



Universidad de Valladolid

**Escuela Universitaria
de Fisioterapia**

Campus de Soria

ESCUELA UNIVERSITARIA DE FISIOTERAPIA

Grado en Fisioterapia

TRABAJO FIN DE GRADO

**Patologías atendidas en la
Unidad de Fisioterapia del Centro de
Salud “La Puebla”: Análisis
retrospectivo**

Presentado por: Noemí Díaz Nieto

Tutelado por: Manuel Cuervas-Mons Finat

Soria, Julio 2013

Contenido

RESUMEN.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. Justificación	10
1.2. Objetivos	11
2. PACIENTES Y MÉTODOS	13
2.1. Diseño	13
2.2. Ámbito de estudio.....	13
2.3. Población de estudio.....	13
2.4. Variables de estudio	13
2.5. Fuentes de información.....	14
2.6. Análisis estadístico.....	14
3. RESULTADOS.....	15
3.1. Actividad asistencial de la unidad de Fisioterapia.....	15
3.2. Tipo de derivación.....	15
3.3. Tiempo de demora o días de espera	15
3.4. Patologías en la sala de tratamiento	16
3.5. Técnicas de tratamiento	16
3.6. Número de sesiones.....	17
3.7. Resultados obtenidos al finalizar las sesiones.....	18
4. DISCUSIÓN.....	19
5. CONCLUSIONES.....	25
ANEXOS	29
BIBLIOGRAFÍA.....	35

RESUMEN

El principal objetivo de la Atención Primaria es la promoción de la salud y del bienestar, así como la prevención de enfermedades. Por eso, nuestra intención con este trabajo es averiguar qué población es la más aquejada de problemas de salud y, por lo tanto, a la que dirigir nuestros programas. Nos interesa saber cuáles patologías son las más frecuentes, y así, poder realizar guías de consejos y actuaciones terapéuticas. También se ha querido analizar la derivación de usuarios al fisioterapeuta, los cuales deben llegar correctamente diagnosticados. Pero, ¿cuál es el mayor modo de derivación de nuestros pacientes?, ¿qué factores tienden a aumentar la demanda?, ¿por qué las listas de espera son tan enormes como la población cree? Trataremos de conocer las técnicas más empleadas en la terapia, así como el número de sesiones que solemos dar a nuestros pacientes, y la valoración final, ¿los resultados en los tratamientos podrían ser mejores?, ¿la forma en la que actualmente trabaja el fisioterapeuta de Atención Primaria es la que “se soñó” en su día, cuando dicha figura fue incluida en los Centros de Salud?

En este trabajo se ha plasmado la evolución asistencial de la Unidad de Fisioterapia de Atención Primaria “La Puebla” del Área de Salud de Palencia, mediante un estudio observacional descriptivo retrospectivo, a través de la revisión manual de las historias clínicas de los usuarios atendidos durante el trienio 2010–2012, comprendiendo los años completos, de Enero de 2010 a Diciembre de 2012. Las variables que se calcularon fueron edad, sexo, tipo de derivación y demora, patologías derivadas, técnicas de tratamiento, número de sesiones y resultados alcanzados.

Durante este trienio se atendieron a 967 pacientes. La media de edad de los pacientes que recibieron tratamiento fue de 58,07 años. El sexo femenino es el que más es derivado a Fisioterapia. La mayor parte de los pacientes llegan a la sala por la lista de derivación normal. Y los días que tienen que esperar para iniciar las sesiones ascienden bastante más en la derivación normal que en la preferente. Las patologías más frecuentes son la cervical y la de hombro. La técnica más usada es la cinesiterapia. La media de sesiones

empleadas es de 13,22 sesiones por paciente. Los resultados al final del tratamiento se valoran en porcentaje, con una media de 70,75 %.

1. INTRODUCCIÓN

La OMS definió la Atención Primaria de Salud en la Conferencia de Alma-Ata (1978) como: “La asistencia esencial, basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (1). El establecimiento de un sistema de Atención Primaria en el Estado Español se recoge en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (2).

En este contexto, se crearon en 1987 las primeras Unidades de Rehabilitación ubicadas en Atención Primaria, para descongestionar los Servicios de Rehabilitación de los Hospitales y a su vez, reducir los gastos en transporte sanitario. Dos años después, estas unidades dejaron de depender de la subvención del Ministerio y se crearon las primeras plantillas orgánicas en Atención Primaria de fisioterapeutas, que se definieron como personal de apoyo de los Equipos de Atención Primaria. Los pacientes accederían a tratamientos fisioterapéuticos en los Centros de Salud derivados por los médicos de Atención Primaria o a propuesta del nivel especializado, pero siempre sería a través del médico de Atención Primaria a quien correspondiese la atención general del paciente (3).

Y así, con la publicación de la Circular del Insalud 4/91 de 25 de Febrero, la Subdirección General de Gestión de Atención Primaria del Instituto Nacional de la Salud estableció normativamente las funciones del fisioterapeuta de Área de Atención Primaria. Esta normativa optó por integrar a los fisioterapeutas como profesionales de apoyo a uno o varios centros de salud, y recoge las instrucciones que regulan los cometidos y funciones de estos profesionales. Dependiendo orgánicamente de la Dirección de Enfermería y funcionalmente de los coordinadores de los equipos de Atención Primaria, y actuando dentro de las Zonas Básicas de Salud asignadas (4).

En 2001 se iniciaron las transferencias de Sanidad a las comunidades autónomas que no habían sido transferidas con anterioridad. En este proceso de transferencias, muchas comunidades autónomas optaron inicialmente por dar continuidad al modelo INSALUD de regulación de la Fisioterapia, y asumieron informalmente la referida normativa.

El Ministerio de Sanidad y Consumo estableció, en el año 2006, la cartera de servicios básicos de la Fisioterapia en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Este decreto comprende, entre otras muchas, las actividades de Fisioterapia encaminadas a la 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 (5). De esta manera, se incluyen: 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, en su caso.

Posteriormente en la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Castilla y León se recoge, como un servicio a la población general, con el código 400. Según esta Cartera de Servicios, la oferta asistencial de Atención Primaria debe ser integral (incluyendo actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación), orientada al usuario (teniendo en cuenta variables como la edad, factores de riesgo o colectivos vulnerables), global, dinámica y flexible (evolucionando con las necesidades cambiantes de los usuarios, los conocimientos científicos y la tecnología disponible y adaptándose a cada Zona Básica de Salud) (6).

Según el Real Decreto 137/1984 de estructuras básicas de salud, la Zona Básica de Salud es la demarcación poblacional y geográfica fundamental,

delimitada a una determinada población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente. El fisioterapeuta puede trabajar en una o varias Zonas Básicas de Salud, aunque de la Unidad de Fisioterapia referente, no debe exceder 25 km de distancia, o un desplazamiento superior a 30 minutos (7).

La Unidad de Fisioterapia de “La Puebla”, situada en el municipio y población de Palencia, pertenece a la plantilla orgánica de la Gerencia de Atención Primaria de Palencia. Abarca tres Zonas Básicas de Salud, que son “La Puebla”, “Baltanás” y “Torquemada”, cuyos ratios de población y delimitación, según municipios, calles y elementos geográficos naturales, se dividen de la siguiente manera:

- Z.B.S. “La Puebla”: Cubre una población de 20442 usuarios. Delimitada por las siguientes calles: Avenida Reyes Católicos, Calle Doctor Cajal, Calle Burgos, Calle Don Sancho, Calle La Cestilla, Calle Gil de Fuentes, Calle San Marcos, Plaza del Puente, Avenida Castilla, Puente de Hierro, Avenida Ponce de León, Avenida de los Donantes de Sangre, Camino Viejo de Villamuriel como línea Norte, Avenida Cardenal Cisneros, Avenida de Valladolid, Plaza de España, Paseo de la Julia y margen del río Carrión como línea Sur (8).

- Z.B.S. “Baltanás”: Cubre una población de 2428 usuarios. Repartida entre los municipios de Antigüedad, Baltanás, Castrillo de don Juan, Cevico Navero, Espinosa de Cerrato, Hermedes de Cerrato, Reinoso de Cerrato, Villaconancio y Villaviudas (8).

- Z.B.S. “Torquemada”: Con una población de 2170 usuarios. Y los municipios de Cobos de Cerrato, Cordovilla la Real, Herrera de Valdecañas, Hornillos de Cerrato, Palenzuela, Quintana del Puente, Tabanera de Cerrato, Torquemada, Villahán y Villamediana. A su vez, diseminados en núcleos de población y dehesas de menor tamaño (8).

Todo esto suma un ratio de población total de 25040 usuarios. Estas Zonas Básicas de Salud tienen como Hospital de referencia el Complejo Asistencial de Palencia, ubicado en la capital de la provincia (8). A los pacientes

que deben desplazarse desde los pueblos al Centro de Salud “La Puebla” para la consulta y el tratamiento de Fisioterapia, se les abona la cantidad económica convenida por la Gerencia, según la distancia en kilómetros y el número de sesiones que hayan sido necesarias.

