



III JORNADAS
NACIONALES DE
FISIOTERAPIA EN
ATENCIÓN PRIMARIA
Y COMUNITARIA

*Aterrizando
la Fisioterapia
más sólida a
la comunidad.*

BILBAO
7 y 8 de mayo de 2022



III Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria y Salud Comunitaria.
Asociación Española De Fisioterapeutas de Atención Primaria y Salud Comunitaria,
Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco, Asociación Española de Fisioterapeutas.

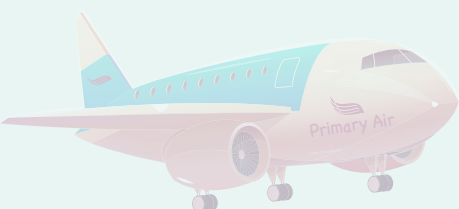


Actividad Acreditada por el Consejo Vasco de Formación Continuada de las
Profesiones Sanitarias 0271/22 - 1,8 créditos

Edita: Asociación Española De Fisioterapeutas de Atención Primaria y Salud Comunitaria
Diseño y maquetación: Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco

Este documento debe sitarse como:

ISBN:



III JORNADAS
NACIONALES DE
FISIOTERAPIA EN
ATENCIÓN PRIMARIA
Y COMUNITARIA



*Aterrizando
la Fisioterapia
más sólida a
la comunidad.*

BILBAO
7 y 8 de mayo de 2022



LLEGADAS

MAYO BILBAO 7:8 ON TIME



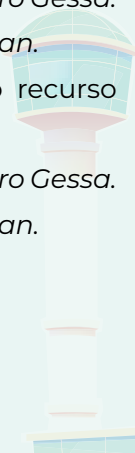
JORNADAS NACIONALES
DE FISIOTERAPIA EN
ATENCIÓN PRIMARIA

índice



Comités	9
Comités organizador, científico y patrocinadores	10
Cartas	11
Carta de la presidenta de la Asociación Española de Fisioterapeutas de Atención Primaria y Salud Comunitaria (AEF-APySC).	12
Carta del presidente del Colegio Profesional de Fisioterapeutas del País Vasco. (COFPV).	14
Carta del Presidente de la Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF).	16
Programa	18
Programa científico.	19
Ponencias:	20
Primera Mesa: Trabajo en equipo para una mejor gestión y rentabilidad de los recursos.	
Marco estratégico de Atención Primaria y Comunitaria. Fines, desarrollo, situación de la Fisioterapia.	
<i>Montserrat Inglés Novell.</i>	21
El papel del fisioterapeuta dentro del Equipo de Atención Primaria.	
<i>Carmen Secades Muñiz, Maribel Priede y Elena Benito.</i>	27
Relación coste/efectividad de las intervenciones de Fisioterapia en Atención Primaria.	
<i>Guillermo Bilbao Ogando.</i>	31
Potenciar la Fisioterapia en Atención Primaria. Una garantía de mejora.	
<i>Verónica Casado Vicente.</i>	42
Construyendo el camino de la Fisioterapia en Atención Primaria en el País Vasco (nacimiento y desarrollo hasta la actualidad).	
<i>Ana Celia Ramos Mateo.</i>	48
Segunda mesa: Programas de intervención clínica y actividades comunitarias desde la Fisioterapia.	
Circuitos de derivación, guías de práctica clínica/protocolos.	
<i>Lola Luengo.</i>	52
¿Qué aporta el marco de los determinantes sociales y la salud comunitaria a la Fisioterapia de Atención Primaria?.	
<i>Unai Martín Roncero y Marta Jiménez Carrillo.</i>	57
Afrontamiento activo del dolor crónico.	
<i>Isabel Muñoz Díaz. Federico Montero Cuadrado.</i>	64
Educación sanitaria en población escolar desde la perspectiva del fisioterapeuta. Proyecto EX-Health.	
<i>Luis Espejo Antúnez.</i>	73

Talleres	78
Talleres prácticos: Lo prudente es innovar. Propuestas prácticas que funcionan.	
Taller afrontamiento activo de dolor crónico.	
<i>Isabel Muñoz Díaz. Federico Montero Cuadrado.</i>	79
Palabras que curan. Importancia de la comunicación en Fisioterapia.	
<i>Paula Begoña Areso Bóveda.</i>	85
Taller Prevención de Caídas en el anciano frágil: De -vengo porque me han diagnosticado artrosis a, -nunca me había sentido tan bien haciendo ejercicio (terapéutico).	
<i>José Ramón Saiz Llamosas.</i>	88
Parques biosaludables.	
<i>Rafael Velasco.</i>	94
Envejecimiento activo.	
<i>Isabel Raposo.</i>	103
Programas de Ejercicio Terapéutico en las patologías más prevalentes en Atención Primaria. Estrategias de Alianza y Adherencia terapéutica.	
<i>Clara Bergé Ortínez.</i>	108
Comunicaciones	116
Pósters	
Cartera de Servicios de Fisioterapia en Atención Primaria de un Servicio de Salud.	
<i>David Chao Bermúdez. Silvia Gil Galán.</i>	117
Estudio Descriptivo en una consulta de Atención Primaria.	
<i>David Chao Bermúdez. Silvia Gil Galán.</i>	118
Protocolos de Derivación Directa a las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria (AP) de Mallorca.	
<i>Inmaculada Alés Vives.</i>	119
Programa de Telerrehabilitación en Atención Primaria aplicado en tendinitis del supraespinoso: A propósito de un caso.	
<i>M.ª Teresa Muñoz Tomás. M.ª Ángeles Franco Sierra.</i>	120
Afrontamiento Activo del Dolor en escolares a través del proyecto EXT- HEALTH: Estudio Piloto. (Póster ganador.)	
<i>Luis Espejo Antúnez. Carlos Fernández Morales. Ana Cordero Gessa. Juan Diego Cuenda Gago. M.ª de los Ángeles Cardero Duran.</i>	121
Diseño de una Guía de uso de Parques Biosaludables como recurso comunitario en Atención Primaria.	
<i>Luis Espejo Antúnez. Carlos Fernández Morales. Ana Cordero Gessa. Juan Diego Cuenda Gago. M.ª de los Ángeles Cardero Duran.</i>	122



Diseño de un Protocolo de Telerrehabilitación en Atención Primaria en patología de manguito rotador de hombro. <i>M.ª Teresa Muñoz Tomás. M.ª Ángeles Franco Sierra.</i>	123
Investigación en Fisioterapia de Atención Primaria y Educación para la Salud. <i>Marta Ripoll Ocete. Miguel Ángel Capó Juan.</i>	124
Fisioterapia y Educación para la Salud en Atención Primaria de Mallorca. <i>Marta Ripoll Ocete.</i>	125
Efecto inmediato del tratamiento con Inducción Miofascial en una persona mayor con problemas de movilidad. <i>Jose Ramón Saiz Llamosas.</i>	126
Comparativa entre dependencia percibida y dependencia real según Ley 39/2006. <i>Lucía Bonis Domingo. Marta Antón Andrés.</i>	127
Características clínicas de la Valoración Fisioterapéutica en pacientes con Síndrome Subacromial (SIS). <i>José Antonio Martínez Pubil. Elena Busto López. Susana Rodríguez de la Red. Juan Carlos Virosta Suárez.</i>	128
Evaluación de la Situación de los Fisioterapeutas Vascos ante la fisioterapia en Atención Primaria. <i>Marta Mancebo Molina. Goretti Aramburu Guenaga. Aintzane Sarasua Unanue.</i>	129
Experiencia en Co-producción en salud: Intervención Comunitaria a través del programa “Recorrido y plato saludable”. <i>Patricia Fernández Rodríguez. Mónica Castro Suárez. María Gómez Rodríguez. M.ª Covadonga Fernández Cañedo. Carolina Menéndez García. Marta Fuerte Martínez.</i>	130
Creación de más Unidades de Fisioterapia en los Centros de Salud de Atención Primaria de Mallorca. <i>Margalida Tomás Manresa. Inmaculada Alés Vives.</i>	131



LLEGADAS

MAYO BILBAO 7:8 ON TIME



JORNADAS NACIONALES
DE FISIOTERAPIA EN
ATENCIÓN PRIMARIA

COMITÉS



Comité Organizador:

- Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco.

Comité Científico:

- Tirso Docampo Ferreria.
- Montserrat Inglés Novell.
- M.ª Eugenia Sánchez Llanos.
- Concha Sanz Rubio.
- M.ª José Ramírez Rosario.
- Lola Luengo.
- José Ramón Saiz Llamosas.

Organiza:



Asociación Española de Fisioterapeutas de Atención Primaria y Salud Comunitaria (AEF-APySC)

Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco



Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco
Euskadiko Fisioterapeuten Elkargo Ofizialak (COFPV - EFEO)



Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF)



LLEGADAS

MAYO BILBAO 7:8 ON TIME



JORNADAS NACIONALES
DE FISIOTERAPIA EN
ATENCIÓN PRIMARIA

CARTAS



Carta de la presidenta de la Asociación Española de Fisioterapeutas de Atención Primaria y Salud Comunitaria (AEF-APySC)



En primer lugar, quiero agradecer a todas aquellas personas que han hecho posible estas III Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria y Salud Comunitaria, en Bilbao.

Es un orgullo para nuestra Asociación Española de Fisioterapeutas en Atención Primaria y Salud Comunitaria (AEFAPySC) y un honor personal, el haber realizado esta Jornada juntamente con el Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco.

Cuando se nos planteó llevar a cabo estas III Jornadas, vimos la oportunidad para implementar y darle continuidad a la Fisioterapia en Atención primaria y Comunitaria en una de las Comunidades que, por su recorrido histórico, no había implementado este profesional en el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) dentro de la Atención Primaria.

Nuestra misión como Asociación en el ámbito de la Atención Primaria, fue exponer las experiencias durante más de 30 años y el marco normativo actual, sobre las intervenciones a llevar a cabo dentro de la Atención Primaria, por el Fisioterapeuta.

Con los antecedentes actuales sobre la actualización de la cartera de servicios, con la inclusión de la Salud Comunitaria como un objetivo del Sistema Sanitario Nacional, se hace evidente la necesidad de buscar y lograr una acción más coordinada e integral, desde la Atención primaria.

Esto comporta, que en la actualidad se requieran de profesionales de salud que tengan en cuenta la atención centrada en las necesidades de las personas y sus familias, además de su entorno social y redefinir las carteras de servicios, juntamente con la remodelación de la organización de estos servicios.

Por tanto, el compromiso que debe adquirir la Fisioterapia es la actuación tanto terapéutica como de promoción de la salud a nivel colectivo, como consecuencia del desarrollo social y el impacto de los determinantes sociales, muy relacionados con los estilos de vida y el trabajo, y así, las intervenciones en fisioterapia irán adquiriendo una nueva dimensión.

Con esta Jornada hemos pretendido dar un enfoque dentro de la Fisioterapia en Atención Primaria y Salud Comunitaria, de hechos actuales y contrastables en su calidad terapéutica.

Por ello, las Ponencias y los Talleres, demostraron la evidencia actual, desvelando que la intervención del Fisioterapeuta en atención primaria, son costo-efectivas, no tan solo en los resultados en salud, sino también en la satisfacción de la población.

Las competencias del fisioterapeuta y la definición de nuestra profesión están claramente desarrolladas en la Región Europea. El desarrollo competencial y la formación del fisioterapeuta en España presenta un alto nivel con respecto al resto de países europeos. En cuanto a Atención Primaria, en el espacio europeo, se ha desarrollado un documento basado en intervenciones y resultados de fisioterapia en las

patologías más prevalentes en el que queda reflejado los buenos resultados de las intervenciones de los Fisioterapeutas.

Han sido unos días intensos pero fructífero en cuanto al intercambio de conocimiento y experiencias en el campo de la fisioterapia en Atención Primaria y Salud Comunitaria, quedando reflejada la necesidad de potenciar estos foros de trabajo para lograr una coordinación e integración de nuestras acciones en este ámbito.

Se agradece la colaboración de Asociación Española de Fisioterapeutas y al Colegio de Fisioterapeutas del País Vasco sin cuya ayuda y apoyo, no hubiera sido posible llevar a cabo esta Jornada.

Animaros a que forméis parte de nuestra Asociación, para seguir realizando actos científicos, para poder recoger vuestras inquietudes y mejorar en las necesidades de los Fisioterapeutas de Atención primaria y Salud Comunitaria a nivel Nacional.



Mª Montserrat Inglés Novell
Presidenta de la Asociación Española
de Fisioterapeutas en Atención Primaria y Salud Comunitaria



Carta del presidente del Colegio Profesional de Fisioterapeutas del País Vasco (COFPV)



En primer lugar, quiero agradecer la participación a las III Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria y Comunitaria que hemos celebrado en Bilbao a todos/as los/as asistentes.

Hemos conseguido una gran participación, con tantas personas acompañándonos, no solo desde Euskadi sino también desde prácticamente todos los rincones de España, otorgándonos un gran aval y un potente reconocimiento para seguir trabajando colectivamente en el desarrollo de la Fisioterapia como disciplina sanitaria esencial, como servicio básico de salud con una entidad y un paradigma propio, protagonista indiscutible de las Políticas Sanitarias en cualquier modelo de atención y cuidados de calidad.

La Fisioterapia de Atención Primaria es una de las asignaturas pendientes del sistema sanitario, una necesidad que se ha puesto de manifiesto y agravado, aún más si cabe, durante esta Pandemia.

En Euskadi, la ausencia de fisioterapeutas integrados en la red de Atención Primaria del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, motivó que durante muchos años, esta Institución colegial asumiera esta demanda como uno de sus objetivos prioritarios en materia de política sanitaria.

No fue hasta finales del 2018 cuando se obtuvo una respuesta afirmativa a esta pretensión; respuesta tibia pero enormemente esperanzadora. Tibia, porque se iniciaba entonces de manera muy paulatina el proyecto de pilotaje en Vitoria-Gasteiz; esperanzadora, porque estábamos convencidos de que invertir en Fisioterapia en este marco de atención era apostar de forma segura por la vida, era invertir en enriquecer los cuidados y en mejorar las vidas de toda la ciudadanía vasca.

Así pues, durante el primer semestre del 2022 se ha empezado a desplegar el proyecto de Fisioterapia en Atención Primaria en el territorio histórico de Bizkaia, comenzando por las tres OSI más grandes de este territorio: Bilbao-Basurto, Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces y Barrualde-Galdakao. En Araba, se pretende ampliar el servicio mediante el pilotaje de Educación en Neurociencia para el abordaje del dolor. Y en Gipuzkoa, la previsión es iniciar ya el proceso en la OSI de Donostialdea de forma que pueda empezar a finales de este año 2022. Por lo tanto, La Fisioterapia en Atención Primaria en el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza estará desplegada en toda Euskadi a finales de este año y continuará el próximo año.

En este contexto de primeros pasos, estas Jornadas han sido una oportunidad única -esperemos que no la última- para el colectivo fisioterapeuta vasco. Un punto de encuentro para conocer y profundizar en las mejores propuestas de desarrollo y participación entre las diferentes comunidades autónomas donde la Fisioterapia en Atención Primaria se inició hace ya algunas décadas.

En definitiva, un valioso intercambio de información y de experiencias y una oportunidad de aprendizaje colectivo para afrontar mejor nuestros retos particulares, recogiendo aquello que la evidencia ha demostrado que funciona y desechando los errores de estrategia que puedan haberse cometido en otros territorios. Convirtamos pues esta larga espera, este proceso de pilotaje inicial, en una oportunidad

de optimización y de búsqueda de la máxima eficiencia.

Estamos en un momento precioso para dar este impulso necesario. Con un mayor envejecimiento de la población y un aumento de personas con enfermedades crónicas o pacientes con pluripatología, la Fisioterapia y su contribución en la mejora de la funcionalidad de las poblaciones clínicas hacen que el acceso a la misma sea una prioridad para los sistemas de salud del siglo XXI.

A nivel internacional, en 2017, la Organización Mundial de la Salud reconoció que las necesidades de Fisioterapia globales estaban creciendo y que necesitaban incrementarse en el futuro.

Nace de este análisis la iniciativa “Rehabilitation 2030” de la OMS poniendo el foco en la necesidad de reforzar los sistemas sanitarios con servicios de Fisioterapia y enfatizando que debe estar presente, no solo en todos los sectores de población, sino también a lo largo de todas las etapas de la vida, que los esfuerzos han de estar dirigidos a integrar la Fisioterapia en todos los niveles del sistema sanitario y que es un servicio de salud esencial. Será crucial que su prestación y cobertura universal sea atendida en los distintos programas y carteras de servicio de las políticas y estrategias sanitarias.

Para terminar, permitidme que en esta Editorial ofrezca y muestre nuestro reconocimiento y cariño hacia el Dr. Miguel Angel Galán, compañero fisioterapeuta, innovador incansable, pionero en la investigación de nuevas estrategias de afrontamiento del dolor crónico, amigo y mejor persona. Profesional referente sin duda en el ámbito de la Atención Primaria, que tristemente nos dejó a finales de octubre del pasado año. Muchas gracias Miguel Angel por llevar a la práctica toda la evidencia que con tanto esfuerzo supiste arrancar a los datos y por mejorar la vida de tantos pacientes.

Muestro también mi sincero agradecimiento a la labor encomiable del Comité Organizador, al Subgrupo de Atención Primaria y Salud Comunitaria de la Asociación Española de Fisioterapeutas, por su labor como Comité Científico y por la generosidad de haber asumido este encuentro como las III Jornadas Nacionales.

De manera añadida, ofrecer nuestro agradecimiento a todas y todos los ponentes, por su compromiso firme de acompañarnos y por su capacidad de adaptarse incluso a situaciones personales adversas.

Como bien se decía en la preciosa tarjeta de invitación de las Jornadas, “Al igual que El caminante, la Fisioterapia en Euskadi afianza también sus primeros pasos en Atención Primaria”. Gracias por regalarnos tus huellas en este primer tramo del camino.



Iban Arrien Celaya
Presidente del Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco



Carta del presidente de la Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF)



En los últimos años, la OMS viene lanzando un mensaje claro sobre la importancia de la rehabilitación como uno de los elementos fundamentales para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), concretamente el ODS N3 que se refiere a “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”

Para que la rehabilitación alcance su máximo potencial, los esfuerzos deben dirigirse hacia el fortalecimiento del sistema de salud en su conjunto y la integración de la Fisioterapia en la cobertura universal de salud facilitando su accesibilidad, asequibilidad y longitudinalidad.

La cualificación de los fisioterapeutas y su capacidad para detectar, diagnosticar y proporcionar un tratamiento o derivación adecuada en afecciones musculoesqueléticas, neurológicas y respiratorias los ha posicionado como proveedores importantes de atención médica de calidad dentro del equipo de atención primaria. La participación de los fisioterapeutas en atención primaria contribuye a abordar la creciente demanda de servicios de salud y los crecientes costos asociados con la prestación de estos servicios.

Desde la Asociación Española de Fisioterapeutas reivindicamos la importancia de que el SNS brinde a los pacientes la posibilidad de acceso directo a la consulta de Fisioterapia como acción garante de calidad asistencial, uso racional de los recursos sanitarios, y en reconocimiento a la autonomía científica y técnica de la profesión de Fisioterapeuta, tal y como recoge la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias.

En la práctica general, las afecciones musculoesqueléticas representan hasta el 30% de la carga de casos del médico de familia, y ascienden al 50% en los pacientes mayores de 75 años. Sin embargo, el 85% de estos no necesitarían ver a un médico de cabecera y un fisioterapeuta podría administrar los tratamientos de manera efectiva, liberando millones de citas de médicos generales para otros pacientes cada año.

La Fisioterapia en el Sistema Nacional de Salud precisa de un nuevo modelo en sintonía con los países de nuestro entorno, donde la plena autonomía profesional sea reconocida sin reserva alguna.

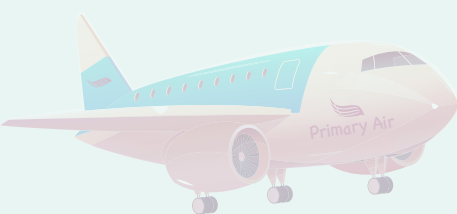
Además, desde los organismos internacionales se alerta sobre la necesidad de brindar a los pacientes el acceso directo a las consultas de Fisioterapia con importantes efectos sobre la reducción de los tiempos de espera, mejora de la atención de los diferentes procesos evitando la cronificación de estos y como medida de contrastada efectividad para reducir el dolor y la discapacidad, así como los tiempos de incapacidad laboral y las tasas de prescripción de medicamentos.

La evidencia actual sugiere que las intervenciones de fisioterapia evitan ingresos hospitalarios o reducen considerablemente su duración y que disminuyen de forma significativa las recidivas y la cronicidad en un gran número patologías de diferentes ámbitos de la salud. Desde un punto de vista económico, invertir en fisioterapia es invertir en recuperar el tejido productivo de un país, a la vez que se libera presión asistencial al disminuir la carga de enfermedad de dicho país, con el consiguiente ahorro económico para los sistemas públicos de salud y la mejora en la calidad de vida de su población.

Las III Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria y Salud Comunitaria nos brindan la oportunidad para que desde todo el país se cree conciencia sobre la crucial contribución de la Fisioterapia para mantener a las personas en un adecuado nivel de salud, funcionalidad e independencia.



Fernando Ramos Gómez
Presidente de la Asociación española de Fisioterapeutas



LLEGADAS

MAYO BILBAO 7:9 ON TIME



JORNADAS NACIONALES
DE FISIOTERAPIA EN
ATENCIÓN PRIMARIA

PROGRAMA



Programa Científico

Sábado 7 de Mayo

9:00: Entrega de documentación.

9:30: Presentación de las Jornadas.

Primera Mesa: Trabajo en equipo para una mejor gestión y rentabilidad de los recursos.

10:00: Marco estratégico de Atención Primaria y Comunitaria. Fines, desarrollo, situación de la Fisioterapia.

Montserrat Inglés Novell.

10:40: El papel del fisioterapeuta dentro del Equipo de Atención Primaria.

Carmen Secades Muñiz, Maribel Priede y Elena Benito.

11:20: Relación coste/efectividad de las intervenciones de Fisioterapia en Atención Primaria.

Guillermo Bilbao Ogando.

12:00: Coffe-break / Defensa de comunicaciones póster.

12:30: Potenciar la Fisioterapia en Atención Primaria. Una garantía de mejora.

Verónica Casado Vicente.

13:10: Construyendo el camino de la Fisioterapia en Atención Primaria en el País Vasco (nacimiento y desarrollo hasta la actualidad).

Ana Celia Ramos Mateo.

13:50: Mesa debate.

14:30: Comida.

Segunda mesa: Programas de intervención clínica y actividades comunitarias desde la Fisioterapia.

16:00: Circuitos de derivación, guías de práctica clínica/protocolos.

Lola Luengo.

16:40: ¿Qué aporta el marco de los determinantes sociales y la salud comunitaria a la Fisioterapia de Atención Primaria?.

Unai Martín Roncero y Marta Jiménez Carrillo.

17:20: Afrontamiento Activo dolor crónico.

Isabel Díez Muñoz. Federico Montero

Cuadrado

18:00: Coffe-break.

18:30: Educación sanitaria en población escolar desde la perspectiva del fisioterapeuta. Proyecto EX-Health.

Luis Espejo Antúnez.

19:10: Mesa debate

Domingo 8 de Mayo

Talleres prácticos: Lo prudente es innovar. Propuestas prácticas que funcionan.

9:00-10:30.

Sala 1:

Taller de Afrontamiento activo del dolor crónico.

Isabel Díez Muñoz. Federico Montero Cuadrado

Sala 2:

Palabras que curan. Importancia de la comunicación en Fisioterapia.

Paula Begoña Areso Bóveda.

10:30- 12:00

Sala 1:

Taller Prevención de Caídas en el anciano frágil: De -vengo porque me han diagnosticado artrosis a, -nunca me había sentido tan bien haciendo ejercicio (terapéutico).

José Ramón Saiz Llamosas.

Sala 2:

Parques biosaludables.

Rafael Velasco.

12:00: Coffe-break.

12:30- 14:00.

Sala 1:

Envejecimiento activo.

Isabel Raposo.

Sala 2:

Programas de Ejercicio Terapéutico en las patologías más prevalentes en Atención Primaria. Estrategias de Alianza y Adherencia terapéutica.

Clara Bergé Ortínez.

14:00: Entrega de premios y clausura de las Jornadas.

LLEGADAS

MAYO BILBAO 7:28 ON TIME



JORNADAS NACIONALES
DE FISIOTERAPIA EN
ATENCIÓN PRIMARIA

POTENCIAS





Marco
estratègic
de Atenció
Primaria y
Comunitaria.
Fines,
desarrollo,
situación de
fisioteràpia.

M^a Montserrat Inglés Novell

Doctora por UIC. Fisioterapeuta AP ICS Tarragona. Profesora Grado de Fisioterapia en la URV.



La Atención primaria de salud es el primer nivel de contacto de las personas, la familia y la comunidad con el sistema de salud de una nación, que acerca los servicios de salud lo más cerca posible del lugar donde viven y trabajan las personas, y constituyen el primer elemento de un proceso continuo de servicios de salud. Es un servicio de salud esencial basado en métodos y tecnología prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables, accesibles universalmente para las personas y las familias de la comunidad⁽¹⁾.

Según el Real Decreto **137/1984** se establecen las siguientes funciones del Equipo de Atención Primaria en el Sistema Nacional de salud:

- **Asistencia** sanitaria: ambulatoria, domiciliaria y de urgencia.
- **Promoción** de la salud y **prevención** de la enfermedad.
- **Rehabilitación** y **reinserción** social.
- **Educación sanitaria** de la población.
- **Diagnóstico** de salud de la población.
- **Docencia** e **investigación**.

Las funciones del Fisioterapeuta de Atención Primaria aparecen por primera vez, detallados en la Circular del INSALUD 4/91 de 25 de febrero de 1991 se produce la **Ordenación de actividades del Fisioterapeuta de Área en Atención Primaria**.

“La actividad de los fisioterapeutas de atención primaria contempla actuaciones de **promoción, recuperación de la salud y prevención de enfermedades**, por lo que en la organización de su trabajo deberán contemplarse estos bloques de actividades, asignándoles su correspondiente distribución horaria. Como orientación se estima correcto que, al menos el **70%** de su tiempo semanal realice su actividad en las salas de fisioterapia y el **30%** restante se distribuya en actividades domiciliarias, de promoción de la salud, de formación y de investigación.”

Con el **REAL DECRETO 1030/2006**, de 15 de septiembre, se establece la **cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud** y el procedimiento para su actualización, llamándose **Rehabilitación básica**, esta comprende:

Las actividades de educación, prevención y rehabilitación que son susceptibles de realizarse en el ámbito de atención primaria, en régimen ambulatorio, previa indicación médica y de acuerdo con los programas de cada servicio de salud, incluyendo la asistencia domiciliaria si se considera necesaria por circunstancias clínicas o por limitaciones en la accesibilidad. Incluye:

- Prevención del desarrollo o de la progresión de trastornos musculoesqueléticos.
- Tratamientos fisioterapéuticos para el control de síntomas y mejora funcional en procesos crónicos musculoesqueléticos.
- Recuperación de procesos agudos musculoesqueléticos leves.
- Tratamientos fisioterapéuticos en trastornos neurológicos.
- Fisioterapia respiratoria.
- Orientación/formación sanitaria al paciente o cuidador/a, en su caso.

A raíz del decreto, la Asociación Española de Fisioterapeutas desde su sección de Atención Primaria, publica un **DOCUMENTO MARCO PARA EL REDISEÑO DE LA FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA**,



donde se incluyen diferentes aspectos para la adaptación de las Unidades de Fisioterapia ya existentes y su adaptación a la nueva cartera de Servicios.

A partir de aquí la Fisioterapia empieza un nuevo recorrido con la Orden CIN/2135/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Fisioterapeuta. En el apartado 3. Objetivos-Competencias que los estudiantes deben adquirir, contemplan las*actuaciones en la atención primaria y comunitaria.*

En el 2017 la World Physiotherapy (WCPT), aboga por la provisión de atención primaria de salud que sea sensible a las circunstancias culturales, socioeconómicas y políticas locales y proporcione un acceso equitativo a servicios efectivos. Las personas, sus cuidadores y las comunidades deben tener acceso a los servicios de atención primaria de salud para que los servicios de salud respondan a sus necesidades.

WCPT alienta a sus organizaciones miembros y fisioterapeutas individuales a crear conciencia sobre el **importante papel** y la contribución de los **fisioterapeutas en la atención primaria de salud.**

WCPT alienta a sus organizaciones miembros y fisioterapeutas a trabajar con gobiernos, organizaciones no gubernamentales (ONG) y organizaciones de personas con discapacidad, para **facilitar el desarrollo de la atención primaria de salud y promover la contribución de los fisioterapeutas.**

En el 2018 la Región Europea de la WCPT⁽²⁾ redacta una **declaración** con las recomendaciones y resultados de la fisioterapia en atención primaria:

- Para **promover el papel de la Profesión de fisioterapia dentro de la atención primaria**, describe los beneficios económicos y de la salud,
- Los **beneficios para los sistemas de salud y las poblaciones** de contar con un personal cualificado en fisioterapia en los servicios de atención primaria, y
- Para ilustrar cómo los **diferentes modelos de prestación de servicios de fisioterapia están contribuyendo** a estos beneficios de salud y costos.

El 26 de abril de 2019 en Resolución de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, se publica el **Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (MAPyC)**, en el BOE Núm 109. Martes 7 de mayo de 2019⁽³⁾.

Este Marco estratégico busca la actualización de la Atención Primaria, es la base para la planificación de la sanidad pública y no se ha reformado de forma sistemática y ordenada desde su puesta en marcha hace más de 30 años. Este servicio sanitario es el que más sufrió durante la crisis. Debe adaptarse a los cambios sociales, a las expectativas de profesionales más formados, a los avances de las tecnologías que ayudan a aumentar la capacidad de resolución y actuar en prevención.

Uno de sus **OBJETIVOS** es alcanzar, a través de unas estrategias, una Atención Primaria de **calidad, orientada a la ciudadanía**, que tenga una **alta capacidad de resolución** y que potencie la **continuidad asistencial**, contando con profesionales motivadas/os y capacitadas/os, insertadas/os en una organización descentralizada, participativa y eficiente.

Este Marco Estratégico, está formado por 6 estrategias, cada estrategia lo conforman diferentes objetivos y estos se dividen en diferentes acciones, a corto medio y largo plazo.

Un de las estrategias que detalla la parte de implicación del Fisioterapeuta es la **Estrategia A: Reforzar el compromiso del Consejo Interterritorial del SNS con el liderazgo de la Atención Primaria de Salud**

- **Objetivo A.4: Actualizar la cartera de servicios de Atención Primaria** del Sistema Nacional de Salud.
 - **Acción A.4.4: Acometer los cambios normativos necesarios para definir un nuevo ámbito de Atención Primaria y Comunitaria de Salud**, partiendo de la actual composición de los Equipos de Atención Primaria y las Unidades de Apoyo, vinculando la cartera de servicios de APS a competencias, definiendo perfiles profesionales, sanitarios y no sanitarios, funciones y servicios que deben desarrollar, así como ratios aceptables y circuitos de coordinación. Se potenciará asimismo el trabajo colaborativo con agentes de salud comunitarios, como puedan ser las y los farmacéuticas/os comunitarias/os y otras/os.

Entre los aspectos a contemplar en la revisión, se encontrarían los siguientes:

- **Incrementar la capacidad resolutive de fisioterapia**, asumiendo patología aguda de baja complejidad y crónica estable, mediante circuitos y protocolos de actuación basados en la evidencia.
- **Potenciar la participación de fisioterapia** en actividades preventivas, de educación y promoción de la salud.

Esta acción debía desarrollarse a **Corto plazo**.

Pero el 11 de marzo de 2020 la **Organización Mundial de la salud**, declara el brote de la COVID-19 como una **Pandemia**, y se paralizan todas las acciones del Marco estratégico.

A partir de septiembre del 2021 en pleno extraordinario del **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)**, se aprueba el **Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023**⁽⁴⁾, para impulsar la Atención primaria y Comunitaria.

Este **Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria** se ha definido en 13 objetivos y 12 puntos clave, cada uno de ellos con varias acciones para cumplir antes de 2023.

El Comité técnico el 13 de octubre 2021, define unas prioridades y nuevas acciones, para este periodo 2022-23.

Las acciones prioritarias del **Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria a corto plazo**, identifica 10 acciones más prioritarias en la situación actual.

De las acciones priorizadas en el **Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria** como **medio o largo plazo**, identificar según su opinión, las 10 acciones que deberían pasar a corto plazo en la situación actual.

Se presentaron una serie de áreas temáticas sobre las que se solicita proponer acciones **que no hayan sido contempladas ni priorizadas en el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria**:

- En el ámbito de los **Recursos Humanos** (perfiles profesionales, condiciones laborales o zonas de difícil cobertura) proponer un máximo de tres acciones que sean financiables, medibles y concretas.

- En el ámbito del **Modelo Asistencial** (cartera de servicios, recursos y financiación, digitalización, calidad, enfoque holístico) proponer un máximo de tres acciones que sean financiables, medibles y concretas.
- En el ámbito del **Modelo de Gestión** (gestión de la demanda asistencial, sistemas de información y desburocratización) proponer un máximo tres acciones que sean financiables, medibles y concretas.
- **Otras acciones** no reflejadas en las categorías anteriores que considere necesario introducir de forma prioritaria para hacer frente a las nuevas necesidades detectadas a raíz de la situación **generada por la pandemia Covid-19**.

En la situación actual, el **Plan de Acción** responde a los siguientes objetivos:

1. **Implantar** de forma efectiva las acciones prioritarias contenidas en el MAPyC durante los años 2022 y 2023.
2. **Hacer efectivas** las conclusiones del Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados en lo referente a Atención Primaria.

Unas acciones irán a cargo de las Comunidades autónomas (CCAA) y otras a cargo del Ministerio. Los principales bloques para desarrollar en este periodo fueron:

- Estrategia en **Recursos Humanos**, que se debían implementar durante el 2022-23.
- Estrategia en la **Cartera de Servicios**, su acción se debía llevar a cabo durante el 2022.
- Estrategia **Orientada a la Comunidad**, que se debería desplegar durante el 2022-23.

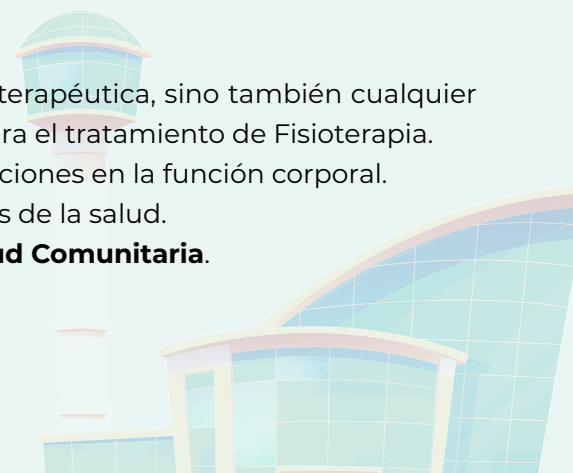
A diferencia de las otras estrategias la de Salud Comunitaria a nivel de cada comunidad autónoma que se complementa con una estrategia de formación en el abordaje biopsicosocial y acción comunitaria. Además, se va a fomentar estrategias y mecanismos de coordinación entre el sistema sanitario y los barrios, los municipios y las comunidades autónomas entendiendo la salud como un todo y con una importante participación de la ciudadanía.

RETOS PROFESIONALES A CORTO PLAZO:

- **Cartera de Servicios de Fisioterapia** según competencias de APS.
- **Definir perfiles** profesionales de APS.
- Funciones y servicios de APS.
- **Ratios** aceptables de Fisioterapeutas.
- Circuitos de Coordinación a todos los niveles.

RETOS PROFESIONALES POR ALCANZAR

- **Acceso directo** de los pacientes a la consulta de Fisioterapia.
- Capacidad de **prescribir**, no sólo el programa de intervención terapéutica, sino también cualquier producto sanitario (órtesis, prótesis, bastones, etc.) necesario para el tratamiento de Fisioterapia.
- Capacidad para emitir **diagnósticos** relacionados con las alteraciones en la función corporal.
- Capacidad de **derivar** para interconsulta con otros profesionales de la salud.
- Integración de los Fisioterapeutas de Atención Primaria en **Salud Comunitaria**.
- **Especialización** de los Fisioterapeutas.



BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata,USSR: WHO; 1978 6-12 September. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf (Access date 22nd March 2010)
2. European Region of the WCPT Statement on Physiotherapy in Primary Care General Meeting of the European Region of the WCPT 2018.
3. Marco Estratégico para la Atención primaria y Comunitaria. «BOE» núm. 109, de 7 de mayo de 2019, páginas 48652 a 48670 (19 págs.)
4. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 15 de diciembre de 2021





El papel del Fisioterapeuta dentro del equipo de atención primaria.



Carmen Secades Muñiz

Fisioterapeuta AP SCS. Unidad de Formación, Investigación y Calidad de la Gerencia de AP del SCS.

Maribel Priede

Médico Especialista en AP SCS.

Elene Benito

Enfermera AP SCS.



Cuando Goretti Aranburu me propuso participar en estas jornadas, me recordó una frase que yo le había dicho en algún momento: “cuando pruebas a trabajar en equipo no te conformas con otra forma de trabajar”. Inmediatamente me di cuenta, que para poder transmitir todo el significado de esta frase necesitaba estar acompañada, así que cogí el teléfono y llamé a Maribel Priede y a Elena Benito, médico y enfermera que atienden desde hace años al mismo cupo de pacientes y parte del equipo de Atención Primaria del que, junto con ellas, he formado parte durante más de 6 años. Y ellas, que SIEMPRE están, accedieron a acompañarme al momento.

¿Qué es para nosotras tres trabajar en equipo?

A pesar de que existe una ingente bibliografía que intenta explicar la esencia del trabajo en equipo, así como su importancia e influencia en los resultados positivos de cualquier empresa, nuestra experiencia nos ha enseñado algunas claves cruciales que nos gustaría compartir.

