterapia como:

- Datos subxectivos: historia laboral, sociofamiliar e da dor (localización irradiación e intensidade).
- Datos obxectivos: probas de mobilidade, exame postural (local e xeral), balance muscular (local e xeral), palpación (contracturas, puntos gatillo e fibrose).

### B. Tratamento

Estímase entre sete e dez sesións, dependendo da avaliación do proceso (quinze sesións como máximo).

Realizaráselle ao/á paciente unha aplicación das técnicas, así como as pautas de hixiene postural e a correcta aprendizaxe dos exercicios para que continúe con eles no seu domicilio tras finalizar o tratamento de fisioterapia.

#### **Criterios para a suspensión do tratamento:**

Reagudización do problema.

Aparición de patoloxías asociadas.

**O obxectivo** é aliviar a dor, diminuír a inflamación, se a houberse, manter e mellorar a estabilidade, equilibrar estruturas contráctiles, fortalecer globalmente e mellorar a marcha.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### Exercicios:

Isométricos, isotónicos, estiradas, reeducación da marcha e equilibrio.

Adaptación suave e progresiva das técnicas.

Realización preferente en posición de descarga (en fase aguda).

### Técnicas analxésicas:

Termo/crioterapia para diminuír a inflamación e os espasmos musculares.

Baixa frecuencia: TENS. Ultrasón.

Masaxe miofacial.

### C. Recomendacións ao/a paciente:

- Hixiene postural.
- Perda de peso.
- Actividade física moderada.
- Constancia no auto manexo terapéutico.

### D. Valoración final.

Rematado o tratamento, realizarase unha nova valoración para medir o alcance dos obxectivos propostos ao inicio do tratamento e emitiráselle un informe ao médico do SAP cos seguintes datos:

Obxectivos terapéuticos iniciais.

Resultados alcanzados

Pauta terapéutica aplicada.

Proposta de alta.

Data aproximada de revisión.



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### E. Revisión:

Citarase o/a paciente como consulta concertada, aproximadamente, ao cabo dun mes para valorar evolución do proceso e resolver as posibles dúbidas que lle puidesen xurdir respecto aos exercicios e pautas de autocoidado ensinadas.

### V. Avaliación do protocolo

A avaliación realizarase durante os dous primeiros anos, cada ano e con posterioridade será cada dous anos.

A evolución deberá referirse tanto a aspectos de estrutura como de procesos e resultados de protocolo.

### VI. Bibliografía

Ferro, R; García, M.C.; Vives. M.C. “Unha análise da adherencia ao tratamento en fisioterapia”. *Fisioterapia* 2004, 26; 333-9.

Medina i Mirapeix, F.; Montilla, J.; Lillo, M.C.; Meseguer, A. B. e Valera, J.F. “Construción, validación e resultados dun cuestionario sobre factores relacionados co uso dos protocolos de fisioterapia”. *Fisioterapia* 2003, 25; 75-95.

Viel, E. *Diagnóstico de fisioterapia*. Ed. Masson. Barcelona, 1999.

Giménez, S. *Guía de boa práctica clínica en artrose*. Ed. IM&C, S. A. Madrid, 2004.

Castiñeiro, A. *Artrose: guía de práctica clínica*. [www.fisterra.es](http://www.fisterra.es).

*Protocolo para xeonllo da Sociedade Española de Reumatoloxía*. [www.ser.es](http://www.ser.es).

Freire, M. *Criterios diagnósticos e de clasificación das enfermidades reumáticas*. Sociedade Española de Reumatoloxía. [www.ser.es](http://www.ser.es)

Normas de Vancouver.



## 8. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN COXARTROSE

- I. Introducción
- II. Obxectivos
- III. Poboación diana
- IV. Plan de actuación
- V. Avaliación
- VI. Bibliografía

**Autores:**

**Álvarez Madi, Ángeles**

**Armesto Fernández, Ana**

**Fernández Álvarez, Isaura**

**Outeiro Sánchez, Julia**

Fisioterapeutas de Atención Primaria. XAP de Coruña

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### I. Introducción.

Os/As enfermos/as afectados de coxartrose poden beneficiarse da atención fisioterapéutica en AP, tras superar a fase aguda postoperatoria hospitalaria despois do seu alta, ou ben aqueles/as pacientes crónicos/as que, de acordo co criterio do/a médico/a do Servizo de Atención Primaria (SAP), son remitidos ás unidades de Fisioterapia de Atención Primaria (UFAP).

A coxartrose é unha artropatía reumática dexenerativa da cadeira. Caracterízase por dores de tipo mecánico e rixidez que provoca un trastorno funcional, que pode chegar a ser invalidante con rapidez.

Signos radiográficos característicos son: osteofitose, estreitamento da interliña articular e presenza de xeodas no seo da condensación ósea.

Evolución máis ou menos rápida cara á deterioración, ligada á sobrecarga funcional da articulación

Co obxecto de sistematizar de xeito homoxéneo e eficiente tales procesos asistenciais procedeuse a redactar un manual que sexa útil co *Protocolo de actuación en coxartrose*.

### II. Obxectivos

Aliviar a dor, mellorar mobilidade e ton muscular, potenciar o auto coidado: Exercicios de reeducación e hixiene postural para a actividade da vida diaria (AVD).

### III. Poboación diana.

Pacientes captados polo Servizo de AP afectados de coxartrose, que cumpran os criterios de inclusión.

#### A. Criterios de inclusión:

- captación do/a usuario/a de A. Primaria (SAP).
- Serán atendidos todos os usuarios do SAP que cumpran os criterios do protocolo de derivación.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

**B. Criterios de exclusión:**

- Mal estado xeral.
- Patoloxía circulatoria periférica severa.
- Enfermidade neurolóxica progresiva.
- Artrite reumatoide en fase aguda.
- Infección orgánica activa.
- Proceso óseo tumoral en fase aguda.
- Procesos inflamatorios autoinmunes.
- Articulación neuropática.
- A infección articular activa.
- A debilidade groseira do cuadríceps e o *genu recurvatum* das parálises musculares.
- A presenza de graves alteracións tróficas cutáneas periarticulares.

**IV. Plan de Actuación.**

Captación de pacientes: a través do SAP derivaranse os enfermos á UFAP, tendo en conta os criterios de inclusión e acompañado dun informe de valoración médica.

O médico de AP incluirá os seguintes datos: Diagnóstico.

Probas complementarias.

Obxectivos terapéuticos.

**A. Valoración inicial:**

Na primeira consulta, o fisioterapeuta fará unha valoración individualizada cognitiva e funcional completa encamiñada a obter un diagnóstico para establecer un plan de actuación que se vai seguir e para avaliar resultados en posteriores valoracións que garantan a calidade final do proceso. Os datos deben quedar rexistrados na carpeta de fisioterapia que recollerá:

Datos administrativos.

Datos achegados polo médico que fai a derivación.

Valoración de fisioterapia.

Anamnese.



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### B. Tratamento

#### Fase aguda:

Procederase con técnicas individualizadas axeitadas á desinflamar e aliviar alxias:

Electroterapia, ultrasón, onda curta, microondas etc.

(En principio esta fase adoita necesitar de 7 a 12 sesións).

#### Fase subaguda:

Ensinar un réxime de vida para a economía articular, a reeducación muscular do membro inferior e a cintura pélvica para estabilizar.

Cinesiterapia: exercicios de flexibilización e mobilizacións activas e pasivas.

Reeducación muscular: relaxación

(O número de sesións precisas adoita estimarse de 5 a 8, podendo realizarse tratamento grupal).

#### Fase de estabilización:

Prevenición e corrección de posturas viciosas. Cinesiterapia, exercicios de flexibilización, mobilizacións activas e pasivas e ergoterapia funcional.

Evitar sempre reeducación en fases dolorosas.

(Habitualmente 3 a 5 sesións en tratamento grupal).

### C. Valoración final.

Rematado o tratamento, realizarase nova valoración para comprobar a consecución dos obxectivos propostos ao inicio do tratamento e enviarase informe ao médico do SAP cos seguintes datos:

- Obxectivos terapéuticos iniciais.
- Pauta terapéutica aplicada

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

- Resultados alcanzados.
- Proposta de alta.
- Data aproximada de revisión.

### D. Revisión.

Citarase o/a paciente como consulta concertada ao cabo dun mes, aproximadamente, para valorar a evolución do proceso e resolver as posibles dúbidas que lle puidesen xurdir respecto aos exercicios e pautas de autocoidado ensinadas.

### V. Avaliación

Realizárase durante os dous primeiros anos, cada ano, e con posterioridade farase cada dous anos. A evolución debe referirse tanto a aspectos de estrutura como de procesos e resultados de protocolo.