Las características del trabajo en Atención Primaria son: Integral (considerando al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial), integrada (relacionando elementos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social), continuada y permanente (actúa a lo largo de la vida y en los distintos ámbitos y circunstancias donde esté el individuo), activa (trabajando en la educación sanitaria y no siendo un simple receptor de demandas), accesible (los ciudadanos no tienen que tener dificultad para tomar contacto y utilizar los recursos sanitarios), basada en el trabajo en equipo (integrado por diferentes profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios), comunitaria y participativa (atendiendo también los problemas de salud colectivos con técnicas de salud pública y medicina comunitaria), programada y evaluable (basado en programas con objetivos definidos, recursos y mecanismos de evaluación), docente e investigadora (desarrollando actividades de docencia, formación continuada, e investigación aplicada a materias propias de su ámbito) (9).

Las funciones del Fisioterapeuta en Atención Primaria incluyen (4):

- Prestar asistencia terapéutica en la sala de fisioterapia, siendo el responsable de la tutela de las instalaciones. Cuando tenga asignadas otras Zonas Básicas de Salud, debe desplazarse para trabajar en los programas y protocolos que le afecten y que no precisen de gimnasio.
- Atención domiciliaria programada a instancias del Equipo.
- Apoyar en la valoración de necesidades de adaptaciones ergonómicas y necesidad de material de ayuda en objetos de uso diario.
- Trabajo de adiestramiento de las familias y el entorno del paciente.

- Asesoramiento al resto del equipo desde el punto de vista fisioterapéutico y supervisión y orientación al personal auxiliar en la sala de Fisioterapia.
- Elaborar y utilizar protocolos y/o programas en coordinación con el resto del Equipo o de la organización sanitaria.
- Actividades de educación sanitaria, orientadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Actividades docentes, debiendo asistir a las sesiones clínicas del Equipo y a las interconsultas cuando proceda.
- Actividades de formación continuada, facilitando la asistencia a congresos y actividades científicas.
- Funciones de investigación, promoviendo y participando en los trabajos de investigación que le afecten.
- Actividades administrativas, debiendo cumplimentar los registros establecidos, tareas de planificación, organización y evolución de programas de salud.

Como respuesta a esta situación surgieron los protocolos y guías de actuación, que de forma específica o integrada intentan sistematizar las actuaciones y tratamientos fisioterapéuticos en Atención Primaria, en los procesos más prevalentes. En ellos se incluyen un protocolo de derivación a las Unidades de Fisioterapia, y protocolos de actuación fisioterápica en la cervicalgia, dorsalgia, lumbalgia y lumbociática, hombro doloroso, gonartrosis, coxartrosis, esguince de tobillo y epoc.

Por otra parte, cada Unidad de Fisioterapia recibe la dotación, mobiliario y aparataje necesarios para su buena puesta en funcionamiento. El Centro de "La Puebla" es de reciente creación, lleva seis años en marcha. Y la Unidad de Fisioterapia cuenta con un espacioso gimnasio (con la sala de espera incluida), vestuarios masculino y femenino, almacén, despacho para las consultas y cuatro cabinas para los tratamientos de electroterapia y termoterapia profunda.

El gimnasio cuenta con cuatro camillas (una de las cuales es hidráulica y las tres restantes, normales), dos aparatos de magnetoterapia, dos lámparas de infrarrojos, cuatro aparatos de TENS portátiles, una tracción cervical eléctrica, una jaula de Rocher, una mesa de mano, un balón de Bobath, un plato de Böhler, una tabla de Freeman, una rampa con escalera, espejo cuadriculado en la pared, sillas fijas para la sala de espera, sillas sueltas para los tratamientos y colchonetas. En las cabinas se cuenta con un aparato de onda corta, microondas, ultrasonidos y de corrientes para electroterapia, estando cada aparato en cabinas independientes.

Nos interesa conocer la atención prestada en los servicios sanitarios, concretamente en los de Fisioterapia, porque ello nos va a permitir (10):

- Desde el punto de vista de los profesionales, saber en qué aspectos se tienen que preparar con más intensidad y cómo deben organizar los servicios.
- Desde el punto de vista de los gestores, conocer cómo se deben repartir los recursos.
- Desde el punto de vista de los enfermos, y también de los profesionales, conocer la evolución de las patologías, para que se sepa qué se puede esperar de los tratamientos, y se puedan establecer unos objetivos reales sin crear falsas expectativas.

Hay que tener en cuenta que el servicio de fisioterapia en Atención Primaria es de reciente implantación y por tanto, aún poco conocido, de ahí que se considere necesario tener un mejor conocimiento del trabajo diario realizado (11).

1.1. Justificación

La rápida evolución de las demandas de la sociedad para aumentar su calidad de vida y la falta de acomodamiento de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria, pueden llegar a provocar saturaciones de los servicios, limitando su accesibilidad. Las necesidades no son estables, dependen de la evolución histórica, están en constante evolución, influidas por factores

económicos, sociales, políticos, culturales e ideológicos. Sólo el verdadero conocimiento de las necesidades de los usuarios puede hacer que los profesionales sanitarios, podamos llegar a satisfacer sus necesidades y expectativas (12).

Durante los últimos años se ha observado en esta Unidad de Fisioterapia, de ámbito urbano, un número significativo de usuarios atendidos. Por ello, es imprescindible hacer un estudio de los problemas de salud de la zona, a fin de tomar las medidas oportunas para una correcta gestión de esta unidad y poder seguir ofreciendo un servicio de calidad, manteniendo la accesibilidad al mismo, el trato personal y la continuidad en el tratamiento. Por lo anteriormente expuesto, se hace necesario caracterizar la situación de la población respecto a una o varias variables, determinar la magnitud del problema y así responder algunas de las preguntas sobre la intervención de la Fisioterapia en nuestra zona.

1.2. Objetivos

- Identificar el cambio producido desde el 2010 al 2012 en la Unidad de Fisioterapia del Centro de Salud “La Puebla”, con las tres Zonas Básicas de Salud que abarca.

- Caracterizar la distribución de los usuarios atendidos por edad y sexo, identificando así a los individuos más susceptibles de presentar un problema de salud y acudir a la Unidad de Fisioterapia.

- Identificar y describir los problemas de salud más comunes en nuestras consultas, para poder plantear programas de prevención y educación para la salud.

- Caracterizar la procedencia de los pacientes, si son derivados a la Unidad desde la modalidad normal o la modalidad preferente, y así evaluar las patologías que necesitan ser atendidas con mayor urgencia. Y calcular los días que los pacientes deben esperar para iniciar la consulta y el tratamiento de Fisioterapia y hacernos una idea sobre si existe saturación o no en el servicio.

- Evaluar las técnicas de tratamiento más usadas en nuestra Unidad y sopesar si son rentables ciertas máquinas o aparatajes, o si, en cambio, debería invertirse en otras.

- Valorar el número de sesiones que reciben los pacientes, si son suficientes o sobrantes y estudiar cómo podría reducirse el número de sesiones pero sin dejar de obtener un buen resultado final. Y, a la vez, cuantificar los resultados obtenidos al finalizar el tratamiento y las causas por las que algunos pacientes abandonan el tratamiento antes de completarlo.

2. PACIENTES Y MÉTODOS

2.1. Diseño

Estudio descriptivo observacional retrospectivo.

2.2. Ámbito de estudio

Unidad de Fisioterapia de “La Puebla”, en Palencia capital, que lleva tres Zonas Básicas de Salud: “La Puebla”, “Baltanás” y “Torquemada”. La población total (en habitantes) de cada una de ellas es la siguiente: La Puebla (20.442), Baltanás (2.428) y Torquemada (2.170).

2.3. Población de estudio

Pacientes atendidos en el servicio de Fisioterapia de Atención Primaria, para tratamiento en sala en el período comprendido entre enero de 2010 y diciembre de 2012.

2.4. Variables de estudio

2.4.1. Actividad asistencial de la Unidad de Fisioterapia: Número de pacientes, edad y sexo femenino o masculino.

2.4.2. Tipo de derivación: Normal o preferente.

2.4.3. Tiempo de demora para inicio de tratamiento: Media de días en espera para iniciar tratamiento con derivación normal y preferente.

2.4.4. Patologías derivadas a la sala de tratamiento, agrupadas para su registro en: Patología cervical, patología dorsal, patología lumbar, patología de hombro, patología de codo, patología de muñeca, patología de mano y dedos, patología de cadera, patología de rodilla, patología de tobillo, patología de pie y dedos y otras patologías (respiratoria, circulatoria, neurológica y reumatológica).