1. Lo primero, para trabajar en equipo, es formar parte de uno. Algo muy de Perogrullo pensaréis, pero es responsabilidad de políticos y gestores permitir al fisioterapeuta desarrollar su papel en Atención Primaria. Las aportaciones de la fisioterapia, tanto en resultados en salud como en costo efectividad, están sobradamente evidenciadas, y hoy recordaremos a lo largo de estas Jornadas muchas de ellas, pero estamos ya en el siguiente paso, en la obligación de llevarlas a la práctica. La fisioterapia es una apuesta segura y económica para mejorar la Atención Primaria. También los fisioterapeutas debemos trabajar por formar parte del equipo, integrándonos y no quedándonos relegados a una sala a donde llegan volantes de interconsulta, cosa que por cierto No es trabajar en equipo. A veces pensamos que cuando estamos tratando un paciente que no evoluciona favorablemente, llamamos a su médico para comentarle la situación, y esta contesta: “dile que se cite conmigo que lo vuelvo a valorar”, hemos hecho un trabajo en equipo extraordinario. Pues no, lo sentimos, este no es el trabajo en equipo al que nos estamos refiriendo. Seguimos con las claves para lograr identificarlo mejor.
2. Un equipo comparte un propósito. En nuestro caso, el de los profesionales de la salud que trabajamos en el ámbito de la Atención Primaria, este propósito es el de cuidar de la salud de la comunidad a la que atendemos. Y no es baladí este propósito. Por desgracia, en los últimos años nos hemos dedicado más a tratar enfermedades que a cuidar de la salud. Lo que no quiere decir que no debemos tratar y cuidar a las personas en el momento que tienen una patología, pero la esencia de Atención Primaria es evitar que las personas lleguen a enfermar. Lo que ha demostrado ser más efectivo que el tratamiento en muchos casos. Ojalá volvamos a recuperar esa esencia, el fisioterapeuta de AP también. Y decía Nietzsche que “olvidar nuestro propósito es la forma más común de estupidez”
3. Confianza y compromiso entre sus miembros. Creemos que las personas con las que trabajamos son nuestra “familia laboral”. Como nuestra familia de sangre, no los hemos elegido, pero nos acompañarán a lo largo de mucho tiempo. Por supuesto, que tendremos mejor relación con unos que con otros, pero ese compromiso y ese propósito que nos une, además del tiempo que pasamos juntas es lo que genera la confianza. Intentamos dividir demasiadas veces, al estilo cartesiano, la esfera personal de la laboral, sin darnos

cuenta que es exactamente la misma. Parece que está mal visto disfrutar del trabajo o crear relaciones más profundas que las que la sociedad nos dicta. Es verdad que no vamos al trabajo a hacer amigos, ni es obligatorio, pero si ocurre, es maravilloso. No tengamos miedo de querer. El cariño es de las pocas cosas que no se agotan por mucho que entregues. ¡Probad!! Son personas con las que vais a convivir, que os van a apoyar en momentos difíciles, que vais a necesitar para crecer, que os enseñarán una infinidad de cosas. ¿Cómo no vais a desarrollar confianza y compromiso con ellas? y... cariño. Además, son parte de esa comunidad a la que tenemos que cuidar. Si no somos capaces de cuidar de la persona que está en la consulta de al lado y que veo cinco días a la semana, ¿cómo vamos a ser capaces de cuidar al usuario que no hemos visto en nuestra vida? Por cierto, esta confianza y este cariño, no se crea en una reunión institucional para rendir cuentas por el contrato programa (que también son necesarias), este equipo se crea tomando un café, o caminando juntos para dar ejemplo de hábitos saludables, o bailando, o estudiando un caso conjuntamente para proponer opciones de cuidado, celebrando los éxitos en algunos casos o llorando los fracasos en tantos otros.

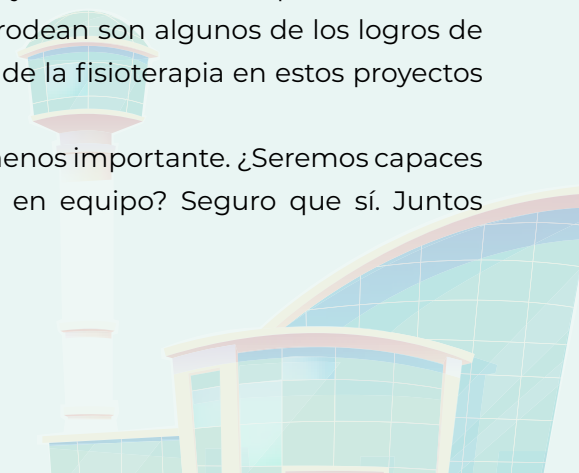
4. Reconocimiento mutuo del equipo multidisciplinar. En un equipo nadie es “más” que nadie. Cada uno ocupa su papel y todos somos necesarios. Nunca en nuestros años trabajando juntas hemos tenido ningún problema de “competencias”. Porque todas intentamos aportar al grupo los conocimientos y habilidades propios. Sería parecido al protagonista de la serie “New Amsterdam”, un nuevo director de un hospital neoyorquino que va por los servicios preguntando a los compañeros ¿qué necesitas? ¿En qué te puedo ayudar?, deberíamos repetir esta frase a diario y constantemente.
5. Y, por último, un equipo no se olvida de ninguno de sus componentes. Los usuarios, los pacientes, son parte de nuestro equipo. Tenemos que contar con ellos y dejarles participar, porque además lo están deseando y aprenderemos mucho de ellos. A mí no termina de convencerme el modelo de un paciente en el centro y todos los profesionales alrededor, yo al paciente le quiero a mi lado, codo con codo. Compartiendo, como decíamos antes, propósito, compromiso y confianza.

A veces ocurre la magia y todos estos ingredientes se funden en un verdadero equipo. Nosotras hemos tenido la suerte de vivirlo en la práctica, así que os animamos a trabajar para conseguirlo.

Maribel pone el foco en que la riqueza de los equipos radica en su diversidad. El fisioterapeuta aporta una visión propia y necesaria en la atención a la persona, la familia y la comunidad.

Para Elena la clave de nuestro desarrollo en Atención Primaria radica en salir de los centros y conectarnos con la comunidad de la que formamos parte, así es como nuestro equipo ha conseguido los mejores resultados. Los grupos de apoyo a las personas cuidadoras, el proyecto “Caminando por Polanco” o nuestras intervenciones anuales en los centros educativos que nos rodean son algunos de los logros de los que más orgullosas nos sentimos. Por supuesto, la participación de la fisioterapia en estos proyectos ha sido clave para llevarlos a cabo.

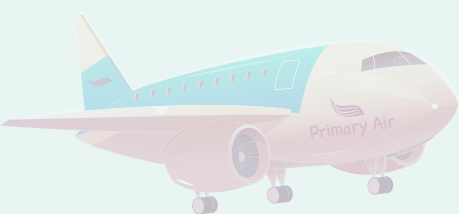
En conclusión, la fisioterapia es solo una parte del equipo. Ni más ni menos importante. ¿Seremos capaces de desarrollar todo nuestro potencial trabajando verdaderamente en equipo? Seguro que sí. Juntos haremos el camino.



LECTURA RÁPIDA:

¿Qué es necesario para trabajar en equipo?

- Formar parte de uno.
- Compartir un propósito.
- Confianza y compromiso.
- Reconocimiento mutuo
- No olvidarnos de nadie (el paciente)



Relación
coste/efectividad
de las
Intervenciones
de Fisioterapia
en Atención
Primaria.



Guillermo Bilbao Ogando

Fisioterapeuta en la Unidad de Fisioterapia de AP en el Centro de Saude Tenorio (SERGAS). Miembro de la Sociedade Galega de Fisioterapeutas (SOGAFI).



El objetivo de la ponencia es sintetizar el contenido del documento “Análisis de la efectividad clínica e impacto económico de una gestión racional de los recursos de fisioterapia en patología de alta prevalencia en Atención Primaria” publicado en febrero de 2019 y elaborado por un grupo de trabajo de la Sociedade Galega de Fisioterapeutas.

Sabemos, y estamos convencidos, de la importancia de la fisioterapia en los servicios de AP. ¿Pero tenemos argumentos lo suficientemente sólidos para persuadir a los gestores sanitarios sobre la importancia de dotar a la AP de unidades de fisioterapia? Sería muy ingenuo por nuestra parte creer que esto va a suceder sin aportar datos sólidos y contrastados sobre la efectividad y relación coste-efectividad de nuestras intervenciones. Por tanto, se hace necesario aportar información que demuestre que merece la pena apostar por la fisioterapia por motivos clínicos, científicos y económicos.

En primer lugar, es importante definir lo que es un tratamiento efectivo y lo que es un tratamiento coste-efectivo. Efectivo es aquel tratamiento que es capaz de eliminar o reducir un problema de salud determinado, mientras que un tratamiento coste-efectivo es aquel que proporciona la mejor alternativa de tratamiento en términos económicos. Vista la ingente cantidad de recursos económicos que se invierten en sanidad pública y que además crece año tras año, los sistemas sanitarios tienen un gran interés en identificar aquellas alternativas de tratamiento más coste-efectivas. Esto es conseguir un buen resultado con el menor gasto posible.

La pregunta más importante que debemos formularnos es ¿Qué nos dice la evidencia científica disponible sobre la efectividad y la relación coste-efectividad de los programas de fisioterapia en AP? Vamos a centrarnos en aquellas condiciones más prevalentes en AP que son:

- Dolor lumbar inespecífico
- Dolor cervical
- Síndrome subacromial
- Dolor crónico no oncológico

No nos podemos olvidar de que hay otros programas en AP para atender otras condiciones en las que la fisioterapia también puede ofrecer resultados efectivos a bajo coste tales como la prevención de la fragilidad y el riesgo de caídas, disfunciones del suelo pélvico, problemas respiratorios crónicos o la patología traumática de baja complejidad. Sin embargo, en esta ponencia nos centraremos en las primeras que detallamos a continuación.

DOLOR LUMBAR

Comenzaremos por el dolor lumbar. Sabemos que el dolor lumbar inespecífico, es decir, aquel en el que no somos capaces de identificar una causa o tejido responsable de los síntomas, representa aproximadamente el 90-95% de todos los casos de dolor lumbar.

Además, el dolor lumbar inespecífico representa la primera causa de discapacidad global, debido en gran parte a su alta prevalencia, así como su alta tasa de recurrencia. Otra característica destacable es

el gran impacto económico que ocasiona. Este impacto puede dividirse en 2 tipos de costes. En primer lugar, están los costes directos, es decir, aquellos derivados directamente de la atención sanitaria del dolor lumbar como pruebas, medicación, hospitalización etc. En segundo lugar, los indirectos que representan la gran carga económica de la condición como veremos más adelante.

Respecto a la prevalencia vamos a aportar algunos datos. Uno de cada cuatro adultos buscará atención sanitaria por este motivo en los próximos 6 meses. El pico máximo de prevalencia se sitúa en la franja de edad de los 50 a los 59 años. Es más prevalente en mujeres que en hombres y su prevalencia es mayor en los países industrializados que en aquellos en vías de desarrollo. Sin embargo, no se encuentran diferencias en zonas urbanas frente a rurales.

En cuanto a la recurrencia, un 33-46% recidivan en los próximos 12 meses. Seis de cada diez desarrollan un patrón recurrente y un 10% no resuelve y consume la mayor parte de los recursos de salud para el dolor lumbar con resultados generalmente insatisfactorios.

IMPACTO ECONÓMICO DEL DOLOR LUMBAR

El coste del dolor lumbar en Australia asciende a 10 mil millones de dólares australianos, que corresponde a un 0,22% del PIB y un 1.65% del gasto sanitario total del país. La factura en Reino Unido supera los 12 mil millones de libras, esto es un 0,19% del PIB del país y un 2,78% del coste sanitario. En los Estados Unidos de América supone un 0,42% del PIB y un 3.22% del coste sanitario (Tabla 1).

Tabla 1. Impacto económico del dolor lumbar

IMPACTO ECONÓMICO DEL DOLOR LUMBAR			
PAIS	AUSTRALIA	REINO UNIDO	ESTADOS UNIDOS
COSTE TOTAL	10 mil millones AUD	12 mil millones GBP	
% PIB	0,22%	0,19%	0,42%
% COSTE SANITARIO	1,65%	2,78%	3,22%

Fuente: Kent, PM (2005)

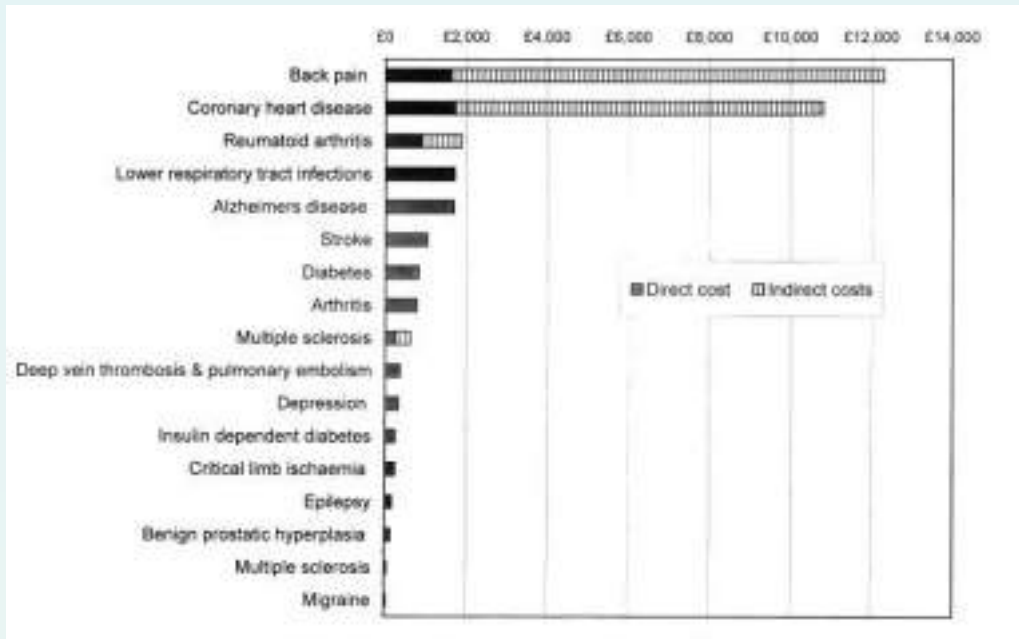
Elaboración propia

Si atendemos a los datos que recogen el coste económico de diferentes condiciones en UK (fig. 1), observamos que el dolor lumbar, con más de 12000 millones de libras, está por delante de los problemas coronarios, la artritis reumatoide, infecciones respiratorias, enfermedad de Alzheimer, Diabetes etc.

Figura 1

Carga Económica de Enfermedades Seleccionadas en Reino Unido (1998)





Nota. Reproducida de Economic burden of selected diseases in the UK, de Maniadakis, 2000. Pain

Si diferenciamos entre los costes directos e indirectos de la condición, los indirectos son con mucha diferencia el mayor montante de la factura y constituyen en torno a un 86,5%. Estos comprenden principalmente los costes por pérdida de la actividad laboral y aquellos relacionados con la pensión de discapacidad. Dentro de los costes directos, que son bastante menores, la fisioterapia solamente representa el 6,6% del coste total de la condición.

Está demostrado que implementar tratamientos para el dolor lumbar basados en la evidencia científica, entre ellos programas de fisioterapia, puede incrementar ligeramente los costes directos. Sin embargo, y esto es lo más importante, reduce de una forma significativa los costes indirectos, que ya sabemos que representan más del 80% del coste total. Se puede concluir, por tanto, que implementando programas de fisioterapia se produce una clara reducción del coste total de la condición.

¿Que nos dicen las guías de práctica clínica que recogen las intervenciones aprobadas a nivel internacional para el tratamiento del dolor lumbar? Todas ellas concuerdan en recomendar el uso de las intervenciones de fisioterapia tales como la intervención educativa, el ejercicio terapéutico y la terapia manual frente a las intervenciones farmacológicas o quirúrgicas.

Existe un consenso alto sobre la efectividad clínica de las intervenciones de fisioterapia para el dolor lumbar agudo, subagudo y crónico. Sin embargo, no hay pruebas sólidas ni estudios suficientes que estudien la relación coste-efectividad de manera aislada para dichas intervenciones.

Sin embargo, sí que hay estudios sobre la relación coste-efectividad de los programas de manejo general del dolor lumbar en AP comparando la intervención aislada del médico de familia con la intervención combinada con fisioterapia. La intervención aislada del médico de AP estaba asociada a menor gasto que otros tratamientos como la fisioterapia atendiendo a los costes directos. Pero cuando se consideraban los costes indirectos, que como ya vimos son los que mayor peso tienen en el coste total, la intervención aislada del médico de AP incrementaba la factura total.

Cuando se añadía la intervención de fisioterapia, basada en educación y ejercicio terapéutico, demostraba un mayor coste-efectividad porque reducía la factura total del dolor lumbar por reducción importante de los costes indirectos y proporcionando un mayor beneficio a los pacientes.

DOLOR CERVICAL

El dolor cervical se constituye en la 4ª causa de discapacidad global, con una prevalencia anual superior al 30%. Además, se convierte en una condición crónica en el 50% de los casos.

Existe evidencia moderada sobre la efectividad clínica de los programas de fisioterapia basados en terapia manual, ejercicios de movilidad, reeducación sensorio-motora y entrenamiento terapéutico de la fuerza para el dolor cervical asociado a limitación de movimiento, latigazo cervical, irradiación a miembro superior y cefalea cervicogénica.

Las revisiones sistemáticas no son concluyentes en cuanto a la relación coste-efectividad para los programas de fisioterapia en el dolor cervical. Sin embargo, hay estudios de alta calidad que apuntan una relación positiva. Tenemos así un estudio publicado en BMJ que demuestra que los programas de fisioterapia suponen 1/3 del gasto comparado con la intervención generalista de AP. Otro estudio publicado en Spine demostró que programas de terapia manual, educación y ejercicio domiciliario son más coste-efectivos que la educación aisladamente.

Por tanto, la derivación directa a programas de fisioterapia en AP ofrece un beneficio clínico para el paciente acompañado de una reducción del gasto sanitario gracias a que evita muchas derivaciones al segundo nivel asistencial y produce una importante reducción en los costes indirectos asociados a la discapacidad.

SÍNDROME SUBACROMIAL

Existen pruebas sólidas que confirman la efectividad clínica de los programas de fisioterapia basados en ejercicio terapéutico, mientras que la efectividad de la medicación no es superior a dichos programas.

Así mismo, se han publicado diversos estudios que confirman la efectividad clínica de los programas de fisioterapia y demuestran que los resultados de la cirugía de descompresión subacromial o acromioplastia no son superiores. Se resume en la siguiente cita de Ketola et al (2013): "la acromioplastia no es coste-efectiva. Un programa estructurado de ejercicio parece ser el tratamiento de elección para el síndrome subacromial".

Como podéis comprobar son numerosos los estudios publicados que apuntan en la misma línea. En resumen, el ejercicio es tan efectivo como la cirugía en seguimientos a 1,2, 4 y 5 años a una fracción del coste. Además, los programas de ejercicio reducen significativamente la necesidad de cirugía hasta en un 80%.



DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

El dolor crónico no oncológico es un problema de primer nivel en las sociedades industrializadas. Aquí tenemos algunos datos que lo demuestran. Se estima una prevalencia del 19% en Europa. En USA los datos son similares con un 20,5%. Se contempla que aproximadamente la mitad de las personas que lo padecen reciben tratamientos inadecuados. El dolor persistente tiene un impacto severo en la calidad de vida, tanto a nivel social como laboral. Además, el coste sanitario es muy elevado. Según un estudio de Pizzo, en los Estados Unidos alcanza los 635 mil millones de dólares. Esta cantidad supera el coste total del cáncer, la diabetes y las enfermedades cardíacas juntas. También se destaca en este estudio que existe una creciente tendencia a abordar el dolor crónico mediante procedimientos invasivos, mientras que señala que otros tratamientos conservadores como la fisioterapia podrían ser más beneficiosos para los pacientes.

¿Que sabemos sobre los programas de fisioterapia para el manejo del dolor crónico? Está demostrado en numerosas revisiones sistemáticas la efectividad clínica de la intervención educativa en neurobiología del dolor. Por tanto, constituye uno de los pilares de los programas de fisioterapia proporcionando beneficio al paciente reduciendo el dolor, la kinesiofobia y el catastrofismo. Además, es probable que sea más efectiva en combinación con el ejercicio terapéutico erigiéndose así en el segundo pilar de estos programas.

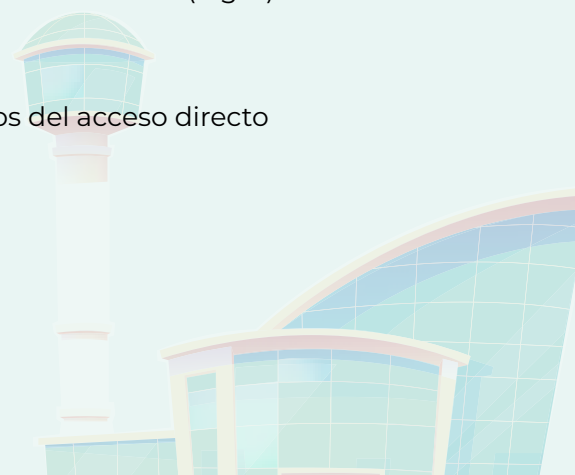
Por tanto, se ha demostrado la eficacia de dichos programas. Ahora la pregunta es ¿Qué sabemos sobre la relación coste-efectividad de dichos programas? Una revisión sistemática de 2016 sugiere una reducción del 10% en los costes indirectos al cabo de un año. En otra revisión se sugiere un ahorro de 53.382€ por paciente a lo largo de 10 años. También se concluye la necesidad de más estudios para obtener conclusiones sólidas.

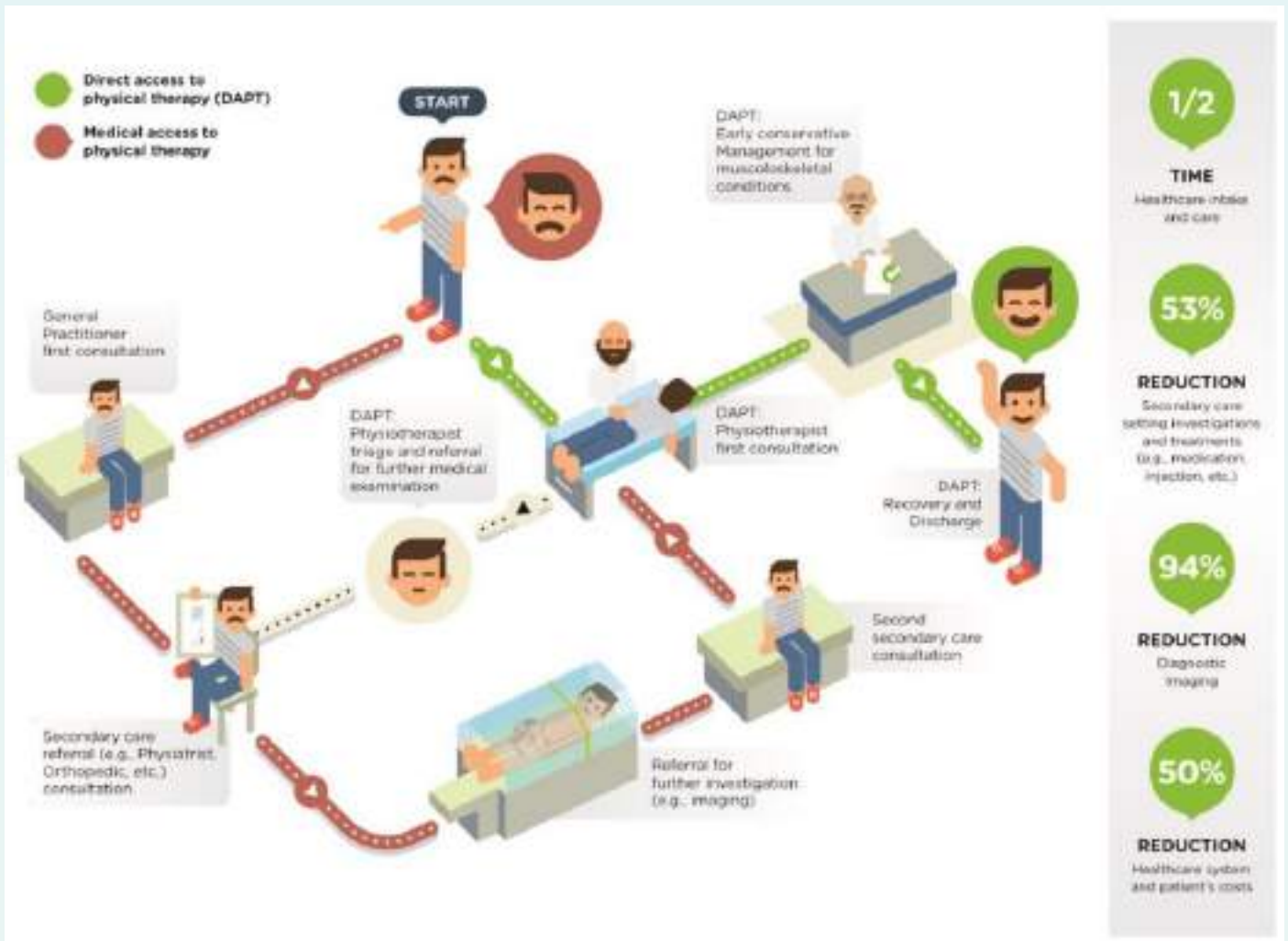
EVIDENCIA CIENTÍFICA DE LA EFECTIVIDAD Y COSTE-EFECTIVIDAD DEL ACCESO DIRECTO A FISIOTERAPIA

Las guías de práctica clínica más recientes recomiendan el acceso directo a fisioterapia debido a su coste-efectividad, seguridad y la satisfacción de los pacientes. En estudios recientes se destaca el potencial del acceso directo en cuanto a reducción de costes relacionados con la disminución del número de visitas, reducción de pruebas innecesarias y una propuesta de abordaje más activo para los problemas musculoesqueléticos que facilitan la recuperación funcional. Si se compara el acceso directo a fisioterapia con el acceso clásico, se concluye que aquella reduce el tiempo de espera a la mitad, el gasto en pruebas y tratamientos hospitalarios (2º nivel asistencial) se reduce un 53% y disminuye en un 94% la realización de pruebas de imagen. En total, se produce una reducción del 50% del coste sanitario (Fig. 2)

Figura 2

Principales diferencias entre rutas de acceso a fisioterapia y beneficios del acceso directo





Nota. Reproducida de Direct Access to Physical Therapy: Should Italy Move Forward?, de Maselli, 2022.

Int. J. Environ. Res. Public Health

Además, se han publicado recientemente 2 ensayos clínicos aleatorizados que destacan el acceso directo a fisioterapia como una estrategia efectiva. El primero compara el acceso directo a fisioterapia en AP con el acceso mediante interconsulta desde médico de AP. El segundo demuestra que los pacientes con un trastorno musculoesquelético agudo, que tienen acceso directo a fisioterapia desde el servicio de urgencias tienen mejores resultados clínicos y usan menos servicios y recursos que el grupo sometido a cuidados habituales.

En Países Bajos existe el acceso directo a fisioterapia desde 2006 y se ha comprobado que no aumenta la tasa de iatrogenia como anunciaban los detractores de este acceso directo. Tampoco ha aumentado el coste sanitario ni el número de visitas. Por el contrario, han mejorado los resultados clínicos y la satisfacción del usuario

Una revisión sistemática sobre el acceso directo a fisioterapia en USA frente a la derivación por parte del médico obtiene conclusiones similares. No se incrementa el coste, no son necesarias más visitas, no peores resultados e incluso reducción de la iatrogenia por necesitar menos medicación y menos pruebas de imagen.



CONCLUSIONES

Fisioterapia ha demostrado ser clínicamente eficiente para el manejo de las patologías más prevalentes en AP

Los programas de fisioterapia para estas condiciones han demostrado, con una evidencia de moderada a fuerte, ser coste-efectivos, reduciendo los costes indirectos y por ello, los costes totales

Los sistemas de derivación directa a fisioterapia y la figura del fisioterapeuta de cribado musculoesquelético ha demostrado mejorar los resultados clínicos, reducir las listas de espera, reducir el gasto sanitario, reducir las derivaciones innecesarias a 2º nivel asistencial y mejorar la percepción del sistema sanitario

BIBLIOGRAFÍA

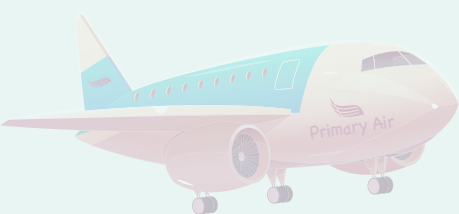
1. Global Burden of Disease, injury Incidence, Prevalence Collaborators. Global, re-gional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015.
2. Kääriä S, Luukkonen R, Riihimäki H, Kirjonen J, Leino-Arjas P. Persistence of low back pain reporting among a cohort of employees in a metal corporation: a study with 5-, 10-, and 28-year follow-ups. *Pain*. 2006 Jan;120(1-2):131-7
3. Kent PM, Keating JL. The epidemiology of low back pain in primary care. *Chiropr Osteopat*. 2005. Jul 26;13:13.
4. Taylor JB, Goode AP, George SZ, Cook CE. Incidence and risk factors for first-time incident low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Spine J*. 2014 Oct 1;14(10):2299-31
5. Fejer R, Leboeuf-Yde C. Does back and neck pain become more common as you get older? A systematic literature review. *Chiropr Man Therap*. 2012 Aug 10;20(1):24
6. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Vos T, Buchbinder R. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum*. 2012 Jun;64(6):2028-37.
7. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, Hoy D, Karpainen J, Pransky G, Sieper J, Smeets RJ, Underwood M; Lancet Low Back Pain Series Working Group. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018 Jun 9;391(10137):2356-2367
8. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT Jr, Shekelle P, Owens DK; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians; American College of Physicians; American Pain Society Low Back Pain Guidelines Panel. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med*. 2007 Oct 2;147(7):478-91.
9. Anderson JA. Problems of classification of low-back pain. *Rheumatol Rehabil*. 1977 Feb;16(1):34-6
10. Lambeek LC, van Tulder MW, Swinkels IC, Koppes LL, Anema JR, van Mechelen W. The trend in total cost of back pain in The Netherlands in the period 2002 to 2007. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2011 Jun;36(13):1050-8
11. Anema JR, Schellart AJ, Cassidy JD, Loisel P, Veerman TJ, van der Beek AJ. Can cross country differences in return-to-work after chronic occupational back pain be explained? An exploratory analysis on disability policies in a six country cohort study. *J Occup Rehabil*. 2009 Dec;19(4):419-26.
12. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, Ferreira PH, Fritz JM, Koes BW, Peul W, Turner JA, Maher CG; Lancet Low Back Pain Series Working Group. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 2018 Jun 9;391(10137):2368-2383.
13. NICE Guidelines Low Back Pain and Sciatica Overview <https://pathways.nice.org.uk/pathways/low-back-pain-and-sciatica>.
14. Macedo LG, Saragiotto BT, Yamato TP, Costa LO, Menezes Costa LC, Ostelo RW, Maher CG. Motor control exercise for acute non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Feb 10;2:CD012085.
15. Miller J, Barber D, Donnelly C, French S, Green M, Hill J, MacDermid J, Marsh J, Norman K, Richardson J, Taljaard M, Wideman T, Cooper L, McPhee C. Determining the impact of a new physiotherapist-led primary care model for back pain: protocol for a pilot cluster randomized controlled trial. *Trials*. 2017 Nov 9;18(1):526.
16. Ojha H, Masaracchio M, Johnston M, Howard RJ, Egan WE, Kirker K, Davenport TE. Minimal physical therapy utilization compared with higher physical therapy utilization for patients with low back pain: a systematic review. *Physiother Theory Pract*. 2019 Feb 9:1-22.

17. Salathé CR , Melloh M, Crawford R, Scherrer S , Boos N, Elfering A Treatment Efficacy, Clinical Utility, and Cost-Effectiveness of Multidisciplinary Biopsychosocial Rehabilitation Treatments for Persistent Low Back Pain: A Systematic Review. *Global Spine J.* 2018 Dec;8(8):872-886
18. Lin CW , Haas M, Maher CG, Machado LA, van Tulder MW. Cost-effectiveness of guideline-endorsed treatments for low back pain: a systematic review. *Eur Spine J.* 2011 Jul;20(7):1024-38
19. Standaert CJ , Friedly J, Erwin MW, Lee MJ, Rehtine G, Henrikson NB, Norvell DC. Comparative effectiveness of exercise, acupuncture, and spinal manipulation for low back pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 2011 Oct 1;36(21 Suppl):S120-30.
20. Tsertsvadze A , Clar C , Court R , Clarke A , Mistry H , Sutcliffe P . Cost-effectiveness of manual therapy for the management of musculoskeletal conditions: a systematic review and narrative synthesis of evidence from randomized controlled trials. *J Manipulative Physiol Ther.* 2014 Jul-Aug;37(6):343-62.
21. Lin CW, Haas M, Maher CG, Machado LA, van Tulder MW. Cost-effectiveness of general practice care for low back pain: a systematic review. *Eur Spine J.* 2011 Jul;20(7):1012-23.
22. Cohen SP. Epidemiology, diagnosis, and treatment of neck pain. *Mayo Clin Proc.* 2015 Feb;90(2):284-99
23. US Burden of Disease Collaborators. The state of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. *JAMA* 2013;310:591- 608.
24. Kuijper B, Tans JT, Beelen A, Nollet F, de Visser M. Cervical collar or physiotherapy versus wait and see policy for recent onset cervical radiculopathy: randomised trial. *BMJ.* 2009; 339:b3883.
25. Bronfort G, Evans R, Anderson AV, Svendsen KH, Bracha Y, Grimm RH. Spinal manipulation, medication, or home exercise with advice for acute and subacute neck pain: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2012;156(1, pt 1):1-10.
26. Southerst D, Nordin MC, Cote P, et al. Is exercise effective for the management of neck pain and associated disorders or whiplash associated disorders? A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *Spine J* 2016;16:1503-23.
27. Côté P, Wong JJ, Sutton D, Shearer HM, Mior S, Randhawa K, Ameis A, Carroll LJ, Nordin M, Yu H, Lindsay GM , Southerst D, Varatharajan S, Jacobs C, Stupar M, Taylor-Vaisey A, van der Velde G, Gross DP, Brison RJ, Paulden M, Ammendolia C, David Cassidy J, Loisel P, Marshall S, Bohay RN, Stapleton J, Lacerte M, Krahn M, Salhany R Management of neck pain and associated disorders: A clinical practice guideline from the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *Eur Spine J.* 2016 Jul;25(7):2000-22.
28. Blanpied PR, Gross AR, Elliott JM, Devaney LL, Clewley D, Walton DM, Sparks C, Robertson EK. Neck Pain Guidelines: Revision 2017: Using the Evidence to Guide Physical Therapist Practice. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2017 Jul;47(7):A1-A8.
29. Driessen MT, Lin CW, van Tulder MW. Cost-effectiveness of conservative treatments for neck pain: a systematic review on economic evaluations. *Eur Spine J.* 2012 Aug;21(8):1441-50.
30. Korthals-de Bos IB, Hoving JL, van Tulder MW, Rutten-van Mölken MP, Adèr HJ, de Vet HC, Koes BW, Vondeling H, Bouter LM. Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy, and general practitioner care for neck pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *BMJ.* 2003 Apr 26;326(7395):911.
31. Leininger B, McDonough C , Evans R, Tosteson T, Tosteson AN, Bronfort G. Cost-effectiveness of spinal manipulative therapy, supervised exercise, and home exercise for older adults with chronic neck pain. *Spine J.* 2016 Nov;16(11):1292-1304.
32. Garving C , Jakob S, Bauer I, Nadjar R, Brunner UH. Impingement Syndrome of the Shoulder. *Dtsch Arztebl Int.* 2017 Nov 10;114(45):765-776.
33. Makela M, Heliövaara M, Sainio P, Knekt P, Impivaara O, Aromaa A: Shoulder joint impairment among Finns aged 30 years or over: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Rheumatology* 1999; 38: 656–62.
34. Yamaguchi K, Ditsios K, Middleton WD, Hildebolt CF, Galatz LM, Teefey SA: The demographic and morphological features of rotator cuff disease. A comparison of asymptomatic and symptomatic shoulders. *J Bone Joint Surg Am* 2006; 88: 1699–704.
35. Steuri R, Sattelmayer M, Elsig S, Kolly C, Tal A, Taeymans J, Hilfiker R. Effectiveness of conservative interventions including exercise, manual therapy and medical management in adults with shoulder impingement: a systematic review and meta-analysis of RCTs. *Br J Sports Med.* 2017 Sep;51(18):1340-1347.
36. Exercises versus arthroscopic decompression in patients with subacromial impingement: a randomised, controlled study in 90 cases with a one year follow up. Haahr JP , Østergaard S, Dalsgaard J, Norup K, Frost P, Lausen S, Holm EA, Andersen JH. *Ann Rheum Dis.* 2005 May;64(5):760-4.
37. Ketola S, Lehtinen J, Rousi T, Nissinen M, Huhtala H, Konttinen YT, et al. No evidence of long-term benefits of arthroscopic acromioplasty in the treatment of shoulder impingement syndrome: Five-year results of a randomised controlled trial. *Bone & joint research.* 2013;2:132-9.
38. Kuhn JE. Exercise in the treatment of rotator cuff impingement: a systematic review and a synthesized evidence-based rehabilitation protocol. *Journal of shoulder and elbow surgery / American Shoulder and Elbow Surgeons [et al].* 2009;18:138-60.
39. Kuhn JE, Dunn WR, Sanders R, An Q, Baumgarten KM, Bishop JY, et al. Effectiveness of physical therapy in treating atraumatic full-thickness rotator cuff tears: a multi-center prospective cohort study. *Journal of shoulder and elbow surgery / American Shoulder and Elbow Surgeons [et al].* 2013;22:1371-9.

