



Sociedade Galega de Fisioterapeutas

(SOGAFI)

Alegacións ao documento da Carteira de Servizos de Fisioterapia de Atención Primaria e Comunitaria

Trala presentación o pasado mércores 22 de febreiro do borrador da **Carteira de Servizos de Fisioterapia de Atención Primaria e Comunitaria** (propoñemos este nome), dende a Sociedade Galega de Fisioterapeutas (SOGAFI) presentamos as seguintes alegacións ao documento coa conseguinte exposición motivada.

1. Consideracións iniciais.

En primeiro lugar, e dada a importancia que se lle da no propio documento ás actividades e programas comunitarios, propoñemos que o documento se chame: **Carteira de Servizos de Fisioterapia en Atención Primaria e Comunitaria**.

Despois desta proposta, e analizando o documento, dende a SOGAFI pensamos que abrir a posibilidade de derivación ás UFAP dende o segundo nivel asistencial, de patoloxía propia da Carteira de Servizos de Atención Primaria, provocará un aumento da derivación de **procesos Non Complexos** dende as consultas dos médicos de AP a este segundo nivel asistencial (rehabilitación, traumatoloxía, reumatoloxía,...). Estes profesionais da Primaria, unha vez que derivan ao paciente as consultas Hospitalarias provocan que sexan outros facultativos os encargados de realizar a cribaxe destes pacientes, e daralles unha falsa percepción, de que a súa intervención foi a axeitada.

Se o proceso que derivan ao segundo nivel asistencial, ben por un erro na derivación ao tratarse de procesos da Carteira de Servizos das UFAP, ou ben para resolver dúbidas diagnósticas, lles volve remitido as súas consultas trala alta no Servizo Hospitalario ao que se derivou, acabará por xerar nos médicos de AP un proceso de mellor coñecemento dos procesos que entran na Carteira de Servizos de Fisioterapia en AP e C, e que polo tanto, deben ser atendidos con derivación directa a UFAP de referencia (páxinas 7 e 8).

Unha proposta que realizamos dende a SOGAFI, sería que o circuíto da patoloxía de Primaria veña sempre derivada dende a consulta dos MAP ás UFAP, e en caso de dúbidas diagnósticas, non cumprir os criterios de inclusión das UFAP, ou non resolución trala aplicación dos protocolos de AP, se poida **interconsultar dende a UFAP ao 2º nivel asistencial**. Deste xeito, e só nestes casos, o 2º nivel asistencial podería interconsultar coa UFAP unha vez resoltas as dúbidas diagnósticas, ou cando o proceso poida ser atendido en AP, existindo así unha

bidireccionalidade á hora de realizar IC entre a UFAP e a Atención Hospitalaria, pero sempre será nun número menor de casos.

Ademais, esta **bidireccionalidade debe ser para tódolos Servizos Hospitalarios** (non só con Rehabilitación) que atenden pacientes susceptibles de tratamentos de Fisioterapia (Traumatoloxía, Reumatoloxía, Neumoloxía, Cardioloxía,...), en consonancia cos programas de Fisioterapia que se establecen no propio documento de Carteira de Servizos de Fisioterapia de AP e C que estamos a revisar (páxina 7).

Esta proposta, tamén solucionaría as dúbidas que moitas veces xorden a nivel Hospitalario de si eses pacientes xa realizaron o tratamento segundo os protocolos na UFAP; xa que os casos que reciban dende as UFAP irán cun informe detallado do proceso seguido polo doente (se realizou ou non o protocolo de AP), e se o que se buscan son outras medidas terapéuticas (técnicas intervencionistas, cambio de medicación, realización de probas complementarias,...) que axuden a resolución do problema de saúde.

Podemos chegar a entender que se queiran descargar as consultas dos MAP destas actividades administrativas, pero creemos que o enfoque debe ir máis orientado á formación dos MAP no coñecemento dos modelos máis eficientes de derivación, que o de permitir que un doente cunha patoloxía non complexa chegue ao segundo nivel asistencial sen o precisar. As derivacións destes procesos ao segundo nivel asistencial xa se contemplan dentro das **prácticas de NON FACER** en AP, porque fragilizan aos doentes o facerlles crer que a patoloxía que presenta é grave.