2.4.5. Técnicas de tratamiento empleadas, agrupadas para su registro en: Magnetoterapia, microondas, onda corta, corrientes interferenciales, corrientes tipo TENS, ultrasonidos, lámpara de infrarrojos, tracción cervical, terapia manual, parafina, cinesiterapia y otras (consejos para la familia, crioterapia, Fisioterapia respiratoria, Fisioterapia neurológica, recomendación de plantillas, recomendación de férula de descarga, baños de contraste, recomendación de visita a otros profesionales...).

2.4.6. Número de sesiones que dura el tratamiento: Todas las sesiones tenidas en cuenta en este estudio se han realizado individualmente.

2.4.7. Resultados obtenidos: Se expresa en porcentaje según el objetivo que se hubiera propuesto a la hora de la valoración. En ocasiones, hay abandonos, altas voluntarias, consejos de derivación a otro profesional...

(Ver Tabla 1).

2.5. Fuentes de información

A través de la revisión de las Historias Clínicas de los pacientes, archivadas en soporte papel, para los años 2010, 2011 y 2012.

2.6. Análisis estadístico

El programa utilizado para la estadística ha sido Excel de Microsoft Office. Para las variables cualitativas se han expresado sus frecuencias y porcentajes. Y de las variables cuantitativas se ha calculado la media. También se han hallado las modas y medianas de la variable edad, la media y moda del número de diagnósticos por paciente y la media y moda del número de técnicas aplicadas por paciente.

3. RESULTADOS

3.1. Actividad asistencial de la unidad de Fisioterapia

- En el período de estudio se atendieron a 967 pacientes. No destacan diferencias significativas entre el número de pacientes atendidos durante los 3 años del estudio: En 2010, fueron 323 pacientes atendidos; en el 2011, fueron 326 pacientes; y en el 2012, se atendió a 318 pacientes.

- En cuanto a la edad, tampoco se aprecian diferencias significativas: La media en el 2010 es de 58,20 años; en el 2011, es de 56,66 años; y en el 2012, de 59,40 años. Ninguna de las tres se aleja de la media de edad de los tres años en conjunto, que es de 58,07 años. Igualmente, las tres medianas son parecidas. Sí hay una diferencia en las modas entre los años extremos del estudio, siendo en el 2010 de 65 años y en el 2012, baja a los 52 años. *(Ver Gráfico 1).*

- En la distribución por sexos, se observa un claro predominio femenino durante los 3 años. Llama la atención que esta diferencia aumenta en el último año objeto de estudio, donde las mujeres representan un 77,04% frente a los hombres, que tan solo llegan al 22,96%. *(Ver Gráfico 2).*

3.2. Tipo de derivación

La mayoría de los pacientes llegan a Fisioterapia por la vía de la derivación normal. Siendo aproximadamente el doble el número de pacientes derivados por la vía normal que los derivados por la vía preferente. Si bien, esto cambia en el último año del estudio, que se observa un significativo aumento de los pacientes derivados por la vía preferente, en cifras sería de 58,49 para la derivación normal y de 41,51 para la derivación preferente en el año 2012. *(Ver Gráfico 3).*

3.3. Tiempo de demora o días de espera

La media de días espera para pacientes de derivación normal varía desde los 69,22 días para el año 2010 hasta los 115,56 en el año 2011, en el

año 2012 es de 98,50 días. Respecto a la derivación preferente la media varía entre 25,01 en el 2010; 16,08 en el 2011; y 21,23 en el 2012. Como curiosidad, en el año 2011 coincide la menor lista de espera, en cuanto a días, en la modalidad de derivación preferente, pero la mayor lista de espera en la derivación normal. (Ver Gráfico 4).

3.4. Patologías en la sala de tratamiento

De los 967 pacientes derivados en los 3 años, se registraron 1.256 diagnósticos distintos para tratamiento fisioterapéutico (1,30 por paciente). En el año 2010 esta proporción fue de 1,27, en el año 2011 de 1,32 y en el año 2012 de 1,30.

De las patologías derivadas, la más frecuente fue la patología cervical para los años 2011 (26,22%) y 2012 (24,40), y la patología de hombro (24,82) para el año 2010. También se observa que la patología lumbar tiene una frecuencia alta en el año 2012, siendo la segunda de ese año con un 22,71%, sin embargo dista respecto a los otros años, donde la lumbalgia no supera el 18%, ocupando el tercer lugar tras las patologías de hombro y cuello. Como curiosidad, se observa que las patologías dorsal y de cadera destacan en el año 2012 respecto a los otros 2 años. En cambio, la patología de codo (5,11 %) sobresale en el 2010, así como la de rodilla (5,10 %) en el 2011. (Ver Gráfico 5).

3.5. Técnicas de tratamiento

El total de técnicas empleadas entre los 3 años es de 3327, siendo la media para los 3 años de 3,47 técnicas por paciente. Esta media es muy parecida los años 2010 y 2011, siendo de 3,32 para el primer año y de 3,23 para el segundo. En cambio, en el año 2012 la media sube a 3,86 técnicas por paciente.

La técnica “estrella” por destacar sobre las demás es la cinesiterapia, con un porcentaje de 20,67 % en el 2010, 22,24 % en el 2011 y 23,53 % en el 2012. En segundo lugar, se encuentra la terapia manual para los años 2010 (17,60%) y 2011 (18,16%). Aunque contrasta que en el año 2012 la segunda

terapia en orden de frecuencia es la microondas (13,93%) y la terapia manual supone un 11,32 %. Las corrientes tipo TENS y la microondas tienen un uso elevado y con un porcentaje muy similar durante los tres años. Los TENS ocupan el 13,41 % en el 2010, el 13,50 % en el año 2011 y el 13,76 % en el 2012. La microondas se usa un 13,97 % en el 2010, un 14,07 % en el 2011 y un 13,93 para el último año.

Como dato anecdótico, cabe destacar que la lámpara de infrarrojos no tiene una utilización muy elevada dentro de la sala, sobre todo durante los años 2010 (2,05%) y 2011 (0,95%). Pese a lo que podría esperarse por ser una técnica sencilla y económica. En el 2012 llega al 4,97%.

El empleo de la parafina es de 0,93% para el 2010, de 1,05% para el año 2011 y de 1,06% en el 2012. Muy similares los porcentajes en los tres años, en torno al 1%, puesto que es una técnica que sólo se ha aplicado para patología de muñeca, mano y dedos de la mano. La tracción cervical se diferencia por su mayor frecuencia en el 2011 respecto a los otros 2 años, siendo de 6,46%. Así como, las corrientes interferenciales (9,53%) destacan en el 2012. Y el apartado de otras técnicas (3,63%) se eleva en el 2010 en comparación con los otros años, incluyéndose aquí crioterapia y fisioterapia neurológica. La onda corta en el año 2011 llega al 7,32%, superando al empleo de la misma en los otros dos años de estudio. Y la magnetoterapia se usa un 7,49% en el 2012, año en que más se aplica. (*Ver Gráfico 6*).

3.6. Número de sesiones

Todas las aquí registradas se han realizado en asistencia individual. La media de sesiones de los tres años es de 13,22 sesiones por paciente. Aunque si analizamos cada año por separado, observamos que el año que más sesiones se han recibido por paciente es el 2010, en el cual la media es de 14,01 sesiones por paciente, resultado muy similar en el 2012 donde se otorgaron 13,99 sesiones por paciente, esta media baja en el 2011 donde se aplicaron 11,69 sesiones por paciente. (*Ver Gráfico 7*).

3.7. Resultados obtenidos al finalizar las sesiones

Se ha expresado en porcentaje de satisfacción respecto a los objetivos perseguidos. En ocasiones, es imposible valorarlos por abandono del tratamiento por insatisfacción, problemas personales, familiares, laborales, complicaciones con otras enfermedades, altas voluntarias o consejos de visita a otros profesionales que les puedan ayudar.

La media de resultados en el trienio es de 70,75%. Desglosándolo en el 2010 es del 68,90%, en el 2011 de 73,44% y en el 2012 de 69,54%. Observamos que el año en que se obtienen los mejores resultados es el 2011, y en los otros dos años el resultado es prácticamente igual y cercano al del 2011. (*Ver Gráfico 8*).

4. DISCUSIÓN

Las Unidades de Fisioterapia firman anualmente el correspondiente Contrato de Gestión Asistencial, en el que se pacta el número de personas que se espera reciban tratamiento en ese año. La ratio de personas/año que propone el estudio de Barra López es de 368 pacientes al año, la cual, se encuentra muy alejada de la que se viene pactando por muchas Gerencias (13). En el caso de La Puebla y el Área de Salud de Palencia, no se rebasa el límite que se nos aconseja no superar en dicho estudio, siendo los pacientes atendidos 323 en el año 2010, 329 usuarios en el 2011 y 318 en el año 2012. Si bien, para este análisis de La Puebla los años se han tenido en cuenta como años naturales, y en cambio la cobertura hace referencia a un año desde el 1 de Diciembre y el 30 de Noviembre del siguiente año. El objetivo fue atender a 340 pacientes al año en dicha unidad y sí fue superado. Está demostrado que un exceso de trabajo asistencial sólo se puede asumir incrementando el número de personas atendidas simultáneamente, lo que repercute en la calidad; o bien utilizando parte del tiempo que se debe dedicar a otras tareas (13). Simultanear a varios pacientes a la vez, hace que los mismos se comparen entre ellos y puede llegar a crear conflictos y rivalidades dentro de la sala. También, en ocasiones, se pierde la privacidad para poder exponerle al fisioterapeuta un problema o duda que está surgiendo con el tratamiento o con la evolución de la patología.