40. Kukkonen J, Joukainen A, Lehtinen J, Mattila KT, Tuominen EK, Kauko T, et al. Treatment of non-traumatic rotator cuff tears: A randomised controlled trial with one-year clinical results. *The bone & joint journal*. 2014;96-B:75-81.
41. Spangehl MJ, Hawkins RH, McCormack RG, Loomer RL. Arthroscopic versus open acromioplasty: a prospective, randomized, blinded study. *Journal of shoulder and elbow surgery / American Shoulder and Elbow Surgeons [et al]*. 2002;11:101-7.
42. Ellman H, Kay SP. Arthroscopic subacromial decompression for chronic impingement. Two- to five-year results. *The Journal of bone and joint surgery British vol-ume*. 1991;73:395-8.
43. Lewis J. Rotator cuff related shoulder pain: Assessment, management and uncertainties. *Man Ther* 2016; Jun, 23:57-68.
44. Kolk A, Thomassen BJW, Hund H, de Witte PB, Henkus HE, Wassenaar WG, van Arkel ERA, Nelissen RGHH. Does acromioplasty result in favorable clinical and radiologic outcomes in the management of chronic subacromial pain syndrome? A double-blinded randomized clinical trial with 9 to 14 years' follow-up. *J Shoulder Elbow Surg*. 2017 Aug;26(8):1407-1415.
45. Arthroscopic subacromial decompression: acromioplasty versus bursectomy alone--does it really matter? A systematic review. Donigan JA, Wolf BR. *Iowa Orthop J*. 2011;31:121-6.
46. Arthroscopic decompression not recommended in the treatment of rotator cuff tendinopathy: a final review of a randomised controlled trial at a minimum follow-up of ten years. Ketola S, Lehtinen JT, Arnala I. *Bone Joint J*. 2017 Jun;99-B(6):799-805.
47. Kang JR, Sin AT, Cheung EV. Treatment of Massive Irreparable Rotator Cuff Tears: A Cost-effectiveness Analysis. *Orthopedics*. 2017 Jan 1;40(1):e65-e76
48. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006 May;10(4):287-333. Epub 2005 Aug 10.
49. Torres-Cueco R. The complex pain patient. En: *Essential guide to the Cervical Spine. Clinical Assessment and Therapeutic Approaches Vol Two*. Madrid: Elsevier, 2017.
50. Pizzo PA, Clark NM. Alleviating suffering 101-pain relief in the United States. *N Engl J Med* 2012;366(3):197-214.
51. Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract*. 2016 Jul;32(5):332-55.
52. Louw A, Diener I, Butler DS, Puentedura EJ. The effect of neuroscience education on pain, disability, anxiety, and stress in chronic musculoskeletal pain. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011 Dec;92(12):2041-56
53. Geneen LJ, Martin DJ, Adams N, Clarke C, Dunbar M, Jones D, McNamee P, Schofield P, Smith BH. Effects of education to facilitate knowledge about chronic pain for adults: a systematic review with meta-analysis. *Syst Rev*. 2015 Oct 1;4:132.
54. Busch H, Bodin L, Bergström G, Jensen IB. Patterns of sickness absence a decade after pain-related multidisciplinary rehabilitation. *Pain*. 2011 Aug;152(8):1727-33.
55. Busch H, Björk Brämberg E, Hagberg J, Bodin L, Jensen I. The effects of multimodal rehabilitation on pain-related sickness absence - an observational study. *Disabil Rehabil*. 2018 Jul;40(14):1646-1653.
56. Robert G, Stevens A. Should general practitioners refer patients directly to physical therapists? *Br J Gen Pract*. 1997 May;47(418):314-8.
57. *Self-referral to Physiotherapy Services*. London, United Kingdom: The Chartered Society of Physiotherapy; 2004.
58. *Community and Care Services White Paper—Our Health, Our Say: A New Direction for Community Services*. London, United Kingdom: Department of Health (UK); 2006.
59. Snow BL, Shamus E, Hill C. Physical therapy as primary health care: public perceptions. *J Allied Health*. 2001;30:35-38.
60. Hensher M. Improving general practitioner access to physiotherapy: a review of the economic evidence *Health Serv Manage Res*. 1997 Nov;10(4):225-30.
61. Wand BM, Bird C, McAuley JH, et al. Early intervention for the management of acute low back pain: a single-blind randomized controlled trial of biopsychosocial education, manual therapy, and exercise. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2004;29:2350-2356.
62. Fritz JM, Childs JD, Wainner RS, Flynn TW. Primary care referral of patients with low back pain to physical therapy: impact on future healthcare utilization and costs. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2012;37:2114-2121.
63. Nordeman L, Nilsson B, Moller M, Gunnarsson R. Early access to physical therapy treatment for subacute low back pain in primary health care: a prospective randomized clinical trial. *Clin J Pain*. 2006; 22:505-511.
64. Zigenfus GC, Yin J, Giang GM, Fogarty WT. Effectiveness of early physical therapy in the treatment of acute low back musculoskeletal disorders. *J Occup Environ Med*. 2000;42:35-39.
65. Leemrijse CJ, Swinkels IC, Veenhof C. Direct access to physical therapy in the Netherlands: results from the first year in community-based physical therapy. *Phys Ther*. 2008 Aug;88(8):936-46.
66. Ojha HA, Snyder RS, Davenport TE. Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review. *Phys Ther*. 2014 Jan;94(1):14-30.
67. Phillips, C.J.; Phillips, R.; Main, C.J.; Watson, P.J.; Davies, S.; Farr, A.; Harper, C.; Noble, G.; Aylward, M.; Packman, J.; et al. The Cost Effectiveness of NHS Physiotherapy Support for Occupational Health (OH) Services. *BMC Musculoskelet. Disord*. 2012, 13, 29
68. FW Physicaltherapy&Science. Cost-Effectiveness Physiotherapy in Musculoskeletal Disorders. Available online: <https://www.physicaltherapyscience.com/news/176/cost-effectiveness-physiotherapy-in-musculoskeletal-disorders>
69. Hon, S.; Ritter, R.; Allen, D.D. Cost-Effectiveness and Outcomes of Direct Access to Physical Therapy for Musculoskeletal Disorders Compared to Physician-First Access in the United States: Systematic Review and Meta-Analysis. *Phys. Ther*. 2021, 101, pzaa201.



70. Maselli, F.; Piano, L.; Cecchetto, S.; Storari, L.; Rossetini, G.; Mourad, F. Direct Access to Physical Therapy: Should Italy Move Forward? *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 555. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010555>
71. Gagnon, R.; Perreault, K.; Berthelot, S.; Matifat, E.; Desmeules, F.; Achou, B.; Laroche, M.-C.; Van Neste, C.; Tremblay, S.; Leblond, J.; et al. Direct-Access Physiotherapy to Help Manage Patients with Musculoskeletal Disorders in an Emergency Department: Results of a Randomized Controlled Trial. *Acad. Emerg. Med.* 2021, 28, 848–858
72. Bishop, A.; Ogollah, R.O.; Jowett, S.; Kigozi, J.; Tooth, S.; Protheroe, J.; Hay, E.M.; Salisbury, C.; Foster, N.E.; STEMS Study Team. STEMS Pilot Trial: A Pilot Cluster Randomised Controlled Trial to Investigate the Addition of Patient Direct Access to Physiotherapy to Usual GP-Led Primary Care for Adults with Musculoskeletal Pain. *BMJ Open* 2017, 7, e012987

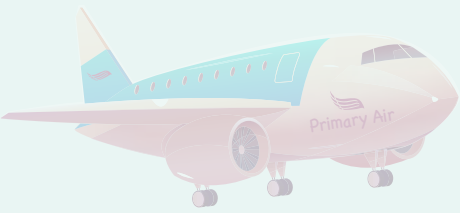




Potenciar la
fisioterapia en
Atención Primaria.
Una garantía
de mejora.

Verónica Casado Vicente

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Ex Consejera de Sanidad de Castilla y León.



Existen múltiples evidencias (Starfield, Shi, Saltman, Macinko, Grishaw, Kringos, Pelone, Sandvik...) ¹⁻¹⁰ y múltiples informes de la Organización Mundial de la salud, del Banco Mundial, OCDE, el índice global de Salud de Bloomberg, el informe Mc Kinsey... ¹¹⁻¹⁵ desde la década de los 90 del siglo pasado, que demuestran e insisten que una atención primaria fuerte está asociada con una mejor salud de la población, una mejor salud auto percibida y un menor número de hospitalizaciones innecesarias; que las personas que sufren enfermedades crónicas que pueden en gran parte ser seguidas en atención primaria (dolor crónico, cardiopatía isquémica crónica, accidentes cerebrovasculares, HTA, diabetes mellitus, pacientes pluripatológicos, pacientes frágiles, salud mental, EPOC, asma...) tienen mejores niveles de esperanza de vida; que las variables clave sobre el impacto en la morbimortalidad evitable imputable a la atención primaria se relacionan con la longitudinalidad, la globalidad y la accesibilidad; que en Europa los países con mejor atención primaria tienen una población más sana (Ejemplos de estos países son Dinamarca, España, Países Bajos, Finlandia, Reino Unido...); que los sistemas sanitarios que pivotan sobre una atención primaria sólida son más equitativos, eficientes, efectivos y viables.

La atención primaria, por lo tanto, se sigue demostrando como más necesaria que nunca ¹¹.

El Observatorio de la atención primaria de la Organización Mundial en el estudio de la Atención Primaria en una Europa cambiante (Kringos 2015) ⁷ demuestra que la atención primaria de España es una atención primaria fuerte. Con 115 indicadores de estructura, proceso y resultados nos sitúa en todas las dimensiones en las zonas de excelencia. Edson Araujo del Banco Mundial afirma que cuanto más eficiente sea la atención primaria más eficiente será la atención hospitalaria de media y alta complejidad. En este mismo sentido el informe McKinsey titulado “la próxima frontera de la prestación de atención en el cuidado de la salud” publicado el 24 de marzo del 2022 entre las características que resalta de: centrada en el paciente, virtual, ambulatoria, domiciliaria, basada en el valor y asumiendo riesgos, dirigida a los datos, transparente e interoperable, facilitadas por nuevas tecnologías, bien financiada e integrada a pesar de estar fragmentada, en su punto tercero destaca que la atención sanitaria debe darse de manera fundamentalmente ambulatoria en los centros de salud.

La Atención primaria es por lo tanto la puerta de entrada no al sistema sino la puerta de entrada del sistema hacia la sociedad, debe ser el eje vertebrador del sistema sanitario y debe contar con poder de regulación, debe configurarse como gestor y coordinador de salud y reguladora de flujos y también guardiana del sistema.

Pelone et al. ⁹ publicaban el año 2015 un estudio en los que trataba de explicar las razones por las que algunos de los países con fuerte atención primaria no estaban entre los más eficientes en términos relativos y un ejemplo de ello es España. Este hallazgo sugiere a los autores que si se persigue eficiencia y fortaleza es clave el peso y valor que se concede a la atención primaria en relación con el resto del sistema en cuanto a financiación y poder de regulación. La OCDE en su documento ¹³ “reforzar el potencial de la atención primaria” del año 2020 establece que una atención primaria de salud sólida hace que los sistemas de salud sean más eficaces, eficientes y equitativos; que la mayoría de los sistemas de salud siguen sin alcanzar el pleno potencial de la atención primaria de salud; que la atención primaria de salud actualmente no está logrando todo su potencial en muchos países de la OCDE obstaculizada por ingresos hospitalarios evitables, prescripciones inadecuadas especialmente de antibióticos, atención preventiva

insuficiente o deficiencias en la coordinación. También establece que se necesitan nuevos modelos de atención (telemedicina...), más incentivos económicos y un papel más amplio para los pacientes. Y establece que vale la pena invertir en atención primaria de salud.

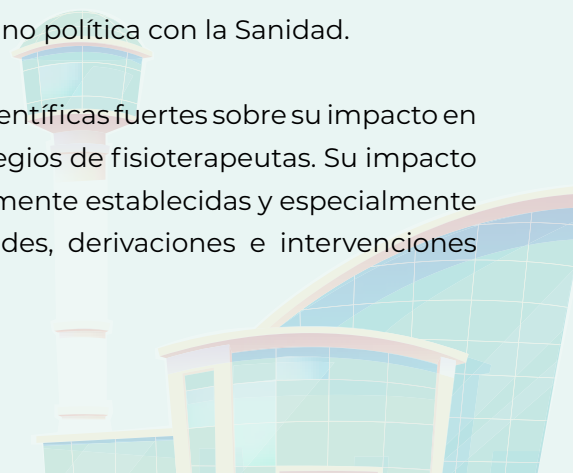
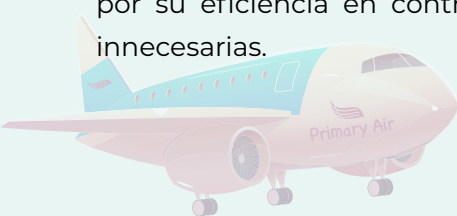
Los rasgos de los modelos que definen una atención primaria de calidad están ampliamente establecidos por múltiples autores especialmente la doctora Bárbara Starfield con dos niveles: relacionados con el sistema sanitario (equidad financiera, equidad en el acceso, asignación de la función de atención primaria a un tipo definido de médico, multidisciplinariedad, salarios equiparables en atención primaria y atención hospitalaria y porcentaje de médicos en atención primaria similar al porcentaje de médicos en atención hospitalaria). En cuanto a las características relacionadas con el nivel de funcionamiento la definen como puerta de entrada, con atención longitudinal, atención integrada e integral, atención coordinada entre atención primaria y atención hospitalaria y atención a las familias y orientación comunitaria. A estos elementos habría que añadir con los estudios referidos anteriormente que deberían de establecerse la financiación y el poder de regulación como elementos claves a la hora de definir la fortaleza de la atención primaria.

En el momento actual existen nuevos condicionantes de salud: la cronicidad, la pluripatología, la dependencia, la transnacionalidad, la necesidad de eficiencia y resolutivez, que ahondan claramente en la necesaria multidisciplinariedad y con evidencias claras para la incorporación decidida de fisioterapeutas en Atención Primaria.

Pero además de las fortalezas evidenciadas en todos los estudios de investigación realizados existen debilidades y amenazas. Entre las debilidades existen algunas como el porcentaje considerable de trabajo de poco valor en el nivel de atención primaria, el desarrollo incompleto del perfil competencial de sus profesionales, el prestigio académico y social aún bajo, el desánimo y agotamiento de los profesionales, el mal uso y abuso del sistema sanitario, el sistema sanitario como una única solución para mejorar la salud y la sanidad, el exceso de burocracia, la mala organización de los equipos de atención primaria, la secretarización de la atención primaria por parte de la atención hospitalaria, las actividades nucleares en peligro como son la prevención, la atención en los domicilios, la salud comunitaria, la infraatención versus sobreatención en algunas personas por encarnizamiento preventivo, diagnóstico y terapéutico, el envejecimiento de la población, la enorme variabilidad entre comunidades autónomas, entre áreas, entre equipos de atención primaria y en el mismo equipo; ausencia de indicadores de desempeño y de resultados y la consabida resistencia al cambio.

Las amenazas del sistema están vinculadas a los altísimos costes tecnológicos y farmacológicos, no siempre basados en su eficiencia, al hospitalocentrismo y al modelo biomédico, la resistencia al cambio también por parte de la población, a no hacer una política sanitaria sino política con la Sanidad.

Con relación a la fisioterapia en atención primaria existen evidencias científicas fuertes sobre su impacto en diferentes áreas y existen también consensos de sociedades y de colegios de fisioterapeutas. Su impacto sobre la equidad, la efectividad y la viabilidad del sistema están claramente establecidas y especialmente por su eficiencia en control de costes farmacológicos, incapacidades, derivaciones e intervenciones innecesarias.



Las debilidades y amenazas propias de la fisioterapia son el número insuficiente de fisioterapeutas en el sistema y especialmente en Atención Primaria, la heterogeneidad entre comunidades autónomas, entre áreas y entre equipos, las listas de espera para procesos agudos, las listas de espera para procesos crónicos, poca promoción y poca prevención y poco trabajo grupal, derivaciones exageradas al segundo nivel por parte de los médicos de familia antes de pasar por fisioterapia, heterogeneidad de las carteras de servicio de fisioterapia formales y reales y no existencia de un sistema de información que mida desempeño y resultados en salud.

Los fisioterapeutas en atención primaria tienen muchas áreas de trabajo: desde los problemas de aparato locomotor, del sistema nervioso, aparato respiratorio, aparato digestivo, cardiovascular, área de la mujer, niños, ancianos, cáncer, salud mental...

En función de la patología o la lesión la fisioterapia en algunos casos será una terapia de primera elección y en otros es un apoyo de gran ayuda al tratamiento médico o farmacológico.

Los ámbitos de actuación del fisioterapeuta van desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación, reinserción y cuidados paliativos.

Sus objetivos son mejorar la esperanza de vida libre de incapacidad y la calidad de vida. Su trabajo puede ser individual y grupal y puede desarrollarse en gimnasio, en consulta, en la comunidad y en el domicilio.

Y en cuanto a los procesos a atender ya se han comentado anteriormente y no hay que olvidar que para la fisioterapia "hay vida fuera de lo músculo esquelético crónico". Pero son tan amplias sus posibilidades que hay que configurar carteras de servicios y agendas acordes, priorizar las acciones fisioterapeutas terapéuticas con más valor y mayor nivel de evidencia, crear unidades de referencia como por ejemplo la unidad de afrontamiento activo del dolor crónico e investigar y publicar resultados.

Entre las líneas de actuación propias de Castilla y León, una importante era la redistribución de las tareas entre los profesionales del equipo mejorando la organización y actividad de los miembros del equipo de atención primaria para que cada profesional realice sus competencias, incorporar la atención comunitaria, incorporar el proyecto de herramientas administrativas que permitan desburocratizar la atención, la gestión de la demanda y las carteras de servicios bien definidas con sus correspondiente herramientas de registro y evaluación.

Había un compromiso presupuestario para una inversión de 175 millones entre 2022 y 2023 entre los que se incluía la contratación de 31 fisioterapeutas nuevos. Por lo tanto, este incremento de 31 fisioterapeutas llevaría a la Comunidad de Castilla y León de tener 145 fisioterapeutas en atención primaria a 176 y pasaría de la ratio de 1 por 16000, 5ª en España a 1 por 13000, tercera en España, pero también con la clara conciencia de que se tiene que seguir trabajando. En este sentido con un objetivo a medio plazo y es que todas las 247 zonas básicas de salud tengan al menos un fisioterapeuta.

En definitiva, una atención primaria considerada fuerte debe ser el núcleo central del sistema y tener poder de regulación y financiación para ello, los profesionales de atención primaria deben contar con el aprecio social y profesional, deben tener una formación de altura que les permita ser polivalentes y

resolutivos, tener profesionales activos en investigación y en formación, una remuneración adecuada, sus profesionales deben tener autoestima y orgullo de pertenencia, sus profesionales ofrecen eficacia de nivel, los profesionales de atención primaria deben tener acceso a las pruebas complementarias tanto internas como externas, sus profesionales deben ofrecer accesibilidad, globalidad, longitudinalidad y coordinación, sus profesionales deben trabajar con las familias y con la comunidad por la autonomía y el empoderamiento de las personas, el sistema sanitario facilita medios y tiempo a sus profesionales, su organización facilita estabilidad y evita el empleo precario y de mala calidad, los servicios deben ser apropiados a pacientes y población y se incorpora la perspectiva de género.

Hay algunos elementos de los dichos anteriormente que ya están conseguidos, algunos en vías de consecución, pero otros estamos aún lejos de poder decir que los hemos conseguido.

Como decía, Bárbara Starfield “la atención primaria ha de dar forma a la reforma y no al revés”. El no haberlo hecho así nos lleva en el momento actual a una situación crítica, pero es cierto que no podemos ser tremendistas y alarmistas como dice Stephen Hawking: “incluso la gente que afirma que no podemos hacer nada para cambiar nuestro destino, mira antes de cruzar la calle”.

Los retos por lo tanto desde la administración son financiación (entre un 20 y un 25% del presupuesto para la Atención Primaria), planificación basada en necesidades y en evidencias y en los sistemas de información con indicadores de desempeño y de resultados, gestión y organización basadas en carteras de servicios solventes y evaluadas.

Los retos para los profesionales siguen siendo la longitudinalidad, la globalidad, la accesibilidad y la incorporación de la docencia y de la investigación.

Y no debemos de olvidar que **“los profesionales de la atención primaria no esperan tiempos mejores, los hacen mejores”**.

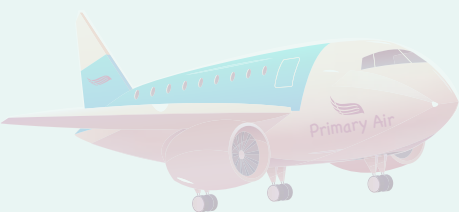
BIBLIOGRAFÍA

1. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994 Oct 22;344(8930):1129-33.
2. Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Masson, Barcelona 2001.
3. Shi L. The impact of primary care: a focused review. *Scientifica*. 2012;2012:432892.
4. Saltman R, Rico A, Boerma W, editors. Primary care in the driver's seat? Organisational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press, McGraw-Hill Education, Berkshire 2006.
5. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res*. 2003;38(3):831-865.
6. Grimshaw JM, Winkens RA, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Jul 20;(3):CD005471.
7. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB, editors. Building primary care in a changing Europe [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.
8. Pelone F, Kringos DS, Spreeuwenberg P, De Belvis AG, Groenewegen PP. How to achieve optimal organization of primary care service delivery at system level: lessons from Europe. *Int J Qual Health Care*. 2013 Sep;25(4):381-93.
9. Pelone F, Kringos DS, Romaniello A, Archibugi M, Salsiri C, Ricciardi W. Primary care efficiency measurement using data envelopment analysis: a systematic review. *J Med Syst*. 2015 Jan;39(1):156.
10. Sandvik H, Hunnskaar S. Frequent attenders at primary care out-of-hours services: a registry-based observational study in Norway. *BMC Health Serv Res*. 2018. 25;18(1):492.
11. Organización Mundial de la salud. La Atención Primaria más necesaria que nunca. OMS. Ginebra 2018.
12. Barış, E; Silverman, RI; Wang H; Zhao F; Pate Mi. 2021. Walking the Talk : Reimagining Primary Health Care After COVID-19. World Bank, Washington, DC. © World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/35842>
13. OECD (2020), Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/853023110000>



[org/10.1787/a92adee4-en](https://doi.org/10.1787/a92adee4-en).

14. Indices Bloomberg Healthiest Countries. Disponible en <https://www.bloomberg.com/news/terminal/PNCLM5T0G1KX>
15. Informe Mc Kinsey. La próxima Frontera de la prestación de atención en los cuidados de la salud. EEUU 24/03/2022.





Construyendo el camino de la Fisioterapia en AP en el País Vasco (nacimiento y desarrollo hasta la actualidad).

Ana Celia Ramos Mateos
Fisioterapeuta de AP en País Vasco.



La fisioterapia en AP se comenzó a desarrollar en el País Vasco a finales de 2018, dando por fin respuesta a la demanda de la ciudadanía, permitiendo un acceso precoz al primer nivel asistencial, evitando de esta forma que los procesos se cronifiquen y tengan que recurrir a otros niveles asistenciales con mayores costes. Los estudios avalan sin duda que somos costo-efectivos, reduciendo los costes en incapacidades laborales transitorias y uso de fármacos, entre otros.

Actualmente se abordan las patologías musculoesqueléticas más frecuentes en nuestra sociedad: Algias vertebrales inespecíficas y hombro doloroso, tanto en fase subaguda o crónica. A su vez se está desarrollando un programa piloto en educación en pedagogía del dolor.

Los objetivos generales del abordaje de la fisioterapia en AP son:

- Facilitar la recuperación.
- Reducción de recaídas.
- Mejora de la percepción del estado de salud.
- Acceso precoz, evitando así las demoras y duplicidades en las consultas hospitalarias.
- Facilitar la coordinación y comunicación entre los diferentes profesionales del equipo interdisciplinar.
- Fomento de hábitos de vida saludable a través de la actividad física.
- Etc.

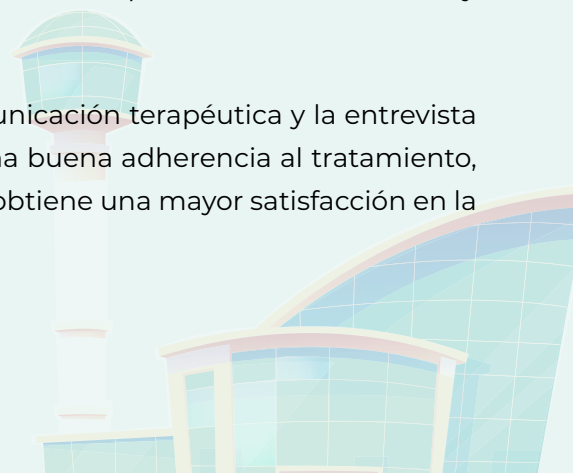
Los objetivos específicos del abordaje a través de los programas:

- Gestión del dolor
- Recuperación de fuerza y resistencia
- Reentrenamiento de habilidades motoras
- Mejoría de la funcionalidad
- Integración del cambio de paradigma en el modelo biomédico a través del abordaje educativo en pedagogía del dolor.

El fisioterapeuta de AP desarrolla actualmente la valoración de fisioterapia de los/las pacientes derivados por Medicina de Atención Primaria. Realiza una valoración del estado funcional del paciente, considerando aspectos físicos, psicosociales y fisiológicos. A partir de esta evaluación se establece un plan de intervención específico con el empleo de habilidades de resolución de problemas y razonamiento clínico.

Posteriormente, se ejecuta y se dirige ese plan de intervención que ha de ser preventivo, curativo y de integración. Es importante que el fisioterapeuta se empodere respecto a la capacitación en valoración y establecimiento de programas.

Algunas de las herramientas que utilizamos en consulta son la comunicación terapéutica y la entrevista motivacional. La comunicación terapéutica es determinante para una buena adherencia al tratamiento, disminuye la ansiedad, mejora las habilidades para el autocuidado y obtiene una mayor satisfacción en la atención recibida.



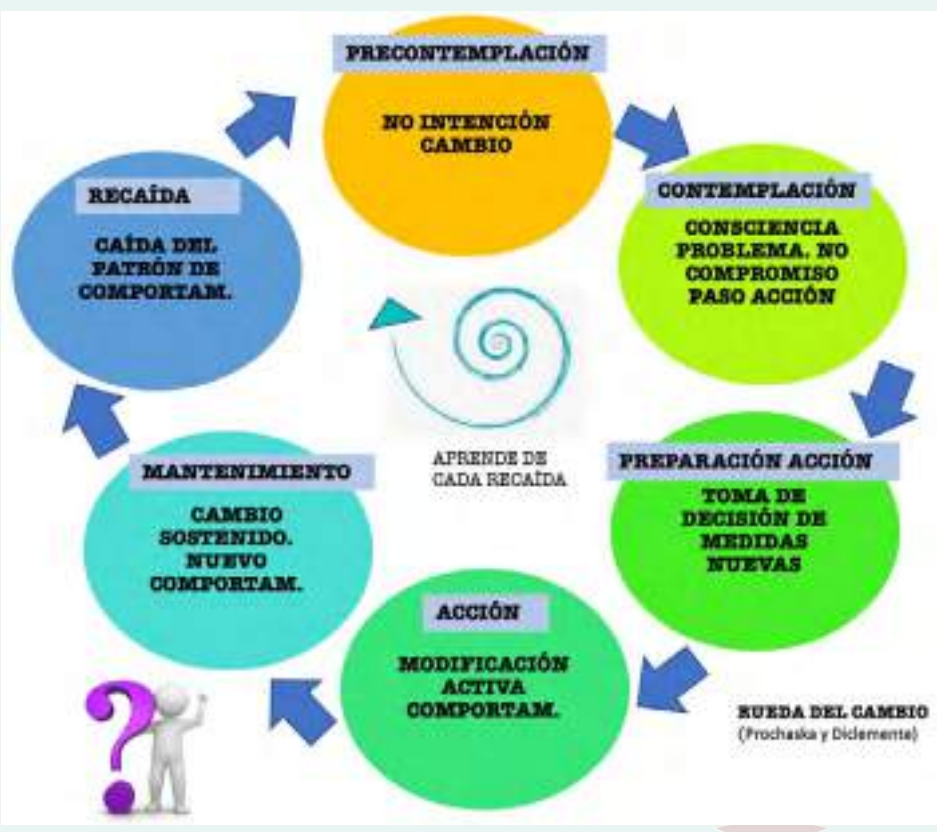
La entrevista motivacional es un estilo de asistencia centrada en el/la paciente, que va dirigido a un objetivo que pretende provocar un cambio en el comportamiento, ayuda a explorar y resolver ambivalencias (Miller WR y Rollnick 2013).

Y como decía Louis Gifford “La fisioterapia tiene que ver con el arte de la comunicación, tiene que ver con lo que haces, pero tiene mucho que ver con cómo lo haces. El contexto lo es todo. Es el producto de dos personas que trabajan juntas, dos cerebros que trabajan juntos y dos sistemas nerviosos trabajando juntos hacia un cambio beneficioso”.

A través de la rueda del cambio (Prochaska y Diclemente) podemos conocer en que fase se encuentra el/ la paciente y actuar en consecuencia con el plan de actuación.

¿Y si nos tomamos un momento de reflexión?, observamos esta rueda del cambio y nos planteamos ¿dónde estamos como fisioterapeutas, gestores, supervisores, etc.?

De todos depende evaluar donde estamos y hacia donde queremos dirigirnos en AP. Forma parte de nuestra responsabilidad hacer un cambio si estamos preparados para ello y si consideras que no es así prepararnos. Como decía Miguel Angel, fisioterapeuta de la primera unidad de afrontamiento activo del dolor en Valladolid, y que nos ha dejado su magnífico legado, “lo mejor está todavía por venir”.



En la actualidad contamos con un marco de actuación a través de programas de tipo grupal para: Empoderar al paciente activo. ¿Cómo?

- Promoviendo la integración, socialización y generando un cambio de conductas hacia un marco donde primen las adherencias al tratamiento específico.

La terapia grupal permite la comprensión de otras experiencias y genera un espacio donde compartir. Este marco de sostén y acompañamiento es un beneficio agregado a la comprensión de la problemática personal. Se fomenta un aprendizaje constructivo y significativo donde el paciente es el protagonista.

Dentro de esta terapia grupal el/la fisioterapeuta ejerce un liderazgo democrático y de “estilo dejar hacer” impulsando al grupo para que sea más eficiente, esté más motivado y asuma sus propias responsabilidades.

Nuestra intervención educativa no sólo es el hábito saludable de fomentar el ejercicio aeróbico extensivo, sino que previamente se ha desarrollado un programa de fisioterapia específico, preciso, dosificado y ajustado a las necesidades del paciente. Este programa ha de establecer metas alcanzables y recursos de autogestión. Con la idea de recuperar la funcionalidad, la reincorporación a la vida laboral, etc.

Hemos de tener claro que la fisioterapia es la mejor oferta que la evidencia actual recomienda tanto en procesos musculoesqueléticos como en situaciones de cronicidad (dolor crónico, síndromes metabólicos, onco-fragilidad, etc.). Es importante ofrecer: intervenciones educativas, orientación, salud comunitaria, escucha terapéutica, entre otras.

Hemos de crear equipos de fisioterapia que favorezcan: la aparición de liderazgos, que creen comités científicos y de gestión, y que generen proyectos que conduzcan a un aumento de servicios en la cartera de fisioterapia.

Y como dice el fisioterapeuta Tirso Docampo “Hay que confiar en uno mismo, creérselo y lanzarse”. Hay que hacer nuestra la frase “lo consiguió porque nadie le dijo que era imposible y si lo dijo, demostremos que se puede hacer posible”

PALABRAS CLAVES

- ACCESO AL PRIMER NIVEL ASISTENCIAL DE FORMA PRECOZ
- INTERVENCIONES COSTO- EFECTIVAS
- INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA ESPECÍFICA
- EL PODER DE LA COMUNICACIÓN
- EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE
- FOMENTAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE
- LA FISIOTERAPIA COMO MEJOR OFERTA SEGÚN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA EN DETERMINADOS PROCESOS
- LIDERAZGO

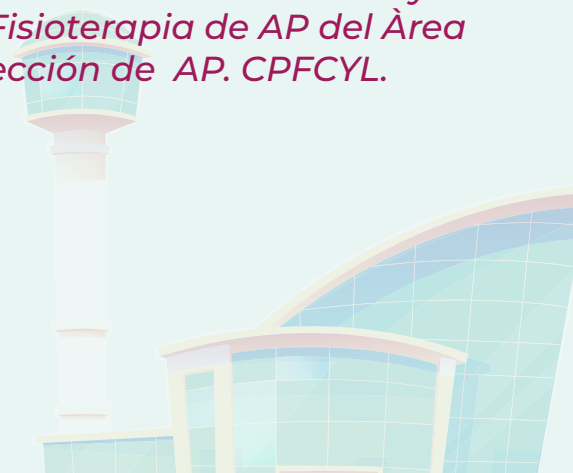
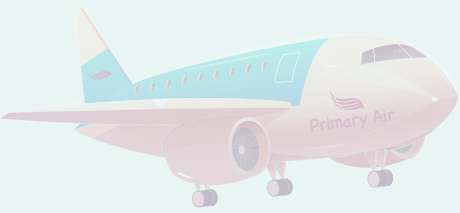




Necesidad de
protocolizar
actuaciones.
Circuitos de
derivación.

M^a Dolores Luengo Plaza

Grado en Fisioterapia. Profesora Asociada de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de Salamanca USAL. Responsable de Fisioterapia de AP del Área de Salud de Salamanca. Coordinadora de la Sección de AP. CPFCYL.



La unificación de criterios diagnósticos y terapéuticos es un requisito imprescindible en la práctica clínica, siendo una alta variabilidad en la atención un claro reflejo de mala calidad. Así se entendió para la fisioterapia de Atención Primaria (AP) desde su nacimiento; pues ya la Circular 4/91 incluyó la necesidad de elaborar protocolos sobre los que basar nuestra actuación clínica.

La Circular 4/91 de 25 de febrero de 1991 esboza, someramente, un listado de técnicas propias de la Fisioterapia que, siempre en patologías de baja complejidad y alta prevalencia, deberíamos emplear los fisioterapeutas de AP.

Con estas directrices los fisioterapeutas de Castilla y León sentimos la necesidad de reunirnos para aunar criterios y así surgieron nuestras I Jornadas de Fisioterapia de Atención Primaria en Castilla y León, Valladolid 1991. Así comenzamos a elaborar protocolos, primero de forma aislada por Áreas de Salud en 1994, pues en aquel momento la comunicación entre los fisioterapeutas de las distintas CCAA era inexistente. Hay que tener en cuenta que un fisioterapeuta de AP atiende a la población de varias Zonas Básicas de Salud y no era habitual encontrar a más de un fisioterapeuta por Unidad de Fisioterapia de AP (UFAP), a lo que hay que sumar las altas cargas de trabajo que tenemos los fisioterapeutas de AP. Este aislamiento ha sido y aún sigue siendo uno de los mayores problemas que tenemos los fisioterapeutas de AP, es por ello por lo que fueron y son tan imprescindibles nuestras Jornadas.

Más tarde, en 1995, a instancias de INSALUD, la Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF) publicaría dos Protocolos a nivel Nacional: EPOC y GONARTROSIS, impulsando la “Sección de Fisioterapia en Atención Primaria” para su elaboración y difusión, a través de la revista “Fisioterapia”. AEF fue nuestro nexo de unión a nivel nacional con la celebración de nueve Congresos Nacionales de Fisioterapia de Atención Primaria y tras la creación de los Colegios Profesionales, conformó el subgrupo AEFAPYSC para continuar con este legado, responsables del área científica de las tres Jornadas Nacionales de Fisioterapia de Atención Primaria, celebradas en Extremadura 2018, Aragón 2019 y País Vasco 2022.

En este escenario y tras las transferencias sanitarias a todas las Comunidades Autónomas en 2002, en nuestras XII Jornadas, celebradas en Salamanca, se acordó proponer al Servicio Público de Sanidad de Castilla y León (SACYL), la formación de un grupo de trabajo para elaborar los primeros protocolos, a nivel regional, de las Patologías susceptibles de Tratamiento en Fisioterapia de Atención Primaria. Estos Protocolos fueron publicados en junio de 2005, constituyendo un impulso de futuro para la Fisioterapia, no solo por defender el marco competencial del fisioterapeuta de AP, si no por la creación de nuevas plazas, que prácticamente duplicaron a las ya existentes.

Serían de nuevo nuestras XXIV Jornadas, celebradas en 2014, las que impulsaron la revisión y actualización, según evidencia científica, de nuestros protocolos, incorporando tres protocolos nuevos: “Protocolo de Equilibrio y Prevención de caídas en personas mayores”, “Protocolo de Patologías de Partes Blandas” (donde se incluye, por primera vez la técnica miofascial de punción seca) y “Protocolo de Dolor Crónico”, pionero y referente a nivel nacional, para el “Abordaje del dolor crónico basado en neurociencia y ejercicio terapéutico en Atención Primaria” que ha conllevado la creación de una Unidad de Afrontamiento Activo del Dolor Crónico, dependiente de Atención Primaria y extrapolable a las once Gerencias de Atención Primaria de Castilla y León.

Este nuevo documento, que engloba doce protocolos de actuación, se publicó en Junio de 2018 en la web del SACYL: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias_clinicas/guías-práctica-clínica/guías-clínicas







Revisión del Protocolo

La revisión del protocolo se realizará cada 5 años. Especialmente si se produce algún cambio relevante con el tema del protocolo o de las condiciones de aplicación del mismo. Las modificaciones vendrán determinadas por nuevas evidencias científicas o cambios en los consensos profesionales. Siguiendo estas directrices en 2023 se realizará la revisión y actualización de este documento.

Conclusiones

Para realizar un trabajo protocolizado y minimizar la variabilidad en la práctica clínica es imprescindible trabajar en equipo. De ahí la importancia de fomentar jornadas de trabajo, en las que los fisioterapeutas que desarrollan su labor asistencial en Atención Primaria traten los temas que les conciernen, tanto los que les unen como los que les separan y conseguir así trabajar todos en la misma sintonía.

En Castilla y León siempre hemos trabajado en esta línea y en 2022 hemos celebrado nuestras “XXX JORNADAS DE FISIOTERAPIA EN AP DE CASTILLA Y LEÓN”. De estas reuniones han salido los grupos de trabajo para la elaboración y revisión de protocolos, documentos de Carrera Profesional, Cartera de Servicios, informatización de las UFAP y muchas otras mejoras que desde el inicio de nuestra andadura en Atención Primaria hemos ido incorporando.

“Caminando juntos avanzaremos más despacio, pero llegaremos más lejos”

BIBLIOGRAFÍA:

1. Circular 4/91 de 25 de febrero sobre ordenación de actividades del fisioterapeuta de área de atención primaria. INSALUD 1991
2. Ingles Novell M, Luengo Plazas MD, Medina y Mirapeix F, Pérez Fernández MR, Sanz Rubio C, Sánchez Llanos ME. Documento Marco para el rediseño de la fisioterapia en Atención Primaria. AEF 2002
3. Protocolos de fisioterapia en Atención Primaria. SACYL 2005
4. Abril Belchi E. 15 años después de la Circular 4/91 ¿Dónde estamos los fisioterapeutas de Atención Primaria? Fisioterapia 2006; 28: 1-6
5. Protocolos de fisioterapia en Atención Primaria. SACYL 2018





¿Qué aporta el marco de los determinantes sociales y la salud comunitaria a la Fisioterapia de Atención Primaria?