### VII. Bibliografía.

“Enfermidades do aparato locomotor e patoloxía reumática”.

Vol I Fedez Aramburu e Ruescas. Editorial Fundación de Estudo e Formación Sanitaria.

*Músculos probas e funcións.* Kendall e Kendall. Ed. Jims.

*Exploración física da columna vertebral e das extremidades*

Hoppenfeld. Ed. El Manual Moderno.

*Vademecum de Kinesioterapia e reeducación funcional.* Xhardez. Ed. El Ateneo.

*Fisioterapia en Traumatoloxía e Ortopedia.* Serra Día de Sande. Ed. Springer.

*Fisioterapia para Ortopedia e Reumatoloxía.* Boger. Ed. Paidotribo.

Normas de Vancouver.

Referencias de Internet: [www.lire.es](http://www.lire.es) , Liga Reumatológica Española.

[www.sermef.es](http://www.sermef.es), Sociedade Española de Medicina Física e Rehabilitación.

[www.ser.es](http://www.ser.es), Soc. Española de Reumatoloxía.



## 10. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FISIOTERÁPICA NAS ALTERACIÓNS DA ALIÑACIÓN DA RAQUE

### **Autoras/res:**

***Fernández Jentsch, Gabriela.*** Coordinadora de Fisioterapia AP

***González Sánchez, Caridade.*** Fisioterapeuta SAP Tui.

***Lago Liboreiro, Verónica.*** Fisioterapeuta. SAP Tui.

***Fernández Mosquera, María Belén.*** Fisioterapeuta SAP Cañiza.

***Pérez Fernández, Olga.*** Fisioterapeuta. SAP Redondela.

***Sanjurjo Conde, María Jesús.*** Fisioterapeuta. SAP Redondela.

***Bosch Fernández, Joana.*** Fisioterapeuta. SAP Cangas. XAP Vigo

***Murillo Barrios, Ernesto.*** Fisioterapeuta. SAP. Pontearreas.

***Morais López, Silvia.*** Fisioterapeuta SAP Valmiñor.

**Fisioterapeutas de atención primaria. XAP de Vigo**

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### I. Definición do problema

Dentro das alteracións da aliñación da raque distinguimos dúas grandes entidades: as que se producen predominantemente no plano frontal e as que se producen no plano saxital. Poden clasificarse pola súa vez en tipos estruturais e non estruturais, segundo as características de redutibilidade das curvas.

As causas destas desviacións son diversas: conxénitas, neuromusculares, traumáticas, metabólicas, infecciosas, tumorais, idiopáticas...

◆ **ALTERACIÓNS DA ALIÑACIÓN DA RAQUE QUE SE PRODUCEN PREDOMINANTEMENTE NO PLANO FRONTAL: escoliose e actitude escoliótica.**

A actitude escoliótica é unha deformidade espiñal non estrutural. Isto significa que a curva é flexible, redutible se o paciente realiza unha inclinación cara ao lado da convexidade, ao realizar unha flexión ventral de tronco, en suspensión... A desviación aparece unicamente no plano frontal, non hai deformación estrutural dos corpos vertebrais nin rotación destes.

A escoliose é unha forma estrutural. Prodúcese unha deformación estrutural do corpo vertebral, presentando rotación e/ou cuñaxe deste, visible nun estudo radiolóxico. Clasicamente, descríbese como unha alteración da aliñación da raque no plano frontal, pero a realidade é que se trata dunha desviación tridimensional que non se corrixe coas posturas anteriormente citadas.

As desviacións inferiores a 10º segundo Cobb non se definen como escoliose.

A escoliose idiopática constitúe, cunha prevalencia comprendida entre o 80 e o 90% dos casos totais, o tipo máis difundido.

◆ **ALTERACIÓNS DA ALIÑACIÓN DA RAQUE QUE SE PRODUCEN NO PLANO SAXITAL: Hipercifose, hiperlordose, dorso plano, enfermidade de Scheuermann...**

Estas alteracións son máis complexas de definir debido á existencia de cifose e de lordose fisiolóxicas. Os límites entre as actitudes e as deformacións estruturais son moito máis incertos que nas escolioses. Co tempo, cifose e lordose estrutúranse.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

Atendendo á súa morfoloxía podemos clasificalas en:

- Acentuación das curvas fisiolóxicas: hipercifose dorsal, hiperlordose lumbar, hipercifolordose.
- Atenuación das curvas: cifose dorsal atenuada, lordose lumbar atenuada, cifolordose atenuadas.
- Extensión das curvas: cifose toracolumbar, lordose toracolumbar.
- Desaparición das curvas: dorso plano, inversión das curvas.

### II. Obxectivos

- Corrixir e/ou deter a evolución e agravamento das alteracións da aliñación da raque.
- Evitar a estruturación das actitudes escolióticas.
- Educación sanitaria en hixiene postural. Aprendizaxe dun patrón motor e respiratorio correctos. Integración da postura e dos patróns motores correctos nas actividades da vida diaria.
- Prevención de posibles trastornos funcionais que se poidan manifestar tanto no aparato locomotor como no sistema cardiopulmonar.

### III. Poboación diana

Actividade dirixida aos/ás usuarios/as cunha alteración da aliñación da raque, que cumpran os criterios de inclusión.

Quedarán baixo criterio do médico de AP, en función das características da alteración postural e o seu pronóstico, derivar o/a paciente a Atención Especializada para o seu diagnóstico e/ou controis posteriores.

#### A. Criterios de inclusión:

- Usuarios/as con idades comprendidas entre os 5-19 anos.
- Usuarios/as con actitude escoliótica ou escoliose cuxas curvas non superen os 30° Cobb.
- Que a causa da súa desviación non presente características claramente irreducibles.
- Que non presenten patoloxías asociadas que impidan realizar o tratamento.
- Un grao suficiente e necesario de colaboración.

#### B. Criterios de exclusión:

- Usuarios/as menores de 5 anos polo escaso grao de colaboración. Usuarios/as maiores de 19 anos.
- Usuarios/as con patoloxías que comprometan a independencia física e/ou psíquica.



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

- Que presenten sinostoses vertebrais conxénitas ou adquiridas por procesos infecciosos, metabólicos ou artrodeses cirúrxicas, debido á irredutibilidade da curva.
- Escolioses secundarias a enfermidades neuromusculares, reumáticas, metabólicas ou neoplásicas ou a procesos traumáticos ou infecciosos.
- Escoliose que presenten curvas cun ángulo de Cobb superior a 30° e todas aquelas consideradas evolutivas.

### IV. Plan de Actuación

#### A. Valoración inicial.

Rexistraranse os seguintes aspectos na folla de fisioterapia para as alteracións da aliñación da raque (anexo 1), que se incluírá na Carpeta de Fisioterapia.

#### 1. Anamnese.

- Apelidos, nome.
- Sexo.
- Idade.
- Diagnóstico.
- Diagnóstico de fisioterapia.
- Antecedentes persoais de interese: parto, período posnatal, enfermidades padecidas e/ou actuais, medicación, intervencións cirúrxicas, traumatismos.
- Antecedentes familiares de deformacións vertebrais (indicar o grao de parentesco).
- Como e cando se detectou o problema.
- Tratamentos previos e/ou paralelos: utilización de corpiño, intervencións cirúrxicas...
- Actividade laboral/deportiva/ocio: prácticas deportivas, sedentarismo...
- Nenas: menarquía.
- Observacións: presenza de dor...

#### 2. Control radiolóxico.

- Proxección ántero-posterior en bipedestación: Risser, Cobb, rotación, ángulos costovertebral, ángulo iliolumbar, equilibrio, observacións.
- Proxección lateral en bipedestación: ángulo sacro, ángulo lumbosacro, ángulo de inclinación da pelve, frecha da lordose lumbar, reversión posterior, cifose torácica, cifose lumbar, gonzo toracolumbar, acuñamentos vertebrais, observacións.
- Outras proxeccións.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### 3. Valoración de fisioterapia

- Peso.
- Talle en bipedestación / sedestación.
- **Plano frontal**
  - Eixe corporal:
    - Chumbada en C7/dobra interglútea: se existisen desviacións laterais evidentes pode tomarse a distancia entre a chumbada e o punto de referencia en mm, para estudar a evolución do paciente.
    - Apoio do peso corporal: simétrico, lateralizado á dereita, lateralizado á esquerda.
  - Columna cervical e cintura escapular: nivel dos ombros, simetría/asimetría escapular e ángulo inferior das escápulas.
  - 
  - Tórax: simetría/asimetría de ambos os dous hemitórax e os espazos intercostais. Valoración comparativa do ángulo tóracobraquial de ambos os dous lados.
  - Cintura pélvica: Equilibrio da cintura pélvica. Protusión lateral dun coxal. Nivel das EIAS, EIPS, e dobras glúteas.
- **Plano saxital**

Morfoloxía das curvas saxitais: Aumento ou diminución das curvas fisiolóxicas saxitais. Poden medirse as frechas da cifose e da lordose.
- **Plano transversal**
  - Manobra de Adams: Valorarase a existencia de xibosidades; pode realizarse unha medición por medio dun inclinómetro ou similar.
  - Rotación de segmentos: observarase a rotación da cintura escapular, a protusión e o afundimento costais e a torsión ou rotación da pelve.
- **Patrón respiratorio:** respiración abdominal, respiración na convexidade da curva...
- **Extremidades**
  - Morfoloxía, aliñación: Genu valgo, varo, recurvatum flexum,; coxa valga, coxa vara; pé cavo, plano, valgo, varo..
  - Dismetría de EEII. Medición de EIAS a maléolo interno e de embigo a maléolo interno.
- **Valoración muscular:** acurtamentos musculares, atrofas...
- **Observacións:** flexibilidade, rixidez..