La media de edad de los pacientes atendidos durante el trienio 2010-2012 en la unidad de La Puebla resultó ser de 58,07 años. Si comparamos este dato con el obtenido en el estudio del Hospital Comarcal de Monforte de Lemos, donde la media de edad fue de 57,8 años (10), vemos que son similares. En Monforte de Lemos las edades se distribuyeron entre 1 y 82 años (10) y en La Puebla entre 1 y 93 años. Pese a ser datos comparados entre la Atención Primaria y la Especializada, queda reflejado que existe gran similitud. Se puede decir que la mayor parte de la población atendida se encuentra cercana a los últimos años de la vida laboral. Es posible que en estas edades, se vayan acumulando procesos crónicos que surgen en torno, a muchos años desarrollando vicios posturales en casa o en el trabajo, junto con un proceso

degenerativo propio de la edad, sumándose a éstos los problemas agudos, presentes en todas las edades. (*Ver Gráfico 1*).

En La Puebla la diferencia en cuanto a sexos es grande, llegando a ser incluso tres veces superior la población femenina atendida en el año 2012 que la masculina (77,04 % de mujeres frente a 22,96 % de hombres). Esto puede ser debido a que las mujeres presentan una esperanza de vida más larga, unido a problemas como la osteoporosis, más frecuente e intensa en la mujer, que produce problemas factibles de ser tratados con Fisioterapia (10). Esto nos lleva a no olvidar que existe un importante papel de la Fisioterapia en el desarrollo de la salud de la mujer dentro del ámbito de la Atención Primaria (14). Las actividades de Atención Primaria en la mujer en las que podría intervenir el fisioterapeuta de forma específica se limitan a la preparación pre y postparto y a la promoción de la actividad física en el climaterio (15). (*Ver Gráfico 2*).

Teniendo en cuenta la pirámide demográfica de la población, estas distribuciones por sexo y edad van a mantenerse en los próximos años, incluso es probable que aumente la esperanza de vida, con lo cual es de esperar que aumente la demanda de servicios terapéuticos (10).

En cuanto a la derivación, la derivación normal supone aproximadamente el doble que los pacientes derivados por la vía preferente. Datos que en el año 2012 cambian drásticamente para igualarse bastante ambas derivaciones: El 58,49% son pacientes derivados normalmente y el 41,51% son derivados por modalidad preferente. Esto debe vigilarse, pues si la modalidad preferente es saturada por problemas que realmente podrían pasar por la modalidad normal, se pierde la eficacia del tratamiento que por aplicarse rápidamente en ciertas patologías, sobre todo de carácter agudo, obtiene una mejor respuesta y reduce el número de sesiones. (*Ver Gráfico 3*).

El tiempo de espera en La Puebla osciló entre 1 y 213 días en la derivación normal y de 1 a 84 días en la preferente. En el caso del paciente que requiere atención preferente, en los tres años existe una demora superior a dos semanas, por lo que el pronóstico de éxito del tratamiento de Fisioterapia

podría ser, a priori, de peores resultados (16). Aunque también debemos tener en cuenta que se ha utilizado este tipo de derivación para patologías que, mayoritariamente, no cumplen los requisitos de riesgo definidos para ella (17). Respecto a la derivación normal, la media de días que tienen que esperar los pacientes es en torno a 2 meses en el año 2010, cerca de 4 meses en el año 2011 y algo más de 3 meses en el 2012. Listas de espera, las tres, de larga duración, que refleja la saturación del servicio. (*Ver Gráfico 4*).

Una limitación del estudio fue la agrupación de las patologías derivadas a la sala de Atención Primaria para su posterior análisis: Se optó por ella por ser la que mejor se adaptaba a la actividad del fisioterapeuta de Atención Primaria y permitiese la comparación de resultados con otros autores, que también afirman que las patologías más prevalentes atendidas en salas de Fisioterapia de Atención Primaria son las algias vertebrales, seguidas de la patología de partes blandas de hombro (16). En este estudio hay enfermos que han sido derivados por más de una patología en la misma ocasión, por lo tanto los porcentajes y frecuencias no suman el 100%.

En el centro de salud La Puebla, la patología con mayor porcentaje es la de la columna cervical para los años 2011 (26,22%) y 2012 (24,40%), y para el año 2010 es la patología de hombro (24,82%). Las patologías más tratadas, según el estudio realizado en el Hospital de Monforte de Lemos, fueron las osteomusculares de columna lumbar, de hombro, de columna cervical y de rodilla. Datos que son coincidentes con los de Atención Primaria, aunque en ella eran más frecuentes las de columna cervical que las de lumbar (10). En general, la patología vertebral es una de las principales causas de consulta en atención primaria (18). (*Ver Gráfico 5*).

La lumbalgia es una de las causas más frecuentes de patología que causan baja en España, provoca más de dos millones de consultas anuales en Atención Primaria, y es considerada como uno de los problemas de salud relacionado con el trabajo que con más frecuencia causa incapacidad laboral transitoria, siendo el dolor de espalda el motivo del 54,8% de las jornadas laborales perdidas (19). El dolor lumbar tiene una gran repercusión física, funcional, incluso psíquica en los pacientes. Por lo tanto, consiguiendo una

reducción del dolor mejorará notablemente la calidad de vida de una persona (20).

En La Puebla el tratamiento más efectuado fue la cinesiterapia (20,67% en el 2010, 22,24% en el 2011 y 23,53% en el 2012). Y volviéndolo a comparar con el estudio del Hospital de Monforte, se observa que en éste el tratamiento efectuado fue electroterapia en su mayoría (73,5%), seguido de cinesiterapia (64,0%) e hidroterapia (30,1%) (10). Aunque en este punto cabe resaltar las distintas formas de trabajar entre la Atención Primaria y la Especializada, partiendo por ejemplo, de que en Atención Primaria no existe la hidroterapia y se le concede más importancia a la parte de educación sanitaria e higiene postural. En cuanto al tratamiento empleado en patología vertebral, en general consiste en ejercicios, terapia manual, alguna forma de calor o analgesia (microondas o TENS), así como recomendaciones de tratamiento para casa (ejercicios, higiene postural, etc.) (21). (*Ver Gráfico 6*).

Maher señala que las opciones más efectivas empleadas en los tratamientos en Atención Primaria para la lumbalgia crónica son ejercicios, láser, masaje y manipulación vertebral. Si bien, los efectos de los tres últimos son transitorios y son los ejercicios los que producen mayores reducciones de dolor y discapacidad (21). Mencionando el láser, dicha técnica no está presente en el Centro de La Puebla, ni en la mayoría de los centros de salud, siendo una técnica que, a día de hoy, se aplica sobre todo a nivel hospitalario. La prescripción de tratamiento grupal en este tipo de patologías, proporcionaría beneficios no sólo en la mejora de la presión asistencial de la sala, sino también para el propio paciente (22).

Otras técnicas de las más empleadas en el estudio fueron la terapia manual en los años 2010 (17,60%) y 2011 (18,16%) y la microondas en el año 2012 (13,93%), aunque esta última también fue muy usada durante los otros dos años de estudio. Destacar la necesidad de un tiempo individualizado para cada paciente para poder realizar la terapia manual, dato que en Atención Primaria es casi imposible por la gran asistencia de pacientes.

La media de sesiones en Monforte de Lemos fue de 30,7, pero la mayor frecuencia se situó en 15 sesiones por paciente (10). En el Centro de Salud de La Puebla las sesiones oscilaron entre 2 y 80 sesiones, resultando una media de los 3 años de 13,22 sesiones por paciente. Dicha cifra se aproxima a las 15 sesiones de mayor frecuencia en el hospital de Monforte. De todas formas, el tipo de pacientes que se atienden en Atención Primaria y Especializada no es el mismo perfil en cuanto a patología, resultando los atendidos en la Especializada con patologías más complejas y tratamientos más largos en el número de días. (Ver Gráfico 7). La reducción del número medio de sesiones se podría conseguir si las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria no tuvieran que atender procesos patológicos que claramente no encajan y centraran su actividad en procesos, muy prevalentes en la población, y para los que podrían dar una mejor respuesta dada su proximidad al usuario (13). Además, existe el problema de que si un usuario deja de acudir un día a su tratamiento, no es posible programar a otro para una sola sesión, menos aún si el usuario ausente no ha avisado con antelación. Así mismo, si deja de acudir varios días seguidos se le da de alta por incomparecencia pero, mientras tanto, ese tiempo ha estado reservado para él (13).