Unai Martín Roncero

Profesor de la Universidad del País Vasco. Miembro del Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico.

Marta Jiménez Carrillo

Médica Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Investigadora en Desigualdades Sociales de la Salud y AP en España y Latinoamérica. Miembro del Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico. Sección de AP. CPFCYL.

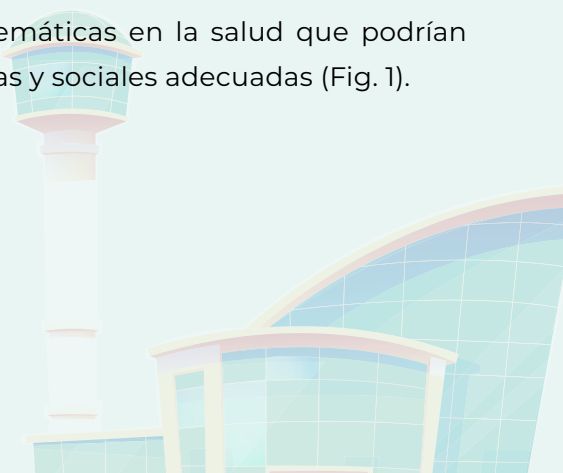
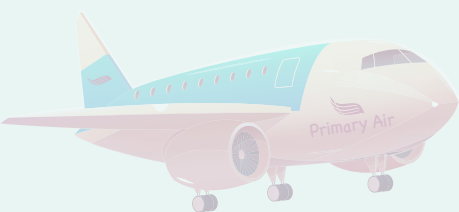


Puntos clave:

- Los determinantes sociales impactan de manera desigual en la salud de la población.
- Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente.
- La promoción de la salud y la salud comunitaria puede aportar claves para un abordaje en equidad enfocado a disminuir las desigualdades sociales en salud desde la fisioterapia de atención primaria (AP).
- La fisioterapeuta comunitaria tiene en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales de la persona, así como también el contexto social y el entorno.
- La proximidad del/de la fisioterapeuta de AP tanto a la población, como al resto del equipo de AP, como a otras redes comunitarias facilita el trabajo comunitario.
- La intersectorialidad, la interdisciplinariedad y un enfoque desde los determinantes sociales y estructurales de la salud son aspectos cruciales para tener una perspectiva integradora y de equidad que implique un abordaje de las desigualdades desde las diferentes acciones.

El marco de los determinantes sociales de la salud hace referencia a que la salud está relacionada con las “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”.¹ Aspectos como la vivienda, la educación, o las condiciones de trabajo productivo y reproductivo son claves para la salud de las poblaciones y el esfuerzo por la mejora de la salud de las poblaciones tiene que considerar la actuación sobre esos determinantes sociales de la salud. Aunque la actuación de los sistemas sanitarios es muy importante para curar la enfermedad, su capacidad de crear salud es compartida con esos determinantes sociales de la salud. Es por ello, que una parte importante de la promoción de la salud, tiene que ver con conseguir que las políticas e intervenciones que se hacen en ámbitos como la educación, el urbanismo o el empleo, consideren el impacto que estas pueden tener en la salud para crear políticas públicas más saludables. Es lo que se conoce como estrategia de salud en todas las políticas.

Además, hay que considerar que esos determinantes sociales de la salud están desigualmente distribuidos, y que la clase social, el género o el lugar de nacimiento condiciona el acceso a los mismos. Este hecho conlleva a que existan desigualdades sociales en salud, que son aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente². Estas desigualdades se traducen en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos³. Las inequidades en salud son diferencias sistemáticas en la salud que podrían reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas (Fig. 1).



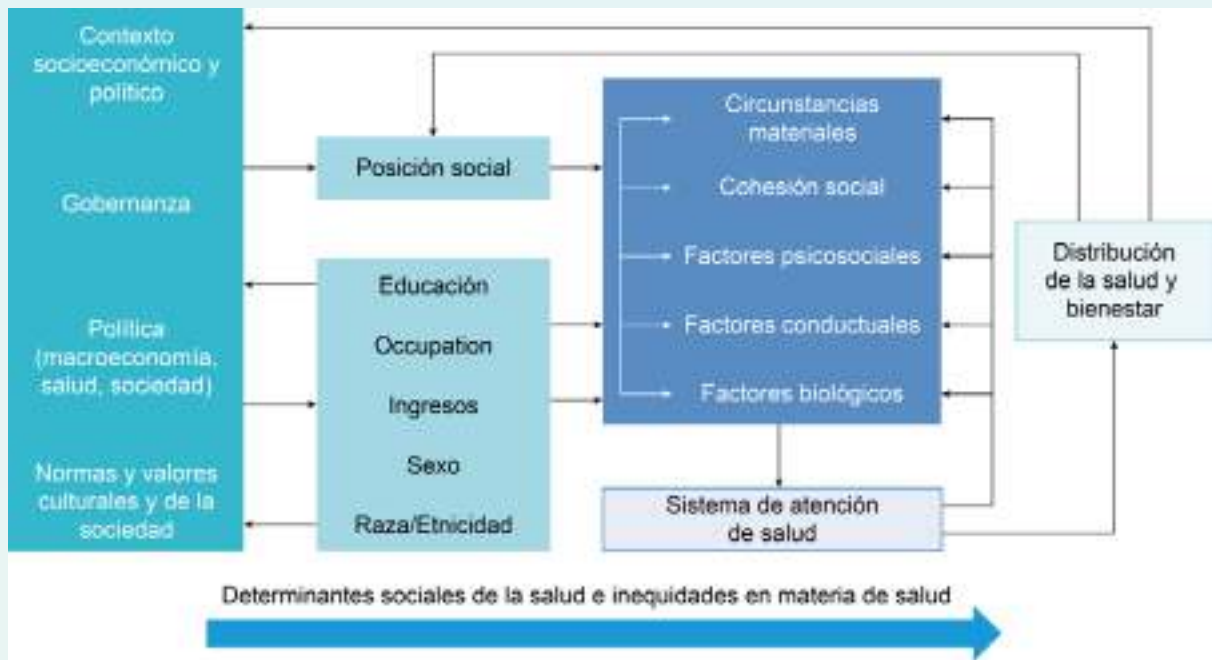


Fig. 1: Marco de los determinantes sociales de la salud e inequidad en salud de la OMS.

En esta sesión compartida durante las III Jornadas Nacionales de Fisioterapia de Atención primaria se realizó un acercamiento a cómo los determinantes sociales impactan de manera desigual en la salud de la población a la que atendemos y cómo la promoción de la salud y la salud comunitaria puede aportar claves para un abordaje en equidad enfocado a disminuir las desigualdades sociales en salud desde la fisioterapia de AP.

Al reflexionar por un momento en las personas atendidas diariamente en fisioterapia de atención primaria (AP), podemos fácilmente darnos cuenta de que una misma lesión en dos personas con distinto nivel socioeconómico, sexo, origen o edad, pueden tener una evolución muy distinta a pesar de que nuestro manejo terapéutico sea similar. Si sus casas no cuentan con ascensor, si no tienen espacios verdes en su barrio donde poder seguir realizando los ejercicios de rehabilitación indicados por su fisioterapeuta, si su jefe no le da las horas para poder acudir al centro de especialidades o si la carga de cuidados es tan grande que no le permite parar y centrarse en el proceso de mejora. A su vez, el impacto que estos determinantes sociales tienen sobre la salud, frecuentemente se reflejan en el diagnóstico que les lleva a acudir a fisioterapia de AP. Epicondilitis en camareros/as, síndrome del manguito de los rotadores en personal de limpieza, auxiliares de enfermería, cuidadores/as, desgarró muscular en atletas, y un largo etc. con nombre propio y unas condiciones de vida, de vivienda o de trabajo que se encuentran implicados directa o indirectamente en el proceso salud-enfermedad.

Es precisamente por todo ello, por lo que desde la fisioterapia de AP resulta clave tener en cuenta estos determinantes sociales de la salud⁴ en el proceso diagnóstico y terapéutico de los/las pacientes para poder dar una atención más integral, equitativa y, en definitiva, de mayor calidad.

La Promoción de la salud⁵ es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Incluye acciones tanto a nivel individual, como poblacional dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas de cara a mitigar su impacto en la salud pública e

individual⁶. Por su puesto que desde nuestros “reductos” de los centros de salud en los que se trabaja en fisioterapia de AP no se puede cambiar el mundo de un plumazo, lejos de aspirar a ello, la promoción de la salud aspira a marcar ese cambio de mirada y ampliar el foco desde lo individual a lo poblacional. Un trabajo diario que tenga en cuenta las desigualdades en salud y cómo, desde nuestros espacios, ayudamos a revertirlas desde una perspectiva de equidad⁷.

En la Carta de Ottawa⁸ se definen las siguientes cinco grandes líneas de acción de la promoción de la Salud: la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios.

Estas líneas de acción guardan una estrecha relación entre ellas, de ahí que para lograr resultados efectivos en la Promoción de la Salud se debe considerar esa interrelación. Desarrollar acciones con énfasis en conductas individuales, sin buscar transformaciones de las condiciones de vida, lleva a resultados poco efectivos y no sostenibles.



Fig. 2: Carta de Ottawa para la promoción de la salud.

La Salud Comunitaria⁹ aporta estrategias colaborativas, intersectoriales e interdisciplinarias que utilizan abordajes de salud pública, de desarrollo comunitario e intervenciones basadas en la evidencia para implicar y trabajar con las comunidades de manera adecuada a sus valores culturales para optimizar la salud y la calidad de vida de las personas. Se trata de un trabajo colectivo en territorios locales que, en el caso de los/las fisioterapeutas de AP, no será otro que el barrio o comunidad en que trabajamos. A través de diversas bases metodológicas participativas, centradas en la organización, la dinamización y los procesos relacionales, altamente descritas en la literatura científica^{10,11}, se facilitan proceso de empoderamiento de la comunidad que colaboren a mejorar su salud^{12,13}.

La fisioterapia comunitaria¹⁴ es la parte de la fisioterapia que se encarga de promover y participar en actividades comunitarias con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes. Las acciones de la fisioterapia comunitaria están dirigidas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento de la enfermedad e incremento de la calidad de vida y el bienestar social, con la potenciación de la capacidad de las personas y de los grupos para el tratamiento de sus propios problemas, demandas o necesidades de salud relacionadas con esta especialidad. La intervención comunitaria del/ de la fisioterapeuta tiene en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales de la persona, así como también el contexto social y el entorno¹⁵.

Se denomina acción comunitaria para la salud a todas aquellas acciones individuales, colectivas e intersectoriales orientadas a fomentar la salud comunitaria¹⁶. Aunque para otros autores este término es sinónimo de salud comunitaria¹⁷ dado que cuentan con esa triple función transformadora en la comunidad:

1. Mejorar las condiciones de vida de quienes habitan el espacio de convivencia.
2. Reforzar los vínculos y la cohesión social, incluyendo a los colectivos en situación de exclusión.
3. Potenciar las capacidades de acción individual y colectiva en procesos de mejora de la salud y el bienestar.

Los temas transversales de cualquier acción en salud comunitaria deberían incluir un enfoque desde los determinantes sociales y estructurales de la salud que implique un abordaje de las desigualdades desde las diferentes acciones. Acciones enfocadas en aumentar la capacidad de control y poder por parte de las personas y de las comunidades a través de diferentes niveles de generación de entornos de bienestar: desde lo más individual (educación para la salud) a lo colectivo en un territorio (acciones comunitarias), hasta la generación de políticas y legislación (promoción de la salud).

Existen múltiples guías (fig.3) en casi todas las Comunidades Autónomas (CCAA) a nivel estatal así como herramientas prácticas para la promoción de la salud y la salud comunitaria aplicables también por los/las fisioterapeutas de AP.



Figura 3. Guías en salud comunitaria en diversas CCAA a nivel estatal.

La proximidad del/de la fisioterapeuta de AP tanto a la población, como al resto del equipo de AP, como a otras redes comunitarias facilita el trabajo comunitario. La intersectorialidad y la interdisciplinariedad son aspectos cruciales para tener una perspectiva integradora.

Por último, se proponen diversas etapas del proceso comunitario (y su aplicación práctica para cada una/a en su barrio/comunidad en la que trabaja):

1. **Conocerse/conectar:** Mesas participativas de salud/Foros sociosanitarios: espacios de encuentro para plantear problemas de salud y plantear mejoras de manera participativa. Existen en diversos territorios a nivel estatal, suelen estar conformados tanto por instituciones sociosanitarias que trabajen en ese barrio/distrito/comunidad como de tejido asociativo, vecinal etc. El objetivo de estas mesas es intervenir transversalmente en los determinantes sociales de los/las vecinos/as de los barrios, desde la estrategia de Prevención de la enfermedad y Promoción de la Salud -> *existe en tu lugar de trabajo algo así? ¿Por qué no acercarse a ella? ¿Si no existe, sería posible*

crearla a partir de un equipo motor que lo dinamice? Habla con tus compañeros/as del centro de especialidades/ambulatorio en el que trabajes, con los/las vecinos/as...

- 2. Elaborar un diagnóstico comunitario:** Los diagnósticos participativos en salud suponen una buena herramienta para la identificación y generación de consciencia colectiva acerca de los activos y necesidades de salud percibidas por la propia comunidad¹⁸. Se denomina activo en salud¹⁹ ²⁰a cualquier elemento que nos hace sentir bien tanto física, mental y/o emocionalmente: centros y servicios públicos, calles, plazas, huertos, iniciativas participativas, comercios, etc. Se consideran además clave para explorar la comunidad los siguientes elementos informativos: agentes comunitarios, el entorno físico, las características demográficas, las características socioeconómicas. Este proceso participativo favorecerá la identificación de aquellos recursos y aspectos positivos que existen en el distrito y que nos generan bien estar, así como de las necesidades en salud que presenta la población a la que atendemos. Existen múltiples experiencias que demuestran la utilidad de los diagnósticos participativos en salud^{21 22} -> ¿sabes si se ha realizado algo así en el territorio en el que trabajas, sino es así, porque no impulsarlo?
- 3. Priorizar:** es importante realizar una devolución de resultados de diagnóstico a los/las participantes tanto de la mesa/foro de salud como a la población generar para así realizar una priorización de necesidades de manera participativa.
- 4. Actuar:** consolidar la red local para la salud. Definir el equipo de trabajo. Diseñar las intervenciones. Poner en marcha las intervenciones y realizar una exhaustiva evaluación de ellas.

Los procesos en salud comunitaria y de promoción de la salud serán diversos en cada contexto y territorio y la participación debe ser el eje fundamental en todas las fases.

Los/las fisioterapeutas de AP pueden jugar un rol importante en la co-creación de espacios más saludables y comunitarios dentro y fuera de los centros donde trabajan, así como a disminuir las desigualdades en salud de la población atendida. Condiciones laborales dignas para los/las fisioterapeutas de AP, que favorezcan la longitudinalidad de una atención integral, así como el asegurar un acceso gratuito, universal y en equidad a los servicios de fisioterapia desde AP, facilitarán que los fisioterapeutas se impliquen en procesos comunitarios enfocados a mejorar la salud de la población a la que atiende, así que ambas reivindicaciones supondrán en sí mismo reivindicar una mejor salud para todos/as.

BIBLIOGRAFÍA:

1. <https://www.who.int/es/publications/m/item/social-determinants-of-health-to-advance-equity>
2. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, April 2007.
3. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992; 22:429-45.
4. https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html
5. Health promotion glossary of terms 2021 ISBN 978-92-4-003834-9. World Health Organization. 2021.
6. **Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. Ottawa, Canadá; 1986.**
7. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España / Gac Sanit. 2012;26(2):182-189
8. **Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. Ottawa, Canadá; 1986**
9. *Salud comunitaria y administración local*. Gaceta Sanitaria. Vol. 32. Núm. S1. Páginas 1-102 (octubre 2018)
10. Participar para ganar salud. Versión para todos los públicos de la Guía Participación Comunitaria: Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Madrid: MSCBS-IACS-FEMP-RECS; 2019.
11. Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, por el Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. Participación comunitaria:

- mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social – Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2018. 65 p.
12. Suárez Álvarez O, Martínez Álvarez A, García Busto B, Palacio Martín S. Keys to the success of community engagement: dialogues on engagement at local level. SESPAS Report 2018. Vol. 32, Gaceta Sanitaria. Ediciones Doyma, S.L.; 2018. p. 48–51.
 13. Ruiz-Giménez Aguilar JL. Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado español. Disponible en: <https://xdoc.mx/documents/participacion-comunitaria-documento-de-discusion-sobre-un-5de17ca154f31>
 14. B. Paz Lourido, V.M. da Rocha. Fisioterapia comunitaria: el camino desde la conceptualización a la intervención con la comunidad. Fisioterapia. Volume 30, Issue 5,2008, Pages 244-250, ISSN 0211-5638, <https://doi.org/10.1016/j.ft.2008.09.006>.
 15. Fisioterapia y Salud Pública. Editorial Médica Panamericana, S. A. ISN: 9788491108030. 2022.
 16. Alianza de Salud Comunitaria. Glosario. Disponible en: <https://obsaludasturias.com/obsa/guia-salud-comunitaria/1-glosario/>
 17. Javier Segura. Blog Salud pública y otras dudas. Sept. 2022. <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2022/09/04/introduccion-a-la-salud-comunitaria-ii-un-intento-de-definicion/>
 18. Cofiño R, Pasarín M a. I, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26(SUPPL.1):88-93
 19. Cubillo Llanes J, García Blanco D, Cofiño R, Hernán-García M. Técnicas de identificación de activos para la salud. Aplicable a cada centro de salud. FMC Form Medica Contin en Aten Primaria [Internet]. 2019;26(7):18–26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2019.07.002.17>.
 20. Cofiño R, Llanes JC, Blanco DG, Hernán-García M. Mejorar la salud comunitaria: acción comunitaria basada en activos. FMC Form Medica Contin en Aten Primaria [Internet]. 2019;26(7):10–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2019.07.001>
 21. Colell E, Sánchez-Ledesma E, Novoa AM, Daban F, Fernández A, Juárez O, et al. El diagnóstico de salud del programa Barcelona Salut als Barris . Metodología para un proceso participativo. Gac Sanit [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2021 Apr 19];32(4):396–9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021391118300177.26>. Cain CL, Orionzi D, O'Brien M, Trahan L.
 22. The Power of Community Voices for Enhancing Community Health Needs Assessments. Health Promot Pract [Internet]. 2017 May 1 [cited 2021 Apr 19];18(3):437-43. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1524839916634404>





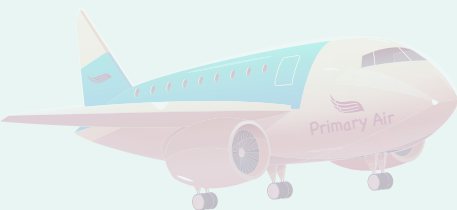
Afrontamiento Activo
del Dolor Crónico.

Federico Montero Cuadrado

Doctor en Fisioterapia por la Universidad de Salamanca. Graduado en Fisioterapia (Usal). Fisioterapeuta de la Unidad de Estrategias de Afrontamiento para el dolor crónico. Gerencia de Atención Primaria Valladolid-Este. Sacyl.

Isabel Muñoz Diez

Diplomada en Fisioterapia (Uva). Fisioterapeuta de la Unidad de Estrategias de Afrontamiento para el dolor crónico. Gerencia de Atención Primaria Valladolid-Este. Sacyl.



Palabras clave: Dolor crónico. Educación. Ejercicio terapéutico. Atención Primaria. Fisioterapia.

Keywords: Chronic pain. Education. Exercise therapy. Primary Health Care. Physical therapy.

“La clave del éxito es ir de fracaso en fracaso, pero sin perder el entusiasmo”

Objetivos de la ponencia:

- Desmitificar los tabúes que hay referentes al dolor
- Aportar información actualizada sobre los avances en neurociencias y la neurobiología del dolor
- Explicar nuevas estrategias de tratamiento del dolor crónico
- Exponer una nueva experiencia de trabajo en el dolor crónico: La unidad de afrontamiento activo de Atención Primaria de Sacyl”

Introducción:

El dolor crónico musculoesquelético (DCME) es un trastorno que afecta aproximadamente al 20% de la población en los países occidentales. El DCME es el principal motivo de consulta médica en el mundo. Se estima que aproximadamente el 50% de las consultas que se atienden diariamente en Atención Primaria son por dolor, y aproximadamente más del 37% de ellas son por DCME. En los últimos años se está produciendo en nuestro país un aumento en la prevalencia de DCME (1,2).

En Europa el dolor musculoesquelético es responsable del 49% del absentismo laboral, el 60% de la incapacidad laboral permanente y los costes derivados ascienden a 240 billones de euros (3). El tiempo medio de evolución del dolor crónico es de seis años y medio y, como consecuencia del mismo, el 30% de los pacientes se ven obligados a acogerse a la baja laboral (4)(5). Según el estudio “Pain in Europe” el dolor crónico en España puede llegar al 25-40% (frente al 19% de media europea).

Las personas con dolor suelen padecer sufrimiento, discapacidad y una importante pérdida de calidad de vida (5). Además, éstas suelen realizar un peregrinaje por distintos especialistas sin que se dé una respuesta adecuada a su situación, implicando un elevado gasto sanitario. En EE.UU. se ha objetivado que los tratamientos del DCME superan a la suma de los gastos de los tratamientos del Alzheimer, enfermedades cardiovasculares, sida, diabetes y cáncer (6).

Además, EEUU el pasado año declaró una emergencia sanitaria por la ola de adicción a los opioides en el tratamiento del DCME, lo cual se puede llegar a producir en nuestro país.

“Ni las autoridades sanitarias, ni otros profesionales de la salud, ni siquiera muchos de los profesionales son conscientes del importante papel que puede llegar a desempeñar la fisioterapia en el tratamiento del dolor crónico”. Por desgracia, la Fisioterapia sigue siendo el gigante dormido en el tratamiento del dolor (Patrick Wall).

La pregunta clave es ¿Cómo puede ser que cada vez se empleen más recursos (fármacos, intervenciones quirúrgicas, electroestimuladores, etc) en el tratamiento del DCME y esté aumentando

la prevalencia del mismo?

El problema es que el paradigma que sigue sustentando el tratamiento de médicos y fisioterapeutas es patoanatómico, que considera que el dolor es la consecuencia de la lesión en los tejidos. La mayoría de los tratamientos pautados a estos pacientes se centran en el tratamiento de los mecanismos de entrada, tratando estructuras periféricas (músculos, articulaciones...) a las que se les considera la única fuente de nocicepción. La evidencia científica ha demostrado que este modelo en el dolor crónico no se sustenta. No existe proporcionalidad entre la lesión de los tejidos y el dolor percibido. Así hay pacientes sanos asintomáticos que presentan en pruebas diagnósticas hernias discales, desgaste, etc, y personas sin ningún daño en los tejidos con dolor. La neurociencia ha evidenciado que la perpetuación del DCME se debe a alteraciones en los mecanismos centrales de procesamiento de estímulos nocivos y a disfunciones de mecanismos endógenos inhibitorios del dolor (7-9).

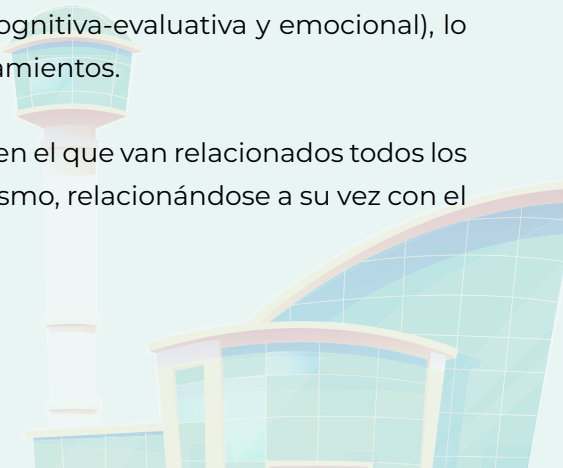
La última definición de dolor de la IASP (noviembre 2016) contempla estos avances en la neurobiología del dolor. Así define dolor como: “una experiencia desagradable asociada a daño tisular real o potencial, con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales”. También la IASP recientemente (febrero de 2018) ha realizado una nueva clasificación de dolor contemplando 3 tipos de dolor: nociceptivo, neuropático y neuroplástico. Este último tipo ha sido definido por la IASP como: “el dolor que surge de la nocicepción alterada a pesar de que no hay evidencia clara de daño tisular real o potencial que cause la activación de nociceptores periféricos o evidencia de enfermedad y/o lesión del sistema somatosensorial que causa dolor”.

En el dolor nociceptivo los tratamientos farmacológicos, fisioterápicos, quirúrgicos, etc suelen obtener buenos resultados. Esto se debe a que se conoce bien la fisiología del dolor agudo nociceptivo. En cambio, en el DCME los tratamientos utilizados obtienen pobres resultados. Esto se debe a que no se aplica los conocimientos neurobiológicos del dolor actuales, donde se ha demostrado que el DCME no es un dolor agudo mantenido en el tiempo, es decir, la fisiología del DCME es diferente.

Los nuevos modelos de tratamiento del DCME incluyen los conocimientos científicos actuales y no se focalizan en los tejidos. Cuanto más dura un dolor más tiene que ver con alteraciones funcionales y estructurales del sistema nervioso y menos tiene que ver con las alteraciones en el sistema musculoesquelético (10). Entre los cambios estructurales destacan la disminución de la materia gris en: el cortex cingulado, cortex orbitofrontal, Tálamo e insula; y en los funcionales la degradación de redes locales y alteraciones de la reorganización cortical (cuerpo virtual) (11).

Los mecanismos de procesamiento central del dolor mantienen y perpetúan la experiencia dolorosa. Además, el dolor tiene una dimensión multidimensional (sensorial, cognitiva-evaluativa y emocional), lo cual también tiene que tenerse en cuenta a la hora de aplicar los tratamientos.

El dolor es un “output” cerebral. La expresión del dolor es un complejo en el que van relacionados todos los sistemas neurofisiológicos, bioquímicos y psíquicos de nuestro organismo, relacionándose a su vez con el contexto socio-ambiental, valores culturales, creencias, etc (12).



¿Qué ocurre o puede ocurrir cuando un paciente presenta dolor persistente?

- Disfunción de mecanismos inhibitorios descendentes.
- Alteraciones del esquema corporal y del control motor.
- Aparición de kinesiophobia.
- Patrones de conducta miedo-evitación.
- Conductas de catastrofismo.
- Alteraciones funcionales y estructurales del sistema nervioso central.

¿Qué podemos hacer en estas alteraciones, para el tratamiento del DCME?

Es necesario un cambio de paradigma, centrado en el paciente, bajo el amparo del modelo biopsicosocial y neurobiológico, basado en la evidencia científica y llevado a cabo por equipos interdisciplinarios.

Lo primero de todo es realizar una correcta evaluación y valoración de la persona que padece dolor crónico. Los fisioterapeutas necesitamos una valoración precisa del dolor para realizar un tratamiento efectivo, es necesario recopilar información de las diferentes dimensiones del dolor como su naturaleza, la fisiología, la conducta del paciente y sus respuestas emocionales, así como otras experiencias previas de dolor. El dolor debe ser monitorizado, evaluado, reevaluado y documentado con claridad para facilitar su comprensión y su tratamiento. Una breve historia, el examen clínico y la evaluación biopsicosocial, que identifica el tipo de dolor (neuropático /nociceptivo / mixta), la gravedad, impacto funcional y contexto debe realizarse en todos los pacientes con dolor crónico. Este informará a la selección de las opciones de tratamiento con más probabilidades de ser eficaces. La inversión de tiempo en la evaluación inicial puede mejorar los resultados para los pacientes y reducir al mínimo el uso ineficiente de recursos en el futuro.

Anamnesis

En todo momento, a partir de la historia clínica, del relato del paciente y la clínica, es necesario descartar la posibilidad de patología grave (Red Flag) que indican la necesidad de derivación a otros especialistas. Las “Red Flags” son signos y síntomas que nos alertan de una posible o probable presencia de problemas médicos graves, que pueden causar incapacidad irreversible o incluso la muerte si no se abordan adecuadamente”.

Es básico realizar una completa anamnesis del paciente teniendo en cuenta los siguientes factores: (“Guide To Physical Therapist Practice” APTA):

- Correcta determinación de características clínicas del dolor:
- Reconocimiento del tipo o tipos de dolor que presenta el paciente
- Características clínicas: descripción (quemazón, pulsátil, descarga)
- Intensidad del dolor. Para su registro nos podemos ayudar de escalas unidimensionales de dolor (Escala Visual Analógica, Escala Numérica, etc) o de escalas multidimensionales de dolor (Cuestionario de McGill, Test de Latineen, Wisconsin Brief Pain Questionnaire, etc.)
- Localización: ¿dónde?; constante o variable en localización y tiempo; circunstancias, etc. Uso de

mapas de dolor como registro.

- Aparición: fecha de inicio (semanas, meses, años), inicio súbito o progresivo, factores desencadenantes
- Aspecto temporal: permanente, períodos de remisión, diurno o nocturno.
- Factores agravantes (cambio de postura, tos, posición) o de alivio del dolor (reposo, sueño, tranquilidad).
- Episodios previos de dolor (memorias de dolor).
- Efectos y resultados de los tratamientos utilizados anteriormente (fármacos, tratamientos físicos y quirúrgicos).
- Historia familiar de dolores similares.
- Accidentes previos o lesiones que afectan al área dolorosa.
- Comorbilidad.
- Determinación de repercusiones del dolor sobre la funcionalidad y AVD:
- Discapacidad (Cuestionario de Oswestry, Roland Morris, Cuestionario NDI, etc).
- Calidad del sueño.
- Presencia o ausencia de fatiga.
- Actividades de la vida diaria (Pain Disability Index, Dallas Pain, etc)
- Historial del trabajo
- Determinación de repercusiones del dolor sobre la calidad de vida:
- Cuestionario SF-36 , SF-12 , General Health Questionnaire, etc.

Examen clínico

En la exploración física de los pacientes que presentan dolor crónico por sensibilización central se recomienda, además de la tradicional exploración ortopédica, evaluar los siguientes aspectos:

- El umbral doloroso a la presión, a ser posible con algómetro de presión. Estos pacientes suelen presentar una disminución de UDP: hiperalgesia y/o alodinia. La medición del UDP se realiza en zonas alejadas del dolor.
- La existencia de hipersensibilidad generalizada a la palpación manual, al frío o al calor.
- Si hay una respuesta aumentada ante estímulo vibratorio en zonas remota.
- Preguntar al paciente por la presencia de hipersensibilidad a la luz, sonidos, olores, cambios de altitud u otros dado que un paciente con sensibilización central, muestra un mínimo de 2 o 3 combinaciones de entre estos tipos de estímulos.
- Déficit de control motor.
- Alteraciones de lateralidad.
- Determinar el grado de acondicionamiento físico del paciente
- Examen neurológico en caso que fuera necesario.
- Indagar en los factores relacionados con la respuesta al tratamiento, pueden delatar la presencia de sensibilización central escasa respuesta al tratamiento, agravamiento de síntomas previos, ampliación de los síntomas a otras partes del cuerpo alejadas, etc.)

Evaluación biopsicosocial

Durante todo el proceso (evaluación inicial, tratamiento y seguimiento) hay que tener en cuenta la

naturaleza heterogénea del dolor y realizar una evaluación de los aspectos biopsicosociales que pueden influir en el dolor. De tal forma que habrá que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- **Análisis de creencias:** Significa lo que la persona piensa sobre su propio dolor (discapacidad que le pueda producir) y sobre el dolor en general. De tal forma que intentaremos determinar la existencia de falsas creencias, descartando también la iatrogenia que se hubiera podido producir por parte de otros profesionales sanitarios (por ejemplo, mensajes catastrofistas). La evaluación de estos aspectos, puede proporcionar una información esencial respecto a la capacidad de adaptación esperable a la enfermedad, además de convertirse en objetivos específicos a la hora de implementar enfoques de tratamiento individualizados.
- **Autoeficacia:** Grado en que la persona se percibe eficaz para manejar su dolor (disminuirlo, aguantarlo, realizar acciones a pesar de él).
- **Locus de control del dolor:** Si la persona cree que su dolor (o los cambios que este experimenta) está bajo su propio control (control interno), o sobre el control de otros o del azar (control externo).
- **Aspectos atencionales:** En qué medida la persona presta atención a su dolor o se fija en él y las expectativas que tiene la persona respecto al dolor (efecto placebo-nocebo).
- **Estrategias de afrontamiento:** Tipo de afrontamiento (pasivo-activo, centrado en el problema, centrado en la emoción, cognitivoconductual) (Lazarus1986), valorando si las estrategias empleadas resultan efectivas.
- **Conductas del dolor:** Verbales y no verbales. Conductas de miedo-evitación.
- **Capacidad funcional:** De base, para poder evaluar la interferencia que tiene en la incapacidad por el dolor.

Además, es necesario tener en cuenta la presencia de comorbilidades significativas: problemas de salud mental (incluyendo depresión, ansiedad, trastorno de la personalidad, trastorno de estrés postraumático), deterioro cognitivo, el abuso de sustancias, etc, en cuyo caso sería necesario la derivación a especialistas de esos ámbitos.

Tratamiento fisioterápico

Los objetivos del tratamiento fisioterápico de pacientes con dolor crónico serán los siguientes:

1. **Objetivos generales:**
 - Mejorar la calidad de vida del paciente, aumentando su capacidad funcional y la disminución del dolor.
 - Informar al paciente sobre la naturaleza de la patología y su curso evolutivo habitual.
 - Educar e implicar al paciente en la resolución del proceso, previniendo recidivas y complicaciones
 - Enseñar autogestión eficaz para promover estrategias activas de afrontamiento del dolor a los pacientes
2. **Objetivos específicos:**
 - Eliminar/ aliviar el dolor.
 - Conseguir la mayor funcionalidad posible.
 - Instaurar un programa que favorezca el reacondicionamiento físico del paciente.
 - Intervenir sobre cogniciones y actitudes del paciente frente al dolor.

- Intervenir y evitar las conductas de miedo-evitación frente al dolor.
- Normalizar las respuestas corticales que consigan “resetear” el Sistema Nervioso Central y, a su vez, permitan un manejo independiente del dolor por parte del paciente.
- Aprendizaje de ejercicios que aumenten la autonomía del paciente en la gestión de la patología.

La neurociencia ha demostrado que todos los cambios que ocurren en el SNC, como consecuencia de la cronificación del dolor, se pueden revertir, gracias a la neuroplasticidad cerebral, a través de la cognición, el trabajo somatosensorial y el movimiento. Pero para que estos cambios se puedan revertir y mantener se necesita la información y los estímulos adecuados, y esto es lo que hemos desarrollado en nuestro programa.

La “Educación en Neurociencias de Dolor” (END) y el ejercicio físico, aplicados desde la Fisioterapia, están siendo utilizados en otros países, de manera muy eficaz, en el nuevo tratamiento del DCME (13-14). Este tipo de intervenciones aún no se habían implantado y evaluado en nuestro sistema sanitario, y esto es lo que hemos desarrollado en nuestro programa.

En relación a la END, a pesar de que es una estrategia de tratamiento relativamente joven, cuenta con revisiones sistemáticas que avalan su eficacia (13). Se ha demostrado que comprender los mecanismos que hay detrás de la experiencia dolorosa contribuye a disminuir el dolor. Hay que destacar que cualquier persona puede llegar a comprender estos mecanismos.

Respecto al ejercicio físico comentar que no todo ejercicio físico produce mejorías en los pacientes con dolor, incluso pueden aumentar la sintomatología. Esto se ha tenido en cuenta en el programa y el ejercicio que hemos utilizado ha sido muy progresivo, encaminado a mejorar la condición física, pero partiendo del trabajo somatosensorial, la imaginación motora y el control motor.

El ejercicio físico es muy útil para aumentar el movimiento, para permitir el aumento de la actividad intencionada, y para finalmente, mejorar la condición física y la salud física. El objetivo a largo plazo es mejorar la calidad de vida a través de los cambios en la condición física, fuerza, resistencia y flexibilidad. Las recomendaciones generales de ejercicio en pacientes con sensibilización central son:

- El ejercicio debe ser divertido, no molesto.
- El protocolo de ejercicios debe ser acordado con el paciente; debe ajustarse a las necesidades y requisitos del paciente.
- El ejercicio aeróbico, puede utilizarse, y también el entrenamiento en control motor.
- El entrenamiento en control motor puede dirigirse a la mejora del esquema corporal.
- Utilizar múltiples y espaciados periodos de recuperación entre actividades.
- El objetivo es disminuir la variabilidad del dolor, más que insistir en la gravedad del dolor.
- Controlar los síntomas desencadenantes, especialmente durante el inicio del tratamiento graduando las modalidades de ejercicio.
- La exacerbación de síntomas menores es un resultado natural durante las etapas iniciales del tratamiento, pero deben desaparecer al establecer continuidad en la actividad.
- No incrementar el protocolo de actividades en caso de exacerbaciones.
- Flexibilizar el programa, de acuerdo a las fluctuaciones naturales de la patología.