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### B. Tratamento

O número máximo de sesións será de 15.

Antes de comezar explicaráselle ao/á paciente en que consistirá o tratamento e se lle insistirá na importancia da responsabilidade e grao de colaboración que achega para conseguir bos resultados.

O tratamento estará baseado en:

- **Educación Sanitaria en hixiene postural.**

Organizaranse grupos de pacientes co obxecto de instruílos/as en: significado do seu problema de saúde, prognóstico e posibles secuelas, así como a exposición de posturas e patróns de movemento correctos/incorrectos, actividade física indicada/contraindicada...

Procurarase homoxeneizar o grupo tendo en conta o tipo de problema e a idade do paciente.

- **Tratamento asistencial.**

Preferentemente realizarase como actividade grupal, intentando organizar grupos homoxéneos en relación ao problema de saúde e á idade do/a paciente. Só en casos excepcionais poderá realizarse un tratamento individual.

O tratamento poderá incluír, segundo o método específico elixido (Schroth, RPG, Vojta, PEP's...):

- Técnicas de reeducación postural.
- Exercicios respiratorios.
- Exercicios de flexibilización.
- Exercicios de estabilización.
- Exercicios de elongación muscular.
- Exercicios de potenciación muscular.

O/A fisioterapeuta deberá adecuar en todo momento as técnicas que se van realizar á situación individual do/a paciente. Deberá valorar continuamente a aprendizaxe correcta dos exercicios e irá progresando na transmisión de coñecementos e habilidades.

- ◆ **A aplicación do tratamento interrómpese cando:**

- O/A usuario/a se nega a seguir o tratamento ou o abandona.
- Ante a existencia dunha desviación raquídea sospeitosa de ser perigosamente evolutiva.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

Nestes casos, deberá informar o/a médico/a de AP do plan terapéutico adoptado así como da razón da interrupción do tratamento.

### C. Valoración final

Finalizado o tratamento, o/a fisioterapeuta reavaliará aqueles aspectos que na valoración inicial se atoparon alterados, para poder establecer os cambios conseguidos tras a aplicación do tratamento. Os datos da valoración de fisioterapia final e aqueles considerados relevantes quedarán rexistrados na Folla de Fisioterapia para as alteracións da aliñación da raque (anexo 1), que se incluírá dentro da Carpeta de Fisioterapia.

Así mesmo, o/a fisioterapeuta redactará un informe na mesma folla de interconsulta que o/a médico/a emitiu para a súa derivación co fin de que se inclúa na historia clínica do/a paciente; nel mencionaranse os seguintes datos:

- Tratamento aplicado.
- Evolución e resultados obtidos.
- Data de alta na UFAP.
- Proposta de revisión.

### D. Revisión

Logo de finalizar o tratamento de fisioterapia realizaranse revisións periódicas aproximadamente cada 6 meses, segundo as características individuais do/a paciente, ata que a alteración se estabilice, se corrixa ou o/a usuario/a remate a súa etapa de crecemento. Estas revisións teñen como obxectivo o control da patoloxía e a súa evolución. En cada unha delas avalíaranse os cambios producidos, reforzaranse os consellos posturais e corríxiranse ou adaptarán os exercicios.

Os datos da valoración de fisioterapia despois de cada revisión rexístraranse nunha nova Folla de Fisioterapia para as alteracións da aliñación da raque (anexo 1), que se incluírá tamén en Fisioterapia. Poderá deixarse constancia destas revisións na historia clínica do/a paciente.

## V. Avaliación do Protocolo

Mediremos indicadores da atención para poder analizar e corríxir os problemas que puidesen xurdir.



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

## VI. Bibliografía

- Insalud Zaragoza. Atención Primaria Áreas 2 e 5: *Programa de Atención Fisioterápica*. 1998.
- Servizo Galego de Saúde. X.A.P Ourense: *Protocolos de Actuación en A. Primaria*.
- Insalud Cáceres. Xerencia de Atención Primaria de Cáceres: *Prevención e tratamento de escoliose e actitudes escolióticas*. 1996.
- Insalud Madrid. Atención Primaria Área 1: *Unidades de Fisioterapia. Guía protocolizada de escoliose*.
- Weiss, H.R. e Rigó, M.: *Fisioterapia para a escoliose baseada no diagnóstico*. Paidotribo, 2004.
- Stagnara P.: *Deformacións da raque*. Masson, 1987.
- Murillo Barrios, E.; Fernández Jentsch, G. e Vila Safont, E.: *Tratamento fisioterápico da escoliose segundo o método Schroth*. Premio memoria de licenciatura fin de carreira. Universidade Autónoma de Barcelona. 1989.
- Weiss, H.R.; Caillens; Ducongé e col.: *Wirbelsäulen Deformitäten, Band 1*. Springer Verlag, 1991.
- Weiss, H.R.; Chêneau, J.; Neiger, H.; Perdrille, R. e col. *Wirbelsäulen Deformitäten, Band 2*. Gustav Fischer, 1992.
- Gagey, P-M. e Wéber, B.: *Posturoloxía*. Masson. 2001.
- Caillens, F. *Le Kinésithérapeute: sa place au cours de l'évaluation et l'évolution de la scoliose*. XXIe Congrès du GEKTS. Xenebra, 1993.
- Kaelin, A. *Risques de progression spontanée, pronostic de réponse au traitement*. XXIe Congrès du GEKTS. Xenebra, 1993.



## ANEXO I

### FICHA FISIOTERÁPICA PARA AS ALTERACIÓNS DA ALIÑACIÓN DA RAQUE

Folla n.º:

Nº H:

### FICHA FISIOTERÁPICA PARA AS ALTERACIÓNS DA ALIÑACIÓN DA RAQUE

APELIDOS,  
NOME.....

SEXO:.....

IDADE:.....

DIAGNÓSTICO.....  
.....

DIAGNÓSTICO  
FISIOTERÁPICO.....

ANTECEDENTES  
PERSOAIS.....

ANTECEDENTES  
FAMILIARES.....

COMO SE DETECTOU?  
CANDO?.....

TRATAMENTOS PREVIOS E/OU  
PARALELOS.....  
.....

ACTIVIDADE  
LABORAL/DEPORTIVA/OCIO.....  
..

MENARQUÍA.....  
.....

OBSERVACIÓNS.....



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

## CONTROL RADIOLÓXICO

## • PROYECCIÓN A-P:

DATA: \_\_\_\_\_

IDADE ÓSEA/.....

COBB.....

ROTACIÓN.....

ÁNGULOS COSTOVERTEBRAIS.....

ÁNGULO ILIOLUMBAR.....

EQUILIBRIO.....

OBSERVACIÓNS.....

## • PROYECCIÓN LATERAL

DATA: \_\_\_\_\_

ÁNGULO SACRO (30°).....

ÁNGULO LUMBOSACRO (140°).....

ÁNGULO INCLINACIÓN PELVE (60°).....

FRECHA LORDOSE LUMBAR.....

REVERSIÓN POSTERIOR.....

CIFOSE TORÁCICA (T3-T12 = 26°/36°/46°).....

LORDOSE LUMBAR (L1-L5 = -44°/-32°/-56°).....

GONZO TÓRACOLUMBAR (T10-T12 = 5,5°).....(T12-L2 = -3°).....

(T10-T12) + (T12-L2) = +.....

CUÑAXES VERTEBRAIS.....

OBSERVACIÓNS.....

## • OUTRAS PROYECCIÓNS



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### VALORACIÓN FISIOTERÁPICA

DATA: \_\_\_\_\_

PESO.....TALLE EN BIPEDESTACIÓN..... TALLE EN SEDESTACIÓN.....