La media de resultados de los tres años es de 70,75%, en general, satisfactoria, aunque podría ser mejorable. Son resultados obtenidos según la valoración y los objetivos marcados por el fisioterapeuta para cada paciente. En la finalización del tratamiento casi siempre estaba presente alguna limitación, esto puede deberse a que la mayoría de los usuarios tratados son pacientes crónicos, o bien a que el tiempo de espera para tratamiento agrave la dolencia. (10) Existe un gran número de pacientes que abandonan el tratamiento por diversas causas (personales, laborales, familiares, de salud...), que se les recomienda acudir a otro profesional que se adecúe más a sus patologías, que piden el alta voluntaria o simplemente que dejan de acudir a las sesiones sin dar explicaciones. También tenemos otros enfermos, en los cuales los resultados no son valorables por problemas de demencia, discapacidad, hipocondría, etc. (Ver Gráfico 8).

En la atención de nuestros pacientes, son obstáculos importantes la saturación de las consultas, los tiempos de espera prolongados, la inconsistencia en la información al paciente sobre el tratamiento, las expectativas del mismo y su seguimiento (23). Este exceso de trabajo en Atención Primaria se ha podido sobrellevar gracias a un sobreesfuerzo por parte de los profesionales, que ha compensado las deficiencias (24).

Una medida que se podría plantear para mejorar la calidad asistencial es ajustar los ratios fisioterapeuta por habitantes (25).

Las actividades realizadas por el fisioterapeuta como los tiempos empleados para las mismas no se corresponden en general con lo recomendado, siendo el tratamiento individual el que mayoritariamente ocupa la jornada laboral. Sería conveniente dedicar tiempo a actividades formativas, de prevención y promoción de la salud (11). Está claro que la Fisioterapia en este nivel asistencial sigue siendo un campo en el que hay que continuar trabajando, sobre todo de cara a nuestros gestores y a la población. Es esencial realizar las tareas propias del nivel primario de salud, para poder de esta forma reivindicar suficiente número de profesionales para cada actividad. No debe por ello ser determinante la distancia del domicilio del paciente a su centro de salud, sino la complejidad de su patología a la hora de ser atendido en uno u otro nivel asistencial.

El fisioterapeuta debe asumir responsabilidades importantes dentro del proceso terapéutico, en el campo de la gestión de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria. Y debemos permanecer vigilantes ante las derivaciones inadecuadas desde el nivel especializado, donde no se comprende la especificidad de nuestro trabajo ni las limitaciones que nos impone nuestro marco de actuación. Como se aconseja en los Protocolos de Derivación, se deben excluir de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria las siguientes patologías: Patologías neurológicas (SNC, SNP), patologías quirúrgicas, accidentes de tráfico y laborales, fracturas y roturas de partes blandas, escoliosis en procesos de crecimiento, quemados, otros.

5. CONCLUSIONES

Durante el trienio citado, se atendieron a cerca de 1.000 pacientes en la Unidad de Fisioterapia. Se observa una gran demanda por parte de la población hacia los médicos de familia del servicio de Fisioterapia, que se mantiene durante los tres años. Posiblemente esto es debido al envejecimiento progresivo de la población, al mayor conocimiento de los beneficios de la Fisioterapia para la salud, a la cercanía de dichos servicios que se encuentran en los barrios de los usuarios, a los tiempos de crisis económica que hace que se visiten menos las clínicas privadas, a la satisfacción general de los pacientes que han visitado nuestras unidades que suelen querer repetir y animan a conocidos y amigos a que ellos también pasen por el servicio de Fisioterapia... Por lo tanto, se requeriría que poco a poco fuesen aumentando las plazas de fisioterapeutas, puesto que esta excesiva saturación de nuestros servicios es general a nivel de toda Castilla y León. Así mismo, se necesita que el fisioterapeuta esté bien integrado en el Equipo Básico de Salud y con los demás miembros de apoyo, y que exista una comunicación entre los fisioterapeutas del mismo Área de Salud, ya que, en muchas ocasiones el fisioterapeuta se encuentra solo en su Centro de Salud y alejado del fisioterapeuta más cercano. Por eso, se deben propiciar momentos de encuentro y puesta en común de problemas, formas de trabajar, inquietudes, etc., entre los fisioterapeutas de la Gerencia de Atención Primaria.

Comparando los tres años, no hay un aumento ni disminución significativa en el número de pacientes atendidos. Si bien, se observa un aumento de la media de días de espera en la derivación normal de los años 2011 y 2012. Es posible que este aumento en los días de espera, sea debido a una mayor derivación por parte de los médicos de Atención Primaria, que se van familiarizando con la Unidad de Fisioterapia y empiezan a observar buenos resultados, y a una cada vez mayor demanda de la sociedad, que cuida más su salud.

Se observa también una media de edad de los usuarios de nuestro servicio de 58 años, siendo esta edad cercana a la jubilación, la que podría

beneficiarse de sesiones de educación para la salud de sus patologías más habituales y poder evitarlas llevando un hábito de vida bueno y saludable. También las mujeres son las que más se podrían beneficiar de esta labor preventiva, puesto que claramente son las que más visitan nuestras unidades.

Las patologías más frecuentes son la cervicalgia, los problemas de hombro y la lumbalgia. Se podrían realizar sesiones para educar a usuarios diagnosticados como crónicos de estas patologías o a gente que por sus necesidades o por su trabajo lo requirieran. Sería muy beneficioso explicar cómo se produce el dolor y enseñar ejercicios en sesiones grupales de Escuela de Espalda.

La técnica más empleada es la cinesiterapia, muy usada como complemento a las demás terapias y también como recomendación para que el paciente siga realizando ejercicios en su domicilio, una vez que ya ha recibido el alta. Precisamente la técnica más empleada es una de las más económicas, puesto que se trata de ejercicios en colchoneta, ejercicios con aparatos o movimientos con ayuda del fisioterapeuta. Las técnicas que le siguen son la terapia manual (que tampoco es gravosa), la microondas (es más cara pero es una inversión que dura mucho tiempo) y las corrientes tipo TENS (aparatos portátiles muy económicos, al alcance de cualquier bolsillo, que muchas veces los propios pacientes se compran para aplicarse el tratamiento en su domicilio). Podemos decir, sin miedo a equivocarnos, que las Unidades de Fisioterapia salen muy rentables a la Administración, pues requieren poco gasto y se atiende a un gran volumen de pacientes.

La media de sesiones es de 13 por paciente. En este punto se podría valorar reducir el número de sesiones pero realizando un seguimiento después por parte del fisioterapeuta, que habría enseñado ejercicios e higiene preventiva, valorando luego los resultados o añadiendo, si es necesario, más sesiones al paciente.

Los resultados son aceptables, siendo del 70,75 %, aunque en algunos casos no han podido ser valorados o no constan en la historia. Quizás podrían superarse si realmente se derivara la patología susceptible de beneficio.

Además, con tanto enfermo crónico que acude a nuestras consultas, en muchos casos sólo se consigue un alivio de la sintomatología sin llegar a obtener una curación completa. Aunque estos enfermos siempre se beneficiarán de una buena educación sanitaria.

Es necesaria una buena coordinación y programación con el Equipo Básico de Salud y potenciar la colaboración del paciente en su autocuidado para evitar la saturación del servicio. Para ello, sería conveniente realizar y suministrar guías terapéuticas básicas y consejos higiénico-preventivos en la patología cervical, de hombro y lumbar, enfocados hacia la población general, y sobre todo, hacia la mediana y tercera edad y sexo femenino. Sería interesante concienciar a la población sobre el buen uso del sistema sanitario y evitar así, abusos por parte de la población o de los profesionales.

ANEXOS

Nombre de variable	Tipo de variable	Instrumento de medición	Valores que puede tomar
Edad	Cuantitativa discreta	Anamnesis	1- 93
Sexo	Cualitativa nominal	Anamnesis	Hombre Mujer
Tipo de derivación	Cualitativa nominal	Anamnesis	Normal Preferente
Días de espera derivación normal	Cuantitativa discreta	Anamnesis	1- 213
Días de espera derivación preferente	Cuantitativa discreta	Anamnesis	1- 84
Patología	Cualitativa nominal	Diagnóstico médico	Patología cervical
			Patología dorsal
			Patología lumbar
			Patología de hombro
			Patología de codo
			Patología de muñeca
			Patología de dedos- mano
			Patología de cadera
			Patología de rodilla
			Patología de tobillo
			Patología de dedos- pie
Técnicas de tratamiento	Cualitativa nominal	Registro fisioterápico	Otras patologías
			Magnetoterapia
			Microondas
			Onda corta
			Corrientes interferenciales
			Corrientes tipo TENS
			Ultrasonidos
			Lámpara de infrarrojos
			Tracción cervical
			Terapia manual
			Parafina
Cinesiterapia			

			Otras
Número de sesiones	Cuantitativa discreta	Registro fisioterápico	2- 80
Resultados obtenidos	Cuantitativa discreta	Registro fisioterápico	1- 100

Tabla 1: Variables de estudio.