Además, en el último año se han publicado varias guías de práctica de dolor musculoesquelético (15-18), coincidiendo todas ellas en recomendar como primera línea de tratamiento la END y el ejercicio físico. También es destacable, que estas recomendaciones coinciden con el monográfico sobre lumbalgia publicado por The Lancet (marzo de 2018). En dicho monográfico no se recomienda ciertos analgésicos, no se recomiendan como primera línea las infiltraciones epidurales y se insiste en el uso limitado de opioides. Toda esta evidencia nos confirma, aún más, la necesidad de un cambio de paradigma, pues habitualmente en el DCME se utilizan tratamientos que no tienen evidencia o que se recomiendan como segunda línea de tratamiento. The Lancet también destaca que es necesario que el tratamiento del DCME ha de realizarse fundamentalmente en Atención Primaria (AP). Coincidimos con dicha recomendación, pues nuestro modelo de tratamiento lo hemos realizado en AP.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Langley PC. The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union. *Curr Med Res Opin.* 2011 Feb;27(2):463–80.
2. Breivik H, Eisenberg E, O'Brien T. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC Public Health.* 2013;13(1):1229.
3. Langley P, Müller-Schwefe G, Nicolaou A, Liedgens H, Pergolizzi J, Varrassi G. The societal impact of pain in the European Union: health-related quality of life and healthcare resource utilization. 2010 Sep;13(3):571–81.
4. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain.* Blackwell Publishing Ltd; 2006 May;10(4):287–287.
5. Bevan S, Quadrello T, McGee R, Mahdon M, Vavrovsky A, Barham L. Fit for work. *Musculoskelet Disord Eur Work London Work Found.* 2009; 5. Langley P, Müller-Schwefe G, Nicolaou A. The societal impact of pain in the European Union: health-related quality of life and healthcare resource utilization. *J Med.* 2010;
6. Gaskin DJ, Richard P. The Economic Costs of Pain in the United States. Vol. 13, *The Journal of Pain.* 2012.
7. Nijs J, Malfliet A, Ickmans K, Baert I, Meeus M. Treatment of central sensitization in patients with “unexplained” chronic pain: an update. *Expert Opin Pharmacother [Internet].* 2014 Aug 15 [cited 2016 Nov 2];15(12):1671–83. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1517/14656566.2014.925446>
8. Pelletier R, Higgins J, Bourbonnais D. Is neuroplasticity in the central nervous system the missing link to our understanding of chronic musculoskeletal disorders? *BMC Musculoskelet Disord.* BioMed Central; 2015 Dec;16(1):25.
9. Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain [Internet].* NIH Public Access; 2011 Mar [cited 2016 Nov 2];152(3 Suppl):S2–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20961685>
10. Nijs J, Torres-Cueco R, van Wilgen P, Lluch Girbés E, Struyf F, Roussel N, et al. Applying modern pain neuroscience in clinical practice: criteria for the classification of central sensitization pain. *Pain Physician.* 2014;17(5):447–57.
11. Woolf CJ. Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain [Internet].* 2011 Mar [cited 2016 Jun 7];152(Supplement):S2–15. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006396-201103001-00002>
12. Lluch Girbes E, Torres Cueco R, Torres Cueco R. David Butler, Lorimer Moseley. Explicando el dolor. Noigroup publications. *Rev la Soc Española del Dolor [Internet].* Elsevier; 2010 Jun [cited 2016 Nov 1];17(5):253–4. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134804610000182>
13. Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract.* 2016;3985(September):1–24.
14. Malfliet A, Kregel J, Coppieters I, Pauw R De, Meeus M, Roussel N, et al. Effect of Pain Neuroscience Education Combined With Cognition-Targeted Motor Control Training on Chronic Spinal Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurol.* 2018;
15. Clark S, Horton R. Low back pain: a major global challenge. *Lancet [Internet].* Elsevier; 2018 Mar [cited 2018 Mar 23];0(0). Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618307256>
16. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. Series Low back pain 1 What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet.* 2018;
17. Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M, et al. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J.* 2018;27(1):60–75.
18. Babatunde OO, Jordan JL, Van der Windt DA, Hill JC, Foster NE, Protheroe J. Effective treatment options for musculoskeletal pain in primary care: A systematic overview of current evidence. *Fleckenstein J, editor. PLoS One.* 2017 Jun;12(6):e0178621.

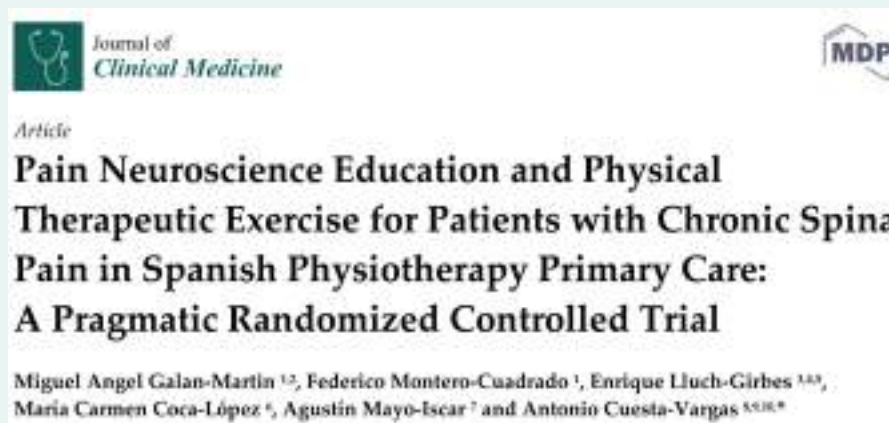
ANEXOS



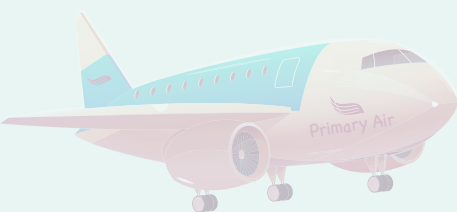
Disponible en el siguiente enlace:
<https://bmcmusculoskeletaldisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-019-2889-1>



Disponible en el siguiente enlace:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134207219302415?dgcid=author>



Disponible en el siguiente enlace:
<https://www.mdpi.com/2077-0383/9/4/1201>





Educación Sanitaria
en población escolar
desde la perspectiva
del Fisioterapeuta.

**Luis Espejo-Antúnez, M^a de los Ángeles Cardero-Durán,
Juan Diego Cuenda-Gago, Ana Cordero-Gessa,
Carlos Fernández-Morales**

*Departamento Terapéutica Médico-Quirúrgica. Facultad de Medicina y
Ciencias de la Salud. Universidad de Extremadura. Grupo de trabajo Proyecto
Ext-Health-Salud Activa en Extremadura*



INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria (AP) en el sistema de salud se enfrenta a retos sin precedentes¹. Para dar respuesta a ello, se han propuesto cambios dirigidos hacia un modelo de prestación de servicios más integral y multidisciplinar que permita garantizar en el futuro próximo unos servicios con una atención sanitaria más sostenible. Una de las acciones en esta transformación ha sido la implantación de programas de acceso a directo o consultas a demanda de fisioterapia. Goodwin & Hendrick² realizaron un estudio en el año 2016 en dos consultas de Fisioterapia en AP en el Reino Unido. El objetivo fue conocer la opinión de pacientes y profesionales sobre la implantación de consultas de acceso directo de fisioterapia como disciplina de primera intención en pacientes que presentaban alguna dolencia musculoesquelética. Entre los principales resultados destacaron: i) la necesidad de efectuar un cambio cultural global sobre las expectativas creadas ante la atención médica en este nivel asistencial, ii) lograr un enfoque de equipo, reconceptualizando el papel de los fisioterapeutas en la AP, iii) Es relevante abordar las creencias sobre la naturaleza y los beneficios de la fisioterapia musculoesquelética, venciendo los temores sobre la capacidad resolutoria de los fisioterapeutas.

Una de las principales demandas en la atención que prestan los fisioterapeutas en AP es el abordaje del dolor crónico, independientemente de la edad o clase social del paciente. El dolor crónico tiene un enorme impacto personal y socioeconómico. Los estilos de vida ((in)actividad física, sedentarismo, falta de sueño, nutrición, tipo de personalidad...) son considerados factores contribuyentes en el manejo del dolor crónico³⁻⁶. Además, la educación en el más amplio sentido del término también es considerado un elemento a tener en cuenta por los beneficios reportados en sujetos con dolor persistente de espalda^{7,8}. Aunque es cierto que la educación en dolor sobre la población adulta ha sido hasta la fecha la más investigada, no es menos cierto que el dolor crónico se extiende a lo largo de toda la vida, pudiendo tener beneficios en cualquier franja de edad.

De igual manera, el hecho de que la educación en el manejo del dolor haya mostrado resultados positivos, no indica que el modo en el que se administra por parte de los profesionales fisioterapeutas sea homogénea y sólidamente consensuado. Una de las causas podría ser la heterogeneidad formativa que reciben los fisioterapeutas en materia educativa. Leysen et al⁹ en un estudio descriptivo realizado sobre estudiantes de pregrado en Fisioterapia observaron que sólo el 47% de los estudiantes proporcionan recomendaciones coherentes a las pautas clínicas para la actividad, entre las que se encuentra la Educación en dolor. Los estudiantes de 2º curso reportaron tener creencias mayores en las escalas biomédicas y más bajas en las escalas psicosociales, no obstante, los estudiantes de 4º hacen recomendaciones más coherentes alineadas con una creencia más biopsicosocial, favoreciendo la adherencia de los pacientes. En definitiva, la formación en materia de educación parece de interés en aras de diseñar intervenciones en salud individualizadas basadas en los mejores estándares de calidad disponibles hasta la fecha.

Teniendo en cuenta la importancia que en la actualidad presenta la educación y el nivel de dominio necesario por parte de los fisioterapeutas en el cambio de paradigma del abordaje del dolor crónico, centrémonos en los niños y niñas que conforman la población escolar. Los estudios realizados han demostrado que los niños y adolescentes escolarizados suelen quejarse de dolor de espalda¹⁰⁻¹². En España, el dolor persistente en escolares ha sido relacionado con limitación en las actividades de la vida diaria¹³, conllevando también una alteración en la función emocional¹⁴. Millera et al¹⁴ realizaron un meta-análisis en el que reportaron

una fuerte asociación entre la intensidad del dolor persistente en niños y adolescentes, y la existencia de ansiedad y depresión asociada con una pérdida de calidad de vida. También observaron una importante relación entre la intensidad del dolor persistente y la discapacidad física con la catastrofización.

Ante esto, urge contextualizar la intervención del fisioterapeuta en el ámbito educativo, así como las perspectivas que se generan de la nueva conceptualización de la fisioterapia en entornos situados dentro de la salud comunitaria. Uno de estos enfoques y en los se ha centrado mi ponencia en estas jornadas nacionales ha sido la necesidad de que los fisioterapeutas aprendamos metodologías docentes que faciliten la administración de ésta educación para la salud. Kyriakoulis et al¹⁵ realizaron una revisión sistemática basada en estudiar las mejores estrategias de enseñanza para estudiantes de Ciencias de la Salud de pregrado. Los resultados mostraron tan sólo un estudio realizado sobre estudiantes de Fisioterapia, reportando que la aplicación de metodologías docentes favorece el incremento de conocimiento, así como la confianza en las habilidades y destrezas que deben desarrollar los fisioterapeutas.

Recientemente, Kovacs et al¹⁶ realizaron una revisión sistemática sobre la eficacia/efectividad de programas educativos de Fisioterapia, tanto en la recuperación como en la prevención del dolor lumbar. Estos autores reportaron resultados beneficiosos cuando las intervenciones fisioterapéuticas incluyen programas educativos en el manejo activo del paciente con dolor de espalda. De nuevo, su eficacia parece estar condicionada a aspectos relacionados con estilos de vida sociales y culturales. Teniendo en cuenta el incremento exponencial de escolares con dolor crónico, así como el reto que se plantea a los profesionales fisioterapeutas en el diseño de programas de intervención educativa, la ponencia traslada el ejemplo del proyecto educativo Ext-Health-Salud Activa en Extremadura- como una iniciativa surgida para dar respuesta a las desigualdades en oportunidades educativas a población escolar con discapacidad intelectual leve y moderada.

Ext-Health es un proyecto de educación en pedagogía del dolor, dirigido a entornos locales con posibles desigualdades en el acceso a oportunidades educativas relacionadas con la salud comunitaria. Consiste en un conjunto de propuestas educativas centradas en el Aprendizaje-Servicio (ApS) que pretende fomentar el aprendizaje transversal en escolares y adolescentes de colectivos vulnerables y en riesgo de exclusión mediante el aprendizaje autónomo y experiencial integrando el servicio a la comunidad.

Este proyecto nace en un contexto de distanciamiento social provocado por la crisis sanitaria por Sars-Cov2. Han sido tenidos en cuenta tres pilares fundamentales: 1) La población diana donde se dirige el proyecto, 2) Los recursos técnicos de la comunidad (incluido el respaldo del Colegio profesional y la implicación de profesionales fisioterapeutas colegiados) y 3) las administraciones implicadas (Consejería de Educación y Empleo de la Junta de Extremadura, corporaciones locales y equipos directivos de los centros educativos).

El proyecto presenta 3 itinerarios básicos, diseñados y adaptados a lectura fácil según las necesidades de cada centro. El primer itinerario consiste en el desarrollo de una actividad grupal, de 45 minutos aproximadamente, dirigido por un fisioterapeuta colegiado formado previamente para desarrollar los diferentes itinerarios del proyecto, que dará voz a un superhéroe o superheroína diseñada expresamente para este proyecto. Los contenidos de este primer itinerario estarán divididos en dos partes: 1) contenidos teóricos y prácticos en formato taller sobre pedagogía del dolor. Se utiliza cartelería y panfletos sobre anatomía, fisiología del dolor y creencias erróneas, y 2) prueba grupal con recompensa basada en preguntas

y respuestas sobre la aplicación en situaciones de la vida diaria adaptadas a su entorno de los contenidos teórico-prácticos desarrollados en la parte 1. El segundo itinerario consiste en la formación de los docentes de los centros educativos sobre estrategias de afrontamiento activo ante el dolor persistente y aprendizaje de técnicas de automanejo actualizadas tanto para su vida diaria como otras de aplicación en el aula y en el entorno escolar. La formación ha sido establecida para desarrollarse en 2 días, preferiblemente 1 día en 2 semanas consecutivas, con una duración total de 6 horas (3 h/día). El tercer itinerario consiste en actividades docentes creadas exclusivamente para este proyecto. Se diseñaron 3 actividades basadas en metodologías docentes activas. Los recursos utilizados fueron fichas sobre metáforas educativas, analogías sobre dolor o relatos cortos, aprendizaje basado en el juego mediante recursos como el Scape-Room o por último, el análisis de pictogramas. Se presentaron cada una de las actividades realizadas en este tercer itinerario, así como el procedimiento seguido para su diseño.

Una vez explicada la metodología seguida en el proyecto, se presentaron los resultados obtenidos de las encuestas de satisfacción administradas a docentes y escolares, mostrándose un alto nivel de satisfacción con los contenidos impartidos en los diferentes itinerarios. Por otro lado, se observó un incremento sustancial del nivel de conocimiento sobre la asociación de la Fisioterapia y el desarrollo sostenible aportados con la presentación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Por último, también destacó el interés mostrado por estudiantes y docentes sobre la aplicación práctica de los conocimientos en el automanejo del dolor en las actividades del escolar y de la vida diaria.

Conclusiones y mensajes claves:

1. La Fisioterapia Comunitaria en el ámbito educativo se encuentra en un momento de oportunidad, debiendo de dar respuesta a los retos que se plantean en la atención del escolar y adolescente.
2. Parece necesario apostar por la presencia del Fisioterapeuta de AP en los entornos escolares, con acciones encaminadas hacia la prevención y promoción de hábitos y estilos de vida saludables.
3. Las desigualdades en el acceso a oportunidades educativas han sido puestas de manifiesto como consecuencia de la pandemia por SarsCov2. Una Fisioterapia alineada con el desarrollo sostenible a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030 podría actuar como catalizador de un modelo transformador en los cuidados en salud.
4. Ext Health constituye un ejemplo práctico de Fisioterapia sostenible en el ámbito educativo, centrada en el escolar mediante el abordaje de creencias erróneas a través del conocimiento en neurobiología y pedagogía del dolor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moffatt F, Goodwin R, Hendrick P. Physiotherapy-as-first-point-of-contact-service for patients with musculoskeletal complaints: understanding the challenges of implementation. *Primary Health Care Res Dev* 2018; 19: 121-30.
2. Goodwin RW, Hendrick PA. Physiotherapy as a first point of contact in general practice: a solution to a growing problem? *Primary Health Care Res Dev* 2016;17(5):489-502.
3. Nijs J, D'Hondt E, Clarys P, Deliens T, Polli A, Malfliet A et al. Lifestyle and Chronic Pain across the Lifespan: An Inconvenient Truth? *PM & R* 2020; 12(4): 410-9.
4. Torres-Ferrus M, Vila-Sala C, Quintana M, Ajanovic S, Gallardo VJ, Gomez JB et al. Headache, comorbidities and lifestyle in an adolescent population (The TEENs Study). *Cephalalgia* 2019;39(1):91-9.
5. Nijs J, George SZ, Clauw DJ, Fernández-de-las-Peñas C, Kosek E, Ickmans K et al. Central sensitisation in chronic pain conditions: latest discoveries and their potential for precision medicine. *The Lancet Rheumatology* 2021; 3(5): e383-e92.
6. Gutke A, Sundfeldt K, De Baets L. Lifestyle and Chronic Pain in the Pelvis: State of the Art and Future Directions. *J Clin Med* 2021; 10(22): 5397.



7. Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract* 2016; 32(5):332-55.
8. Rondon-Ramos A, Martinez-Calderon J, Diaz-Cerrillo JL, Rivas-Ruiz F, Ariza-Hurtado GR, Clavero-Cano S. Pain Neuroscience Education Plus Usual Care Is More Effective than Usual Care Alone to Improve Self-Efficacy Beliefs in People with Chronic Musculoskeletal Pain: A Non-Randomized Controlled Trial. *J Clin Med*. 2020;9(7): 2195.
9. Leysen M, Nijs J, Van Wilgen P, Demoulin C, Dankaerts W, Danneels L et al. Attitudes and beliefs on low back pain in physical therapy education: A cross-sectional study. *Braz J Phys Ther* 2021;25(3):319-328.
10. Aartun E, Hartvigsen J, Wedderkopp N, Hestbaek L. Spinal pain in adolescents: prevalence, incidence, and course: a school-based two-year prospective cohort study in 1,300 Danes aged 11-13. *BMC Musculoskelet Disord* 2014; 15:187.
11. Vidal J, Borrás PA, Ortega FB, Cantalops J, Ponseti FJ, Palou P. Effects of Postural Education on Daily Habits in Children. *Int J Sports Med* 2011; 32: 303-08.
12. Pellise F, Balague F, Rajmil L, Cedraschi C, Aguirre M, Fontecha CG et al. Prevalence of low back pain and its effect on health-related quality of life in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009; 163: 65-71.
13. Kovacs FM, Gestoso M, Gil del Real MT, Lopez J, Mufraggi N, Mendez JI. Risk factors for non-specific low back pain in schoolchildren and their parents: a population based study. *Pain* 2003; 103: 259-68.
14. Millera MM, Meintsb SM, y Hirsh AT. Catastrophizing, pain, and functional outcomes for children with chronic pain: a meta-analytic review. *Pain* 2018;159(12): 2442-60.
15. Kyriakoulis K, Patelarou A, Laliotis A, Wan AC, Matalliotakis M, Tsiou C et al. Educational strategies for teaching evidence-based practice to undergraduate health students: systematic review. *J Educ Eval Health Prof* 2016; 13: 34.
16. Kovacs FM, Burgos Alonso N, Martín-Nogueras A, Seco-Calvo J. The efficacy and effectiveness of education for preventing and treating nonspecific low back pain in the Hispanic cultural setting. A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022, 19(2), 825.



LLEGADAS

MAYO BILBAO 7:9 ON TIME



JORNADAS NACIONALES
DE FISIOTERAPIA EN
ATENCIÓN PRIMARIA

TALLERES

Lo prudente es innovar. Propuestas prácticas que funcionan.





Afrontamiento Activo del Dolor Crónico.



Federico Montero Cuadrado

Doctor en Fisioterapia por la Universidad de Salamanca. Graduado en Fisioterapia (Usal). Fisioterapeuta de la Unidad de Estrategias de Afrontamiento para el dolor crónico. Gerencia de Atención Primaria Valladolid-Este. Sacyl.

Isabel Muñoz Diez

Diplomada en Fisioterapia (Uva). Fisioterapeuta de la Unidad de Estrategias de Afrontamiento para el dolor crónico. Gerencia de Atención Primaria Valladolid-Este. Sacyl.



Nuestra experiencia en el nuevo cambio de paradigma en el tratamiento del DCME.

En Sacyl (Sanidad de Castilla y León) hemos comenzado a trabajar bajo este nuevo paradigma, llevando a cabo varias actividades:

1. **Protocolo de dolor crónico.** En los nuevos “Protocolos de Fisioterapia de AP de Sacyl” (<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/guias-practica-clinica/guias-clinicas>) se ha incluido un protocolo específico de dolor crónico, basado en este nuevo paradigma de tratamiento de DCME, donde el dolor es concebido como un objetivo de tratamiento en sí y no secundario a la lesión en los tejidos.
2. **Comité regional del dolor crónico.** Se ha logrado que en el Comité Regional de Dolor crónico esté incluida la figura del fisioterapeuta, el cual participa en la toma de decisiones sobre tratamiento de DCME en Sacyl.
3. **Formación de equipos de AP** en el tratamiento del DCME bajo este nuevo paradigma.
4. **Realización de un ensayo clínico.**

Objetivo del ensayo:

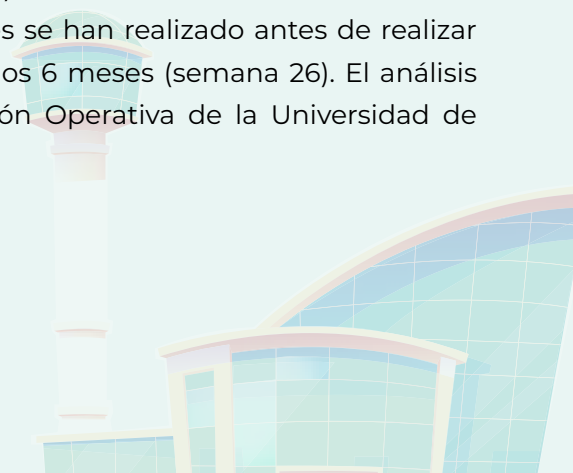
Valorar la eficacia de un programa de END y ejercicio físico encaminado a fomentar la neurogénesis y la plasticidad en pacientes que presentan DCME de espalda.

Metodología:

Ensayo clínico aleatorizado multicéntrico (n=170) realizado en 10 Centros de Salud de Valladolid y provincia. Los evaluadores y los estadísticos han sido cegados.

En enero de 2017, se captan pacientes con DCME de más de 6 meses, localizado en el raquis (Desde región suboccipital hasta pliegue glúteo inferior). La captación se realiza desde consultas de Medicina de Familia de los centros participantes. Una vez informados los pacientes sobre el estudio, los que aceptan participar y no presentan criterios de exclusión son aleatorizados (n=180). El grupo de intervención (GI) (n=89) realiza 6 sesiones de END y un programa de 6 semanas de EF dirigido a mejorar la capacidad funcional, y a provocar cambios neuroplásticos. El grupo control (GC) (n=81) recibió tratamiento fisioterápico habitual sustentado por protocolos de Fisioterapia en Atención Primaria del Sistema de Salud de Castilla y León (Sacyl)(10).

Como variables resultado se registra Escala visual analógica (EVA), Escala de catastrofismo ante el dolor (ECD) y Escala Tampa de Kinesiofobia (TSK-11). Las valoraciones se han realizado antes de realizar la intervención, a la finalización de la intervención (semana 10) y a los 6 meses (semana 26). El análisis estadístico lo realizó el Departamento de Estadística e Investigación Operativa de la Universidad de Valladolid utilizando el paquete estadístico R.



Resultados:

- Escala visual analógica (EVA)
 - Al inicio del estudio la media de la EVA era de 74,01 en GI y 67,20 en GC, A las 26 semanas la disminución fue superior en el GI (48,2) que en el GC (8,15) ($p < .001$).
- Escala de catastrofismo ante el dolor (ECD)
 - La puntuación media al inicio del estudio era de 30,30 en GI y 27,93 en GC. La reducción lograda a las 26 semanas fue mayor en GI (15,04) que en GC (4,05) ($p < .001$).
- Escala Tampa de Kinesiofobia (TSK-11)
 - Los valores medios al inicio del estudio fueron de 28,88 en GI y 27,47 en GC. A las 26 semanas la reducción fue de superior en el GI (12,1) que en GC (1,60) ($p < .001$).

Discusión:

En cuanto a los resultados obtenidos, y comparando los grupos, hay que señalar que el tratamiento frente al que se ha comparado la intervención de END y ejercicio físico es el tratamiento fisioterápico habitual que se realiza en los Centros de Atención Primaria de Castilla y León, que está sustentado por los protocolos de Fisioterapia en Atención Primaria vigentes en el momento de realización del estudio.

El ejercicio físico y la END son técnicas de tratamiento efectivas que fomentan el empoderamiento del paciente y carece de efectos secundarios. Además, estas estrategias dirigidas y con la dosificación adecuada, son una excelente herramienta terapéutica que ayuda a activar los mecanismos endógenos de control del dolor. La mayoría de los ensayos clínicos realizados hasta la fecha han confirmado que la combinación de ambas intervenciones es eficaz en pacientes con dolor persistente (8,9,11,12), consiguiendo mejorar los niveles de Kinesiofobia, catastrofismo y dolor. Nuestro estudio presenta una disminución de estas variables mayor de la esperada.

La intervención que hemos realizado, es sencilla y reproducible en las unidades de fisioterapia de AP. Se precisa de pocos recursos (es costo-beneficiosa) y ha demostrado mejorar, de una forma clínicamente relevante la calidad de vida, el catastrofismo, la funcionalidad y la intensidad de dolor. Hay que destacar que a los 6 meses y al año, se mantiene la mejoría lograda en la valoración post-intervención.

Además, este tipo de tratamiento está enfocado al empoderamiento del paciente y a estrategias de afrontamiento activo del DCME, lo cual es fundamental para la sostenibilidad del sistema sanitario público.

Este ensayo es uno de los primeros que se realiza en Atención Primaria, en el que a diferencia de otros estudios la intervención educativa y el EF se ha hecho de forma grupal y con componentes lúdicos. Esta forma de trabajo ha favorecido la interacción social, la creación de nuevos vínculos afectivos. Sería conveniente poder medir estos aspectos para valorar su posible contribución a la mejoría clínica experimentada por el GI.



Conclusiones:

La END y el ejercicio físico se consolidan como primera línea de tratamiento en el abordaje del DCME. La intervención propuesta es sencilla y reproducible. Requiere pocos recursos, genera buenos resultados y no presenta efectos secundarios.

Este modelo de tratamiento está en fase de implantación en AP de Sacyl. Hemos realizado una segunda edición del programa con 140 pacientes.

Es para nosotros un orgullo haber recibido el “Premio Sedap-Ferrer a las experiencias innovadoras en Atención Primaria” por este proyecto. Esto nos estimula a continuar desarrollando e investigando para poder seguir dando solución a tantos padecientes que sufren dolor crónico.

Otra de las sorpresas positivas que nos hemos encontrado es que, después de realizar el programa, varios de los pacientes de la primera edición han continuado realizando por su cuenta los ejercicios del programa. Es decir, el programa ha conseguido que los padecientes en muchos casos se conviertan en pacientes activos e incluso en algunos casos en pacientes expertos. En este próximo curso (2018-2019), tendremos en Valladolid 7 centros cívicos en los cuales los pacientes que han realizado el programa de END y ejercicio físico pueden seguir realizando los ejercicios como pacientes activos.

Estamos ante un cambio de paradigma en el tratamiento del DCME en el cual la Fisioterapia empieza a jugar un papel fundamental, “EL GIGANTE DORMIDO DE LA FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR ESTÁ DESPERTANDO”

Por último, nos gustaría destacar que *“el dolor crónico puede llegar a ser de larga duración, pero no para toda la vida”*.

Agradecimientos:

A los Fisioterapeutas: Alberto Simarro, Rosario Calleja, Juan Carlos Llamas, José Ramón Saiz, Yolanda Gómez, Nuria García, Noemí Díaz, Cristina Sánchez y Naira Brito que han hecho posible que se pueda realizar la intervención. A los Fisioterapeutas valoradores Prado Zabala, Beatriz Martín, Susana Zarzuelo y María de la Puente. A la enfermera Teodora Encinas, los médicos Arturo Goicoechea y Olga Sacristán, y a todo el personal Médico, de enfermería y de administración de los centros de salud que han participado en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

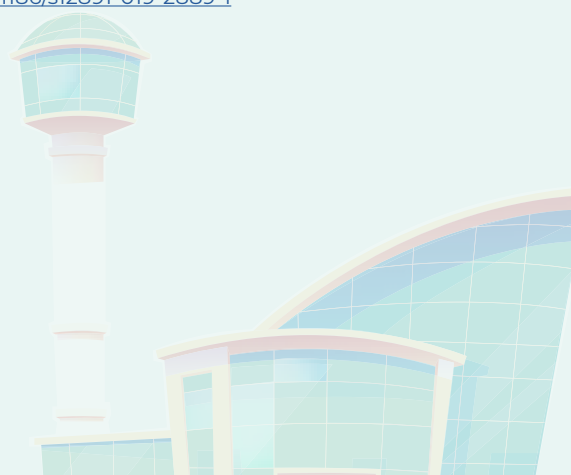
1. Langley PC. The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union. *Curr Med Res Opin.* 2011 Feb;27(2):463–80.
2. Breivik H, Eisenberg E, O'Brien T. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC Public Health.* 2013;13(1):1229.
3. Langley P, Müller-Schwefe G, Nicolaou A, Liedgens H, Pergolizzi J, Varrassi G. The societal impact of pain in the European Union: health-related quality of life and healthcare resource utilization. 2010 Sep;13(3):571–81.
4. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain.* Blackwell Publishing Ltd; 2006 May;10(4):287–287.
5. Bevan S, Quadrello T, McGee R, Mahdon M, Vavrovsky A, Barham L. Fit for work. *Musculoskelet Disord Eur Work London Work*

- Found. 2009; 5. Langley P, Müller-Schwefe G, Nicolaou A. The societal impact of pain in the European Union: health-related quality of life and healthcare resource utilization. *J Med*. 2010;
6. Gaskin DJ, Richard P. The Economic Costs of Pain in the United States. Vol. 13, *The Journal of Pain*. 2012.
7. Nijs J, Malfliet A, Ickmans K, Baert I, Meeus M. Treatment of central sensitization in patients with “unexplained” chronic pain: an update. *Expert Opin Pharmacother* [Internet]. 2014 Aug 15 [cited 2016 Nov 2];15(12):1671–83. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1517/14656566.2014.925446>
8. Pelletier R, Higgins J, Bourbonnais D. Is neuroplasticity in the central nervous system the missing link to our understanding of chronic musculoskeletal disorders? *BMC Musculoskelet Disord*. BioMed Central; 2015 Dec;16(1):25.
9. Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain* [Internet]. NIH Public Access; 2011 Mar [cited 2016 Nov 2];152(3 Suppl):S2–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20961685>
10. Nijs J, Torres-Cueco R, van Wilgen P, Lluch Girbés E, Struyf F, Roussel N, et al. Applying modern pain neuroscience in clinical practice: criteria for the classification of central sensitization pain. *Pain Physician*. 2014;17(5):447–57.
11. Woolf CJ. Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain* [Internet]. 2011 Mar [cited 2016 Jun 7];152(Supplement):S2–15. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006396-201103001-00002>
12. Lluch Girbes E, Torres Cueco R, Torres Cueco R, David Butler, Lorimer Moseley. Explicando el dolor. Noigroup publications. *Rev la Soc Española del Dolor* [Internet]. Elsevier; 2010 Jun [cited 2016 Nov 1];17(5):253–4. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134804610000182>
13. Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract*. 2016;3985(September):1–24.
14. Malfliet A, Kregel J, Coppieters I, Pauw R De, Meeus M, Roussel N, et al. Effect of Pain Neuroscience Education Combined With Cognition-Targeted Motor Control Training on Chronic Spinal Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurol*. 2018;
15. Clark S, Horton R. Low back pain: a major global challenge. *Lancet* [Internet]. Elsevier; 2018 Mar [cited 2018 Mar 23];0(0). Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618307256>
16. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. Series Low back pain 1 What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018;
17. Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M, et al. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J*. 2018;27(1):60–75.
18. Babatunde OO, Jordan JL, Van der Windt DA, Hill JC, Foster NE, Protheroe J. Effective treatment options for musculoskeletal pain in primary care: A systematic overview of current evidence. Fleckenstein J, editor. *PLoS One*. 2017 Jun;12(6):e0178621.

ANEXOS



Disponible en el siguiente enlace:
<https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-019-2889-1>



Terapéutica en APS

Abordaje no farmacológico del dolor

Maki Aguirrezabal Bazterrica^{1*}, Miguel Ángel Galán Martín² y Federico Montero Cuadrado³

¹Médico de familia, C.S. San Martín, Os. Arca, Vitoria-Gasteiz, Usakirista, Vitoria-Gasteiz, Ego⁴.

²Fisioterapeuta, Unidad de Estrategias de Atención Primaria para el tratamiento del dolor y Atención Primaria, SAP Valcarlos-Euzkadi, Vitoria-Gasteiz, España.

*Correspondencia: makiaguirrezabal@gmail.com



Disponible en el siguiente enlace:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134207219302415?dgcid=author>

Journal of
Clinical Medicine



Article

Pain Neuroscience Education and Physical Therapeutic Exercise for Patients with Chronic Spinal Pain in Spanish Physiotherapy Primary Care: A Pragmatic Randomized Controlled Trial

Miguel Angel Galan-Martin ^{1,2}, Federico Montero-Cuadrado ¹, Enrique Lluch-Girbes ^{3,4,5}, María Carmen Coca-López ⁶, Agustín Mayo-Iscar ⁷ and Antonio Cuesta-Vargas ^{8,9,10,*}



Disponible en el siguiente enlace:

<https://www.mdpi.com/2077-0383/9/4/1201#>

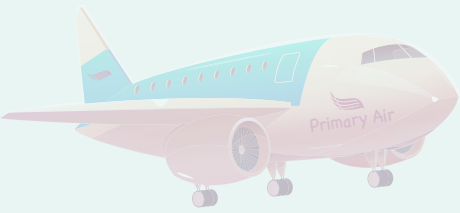




Palabras que curan. Importancia de la Comunicación en Fisioterapia de Atención Primaria.



Paula B. Areso Bóveda
Fisioterapeuta AP. Área de Salud de Burgos. Sacyl.



El primer axioma de la Teoría de la Comunicación de Watzlawick dice que “Es imposible no comunicar”.⁽¹⁾

Nos comunicamos continuamente. Cuando hablamos, miramos, sonreímos. Por otra parte, hacer nada, decir nada, no mirar al otro, también es comunicación.

Como profesionales sanitarios con trato directo y cercano al paciente, debemos conocer qué factores influyen en la recuperación que perseguimos, además del tratamiento en sí. De esta manera, podemos hacer que todo sume a nuestro favor.⁽²⁾

El ambiente en la sala de tratamiento, la lista de espera, el tono de nuestra voz, lo que esperamos del paciente, sus creencias lo que el paciente espera de nosotros, nuestras creencias... son algunos de los factores que pueden influir en los resultados.

Por otra parte, estudios científicos, señalan directamente a las palabras que empleamos con capacidad de efecto placebo o nocebo. Utilizamos palabras para explicarles a los pacientes cuál es nuestra impresión diagnóstica como fisioterapeutas, el plan terapéutico o los resultados de una prueba de imagen. Las palabras que empleamos pueden activar el sistema inhibitorio descendente del dolor, disminuir la kinesiofobia y el catastrofismo. También podemos conseguir los efectos contrarios.⁽³⁻¹¹⁾

Somos profesionales del movimiento. Buscamos cambios en los pacientes hacia una vida más saludable y activa. Podemos caer en el error de informar y enseñar al paciente de una manera unidireccional. Necesitamos contar con el paciente⁽¹²⁾, verdadero protagonista del cambio, y tener en cuenta que somos nosotros los que tenemos que adecuarnos al paciente, gestionando nuestras capacidades.

Podemos diferenciar tres estilos de comunicación, el directivo, el de guía y el acompañamiento.

La entrevista motivacional pertenece al estilo de Guía. Es un estilo de conversación colaborativo cuyo propósito es reforzar la motivación y el compromiso de la persona con el cambio. Consiste en activar la propia motivación del paciente y sus propios recursos para cambiar.⁽¹³⁾

En el taller conoceremos las 5 microhabilidades de la entrevista motivacional. Preguntas abiertas, Reflejos, ofrecer información, sumarios y afirmaciones.

El objetivo de este taller es hacernos preguntas sobre las herramientas de comunicación con las que cada uno de nosotros contamos y ofrecer sencillas pautas que nos ayuden a mejorar o a buscar información para aumentar nuestras estrategias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Watzlawick P, Bavekas JB, Jacksib DD. Teoría de la Comunicación Humana. ED Herder. Barcelona 1991.
2. Testa M, Rossetini G. Enhance placebo, avoid nocebo: How contextual factors affect physiotherapy outcomes. Manual Therapy 2016; 1-10
3. Rajasekaran S, Dilip Chand Raja S, Pushpa BT, Ananda KB, Ajoy Prasad S, Rishi MK. The catastrophization effects of an MRI report on the patient and surgeon and the benefits of 'clinical reporting': results from an RCT and blinded trials. Eur Spine J. 2021 Mar 21
4. Stewart M, Loftus S. Sticks and Stones: The Impact of Language in Musculoskeletal Rehabilitation. J Orthop Sports Phys Ther 2018;48(7):519-522.

5. Benedetti F, Lanotte M, Lopiano L, Colloca L. When words are painful: unraveling the mechanisms of the nocebo effect. *Neuroscience* 2007; (147): 260–271.
6. Arthur J. Barsky, MD. The Iatrogenic Potential of the Physician's Words. *Jama* (2017)
7. Maeda Y, Kan S, Fujino Y, Shibata M. Verbal Instruction Can Induce Extinction of Fear of Movement-Related Pain. *J Pain*. 2018
8. Iván Cuyul-Vásquez, José Aguilar Barría, Natalia Foitzick Perez & Jorge Fuentes (2019) The influence of verbal suggestions in the management of musculoskeletal pain: a narrative review, *Physical Therapy Reviews*, 24:3-4, 175-181,
9. Rossettini, G., Carlino, E. & Testa, M. Clinical relevance of contextual factors as triggers of placebo and nocebo effects in musculoskeletal pain. *BMC Musculoskelet Disord* 19, 27 (2018)
10. Koban L, Jepma M, Geuter S, Wager TD. What's in a word? How instructions, suggestions, and social information change pain and emotion. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017 Oct;81(Pt A):29-42.
11. Mistiaen P, van Osch M, van Vliet L, Howick J, Bishop FL, Di Blasi Z, Bensing J, van Dulmen S. The effect of patient-practitioner communication on pain: a systematic review. *Eur J Pain*. 2016 May;20(5):675-88.
12. Venhuizen G. Can patient centred care plus shared decision making equal lower costs? *BMJ*. 2019 Oct 15;367:l5900
13. Miller WR, Rollnick S. *La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar*. 3ª Ed. Barcelona: Paidós; 2015.





Prevención de
Caídas en el
Anciano Frágil: de
-vengo porque me
han diagnosticado
artrosis, a
-nunca me había
sentido tan bien
haciendo ejercicio
(terapéutico)



José Ramón Saiz Llamosas

Fisioterapeuta C.S. Parque Alameda-Covaresa. Gerencia de Atención Primaria.
Valladolid Oeste. (SACYL). Valladolid. España.