#### PLANO FRONTAL

EIXE CORPORAL: CHUMBADA EN C7/PREGO ÍNTERGLÚTEO

APOIO DO PESO CORPORAL

COLUMNA CERVICAL E CINTURA ESCAPULAR

TÓRAX

CINTURA PÉLVICA

#### PLANO SAXITAL

MORFOLOXÍA DAS CURVAS SAXITAIS

#### PLANO TRANSVERSAL

MANOBRA DE ADAMS

ROTACIÓN SEGMENTOS

#### PATRÓN RESPIRATORIO

#### EXTREMIDADES

MORFOLOXÍA, ALIÑACIÓN

DISMETRÍA DE EEII

EIAS/MALÉOLO INTERNO

DEREITO:

ESQUERDO:

EMBIGO/MALÉOLO INTERNO

DEREITO:

ESQUERDO:

#### VALORACIÓN MUSCULAR

#### OBSERVACIÓNS

#### TRATAMENTO FISIOTERÁPICO

#### EVOLUCIÓN

## 11. PROTOCOLO DA DORSALXIA NA ATENCIÓN PRIMARIA

### Índice

- I. Definición:
- II. Obxectivos:
  - A. Obxectivos xerais
  - B. Obxectivos específicos
- III. Poboación diana
  - A. Captación
  - B. Criterios de inclusión
  - C. Criterios de exclusión
- IV. Plan de actuación:
  - A. Valoración
  - B. Tratamento
  - C. Revisións
- V. Avaliación do protocolo
- VI. Bibliografía

#### **Autores:**

**Moure Cortés , Mari Carmen.** Fisioterapeuta SAP de A Estrada

**Iglesias Rodal, Camilo.** Fisioterapeuta C. S. de Bueu

Fisioterapeutas de Atención Primaria. XAP de Pontevedra



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

---

### I. Definición:

Definimos a dorsalgia como unha dor localizada a nivel da columna dorsal (D1 a D12) de orixe diversa. Os síntomas adoitan ser: dor local, espasmo muscular, postura antiálxica, diminución funcional e cifose dorsal.

### II. Obxectivos:

#### A. Obxectivos xerais:

- Aliviar a dor.
- Conseguir unha boa funcionalidade da columna vertebral.
- Informar a poboación diana sobre a enfermidade, síntomas e diferentes métodos terapéuticos, necesidade de adquirir unhas pautas encamiñadas a frear a evolución da dorsalgia e a paliar a sintomatoloxía.
- Potenciar o autocoidado e mellorar a calidade de vida do/a usuario/a.
- Evitar recidivas.

#### B. Obxectivos específicos:

- Toma de conciencia. Propiocepción.
- Reeducación e hixiene postural para as AVD.
- Diminuír a dor.
- Mellorar a mobilidade.
- Ensinar pautas domiciliarias, especialmente en crónicos.
- Ensinar exercicios específicos.

### III. Poboación diana:

Actividade dirixida ao/á usuario/a con dor dorsal que cumpre os criterios de inclusión.

#### A. Captación:

A captación do/a usuario/a farase a través do protocolo de derivación das unidades de AP.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### B. Criterios de inclusión:

Usuarios/as con capacidade para desprazarse de forma autónoma á unidade de Fisioterapia. Poderanse incluír no protocolo:

#### A. Trastornos mecánicos ou dexenerativos:

- Dor de costas mecánica ou benigna.
- Espondiloartrose dorsal (adoita cursar sen dor, que podería ser indicativo doutra patoloxía).
- Osteocondrose vertebral.
- Apofisite espiñenta.

#### B. Trastornos endócrinos ou metabólicos:

- Osteoporose.
- Calcificacións discais.

### C. Criterios de exclusión:

- Fracturas vertebrais
- Trastornos neoplásicos: tumores metastático, mieloma múltiple, tumor primitivo...
- Trastornos inflamatorios.
- Trastornos infecciosos: espondilodiscite tuberculosa ou mal de Pott, espondilodiscite por outras bacterias pióxenas, espondilodiscite por fungos.
- Trastornos metabólicos: osteomalacia, raquitismo, enfermidade de Paget.
- Toda patoloxía que comprometa a independencia física e /ou psíquica do/a usuario/a.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### IV. Plan de actuación:

#### A. Valoración inicial:

Nesta primeira consulta realizarase unha anamnese e unha exploración de fisioterapia e explicaráselle ao/á paciente que obxectivos nos propoñemos e os distintos medios que utilizaremos para chegar aos obxectivos propostos e a duración aproximada de tratamento.

Rexistraranse na carpeta de fisioterapia:

#### Datos subxectivos:

- Historia laboral e sociofamiliar.
- Historia da dor (localización, irradiación, intensidade).

#### Datos obxectivos:

- Inspección e palpación.
- Estudio da postura (estatodinámica).
- Visualización radiolóxica.
- Test de mobilidade.
- Test musculares.

#### B. Tratamento:

Estableceranse de 12 a 15 sesións de tratamento (segundo a organización funcional da unidade).

A frecuencia de tratamento será diaria ou en días alternos.

Os exercicios, pautas para o domicilio e medidas de hixiene postural pódense ensinar de forma individual ou en grupo e o resto das técnicas aplícanse de forma individual.

O/A fisioterapeuta valora continuamente a aprendizaxe correcta dos exercicios e aumenta progresivamente o coñecemento do problema por parte de usuario/a, de cara a conseguir unha maior autorresponsabilidade e independencia no coidado do seu estado de saúde.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

As técnicas de fisioterapia estableceranse en función da patoloxía, consistindo en:

- **Electrotermoterapia** (IR, TENS, microondas etc.).
- **Cinesiterapia:**
  - Toma de conciencia da postura correcta (reeducación postural).
  - A nivel da raque dorsal e gonzo dorsolumbar, endereitamos a cifose en sedestación e se se asocia unha escoliose, tamén lle ensinamos a endereitar a inflexión lateral.
  - A nivel global: aprendizaxe de exercicios flexibilizantes e de exercicios de potenciación muscular.
  - Exercicios respiratorios.
  - Terapias manuais.
  - Educación sanitaria: aprendizaxe de normas de hixiene postural e posturas alternativas para evitar posicións nocivas.

Na aplicación de técnicas teranse en conta as posibles contraindicacións. A aplicación das sesións interrómtese cando:

- Se reagudiza o cadro.
- Aparece unha patoloxía asociada que lle afecta ao proceso de Fisioterapia.
- O/A usuario/a négase a seguir o tratamento ou o abandona.

Nestes casos non se poderá realizar a valoración dos resultados obtidos coa terapia aplicada, pero informarase o médico de EAP do plan terapéutico adoptado, así como da razón da interrupción do tratamento.

### C. Valoración final:

Finalizado o tratamento previsto, o fisioterapeuta pasará a reavaliar aqueles aspectos que na valoración inicial se atoparon alterados para poder establecer as mellorías tras a aplicación do tratamento na fase de control. Tamén se fai unha valoración do cumpro dos obxectivos establecidos.

Os datos da valoración de Fisioterapia final incluíranse na carpeta e folla de avaliación de fisioterapia do/a usuario/a, así como todos aqueles datos que



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

puidesen xurdir ao longo da evolución e que considera importante que consten na devandita carpeta.

Por último, o/a fisioterapeuta elaborará un informe final para o médico do EAP no parte de interconsulta, no que se especificará:

- O tratamento aplicado.
- Evolución e resultados obtidos.
- A data de alta na unidade de fisioterapia.
- Proposta de revisión.

### D. Revisión

Logo de finalizar o tratamento farase revisión ao mes para avaliar os cambios producidos, actualizar os coñecementos adquiridos e reforzar consellos.

### V. Avaliación do protocolo

A avaliación realizarase cada ano durante os dous primeiros anos e con posterioridade será bienal. A avaliación debe referirse tanto a aspectos de estrutura, coma de proceso e resultados do protocolo.

### VI. Bibliografía

- *Protocolo de fisioterapia da dorsaxia*. Xerencia de AP de Ourense, 1999. SERGAS.
- Cabanillas del Pozo, Manuel e col. *Protocolo de actuación de fisioterapia na dorsaxia*. Áreas 2 e 5 Atención Primaria de Zaragoza. Insalud, 1998.
- Chaitow, L. *Terapia manual: valoración e diagnóstico*. Madrid. Ed. McGraw-Hill/interamericana, 2001.
- Ives Xharder. *Vademécum de Fisioterapia*. Ed. El Ateneo 1984.
- Neiguer, H. *Estiramientos analíticos manuais*. Panamericana, Madrid 1998.
- Díez Viñas, Victorino e col. *Unidades de fisioterapia. Guías protocolizadas de dorsaxias*. Documento 3 Área 1 Madrid AP. Insalud, 1995.
- Kapandji, I.A. *Cadernos de Fisioloxía Articular. Tronco e raque* (Ed. Masson 1988).