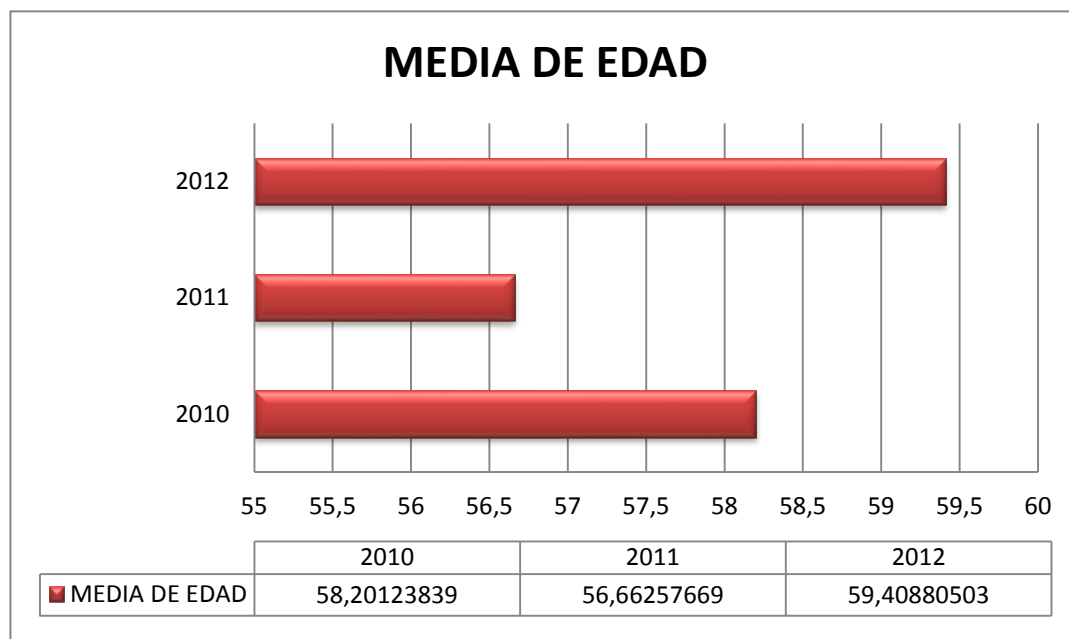


Gráfico 1: Media de edad.

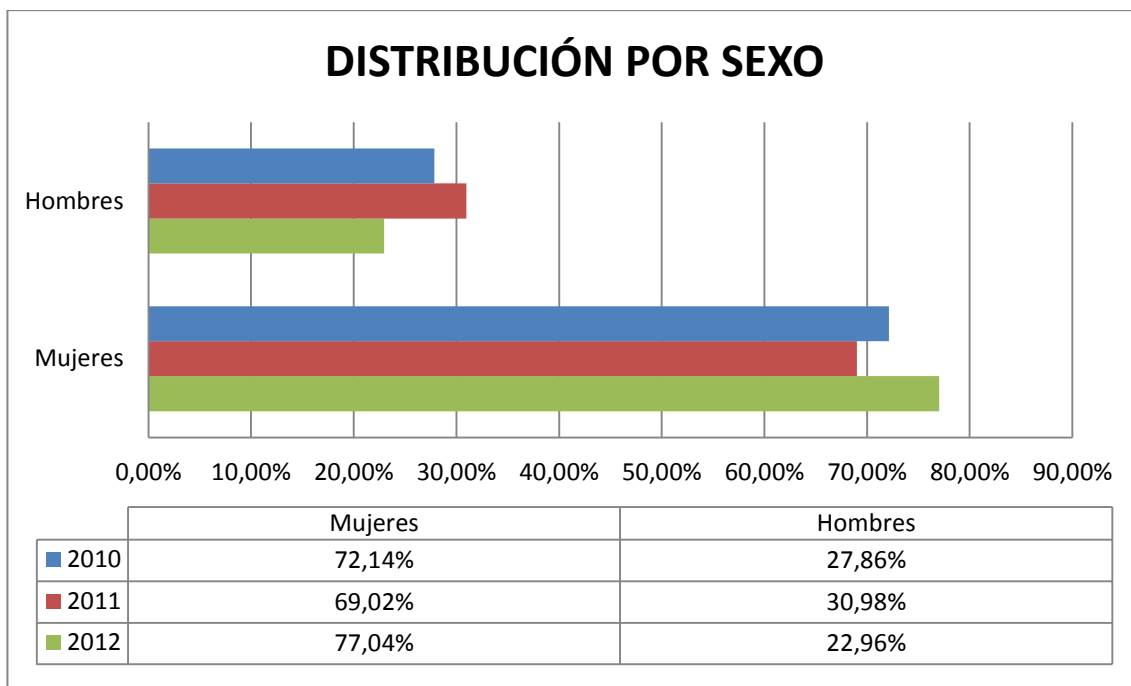


Gráfico 2: Distribución por sexo.

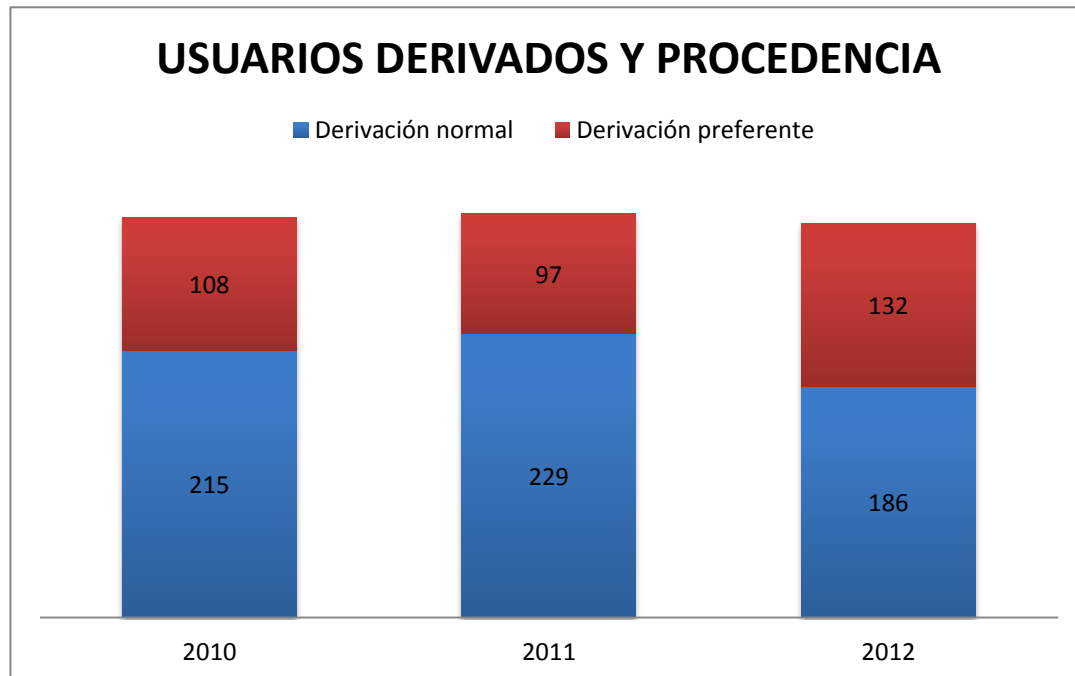


Gráfico 3: Usuarios derivados según la procedencia normal o especializada.

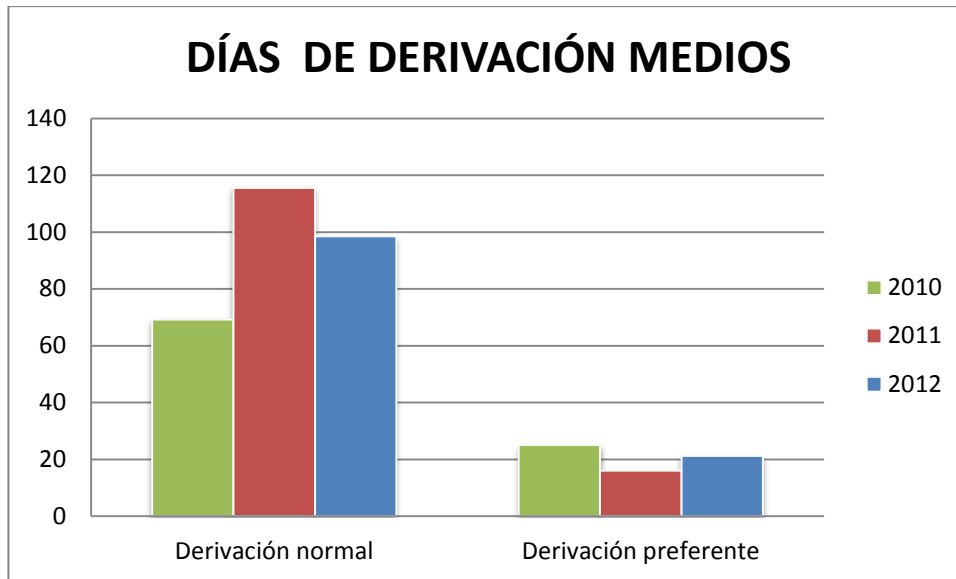


Gráfico 4: Días de espera en la derivación normal y preferente.