Por último, e consideramos importante para axilizar o tratamento de moitos doentes que acudan as UFAP, esta Carteira de Servizos debería incluír a posibilidade de **realizar certas probas complementarias** (Rx, ecografía,..), **prescribir algún material ortoprotésico ou medicación**, relacionados co tratamento de patoloxías traumáticas agudas.

2. Alegacións concretas ao documento.

- Alegación Nº 1.

Páxina 7: de non terse en conta as consideracións iniciais expostas no apartado anterior sobre os circuitos de derivación, coa nosa proposta para reducir o número de IC que se poidan facer dende o nivel hospitalario ás UFAP, entón haberá que modificar a redacción nas **aclaracións sobre a derivación á UFAP**, no apartado 3, para facer referencia a **“calquera Servizo de Atención Hospitalaria”** (segundo nivel asistencial), e non só ao Servizo de Rehabilitación.

Ademais, debe incluírse dentro do algoritmo e coa súa explicación pertinente, a posibilidade de recibir **pacientes nas UFAP derivados por outros profesionais da Primaria**, como poden ser **matronas, odontólogos e pediatras**, xa que hai procesos que atenden estes profesionais que poden ser consultados polos fisioterapeutas: síndromes miofasciais na ATM e dor orofacial; e patoloxía en nenos, coma poden ser as respiratorias (infeccións respiratorias, bronquilitis, asma,...), musculoesqueléticas (tortícolis leves, actitudes escolióticas, escordaduras, afeccións do crecemento -Sever, Osgood Slater-,...), etc.

Tamén é necesario incluír neste algoritmo a posibilidade de **atención directa a demanda (XIDE)** nas UFAP, posto que xa se está a traballar dende esa Consellería nesta vía de acceso á Fisioterapia de Primaria e Comunitaria.

- Alegación Nº 2.

Páxina 10: nos criterios de exclusión, no caso dos procesos pos-cirúrxicos ou traumatolóxicos atendidos a nivel hospitalario, debe aclarar: *“Procesos pos-cirúrxicos ou traumatolóxicos **que deberán ser atendidos no nivel hospitalario**”*.

- Alegación Nº 3.

Nos criterios de exclusión falta o dos *“procesos nos que se sobrepassen os recursos disponibles nas UFAPs”*.

- Alegación Nº 4.

Páxina 11: no tocante aos criterios de exclusión, a **patoloxía neurolóxica debe estar excluída “per sé” da carteira de servizos das UFAP**, e non só no estado agudo; xa que son procesos que precisan dunha abordaxe integral por parte de varios profesionais (logopedas, terapeutas ocupacionais, neuropsicólogos) e en unidades específicas de Neurorehabilitación Hospitalarias, tal e como se reflexa nos diferentes PAIs de pacientes neurolóxicos elaborados por esta Consellería e a nivel nacional.

Se ao que se refire a súa inclusión é porque estes doentes poden ter dores musculoesqueléticas crónicas ou doutro tipo (lumbalxias, cervicalxias, etc,...), indicar que eses procesos xa teñen cabida na Carteira de Servizos sen ter que facer referencia expresa a condición de paciente neurolóxico para elo (programas 4, 5, 6,...).

Tamén para esta poboación clínica se podería deseñar un **programa específico de exercicio terapéutico para o paciente con patoloxía neurolóxica crónica**.

- Alegación Nº 5.

Páxina 25: nos recursos necesarios faltan moitos **implementos para realizar exercicio terapéutico**, coma poden ser TRX, barra de pesas, discos, steps, bosus, prensa atlética,....

Vemos moi necesario que **dende a Consellería se definan os recursos básicos de materiais dos que debe dispoñer unha UFAP** para levar a cabo esta Carteira de Servizos.

- Alegación Nº 6.

Páxina 27 e 28: no programa 5 e 6 de patoloxía neuromusculoesquelética traumatolóxica aguda, debe incluírse dentro da poboación a que vai dirixido a **poboación infantil**; xa que son un grupo poboacional que se poden beneficiar moito da intervención de Fisioterapia en procesos tales coma escordaduras, lesións musculares, e alteracións benignas do crecemento tipo Sever ou Osgood Slater.