## 12.- GUÍA DE ACTUACIÓN NA LUMBALXIA

### Autoras:

<b>Idalina Alcoba Mayo</b>	<b>CS de Fontiñas.</b>
<b>Victoria Girón Sánchez</b>	<b>CS de Fontiñas.</b>
<b>Sonia Formoso García</b>	<b>CS de Muros</b>
<b>Victoria García Rodríguez</b>	<b>CS de Sta. Comba.</b>

**Fisioterapeutas de atención primaria. XAP de Santiago**



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

---

### ÍNDICE

- II. Introducción
- III. Obxectivos
- IV. Poboación diana
- V. Plan de actuación
- VI. Valoración Inicial
- VII. Tratamento de Fisioterapia
- VIII. Valoración de Fisioterapia final
- IX. Revisión
- X. Avaliación do protocolo
- XI. Bibliografía



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### I. Introducción.

Dentro deste termo inclúense moi diversas patoloxías tanto agudas como crónicas, (ciáticas, espíndilo artrose, sacroileite, escordadura lumbar etc.).

Todas cursan con:

- Dor en hemicinturon con irradiación ou non a MMII.
- Hipertonía da musculatura paravertebral.
- Bloqueo ou diminución da mobilidade do segmento lumbar-posición antiálxica.

Moitas veces a dor localízase na distribución dunha raíz nerviosa acompañada de déficit neurosensorial e motor desmembro inferior.

### II. Obxectivos.

- Aliviar a dor.
- Restablecer a mobilidade e normalizar o ton muscular.
- Recuperar a funcionalidade na AVD (actividades da vida diaria) e medio laboral.
- Mellorar a calidade de vida.
- Evitar recidivas.
- Potenciar o autocoidado → educación para a saúde.

### III. Poboación diana.

A Captación dos/as usuarios/as farase atendendo ao protocolo de derivación.

#### A. Criterios de inclusión.

- Todo/a paciente que acuda coa folla de íterconsulta onde figure claramente o diagnóstico.
- Pacientes diagnosticados de lumbalxia ou lumbociatalxia aguda de repetición ou lumbociática crónica.
- Que exista algún obxectivo terapéutico con posibilidade efectiva de logro.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### B. Criterios de exclusión.

- Lumbalxia de orixe raquídea mecánica.
  - Por sobrecarga: fracturas por compresión, distensión lumbar aguda, espondilolistese con signos neurolóxicos de atrapamento nervioso (Lassegue).
- Lumbalxia de orixe raquídea, mecánica:
  - Inflamatoria: espondilite anquilosante, artrite psoriásica.
  - Infecciosa: pióxenas, enfermidade de Pott.
  - Metabólica: osteomalacia, enfermidade de Pager.
  - Tumoral: tumor benigno, tumor maligno primitivo.
- Toda patoloxía que comprometa a independencia física e/ou psíquica do individuo.

### IV. Plan de actuación.

#### A. Valoración Inicial

Nesta primeira consulta realizácese unha anamnese e unha exploración de fisioterapia e explicáseselle ao paciente que obxectivos nos propoñemos e os distintos medios para chegar aos obxectivos propostos:

Datos subxectivos:

Historia laboral, sociofamiliar e da dor.

(Localización, irradiación, intensidade).

- Limitacións da mobilidade :
  - Flexo-extensión.
  - Rotacións.
  - Lateralizacións.
- Alteracións do ton muscular:
  - Hipertonía.
  - Hipotonía.
  - Distonía.
- Alteracións estruturais e posturais:
  - Hiperlordose.
  - Rectificación lumbar.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

- Asimetrías MMII.
- Dorso curvo/plano.
- Escoliose.
- Asimetrías de MMII.
- Alteración da funcionalidade:
  - AVD
  - Medio laboral.

### B. Tratamento de Fisioterapia

- Número de sesións: establécense de 8 a 15 sesións de tratamento (segundo a organización funcional da unidade).
- Frecuencia do tratamento: diaria ou en días alternos segundo as características da patoloxía e a evolución do/a paciente.
- Tipo de asistencia: os exercicios, pautas para o domicilio e medidas de hixiene postural pódense ensinar de forma individual ou en grupo (5-7 persoas) e o resto das técnicas aplicaranse de forma individual.

As técnicas de fisioterapia estableceranse en función da patoloxía, consistindo en:

- Termoterapia.
- Ultrason.
- Electroterapia.
- Cinesiterapia.
  - Reeducación postural: toma de conciencia da postura correcta.
  - Reeducación respiratoria:
    - o Respiración diafragmática.
    - o Respiración costal.
    - o Respiración completa.
  - Flexibilización raquídea.
  - Potenciación muscular isométrica/isotónica.
- Terapias manuais.
- Educación sanitaria → Aprendizaxe de normas de hixiene postural.

Se é preciso aplicar técnicas analxésicas ou terapias manuais, faranse nas primeiras sesións de tratamento e pasarase por unha segunda fase de aprendizaxe de pautas e exercicios.

O/A fisioterapeuta valora continuamente a aprendizaxe correcta dos exercicios e trata de concienciar o/a usuario/a da súa evolución, de cara a conseguir unha maior autorresponsabilidade e independencia no coidado do seu estado de saúde.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

---

A aplicación das sesións interrómpese cando:

- Reagudización dun cadro.
- Aparece patoloxía asociada que lle afecta ao proceso de fisioterapia.
- O/A usuario/a négase a seguir o tratamento ou o abandona.

Nestes casos non se poderá realizar a valoración dos resultados obtidos coa terapia aplicada, pero informaráselle ao médico do EAP do plan terapéutico adoptado, así como da razón da interrupción do tratamento.

### C. Valoración de fisioterapia final.

Unha vez finalizada o tratamento, emitirase informe ao médico de EAP cos seguintes datos:

- Obxectivos terapéuticos iniciais.
- Tratamento aplicado.
- Evolución e resultados alcanzados.
- Proposta de alta e data de revisión.

Os datos da valoración de fisioterapia final incluíranse na carpeta de fisioterapia do/a usuario/a, así como todos aqueles datos que puidesen xurdir ao longo da evolución e que se considere importante que conste na devandita historia.

### D. Revisión.

Realízase ao mes de finalizar as sesións; nela valorábase os cambios producidos e actualízase os coñecementos adquiridos, así como reforzábase consellos para o autocoidado no domicilio.

### V. Avaliación do protocolo.

A avaliación realízase cada ano, durante os dous primeiros anos. A evolución debe referirse tanto a aspectos de estrutura como de procesos e resultados de protocolo.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

## VI. Bibliografía

- Lapierre. *A reeducación física* Tomos I-II-III. Ed. Científico Médica.
- Souchard, Philie. *Reeducación postural global*. Ed. Instituto de Terapias Globais.
- *Protocolo de fisioterapia da lumbalxia*. Ourense 1988.
- *Unidades de Apoio en Atención Primaria*. Insalud 1996
- Ivex Xhardez. *Vademecum de Fisioterapia*. Ed. El Ateneo.
- *Revista de Fisioterapia*. Páx. 332 novembro - decembro 2006.
- M. Esnault. *Estiradas Analíticas en Fisioterapia Activa*. Ed. Masson
- French, S.; Cameron, M.; Wacker, B.; Reggars, J. e Esterman, A. *Calor o frío superficial para a dor lumbar*.
- Kapandji, IA. *Cadernos de Fisioloxía Articular. Tronco e Raque*. Ed. Masson 1988.
- Lapierre, A. *A reeducación física*. Ed. Científico Médica 1968.
- Peterson Kendall, F. e Kendall McCrery, E. *Músculos, probas funcionais*. Ed. Jims.



## 13. PROTOCOLO FISIOTERÁPICO DA CERVICALXIA

### Autores

**Pérez Fernández M. Reyes.** Fisioterapeuta. Coordinadora de Fisioterapia de Área. Xerencia de AP de Ourense.

**M.<sup>a</sup> Carmen Rodríguez Rodríguez.** Fisioterapeuta Servizo AP Valle Inclán-mañá. Xerencia de AP de Ourense.

**Rosa M.<sup>a</sup> Gómez Lázaro.** Fisioterapeuta Servizo AP Xinzo. Xerencia de AP de Ourense.

**César Fernández Castro.** Fisioterapeuta Servizo AP Celanova. Xerencia de AP de Ourense.

**Edita Ucha Álvarez.** Fisioterapeuta. Centro de fisioterapia Afisec. Ourense.

**Fisioterapeutas de atención primaria. XAP de Ourense**

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### I. Introducción

A cervicalxia é toda dor cervical posterior ou posterolateral, excluindo as que se orixinan nos órganos funcionais da parte anterior do colo.