Vocal de la Asociación Española de Fisioterapeutas de Atención Primaria y
Salud Comunitaria (AEF-APySC).

Licenciado en Psicología. UNED.

Doctor por la Universidad de Valladolid.

Máster en Investigación Biomédica. Universidad de Valladolid.



El objetivo del taller es proponer una intervención para detectar y abordar a las personas mayores con riesgo de caídas, fragilidad en fisioterapia de atención primaria (AP).

En el siguiente caso clínico, basado en casos reales, pensad qué evaluación y tratamiento fisioterápico hubierais propuesto a la paciente. Y a continuación os presento una propuesta de abordaje fisioterápico poniendo el foco en la mejora de la movilidad, la calidad de vida relacionada con la salud, el equilibrio, y la prevención de caídas y fracturas en las personas mayores.

CASO CLÍNICO

“Manuela” mujer 84 años

Motivo de derivación a la unidad de fisioterapia de atención primaria (UFAP): Lumbalgia mecánica. Escoliosis lumbar y discartrosis.

Antecedentes personales:

- Osteoporosis.
- Asma bronquial leve.
- Vértigo Posicional Paroxístico Benigno.
- Intervención quirúrgica de cataratas de ambos ojos.
- Gonartrosis bilateral

Anamnesis

- Dolor mecánico a nivel lumbar que le influye en la movilidad de las piernas.
- Camina por los pasillos de su residencia. No sale a la calle a caminar

Exploración física:

- Balance articular activo de la columna lumbar funcional.
- EVA dolor lumbar 5/10.

¿Qué más pruebas clínicas realizarías en esta paciente? ¿Qué propuesta de tratamiento fisioterápico harías?: Por ejemplo:

- ¿Test neurales?
- ¿Pruebas de movilidad?
- ¿Distancia dedo suelo a la flexión de la columna lumbar?
- ¿Ejercicio terapéutico de la musculatura implicada?
- ¿Electroterapia analgésica?
- ¿Estiramientos?
- ¿Ejercicios funcionales?



Además de estas posibles valoraciones e intervenciones fisioterápicas os quiero llamar la atención acerca de que, a pesar del elevado porcentaje de personas mayores tanto en España (19,64%. 9.310.828 personas), como en País Vasco (22%, 505.005 personas)¹, y que un elevado porcentaje de las personas mayores sufre caídas (14,9% al 66,2%)², muchas de ellas con consecuencias físico-funcionales, psicosociales o necesidad de recibir atención sanitaria³, no se realizan de manera sistemática pruebas de detección o intervención sobre estas personas.

La intervención en el presente caso clínico está inspirada por el Protocolo de Mejora de la movilidad, el equilibrio y la prevención de caídas en las personas mayores de SACYL⁴. Debemos tener en cuenta los objetivos del paciente. Proponerle una intervención basada en educación sanitaria y ejercicio terapéutico, para trabajar juntos en lograr realizar mejor las actividades en las que tiene dificultad e intentar volver a poder hacer algunas actividades que ha dejado de poder realizar, pero que le gustaría.

CASO CLÍNICO:

Valoración:

Anamnesis:

Se le pregunta si ¿ha sufrido alguna caída en el último año?, ¿tiene alteraciones del equilibrio y de la marcha?

No ha sufrido ninguna caída en el último año, pero lo achaca a la restricción de movimiento que presenta -Casi no me muevo. No sale a pasear por la calle. Afirma que nota que no tiene agilidad en la marcha.

Pruebas clínicas de desempeño físico: se le realiza el Timed Up and Go Test⁵ (si tarda en realizarla más de 15 segundos tiene aumentado riesgo de caídas)⁶ y las pruebas de la batería corta de desempeño físico [Short Physical Performance Battery (SPPB)⁷]: que comprende las pruebas de velocidad de la marcha, prueba de equilibrio (pies juntos, semitandem y tándem), y prueba de levantarse de la silla 5 veces). Si camina a una velocidad inferior a 0,76 m/sg tienen aumentado el riesgo de caídas⁸. La velocidad de la marcha se considera la valoración casi perfecta en las personas mayores⁹. Existen valores de referencia del SPPB para la población del País Vasco¹⁰.

Pruebas clínicas	
Timed Up and go Test.	23,24 segundos (>de 15 segundos)
Prueba de la velocidad de la marcha (4metros).	0,36 m/sg. (<0,76 m/sg.)
Prueba de equilibrio	Semitandem 4,35 segundos
Prueba de levantarse de la silla 5 veces	35,95 segundos



Propuesta de tratamiento fisioterápico:

- **Educación Sanitaria:** consejos para la propia persona mayor, para su hogar y a la hora de salir a la calle. Y cuestionario para valorar los riesgos de caída en el hogar¹¹.
- **Selección de ejercicios terapéuticos**¹³⁻²⁰ individuales o en grupo, en la sala de fisioterapia o en su domicilio. En este caso se optó por ejercicios basados en el programa de Otago²¹ para realizar en su domicilio (3 días alternos/semana). Se le enseña en la consulta de fisioterapia los ejercicios y su evolución.

Revisión cada mes y medio/ dos meses en la consulta de fisioterapia (en cada sesión se le revisa su estado de salud (por si necesita alguna intervención sanitaria), se le pregunta si ha presentado alguna dificultad con los ejercicios, se le realizan las pruebas de desempeño físico, se repasan los ejercicios y se le enseñan ejercicios nuevos. Se le da el número de la consulta de fisioterapia para que pueda llamar a consultar dudas.

4ª revisión en la consulta de fisioterapia:

- La paciente afirma: -estoy más ágil, -estoy más flexible, -hago los ejercicios con más flexibilidad, -He mejorado el gesto de cruzar una pierna sobre la otra en la ducha, para lavarme los pies.
- Resultado de las pruebas de desempeño físico:

Pruebas clínicas		
	Pre-intervención	Post-intervención
Timed Up and go Test.	23,24 segundos (>de 15 segundos)	14,23 segundos (<15 segundos)
Prueba de la velocidad de la marcha (4metros).	0,36 m/sg (<0,76 m/sg.)	0,82 m/sg (>0,76 m/sg.)
Prueba de equilibrio	Semitandem 4,35 segundos	Tandem 8,78 segundos
Prueba de levantarse de la silla 5 veces	35,95 segundos	16,53 segundos

Recomendamos a la paciente continuar con los ejercicios para no perder la mejoría obtenida y seguir incrementándola.

Pautamos revisión cada 3 meses.

Conclusión:

Este tipo de abordaje fisioterápico es seguro, eficaz y puede llevarse a cabo en fisioterapia de AP. En la casi totalidad de los pacientes atendidos con este abordaje, los resultados son muy satisfactorios tanto a nivel de la mejoría de la movilidad, así como en su percepción de la calidad de vida relaciona con la salud y en la prevención de caídas.

Propuestas de futuro:

1. Incrementar el número de fisioterapeutas (recursos humanos) (al menos 1 fisioterapeuta de Atención Primaria/4.000 u 8.000 habitantes).
2. Conocer y trabajar con los activos de la comunidad (grupo de marcha nórdica, paciente mayor que organiza excursiones para otros pacientes mayores, Asociaciones de vecinos,...), desde una mirada comunitaria.
3. Mejorar los sistemas de historia clínica electrónica para evaluar los resultados de las intervenciones de fisioterapia de mejora del equilibrio, movilidad y prevención de caídas en las personas mayores.
4. Enrolar a pacientes activos expertos, que puedan motivar, contar su experiencia a los pacientes que están empezando, y/o liderar grupos de equilibrio y movilidad tanto en el Centro de Salud como en la comunidad.
5. Proponer investigación de ejercicios para la mejora de la movilidad, el equilibrio y la prevención de caídas en las personas mayores basada en el Auresku.
6. Incorporar cuestionarios de valoración de la calidad de vida relacionada con la salud, por ejemplo, el Euroqol-5D o el SF-36.
7. Evaluar el impacto social de estas intervenciones.

“Nunca me había sentido tan bien haciendo ejercicio (terapéutico)”

Usaria del grupo de equilibrio y movilidad la Unidad de Fisioterapia C.S. Parque Alameda-Covaresa.

BIBLIOGRAFÍA

1. INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. INE. [citado el 19 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/>
2. Pellicer García B, Juárez Vela R, Gracia Carrasco E, Guerrero Portillo S, García Moyano LM, Redondo Castán LC, Azón Belarce JC. Epidemiología de caídas en la población anciana española no institucionalizada. Rev ROL Enferm 2015; 38(11): 760-765.
3. Silva D, Gómez-Conesa ZA, Sobral A. Epidemiología de las caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública. 2007;82:43-56.
4. Saludcastillayleon.es. [citado el 19 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/guias-practica-clinica/guias-clinicas.ficheros/1105660-Fisioterapia.PDF>
5. Podsiadlo D, Richardson S. The timed “up and go” a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc 1991;39:142-8.
6. Whitney J, Lord S, Close C. Streamlining assessment and intervention in a falls clinic using Timed Up and Go Test and Physiological Profile Assessments. Age and Aging 2005;34:567-71.
7. Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, Glynn RJ, Berkman LF, Blazer DG, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. J Gerontol [Internet]. 1994;49(2):M85-94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/geronj/49.2.m85>
8. Middleton A, et al. Self-selected and maximal walking speeds provide greater insight into fall status than walking speed reserve among community-dwelling older adults. Am J Phys Med Rehabil. 2016;95(7):475-482.
9. de Castilla Y León CPDEF. FisióTEDrapia 2018. José Ramón Saiz [Internet]. Youtube; 2019 [citado el 19 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=6xEwRokDZeg>
10. X. Río, M. Guerra-Balic, A. González-Pérez et al. Valores de referencia del SPPB en personas mayores de 60 años en el País Vasco. Atención Primaria. 2021;53:1-9. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102075>
11. Prevención de las caídas de las personas mayores [Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. [citado el 19 de junio de 2022]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/videos-aula-pacientes/prevencion-caidas-personas-mayores>
12. Sherrington C, Michaleff ZA, Fairhall N, et al. Exercise to prevent falls in older adults: an updated: systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. 2017;51:1749-1757.
13. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD007146. DOI:10.1002/14651858.CD007146.pub2.
14. Teixeira LE, Silva KN, Imoto AM, Teixeira TJ, Kayo AH, Montenegro-Rodrigues R, et al. Progressive load training for the quadriceps

- muscle associated with proprioception exercises for the prevention of falls in postmenopausal women with osteoporosis: A randomized controlled trial. *Osteoporos Int.* 2010;21:589-96.
15. Madureira MM, Bonfá E, Takayama L, Pereira RMR. A 12-month randomized controlled trial of balance training in elderly women with osteoporosis: Improvement of quality of life. *Maturitas.* 2010;66:206---11.
 16. Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM, Norton RN, Buchner DM. Falls prevention over 2 years: a randomized controlled trial in women 80 years and older. *Age Ageing* 1999;28:513-518.
 17. Freiburger E, Menz HB, Abu-Omar K, Rütten A. Preventing Falls in Physically Active Community-Dwelling Older People: A Comparison of Two Intervention Techniques. *Gerontology.* 2007; 53:298–305.
 18. Sierra-Silvestre E. Efectividad de la reeducación propioceptiva frente a los ejercicios de fortalecimiento y estiramiento en el equilibrio, la marcha, calidad de vida y caídas en ancianos. *Cuest. Fisioter.* 2011;40(1): 20-32.
 19. Saiz-Llamosas JR, Casado-Vicente V, Martos-Álvarez HC. Impacto de un programa de fisioterapia en atención primaria en las personas mayores, con antecedentes de caídas. *Fisioterapia.* 2014;36(3):103-109.
 20. Ejercicios para la prevención de caídas [Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. [citado el 19 de junio de 2022]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/videos-aula-pacientes/ejercicios-prevencion-caidas>
 21. de Castilla Y León CPDEF. Fisioterapia y prevención de caídas en personas mayores. Equilibrio y fuerza [Internet]. Youtube; 2020 [citado el 19 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=me310kg4xWM>



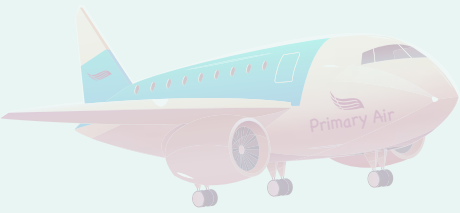


Parques
Biosaludables.



Rafael Velasco Velasco

Fisioterapeuta de AP. Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (Toledo). SESCAM





1. INTRODUCCIÓN

A raíz de la introducción del mobiliario urbano y creación de los parques Biosaludables en el municipio de Talavera de la Reina, la Unidad de Fisioterapia de la Gerencia de Atención Integrada se planteó este proyecto en prevención de lesiones y promoción de la salud de los mayores en aras de la seguridad del ciudadano implicando a la Red de pacientes expertos.

2. MÉTODO

A través de la Red de Ciudadanos Expertos del Ministerio de Sanidad y la Unidad de Apoyo de Fisioterapia de la Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina del SESCAM en coordinación con el Ayuntamiento se captaron usuarios de los Parques. Se forma a estos pacientes expertos para liderar los grupos de usuarios de Parques junto a los fisioterapeutas de AP. Se realizaron dos sesiones semanales en los periodos de enero a junio de 2013 y diciembre 2013- marzo 2014.

PARQUES BIOSALUDABLES

RAFAEL VELASCO VELASCO-rvelasco@sescam.jccm.es

EVALUACIÓN



PAR-Q Physical Activity

Cuestionario limitado a población de hasta 69 años por lo que tuvimos que ampliar y personalizar al resto de ciudadanía



PAR-Q Physical Activity

¿Cuándo se pasa?
Antes de iniciar la actividad física, antes de comenzar el Grupo de EPS sirviendo de cribaje.
¿Por qué y para qué?
Descarta patología cardiovascular y osteomuscular en fase aguda e inestable. Se deriva al MAP en caso de duda o se excluye del Programa



PAR-Q Physical Activity

Id	Sexo	Respuestas
1		¿Alguna vez al caminar o al hacer ejercicio se le dolieron en el pecho, o le dolieron los brazos, o le dolieron las piernas o le dolieron los tobillos?
2		¿Alguna vez al caminar o al hacer ejercicio se le mareó, se le desmayó o se le desorientó?
3		¿Alguna vez al caminar o al hacer ejercicio se le cansó mucho más pronto de lo que esperaba?
4		¿Alguna vez al caminar o al hacer ejercicio se le cansó mucho más pronto de lo que esperaba?
5		¿Le ha dado alguna vez dolor en las articulaciones (por ejemplo, espalda, cuello, o rodillas) que le impida hacer ejercicio?
6		¿Le ha dado alguna vez dolor en las articulaciones (por ejemplo, espalda, cuello, o rodillas) que le impida hacer ejercicio?
7		¿Le ha dado alguna vez dolor en las articulaciones (por ejemplo, espalda, cuello, o rodillas) que le impida hacer ejercicio?



SENIOR FITNESS

Valora la condición física de los mayores con seguridad
Gran rango de edad: 60-84 años y capacidad física y funcional
Fácil aplicación
Posee valores de referencia para una comparación posterior e investigación



SENIOR FITNESS

1. Sentarse y levantarse de una silla en 30" (Fuerza MMII)
2. Flexiones de brazos: 2,27 kgs en mujeres y 3,63 kgs en hombres en 30" (Fuerza MMSS)
3. Dos minutos de marcha (Resistencia aeróbica)
4. Flexibilidad de Miembros Inferiores (+6-)
5. Flexibilidad de Miembros Superiores (+6-)
6. Tiempo en levantarse, cambiar y volver a sentarse 2,44m (Agilidad)



IDEAS EN EL USO DEL MOBILIARIO

Mobiliario para ejercitar Fuerza y potenciación muscular: 2 series de 10 repeticiones con descanso de 1'
Mobiliario para ejercitar Flexibilidad y Movilidad: 1'
Se usará Bandas elásticas de diferente dureza para completar el circuito de ejercicios
Se trabajará musculatura agonista y antagonista para conseguir un adecuado equilibrio corporal



IDEAS EN EL USO DEL MOBILIARIO

Los tiempos y repeticiones son relativos y adaptados de forma personal a cada uno de los ciudadanos
También se trabajaban otras capacidades más cognitivas como atención, comprensión, orientación, etc, aunque éstas no eran objeto de evaluación.
Ejemplo: Volante
Las sesiones alternativas se realizaban en caso de inclemencias del tiempo. Siempre en nuestro horario había reservada una sala en el centro social más cercano al Parque Biosaludable para dar una sesión en sitio cerrado trabajando las principales capacidades físicas.

MOBILIARIO: EJEMPLOS

TIMÓN
Movilidad articular
2 tipos de ejercicios:
De ligera extensión a flexión de 90 grados
Abducción de 0 a 90 grados
Tiempo: 1'



SURF
Fuerza muscular y Propiocepción
Si es posible apoyar codos, despacio. Mantener en un lateral, Abd-Add de cadera usando el péndulo como Resistencia. Trabajar isométricos en una fase más avanzada. 2 tipos de ejercicios, 10 repeticiones cada uno



PONY
Fuerza Muscular
Compensar Isquiotibiales con bandas elásticas
10 repeticiones



3. RESULTADOS

- Aumento de las capacidades físicas, en un 20% según Senior Fitness.
- Observación del manejo seguro del mobiliario tras la intervención
- Captación de 6 nuevos pacientes expertos

4. REFERENCIAS; REGISTRO BIOSALUDABLE:

- Senior Fitness Test y Par-Q.
- Evaluación psicosocial GTO

5. CONCLUSIONES

- Todas las capacidades físicas se han conservado o han mejorado
- Más seguridad y capacitación de las actividades indicadas y conciencia de las contraindicadas para sus diferentes patologías en el manejo del Parque
- Potenciación de la Red de Ciudadanos Expertos ampliando número de efectivos

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, CIUDADANO, EJERCICIO, ENVEJECIMIENTO

INTRODUCCIÓN

La detección en las consultas de fisioterapia de nuestra área de lesiones secundarias al mal uso del mobiliario de los Parques Biosaludables de esta ciudad por parte de los adultos mayores, junto con la oportunidad de difundir la promoción de hábitos saludables como el ejercicio a este sector de la población, incentiva a la unidad de Fisioterapia de AP a plantear y llevar a cabo este proyecto. El Parque Biosaludable se define como el espacio al aire libre compuesto de mobiliario especialmente diseñado para la práctica de la actividad física en el adulto mayor. Son estructuras accesibles por tanto a toda la población y su uso puede adaptarse también a situaciones especiales (Afamour, 2007).

La experiencia previa en nuestra área con la Red de Ciudadanos Expertos en Seguridad del Paciente, creada por iniciativa del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad conjuntamente con esta comunidad autónoma y compuesta de ciudadanos formados a su vez por otros ciudadanos y sanitarios motivó que pensáramos nuevamente en su colaboración que permite reforzar a la vez el empoderamiento de estos pacientes garantizando la continuidad y sostenibilidad de nuestro programa. Esta Red está compuesta de ciudadanos formados a su vez por otros ciudadanos y sanitarios, iniciativa ésta que tuvo lugar entre Ministerio de Sanidad y Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en nuestra Área Sanitaria. Son ciudadanos expertos en Seguridad del Paciente. La participación ciudadana es uno de los leitmotivos de este proyecto puesto que basándonos en la comentada Red de ciudadanos expertos damos forma a una de las estrategias de la Organización Mundial de la Salud. De hecho, el planteamiento es que los fisioterapeutas se vayan retirando conforme avancen las ediciones y lideren los ciudadanos expertos y se consolide en todos los Parques Biosaludables de la ciudad del Área Sanitaria de Talavera de la Reina.



OBJETIVO

Objetivo principal:

- Potenciar el uso adecuado del material de los Parques Biosaludables promoviendo la actividad física en los adultos mayores.

Objetivos específicos:

1. Formar pacientes expertos que lideren nuevos grupos impulsando la participación ciudadana en salud comunitaria
2. Capacitar en las destrezas y habilidades necesarias para el uso óptimo del material biosaludable
3. Mejorar y mantener las capacidades físicas
4. Promover las relaciones sociales del individuo
5. Prevenir lesiones por el uso incorrecto del material de los Parques Biosaludables.

MÉTODO

CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

La formación de los pacientes expertos corresponde a una de las estrategias de prevención y promoción de la OMS. La implicación y el protagonismo de éstos es una realidad en este proyecto de Parques Biosaludables bajo la coordinación continuada de los Fisioterapeutas de Atención Primaria. Se realizó un curso de formación en seguridad del paciente y planificación de la actividad física en Parques Biosaludables para estos ciudadanos expertos (Aparicio, 2009).

Experiencia en la Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina en colaboración con el Ayuntamiento de la ciudad, en concreto con la Concejalía de Servicios Sociales. De forma colaborativa, los servicios sociales del Ayuntamiento y la Unidad de Apoyo de Fisioterapia de Atención Primaria seleccionan a los usuarios, que provienen de Centros de Día, Centros Sociales, Asociaciones y Centros de Salud, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- *Mayores que realizan ejercicio físico de forma habitual (mínima frecuencia de dos veces por semana) en las diferentes modalidades que oferta el Ayuntamiento.
- *Líderes en sus respectivos grupos (con una visión estratégica de ser futuros ciudadanos expertos).
- *Con especial motivación para participar en nuestro proyecto.

Los mayores de 60 años son nuestro público objetivo, ya que es sobre todo a partir de esta edad cuando la persona mayor pierde masa muscular y amplitud en la movilidad articular y se alteran la coordinación, el equilibrio, la destreza en los movimientos, la marcha, etc.

PROCEDIMIENTO

Tras 5 sesiones con las Concejalías de Servicios Sociales, Sanidad y Medio Ambiente del Ayuntamiento,

se pactó la colaboración interinstitucional en el desarrollo de este proyecto y de otras actividades de educación para la salud con el colectivo de mayores. Se firmó un convenio específico entre la Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina y el Ayuntamiento de la ciudad.

Se realizó un curso de formación en seguridad del paciente y planificación de la actividad física en los Parques Biosaludables para estos ciudadanos expertos con los objetivos de:

- Conocer los parques biosaludables y el funcionamiento del mobiliario principal.
- Aprendizaje de sesión tipo (calentamiento, capacidad a trabajar y enfriamiento) y manejo de las herramientas de evaluación.
- Manejo de otras sesiones alternativas al uso de los Parques Biosaludables (inclemencias del tiempo u otras incidencias)
- Consejos sobre hidratación, alimentación, vestuario, etc

Se realizan fichas para cada uno de los aparatos del parque. Estas fichas sirven para mostrar a los ciudadanos expertos las indicaciones, contraindicaciones, y si se debe realizar el ejercicio físico por tiempos o por repeticiones. Durante la actividad formativa se incluye una o dos sesiones prácticas en el Parque. Los ciudadanos expertos practican con cada uno de los aparatos y complementan la potenciación de la musculatura antagonista gracias a bandas elásticas de diferentes resistencias. Una vez concluido el curso, se seleccionaron los ciudadanos expertos que debían colaborar en el proyecto. Se reclutaron los usuarios participantes mediante una entrevista clínica, descartando patología contraindicada con el ejercicio a realizar en el Parque Biosaludable, y derivándose a su Médico de Atención Primaria (MAP) en caso de ser necesaria su valoración. La herramienta utilizada fue el Test Par-Q (Shephard, 1995).

Se captaron personas sanas y también con patología diagnosticada y sin ninguna contraindicación médica para la realización de esta actividad física. Se crean dos grupos de 20 usuarios cada uno dirigidos por dos fisioterapeutas y dos ciudadanos expertos. La periodicidad es de dos sesiones semanales y la duración es de un semestre, de enero a junio.

Se realiza evaluación al inicio, a la mitad y al final de la actividad mediante el test Senior Fitness (Rikli, 2001) para la valoración de la condición física en las personas mayores. Se citó a los pacientes expresamente en el Centro de Salud, realizándose un calentamiento previo a las pruebas físicas. Los examinadores fueron los mismos para todos los usuarios y con las mismas herramientas en las tres valoraciones físicas que se realizan a lo largo del programa.

EVALUACIÓN

INDICADORES.

5.1 Usuarios seleccionados en función de la entrevista clínica según instrumento Par-Q.

5.2 Valoración física inicial, a mitad y final del proyecto por parte de los fisioterapeutas y con la colaboración de los pacientes expertos (Índice de Masa Corporal, Test Senior Fitness).

Cuantificación de la actividad física realizada fuera del programa: Se distribuyó al inicio del programa una planilla para anotar toda la actividad física del usuario, además de la asistencia a los Parques Biosaludables (como es Gimnasia de mantenimiento, piscina, pasear).

RESULTADOS.

5.1 Usuarios seleccionados en función de la entrevista clínica según instrumento Par-Q.

Se convocaron 44 usuarios de los cuales fueron seleccionados 42. Fueron excluidos dos usuarios debido a la presentación en el momento de la entrevista de una cardiopatía descompensada. 6 de ellos requerían adaptación al ejercicio con el mobiliario: 4 por padecer espondiloartrosis en fase subaguda y 2 por portar prótesis de rodilla.

5.2 Valoración física inicial, a mitad y final del proyecto por parte de los fisioterapeutas y con la colaboración de los pacientes expertos (Índice de Masa Corporal, Test Senior Fitness).

Durante todo el desarrollo del programa, no se detectó ninguna lesión causada por el mal uso del mobiliario del parque biosaludable en ninguno de los usuarios participantes.

Los resultados de este proyecto tras la aplicación de los test correspondientes son:

- Aumento de las capacidades físicas, en un 20% según test Senior Fitness.
- Observación del manejo seguro del mobiliario en más de un 80% tras la intervención

Por cada grupo se ha formalizado la solicitud de 4 usuarias por grupo como futuros ciudadanos expertos que dirigirán a su vez a otros grupos para extender el proyecto por el resto de Parques Biosaludables de la ciudad. Fisioterapeutas y actuales ciudadanos expertos han colaborado en la motivación de estas solicitudes.

La correcta formación en la utilización de Parques Biosaludables ha recibido una aceptación muy favorable por parte de la ciudadanía contribuyendo eficazmente al empoderamiento de ésta. Desde el principio ha quedado claro para los usuarios que este era un proyecto para ellos, pero con ellos, se pretende alcanzar la supervisión mínima por parte de los sanitarios y que la ciudadanía haga uso de estos Parques de una forma óptima evitando lesiones y fortaleciendo la Red de Ciudadanos expertos como actores fundamentales en la dirección de otros grupos.

La extensión a todos los Parques biosaludables de la ciudad se concreta en la captación efectiva de nuevos ciudadanos expertos que dirijan sus propios grupos. La participación de la Red de Ciudadanos Expertos fue activa y desinteresada y, junto con la cooperación interinstitucional, se ha facilitado una actuación comunitaria dirigida a conseguir una práctica segura y a mejorar las capacidades físicas y psicosociales de los mayores.

La población atendida también ha mostrado mayor interés por temas concernientes con su salud. Fruto de este interés se realizó también con Servicios Sociales del Ayuntamiento varios grupos de educación

para la salud dirigido al colectivo en general de mayores. La temática de estos grupos fue “Escuela de Espalda” y “Vivir con Artrosis”.

. MATERIAL BIOSALUDABLE

TIMÓN:

- Función: Fortalece la musculatura de miembro superior y cintura escapular, así como la flexibilidad y movilidad de la articulación del hombro.
- Uso: Se toma el asa de la rueda rotativa con ambas manos y se gira simultáneamente en el sentido de las agujas del reloj, o en el sentido contrario.
- Realización: En función del estado físico de la persona. Se aconsejan 2 series de 30 segundos en cada sentido. Descansando 1 minutos entre serie
- Precaución: Se trata de un movimiento completo de la articulación del hombro, por lo que su realización debe ser pausada, prestando atención al ejercicio y a la colocación del cuerpo respecto al aparato. En caso de dolor articular, suspender el ejercicio.
- Consejo: En caso de duda, consulte a su Fisioterapeuta de Atención Primaria.

PÉNDULO:

- Función: Fortalece la musculatura de los miembros superiores, espalda y abdomen.
- Uso: Se agarra con ambas manos los asideros del aparato y a continuación se suben ambas piernas hacia arriba simultáneamente doblando caderas y rodillas.
- Realización: En función del estado físico de la persona. Se recomienda tres series de cinco repeticiones cada una. Descanso de 30 segundos entre cada serie.
- Precaución: Se deben agarrar fuertemente los asideros con ambas manos. No se realiza el ejercicio en caso de dolor de hombro o limitación en la movilidad de este.
- Consejo: En caso de duda, consulte a su Fisioterapeuta de Atención Primaria.

REMO:

- Función: Fortalece principalmente la musculatura dorsal, pectoral y el bíceps braquial.
- Uso: Se sitúa en el asiento con rodillas dobladas y pies apoyados en el suelo. Se agarran las asas con ambas manos y se desplazan dichas asas hacia su pecho. Después se vuelve a la posición inicial lentamente.
- Realización: En función del estado físico de la persona. Se recomiendan tres series de 10 repeticiones cada una dejando 10 segundos de descanso entre cada serie.
- Precaución: No soltar bruscamente para volver a la posición inicial.
- Consejo: En caso de duda, consulte a su Fisioterapeuta de Atención Primaria.

BANCO DE ABDOMINALES:

- Función: Fortalecer la musculatura abdominal.
- Uso: Túmbase boca arriba y sujetar los pies en la barra inferior. Desde esta postura despegar ligeramente el cuerpo del aparato con el cuello recto y sin dejar de mirar hacia el cielo. Vuelva

lentamente a la posición inicial.

- Realización: En función del estado físico de la persona. Realice 3 series de 10 repeticiones cada una descansando entre cada serie 30 segundos
- Precaución: No subir el cuerpo bruscamente hacia arriba. No dejar de mirar al cielo en ningún momento durante la realización del ejercicio.
- Consejo: En caso de duda, consulte a su Fisioterapeuta de Atención Primaria.

CINTURA:

- Función: Ejercita la cintura y ayuda a relajar los músculos de cintura, cadera y espalda. Mejora la movilidad y flexibilidad de la zona lumbar.
- Uso: Tomar las manillas con ambas manos, mantenga el equilibrio, girar la cadera de lado a lado sin mover los hombros y de forma acompasada. Colocarse de espaldas a la barra del aparato, girar el tronco hasta tocar con las dos manos a la vez la barra primero hacia un lado y después hacia el otro.
- Realización: Siempre en función del estado físico de la persona. Se aconsejan 2 series de 1 minuto cada una con 1 minuto de descanso entre serie y serie.
- Precaución: No forzar el giro de cadera. No soltar las manillas hasta el final del ejercicio.
- Consejo: En caso de duda, consulte a su Fisioterapeuta de Atención Primaria.

VOLANTE:

- Función: Potencia, desarrolla y mejora la musculatura de los hombros. Mejora la amplitud articular y la flexibilidad general de las articulaciones de hombros, codos y muñecas.
- Uso: Se sujeta cada manilla con una mano y se gira la rueda en el sentido de las agujas del reloj. Cambie de sentido en cada serie.
- Realización: Siempre en función del estado físico de la persona. Se aconsejan 2 series de 1 minuto por brazo descansando 1 minuto entre cada serie
- Precaución: La posición del cuerpo debe ser equidistante de los volantes. El ejercicio debe realizarse lentamente, sin movimientos bruscos y de forma acompasada.
- Consejo: En caso de duda, consulte a su Fisioterapeuta de Atención Primaria.

PONY:

- Función: Fortalece la musculatura de brazos, piernas, cintura, abdomen, espalda y pecho, permitiendo un completo movimiento de las extremidades. Mejora la capacidad cardio-pulmonar.
- Uso: Sentarse sobre el asiento, agarrar las asas con ambas manos y empuje los pedales hacia delante llegando a una posición de espalda derecha. El movimiento debe ser acompasado.
- Realización: Siempre en función del estado físico de la persona. Se recomiendan 3 series de 10 repeticiones cada una, con un descanso de 30 segundos entre serie y serie.
- Precaución: Se trata de un ejercicio de fuerza de extremidades superiores e inferiores. Si nota alguna molestia, pare el ejercicio.
- Consejo: En caso de duda, consulte a su Fisioterapeuta de Atención Primaria.



COLUMPIO:

- Función: Desarrolla y fortalece las musculaturas de miembros inferiores y cintura, en concreto de cuádriceps, gemelos, glúteos y abdominales inferiores.
- Uso: Sentarse sobre el asiento con la espalda perfectamente apoyada y doble ambas piernas. Sitúe las manos en las rodillas y empuje con las piernas sobre los pedales, hasta estirar completamente las piernas.
- Realización: Siempre en función del estado físico de la persona. Se recomiendan 3 series de 10 repeticiones cada una, con un descanso de 30 segundos entre serie y serie.
- Precaución: Se trata de un ejercicio de fuerza, en caso de problemas articulares no se debe forzar.
- Consejo: En caso de duda, consulte a su Fisioterapeuta de Atención Primaria.

ESQUÍ DE FONDO:

- Función: Mejora la movilidad de los miembros superiores e inferiores.
- Uso: Subido en los estribos y sujetándose a las manillas, mueva las piernas y los brazos lentamente como si estuviese caminando.
- Realización: Siempre en función del estado físico de la persona. Se aconsejan 2 series de 1 minutos cada una, con 1 minutos de descanso entre serie y serie.
- Precaución: Al disponer el aparato de partes móviles, tenga mucho cuidado al subir y bajar del mismo.
- Consejo: En caso de duda, consulte a su Fisioterapeuta de Atención Primaria.

REFERENCIAS:

1. Afamour, I., (2007) Diseño de Mobiliario para la Tercera Edad y Parques Infantiles. Instalaciones Deportivas XXI, 150, 24-27.
2. Aparicio, E. H. (2009). Estudio de los circuitos biosaludables para la tercera edad en España. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, 9(33), 25-38.
3. Shephard, R. J. (1995). Current status of the step test in field evaluation of aerobic fitness: The Canadian home fitness test and its analogues. Research in Sports Medicine: An International Journal, 6(1), 29-41.
4. Rikli, R. y Jones, C. (2001). Senior fitness test manual. Estados Unidos de América. Human Kinetics.
5. Chinman, M., Imm, P., & Wandersman, A. (2004). Getting To Outcomes™ 2004. Rand Corporation.
6. Castillo, T. E., Buades, J., y Jiménez Romero. C. (2013). Hagamos de nuestro barrio un lugar habitable. Manual de intervención comunitaria en barrios. Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones, (34).



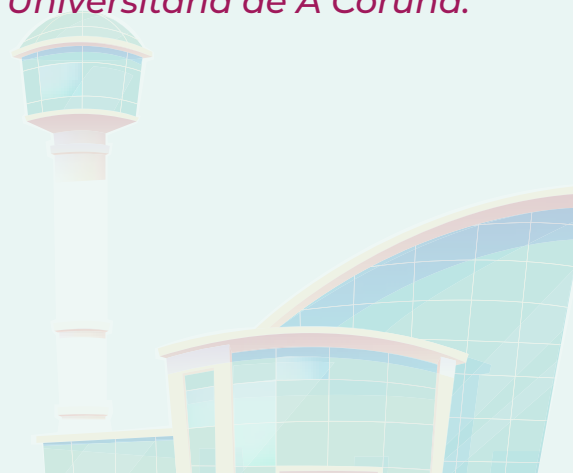


Envejecimiento Activo.



Isabel Raposo Vidal

Graduada en Fisioterapia. Profesora titular Escuela Universitaria de A Coruña.



El envejecimiento poblacional es un fenómeno que se manifiesta a nivel mundial. Las proyecciones realizadas por organismos internacionales estiman que en 2050 aproximadamente el 22 % de la población estará conformada por personas mayores de 60 años, aumentado a 32 % en el caso de los países desarrollados (1,2).

El envejecimiento activo se establece como la estrategia de política global líder en respuesta al envejecimiento de la población (3,4). Se entiende por envejecimiento activo “el proceso de **optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad**, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Más concretamente indica que es el proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona: protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia” (Organización Mundial de la Salud-OMS)(5).

Se evidenció que: la actividad física, la alimentación, el ocio, la salud bucodental, la reserva cognitiva, las nuevas tecnologías y la educación, son factores protectores para un envejecimiento activo; mientras que la urbanización, la presencia de enfermedades, el bajo nivel socioeconómico, las caídas, la polifarmacia y los hábitos tóxicos son factores de riesgo. (6)

El ejercicio terapéutico multicomponente en personas mayores residentes en la comunidad permite revertir la presencia de fragilidad y tiene beneficios emocionales, sociales y cognitivos (7,8).

La Fisioterapia tiene la doble tarea de:

1. Identificar mediante una evaluación funcional a los adultos mayores con independencia funcional inestable y riesgo de pérdida funcional. (9)
2. Optimizar el movimiento a través de la promoción y/o restauración de las capacidades funcionales. Se debe perseguir un movimiento intencional, preciso y eficiente a lo largo de sus vidas. (10)

El marco de intervención es el biopsicosocial. La participación activa del adulto mayor está influenciada no sólo por el organismo [sistemas dinámicos interdependientes (10,11,12)] sino también por la tarea y el ambiente. El objetivo principal es que el rendimiento funcional humano logre tareas y actividades deseadas personalmente en condiciones del mundo real (10).

A través de la entrevista clínica y valoración funcional, el fisioterapeuta **identificará la condición y rendimiento funcional del movimiento humano.**

1. Nivel de actividad física. Se utilizará un Cuestionario de Actividad Física (IPAQ) (13) y se considerarán las directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios (14).
2. Riesgo de caídas y fragilidad. Según el documento de consenso sobre fragilidad y caídas en la persona mayor dentro de la estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud (SNS) (15), se tendrá en cuenta el historial previo de caídas y se realizará una prueba de rendimiento físico corto (SPPB) (16), un test cronometrado de “levántate y anda” (TUG) y el test de equilibrio y marcha de Tinetti.
3. Nivel de participación en las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria (AIVD y ABVD).

Además de lo expresado en la entrevista, se considerarán los resultados de la Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales y el Índice de Barthel para las actividades básicas.