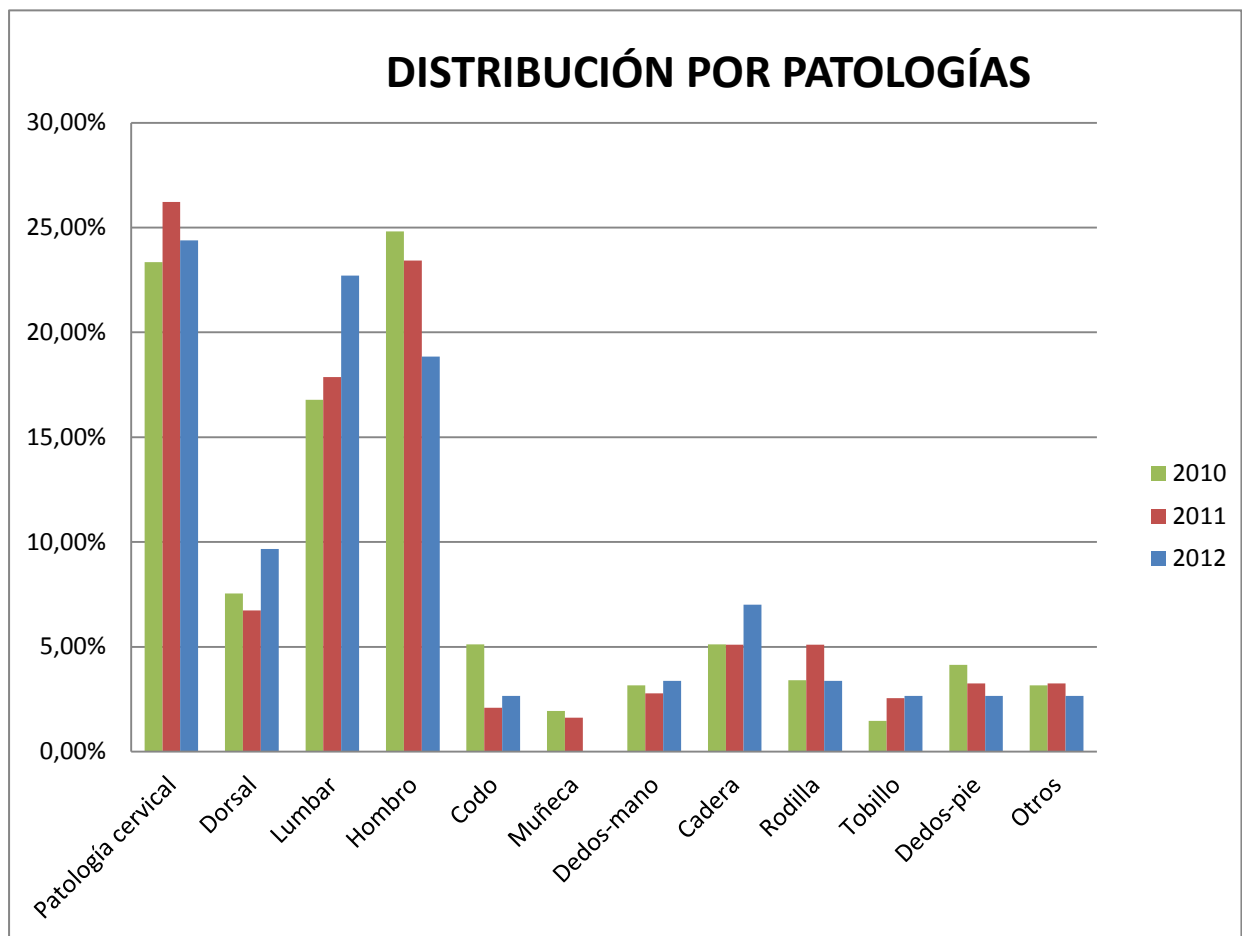


Gráfico 5: Distribución por patologías.

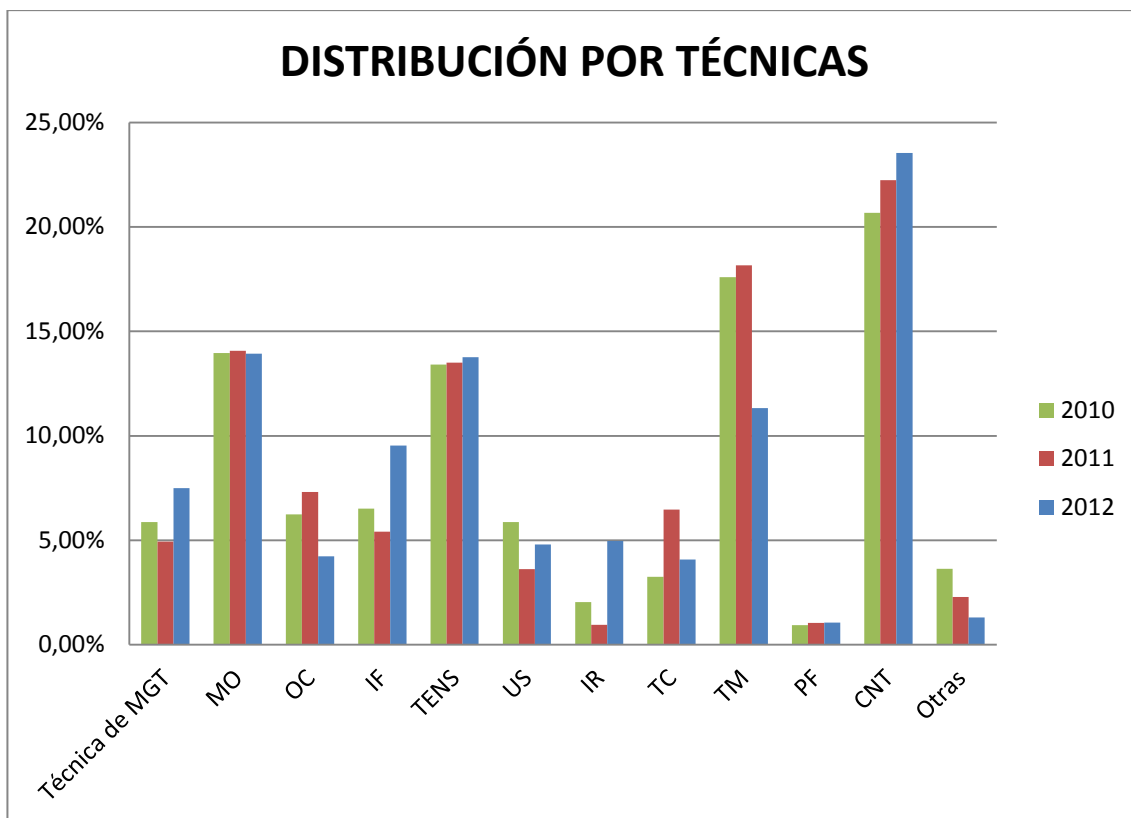


Gráfico 6: Distribución por técnicas.