Son dores esencialmente de orixe ósea, articular e muscular e están en relación coa deterioración estrutural e a artrose da raque cervical. Favorecen a súa aparición os desequilibrios estáticos e musculares, os traumatismos e os factores psicosomáticos.

Os síntomas adoitan ser: dor local en rexión cervical e cintura escapular, espasmo muscular e diminución funcional con limitación da mobilidade.

### II. Obxectivos

Aliviar a dor, mellorar a mobilidade e o ton muscular, potenciar o autocoidado: Exercicios, reeducación e hixiene postural para as actividades da vida diaria (AVD).

### III. Poboación diana

#### A. Criterios de inclusión

Todo paciente do SAP que acuda con folla de interconsulta onde figure claramente o diagnóstico de cervicalxia.

#### B. Criterios de exclusión.

Non estar correctamente diagnosticado.

Patoloxía en estado hiperálxico.

Enfermidade non orgánica ou psicosomática que curse con sintomatoloxía de columna cervical.

Neoplasias.

Toda aquela patoloxía que comprometa a independencia física e/ou psíquica do/a usuario/a.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### IV. Plan de actuación

#### A. Valoración inicial:

Nesta primeira consulta realizarase unha anamnese e unha exploración de fisioterapia, e explicaráselle ao/á paciente que obxectivos nos propoñemos e os distintos medios que utilizaremos para chegar aos obxectivos propostos.

Datos subxectivos:

Historia laboral, socio familiar e da dor (localización, irradiación, intensidade).

Datos Obxectivos:

##### a) Probas de Mobilidade

Exame postural (local e xeral).

Balance muscular (local e xeral).

Palpación (contracturas, puntos gatillo, fibrose).

##### b) Tratamento:

Consta de 2 a 3 semanas cunha media de 10 sesións (15 sesións como máximo). Realizaráselle ao/á paciente unha aplicación das técnicas a previstas, así como as pautas de hixiene postural e a perfecta aprendizaxe dos exercicios para que continúe con eles no seu domicilio logo de finalizar o tratamento na unidade de fisioterapia.

Criterios para a suspensión do tratamento.

- Reagudización do problema.
- Negativa ou ausencia do/a paciente, neste caso contactarase con el para coñecer a causa da súa ausencia e poderlle ofrecer a oportunidade de retomar as actividades.
- Aparición de problema asociado.
- O logro dos obxectivos marcados.

##### ❖ Tratamento na fase aguda

- ❖ Repouso ( inmovilización con colar ortopédico brando ou postura antiálxica).
- ❖ Electroterapia antiálxica.
- ❖ Termoterapia (infravermellos etc.).
- ❖ Terapia manual.



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### 2. Tratamento cando cesa o espasmo:

- ❖ Retirada da inmovilización.
- ❖ Inicio de kinesiterapia.
- ❖ Tratamento de cervicalxia en fase subaguda e crónica.

### 3. Tratamento na fase subaguda e crónica

- ❖ Técnicas analxésicas e descontracturantes: electrotermoterapia, ultrasóns, técnicas de partes brandas etc.
- ❖ Técnicas descompresivas: tracción vertebral cervical.
- ❖ Terapias manuais.
- ❖ Reeducación postural e exercicios terapéuticos.

#### C. Valoración final

Rematado o tratamento, realizarase unha nova valoración para comprobar se se conseguiron os obxectivos propostos ao inicio do tratamento e emitiráselle información ao médico do SAP cos seguintes datos:

- Obxectivos terapéuticos iniciais.
- Pauta terapéutica aplicada.
- Resultados alcanzados.
- Proposta de alta.
- Data aproximada de revisión.

#### D. Revisión

Cítase o/a paciente como consulta concertada ao cabo dun mes, aproximadamente, para valorar evolución do proceso e resolver as posibles dúbidas que lle puidesen xurdir respecto aos exercicios e pautas de autocoidado ensinadas.

### V. Avaliación

A avaliación realizarase cada ano durante os dous primeiros anos e con posterioridade será bienal. A avaliación debe referirse tanto a aspectos de estrutura, como de proceso e resultados do protocolo.



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

## VI. Bibliografía

1. *Protocolo de fisioterapia na cervicalxia*. Xerencia de AP de Ourense, 1999. SERGAS
2. *Protocolo de actuación de fisioterapia na cervicalxia*. Protocolos de Fisioterapia en Atención Primaria, 2005. Sacyl.
3. Chaitow, L. *Terapia manual: valoración e diagnóstico*. Madrid: Ed. McGraw-Hill/interamericana; 2001.
4. Coppieters, M.; Atappaerts, K.; Wouters, L. e Janssens, K. *The immediate effects of a cervical lateral glide treatment tec in patients with neurogenic cervicobrachial pain*. J Orthop Sports Phys Ther. 2003, 33:369-78.
5. Gaam, A.; Warmuings, S.; Larsen, L.; Jensen, B.; Hoydalsmo, O.; Allon, I.; et al. *Treatment of myofascial trigger-points with ultrasound combined with massage and exercise - a randomized controlled trial*. Pain. 1998; 77:73-9.
6. Henarejos, A.; Mirapeix, F.; Gascon, J.; Argente, I.; Vaqueiro, A. e Alcantara, F. *Cervicalxia. Prevalencia, consecuencias e factores de risco da cervicalxia*. Fisioterapia. 2000, 2:4-12.
7. Mirapeix, F.; Henarejos, A.; Herrador, J. *Cervicalxia: Guía de práctica clínica para o diagnóstico fisioterápico da cervicalxia mecánica*. Fisioterapia 2000, 2: 13-32.
8. Palomeque, L. e Malillions, P. "Tratamento osteopático da escordadura cervical. Estudo comparativo en lesións por accidentes de tráfico". Revista Cuestións de fisioterapia. 2002; 20:13-26.
9. Pena, M.; Henares, A. e Lameiras, M. "Cervicalxia: un estudo comparativa entre diferentes procedementos electroterapéuticos". Revista cuestións de fisioterapia. 2000; 13:43-50.
10. Rodriguez, J.M. *Electroterapia en fisioterapia*. Madrid: Ed. Panamericana; 2000.
11. Montañés, F.; Pazos, V.; Herrador, J.; Mirapeix, F.; Pérez, S. e Reina, P. *Educación do paciente con cervicalxia*. Fisioterapia. 2000, 2:71-9.
12. Revel, M.; Minguet, M.; Gregory, P.; Vaillant, J. e Manuel, J.L. *Charges in cervicocephalic kinesia after a proprioceptive rehabilitation program in patients with neck pain: arandomized controlled study*. Arch Phys Med Rehabil. 1994; 75:895-9.



# 14. PROTOCOLO

## FISIOTERÁPICO

### DA ESCORDADURA DE NOCELLO

#### Autores

**Pérez Fernández M. Reyes.** Fisioterapeuta. Coordinadora de Fisioterapia de Área. Xerencia de AP de Ourense.

**M.<sup>a</sup> Carmen Rodríguez Rodríguez.** Fisioterapeuta Servizo AP Vallle Inclán-mañá. Xerencia de AP de Ourense.

**Rosa M.<sup>a</sup> Gómez Lázaro.** Fisioterapeuta Servizo AP Xinzo. Xerencia de AP de Ourense.

**César Fernández Castro.** Fisioterapeuta Servizo AP Celanova. Xerencia de AP de Ourense.

**Edita Ucha Álvarez.** Fisioterapeuta. Centro de fisioterapia Afisec. Ourense.

**Fisioterapeutas de atención primaria. XAP de Ourense**

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### I. Definición

Defínese como torcedura ou distensión violenta que pode chegar á rotura dun ligamento ou de fibras musculares próximas.

O ligamento máis frecuente involucrado é o ligamento lateral (e en concreto o peroneoastragalino anterior) por un mecanismo de inversión.

### II. Clasificación

- **Grao I (distensión ou elongación).** É o máis leve, cursa con: dor leve, lixeiro edema, escasa perda funcional e estabilidade articular.
- **Grao II (desgarro parcial).** É o máis común e o máis frecuente, podendo producir un nocello constantemente inestable con escordaduras recidivantes e posterior artrite traumática. Cursa con: sensación de estalo a ceder o tecido, dor, equimose edema e lixeira inestabilidade.
- **Grao III (desgarro completo).** É o máis raro pero o máis incapacitante (o paciente ten moitas dificultades para plantar o pé). Cursa con: dor intensa, edema, hemorraxia e grande inestabilidade articular.