4. Desempeño y rendimiento funcional para las diferentes actividades y tareas. Se realizará una valoración específica de hábitos posturales, movilidad articular, fuerza muscular y control motor para el movimiento voluntario relacionado con el desempeño individual.(17) El test de “levantarse y sentarse” [Sit to Stand (STS)] suele ser un indicador confiable y válido de la fuerza de la parte inferior del cuerpo en adultos mayores de 60 años. Para la resistencia funcional durante la deambulaci3n se incluye la prueba de caminata de 6 minutos (6 MWT).
5. Análisis de los factores contextuales ambientales y personales facilitadores o barrera para el desempeño funcional. (18)

A partir de la valoraci3n funcional inicial, se pautará un **programa de ejercicio terapéutico multicomponente** respetando el principio de individualidad y el de especificidad. Entendemos por multicomponente una combinaci3n de programas de resistencia, fuerza y potencia muscular, coordinaci3n, equilibrio y flexibilidad. (15)

El trabajo de equilibrio y coordinaci3n se fundamenta en varios aspectos. Se considerará la progresi3n sobre la base de sustentaci3n [desde las más extensas y estables hasta el apoyo unipodal e inestable] y la activaci3n de los sistemas de control neural (mecanismos de feedforward y feedback) para la estabilidad, planificaci3n y reajustes del movimiento.

El fortalecimiento muscular y la resistencia cardiovascular se orienta a la realizaci3n de ejercicios específicos para la tarea. Es importante que sean significativos para la persona y que puedan replicarse en el hogar incluyendo los principales grupos musculares con especial atenci3n a los antigravitatorios (cuadríceps, gastronecmios, glúteo mayor, abdominales y paravertebrales). [Barker, E. C. Prescription of Exercise in Older Adults, Physiotherapeutic Approach]

En la extremidad superior se replicarán los movimientos coordinados libres y resistidos para tareas cotidianas (comer, aseo, peinado, manipulaci3n fina y fuerza de agarre) con control de los estabilizadores de escápula.

La deambulaci3n, la acci3n de subir y bajar escaleras y las transferencias (en especial el paso de sedestaci3n a bipedestaci3n y viceversa) focaliza el ejercicio hacia los estabilizadores de cadera, el cuadríceps y los plantiflexores de tobillo reproduciendo los dos patrones de movimiento de la extremidad inferior durante las actividades cotidianas: patr3n flexor de cadera, rodilla y dorsiflexi3n de tobillo y patr3n contrario de extensi3n. Se aña de la funcionalidad del primer radio del pie a trav3s del movimiento y control motor del peroneo lateral largo, tibial posterior y flexor largo del primer dedo.

El entrenamiento de la fuerza se convierte en una herramienta necesaria no solo para mejorar la calidad de vida sino para reducir el riesgo de mortalidad.(19)

La resistencia debe aumentarse de manera gradual (carga progresiva) siempre y cuando el número de series y repeticiones sea completado por el adulto mayor con una buena técnica. Para la progresi3n se tendrá en cuenta la tolerancia al esfuerzo del sujeto a trav3s de la Escala de Borg modificada (mantendremos

la percepción subjetiva del esfuerzo entre los valores 5 y 8) y la calidad en la ejecución del patrón de movimiento.

Finalmente hay que considerar los factores que influyen en la adherencia al ejercicio para los adultos mayores. Para aumentar la adherencia tendremos en cuenta (20):

- a La intervención de un equipo multi e interdisciplinar.
- b La supervisión permanente.
- c La educación de los participantes, expectativas adecuadas y conocimiento sobre los riesgos y beneficios.
- d El disfrute y ausencia de experiencias desagradables.
- e La integración en la vida diaria
- f La comunicación y retroalimentación con información del progreso y establecimiento de metas.
- g La autoeficacia y competencia mediante el rol activo del participante

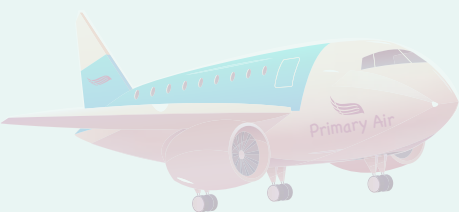
BIBLIOGRAFÍA:

1. United Nations. World Population Ageing 2017. Highlights. New York: United Nations; 2017 [acceso 10/09/2019]. Disponible en: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción 2016-2020. Documento A69/17. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2016 [acceso 06/03/2020]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf
3. Walker, A. (2008). Commentary: The emergence and application of active aging in Europe. *Journal of Aging & Social Policy*, 21(1), 75-93.
4. Limón, M., & Ortega, M. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de psicología y Educación*.
5. Naciones Unidas. Informe de la Segunda asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Madrid: Naciones Unidas. 2002 [acceso 15/09/2019]. Disponible en: http://www.monitoringris.org/documents/norm_glob/mipaa_spanish.pdf
6. Saiz, J. G., Pérez, M. D. T., & Trejo, L. L. (2021). Factores de Riesgo y Protección del Envejecimiento Activo: Revisión Sistemática. *Kronos: revista universitaria de la actividad física y el deporte*, 20(1), 2.
7. Ferrández, E. P., Gil, S. J., Santacilia, I. Z., Tarragato, S. G. T. G., & Esteban, P. C. (2021). Presente y futuro del abordaje de la fragilidad en el marco de la estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud. *Revista española de salud pública*, (95), 4.
8. Andradas Aragonés, E., Labrador Cañadas, M., Lizarbe Alonso, V., & Molina Olivas, M. (2014). Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. *Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS*.
9. Hernández, A. M. R., Carmona, S. A., Sánchez, J. E. R., Alcalá, M. V. C., & Puime, Á. O. (2019). Detección de la población mayor susceptible de prescripción de un programa de ejercicios en Atención Primaria para prevenir la fragilidad. *Atención Primaria*, 51(3), 135-141.
10. Guccione, A. A., Neville, B. T., & George, S. Z. (2019). Optimization of movement: A dynamical systems approach to movement systems as emergent phenomena. *Physical Therapy*, 99(1), 3-9.
11. Hoogenboom, B. J., & Sulavik, M. (2017). The movement system in education. *International Journal of Sports Physical Therapy*, 12(6), 894.
12. Hoogenboom, B. J. (2022). The Movement System and Physical Therapist Practice: What Does the Future Look Like?. *International Journal of Sports Physical Therapy*, 17(1).
13. Barrera, R. (2017). Cuestionario Internacional de actividad física (IPAQ). *Revista Enfermería del trabajo*, 7(2), 49-54.
14. de la OMS Sobre, O. D. (2020). *Actividad Física y Hábitos Sedentarios*. World Health Organization.
15. Andradas Aragonés, E., Labrador Cañadas, M., Lizarbe Alonso, V., & Molina Olivas, M. (2014). Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. *Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS*.
16. Río, X., Guerra-Balic, M., González-Pérez, A., Larrinaga-Undabarrena, A., & Coca, A. (2021). Valores de referencia del SPPB en personas mayores de 60 años en el País Vasco. *Atencion Primaria*, 53(8), 102075.
17. Daza Lesmes J.(2007) Evaluación clínico-funcional del movimiento humano. Bogotá: Médica Panamericana.
18. Tordoya, E. J. (2016). Guía metodológica para elaborar el diagnóstico fisioterapéutico según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), de la discapacidad y de la salud. *Gaceta Médica Boliviana*, 39(1), 46-5).
19. Jochem, C., Leitzmann, M., Volaklis, K., Aune, D., & Strasser, B. (2019). Association between muscular strength and mortality in clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(10),



1213-1223.

20. Collado-Mateo, D., Lavín-Pérez, A. M., Peñacoba, C., Del Coso, J., Leyton-Román, M., Luque-Casado, A., ... & Amado-Alonso, D. (2021). Key factors associated with adherence to physical exercise in patients with chronic diseases and older adults: an umbrella review. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 2023.





Programas de ejercicio terapéutico en las patologías más prevalentes en Atención Primaria: Estrategias de alianza y adherencia terapéutica.



Clara Bergé Ortíz
Fisioterapeuta.

Creadora del Proyecto de divulgación de la salud y fisioterapia digital:
#PlanBe Fisioterapia.



Las enfermedades crónicas encabezan las principales causas de morbilidad mundial, se caracterizan por ser de larga duración y lenta progresión, limitan la calidad de vida de pacientes y cuidadoras; suponiendo una mortalidad prematura. Además, repercuten en un aumento del gasto de los servicios sanitarios y de los tratamientos farmacológicos.

Los trastornos musculoesqueléticos son los más comunes e incapacitantes. Los principales factores de riesgo son la escasa actividad física, la obesidad, el tabaquismo y la nutrición deficiente.

Algunas afecciones requieren atención especializada, pero muchas pueden tratarse en centros de atención primaria mediante intervenciones básicas no farmacológicas. **La fisioterapia se centra en el manejo del dolor, la recuperación de los niveles de actividad física y la prescripción de ejercicio terapéutico (ET).**

La implicación del paciente en su proceso de rehabilitación será fundamental para su mejora y recuperación, siendo necesario establecer adherencia al tratamiento.

1. Alianza terapéutica y adherencia al ET

El concepto de **cumplimiento terapéutico** se refiere al grado en que la conducta del paciente coincide con la prescripción clínica. Para que la intervención se considere válida el cumplimiento debería ser de entre el 80-85%.

Por otro lado, la **adherencia al tratamiento** se considera el grado en el que el paciente sigue el tratamiento prescrito, como el mantenimiento de citas y horarios y la adhesión a la medicación o ejercicio para el resultado terapéutico deseado. Implica una responsabilidad activa compartida por el paciente y los proveedores de atención médica.

La adherencia al ET tendrá en cuenta esta responsabilidad activa. La **iniciación** y la **continuidad** a la prescripción de ejercicio y la asistencia a sesiones de terapia y/o la realización de un programa de ejercicio en el hogar.

La terapia no se puede concebir al margen del establecimiento de la relación interpersonal. Por esa razón, se genera un vínculo de confianza y entendimiento entre paciente y profesional, necesario para abordar el problema o dolencia, hablamos entonces de **alianza terapéutica**.

Los valores estimados de incumplimiento de las pautas de ET son altos (1-3) y es por ello que es interesante conocer cuáles son los factores que influyen en favorecer o desfavorecer la adherencia al tratamiento activo.

2. Barreras para la adherencia al ejercicio

Como “barreras” se consideran aquellos factores que impiden total o parcialmente la implementación de un cambio de comportamiento que se puede manifestar en una falta de adhesión al nuevo hábito de vida que se debe adquirir (4). En referencia a la adherencia al tratamiento con prescripción de ejercicio terapéutico las principales barreras son (1,2):

- Expectativas del tratamiento equivocadas
- Creencias erróneas o incertidumbre
- Falta de tiempo
- Falta de motivación
- Falta de recursos económicos (alto coste del tratamiento)
- Baja condición física (CF)
- Dolencias o enfermedades crónicas
- Depresión y ansiedad
- Falta de espacio donde realizar el ejercicio
- Baja autoeficacia en el control de la pauta
- Falta de soporte social o familiar

3. Estrategias para favorecer la adherencia al ejercicio

Conociendo las **barreras** podemos definir diversas **estrategias** para lograr una mayor implicación del paciente en su tratamiento, empezando desde el primer contacto fisioterapeuta-paciente, durante la entrevista clínica; continuando con la evaluación funcional inicial y/o las reevaluaciones posteriores; conociendo como optimizar la prescripción de ejercicio y utilizando técnicas para favorecer el aprendizaje y aumentar la motivación.

3.1. Entrevista Clínica

Se sugieren diversas consideraciones a implementar en el momento de la anamnesis. Para poder realizar una prescripción de ET es imprescindible realizar una **adecuada valoración de los niveles de actividad física (AF)**. Conocer estos niveles nos permitirá optimizar la dosis del ejercicio prescrito y además será el modo de justificar una intervención activa haciendo que el paciente sea conocedor de que los bajos niveles de AF suponen el principal factor de riesgo de padecer o/y agravar las patologías más prevalentes (5). Como promotores de la salud, deberemos informarles de cuáles son los niveles de AF recomendados por la OMS y de los riesgos que supone prolongar el tiempo de conducta sedentaria, argumentando qué relación guardan estos factores con su patología/lesión en concreto.

Debemos considerar también que la evaluación de los factores psicosociales nos facilitará a posteriori una mejor aceptación del tratamiento activo. Por lo tanto, debemos conocer y tener en cuenta las **preferencias** y las **experiencias previas** en relación con el ejercicio físico (EF); sus **miedos y sus creencias** acerca de la patología o el tratamiento. Si nuestros pacientes tienen ideas equivocadas o erróneas, será necesario guiarles y redirigirles antes de proponer un abordaje en el que no confían(1,6,7).

Una de las estrategias de comunicación que se propone es la **entrevista motivacional**. Ésta se define como un estilo de conversación colaborativo cuyo propósito es reforzar la motivación y el compromiso de la persona con el cambio. Mediante la realización de **preguntas abiertas** (tabla 1) evitamos que el paciente responda solo de forma afirmativa o negativa, consiguiendo que tenga que reflexionar en el método que utiliza para dar solución al problema planteado (8).



PREGUNTA CERRADA	PREGUNTA ABIERTA
• Respuestas limitadas: El entrevistado responde una de las alternativas ofrecidas.	• El entrevistado responde libremente, sin respuestas indicadas.
¿Haces mucha actividad física?	¿Cómo describirías tu AF?
¿Te da miedo hacer AF?	¿Qué te preocupa de hacer AF?
¿Necesitas ayuda?	¿Cómo crees que te podemos ayudar?
¿Quieres cambiar tu estilo de vida?	¿Qué cambiarías de tu estilo de vida?
¿Tienen previsto salir más a caminar?	¿Cómo crees que podrías mejorar la AF?
¿Te encuentras bien durante la AF?	¿Cómo describirías la sensación durante la AF?

Tabla 1: Ejemplos preguntas abiertas vs preguntas cerradas

Conocer los **horarios y la capacidad de compromiso** de la persona a la que tratamos permitirá ofrecer un programa adaptado a sus necesidades. Una pregunta interesante que podemos plantear sería *¿cuánto tiempo al día estás dispuesto a dedicar a tu recuperación?* De este modo cumplimos con el formato de pregunta abierta y hacemos partícipe al paciente en decidir cuanto tiempo va a dedicar a su recuperación.

Por último, en este apartado de recogida de datos, podemos optar por preguntar de qué material y espacio disponen para hacer ejercicio, para considerarlo en nuestra propuesta de tratamiento, ya que será un punto a favor del cumplimiento.

3.2. Evaluación Funcional

Realizar un **registro inicial** de la evaluación funcional nos permitirá hacer el seguimiento de la evolución del paciente. El **uso de pruebas o test cuantitativos y cualitativos** será útil para realizar la valoración y además servirá para mostrar al paciente sus déficits y capacidades.

Muchas pruebas funcionales son fácilmente **adaptables a las posibilidades/particularidades** de cada persona. A no ser que estemos realizando un ensayo clínico y éstas no sean posibles, las adaptaciones favorecerán la adherencia, ya que **individualizar** siempre supone una mejor aceptación y fijación de objetivos (7). Pruebas demasiado complejas no se perciben como objetivos alcanzables y, por lo contrario, si son muy sencillas no despertarán interés o justificarán la necesidad de realizar un tratamiento.

La fijación de objetivos deberá tener en cuenta el corto, medio y largo plazo. El **método SMART** es una forma de plantear objetivos que puede ser de ayuda para ajustarnos a la realidad. Este acrónimo se compone de 5 palabras: *specific* (específico); *measurable* (medible), *achievable* (alcanzable), *relevant* (relevante), *time-bound* (temporal); contemplando estos 5 puntos es más sencillo fijar metas realistas (9). Los logros a corto plazo supondrán una dosis de motivación, por lo que, aunque el objetivo principal sea a largo plazo, podemos plantear metas más sencillas que puedan percibirse en menos tiempo y con menos esfuerzo.

La **reevaluación** es un modo de motivación ya que incita a la persona a superar las marcas previas. Si

hemos adaptado los test funcionales, será necesario repetirlos teniendo presentes esas adaptaciones; de lo contrario los resultados no podrían ser comparados.

3.3. Prescripción de ejercicio terapéutico

Entender cuáles son las razones por las que realizar un nuevo esfuerzo o un cambio en la conducta habitual es primordial para la adherencia al tratamiento. La educación del paciente será imprescindible para **justificar la intervención** con ET, y, como ya se ha dicho anteriormente, a menudo es necesario recontextualizar pensamientos o creencias previas (6).

El gráfico de “Capacidades vs. Demandas” puede ser un buen ejemplo para mostrar a los pacientes e instruirlos, mostrándoles la necesidad de fortalecer su cuerpo (gráfico 1).

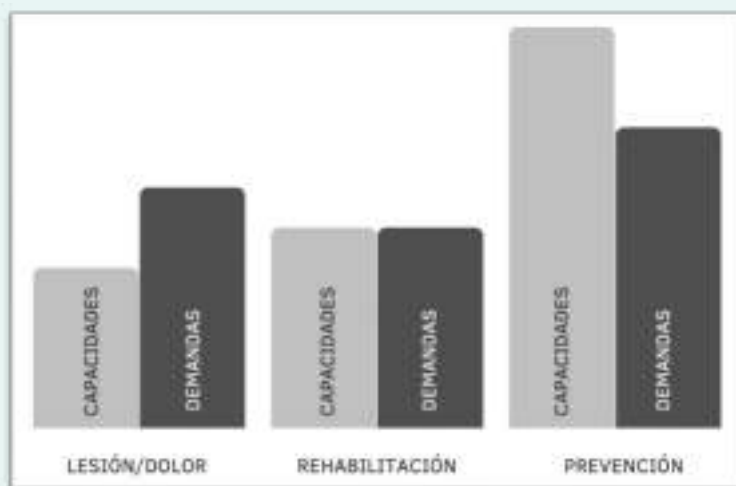


Gráfico 1: Capacidades vs. Demandas

Debido a que los principales motivos de no cumplimiento son la falta de tiempo y el desacondicionamiento físico (1,2), tener en consideración cual sería la **dosis mínima eficaz** supondrá evitar una mala adaptación o un rechazo argumentado por la imposibilidad de tener el tiempo necesario de dedicación. Las recomendaciones para mejorar el cumplimiento son no prescribir más de 3 o 4 ejercicios (10).

Existen protocolos específicos para patologías concretas que pueden ayudarnos en la **selección de ejercicios**, aun así, será imprescindible contemplar cuáles son los déficits funcionales de cada paciente para decidir si es más adecuado un ejercicio u otro, uno más analítico o uno más global. Cuando las capacidades físicas son muy bajas, probablemente será necesario optar por ejercicios más globales debido a que uno de los objetivos principales se centrará en mejorar este bajo nivel de CF.

Además, tendremos presente las **preferencias del paciente** en la elección de ejercicios que cumplan objetivos similares. Por ejemplo, dado que hay múltiples movimientos que pueden realizarse para mejorar la movilidad de la cadera, escogeremos aquellos que el paciente considere más cómodos o fáciles de realizar (6,7).

Ofrecer recursos fáciles para **autogestionar** las cargas facilitará que el paciente no tenga dudas de si está haciendo de más o de menos cuando realice los ejercicios en su hogar. La escala de percepción del

esfuerzo o el número de repeticiones alcanzable pueden ser métodos eficaces de **autocontrol** (6,7).

Es importante que las pautas de ejercicio no solo se den de palabra, hoy en día hay novedosas y atractivas **herramientas que facilitan la prescripción y favorecen la adherencia**. Si optamos por versiones digitales, es importante explicar al paciente el uso de las apps o plataformas elegidas (11).

3.4. Métodos de aprendizaje

Si tomamos en consideración algunas pautas para favorecer el aprendizaje motor, las tareas serán menos costosas y fomentaremos el cumplimiento.

La **práctica previa** de los ejercicios durante el tiempo de consulta nos permite darle el *feedback* necesario al paciente para que no tenga dudas y se sienta seguro durante la realización de éstos (6).

En las fases iniciales de un proceso y en personas poco experimentadas o con bajo nivel de CF es adecuado **evitar la complejidad**. Usaremos patrones motores primarios adaptados a sus particularidades y que no requieran de un excesivo control postural.

El uso del **foco externo** facilita el proceso de aprendizaje de movimientos que requieren de mayor coordinación y destreza (12), además de que suelen ser ordenes más sencillas de recordar.

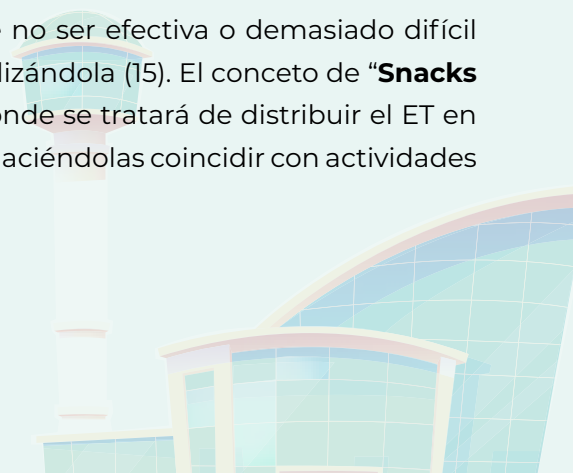
Establecer un orden, **una metodología y una adecuada progresión de las cargas** será beneficioso para el aprendizaje (6).

3.5. Sistema motivacional

El proceso motivacional se activa cuando, por causas externas o internas, el organismo decide elegir una ruta de acción para conseguir un propósito (12). Si además contemplamos el proceso emocional, aumentamos la motivación; así pues, las **tareas significativas** para el paciente supondrán una mayor adherencia.

El uso de **desafíos o retos** también supone un efecto positivo en la motivación por aprender. La transmisión sensoriomotora se incrementa en movimientos que involucran novedad, dificultad o exploración (13). La **música** será también una buena aliada para generar entusiasmo y amenizar la práctica de ejercicio tanto en grupo como de forma individual (14).

Cuando una intervención interfiere en la vida del paciente y parece no ser efectiva o demasiado difícil de implementar, éste toma la decisión razonada de no continuar realizándola (15). El concepto de **“Snacks de AF Esporádica”** puede ser bien aceptado en estas situaciones donde se tratará de distribuir el ET en sesiones de muy corta duración y mayor intensidad a lo largo del día, haciéndolas coincidir con actividades habituales de la vida diaria (16).



- De 3 a 5 sesiones breves
- 5-10 minutos diarios
- La mayoría de días a la semana
- Intensidad - Test del habla*

*Actividad que te hace resoplar para mantener una conversación. Sin dejarte sin aliento (No sobrepasar FC Máx.)

Las propuestas de **programas de ET** en grupo tienen un componente extra: la relación social. La empatía y el compromiso con el grupo son aspectos positivos para la adherencia, sumado a que los costes económicos de estos programas son inferiores tanto para los pacientes como para las entidades que los proponen (15).

4. Conclusiones

La prescripción de ejercicio no es eficaz sin su cumplimiento. Para favorecer el cumplimiento, educar a nuestros pacientes será imprescindible. Existe evidencia de que la alianza terapéutica sólida, vinculada a una relación de colaboración efectiva entre paciente y terapeuta tiene una influencia positiva en los resultados del tratamiento. Las estrategias para mejorar la adherencia serán favorables para su recuperación (1,2,17).



BIBLIOGRAFÍA:

1. McLean SM, Burton M, Bradley L, Littlewood C. Interventions for enhancing adherence with physiotherapy: A systematic review. Vol. 15, Manual Therapy. 2010.
2. Jack K, McLean SM, Moffett JK, Gardiner E. Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: A systematic review. Vol. 15, Manual Therapy. 2010.
3. Palazzo C, Klinger E, Dorner V, Kadri A, Thierry O, Boumenir Y, et al. Barriers to home-based exercise program adherence with chronic low back pain: Patient expectations regarding new technologies. Ann Phys Rehabil Med. 2016;59(2).

4. Cheater F, Baker R, Gillies C, Hearnshaw H, Flottorp S, Robertson N, et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. In: Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005.
5. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Policy and technical considerations for implementing a risk-based approach to international travel in the context of COVID-19. *Lancet*. 2021;392(10159).
6. Kunstler BE, Cook JL, Kemp JL, O'Halloran PD, Finch CF. The behaviour change techniques used by Australian physiotherapists to promote non-treatment physical activity to patients with musculoskeletal conditions. *J Sci Med Sport*. 2019;22(1).
7. Booth J, Moseley GL, Schiltenswolf M, Cashin A, Davies M, Hübscher M. Exercise for chronic musculoskeletal pain: A biopsychosocial approach. *Musculoskeletal Care*. 2017;15(4).
8. Miller WR, Rose GS. Toward a Theory of Motivational Interviewing. *Am Psychol*. 2009;64(6).
9. Wade DT. Goal setting in rehabilitation: An overview of what, why and how. Vol. 23, *Clinical Rehabilitation*. 2009.
10. Bachmann C, Oesch P, Bachmann S. Recommendations for Improving Adherence to Home-Based Exercise: A Systematic Review. *Phys Medizin, Rehabil Kurortmedizin*. 2018;28(01).
11. Adamse C, Dekker-Van Weering MGH, van Etten-Jamaludin FS, Stuijver MM. The effectiveness of exercise-based telemedicine on pain, physical activity and quality of life in the treatment of chronic pain: A systematic review. Vol. 24, *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2018.
12. Wulf G. Attentional focus and motor learning: A review of 15 years. Vol. 6, *International Review of Sport and Exercise Psychology*. 2013.
13. Lepine JA, Lepine MA, Jackson CL. Challenge and hindrance stress: Relationships with exhaustion, motivation to learn, and learning performance. Vol. 89, *Journal of Applied Psychology*. 2004.
14. Ziv G, Lidor R. Music, exercise performance, and adherence in clinical populations and in the elderly: A review. *J Clin Sport Psychol*. 2011;5(1).
15. Slade SC, Kent P, Patel S, Bucknall T, Buchbinder R. Barriers to primary care clinician adherence to clinical guidelines for the management of low back pain: A systematic review and metasynthesis of qualitative studies. Vol. 32, *Clinical Journal of Pain*. 2016.
16. Islam H, Gibala MJ, Little JP. Exercise Snacks: A Novel Strategy to Improve Cardiometabolic Health. *Exerc Sport Sci Rev*. 2022;50(1).
17. Holopainen R, Piirainen A, Heinonen A, Karppinen J, O'Sullivan P. From "Non-encounters" to autonomic agency. Conceptions of patients with low back pain about their encounters in the health care system. *Musculoskeletal Care*. 2018;16(2).



LLEGADAS

MAYO BILBAO 7:9 ON TIME



JORNADAS NACIONALES
DE FISIOTERAPIA EN
ATENCIÓN PRIMARIA

COMUNICACIONES



III JORNADAS NACIONALES DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

CARTERA DE SERVICIOS DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE UN SERVICIO DE SALUD

COMUNICACIÓN: 11060422

PALABRAS CLAVE

Fisioterapia, comunitaria, cartera de servicios.

OBJETIVOS

Visibilizar la cartera de servicios en la Gerencia de AP del SCS.

MATERIAL Y METODO

Gestión citas programa AP Cantabria. Recogida datos en intranet de AP del SCS.

RESULTADOS

Basada en dos principios: presentar el paciente una independencia para valerse autónomamente dentro de la unidad de fisioterapia y que la patología cumpla criterios de complejidad al ser A.P. un nivel asistencial básico.

GENERALES

Patología derivable:

- Procesos incluidos en el listado de patologías.
- Gestión directa entre profesionales si no incluida, que pueda incrementar la capacidad funcional, que mantenga al menos el 50% de la capacidad funcional.
- Procesos que permitan accesibilidad, incluido según protocolos y susceptible de reversión

- Educación para la salud.
- Pacientes intervenidos quirúrgicamente.
- Patología neurológica: nervio periférico.
- Traumatología: fracturas baja complejidad, luxaciones, esguinces, lesiones meniscales, alteraciones musculares.
- Patología Respiratoria: "ruta EPOC".
- Reumatología: procesos osteoarticulares, inflamatorios, radiculopatías.
- Pediatría/neonatología: traumatología y ortopedia según autonomía. Cifosis y lordosis según protocolo ortopedia infantil. Escoliosis valorada en Rehabilitación.
- Ortopedia.
- Atención domiciliaria a personas en situación de dependencia: inmovilizados, atención al cuidador principal y realización baremo valoración dependencia.
- Atención comunitaria: actuaciones en colegios, colaboración con centros deportivos, actuaciones saludables con asociaciones de vecinos/ayuntamientos.
- Prevención en paciente crónico y anciano.
- Programas preventivos.
- Fisioterapia uroginecológica en mujer y varón. Actualmente en centros de salud de referencia

ESPECIFICOS

CONCLUSIONES

La cartera de servicios se basa según **independencia del paciente, criterios de complejidad terapéutica y grado de funcionalidad**. Cubre un abanico suficientemente amplio de patologías como **primer nivel asistencial básico de diagnóstico y tratamiento**.

Bilbao, 7 y 8 de mayo de 2022



Cartera de Servicios de Fisioterapia en Atención Primaria de un Servicio de Salud

David Chao Bermúdez - Silvia Gil Galán

III JORNADAS NACIONALES DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

COMUNICACIÓN: 01180222

ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UNA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

PALABRAS CLAVE

Adherencia al tratamiento, fisioterapia, atención primaria

OBJETIVO

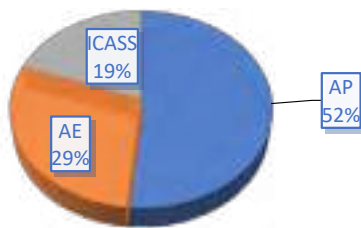
Realizar un estudio descriptivo de las personas que acuden a tratamiento de fisioterapia en el Centro de Salud Alto Asón (Cantabria) durante los meses de Enero a Junio del año 2021.

MATERIAL Y METODO

- ✓ Ordenador.
- ✓ Programa informático de Gestión de Citas, A.P. Cantabria. Programa Excel.
- ✓ Recogida de datos a través del soporte informático del Servicio Cántabro de Salud (SCS) para poder extraer las conclusiones del estudio.

RESULTADOS

DERIVACIONES



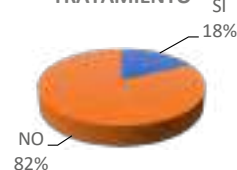
PATOLOGIAS TRATADAS



VARIABLE GENERO



ABANDONO DE TRATAMIENTO



CAUSAS DEL ABANDONO DE TRATAMIENTO



CONCLUSIONES

Las personas que más se benefician son de **mediana edad** y de género **femenino**. La actividad asistencial se realiza 2 veces/semana.

Destaca que **existe derivación para valoración de dependencia** en AP. Las áreas patológicas donde existe una **mayor demanda** de trabajo son: hombro doloroso, valoraciones de dependencia, cervicalgia, lumbalgia y epicondilitis.

El **18% del personal** que acude a nuestro servicio **abandona el tratamiento: por mejoría o no adherencia**.

Bilbao, 7 y 8 de mayo de 2022



Estudio Descriptivo en una consulta de Atención Primaria

David Chao Bermúdez - Silvia Gil Galán

III JORNADAS NACIONALES DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN DIRECTA A LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE MALLORCA

02200322

Desde la **GAP** de Mallorca se ha querido **EMPODERAR** a la figura del **fisioterapeuta** dentro del **EAP**, trabajar por objetivos, realización de más **PDD** basados en la evidencia científica para aumentar y potenciar el circuito de la **ATENCIÓN PRIMARIA**.

Protocolos de derivación directa 2008



- CERVICALGIA
- DORSALGIA
- LUMBALGIA
- HOMBRO DOLOROSO

Protocolos de derivación directa 2018



- CERVICALGIA
- DORSALGIA
- LUMBALGIA
- HOMBRO DOLOROSO
- TENDINOPATIA MEDIAL Y LATERAL
- TENDINOSIS DE D'QUERVAIN
- ARTROSIS DE MANOS
- OSTEOARTROSIS DE RODILLA
- TENDINOPATIA ROTULIANA
- TENDINOPATIA AQUILEA
- FASCITIS PLANTAR
- ESGUINCE DE TOBILLO
- ATM

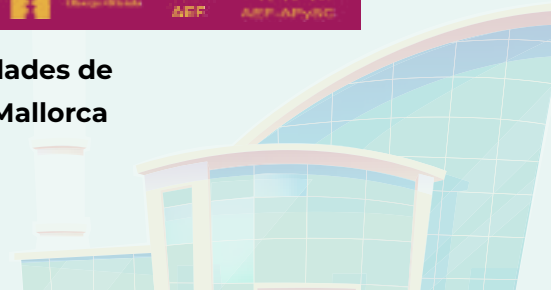
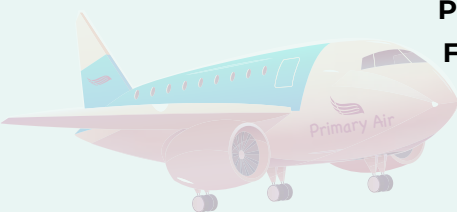
Desde el 2020 los **MRHB** siguen derivando cualquier patología sin pautar tto, sino por **OBJETIVOS** a conseguir.

Bilbao, 7 y 8 de mayo de 2022



Protocolos de Derivación Directa a las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria (AP) de Mallorca

Inmaculada Alés Vives



III JORNADAS NACIONALES DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

PROGRAMA DE TELERREHABILITACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA APLICADO EN TENDINITIS DE SUPRAESPINOSO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: 03280322

PALABRAS CLAVE: Tendinitis supraespinoso, Atención Primaria, Telerrehabilitación.

1. INTRODUCCIÓN

- La tendinitis del supraespinoso es una patología de gran prevalencia, que se aborda de manera frecuente en las consultas de Fisioterapia de Atención Primaria.
- Se ha constatado que la Práctica Digital en Fisioterapia, que se realiza de forma remota a través de dispositivos y comunicación digital, aporta mejoría en el dolor y la función en patología músculo-esquelética, y optimiza la prestación de servicios y la atención a la salud.

2. OBJETIVO

Describir los efectos de un protocolo de Telerrehabilitación diseñado para el tratamiento de la tendinitis de supraespinoso en un paciente derivado a Unidad de Fisioterapia Atención Primaria.

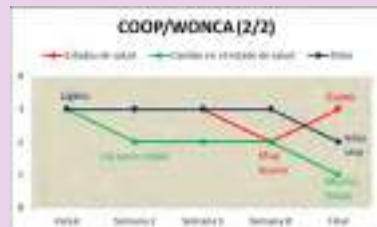
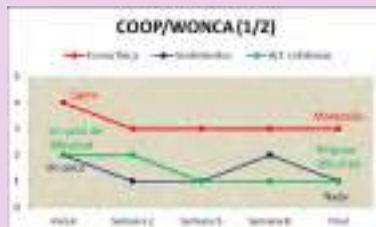
3. DESCRIPCIÓN DEL CASO

- Mujer 59 años.
- Diagnóstico: tendinitis supraespinoso derecho.
- Limitación de movilidad articular.
- Pérdida de fuerza en extremidad superior derecha.
- Dolor.
- Dificultad para actividades de la vida diaria.

4. INTERVENCIÓN

- Programa de Telerrehabilitación 12 semanas.
- Sesiones presenciales + videoconferencias.
- Herramientas de medida:
 - Test Constant Murley.
 - Cuestionario DASH discapacidad.
 - Cuestionario COOP/WONCA.
 - EVA dolor.
 - Cuestionario TUQ.
- Evaluaciones: inicial, 2, 5, 8 y 12 semanas.

5. RESULTADOS



CUESTIONARIO TUQ= 84/84

Se trata de un cuestionario de satisfacción de la herramienta digital que consta de 12 preguntas valoradas de 1 a 7 cada una de ellas en una escala de Likert.

6. CONCLUSIONES: El programa de Telerrehabilitación en Atención Primaria para el tratamiento de la tendinitis de supraespinoso parece ser eficaz y viable para abordar dicha patología de forma remota bajo supervisión del fisioterapeuta, pero se requiere un ensayo clínico para su validación. Cabe destacar el aspecto novedoso de la intervención en cuanto al autocuidado y la motivación en el seguimiento del programa.

Bilbao, 7 y 8 de mayo de 2022



Programa de Telerrehabilitación en Atención Primaria aplicado en tendinitis del supraespinoso:

A propósito de un caso

M.ª Teresa Muñoz Tomás - M.ª Ángeles Franco Sierra

Póster ganador

III JORNADAS NACIONALES DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

AFRONTAMIENTO ACTIVO DEL DOLOR EN ESCOLARES A TRAVÉS DEL PROYECTO EXT-HEALTH. ESTUDIO PILOTO

Autores: 05280322

INTRODUCCIÓN

La incidencia de dolor en escolares ha sido situada entre el 7% y el 63%¹, siendo directamente asociado con un empeoramiento de su condición física y psicológica. Además, la intensidad del dolor en niños y adolescentes presenta una fuerte asociación con la existencia de ansiedad y depresión, provocando una pérdida de la calidad de vida del escolar²⁻⁴. Ante esto, Ext-Health se presenta como un proyecto educativo facilitador, ya que aborda desde una perspectiva didáctica el bienestar emocional y la autoeficacia ante el dolor persistente, actuando como catalizador de conductas adaptativas ante el dolor mediante el fomento de habilidades intelectuales relacionadas con la salud.

OBJETIVO

Conocer los resultados de aprendizaje entre escolares sobre la neurofisiología del dolor tras recibir las actividades docentes diseñadas para este proyecto en relación a la autoeficacia y la identificación de la fisioterapia como profesión alineada con el desarrollo sostenible en materia de Salud.



MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio piloto desarrollado en el marco del Proyecto Ext Health, impulsado por el Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Extremadura en alianza con la Consejería de Educación y Empleo de la Junta de Extremadura.

Participantes: Fueron formados 250 escolares distribuidos en centros educativos de la CC.AA de Extremadura (n=7). Cuatro Fisioterapeutas diseñaron las actividades docentes distribuidas en 3 itinerarios:

1. CONTENIDOS SOBRE NEUROFISIOLOGIA DEL DOLOR



2. ANALOGÍAS DEL DOLOR, RELATOS CORTOS Y SCAPE-ROOM



3. FORMACIÓN A DOCENTES, PADRES Y MADRES



RESULTADOS

*La Fisioterapia parece situarse en entornos educativos a través de proyectos comunitarios externos a los propios agentes proveedores de educación reglada.

*Ext-Health contribuye a la satisfacción de escolares con los conocimientos recibidos en las actividades formativas (Itinerario 1 y 2), mejorando el conocimiento de Educación Saludable relacionado con Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS n°3 y 4).



Muestra correspondiente a 250 escolares en la Comunidad de Extremadura.

Figura 1. Satisfacción respecto a actividad formativa

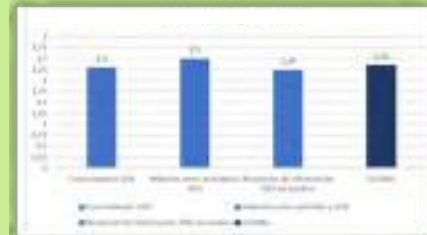


Figura 2. Identificación de los ODS con actividades dirigidas a la salud y el bienestar.