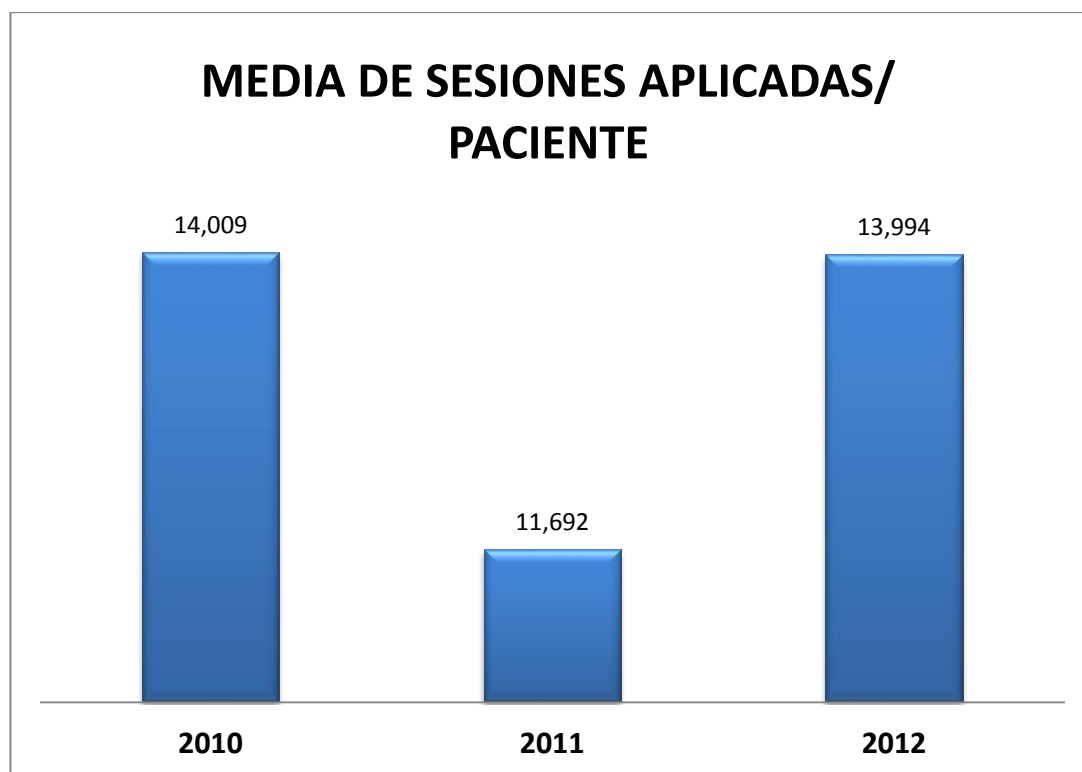


Gráfico 7: Media del número de sesiones aplicadas por paciente.

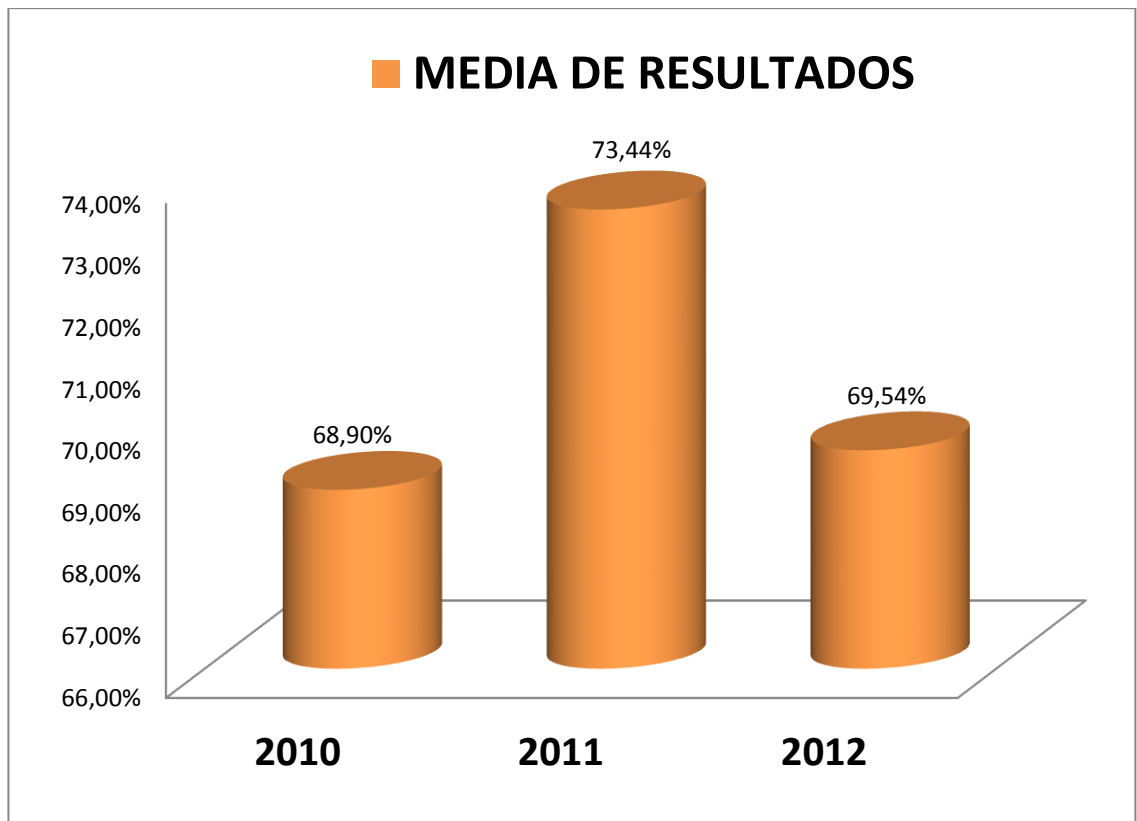


Gráfico 8: Media de resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Alma-Ata: Serie "Salud para todos"; 1978.
2. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. BOE nº 102, de 29 de Abril de 1986.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
4. INSALUD. Subdirección General de Gestión de Atención Primaria. Circular 4/91, de 25 de Febrero, sobre Ordenación de actividades del Fisioterapeuta de Área en Atención Primaria. INSALUD; 1991.
5. Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE nº 222, de 16 de Septiembre de 2006.
6. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Cartera de Servicios de Atención Primaria. 2009. Junta de Castilla y León; 2009.
7. Real Decreto 137/1984, de 11 de Enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE nº 27, de 1 de Febrero de 1984.
8. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Guía de Ordenación Sanitaria de Castilla y León. Junta de Castilla y León; 2008.
9. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica. 5ª ed. Madrid: Elsevier España; 2003.
10. Iglesias R, Maceiras L, Duncan K. Estudio descriptivo de la asistencia sanitaria en la unidad de fisioterapia del Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (Lugo, España). Fisioterapia. 2005; 27 (4): 184-191.

11. Romero Pérez MC, Mesa Ruiz AM, Martínez Sánchez MI, Barroso García P. Organización de la actividad asistencial del fisioterapeuta en salas de Atención Primaria. *Fisioterapia*. 2008; 30(6): 273-278.
12. Asociación Española de Fisioterapeutas, Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla y León. Documento marco para el rediseño de la fisioterapia en Atención Primaria. Asociación Española de Fisioterapeutas; 2007.
13. Barra López M. Fisioterapia de atención primaria: Estudio analítico de cargas de trabajo. *Fisioterapia*. 2003; 25 (3): 159-169.
14. Martínez S., Martínez A., Fernández R., Gámez J. Fisioterapia en el primer nivel asistencial: Atención a la mujer. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol*. 2001; 4 (2): 43-47.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Dirección General de Atención Primaria y Especializada. Plan Integral de Atención a la Mujer. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
16. Mesa Ruiz AM, Martínez Sánchez MI, Reche Galera V, Barroso García P, Rocamora Pérez P, Peinado Nieves MJ. Evaluación de la actividad fisioterapéutica ante la implantación de las pautas de actuación conjunta de los equipos básicos de atención primaria y los dispositivos de apoyo a la rehabilitación. *Cuestiones de Fisioterapia*. 2010; 39 (1): 36-46.
17. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria: Guía de procedimientos. Sevilla: Junta de Andalucía; 2003.
18. Gómez-Conesa A, Abril Belchí E. Actividad fisioterapéutica en patología vertebral en Atención Primaria de Salud. *Fisioterapia*. 2006; 28 (3): 162-171.
19. Rull Bartomeu M, Miralles RC, Miralles I. Dolor de espalda. Diagnóstico. Enfoque general del tratamiento. *Rev Soc Esp Dolor*. 1996; 11: 192-200.

20. Merino-Torres F. Efectividad de la Fisioterapia para las lumbalgias en el ámbito de la Atención Primaria. *Cuestiones de Fisioterapia*. 2011; 40 (3): 161-168.
21. Maher CG. Effective physical treatment for chronic low back pain. *Orthop Clin North Am*. 2004; 35: 57-64.
22. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Pautas de actuación conjunta de los equipos básicos de atención primaria y los dispositivos de apoyo a la rehabilitación: Patología del aparato locomotor. Sevilla: Junta de Andalucía; 2005.
23. Medina i Mirapeix F, Meseguer Henarejos AB, Navarrete Navarro S, Saturno Hernández PJ, Valera Garrido JF, Montilla Herrador J. Calidad percibida por los usuarios de Fisioterapia en Atención Primaria. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol*. 2005; 8 (1): 3-10.
24. Gervás J, Pérez Fernández M, Palomo Cobos L, Pastor Sánchez R. Veinte años de reforma de la atención primaria en España: Valoración para el aprendizaje por acierto-error. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en www.msc.es
25. Chozas Vinuesa S. Estudio del grado de conocimiento sobre fisioterapia en atención primaria en alumnos de 3º de la diplomatura de fisioterapia y en la población general. *Fisioterapia*. 2005; 27 (6): 301-308.