### III. Obxectivos

- Diminuír a dor.
- Estabilizar partes brandas.
- Reducir a inflamación.
- Aumentar o percorrido articular.
- Potenciar a musculatura.
- Reeducar a estabilidade.

### IV. Poboación diana

#### A. Criterios de inclusión.

Todo/a paciente do SAP que acuda coa folla de interconsulta onde figure claramente o diagnóstico de escordadura de nocello.

#### B. Criterios de exclusión.

Non estar correctamente diagnosticado.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### V. Plan de actuación

#### A. Valoración inicial:

Nesta primeira consulta realizarase unha anamnese e unha exploración de fisioterapia, e explicaráselle ao/a paciente que obxectivos nos propoñemos e os distintos medios que utilizaremos para chegar aos obxectivos propostos.

##### Datos subxectivos:

Historia laboral, socio familiar e da dor (localización, irradiación, intensidade).

##### Datos obxectivos:

- Probas de mobilidade articular (o normal sería 20° de dorsiflexión e 45-50° de flexión plantar).
- Probas musculares (especialmente peroneos e extensor común dos dedos).
- Posición do pé lesionado (adoita estar nunha posición de inversión).
- Palpación do tecido óseo e brande (para detectar defectos estruturais, inflamación e sensibilidade).
- Signo de caixón anterior (será positivo se o pé se despraza cara a diante e valorará a estabilidade dos ligamentos do nocello).
- Método de "figura de" (avaliará o edema e mídese con cinta métrica formando sobre o pé unha especie de 8).

#### B. Tratamento

Normas xerais (regra inglesa RICE repouso, xeo, comprensión e elevación-).

- Repouso sen apoiar o membro de 48-72 horas.
- Xeo aplicado localmente para reducir o edema.
- Elevación do membro afectado.
- Comprensión: comprimir con algún tipo de vendaxe ou férula.
- Se observamos que a articulación tibioperoneoastragalina se atopa bloqueada, realizar a manobra de desbloqueo se a lesión se produciu en menos de 4 horas, se pasou máis tempo, esperar uns días á diminución do edema e a dor.



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### Grao I:

1. Xeo durante 20 minutos cada 2 ou 3 horas durante 1 ou 2 días.
2. Masaxe evacuativa.
3. Vendaxe funcional con presión confortable diaria despois de aplicar a masaxe evacuativa.
4. Limitar as actividades de carga durante 3 ou 4 días.
5. Ao ceder a dor realizar movementos circulares co nocello varias veces ao día.

### Grao II e III:

1. Xeo intermitente durante 24-72 horas.
2. Masaxe evacuativa.
3. Vendaxe funcional con presión confortable diaria despois de aplicar a masaxe evacuativa.
4. A partir da 2.<sup>a</sup> semana e en función da dor:
  - Exercicios suaves de flexo-extensión.
  - Elongación da musculatura da mazá da perna.
  - Exercicios de elasticidade.
  - Exercicios propioceptivos con prato inestable (débense realizar entre paralelas para maior seguridade).
5. Uso de muletas ou bastóns.
6. Evitar andar ou correr sobre superficies desiguais durante 2-3 semanas despois de empezar a cargar.
7. Utilizar unha protección no nocello durante 3-4 semanas.

### C. Valoración final

Rematado o tratamento, realizarase unha nova valoración para comprobar se se conseguiron os obxectivos propostos ao inicio do tratamento e emitirase información ao médico do SAP cos seguintes datos:

- Obxectivos terapéuticos iniciais.
- Pauta terapéutica aplicada.
- Resultados alcanzados.
- Proposta de alta.
- Data aproximada de revisión.

### D. Revisión

Citarase o/a paciente como consulta concertada ao cabo de 15 días, aproximadamente, para valorar evolución do proceso e resolver as posibles dúbidas que lle puidesen xurdir respecto aos exercicios e pautas de autocoidado ensinadas.



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

## VI. Bibliografía

- Fisioterapeutas da Área de Ourense. *Protocolo de fisioterapia da escordadura de nocello*. Xerencia de AP Ourense 1999.
- Fisioterapeutas da Área de Segovia. *Protocolo de fisioterapia da escordadura de nocello* Insalud 1996
- Ives Xhardez. *Vademecum de Fisioterapia*. Ed. El Ateneo 1984
- Iversen Larry, D. e Swiontkowski, Marc F. *Manual de urxencias en ortopedia e traumatoloxía*. Tomo II, pp. 344. Masson. Barcelona 1996.
- Rodríguez Alonso, J.J. e Valverde Román, L. *Manual de traumatoloxía en Atención primaria*. pp. 331- 333 SmithKline Beecham, 1996.
- Arnheim, D. "Patoloxía deportiva". En: *Fisioterapia e adestramento atlético*. Doyma, Barcelona, 1995.
- Arnheim, D. "Fundamentos en patoloxía deportiva". En: *Fisioterapia e adestramento atlético*. Doyma, Barcelona, 1995.
- Arnheim, D. "Causas resposta e tratamento das lesións deportivas". En: *Fisioterapia e adestramento atlético*. Doyma, Barcelona, 1995.
- Esnault, M. *Estiradas analíticas en fisioterapia activa*. Masson, Barcelona, 1996
- Neiguer, H. *Estirada Analíticos Manuais*. Panamericana, Madrid, 1998
- Meadows, J.T. *Diagnóstico diferencial en fisioterapia*. McGraw-Hill interamericana, Madrid, 2000

## ANEXO I

### **CONSELLOS PRÁCTICOS PARA REALIZAR NO DOMICILIO ANTE UNHA ESCORDADURA DE NOCELLO**

Despois de retirada a última vendaxe:

1. Estiradas de nocello (flexo-extensión máxima) axudándose cunha toalla.
2. Sentados, escribir o alfabeto no aire cos dedos do pé lesionado
3. Apertar contra o chan unha pelota e movela cara aos lados.
4. Empurrar cara a arriba e cara aos lados un obxecto pesado pero que poidamos mover ben.
5. Realizar exercicios de equilibrio sobre unha táboa.
6. Marchar de puntillas e talóns cos pés descalzos sobre chan chairo.





## 15. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FISIOTERÁPICA EN OMBRO DOLOROSO

### **Autores:**

**Jaime Javier Costas Teijeiro.** Fisioterapeuta. SAP. As Pontes

**Natalia Martínez Couto.** Fisioterapeuta. SAP. Narón

**Sonia Gómez Tome.** Fisioterapeuta. SEP. Narón

**Fátima Martínez Villar.** Fisioterapeuta. SAP. Pontedeume

**Maria Félix Rey Abelleira.** Fisioterapeuta. SAP. Ortigueira

**Adoracion Hernández Limón.** Fisioterapeuta

**Fisioterapeutas de atención primaria. X.U. de Ferrol**

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### I. Definición:

Baixo a denominación de ombro doloroso inclúese un amplo abano de procesos nos que aparece un fenómeno doloroso, que pode cursar con inflamación, con certa limitación articular e con atrofia muscular, a nivel da articulación escápulo-umeral.

No ombro doloroso simple, a dor aparece ao realizar certos movementos ben precisos do brazo, e en ocasións de noite, cando o/a paciente se deita sobre o ombro danado. A afección responsable pode ser:

- Unha tendinite, bursite ou tenosinovite dun ou varios tendóns da segunda articulación do ombro (acromiotuberositaria).
- Unha tendinite dos músculos do manguito.
- Unha tenosinovite da porción longa do bíceps.

No ombro doloroso simple, a dor e a limitación funcional evolucionan en principio, seguindo as seguintes fases:

#### A. Fase de dor:

constará de tres períodos:

- **Período agudo:** predomina a dor
- **Período subagudo:** aparece a dor ao poñer en tensión os tendóns.
- **Período de recuperación:** soamente unha función anormal produce dor

#### B. Fase de limitación funcional:

constará de tres períodos:

- **Período de instalación:** aparece limitación ao movemento.
- **Período de rixidez:** bloqueo mecánico do ombro
- **Período de recuperación:** mellora a mobilidade articular



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### II. Obxectivos:

#### A. Fase da dor:

Eliminar ou aliviar a dor.

Relaxar a musculatura da zona.

#### B. Fase de limitación articular:

Eliminar ou aliviar a dor

Mellorar a mobilidade.

Mellorar o ton muscular.

Educación sanitaria.

Hixiene postural

### III. Poboación diana:

Todo/a paciente que acuda coa folia de interconsulta onde figure o diagnóstico de ombro doloroso.

A captación dos/as usuarios/as farase atendendo ao protocolo xeral de derivación.