CONCLUSIONES

Ext-Health parece contribuir en la mejora competencial de escolares y docentes sobre Educación en el manejo del dolor. Futuros estudios son necesarios para conocer el impacto de la Fisioterapia Comunitaria en el ámbito educativo.

REFERENCIAS

1) Pellice F, Badger F, Rajmil L, Cadrassi C, Aguiro M, Fontecha CD, Pizzini M, Ferrer M (2009). Prevalence of low back pain and its effect on health-related quality of life in adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 163: 65-71.
 2) Miller MM, McIntosh SM, y Miral AF (2018). Catastrophizing, pain, and functional outcomes for children with chronic pain: a meta-analytic review. Pain. 169(12): 2442-2460. doi:10.1097/pain.0000000000001342.
 3) Aarun, E, Hartvigsen, J, Wedderkopp, N, Heistbak, L (2014). Spinal pain in adolescents: prevalence, incidence, and course: a school-based two-year prospective cohort study in 1,300 Danes aged 11-13. BMC Musculoskelet Disord. 15:187. doi: 10.1186/s12874-014-015-187.
 4) Vitor, J, Barros, PA, Pinheiro, FJ, Catalano, J, Ortega, FB, Palou-P. (2013) Effects of a postural education program on school backpack habits related to low back pain in children Eur Spine 22:1923-1931. doi:10.1007/s00586-012-2358.

Bilbao, 7 u 8 de mayo de 2022



Afrontamiento Activo del Dolor en escolares a través del proyecto EXT- HEALTH: Estudio Piloto

Luis Espejo Antúnez - Carlos Fernández Morales - Ana Cordero Gessa

Juan Diego Cuenda Gago - M.ª de los Ángeles Cardero Duran

III JORNADAS NACIONALES DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

DISEÑO DE UNA GUÍA DE USO DE PARQUES BIOSALUDABLES COMO RECURSO COMUNITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA (06010422)

Introducción

La adquisición de hábitos de vida saludable precisa de propuestas educativas y de participación activa de la población diana. Para ello, los fisioterapeutas de Atención Primaria (AP) resultan claves en la educación del paciente y su autoeficacia en el manejo de trastornos de carácter crónico asociados o no con sintomatología dolorosa.

A pesar de los sólidos niveles de evidencia científica sobre la eficacia de la educación y el ejercicio terapéutico, son limitadas las propuestas que integran intervenciones clínicas haciendo uso del mobiliario urbano en el contexto comunitario.

Ante esto, el **objetivo** de los autores fue elaborar una guía de uso de los PBs de la ciudad de Badajoz que permita a los fisioterapeutas de AP disponer de un novedoso recurso comunitario para el desarrollo de su tarea asistencial.

Metodología

Palabras claves: Ejercicio Terapéutico, Fisioterapia, Promoción de la Salud

La guía fue desarrollada siguiendo como criterios:

- i) Considerar PBs aquel espacio verde que integra al menos 5 aparatos para el desarrollo de la condición física dentro de un área urbana/extrurbana
- ii) Análisis y toma de decisiones sobre el uso terapéutico más adecuado por aparato.
- iii) Caracterización según indicaciones/contraindicaciones y dosificación.
- iv) Diseño de simbología y descripción sencilla para su uso comunitario.

La metodología aplicada fue el **Aprendizaje Basado en Problemas (ApS)**. El ApS combina procesos de aprendizaje experiencial integrando el servicio a la comunidad al detectar necesidades reales del entorno con el propósito de mejorarlo.

El ApS permitió la Educación del paciente a través de sesiones grupales alineando la cartera de servicios del fisioterapeuta de Atención Primaria con la hoja de ruta establecida por la Agenda 2030.

Resultados

Fueron identificados 10 PBs en la Ciudad de Badajoz.



La exigencia física de los ejercicios se representó mediante sistema visual de semáforos de colores (verde, ámbar y rojo) y muñeco (en movimiento o parado).



Portada de la Guía publicada y entregada a fisioterapeutas de AP

La totalidad presentaron aparatos para realizar ejercicio en miembros superiores, inferiores y tronco.



Se diseñaron fichas técnicas para cada aparato, con breve explicación sobre la ejecución del ejercicio a realizar

Conclusiones

Esta guía permite al fisioterapeuta de APySC planificar y desarrollar programas de intervención mediante ejercicio terapéutico, disponiendo de información adecuada en el uso de este mobiliario urbano como espacio para la atención comunitaria.

Bilbao, 7 y 8 de mayo de 2022



Diseño de una Guía de uso de Parques Biosaludables como recurso comunitario en Atención Primaria

Luis Espejo Antúnez - Carlos Fernández Morales - Ana Cordero Gessa

Juan Diego Cuenda Gago - M.ª de los Ángeles Cardero Duran

III JORNADAS NACIONALES DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TELERREHABILITACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN PATOLOGÍA DE MANGUITO ROTADOR DE HOMBRO

Autores: 07010422

1, OBJETIVO

PALABRAS CLAVE: Protocolo, Telerrehabilitación, Atención Primaria, Manguito rotador



Diseñar un protocolo de intervención en Unidad de Fisioterapia en Atención Primaria de Práctica Digital en Fisioterapia en patología degenerativa del manguito rotador de hombro basado en la evidencia científica

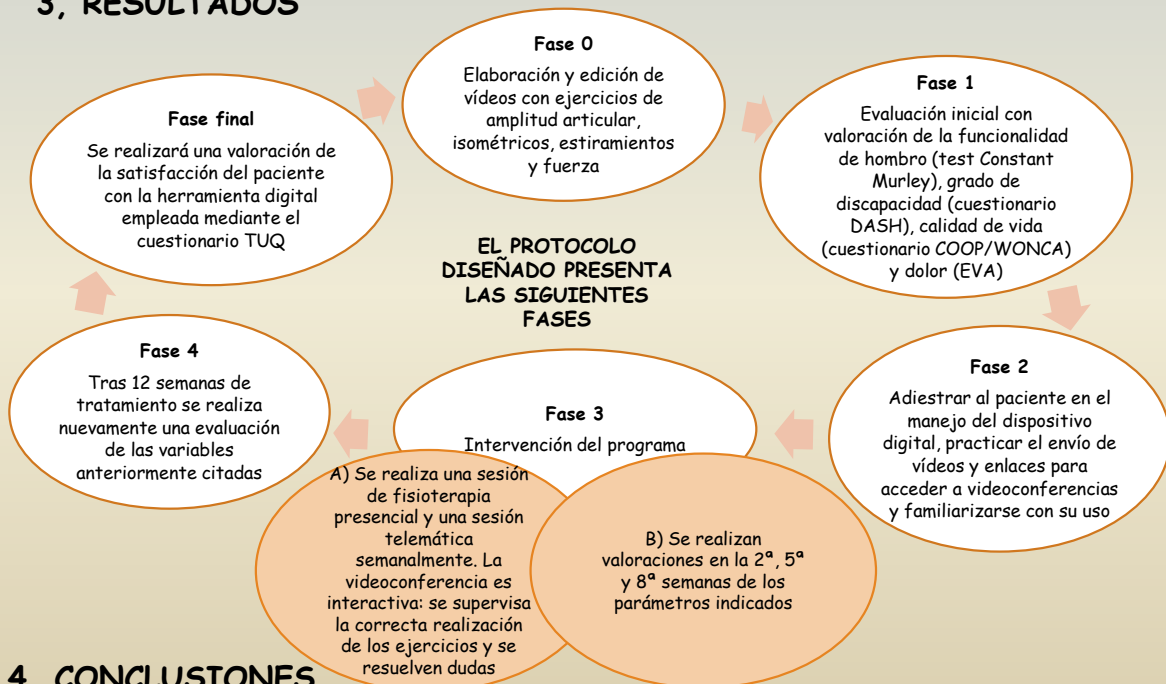
2, MATERIAL Y MÉTODOS

SELECCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD: La patología degenerativa del manguito rotador de hombro tiene una gran prevalencia en Atención Primaria. La Telerrehabilitación aplicada en patología músculo-esquelética nos aporta resultados positivos respecto a la mejora de la funcionalidad y el dolor y por ello la elección de esta herramienta para su tratamiento.

REVISIÓN DE EVIDENCIA CIENTÍFICA: Se realizó revisión bibliográfica desde 2015 hasta 2021 para analizar la literatura y conocer resultados de intervenciones mediante Telerrehabilitación en comparación con Fisioterapia presencial.

REDACCIÓN DEL DOCUMENTO: Se diseñó protocolo basado en evidencia científica definiendo ámbito de aplicación, población diana, criterios inclusión/exclusión, plan de intervención y variables con las que evaluar resultados (funcionalidad de hombro, grado de discapacidad, calidad de vida y percepción del dolor)

3, RESULTADOS



4, CONCLUSIONES

El protocolo diseñado permite el abordaje de un problema de gran prevalencia como es la patología degenerativa del manguito rotador de hombro en Atención Primaria, mediante una intervención remota, facilitando el acceso a la población, optimizando recursos, realizando una supervisión individualizada y evitando desplazamientos al Centro de Salud ofreciendo calidad asistencial a los pacientes.

Bilbao, 7 y 8 de mayo de 2022



Diseño de un Protocolo de Telerrehabilitación en Atención Primaria en patología de manguito rotador de hombro

M.ª Teresa Muñoz Tomás - M.ª Ángeles Franco Sierra

III JORNADAS NACIONALES DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

INVESTIGACIÓN EN FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

08030422

Introducción

La Fisioterapia en Atención Primaria tiene como cometido fundamental la promoción y la educación para la salud.

Objetivo

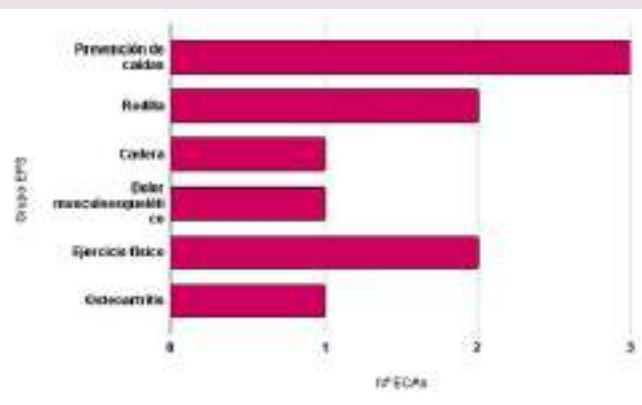
Revisar los ensayos clínicos sobre la educación para la salud de fisioterapia en atención primaria en los últimos cinco años.

Resultados

Se han encontrado un total de 14 ensayos clínicos, de los cuales se han incluido 10 estudios y se han descartado 4. Dos se eliminaron por ser atención hospitalaria y dos por ser proyectos que aún no se han llevado a cabo y por tanto, no presentaban resultados. Los ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) fueron los siguientes: tres artículos estudiaron la prevención de caídas (Matchar et al., Renehan et al. y Gallo et al.), dos estudios intervinieron en el dolor de rodilla (Bennell et al. y Soeters et al.), dos utilizaron el aumento de ejercicio físico como objetivo (de Freitas et al. y Harris et al.) y los otros tres estudiaron la osteoartritis (Moseng et al.), el dolor musculoesquelético (Hill et al.) y el postoperatorio de prótesis total de cadera (Centikaya et al.). Los ensayos clínicos sobre educación para la salud estaban dirigidos por fisioterapeutas de atención primaria o éstos formaban parte del equipo. Todos los estudios obtuvieron buenos resultados tras las intervenciones de educación para la salud.

Material y Métodos

Se ha realizado una búsqueda de ensayos clínicos aleatorizados en los buscadores PEDro y Pubmed donde se incluye la fisioterapia en el área de atención primaria y la educación para la salud entre los años 2017 a 2022 con las palabras clave “atención primaria de salud” (primary health care), “modalidades de fisioterapia” (physical therapy modalities) y “educación en salud” (health education).



Conclusión

La intervención del fisioterapeuta de atención primaria mediante educación para la salud mejora los síntomas de los pacientes en las patologías revisadas y ofrece beneficios en cuanto a prevención en todos los ensayos clínicos aleatorizados que se han analizado. La educación para la salud en fisioterapia es eficaz en cuanto a prevención de caídas, mejora del dolor musculoesquelético y aumento del ejercicio físico.

Bibliografía



Bilbao, 7 y 8 de mayo de 2022



Investigación en Fisioterapia de Atención Primaria y Educación para la Salud

Marta Ripoll Ocete - Miguel Ángel Capó Juan

III JORNADAS NACIONALES DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

FISIOTERAPIA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE MALLORCA

09030422

Objetivo

Conocer el pasado, presente y futuro de la educación para la salud grupal de la fisioterapia de Atención Primaria de Mallorca.

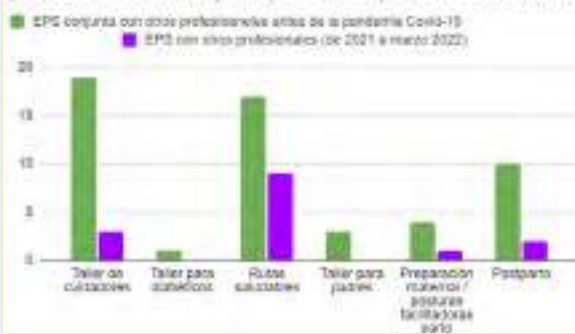
Material y Métodos

Se envió un formulario a los fisioterapeutas de Atención Primaria de Mallorca. Este constaba de 5 preguntas: de la primera a la cuarta pregunta seleccionaron su participación en educación para la salud (EPS) grupal, tanto propia de fisioterapia como conjunta con otros profesionales, antes de la pandemia de Covid-19 y tras ésta, de 2021 a marzo de 2022. La última pregunta fue “¿Qué EPS grupal, que no se realiza en Atención Primaria de Mallorca, añadirías?”.

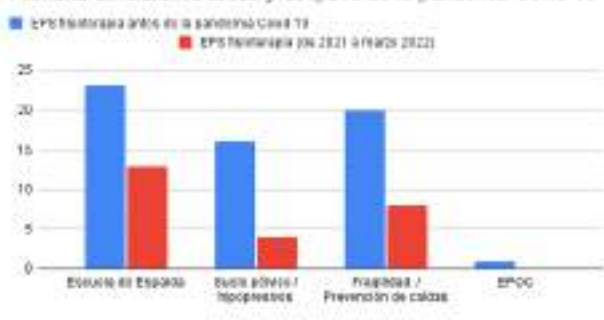
Resultados

31 de 36 fisioterapeutas contestaron el formulario. La Educación Para la Salud propias de fisioterapia fueron 4 EPS grupales: escuela de espalda, suelo pélvico/hipopresivos, fragilidad/prevenición de caídas o EPOC. También participaron en 6 EPS conjuntas con otros profesionales de enfermería, TCAEs, médicos o matronas como taller de cuidadores, de diabéticos, de padres, de preparación maternal/posturas facilitadoras del parto, de postparto o rutas saludables. Tras la pandemia el número de intervenciones de EPS grupales disminuyó considerablemente. Prepandemia se realizaron un total de 60 EPS de fisioterapia y 54 EPS conjuntas. Postpandemia, 25 y 15 respectivamente. Las respuestas a “¿qué EPS añadirías?” fueron: Covid persistente (3), manejo del dolor crónico (3), patología de hombro (3), actividad física en sobrepeso u obesidad (2), reeducación postural (2), entrenamiento funcional para menores de 70 años (1), actividad física en taller de fumadores (1), rehabilitación cardíaca (1), suelo pélvico (no postparto) (1) y oncología (1).

Educación para la Salud grupal conjunta con otros profesionales antes y después de la pandemia Covid-19



Educación para la Salud grupal en fisioterapia de Atención Primaria de Mallorca antes y después de la pandemia Covid-19



Conclusión

La pandemia de Covid-19 ha afectado negativamente a la educación para la salud. La realización de Educación para la Salud grupal se ha reducido significativamente. Las EPS de fisioterapia han pasado de 60 a 25 y de 54 a 15 en EPS conjuntas con otros profesionales. Esto es debido a que no se podía cumplir la normativa Covid-19 respecto al aforo de la unidad de fisioterapia y a la distancia entre pacientes dentro de ella. Se debe aumentar el número de realización de EPS grupales e implantar nuevas EPS grupales, como la EPS Covid Persistente y la EPS Manejo del Dolor Crónico.

Bilbao, 7 y 8 de mayo de 2022



Fisioterapia y Educación para la Salud en Atención Primaria de Mallorca

Marta Ripoll Ocete

III JORNADAS NACIONALES DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

EFFECTO INMEDIATO DEL TRATAMIENTO CON INDUCCIÓN MIOFASCIAL EN UNA PERSONA MAYOR CON PROBLEMAS DE MOVILIDAD. CÓDIGO DE LA COMUNICACIÓN: 10040422

KEY WORDS: Physical Therapy Modalities, Primary Health Care, Musculoskeletal Manipulations.
PALABRAS CLAVE: Fisioterapia, Atención Primaria de Salud, Manipulaciones musculoesqueléticas.

INTRODUCCIÓN

El 34,1% de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad tienen problemas de movilidad¹. La frecuencia de caídas en las personas mayores, no institucionalizadas, de la población española es alta, varía del 14,9% al 66,2%². Existen intervenciones basadas en el ejercicio terapéutico (de fuerza y equilibrio) que reducen el número de caídas y la mortalidad³. Pero la eficacia de la terapia manual [por ejemplo, tratamiento de inducción miofascial (MIT)], sobre la movilidad, el equilibrio, la fuerza, el desempeño físico en esfuerzos cortos y largos no ha sido estudiada.

OBJETIVO

Estudiar si el tratamiento con inducción miofascial (MIT) mejora la movilidad, el equilibrio, la fuerza y el desempeño físico de una persona mayor derivada a Fisioterapia de Atención Primaria (FAP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción del caso: Paciente mujer de 80 años derivada a FAP por coxartrosis bilateral. El fisioterapeuta le realiza pruebas de movilidad global (tabla 1): Timed Up and Go Test (TUGT): tiempo que tarda en levantarse de una silla con apoyabrazos caminar 3 metros y volver a sentarse⁴. Si tarda más de 15 segundos se considera que tiene riesgo de sufrir caídas⁵. Escala corta de desempeño físico [Short Physical Performance Battery (SPPB)]: velocidad de la marcha (4 metros), equilibrio y prueba de levantarse de la silla 5 veces (5 STS)]. Prueba de caminar 2 minutos en el sitio del Senior Fitness Test⁷.

Tratamiento fisioterápico: Una sola aplicación de la técnica de MIT denominada deslizamiento transverso en la musculatura glútea bilateral: Paciente en decúbito prono. Terapeuta de pie del lado homolateral cerca de la rodilla del paciente. Mano tratante: contacto amplio en la región glútea con los dedos apuntando hacia craneal 2 o 3 centímetros por debajo de la cresta iliaca, ligera flexión de las falanges distales, codo en extensión (Figura 1). La mano tratante, sin deslizar sobre la piel, (fulcro en la muñeca) aplica una presión profunda hacia la camilla y realiza un movimiento enérgico similar a un limpiaparabrisas. Se realizan 3 repeticiones de 15 ciclos. El movimiento comienza en la muñeca, no hay movimiento de abducción del brazo y el tronco. El soporte es realizado en la región del tratamiento. El terapeuta se apoya en la camilla con la otra mano.



Figura 1 Primera parte. Mostrada en disección anatómica

Figura 2 Segunda parte

Imágenes: © Andrzej Pilat. Myofascial Induction™. An anatomical approach to the treatment of fascial dysfunction. Volume 2 The Lower Body. Handspring Publishing 2022.

RESULTADOS

El MIT produjo una mejoría inmediata en todas las pruebas de movilidad: TUGT, SPPB y prueba de caminar en el sitio 2 minutos del Senior Fitness Test (Tabla 1).

Tabla 1: Resultados de las pruebas de movilidad

	Pre-intervención	Post-intervención
TUGT	14,53 segundos	12,65 segundos
SPPB		
Velocidad de marcha (4 metros)	0,49 metros/segundo	0,97 metros/segundo
Equilibrio		
Tándem gran balanceo		Tándem menos balanceo
	18,53 segundos	14,53 segundos
5 STS		
Caminar en el sitio 2 minutos (Senior Fitness Test)	35 pasos con la pierna derecha	60 pasos con la pierna derecha

CONCLUSIONES

El MIT produjo una mejoría inmediata en la movilidad global de la persona mayor atendida en FAP. Este efecto del MIT merece ser estudiado en futuros ensayos clínicos para valorar su inclusión en FAP para la atención a personas mayores con problemas de movilidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Saiz-Llamosas JR, Casado-Vicente V, Santamaría-Solla N, González Rebolgar T. Prevalencia de caídas, consumo de fármacos, presencia de enfermedades y calidad de vida en las personas mayores que viven en la comunidad. Fisioterapia. 2014;36(4):153-159.
- Pellicer García B, Juárez Vela R, Gracia Carrasco E, Guerrero Portillo S, García Moyano LM, Redondo Castán LC, Azón Belarce JC. Epidemiología de caídas en la población anciana española no institucionalizada. Rev ROL Enferm 2015; 38(11): 760-765.
- Thomas S, Mackintosh S, Halbert J. Does the "Ottago exercise programme" reduce mortality and falls in older adults?: A systematic review and meta-analysis. Age Ageing. 2010;39:681-7.
- Podsiadlo D, Richardson S. The timed "up and go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc 1991;39:142-8.
- Whitney J, Lord S, Close C. Streamlining assessment and intervention in a falls clinic using Timed Up and Go Test and Physiological Profile Assessments. Age and Aging 2005;34:567-71.
- X. Río, M. Guerra-Balc, A. González-Pérez et al. Valores de referencia del SPPB en personas mayores de 60 años en el País Vasco. Atención Primaria. 2021;53:1-9. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102075>
- Rikli RE, Jones CJ. The development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults. Journal of Aging and Physical Activity. 1999;7:129-61.
- Gardner MM, Buchner DM, Robertson MC, Campbell AJ. Practical implementation
- Pilat A. Myofascial Induction™. An anatomical approach to the treatment of fascial dysfunction. Volume 2 The Lower Body. Handspring Publishing 2022. In press.

Bilbao, 7 y 8 de mayo de 2022



Efecto inmediato del tratamiento con Inducción Miofascial en una persona mayor con problemas de movilidad

Jose Ramón Saiz Llamosas

III JORNADAS NACIONALES DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

COMPARATIVA ENTRE DEPENDENCIA PERCIBIDA Y DEPENDENCIA REAL según Ley 39/2006

CÓDIGO 12070422

Palabras clave: Dependencia, grados de dependencia, fisioterapeutas de atención primaria.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es comparar la percepción del paciente acerca de su dependencia/necesidad de tercera persona y su correlación con el modo de valoración de la misma según el baremos estatal de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño descriptivo, transversal, de prevalencia.

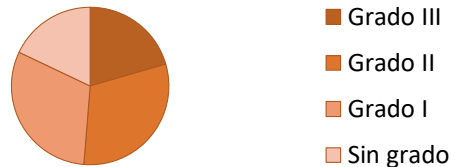
Analizamos en la base de datos del ICASS (Instituto Cántabro de Servicios Sociales) la resolución de grado de dependencia de las solicitudes registradas en el año 2021 en una zona básica de salud de la Comunidad Autónoma de Cantabria (C.S. Montaña), para pacientes mayores de 3 años. Dichas valoraciones forman parte de la cartera de servicios de los fisioterapeutas de Atención Primaria.

RESULTADOS

Solicitaron la valoración 47 personas, 8 acreditaron grado III de dependencia (gran dependencia), 12 grado II (dependencia severa), 12 grado I (dependencia moderada) y 7 no acreditaron grado. 4 de ellos fueron exitos en ese período y 4 fueron excluidos de la valoración por otras causas.

De as 39 personas cuya percepción era encontrarse en situación de dependencia, un 82,05% quedó encuadrado en algún grado, según ley, mientras que un 17,94% no acreditó grado de dependencia.

Dependencia



CONCLUSIONES

Se observa que la dependencia percibida por el usuario se ajusta en gran medida a la dependencia real según los criterios de reconocimiento que establece la ley.

Bilbao, 7 y 8 de mayo de 2022



Comparativa entre dependencia percibida y dependencia real según Ley 39/2006

Lucía Bonis Domingo - Marta Antón Andrés

III JORNADAS NACIONALES DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA EN PACIENTES CON SÍNDROME SUBACROMIAL (SIS)



SERVICIO DE SALUD
PRINCIPADO DE ASTURIAS

Código: 14090422



INTRODUCCIÓN

Existe una gran variabilidad clínica en pacientes con SIS cuyo diagnóstico supone el 40-60% de las consultas por dolor de hombro en AP.

OBJETIVO

Elaborar protocolos de actuación eficaces y efectivos para el abordaje de pacientes con SIS.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo realizado en 19 pacientes diagnosticados de SIS del área IV Servicio Salud Principado de Asturias. Variables: Puntos gatillo miofasciales/ Movilidad escapular/ Inspección Postural y Escala de Constant-Murley (BA, dolor y repercusión en las AVD).

RESULTADOS

POSTURA		
Postura Antiálgica		
No	11	57.9%
Sí	8	42.1%
Actitud en Flexión		
No	11	57.9%
Sí	8	42.1%

MOVIMIENTO ESCÁPULA						
	Ausente		Limitada		Normal	
Elevación/descenso	2	10.5%	5	26.3%	12	63.2%
Abducción/aducción	2	10.5%	5	26.3%	12	63.2%
Báscula axilar/espinal			8	42.1%	11	57.9%

PUNTO GATILLO											
Deltoides			Infraespinoso			Subescapular		Supraespinoso			
No	5	26.3%	No	1	5.3%	No	3	15.8%	No	5	26.3%
Sí	14	73.7%	Sí	18	94.7%	Sí	16	84.2%	Sí	14	73.7%

CONCLUSIONES

- ✓ El dolor localizado en cara anterior del hombro se corresponde con el dolor miofascial irradiado del PG del músculo infraespinoso presente en el 94% de los sujetos.
- ✓ El 40% presenta alteración postural en flexión y/o limitación ROM escapular y el 73%-95% presentan PGM activos en la musculatura estudiada.
- ✓ La inspección postural, la valoración del ritmo escapular y el análisis de los PGM es determinante para establecer protocolos de actuación eficaces.

Bilbao, 7 y 8 de mayo de 2022



Características clínicas de la Valoración Fisioterapéutica en pacientes con Síndrome Subacromial (SIS).

José Antonio Martínez Pubil - Elena Bustó López - Susana Rodríguez de la Red
Juan Carlos Virosta Suárez

III JORNADAS NACIONALES DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LOS FISIOTERAPEUTAS VASCOS ANTE LA FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

INTRODUCCIÓN

AUTORES: 15090422

La mayoría de las comunidades autónomas apostó por la fisioterapia en Atención Primaria (AP) hace treinta años. Han pasado más de dos años desde que Osakidetza apostó por la figura del fisioterapeuta en AP. En la actualidad, existen cinco fisioterapeutas a la espera de la expansión de esta figura profesional por Bizkaia. En este contexto, es necesario hacer una evaluación de los fisioterapeutas vascos ante el reto del aterrizaje de la Fisioterapia en AP.

OBJETIVOS

- Diagnosticar la situación de los fisioterapeutas vascos ante la implementación de la Fisioterapia en el ámbito de la AP en Euskadi.
- Evaluar sus conocimientos actuales sobre el modelo de Fisioterapia en AP y Comunitaria.
- Valorar sus necesidades formativas ante el reto de formar parte del equipo multidisciplinar en AP.

MATERIAL Y MÉTODOS

- **Google Formularios.** Metodología de las preguntas:
 - Escala lineal del 1 al 5 siendo 1: nada y 5: totalmente.
 - Varias opciones a elegir.
- **Nubes de palabras. Mentimeter.**
- **Dinámicas grupales**
 - Gasteiz 1. Dinámica grupal del yo, obstáculo y reto. Fase de preparación dentro del ciclo del cambio¹.
 - Gasteiz 2. El triángulo. Interrelaciones del grupo.
 - Donostia. Caja de propuestas.



RESULTADOS

Necesidades de formación



Falta de apoyo de la organización en la que trabajan. Escasa Transversalidad



Escaso conocimiento de las funciones del fisioterapeuta en AP



Proactividad



CONCLUSIONES

Existen tres claras necesidades en el colectivo de fisioterapeutas vascos que asistieron a las pre jornadas de marzo y abril de 2022. La necesidad de conocer las funciones del fisioterapeuta en el ámbito de la AP, la necesidad de formación específica ante el nuevo modelo asistencial y la necesidad de formar redes de interconexión profesional entre el propio colectivo de fisioterapeutas y con el equipo multidisciplinar de AP y Comunitaria. Buscar herramientas ante estas necesidades mejoraría la implementación del nuevo modelo asistencial, instaurado en otras comunidades e incluso a nivel internacional y facilitaría el aterrizaje de una fisioterapia en AP y Comunitaria firme, solvente y costo-efectiva.

BIBLIOGRAFÍA 1. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 1997 Sep-Oct;12(1):38-48. doi: 10.4278/0890-1171-12.1.38. PMID: 10170434. Para más información: AINTZANE.SARASUAUNANUE@osakidetza.eus

Bilbao, 7 y 8 de mayo de 2022



Evaluación de la Situación de los Fisioterapeutas Vascos ante la fisioterapia en Atención Primaria

Marta Mancebo Molina - Goretti Aramburu Guenaga - Aintzane Sarasua Unanue

III JORNADAS NACIONALES DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

EXPERIENCIA DE CO-PRODUCCIÓN EN SALUD: INTERVENCIÓN COMUNITARIA A TRAVÉS DEL PROGRAMA “RECORRIDO Y PLATO SALUDABLE”

Código: 16100422

INTRODUCCIÓN

Las intervenciones comunitarias son una herramienta para la Promoción de la Salud, proceso que permite a las personas ejercer mayor control sobre su salud y los determinantes de ésta, y que se legisla como función de los fisioterapeutas de Atención Primaria.

La co-producción en salud desinstitucionaliza los cuidados acercando la información al usuario, lo que le permite ser proactivo en sus cuidados y salud.

En este marco, se diseña el programa “Recorrido y Plato Saludable”, coproducido por la Gerencia y los Ayuntamientos del Área Sanitaria II del Servicio de Salud Principado de Asturias (Fig 1.), siguiendo la línea de las políticas marcadas por los organismos sanitarios internacionales. La Unidad de Fisioterapia de Atención Primaria de Cangas del Narcea aborda la actividad física y la adquisición de hábitos alimentarios adecuados, como factores modificables para un envejecimiento saludable, dinamizando los activos/recursos de salud locales.



Figura 1. Co-producción pactada entre Ayuntamientos y Gerencia.

OBJETIVOS

- Conocer la acogida de la comunidad al programa.
- Cuantificar la asistencia y analizar la adherencia al programa en las diferentes zonas básicas del Área Sanitaria II.
- Evaluar la asimilación de la información proporcionada durante la actividad.

METODOLOGÍA

La actividad, mensual y de asistencia libre (sin criterios de inclusión ni exclusión), consiste en:

- Adiestramiento (toma pulso, rango seguro de frecuencia cardíaca).
- Calentamiento, marcha, estiramientos.
- Registro valores individuales (Fig. 2).
- Plato saludable (teoría y práctica) (Fig. 3).



Figura 2. Tarjeta de registro individual de frecuencias cardíacas.



Figura 3. Materialización plato equilibrado.

Se recopilan datos desde mayo del 2021 a diciembre de 2021, en 4 zonas básicas del Área Sanitaria II: Cangas del Narcea, Allande, Degaña e Ibias.

- Variables: sexo, edad, asistencia y frecuentación a la actividad.
- Asimilación de conocimientos: encuesta de 12 ítems de respuesta dicotómica verdadero/falso.
- Percepción de la actividad: encuesta de 8 ítems (escala Likert 1-9) y entrevistas de discurso libre.

RESULTADOS

Se estudian el rango de edad y sexo prevalentes (Fig. 4) de la muestra (307 individuos), y la adherencia a la actividad (Fig. 5) en base a 744 asistencias.

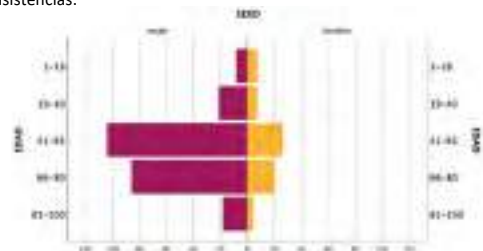


Figura 4. Relación edad-sexo de los asistentes a la actividad.

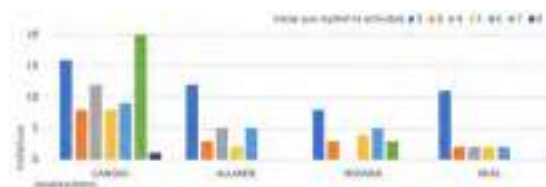


Figura 5. Adherencia a la actividad. Se han considerado aquellos individuos que repiten actividad en 2 o más ocasiones.

La percepción de los asistentes:

- Estructuración y desarrollo de la actividad: 8,87/9.
- Asimilación de la información: 93,1% respuestas correctas.
- Las entrevistas reflejan:
 - Alto grado de satisfacción con la actividad.
 - Percepción de aislamiento social y edadismo.
 - Necesidad de inclusión en el diseño y programación de actividades socio-sanitarias.

CONCLUSIONES

- La actividad no genera desigualdades en términos de edad, siendo totalmente inclusiva: asistentes desde 5 años hasta 88.
- El perfil participante es mujer entre 41 y 80 años.
- A pesar de que la actividad se ha diseñado como intervención única, se ha generado una adherencia inesperada, sobre todo en Cangas del Narcea con un 13,5% de sujetos que repiten la actividad un total de 7 veces, respetando el perfil participante.

Sería interesante aprovechar los grupos focales generados por esta actividad comunitaria para nuevas intervenciones socio-sanitarias, teniendo en cuenta el perfil participante, lo que justifica el presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Sobrino Armas C, Hernán García M, Cofiño R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 2018 Oct;32 Suppl 1:5-12. doi: 10.1016/j.gaceta.2018.07.005.
- Cárcamo-Riegla R, Zapata-Lamana R, Ulloa N, Cigarroa I. ¿En qué personas mayores, dónde y cómo se está aplicando el ejercicio multicomponente para obtener beneficios en su salud? Una revisión sistemática. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2021 Mar-Apr;56(2):100-108. doi: 10.1016/j.regg.2020.11.005.
- Calderón C, Errasti N, Virto C, Ajuariagojeaskoa J, Gartzziarena S, Blanco M, Uranga A. Rutas saludables, más allá del ejercicio físico: evaluación de una experiencia en población mayor de Gipuzkoa. Gac Sanit. 2021 Jan-Feb;35(1):3-11. doi: 10.1016/j.gaceta.2019.02.012.

AGRADECIMIENTOS

A los participantes de la intervención comunitaria, porque sin ellos nada de esto tiene sentido. A la Gerencia del Área Sanitaria II por su apoyo, respaldo y confianza. A los Ayuntamientos por su colaboración.

Bilbao, 7 y 8 de mayo de 2022

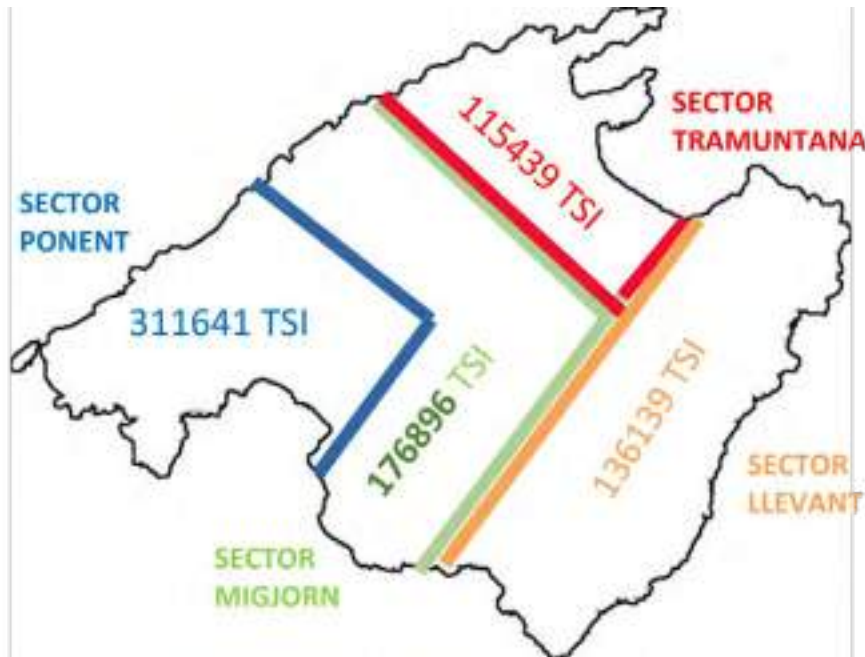


Experiencia en Co-producción en salud: Intervención Comunitaria a través del programa “Recorrido y plato saludable”

Patricia Fernández Rodríguez - Mónica Castro Suárez - María Gómez Rodríguez
M.ª Covadonga Fernández Cañedo - Carolina Menéndez García - Marta Fuerte Martínez.

III JORNADAS NACIONALES DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

CREACIÓN DE MÁS UNIDADES DE FISIOTERAPIA EN LOS CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MALLORCA (04280322)



SECTOR PONENT	SECTOR TRAMUNTANA	SECTOR LLEVANT	SECTOR MIGJORN
6 UTFs	2 UTFs	5 UTFs	3 UTFs
14 Fisios	6 Fisios	9 Fisios	6 Fisios
17 ZBS	7 ZBS	10 ZBS	10 ZBS + 4 ZBS sin UTF asignada
311641 TSI	115439 TSI	136139 TSI	107710 TSI

Aumentar la plantilla de Fisioterapeutas y crear nuevas Unidades de Fisioterapia supondría poder ofrecer un servicio de fisioterapia a toda la población insular, fomentando la **EQUIDAD** e incrementando la **PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD** a toda la población.

Bilbao, 7 y 8 de mayo de 2022



Creación de más Unidades de Fisioterapia en los Centros de Salud de Atención Primaria de Mallorca

Margalida Tomás Manresa - Inmaculada Alés Vives







III JORNADAS
NACIONALES DE
FISIOTERAPIA EN
ATENCIÓN PRIMARIA
Y COMUNITARIA

*Aterrizando
la Fisioterapia
más sólida a
la comunidad.*

BILBAO
7 y 8 de mayo de 2022