- Alegación Nº 7.

Páxina 30: deben incluírse **outros implementos necesarios para o traballo dos procesos respiratorios crónicos**, coma poden ser os IMT para traballar a forza dos músculos inspiratorios, os incentivadores volumétricos para traballar a capacidade respiratoria, etc..

- Alegación Nº 8.

Páxina 32: o grao de recomendación e de **nivel de evidencia A**. (Sorecar E guía ESC 2016).

- Alegación Nº 9.

Páxina 33: parece que se pregunta se é preciso o glucómetro. A resposta sería **Sí**.

- Alegación Nº 10.

Páxina 34: Nos criterios de inclusión, **a poboación san** non entraría nun programa de rehabilitación cardíaca, senón que **se trataría de Prevención Primaria**: control de factores de risco cardiovascular, promoción de exercicio e control de factores de risco como o tabaco, TA, lípidos e glucosa.

Tamén, os **pacientes de baixo risco poden iniciar o tratamento en Fase II no Centro de Saúde** sen necesidade de inicialo no Hospital (sempre despois de ergometría e estratificación como baixo risco).

- Alegación Nº 11.

Programa 8

Páxina 35: Os **pacientes de baixo risco farían a Fase II**, que consta das 8-12 sesións, e que poderán ser presenciais ou en seguimento domiciliario.

A Fase III e a fase que comprende o resto da vida. Seguimento domiciliario telemático, e se é necesario, poderase realizar algunha actividade grupal no Centro de Saúde. Xeralmente, estes pacientes xa teñen o programa de entrenamiento aprendido. No caso da insuficiencia cardíaca, por exemplo, terán feito 3 meses de entrenamiento. Dende a UFAP podería continuarse co seguimento do exercicio indicado dende o Hospital.

- Alegación Nº 12

Programa 9

Neste programa, debe incluírse a posibilidade de **IC dende as UFAP ás Unidades de Fisioterapia Hospitalaria, e viceversa**, para facilitala continuidade asistencial en Fisioterapia destes procesos, segundo o seu nivel de complexidade, a necesidade de aparataxe específico, e a evolución dos casos.

- Alegación Nº 13.

Páxina 42: Nos indicadores de resultado para a dor crónica **non se debe usar a escala VAS** (coma xa ocorre nos EE. UU.), xa que fomenta que o paciente se focalice na dor e non na función, que debe ser o motor do tratamento nestes pacientes.

- Alegación Nº 14.

Incluír na Carteira de Servizos a atención que xa se realiza a día de hoxe da **poboación infantil** nas UFAP: **procesos respiratorios** (infeccións respiratorias, bronquiolitis, asma,...); **patoloxía musculoesquelética** (tortícolis leves, actitudes escolióticas, afeccións do crecemento -Sever, Osgood Slater-,...); e **patoloxía traumática aguda** (escordaduras, roturas de fibras,...)

- Alegación Nº 15.

Incluír na bibliografía a anterior **Guía de Actuacións de Fisioterapia en Atención Primaria do 2009**.

- Alegación Nº 16.

Incluír na Carteira de Servizos a atención de procesos de saúde mental leves, tipo ansiedade, estrés, depresión leve,.., para elaborar programas Comunitarios de exercicio terapéutico, en conxunto con outros profesionais de Primaria (psicólogo, MAP, enfermeira,..)

3. Consideracións finais.

Dende a SOGAFI esperamos que a publicación desta actualizada Carteira de Servizos de Fisioterapia en AP e Comunitaria veña acompañada dunha dotación dos recursos necesarios, tanto materiais como humanos, que poida asentar na nosa comunidade o cambio de rol dos fisioterapeutas de Atención Primaria e Comunitaria de Galiza, cunha formación e uns rateos axeitados as demandas actuais, reflexadas no Marco Estratéxico da Atención Primaria e no seu Plan de Acción.

Ademais para desenrolar esta Carteira de maneira homoxénea en todas as Áreas de Galicia, deberemos contar coa figura do fisioterapeuta nos Servizos Centrais, para que poida establecer e Coordinar un grupo de traballo, orientado a que esta Carteira non se quede soamente no papel, e máis pronto que tarde a vexamos implementada nas UFAPs da nosa Comunidade.