#### A. Criterios de inclusión:

- Usuarios/as con dor de ombro en repouso e/ou en movemento.
- Aceptación por parte do/a usuario/a.
- Non existencia de patoloxías asociadas que impidan realizar o tratamento.

#### B. Criterios de exclusión:

- Non estar correctamente diagnosticado.
- Inestabilidade articular.
- Neoplasias.
- Toda aquela patoloxía que comprometa a independencia física e/ou psíquica do/a usuario/a.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

## IV. Plan de actuación:

### A. Valoración inicial:

Nesta primeira consulta realizarase unha anamnese e unha exploración de fisioterapia. Explicaráselle ao/á paciente que obxectivos nos propoñemos, os distintos medios que se utilizarán para chegar aos obxectivos propostos e a duración aproximada do tratamento.

Rexistraranse na carpeta de fisioterapia os seguintes datos:

- **Datos subxectivos:**

- Historia laboral.

- Historia sociofamiliar.

- Historia da dor (localización, irradiación, intensidade).

- **Datos obxectivos:**

- Probas de mobilidade.

- Exame postural.

- Balance muscular.

- Palpación (puntos gatillo, fibrose...).

### B. Tratamento

Realizánsense entre 10 e 15 sesións de tratamento. A frecuencia de tratamento será diaria ou en días alternos segundo a evolución do/a paciente. Os exercicios, pautas para domicilio e medidas de hixiene postural pódense ensinar de forma individual ou en grupo e o resto das técnicas aplicaranse de forma individual. **As técnicas de fisioterapia** consistirán en:

- **Fase de dor:**

- **Período agudo**

- \* Ensinar posicións de repouso.
- \* Crioterapia.
- \* Electroterapia e ultrasóns.
- \* Masoterapia

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

**-Período subagudo:** ao tratamento anterior engadirase:

- \* Termoterapia (parafina, infravermellos, onda curta, microonda).
- \* Exercicios de relaxación da musculatura periarticular.
- \* Kinesiterapia. Mobilizacións activo-asistidas.

**-Período de resolución:**

Reforzamos o tratamento anterior e preparamos para a fase seguinte.

• **Fase de limitación funcional**

**-Períodos de instalación e rixidez**

- \* Ultrasóns e termoterapia.
- \* Kinesiterapia  
Mobilizacións pasivas non dolorosas.  
Mobilizacións activo-asistidas.  
Isométricos.  
Tonificación muscular lixeira.

**-Período de recuperación**

- \* Termoterapia.
- \* Kinesiterapia  
Mobilizacións activas libres e activas resistidas.  
Mecanoterapia, poleoterapia e exercicios libres.

Reeducación propioceptiva e adaptación para o esforzo (anexo II).

Comprobarase a perfecta aprendizaxe dos exercicios por parte do/a usuario/a para a súa realización no domicilio e o ensino de hixiene postural para a adaptación ás AVD e profesional.

## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

### Criterios para a suspensión do tratamento:

- Reagudización do problema.
- Negativa ou ausencia do/a paciente.
- Aparición de patoloxía asociada.
- Logro ou consecución de obxectivos.
- Non consecución de obxectivos terapéuticos (amplitude articular inferior ao 75% de mobilidade articular).

### D. Avaliación final

Rematado o tratamento previsto, reavalíaranse os aspectos que se atoparon alterados na valoración inicial para poder establecer os cambios conseguidos tras a aplicación do tratamento e valorar o cumprimento dos obxectivos establecidos.

Elabórase un informe ao médico do SAP cos seguintes datos:

- Obxectivos terapéuticos iniciais.
- Pauta terapéutica aplicada.
- Resultados alcanzados.
- Data de alta.
- Proposta de revisión.

### E. Revisións

Realízase unha revisión ao mes de finalizar as sesións na sala de Fisioterapia para valorar os cambios producidos e actualizar os coñecementos adquiridos, así como, reforzar consellos para o mantemento do autocoidado no domicilio.

### V. Avaliación Xenérica

A avaliación realízase cada ano os dous primeiros anos, e con posterioridade será cada dous anos.



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

## VI. Bibliografía

- Díez Viñas et al. *Guía protocolizada para pacientes con ombro doloroso*. Unidades de Fisioterapia. Área 1 Atención primaria. Insalud - Madrid, 1996.
- Ives Xhardez. *Vademecum de Fisioterapia*. Ed. El Ateneo 1984.
- Servizo Galego de Saúde. Xerencia de Atención Primaria. Ourense. *Protocolos de Actuación en Atención Primaria*.
- Rodríguez Alonso, J.J. e Valverde Román, L. *Manual de traumatoloxía en Atención Primaria*, pp. 331-333 SmithKline Beecham, 1996.
- E. Sirvent Ribalda e J. Huget Boqueras. “Resultados e principios de reeducación na ruptura do manguito dos rotadores non cirúrxicos”. *Fisioterapia*, 1995; 17:81-88.38.
- Bartolomé Martín, J.L. “Isocinéticos do ombro”. *Fisioterapia*, 1998; 20(Monográfico):45-57.
- Ordax, G. e Sánchez, A. “Valoración isocinética no ombro”. *Fisioterapia*, 1998; 20 (monográfico):58-64
- Caillet, R. *Síndromes dolorosas. Ombro*. Editorial El Manual Moderno. 1969.



GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

**INFORME DE FISIOTERAPIA**

Unidade de \_\_\_\_\_

TIS: .. ..... N.º H.ª CLÍNICA.....

D./D.ª: ..... Idade:.....

Varón  Muller. Teléfono de contacto:.....

FISIOTERAPEUTA: .....

DIAGNÓSTICO: .....

DIAGNOSTICO FISIOTERÁPICO: .....

OBXECTIVOS: .....

EVOLUCIÓN FISIOTERAPÉUTICA:  Favorable  Non favorable

TÉCNICAS aplicadas:  Tratamento individual  Técnicas de sala  
 Tratamento de grupo  Outras técnicas  
 Educación sanitaria

Data de inicio: ..... Data de alta: .....

N.º SESIÓNS: .....

OBSERVACIÓNS:

En.....,o.....de.....de 200.....



## GUIA DE ACTUACIÓNS EN FISIOTERAPIA NA ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

## AUTORES

GRUPO DE TRABALLO DE FISIOTERAPIA DA  
SUBDIRECCION DE CALIDADE E PROGRAMAS  
ASISTENCIAIS

1. **JESÚS REY GARCÍA.** Subdirector Xeral de Calidade e Programas Asistenciais. División de Asistencia Sanitaria.
2. **ISABEL CAMPOS PARDO .** Xefa de Servizo. Servizo de Integración de Coidados. Subdirección Xeral de Procesos Asistenciais. División de Asistencia Sanitaria.
3. **M<sup>a</sup> REYES PÉREZ FERNÁNDEZ.** Fisioterapeuta S.A.P. Ribadavia. Coordinadora del Área de Ourense. XAP de Ourense
4. **JUAN JOSÉ MILLÁN PÉREZ.** Director de Enfermería X.A.P. de Santiago.
5. **JOSÉ LUIS LÓPEZ JIMÉNEZ.** Director Asistencial XAP de Lugo.
6. **ANGELES ALVAREZ MADI.** Fisioterapeuta S.A.P.Casa do Mar. Coordinadora da Área de A Coruña. XAP de A Coruña
7. **M<sup>a</sup>. CARMEN MOURE CORTÉS.** Fisioterapeuta S.A.P. A Estrada-Pontevedra. XAP de Pontevedra
8. **JAIME J. COSTAS TEIJEIRO..** Fisioterapeuta C. de S. As Pontes . X.U. Ferrol.
9. **GABRIELA FERNÁNDEZ JENTSCH.** Fisioterapeuta. S.A.P. de Pontearreas. Coordinadora da Área de Vigo. XAP de Vigo
10. **VITORIA GIRON SANCHEZ.** Fisioterapeuta de S.A.P. de Fontiñas. Coordinadora de Área. . XAP de Santiago.
11. **CAMILO IGLESIAS RODAL.** Fisioterapeuta C.S. de Bueu.Coordinador de Area Norte de Pontevedra. XAP de Pontevedra
12. **FELIX PEREZ HERRAIZ.** Director de Enfermería da XAP de Lugo.
13. **LUIS MIGUEL NUÑEZ GOMEZ,** Fisioterapeuta do C.S. Vilalba Coordinador da Área de Lugo. XAP de Lugo
14. **MANUEL DO MUIÑO JOGA.** Técnico S.X. de Calidade e Programas Asistenciais. División de Asistencia Sanitaria.

## COORDINACION

15. **MANUEL DO MUIÑO JOGA.** Técnico S.X. de Calidade e Programas Asistenciais. División de Asistencia Sanitaria.